

SOPRONI EGYETEM  
LÁMFALUSSY SÁNDOR KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR  
SZÉCHENYI ISTVÁN GAZDÁLKODÁS- ÉS SZERVEZÉSTUDOMÁNYOK DOKTORI  
ISKOLA  
KÖZÖSSÉGI GAZDÁLKODÁSTAN ALPROGRAM

**A kórházi controlling, mint a tudatos, jövőorientált döntések  
meghozatalához szükséges eszköz**

Doktori (PhD) értekezés

Készítette:

Mattiassich Norbert

Témavezető:

Dr. Karner Cecília Anna PhD

Sopron, 2019

# A KÓRHÁZI CONTROLLING, MINT A TUDATOS, JÖVŐORIENTÁLT DÖNTÉSEK MEGHOZATALÁHOZ SZÜKSÉGES ESZKÖZ

Értekezés doktori (PhD) fokozat elnyerése érdekében

Készült a Soproni Egyetem Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori  
Iskola közösségi gazdálkodás programja keretében

Írta: Mattiassich Norbert

Témavezető: Dr. Karner Cecília Anna PhD

.....

(aláírás)

Elfogadásra javaslom (igen / nem)

A jelölt a doktori szigorlaton 95,5 %-ot ért el,  
Sopron, 2016. május 11.

.....

a Szigorlati Bizottság elnöke

Az értekezést bírálóként elfogadásra javaslom (igen /nem)

Első bíráló (Dr. ....) igen /nem ..... (aláírás)

Második bíráló (Dr. ....) igen /nem ..... (aláírás)

A jelölt az értekezés nyilvános vitáján ..... %-ot ért el.  
Sopron, 2019. ....

.....

a Bírálóbizottság elnöke

A doktori (PhD) oklevél minősítése: .....

.....

Az EDHT elnöke

## Tartalomjegyzék:

1. Bevezetés.....	1
2. Témafelvetés és célkitűzés .....	1
2.1 Kutatási módszertan .....	4
3. Controlling a szakirodalomban, elméleti háttér .....	5
3.1 A controlling definíciói .....	5
3.2. A controlling kialakulásának története.....	6
3.3 A controlling fő irányzatai .....	8
3.4 A controlling és eszközeinek fejlődése .....	9
3.5 A controlling működési modelje .....	14
3.6 A controlling és a vezetés kapcsolata.....	19
3.7. A controller mint pozíció .....	21
3.8 A tervezési rendszer kialakítása .....	24
3.9. Beszámolórendszer kialakítása .....	26
3.10 Vezetői információs rendszer kialakítása.....	26
3.11 A controller és az elemzés, kalkuláció szabályozás .....	27
4. A kórházak szabályozó és finanszírozási rendszere.....	28
4.1 Az egészségügyi ellátás típusai .....	30
4.2 OEP (NEAK) finanszírozás.....	32
4.2.1 A fekvőbeteg-szakellátás finanszírozása.....	33
4.2.2 Járóbeteg finanszírozás .....	36
4.2.3 Krónikus, rehabilitációs finanszírozás .....	37
4.2.4 Egynapos sebészeti ellátás .....	38
4.2.5 Kúraszerű ellátás .....	42
5. A kórházi controlling helye és szerepe napjainkban.....	43
5.1 Az egészségügy közgazdaságtana .....	43
5.2 Kórházak finanszírozását és gazdálkodását befolyásoló hatások controlling szemszögből .	45
5.3.1 A Teljesítmény Volumen Korlát hatása a kórházakra, különös tekintettel a Soproni Erzsébet Oktató Kórházra .....	72
5.3.2 Teljesítmény elszámolás a kórházakban .....	76
5.3.3 Kórházi finanszírozás, költségek és szabályozások összefüggései.....	78
5.4 Controlling kézikönyv.....	84
5.5 Egységes intézményi számlatükör a Soproni Erzsébet Oktató Kórház példáival alátámasztva .....	90
5.6 Likviditás controlling .....	102
5.6.1 A likviditás controlling gyakorlati működtetése .....	103
5.6.2 Likviditás menedzselése.....	105

5.6.3 A likviditás terv modelljének felépítése.....	108
5.7 Teljesítmény controlling .....	110
5.8 Keretgazdálkodás .....	112
5.8.1 Beszerzői keretek .....	113
5.8.2 Felhasználói keretek.....	116
5.9 Műtőszervezés.....	121
5.10 Kiegyensúlyozott Mutatószám Rendszer (Balanced Score Card, BSC).....	123
6. Kórházi controlling rendszer kialakítása.....	124
7.Eredmények, következtetések, javaslatok.....	128
7.1 Kutatásom eredményei.....	128
7.2 A kutatásban rejlő további lehetőségek.....	131
8. Összefoglalás.....	131
9. Summary .....	134
FÜGGELÉK.....	I
1. sz. Függelék: Statisztikai eredmények .....	I
2. sz. Függelék: ANOVA táblák .....	IV
3. sz. Függelék: Likviditás táblázat (Eredeti terv – Módosított terv – Tény) .....	X
4. sz. Függelék: Teljesítmény jelentés .....	XI
5. sz. Függelék: Dinamikus keretgazdálkodás .....	XV
6. sz. Függelék: Hatékony műtőszervezés .....	XIX
7.sz. Függelék: Kiegyensúlyozott Mutatószám Rendszer (Balanced Score Card, BSC).....	XXV
MELLÉKLETEK.....	XXX
1. sz. Melléklet: Controllerek jövedelmi kilátásai.....	XXX
2. sz. Melléklet: 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről .....	XXXII
3. sz. Melléklet: A magyar egészségügyi szervezet felépítése.....	XXXIII
4. sz. Melléklet: Az egészségügyi ellátás típusai .....	XXXIX
5. sz. Melléklet: Havi fekvőbeteg fix díjak .....	XLIII
6. sz. Melléklet: Teljesítmény finanszírozáshoz kapcsolódó definíciók .....	XLV
7. sz. Melléklet: HBCs adatok.....	XLVII
8. sz. Melléklet Aktív osztályról krónikus osztályra történő áthelyezés normatív nap szabálya alóli kivételek .....	XLVIII
9. sz. Melléklet: Krónikus szorzók.....	XLIX
10. sz. Melléklet: Országos aktív alapidíjak.....	L
11. sz. Melléklet: HBCS súlyszám változások és hatások .....	LIII
12. sz. Melléklet: Elemzéshez használt adatstruktúra .....	LVI
13. sz. Melléklet: 2016. évi jelentett és visszaigazolt teljesítmények .....	LIX
14. sz. Melléklet: Egyezményes ellátás hatása a bevételre .....	LXI

15. sz. Melléklet: Egységes rovatrend.....	LXII
16. sz. Melléklet: Rovatok technikai alábontása .....	LXVI
17. sz. Melléklet: Egységes számlarend definíciók és rövid kivonat.....	LXXIV
18. sz. Melléklet: Bevéeltérvezés.....	LXXIX
19. sz. Melléklet: Likviditási mutatószámok .....	LXXXI
20. sz. Melléklet: Bankszámla állományok alakulása 2017 július – december .....	LXXXII
21. sz. Melléklet: Likviditás tábla rovatszintű bontása .....	LXXXIV
22. sz. Melléklet: Fekvő, járó jelentés alapadatai .....	XCI
23. sz. Melléklet: Gyógyszertári rendszer képernyőképek .....	XCIII
24. sz. Melléklet: Kulcs Teljesítmény Mutatók .....	XCV
25. sz. Melléklet: Műtőszervező képernyőképek .....	XCIX
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	CVI
IRODALOMJEGYZÉK.....	CVII

### Ábrajegyzék

1. ábra: A controlling történelem fontosabb eseményei.....	8
2. ábra: A controlling 4 alappillére.....	14
3. ábra: A vezető és a controller kapcsolata .....	20
4. ábra: Az egészségügyi ellátások rendszere .....	31
5. ábra: Fekvőbeteg finanszírozás .....	33
6. ábra: 003E HBCs bevételei és határnapjai .....	36
7. ábra: Járóbeteg finanszírozás .....	37
8. ábra: Krónikus, rehabilitáció finanszírozás.....	38
9. ábra: Egynapos ellátás finanszírozása, 2018. éves példa adatokkal.....	40
10. ábra: Az egészség-gazdaságtan és az egészségügyi közgazdaságtan elhelyezkedése a közgazdaságtan és az egészség-tudományok között .....	44
11. ábra: 1 főre jutó Eü kiadás változása reálértéken.....	48
12. ábra: Átlag HBCS Súlyszám változások.....	52
13. ábra: Törölt és új HBCS-k átlag súlyszáma .....	53
14. ábra: Országos havi súlyszám átlagok alakulása.....	56
15. ábra: Fekvő és járó TVK .....	74
16. ábra: OEP bevételek és költségek .....	81
17. ábra: Régi pénzforgalmi, üzemgazdasági könyvelés .....	90
18. ábra: Államháztartási számvitel .....	92
19. ábra: Költségvetési és pénzügyi számvitel.....	94
20. ábra: Pénzügyi (üzemgazdasági) könyvelésnél alkalmazott időbeli elhatárolás.....	98
21. ábra: Likviditás menedzselése a kórházakban .....	105
22. ábra: Bankszámlaállomány minimum szintre történő engedése .....	107
23. ábra: A Soproni Erzsébet Oktató Kórház Napi átlag bankszámlaállomány alakulása.....	107
24. ábra: Dinamikus keret .....	117
25. ábra: Statikus keret .....	117
26. ábra: Felhasználói és beszerzői keretek .....	121
27. ábra: Kórházi controlling rendszer .....	126

## Táblázatjegyzék

1. táblázat: A controlling főirányzatok néhány fontosabb jellemzőjének összehasonlítása .....	9
2. táblázat: Egynapos ellátás bevételehez 2018 évi példa .....	41
3. táblázat: A bruttó hazai termék (GDP) értéke és volumenindexei .....	45
4. táblázat: GDP és az Állami egészségügyi kiadások aránya (2003–2016) .....	46
5. táblázat: Állami egészségügyi kiadások forráselvonása .....	47
6. táblázat: Összes egészségügyi kiadás, azok GDP aránya és intenzitási viszonyszámok .....	48
7. táblázat: HBCs súlyszám alapdíjváltozása .....	50
8. táblázat: Alapdíj emelés összetétele 2016. augusztustól 2017. novemberig .....	55
9. táblázat: HBCs alapdíj 2017 .....	55
10. táblázat: Országos havi súlyszám átlagok .....	56
11. táblázat: Fekvőbeteg ellátás teljesítmény-díjazása .....	56
12. táblázat: Arányszámok .....	63
13. táblázat: Finanszírozási és pénzügyi év .....	73
14. táblázat: Példa a TVK kezelésre .....	75
15. táblázat: Degresszíven és nem finanszírozott teljesítmények miatti bevételkiesés .....	75
16. táblázat: Számlaszámok számlaosztályok és minősítésük szerinti csoportosítása .....	101
17. táblázat: Kötelezettségvállalás variációi .....	115
18. táblázat: Felhasználói kerettábla részlet – teljesítmények .....	119

## Rövidítés jegyzék

<b>Rövidítés</b>	<b>Megnevezés</b>
ABC-costing	Activity Based Costing (tevékenység alapú költségszámítás)
ÁEEK	Állami Egészségügyi Ellátó Központ
ÁFA	Általános Forgalmi Adó
Áhsz	Államháztartási számvitel
Áht	Államháztartási törvény
ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Jelenleg: NNK - Nemzeti Népegészségügyi Központ
BNO	Betegségek Nemzetközi Osztályozása
BSC	Balance Score Card (Kiegyensúlyozott Mutatószám Rendszer)
CMI	Case-mix index
EESZT	Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér
EMAFT	Előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény
EMMI	Emberi Erőforrások Minisztériuma
ESZCSM	Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
EU	Európai Unió
Eütv	Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény
FEI	Financial Executives International
FIFO	First In First Out
GDP	Gross Domestic Product (Bruttó hazai termék)
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
HBCs	Homogén Betegség Csoport
ICD	International Classification of Diseases (Betegségek Nemzetközi Osztályozása)
KPI	Key Performance Indicator (Kulcs Teljesítmény Mutató)
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MCE	Magyar Controlling Egyesület
NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
NGM	Nemzetgazdasági Minisztérium
NM	Népjóléti Minisztérium
OENO	Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása
OEP	Országos Egészségügyi Pénztár
SBO	Sürgősségi Betegellátó Osztály
TAJ	Társadalombiztosítási Azonosító Jel
TÁMOP	Társadalmi Megújulás Operatív Program
TVK	Teljesítmény Volumen Korlát
VIR	Vezető Információs Rendszer
WHO ICPM	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

# **A kórházi controlling, mint a tudatos, jövőorientált döntések meghozatalához szükséges eszköz**

## **(Összefoglaló)**

Magyarországon, 2019-ben ágazati szintű elvárás, hogy az egészségügyi intézmények veszteségmentesen működjenek, melyhez a szerző szerint két feltételnek mindenképp teljesülnie kell. Első feltétel, hogy az intézmények finanszírozása kövesse a változásokat. Köztudott, hogy nem követi, ezért a disszertáció vizsgálja az alulfinanszírozottság mértékét és a felkutatott elméleti és gyakorlati információk, matematikai statisztikai elemzések alapján megpróbálja feltárni annak az ellenmondásnak az okát, hogy alulfinanszírozottság ellenére miért is vannak veszteségmentesen működő intézmények.

Másik, előírás szerinti feltétel, hogy megfelelő controlling rendszert működtessen minden egészségügyi intézmény, ezért a kutatómunka vizsgálja, hogy a szabályozó környezet és finanszírozási rendszer, hogyan hat a kórházak működésére és milyen controlling eszközök szükségesek a hatékony menedzseléshez. A dolgozat elemzi, hogy a kötelezően bevezetett egységes intézményi számlatükör és a kórházak fenntartója által kidolgozott és előírt controlling módszertan, miként támogatja a kórházi controlling működését, milyen módosítás, kiegészítés szükséges ahhoz, hogy a menedzsment számára teljes körű, naprakész és hiteles adatokat, illetve információkat lehessen biztosítani.

A kutatás eredményeként a szerző megpróbál kialakítani egy átfogó, a gyakorlatban jól alkalmazható controlling rendszert.



## **Hospital controlling as a tool required to make conscious, future-oriented decisions**

### **(Summary)**

Operating without losses is a sector requirement for healthcare institutions of Hungary in 2019 and the author of the dissertation defines two conditions which need to be fulfilled. The first condition is that the financing of the institutions has to respond to the changes. It is well known though that this is not the case, therefore the dissertation researches the extent of the lack of funds and – based on the theoretical research and practical information, mathematical and statistical analysis – it investigates the contradiction of having existing institutes with no losses despite the lack of funds.

The other written condition is that all healthcare institution has to operate an appropriate controlling system. Hence, the research investigates how the regulatory circumstances and the finance system influences the operation of the hospitals and which controlling tools are essential for efficient management. The dissertation addresses how the mandatory, standard institutional chart of account and the controlling methodology – defined by the hospital's governing body – supports the hospital's controlling and what modifications and additions are required for the management to receive complete, up-to-date and accurate data and information.

As a result of the research, the author developed a complex controlling system which is easy to adapt to everyday practical operation.

## 1. Bevezetés

Magyarországon a társadalombiztosítás, az egészségügyi ellátórendszer német (bismarki) alapokra épül. A piacgazdaság térnyerése a közösségi gazdálkodási rendszerekben is egyre meghatározóbb formát ölt, és fokozatosan bizonyossá vált, hogy a hagyományos költségvetési szemlélettel nem lehet az egészségügyi ellátást tovább működtetni. A bekövetkezett változások hatására a controlling jelentősége felértékelődött és egyre nagyobb szerepet játszik a fenntartó és a menedzsment döntéshozatalának támogatásában, ezáltal jelentősen megnövekedett a controlling módszerek iránti érdeklődés.

A disszertációban azt elemzem, tanulmányozom, hogy melyek azok a controlling technikák, eszközök, amikkel a döntéseket megfelelő időben és megfelelő megalapozottsággal alá lehet támasztani.

A megszorítások (forráselvonás) és a gyakori finanszírozási változtatások miatt a lehető leggyorsabban kell reagálni, ezért azonnal teljes körű, naprakész és hiteles adatokat, információkat kell biztosítani a menedzsment, illetve felső és középvezetők számára. A controlling az egészségügyi gazdálkodásban egy olyan gazdasági tervező-elemző-ellenőrző, vezetői információs rendszer, illetve döntés-előkészítő eszköz, mely képes a kórházban működő folyamatok áttekintésére, felügyeletére és vezérlésére, a változó körülményekhez való sikeres, eredményes alkalmazkodáshoz nélkülözhetetlen.

A téma szemléletesebb bemutatása érdekében esettanulmányként a Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet adatait felhasználva vizsgálom a controlling tevékenységet, mivel 2005. január óta, jelenleg 14 éve a Kórház Controlling, Informatika és Finanszírozási osztályát vezetem.

## 2. Témafelvetés és célkitűzés

A controlling jelentőségét nem csak a menedzsment ismerte fel, hanem az ágazat és a fenntartó számára is elvárás. Erre vonatkozóan 2015-ben a TÁMOP-6.2.5-B/13/1-2014-0001 projekt keretében egy controlling kézikönyvet állítottak össze „Az ÁEEK<sup>1</sup> fenntartásában lévő egészségügyi ellátók egységes intézményi controlling módszertani alapjait biztosító controlling kézikönyv fejlesztése” címmel.

---

<sup>1</sup> Állami Egészségügyi Ellátó Központ.

A kutatásom során megvizsgálom, hogy a magyar egészségügyi rendszer, annak finanszírozása, a kórház gazdálkodása, az új egységes számlarend és a könyvelés milyen feladatok, kihívások elé állítja az intézményekben működő controllingot. Vizsgálom továbbá, hogy az ÁEEK TÁMOP-6.2.5-B projektben készített controlling módszertani kézikönyv megfelelő-e, illetve elégséges-e az intézmény menedzsmentje számára, és ennek eredményeként elemzem, hogy milyen összefüggések vannak az egyes rendszerelemek között, mikor, milyen információval kell rendelkeznie és ahhoz milyen eszközt kell alkalmaznia a controllingnak, hogy ki tudja szolgálni a vezetőség igényeit a döntések előkészítéséhez. Megvizsgálom, hogy milyen minimálisan alkalmazandó módszerekkel és eszközökkel kell rendelkeznie a controllingnak, hogy megfelelő, naprakész, hiteles információval lehessen ellátni az intézmények vezetőit, hogy megvalósítható legyen a tudatos, jövőorientált intézményirányítás és a **fő célkitűzésem, hogy elméleti és gyakorlati kutatással megpróbáljak kialakítani egy átfogó, a gyakorlatban jól alkalmazható controlling rendszert.**

A disszertációban az alábbi hipotézisek kerültek megfogalmazásra a 2018-2019-es év viszonylatában, felhasználva 2006-2017-es finanszírozási és 2016-2018-as controlling adatokat:

Magyarországon, 2019-ben ágazati szintű elvárás, hogy az egészségügyi intézmények veszteségmentesen működjenek, aminek az egyik alapfeltétele, hogy az egészségügyi finanszírozás – az alapidjak, Teljesítmény Volumen Korlátok (TVK), Homogén Betegség Csoport (HBCs) súlyszám – kövesse az inflációt, a különböző betegellátásokhoz kapcsolódó, illetve strukturális változásokat, valamint segítse az új, modern és eredményes beavatkozások, diagnosztikai, terápiás eljárások elterjedését a régi, elavult és kevésbé hatékony módszerekkel szemben. Amennyiben ez az alapfeltétel teljesül, abban az esetben a veszteségmentes működtetés evidencia, és ennek biztosítása a menedzsmenten és a megfelelően kialakított controllingon múlik. Ennek ellenére köztudott, hogy a finanszírozás nem követi a változásokat, mégis vannak veszteségmentesen működő szakmák, területek, intézmények. Elemzem az alulfinanszírozottság mértékét, és vizsgálom a rendelkezésemre álló adatokat felhasználva a veszteségmentes működés összefüggéseit. Ehhez kapcsolódóan az első hipotézisem:

- **(H1) Alulfinanszírozottság esetén is biztosítható a veszteségmentes működés.**

Az egészségügyi intézmények komplex feladatokat látnak el, melynek finanszírozási rendszere is ennek megfelelően bonyolult. Az átláthatóság és a hatékony működés érdekében a fenntartónak és a finanszírozónak is érdeke, hogy megfelelő szabályozást alakítson ki, mellyel segíti az intézmények hatékonyabb működését. Ezért megvizsgálom, hogy a szabályozások miként érintik az egészségügyi intézményeket, melyre a következő (H2) hipotézist állítom fel:

- **(H2) A szabályozó környezet és a finanszírozási rendszer segítik a kórházak működését.**

A fenntartó 2014-2015-ben a TÁMOP-6.2.5-B projekt keretében kidolgozott egy controlling módszertant, mellyel mind a saját, mind az intézményi controlling működését egységesíti. Az ÁEEK által kidolgozott controlling módszertan biztosítja a jövőorientált tudatos intézményirányítást és teljes körű, naprakész és hiteles információkkal látja el az intézményvezetőket. Ehhez a feltételezéshez kapcsolódó hipotézisem (H3) a következő:

- **(H3) Az ÁEEK által kidolgozott controlling módszertan teljes mértékben megfelelő és elégséges a hatékony irányításhoz, működtetéshez, illetve az intézményi vezetőknek a döntéshozzához.**

A fenntartó és az ágazat elvárása, hogy az aktuális feltételek mellett is veszteségmentesen működjenek a kórházak. Általános megállapítás, hogy a rossz gazdálkodás miatt nem tudnak az intézmények veszteségmentesen működni, ezért feltételezve, hogy ha az intézmények a módszertan szerint alakítják ki a controllingot, akkor a menedzsment számára rendelkezésre állnak majd azok az információk, amik a hatékony működéshez szükségesek, ezért ezek birtokában veszteségmentesen tudják majd működtetni az intézményt. A következő hipotézisemet a harmadik hipotézisem alhipotéziseként (H3/1) fogalmazom meg, a szoros kapcsolódás miatt:

- **(H3/1) A kézikönyv módszertana alapján kialakított és működtetett controlling mellett veszteségmentesen lehet működtetni egy kórházat.**

A 2014. január 1-jével hatályba lépő 4/2013 (I.11.) kormányrendelet módosította az államháztartási számvitelt. Kötelezővé tették a pénzforgalmi és az üzemgazdasági könyvelést és egységesítették az intézményi számlatükroket. A szabályozás és egységesítés segíti az intézmények működését, mivel a controlling, megfelelő osztályos szintű, főkönyvből származó adatokkal tud dolgozni, valamint az egységesítés megfelelő alapot biztosít az országos összehasonlításra.

Szintén a szoros összefüggés miatt a következő hipotézisemet is a harmadik hipotézisem alhipotéziseként (H3/2) fogalmazom meg:

- **(H3/2) Az egységes intézményi számlatükör bevezetése segíti az osztályos controlling tevékenységet.**

BSC, azaz Kiegyensúlyozott Mutatószám Rendszer nem csak a privát szektor vállalatainál hasznos és elterjedt vállalati teljesítménymérő rendszer, hanem az egészségügyi intézményekben is használható. Véleményem szerint a controlling rendszert kiegészítve az egészségügyi intézmények működési hatékonysága javítható. A hatodik hipotézisemet (H4) a véleményemből kiindulva fogalmazom meg:

- **(H4) A BSC az egészségügyi intézményekben is használható, mellyel a hatékonyság javítható**

## 2.1 Kutatási módszertan

A disszertációt *szekunder kutatással* kezdem, mely során a témához kapcsolódó számos szakirodalmat dolgozok fel és azok alapján egy összefoglaló képet alakítok ki.

Az elméleti áttekintő, elmező rész után *primer kutatást* végzek, melyhez országos és kórházi adatbázisokat alkalmazok. Elemzem és megvizsgálom az összefüggéseket a finanszírozáshoz kapcsolódó HBCs törzs változásaiban 2006.07.01-től kezdődően.

Matematikai és statisztikai módszerekkel (lineáris kapcsolat vizsgálata Pearson-féle együtthatóval, eltérés vizsgálat kétmintás t-próbával, variancióanalízis) végzek vizsgálatokat és kapcsolatszorosságra mutatok rá, melyhez felhasználok a Soproni Erzsébet Oktató Kórház controlling adatbázisát, egy megyei kórház controlling adatbázisából származó adatokat, valamint az ÁEEK országos controlling adatbázisából származó 20 db kórház adatait.

A kutatásom során hasznosítom *gyakorlati tapasztalataimat*, mely alapján megpróbálok segítő, jobbító szándékkal észrevételeket, módosítási javaslatokat tenni a kórházak működését befolyásoló tényezőkre, illetve controlling eszközökre.

Kidolgozok egy átfogó, a gyakorlatban alkalmazható, a menedzsment munkáját segítő kórházi controlling rendszert.

### 3. Controlling a szakirodalomban, elméleti háttér

#### 3.1 A controlling definíciói

Mit nevezünk controllingnak? A controlling kifejezés a „to control” angol szóból származik, ami „irányítani, szabályozni”-t jelent. Ebből is következik, hogy a controlling és a menedzsment kapcsolata rendkívül fontos és meghatározó jelentőségű. Számos definíciót találunk a szakirodalomban. Néhány alapdefiníciót felsorolok:

- „Tervezést, ellenőrzést és információellátást koordináló vezetési alrendszer.
- Áttekintő, értékelő, koordináló és integráló tevékenység, a vezetési (tulajdonosi) funkció gyakorlásának eszköze.
- Tervezés és a számvitel vezetési szempontból történő összekapcsolása.” [Maczó, 2001 p.14]
- „A controlling funkcionális meghatározását adja Horváth P. Controlling című könyvében, amikor így fogalmaz: „A controlling a vezetés alrendszere, amely a tervezést, az ellenőrzést, valamint az információellátást koordinálja”. A controlling tehát a vezetés egyik támasza: lehetővé teszi a vezető számára, hogy célorientáltan, a környezeti változásokhoz igazodva irányítsa a vállalatát, és koordinációs feladatait az operatív rendszer követelményeinek megfelelően lássa el. Más szavakkal „a controlling célja az, hogy fenntartsa a vezetés koordináló-, reagáló- és adaptációs képességét, a vállalászási célok megvalósítása érdekében” [Körmendi, 2006 p. 22]

Véleményem szerint a definíciókból egyértelműen megállapítható, hogy a controlling a menedzsment egy hatékony eszköze, amely segíti a megfelelő döntések meghozatalát. Biztosítja a különböző területekről származó adatok integrációját, előkészítését és megfelelő információval látja el őket. A koordinációs és integrációs feladatok a hatékony rendszerműködés biztosítására irányulnak.

A köztudatban sokszor tévesen az ellenőrzés funkcióval azonosítják. A controlling nem lát el belső ellenőri feladatot, ugyanakkor a feladatnak része az ellenőrzés, de nem szankció jelleggel, hanem segítő, jobbító szándékkal. Természetesen a belső ellenőri feladatokhoz szükséges adatokat a controlling szolgáltatja.

A controlling, mint irányítási eszköz a menedzsment egyik központi feladata, ezért a szervezet méretétől függően működik külön szervezeti egységben vagy a vezető maga végzi ezeket a feladatokat. [Hanyecz, 2011]

### 3.2. A controlling kialakulásának története

Controlling technikákat már jóval az időszámítás előtt használtak, például a piramisok építése során egy olyan felelős személyt alkalmaztak, aki az anyagszükségletért, anyagkalkulációért volt felelős. Figyelembe vették a kockázatok mértékét, az adott határidőket, a munkavállalók/rabszolgák hatalmas nagy számát, melyhez szükségük volt egy személyre, aki a teljes projektet koordinálta. Tekintettel a projekt méretére és az évek számára, fontos volt meghatározni a megfelelő dolgozók létszámát, rendszeresen ellenőrizni kellett a készleten lévő anyagmennyiségeket és összevetni azokat a tervekkel. Ennek megfelelően új anyagokat, vagy a munkavállalókat lehetett hozzárendelni a projekthez. Az említett folyamatok bizonyos elemeinek ellenőrzésére, megfelelő ismeretre volt szükség<sup>2</sup>.

Később, 1292-ben egy angol történelmi feljegyzésben említik a „counter roll” kifejezést. Az angol bíróság alkalmazott elsőként olyan személyt, aki a pénzért, és az egyes áruk fogadásáért volt felelős. A 15. században egyre több helyen találkozhatunk a „contrerôle” kifejezéssel. Az angol és francia udvarházaknál alkalmaztak controllereket, majd az állami apparátusban is tevékenykedtek. Elsősorban kincstárnoki feladatuk volt, a pénz és az áruforgalom felügyeletét végezték. Történelmi kutatások megállapították, hogy a controllingból, mint vezetési eszközből fejlődött ki a kincstári tevékenység.

[Czenskowsky, 2004], [Zéman, 1998]

A francia forradalom idején, a 18. század végén sok francia nemes menekült az Amerikai Egyesült Államokba. Vélhetően általuk terjedt el itt a controlling tevékenység. Az ipari forradalom idején az Amerikai Egyesült Államokban egyes cégek pénzgazdálkodását, az annak felügyeletét végző vezetőket, munkatársakat már angolosítva controllernek neveztek. [Körmendi, 2006]

Az 1776-ban az Amerikai Alkotmányban határozták meg először a „controller general” feladatait, „aki az államszövetségi szintű közigazgatás kiadásait (kereteket) és a gazdaságosságot felügyelte” [Horváth, 2003]. Az első controller állást, aki a vállalat gazdaságos működéséért volt felelős, 1880-ban az Amerikai Egyesült Államokban az Atchison, Topeka & Santa Fé Railway System hirdette meg. [Peemöller, 2005] 1892-ben alakították ki először az első controlling szervezetet a termelői iparágazatban az amerikai General Electric Company trösztnél [Zéman, 1998]. A controllerek ebben az időben főként a pénzügyi feladatokkal foglalkoztak,

<sup>2</sup> Controlling and management reporting, 2010 – <http://www.business-intelligence-secrets.com/articles-directory/controlling-and-management-reporting/> (letöltve: 2010.05.10)

beleértve a vállalkozás részvényeinek kibocsátását, valamint a pénztárostól átvállalt könyvelői funkciót.

Az első világháború után és az 1929-es gazdasági világválság hatására a gazdasági környezet folyamatosan és gyorsan változott, melynek következtében egyre nagyobb igény lett a controller munkájára. Elvárás volt a vállalatvezetők számára, hogy a problémákat időben felismerjék és hatékonyan reagálhassanak azokra. Felértékelődött a tervezési folyamat és szervezetekben nagy fontosságú lett a vezérlő szerepkör. [Czenskowsky, 2004], [Zéman, 1998], [Körmendi, 2006], [Horváth, 2003], [Peemöller, 2005]

1931-ben New York Cityben alapították a Controller's Institute of America - az Amerikai Controllerek Egyesülete - szervezetet. Az egyesület protokollokat tett közzé, normákat és szabványokat állapított meg, kiadványokkal segítette a jelentési és tervezési folyamatokat. 1961-től Financial Executives International (FEI) néven működik tovább.

A controlling Németországban az 1950-as években jelent meg, amikor az angol-amerikai vállalkozások leányvállalatai teret hódítottak, és ezáltal a német vállalkozások is átvették a controlling eszközhasználatot, de igazából csak az 1960-as években terjedt el, melynek hatására 1971-ben megalapították a Controlling Academie-t. [Czenskowsky, 2004], [Zéman, 1998], [Körmendi, 2006], [Horváth, 2003], [Peemöller, 2005]

A németországi controlling fejlődésével két különböző irányzat kezdett kibontakozni, az angolszász és a német megközelítés.

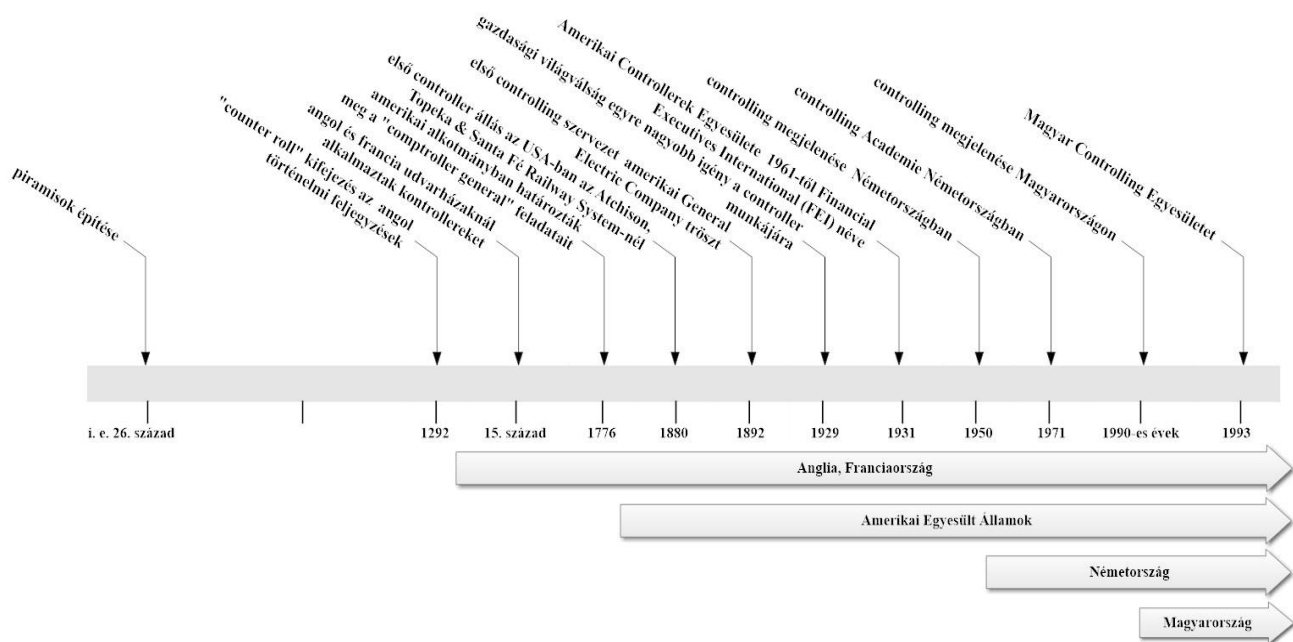
Az előbbi a controllingot a vezetés részének tekinti, és menedzsment kontrollnak is nevezik, az utóbbi a vezetést támogató eszköz (lásd.: 3.2 fejezet).

A magyar vállalatok vezérlési rendszereiben a rendszerváltás után az 1990-es években kezdett kialakulni a controlling koncepció, amikor a külföldi vállalkozások anyavállalatainál alkalmazott technikákat próbálták átvenni. A magyar controlling talán közelebb áll a német irányzathoz, amiben nagy szerepe van Horváth Péter professzor munkásságának, habár manapság az alkalmazott controlling eszköztáron a két irányzat integrációja figyelhető meg. 1993-ban alapították meg a Magyar Controlling Egyesületet<sup>3</sup>. A bemutatott controlling történelem fontosabb eseményeit az *1. ábrán* foglalom össze. [Czenskowsky, 2004], [Zéman, 1998], [Körmendi, 2006], [Horváth, 2003], [Peemöller, 2005]

---

<sup>33</sup> Controlling and management reporting, 2010, <http://www.business-intelligence-secrets.com/articles-directory/controllers-and-management-reporting/> (letöltve: 2010.05.10.).





1. ábra: A controlling történelem fontosabb eseményei

Forrás: saját szerkesztés a felsorolt források alapján: [Czenskowsky, 2004], [Zéman, 1998], [Körmendi, 2006], [Horváth, 2003], [Peemöller, 2005]

### 3.3 A controlling fő irányzatai

A controllingban két fő irányzatot különböztetünk meg, a német és az angolszász megközelítést, mely jól elkülöníthető volt az elmúlt évtizedekben.

A német felfogás szerint a controlling egy eszközrendszer, melynek alapvető feladata a tervezés, kontroll és a vezérlés, illetve a vezetői döntésekhez szükséges információk feltárása, összehangolása és támogatása, melynek működtetéséért, kialakításáért a controller vagy controlling szervezet felelős. [Horváth, 2003]

Horváth Péter controlling professzor a német szemlélet követője az alábbi meghatározást adja: A controlling olyan irányítási eszköz, ami funkciókat ölel át, és a feladata, hogy összehangolja a tervezést, az ellenőrzést és az információ-ellátást, Ezen feladatok megvalósításáért a controller a felelős. [Horváth, 1997]

Ezzel szemben az angolszász felfogásban elterjedt az a kifejezés, hogy „management control”, ami arra utal, hogy a tervezés, kontroll és a vezérlés a vezetés része. A management control vezetési funkcióként való értelmezése az a folyamat, amely által a vezetők a szervezet céljainak elérése érdekében biztosítják az eredményes és hatékony erőforrások elosztását, felhasználását. (Anthony, 1965, p.5)

Az egyik legismertebb angolszász modell, Robert N. Anthony elméleti kerete, is ezen a szemléleten alapszik. A legfontosabb tartalmi elemei a management controlnak: a programozás, a kerettervezés, a végrehajtás, valamint az értékelés; vagyis egyszerre tervezési és kontroll tevékenység – mivel ezek el sem választhatók egymástól.

A controlling fő irányzatainak, néhány fontosabb jellemzőinek összehasonlítását az 1. táblázatban foglaltam össze:

1. táblázat: A controlling főirányzatok néhány fontosabb jellemzőjének összehasonlítása

<b>Téma</b>	<b>Német szemlélet</b>	<b>Angolszász szemlélet</b>
A controlling működése	A controlling-rendszer (Horváth)	A formális kontrollfolyamat (Anthony)
A controller feladata	A controller a felelős a vállalati controllingért	A controller a felelős a vállalati controllingért
A controlling helye a szervezeten belül	A vezetésnek csak támogatója	A vezetés részeként funkcionál
A controlling fajtái	Operatív és Stratégiai controlling	Operatív controlling
A controlling szervezeten belüli multidiszciplináris működése	Önálló controlling szakterületek megjelenése: beszerzési-, termelési-, beruházási-, K+F, humán-, logisztikai-, pénzügyi-, marketing- és értékesítés controlling.	Hangsúlyos pénzügyi controlling megjelenése a szervezeti egységek működésében.
Mely országokra jellemző	Németország, Ausztria, Svájc	USA, Egyesült Királyság, Kanada, Ausztrália, Benelux államok, mediterrán országok, Skandináv országok

Forrás: [Kaplan-Anthony, 2003]; [Horváth, 2008]

### 3.4 A controlling és eszközeinek fejlődése

A controlling fejlődése folyamán egyre hatékonyabb és komplexebb eszközöket kezdtek alkalmazni. Kezdetben a controllerek költséggyűjtéssel, statisztikákkal, majd fokozatosan a szervezet teljes vertikumát átölelő vezetői döntések előkészítésével is foglalkoznak.

A 20. század első felének költségszámítási gyakorlatáról az amerikai vállalattörténeti irodalom jóvoltából kaphatunk részletes képet. A könyvelésből származó adatok koordinációs, illetve kontroll célokra való felhasználásában úttörő szerepet játszottak a tömegtermeléssel és értékesítéssel foglalkozó nagyüzemek, mint például egyes óriási textilgyárak, vasúti társaságok. Elsősorban a termelékenységi statisztikák és mutatók használatára, az előállított termékek,

szolgáltatások közvetlen költségeinek gyűjtésére koncentráltak. Jelentős szerep jutott az amerikai irányzat továbbfejlődésében a „tudományos vezetés” (scientific management) iskola követőinek (Frederick Winslow Taylor, Hamilton Church, Henry Gantt)<sup>4</sup>.

A controlling fejlődése során mindkét iskola (német és angolszász) hamar eljutott a termékekhez rendelt **üzemi általános költségek**<sup>5</sup> témaköréhez. Ezen a téren sikeresen alkottak hatékony megoldásokat, viszont elmaradtak a vállalati általános, illetve tőkeköltségek kezelésében<sup>6</sup>.

