

TÁRSADALMI BEÁGYAZOTTSÁGBÓL EREDŐ KONFLIKTUSOK EGÉSZSÉGÜGYI SZERVEZETEK BEN

CONFLICTS ORIGINATING CAUSED BY SOCIAL EMBEDDEDNESS IN HEALTH ORGANIZATIONS

*„A tudományos kutatásnak mindig az a vége, hogy hirtelen több probléma is felbukkan ott, ahol korábban csak egy volt.”
(Norman Mailer)*

Tanulmányukban a szerzők az egészségügyi intézmények hálózati kapcsolatait vizsgálták. Interjúorozat segítségével kuttatták, hogy egy magyarországi egyetem egészségügyi szervezeti egységei milyen hálózatokban vesznek részt és e hálózatokban való részvétel hogyan befolyásolja működésüket. Több területre kiterjedő vizsgálatukból jelenleg a felmerülő konfliktusokat elemzik. Kutatásukban rávilágítanak arra, hogy egyetemi klinikák esetében a konfliktusok nem vezethetők le a hálózati együttműködésekben, hanem egy tágabb kontextusban kell vizsgálni őket. Kutatásuk eredményei alapján a hálózati komplexitás az egészségügyi intézményeknél a konfliktusok három típusát eredményezi: szervezeti irányításhoz kapcsolódó konfliktusok, szervezeti folyamatokban felmerülő konfliktusok és személyes konfliktusok. Ezek a típusok összhangban állnak a szakirodalmi következtetésekkel, de érdekes eredmény, hogy a szervezeti irányítási és a folyamatokhoz kapcsolódó konfliktusokat elsősorban az egészségügyi intézmény szakmai egységeinek vezetői említették, míg a gazdasági felső vezetők, illetve a támogató egységek vezetői mindhárom kategóriában felmerülő konfliktusok jellegzetességeit észlelték. Meglepő továbbá, hogy új, a szakirodalomban eddig nem azonosított konfliktustípusokat (stratégiai, felelősségi és karrierkonfliktusok) sikerült feltárni.

Kulcsszavak: beágyazottság, hálózatok, egyetemi klinikák, szervezeti konfliktusok

The authors focused on the study of network connections in health care institutions. In the course of their interview-based qualitative research, they focused on the networks in which the healthcare organization or organizational units of a Hungarian university participate and investigated how this affects their operation. With their multidisciplinary study, they are addressing emerging conflicts. The goal of their research is to shed light on embeddedness in university clinics in a much broader context than network embeddedness, as conflicts cannot be derived from network collaborations alone, they have much deeper roots. Based on the results of this research, network complexity results in three types of conflicts in health care institutions: conflicts related to organizational management, conflicts arising in organizational processes, and personal conflicts. These types are consistent with the literature conclusions, but an interesting result is that health professional leaders mentioned organizational management conflicts, while leaders of finance, economy and support functions mentioned all three types of conflict. It is also surprising that new types of conflict (strategic, responsibility and career conflicts) that have not been identified in the literature have been identified.

Keywords: embeddedness, network, university clinics, organizational conflicts

Finanszírozás/Funding:

A kutatás és a tanulmány létrejöttét EFOP-3.6.1-16-2016-00008 azonosító számú „Intelligens élettudományi technológiák, módszertanok, alkalmazások fejlesztése és innovatív folyamatok, szolgáltatások kialakítása a szegedi tudásbázisra építve” című projekt tette lehetővé.

The research and study was supported by the project EFOP-3.6.1-16-2016-00008 entitled “Development of intelligent life science technologies, methodologies, applications and development of innovative processes and services based on the knowledge base of Szeged”.

Szerzők/Authors:

Dr. Vilmányi Márton, egyetemi docens, Szegedi Tudományegyetem, (vilmanyi@eco.u-szeged.hu)

Prof. Dr. Hetesi Erzsébet, egyetemi magántanár, Szegedi Tudományegyetem, (hetesi@eco.u-szeged.hu)

Tarjányi Margit, egyetemi tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem, (tarjanyi.margit@eco.u-szeged.hu)

A cikk beérkezett: 2020. 05. 14-én, javítva: 2020. 09. 04-én, elfogadva: 2020. 09. 24-én.

This article was received: 14. 05. 2020, revised: 04. 09. 2020, accepted: 24. 09. 2020.

Mára legtöbbször egy-egy szervezet sikeressége nem kizárólag belső hatékonyságán, eredményességén múlik, hanem sokkal inkább azon hálózat(ok) sikerességén, melyek részeként tevékenykedik. A gazdaság társadalmi beágyazottsága a hálózatok komplexitásával elmélyült, a kapcsolathálóok jelentősége, azok hatása a szervezetek működésére megsokszorozódott. Nem mind egy tehát, hogy a szervezetek miként menedzselik ezeket a kapcsolatokat. Képesek-e arra, hogy a kapcsolatokat fenntartsák, fejlesszék és a különböző szinteken megjelenő interakciók dinamizmusát biztosítsák? Tudnak-e tanulni a korábbi tapasztalatokból, és fel tudják-e ezeket használni a hálózatokban való megmaradáshoz, versenyelőnyök eléréséhez, az együttműködések, és ezáltal a végzett tevékenységek sikerességének maximalizálásához?

A fenti kérdések vizsgálatára az elmúlt években szélesebb körű projekt keretében egy konkrét egyetem klinikai kapcsolathálójának kutatását végeztük el több szempontból. Az egyetemre napjainkban az innovációs hálózatok gócpontjaiként tekintünk, amelyek számtalan kutatási, oktatási, vállalati és egyéb hálózatba beágyazottan működnek, mindemellett széles körű együttműködésben állnak az állammal is. E komplex hatások feltárása érdekében a Szegedi Tudományegyetem és a hozzá kapcsolódó legmagasabb szintű ellátást biztosító egészségügyi intézmények (klinikák) kapcsolatrendszerét vizsgáltuk. Kvalitatív kutatás keretében interjúorozat segítségével kívántuk feltárni, hogy az egyetem egészségügyi szervezete, illetve szervezeti egységei milyen hálózatokban vesznek részt, milyen mintázatok azonosíthatók az egyes hálózatokba beágyazott szervezetközi kapcsolatok mentén.

Jelen tanulmányban ennek az átfogó, több éven keresztül megvalósuló, az egyetemi keretekben működő hazai klinikák együttműködési magatartására irányuló kutatásunknak a részeredményeit ismertetjük. A szervezetek közötti együttműködések minőségének, teljesítményének és dinamikájának feltárására irányuló kutatásunk során ugyanis arra lettünk figyelmesek, hogy az együttműködések következményeként a szereplők jóval színesebb szervezeten belüli konfliktusokról számolnak be, mint azt előre vártuk. Azért választottuk a kutatás bemutatásának ezt a részét, mert bár nem a konfliktusok feltárása volt az eredeti célunk, az interjúk során számos kérdésünk kapcsán újra és újra szembesültünk azzal, hogy a rendkívül bonyolult hálózati részvétel számos területen feszültségeket generál, és ezek az ellentmondások napi szinten is befolyásolják az egységek működését. Átfogóbb, több területre kiterjedő kutatásunk e szeletének bemutatásával az a célunk, hogy bepillantást adjunk egy érdekes jelenségre, nevezetesen abba, hogy az egyetemi klinikák esetében a beágyazottságot egy jóval szélesebb kontextusban kell értelmeznünk, mint csupán a hálózati beágyazottság, és ez az erős társadalmi beágyazottság olyan konfliktusokat eredményez, amely nem magyarázható csupán a hálózati komplexitással. A konfliktusok eredője gyakran ennél mélyebb összefüggésekben keresendő.

Tanulmányunk első részében áttekintjük a téma szakirodalmi háttérét. Ennek keretében vizsgáljuk a beágyazottság kérdését, az egészségügy, mint komplex hálózat

sajátos társadalmi beágyazottságát. Az elméleti háttér áttekintése során arra törekszünk, hogy a tanulmány témája és célja alapján releváns szakirodalmi megközelítéseket mutassuk be, de igyekszünk saját véleményünknek is teret adni. Ezt követően mutatjuk be vizsgálati módszerünket, illetve kvalitatív (mélyinterjú) kutatásunk eredményeit.

A téma elméleti háttere

Az egészségügy mint komplex hálózat

Kiss (2019) szakirodalmi áttekintésében a közzférában, így az egészségügyben hálózatok négy típusát különbözteti meg. Társadalmi hálózatokat (social networks), melyek személyközi viszonyokat írnak le, közpolitikai hálózatokat (policy networks), melyek a közpolitikák formálására, alakítására koncentrálnak, közszolgáltatást nyújtó hálózatokat (public management networks), melyek az adott szolgáltatás mikroszintű megvalósításában részt vevő szereplőket és azok viszonyait foglalják magukba. Végül az irányító hálózatokat (governance networks), melyek a közszolgáltatásokban részt vevő szereplők tevékenységének összehangolására irányulnak. Az egyes hálózatok típusai, formái jól megragadhatók, céljaik, szabályrendszerük viszont eltérő. Egy szereplő nem csupán egy hálózattípusnak tagja, hanem adott esetben valamennyinek, mely működése során eltérő logikák és szabályok ütköztetését és párhuzamos menedzselését kényszeríti ki.

