

## **Tisztánlátás az egészségügyi intézmények gazdálkodásában a klasszikus kontrolling módszertan alkalmazásával**

Székely Ágnes, Bodnár Gábor, RDSYSTEMS Kft.

**A profitorientált szféra mellett a kontrolling egyre nagyobb szerepet játszik az egészségügyi intézményekben is.**

**A kontrolling, mint költség érzékeny alrendszer bevezetésével egy olyan, gazdálkodást támogató vezetői eszközt alkalmazunk, mellyel az intézmények vezetését segítjük a költségek felmerülési helyeinek és összefüggéseinek átlátásában. Jól használható kontrolling rendszer bevezetéséhez az egészségügyi szakmai és a gazdasági szakemberek összehangolt munkája szükséges.**

### **BEVEZETÉS**

Az elmúlt években olyan sokat beszéltünk róla, hogy már elcsépelet szlogennek értékeljük az alábbi mondatot:

„Az Európai Unióban követelménnyé fog válni az egészségügyi intézmények menedzser szemléletű irányítása és költség-hatékony gazdálkodása.”

Amennyiben viszont komolyan vesszük ezt az előrejelzést, és az irányításra, valamint a hatékony költség-gazdálkodásra helyezzük a hangsúlyt, egyértelművé válik, hogy a szemléletváltás egyik nélkülözhetetlen eleme lesz az informatikával támogatott valódi kontrolling (nem csak monitoring) módszertan alkalmazásának szükségessége. A megvalósulás egyik feltétele, hogy a gazdasági szemléletű vezetésnek az orvos-szakmával szorosan együttműködve kell a kontrollingot kialakítani és alkalmazni az adott intézmény betegellátási és gazdálkodási eredményessége érdekében. A több évig tartó kutatás-fejlesztési projekt, amelyben részt vettünk, a profit-orientált szférában (ipar, kereskedelem stb.) hatékonyan működtetett klasszikus kontrolling módszertan az egészségügyre történő átültetését célozta meg, és vitte sikerre az „eset-kontrolling” eljárásainak, számítási modelljének kidolgozásával.

### **AZ ALAPOK**

Írásunkban, az általános elveken túlmutatóan, azokat az operatív lépéseket, kontrolling módszertani egységeket próbáljuk meg összefoglalni, amelyek alkalmasak az intézményi gazdálkodás tisztánlátását elősegíteni. Egészségügyi példával élve, a kontrolling önmagában nem gyógyír a bajokra, de segítségével meg lehet találni a betegség gócait, és még időben meg lehet tenni a preventív intézkedéseket a megfelelő döntések (intézkedések) meghozatalával. A kontrolling „csak” annyit vállal fel, hogy az értékteremtő fo-

lyamat (esetünkben a betegellátás) során létrejövő termék (a meggyógyított betegség) költségösszetevőit, bevételeit, fedezetét, a tervtől való eltéréseit összefüggéseiben képes a vezetők számára megvilágítani. A kontrollingnak tehát alapvetően döntés előkészítő szerepe van, és a költséghatékony mérésére, elemzésére helyezi a hangsúlyt. Trivialitás, hogy az elemzéshez adat kell, de a kontrolling rendszereknél mindig nagyon fontos (és néha nagyon kényes) kérdés, hogy milyen (honnan származó) adatokat elemzünk. A kontrollingot támogató informatikai megoldást lehetőség szerint az adatok keletkezési helyén kell „ráültetni” az analitikákra, az üzemgazdasági könyvelésre, illetve az orvos-szakmai (klinikai) rendszerekre.

A rendszer működtetése nem képzelhető el a bevezetést megelőző adatgyűjtési munka, és a folyamatosan keletkező, hiteles tény adatok megléte nélkül, de az általa nyújtott előnyök, az eredményekhez (elemzésekhez) fűzhető érdekeltségi rendszer kialakítása fokozhatja az érintett intézményi munkatársak hajlandóságát e megelőző munkák elvégzésére. Van még egy fontos sikertényező, ami nélkül nem lehet kontrollingot bevezetni. Ez pedig a vezetői akarat és elszántság. Ha ez hiányzik, el sem szabad kezdeni a munkát.

