

Az egységes kontrolling módszertan és implementációjának tapasztalatai

Nikliné Gáldonyi Edina, Magyar Honvédség Egészségügyi Központja

Az egészségügy megújítása, fenntartható alapokra helyezése, a hatékonyan működő, minőségerorientált, betegközpontú egészségügyi rendszer létrehozása érdekében az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) komplex projektet valósított meg "Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása" nevű TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 címmel.

A program céljai között kiemelt szerepet kapott az intézményvezetés és a fenntartónál rendelkezésre álló gazdálkodási és döntéstámogató információk rendszerességének, egységességének és – végső soron – minőségének javítása, fejlesztése. Ezért a projekt keretében kifejlesztésre került az osztályos és az esetszintű kontrolling módszertan és kézikönyv, valamint megtörtént ezek gyakorlati alkalmazása is, melynek tapasztalatait veszem számba a következőkben.

The Hungarian National Healthcare Service Center (Állami Egészségügyi Ellátó Központ – ÁEEK) started a new project with the aim of establish a sustainable base for the healthcare system and also reform the whole structure to be centred upon efficiency, quality and patient directed services. The name of the project is „Developing the organizational efficiency in the healthcare system – Territorial cooperation” – TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001.

The main aims of the project are developing the regularity, the integration, and quality of the information that support the decision making. Therefore the development of a ward based as well as a case based controlling method handbook has been elaborated and implemented in practice. Hereinafter author reviews the most important experiences of the project.

BEVEZETÉS

Az egészségügyben korábban már számos próbálkozás történt arra, hogy az állam átfogó képet kapjon az ellátók gazdálkodásáról, illetve a teljesítmények előállításának valós költségeiről. Azonban ezek a kísérletek nem bizonyultak sikeresnek, mivel az ellátók sokszor eltérő gazdálkodási rendszereit nem tudta az állam összehangolni, egységes keretek közé szorítani.

A szakellátók állami fenntartásba vétele azonban lehetőséget teremtett arra, hogy az ágazat irányító nem csak szabályozóként, de a Kedvezményezett (ÁEEK) keresztül fenntartóként is előírhatja az ágazati kontrolling megvalósí-

tásához szükséges kontrolling háttér megteremtését az ellátói oldalon, illetve a középirányító szervezet oldalán is.

Ezt az egységes hátteret egy módszertannal szándékozott megvalósítani, mellyel szemben elvárás volt az átfogó és transzparens kép kialakítása, mely teljes körű, egységes szemléletű és zárt rendszerű gazdálkodási adatokat biztosít fenntartói és intézményi szinten, valamint a szakmák szervezeti szintjein. Ehhez is, és a Fenntartó elvárásaihoz is szükséges volt többek között az egyes (kiszolgáló) funkcióknak, valamint a teljes közös költség-struktúrának a kialakítására.

Mivel a Fenntartónak látnia kell az egyes teljesítmények (HBCs-k) előállítási költségeit, sőt igénye volt, hogy össze is tudja hasonlítani az egyes intézmények azonos beavatkozásainak költségeit, ezért az egységes módszertan az ellátások valós költségeinek megjelenítését is jelenti.

Az ellátói kapacitások szakmai és gazdálkodási szempontok szerinti összehangolásaként a Fenntartó látni szeretne volna azt is, hogy melyek azok a szervezeti egység méretek, amelyek az adott szakmában legalább null-szaldósan működtethetők (méretgazdaságossági szempontok vizsgálata). A rendszer idősoros összehasonlító elemzések segítségével értékelni képes a fejlesztések ellátásra gyakorolt hatásán túl a gazdasági hatásait is.

Az egységes kontrolling módszertan szükségességét a 2014 szeptemberében végrehajtott helyzetfelmérés eredménye is alátámasztotta.

Néhány alapvető megállapítás:

- Az intézmények 90%-a válaszolt a kérdésekre.
- 2/3-uk rendelkezik kontrolling szervezettel vagy munkakörrel.
- A válaszadók 75%-a készített 2013-ban üzemgazdasági eredmény számítást legalább intézményi szinten,
- viszont csak 21%-nál vannak meg a szakfeladat/szervezeti egység szintű kontrolling eredményszámítás feltételei.
- Ebből 1/3 készít havi vagy legalább negyedéves elszámolást, a 2/3-a ennél ritkábban.
- Esetszintű adatok csupán 2-3 helyen szerepeltek.