Az egészségügyi szereplők működtette piacok önmagukban is kapcsolati piacot alkotnak, ahol az intézmények által betöltött funkciók az egyes egységek és erőforrások sokoldalú felhasználását teszik szükségessé (Launberg, 2011; Wagrell 2011), ugyanakkor az egyetemi háttérrel bíró egészségügyi intézmények a fentiekben túl megsokszorozott hálózati beágyazottsággal rendelkeznek. Számos funkció (előállítási, fejlesztési, használat jellegű) mentén szervezik tevékenységeiket, alakítják erőforrásaikat (Launberg, 2011). Természetesen az egyes funkciók, illetve azok kombinációinak megjelenése az egyes klinikai szervezetekben eltérő jelleget ölthet, ugyanakkor az egyes funkciók mentén e szervezetek számtalan hálózat elvárásai és kényszerei mentén tevékenykednek, mely komplex hálózati menedzsmenetet kényszerít ki (Chakraborty & Dobrzykowski, 2013). Chakraborty és Dobrzykowski (2013) e komplexitás felé ható jellemzők megértése során Scuricini komplexitás fogalmából indulnak ki, aki szerint a komplexitás (mint összetettség) szubjektív, annak jelentése és értéke a figyelembe vett rendszer célja szerint alakul ki és változik meg. Munkájukban a klinikai hálózatok komplexitásának jellemzésére öt tulajdonságot ragadnak meg: (1) az alrendszerek, mint azon hálózatok száma, melyekbe a működés során a szervezetek beágyazódnak, (2) kölcsönös kapcsolatok létezése az egyes hálózatok résztvevői között, (3) az interakció mennyisége és gyakorisága a klinikai szervezet és a kapcsolódó hálózatok tagjai között, (4) a kapcsolatok minősége és természete, (5) az aktorok közötti megkülönböztetés szintje. Ez a többszörös beágyazottság számos konfliktust eredményez a résztvevők körében.

Konfliktusok elméleti megközelítései egészségügyi szervezetekben

Komplex hálózatokba ékelődött szervezetek működése igen gyakran meglehetősen konfliktusos jelleget ölt. A konfliktust általános értelemben egy interaktív folyamatként szemlélhetjük, amely összeférhetetlenségben, egyet nem értésben, vagy disszonancia formájában jelenik meg egy társas entitásban (Rahim, 2002, p. 207). A konfliktusok általánosan számtalan okból merülhetnek fel az érintettek között: érdekek, preferenciák, egymást kizáró erőforráshasználat, értékek, viselkedésformák, vagy egymástól függő teljesítmények ütközésének eredményeként (Rahim, 2002). A megjelenő konfliktusok jellege, természete klinikai szervezetek esetében széles körben kutatott területet. Általános körben elfogadott, hogy a konfliktusoknak több szintje azonosítható. Megkülönböztethetjük a személyes, személyközi, csoporton belüli, csoportközi szinteket (Rahim, 1985). A területet vizsgálva egyes kutatások kibővítik ezeket szakmaközi felületekkel (Mills, 2002), mások a munkaszervezet, a klinika, vagy a betegellátás szintjével egészítik ki (Bochatay et al., 2017). Ezeket túlmutatóan gyakran alkalmazzák a szervezeten belüli konfliktus megkülönböztetését is (Csupor, Kuna, Pintér, Kaló, & Csabai, 2017). Az egyes szereplők között az egyes szinteken jelentkező klinikai konfliktusokat a kutatók számtalan okkal magyarázzák (Mills, 2002; Bochatay et al., 2017; Csupor et al., 2017; Patton, 2014), melyek lehetnek:

- személyes okok, melyek az egymás iránti tisztelet, elfogadás hiánya következtében, vagy a szereplőknek az egymással ápolott kapcsolataik hiányosságaiból származnak,
- munkaszervezési problémák, melyek a nem világos munkaköri határokból, a szakmai, illetve egyéb feladatok során felmerülő munkavégzési módok és módszerek eltérő megközelítéséből, továbbá a munkatársak túlterheltségéből következnek,
- erőforráshiányok, melyek abból fakadnak, hogy a szűkösen rendelkezésre álló erőforrásokat különböző szereplők egyidőben szeretnék használni,
- kulturális eltérések, melyek a felek értékrendi, etikai, vallási, gender és szerepfelfogási sokszínűségére vezethetők vissza,
- irányítási problémák, melyek a szervezeten belül, illetve a szervezeti szintek között nem egyértelműen elosztott hatalmi és kontrolljogosultságokból, valamint nem egyértelműen tisztázott szakmai és szervezeti szerepek bizonytalanságából következnek, valamint
- információmegosztási és kommunikációs hiányosságokkal magyarázhatók.

Az sem elhanyagolható kérdés azonban, hogy ez a hálózati komplexitás milyen kontextusokban jelenik meg, mennyire széles, mennyire bonyolult, és mennyire meghatározó ebben a szituációban az egészségügyi szervezetek társadalmi beágyazottsága. Megítélésünk szerint itt nem csupán a kapcsolathálózati beágyazottságnak van szerepe, hanem a működésre, a felmerülő konfliktusokra a társa-

dalmi beágyazottság más aspektusai is hatással vannak. A következő alfejezetekben ennek tükrében közelítjük meg témánk szakirodalmi háttérének feldolgozását.

A gazdaság társadalmi beágyazottsága – a beágyazottság fogalmi háttére

Az egyetemeken keretén belül működő klinikai szervezeti kapcsolatháló komplex világának feltérképezése nem nélkülözheti a *beágyazottság* kérdésének érintését. Megítélésünk szerint a fellelhető tanulmányokban a gazdaság társadalmi beágyazottságának tárgyalása során még nem tisztult le a kép annak megfogalmazásában, hogy miben rejlik a gazdaság társadalmi meghatározottsága (Granovetter, 1992). Ami biztos, hogy számos diszciplína próbálja megragadni annak lényegét, hogy mit is jelent az, hogy a gazdaság – így a szervezetek sem – működhetnek a társadalmon kívül. Az utóbbi évtizedekben több tudományos megközelítés hívja fel a figyelmet arra, hogy a gazdaság működése nem szűkíthető le pusztán a gazdasági racionalitásra. A közgazdaságtan matematikai elemzéseit több kritika is érte: gazdaságszociológia (Granovetter & Swedberg, 1992), gazdaságpszichológia (Tversky & Kahneman, 1986), és nem véletlen, hogy az új közgazdasági iskolák: intézményi közgazdaságtan (Coase, 1960), viselkedési közgazdaságtan (Rabin, 1998), érzelem-gazdaságtan (Hámori, 1998) szinte mindegyike kiemeli a társadalmi hatás jelentőségét.

A beágyazottság képviselői szerint a gazdasági folyamatok meghatározott társadalomszerkezeti, illetve intézményi feltételekhez kötődnek. A szubsztantív megközelítés a gazdaság lényegi, tartalmi megközelítését jelenti, társadalmi szükségletkielégítésként közelíti meg a gazdaságot. Ennek segítségével értelmezhetők a nem célracionális választásokon alapuló, archaikus társadalmakban fellelhető gazdálkodási formák is. A szubsztantív megközelítés révén ezek a tevékenységek (reciprocitás, redisztribúció) is gazdaságnak számítanak (Polányi, 1976). A gyógyító tevékenységek lényege (szubsztanciája) olyan alapvető emberi szükségletek kielégítése, amelyek az egészség megőrzésére, illetve helyreállítására irányulnak. *„Ebből a szempontból racionálisnak tekinthető minden olyan tevékenység, amely eredményes a gyógyításban, függetlenül attól, hogy azt sámán, varázsló, népi gyógyító, családtag, másik beteg vagy orvos végzi. A társadalom gyógyulni vágyó tagjai alapvetően a gyógyítás szubsztantív racionalitásának érvényesülésében érdekeltek”* (Antal, 2018, p. 14).

Az új gazdaságszociológia azonban vitatja ezt a megközelítést. Granovetter (1985) a szubsztantív álláspontot az erős beágyazottság tételének nevezi, és kidolgozza a gyenge beágyazottság koncepcióját. Ezzel kritikailag tovább fejlesztette a szubsztantív koncepciót, azon felfogásával pedig, miszerint a beágyazottság mértéke nem változik meg alapvetően a kapitalizmus kialakulásával, nézetei közel állnak a neoklasszikus közgazdaságtan tételeihez (Szántó, 1994). Az új gazdaságszociológia külön definiálja a gazdasági cselekvések társadalmi beágyazottságának kognitív, kulturális, strukturális és politikai aspektusát

(Zukin & DiMaggio, 1990). A következőkben azt kívánjuk feltárni, hogy ezek az aspektusok miként jelennek meg az egészségügyi szervezeteknél, milyen hatással lehetnek azok működésére, így az általunk vizsgálni kívánt konfliktusokra.