A controlling fejlődése az 1920-as, 30-as években érte el következő állomását, amikor a növekvő vállalati méretek, a területi széttagoltság, diverzifikáció miatt kialakult divizionális szervezetek működése megkövetelte a felelősségelvű **vezetői számvitel**<sup>7</sup> kialakulását. Az elsődleges cél itt egy olyan irányítási rendszer működtetése, amely lehetőséget biztosít a nagy önállósággal működő vállalati egységek tevékenységeinek egymással, és az össz vállalati célokkal való összehangolására.<sup>8</sup> A vállalati vezetők felelősségi és elszámolási egységeket alakítottak ki az operatív nem felügyelhető vállalatrészekből, mert csak így tudták biztosítani a teljesítmények kontrollját. Ezt a szervezetalakítási módszert máig használják, mely Alfred P. Sloan, Pierre du Pont, Donaldson Brown nevéhez fűződik. A divízióvezetők felelősségének kiterjedése szempontjából költség, profit és befektetési központokról beszélhetünk<sup>9</sup>. [Zéman 2016]

A controlling fokozatosan fejlődött tovább az elmélet és a gyakorlat együttes hatásaként, a vállalati szakemberek és az egyetemi kutatók egyre jobban működő módszerek kialakítására törekedtek. Az eszköztárak is egyre gazdagodott, és az **informatikai háttér**<sup>10</sup> megjelenésével mind hatékonyabbá vált a működésük. [Zéman, 2016]

<sup>4</sup> Controlling szakmai portál – A vezetői számvitel kezdetei, 2017.

<sup>5</sup> A magyarországi kórházi controllingban a korábbi évtizedekben a menedzsmenttől függött, hogy alkalmaznak-e üzemgazdasági kimutatásokat, költséggyűjtéseket. 2014. végétől a TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 című projekt keretében kialakításra került egy kötelezően alkalmazandó üzemgazdasági szemléletű controlling módszertan(kézikönyv).

<sup>6</sup> Controlling szakmai portál – A vezetői számvitel kezdetei, 2017.

<sup>7</sup> A vezetői számvitel a controlling fontos része, mivel innen származnak a tényadatok. A valóságot tükröző, tényadatok alapján vizsgálható csak a tervteljesítés, és ez az alapja a hatékony ellenőrzésnek. A jól szervezett vezetői számvitel elengedhetetlen alapfeltétele a hatékony és sikeres controlling tevékenységnek. A négy alappillér fontos része, amit a controlling működési modelljénél mutatok be.

<sup>8</sup> A magyarországi kórházi controllingban is megfigyelhető ez a felismerés. 2014 januárjától módosították az államháztartási számvitelt, ami lehetőséget biztosít az országos összehasonlításra is. (4/2013 (I.11.) kormányrendelet).

<sup>9</sup> Controlling szakmai portál – Felelősségi elvű vezetői számvitel, 2017.

<sup>10</sup> A kórházi controlling nélkülözhetetlen része, mivel a bevételek, az elektronikus dokumentáció és OEP (NEAK) jelentéstől függenek, így informatika nélkül az intézmények nem kapnának bevételt. Általánosságban is elmondható, hogy a controlling informatika nélkül szinte működésképtelen. A négy alappillér fontos része, amit a controlling működési modelljénél mutatok be.

Az egyik legtöbbet feltett kérdés a vezetélmélet fejlődése folyamán, hogy hogyan definiálható a vezetés és melyek a funkciói. A **vezetési funkcióként** értelmezett tervezés és kontroll az alapköve a napjaink egyik legelterjedtebb angolszász modelljének, a Robert N. Anthony által az 1960-as években kidolgozott elméleti keretnek.<sup>11</sup>

Az 1980-as évekig szétválasztva kezelték a stratégia kialakítását (tervezést) és az akkoriban csak az operatív irányításhoz tartozó controllingot. Az 1980-as évek közepétől viszont az operatív irányítás funkció mellett megjelenik a controllingban a **stratégiai szemlélet**<sup>12</sup> is. A stratégiai controlling, illetve stratégiai vezetői számvitel keretében több egymással összefüggő gyakorlati módszertan és fejlődési irány alakult ki.<sup>13</sup>

A controlling fejlődése folyamán egyre nagyobb kritika érte a hagyományos fedezeti módszerre épülő költségszámítási rendszereket, azokat a tervezési elemzési módszereket, amelyek figyelmen kívül hagyták a hosszú távú eredményességet és értékteremtő képességet. Ez a fajta szemlélet már egy újfajta irányultságot tükröz, mely a **stratégiai vezetői számvitel** eszközeivel valósul meg, melyek a következők:

- értéklánc szemlélet,
- életciklus irányultság,
- költségkocozók stratégiai szempontú felülvizsgálata,
  - folyamatköltség-számítás (Prozesskostenrechnung) [Mayer, 1996]
  - tevékenység alapú költségszámítás (ABC-costing azaz Activity Based Costin) [Kaplan,– Anderson, 2004],
- célköltség-számítás (Target Costing).

Az **értéklánc szemlélet**<sup>14</sup> azt helyezi előtérbe, hogy nem elegendő a szóban forgó szervezet keretein belül kezelni a bevételeket, költségeket és a hozzáadott értéket, hanem a teljes értéklánc figyelembevételével kell meghozni ezekről a döntéseket. Ez a korábban általánosságban alkalmazott költségfogalom kiterjesztésén alapul. [Tasi, 2011]

<sup>11</sup> Controlling szakmai portál – Controlling mint vezetési funkció, 2017.

<sup>12</sup> A kórházak állami kézben adása előtt (2012), minden önkormányzati tulajdonban lévő kórháztól elvárás volt, hogy rendelkezzen 5 éves stratégiai tervvel.

<sup>13</sup> Controlling szakmai portál – A stratégia szemlelet megjelenése a controllingban, 2017.

<sup>14</sup> A klasszikus Porter-féle értéklánc megközelítés a szervezeten belüli tevékenységek sorozata. A szervezet értékteremtésének a folyamatait a fogyasztó számára értéket teremtő szellemi és anyagi folyamatok összességének is tekinthetjük, ha a vevő szemszögéből vizsgáljuk. Kórházi szemszögéből nézve a beteggyógyulás tekinthető értékteremtésnek.

Az **értékciklus irányultság** a költségfogalom kiterjesztésén alapul, ami azt jelenti, hogy a termék teljes életciklusa során felmerülő összes költség és bevétel figyelembevételével lehet csak helyesen dönteni a jövedelmezőségről.

Az előzőekben felvázoltakkal konszenzusban van az a gondolat, hogy nélkülözhetetlen a költségelszámolás folyamán alkalmazott **költségokozók stratégiai szempontú felülvizsgálata** is. A hagyományos elszámolási módszerekkel az a probléma, hogy a költségek felmerülésének valódi okát nem mindig megfelelően fejezik ki. Az általános költségek gyakran nem rendelhető termékhez vagy szolgáltatáshoz, valamint sokszor még a szervezeti egységhez sem, viszont a szervezeten belüli költséghányaduk jelentős lehet. A szervezeten belüli döntésekkel (új termék, fejlesztés) befolyással lehetünk ezen költségekre is.<sup>15</sup>

Ebben a problémakörben kínál támogatást a német elméletalkotók és gyakorlati szakemberek által alkalmazott „Folyamatköltség-számítás” (Prozesskostenrechnung) [Mayer, 1998], illetve az amerikai szerzők által kidolgozott „tevékenység alapú költség-számítás” (ABC-costing azaz Activity Based Costing) [Kaplan,– Anderson, 2004]. A két számítás alapszemlélete tulajdonképpen azonos: a szervezetek erőforrásait alapvetően tevékenységek, illetve folyamatok végrehajtása során használják fel, ezért logikus az, hogy a költségokozók, költségviselés szintjén is alkalmazzuk a folyamatszámítást.

A stratégiai vezetői számvitel mára ismert eszközévé vált a Japánból származó ún. **célköltség-számítás** (Target Costing)<sup>16</sup>. Ennek értelmében visszafele határozzák meg a „megengedett” költségeket. A vevők igényeiből kiindulva értékelik a termék tulajdonságait, összetevőit, hogy a cég által kitűzött profit figyelembevételével meghatározott árból visszafelé meghatározzák a piac által „megengedett” költségeket<sup>17</sup>. [Pucsek, 2011]

Ezekon kívül kialakultak másfajta megközelítések is, amelyek már átlépést jelentenek a stratégiai menedzsment témakörébe és jóval összetettebbek a hagyományos pénzügyi tervezésnél, elemzésnél. Ezeknél a controlling a stratégia kialakításának, lefordításának, követésének, illetve a visszacsatolás elvégzésének komplex eszközeként jelenik meg.

<sup>15</sup> Controlling szakmai portál – A stratégia vezetői számvitel, 2017.

<sup>16</sup> A kórházi controlling gyakran alkalmazza ezt az eszközt, mivel a betegellátásokért kapott bevétel meghatározott (lefordítva vállalati szemszögre: a vevő mennyit hajlandó fizetni érte), így a költségek menedzselésével lehet csak biztosítani az ellátás fedezetét. Sok esetben az alacsony finanszírozás miatt költségek minimalizálásával se lehet megteremteni, hogy a finanszírozás fedezze a költségeket. Sajnos gyakran a költségek minimalizálása a betegek érdekeivel ellentétes. Pl: bizonyos érsebészeti műtét esetén egy stent beültetését fedezi a finanszírozás, így ha több stentre van szükség, akkor több műtétet kellene végezni, ami a betegnek nem kedvező.

<sup>17</sup> Controlling szakmai portál – A stratégia vezetői számvitel, 2017.

Ilyen például a **benchmarking**<sup>18</sup>, amely olyan elemzési és tervezési eszköz, ami lehetővé teszi a szervezetek összehasonlítását a versenytársak legjobbjaival, valamint más iparágakba tartozó vállalkozásokkal.

Egy másik igen elterjedt koncepció a **Balanced Scorecard**<sup>19</sup>, ami a kiegyensúlyozott szervezeti tevékenységekre helyezi a hangsúlyt. A kiegyensúlyozottság azt jelenti, hogy az értékelésbe, vizsgálatba más értékelési szempontokat is bevon az időszakról időszakra elért pénzügyi eredmény vizsgálatába, mint például a vevők ítélete, a működési folyamatok milyensége és a vállalat tanulási képessége, melyeknek az elmulasztása a stratégia megvalósulásának akadályává lehet.<sup>20</sup>

A **Beyond Budgeting kutatások**<sup>21</sup> egy újszerű, a környezeti kihívásoknak fokozottabban megfelelő vállalatirányítási rendszer kidolgozásával tevékenykednek, melyek a hagyományos keretgazdálkodási (budget) folyamatot modernizálják. Lényeges eleme, hogy a stratégia megvalósítása megjelenik a vállalat mindennapjaiban: a kultúra, a célok, a döntések és a felelősség szintjén is. A vállalatvezetés kérdéskörében a piaci eredményességért viselt felelősséget, a közös, kommunikált értékeket, az empowerment fontosságát, a hálózati és folyamat-szemléletet, a piaci jelzéseket közvetítő vállalati információ-rendszereket és a vezetők támogató szerepét (coaching) hangsúlyozza ki. (Bogsnes, 2008), (Pfläging, 2006)

Fontos terület a **teljesítmény controlling**<sup>22</sup> rendszere, ahol a stratégiai célokat folyamatosan operacionalizáljuk, az állandó előrejelzéseket, az erőforrásokhoz való hozzáféréseket, valamint indikátorok alapján megfelelő kontrollt biztosítunk, illetve a teljesítmények alapján érdekeltségi rendszert működtetünk.

Az elméletek alapján összefoglalóan megállapítható, hogy a **controlling** felöleli a célmeghatározás, tervezés és a kontroll (a szó irányítási és szabályozási értelmében) folyamatait a pénzügyek és a gyártás / termelés területein. A controlling olyan tevékenységeket is magába foglal, mint a döntéshozatal, értelmezés és fókuszálás. Ebből következően a menedzsmentnek foglalkoznia kell controlling tevékenységgel, hiszen nekik kell meghatározniuk, hogy milyen költségkeretek mellett milyen és mekkora célokat kell elérni. Az elért eredményért a felelősség

<sup>18</sup> A korábbi években a kórházak külsős cégek segítségével, néhány kórház bevonásával végeztek benchmark elemzéseket, mivel nem létezett egységes országos adatbázis. Ezekben az elemzésekben a Soproni Oktató Kórház és én is részt vettem. A 2014 és 2015-től bevezetett egységes intézményi számlatükör és a controlling módszertan (kézikönyv) megteremtette a lehetőséget a teljes körű országos kórházi benchmark elemzésre. Sajnos a kórházak ezidéig visszajelzést nem kaptak a fenntartótól.

<sup>19</sup> A disszertáció későbbi részében részletesen foglalkozom a témával.

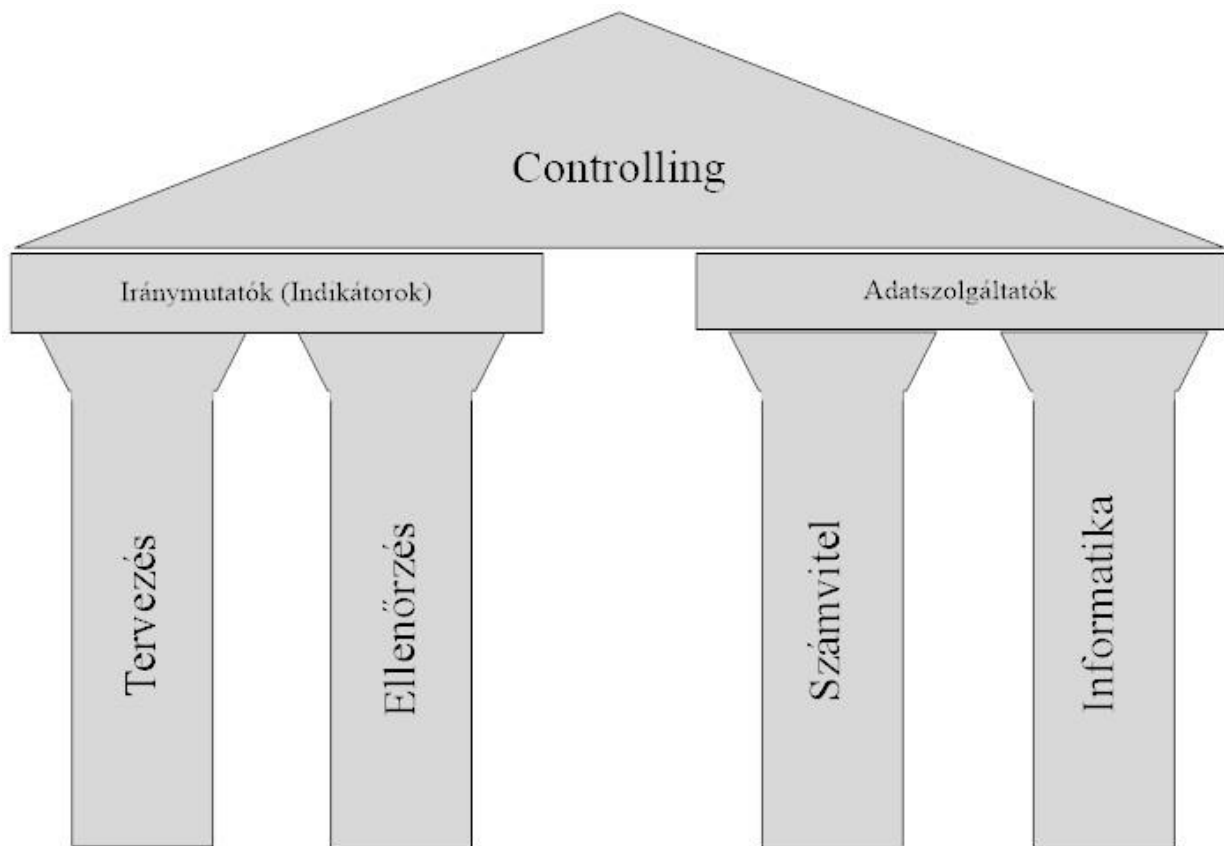
<sup>20</sup> Controlling szakmai portál – Controlling a stratégiai menedzsment szolgálatában, 2017.

<sup>21</sup> Jelenleg jellemzően nem alkalmazzák a kórházi controllingban.

<sup>22</sup> A kórházi controlling egyik legfontosabb területe, mivel a kórházat hatékonyan működtetni csak a teljesítményekben rejlő lehetőségek maximális kihasználásával lehet.

őket terheli. Éppen ezért ezt a vezetői tevékenységet minden vállalatnál el kell látni, még a kisebb vállalkozásoknál is. [Körmenyi – Tóth 2006], [Horváth, 2008]

### 3.5 A controlling működési modelje



2. ábra: A controlling 4 alappillére

Forrás: saját szerkesztés a Maczó – Horváth, 2001 alapján

A jelenlegi controlling 4 pillérre támaszkodik:

- iránymutatók,
  - a tervezésre és az
  - ellenőrzésre,
- adatszolgáltatók,
  - a számvitelre és az
  - informatikára.

A négy általános funkcionális terület szorosan összekapcsolódik, nem véletlenül nevezzük őket alappilléreknek, hiszen bármelyik hiánya miatt a controlling működésének

hatékonysága gyengül. „Alapigazság, hogy a tervezés, ellenőrzés nélkül értelmetlen, az integráció és koordináció informatika nélkül reménytelen.” [Maczó – Horváth 2001, p 15]

A tervezés és ellenőrzés, azaz a jövő és a múlt szoros kapcsolatban vannak, hiszen ha valamit nem tervezek meg, akkor azt nem tudom mi alapján ellenőrizni. Ez az állítás fordítva is igaz, mivel ha megtervezem, de nem ellenőrzöm, hogy a tevékenység, vagy folyamat a tervnek megfelelően zajlott-e, tehát nincs visszacsatolás, akkor értelmetlen a tervezés.

A számvitel biztosítja a múltbéli alapadatokat, amit a controlling használ fel a tervezésre, ellenőrzésre, valamint a döntések előkészítésére...stb. Ezért, ha pontatlan, nem megfelelő struktúrájú adatokat szolgáltat, akkor a controlling nem tud hatékonyan dolgozni. Ezért kiemelten fontos a számvitel, ill. számviteli politika megfelelő vezetőorientált kialakítása.

Az informatikának fontos szerepe van az egyensúlyban is. Ez biztosítja, hogy teljes körű, naprakész és hiteles adatokat időben össze tudjunk gyűjteni és fel tudjunk dolgozni. Ha az informatika megfelelően támogatja a controller munkáját, akkor több idő fordítható az elemzésre, értékelésre. Ellenkező esetben a szükséges adatok összegyűjtése nagyságrenddel nagyobb erőfeszítést igényel, ami a tényleges szakmai tevékenységektől (elemzés, értékelés...stb.) értékes időt von el. Kis- és középvállalkozások jellemzően külön szoftvert nem alkalmaznak a controlling tevékenységre, hanem a könyvelési és gazdálkodási rendszerük biztosítja a lekérdezési lehetőségeket, amit Excel táblázat segítségével dolgoznak fel. A nagyobb szervezeteknél, mint például a kórházaknál, külön szoftvert alkalmaznak. A legelterjedtebb két szoftver a B-soft Informatikai Kft. KVIK rendszer (<https://bsoft.hu/>) és a CopuTREND Zrt. MedKontroll rendszer (<http://www.computrend.hu/medkontroll>). Az előbbit a kórházak fenntartója, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) és a Soproni Erzsébet Oktató Kórház is használja.

Összegezve elmondható, hogy a négy általános funkcionális terület működtetése nélkülözhetetlen, de hogy azon belül milyen controlling eszközökkel biztosítják a működést, az a menedzsment és a controlling együttes döntése. A négy terület általános feladatait az alábbiak szerint lehet meghatározni.

#### *Általános tervezési feladatok*

A tervezés a controlling egyik fontos feladata, ami a szervezet jövőbeni irányát jelöli ki. A tervezés két nagy területe: a hosszú- és rövidtávú tervezés külön controlling területhez tartozik. A hosszútávú, illetve stratégiai tervezést a stratégiai controlling, a rövidtávú, illetve operatív tervezést az operatív controlling működteti.



Egy szervezeten belül ez a két terület akár el is válhat külön egységre, de közöttük továbbra is szoros kapcsolatnak kell maradnia. Az egészségügyben ez jellemzően egy szervezeti egységként működik. A stratégiai és operatív controlling a szervezet működésének szempontjából egy folyamatnak a része, amik egymásra épülnek, független, hogy egy vagy több szervezeti egységként funkcionál, mivel a stratégiai célok az operatív tervekben nyernek konkrét megvalósítást.

A stratégiai tervezés általános feladatai:

- *gondolatébresztés*, ami segít a lehetőségek feltárásában,
- *orientálás (motiválás)*, ami biztosítja a megfelelő működési irányt,
- *koordinálás*: a feladatok összehangolásának lehetőségét nyújtja,
- *nyomon követéssel ellenőrizhető*, hogy a tervek miként valósultak meg,
- *értékelés*: elsősorban a terv és a tény viszonyával foglalkozik,
- *javaslatétel*: az eltérések megoldására keresi a választ. [Maczó – Horváth 2001] [Horváth & P, 2015]

A korábbi fejezetben (A controlling és eszközeinek fejlődése) már említettem, hogy jelenleg a kórházi gyakorlatban nem jellemző a hosszútávú stratégiai tervezés, mivel az intézményi autonómia korlátozott. Stratégia területén minimális lehetőséggel rendelkeznek az intézmények.

Az operatív tervezés általános feladatai:

- *irányadás*: biztosítja a rövidtávú utat,
- *feltétel ellenőrzés*: a terv végrehatásához szükséges erőforrásokkal foglalkozik,
- *koordinálás*: a rövidtávú feladatok összehangolását biztosítja,
- *nyomon követés*: a tervek megvalósulását monitorozza,
- *értékelés, eltéréselemzés*: a terv-tény eltéréseket elemzi,
- *javaslatétel*: a feladatok megoldására keresi a választ. [Maczó – Horváth 2001] [Horváth & P, 2015]

A kórházi controlling a felsorolt általános feladatokat rendszeresen végzi. A teljesítménytervek az egyik legfontosabb irányadók, mivel a bevételek maximális elérése mellett nagy hatással van a költségekre<sup>23</sup> is. A feltételek monitorozása folyamatos, hiszen, ha az

---

<sup>23</sup> Nem mindegy, hogy a teljesítmény tervek drágább, költségesebb vagy olcsóbb ellátással teljesítődnek. Meg kell találni az egyensúlyt.

erőforrás átmenetileg nem biztosított<sup>24</sup>, akkor az intézményi terveket más egységek teljesítményével szükséges pótolni, mivel a fix költségek aránya magas, ezért a bevételeket maximalizálni szükséges<sup>25</sup>. A koordinálásra is nagy hangsúlyt kell fektetni, mivel az ellátások egymással összefüggésben állnak, így egy szervezeti egység tervének módosítása hatással van a többi egység teljesítésére<sup>26</sup>.

### *Ellenőrzési feladatok*

Az ellenőrzés a szervezetnek vagy a tevékenységnek a jelenlegi helyzetét vizsgálja illetve határozza meg<sup>27</sup>. Fontos, hogy ez a funkció hatékonyan működjön, mivel az ellenőrzés folyamán összegyűjtött információkra építve kell döntéseket hozni. Téves, nem mindenre kiterjedő, illetve nem megfelelő határidőben végzett ellenőrzés rossz döntéseket eredményez, ezért a következő feladatokra fokozottan ügyelni kell:

- az ellenőrzést sohasem szankció jelleggel végezzük, hanem jobbitó-segítő szándékkal, mivel számonkérés esetén információk veszhetnek el (pl.: elhallgatás),
- az ismeretanyagokat nem szeparáltan, hanem interdiszciplináris jelleggel kell felhasználni,
- ösztönözni kell a csoportmunkát, mert többlet-teljesítményt eredményezhet,
- fel kell tárni azokat a tényezőket, amik gátolják az alkotó potenciált, továbbá az időtényező hatásait is figyelembe kell venni. [Körmendi – Tóth, 2006], [Maczó – Horváth, 2001], [Horváth & P, 2015]

A kórházakban a controlling ellenőrzésre fokozottan érvényes, hogy jobbitó- segítő szándékkal kell végezni, mivel a betegellátás bonyolult, összetett, nagy szakértelmet igénylő feladat, ezért orvosszakmai segítség és támogatás nélkül fontos információk veszhetnek el.

### *Számviteli feladatok*

Alapvetően két számvitelt különböztetünk meg, melyet a nemzetközi gyakorlatban is alkalmaznak. Ez a pénzügyi számvitel (Financial accounting) és a vezetésorientált számvitel (Management accounting).

<sup>24</sup> Humán erőforrás esetén betegség vagy szabadság; gép, műszer esetén meghibásodás vagy karbantartás miatti kiesések.

<sup>25</sup> A Soproni Erzsébet Oktató Kórházban 70-80% körül mozog. (Bér és rezszi költség)

<sup>26</sup> Pl: A Traumatológia tervének módosítása hatással van a műtőkapacitásra és az anesztézia kapacitására, sőt a képalkotó diagnosztikára is.

<sup>27</sup> A tervek teljesítését ellenőrzi a tényadatok segítségével. Így meghatározható a szervezet jelenlegi helyzete.

Lényegi különbség, hogy a pénzügyi számvitelt a számviteli törvény szabályozza, ami nem feltétlenül elégíti ki a menedzsment információs igényeit, ezért a vezetésorientált számvitel kialakítása szükséges ahhoz, hogy a megfelelő információkat le lehessen kérdezni. A gyakorlatban ez nem két egymástól elkülönülő számvitel, hanem a pénzügyi számvitel, törvényi szabályozás betartása mellett, vezetésorientált kialakítását jelenti. A controllingnak az elsődleges és legfontosabb feladata a megfelelő vezetésorientált számvitel kialakítása. Ami azt jelenti, hogy alapvető célnak a menedzsment igényeinek maximális kielégítését kell szem előtt tartani, mind a döntésorientáltság, mind pedig a jövőorientáltság vonatkozásában.

Lényeges, hogy teljes körű, naprakész, valóság-hű és dinamikus jellegű információk álljanak elő a döntések meghozatalához. [Körömdi – Tóth, 2006], [Maczó – Horváth, 2001], [Horváth & P, 2015]

A kórházi számvitellel részletesebben az *5.5 Egységes intézményi számlatükör a Soproni Erzsébet Oktató Kórház példáival alátámasztva* című fejezetben foglalkozom.

### *Informatikai feladatok*

Az informatika a négy alappillér egyike, ami egy funkcionális terület, amely technikai eszközök segítségével biztosítja a controlling számára a teljes körű, naprakész, hiteles adatokat, ezért a szervezet működtetéséhez alkalmazott informatikai rendszerek kiválasztásában, azok adaptálásában fontos szerepe van a controllingnak. A controlling az az apparátus, ami szükségszerűen a szervezet teljes vertikumát átlátja, így hatékonyan tud segíteni a rendszerek kialakításában. Egy adekvátan kiválasztott, és a szervezet tulajdonságaihoz megfelelően igazított rendszer segíti, megkönnyíti és hatékonyabbá teszi a munkavégzést, biztosítja a lehetőséget az innovatív vállalati magatartásra. Ez azt jelenti, hogy a vállalat, eü intézmény képes alkalmazkodni a környezethez, a változásokhoz.

A controlling szervezeten belüli hatáskörét, feladatkörét és munkavégzésének profilját nagymértékben meghatározza a környezettől függő innovatív magatartás. Háromféle környezetet különböztetünk meg, így a stabilt, a változót és a dinamikusan változót, melyekben a controlling feladatok eltérőek.

- *Stabil környezetben* ismétlődnek a tevékenységek, így a feladatok rutinjellegű megoldást igényelnek, a controlling feladatköre is ennek megfelelően regisztrátori jellegű. pl.eü.

- *Változó környezetben* az innovatív magatartás erőteljesebb, ezért a controllingtól navigátori feladatkört igényel.
- *Dinamikusan változó környezetben* a controllingnak kezdeményezőnek kell lennie, azaz indikáló tulajdonságokkal kell rendelkeznie. Tehát legyen a vállalati, eü intézményi munka mozgatóereje.

Alapvető feladat a vezetési funkciók informatikai támogatása, a vezetés információs igényeinek kielégítése, egy hatékony Vezető Információs Rendszer (VIR) kialakítása, valamint a döntés előkészítést támogató információs rendszer létrehozása, az integráció és koordináció információrendszeri feltételeinek megteremtése. [Körmendi – Tóth, 2006], [Maczó – Horváth, 2001], [Horváth & P, 2015]

A kórházak működésében nélkülözhetetlen az informatika, a betegellátás és a kiszolgáló műszaki, gazdasági terület sem tud nélküle létezni. A controllingot szinte valamennyi rendszer érinti, ezért a kórházaknál sok esetben a controlling és az informatika egy szervezeti egység keretében működik, így hatékonyan segítik egymás munkáját.

A bemutatott négy alappillér hiányában megfelelő, hatékony controlling nem működtethető, ezért a négy pillér kialakításában a controllernek fontos szerepe van.

### **3.6 A controlling és a vezetés kapcsolata**

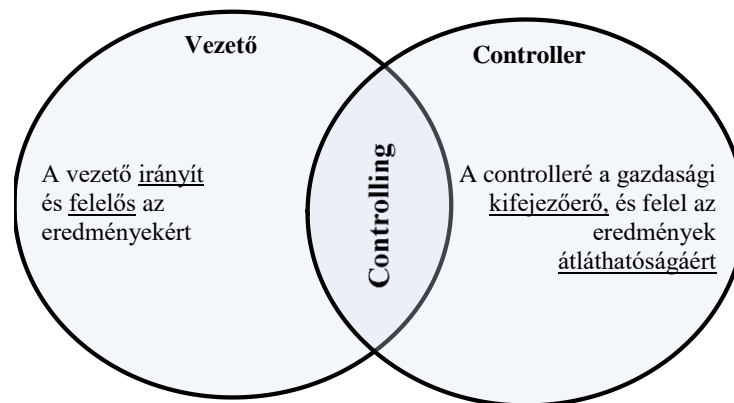
A controlling a szervezet teljes vertikumát érinti. Nincs olyan terület, amihez valamilyen úton-módon ne kapcsolódna. A legfontosabb a menedzsmenthez fűződő kapcsolat, melynél egy képzeletbeli határvonalakat tilos átlépni. A controlling szolgáltatja a döntésekhez szükséges információkat, de nem ő dönt. Kapcsolatuk hasonlóképpen működik, mint a rallyversenyző és a „mitfahrer”, vagy a hajóskapitány és a révkalauz közötti. [Maczó – Horváth, 2001]

Ezen kívül szintén elengedhetetlenül fontos a társosztályok és szervezeti egységekkel való kapcsolat. A nem megfelelően kialakított interdiszciplináris együttműködés a controlling hatékonyságát gyengíti. A controlling nem csak a legfelső vezetés számára szolgáltat információkat, hanem az egyéb szervezeti egységeknek is. A kapcsolatnak a kölcsönös jobbítósegítő szándékra kell épülnie, mivel a megfelelő adatok birtokában a különböző szervezeti egységek hatékonyabban tudnak működni. Ennek fejében a controlling számíthat olyan szakmaspecifikus információkra, melyeket a rendszerekben lévő adatokból nem lehet kinyerni, miközben a menedzsment döntéshozatalában fontos szerepet játszhatnak.

A magyarországi viszonylatban Horváth Péter definíciója és szemléletmódja az irányadó, ugyanis a controllingot a vezetés alrendszerének tekinti, ahogy a 3.1 fejezetben leírtam.

A controller legfőbb feladata a menedzsment maximális támogatása a rendelkezésre álló controlling eszközök felhasználásával, és az igényeknek megfelelő teljes körű információ ellátás biztosítása, tanácsadás, ezen túlmenően feladata a controlling eszközök és módszerek fejlesztése. [Hanyecz, 2011]

Lényeges azonban, hogy meg kell különböztetnünk a controllingot mint funkciót és a controllert mint a funkció hordozóját. A vezetés szemszögéből nézve a controlling a menedzsment egyik meghatározó eszköze. Minden vezető, kivétel nélkül, lát el controlling funkciókat is a feladatai között. A controlling mint folyamat és gondolkodásmód a vezető és a controller kooperációja által jön létre. Az alábbi ábra jó szemlélteti, hogy a két feladatkör metszetekén jön létre. [Szabó, 2016]



3. ábra: A vezető és a controller kapcsolata

Forrás: saját szerkesztés [Szabó, 2016] alapján

A controlling egy feladatkör, és nem egy személyt vagy szervezeti helyet jelöl, melyet adott esetben különböző személyek (kinevezett controller, az adott egység vezetője, számviteli vezető, pénzügyi vezető, ügyvezető, stb.) tölthetnek be. A szervezet mérete nagyban meghatározza a controlleri szerep betöltőjének szervezeti helyét, feladatait, esetlegesen egyéb funkcióit. [Horváth & P, 2015]

Lényeges megemlíteni, hogy az USA-ban a controlling az európai módszerekhez képest tulajdonképpen különbözik. Amerikában a vezetői feladatok része a controlling, nincs erre külön pozíció egy amerikai cégben [MCE, 2014]. A controlling elemzési része vezetői feladat, és van monitoring osztály, amely az adatok összeszedését végzi, de döntéstámogatás nélkül. Európában a controller sokkal inkább egy belső tanácsadó, aki összegyűjti, feldolgozza és elemzi is az információkat.

### 3.7. A controller mint pozíció

A következő alfejezetben azzal kívánok foglalkozni, hogy a controller pozíció betöltéséhez milyen tulajdonságokkal és végzettségekkel kell rendelkezni, hogy a szakember megfelelő, hatékony és sikeres controlling szerepet tudjon betölteni a szervezet életében. A szakirodalmak a következő tulajdonságokat emelik ki. [Maczó – Horváth, 2001], [Körmendi -Tóth, 2006], [Hágen 2008]

A *konfliktusok* kezelése mindennapos a controller életében, mivel a controller a felsővezetés és az alsóbb szintek között helyezkedik, ezáltal mind a két szinten érdekellentétek alakulhatnak ki. Több konfliktusforrás mellett a leggyakoribb az alsóbb szinteken, hogy a controllert a „vezetőség emberének” tekintik, ezáltal bizalmatlanok vele szemben. A felsővezetői szinteken viszont a nagyfokú információ-birtoklás miatt alakulhat ki bizalomvesztés, hiszen ő „minden titkok tudója”. [Maczó – Horváth, 2001 p34] A controller elkerülni nem, csak kezelni tudja a konfliktushelyzetet, illetve meg kell próbálnia azokat feloldani, megszüntetni. A kórházi gyakorlatban számtalan példát lehet felsorolni. Bevételek, illetve teljesítményekre vonatkozó példa, ha a menedzsment által elvárt teljesítményt<sup>28</sup> nem teljesíti a szervezeti egység, akkor a controllernek kell a szervezeti egységekkel egyeztetnie a megoldásról. Ilyenkor gyakran konfliktushelyzet alakul ki az orvos szakmával, mondván, hogy „csak azt a beteget tudják ellátni, aki bejön a kórházba”, illetve túlteljesítés esetében „nem küldhettek el beteget”.

Költségek szempontjából, ha a szervezeti egység túllépi a menedzsment által meghatározott valamelyik költségkeretet, akkor szintén a controller egyeztet a lehetséges megoldásokról, amikor ismét konfliktusok alakulhatnak ki mondván „íróasztal mögül ne akarják megmondani hogyan és mivel gyógyítsanak”.

A controller feladatait sok esetben előre nem definiált módon kell végrehajtani. A felmerült feladatot, problémát, illetve helyzeteket *kreatívan* a rendelkezésre álló összes technika alkalmazásával kell megoldani, hogy a döntéseket a lehető legmegalapozottan tudja a vezető meghozni.

A *precizitás* egy másik fontos tulajdonság, melynek hiányában bizalomvesztés történik. A controller a munkálja folyamán rendszeres konfliktushelyzetek alakulhatnak ki, emiatt folyamatos támadások érhetik. Egy elkészített elemzés, értékelés, vélemény sértheti egyesek érdekeit, ezáltal mindent elkövetnek, hogy valamilyen hibát vagy hiányosságot feltárjanak. Így a pontatlanság hitelvesztést jelenthet a controller számára, ami a döntéseket is

---

<sup>28</sup> A kórházakban a teljesítmény a betegellátásra vonatkozik. Az ellátások bonyolult rendszer alapján finanszírozódnak (a dolgozatban később részletesen kifejték), ezért az ellátások száma és összetétele hatással vannak a bevételre.

befolyásolhatja, megghiúsíthatja, illetve késleltetheti. Egy konkrét példával magyarázva, a kórházaknál minimum negyedévente készül osztályos (szervezeti egység) szintű fedezetszámítás. Negatív fedezet esetén az osztályvezető megpróbál magyarázatot adni az eredményre, aminek a legegyszerűbb módja, ha a számokban keresi a hibát, ezért minden adatnak alaposan utánajár. Pontatlan adatok esetén hitelét veszti a fedezetszámítás, ezért a controller hamar megkapja, hogy „a kénye kedve szerint számol, nem a valóságnak megfelelően”. Ilyenkor a controllernek további számításokkal, adatokkal kell alátámasztania a vitatott számokat, ami időt igényel, így a döntések is csúsznak.

Gyorsan fejlődő világunkban a *nyíltság* szükségszerű. Nem csak a controlling területen fontos, hanem mindenhol, ahol sikereket szeretnénk elérni. Aki nem nyitott az „új”-ra az lemarad. A szervezeten belül a legnyitottabb személyiségű emberek a controllerek, hisz feladatukból adódóan ők a legtájékozottabbak a valós gazdasági folyamatokkal kapcsolatban. Ebből kifolyólag nekik kell legelőször felismeri a változtatás kényszerét.

*A tisztánlátás és helyes fogalmazás* létfontosságú a controller számára. Feladatai során a controller rengeteg adattal találkozik és foglalkozik, ezért elengedhetetlen, hogy szét tudja választani a lényegest a lényegtelentől. Alkalmasnak kell lennie, hogy az információk tömkelegében tisztán lássa, hogy az aktuális feladathoz mely információk szükségesek és/vagy elégségesek.

A controllernek nem csak szakmailag kell felkészültnek lenni, hanem az általa elkészített elemzéseket, számításokat közérthetően, a vezetők által feldolgozható formában kell prezentálnia. Sajnos hiába a szakmailag magas szintű, precíz, pontos munkavégzés, ha a következtetések, eredmények prezentálása sikertelen, a döntéshozó számára a megfogalmazás érthetetlen. A kórházaknál ez kiemelkedően fontos, mivel több speciális terület működik egymás mellett, amit minden vezető nem feltétlenül lát át. Többek között ilyenek az orvosszakmai területek, bonyolult egészségügyi finanszírozás, számvitel/könyvelés stb. Prezentáció esetén ügyelni kell arra, hogy a vezető mely területeket ismeri kevésbé, és azokat a részeket szakmai kifejezések magyarázatával, közérthető módon kell bemutatni<sup>29</sup>.

A controllert, mint a döntések előkészítőjét, a döntési felelősség nem terheli. A felelősség a döntéshozóé, ennek ellenére a controllernek, fokozott *felelősségtudattal* kell rendelkeznie. Nélkülözhetetlen, hogy a controller hosszútávon hiteles, megbízható személy legyen. Előfordulnak olyan gazdasági döntések, amelyek rövidtávon kedvezőnek bizonyulnak, viszont hosszútávon a szervezetet instabillá tennék, vagy mérhetetlen károkat okoznának. Ilyen

<sup>29</sup> Például az osztályvezető főorvosnak szóló prezentációban a könyvelést, illetve az időbeli elhatárolást nem célszerű rövidítésekkel, szakkifejezésekkel bemutatni.

például a főállású munkaerő felváltása vállalkozói tevékenységre. Ez rövidtávon költségmegtakarítást eredményezhet, de hosszútávon a szervezet működését bizonytalanná teheti<sup>30</sup>. Meg kell találni azokat a területeket, ahol érdemes használni ezt a foglalkoztatás módot (pl: takarítószolgálat), de a stratégiaileg fontos területeken nem célszerű. (pl.: sürgősségi betegellátás, anesztézia<sup>31</sup> termékfejlesztők, programozók...stb.) Az egészségügyre jelenleg ez tendencia jellemző. Egyre több orvos közalkalmazotti helyett vállalkozói státuszban dolgozik, sőt vannak már olyan területek, ahol már szinte csak vállalkozó orvosok dolgoznak (pl: aneszteziológia). Véleményem szerint a közalkalmazotti státusz nagyobb biztosságot jelent a munkáltatónak és a munkavállalónak is egyaránt, viszont a vállalkozási szerzéssel nettóan többet kereshet a vállalkozó. Azokon a területeken, ahol már túlnyomó többségben vállalkozó szerződés keretében történik a foglalkoztatás, nagyon nehéz a közalkalmazotti státusz fele történő visszairányítás, ezért fokozottan figyelni kell a vállalkozói szerződés alaposan átgondolt, minden részletre kiterő megkötésére.