Ezzel szemben a módszertan implementációja után:

- 53 intézményben leellenőrzött egységes számlatükör alapján könyvelnek és szolgáltatják az egységes alapadatokat a kontrolling rendszerek felé,
- 51 intézményben sikeresen elindult az osztályos kontrolling rendszer.
- Tesztelésre került az ÁStaR felé feladott adatok minősége és mennyisége.

- 12 intézményben esetszintű módszertan alapján indított költséggyűjtés eredményeként közel 2440 teljes esetet lefedő, esetszintű feldolgozott költségadatok képződtek.

A kitűzött célok eléréséhez első lépésként az egységes intézményi számlatükör lett kialakítva. A második lépés az egységes osztályos és esetszintű kontrolling módszertan és a főkönyv elkészítése volt, míg a harmadik lépés a módszertanok gyakorlati bevezetése, az implementáció volt. 53 kórház lett kijelölve az osztályos módszertan-, és 12 kórház, 6 szakmában (elsősorban manuális szakmák, fókusz a műtői költségmérés) pedig az esetszintű módszertan implementálására.

Okulva a korábbi tapasztalatokból, az ÁEEK közvetlenül szerződött az intézményi munkavállalókkal, így az osztályos kontrolling és az adatrögzítő munkatársakkal.

Az implementáció elvégzésére tanácsadói teamek alakultak, akik folyamatos jelenlétükkel, tanácsadásukkal segítették a bevezetést, a feladatok egyértelműsítését, szükség esetén finomítását, értelmezését. A munkatársakat közvetlenül bevonták a feladatok végrehajtásába. Az implementációra a dinamikus haladás (2,5 hónap állt rendelkezésre) volt a jellemző. A tapasztalatok szerint általában jó volt a fogadtatás, az együttműködésre és konszenzusra való törekvés.

AZ IMPLEMENTÁCIÓ TAPASZTALATAI [1]