Kognitív beágyazottság

A társadalmi *beágyazottság kognitív dimenziója* arra hívja fel a figyelmet, hogy nincs tökéletes racionalitás, nincs teljes körű informáltság, a racionális gazdasági döntéseket mentális és érzelmi folyamatok is befolyásolják (Tversky & Kahneman, 1991). A kognitív irányzat napjaink egyik legnépszerűbb pszichológiai irányzata, amely az információk feldolgozásával, és ennek a viselkedésre gyakorolt hatásával foglalkozik (Mischel, 2015). A pszichológia mellett a viselkedés-gazdaságtan, az érzelme-gazdaságtan és a döntésemélet is vizsgálja a kognitív beágyazottság természetét és jellemzőit. A viselkedési közgazdászok (Thaler, 1980) a hétköznapi döntéseinkből hozott példák-
kal és kísérletekkel bizonyították döntéseink korlátozott racionalitását (Kahneman & Tversky, 1996). A különböző diszciplínák paradigmái szerint tehát hiába használja a legtöbb modell a „*homo economicus*” (közgazdaságilag jól modellezhető racionális ember) feltételezést, az ember mentálisan másként működik. A szocioökonómia álláspontja az, hogy az emberi cselekvés két fő forrása az önérdék és az erkölcs: az emberek két, egymásra vissza nem vezethető „*hasznosság*” követnek, céljaik és eszközeik megválasztásában értékeik és érzelmeik egyaránt szerepet játszanak (Etzioni, 1988). A korábbi cselekvéseméletek is érintik ezt a kettősséget. A szociológiaelméletben gyakorta hivatkoznak Weber cselekvéstípusaira, aki megkülönböztet célracionális, értékorientált, emocionális és tradicionális cselekvéseket. A célracionális cselekvést az motiválja, hogy a cselekvő milyen viselkedést vár el a külvilágtól, és mennyiben képes e várakozásokat mint feltételeket vagy eszközöket felhasználni arra, hogy saját, racionálisan kiválasztott és mérlegelt céljait elérje. Az értékrationális cselekvést az adott cselekvés etikai, vallási vagy más értékebe vetett hit motiválja (Weber, 1987). Kornai János (1971) szerint a valóságos ember nem szigorúan, vaskövetkezetességgel racionális, nem „*homo oeconomicus*”, hanem tele van belső konfliktusokkal, önelmentmondásokkal. Mindezek miatt gyakran inkonzisztens a cselekvése; preferenciái változékonyak és nemegyszer rögtönöz.

Az egészségügy szinte minden területén fellelhetők a döntési bizonytalanságok, még az információk szempontjából leginkább elfogadott „*evidence based*” eljárás fogadtatása is ellentmondásos, azaz nem lehet minden helyzetben racionális döntéseket hozni (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). Vajon milyen tényezők és miért vannak jelen az egészségügyi szereplők cselekvési döntéseiben, milyen motiváló tényezőkkel kell számolnunk?

Az egészségügy hálózatosodott működése több etikai dilemmát felvet. Az egészségügyi hálózatnak biztosítania kell a mindenki számára egyenlő és megfelelő ellátást. Maximálisan hatásosnak és a minimálisan károsnak

kell lennie, és a legkevésbé sértenie a beteg autonómiáját. Amennyiben ezen etikai normákat szemléljük három fő koordinációs mechanizmus, a kormányzat, a piac és a civil társadalom nézőpontjából, az egyes érdekeltek (természetüknél fogva) eltérően közelítik azokat. A kormányzat szerepe, hogy garantálja azt, hogy az egészségügyi ellátáshoz szükséges erőforrások elosztása egyenlő és igazságos legyen. Ugyanakkor az egészségügyi hálózatok tagjainak szembe kell nézniük a gazdasági realitásokkal. A piaci mechanizmusok szerepe, hogy a szolgáltatások gazdaságilag fenntarthatók legyenek. Végül pedig az egészségügyi ellátásnak nem csupán egyenlőnek, igazságosnak és fenntarthatónak, hanem értékalapúnak is kell lennie. Ez utóbbit a civil szféra biztosítja. Röviden megfogalmazva „*a kormányzat teszi az egészségügyi hálózatokat igazságossá, a piac teszi azokat fenntarthatóvá és a civil társadalom formálja értékalapúvá*” (Raus, Mortier, & Eeckloo, 2018. p. 5). Amennyiben az egyes koordinációs mechanizmusok közötti egyensúly felborul, az etikai kockázathoz, egyben a szereplők közötti konfliktushoz is vezet (Raus et al., 2018).

Gyakran a döntési szituáció eleve átláthatatlan, objektíve magában rejtja a bizonytalanságot. Az is előfordulhat, hogy a szituáció egyértelműen meghatározott valaki vagy valakik számára, és az egyik fél teljes mértékben tisztában van a szituációval mindkét fél szempontjából nézve, de a bizonytalanság megjelenik a másik félnél (Farkas, 2010). A kognitív disszonancia, az a belső feszültség, konfliktusos állapot, amit akkor érzünk miután olyan döntést hoztunk, amely korábbi véleményünkkel, érzelmeinkkel és értékeinkkel ellentmondásba kerül, nem vezethető le pusztán abból, hogy hálózati együttműködésben működünk. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy az egészségügyben nehéz megítélni, hogy mi a racionális, és ha meg is ítélni, még nehezebb eldönteni, hogy mi a helyes, méltányos, igazságos. A fent említett komplexitás, az eltérő elváráshalmaz eredője lehet ezeknek a konfliktusoknak. Egy-egy döntési bizonytalanságból fakadó konfliktus olyan következményekkel járhat, ami a szervezet számos működési területén feszültségeket okozhat.

Kulturális beágyazottság

A gazdasági cselekvések *kulturális beágyazottságával*, azaz a gazdasági célokat és stratégiákat alakító társadalmi értékek (normák, értékek, szokások, hagyományok) hatásával is számolnunk kell. A kultúra kettős hatást gyakorol a gazdaságra: egyrészt alakítja az önérdékű gazdasági cselekvések feltételeit, másrészt korlátozza a piaci erők szabad játékát. A társadalmi értékek, normák és szokások orientálják az embereket abban, hogyan is kell viselkedniük, mit szabad és mit nem szabad egy adott társadalomban. A társadalmi cselekvés habermasi felfogása szerint a cselekvés normavezérelt. A normavezérelt cselekvést közös értékek irányítják, az egyének a közös értékekhez és a közegyetértést kifejező szabályok előírásaihoz igazodnak, és a szabályoknak megfelelően cselekednek (Habermas, 1984). Ha ma Magyarországon a hagyományoknak, szokásoknak, normáknak valahol jelentőségük van, akkor az az egészségügyi szféra: a félfudális viszonyok, a pozíci-

ós hatalom, annak gyakran öröklődése, a hierarchia és a tekintély tisztelete, az összetartás és alázat alapszabályok ebben a kultúrában.

A hazai egészségügyben az egyik sajátos normarendező elv a hálapénz rendszere, ami mára a szocialista gazdaságból ránk maradt „kulturális örökségnek” számít, az elmúlt évtizedekben szervesen beépült az elfogadott szokások, normák közé. Ráadásul mára a hálapénz mechanizmusára a hierarchia, az öröklött tekintélyelv is hatással van. „...ismerünk kiváló főnemeseket a magyar történelemből, de ez nem menti a feudalizmust. Az egészségügyben még mindig feudalizmus van, még mindig egy hierarchia, ami megszabja a hálapénz mértékét és nem a teljesítmény határozza meg a jövedelmet” (Lantos G., 2016). Bár kutatásunknak a hálapénz vizsgálata sem volt célja, de a kulturális beágyazottság egyik meghatározó dimenziója, és áttételesen hatással van az egészségügyi szervezetekben felmerülő konfliktusokra, sőt ez a szokás, annak kialakulása és hagyományozódása a beágyazottság számos más aspektusával összekapcsolható. Kincses (2007) tanulmányában hangsúlyozza, hogy a hálapénz-kultúra fenntartásában minden résztvevő – betegek, ellátórendszer, állam – szerepet játszik, azaz a kognitív, strukturális és politikai, jogi beágyazottság együtt eredményezik ezt a „normavezérelt” magatartást. A szereplők csak egymás rovására tudják érvényesíteni érdekeiket, így ennek felszámolására „...mindhárom szféra – a betegek, az ellátórendszer és az állam – érdeksérelmét minimalizáló kompromisszumára van szükség...”, *A paraszolvencia komplex társadalmi jelenség, és megoldása is csak a társadalom evolúciós folyamatai kapcsán lehetséges... ehhez a betegek szokásainak, attitűdjének kell megváltoznia, illetve az egészségügy folyamatait, finanszírozási rendszerét kell átláthatóbbá, ellenőrizhetőbbé, életközlebbé tenni*” (Kincses, 2007.p.12; p. 21).