A személyiség jegyek közül az *objektivitás* talán az egyik legnagyobb kihívás a controllernek. Sokszor kell olyan kedvezőtlen tanácsot adni a vezetőknek, amely személyeknek a sorsát negatívan befolyásolhatja pl.: létszámleépítés, átszervezés. Szubjektív tartalommal megtöltött elemzések, értékelések befolyásolhatják a vezetői döntéseket, amik nem feltétlenül vezetnek jó irányba.

A *megbízhatóság* szintén lényeges tulajdonság a controller számára, hiszen sokszor jut bizalmas információkhoz, vállalati titkokhoz, ezért a vezetőket biztosítani kell arról, hogy ezekkel nem él vissza, ellenkező esetben megszűnhetnek fontos információcsatornák, melyek megakadályozhatják a hatékony működést.

#### *A controller követelményprofilja*

A controller pozíció betöltéséhez nem csak tulajdonságok, képességek, hanem a megfelelő *iskolai végzettség*, szakmai gyakorlat, tapasztalat is létfontosságú. Ahhoz, hogy megfelelően és megalapozottan tudja végezni a controller a munkáját elengedhetetlen a felsőfokú gazdasági végzettség. Ezen felül ajánlatos, ha a pályázónak gazdasági affinitása és a controlling iránti érdeklődése is van, ezáltal sokkal alkalmasabbá válik a pozíció betöltésére.

*Szakmai tapasztalat, gyakorlat* szempontjából kétfélet különböztetünk meg. Az egyik a controlleri feladatok elvégzésében szerzett gyakorlat, mely tartalmazza a controlling

<sup>30</sup> Jólfizetett, tapasztalt orvos elbocsájtása átmenetileg költségcsökkentést eredményezhet, de hosszútávon akár a kórházban működő szakma megszűnését is jelentheti, ami más szakterületre is kihatással van.

<sup>31</sup> Sajnos a kórházakban az anesztézia területén szinte csak vállalkozó orvosok dolgoznak.



eszközök gyakorlati alkalmazását, az információ szelekciót (legfontosabb információk kiszűrését), a tiszta, érthető fogalmazást, táblázatok kialakítását, formázását ...stb.

A másik tapasztalat az aktuális szakterületben szerzett gyakorlat. A controller csak akkor tud hatékonyan dolgozni, ha az aktuális terület folyamatait alaposan ismeri, ezért a disszertációban is kitérek a kórházak működési folyamataira.

Mindkét tapasztalati terület lényeges, de szervezettől függően a prioritás eltolódhat valamelyik irányába. Vannak olyan szervezetek, melyek kimondottan a pályakezdő, vállalatai gyakorlattal nem rendelkező controllereket keresik, hogy az új eszközök, módszerek alkalmazására még nyitottabbak legyenek.

Az említetteken felül széleskörű ismeretek is szükségszerűek, elsősorban az informatikai területen. Nem elegendő az alapfokú Word, Excel ismeret, alaposabb adatbázis kezelői, esetleg alapfokú programozói, és felsőfokú Excel ismeret is kívánatos. Ezek birtokában a controller könnyebben, gyorsabban tudja feldolgozni a nagyobb adatmennyiségeket, ezáltal több ideje marad az elemzések, értékelések elkészítésére, illetve hamarabb tudja a döntésekhez szükséges információkat prezentálni. A másik ok, hogy a vállalatirányítási rendszer kialakításánál, üzemeltetésénél a controllernek kardinális szerepe van, hogy a vezetői igények és a rendelkezésre álló technikai feltételek a lehető legközelebb kerüljenek egymáshoz. Ehhez alapfokú rendszerfejlesztési és rendszertechnikai ismeretekre is szükségeseek.

A leírtak alapján egyértelműen megállapítható, hogy egy jó controller magasan képzett szakember, aki széles közgazdasági, szakmai, informatikai látókörrel rendelkezik. [Maczó – Horváth, 2001], [Körmendi -Tóth, 2006], [Hágen 2008]

Az *1.sz. mellékletben* egy tanulmányt mutatok be, ami a controllerek jövedelmi kilátásaival foglalkozik, mivel fontosnak tartom szemléltetni, hogy a kórházakban dolgozó controllerek bérezése milyen mértékben marad el más controlling területen dolgozó kollégáikhoz képest, holott a szakmai elvárás sokszor magasabb a bonyolult kórházi működés miatt.

### **3.8 A tervezési rendszer kialakítása**

A controller feladati közül meghatározó egy olyan tervezési rendszer kialakítása és működtetése, ami megteremti a szervezet jövőorientáltságát. A tervezési rendszer kialakításának menete:

- a tervezés első lépése az *alapkoncepció* kialakítása, amit a menedzsmenttel szorosan együttműködve kell elkészíteni. Meg kell vizsgálni, hogy a szervezet különböző területein belül, és összességében is milyen szerepet tölt be a tervezés, majd hogy milyen kapcsolati rendszer, összefüggés alakítható ki a stratégiai és az operatív tervezés között,

- az alapkoncepcióban szintén számításba kell venni, hogy a szervezet *hány szintű tervezést* akar, vagy tud végezni (rövid-, közép-, hosszútávú)<sup>32</sup>,
- elkerülhetetlen a *tervezési irány* meghatározása is, miszerint felülről lefelé<sup>33</sup> (retrográd, top-down), illetve alulról felfelé<sup>34</sup> (progresszív, bottom-up) történik a tervek készítése, vagy ezek kombinációjával: az ellenáramú<sup>35</sup> tervezés szerint végzik azt,
- egy terv megfelelő és hatékony funkcionálása érdekében a *terve elfogadás menetét* is rögzíteni szükséges. Definiálni kell a tervtárgyalás folyamatát, a tervalku és a tervmódosítás lehetőségét is,
- ahhoz, hogy a tervek összehasonlíthatók legyenek a *struktúrájukat is ki kell alakítani*, ezért meg kell határozni a tervezési területeket (termék, termékcsoport), a tervezés időbeliségét (heti, havi, negyedéves... stb), illetve a döntési szintek hierarchiáját is,
- a tervek időben történő elkészüléséhez a *tervezés menetét, lépéseit és határidejét* is rögzíteni szükséges az alapkoncepcióban. Vannak területek, ahol a terveket nem feltétlen a controller készíti, ezért a tervek készítőinek tisztában kell lennie azzal, hogy mikorra kell elkészíteni a tervét, hogy a tervtárgyalás, tervalku, tervmódosítás és elfogadás időben megtörténhessen,
- szintén a már említett összehasonlíthatóság miatt rögzíteni szükséges a *tervezést támogató eszközöket* és a *tervezési sémákat, formátumokat*. A controllernek biztosítani kell a tervek készítőinek azokat az eszközöket, formátumokat, sémákat, amikkel könnyen, gyorsan, megfelelően elkészíthetők a tervek,
- sikeres tervekhez *megfelelő iránymutatásokat* kell definiálni. A controller a menedzsment jóváhagyásával egységes elvárásokat, eredményességi mutatót és volumen indexeket határoz meg a tervek készítőinek,
- annak érdekében, hogy mindenki egységesen értelmezze a tervezési feladatokat, *tervezési kézikönyvben*<sup>36</sup> kell rögzíteni az előzőekben leírtakat, amit mindenki számára elérhetővé kell tenni. [Szóka, 2007]

---

<sup>32</sup> Kórházaknál jellemzően rövid-, illetve néha középtávú tervezés működik.

<sup>33</sup> Kórházakban erre a legjellemzőbb példa a teljesítmény-tervezés. Intézményi TVK-ból kiindulva, osztályos szintre bontása.

<sup>34</sup> Kórházi példa a protézis költségeinek megtervezése. A teljesítménytervek meghatározzák milyen és mennyi protézis műtétet lehet elvégezni, ezek tételes költségét összeadva tervezhető az intézményi protézis költség terv.

<sup>35</sup> Fedezet kalkuláció.

<sup>36</sup> Kórházaknál javasolt a tervezési kézikönyv, más néven tervezési dokumentáció alkalmazása, hogy az összetett és bonyolult tervezések mindig ugyan úgy készüljenek el. Sajnos tapasztalatom alapján a gyakorlatban sokszor a dokumentáció aktualizálása, elkészítése elmarad.

### 3.9. Beszámolórendszer kialakítása

A beszámolórendszer megtervezése és naprakészen tartása szintén a controller egyik meghatározó feladata. Kialakítása során fokozottan figyelni kell arra, hogy a tervezéssel tartalmilag és logikailag is szoros kapcsolat legyen, tehát ugyan azt érdemes mérni, mint amit megterveztünk. A beszámolórendszer csak akkor hasznos a menedzsmentnek, illetve az operatív irányítóknak, ha megteremti a beavatkozási lehetőséget, hogy a nem kívánt eseményeket korrigálni lehessen. Ennek elsődleges feltétele, hogy időben készüljön el, hogy a bekövetkezett esemény és a beszámoló között a lehető legkevesebb idő teljen el. [Maczó – Horváth, 2001], [Körmendi -Tóth, 2006], [Hágen 2008]

A másik ilyen fontos feltétel, hogy mindenre kiterjedő és megalapozott információkat tartalmazzon, ezáltal minimálisra csökkentve az esélyt a plusz adatkérésre, kiegészítésekre, ami szintén időbeli késést jelent, ami mérsékli a beavatkozás lehetőségét. Megfelelő informatikai háttér nélkül ez a két feltétel célravezetően megvalósíthatatlan.

A controller szempontjából a beszámolók készítése kétféleképpen valósulhat meg, melyeknél eltérőek a felelőségek. Az *egyik esetben* a controller *csak menedzseli*<sup>37</sup> a szervezeti egységek vezetői által készített beszámolókat, egységes formába szerkeszti, majd prezentálja a vezetőség felé. Ilyenkor kismértékű a controller felelőssége, hiszen csak közvetítő szerepet játszik, a tényleges adatokat nem ő szolgáltatja. A *másikféle* beszámolási módszer a *komplex beszámolás*<sup>38</sup>, amikor a controller önállóan készíti a beszámolót, melynél a felelőssége jelentősen megnő, mivel befolyásolni tudja a döntések meghozatalát. [Maczó – Horváth, 2001], [Hágen 2008]

### 3.10 Vezetői információs rendszer kialakítása

A controllernek a vezetői információs rendszer (VIR) kialakításában is fokozott szerepe van. A menedzsment számára a szervezetnél alkalmazott rendszerek közül a legfontosabb, mivel általában a feladataik elvégzéséhez szükséges információkat ezekből nyerik. Kialakításukat kezdetben az informatikai szakemberek végezték, kisebb-nagyobb sikerekkel, de mivel a vezetők nem adtak megfelelő támogatást az igényeik megfogalmazásában, nem értek el kiemelkedő eredményeket. A controlling térhódításának köszönhetően fokozatosan átkerült a vezetőinformációs rendszer megtervezésének és működtetésének feladata a controllerhez. Ez ésszerű lépés volt, mivel döntően a controller működteti és használja ezeket a rendszereket.

<sup>37</sup> A kórháznál példa a keretgazdák által felügyelt területek felhasználásainak intézményi összesítése.

<sup>38</sup> Kórházi példa az intézményi teljesítmény-beszámoló.

VIR rendszerek megtervezésekor néhány alapszabályt feltétlenül figyelembe kell venni. Biztosítani kell, hogy a rendszerbe naprakész és hiteles adatok kerüljenek. A VIR rendszer általában több rendszerből gyűjti össze az adatokat, ezért alaposan át kell gondolni, hogy mely adatok és milyen időközönként és mélységben (bizonylat szintű, analitikai vagy szintetikus adatok...stb.) kerüljenek áttöltésre.

A legfontosabb lépés a megfelelő adattárház kialakítása, ami biztosítja adatlefűrés lehetőségét is, továbbá biztosítani kell, hogy a felhasználó a valóságtartalmat ellenőrizni tudja, melyet különböző ellenőrzési pontokkal és összefüggés-vizsgálattal lehet megvalósítani. Ezt például időszakok összehasonlításának lehetőségével tudja biztosítani, ami azt jelenti, hogy új időszak adatátöltésekor nem írjuk felül a régi adatokat, hanem újként rögzítjük azokat, továbbá a két időszak összehasonlítására létre kell hozni egy átlátható felületet.

Egy másik sarkalatos feladat a menedzsment számára megfelelő forma, tartalom kialakítása. Ezt standardizálni nem lehet, mivel minden vezető más és más igényvel, logikával rendelkezik, ezért az alapos igényfelmérés után egy olyan felületet kell kialakítani, ami tartalmazza számára a mindennapi tevékenységhez szükséges adatmennyiségeket, ugyanakkor lehetőséget kell adni a mélységben történő adatlefűrésre, igény esetén akár bizonylati szintig is.

A VIR rendszer felületeinek tervezésekor törekednünk kell, hogy alkalmas legyen az azonnali figyelemfelhívásra, így a rendszer azonnal jelezni tudja az eltéréseket, illetve a nem kívánt eseményeket. [Maczó – Horváth, 2001], [Körmendi -Tóth, 2006]

### **3.11 A controller és az elemzés, kalkuláció szabályozás**

A menedzsment által kitűzött célokat a controllernek célelemzéssel kell alátámasztania. Ezek általában az operatív, taktikai és stratégiai döntéseket megelőző különböző gazdasági számítások, költség haszon elemzések. Ahhoz, hogy ezek a számítások és elemzések a döntéshozók szempontjából hatékonyak legyenek, megfelelő formában kell prezentálni, illetve a reakcióidő és a flexibilitás létfontosságú. Ezek a számítások túlnyomó többségben ad-hoc jellegűek, ezért általános formát kialakítani nehézkes. Ez az a terület, ahol a controller megmutathatja a legjobb tudását és képességeit, viszont itt a legkiemelkedőbb a felelőssége is.

Egy szervezet hosszú távú eredményességét egy megfelelően kialakított gazdasági mérőrendszer segítségével lehet biztosítani, mely a termék vagy szolgáltatás teljes életpályáját végig tudja monitorozni és megteremti a beavatkozási lehetőségeket is. Ilyen mérőrendszer az elő- és utókalkuláció, melyet szintén a controller alakít ki. Kialakítás folyamán két fontos dologra kell koncentrálni, miszerint a kialakított kalkulációk ne legyenek túl bonyolultak, mivel ezáltal

kezelhetetlenné válnak, a rendszeres készítésük gazdaságtalanul sok ráfordítást igényelhetnek. A másik kritérium, hogy flexibilisen megfeleljen legalább három félnek, a tulajdonosi körnek, a szervezet vezetőinek és a külső környezetnek.

A vezetés által meghatározott célok a szabályozás és az érdekeltségi rendszer segítségével jut el a végfelhasználókhoz. A nem megfelelően kialakított érdekeltségi rendszer alapjaiban teheti lehetetlenné a vállalat vezetését. A controller feladata, hogy a szervezet által meghatározott tervek megjelenjenek a szabályzatokban, érdekeltségi rendszerekben, valamint az ezekben megjelenő elemek ne oltsák ki, hanem erősítsék egymást. Ezenkívül a controller feladata, hogy a szervezet érdekeit képviselje az egyéni érdekekkel szemben. [Maczó – Horváth, 2001], [Körmendi -Tóth, 2006]

A kórházi controlling működtetésének alapfeltétele a controlling elméleti háttérének alapos ismerete, ezért megpróbáltam az előző fejezetekben erről egy rövid, tömör, lényegre törő áttekintést nyújtani. A hatékony controlling működtetéshez viszont szakmaspecifikus ismeretekre és összefüggésekre is szükség van, melyeket a következő fejezetekben mutatok be.

#### **4. A kórházak szabályozó és finanszírozási rendszere**

Ahhoz, hogy a kórházi controlling jelentőségét és működését megértsük, szükséges a szabályozó és gazdasági környezet áttekintése, hiszen ezek befolyásolják a kórházak működését és gazdálkodását. Az egészségügy nagy részét az „1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről” című törvény szabályozza, melyet az országgyűlés alkotott meg. A törvény definiálja a kórházak általános feladatait és kötelezettségeit, ezért hatással van a kórházi controllingra is. A teljes törvény ismertetése nem része a disszertációnak, ezért csak a téma szempontjából releváns részeket mutatom be.

Controlling szempontból két részt emelnék ki: a törvény céljai (2. sz. melléklet) közül a második pontot, az alapelvek közül az utolsó pontot. Az esélyegyenlőség az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréshez cél szoros kapcsolatban áll a kórházi teljesítmény controllinggal, mivel itt kell összehangolni az igényeket, a kapacitásokat, valamint az ehhez tartozó költségeket. Az alapelvek utolsó pontja a „minimax” elvhez kapcsolódik, ami a költségek minimalizálása mellett optimális ellátást és maximális bevételt jelent. A minimax elvhez szükséges transzparencia szintén controlling feladat.

A IV. fejezet az egészségügyi ellátások rendszerét definiálja. A működési alapelvek meghatározzák, hogy az „egészségügyi szolgáltatások célja, hogy hozzájáruljon az egészség fejlesztéséhez, lehetséges mértékű helyreállításához, az egészségromlás mérsékléséhez, segítse a

megváltozott egészségi állapotú egyének munkába és közösségbe való beilleszkedését.”<sup>39</sup> Az alapelvek között definiálásra kerül a progresszív és a sürgősségi ellátás is. Az egészségügyi ellátás valamennyi szintjén érvényesülni kell a progresszív ellátás elvét, miszerint a differenciált ellátást biztosító intézmények közül az egyént az egészségi állapotának legjobban megfelelő szinten szükséges ellátni.

A sürgős szükség gyanújával ellátásra jelentkező betegeket viszont az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszonytól függetlenül meg kell vizsgálni, és sürgős szükség fennállása esetén az egészségi állapota által indokolt ellátásban kell részesíteni<sup>40</sup>.

A törvény meghatározza azt is, hogy az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül, minden beteget az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni.<sup>41</sup>

Ez a fejezet határozza meg a két nagy ellátási formát a járóbeteg és a fekvőbeteg szakellátást. (A harmadik ellátási formával, az alapellátással, az egészségügyi alapellátásról szóló törvény foglalkozik.) „Az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmyszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás.” „Az általános fekvőbeteg-szakellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása.”<sup>42</sup>

A magyar egészségügyi szervezet felépítését a *3.sz mellékletben* részletezem.

A controlling szempontjából alapvető a szabályozó környezet és törvények ismerete, hiszen a vezető döntések előkészítésénél, ezekkel összhangban kell a javaslatokat, iránymutatásokat megtenni. A döntést előkészítő dokumentumok teljes körűbbek, pontosabbak, megalapozottabbak, ha törvényekkel, jogszabályokkal is alátámasztja a controller<sup>43</sup>, ezáltal gyorsítva a döntéshozatalt, a vezető visszakerdezését elkerülve.

---

<sup>39</sup> 1997. évi CLIV. törvény

<sup>40</sup> 1997. évi CLIV. törvény

<sup>41</sup> 1997. évi CLIV. törvény

<sup>42</sup> 1997. évi CLIV. törvény

<sup>43</sup> Például a kórházi struktúraátalakítás, vagy új szakterületek bevezetése csak a jogszabályok (pl.: minimum feltételek) által előírt feltételek szerint lehetséges.

#### 4.1 Az egészségügyi ellátás típusai

Az egészségügyi ellátások rendszere az egészségügyi szolgáltatások biztosítását, valamint a népegészségügyi célok megvalósítását teszi lehetővé<sup>44</sup>.

Az eltérő betegségek és betegek miatt többféle egészségügyi ellátás létezik, melyek más és más igényeket támasztanak az állami egészségügyi ellátó rendszerrel szemben. *Progresszív ellátásnak* nevezzük azt, ha a beteget az egészségügyi állapotának legmegfelelőbb ellátásban részesítünk, az ellátás minden szintjén. Ahhoz, hogy a páciensek (még az is, aki nem fizet járulékot) egyenlő eséllyel férhessenek az ellátásokhoz megfelelő országos kiépítettséggel, elérhetőséggel kell rendelkezniük, ugyanakkor a szűkös erőforrásokat hatékonyan kell elosztani köztük. Ez komoly kihívást jelent az egészségügyi szektornak<sup>45</sup>. [Karner, 2005]

A progresszív ellátási elv mellett fontos a *definitív ellátási elv*<sup>46</sup> betartása szintén, hiszen az erőforrásokat másképp nem lehet allokálni. Ez azért mérvadó, mert így kiszűri a rendszer az alacsonyabb progresszivitási szintű ellátásokat és a magasabb szintű ellátó intézmények a hozzájuk tartozó beteganyaggal tudnak foglalkozni, továbbá a szabályozó környezet is könnyebben rendeli hozzájuk a szükséges erőforrásokat és költségmegtakarítás is elérhető.

A progresszivitási szint és az ellátó helyek száma fordítottan arányos. Minél alacsonyabb a progresszivitási szint, annál több, minél magasabb, annál kevesebb ellátó hely található országszerte. Így az alacsonyabb progresszivitási szint sokkal jobban hozzáférhető a népesség számára.

Az ellátások felépítését a következő árn láthatjuk.

---

<sup>44</sup> [www.eubetegjog.hu](http://www.eubetegjog.hu)

<sup>45</sup> ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár - szócikk: Progresszív ellátás.

<sup>46</sup> A definitív ellátás azt jelenti, hogy az adott ellátási szinten a beteg állapotának legmegfelelőbbben - természetesen, ha lehetséges - kell befejezni az ellátást, és csak akkor szabad egy magasabb progresszivitási szintű ellátásra tovább küldeni, ha az ellátó nem tudja az ellátást biztonságosan befejezni. (ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár - szócikk: Definitív ellátás).



4. ábra: Az egészségügyi ellátások rendszere

Forrás: [Papp -Ujváriné, 2014].

A hatékony kórházi működés csak az előzőekben bemutatott alapelvek mentén valósítható meg, így a controlling számára is fontos ismeretanyag. A kórház működését nem csak önmagában szükséges vizsgálni, hanem a környező egészségügyi szolgáltatókat is fegyelembe kell venni. Az ellátások összehangolásával kiszűrhetők a párhuzamos ellátások<sup>47</sup>, melynek költségcsökkentő hatása van. További költségcsökkentés vagy bevételnövelés érhető el, ha a beteget az állapotának megfelelő ellátási formában<sup>48</sup> kezelik és hangsúlyt fektetnek a megelőzésre, szűrővizsgálatokra. A controlling aktívan részt vesz ezek tervezésében, szervezésében és monitorozásában, ezért röviden bemutatom a *4.sz. mellékletben* az ellátási formákat.

A megfelelő ellátási forma alkalmazása nem csak a beteg szempontjából fontos, hanem intézményi érdek is, mivel mindegyik ellátási forma más finanszírozási technika alapján finanszírozódik és eltérő költségek kapcsolódnak hozzájuk. A controlling ennek menedzselésében hatékonyan részt tud venni, támogatva a betegellátást, meghatározva, hogy ha a beteg állapota engedi, mely ellátási forma lenne az intézmény számára a legkedvezőbb bevételiforrás és költségoldalon mi a leghatékonyabb.

<sup>47</sup> A felvevő kórház is elvégzi a diagnosztikai vizsgálatokat (pl:CT) és a beavatkozást elvégző intézmény is.

<sup>48</sup> Az aktív fekvőbeteg ellátás helyett egynapos ellátásban történő kezelés, vagy például a beteg mielőbbi áthelyezése aktív ellátásról krónikus vagy rehabilitációs ellátásra.



## 4.2 OEP (NEAK) finanszírozás

A kórházi gazdálkodás és az egészségügyben alkalmazott controlling működésének megértéséhez rendkívül fontos az OEP (NEAK) finanszírozás bonyolult rendszerének áttekintése. A kórházak működési bevételeinek 90-95% az OEP (NEAK) finanszírozásból származik, ezért gazdálkodásuk, működésük nagymértékben függ tőle. Az OEP (NEAK) finanszírozási rendszerben különválnak a szolgáltatás igénybe vevője és a szolgáltatás kifizetője. Így ebben az esetben három fél vesz részt a működésben. A harmadik félnek, a finanszírozónak (NEAK) nemcsak finanszírozási feladatai vannak, hanem ellenőrzi is a szolgáltatókat, hogy valóban azokat a beavatkozásokat végezték-e el, amiket jelentettek, illetve, hogy ezeknek megfelelő volt-e az indikációja. Ezek az ellenőrzések jelenleg orvosszakmailag, szűrőpróbaszerűen, helyszínen, a teljes beteg-dokumentáció áttekintésével történnek. Az új Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) bevezetésével (2017. november 1.) vélhetően nem csak helyszíni, hanem központi ellenőrzések is várhatóak, de ez ellenőrzések még 2019 tavaszán sem valósultak meg.

A kórházak bevételeinek 90-95%-a az OEP (NEAK) bevételből származik, ezért lényeges az összetételét részletezni. A OEP (NEAK) finanszírozás tartalmaz fix díj elemeket és teljesítménytől függő kifizetéseket is. Fix díj fizetését jellemzően azoknál a területeknél alkalmazzák, ahol a szolgáltatóknak a betegszámtól függetlenül biztosítaniuk kell a kapacitásokat. (5.sz. melléklet)

Ilyen havi fix összegű díjazások például<sup>49</sup>:

- a szakmaspecifikus őrzők (600 000 Ft/hó),
- aktív fekvőbeteg-szakellátásban a sürgősségi ellátási forma,
- járóbeteg-szakellátás lekötött kapacitásához mért fix díj<sup>50</sup>,
- a gyermekellátási szorzó (+10%) 2017. januárjától került bevezetésre a járó-és aktív fekvőbeteg-szakellátásban<sup>51</sup>.

Teljesítményfüggő, azaz a beteg ellátásához kötött finanszírozáshoz tartozik a fekvőbeteg HBCs, a járóbeteg németpont, a krónikus és rehabilitációs ápolási napok, és a labor németpont finanszírozása, ezeket a következő fejezetekben részletezem

<sup>49</sup> Az Soproni Erzsébet Oktató Kórházat esetén a havi fix összegű díjazása **40,9 mFt**.

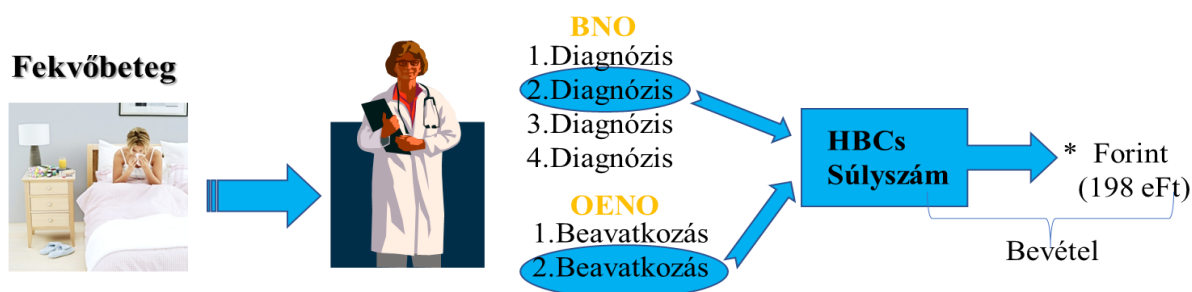
<sup>50</sup> A Soproni Erzsébet Oktató Kórház a kivastagított sorhoz tartozik, mivel 1579 szakorvosi és 301 nem szakorvosi órával rendelkezik, így havi 2 millió Ft fix díjat folyósítanak.

<sup>51</sup> 43/1999. Korm. rendelet 26.§ 6)

#### 4.2.1 A fekvőbeteg-szakellátás finanszírozása

A fekvőbeteg finanszírozásának bemutatása controlling szempontból alapvető, mivel a bevételek jelentős része a fekvőbeteg ellátásból származik és a teljesítmény controlling hangsúlyos és kulcsfontosságú része. A témához kapcsolódó definíciókat a 6. sz. melléklet tartalmazza.

A fekvőbeteg finanszírozása a megállapított fődiagnózis<sup>52</sup>, illetve a betegen elvégzett beavatkozások<sup>53</sup> alapján, egy besorolási algoritmus szerint történik, amely meghatározza, hogy az ellátás melyik HBCs-be sorolódik. A kódolás lehetőséget ad arra, hogy az ellátás összes jellemzőjének ismeretében, az esettípus jellegét figyelembe véve, a szakmai szempontból meghatározható legmagasabb súlyszámú HBCs-vel kerüljön elszámolásra. [Karner, 2005] Jelenleg (2018.01.01-től) 1 HBCs súlyszám 198 eFt.



5. ábra: Fekvőbeteg finanszírozás

Forrás: saját szerkesztés a finanszírozási szabályok alapján

Így megfelelő kódolással maximális bevétel érhető el. A kódolásban rejlő lehetőségek kihasználására a szolgáltatók külön részleget működtetnek<sup>54</sup>, sőt külső vállalkozások is segítik a munkát. A besorolási algoritmus első lépése, hogy ellenőrzésre kerülnek azok az adatok, amelyek hiányában, vagy nem megfelelő adat esetén a finanszírozást megakadályozzák. Amennyiben a finanszírozást befolyásoló adatok helyesek, akkor vizsgálni kell, hogy az előfőcsoportba tartozás feltételei fennállnak-e. „Az elő-főcsoportba nem tartozó esetek a fődiagnózis alapján kerülnek a főcsoportba besorolásra. A főcsoportokba sorolást követően az adott betegségek mellett már csak meghatározott beavatkozások fogadhatók el besorolási tényezőként. (Nem megfelelő fődiagnózis választása esetén az elvégzett beavatkozás már nem besorolási tényező.)

<sup>52</sup> Diagnózis = Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO).

<sup>53</sup> Beavatkozás = Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása (OENO).

<sup>54</sup> Ezek a részlegek a kórháznaknál általában controlling szervezeti egységhez tartoznak, így a controller vezető felel érte.

A főcsoporton belüli csoportok meghatározásának módszerei:

- a kombinációs besorolásoktól eltekintve a besorolás fő tényezői az ellátást indokoló fődiagnózis, és a fődiagnózis miatt végzett főbeavatkozás,
- besorolás történhet a fődiagnózis és a fődiagnózis miatti főbeavatkozás együttes figyelembevételével, azok együttes fennállása esetén,
- besorolás történhet csak a fődiagnózis szerint,
- besorolás történhet csak a főbeavatkozás szerint, ha az a főcsoportba tartozó összes megbetegedéssel előfordulhat,
- megadott beavatkozások kombinációjának meghatározásával,
- a besorolás feltétele egy adott beavatkozás kizárólagos elvégzése, amennyiben azonban más beavatkozásra is sor kerül, akkor az eset másik csoportba sorolódhat,
- megadott betegségek, betegség típusok kombinációja alapján,
- megadott betegség kombinációk és beavatkozás kombinációk együttes fennállása alapján,
- a besorolás típusok variálódhatnak a szerint is, hogy a beteg honnan érkezett, hova távozik, mi a további sorsa,
- újszülöttek esetén meghatározó tényező a születési, ezt követően a felvételtkor testsúly,
- igazoló eljárások esetén besorolást befolyásoló tényező a szolgáltatás mennyisége,
- csoport besorolást módosító tényező meghatározott esetekben a társult betegség vagy a súlyos társult betegség fennállása és kezelése<sup>55</sup>.

A besorolást általában az egészségügyi szolgáltatók a korábbi szekszárdi GYOGYINFOK (jelenleg NEAK) által ingyenesen kiadott Törzslistázó program 5.0-s verzióval végzik, melynek jelenlegi verziója 2016. november 1-jétől érvényes. Általában a törzslistázó programot a medikai szoftvergyártók is integrálják a rendszerükhöz, megkönnyítve a felhasználók munkáját. Sajnos az egészségügyi szolgáltatók csak „előbesorolást” tudnak végezni, melyek intézmény szinten 1-2%-ban eltérnek a NEAK által két hónappal később visszaigazolt, tényleges kifizetett súlyszámoktól.

Minden HBCs-hez különböző adatok tartoznak, melyek a finanszírozásban játszanak szerepet. Néhány példaadatot a 7. sz. *melléklet* tartalmaz.

<sup>55</sup> ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtára - szócikk: Besorolási algoritmus  
[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Besorolasi\\_algoritmus](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Besorolasi_algoritmus)

A HBCs kód (4 karakter) és a megnevezés mellett az egyik legfontosabb finanszírozási adat a súlyszám. Ez határozza meg, hogy mennyi finanszírozás jár az adott HBCs-ért. Az országosan meghatározott súlyszám forintértéket, kell beszorozni a HBCs súlyszámmal. Így pl.: a 003E Rutin intracranialis műtétek HBCs-ért ( $2,52085 * 198\,000$ ) 499 128,3 Ft-ot kapnak az intézmények.

Hangsúlyos információ az ápolási napokra vonatkozó adatok is. A maximális bevétel az **alsó határnap** meglétével biztosítható, ha ennél kevesebbet tölt bent a kórházban a beteg, akkor az ápolási napok arányával kevesebb finanszírozást kap az intézmény<sup>56</sup>. [Karner, 2005] Ezt hívják rövid ápolásnak, ami kedvezőtlen az intézménynek, mivel általában az ellátás első felében merül fel a költségek túlnyomó többsége, ezért a finanszírozás biztos nem fedezi a költségeket. Az előző példánál maradva az 003E HBCs-nek az alsó határnapja 2 nap, akkor, ha a beteg csak 1 napot fekszik a fekvő osztályon, akkor a finanszírozás 50%-át, azaz 233 178,625 Ft-ot kap az intézmény.

A krónikus ellátás finanszírozása csak a **normatív nap** letelte után kezdődik meg, ami azt jelenti a példa alapján, hogy 10 nap után érdemes áthelyezni a beteget az aktívról a krónikusra, illetve a rehabilitációs ellátásra, mivel naponta további 7 920Ft<sup>57</sup> bevétel kap az intézmény az ellátásért. Ez alól néhány szakma kivétel, ahol a finanszírozás a normatív naptól függetlenül az áthelyezés időpontjától finanszírozódik<sup>58</sup>. (8.sz melléklet)

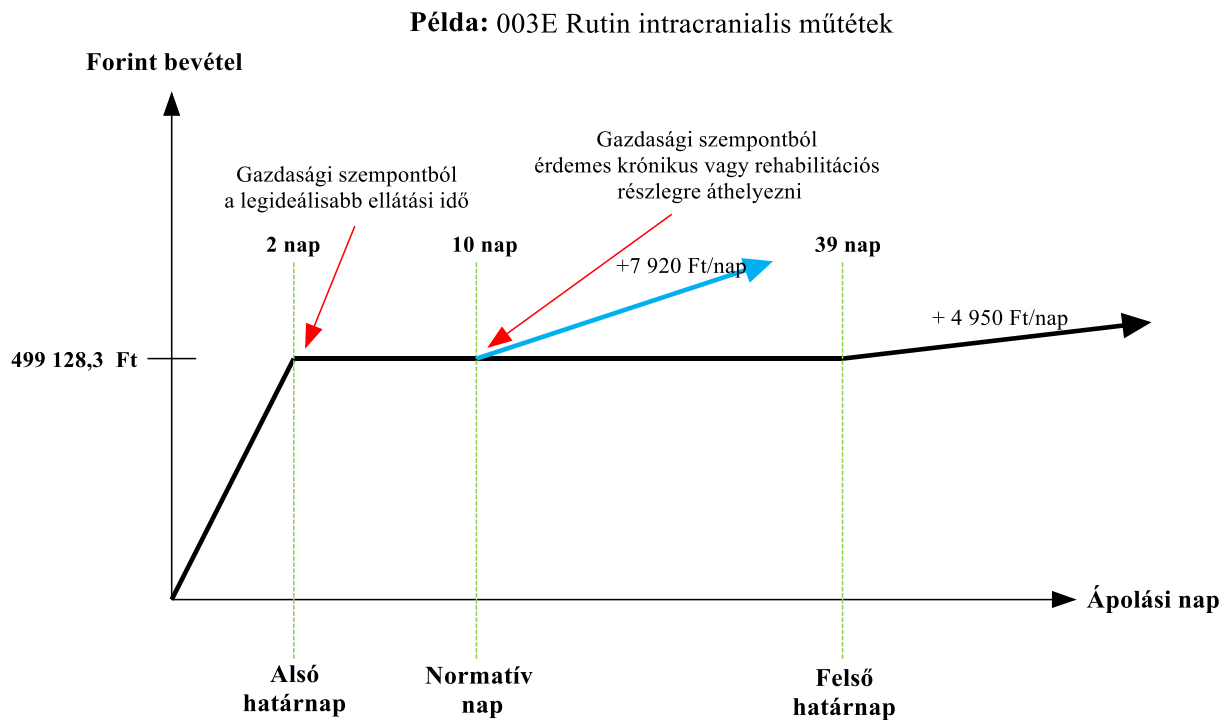
A **felső határnap** után az aktív ellátás a krónikus ellátás napi alapdíjának 75 százalékában naponta finanszírozódik, kivéve az intenzív ellátást, ahol a hosszú ellátási eset napi díja a krónikus ellátás napi alapdíjának a négyszerese. Az előzőekben említett példa alapján a 003E HBCs-nél a 39. nap után 4 950Ft ( $6600*0,75$ ) jár naponta.<sup>59</sup>

<sup>56</sup> 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet, 40. § (6)

<sup>57</sup> 6 600 Ft szorozva az adott osztály krónikus szorzójával (pl:  $6\,600*1,2=7\,920\text{Ft}/\text{nap}$ )

<sup>58</sup> 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet, 40. § (8)

<sup>59</sup> 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet, 40. § (8)



6. ábra: 003E HBCs bevételei és határnapjai

Forrás: saját szerkesztés a HBCs adatai és a finanszírozási szabályok alapján

Minden HBCs-hez tartozik egy műtéti súlyszám is, ami azt határozza meg, hogy ha a felvevő, illetve ellátó osztály és a beavatkozást végző osztály eltér, akkor a beavatkozást végző mennyit súlyszámot számolhat el a HBCs súlyszámából. Az említett példa alapján a 003E HBCs súlyszáma 2,52085, melyből a műtéti súlyszám 0,42555, tehát a finanszírozás az ellátó osztálynak 2,0953, a beavatkozást végzőnek 0,42555 a súlyszám.

A fekvőbeteg finanszírozási példákban jól látszik, hogy a bevételek jelentősen függenek a megfelelő kódolástól és dokumentálástól. A kórházakban a teljesítmény controlling része ezeknek a megfelelő menedzselése és monitorizálása.

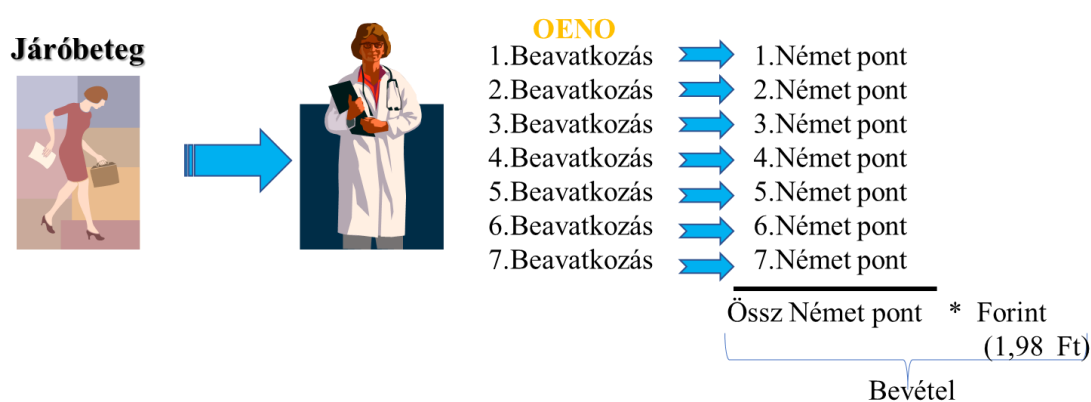
#### 4.2.2 Járóbeteg finanszírozás

A járóbeteg-szakellátás finanszírozása „fee for service” típusú finanszírozás alapján történik, mely azt jelenti, hogy a finanszírozó az egészségügyi szolgáltatóknak a betegellátás során elvégzett összes szolgáltatást tételesen meghatározott díjtételek alapján finanszírozza. A magyar egészségügyben ezt a taxatív tevékenység finanszírozást Német pontrendszernek nevezik. [Ragány, 2015]

Ez a fajta finanszírozás 1993-ban indult, amikor döntés született, hogy a tevékenységek klasszifikációs (besorolási, beazonosítási) rendszere a WHO ICPM rendszerének fordításán alapuló OENO kódrendszer legyen.