### **A JELEN**

A jelenlegi finanszírozási rendszer, jellemzően zárt kasszával működik, és csak gyenge kapcsolata van a valódi költségek felmerüléséhez. A rendszer tudott hiányossága ellenére nemcsak a finanszírozás ellentmondásaiban kell a bajok okát keresni. Tapasztalatunk szerint az is igaz, hogy az egészségügyi intézmények jelentős része nem ismeri a költség felmerülések összefüggéseit, és az elszámolási rend nem is alkalmas kontrolling szemléletű elemzésekre.

Példaként tegyünk fel néhány olyan kérdést, amelyre minden intézményi vezetőnek, gazdasági igazgatónak jó lenne korrekt választ kapnia.

Tudjuk-e, hogy:

- Mennyi az egy WHO pontra eső tényleges költségünk?
- Mekkora a kapacitásszükséglete a tervezett teljesítményeknek (betegnap, műtéti óra stb.)?
- PI. az energiahordozók drágulása konkrétan milyen hatást gyakorol a kezelt betegség költségeire?
- A több betegséggel (vagy szövődéssel) kezelt páciens költségei milyen arányban vannak a finanszírozott bevétellel?

- A gyógyítás során milyen szakmai protokoll-eltérések merültek fel az elvárthoz képest, és ezek milyen költségeltérést okoztak?
- A saját számlás, vagy a biztosított beteg ellátása mennyibe került, és ki tudunk-e állítani korrekt betegszámlát?
- Egy műtét elvégzéséhez milyen értékű orvos-szakmai anyag kellett, és konkrétan hány forintba került mondjuk egy 3 órás műtét?
- Milyen tényleges osztályos költségeink vannak, beleértve a saját költségeket és a belső szolgáltató költséghelyek átterhelt költségeit?
- A különböző szakmai osztályon ellátott betegségeknek milyen volt a fedezete?
- A könyvelésben, az ún. „egyéb” számlaosztályon, megjelenő összegek hozzárendelhetők-e egy osztályhoz, betegséghez, betegségcsoporthoz?

Az előzőekben említett néhány kérdésre (és azon túl is), az ismertetésre kerülő egészségügyi kontrolling módszertan alapján egyértelmű válaszok adhatók. Az alábbiakban vázlatosan ismertetésre kerülő, és az egészségügyi intézményekre szabott, kontrolling megoldás alkalmas a tisztánlátás elősegítésére.

## A JÖVŐ?

Naivan, és a jelenlegi helyzetet legalább képzeletben ideálissá téve induljunk ki abból, hogy a finanszírozók hajlandók egy, a gazdálkodásában átgondolt, racionalizált, egészségügy valós költségeit fedezni. Ugyanakkor a betegellátási intézmények gazdasági és orvos-szakmai vezetői félretéve az ellentéteket, szabad utat biztosítanak a működés racionalizálásának, a kontrolling bevezetésének, és felvállalják az átláthatóságból és a költségracionalizálásból adódó feszültségeket.

## ELŐKÉSZÍTŐ LÉPÉSEK (MŰKÖDÉSFELMÉRÉS, RACIONALIZÁLÁS)

A kontrolling bevezetését megelőzően alapvető de legalább is célszerű, a betegellátás, mint főfolyamat, és az egyéb gazdálkodási (kisegítő) folyamatok működés szempontú felmérése. A felmérésnek több célja és eredménye van. Egyrészt első megközelítésben, a szakember számára felismerhetők a működés kisebb-nagyobb hibái (pl. szerződés felülvizsgálata, utalványozási rend, gyógyszer- és más keretek kezelése stb.), és azonnal ötletek meríthetők az esetleges racionalizálási feladatokhoz, továbbá az áttekintett folyamatok és a szervezeti működés alapján jól körülrajzolható az intézmény folyamat és költség struktúrája, amely a felépítendő kontrolling alapját fogja képezni. A felmérés során a kontrollingot támogató szoftver adatigényét kielégítő informatikai adatforrások, szükséges adatszerkezetek, konverziók ugyancsak meghatározásra kerülhetnek.