Az egészségügyi társadalmi (kulturális) beágyazottságának vizsgálata azért is fontos kérdés, mert itt fokozottan szükség van a társadalmi kontrollra, és ha a „*homo sociologicus*” magatartás nem érvényesül, akkor a gyógyítás alapvető célja (maga a gyógyítás, mint alapvető emberi szükséglet kielégítésre irányuló tevékenység) háttérbe szorulhat (Antal Z., 2018).

A strukturális beágyazottság

Az egészségügyi rendszer elképzelhető szabályozott hálózatban megvalósuló csere rendszereként. Ebben a rendszerben egymástól eltérő szabályok és célok mentén működő hálózatok kapcsolódnak össze, ahol adott tevékenység megvalósítását szolgáló szervezetek közötti (vagy szervezeten belüli) kapcsolatot minden esetben befolyásol harmadik fél. A harmadik fél ebben a kontextusban egy más jellegű (pl.: finanszírozó, piaci, más tevékenységek szereplői) hálózat által lefektetett vagy követett szabályokként, vagy mechanizmusokként jelennek meg. A beágyazottság ebben a kontextusban azt jelenti, hogy a csere minden esetben befolyásolt más kapcsolatok által. Az érdekek kölcsönös befolyásolása arra ösztönzi az érdekeltet, hogy látszólag a közös érdekeket kövessék, valójában ugyanakkor kizárólag önérdékkövetők. Az egyes

szereplők tevékenységeinek megvalósulása ilyen módon egy konfliktusos folyamat eredménye, melyet végső soron a teljes rendszer működése és dinamikája befolyásol. Az egyedi kapcsolatok ebben a szövevényes hálózatban összefonódnak és beágyazódnak a környezetbe (Yang, Hu & Chau, 2012). A Granovetter-féle koncepció alapján (Granovetter, 1992) a személyes kapcsolatháló befolyásolja a gazdasági cselekvéseket és intézményeket. A társadalmi kapcsolatok társadalmi tőkét eredményeznek, és hatással vannak a szereplők gazdasági döntéseire és a cselekvéseire. Coleman szerint a társadalmi tőke az erőforrásoknak a családi kapcsolatokban és a közösségi társadalmi szervezetekben rejlő készlete (Coleman, 1994). Bourdieu (1999) álláspontja, hogy a társadalmi tőke olyan – egyéni szinten érvényesülő – előnyrendszer, ami a csoporttagok közötti csereviszonyokból ered, míg Putnam (1993) a társadalmi tőkét közösségi erőforrásnak tekinti. Általánosságban azt mondhatjuk, hogy a *társadalmi tőke* sajátos erőforrás, strukturális jellegű, mert az emberek közötti viszonyokban jelenik meg (Coleman, 1994). Hazánkban pl. „*A köz- és magánellátás között ma létező kapcsolat zömmel informális, féllegális, és inkább hálapénz-bevétele optimalizáló, mint szakmai alapú. Információhiány miatt a magánszférán belül is inkább a személyes kapcsolatok, céghálók dominálják az együttműködést, mint a szakmailag megalapozott betegutak*” (Kincses, 2019. p. 1518).

Nehezen elképzelhető, hogy ebben a felemás környezetben a strukturális beágyazottságnak ne lenne jelentősége témánk szempontjából, hiszen feltételezhető, hogy ezek a kapcsolatháló erősségük alapján a konfliktusok (pl. harc a pályázati pénzekért, egyéb erőforrásokért való küzdelem, karrierlehetőségek) forrásai lehetnek.

A politikai-jogi beágyazottság

A gazdaság társadalmi beágyazottságának további meghatározó aspektusa az, hogy az adott társadalom szervezetei, tagjai milyen *politikai-jogi környezetben* „kénytelenek” meghozni döntéseiket. A társadalom politikai berendezkedése, a hatalmi viszonyok, a politikai szereplők magatartása, értékrendje közvetlenül hatnak a gazdaságra. A gazdaság nem függetlenítheti magát azoktól a bonyolult kapcsolatoktól, amelyek a hatalmat, a jogot igazgatják. Szántó megfogalmazásában „*a politikai beágyazottság a gazdasági cselekvés azon forrásaival és eszközeivel függ össze, amelyek a hatalmi egyenlőtlenségeket tükrözik*” (Szántó, 1994, p. 143), melyeknek alábbi dimenzióit lehet megragadni: hatalmi viszonyok, politikai kapcsolatok rendszere, jogi környezet, jogi berendezkedés, a kollektív alku elfogadott rendszere, az állam és a politikai szféra szereplői. Az egészségügyi szervezetek növekvő számú érdekelt hálózatába beágyazottan működnek, amelyek a szervezet valamennyi tevékenységére befolyást gyakorolnak, erősítve, vagy kioltva egymás hatását. Ebben a kontextusban érdekeltnek tekinthetők azok az egyének, csoportok vagy szervezetek, melyeknek szerződéses, etikai, pénzügyi és/vagy politikai érdekük fűződik adott egészségügyi szervezet döntéseire vagy tevékenységeire. Az egészségügyi szervezeteknek éppen ezért tevékenységük során az egyes érdekeltet változó és gyakran konfliktusos

érdekeinek és céljainak a szervezetre gyakorolt hatásaival kell szembenézniük (Savage, Taylor, Rotarius, & Buessler, 1997). A gazdaság-szociológia politikai és jogi beágyazottsági aspektusa azt is jelenti, hogy a gazdasági stratégiák kialakítása nem történhet pusztán racionális, üzleti szempontok alapján.

Bár az elméleti megközelítések jól azonosítják ezeket a kategóriákat, kevés az olyan tanulmány, amely az összefüggésekről, az aspektusok összefonódásáról, kölcsönhatásairól szólna. Mi pedig úgy gondoljuk, hogy vizsgált témánk esetében ennek jelentősége van, vagyis a beágyazottság és a fenti négy dimenzió mindegyike hatással lehet a szervezetek magatartására. Nincs olyan, hogy a kulturális beágyazottság, az értékek, normák, hagyományok ne lennének hatással pl. a strukturális beágyazottságra (társadalmi kapcsolatháló), és az is nehezen képzelhető el, hogy a politikai-jogi környezet ne formálná a kultúrát, vagy fordítva: a kultúra ne lenne hatással a politikai-jogi környezetre.

Kutatási kérdések, kutatási módszer, kutatási körülmények

Tanulmányunkban – ahogyan a bevezetőben is megfogalmaztuk – egy több éve tartó, szélesebb körű kutatás eredeti fókuszát nem jelentő részeredményeit, tapasztalatait foglaljuk össze. A kutatási egységet e kutatás során a Szegedi Tudományegyetem és a hozzá kapcsolódó legmagasabb szintű ellátást biztosító klinikák jelentették. Szélesebb körű kutatásunk eredeti célja az volt, hogy a komplex hálózati kontextusban működő egészségügyi szervezetek által észlelt kapcsolati teljesítmény, kapcsolati minőség faktorait vizsgáljuk, valamint elemezzük az együttműködések formálásában szerepet játszó dinamikus kapcsolati képesség azonosítható jellemzőit. Az adatfelvétel eredményeinek értelmezése során ugyanakkor arra lettünk figyelmesek, hogy:

- az együttműködések befolyásoló harmadik személyek, és azok hatásainak, valamint
- az együttműködési dinamika menedzselési képességének feltárása során az együttműködések észlelési, értékelési és tanulási rutinok azonosítása, illetőleg
- az eltérő jellegű kapcsolatok érdekében felhasznált erőforrás-koordinációs rutinok meghatározása eredményeként a kutatás alanyai jóval differenciáltabb szervezeten belüli konfliktusokról számolnak be, mint amelyek pusztán az együttműködésekben fakadnak. Ezeket a konfliktusokat egy-egy együttműködés kevésbé befolyásolta, sokkal inkább a társadalmi-gazdasági viszonyokba való beágyazottság eredményeként értelmezhetők.

E megfigyelésünk eredményeként döntöttünk úgy, hogy a jelenséget a rendelkezésre álló adatok alapján önállóan, külön tanulmány keretében elemezzük. A részkutatási problémát az alábbiak szerint fogalmaztuk meg:

Az egyetemek részeként működő egységek (klinikák, kórházak) esetében a komplex hálózati beágyazottság milyen jellegű szervezeti konfliktusokat hív életre?