Minden beavatkozáshoz, OENO-hoz külön pontok tartoznak, amelyek az 1990-es évek elején a német egészségbiztosítás ponttáblázata alapulvételével került meghatározásra, ezért nevezik a pontrendszert németpontnak. Azóta a pontértékek egyeztető bizottság javaslatai alapján folyamatosan módosultak.<sup>60</sup>

A finanszírozó az ellátás során elvégzett összes OENO-hoz tartozó németpontot az országosan meghatározott pont forintértékkel finanszírozza. Jelenleg 1 németpont 1,98 Ft (2018.01.01.-től).



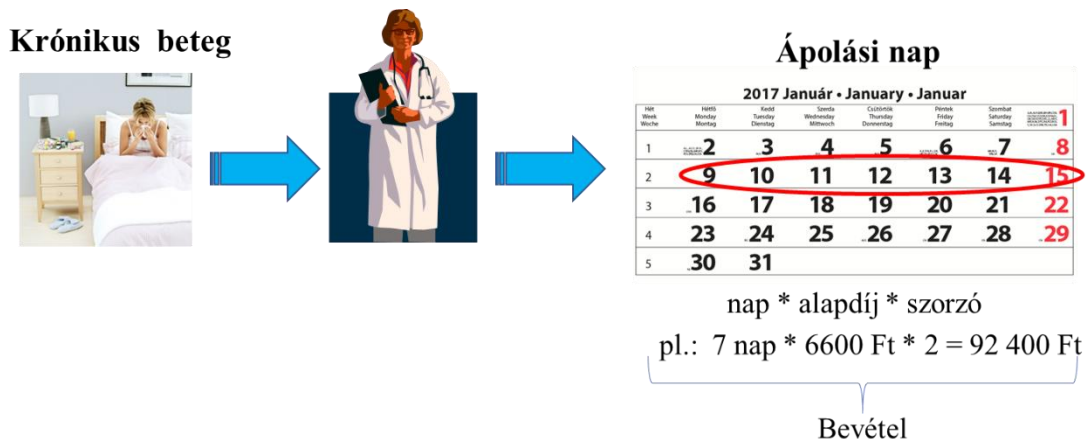
7. ábra: Járóbeteg finanszírozás

Forrás: saját szerkesztés a finanszírozási szabályok alapján

#### 4.2.3 Krónikus, rehabilitációs finanszírozás

A krónikus, illetve rehabilitációs ellátás finanszírozása ápolási napok alapján történik. 24 órás ellátás számít egy ápolási napnak, illetve a felvétel és a távozás napja együttesen egy ápolási napnak minősül. A finanszírozó országosan meghatározza, hogy mennyit fizet 1 ápolási napért, ami jelenleg 6600 Ft/nap. (2018.01.01.) Ezt az összeget az egészségügyi szolgáltatók korrigálni tudják egy krónikus szakmai szorzóval, ami függ az ellátó osztály típusától (milyen osztályon történt az ápolás, pl. krónikus vagy rehabilitációs ellátás A, B vagy C szintjén stb.), illetve függhet a beteg önellátó képességeitől, annak szintjétől (ami befolyásolja, hogy milyen fajta és mennyi ápolásra van szüksége).

<sup>60</sup> ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár - szócikk: Német pontrendszer



8. ábra: Krónikus, rehabilitáció finanszírozás

Forrás: saját szerkesztés a finanszírozási szabályok alapján

A szorzókat a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 8. számú melléklete részletezi. (9.sz. melléklet)

A legtöbb területen a minimum feltételeknek való megfelelés esetén alkalmazható a szorzó. Például a krónikus ellátásban, ha az egység rendelkezik 50 ágyanként 1 orvossal, akkor 1,2-es szorzóval finanszírozódik az ellátás, ellenkező esetben 1-es a szorzó.

A Soproni Erzsébet Oktató Kórház rendelkezik egy 90 ágyas krónikus osztállyal 1,2-es szorzóval, 226 ágyas Kardiológiai rehabilitációval 2-es szorzóval, 60 ágyas neurorehabilitációval 2-es szorzóval, 160 ágyas mozgásszervi rehabilitációval 2-es szorzóval, valamint egy 52 ágyas pszichiátriai rehabilitációval szintén 2-es szorzóval.

#### 4.2.4 Egynapos sebészeti ellátás

Az egynapos sebészeti ellátás egy olyan speciális ellátás, amelyet csak kórházi körülmények, vagy kórházi körülményekhez hasonló feltételeket biztosítani tudó szolgáltatóknál végeznek, de az időtartama 24 óránál rövidebb. Ennek az ellátásnak szigorú feltételei vannak, mind a beteg, mind a szolgáltató részéről, melyet a 16/2002. (XII. 12.) ESZCSM rendelet határoz meg.

A betegen akkor végezhető el egynapos sebészeti ellátás keretében műtét, ha általános állapota jó, a műtét után nem igényel majd megfigyelést, a műtét alatt vélhetően nem igényel majd vérátömlesztést a vérveszteség miatt, önellátó, illetve gyermek esetén gondozása megoldott. Jogszabály szerint (Eütv. 15–16. §) nyilatkozik arról, hogy lakás és higiénés körülményei megfelelőek, autóval vagy mentővel átlagos forgalom esetén 30 perc alatt elérhető az ellátó egészségügyi intézmény, telefonelérhetőség biztosított, hazaszállításkor és a műtétet

követő éjszaka a felügyelet megoldott és hozzájárul, hogy egynapos sebészeti ellátás keretében végezzék a beavatkozást.

Egynapos sebészeti ellátást nem csak fekvőbeteg intézmények végezhetnek, hanem olyan járóbeteg szakellátást végző intézmények is, akik a jogszabályban foglaltaknak megfelelnek. Meg kell felelniük a jogszabály mellékletében szereplő tárgyi feltételeknek, rendelkezniük kell az előírt tapasztalattal rendelkező szakorvossal, biztosítani kell az ellátáshoz szükséges gyógyszereket, a műtét közben felmerülő szövődmények ellátásához szükséges személyi és tárgyi feltételeket, a beteg ellátásához szükséges fekvő háttérrel és a műtét során eltávolított szövetek szövettani vizsgálatát, valamint zárójelentés készítését, amivel a beteg keresőképességét igazolhat.

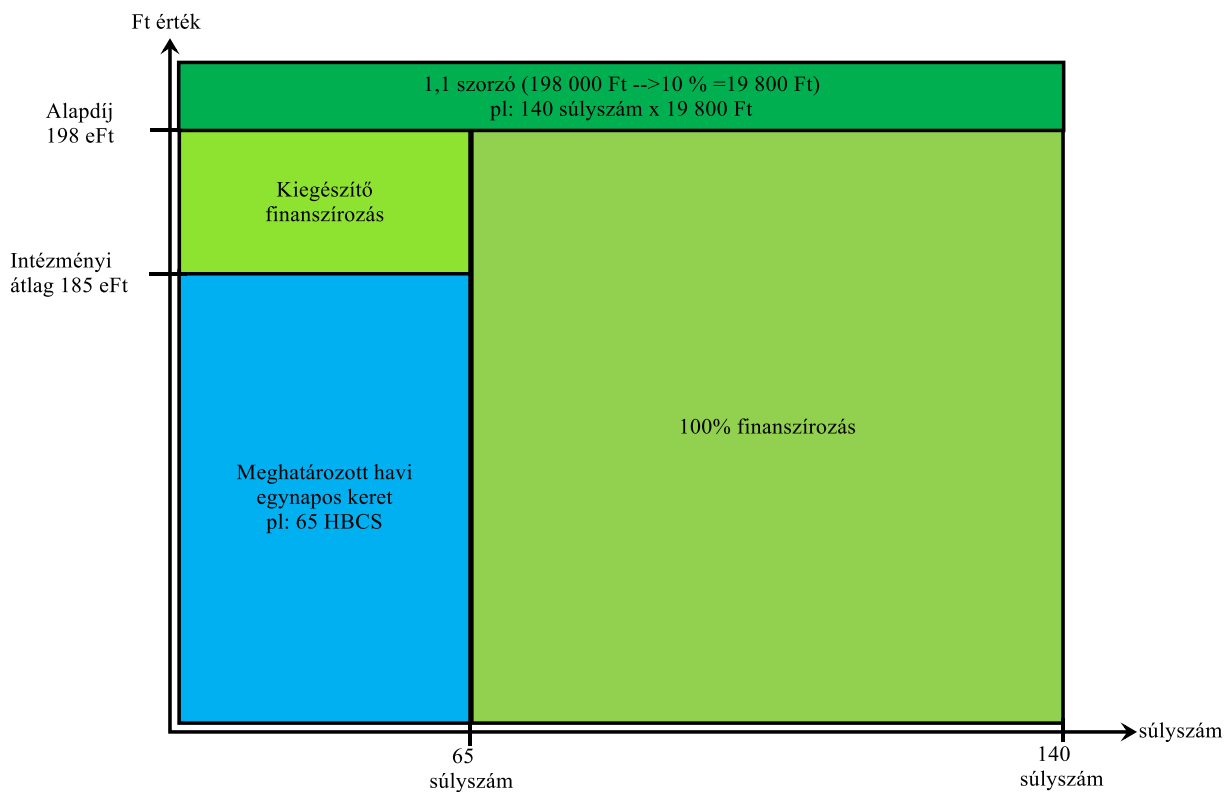
Egynapos ellátás keretében csak a jogszabály által meghatározott beavatkozások végezhetőek el, amit a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 9. számú melléklete tartalmaz.

Finanszírozását a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet határozza meg, miszerint a 2013. november 1. és 2014. október 31. közötti egynapos ellátásként elszámolható beavatkozások elvi teljesítményének a 43%-t definiálták az egynapos 12 havi keretnek. Az intézmény tárgyhónapban lejelentett és elszámolt egynapos teljesítményét a havi keret mértékéig a finanszírozó kiegészíti a mindenkori alapdíj és az intézményi átlagos súlyszám forint értékének a különbözetével, valamint a keret feletti teljesítményeket 100%-ban finanszírozza, illetve a jelentett és elszámolt összes egynapos teljesítményt 1,1-es szorzóval megemeli<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> 16/2002. (XII. 12.) ESZCSM; 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet





9. ábra: Egynapos ellátás finanszírozása, 2018. éves példa adatokkal  
forrás: saját szerkesztés a finanszírozási szabályok alapján

Az egynapos ellátás finanszírozása önmagában nézve nagyon jónak tűnik, viszont ha a rendszer egészét vizsgáljuk, már árnyaltabb a helyzet. Mivel az aktív fekvőbeteg finanszírozás TVK-ja alá tartozik, ezért hatással van az intézményi alaplíjra is. Fiktív példa alapján szemléltetem a bevételeket.

Az intézményi fekvő TVK 1 500 HBCs súlyszám, az ehhez tartozó degresszív rész 60 HBCs súlyszám, így az összes finanszírozott teljesítmény 1560 HBCs súlyszám lehet, amiért 299 970 000 Ft bevételt kap az intézmény. Ekkor az intézményi alaplíj 192 288 Ft. Ha az intézmény teljesítménye aktuális hónapban 1 500 aktív és 140 egynapos HBCs súlyszám, akkor a bevételek az alábbi táblázat szerint alakulnak.

2. táblázat: Egynapos ellátás bevételéhez 2018 évi példa

	Súlyszám	Alapdíj	Ft
TVK	1 500	198 000	297 000 000
Degresszív	60	49 500	2 970 000
<b>Összesen:</b>	<b>1 560</b>	<b>192 288</b>	<b>299 970 000</b>

Teljesítmény:	1500		
Egynapos	140		
<b>Összesen:</b>	<b>1640</b>	<b>182 909</b>	<b>299 970 000</b>

Aktív fekvő			
Fekvő finanszírozás	1 500	182 909	274 362 805
<b>Különbség</b>			<b>-22 637 195</b>

Egynapos finanszírozás			
Egynapos keret	65	182 909	11 889 055
Egynapos keretkiegészítés	65	15 091	980 945
Keret feletti rész	75	198 000	14 850 000
Egynapos ellátásra a 10%	140	19 800	2 772 000
<b>Összesen:</b>	<b>140</b>	<b>217 800</b>	<b>30 492 000</b>

Intézményi összes bevétel			304 854 805
Eredeti bevétel:			299 970 000
<b>Többlet bevétel</b>			<b>4 884 805</b>

Forrás: saját szerkesztés a finanszírozási szabályok alapján

Az összes intézményi teljesítmény magasabb (1 640 HBCs), így ebben az esetben az intézményi alapdíj csökken 182 909 Ft-ra, mivel az eredeti bevételt el kell osztani a magasabb teljesítménnyel. Az alacsonyabb alapdíj miatt a fekvőbeteg bevétel 22 637 195 Ft-tal kevesebb. Az egynapos ellátásért 30 492 000Ft bevételt kap az intézmény, így az összes intézményi bevétel 304 854 805 Ft, ami csak 4 884 805 Ft-tal több az eredeti egynapos nélküli bevételtől. A példaadatokból jól látszik, hogy annak ellenére, hogy az egynapos ellátás 110%-kal, 217 800Ft-tal finanszírozódik, a fekvőbeteg alapdíjra gyakorolt hatása miatt a bevételnövekedés a vártnál jóval kevesebb.

Az egynapos ellátás jelentés és finanszírozás szempontjából fekvőbeteg-ellátási esetnek minősül. Kódolása és dokumentálása megegyezik a fekvőbeteg ellátásával. Minimális különbség, hogy a felvétel jellegénél egynapos ellátást (3-as kód) kell kódolni és az ellátás kezdetekor az egynapos ellátásra vonatkozó bejegyző nyilatkozatot is alá kell írni a beteggel. Nincs külön szervezeti OEP (NEAK) kódja az egynapos fekvő ellátásnak (kivéve a járóbeteg intézményeknél), az ellátó osztály OEP (NEAK) kódján kell jelenteni a finanszírozó felé. Az

ellátás folyamán, szövődmények esetén, bármikor át lehet minősíteni fekvőbeteg ellátássá, mivel minden egynapos beavatkozás fekvőbetegként is alkalmazható, így az ellátásnak csak a felvétel jellegét kell módosítani.

Az intézmények gazdálkodásában az egynapos ellátás többlet bevételi forrást jelenthet, megfelelő teljesítmény controlling mellett.

#### **4.2.5 Kúraszerű ellátás**

A kúraszerű ellátás olyan gyógyítókezelés sorozatot jelent, amelyek egymással összefüggésben vannak, előre meghatározott időben és mennyiségben végeznek és fekvőbeteg ellátási háttérrel igényelnek.

A kúraszerű ellátás ambuláns formában végezhető, a beteg egy kezelés során 24 óránál kevesebb ideig tartózkodik az intézményben, megfigyelés mellett. Kúraszerű ellátást csak az alábbi feltételeknek megfelelő intézmények végezhetnek:

- fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók,
- egyéb olyan egészségügyi szolgáltatónál, amely az adott szakterület aktív fekvőbeteg-intézményével szerződést kötött a szövődmenyes esetek ellátására, és ez a fekvőbeteg-gyógyintézmény személygépkocsival (mentővel) – átlagos forgalmat figyelembe véve – 30 percen belül elérhető.

A kúraszerű ellátást végző intézményeknek biztosítania kell:

- a megfelelő szakképzett humán erőforrás jelenlétét (szakorvos és szakképzett asszisztens vagy ápoló),
- a szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet által az adott szakmára meghatározott feltételeknek megfelelő kezelő és megfigyelő helyiségeket,
- érvényes szakmai szabályok (különösen irányelv, módszertani levél, protokoll) szerinti végzését,
- az egyes eljárási rend meghatározását,
- az eset követésére kezelőlap vezetését,
- a kezeléshez szükséges gyógyszereket,
- az ellátás befejezésekor a beteg részére zárójelentés kiadását<sup>62</sup>

<sup>62</sup> 16/2002. (XII. 12.) ESZCSM; 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet

Az ellátások finanszírozásának alapos ismerete nélkülözhetetlen a megfelelő és hatékony kórházi controlling működtetéséhez. Az intézményi TVK miatt a bevételek felülről korlátosak, ezért a fedezetet elsősorban, csak a költségek csökkentésével lehet javítani. A költségsökkentés egyik leghatékonyabb módja, ha maximalizáljuk az esetek (betegellátás) bevételeit, így a TVK kevesebb esettel teljesíthető, ami kisebb költséget is eredményez. A kórház controllingnak kulcsfontosságú szerepe van ennek menedzselésében, de felsővezetői támogatás nélkül hatékonysága romlik.

## **5. A kórházi controlling helye és szerepe napjainkban**

A kórházgazdálkodás bemutatása előtt röviden ismertetem, hogy ez mely közgazdaságtani területhez tartozik. A kórházgazdálkodás szorosan kapcsolódik a controllinghoz, mivel hatékonyan gazdálkodni csak teljes körű, naprakész, hiteles információk birtokában lehet, amit a controllingnak kell biztosítania.

### **5.1 Az egészségügy közgazdaságtana**

Dézsy professzort idézve: *„a közgazdaságtan és mellékága, az egészség-gazdaságtan végül is egy olyan diszciplína, amely a kitűzött célhoz vezető úton meghozandó döntéseket támogatja.”*  
[Dézsy, 2006 p. 146]

Az egészség-gazdaságtan a közgazdaságtan egy speciális, új területe, mivel az elmúlt negyven év fejlődésének eredményeként alakult ki. Közgazdasági szakemberek az egészséggel, illetve a betegségekkel kapcsolatos nehézségek és feladatok megoldásához, tudatosan kezdtek el alkalmazni közgazdaságtudományi elméleti és gyakorlati módszereket. Megpróbáltak arra megoldást, illetve választ adni, hogy hogyan lehet a rendelkezésre álló szűkös erőforrásokat úgy felhasználni, hogy a legtöbb értéket állítsák elő, illetve hogyan lehet ezeket szétosztani, hogy a lehető legtöbb szükségletet ki lehessen elégíteni. A gazdasági hatékonyságra való törekvés elengedhetetlen, mivel forráshiányosság miatt nincs lehetőség minden igény kielégítésre, ezért választani kell ez egyes szükségletek kielégítése között. Ezt hívja a közgazdaságtan használdozati költségnek. [Dézsy, 2003]

Az egészség-gazdaságtan kutatási területe az egészség és nem az egészségügy, hiszen az egészségtől függ az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet, ezért az egészségügyet származtatott keresletként vizsgálja. Ebből következik, hogy az egészség-gazdaságtan kutatási részterülete az egészségügy. Ezzel párhuzamosan definiálni kell, hogy mi az egészség, milyen az

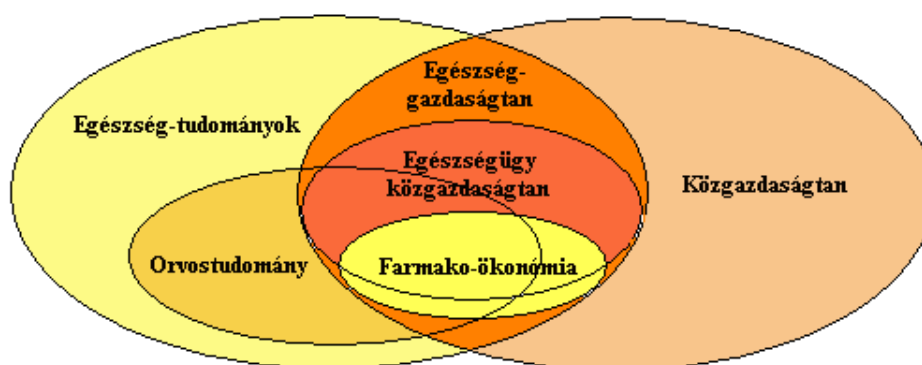
életminőség, és hogyan mérhető, értékelhető a különböző egészségi állapotot pénzben kifejezve. [Dézsy, 2003, 2008]

Az egészség-gazdaságtan foglalkozik az egészségi állapotra ható társadalmi-gazdasági folyamatok következményeivel is (pl. foglalkoztatás-, lakás-, adó-, oktatáspolitikák). A kutatások másik csoportja az egyes országok egészségrendszere hatékonyságát kíséri figyelemmel. [Mogyorósy, 2002]

Az egészség-gazdaságtan egyik tudományága az egészségügyi közgazdaságtan, mely a népesség egészségi állapota és az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele közötti kapcsolatból származik. Fő kutatási területe arra irányul, hogy mennyi igénybevett egészségügyi szolgáltatás szükséges ahhoz, hogy az egészség megmaradjon, illetve hogy az egészségi állapot javuljon. Ez a tudományág foglalkozik az egészségügyi biztosítási rendszerekkel is, továbbá hogy mennyi, milyen összetételű és minőségű egészségügyi szolgáltatást kell nyújtani, illetve mennyit és mit vesznek igénybe a betegek.

Ezek a szempontok meghatározzák a szolgáltatások megszervezését, finanszírozását, az ösztönzőrendszerek kiválasztását és a biztosítási rendszerek kialakítását is. Az előbb említett tudományterületeken belül kialakult egy külön tudományág a farmako-ökonómia (gyógyszergazdaságtan) is, amely a gyógyszerek egészség-gazdaságtani vizsgálatát látja el. [Mogyorósy, 2002], [Pulay, 2013]

Az alábbi ábra szemlélteti az egészség-tudomány és a közgazdaságtan egymáshoz való viszonyát.



10. ábra: Az egészség-gazdaságtan és az egészségügyi közgazdaságtan elhelyezkedése a közgazdaságtan és az egészség-tudományok között

Forrás: [Mogyorósy, 2002]

Az egészség-tudomány és a közgazdaságtan metszetéből alakul ki az egészség-gazdaságtan és ennek egy részhalmaza az egészségügy közgazdaságtan. A farmako-ökonómia viszont az egészség-gazdaságtannak is és az egészségügy közgazdaságtannak is részhalmaza.

Összefoglalva megállapítható, hogy a két tudomány terület között nehezen húzható választóvonal. Jelentőségük viszont, hogy segítenek a döntések meghozatalában - ilyen például a gazdaságos és hatékony utak feltárása, irányítási koncepciók kidolgozása, költség-haszon számítási lehetőségek javítása, analízise, továbbá képesek hozzájárulni az egészségpolitikai kérdések megoldásához, azonban a politikai döntések meghozatala nem tartozik a feladatai közé. A felsorolt feladatokból nyilvánvalóan látszik, hogy controlling eszközök, illetve támogatás nélkül nem kivitelezhető megfelelő végrehajtás.

## 5.2 Kórházak finanszírozását és gazdálkodását befolyásoló hatások controlling szemszögből

A kórházak költségvetési szervként működnek, így az állami költségvetésből egészségügyi finanszírozási rendszeren keresztül tudják „lehívni” az ellátás után járó térítést, ezért Magyarország GDP volumene hatással van a kórházak finanszírozására. A magyar gazdaság teljesítménye 2013 folyamán növekedési pályára állt, ami 2016-ban is folytatódott. 2016-ban a GDP volumene – folyamatos éven belüli emelkedés mellett – 2,3 százalékkal meghaladta az egy évvel korábbit 34 378 milliárd Ft-ot. [KamaraOnline, 2017]

A KSH táblázata (3. táblázat) Magyarország elmúlt 17 év GDP-jét folyó áron, valamint az előző évhez és a bázisidőszakhoz viszonyított változását foglalja össze.

3. táblázat: A bruttó hazai termék (GDP) értéke és volumenindexei

Év	A bruttó hazai termék		
	értéke, folyó áron, milliárd Ft	Volumenindexe	
		előző év = 100,0 %	2000=100,0 %
2000	13 350,1	104,2	100,0
2001	15 419,1	103,8	103,8
2002	17 461,7	104,5	108,5
2003	19 138,9	103,8	112,7
2004	21 099,1	105,0	118,4
2005	22 559,9	104,4	123,6
2006	24 257,0	103,9	128,3
2007	25 680,2	100,4	128,9
2008	27 193,6	100,9	130,0
2009	26 424,6	93,4	121,4
2010	27 224,6	100,7	122,2
2011	28 304,9	101,7	124,3
2012	28 781,1	98,4	122,2
2013	30 248,2	102,1	124,7
2014	32 583,4	104,2	130,0
2015	34 378,6	103,5	134,6
2016	35 474,2	102,3	137,7
2017	38 355,1	104,1	143,4

Forrás: KSH adatai 01: [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qpt001.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qpt001.html)

Sajnos a kórházak még mindig szűkös erőforrásokkal gazdálkodnak annak ellenére, hogy 2016 augusztusától, 2017 januárjától és 2017 novemberétől alapidíjváltozás<sup>63</sup> történt. <sup>64</sup>

Az egészségügyi kiadásokra a költségvetés 2016-ban 1 728 milliárd Ft-ot fordított, ami a GDP 4,9 %<sup>65</sup>.

4. táblázat: GDP és az Állami egészségügyi kiadások aránya (2003–2016)

Év	GDP	Egészségügyi kiadások összesen, milliárd Ft	Állami egészségügyi kiadások GDP-aránya, %
2003	19 138,9	<b>1 095,9</b>	5,7
2004	21 099,1	<b>1 152,8</b>	5,5
2005	22 559,9	<b>1 275,3</b>	5,7
2006	24 257,0	<b>1 340,4</b>	5,5
2007	25 680,2	<b>1 277,8</b>	5,0
2008	27 193,6	<b>1 330,9</b>	4,9
2009	26 424,6	<b>1 308,9</b>	5,0
2010	27 224,6	<b>1 373,8</b>	5,0
2011	28 304,9	<b>1 420,3</b>	5,0
2012	28 781,1	<b>1 408,2</b>	4,9
2013	30 248,2	<b>1 463,5</b>	4,8
2014	32 583,4	<b>1 551,1</b>	4,8
2015	34 378,6	<b>1 634,2</b>	4,8
2016	35 474,2	<b>1 728,0</b>	4,9

Forrás: KSH adatai 02: [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fec001b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001b.html)

A 4. táblázatból látszik, hogy 2007-ben egy nagy forráselvonás történt. Az 5,5 %-os állami egészségügyi kiadások GDP-arányát lecsökkentették 5%-ra, ami azt eredményezte, hogy a kiadások nominálisan a 2006-os szintet csak 2010-ben érték el újra. Ezt követően további csökkentés történt, az 5% GDP arányt 4,8-4,9%-ra mérsékeltek.

Az alábbi táblázat jól szemlélteti, hogy kevesebb mint 1%-pontos (0,7%) aránycsökkentés éves szinten több 100 milliárd Ft nominális értékű elvonást jelent az egészségügytől.

<sup>63</sup> 150 eFt-ról → 180 eFt-ra, 180 eFt-ról → 185 eFt-ra, 185 eFt-ról → 198 eFt-ra

<sup>64</sup> NEAK publikus forgalmi adatok - Alapidíjak és teljesítményadatok

<sup>65</sup> Gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás, járóbeteg-ellátás, hosszú ápolási idejű ellátás, kiegészítő szolgáltatás, klinikai, laboratóriumi, diagnosztikai és mentőszolgáltatás és betegszállítás, gyógyszer, gyógyászati segédeszközök és egyéb tartós és nem tartós gyógyászati célú fogyasztási cikkek, prevenció költségeit tartalmazza, a magánszemélyek kiadásait NEM foglalja magában.

5. táblázat: Állami egészségügyi kiadások forráselvonása

Év	GDP	Kormányzati alrendszerek összesen, milliárd Ft	Állami egészségügyi kiadások GDP- aránya, %	Forráselvonás		
				Elvi EÜ kiadások GDP-aránya %	Kalkulált EÜ kiadások milliárd Ft	Különbség milliárd Ft
2006	24 257,0	<b>1 340,4</b>	5,5	5,5	1 340,40	0,00
2007	25 680,2	<b>1 277,8</b>	5,0	5,5	1 412,41	-134,61
2008	27 193,6	<b>1 330,9</b>	4,9	5,5	1 495,65	-164,75
2009	26 424,6	<b>1 308,9</b>	5,0	5,5	1 453,35	-144,45
2010	27 224,6	<b>1 373,8</b>	5,0	5,5	1 497,35	-123,55
2011	28 304,9	<b>1 420,3</b>	5,0	5,5	1 556,77	-136,47
2012	28 781,1	<b>1 408,2</b>	4,9	5,5	1 582,96	-174,76
2013	30 248,2	<b>1 463,5</b>	4,8	5,5	1 663,59	-200,09
2014	32 583,4	<b>1 551,1</b>	4,8	5,5	1 792,54	-239,44
2015	34 378,6	<b>1 634,2</b>	4,8	5,5	1 887,83	-246,13
2016	35 474,2	<b>1 728,0</b>	4,9	5,5	1 948,12	-220,12

Forrás: KSH adatai alapján saját számítás<sup>66</sup>

Nemzetközi összehasonlításban sajnos nem állunk előkelő helyen. Az összes egészségügyi kiadás (11. táblázat) 7,1%-os GDP arányának viszonylatában a lista alsó harmadában helyezkedünk el (az EU-28 átlaga 9,9%). A GDP-hez viszonyított egészségügyi kiadások 11%-át csak három európai uniós országban érik el, illetve haladják meg kis mértékben: Németországban, Svédországban és Franciaországban. Nem EU-s tagországban, viszont Európában listavezető Svájc is 11,5%-kal. A Magyarországhoz hasonló értéket regisztráltak Szlovákiában, ugyanakkor alacsonyabb a GDP-arányos kiadás két szomszédunknál: Horvátországban és Romániában, valamint Lengyelországban, Cipruson és a három balti államban<sup>67</sup>.

<sup>66</sup> [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fec001b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001b.html)

<sup>67</sup> KSH statisztikai tükör 2017

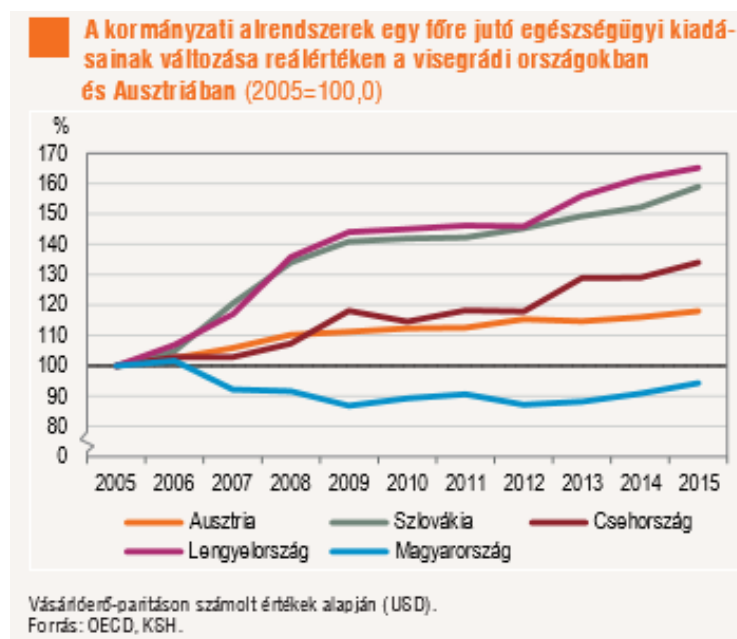


6. táblázat: Összes egészségügyi kiadás, azok GDP aránya és intenzitási viszonyszámok

Év	Eü kiadások összesen, milliárd Ft	Önkéntes egészségügyi-finanszírozási alrendszerek, milliárd Ft	Háztartások, milliárd Ft	Alrendszerek kiadásai összesen, milliárd Ft	Egészségügyi kiadások GDP-aránya, %	Egy főre jutó egészségügyi kiadás, eFt/fő	Egy főre jutó állami egészségügyi kiadás, eFt/fő
2003	1 095,9	48,2	409,4	1 553,5	8,1	153	108
2004	1 152,8	61,9	423,1	1 637,7	7,8	162	114
2005	1 275,3	64,0	464,8	1 804,1	8,0	179	126
2006	1 340,4	79,6	473,6	1 893,6	7,8	188	133
2007	1 277,8	89,7	487,0	1 854,4	7,3	184	127
2008	1 330,9	91,7	509,0	1 931,6	7,1	192	133
2009	1 308,9	104,0	502,5	1 915,4	7,3	191	131
2010	1 373,8	112,1	561,3	2 047,2	7,6	205	137
2011	1 420,3	112,3	602,4	2 135,0	7,6	214	143
2012	1 408,2	109,5	631,1	2 148,8	7,5	217	142
2013	1 463,5	109,6	622,7	2 195,8	7,3	222	148
2014	1 551,1	105,5	655,1	2 311,6	7,1	234	157
2015	1 634,2	104,2	705,8	2 444,1	7,1	248	166
2016	1 728,0	105,9	774,7	2 608,6	7,4	266	176

Forrás: KSH adatai 02: [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fec001b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001b.html)

Az egy lakosra jutó, vásárlóerő-paritáson számolt egészségügyi kiadás Magyarországon 2015-ben 1371 euró volt, amellyel hazánk az EU-tagországok között szintén az alsó harmadba esik (az EU-28 átlaga 2781 euró volt).



11. ábra: 1 főre jutó Eü kiadás változása reálértéken

forrás: [KSH statisztikai tükör 2017]

„Az elmúlt évtized gazdasági válsága az uniós országok többségében nem volt jelentős hatással az egészségügyre fordított kiadások reálértékére. A 2007–2009-ben

bekövetkezett visszaesés után a kiadások reálértéke hazánkban 2012-ben ismét csökkent, és bár 2013 után betagolódni látszik a visegrádi országok változásának átlagába, a 2005-ös bázisév szintjét még nem érte el.”<sup>68</sup>

Az egészségügyi intézmények bevételeit 90-95%-ban ebből a szűkös költségvetésből kell biztosítani. A finanszírozás országos elosztása teljesítményen alapuló összetett rendszeren keresztül történik. A betegellátásért kapott finanszírozás a kórházakban függ az alapdíj, HBCs súlyszám, Német pont illetve az ápolási napok mértékétől. A kórházi finanszírozás meghatározó része a HBCs rendszer, aminek az ismerete controlling szempontból is alapvető.

A HBCs rendszer 1993. július 1-jével került bevezetésére, ahol a súlyszám alapdíja 31 000Ft volt. Az alábbi 7. táblázat mutatja az éves átlag alapdíjváltozásokat és az inflációval korrigált alapdíjakat. A 10. sz. mellékletben 2000. évtől kezdődően havi bontásban mutatom be az alapdíjváltozásokat és az éves átlag alapdíjakat.

---

<sup>68</sup> KSH statisztikai tükör 2017 – p.4

7. táblázat: HBCs súlysúly alapdíjváltozása

Év	Éves átlag alapidíj	Lakossági árindex	Lakossági árindexével korrigált alapidíj	Egészségügyi intézmények árindexe	Egészségügyi intézmények árindexével korrigált alapidíj
1993	31 000	122,5	31 000	123,3	31 000
1994	31 000	118,8	36 828	120,3	37 293
1995	31 000	128,2	47 213	131,4	49 003
1996	31 000	123,6	58 356	125,1	61 303
1997	31 000	118,3	69 035	118,3	72 521
1998	65 785	114,3	78 907	116,3	84 342
1999	71 150	110,0	86 798	110,9	93 535
2000	76 723	109,8	95 304	108,9	101 860
2001	91 083	109,2	104 072	108,9	110 926
2002	100 000	105,3	109 588	107,0	118 690
2003	100 167	104,7	114 738	106,2	126 049
2004	125 250	106,8	122 540	106,9	134 747
2005	133 000	103,6	126 952	106,8	143 909
2006	135 833	103,9	131 903	108,3	155 854
2007	143 500	108,0	142 455	103,5	161 309
2008	146 000	106,1	151 145	104,7	168 890
2009	148 333	104,2	157 493	106,5	179 868
2010	146 667	104,9	165 210	105,1	189 041
2011	150 000	103,9	171 654	103,2	195 091
2012	150 000	105,7	181 438	104,0	202 894
2013	150 000	101,7	184 522	101,3	205 532
2014	150 000	99,8	184 153	99,7	204 915
2015	150 000	99,9	183 969	100,1	205 120
2016	162 500	100,4	184 705	99,5	204 095
2017	187 167	102,3	188 953	102,6	209 401

forrás: saját szerkesztés az ÁEEK és NEAK adatok alapján [ÁEEK vezetői összefoglaló 2017],  
[NEAK publikus forgalmi adatok - Alapidíjak és teljesítményadatok]

Kétféle fogyasztói árindexet alkalmaztam, a lakossági és az egészségügyi intézmények árindexét. Egyértelműen látszik, hogy az alapidíj az elmúlt 25 évben folyamatos elmaradást mutat az árindexel korrigált értéktől. Sajnos az elemzéseim alapján a helyzet ennél sokkal rosszabb. A betegellátásért kapott összeg az alapidíjon felül a HBCS súlysúly értékétől is függ. Az említett időszak alatt nemcsak alapidíj és finanszírozási rendszerváltozás történt, hanem több alkalommal módosították a teljesítmények alapjául szolgáló HBCS-verziókat is:

- 1998 februárjától a HBCS 3.2-es,
- 1999 májusától a HBCS 4.0-ás,

- 2000 júniusától a HBCS 4.1-es,
- 2001 áprilisától a HBCS 4.3-as,
- 2004 februárjától a HBCS 5.0-ás verzió lépett hatályba, amely azóta a verziószám változtatása nélkül többször módosításra került.

A módosítások elsősorban valamennyi szakmánál a HBCS-k súlyszám értékének csökkentését jelentette (kivéve a 3.2 módosításnál). „A 4.0 esetben megközelítően 13,5%-kal, a 4.1-nél 3,8%-kal, a 4.3-nál 13,8%-kal, az 5.0-nál 7,0%-kal, 2%-kal, 3%-kal, összességében mintegy 36,6%-kal. Ahhoz, hogy az intézmények bevétele – változatlan volumenű és összetételű betegforgalmat feltételezve – ne csökkenjen, a visszanormálás ellentételezéseként az alapdíjat összességében 57,7%-kal (1/0,634) kellett volna megemelni, így az 1999. júliusi 68 500 Ft-ból kiindulva 2006. év végére – infláció nélkül csak az egyes HBCS verziók negatív hatását kompenzálendő – megközelítően 108 023 Ft-ra. Az eddigi, a göngyölített inflációt is figyelembe véve – az áremelkedéseknek megfelelő dologi automatizmus beépítésével – egy súlyszámnak az aktív fekvőbeteg-szakellátásban 2001. év végén már mintegy 162 760 Ft-ot, 2006-ban átlagosan 243 917 Ft-ot kellett volna elérnie, szemben az érvényben lévő 136 000 Ft-os alapdíjjal.” 2007. évre viszont már **255 507 Ft-ra** kellett volna emelkednie ennek az értéknek. [Fülöp, 2007 p 23]

Ahhoz, hogy pontosan ki tudjam számítani, hogy 2018-ban mekkorának kellene lennie a súlyszám alapdíjnak, meg kell vizsgálnom a 2007 és 2018 között történt HBCs súlyszám változásokat is. 2004-től kezdve HBCS 5.0 változat van érvényben és a verziószámokat továbbiakban nem módosították, ezért az orvosszakmai rendszerből kerestem ki a HBCS súlyszám módosításokat. A Soproni Erzsébet Oktató Kórház orvosszakmai rendszere 2005-től kezdődően minden országos módosítást tartalmaz. Az alapadatok lekérdezése után Excel program alkalmazásával végzem az elemzéseket. A feldolgozott adatbázisom 2006.07.01-től 2017.12.13-ig tartalmazza az adatokat. Ez idő alatt 43-szor módosították a HBCS törzset, teljesen eltérő időközönként. A módosítások HBCS-k törlését, újak létrehozását és a súlyszámok módosítását is jelenthetik.