Az „átvilágítást” jellemzően az egészségügyi intézmények, külső tanácsadó cégekkel közösen végzik, mert jobb eredményeket lehet elérni, „külső szemlélő” bevonásával, emellett egyfajta kényszer is jelent (amennyiben a vezetői akarat létezik) a munka megfelelő ütemű elvégzéséhez.

A felmérés és racionalizálás végeredményeként kialakult költséghely struktúra kategorizálása, költségösszetevők meghatározása a költséghely tervezés során történik meg.

## KÖLTSÉG ÉS KÖLTSÉGHELYI TERVEZÉS

Az alapfolyamatok alapján meghatározott költséghelyi tervezés előtt, néhány, nem mindig könnyű feladatot kell megoldanunk.

- A kontrollingban meghatározó a termék (a költségviselő) megtalálása, amelynek érdekében az értékteremtő folyamat zajlik. Jelen megoldásban a „termékek” a betegségek, betegségcsoportok gyógyítási folyamatai, így akár konkrét műtétek is lehetnek. A költségcsoportosítások a továbbiakban közvetlenül, vagy közvetve ezekre összpontosulnak
- Feladat a kontrolling költség- és költséghelyi struktúra meghatározása, melyek eltérhetnek, és jellemzően el is térnek a számvitelben alkalmazottaktól. Ezek a struktúrák a vezetői igényeknek megfelelően és célszerűen bontva, csoportosítva alakíthatók ki. A számviteli és a kontrolling költség és költséghelyi struktúrák közötti összefüggéseket konverziós eljárások biztosítják. A költségek figyelembevétele vagy a költségviselőn közvetlenül (pl. gyógyszer, műtéti segédanyag stb.) történhet, vagy közvetve a költséghelyeken keresztül, melyek a teljesítményüket ugyancsak a költségviselőre vetítik.
- A teljesítmény (bevétel) tervezése. A bevételek jól strukturált bontása egyrészt nagy segítséget nyújthat az elemzések során, másrészt a teljesítmény eléréséhez szükséges erőforrások, szűk keresztmetszetek feltérképezését is nagymértékben segíti. A gyakorlatban a teljesítmény-tervezés a betegellátási folyamat tekintetében azt jelenti, hogy betegség (csoportonként) a valóságot jól megközelítő, statisztikailag alátámasztott adatok felhasználásával, a számosságot és a bevételt tervezzük.

A költségviselőnkénti költség és bevétel struktúra meghatározása után első feladat a költséghelyek típusba sorolása, valamint a költséghelyeken figyelembe vett költségek felosztása.

Három alapvető típusba lehet sorolni minden költséghelyet:

- Primer költséghely, amely a fő folyamatban közvetlenül kapcsolatba kerül a költségviselővel, azaz a meggyógyított betegséggel, beteggel (pl. szakmai osztályok)
- Szekunder költséghely, amely a többi költséghely működését biztosítja (kazánház, TMK, Informatika stb.)
- Igazgatási típusú költséghely, amely az egész intézmény tevékenységét szolgálja (vezetés, kontrolling stb.)

A primer költséghelyek költsége proporcionálissá téve a költségviselőkre kerül, a szekunder költséghelyek költségei a „kiszolgált” költséghelyek között kerülnek felosztásra, míg az igazgatási típusú költséghelyek a felosztási módtól függetlenül, egy külön fedezeti lépcsőben, vagy közvetlenül a költségviselőkre, vagy csak a primer költséghelyekre kerülnek átkerítésre.

Fentiek alapján tehát minden egyes költséghely közvetlen és közvetett költségei megtervezésre kerülnek értékben, vagy naturáliában. A költséghelyi tervezés fontos eleme a kapacitás, vagy teljesítmény (pl. az egy évben, vagy hónapban tervezett betegnapok száma, a műtéti órák száma, a mosott ruha kg stb.). Ehhez kapcsolódik a vetítési alap, amely az adott költséghely teljesítményének mértékegysége (betegnap, munkaóra, fő, kg stb.), míg a költségkulcs az egységnyi teljesítmény számszerű értéke (Összes költség / Teljesítmény).