Az elemzett kutatás jellegét tekintve feltáró, félig strukturált interjúk segítségével valósult meg. A kutatás alapsokaságát az egyetem egészségügyi egységeivel kapcsolatban álló vezetők jelentették. Az adatgyűjtés lebonyolítása során célként jelentkezett, hogy a vizsgált jelenségek tulajdonságai a kutatás alanyául szolgáló szervezet menedzsmentjének valamennyi nézőpontja (akadémiai felső vezető, gazdasági felső vezető, szakmai egység vezető, támogató egység vezető) felől feltárhatóvá váljon. Ennek megfelelően az alábbi négy csoport szereplőivel készítettünk strukturált mélyinterjúkat:

- a. Az intézmény felső vezetői: az intézmény rektori feladatait, illetve az egészségügyi területen érintett kar(ok) dékáni feladatait ellátó/korábban ellátott szereplők. E csoport tekintetében megkérdeztük a rektori szerepkört, a rektorhelyettesi szerepkört, illetve a dékáni szerepkört betöltő személyeket.
- b. Az intézmény gazdasági felső vezetői: az intézmény gazdasági főigazgatói feladatait, illetve valamely partnerintézmény gazdasági főigazgatói feladatait ellátó/ellátott személyek. Jelen csoport esetében a gazdasági főigazgató, valamint a kórház gazdasági igazgatói feladatát ellátó/ellátott szereplők voltak a válaszadók.
- c. Az intézmény szakmai egységeinek vezetői: az egészségügyi területen működő klinikák/tanszékek egyes vezetői feladatait ellátó/korábban betöltött személyek. Jelen kör esetében különböző területen vezetői pozíciót betöltött klinikavezető és tanszékvezető szolgált interjúalanyként.
- d. Az intézmény támogató egységének vezetői: az egészségügyi intézmény irányításában megjelenő támogató folyamatok fenntartásáért felelős egyes szervezeti egységek vezetői feladatait ellátó/ellátott személyek. E kör esetében az egészségügyi szervezet fejlesztéséért, adott szakmai feladatok szervezeti koordinációjáért, valamint az egészségügyi szervezet egészének operatív működtetésének irányításáért felelős vezető állt rendelkezésünkre.

Összesen 10 megkérdezés történt. Egy interjú 1-3 órát vett igénybe. Az interjúk felvételének időszaka 2018. szeptember 01. – 2019. június 30. A vizsgálati eredmények elemzése során hét kérdéskörre adott válaszok másodlagos elemzése valósult meg:

- (1) harmadik személyek jelenléte a vizsgálati egységek együttműködési során,
- (2) harmadik személyek hatása az együttműködések sikerességére,
- (3) együttműködések tapasztalatainak észlelési rutinja,
- (4) együttműködésekben származó tapasztalatok értékelési rutinjai,
- (5) együttműködések fejlesztésének rutinjai,
- (6) eltérő együttműködések érdekében egyidejűleg használt erőforrások megosztásának problémái,
- (7) eltérő együttműködések érdekében végzett erőforrás-koordinációs rutinok.

Részelemzésünkben az alábbi három konkrét kutatási kérdésre koncentráltunk:

1. Milyen jellegű konfliktusok merülnek fel a szerteágazó hálózatok egyidejű jelenléte eredményeképpen?
2. Milyen mintázatok azonosíthatók a konfliktusok csoportosítására vonatkozóan?
3. Milyen a konfliktusok természete, megragadhatók-e a beágyazottságból fakadó markáns jellemzők?

Az interjúk másodlagos elemzése során – az elemzés jellegéből következően – a grounded theory kiindulópontjára támaszkodva (Glaser & Strauss, 1967) nem alkottunk előzetes kategóriákat vagy kereteket. Első lépésben a kutatást lebonyolítók és a feldolgozásban résztvevők a mélyinterjúk átiratából (függetlenül) azonosították azokat az egységeket (mondatokat), melyek szereplők közötti konfliktust fejeztek ki, vagy arra utaltak. A konfliktusokat azonosító leírások adatbázisának konszolidálását követően a kapott válaszok kódolását végeztük el úgy, hogy kulcsszavakkal azonosítottunk kategóriákat és mintázatokot alkottunk. Az így születő kategóriákat, a kategóriákba tartozó egységek tartalma alapján definiáltuk. Az egyes kategóriák között fennálló kapcsolat függvényében a továbbiakban felettes kategóriákat alkottunk, melyek elősegítették az egyes kategóriák áttekintését, a vizsgálati eredmények rendszerezését (Mitev, 2012). Az elemzés során utolsó lépésként a definíciók megfelelőségét a részt vevő kutatók az eredeti tartalomnak a szöveg kontextusában való vizsgálata mentén véglegesítették. Az elemzés folyamata ennek megfelelően interaktív jelleget öltött az egyes fázisok közötti visszacsatolások, az elemzés eredményeinek dinamikus formálásában.

A módszertan összegzése során hangsúlyozandó, hogy a másodlagos elemzés során adottságnak tekinthető keretek (nem közvetlenül a vizsgálat célját szolgáló kérdések, egyetlen szervezet tapasztalataira való fókuszálás) nem teszik lehetővé a következtetések általánosítását, a tapasztalatok esettanulmány jellegű megosztása meggyőződésünk szerint hozzáadott értékkel bír.

Vizsgálati eredmények

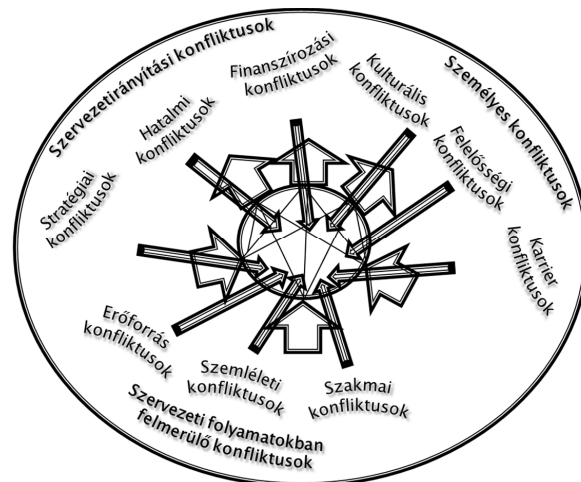
A sokrétű, egymástól jellegében és céljában akár jelentősen is eltérő, jelenlévő hálózatok a vizsgált egészségügyi tevékenységgel bíró egyetemen rendkívül széles körű konfliktusmezőt hívnak életre. E konfliktusokat észlelésük és menedzselhetőségük szerint három meghatározó csoportba soroltuk.

1. Egyrészt a szervezeten belüli szervezeti irányításhoz kapcsolódó konfliktusok, melyek a szervezeti kormányzás, a szervezetfejlesztés megvalósítása során jelentkeznek. E konfliktusok közül a vizsgálat során megragadhatóvá vált az egyes hálózatok egymás értékteremtését kioltó hálózati hatása (stratégiai konfliktus), az egyes hálózatok eltérő szervezeti szinten és sikerességgel megvalósított érdekérvényesítése eredményeként kialakuló szervezeten belüli konfliktusok (hatalmi konfliktusok), végül a kapacitások keresztfinanszírozása nyomán tetten érhető finanszírozási konfliktusok.

2. Másrészt a szervezeti folyamatokban felmerülő konfliktusok, melyek a szervezeti folyamatok megvalósítását, értékteremtési képességük határait befolyásolják. E konfliktusok közül egyértelműen megragadhatóvá váltak az egyes hálózatok szervezeten belüli versenyét leképező erőforrás-konfliktusok, az egyes hálózatok eltérő szabályozási és működési környezetét leíró szemléleti konfliktusok, valamint az egyes egységek eltérő tevékenységi portfóliója, és az értékteremtés komplexitásából következő együttműködési kényszer között feszülő szakmai konfliktusok.
3. Harmadrészt a személyes konfliktusok, melyek az egyén szintjén az egyes tevékenységek ellátása során jelentkeznek. E konfliktusok közül a résztvevők a szervezeten belüli irányítási racionális elvárások és az egészségügyi munka értékrendjében jelenlévő humánus között feszülő értékrendi konfliktus (kulturális konfliktus), a szervezeten belüli viszonyok eredményeként létrejövő feltételek szervezeti és a feladatellátás személyes felelőssége között feszülő konfliktus (felelősségi konfliktus), valamint a feladatellátás során elérhető jövedelem és a szakmai siker konfliktusát (karrierkonfliktus) emelték ki (1. ábra).

1. ábra

Az egyetemi háttérrel bíró klinikai intézmény által észlelt konfliktusok



Forrás: saját szerkesztés

Az első csoportba azokat a konfliktusokat soroltuk, melyek a szervezeten belüli irányítás megvalósítása során jelentkeznek.

E konfliktusok közül az első a stratégiai jellegű konfliktusok. A stratégiai jellegű konfliktusok elsődlegesen fejlesztési konfliktusokként öltenek testet. A szervezet kapcsolatrendszerébe tartozó hálózatok eltérő értékteremtése ugyanis (részben) eltérő, egymással versengő fejlesztési igényekkel. Annak függvényében, hogy mely klinikai egység az egyes hálózatokba milyen mértékben beágyazott, eltérő erőforrásokba, eltérő működési, működtetési hozzáértésekbe való beruházásba teszi őket érdekeltté. A

stratégiai beruházások területe és mértéke továbbá nem ritkán adott klinikai szervezeti egységen belül is konfliktusok forrásaként jelentkeznek.

A szervezetrányítás területén jelentkező következő konfliktustípusként azonosítottuk a hatalmi konfliktusok körét. A hatalmi konfliktusok az egyes hálózatok elvárásainak való megfelelésből származó, a működtetés módjának befolyásolása során felmerülő érdekérvényesítésből származnak. Jellegzetesen szabályozási konfliktusok, melyek a különböző típusú tevékenységek (gyógyítás, egyéb szolgáltatás, alap kutatás, preklinikai kutatás, klinikai kutatás, szellemi tulajdonjog értékesítés stb.) prioritása, alá- és fölérendeltsége, a teljesítmény megítélésének súlya során jelentkeznek.