Készítettem egy összefoglaló táblázatot, ami tartalmazza a módosítás időpontját; a HBCS-k összes darabszámát; azt, hogy ezekből hány HBCS-nek van 0 súlyszáma (technikai HBCS vagy speciális finanszírozásúak); az újonnan létrehozott HBCS-k darabszámát és átlag súlyszámát; a törölt HBCS-k darabszámát és átlag súlyszámát; az egy HBCS-re jutó átlag súlyszámot; az összes HBCS súlyszámot; valamint a bázishoz<sup>69</sup> és az előző időszakhoz képest a

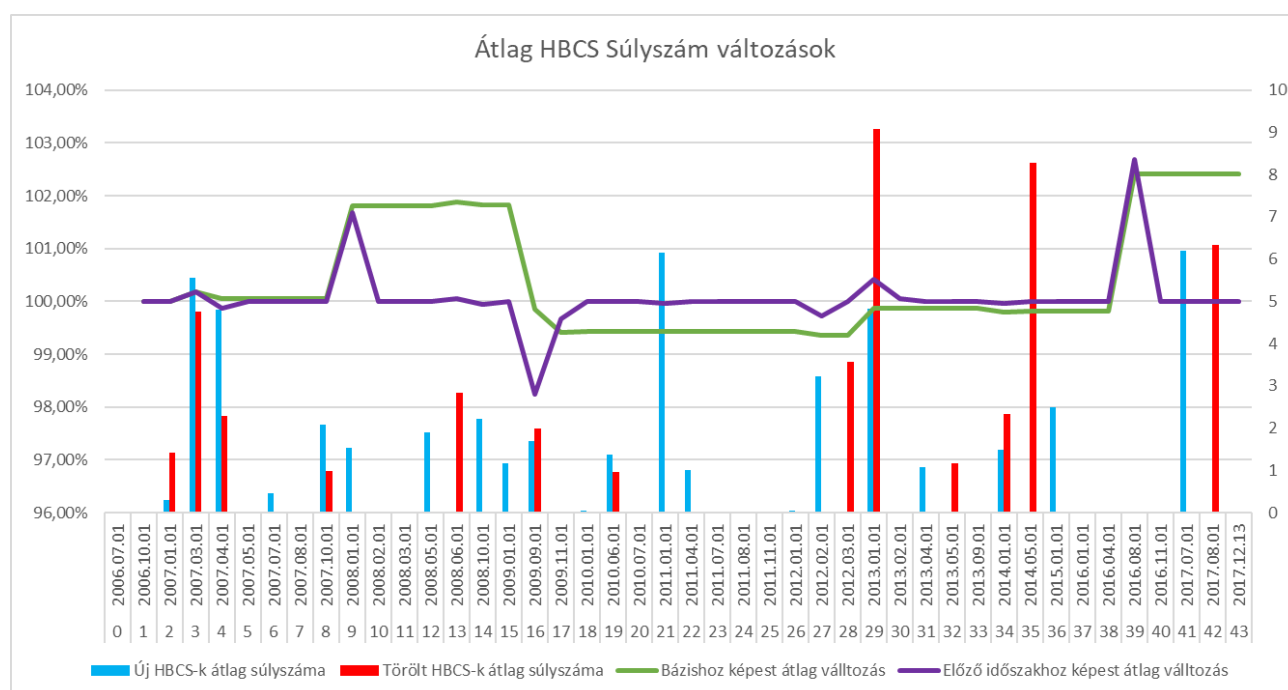
---

<sup>69</sup> Bázis időszak: 2006.07.01

HBCs súlysám változásokat (%-ban). (11.sz melléklet <sup>70</sup>) A feldolgozott időszak alatt 127 db HBCS-t töröltek és 104 db új HBCS-t hoztak létre, valamint 10 db HBCS-t átmenetileg alkalmaztak, ami azt jelenti, hogy létrehozták és pár hónappal később törölték is.

A 2006.07.01-i törzsben 753 db (ebből 13 db 0 súlysámú), a 2017.12.13-as törzsben 730 db (ebből 18 db 0 súlysámú) HBCS szerepel.

Az alábbi (12. ábra) grafikonon szemléltetem a bázis és az előző időszak százalékos módosításait és a törölt, újonnan létrehozott HBCS-k átlag súlysámait.



12. ábra: Átlag HBCS Súlysám változások

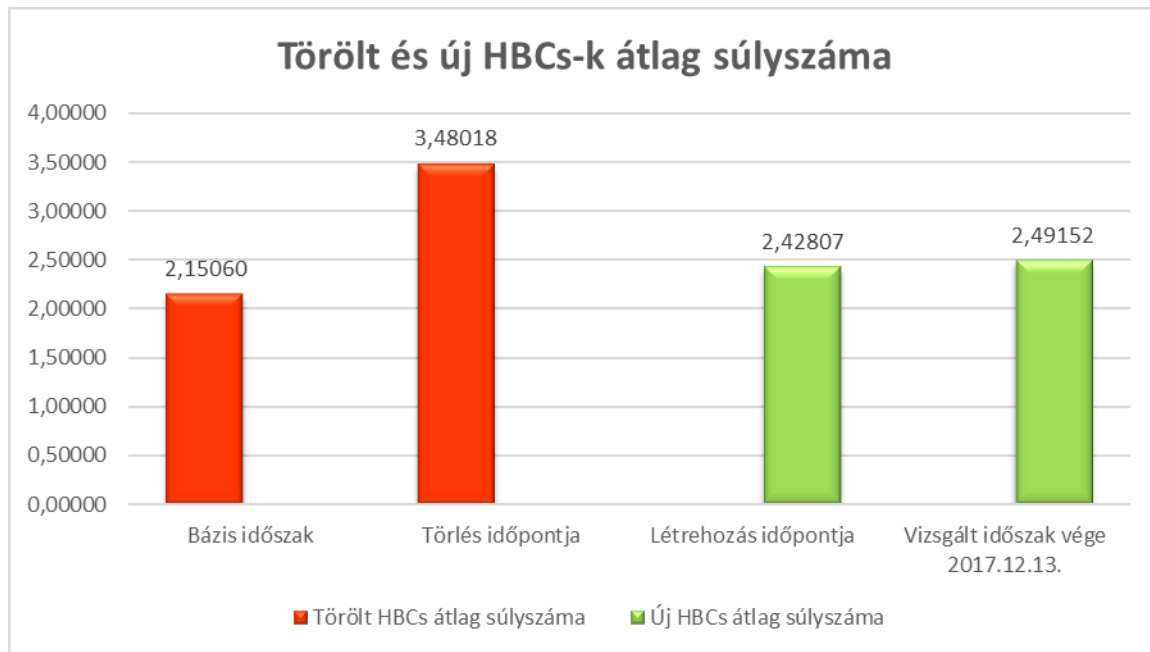
Forrás: saját szerkesztés

A grafikon jól szemlélteti, hogy a feldolgozott időszakban négy jelentősebb módosítás történt. 2008.01.01-től egy 1,8% emelés, 2009.09.01-től nagymértékű módosítás történt, mivel 86 db HBCS-t megszüntettek, átlag 1,99 súlysámmal és csak 33 db új HBCS-t hoztak létre kevesebb, 1,70 átlag súlysámmal és az előző időszakhoz képest 1,8% visszanyomást hajtottak végre. Sajnos az ezt követő időszakban is folytatódott a visszanyomlás, ami azt eredményezte, hogy a bázisidőszakhoz képest is több, mint 0,5 %-kal csökkentették a súlysámokat. 2013.01.01-jén kismértékű javulás látható, de még ekkor sem érik el az átlag súlysámok a bázisidőszak átlag súlysámait. 2016.08.01-től 2,4%-os emelkedés

<sup>70</sup> Forrás: A Soproni Erzsébet Oktató Kórház orvosszakmai rendszerének adatbázisa, melyet a rendszer szolgáltatója országosan kiadott adatbázis alapján kötelezően, naprakészen frissít.

figyelhető meg a bázisidőszakhoz képest, majd ismét stagnálás következett. Összességében a bázis időszak (2006.07.01.) és a vizsgált vég dátum (2017.12.13.) között **2,41% emelés látszik**.

Ahhoz, hogy pontos változást mutassunk ki, elemezni kell a törölt és új HBCS-összefüggéseit is. (16. ábra)



13. ábra: Törölt és új HBCS-k átlag súlyszáma

Forrás: saját szerkesztés

A vizsgált időszakban a 127 db törölt HBCS-nél megvizsgáltam a bázis és a törlés időpontjában az átlag súlyszámokat. A két időpont között 61,82%-os emelkedés látszik. Az új 104 db HBCS-nél, a létrehozás időpontja és a vizsgált időszak vége között már nem ilyen magas az emelkedés, csak 2,61%. Összességében a **törölt és új HBCS-k** átlag súlyszámai között **28,41%-os csökkentés** figyelhető meg (a törlés időpontja és a vizsgált időszak vége között).

A vizsgált időszak végén 2017. decemberben 730 db HBCS-t tartalmaz a törzsállomány, ebből 18 db HBCS 0 súlyszámú (technikai vagy speciális finanszírozású), ezért 712 db HBCS-t kell figyelembe venni. 104 db új HBCS-nél 28,41%-os csökkenéssel, 608 db HBCS-nél 2,41%-os emeléssel kell számolni. Ezeknek a súlyozott átlaga 2,09% csökkenést mutat.

Így megállapítható, hogy a **vizsgált időszakban -2,09% HBCS súlyszám visszánormálást (csökkentést) hajtottak végre**.

2016 augusztusától belső finanszírozási struktúra módosítást hajtott végre az EMMI. A korábban „0”-ás finanszírozási kasszán érkezett bértámogatás összegét beépítették a teljesítmény díjazásba, ami azt jelentette, hogy az alapdíjat 150 000 Ft-ról 180 000 Ft-ra emelték.

(10.sz melléklet: 2016. augusztusi alapidj módosítás) A módosítás eredményeként a Soproni Erzsébet Oktató kórház a bértámogatás beépítésén felül többlet finanszírozáshoz jutott, havi átlag 20 254 000 Ft összeggel, ezért ezt a többletet vissza kell vetíteni az alapidjra. Megvizsgáltam a kórházra vonatkozó módosítás (emelés) bevételi struktúra arányát és annak alapján határoztam meg, hogy mekkora összeg jut a fekvőbeteg ellátásra. A módosítás (emelés) bevételi struktúra aránya:

- 57,72% fekvőbeteg ellátás,
- 18,47% járóbeteg ellátás,
- 22,27% krónikus ellátás,
- 1,54% labor.

A fekvőbeteg ellátásra 11 689 697 Ft/hó többlet finanszírozás esik, ami azt jelenti, hogy az intézményi alapidjat az átcsoportosításon felül **9 793,24 Ft-tal emelték**. (Átlag havi TVK: 1193,65) (képlet:  $20\,254\,000 \cdot 0,5772 = 11\,689\,697$ ;  $11\,689\,697 / 1193,65 = 9\,793,24$ ).

A következő központi módosítás 2017 januárjában történt, a 180 000 Ft alapidjat 185 000 Ft-ra emelték, valamint a fix díjelemeket növelték és újakat hoztak létre. Az emelés kisebb mértékben ugyan, de szintén többletbevételhez juttatta az intézményt, havi 6 380 500 Ft-tal. (10.sz melléklet: 2017. januári alapidj módosítás) A módosítás (emelés) bevételi struktúra aránya:

- 11,09% fekvőbeteg ellátás,
- 4,10% járóbeteg ellátás,
- 32,21% krónikus ellátás,
- 52,60% fix díj

A fekvőbeteg ellátásra 707 900 Ft/hó többletbevétel jut, ami az átcsoportosításon felül **593,05 Ft alapidj emelést** jelent.

2017 novemberében újabb alapidj emelés következett. 185 000 Ft-ról 198 000 Ft-ra emelték az alapidjat. Ez az emelés is belső átcsoportosítás miatt történt, ami a kötelező béremelés fedezetére szolgált. Az emelés teljes mértékben nem fedezte a béremelést, viszont a szociális hozzájárulás 22%-ról 19,5%-ra való csökkentésével járó megtakarítással együtt már igen. Az alapidj emelés összesen 48 000 Ft volt 2016. augusztustól 2017. novemberig, melyből a bértámogatás átcsoportosítására 37 614 Ft alapidj emelkedés számolható el.

8. táblázat: Alapdíj emelés összetétele 2016. augusztustól 2017. novemberig

	Összes alapdíj emelés	Bértámogatás (átcsoportosítás)	Alapdíj emelés
2016. augusztus	30 000	20 207	9 793
2017. január	5 000	4 407	593
2017. november	13 000	13 000	0
<b>Összesen:</b>	<b>48 000</b>	<b>37 614</b>	<b>10 386</b>

Forrás: saját szerkesztés NEAK publikus forgalmi adatok<sup>71</sup> alapján

A hatásokat a 9. táblázatban foglalom össze. A második oszlopban a jelenlegi éves átlag alapdíjat, a harmadik oszlopban az 1993-tól kezdődően az egészségügyi intézmények árindexszel korrigált alapdíjat szerepeltetem. A negyedik oszlopban a 2007-ben megállapított alapdíjat korrigálom az árindexszel, majd ezt az eredményt módosítom a HBCs visszánormálással. Az utolsó oszlopban a bértámogatást is figyelembe veszem, így eredményként **376 230 Ft alapdíjat kaptam. A 2017-es átlag alapdíjhoz viszonyítva az alulfinanszírozás mértéke 201 százalékpont**, viszont a 2017 novemberétől jelenleg is érvényben levő 198 000 Ft alapdíjhoz viszonyítva csak **190 százalékpont**.

9. táblázat: HBCs alapdíj 2017.

Év	Éves átlag alapdíj	Eü. intézmények árindexével korrigált alapdíj (1993-tól, 31 000 Ft)	Eü. intézmények árindexével korrigált alapdíj (2007-től, 255 507 Ft)	HBCs visszánormálás (-2,09%)	Bértámogatás átcsoportosítása
2017.	187 167	209 401	331 684	338 616	<b>376 230</b>

Forrás: saját számítás

A HBCS súlyszám visszánormálásokat szintén jól szemléltetik az országosan elszámolt súlyszámok is. 2006 és 2017 között az országos súlyszámok havi átlagánál 10,64%-os visszaesés, 23 128 súlyszám csökkenés figyelhető meg. Az alábbi táblázatban évenként a havi súlyszámok átlagát mutatom be. A 2009-es évben az EMAFT<sup>72</sup> finanszírozás lebegő pontjait külön jelölöm.

<sup>71</sup> NEAK publikus forgalmi adatok - Alapdíjak és teljesítményadatok - [http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/szakmai\\_oldalok/publikus\\_forgalmi\\_adatok/gyogyito\\_megelozo\\_forgalmi\\_adat](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat)

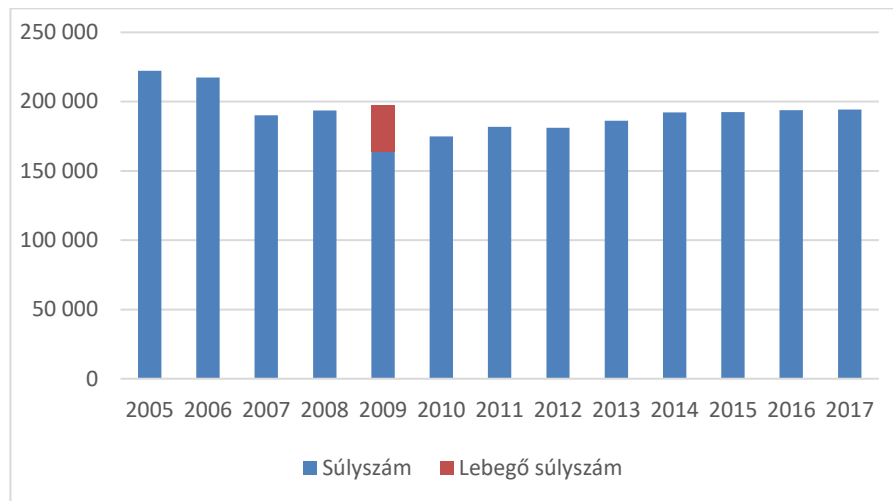
<sup>72</sup> EMAFT: Előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény. A TVK 70%-ig a teljesítményt 100%-os alapdíjjal (150 eFt) számolták, az e feletti részt országos lebegőponttal. Hasonló rendszer volt, mint a labor finanszírozás.



10. táblázat: Országos havi súlysám átlagok

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Súlysám</b>	222 160	217 412	190 177	193 722	163 737	174 873	181 759	181 160	186 313	192 246	192 520	193 741	194 284
<b>Lebegő súlysám</b>					33 403								

Forrás: saját szerkesztés a NEAK publikus forgalmi adatok alapján<sup>73</sup>



14. ábra: Országos havi súlysám átlagok alakulása

Forrás: saját szerkesztés

Kiszámoltam, hogy ez az országos súlysámcsökkenés forint bevételben mekkora összeget jelent. A 2017. évi alapdíjakat korrigálva a bértámogatásra kapott emelésekkel 160 386 Ft<sup>74</sup> alapdíjat kapunk. Az alábbi, 13. táblázatban látható, hogy 2006 és 2017 között a fekvőbeteg ellátás havi teljesítmény-díjazásában is országos szinten közel 40 mFt-os csökkenés tapasztalható.

11. táblázat: Fekvőbeteg ellátás teljesítmény-díjazása

	2006 havi átlag	2017 havi átlag	Különbség
Országos súlysám	217 412	194 284	
Alapdíj	143 500	160 386	
Forint	31 198 679 639	31 160 420 259	-38 259 381

Forrás: saját szerkesztés NEAK publikus forgalmi adatok - Alapdíjak és teljesítményadatok alapján

<sup>73</sup> NEAK publikus forgalmi adatok - Alapdíjak és teljesítményadatok - [http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/szakmai\\_oldalak/publikus\\_forgalmi\\_adatok/gyogyito\\_megelőzo\\_forgalmi\\_adat](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelőzo_forgalmi_adat)

<sup>74</sup> A bértámogatást korábban az elszámolásban a „0”-ás kasszán kapták az intézmények havonta fix összegben, amit megszüntettek és a teljesítmény elszámolásba építettek be az alapdíj emeléssel.

Az alulfinanszírozottság megállapítását követően elemeztem a veszteségmentes működés estleges összefüggéseit. Ehhez az alábbi adatokat használtam fel:

- A Soproni Erzsébet Oktató Kórház részletes, 10 negyedéves (2016. I. n.év. – 2018. II. n.év) ÁEEK controlling módszertan alapján elkészített aktív fekvő, rehabilitáció és krónikus szakmáncénti fedezetszámítását<sup>75</sup>,
- A Soproni Erzsébet Oktató Kórház 10 negyedéves (2016.i.n.év. – 2018.II.n.év) aktív fekvő, rehabilitáció és krónikus szakmáncénti teljesítményét és naturáliáit<sup>76</sup>,
- egy megyei kórház 10 negyedéves (2016.i.n.év. – 2018.II.n.év) ÁEEK controlling módszertan alapján elkészített aktív fekvő, rehabilitáció és krónikus szakmáncénti fedezetszámítását<sup>77</sup>,
- húsz kórház 10 negyedéves (2016.i.n.év. – 2018.II.n.év) ÁEEK controlling módszertan alapján elkészített intézményi fedezetszámítását. A húsz kórház között 12 db városi kórház, 3 db megyei kórház, 2 db országos intézet, 1 db szakkórház, 1 db krónikus intézmény és 1 db, aktív ellátást csak egynaposban végző intézmény található<sup>78</sup>.

A rendelkezésekre álló adatokból egységes adatstruktúrát készítettem, melyet a 12. sz mellékletben mutatok be.

A feltételezéseim igazolására három különböző statisztikai módszert alkalmaztam.

1. Két mennyiségi ismerv<sup>79</sup> között létező valamilyen lineáris kapcsolatot, a lineáris korrelációs együtthatóval vagy más néven Pearson-féle együtthatóval lehet vizsgálni. A mutató kiszámítási módja:

$$r = \frac{C_{xy}}{s_x s_y} = \frac{\sum d_x d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \cdot \sum d_y^2}} = \frac{\sum x_i y_i - \bar{x} \bar{y}}{\sqrt{(\sum x_i^2 - n \cdot \bar{x}^2)(\sum y_i^2 - n \cdot \bar{y}^2)}}$$

$$C_{xy} = \frac{\sum d_x d_y}{n}, \quad s_x = \sqrt{\frac{\sum d_x^2}{n}}, \quad s_y = \sqrt{\frac{\sum d_y^2}{n}},$$

$$d_x = x_i - \bar{x}, \quad d_y = y_i - \bar{y}$$

ahol:  $x_i$  és  $y_i$  a két vizsgált változó egyes értékei.

<sup>75</sup> forrás: A Soproni Erzsébet Oktató Kórház adatbázisa

<sup>76</sup> Forrás: A Soproni Erzsébet Oktató Kórház controlling adatbázisa

<sup>77</sup> Forrás: Egy megyei kórház controlling adatbázisa

<sup>78</sup> Forrás: Az ÁEEK controlling adatbázisa

<sup>79</sup> A Soproni Erzsébet Oktató Kórház részletes, 10 negyedéves (2016.i.n.év. – 2018.II.n.év) ÁEEK controlling módszertan alapján elkészített szakmáncénti fedezetszámítás adatai és teljesítménye, naturáliái között.

Az  $r$  értéke  $-1$ -től  $+1$ -ig változhat, megmutatva a kapcsolat szorosságát és irányát is. Abban az esetben, ha az értéke  $0$ , akkor azt mondhatjuk, hogy nincs lineáris kapcsolat a két ismérv között. Ahogy egyre közeledik az érték az  $1$ -hez, úgy lesz egyre szorosabb a kapcsolat is. [Sajtos L-Mitev A., 2007], [Hunyadi L.- Vita L., 2008]

2. Amikor két kórház<sup>80</sup> esetében szeretném megnézni, hogy a különböző arányok szignifikánsan eltérnek-e egymástól, akkor kétmintás t-próbát kell végeznem. A próbával két független, normális eloszlású minta mediánjának egyezőségét lehet kimutatni. Azonban előtte ellenőrizni kell a két minta szórásának egyezőségét. A szórásnégyzetek egyezőségének tesztstatisztikája:

$$F = \frac{s_1^2}{s_2^2}$$

ahol:  $s_1$  és  $s_2$  a két minta szórása.

Amennyiben a két szórásnégyzet megegyezik, akkor kétmintás t-próba végezhető. A tesztstatisztika:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}} \quad s_p = \sqrt{\frac{(n_1 - 1) \cdot s_1^2 + (n_2 - 1) \cdot s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

ahol:  $\bar{x}_1$  - az első minta átlaga

$\bar{x}_2$  - a második minta átlaga

$s_1^2$  - az első minta varianciája

$s_2^2$  - a második minta varianciája

$n_1$  - az első minta elemszáma

$n_2$  - a második minta elemszáma

Abban az esetben, ha a két minta szórásnégyzete nem egyenlő, egy módosított t-próba végezhető el, melynek tesztstatisztikája:

$$t = \frac{d - \delta}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

ahol:  $d = \bar{x}_1 - \bar{x}_2$

$\delta = 0$ , ha az alaphipotézisünk a várható értékek egyezőségét teszi fel.

<sup>80</sup> A Soproni Erzsébet Oktató Kórház és egy megyei kórház részletes, 10 negyedéves (2016.i.n.év. – 2018.II.n.év) ÁEEK controlling módszertan alapján elkészített szakmánkénti fedezetszámítás adatai között.

Mindkét t-próba esetén, amennyiben a tesztstatisztika kisebb, mint a kritikus érték, a nullhipotézis elfogadható, amennyiben azonban nagyobb, akkor azt mondhatjuk, hogy a két sokaság várható értéke között szignifikáns különbség van. A próba előjele azt mutatja meg, hogy az első, avagy a második sokaság átlaga a nagyobb. [Sajtos L-Mitev A., 2007], [Hunyadi L.- Vita L., 2008]

3. A 20 kórház<sup>81</sup> összehasonlításánál három kategóriát alkottam: a városi kórházak kategóriájába 12, a megyei és országos kategóriába 5, míg az egyébbe 3 kórház került. A feltételezés szerint az egyes típusokban más és más az egyes mutatók (arányok) nagysága, mivel más szakmai összetétellel, struktúrával működnek. Ezt az állítást varianciaanalízissel tudom ellenőrizni. A varianciaanalízis előtt azonban el kell végezni egy szóráshomogenitást vizsgáló próbát is. Erre a célra a Levene tesztet választottam. A teszt nullhipotézise szerint a minták alapjául szolgáló sokaság szórása egyenlő. A tesztstatisztika:

$$W = \frac{N - k \sum N_i (Z_i - Z_{..})^2}{k - 1 \sum \sum (Z_{ij} - Z_i)^2}$$

ahol:  $k$  a csoportok száma, melyekhez a megfigyelt minták tartoznak

$N_i$  a gyakoriság száma az  $i$ -edik számú csoportban

$N$  az összes gyakoriság száma minden csoportban

$x_{ij}$  az  $i$ -edik csoportból vett  $j$ -edik gyakoriság változójának értéke

$$Z_{ij} = \begin{cases} |x_{ij} - \bar{x}_i| \\ |x_{ij} - \tilde{x}_i| \end{cases}$$

$\bar{x}_i$   $i$ -edik csoport átlaga

$\tilde{x}_i$   $i$ -edik csoport mediánja

A varianciaanalízis egy robusztus próba, így akkor is elvégezhető, ha nem teljesül a szóráshomogenitás.

A varianciaanalízis az egyes sokaságok átlagainak egyezőségét tudja vizsgálni. Amennyiben az átlagok megegyeznek, úgy a független és függő változó között nincs kapcsolat. A varianciaanalízis tesztstatisztikája:

$$F = \frac{S_K^2}{S_B^2}$$

ahol:  $S_K^2$  a külső közepes szórásnégyzet

<sup>81</sup> Húsz kórház 10 negyedéves (2016.i.n.év. – 2018.II.n.év) ÁEEK controlling módszertan alapján elkészített intézményi fedezetszámitás adatai

$S_B^2$  a belső közepes szórásnégyzet

Amennyiben beigazolódik, hogy a várható értékek nem egyeznek meg, úgy ún. post-hoc tesztek segítségével megállapítható, hogy pontosan mely átlagok között van szignifikáns eltérés. A post-hoc teszteknek két típusát különböztethetjük meg. Vannak a szóráshomogenitás esetén számolható próbák, mint a Scheffé-próba és a Tukey-próba, és vannak a szórásegyenlőtlenség esetén számolhatóak, mint a Dunnett-próba, és Games-Howell-próba. A próbáknál az átlagok minden lehetséges kombinációjára elvégzem az összehasonlítást. Amennyiben az eredmény nem szignifikáns, akkor a vizsgált két típus átlaga egyezik csak meg, az összes többi átlagpár pedig szignifikánsan különbözik. [Sajtos L-Mitev A., 2007], [Hunyadi L.- Vita L., 2008]

*Eredményeim az 1-es statisztikai módszer alapján.*

A Soproni kórház esetében egyes feltételezéseim bizonyítására különböző összefüggéseket vizsgáltam.

1. Vélhetően a súlyosabb eseteket ellátó osztályok (magasabb Case-mix) magasabb költséggel dolgoznak, amelynek hatása van a fedezetre, ezért az alábbi eseteket vizsgáltam:

- eset összetétel (Case-mix) és a Fedezet 1+2 költség összefüggése,
- eset összetétel (Case-mix) és a Fedezet 3 összefüggése,
- eset összetétel (Case-mix) és a Humán költség összefüggése,
- eset összetétel (Case-mix) és a Gyógyszer költség összefüggése,
- eset összetétel (Case-mix) és az Anyag költség összefüggése,
- eset összetétel (Case-mix) és a Műtéti költség összefüggése,
- eset összetétel (Case-mix) és a Anyag gyógyszer arány összefüggése,
- eset összetétel (Case-mix) és a Anyag, Szakmai anyag arány összefüggése,
- Fedezet 3 és a Anyag gyógyszer arány összefüggése,
- Fedezet 3 és a Anyag szakmai anyag arány összefüggése,
- Közvetlen közvetett költség arány és a Fedezet 3 összefüggése.

Ezen állítás igazolására több változó között is vizsgáltam a kapcsolat meglétét. Az 1.sz.függelék 1.sz táblázatában látható, hogy milyen Pearson-féle korrelációs együttható értékeket kaptam, és a kapcsolat jellegét tekintve hogyan kell őket értelmezni.

A Case-mix esetében az Anyagköltséggel és az Anyag, Szakmai anyag aránnyal tudtam csak közepesen szoros kapcsolatot kimutatni, ami azt jelenti, hogy magasabb Case-mix-szel működő szakmák magasabb szakmai anyagköltséggel működnek. A Soproni Erzsébet

Oktató kórház esetében ugyan csak gyenge negatív kapcsolatot mutat, de a negatív eredményből látszik, hogy a Case-mix és a Fedezet 3 eredménye fordítottan arányos. Ami azt jelenti gyenge kapcsolatként, hogy azok az osztályok, akik súlyosabb eseteket – magasabb Case-mix – látnak el, azoknál magasabb a szakmai anyagköltség és ezáltal rosszabb a fedezetük.

2. Az osztályos fedezetre hatással van, hogy a szervezeti egységet milyen humán erőforrással lehet, illetve tudja működtetni az intézmény.

- orvoslétszám és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata,
- nővér létszám és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata,
- bevétel összesen, Humán költség arány és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata,
- humán költség és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata.

Az eredmények az *1.sz függelék 2.sz táblázatában* található, melyben egy kivétellel gyenge pozitív vagy negatív kapcsolatot tudtam kimutatni. A Fedezet 3 és a bevétel összesen, humán költség aránnyal tudtam közepesen szoros negatív kapcsolatot kimutatni, ami azt jelenti, hogy az osztály bevétel és bér aránya minél magasabb, annál rosszabb a szervezeti egység fedezete. Ez alátámasztja a feltevésemet, hogy a humán erőforrás összetétele hatással van a fedezetre. Véleményem szerint az ÁEEK módszertan elfedi a valós kapcsolatot, mert a járó szakrendeléseket költséghelyként kezeli és a költségek felosztással kerülnek a saját szervezeti egységére, ezzel máshol jeleníti meg a szervezeti egységhez tartozó bérköltségek egy részét, illetve elfedve a költségnemi bontást, amivel ez könnyen ellenőrizhető lehetne. Részletesen ezt az ÁEEK controlling módszertan bemutatásánál fejtem ki. Ez a feltevés viszont egy jövőbeni vizsgálati, kutatási lehetőséget is biztosít, hogy módszertan átalakításával milyen összefüggések tárhatók fel.

3. Megfelelő ágyszám és esetszám nélkül nem lehet veszteségmentesen működtetni egy szervezeti egységet.

- ellátott fekvőbeteg szám és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata
- ágykihasználtsággal korrigált ágyszám és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata

Az eredmények az *1.sz függelék 3.sz táblázatában* található, melyben mindkét esetben közepes pozitív kapcsolatot tudtam kimutatni. Arra az összefüggésre kerestem a választ, hogy magasabb esetszámmal illetve ágyszámmal javulna-e a fedezete a szervezeti egységeknek. Az

adatok alapján van összefüggés, mivel a Fedezet 3 és az ágykihasználtsággal korrigált ágyszám, valamint az ellátott fekvőbeteg szám közepesen szoros kapcsolatot mutat.

Egy szervezeti egység csak akkor tud megfelelő fedezettel működni, ha az osztály működési feltételeihez mérten megfelelő mennyiségű ágygal rendelkezik, illetve megfelelő volumenű fekvőbeteget<sup>82</sup> lát el.

4. Minél hosszabb ideig fekszenek a betegek az osztályon, annál nagyobb költséget generálnak, ezért rosszabb a fedezet

- átlagos ápolási nap és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata
- átlagos ápolási nap és a Fedezet 1+2 költség összefüggésének vizsgálata
- ápolási nap és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata
- ápolási nap és a Fedezet 1+2 költség összefüggésének vizsgálata

Az eredmények az *1.sz függelék 4.sz táblázatában* található, melyben egy esetben nincs lineáris kapcsolat, két esetben közepesen pozitív és egy erős pozitív kapcsolatot tudtam kimutatni. Az eredmények alapján az állításom nem igazolható, miszerint ha hosszabb ideig fekszenek a betegek az osztályokon, akkor számottevően nagyobb költséget generálnak, mivel Fedezet 1+2 költség és az átlagos ápolási nap között nincs lineáris kapcsolat. A további eredmények viszont a 3-as pontban vizsgáltakat támasztják alá, mivel az ápolási nap egy szervezeti egységen az összes beteg ott töltött ápolási napjának összege, ezért az ápolási napok száma akkor is növekszik, ha ugyanannyi beteg hosszabb ideig fekszik bent és akkor is, ha több beteg fekszik ugyanannyi napig. Mivel a Fedezet 1+2 költség és az átlagos ápolási nap között nincs lineáris kapcsolat, ezért a vizsgált mintában az ápolási napok száma a több beteg ellátásával növekszik, ami értelemszerűen több költséget is generál, viszont a több beteg több bevételt is eredményez, ami a fedezetet javítja. Sajnos a bevételek felülről korlátosak, ezért a többlet betegellátás a TVK függvénye.

Az ÁEEK controlling módszertan alapján elkészített fedezeti struktúra egyes elemeiből arányokat képeztem (*12. táblázat*) és megvizsgáltam, hogy a Fedezet 3-mal milyen összefüggésben állnak. Az eredmények az *1.sz függelék 5.sz táblázatában* található, melyben 10 esetben gyenge pozitív vagy negatív, 6 esetben közepesen pozitív vagy negatív és 2 esetben erősen negatív kapcsolatot tudtam kimutatni.

---

<sup>82</sup> A fekvő TVK-tól nagymértékben függ.

12. táblázat: Arányszámok

Kód	Megnevezés
1a	Bevétel összesen, Humán költség arány
2a	Bevétel összesen, Anyag költség arány
3a	Bevétel összesen, Anyag (gyógyszer nélkül) arány
4a	Bevétel összesen, gyógyszer arány
5a	Bevétel összesen, Közvetlen költség arány
6a	Bevétel összesen, Közvetett költség arány
7a	Bevétel összesen, központi költség arány
8a	Bevétel, Fedezet 1+2+3 költség arány
9a	Közvetlen, közvetett költség arány
10a	Közvetett költség, műtő költség aránya
11a	Fedezet 1+2 összesen költség, műtéti költség aránya
12a	Anyag, gyógyszer arány
13a	Anyag, szakmai anyag arány
14a	Bevétel összesen, aktív fekvőbeteg aránya
15a	Bevétel összesen, egyéb OEP finanszírozás aránya
16a	Bevétel összesen, Járóbeteg-ellátás aránya
17a	Bevétel összesen, Krónikus fekvőbeteg-ellátás aránya
18a	Fedezet 1+2 költség, Egyéb OEP finanszírozás (pl. fix díj) aránya

Forrás: saját szerkesztés

A 18 db arány közül 2 db-nál erős negatív, 5db-nál közepesen negatív és 1db-nál közepesen pozitív kapcsolatot találtam. A többi arányszámnál gyenge pozitív vagy negatív kapcsolat mutatható ki.

*Erős negatív kapcsolat:*

- 7a Bevétel összesen, központi költség arány és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata.  
A központi irányítás költségeit - az ÁEEK módszertan alapján - a szervezeti egységek közvetlen és közvetett költségeinek arányában kell a költségviselőkre osztani egy összegben. Ezért a nagyobb költséggel működő egységek nominálisan nagyobb központi költséget kapnak. Az eredmény azt mutatja, hogy ha a bevétel összesen a központi költség arány magasabb, akkor a Fedezet 3 értéke alacsonyabb, illetve rosszabb a fedezete a szervezeti egységnek.

Másik oldalról megközelítve, a szervezeti egység bevétele nem oly mértékben emelkedik, mint ahogy a költségek. Véleményem szerint ez két dolgot is alátámaszthat, a „TVK hatást” és az alulfinanszírozott ellátást.

A TVK miatt a bevételek felülről korlátosak, tehát minél több beteget lát el a szervezeti egység, annál több költséget generál, viszont a TVK miatt a bevétele nem emelkedik, ennek értelmében romlik a fedezete. Intézmény szinten ezt a kórházak úgy próbálják



ellensúlyozni, hogy azokon a szervezeti egységeken „termelik meg a HBCS-t”, ahol alacsonyabb költséggel lehet ellátni a betegeket, illetve azokat a ellátásokat forszírozzák<sup>83</sup>, amelyek alacsonyabb költséggel végezhetőek el.

Az alulfinanszírozott ellátás szintén azt eredményezi, minél több esetet lát el a szervezeti egység annál több költséget generál, viszont a bevételeik nem a költségeknek megfelelően emelkednek. Tehát minél több esetet lát el, annál rosszabb lesz a fedezete.

- 8a Bevétel, Fedzet 1+2+3 költség arány és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata.

Az eredmény egyértelmű, mivel a bevétel, Fedzet 1+2+3 költség arány a Fedezet 3 százalékát mutatja.

#### *Közepesen negatív kapcsolat:*

- 1a Bevétel összesen, Humán költség arány és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata  
Ezen fejezet 2-es pontjában részletesen kifejtettem.

- 2a Bevétel összesen, Anyag költség arány és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata  
Az eredmény szintén a 7a eredményét támasztja alá. Ezen felül – első ránézésre – a nem megfelelő gazdálkodás következménye is lehetne, viszont olyan alacsony százalékos érték (8,23%)<sup>84</sup> tapasztalható, hogy ennél alacsonyabb értékkel megfelelő betegellátás nem képzelhető el.

- 3a Bevétel összesen, Anyag (gyógyszer nélkül) arány és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata.

Az előző vizsgálati eredményeket támasztja alá. A vizsgált időszak és adatok százalékos aránya 5,66%.

- 5a Bevétel összesen, Közvetlen költség arány és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata  
Szintén az előző vizsgálati eredményeket támasztja alá.

- 14a Bevétel összesen, aktív fekvőbeteg arány és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata  
Szintén az előző vizsgálati eredményeket támasztja alá.

#### *Közepesen pozitív kapcsolat*

- 17a Bevétel összesen, Krónikus fekvőbeteg-ellátás aránya és a Fedezet 3 összefüggésének vizsgálata

<sup>83</sup> HBCS szelekció.

<sup>84</sup> A vizsgált összes szakma, 10db negyedévének összes bevételeinek, összes anyag költségének aránya.

A vizsgálat eredménye bizonyítja, hogy azoknál a szervezeti egységeknél, ahol a rehabilitációs, illetve krónikus bevételek magasabbak, javul a fedezet.

*Eredményeim a 2-es statisztikai módszer alapján.*

A soproni és egy hozzá hasonló kórház fedezetszámítás<sup>85</sup> adatainak összehasonlításakor a szórásnégyzetek egyezőségének vizsgálata után a megfelelő t-próbát végeztem el. A vizsgálat során nem a nominális értékeket, hanem arányszámokat (12. táblázat) vizsgáltam, amit a fedezetszámítás adataiból képeztem. Eredményeim az 1.sz függelék 6.sz táblázatában találhatóak. Összesen 5 esetben tudtam igazolni, hogy a két kórházra vonatkozó arányok átlagai megegyeznek: 2a, 8a, 16a, 17a, 18a esetében.