- Az egységes számlatükör 2015. január 1-i bevezetésének tapasztalatai alapján elmondható, hogy a szakfeladatok – kormányzati funkciók körének meghatározása a legtöbb intézményben nem volt összhangban a szervezeti és működési szabályzattal, illetve az alapító okirattal.
 - A kiszolgáló funkciók kialakítása az egységes módszertan ellenére sem sikerült egységesre.
 - Költséghelyek megnyitása a kötelezően előírt funkciókra több esetben is hiányos volt, így a Fenntartó elvárását a funkciók költségeinek a megismerésére, összehasonlítására teljes körűen még nem biztosította. Ennek javítása és egységesítése a 2016-os év feladata lesz.
 - A főkönyvi könyvelések az intézmények jelentős részénél nem voltak naprakészek, így az adatfeldolgozás sem kezdődhetett meg azonnal, hanem csak késéssel.
 - A költségfelosztási sokféleség egységesítése sem volt zökkenőmentes, mivel vagy eddig más gyakorlatot követtek, és az adatgyűjtés átállítására kevés volt az idő, vagy azért, mert egyáltalán nem gyűjtöttek adatot az adott szolgáltatás esetében.
 - Szintén problémaként merült fel a készletnyilvántartások új számlatükörhöz illesztése, hiszen soronként vagy cikkcsoportonként kellett áttekinteni a hozzárendelt főkönyvi számlákat.
 - A készletnyilvántartások és készletezés átalakítása a számlatükör szerint (műtői készletek kialakítása, műtői anyagra költséghely nyitása) szintén problémát jelentett.
 - A bérek, juttatások és járulékok szétosztása az osztályokra és onnan a szakfeladatokra, csak kevés helyen teljesült. Ehhez sajnos jelenleg még szükséges plusz informatikai segítség, mert a MÁK rendszeréből kapott alapinformációk nem alkalmasak az ez irányú feldolgozásra.
 - A főkönyvi könyveléseknek szintén nem jelentett segítséget, hogy 2014. december 29-én ismét jogszabály változás történt, és az arra már kiadott számlatükört módosítani kellett, melynek véglegesítése csak 2015. márciusában történt meg.
- Összefoglalva sajnos az elmaradó, hiányos, módszertantól eltérő, a korábban megszokott módon történő könyvelés volt a jellemző.
- Ezért az implementáció során a következő megoldások születtek:
 - A főkönyvben kijavították a költség adatokat, amit a kontrolling átvett és felhasznált (kevés esetben történt ez meg),
 - a főkönyvben nem történt korrekció, a kontrolling az átvett főkönyvi adatokat korrigálta és ilyen módon használta (ez néhány esetben fordult elő),
 - illetve harmadik verzióként a költség adatok nem kerültek korrigálásra, a feltárt hibák a jövőbeli könyveléssel kapcsolatos elvárásaként lettek megfogalmazva (jellemzően ez történt).
 - A fentiek alapján feladatként megfogalmazható, hogy gyorsítani kell a könyvelést, törekedni kell a naprakész állapot elérésére.
 - Az adatok hozzáférése az előzőekben jelzett korlátozásokkal együtt megfelelő volt. Az implementáció ebből a szempontból egyértelműen sikeresnek nevezhető. Az elkészített kontrolling modellek tényadatokkal fel lettek töltve.
 - A költségviselők kialakított rendszere jellemzően jól leképezte a módszertani elvárásokat.
 - Megvalósult az a megoldás, hogy szervezeti egység, illetve kasszák/szakfeladatok kombinációjára épüljön a költségviselők rendszere.
 - Minden kórház úgy definiálta a költségviselőit, amilyen szervezetben látni akarta a saját eredményeit.
- A szakfeladat illetve kasszák összefüggésében a krónikus fekvőbeteg-ellátás, illetve a járóbeteg-ellátás területe okozott nehézséget, de ez a módszertantól függetlenül is gond jelenleg, ugyanis e szakfeladatok ellátása sokszor keveredik egy szervezeti egységen belül.
- Az adatfeldolgozás legnagyobb problémája a főkönyvi könyvelés adataihoz való hozzáférés volt. Nem abban az értelemben, hogy nem kapta meg a kontrolling, hanem azért, mert nem állt rendelkezésre. A főkönyvi adatok előállításának időpontja a kontrolling egyik gyenge pontja.
- A kontrolling szempontjából, nem nagyon tolerálható a főkönyvi könyvelésben, a számlák egyenlegének egy múltbeli időpontra szóló dinamikus változása. Teljesen hitelrontó

a rendszer szempontjából, hogy változnak a múltbeli eredmények.

Ezért a kontrolling és a számviteli eredmény eltérései a módszertan szerinti „egyeztető hídon” kerültek bemutatásra. A két eredmény eltérésének tételes analitikája jellemzően teljes pontossággal megállapítható. Megfogalmazhatók azok az eltérési pontok, okok és forintban kifejezett mértékek, amelyek a két eredmény különbségét leírják. A legfontosabb megállapítások:

- A pénzforgalmilag az időszakban (2015. második negyedévben) érkezett, de az időszak bevételeként nem értelmezhető konszolidációs támogatás, mely a kontrolling módszertan felfogása szerint bevétel, de azt csak hosszabb időszak alatt vennénk figyelembe. Az ilyen támogatások kezeléséről módszertani szempontból rendelkezni kell. További kérdése ennek a problémának, hogy intézményi szinten vagy az egyes költségviselőkre leosztva kell-e figyelembe venni.
- OEP bevételek könyvelése jellemzően pénzforgalmilag történik a gyakorlatban, így a kéthavi csúszásból történő eltérés megjelenik.
- A bértámogatás egyes elemei éves szinten érkeznek a kórházba, és a beérkezéskor vannak könyvelve. Az implementációban időarányosan lettek figyelembe véve, ahogy a kapcsolódó költségek is keletkeznek.
- Beruházási támogatások nem részei a működési, üzembgazdasági eredménynek.
- Projekt bevételek és ráfordítások sok kórházban különféle beruházási projekthez kapcsolódva képeznek jelentős bevételt és költség számlát (7-es költségviselő számlákon). Ezek az egyenlegek az időszak végén „véletlenszerűek”, nem tartoznak a gazdálkodási teljesítmények elemei közé.
- A számviteli szabályok szerint ráfordításként elszámolt beruházási ÁFA nem része a működési eredménynek (ahogyan a hozzá kapcsolódó forrás sem).
- Az eredmény-számításnál figyelembe vett működési ÁFA nagysága eltérhet a 8-as számlaosztályban könyvelt egyenlegtől. Elsősorban a felhasználás és beszerzés különbsége miatt lehet eltérés. Nem ritkán az arányosított ÁFA rossz könyvelési megoldásai miatt jelentkezik jelentős eltérés.
- A főkönyvi könyvelés nem időszakra szóló tételeinek korrekciója szükséges (kiemelés a költségekből) csak úgy, mint a főkönyvi könyvelésben meg nem jelenő, de az időszakra szóló tételek korrekciója (beemelés a költségek közé).