A szervezetrányítás területén jelentkező harmadik típusú konfliktusként a finanszírozási konfliktusokat azonosítottuk. A klinikai tevékenységet végző szervezetek, szervezeti egységek – hálózati beágyazottságukból következően – eltérő finanszírozási portfólióval rendelkeznek, melynek eredményeként adott tevékenységek eltérő súlyú menedzselése valósul meg. Ennek eredménye, hogy eltérő klinikai, egészségügyi szervezetek/egységek eltérően ítélik meg az értékteremtést magát, az értékteremtés módját és keretét, mely óhatatlan konfliktusokat szül (1. táblázat)

1. táblázat

A szervezetrányításhoz kapcsolódó konfliktusok

Észlelt konfliktus formája	Példa megjelenítése
Stratégiai konfliktus	„...Képtelenség egy területen gyors tanulást és fejlesztést megvalósítani, mert minden tevékenység sok hálózat tagja, így csak hosszú idő alatt lehet érdemben, értékteremtő módon megváltoztatni. Ezért a tanulás és fejlesztés egyben a mikroszintű kapcsolatok megváltoztatása, ami időt vesz igénybe.”
Hatalmi konfliktus	„...funkciók közötti konfliktus gyakori... kinek mi a dolga, és ki mit csinál...és kinek van hatásköre hozzá...”
Finanszírozási konfliktus	„Sokszor hallottam, hogy vegyék át a beteget, mert nekünk nem éri meg a finanszírozás, nálunk sokan várakoznak a helyre, míg nálatok nem...”

Forrás: saját szerkesztés

A konfliktusok második csoportjába a szervezeti folyamatokban felmerülő konfliktusokat soroltuk. E típusok olyan konfliktusokat jelölnek, melyek a klinikai feladatvégzés operatív folyamataira gyakorolnak hatást, hosszú távon pedig – valószínűleg – a stratégiai konfliktusok egyik vagy másik formájához vezetnek. E konfliktusok jellegzetes megvalósulásaként azonosítottuk az erőforrás-konfliktusokat. Ugyanazon erőforrás/kapacitás felhasználásáért több hálózat értékteremtése is verseng egyidejűleg. Ilyen például egy klinikai berendezés betegellátásra, klinikai kutatásra, vagy szerződéses kutatásra fordítható gépideje, de hasonló konfliktust jelent a munkaerő munkaidejének megosztása/megoszthatósága.

Hasonlóképpen a szervezeti folyamatok megvalósítását befolyásoló konfliktusforrás a szemléleti konfliktusok köre. Az eltérő jellegű hálózatok számára végzett értékteremtés eltérő fókuszú igényel, így az egészségügyi, klinikai szervezetek/szervezeti egységek eltérő súlyú tevékenységi portfóliója eltérő szemléleteket eredményez. Ennek eredményeként ugyanazon tevékenység végzése eltérő hálózatokban eltérő szabályok, eltérő észlelt eredménykritériumok mentén történik. A jelenség eredményeként ugyanazon jelenség megítélése eltérő szemléletek tükrében más és más. Mindez a szervezeten belüli interakciók során konfliktusokhoz vezethet.

A szervezeti folyamatokban felmerülő konfliktusok körének harmadik, általunk azonosított formája a szakmai konfliktusok köre. Ennek hátterében ismételtelen az egyes szervezetek/szervezeti egységek eltérő hálózati beágyazottsága áll. Eltérő hálózati beágyazottságból következő eltérő (súlyú) tevékenységi portfólióval rendelkező szervezetek/szervezeti egységek ugyanazon tevékenységsorozatok eltérő területeire fektetik a hangsúlyt, mely eltérő eredményeket, így eredménykonfliktusokat eredményez. Míg a szemléleti konfliktusok esetén ugyanazon eredmény megítélése vezet konfliktushoz, jelen esetben ugyanazon céllal végzett eltérő eredmény a konfliktus forrása (2. táblázat).

2. táblázat

A szervezeti folyamatokban felmerülő konfliktusok

Észlelt konfliktus formája	Példa megjelenítése
Erőforrás-konfliktus	„...ugyanaz a kapacitás sokféle tevékenységet szolgál, mindegyik mögött egy hálózat várja az eredményt és mindegyik fizet a megvalósításért...”
Szemléleti konfliktus	„...adott esetben nem érték a 40 ember egészségben tartása, de világra szóló siker 1 ember megmentése...”
Szakmai konfliktus	„...Sokak megvalósítják a klinikai kutatást, de nem tudnak alternatívát kínálni a mellékhatásokra, majd lezárják a kísérletet...ez nem etikus...”

Forrás: saját szerkesztés

Végül a konfliktusok utolsó csoportjaként a személyes jellegű konfliktusokat azonosítottuk. Személyes jellegű konfliktusok alatt az egyéneknél lezajló konfliktusokat, frusztrációkat értettük, melyek befolyásolják más egyénekhez való hozzáállásukat, tevékenységüket, végső soron pedig valamely folyamat konfliktushoz vezetnek. A személyes konfliktusok jellegzetes megvalósulási formái a kulturális konfliktusok. A kulturális konfliktusok alatt az adott szervezet (menedzsmentjének) elvárásai és az adott tevékenység felé elvárással forduló hálózatok, vagy eltérő hálózatokat szolgáló tevékenységek között feszülő értékrendi konfliktusokat értjük. Ilyen lehet például a költséggazdaságosság és az életmentés helyenként egymásnak feszülő értékrendje, a kutatásra jellemző tanulási szemlélet és a betegellátás által megkövetelt zéró hiba

szemlélet nem feloldhatatlan ellentéte, vagy az életmentés megkövetelte merev, fegyvelmezett, hierarchikus munkavégzés, és a tanulás megkövetelte hibákkal nyitott szembenézést igénylő légköre.

Második típusú személyes jellegű konfliktusokként azonosítottuk a felelősségi konfliktusokat. A felelősségi konfliktus a szervezeti működés, működtetés és az egészségügyi feladatellátás egyéni felelősségének keveredéséből ered. Ennek háttérében a szervezeti és az egyéni felelősség nem egyértelműen érzékelt határa okozza a konfliktust, mely a tevékenységek végzése során az egyéni feladatvégzést befolyásolja, esetenként korlátozza.

Végül személyes jellegű konfliktusként azonosítottuk a karrierkonfliktusokat. A karrierkonfliktusokat az okozza, hogy az egyes hálózatokhoz kapcsolódó feladatellátás a szereplők várakozásai szerint eltérő jövedelem és eltérő szakmai siker lehetőségeket hordoz. Adott beágyazottsággal bíró klinikai szervezet/szervezeti egység abban érdekelt, hogy erőforrásait (így a rendelkezésére álló munkaerőt is) adott hálózatra specializálja. Mindez a résztvevők számára részben lehetőség, részben korlát, hiszen a specializáció egyben más területeken egymásrautaltságot eredményez. E kettősség (a specializáció mentén a szakmai sikerek maximalizálása, valamint az egymásra utaltság mentén azok kiaknázhatósága) befolyásolja az egyének egymáshoz viszonyulását éppúgy, mint a folyamatokban történő munkavégzést (3. táblázat).

3. táblázat

A személyes jellegű konfliktusok

Észlelt konfliktus formája	Példa megjelenítése
Kulturális konfliktus	„...a kultúra elutasítja a hibát, mert az káros, így viszont nem lehet érdemi minőségbiztosítást csinálni...”
Felelősségi konfliktus	„...a szabályozások szerint a felelősség mindig azé, aki végez valamit akkor is, ha a beszerzett eszköze rossz...”
Karrierkonfliktus	„...szigorú egymásrautaltsági kényszer, ami egyben kulturális rendezőelv is; más oldalról: olyat nem lehet tenni, ami végletesen fenyegetné a jövőbeli közös problémamegoldást...”

Forrás: saját szerkesztés

A vizsgálat egy jellegzetes eredménye, hogy a szervezeti irányítás legfelső, valamint az egészségügyi intézmény szakmai egységeinek vezetői nézőpontját megjelenítő szereplők elsősorban a szervezeti irányításhoz, illetve szervezeti folyamatokhoz kapcsolódó konfliktusokat észlelték, míg a gazdasági felső vezetők, illetve a támogató egységek vezetői mindhárom kategóriában felmerülő konfliktusok jellegzetességeit észlelték.

Összegezve elemzésünk eredményeit, a válaszok alapján a 4. táblázatban próbálunk magyarázatot adni az észlelt konfliktusok okaira, és ezen eredők társadalmi beágyazottsági komplexitására.