- 2a esetében megállapítható, hogy a két kórház aktív fekvőbeteg, krónikus és rehabilitációs ellátás vonatkozásában a 10 db negyedévben hasonló anyagköltség aránnyal működnek, tehát az ellátott betegekhez hasonló mértékben használnak fel szakmai anyagot és gyógyszert.
- a 8a arány is tovább erősíti az előző összefüggést, mivel a két kórház hasonló összköltség aránnyal is működik, tehát a betegellátásukhoz nem csak hasonló anyagot, gyógyszert használnak, hanem az összesen felhasznált költségük (közvetlen, közvetett, központi költségek) is hasonlóak.
- 16a eredménye azt bizonyítja, hogy a vizsgált szervezeti egységekhez hasonló járóbeteg struktúra tartozik.
- 17a Bevétel összesen, Krónikus fekvőbeteg-ellátás aránya is megegyezik szakmánként a vizsgált időszakban. Ez azt jelenti, hogy a módszertan szerint kialakított szervezeti egységek finanszírozási szempontból<sup>86</sup> is szét vannak választva. Összes volumenében viszont a Soproni Kórháznak magasabb a krónikus bevétele, mint a másik vizsgált kórháznak.
- 18a arányának összefüggése azt mutatja, hogy a vizsgált szervezeti egységeknél a kapott fix díjak arányai is megegyeznek, tehát nem mondható ki, hogy azért működik egyik vagy másik kórház gazdaságosabban, mert magasabb fix díjban részesülnek.

---

<sup>85</sup> ÁEEK controlling módszertan alapján elkészített, 10 db negyedévének, szakmánkénti bontásban lévő fedezetszámítása.

<sup>86</sup> A controllingban kialakított szervezeti egységekben nem keveredik az aktív fekvő és a krónikus vagy rehabilitációs finanszírozás.

*Eredményeim a 3-as statisztikai módszer alapján.*

A három kórház típus átlagainak összehasonlítása során valamennyi változót megvizsgáltam negyedévente.

Az eredmények táblázatait a 2.sz függelékben helyeztem el.

Az alábbi esetekben a szóráshomogenitás teljesült, de a varianciaanalízis alapján nem mutatható ki szignifikáns különbség a vizsgált időszakban az egyes kórház típusok átlagos értékei között:

- 2a Bevétel összesen, Anyag költség arány,
- 3a Bevétel összesen, Anyag(gyógyszer nélkül) arány,
- 4a Bevétel összesen, gyógyszer arány,
- 6a Bevétel összesen, Közvetett költség arány,
- 7a Bevétel összesen, központi költség arány,
- 9a Közvetlen, közvetett költség arány,
- 12a Anyag, gyógyszer arány,
- 13a Anyag, szakmai anyag arány,
- 17a Bevétel összesen, Krónikus fekvőbeteg-ellátás aránya.

1a Bevétel összesen, Humán költség arány

2017. második és harmadik, valamint 2018. első és második negyedévében viszont a szóráshomogenitás mellett találtam szignifikánsan eltérő átlagokat. A Scheffe-teszt az egyik legmegbízhatóbb post-hoc próba szóráshomogenitás esetén, amely mind a négy esetben azt mutatta ki, hogy csak a városi és megyei/országos kórházak átlagai egyeznek meg, az egyéb kategóriába tartozóké viszont eltér.

5a Bevétel összesen, Közvetlen költség arány

2017. harmadik, valamint 2018. első és második negyedévében szóráshomogenitás mellett szintén találtam szignifikánsan eltérő átlagokat. A Scheffe-teszt megmutatta, hogy a városi és megyei/országos kórházak átlagai megegyeznek, az egyéb kategóriába tartozóké viszont eltér.

8a Bevétel, Fedzet 1+2+3 költség arány

2017. negyedik negyedévében szóráshomogenitás mellett szintén találtam szignifikánsan eltérő átlagokat. A Scheffe-teszt szerint a városi és egyéb kategóriába tartozó kórházak átlagai megegyeznek, a megyei/országos kategóriába tartozóké viszont eltér.

#### 10a Közvetett költség, műtő költség arány

2016. első negyedévében szóráshomogenitás mellett találtam csak szignifikánsan eltérő átlagokat. A Scheffe-tesztet nem tudtam elvégezni, mert 3-nál kevesebb csoport van, azaz ebben az esetben csak a városi és megyei kórházaktól állt rendelkezésemre adat. A vizsgálat eredménye alapján tehát azt állíthatom, hogy a városi és megyei/országos kórházak esetében eltérő az arány.

#### 11a Fedezet 1+2 összesen költség, műtéti költség aránya

2016. első és harmadik negyedévében szóráshomogenitás mellett találtam szignifikánsan eltérő átlagokat. Mivel itt is csak a városi és megyei/országos kórházaktól voltak adatok, így tehát a vizsgálat alapján a két csoport átlagai eltérnek egymástól.

2016. második negyedévében nem teljesül a szóráshomogenitás és találtam szignifikánsan eltérő átlagokat, ugyanakkor találtam szignifikánsan eltérő átlagokat a városi és megyei/országos kórházak esetében (egyéb kategóriából nem állt rendelkezésre adat).

#### 14a Bevétel összesen, aktív fekvőbeteg aránya

2017. első, második és harmadik, valamint 2018. második negyedévében szóráshomogenitás mellett találtam szignifikánsan eltérő átlagokat. A Scheffe-teszt és a Tukey-teszt szerint is a megyei/országos és egyéb kategóriába tartozó kórházak átlagai megegyeznek, a városi kategóriába tartozóké viszont eltérnek.

#### 15a Bevétel összesen, egyéb OEP finanszírozás aránya

2016. első és harmadik negyedévében szóráshomogenitás mellett találtam szignifikánsan eltérő átlagokat. A Scheffe-teszt szerint a 2016. első negyedévében ismét nem volt egyéb kategóriájú adat, így a varianciaanalízis eredménye alapján a városi és megyei kórházak átlaga eltér. Szintén erre az eredményre vezet a 2016. harmadik negyedévének adataira végzett vizsgálat, ámbar ott az egyéb kategóriában egy kórháznak volt csupán csak adata, de abból átlagot nem lehet számítani, így tehát ismét csak a városi és megyei/országos kórházak átlagainak eltérését tudtam kimutatni.

#### 16a Bevétel összesen, Járóbeteg-ellátás aránya

2016. első és 2018. második negyedévében szóráshomogenitás mellett találtam szignifikánsan eltérő átlagokat. 2016. első negyedévében a Dunett-teszt és a Games-Howell-teszt szerint a városi és megyei/országos kórházak átlagai eltérnek (az egyéb kategóriában csak egy adat volt, így annak nincs átlaga). 2018. második negyedévében a Dunett-teszt szerint a városi és

megyei/országos kórházak átlagai megegyeznek egymással, míg az egyéb kategóriába tartozó kórházak ezektől szignifikánsan eltérnek.

18a Fedezet 1+2 költség, Egyéb OEP finanszírozás (pl.fix díj) aránya

2016. első és második negyedévében szóráshomogenitás mellett találtam szignifikánsan eltérő átlagokat. 2016. első negyedévében a városi és megyei/országos kórházak átlagainak eltérése mutatható ki, úgy hogy az egyéb kategóriából nem állt rendelkezésre egyetlen adat sem. 2016. első negyedévében ismét a városi és megyei/országos kórházak átlagainak eltérését tudtam kimutatni, miközben az egyéb kategóriában csak egy adat volt, így abból nem lehet átlagot számítani.

A három kórház típus összehasonlításának eredményeként véleményem szerint kijelenthető, hogy néhány időszak kivételével – az összes változó vonatkozásában – a három kórház típus átlagai megegyeznek. A 2016-os negyedévekben tapasztalható eltérések az ÁEEK controlling módszertan miatt is lehetségesek, mivel ebben az évben még a módszertan a fedezetszámítás készítésénél többféle vetítési alapot, módszert is megengedett alkalmazni, melyek a 2017-es évtől pontosításra, egységesítésre kerültek.

#### *További statisztikai elemzés*

Feltételezem, hogy azok az intézmények, ahol magasabb a krónikus bevételek aránya, jobb fedezeti aránnyal tudnak működni, mivel a krónikus ellátásnak a finanszírozása kedvezőbb a többi ellátási típushoz képest, ezért fedezetjavító hatása van.

Az a feltételezésem, hogy az alacsonyabb bevétel-krónikus fekvőbeteg arány esetén más a kapcsolat szorossága az arány és a Fedezet 3 között, mint ha közepes, vagy magas az arány. Ennek a hipotézisnek az ellenőrzésére először is kiszámítottam a bevétel-krónikus fekvőbeteg arányt, majd három kategóriát alkottam: a 15%-alatti arányokkal rendelkező kórházakat alacsony, a 15-35%-ig lévő arányúakat közepes, a 35% feletti arányúakat magas kategóriába soroltam. Ezután megnéztem ezeknek a kategóriáknak és az arány-Fedezet 3-mal lévő korrelációnak a kapcsolatát. A kapcsolat meglétét varianciaanalízissel ellenőriztem, melynek nullhipotézise ebben az esetben az volt, hogy nincs kapcsolat a két vizsgált változó között, mert a várható értékek megegyeznek. A varianciaanalízis eredménye ( $F=111,415$   $p=0,000$ ) alapján a következő megállapításokat tehetem:

- a magas aránnyal rendelkező kórházak esetében a korreláció vagy csak gyenge pozitív kapcsolatot jelzett, vagy a lineáris kapcsolat teljes hiányát,

- a közepes aránnyal rendelkező kórházak esetében rendkívül szoros, már majdhogynem determinisztikus negatív kapcsolat volt tapasztalható,
- az alacsony aránnyal rendelkező kórházak esetében inkább jellemzően közepes és szoros negatív kapcsolat volt kimutatható.

Az alacsony és közepes aránnyal rendelkező intézményeknél egyértelműen bizonyított, hogy fedezetjavító<sup>87</sup> hatása van, ha magasabb a krónikus bevételek aránya.

A magas aránnyal rendelkező intézményeknél nem mutatható ki érdemleges kapcsolat, ennek az lehet az oka, hogy teljesen más szakmai struktúrával működnek ezek az intézmények, mint az alacsonyabb aránnyal rendelkezők, valamint más-más kórháztypushoz tartoznak, ezáltal az egymáshoz viszonyított struktúrájuk is különböző. A vizsgált intézmények közül 4-nél fordul elő, hogy 35%-ék feletti a krónikus bevételek aránya, egy városi, két országos és egy krónikus intézménynél. A városi kórház kivételével mindegyik intézménynek a vizsgált időszakban 50% feletti a krónikus bevételi aránya és pozitív fedezetűek. A városi kórháznál viszont csak 38% a krónikus bevételek aránya és 1,2 %-os a fedezeti hiánya. A fedezeti struktúra további vizsgálata során feltűnt, hogy közel 10%-kal több anyagköltséggel működnek a többi vizsgált kórház átlagaihoz képest. Az anyagköltség 8%-kal történő csökkentése esetén viszont már pozitív fedezettel tudna ez az intézmény is működni. Mélyreható elemzést csak szakmankénti részletes adatok birtokában lehetne végezni, ami jelenleg nem áll rendelkezésemre, így ez egy jövőbeni vizsgálati lehetőség marad.

A statisztikai elemzés alapján a magas aránnyal rendelkező 4 kórház esetében nincs kapcsolat az arány és a Fedezet 3 között, de megállapítható, hogy ezek az intézmények pozitív fedezettel tudnak működni, tehát a finanszírozásuk fedezi a működési költségeiket.

*A vizsgált mintában a statisztikai eredményeim az alábbiakat támasztották alá:*

- a Case-mix és a Fedezet 3 eredménye fordítottan arányos, magasabb súlyszámú esetek általában rosszabb fedezetűek,
- a humán erőforrás összetétele hatással van a szervezeti egység fedezetére, a magasabb bevétel, humán erőforrás arány rosszabb Fedezet 3-t eredményez,
- megfelelő kapacitással<sup>88</sup> kell rendelkeznie a szervezeti egységnek, hogy jobb fedezetet tudjon elérni,

<sup>87</sup> Minél kisebb az arány, annál nagyobb a Fedezet 3 mínusza, ezért ha magasabb az arány, akkor kevesebb a Fedezet 3 mínusza, tehát javítja a fedezetet.

<sup>88</sup> A működéshez szükséges ágyszám és TVK.

- egy betegnek az átlagosnál hosszabb ideig tartó aktív osztályon történő fekvése számottevően nem eredményez magasabb költségeket,
- nem a költségek emelkedésével arányosan növekszik a bevétel, ami a „TVK hatást” és az alulfinanszírozott ellátást támasztja alá,
- megállapítható, hogy hasonló gazdálkodás mellett is eltér a fedezeti eredmény, mivel időszakonként és szervezeti egységként összehasonlított adatok alapján látható, hogy a két összehasonlított intézmény szakmánként hasonló költséggel működik, tehát hasonlóan gazdálkodik<sup>89</sup>, ennek ellenére eltér az intézményi fedezeti eredmény. Az eltérést a „TVK hatás” és a jobban finanszírozott szakmák, szakmaterületek eredményezik.

Kiemelkedően jól finanszírozott szakma:

- onkológiai<sup>90</sup> ellátás.

Vizsgált időszakban és intézményben 55% a fedezete<sup>91</sup>, ez az eredmény 8%-kal javította a figyelembe vett összes szakma együttes fedezetét.

Mind a két intézményben pozitívan működő szakmák:

- rehabilitációs szervezeti egységek,
- neurológia.

Az egyik intézménynél pozitív fedezetű szakmák, vélhetően szakmán belül vannak jobban finanszírozott ellátások<sup>92</sup>:

- kardiológia és belgyógyászati osztály,
- szemészet,
- központi aneszteziológia és intenzív betegellátó osztály,
- sürgősségi betegellátó osztály,
- a 20 kórház, három kórház típus összehasonlításának eredményeként véleményem szerint kijelenthető, hogy az összes változó vonatkozásában az átlagok megegyeznek,
- a vizsgálati eredmények egyértelműen bizonyították, hogy a rehabilitációs bevételek javítják a fedezetet.

<sup>89</sup> Hasonló a szakmai agyag, gyógyszer arány, közvetlen, közvetett, központi költségarányok, szakmánkénti járóbeteg struktúra és fix költségarányok.

<sup>90</sup> A Soproni Kórházban nem működik ilyen szervezeti egység.

<sup>91</sup> A bevétele majdnem a duplája az összes költségének.

<sup>92</sup> Jövőbeli vizsgálati lehetőség.

Ágazati szintű elvárás, hogy a kórházak veszteségmentesen működjenek, ezért vizsgálom a kórházak finanszírozását és ebből kifolyólag az ehhez kapcsolódó bevételeket, valamint azt, hogy milyen feltételek szükségesek a veszteségmentes működés biztosításához.

**(H1) Alulfinanszírozottság esetén is biztosítható a veszteségmentes működés.**

A hipotézis vizsgálata előtt megpróbáltam meghatározni az alulfinanszírozottság mértékét. Számításaim és elemzéseim során bizonyítást nyert, hogy az alapdíjak nem követik a változásokat, mivel 2017. decemberében **198 000Ft**<sup>93</sup> volt az alapdíj, ami a változásokat, módosításokat követve, a számításaim alapján **376 230 Ft**-nak kellett volna lennie, így az alulfinanszírozás mértéke több mint 190%.

Abban az esetben, ha a súlyszámértékek nem változtak volna, akkor elvileg az alapdíjnak csak az egészségügyi intézmények árindexének mértékével kellett volna emelkednie (figyelmem kívül hagyva az orvosszakmai változásokat). Ekkor az alapdíjnak 2017. év végére **209 401 Ft**-nak kellett volna lennie, szemben a **160 386 Ft** alapdíjjal, mivel a **198 000 Ft-os alapdíjat korrigálni szükséges** a bértámogatásra kapott összegek alapdíjba történő beépítésével. Véleményem szerint megfelelő irányvonal, hogy a bértámogatások összegét beépítették a teljesítmény díjazásba, de az alapdíj mértékét nem csak a bértámogatás összegével kellett volna emelni. Javaslatom alapján minimum az egészségügyi árindex-szel korrigált<sup>94</sup> alapdíjra kellett volna építeni a bértámogatást. Így az **alapdíj összege 247 614 Ft lehetne**. Ez az emelés a fekvőbeteg ellátásban országos szinten éves viszonylatban a 198 000 Ft alapdíjhoz képest kb. **10,2 milliárd** forinttal, a Soproni Erzsébet Oktató Kórház viszonylatában **több mint 800 millió Ft**-tal jelentene több bevételt<sup>95</sup>. Meglátásom szerint ez az emelés megfelelő gazdálkodás, valamint a jelenlegi alacsony bérszínvonal mellett a legtöbb kórházban talán már megállíthatná az adósság újra generálódását, viszont a bérek rendezésére<sup>96</sup> vagy esetleg nyugat-európai bérekhez történő felzárkóztatásához nem lenne elegendő. Meglátásom szerint az alapdíjak emelése elkerülhetetlen.

Az elmúlt időszakban nemcsak alapdíj-, hanem folyamatos súlyszám változások is történtek, ezért ezeket is elemezni szükséges. Dr. Fülöp Rudolf 2007-es cikkéből kiindulva (korrigált alapdíj: 255 507 Ft) 2006.07.01-től 2017.12.13-ig vizsgáltam a súlyszámváltozásokat. A vizsgált időszakban összességében **-2,09% súlyszámcsökkenést** tapasztaltam. Így a 2007-es

<sup>93</sup> Jelenleg is (2019.02.08).

<sup>94</sup> A 209 401 Ft-ot felfelé kerekítve 210 000 Ft-ra. Ehhez kellett volna hozzáadni a bértámogatás összegét (37 617Ft).

<sup>95</sup> A NEAK szakmai adatbázisa alapján 2018. januári országosan elszámolt összes súlyszám alapján. NEAK publikus forgalmi adatok - Alapdíjak és teljesítményadatok.

<sup>96</sup> A kórházakban a költségek 60-70%-a.



publikáció korrigált alapdíját, az **infláció és a súlyszámváltozás mértékével korrigálva 338 616Ft-ot kaptam**. Ahhoz, hogy összehasonlíthatóak legyenek az alapdíjak, a bértámogatás mértékével is módosítani szükséges azokat. A kalkulációim alapján megállapítható, hogy 2017 decemberében az alapdíjnak **376 230 Ft-nak** kellene lennie, szemben a 198 000 Ft-tal. Ez éves országos szinten a fekvőbeteg ellátásra vonatkozóan **kb 36 milliárd Ft-os**, a Soproni Kórház viszonylatában **kb 2,8 milliárd Ft-os** emelést jelentene, ami több mint 30 százalékpontos bevételi többletet eredményezne a kórház számára. Országos viszonylatban az egészségügyi kiadások GDP-hez történő arányának viszont csak kb 0,1 százalékpontos emelését okozná<sup>97</sup>.

A statisztikai eredményeim egyértelműen alátámasztották, hogy az intézményi veszteségek elsősorban nem a gazdálkodás, hanem az alulfinanszírozott ellátások, TVK hatás<sup>98</sup> és az intézményi szakmai struktúra függvényei. Abban az esetben, ha egy intézmény szakmai struktúrája oly módon tevődik össze, hogy a jobban finanszírozott ellátások nagymértékben ellensúlyozzák a veszteségesebb ellátásokat, valamint az intézmény saját bevételeit is tudja fokozni<sup>99</sup>, akkor biztosítható a veszteségmenetes működés.

A H1 hipotézisem bizonyított, de csak bizonyos feltételek teljesülése mellett, mivel alulfinanszírozottság esetén a veszteségmentes működés csak megfelelő szakmai struktúrával valósítható meg, de az ellátási kötelezettség miatt a szakmai struktúra csak kis mértékben módosítható. A megfelelő struktúra megléte mellett is szükséges a saját bevétel fokozása is, ami egyértelműen intézményi menedzsmenti feladat.

### **5.3.1 A Teljesítmény Volumen Korlát hatása a kórházakra, különös tekintettel a Soproni Erzsébet Oktató Kórházra**

Az intézmények bevételeit nemcsak naturáliák<sup>100</sup> befolyásolják, hanem az úgynevezett **teljesítmény volumen korlát (TVK) is**. A kórházi controlling szempontból alapvető feltétel a TVK elszámolás alapos ismerete, amely 2004-ben került bevezetésre annak érdekében, hogy az országos egészségügyi kiadásokat a meghatározott keretek között tudják tartani. A korlát intézményenként éves szinten, de szezonális index alapján havi bontásban, külön az aktív fekvő és külön a járóbeteg-szakellátásra kerül meghatározásra. Az ellátások finanszírozása kizárólag a meghatározott keret mértékéig történik.

<sup>97</sup> A GDP/ eü. kiadások aránya 4,9 %-ról 5,0%-ra emelkedne.

<sup>98</sup> A következő fejezetben részletesen foglalkozom vele.

<sup>99</sup> Fizetős ellátások, vállalozási tevékenységek, közforgalmi patika...stb.

<sup>100</sup> Az alapdíj, súlyszám, németpont, ápolási nap..stb.

A finanszírozás csúszása miatt az ellátások kifizetése az ellátást követő 2. hónapban realizálódik, ezért a TVK-t novembertől a következő év októberéig határozzák meg. Ezt nevezzük finanszírozás évnek. Ennek értelmében a novemberi ellátások 2 hónapos csúszással, januárban finanszírozódnak, ezt szemléltetem az 13. táblázatban.

13. táblázat: Finanszírozási és pénzügyi év

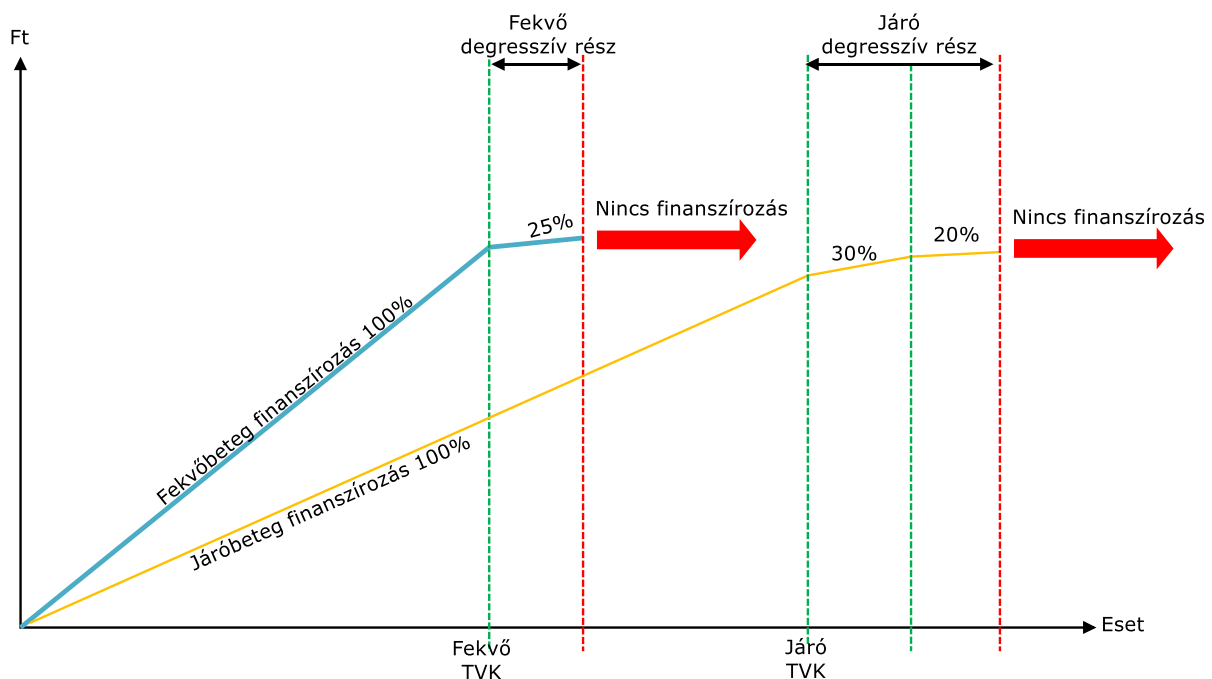
november	december	január	február	március	április	május	június	július	augusztus	szeptember	október	november	december
Finanszírozási év													
		Pénzügyi év											

forrás: saját szerkesztés

Az aktív fekvőbeteg és járóbeteg ellátásban alkalmaznak degresszív finanszírozást is. A fekvőbetegeknél a TVK-t meghaladó teljesítmények +4%-áig az alapdíj 25%-kal finanszírozódik, viszont az e feletti részt már nem fizetik ki. Ez egy 1000 HBCS súlyszám TVK esetén 40 súlyszámot jelent, amit 198 000 Ft helyett csak 49 500 Ft-tal számolnak el (2018.03.22.). Tehát a 40 HBCS viszonylatában 7 920 000 Ft helyett, csak 1 980 000 Ft-ot kapnak a szolgáltatók, 5 940 000 Ft-tal kevesebbet. Betegszámra lefordítva 1000 HBCS esetén kb. 1100-1200 beteget (függ a betegösszetételtől (Case-mix)) láthat el a szolgáltató 100%-os finanszírozással, degresszív finanszírozással kb. 40-50 beteget, az ezt meghaladó további esetekre a szolgáltatók nem kapnak finanszírozást. Mivel a nem finanszírozott ellátásnak negatív kicsengése van, ezért bevezették az intézményi alapdíj fogalmát, ami azt jelenti, hogy az összes bevételt elosztják az összes teljesítménnyel, így egy átlag súlyszám forintértéket kapunk, aminél már lehet azt mondani, hogy minden teljesítmény finanszírozódik, csak alacsonyabb alapdíjjal. Sajnos a TVK negatív hatása mind az intézmény, mind a beteg szempontjából érzékelhető. Az intézmények a nem finanszírozott ellátást, illetve az alacsonyabb intézményi alapdíjjal történő finanszírozást megpróbálják minimalizálni úgy, hogy növelik az előjegyzési- és várólistákat, vagy bizonyos ellátásokat nem végeznek el, illetve szűkítik a vizsgálati palettákat. Ezek az intézkedések viszont a betegek számára kedvezőtlenek.

A TVK alá tartozó teljesítmények mellett meghatározásra kerültek országosan TVK mentes ellátások is (pl: szülés, patológia ...stb.), ami azt jelenti, hogy ezekre az ellátásokra nem vonatkoznak a teljesítmény korlátozások, tehát bármennyi ellátást végezhetnek a szolgáltatók 100%-os finanszírozás mellett.

Járóbeteg-szakellátásban két lépcsős degresszív finanszírozást alkalmaznak. A TVK túllépve +10% esetén 30% finanszírozással, további +10%-os pluszteljesítés esetén 20% finanszírozással finanszírozódnak az esetek. 1 000 000 németpontos TVK esetén 1,98 Ft-tal a +10%-ot, azaz 100 000 németpontot 0,594 Ft-tal, további +10%-ot, vagyis további 100 000 németpontot 0,396 Ft-tal finanszíroznak (2018.03.22.).



15. ábra: Fekvő és járó TVK

forrás: saját szerkesztés a finanszírozási szabályok alapján

Járó, fekvő TVK-ra is érvényes, hogy a szolgáltatónak lehetősége van a TVK-k havi szezonális módosításra. A finanszírozási év kezdetekor a szolgáltató megküldheti a szezonális indexet – külön aktív fekvőre és külön járó TVK-ra is – a fenntartónak, hogy az alapján történjen az éves TVK havi intézményi szétosztása.

Szezonálisnál többek között érdemes figyelembe venni, hogy a havi nem teljesített TVK továbbgördíthető a következő hónapokra egy finanszírozási éven belül, viszont a túlteljesítés elvész, függetlenül attól, hogy majd éves viszonylatban teljesítésre kerül-e a TVK vagy nem.

14. táblázat: Példa a TVK kezelésre

	november	december	január	Február	március	április	május	június	július	augusztus	szeptember	október	Összesen
TVK	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	<b>12 000</b>
Módosított TVK	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	900	1 000	900	1 000	1 200	<b>12 000</b>
Teljesítés	1 200	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	900	1 000	900	1 000	1 000	<b>12 000</b>
Finanszírozott	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	900	1 000	900	1 000	1 000	<b>11 800</b>
Túteljesítés	200												
Maradvány	0	0	0	0	0	0	0	100	100	200	200	200	

forrás: saját szerkesztés

A táblázatban szereplő fiktív példaadatok jól szemléltetik, hogy a novemberi 200 súlyszám túteljesítés – annak ellenére, hogy éves viszonylatban a teljesítés a TVK mértékét nem haladja meg – elvész. Így az éves finanszírozás 200 súlyszámmal kevesebb. Továbbá az is látható, hogy a TVK maradványok csak a finanszírozási év végéig használhatóak fel, ezért az utolsó hónap maradványa szintén elvész. A járó TVK is ugyanezzel a gördülő módszerrel kezelődik.

A Soproni Erzsébet Kórház esetében az alábbi táblázat mutatja az évenkénti bevételkieséseket a degresszív és nem finanszírozott teljesítmények miatt. Visszamenőleg 6 évet vizsgáltam, melynek bevétel-kiesésének éves átlaga megközelíti az 200 mFt-ot és összesen több mint 1,1 milliárd Ft.

15. táblázat: Degresszíven és nem finanszírozott teljesítmények miatti bevételkiesés

Megnevezés	2012.fin év	2013.fin. év	2014.fin. év	2015.fin. év	2016.fin. év	2017.fin. év
Degresszív elszámolás miatti veszteség	201 540 995	105 079 418	155 162 125	71 464 912	72 677 017	180 372 607
Nem finanszírozott teljesítmény miatti veszteség	36 005 300	100 193 268	98 212 169	4 120 558	21 747 540	92 954 233
<b>Összes veszteség</b>	<b>237 546 295</b>	<b>205 272 686</b>	<b>253 374 294</b>	<b>75 585 470</b>	<b>94 424 557</b>	<b>273 326 840</b>

forrás: saját szerkesztés, Soproni Erzsébet Oktató Kórház adatai alapján

A bemutatott példák jól szemléltetik, hogy a TVK milyen hatással van az intézmény gazdálkodására. A controller szemszögéből viszont komoly vezérlési feladatot jelent, ezért működésének ismerete nélkülözhetetlen számára.

### 5.3.2 Teljesítmény elszámolás a kórházakban

Az intézményi OEP (NEAK) bevételek mértékére, az előzőekben említetteken felül, hatással vannak a jelentett teljesítmények és a visszaigazolások közötti eltérések is. A fekvőbeteg ellátásban, ahogy a fekvőbeteg finanszírozás fejezetben leírtam, a kódolt BNO-k és OENO-k alapján sorolódik az ellátás a HBCs-be. Az intézmények az OEP (NEAK) által kiadott „kisbesoroló” programmal vagy ahhoz hasonló szoftverrel végzik a besorolásokat az aktuális hónap folyamán és végén. Ennek alapján próbálják intézmény-összesen és osztályos bontásban meghatározni a HBCs súlyszám teljesítményeket.

A két hónappal később visszaérkezett visszaigazolás (intézmény szinten) +/-1-2%-kal eltér a jelentett teljesítményektől, de akár lehet ennél nagyobb eltérés is. Osztályos (szervezeti egység) bontásban viszont a differenciák jóval nagyobbak. A különbségeket a Soproni Erzsébet Oktató Kórház 2016. évi, havi összesített és osztályos jelentett és visszaigazolt adataival szemléltetem, melyet a *13.sz. melléklet 1.-2. sz. táblázatában* helyezek el.

A Soproni Kórházban 2016. évben +1,45%-kal több teljesítményt igazoltak vissza. Ez nem tűnik olyan nagyknak, viszont havi és osztályos bontásban az eltérések ennél jóval magasabbak (-20%-tól +30%-ig is terjedhetnek). Hogy érzékeltessem, hogy ezek a számok mit jelentenek, TVK és degresszív rész figyelembevétel nélkül kalkulálok egy elvi Ft összeget éves, osztályos bontásban.

A *13.sz. mellékletben* szereplő 3. táblázatból jól látszik, hogy a jelentés és a visszaigazolás közötti éves forint különbség jelentős. Osztályos viszonylatban ezek az eltérések rapszodikusak, mértéke akár több +/-10 millió Ft is lehet. (pl: a nőgyógyászat -26,5mFt, az intenzív osztályon +46,7mFt az eltérés) Ha a kórház vállalkozásként működne, és piaci alapon értékesítené a szolgáltatásait, akkor ez azt jelentené, hogy az elvégzett tevékenység és számlázás után (ez az OEP (NEAK) jelentés), két hónappal később derülne ki, hogy mennyivel több vagy kevesebb összeget fizetnek, vagy egyáltalán fizetnek-e az ellátásért.

A kórházakban a controlling egyik fő feladata, hogy ezeket az eltéréseket minimalizálja<sup>101</sup> és a lehető legpontosabban prognosztizálja a várható teljesítményeket és bevételeket (teljesítmény controlling). Sajnos a prognózist nehezíti a bonyolult és összetett egészségügyi finanszírozási rendszer.

Az OEP (NEAK) bevételt befolyásoló tényezők a teljesség igénye nélkül: betegforgalom (kódolás, esetszám), TVK, degresszív finanszírozás, TVK mentes ellátások, egynapos ellátás, egyezményes ellátás, fix díjak, a 14 éven aluli gyermekek ellátására adott

<sup>101</sup> Megfelelő kódolást, besorolást segítő szoftverek használatával, illetve kódolás, dokumentációk ellenőrzésével.

+10%-os finanszírozás, krónikus és rehabilitációs ellátásnál az ágykihasználás, visszavonások, büntetések (pl: 2 perces szabály, online TAJ ellenőrzés elmulasztása)...stb. Ezek közül kiemelném az egyezményes ellátást, mivel a határszáron működő kórházaknál ez elég jelentős bevételt jelent, ugyanis kvázi „TVK mentesen”, 100%-ban finanszírozódnak. Az egyezményes ellátás olyan külföldi eü biztosítással rendelkező betegeknek az ellátását jelenti, ahol a két ország között egyezményes megállapodás van.

Az egyezményes betegellátást „E” térítési kategóriával kell kódolni, ennek ellenére a külföldön dolgozó magyar állampolgárok esetén az ellátások nagy része 1-es térítési kategóriával (magyar OEP (NEAK) biztosított) kódolódnak, mivel a betegnek és az ellátónak sincs információja, hogy valójában a beteg milyen térítési kategóriával veheti igénybe az ellátást. Sajnos az online TAJ ellenőrző rendszer sem jelzi, hogy egyezményes-e az ellátás vagy nem. Csak két hónappal később, a teljesítmények visszaigazolásokor derül ki, hogy a lejelentett teljesítményekből mennyi az egyezményes ellátás. Ez a teljesítmények menedzselésénél és a bevételek prognosztizálásánál szintén nehézséget okoz. Három szélsőséges fiktív példa alapján szemléltetem, hogy mit jelent ez forint bevételben. (14.sz. melléklet)

Mind a három variációban ugyanazzal a havi teljesítménnyel és TVK-val számoltam. Az egyezményes ellátásnál az első variációban 100 HBCS súlyszámmal, a második variációban 0 HBCS súlyszámmal a harmadik variációban 50 HBCS súlyszámmal kalkuláltam a bevételt. Az eredmények között 18,5 mFt illetve 9,25 mFt eltérés mutatkozik. Természetesen empirikus alapon megközelítőleg kalkulálható az egyezményes ellátás várható havi intézményi teljesítménye, de itt is igaz, hogy az osztályos bontásban történő kalkuláció nagyobb eltéréseket mutat, mint az intézményi.

Összességében elmondható, hogy az OEP (NEAK) bevételek több ismeretlen paraméter értékekből számolódnak, amelyek csak az ellátást követő második hónapban lesznek ismertek, s mindaddig csak előzetes kalkulációkkal lehet számolni +/-1-3%-os pontossággal.

A menedzsment maximális elvárása, hogy az OEP (NEAK) bevételek részletekbe menően a lehető legpontosabban legyenek prognosztizálva, illetve monitorozva, mivel ezek alapján tudják a betegellátást az intézmény korlátjaihoz és lehetőségekhez a legmegfelelőbben igazítani, így biztosítva a kapacitások leghatékonyabb kihasználását, a bevételek maximalizálását, az ellátás optimalizálását és a költségek minimalizálását. Az OEP (NEAK) bevételek prognosztizálásával, illetve monitorozásával a teljesítmény controlling fejezetben foglalkozom.

Véleményem szerint a rendszer hatékonyságát nagymértékben fokozná a visszaigazolás két hónapos csúszásának rövidítése. A jelenleg rendelkezésre álló informatikai

hátérrel maradéktalanul megoldható lenne az egy hónapos visszaigazolás. Az EESZT<sup>102</sup> bevezetése óta viszont – minimális fejlesztéssel – kivitelezhető lenne az ellátások azonnali visszaigazolása is.

H2 hipotézisem szempontjából vizsgálva a TVK-t és a teljesítmény elszámolást, megállapítható, hogy a rendszer több bizonytalan elemet is tartalmaz, mely nehezítik a kórházak működését.

### 5.3.3 Kórházi finanszírozás, költségek és szabályozások összefüggései

A kórházakban többféle költség csoportosítást alkalmaznak. Az egyik legfontosabb a számvitelben alkalmazott költségnem szerinti csoportosítás. 2015. január elsejével az AEEK fenntartása alá tartozó egészségügyi intézményeknél egységes számlarend került bevezetésre, (amivel az Egységes intézményi számlatükör fejezetben részletesen foglalkozom), mely nagyban segíti az intézmények összehasonlíthatóságát.

A terület sajátossága és az arányok miatt fontos a „fix” és „változó” költségek szerinti csoportosítás is. A fix költségek a betegellátás módosulásával nem változnak, ezzel szemben a változó költségekre folyamatosan hatással vannak, tehát minél több beteget lát el az intézmény, annál több a változó költség.

A fix költségek túlnyomó része a személyi jellegű költségek, valamint az intézmény működéséhez szükséges rezsiköltség. Véleményem és tapasztalatom szerint ideális esetben a költségek százalékos összetétele alapján 60% lenne a személyi jellegű költségek, 10% a rezsiköltség és 30% a változó költség. Ebben az esetben az intézmény költségeinek 70%-a független a betegellátástól.<sup>103</sup>

A fix költségek (70%) változtatásához, de főleg a csökkentéséhez struktúraváltásra vagy beruházásra, illetve fejlesztésre van szükség. A rezsiköltségek csökkentése beruházás nélkül szinte csak telephely, illetve épület vagy épületszárny bezárásokkal lehetséges. A személyi jellegű költségek változtatása is csak korlátozottan lehetséges, mivel a túlzott szabályozás rengeteg feltételt határoz meg, melyeknek meg kell felelniük az intézményeknek. A minimális béreket a közalkalmazotti és az egészségügyi dolgozók bértáblája szabályozza. Ennél

<sup>102</sup> Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér 2017 novemberétől került bevezetésre, amihez kötelezően az összes kórháznak csatlakoznia kellett.

<sup>103</sup> A 2009. április 01-jén bevezetett EMAFT [Előre Meghatározott Alapdíjjal Finanszírozott Teljesítmény] finanszírozás alapelve az volt, amik ezeket az arányokat támasztják alá, hogy az intézményeknek 70%-os fix költségeit 100%-on megfinanszírozzák, majd az a fölötti költségrészt teljesítményfüggő országos lebegőponttal fizetik ki. Ez a fajta finanszírozás nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, sőt a kórházak eladósodásához vetett, ezért 2009 novemberében meg is szüntették.

természetesen fizethet többet az intézmény, sőt sok esetben rá is kényszerül a bértáblában szereplő alacsony bérek miatt. Mivel a bértábla szabályozza a fizetést, ezért elsősorban csak elbocsájtásokkal lehetne a személyi jellegű költségeket csökkenteni, sajnos ez sem ilyen egyszerű az egészségügyben.

Minden intézménynek saját szakmai struktúrája van, ami az intézmény megalakulásától kezdve, a működés folyamán felmerülő térségi igények, illetve lobbitevékenységek alapján alakult ki. Az intézményben működő minden egyes szakmának rendelkeznie kell ÁNTSZ (EMMI) működési engedéllyel és OEP (NEAK) finanszírozási szerződéssel. A működési engedély igazolja, hogy a szervezeti egység megfelel a működéshez szükséges minden feltételnek, amit a *60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről* tartalmaz. Ebben szakmánként határozták meg, hogy progresszivitási szinttől függően melyiknek mennyi humánerőforrásra van szüksége és milyen tárgyi és egyéb feltételeket kell biztosítani a szolgáltatóknak. A finanszírozási szerződés biztosítja, hogy az OEP (NEAK) finanszírozni is fogja az engedélyben szereplő ellátásokat.