A TECHNIKAI FELTÉTELEK ALAKULÁSA AZ IMPLEMENTÁCIÓ FOLYAMÁN

Az egészségügyi ágazatban az alkalmazás számosságát tekintve a két leggyakoribb, a piaci részesedést tekintve meghatározó alkalmazás a BSoft KVIK programcsaládjának eKON rendszere, illetve a CompuTREND CT-Medkontroll alkalmazása.

Az eKVIK eKON modulja az egészségügyi intézményi környezetben elterjedt KVIK rendszer továbbfejlesztése korszerű web-es platformon, Oracle adatbázis kezelővel. Az eKON tetszőleges, az egészségügyben elterjedt 2-3, 5 funkció vagy BNO/HBCs alapú betegségszorosított kontrolling fedezetszámítási modellt tud kezelni. Alkalmos tetszőleges időtávon definiált időszak tényadat követésére, tervezésre, terv-tény összehasonlításra. Az árbevétel előállításához szükséges adatokat a KVIK finanszírozási moduljából kapja. Közvetlen költségek tekintetében az adatforrás a számviteli rendszer illetve fájl szintű import. A költséghelyek költség-felosztásához felhasznált vetítési alapok importálására több opció áll rendelkezésre (főkönyvi import, áttemelés a finanszírozási rendszerből, más időszak vetítési alapjainak paraméterezése stb.). A program alkalmas tervezés és tényállapot adatainak feldolgozására, tervek tény adatokkal való összevetésére illetve tetszőleges tartalmú időszaki adatok összehasonlítására, indokolt-költség számításra, belső érdekeltégi rendszer támogatására stb.

A CT-Medkontroll a CT programcsalád önálló modulja. A rendszer on-line kapja meg a szükséges bevétel és költség adatokat a kapcsolódó moduloktól. A program alkalmas az egészségügyi intézmények teljesítmény és gazdálkodási adatainak gyűjtésére. A program támogatja a kontrolling legfontosabb feladatainak végrehajtását (tényadatok gyűjtése, eltérések elemzése). Az alkalmazás funkcionalitását tekintve tartalmazza az OEP finanszírozású gyógyító teljesítmények kezelését, bevételek előállítását.

Az implementáció során felbukkant egy harmadik szoftveres kontrolling megoldás is, a medi-VIR rendszer (az Uzsoki utcai Kórházban), de a szoftvert az egységes osztályos kontrolling eredmény-számítás feladatainak elvégzésére jelentősen át kellett alakítani, még néhány ponton finomhangolásra szorult.

Az alkalmazott célszoftverek képességei vonatkozásában vegyesek a tapasztalatok. Kifejezetten problémás volt, hogy az eszközök a projekt elején még nem álltak készen minden módszertani elvárás leképezésére. Az egyik eszköz alapjaiban másként (más logikára szervezeten) működik, mint amit a módszertan leír. Folyamatosan gondot jelentett annak a kiinduló elvárásnak a megvalósítása, hogy az intézményi eredmény a költségviselő eredményeinek összessége. (A „szervezeti egységek”, melyek költséghelyi és költségviselő tulajdonságokkal is rendelkeznek bevonása nélkül általában nem lehetett biztosítani az eredmények zárását.)