4. táblázat

Az észlelt konfliktusmezők összegzése

Észlelt konfliktus területe	Észlelt konfliktus formája	Észlelt konfliktusforma magyarázata
Szervezeti irányításhoz kapcsolódó konfliktusok	Stratégiai konfliktus	A szervezet kapcsolatrendszerébe tartozó hálózatok eltérő értéktartása (részben) eltérő, egymással versengő fejlesztési igénnyel bír.
	Hatalmi konfliktus	A szervezet kapcsolatrendszerébe tartozó hálózatoknak a szervezet különböző szintjein és területein megvalósított érdekérvényesítése eredményeként keletkező szervezeti érdeellentétek.
	Finanszírozási konfliktus	Egyes tevékenységek esetében elválnak az értéktartás és kapacitásfinanszírozás logikája és mértéke.
Szervezeti folyamatokban felmerülő konfliktusok	Erőforrás-konfliktus	Ugyanazon erőforrás/kapacitás felhasználásáért több hálózat értéktartása is verseng egyidejűleg.
	Szemléleti konfliktus	Ugyanazon tevékenység végzése eltérő hálózatokban eltérő szabályok, eltérő eredménykritériumok mentén történik.
	Szakmai konfliktus	Eltérő hálózati beágyazottságból következő eltérő tevékenységi portfólióval rendelkező szervezeti egységek eltérő szakmai tevékenységekre helyezik a hangsúlyt.
Személyes konfliktusok	Kulturális konfliktus	A szervezeti irányítási, -működtetési elvárások és az egészségügyi feladatellátás (részben) eltérő értékrendje között feszülő ellentét.
	Felelősségi konfliktus	A szervezeti működés, működtetés és az egészségügyi feladatellátás egyéni felelősségének keveredése.
	Karrierkonfliktus	Az egyes hálózatokhoz kapcsolódó feladatellátás eltérő jövedelem és eltérő szakmai siker lehetőségeket hordoz.

Forrás: saját szerkesztés

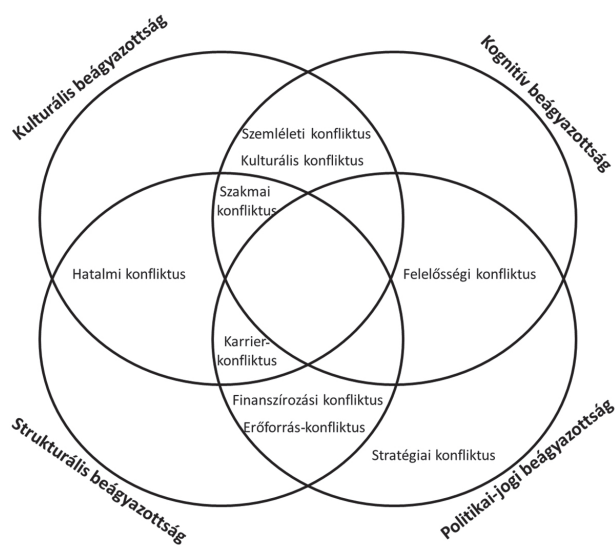
A 4. táblázatban összegzett, azok természetét leíró felettes kategóriák által leírt kép a konfliktusok strukturált megnevezhetőségét sugallja. A beágyazottság szemüvegén keresztül vizsgálva ugyanezen konfliktusokat, a felettes kategóriákat azok eredője mentén alkotva egészen más eredményre jutottunk, melynek eredményét a 2. ábra tükrözi.

A szervezeti irányításban felmerülő erőforrás- és stratégiai konfliktusokat az egészségügy szabályozási környezete közvetlenül befolyásolja. A kapacitásszabályozás, a kormányzati fejlesztési tervek, a finanszírozás (TVK, HBCS) formája és jellege feszültségeket okoz az egyes klinikák között, de még a klinikákkal működő egyetemek között is. Más oldalról az egyes klinikák tevékenysége mentén kialakított/kialakult társadalmi, gazdasági kapcsolatok lényeges hatással vannak a klinikák közötti ha-

almi, finanszírozási és erőforrás-konfliktusokra éppúgy, mint az egyes egyének által megélt karrierkonfliktusokra. Az informális kapcsolatháló befolyásolja a megszerzhető forrásokat, a hatalmi struktúrákban elfoglalt pozíció pedig az érdekérvényesítési lehetőségeket. A többféle hierarchiában való részvétel ugyanakkor többféle norma és értékrend párhuzamos érvényesítését követeli meg, melynek sikeressége éppúgy befolyásolja a hatalmi vagy a karrierkonfliktusok kialakulását, mint szakmai, szemléleti, vagy adott esetben kulturális konfliktusok kényszerű felvállalását. Mindezek pedig nem függetleníthetők az egyén etikai, erkölcsi és önérdékkövető magatartásától, melyek szintén szerepet játszanak a szakmai, a szemléleti, a kulturális, de adott esetben a felelősségi konfliktusok kialakulásában.

2. ábra

Az észlelt konfliktusmezők forrása beágyazottságuk forrása szerint



Forrás: saját szerkesztés

A 2. ábra alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy bár a szervezeti egységekben azonosított konfliktusok, feszültségek a hálózati beágyazottság szintjén észlelhetők, azok felmerülésének okai nem vezethetők vissza csak a szervezeti hálózatban való részvételre, sokkal inkább az ágazat komplex társadalmi-gazdasági beágyazottságának következményei. A konfliktusokra jelzett magyarázatokból látható, hogy ezek az ellentmondások – felmerülésük okán – nem kezelhetők kizárólag menedzsmentrutinokkal, mert más az eredőjük.

Összegzés, következtetések

Tanulmányunk középpontjába egy egészségügyi szervezettel bíró felsőoktatási intézmény működése során fellépő konfliktusok vizsgálatát állítottuk. Kutatásunk kezdeményezése során mindez bár nem jelentett eredeti célt, de miután a kutatás során szembesültünk a rendkívül színes konfliktusmezővel, így ezek mélyelemzését is elvégeztük.

Mélyinterjú vizsgálatunk eredményeként arra jutottunk, hogy a hálózati komplexitás az egészségügyi intézmények működése során a konfliktusok három, állandóan jelen lévő típusát eredményezi. Megjelennek egyrészt a szervezeti irányításhoz kapcsolódó konfliktusok, melyek a szervezeti kormányzás, a szervezetfejlesztés megvalósítása során jelentkeznek. Másrészt jelen vannak a szervezeti folyamatokban felmerülő konfliktusok, melyek a szervezeti folyamatok működtetését és hatékonyságát befolyásolják. Harmadikként pedig a személyes konfliktusok, melyek az egyén szintjén az egyes tevékenységeik során jelentkeznek. Kutatási eredményeink e tekintetben összhangban állnak a korábbi kutatások során nyert eredményekkel. Kiemelendő ugyanakkor, hogy új, eddig nem azonosított konfliktustípusként azonosítottuk a stratégiai, a felelősségi, illetve a karrierkonfliktusokat, melyek mindegyike közvetlen kapcsolatban áll a komplex hálózat működési jellegzetességeivel.

Kvalitatív kutatásunk eredményei más oldalról rámutatnak az egészségügyi intézmények bonyolult beágyazottságából fakadó – gyakran ki nem mondott, de létező – konfliktusok sajátos megjelenésére, azok heterogenitására. A konfliktusok azonosítása és tipizálása után, amikor próbáltunk magyarázatokat, okokat keresni a feszültségre, azt tapasztaltuk, hogy azok nem tulajdoníthatók feltétlenül egy-egy kapcsolatban vagy adott hálózatban való részvételnek. Arra jutottunk, hogy az egészségügyi egységekben felmerülő konfliktusok kevéssé érthetők meg vagy menedzselhetők egy-egy nézőpontból, a beágyazottság széles körű értelmezését igénylik. A politikai-jogi, a kulturális, a strukturális és a kognitív beágyazottság együtt, egymással kölcsönhatásban jelentős tényezői a feszültségek, ellentmondások megjelenésének, így azok kezelése sem valósítható meg ezek figyelembevétel nélkül. Jelen tanulmány keretei nem teszik lehetővé, hogy a konfliktusmenedzselési rutinokra kapott eredményeinket is bemutassuk, de a leginkább alkalmazott (majdnem valamennyi vezetői nézőpontban észlelt) konfliktusfeloldási rutin a reciprocitási modell. A szereplők a hatalmi, szakmai és informális személyközi hálózataikban egymás kölcsönös támogatásának várakozása mentén nyújtanak egymásnak formális vagy informális segítséget a konfliktusos situációk feloldásában.