A működési engedély meghatározza szervezeti egységként, hogy hol hány órában, (járó szakma esetén) illetve mennyi ágyon (fekvő szakma esetén) végezhetik a tevékenységüket. Továbbá meghatározza az ellátási formát, a progresszivitási szintet, és hivatkozik kötelezően ellátandó területre, amit szintén ÁNTSZ határozatban definiálnak.

A finanszírozási szerződés a fentiek felül tartalmazza még munkaköri csoportonként a szerződés elkészítésekor aktuális létszámadatot is.

**Összefoglalva az előbbieket,** az intézménynek meghatározzák, hogy mennyi betegellátást engednek elvégezni és azért mennyit fizetnek (TVK és alapidj). A többletelltátást nem finanszírozzák. Ezen felül meghatározzák, hogy mekkora területen kötelesek ellátni a betegeket, hány órában, mennyi ágyon kell ezt megtenni, hány fős humánerőforrással (orvos, nővér...stb) és milyen tárgyi eszközökkel kell rendelkezniük. Területi ellátással összefüggésben folyamatosan monitorozzák a várólistákat és előjegyzéseket és a menedzsmentet nyomás alá helyezik a listák rövidítése miatt, valamint 2019. április 01-től bevezették az új várólista kezelést és nem megfelelő működtetés esetén az alapidj 20%-os finanszírozásának visszavonásával szankcionálnak.

Az óraszámok esetében a két perces szabállyal szankcionálnak, ami azt jelenti, hogy egy adott szakrendelés esetében az összes szerződésben szereplő óraszámot elosztják az összes beavatkozás számával, így az egy beavatkozásra eső idő nem lehet kevesebb két percnél, vagy a beavatkozásnál meghatározott minimum időnél, amennyiben kevesebb, akkor az



pénzvisszavonást jelent, illetve nem számolhatók el a rendelési időt meghaladó teljesítmények<sup>104</sup>. (Ahol nincs orvos-beteg találkozó, ott nem figyelik a két perces szabályt (pl.: labor)).

Példával szemléltetve egy napi három órát működő szakrendelés esetén, ha a rendelőben minden nap olyan sok beteg várakozik, hogy az ellátáshoz túlóra szükséges és négy vagy öt órát működik az ellátás, akkor is a szerződésben szereplő óraszámot osztják el a beavatkozások számával. Így túl sok beteg ellátása esetén pénzvisszavonás történik, függetlenül attól, hogy az intézményi TVK-t meghaladja a teljesítmény vagy nem.

Az ágyszám túllépést is finanszírozás visszavonással büntették 2015 júniusáig, ami azt jelentette, hogy ha az adott összetartozó szervezeti egység (pl: mátrix vagy összevont osztály vagy osztály) hivatalos ágyszámát meghaladta a betegszám – tehát 100% felett volt az ágykihasználtság, függetlenül attól, hogy az intézmény ágyszámát nem haladta meg – nem finanszírozták meg azt az ellátást, amellyel átléptük a hivatalos ágyszámot, egészen addig, míg vissza nem csökkent az ágykihasználtság 100% alá. Szerencsére az aktív ellátásban ez a szankció már nem érvényes, csak a krónikus és rehabilitációs egységeknél, ahol érthető, hiszen nincs TVK.

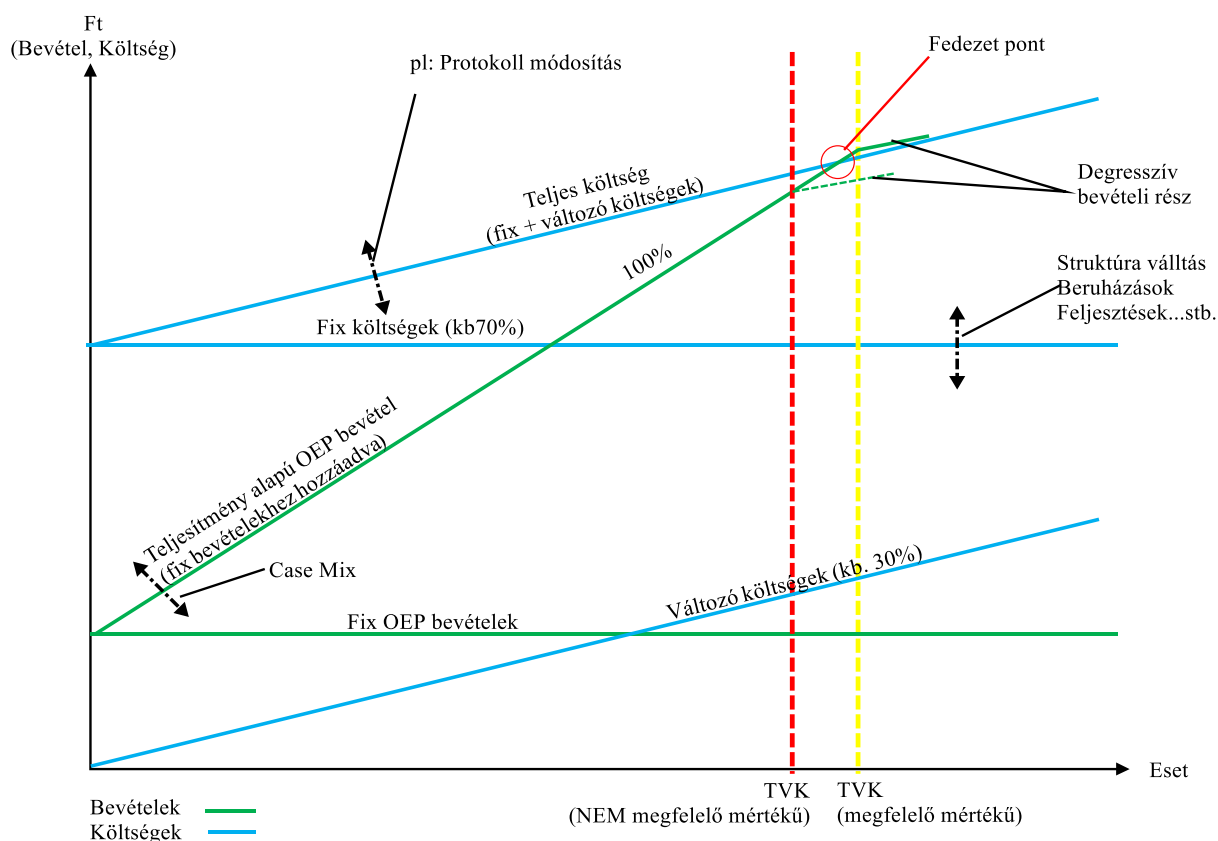
Ebből következik, ha elbocsájtunk<sup>105</sup> például egy orvost, akkor a szervezeti egység nem fog megfelelni a minimum feltételnek. Ezért a működési engedélyt módosítani kell, amit csak struktúraváltoztatással lehet (pl.: óraszám vagy ágyszám csökkentéssel, illetve progresszivitási szint módosítással...stb.), ez maga után vonja a területi ellátás módosítását (más kórháznak csoportosítják át), az pedig TVK elvonással, csökkentéssel jár, ami bevételkiesést jelent. A leírtakból következik, hogy az intézményeknek érdekük, hogy megpróbáljanak megfelelni a feltételeknek, az esetleges hiányokat mihamarabb pótolják, de az ellenkezője is igaz: mivel a túlzottan bürokratikus szabályozó környezet nem ösztönző, hanem szankció jellegű, ezért az intézmény a működése érdekében rákényszerül a hiányosságok elfedésére.

Itt lényeges megjegyezni, hogy elbocsájtás esetén, ha nem történik struktúramódosítás, nem feltétlenül biztos, hogy csökkenni fog a bértömeg, mivel a területet a továbbiakban is működtetni kell, így az ott maradó kollégáknak valamilyen formában (pl.: túlóra) ki kell fizetni a plusz terheket, feladatokat, órákat.

Gyakran előfordul az is, hogy egy intézménynek nem a kapacitásainak, illetve ellátási kötelezettségének vagy óraszámának, ágyszámának megfelelő TVK-t határoznak meg. Ebben az esetben az intézmény nem képes fedezetpontot kialakítani, ezét folyamatos veszteséggel tud csak működni.

<sup>104</sup> 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 3. § (5)

<sup>105</sup> Felesleges humán erőforrással a kórházak általában nem rendelkeznek, mivel az ágazat humán erőforrás hiánnyal küszködik, ezért ez csak elméleti megközelítés a költségek csökkentésére.



16. ábra: OEP bevételek és költségek

Forrás: saját szerkesztés

Az ábrán zölddel jelöltem a bevételeket. A vízszintes zöld vonal a fix bevétel, mint például az SBO fix díj (lásd: OEP (NEAK) finanszírozás). A ferde zöld vonal a teljesítmény alapú OEP (NEAK) bevétel, ami az esetszám emelkedéssel folyamatosan növekszik a TVK mértékéig, majd a degresszív résznél a finanszírozás csökken, ezért az egyenes meredeksége is mérséklődik, majd megszakad, mivel a degresszív rész fölött nincs finanszírozás. Az egyenes meredekségét az esetösszetétel (Case-mix) módosítja. Súlyosabb esetek esetén magasabb a finanszírozás, ezért meredekebb, kevésbé súlyos eseteknél lankásabb az egyenes.

A kék vonalak a költségeket mutatják. A vízszintes a fix költség, a ferde a változó költség. A változó költségek növekedése esetén a vonal meredekebb lesz, csökkenése esetén lankásabb. A meredekséget különböző ellátási protokollok módosításával, illetve beszerzési árak csökkentésével lehet befolyásolni.

Az ábrára példaként két TVK-t rajzoltam. A sárga szaggatott vonal a megfelelő TVK-t jelöli, mivel a zöld és a kék ferde vonal metszi egymást (piros karika), tehát az intézménynek van fedezetpontja.

Piros függőleges szaggatott vonal esetében, az intézmény számára nem megfelelő mértékű a TVK, mivel a zöld ferde vonal nem metszi a kék ferde vonalat, mert a TVK után a bevétel csökkenés miatt a zöld folyamatos vonal a szaggatott zöld vonalban folytatódik. Tehát ebben az esetben nem alakul ki fedezetpont. Ahhoz, hogy fedezetpont kialakuljon, vagy a bevételt kell növelni, vagy a költségeket kell csökkenteni, de a korábban említett módon ez elég nehezen kivitelezhető, ezért itt nagy szerepe van a controllingnak a lehető legmegfelelőbb megoldások megkeresésében.

A *bevételek növelését* legegyszerűbben a TVK vagy az alapidj emelésével lehetne megoldani, ezekre viszont a controllingnak nincs ráhatása. Így meg kell keresni azokat a lehetőségeket, amikkel ezektől függetlenül bevételnövelés érhető el. Ilyen lehet a TVK mentes, illetve TVK-hoz nem kötött ellátások növelése<sup>106</sup>, az egynapos ellátások fokozása, krónikus és rehabilitációs területen az ágykihasználtság 100% közelébe való emelése, egyedi finanszírozásba vonható esetek felkutatása<sup>107</sup>, fizetős, vállalkozási tevékenységek növelése...stb. Hatékonyan akkor valósíthatóak meg ezek a tevékenységek, ha **ösztönzőrendszert** is kialakítunk<sup>108</sup>, ami érdekeltté teszi az aktuális területen dolgozót, hogy az ezekkel a tevékenységekkel járó többletmunkát elvégezze.

Tételezzük fel, hogy egy 200 ágyas rehabilitációs osztályon az ágykihasználtság 90%. Ami azt jelenti, hogy 200 ágyon 180 beteg fekszik átlagban minden nap. Betegenként naponta 13 200 Ft-ot (6600 Ft \* 2 (rehabilitációs szorzó)=13 200Ft) fizet az OEP (NEAK) az ellátásért. Ez egy 30 napos hónapban 396 000Ft/beteg bevételt jelent. 1% kihasználtság-növelés plusz két beteg ellátását teszi szükségessé. Az intézmény minimum feltételei a 200 ágyra vonatkoznak, függetlenül attól, hogy 200 vagy csak 180 beteg fekszik az ágyakon. Ezért a fix költség<sup>109</sup> ugyanakkora a 180 betegnél is, mint a 200-nál, csak a bevétel kevesebb 7 920 000 Ft-tal. Intézményi szempontból 1%-os ágykihasználtság-csökkenés 792 000 Ft bevételkiesést von maga után. Betegellátó dolgozók szempontjából 1% ágykihasználás növelés napi plusz 2 beteggel járó többletmunkát jelent számukra, ugyanakkora fizetés mellett. Az ellenkezőleg ható érdekek és a jelenlegi bérszínvonal miatt, egy bizonyos teljesítmény felett, csak érdekeltségi rendszer alkalmazásával lehet maximálni a bevételeket. Jelen esetben az ágykihasználtság

<sup>106</sup> A teljesítmény controllingban külön monitoring kiépítése szükséges ezekre az ellátásokra. Teljesítmény terveket kell meghatározni ezekre a területekre. A betegkódolásban rejlő lehetőségek felülvizsgálata az orvosi szakma támogatásával. Beutalási rendek, betegutak felülvizsgálata, alapellátással történő egyeztetés.

<sup>107</sup> A controlling szoros kapcsolatot tart a szakmákkal, és ahol a szakma jelzi, hogy vélhetően nagyon magas költségű az ellátás, azoknál az eseteknél a controlling esetszintű költségelemzést végez.

<sup>108</sup> Az alacsony bérek miatt a dolgozók elveszítették a motiváltságukat és csak a legszükségesebb feladatokat végzik el a munkaidejükben, annak ellenére, hogy beleférne a kapacitásukba. Hatalmi szóval már nem lehet ezeket hatékonyan befolyásolni.

<sup>109</sup> Humánerőforrást és egyéb erőforrásokat nem szükséges bővíteni.

maximálásához, például 90% felett, százalékonként vagy betegenként, illetve ápolási naponként meghatározott összeget érdemes visszajuttatni a dolgozóknak, például 1%-onként 150-200 eFt-ot. Ami azt jelenti, hogy érdekeltségi rendszer nélkül a példa alapján az intézménynek 7 920 000 Ft bevételkieséssel kell számolnia, érdekeltségi rendszerrel a visszajuttatott összeg mértékétől függően plusz 5 920 000-6 420 000 Ft bevételtöbblet jelentkezhethet.

A *költségek csökkentése* a másik lehetőség a fedezetpont kialakítására. A fix költségek, de főleg a bérköltségek csökkentése, az előzőekben leírtak alapján elég nehézkes, de megfelelő humán erőforrás szervezéssel, a munkaidő beosztás menedzselésével kis mértékben akár csökkenthető is. Az egyik ilyen controlling eszköz a hatékony műtőszervezés. (lásd: Műtőszervezés fejezet.)

Változó költségek esetében, megfelelő gazdálkodással lehetőség van költségcsökkentésre. Ennek egyik legmegfelelőbb controlling eszköze a dinamikus keretgazdálkodás (lásd: Keretgazdálkodás fejezet), ami a változó teljesítmények függvényében határozza meg a felhasználható keretek összegét.

Az előző fejezetek alapján egy részletes átfogó képet szerettem volna bemutatni az egészségügyi rendszer felépítéséről, a szabályozó környezetről és finanszírozási rendszeréről, valamint a bevétel és költség összetételéről. Véleményem szerint a szabályozások alapvető feladata, hogy átlátható és fenttartható, hatékonyan működő rendszert lehessen kialakítani, ezzel segítve az intézmények működését. Erre vonatkozóan az alábbi hipotézist állítottam fel:

## **H2 A szabályozó környezet és a finanszírozási rendszer segítik a kórházak működését.**

A felállított hipotézisem szempontjából vizsgálva a szabályozásokat, az állításom nem nyert igazolást. A rendszer túlzott szabályozása beszűkíti az intézmények mozgásterét, ezzel nehezítve, akár megakadályozva a hatékony működést.

A járóbeteg szakellátásban meghatározásra kerülnek a területi ellátási kötelezettségek. Az ezen területekről érkező betegeket kötelező ellátni. A rendszer szabályozza a TVK által a finanszírozott ellátások számát, illetve a finanszírozás maximális összegét. A „2 perces” szabály alapján ellenőrzi és szankcionálja, hogy a beteg ellátása során mennyi OENO kódolható, ezzel szabályozza az egy esetre jutó maximális bevételt. Továbbá szintén szabályozásra kerülnek a járóbeteg ellátások óraszámai, mely idő alatt elláthatók a betegek. Ha az említett elemek nincsenek egymással korrelációban, akkor nem lehet hatékonyan működni, sajnos ezekre a paraméterekre az intézményeknek csak minimális ráhatásuk van.

A fekvőbeteg ellátásban valamivel jobb a helyzet, mivel 2015 júniusában megszüntették az ágyszám túllépés miatti finanszírozási szankciót, ezzel nagyobb mozgásteret biztosítva az ellátóknak.

Meglátásom szerint, ha meghatározásra kerülnek a területi ellátási kötelezettségek, TVK-k, illetve az egy esetre jutó maximális bevétel, akkor az intézményekre lehetne bízni, hogy a betegeket hány szakrendelési órában, illetve ágyon tudják a leghatékonyabban ellátni.

#### 5.4 Controlling kézikönyv

2014. év végén a Széchenyi 2020 program keretében 9,5 milliárd Ft európai uniós támogatás segítségével indított útjára az ÁEEK (akkor még GYEMSZI) egy olyan projektet, amely az eddigi gyakorlattal szemben az egészségügyi szolgáltatások teljes rendszerének megújítására irányult. Ez volt a "Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása" nevű TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 című projekt.

A projekt keretében az intézményekben egységes osztályos controlling és egységes riportrendszer készült, melynek osztályos controlling módszertani alapjait az osztályos controlling kézikönyv biztosítja. Az intézmények 2016 januárjától kezdték el alkalmazni a módszertant. A kiadott kézikönyvön a 2016. évi gyakorlati tapasztalatok, észrevételek és az egységes értelmezés érdekében módosításokat kellett végrehajtani, melyben személyesen is részt vettem. A jelenleg érvényben levő kézikönyvet 2017.01.17-én adták ki v3.0 verziószámmal.

Az ÁEEK, mint az intézmények fenntartója, az egységes módszertan alapján készült intézményi controlling adatokat, beszámolókat szeretné felhasználni a tevékenységek összehasonlítására, illetve elemzések érdekében, ezért a kézikönyvben leírt szabályozásokat az intézményeknek kötelezően be kell tartaniuk controlling rendszerük üzemeltetése során.

A TÁMOP program keretében megfogalmazott controlling feladatok fő céljai a következők voltak:

- „a controlling módszertan egységes kereteinek lefektetése és fokozatos bevezetése;
- a controlling információs háttér bővítése és az elemzési lehetőségek szélesítése;
- a teljesítményorientáció erősítése fenntartói és intézményi szinten egyaránt, valamint
- a költséghatékonyság erősítése.”<sup>110</sup>

A kézikönyv az osztályos controlling koncepció kereteit, alapelveit foglalja össze, és segítséget nyújt az intézményeknek az osztályos controlling rendszer kialakításához és

<sup>110</sup> Osztályos controlling kézikönyv, Verziószám: v3.0, 2017.01.17; 4. oldal.

működtetéséhez, továbbá gyakorlati segítséget nyújt felhasználói kézikönyv jelleggel az osztályos controlling rendszert kialakító, működtető controllereknek, a controlling funkciót ellátó kollégáknak.

Az osztályos controlling koncepció egyik alapja a fenntartóhoz tartozó intézmények számára kialakított új, egységes számlatükör, illetve számlarend, melyre a dokumentum többször hivatkozik.

A költségvetési gazdálkodásban a pénzforgalmi szemlélet mellett az üzemgazdasági szemlélet kötelező elemként megjelenik, ezért az intézményi vezetést a működés üzemgazdasági értékelésére is kényszeríti.

Az osztályos controlling egy döntéstámogatási és nem a jogszabályokban előírt pénzügyi és számviteli eszköz, ezért kialakítása belső indíttatású, tehát opcionális, ennek megfelelően az alkalmazott megoldások is diverzifikáltak. A módszertan az eddig is létező osztályos controlling megoldásokat módszertanilag egységessé, illetve kötelezően alkalmazandóvá teszi.

Az osztályos controlling nem minden számlatükörben kialakított adatot használ fel, bizonyos főkönyvi adatokat sűrít, illetve bizonyos főkönyvi adatokat nem vesz át. Az osztályos controlling kizárólag üzemgazdasági eredményt számít.

A felállított hipotézisem alapján vizsgáltam a controlling kézikönyvet:

**H3 A kidolgozott controlling módszertan teljes mértékben megfelelő és elégséges a hatékony irányításhoz, működtetéshez, illetve az intézményi vezetőknek a döntéselőkészítéséhez.**

Ahhoz, hogy megfelelő, megalapozott döntéseket lehessen hozni és hatékonyan lehessen irányítani egy intézményt, a három alapfeltételnek teljesülnie kell:

- teljes körű,
- naprakész,
- hiteles információkkal, adatokkal kell rendelkeznie a döntéshozónak.

A controlling kézikönyv által meghatározott módszertan egy alaposan átgondolt, logikusan felépített módszer, melynek hasznosságához semmi kétség nem fér, de az egészségügyi finanszírozási sajátosságok miatt, pontos adat csak a tárgyhót követő második hónapban áll rendelkezésre. A controlling beszámolót negyedévente kötelező elkészíteni, így az első negyedéves beszámoló csak a 6. hónapban (júniusban) készül el. Ez azt jelenti, hogy például a januári hónapról 5 hónappal később szolgáltatnak információt. A több hónapos csúszás miatt nem teljesül a naprakész kritérium, ezért operatív irányításra, vezérlésre direktben nem lehet

alkalmazni a beszámolókat, viszont visszacsatolásra, ellenőrzésre, benchmarkra teljes mértékben megfelel, ezért a hipotézis elvetésre került.

Hatékonyan működő controlling rendszer kiépítéséhez további controlling eszközökkel kell kiegészíteni a módszertant, amit a következő fejezetekben részletezek<sup>111</sup>, ahol meghatározásra kerülnek azok a minimálisan alkalmazni szükséges controlling eszközök, amik szükségesek a tudatos, jövőorientált irányítás megvalósításához. Ezek a következők:

- o teljesítmény controlling,
- o likviditás controlling,
- o dinamikus felhasználói keretgazdálkodás,
- o beszerzői keretgazdálkodás kifizetés dátuma szerint,
- o műtőszervezés,
- o Balance Score Card (BSC).

A controlling kézikönyv elemzése során, a módszertanhoz a korábbi javaslataimon<sup>112</sup> felül az alábbi javaslatok, esetleg korrekciók merültek fel még bennem.

A számviteli törvény szerint a készleteket nettó értéken kell nyilvántartani, ezért az osztályos felhasználások is nettó értéken rögzítődnek. Az ÁFA egy külön főkönyvi számon (8-as), intézményösszesen kerül nyilvántartásra. A controlling módszertanban helyesen az osztályos felhasználásokat bruttó értéken kell kimutatni, ezért az ÁFA-t valamilyen technikával szervezeti egységekre kell kalkulálni, mivel az informatikai rendszer ezt a fajta adatszolgáltatást nem biztosítja. A kalkuláció miatt intézményösszesen a számvitel és a controlling adatok között negyedévente a kórházmérettől függően, akár több 10 milliós nagyságrendű eltérések is lehetnek. (a Soproni Erzsébet Oktató kórházban negyedévente kb. 10 mFt). Ezt az eltérést a módszertan szerint az úgynevezett „egyeztető hídon” fel kell tüntetni. Az eltérések miatt az osztályos fedezetek nem lesznek pontosak. Véleményem szerint ez az eltérést informatikai fejlesztéssel viszonylag egyszerűen kiküszöbölhető lenne, függetlenül attól, hogy az informatikai rendszer hogyan működik, plusz kiegészítéssel, alap funkciók módosítása nélkül, kinyerhető lenne a szükséges információ.

Részletes specifikáció nélkül az általam javasolt logikai menet a következő. Raktári bevételezéskor a rendszer az alap mentési funkción felül, külön adattáblában rögzítené bevételi

---

<sup>111</sup> A controlling kézikönyv is utal egy fél mondattal arra, hogy további controlling eszközökkel kell kiegészíteni a módszert.

<sup>112</sup> A kézikönyv a különböző számításokra többféle opcionális lehetőséget biztosított, ami megnehezítette volna a benchmark elemzéseket, ezért javasoltam ezek egységesítését. Az egységesítésre vonatkozóan több egyeztetés történt a fenntartóval (ÁEEK) és kis csoportos munka keretében, pár kórház controllerrel közösen módosítottuk a kézikönyvet. Jelenleg ez a kézikönyv van érvényben.

bizonylatonként a cikkek adatait (mennyiségi egység, mennyiség, ár....stb. ). Számlaérkeztetéskor a megfelelő bevételi bizonylatokon rögzítésre kerülne a pontos nettó, bruttó, áfa érték is. Raktárból történő kiadás esetén az adattáblából FIFO elv szerint történne a fogyasztás. Ami azt jelentené, hogy a program algoritmusa megkeresné az időben elször beérkezett cikket és csökkentené annak a mennyiségét a kiadás mennyiségével, ha több a kiadás, akkor megkeresné a következő beérkezett bizonylatot és azon is csökkentené a mennyiséget. Ezzel egy időben ugyanazokkal az adatokkal (csökkenésekkel) tárolódnának egy másik táblában a kiadások, kiegészítve a kiadás helyével. A raktári visszavétek esetén fordított a folyamat.

Ezzel a kiegészítéssel a szükséges ÁFA információk pontosan lekérdezhetők és a módszertanban nem kellene kalkulációt alkalmazni, valamint a program alapfunkcióit sem kellene módosítani.

*Második javaslatom:* A kézikönyv útmutatása alapján a controlling eredmény nem tartalmazhatja a 923 számla „nem működés célú támogatás” egyenlegét. A Soproni Erzsébet Oktató Kórház esetében ezen összeg az előző időszakokban támogatásokból megvalósított eszközbeszerzések, elszámolt értékcsökkenésük arányában az elhatárolt támogatások feloldásának összege. Tartalmában a tárgyidőszaki eredményt javító tétel, azonban a controlling eredménykimutatás módszertana szerint az eredményhatása nem vehető figyelembe. Ezzel szemben az ehhez tartozó értékcsökkenés az 56-os költség számlákon szerepelnek, mely eredmény csökkentő tétel. Véleményem szerint ezt módosítani kellene, hogy bevétel- és költségoldal is szerepeljen, vagy ha bevétel nem szerepel, akkor a hozzájuk tartozó költségeket sem kellene szerepeltetni.

*Harmadik javaslatom:* A módszertan leírása alapján a pályázati bevételeket nem kell szerepeltetni a bevételi oldalon, ennek ellenére viszont a pályázati munkabérek szerepelnek a költség számlákon. Ennek tételes vizsgálata és a controlling rendszerben történő nyilvántartása, korrekciója nehezen megoldható, ezért javasolt a pályázat bérre fordított összegének szerepeltetése a bevételi oldalon osztályonként egy összegben.

*Negyedik javaslatom:* A rendelkezésemre álló adatok elemzése során észrevettem, hogy a kórházakra jellemző költség arányok<sup>113</sup> nem minden esetben tükröződnek vissza az osztályos fedezet kimutatásban, valamint néhány esetben a Fedezet 2-ben (közvetett költségek) a szakmai egységek közvetett költségei magasnak bizonyultak, a Fedezet 1 (közvetlen költségek) költségeihez képest. Véleményem szerint ennek az lehet az oka, hogy a kórházi munkaszervezés, beosztás és könyvelés miatt a bérköltségek nem feltétlenül a megfelelő helyre kerülnek és a

---

<sup>113</sup> Bérköltség kb 60%, anyag, gyógyszer költség kb 30%, rezsiköltség 10%.



módszertan iránymutatása<sup>114</sup> miatt a szakrendelések költségeinek felosztásánál a költségnermi bontás elveszik, ezért nem látni, hogy valójában helyes-e az adatösszetétel.

A módszertan a szervezeti egységeket<sup>115</sup> kezeli költségviselőnek, amihez aktív fekvő, és járó szakrendelés is tartozik, tartozhat. A szakrendelésekre csak szakorvos osztható be, ezért a beosztások a szakrendelési órák, szakorvosi órákkal való lefedésével kezdődik<sup>116</sup>, majd a megmaradt órákat teszik a fekvő egységekre. Szakorvosi hiány esetén előfordulhat, hogy a szakrendelési órák lefedése után, csak pár óra marad a fekvő részlegre. Ezért a fekvő részen kevesebb bérköltség mutatható ki, mivel csak a szakorvosok megmaradt órái, illetve a rezidensek bérköltsége könyvelődik az aktív osztályra. Ellenkező esetre is találtam példát, hogy a könyvelés, nem a beosztások, hanem a kinevezések alapján könyvelik az orvosi bérköltségeket, így a szervezeti egységhez tartozó szakrendelésre egyáltalán nem került orvosi bérköltség, mivel a kinevezés a fekvő osztályra szólt, így csak oda könyvelődtek az orvosi bérek.

A jelenlegi módszertan szerint ezeket csak nehézkesen lehet visszaellenőrizni. Javaslatom az, hogy a szakrendelés költségeit<sup>117</sup> nem egy összegben, hanem költségnermi bontásban lenne célszerű felosztani. Technikailag ez úgy valósítható meg, hogy a jelenleg alkalmazott felosztó tábla alapján nem a költséghelyre terhelődne egy összeg, hanem a költséghelyhez tartozó minden egyes költségnermi költség ugyanazzal a felosztó táblával kerülne felosztásra. A felhasználó számára ez nem jelentene plusz feladatot, hiszen ugyanazt a felosztó táblát kell elkészítenie, csak a program a háttérben a költséghely összesen helyett a költséghelyhez tartozó költségnermeket osztaná fel. A fedezeti struktúra legrészletesebb kibontásánál megjelenéne a felosztások költségnermi költségei is. Ezzel a megoldással nagymértékben segítené a módszertan az adatok helyességének, valódiságának ellenőrizhetőségét.

Az orvosi bérköltségek különböző számbavétele miatt, véleményem szerint a felosztásokat a következők szerint kellene elvégezni. Szervezeti egységhez tartozó járó szakrendelések költségeit a fekvő konzíliumok és járó ellátások<sup>118</sup> arányában kellene felosztani, mivel a beosztásokat egy szervezeti egységként menedzselik és sok esetben az anyaghiány esetében is a fekvő osztályról segítik ki a saját szakrendeléseiket. A járó ellátásokhoz tartozó költségek a szervezeti egység közvetlen költségeihez kerülnéne, természetesen jelölve, hogy

<sup>114</sup> Az összes járó szakrendelést a módszertan költséghelyként kezeli, és a költségviselőre való felosztással egy összegben kerülnéne a költségek.

<sup>115</sup> Például egy kinevezett vezetője van.

<sup>116</sup> Rezidensek csak fekvő egységekre oszthatók be.

<sup>117</sup> A módszertan minden szakrendelést költséghelyként kezel, és a költségeik egy összegben felosztásra kerül a költségviselőkre.

<sup>118</sup> NEAK(OEP) bevétellel rendelkeznek.

szakrendeléshez tartozó költség. A fekvő konzíliumokhoz tartozó költségeket a kérő osztályok közvetett költségei között kellene szerepeltetni.

A javasolt megoldással könnyebben kiszűrhetők a pontatlanságok, valamint a közvetlen költségek összessége szempontjából független lesz az intézményben alkalmazott számbavételi mód<sup>119</sup>.

A controlling kézikönyv módszertana által előállított információk, adatok, indikátorok alapján a fenntartónak lehetősége nyílik makrogazdasági elemzésekre, benchmark adatszolgáltatásra, mely összehasonlító információk az intézményekhez eljuttatva is hasznosnak bizonyulnának.

Véleményem szerint a rendszert tovább lehetne tökéletesíteni, ha ugyanúgy, ahogy a gyógyszereknél, országos egységes cikktörzset alkalmaznánk és esetszintű adminisztratív<sup>120</sup> költséggyűjtéssel egészítenénk ki a controlling rendszert. A plusz kiegészítések által nyújtott információkkal tovább lehetne, meglátásom szerint, fokozni a hatékonyságot.

A következő tézisemet arra a feltételezésre építettem, hogy az intézmények azért nem tudtak hatékonyan, veszteségmentesen működni, mivel a menedzsment számára nem álltak rendelkezésre azok az információk, amelyek a megfelelő döntések meghozatalához feltétlenül szükségesek. A controlling kézikönyv módszertana által kialakított controlling által viszont ezek az információk rendelkezésre állnak, amivel biztosítható a veszteségmentes működés.

### **H3/1 A kézikönyv módszertana alapján kialakított és működtetett controlling mellett veszteségmentesen lehet működtetni egy kórházat.**

Az ötödik hipotézisem összefüggésben áll a második és a negyedik hipotézisemmel. Sajnos a hipotézisem nem nyert bizonyítást, mivel nem feltétlenül a controlling döntéselőkészítésén, adatszolgáltatásán múlik, hogy az intézmény veszteségmentesen tud-e üzemelni, hanem azon, hogy a szabályozó elemek egymással korreláljanak<sup>121</sup>, ahogy a második hipotézisemnél részletesen kifejtettem. Amennyiben az intézmény kötelezően ellátandó feladataihoz, tevékenységeihez, struktúrájához mérten például nem megfelelő a TVK, nem lehet veszteségmentesen működtetni egy intézményt. Meglátásom szerint a fenntartónak a már rendelkezésre álló intézményi és országos controlling adatokból kiszámolható lehetne, hogy adott intézménynek, az ellátandó feladataihoz, struktúrájához mekkora bevételre lenne szüksége

<sup>119</sup> A közvetlen részletes adatok és a közvetett felosztások esetében továbbra is látszik a pontatlanság.

<sup>120</sup> A könyvelésben osztály, szervezeti egység szinten szerepelnének az adatok. A költséggyűjtés informatikai támogatással csak adminisztratív jelleggel történne.

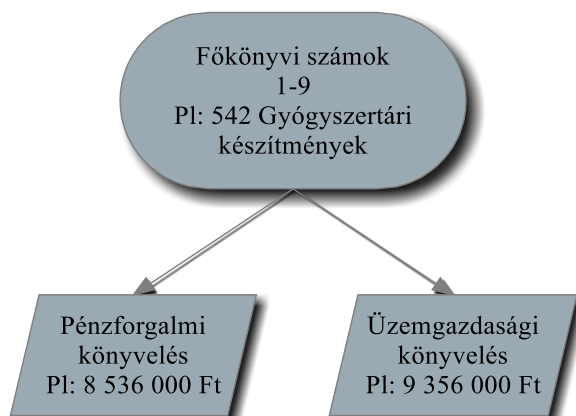
<sup>121</sup> A korlátozó (pl: TVK) és kötelező (területi ellátási kötelezettség) elemek egymással összefüggésben kell, hogy legyenek. Pl: TVK a területi ellátással, az ágyszámmal, az óraszámokkal....stb.

a veszteségmentes működéshez. A bevételek viszont visszavezethetők a naturáliákra, hogy mekkora intézményi TVK-ra, alapdíjra lenne szükség a kiegyensúlyozott működéshez.

### 5.5 Egységes intézményi számlatükör a Soproni Erzsébet Oktató Kórház példáival alátámasztva

Controlling szempontból nagy jelentősége van az egységes intézményi számlatükörnek, melyet megpróbálok megvilágítani a controller szemszögéből. A controlleri feladatok elvégzéséhez nélkülözhetetlen az intézményi számlatükör és a számvitel alapos ismerete. Megfelelő információk összegyűjtéséhez pontosan kell ismerni a könyvvezetési folyamatokat és hogy az egyes főkönyvi számok milyen adatokat tartalmaznak, adatokból származnak. Ahogy *A controlling működési modellje* című fejezetben leírtam, a számvitel a controlling egyik fontos alappillére.

Korábban pénzügyi és üzemgazdasági számvitelt különböztettünk meg, ahol a pénzügyi könyvelés kötelező volt, az üzemgazdasági könyvelés a menedzsment igényétől függött. A számlatükört 0-9-ig alakítottuk ki és mindegyik számlaszámhoz tartozott egy pénzforgalmi és egy üzemgazdasági könyvelés (informatikai rendszer függvénye volt, hogy egy főkönyvi számon belül meg lehetett különböztetni pénzforgalmi és üzemgazdasági adatokat vagy külön-külön főkönyvi számot kellett létrehozni).



17. ábra: Régi pénzforgalmi, üzemgazdasági könyvelés  
Forrás: saját szerkesztés

A Soproni Erzsébet Oktató Kórházban a Globenet gazdasági rendszere, a Financeglobe működött 2013-ig, mely egy igen jól használható, átgondolt, egységes rendszer volt. Ebben a rendszerben egy főkönyvi számhoz tartoztak a pénzforgalmi és üzemgazdasági adatok. Az előző ábrán szereplő példa alapján az 542-es főkönyvi számra könyvelt

gyógyszerköltségek pénzforgalmi szempontból 8 536 0000 Ft-ot, üzemgazdasági szempontból 9 356 000 Ft-ot mutat.

Az 2014. január 1-jével hatályba lépő 4/2013 (I.11.) kormányrendelet által módosították az államháztartási számvitelt, ami teljes egészében megváltoztatta a könyvelést. Kétféle számvitel egymás melletti, egymásra épülve történő bevezetését írta elő, illetve egy egységes rovatrend alkalmazását tette kötelezővé.

„Az egyik a **költségvetési számvitel**,” amit a korábbi *pénzforgalmi számvitelnek* lehetne megfeleltetni, „amely a bevételi és kiadási előirányzatok alakulásának, a követelések, kötelezettségvállalások, más fizetési kötelezettségek, és ezek teljesítésének, továbbá a központi költségvetés Államháztartási törvény (Áht). 14. § (3) bekezdése szerinti fejezetéből kapott támogatások felhasználásának a valóságnak megfelelő, folyamatos, zárt rendszerű, áttekinthető nyilvántartását, és az éves költségvetési beszámoló ezekre vonatkozó részei megbízható és valós összképet mutató elkészítését biztosítja. A költségvetési számvitelben a 03–09. főkönyvi számlacsoportokban és a 00. Nyilvántartási ellenszámlákon kell könyvelni.”<sup>122</sup>

„A **pénzügyi számvitel**”, amit a korábbi *üzemgazdasági számvitelnek* lehetne megfeleltetni, „a vagyon és annak összetétele, a tevékenység eredménye valóságnak megfelelő, folyamatos, zárt rendszerű, áttekinthető nyilvántartását és az éves költségvetési beszámoló ezekre vonatkozó részei megbízható és valós összképet mutató elkészítését biztosítja. A pénzügyi számvitelben, az 1–9. számlaosztályokban és a 01., 02. számlacsoportokban kell könyvelni.”<sup>123</sup>

**Egységes rovatrend** szerint kell nyilvántartani a bevételi és kiadási előirányzatokat, a követeléseket, kötelezettségvállalásokat, más fizetési kötelezettségeket, valamint ezek teljesítését. Az egységes rovatrendet a 4/2013. (I. 11.) Kormányrendelet 15. melléklete tartalmazza. A rovatok között alábontásra lehetőség nincs<sup>124</sup>. (15. sz. melléklet)

A költségvetési könyvvizetés során a 05. és a 09. számlacsoportot az egységes rovatrend szerinti bontásban kell vezetni, valamennyi nyilvántartási számlát tovább kell bontani az alábbi szerint:

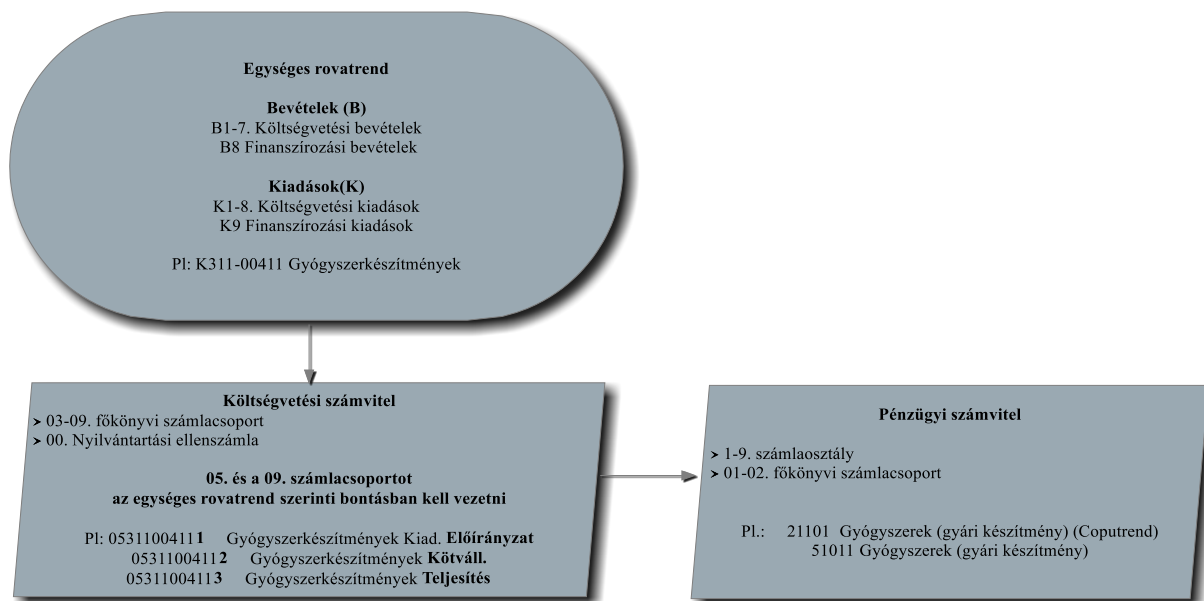
1. bevételi vagy kiadási előirányzatok nyilvántartási számlára,
2. követelések vagy kötelezettségvállalások, más fizetési kötelezettségek nyilvántartási számlára, és
3. teljesítés nyilvántartási számlára<sup>125</sup>.