A szoftverek kezelése, mint technikai probléma minden új kontrolling bevezetés esetén jelentős kihívást jelentett a kórházi személyzetnek. A programok fejlesztőinek támogatása nélkül nem lett volna megoldható az adatok feldolgozása.

AZ IMPLEMENTÁCIÓ TAPASZTALATAI ALAPJÁN MEGFOGALMAZOTT ELVÁRÁSOK, CÉLOK

A kontrolling rendszerek jövőbeli sikeres működésében egyik kulcskérdés azok időbelisége. Cél, hogy az eredmé-

nyek minél hamarabb, a tárgyidőszak után minél rövidebb időn belül előálljanak. Ennek a tapasztalatok alapján két kulcs eleme van: a rendelkezésre álló költség adatok a főkönyvből, valamint az alkalmas és képzett kontrolling személyzet.

A számvitellel kapcsolatos kontrolling elvárás a költség adatok stabilitása. Nem lehet, hogy kontrolling beszámolóval lezárt időszakok költségadatai dinamikusan változzanak

(miként tapasztalható volt az implementáció során több intézményben is).

Az ÁEEK elkötelezett abban, hogy rövidtávon az összes általa fenntartott egészségügyi szolgáltatónál elrendeli az egységes kontrolling módszertan bevezetését.

Minden évben felülvizsgálatra kell, hogy kerüljön az egységes számlatükör, részben a jogszabályi változások, részben a Fenntartó elvárásainak változása miatt.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Állami Egészségügyi Ellátó Központ TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” c. kiemelt projekt keretében „Egészségügyi ellá-

tók egységes intézményi kontrolling módszertan implementációja és az egészségügyi ellátások finanszírozási módszertanához kapcsolódó szimulációs rendszer fejlesztése” Osztályos kontrolling összegző dokumentáció.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Nikliné Gáldonyi Edina üzemmérnök, rendszerszervező, egészségügyi menedzser szakértő és mérnök-közgazdász. Kezdetben könnyűipari termelés irányítással majd logisztikai, könyvelő

és bérszámfejtő programokkal foglalkozott rendszer és folyamatszervezői szinten. Ezt követően az egészségügyben folytatta munkáját a finanszírozás és a kontrolling területén különböző funkciókban. Jelenleg a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ-jának gazdasági igazgatója.

Minden 15. ember szenved valamilyen ritka betegségben

Csaknem 8000 ritka betegséget ismerünk, szinte minden nap leírnak egy korábban nem ismert változatot, 80 százalékuk genetikusan meghatározott, gyakran az idegrendszer is károsodik – mondja Dr. Molnár Mária Judit, a Semmelweis Egyetem Ritka Betegségek Intézetének igazgatója. A neurológus, pszichiáter és klinikai genetikus szakorvos szerint nehezíti a diagnózis megállapítását, hogy ezek a kórképek olyan tünetekkel vagy tünetkombinációkkal jelentkeznek, amelyekkel ritkán találkozik a szakorvos, ráadásul gyakran több szervrendszer is érintett. A Semmelweis Egyetem Ritka Betegségek Hálózatába tartozó mintegy 17 klinikán és intézetben háziorvosi vagy szakorvosi beutalóval fogadják a beteget, évente több ezren keresik fel őket.

Azokat nevezzük ritka betegségeknek, amelyekben 2000 emberből kevesebb, mint 1 érintett. A diagnózis megállapítása sok esetben hosszadalmas, hiszen azokban az intézményekben, ahol főként népbetegségeket látnak el, az orvosok nincsenek felkészülve a ritka betegségek azonosítására – mondta Dr. Molnár Mária Judit. Hozzátette: a négy orvosképző egyetemen működő Ritka Betegségek Szakértői Központjában nagy hangsúlyt fektetnek a kisebb gyakorisággal előforduló betegségek tüneteinek oktatására, jóval alaposabban és részletesebben veszik fel a kórtörténetet, ugyanis komoly jelentősége lehet annak, hogy mely tünet mikor, minek a következményeként jelentkezett, mi javított vagy rontott az állapotán, kinek milyen betegségei voltak a családban.

Folytatás a 41. oldalon