A költségkulcsok segítségével adják át a primer költséghelyek költségeit a költségviselőknél, illetve a szekunder költséghelyek a többi (akár az ugyancsak szekunder) költséghelynek.

## PROTOKOLLOK, FAJLAGOS ÖNKÖLTSÉG KALKULÁCIÓ

A ma működő, egészségügyi kontrolligot támogató, megoldások az eddig ismertett költséghelyi szintnél jellemzően megállnak, és osztályos fedezetet vizsgálnak a számviteli költség, ráfordítási és bevételi adatai alapján. A most ismertett módszertan újszerűsége abban rejlik, hogy ennél tovább lép. Mégpedig a termék, azaz a gyógygyított betegség (beteg) irányába. Ezért is nevezhető „eset-kontrollingnak”.

A jellemző betegségek, ellátások költségkalkulációs elemeit a kalkulációs sémák foglalják egységes rendszerbe. A kalkulációs séma egy olyan szabad paraméterezésű, célszerűen kialakított hierarchikus váz, mely a költségviselő megkívánt mélységű költség(elem)-struktúráját tartalmazza. Ebben a sémában elemi szintre bonthatók a közvetlen és közvetett költségek, és jó elemezhetőséget biztosítanak.

Az elemi kalkulációs séma sorokhoz a betegség, műtét, vagy járóbeteg ellátás protokolljai adnak tartalmat. Amíg a kalkulációs séma általában egységes szerkezetű, addig a protokollok minden szükséges, egyedi költséginformációval rendelkező összetevőt tartalmaznak, tehát nagyon sokrétűek és változatosak.

Míg a tervezés során a betegségekhez rendelt protokollok statisztikai alapokon leképezhetők, addig a tényadatgyűjtés során (pl. az elektronikus kórlapból adatokat nyerve) konkrét betegséghez konkrét költségek rendelhetők. A betegségekhez, ellátásokhoz rendelt protokollok költségösszetevői, két csoportba sorolhatók. A közvetlenül hozzárendelhető költségekből (gyógyszerek, segédanyagok, implantátumok) és a primer költséghelyek naturáliákban kifejezett, költségkulcsok segítségével felvett, közvetett költségeiből

állnak (pl. amennyiben 1 műtéti óra 67 e Ft, akkor 3 műtéti óra esetén 3\*67 e Ft-ot kell átkeríteni a műtő teljesítményéből az adott protokoll szerint).

A kalkulációs sémában összeszedett és rendezett költségelemek megjelenő költségek adják minden egyes költségviselő (meggyógyított betegség) fajlagos önköltségét.

A protokollon keresztül lehetőség van több betegség „összevezetésére” is. Ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy azoknak a betegeknek, ellátottaknak a tényleges költségét is meg tudjuk határozni, akiknél pl. csak a fő betegséget finanszírozták meg. Az így kialakított kontrollig segítséget jelent a részletes betegszámla elkészítéséhez is.

## FEDEZETI SZINTEK, ELTÉRÉSELEMZÉS

A fajlagos önköltségadatok, a tervezett teljesítmény és bevételi adatok alapján a betegségekkel kezdődően, betegségeken és osztályokon keresztül egészen a teljes intézményi eredményig nagyon sokrétű fedezeti fokozatok alakíthatók ki, melyeket a fedezeti, vagy eredmény sémák írnak le. Az egyes séma-sorokba irányított költség és bevétel adatok elemzési eredményei alapján viszonylag gyorsan kielégíthetők a különböző vezetői szintek információs igényei. Úgy véljük, hogy a protokollon alapuló elemzések az orvosi munka minőségbiztosítási kérdéseire is választ adhatnak.