Összegezve eredményeinket, az egészségügy komplex társadalmi beágyazottsága következtében a szervezeti és szervezetek közötti feszültségeket előidéző tényezők kezelése rendszerszintű feladat, megszüntetésük lehetetlen, hiszen a gazdaságot nem tudjuk kiemelni a társadalmi környezetből, a beágyazottság a jövőben is hatással lesz a szervezetek működésre. Azon viszont, hogy milyen ez a társadalmi beágyazottság, milyen a társadalmi környezet, lehet változtatni. Egy olyan kulturális, strukturális, politikai jogi környezetet, amely a konstruktív konfliktusokat generálja, valószínűleg minden szereplő számára előnyösebb lenne. A destruktív konfliktus helyett, amikor a verseny egyenlőtlen felek között zajlik (strukturális szempontból egyik fél esélytelen a másikkal szemben), amikor alacsony az egyetértés a követendő szabályokat illetően,

és a felek kevésbé bíznak abban, hogy kölcsönösen betartják a szabályokat, akkor egy másfajta konfliktusszituációra kell törekedni, arra, hogy ezek a konfliktusok konstruktívak legyenek. A konfliktus lehet nagyon jótékony is. A konstruktív konfliktusos helyzet kizárja a szociális rendszer stagnálását, a változást segíti elő, energiákat szabadít fel, és ösztönzi a kísérletezést, a cselekvési alternatívák jobb kiválasztását. Kívánatos lenne egy olyan környezet, amely átláthatóvá teszi a hatalmi és egyéb viszonyokat, amely tisztázza a kérdéseket, fejleszti a problémamegoldó képességet, növeli a hatékonyságot. Ez a törekvés rendszerszintű feladat, csak egy nagyon hosszú folyamat eredményezhet változást a körülményekben. Egy olyan fájdalmas folyamat, ahol menet közben sokak érdeksérelem sérülhet rövid távon, de hosszú távon minden szereplő nyerhet. Ilyen környezetben lenne értelme egy – a tanulmányunkban bemutatott – szervezetközi együttműködési kutatást újra elvégezni.

Vizsgálatunk korlátja egyfelől az, hogy csak egyetlen egyetemi háttérrel bíró klinikai szervezetet vizsgáltunk, másfelől az alkalmazott módszertan. A módszertani oldalról a következőket emelhetjük ki: az interjúk alacsony száma, az érvényességi és megbízhatósági követelmények hiánya. A jelenlegi eredmények ugyanakkor jó kiindulópontot jelentenek mind a komplex hálózati működés kezelése, mind az egészségügyi menedzsment hálózati működésének megértése szempontjából. A tanulmányban bemutatott eredményeink interpretálása inkább elgondolkodtató, egy esetből származó tapasztalatok megosztásának tekinthető, mint egzakt eredménynek, megközelítésünk pedig kísérleti jellegű.

Felhasznált irodalom

- Antal Z. L. (2018). *A gyógyítás társadalmi beágyazottsága*. Budapest: Argumentum Kiadó.
- Bochatay, N., Bajwa, N. M., Cullati, S., Muller-Juge, V., Blondon, K. S., Perron, N. J., Maitre, F., Chopard, P., Kim, S., Savoldelli, G. L., Hudelson, P. & Nendaz, M. R. (2017). A Multilevel Analysis of Professional Conflicts in Helath Care Teams: Insight for Future Training. *Academic Medicine*, 99(11), 584–592. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001912>.
- Bourdieu, P. (1999). Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke. In: Angelusz R. (Eds.). *A társadalmi rétegződés komponensei*. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó, 156-177.
- Chakraborty, S. & Dobrzykowski, D. D. (2013). Supply Chain Practices for Complexity in Healthcare: A Service-Dominant Logic View. *The IUP Journal of Supply Chain Management*, 10(3), 53–75. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(14\)00233-0](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(14)00233-0)
- Coleman, J. S. (1994). Társadalmi tőke. In Lengyel Gy. & Szántó Z. (Eds.), *A gazdasági élet szociológiája* (pp. 99-127). Budapest: Aula Kiadó.
- Coase, R. H. (1960). *The Problem of Social Cost*. London: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Csupor, É., Kuna, Á., Pintér, J. N., Kaló, Zs. & Csabai, M. (2017). Konfliktustípusok és konfliktus kezelés Magyar egészségügyi dolgozók körében. *Orvosi Hetilap*, 158(16), 625-633. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30736>
- Etzioni, A. (1988). *The Moral Dimension*. New York-London: The Free Press, <https://doi.org/10.1002/hrm.3930270407>
- Farkas, Z. (2010). *Társadalom-elmélet (második kötet)*. Budapest: Bíbor Kiadó. Retrieved from http://real.mtak.hu/26593/1/Tarsadalomelmelet_Masodik_kotet.pdf
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Granovetter, M. (1985). Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91(3), 481-510. <https://doi.org/10.1086/228311>
- Granovetter, M. (1992). Economic institutions as social constructions: a framework for analysis. *Acta Sociologica*, 35(1), 3-11. <https://doi.org/10.1177/000169939203500101>
- Granovetter, M. & Svedberg, R. (1992). *Sociology of Economic Life*. London: Avalon Publishing.
- Habermas, J. (1984). *The Theory of Communicative Action: Reason and Rationalization of Society*. Boston: Beacon Press.
- Hámori, B. (1998). *Érzelemgazdaságtan - A közgazdasági elemzés kiterjesztése*. Budapest: Kossuth Kiadó.
- Kincses Gy. (2007). *A hálapénzről – még mindig nem utoljára*. Budapest: Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, ESKI. Retrieved from http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/halapenzcikk_007_07.pdf
- Kincses Gy. (2019). A köz- és a magánszféra szerepe az egészségügyben. *Magyar Tudomány*, 180(10), 151-152. <https://doi.org/10.1556/2065.180.2019.10.11>
- Kornai J. (1971). *Anti-equilibrium. A gazdasági rendszerek elméleteiről és a kutatás feladatairól*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Lantos G. (2016). Így keresnek az orvosbárok évi 100 millió forintot. *Portfólió*, 2016.04.13. Retrieved from <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20160423/igy-keresnek-az-orvosbarok-evi-100-millio-forintot-230793>
- Launberg, A. (2011). Commercializing Academic Research Results: When a University wants to Further Innovation. *27th IMP-conference in Glasgow, Scotland*. Retrieved from <http://www.impgroup.org/uploads/papers/7652.pdf>
- Mills, M. E. C. (2002). Conflict in Health Care Organizations. *Journal of Health Care Law and Policy*, 5(2), 502 – 523. <http://doi.org/10.1080/08998280.2001.11927749>
- Mischel, W. (2015). *A pillecukorteszt*. Budapest: HVG Kiadó.
- Mitev, A. Z. (2012). Grounded theory, a kvalitatív kutatás klasszikus mérőköve. *Vezetéstudomány*, 43(1). 17-30.
- Patton, C. (2014). Conflict in healthcare: A Literature Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 9(1), 1-11.

- Polányi K. (1976). A gazdaság mint intézményesített folyamat. In Polányi K. (ed.), *Az archaikus társadalom és a gazdasági szemlélet* (pp. 228-272). Budapest: Gondolat Könyvkiadó.
- Putnam, R. D. (1993). *Making Democracy Work. Civic Tradition in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Rabin, M. (1998). Psychology and Economics. *Journal of Economic Literature*, 36(1), 11-46. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/2564950>
- Rahim, M. A. (1985). A Strategy for Managing Conflict in Complex Organisations. *Human Relations*, 38(1), 81-89. <https://doi.org/10.1177/001872678503800105>
- Rahim, M. A. (2002). Toward a Theory of Managing Organisation Conflict. *The International Journal of Conflict Management*, 13(3), 206-235. <http://doi.org/10.2139/ssrn.437684>
- Raus, K. Mortier, E. & Eeckloo, K. (2018). Organizing Health Care Networks: Balancing Markets, Government and Civil Society. *International Journal of Integrated Care*, 18(3), :6. <https://doi.org/10.5334/ijic.3960>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't? *The BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Savage, G. T., Taylor, R. L., Rotarius, T. M. & Buessler, J. A. (1997). Governance of Integrated Delivery Systems/Networks: A Stakeholder Approach. *Health Care Management Review*, 22(1), 7-20.
- Szántó Z. (1994). A gazdaság társadalmi beágyazottsága. *Szociológiai Szemle*, 1994 (3), 141-145.
- Thaler, R. H. (1980). Toward a Positive Theory of Consumer Choice. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 1(1), 39-60. [https://doi.org/10.1016/0167-2681\(80\)90051-7](https://doi.org/10.1016/0167-2681(80)90051-7)
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1991). Ítéletalkotás bizonytalanság mellett: heurisztikák és torzítások. In Pápai, Z. & Nagy, P. (eds.), *Döntésméleti szöveggyűjtemény* (pp. 77-93). Budapest: Aula Kiadó.
- Wagrell, S. (2011). *Achieving Innovation in Healthcare: The Public Quasi-Market Paradox*. 27th IMP-conference in Glasgow, Scotland. Retrieved from <http://www.impgroup.org/uploads/papers/7793.pdf>
- Weber, M. (1987). *Gazdaság és társadalom. A megértő szociológia alapvonalai*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Yang, W.-H. , Hu, J.- S., & Chou, Y.-Y. (2010). Analysis of Network Type Exchange in Health Care System: A Stakeholder Approach. *Journal of Medical Systems*, 36(3), 1569-1581. <https://doi.org/10.1007/s10916-010-9618-5>
- Zukin, S. P. & DiMaggio (eds.) (1990). *Structures of Capital. The Social Organization of the Economy*. Cambridge: Cambridge University Press.