A kontrolligban keletkezett sokrétű terv- és tényadat hatékony, sokrétű elemzési lehetőséget biztosít terv-tény, terv-terv halmazokon az azonos, megelőző, vagy más időszakokra vonatkozóan az alábbi szinteken:

- Költségsorok szintjén
- Költséghelyi saját, átkerített, fix és proporcionális költségek tekintetében
- Költségösszetevők, költségkulcsok eltérése
- Indokolt költségek vizsgálata
- Önköltségeltérések
- Protokoll eltérések
- Bevétel és fedezeteltérések

## INFORMATIKAI TÁMOGATÁS ÉS A VEZETŐI INFORMÁCIÓS RENDSZER (VIR)

A leírta alapján működő megoldásban nagyon sok adat gyűlik össze a tervezés és a tényadat gyűjtés során. Ekkora adathalmaz kezelését papírmunkával (és Excel táblákkal) nem lehet hatékonyan végezni. Az alaprendszerekből (könyvelés, klinikai rendszer, Excel táblák stb.) átvett adatok automatikusan, vagy kézzel indítva, de mindig csak ellenőrzött (adatmedencéken keresztül) kerülhetnek felhasználásra. Szükség esetén kézi adatfelvitel is biztosítani kell.

Az adatok önmagukban semmit nem érnek, ha nem átlátható, logikus formában jelennek meg. Erre szolgál az összes strukturált adatot tartalmazó „adatmedencében” tárolt információkra épülő, lehetőleg dinamikus és felhasználóbarát felülettel rendelkező, adatbányász, jelentés- és ki-

mutatás készítő alkalmazás, mely alkalmas a VIR kialakítására.

A kontrolling bevezetési munkáit a Kontrolling Szakmai Szabályzat zárja, melyben meghatározzuk a kontrolling üzemeltetéséhez szükséges feladatokat és hatásköröket, azaz, hogy ki, mikor, milyen adatot, milyen rendszerességgel, milyen szabályok szerint szolgáltat, illetve kap meg. Nagyon fontos, hogy a kontroller valóban kontrolling (elemző, feltáró) munkát végezzen, és ne „csak” statisztikákat készítsen.

Az előzőekben vázlatosan ismertetett megoldás nem csak fikció, hanem egy 3 éves kutatás-fejlesztési munka eredményeképpen létrejött, létező és működő informatikai rendszer. Kórházi szakemberek, kontrolling szakértők és in-

formatikusok hozták létre, és az Oktatási Minisztérium IKTA pályázatának egyik nyerteseként jelentős állami támogatás is segítette a létrejöttét.

## AZ EREDMÉNY

A kontrolling bevezetése nem egyszerű és nem is „egyszeri” feladat, állandóan változik, finomodik, követi a belső és külső változásokat. Alkalmazásával és lehetőségeinek kiaknázásával, folyamatos finomításával erős döntés-előkészítő, feltáró, időbeli beavatkozásra serkentő hatása lehet, és végre tiszta választ kaphatunk a „Sok a költségünk, és kevés a bevételünk” hiteles adatokkal alátámasztott miértjeire.

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Székely Ágnes** A Pénzügyi és Számviteli Főiskola elvégzése után, rendszerszervezői diplomát szerzett. Közel húsz évig a Medimpex Gyógyszerkútereskedelmi Vállalatnál szervezési és informatikai osztályvezetői, majd főosztály vezetői állást töltött be. Ezt

követően az EuroTrend Informatikai Kft.-nél Szoftverfejlesztési igazgató, majd 1999 óta az RDSystems Kft. ügyvezető igazgatója. Szakmai pályafutása alatt vezetési és projektvezetési, rendszerszervezés irányítási ismeretek mellett Oracle tapasztalatokat is szerzett ipari, kereskedelmi, önkormányzati és egészségügyi projektek irányítójaként.



**Bodnár Gábor** kohómérnöként, IT programozóként, majd gazdasági mérnöként szerzett diplomát. Pályáját az iparban kezdte, később középiskolai tanárként dolgozott. Az Eurotrend Informatikai Kft.-nél rendszerszervezői állást töltött be, majd 1999-től az

RDSystems Kft.-nél szervezési tanácsadóként dolgozik. Munkája során elsősorban ipari, kereskedelmi, egészségügyi kontrolling kialakítását, bevezetését célzó projekteken vett részt. Jelenleg fő feladata különböző területek kontrolling projektjeinek irányítása, a kontrolling rendszerek bevezetése, az előszervezéstől a szoftver megoldásokig.