<sup>122</sup> Egységes intézményi számlatükör 7. verzió 2017.01.30; 7. oldal

<sup>123</sup> Egységes intézményi számlatükör 7. verzió 2017.01.30; 7. oldal

<sup>124</sup> 4/2013. (I. 11.) Korm. 40. § (1)182

<sup>125</sup> 4/2013. (I. 11.) Korm. 41. § (1)187



18. ábra: Államháztartási számvitel

Forrás: saját szerkesztés

Minden egyes rovathoz csak egy darab előirányzati, kötelezettségvállalási és teljesítési számlaszám tartozik. Ez viszont nehézséget okoz az intézmény kötelezettségvállalási és controlling folyamataiban, mivel különböző keretgazdák, különböző kereteket használnak, illetve felelnek értük, amihez csak egy rovat tartozik. Ezt a problémát áthidalva a gazdasági rendszer egy külön adatbázisban lehetőséget biztosít az alábontásra, valamint a rovatokhoz hozzárendeli a pénzügyi számvitel (üzemgazdasági) megfelelő 2-es és 5-ös számlaszámait<sup>126</sup>.

A K311 rovat részletes teljes alábontását a *16.sz melléklet* tartalmazza. A részletes alábontás segíti a controlling elemzéseket, valamint a keretgazdák a hozzájuk tartozó beszerzői kereteket folyamatosan követni tudják, hogy az adott kerethez mennyi kötelezettségvállalás és teljesítés tartozik. Alábontás nélkül ezek az információk nem állnának rendelkezésre, ezért egyéb manuális analitikát kellene vezetniük a keretgazdáknak, ami komoly plusz munkát jelentene.

A korábban leírtak alapján a pénzforgalmi adatokat a költségvetési számvitelben, az üzemgazdasági adatokat a pénzügyi számvitelben kell leképezni.

Az egészségügyben általában az üzemgazdasági adatok a betegellátás időpontjához kötődnek, ezért a beteg ellátásánál felhasznált költségeket és az ellátásért két hónappal később kapott bevételt kell összevetni. A januárban ellátott beteghez felhasznált költségeket januárra, az ehhez az ellátáshoz tartozó márciusi bevételeket szintén januárra kell könyvelni. A 2014.

<sup>126</sup> Controlling szempontból a kórházaknál leggyakrabban használt gazdasági rendszer nem nyújt kellő támogatást, ezért a controlling kimutatások sok esetben Excelben kerülnek feldolgozásra.

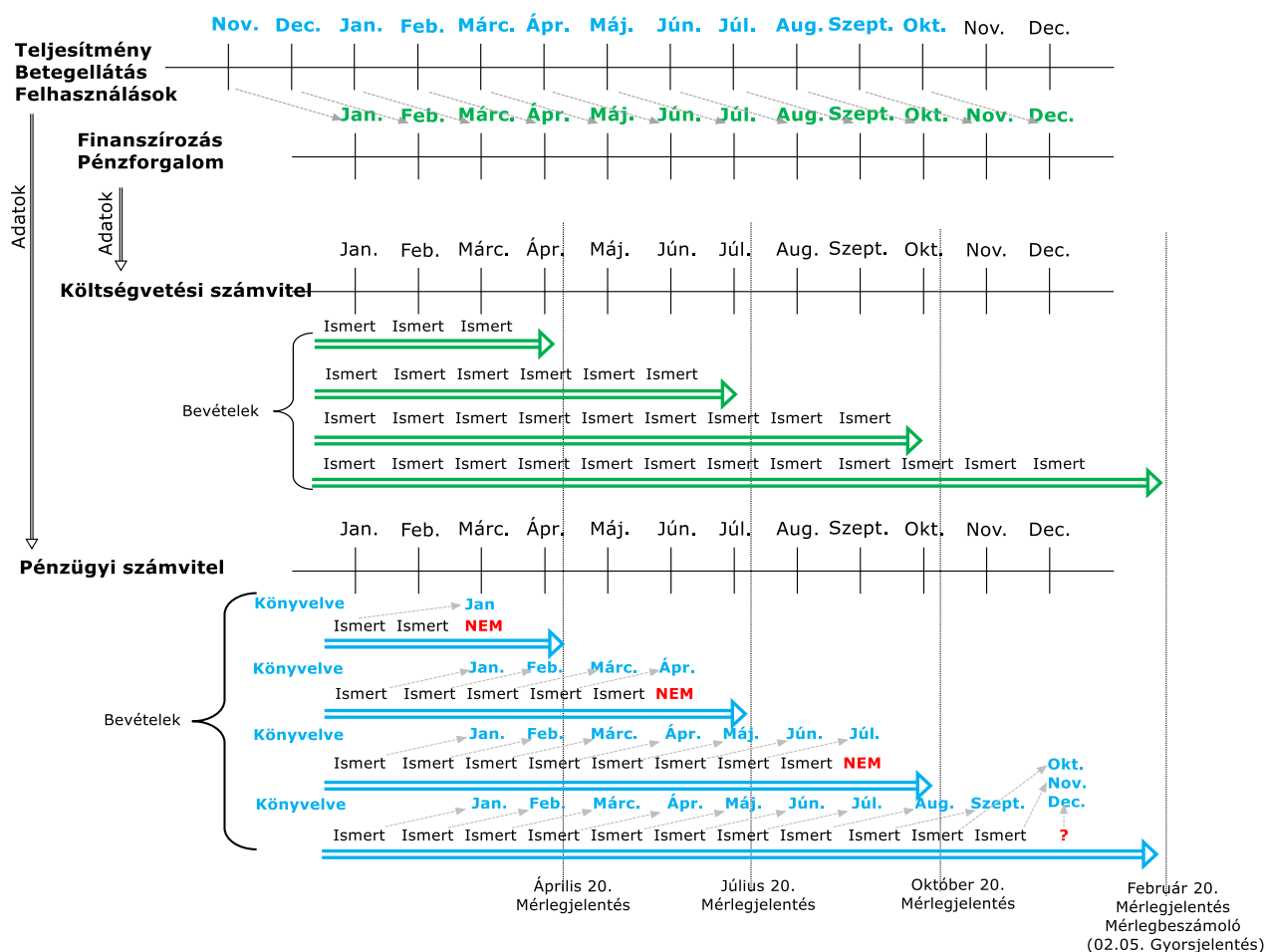
január 1-jével hatályba lépő 4/2013 (I.11.) kormányrendelet azt tartalmazta, hogy üzemgazdasági szempontból is csak pénzügyi teljesítéssel egyidejűleg lehetett a bevételeket nyilvántartásba venni. Az Áhsz. 43. § (13) bekezdés b) pontjának 2015. január 1-jétől történő módosításával viszont ezt részben módosították, hogy a B16. Egyéb működési célú támogatások bevételei államháztartáson belülről rovaton követelést kizárólag a pénzügyi teljesítéssel egyidejűleg lehet nyilvántartásba venni. A módosítás az év végi novemberi és decemberi teljesítményekre vonatkozik, miszerint az utánuk járó, januárban, februárban érkező OEP támogatások összege a mérlegkészítés időpontjáig (február 20.) ismertté válik, azt az előző év könyvelésébe a zárlati munkák során (fordulónapi dátummal) követelésként és eredményszemléletű bevételként fel kell venni. Ezzel a módosítással éves viszonylatban biztosítani lehet, hogy a pénzügyi számvitelben a tényleges éves üzemgazdasági bevétel szerepeljen. Havi szinten viszont továbbra is két havi csúszások vannak nyilvántartásba véve és az utolsó negyedévben 5 havi bevétel az első negyedévben 1 havi bevétel szerepel. Controlling szempontból ezek nélkülözhetetlen információk, mivel ezeket az eltéréseket megfelelően kell kezelni és az adatokat a valósághoz illő időpontban kell figyelembe venni. Információ és ismeret hiányában ezek a korrekciók nem történnek meg, így pontatlan lesz az adatszolgáltatás.

Természetesen a költségvetési bevétel teljesítését továbbra is a pénzforgalom időpontjában kell elszámolni, így az aktuális évben folyósított támogatás az előző évi költségvetési számviteli könyvelésben költségvetési bevétel teljesítéseként nem jelenhet meg<sup>127</sup>.

---

<sup>127</sup> A NEMZETGAZDASÁGI MINISZTERIUM TÁJÉKOZTATÓJA a 2015. évi éves költségvetési beszámoló összeállításával kapcsolatos egyes kérdésekről 10. pont.

A következő ábrán összefoglalom a leírtakat.



19. ábra: Költségvetési és pénzügyi számvitel

Forrás: saját szerkesztés

A legfelső idővonalon a betegellátás időpontjai szerepelnek, ahol a tényleges felhasználások, költségek és a teljesítmények jelentkeznek, illetve ahol a TVK korlátokat figyelik az elszámoláskor. Kék színnel jelöltem a finanszírozási év hónapjait (novembertől – októberig). Az alatta lévő idővonalon a pénzforgalmakat jelölöm, ahol a teljesítmények után megérkeznek a bevételek a bankszámlára (novemberi teljesítés, januári bevétel) illetve a költségek szempontjából, ahol kifizetésre kerülnek kötelezettségek. A két idővonal közötti szaggatott nyilakkal jelölöm a két hónapos finanszírozási csúszást. A költségek szempontjából egyértelműen nem lehet meghatározni, hogy a novemberben felhasznált vagy teljesített költségek pontosan mikor kerülnek kifizetésre. A fizetési határidők tág intervallumban mozognak. Általában 8-90 nap között váltakoznak, de az egészségügyben az anyag és gyógyszer viszonylatban a leggyakoribb a 60 nap.

A harmadik idővonalon a költségvetési számvitel időpontjait mutatom be. A könyveléshez szükséges adatok a finanszírozási és pénzforgalmi adatokból származnak. A törvény havi számbavételt nem ír elő, ezért negyedévente az időközi mérlegjelentés időpontjáig kell lekönyvelni az adatokat. A mérlegjelentést a negyedévet követő hónap 20-ig kell elkészíteni (április 20., július 20., október 20.), kivéve az utolsó negyedévet, ahol majdnem két hónap (február 05. gyorsjelentés, február 20. mérlegjelentés, mérlegbeszámoló) a határidő. A mérlegjelentés időpontjában a bevételek és a költségek is havi és osztályos bontásban is rendelkezésre állnak. Mivel minden adat általában tárgyhó 10-ig rendelkezésre áll, akár havi könyvelésre is lehetőség van, osztályos és intézményi bontásban is<sup>128</sup>.

Az utolsó idővonalon a pénzügyi számvitel időpontjait jelölöm. Az adatok itt a teljesítmények, betegellátás, felhasználás, üzemgazdasági adatokból erednek és általában a könyveléshez a naturáliákát a controlling biztosítja. Az adatokat szintén a mérlegjelentésig kell lekönyvelni. Mivel üzemgazdasági adatokat kell könyvelni, ezért elvileg januárban a januárban ellátott betegek után kapott bevételt és az ellátásukhoz felhasznált költségeket kellene lekönyvelni. Ennek ellenére év közben pénzforgalom szerint könyvelődnek a bevételek, amit időbeli elhatárolásokkal (lásd később) korrigálunk, de csak intézményi szinten, hogy az adott időszakban nagyságrendileg a tényleges bevételek szerepeljenek.

A két hónapos visszaigazolás/finanszírozás miatt a mérlegjelentés időpontjáig, minden negyedévben az utolsó egy hónap ismeretlen, csak a legutolsó negyedévben, a hosszabb határidő miatt (február 20.), lehetséges, hogy mindegyik bevétel pontosan ismertté válik, attól függően, hogy a határidő előtt hány nappal kezdi el a könyvelés összeállítani a mérleget. Ahogy a *Teljesítmény elszámolás a kórházakban* című fejezetben javasoltam, a visszaigazolási idő rövidítésével ez a probléma is megoldódna.

Költségek viszonylatában is a negyedévek utolsó hónapja az, ami várhatóan a mérlegjelentésig nem lesz teljes mértékben pontos. Ennek egyik oka a bérek egy hónapos csúszása, valamint a vásárolt egészségügyi szolgáltatások, ahol a megrendelések pillanatában a pontos költség nem ismert. Ennek indoka, hogy az elküldött minta esetén előre nem állapítható meg, hogy negatív vagy pozitív lesz-e a vizsgálat eredménye, ezért általában a kötelezettségvállalás az alapvizsgálatra szól, de ha az eredmény pozitív, akkor a protokollok alapján további vizsgálatra van szükség, ami magasabb költséget eredményez, ezért a pontos költségek csak a visszaérkezett eredmény, illetve számla után válik ismertté. Ezek a tételek több millió forintot is jelenthetnek. Tapasztalatom alapján sajnos sok esetben már a vizsgálat kérésről

---

<sup>128</sup> Menedzsmenti döntés függvénye. Controlling szempontból pontosabb havi elszámolás készíthető, negyedéves elszámolás esetén csak havi átlag kalkulálható.



sincs tudomásuk a gazdasági munkatársaknak, mivel az intézmény és az egészségügyi szolgáltatóval megkötött szerződés után a betegellátó osztályok direktben küldik a mintákat, illetve kérik a vizsgálatokat, ezért a gazdasági munkatársak csak az elszámoláskor, a számla megérkezéskor szereznek tudomást a pontos tételekről, költségekről.

A megrendelés szabályos menete az lenne szerintem, hogy a vizsgálatkéréseket a betegellátó osztályoknak a megrendelés előtt jelenteniük kellene a gazdasági munkatársaknak, hogy ezek alapján kötelezettségvállalásban lehessen rögzíteni, majd, ha az egészségügyi szolgáltatónak további vizsgálatot kell végeznie, akkor azt a vizsgálat megkezdése előtt vissza kellene jeleznie a megrendelő intézménynek, hogy módosítani tudja a megrendelőt, illetve a kötelezettségvállalást. Ez a folyamat viszont nagyon lelassítaná a munkamenetet, ami a betegellátás szempontjából nem biztos, hogy elfogadható, ezért általában intézményi szinten a korábbi adatok alapján egy összegben történik a kötelezettségvállalás, amit módosítanak a tényleges elszámolás alapján.

Ezekből következik, hogy ha csak a mérleg készítéséig ismert adatokat vesszük számba a pénzügyi számvitelben, akkor nem a pontos üzemgazdasági eredményt kapjuk, mivel bevételben és költségekben is nagymértékű eltérések lesznek a valósághoz képest. Korábban ezt az intézmények úgy oldották meg, hogy a negyedéves mérleg készítése után, amikor már minden információ ismert volt, módosították az adatokat, könyvelést. Így év végén az üzemgazdasági könyvelésben pontos adatok szerepeltek. Ezt a módosítás azért lehetett megtenni, mivel csak a pénzforgalmi könyvelés volt kötelező, az üzemgazdasági könyvelés a menedzsment igényétől függött. Az új számvitel kialakításával viszont ez már szabályosan nem kivitelezhető, ezért aktív és passzív időbeli elhatárolásokat kell alkalmaznunk, hogy az összemérés számviteli elvének megfeleljünk. Controlling kimutatásoknál ezeket figyelembe kell venni és ellenőrizni, majd korrigálni kell az adatokat. Könyvelés ismeret nélkül ezt szintén nem tudja megtenni a controller.

A törvény évenkénti időbeli elhatárolásokat ír elő. Az elhatárolásnál az adott időszak bevételeit és költségeit olyan arányban számoljuk el, ahogyan az a tárgyidőszak és az elszámolási időszak között megoszlik.

Két elhatárolást különböztetünk meg, az aktív és passzív időbeli elhatárolást.

Az **aktív időbeli elhatárolás** eredményt növelő tétel:

- *„költség-aktív elhatárolások:* ha a költség (ráfordítás) a tárgyidőszakban merül fel vagy kerül elszámolásra, de részben vagy egészben a következő időszakot terheli (például decemberben felmerülő költség januárt terheli),

- *bevétel-aktív elhatárolások*: a bevétel a következő időszakban jelenik meg, de részben vagy egészben a tárgyidőszakot illeti.”

A **passzív időbeli elhatárolás** eredményt csökkentő tétel:

- *„költség-passzív elhatárolások*: a költség (ráfordítás) a következő időszakban merül fel, de részben vagy egészben a tárgyidőszakot terheli (még nincs meg róla a bizonylat, de egy részét előrehozzuk a tárgyidőszakra),
- *bevétel-passzív elhatárolások*: a bevételt a tárgyidőszakban elszámoltuk, de az részben vagy egészben a következő időszakot illeti.” [Horváth, 2015 p. 9]

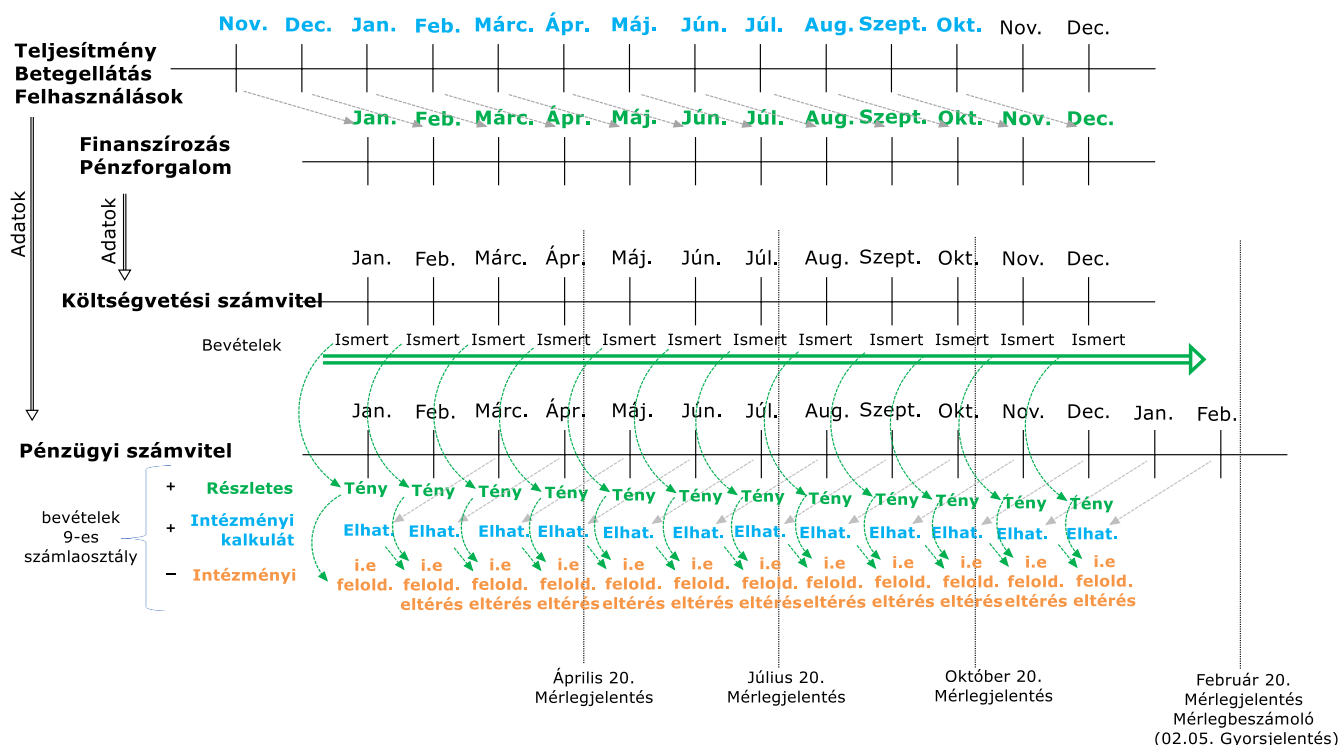
Az évente csak egyszeri időbeli elhatárolás azt eredményezné, hogy a negyedéves beszámolók nem a valóságnak megfelelő adatokat tartalmaznák. Ezért az ÁEEK az ÁEEK/16689/2015 iktatószámú levelében utasításba adta, hogy az OEP (NEAK) bevételeknél havonta kell alkalmazni időbeli elhatárolást az alábbiak szerint:

„A mérlegben az eredményszemléletű bevételek aktív időbeli elhatárolása (Áhsz. 13 § (8) bekezdés) között kell az olyan bevételeket kimutatni, amelyek csak a mérleg fordulónapja után esedékesek, de a mérleggel lezárt időszakra vonatkoznak. A jogszabályban foglalt előírások alapján az Intézményekben - a finanszírozás sajátosságai miatt - minden hónap végén 2 havi OEP bevétel elhatárolásnak kell szerepelnie a könyvekben (pl. szeptember hónap végén az október és november hónapban várható bevétel) a megbízható és valós kép biztosítása érdekében.

A képzett időbeli elhatárolást a tényleges teljesülés során, de legkésőbb az év eleji a nyitó rendező tételek elszámolása során fel kell oldani.”<sup>129</sup>

Időbeli elhatárolást nemcsak a bevételeknél, hanem a költségeknél is alkalmazni kell. A törvény szintén csak év végi elhatárolást ír elő, de ha következetesek szeretnénk lenni, akkor úgy, ahogy a bevételeknél elhatárolunk, a költségeknél is el kellene. Az intézmények a legnagyobb költségelemnél, a béreknél ezt meg is teszik, mivel ezt a 38/2013. (IX.19) NGM rendelet kötelezővé teszi.

<sup>129</sup> ÁEEK „OEP bevétel időbeli elhatárolása”-ról szóló 2015. szeptember 30. levele. Iktatószám ÁEEK/16689/2015.



20. ábra: Pénzügyi (üzemgazdasági) könyvelésnél alkalmazott időbeli elhatárolás

Forrás: saját szerkesztés

A fenti ábrán szemléltetem a pénzügyi számvitelnél alkalmazott időbeli elhatárolás könyvelését a bevételek viszonylatában. Minden hónapban a költségvetési (pénzforgalmi) számvitel könyvelésével egy időben és adattartalommal (tény pénzforgalmi adatok, részletes osztályos bontásban) kerülnek könyvelésre a bevételek a 9-es számlaosztályban. Ezen felül a controlling kalkulál egy várható bevételt az aktuális hónap jelentett teljesítményei alapján, amit intézményösszesen, egy összegben időbeli elhatárolásként könyvelünk, szintén a 9-es számlaosztályban. Így dupla összeg szerepel a számlaszámokon, ezért korrigálni kell ezt, amit az időbeli elhatárolások feloldásával lehet megtenni. A feloldások az előző időszak várható és tény bevételek különbségével korrigált költségvetési számvitel összegét tartalmazzák ellentétes könyveléssel, intézményösszesen, így éves viszonylatban az összintézményi üzemgazdasági bevételeket kapjuk, viszont osztályos bontásban valótlán adatokat tartalmaz a 9-es számlaosztály.

Ahhoz, hogy az egészségügyi intézmények fenntartója, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK), egységesen tudja kezelni az intézményeit, olyan számlatükör szabályozást alkotott meg, amely megfelel az érvényben lévő jogszabályoknak, törvényeknek és rendeleteknek, illetve maradéktalanul biztosítja az előírt költségvetési beszámolók teljesítését. Az ÁEEK először 2015-ben szabályozta az egységes számlarendet. Jelenleg a 2017. január 30-án kiadott 7. verziószámú „Egységes intézményi számlatükör” van érvényben.

Minden ÁEEK fenntartásában költségvetési szervként működő járó- és fekvőbeteg ellátó intézmény köteles a számviteli politikáját és számlarendjét az előírtaknak és a jogszabályoknak megfelelően módosítani, valamint minden közalkalmazotjának betartatnia, illetve alkalmaznia kell azt.

A gazdasági vezetőnek kell gondoskodnia arról, hogy az érintett munkavállalók a szabályozásban foglaltakat, illetve előírásokat naprakészen megismerjék, viszont a feladatok végrehajtásának irányításáért és ellenőrzéséért, a naprakész könyvelés helyességéért a fenntartott intézmény vezetője a felelős.

A szabályozás célja, hogy az ÁEEK fenntartása alá tartozó költségvetési intézmények számviteli gyakorlatát részletezze és szabályozza, amivel biztosítani tudja azokat a szükséges alapinformációkat, melyek a költségvetési beszámoló készítéséhez szükségesek. Elsődleges szempont volt a számlatükör összeállításánál, hogy a beszámolási kötelezettségnek megfeleljen, és a beszámoló által támasztott igényeket maradéktalanul kielégítse. Ennek elmulasztása esetén nem, vagy csak nagyon sok többletmunkával lehet a beszámolási kötelezettségnek eleget tenni, a beszámoló adatigényét kielégíteni.

Az egységes számlarend előírásának megfelelően alakította ki az ÁEEK az egyes számlaosztályokra vonatkozóan az egységes számlarendet, mely az alábbiakban felsoroltakat tartalmazza:

- „a kötelezően előírt számla számjelét és megnevezését;
- a számla tartalmát (ha az a számla megnevezéséből egyértelműen nem következik);
- az egyes főkönyvi számlák más számlákkal való kapcsolatát;
- a főkönyvi számla és az analitikus nyilvántartás kapcsolatát;
- a havi, negyedéves és év végi zárlati feladatokat,<sup>130</sup>

Az egyes számlaszámokat a szabályzat különböző minősítéssel látta el, ami a használatukra vonatkozik. A számlák használatának változatai:

„*Rendeletben kötelező*” – olyan számla, amit a 4/2013. Korm. rendelet szabályoz, így használata a rendelet erejénél fogva kötelező;

„*Kötelező*” – az ÁEEK által elrendelve kötelező módon alkalmazandó számla;

„*Opcionálisan kötelező*” - az ÁEEK által elrendelve kötelező módon alkalmazandó számla, ha van olyan gazdasági esemény, (költségnem, bevétel, funkció) amit az adott számlára kell könyvelni;

<sup>130</sup> Egységes intézményi számlatükör 7. verzió 2017.01.30 4. oldal.

„*Opcionális*” – Az ÁEEK által javasolt számla. Ennek a használatáról az intézmény szabadon dönt.

„*További opcionális számlák*” – Az intézmény saját döntése alapján, tetszőlegesen alkalmazhat további, a dokumentumban nem szereplő számlákat. Ezek számlaszámának képzésénél azonban be kell tartani az arra vonatkozó szabályokat.

„*Összefokozati számlák*” – Az előzőek közül bármelyik lehet összefokozati számla. Ezeket ennek megfelelően kell paraméterezni, ilyen számlákra könyvelni tilos.

A költség helyi hatos számlák felosztásáról, a vetítési alapokról és a felosztás módjáról, az intézmények saját számlarendjükben kell rendelkezni az aktuális controlling módszertanban leírtak figyelembevételével.

A főkönyvi könyvelésnek és az analitikus nyilvántartásoknak szoros kapcsolatban kell lenniük, és a kettő között az értékadatok számszerű egyeztetésének lehetőségét biztosítani kell.

Ahogy a számviteli törvény is meghatározza, ez a szabályzat is előírja, hogy a számlatükör kialakításánál gondoskodni kell világosságáról és a következetesség elvének betartásáról, valamint az esetleges későbbi bővítési lehetőségek megteremtéséről, továbbá gondolni kell az ellenőrzéshez szükséges adatok biztosítására, különösen az adók, az adóalapok, az üzleti évet vagy más időszakot érintő ráfordítások nyereség- és veszteségtételeinek pontos kimutatására.

Az ÁEEK fenntartású intézményeknek saját maguknak kell kialakítaniuk a számlatükörüket, illetve az egyéni számlarendjüket az egységes számlatükör szabályozás előírásait követve.

A gazdasági események könyvelése során figyelembe kell venni az ÁEEK fenntartású költségvetési szervezeteknek az alábbi szabályozásaikat:

- a) számviteli politika;
- b) az eszközök és források értékelése;
- c) a pénz- és értékkezelés;
- d) önköltség-számítás;
- e) az eszközök és források leltározása és leltárkészítése;
- f) a felesleges vagyontárgyak hasznosítása és selejtezése;
- g) a kötelezettségvállalás és utalványozás rendje.

A gazdasági eseményt csak szabályszerűen kiállított bizonylatok alapján, érvényesítés, utalványozás, ellenjegyzés, teljesítés-igazolás megléte esetén lehet könyvelni, utalni.

A gazdasági események folyamatos könyvelése segítségével évközben is naprakészen kell vezetni a bevételi és kiadási előirányzatok, valamint a folyó évi bevételi és kiadási előirányzatok teljesítésének elszámolására szolgáló főkönyvi számlákat és kötelezettségvállalási számlákat is. Definíciókat és rövid kivonatot a *17.sz mellékletben* helyeztem el.

Összességében 2071 darab számlaszám került definiálásra, amiből 800 darab nyilvántartási számla, és 1271 darab pénzügyi számvitel számlaszámai. Az alábbi táblázat mutatja, hogy számla osztályonként hány darab, és milyen minősítésű számlaszámokat definiáltak.

16. táblázat: Számlaszámok számlaosztályok és minősítésük szerinti csoportosítása

Számlaosztályok	Kötelező	Kötelező (összefokozati)	Opcionális	Opcionális, összefokozati	Opcionálisan kötelező	Opcionálisan kötelező, összefokozati	Rendelemben kötelező	Rendelemben kötelező (összefokozati)	Végösszeg
1. számlaosztály			1				70	25	96
2. számlaosztály	21	1			2		26	9	59
3. számlaosztály	2		81				95	35	213
4. számlaosztály			33				35	8	76
5. számlaosztály	55		93		36		3	9	196
6. számlaosztály	28	12	183	1	25	1			250
7. számlaosztály			40		110			1	151
8. számlaosztály	5		15		8		26	9	63
9. számlaosztály			29		107		22	9	167
<b>Végösszeg</b>	<b>111</b>	<b>13</b>	<b>475</b>	<b>1</b>	<b>288</b>	<b>1</b>	<b>277</b>	<b>105</b>	<b>1271</b>

Forrás: saját szerkesztés az Egységes intézményi számlatükör 7. verzió alapján

Az intézményeknek ezen felül további alábontásra van szükségük, hogy a controlling adatszolgáltatásokat megfelelően el tudják végezni, ezért a Soproni Erzsébet Oktató Kórház 2017-ben közel 3500 főkönyvi számot használ a könyveléshez.

A felállított hipotézisem alapján az alábbi következtetésre jutottam:

**H3/2 Az egységes intézményi számlatükör bevezetése segíti az osztályos controlling tevékenységet.**

Az egységes számlarend fő célja, hogy az intézmények egységes gazdálkodást, könyvelést működtessenek, ezáltal a tevékenységük egyszerűbben összehasonlíthatóvá, átláthatóvá válik, megkönnyítve a Benchmark feldolgozást is. Az egészségügyben dolgozó gazdasági szakemberek, controllerek évtizedek óta küzdöttek azon, hogy egységes struktúrába rendezzék az adatokat, hogy az intézmények működéséről egységes képet kapjanak.

A hipotézisem csak részben igaz, mivel a bevételek viszonylatában osztályos szinten az adatok pontatlanok, ezért a controlling kézikönyv módszertana se a főkönyv adataival dolgozik, hanem naturáliákból, azaz a tényleges pénzforgalomból és a visszaigazolt teljesítményekből számolja az osztályos bevételeket.

A költségek szempontjából negyedéves osztályos bontásban pontosak az adatok (havi szinten lehetnek eltérések), ezért az osztályos controllingnak megfelelő alapot biztosít.

A controlling szempontjából kiemelkedően fontos az egységes számlarend és az új államháztartási számvitel, mivel megfelelő keretet biztosít az intézmény menedzsment igényeinek megfelelő vezető orientált pénzforgalmi és üzemgazdasági számvitel kialakítására. Ezáltal a controlling számára a pénzforgalmi és üzemgazdasági adatok a számvitelből megfelelő időben, gyorsan és viszonylag egyszerűen lekérdezhetők és feldolgozhatók, ami gyorsítja a döntések előkészítését, illetve a menedzsment információval való ellátását.

Korábban az üzemgazdasági könyvelés nem volt kötelező, ezáltal vezetői döntéstől függött annak működtetése. A jelenlegi törvényi szabályozás hiányában sok esetben pontatlan, hiányos adatokat tartalmaztak<sup>131</sup> és nem megfelelő időben készültek el. Ez nehezítette a controlling tevékenységeket, mivel folyamatos ellenőrzéseket és javításokat, korrekciókat kellett végezni az adatokon.

## **5.6 Likviditás controlling**

A likviditás controllingnak az alapvető feladata, hogy teljes körű, naprakész, hiteles adatokkal lássa el a menedzsmentet a rövidtávú (egy éven belüli) pénzügyi helyzetről, mind a bevételek, mind a kiadások szempontjából. Alapvető célja viszont az intézmény likviditásának biztosítása, a biztonságos működést biztosító költségszint mellett, ezért a likviditás tervezése során mindenképpen érvényre kell juttatni a gördülő tervezés elvét. Eszerint az intézménynek mindig

---

<sup>131</sup> Az akkori számviteli törvénynek megfelelek, de a vezetőorientáltságnak nem minden esetben.

legalább 12 havi tervvel kell rendelkeznie, annak érdekében, hogy a likviditási kötelezettségeinek eleget tudjon tenni, illetve a likvid egyensúly megbomlása esetén időben megfelelő intézkedést tudjon tenni annak elkerülése érdekében, illetve hogy korrekt piaci magatartást tudjon mutatni azzal, hogy időben értesíteni tudja a piaci parteret az átmeneti fizetési képtelenségről. [Baranyai, 2006]

A likvid terv havi bontásban készül az intézmény által meghatározott részletezettségben (célszerű minimum rovatszintű bontásban). A nyitó és záró pénzeszközök gördülő technikával terveződnek, tehát az előző hónap záró pénzeszköze megegyezik a következő hónap nyitó pénzeszközével.

### **5.6.1 A likviditás controlling gyakorlati működtetése**

A továbbiakban egy általam javasolt gyakorlati megvalósítást és annak általam javasolt menedzselését részletezem. Véleményem szerint a likviditás controllingja akkor működik a leghatékonyabban, ha biztosítja a kiinduló állapot, majd a módosítások és tény összevetésének lehetőségét és 12 hónapos gördülő tervezéssel működik. A gyakorlatban sokszor ezen tényezők valamelyike hiányzik vagy hiányos.

Első lépés, egy megfelelően pontos teljesítmény- bevétel prognosztizálása, amit az idő előrehaladtával folyamatosan aktualizálni kell. Sajnos a kiinduló terv készítésekor (október) a TVK-k még nem ismertek. Legjobb esetben is csak a finanszírozási év első három hónapjának (november-január) TVK-ját közlik az intézményekkel. Az éves TVK-t viszont csak január, február környékén közlik az intézményekkel, ezért a kiindulási alap az előző év TVK-ja.

Az üzemgazdasági teljesítmények megtervezésénél a betegellátás összetétele a mérvadó, hogy mi változott az előző időszakhoz képest. Mennyi a TVK mentes, egyezményes ellátás, a várólista csökkentésre fordított HBCS, milyen ágykihasználtság (krónikus, rehabilitáció) várható...stb. a finanszírozási (november-október) évben. Ezt követően kerül meghatározásra, hogy a teljesítmények milyen alapidjakkal finanszírozódnak, mennyi és milyen fixdíjak, illetve egyéb kassza és intézményi bevétel várható. Ezen adatok alapján meghatározhatók a pénzforgalmi bevételek. (18.sz. melléklet)

A következő lépés, hogy a keretgazdák, az ismereteik alapján megtervezik havi bontásban a hozzájuk tartozó költségeket. Ezekből az adatokból a controlling elkészíti a kiinduló likvid tervet, amit 0-ás verzióknak is szoktunk nevezni. Általában ez nagyon magas deficitet tartalmaz, ezért a menedzsmenttel egyeztetve meg kell határozni a reális célokat, likvid sarokszámokat és ehhez alakítani a bevételeket és kiadásokat. A kórházak bevételei felülről



zártak a TVK miatt, ezért meg kell találni azt az ideális betegösszetételt<sup>132</sup>, amivel a TVK-t teljesíteni lehet. Nem mindegy, hogy 1 HBCs-t 20 000 Ft-os vagy 150 000 Ft-os változó költséggel lehet „megtermelni”.

A jelenlegi kórházi finanszírozási környezetben elfogadható a „menedzselt” likviditás, ami azt jelenti, hogy a likviditási kockázatok kezelhetők, mivel azonnal lehet reagálni a likviditási stresszhelyzetekben.

Az egészségügyben a szállítói tartozások kifizetésének halasztása<sup>133</sup> a forgóhitelek szerepét tölti be, ami már a normál gazdálkodás részévé vált. Ez a vállalkezési szférában is létezik, amit a rövidtávú, nem banki eszközök között szerepeltetnek, amit szállítói hitelezésnek neveznek.

A menedzsment feladata, hogy eldöntse, hogy igénybe veszi-e a szállítói hitelezést az állami feladatok megfelelő színvonalú ellátására, mivel a lejárt szállítói tartozások az államháztartási szabályozás szerint fedezetlen kötelezettségvállalásnak minősül. 368/2011. (XII. 31.) az államháztartásról szóló törvény végrehajtásáról című kormányrendelet alapján kötelezettséget csak az előirányzat terhére lehet vállalni.

Természetesen a szállítói hitelezésnek is vannak íratlan szabályai. Véleményem és tapasztalatom szerint a kórház méretéhez és az ellátott feladat, finanszírozáshoz képest, átlagosan maximum egyhavi dologi kiadások összegét érheti el, amely nem tartalmazhat 60 napon túli lejárt szállítói tartozást. Szállítói finanszírozás szükség szerint alkalmazható, de csak azzal a feltétellel, ha az intézmény hatékony gazdálkodás keretében használja fel. Fontos megjegyezni, hogy a szállítói finanszírozás, csak megfelelő kommunikáció és korrekt piaci magatartás mellett lehetséges, mindkét fél beleegyezésével. Az egyoldalúan, a számlák nem határidőben történt kifizetése nem minősül szállítói finanszírozásnak.

A kórházak likviditási stresszhelyzet kezelésének egy hatékony és bevált eszköze a szállító hitelezése, de nem megfelelő kommunikáció esetén kényes és kellemetlen szituációk alakulhatnak ki.

A 19.sz mellékletben néhány, a vállalkezési szférában elfogadott és a kórházaknál is alkalmazható likviditási mutatószámot mutatok be, melyek segítik értékelni a tényadatokat és elemzik az intézmény helyzetét. Meglátásom szerint lehet képezni jóval több mutatószámot és indikátort, de tapasztalatom szerint a kórházakban elsősorban ezek a legfontosabbak.

<sup>132</sup> A teljesítmény controlling menedzselsi.

<sup>133</sup> Általában pár hónap, de a végső cél az évvégi konszolidációig történő elhúzás.

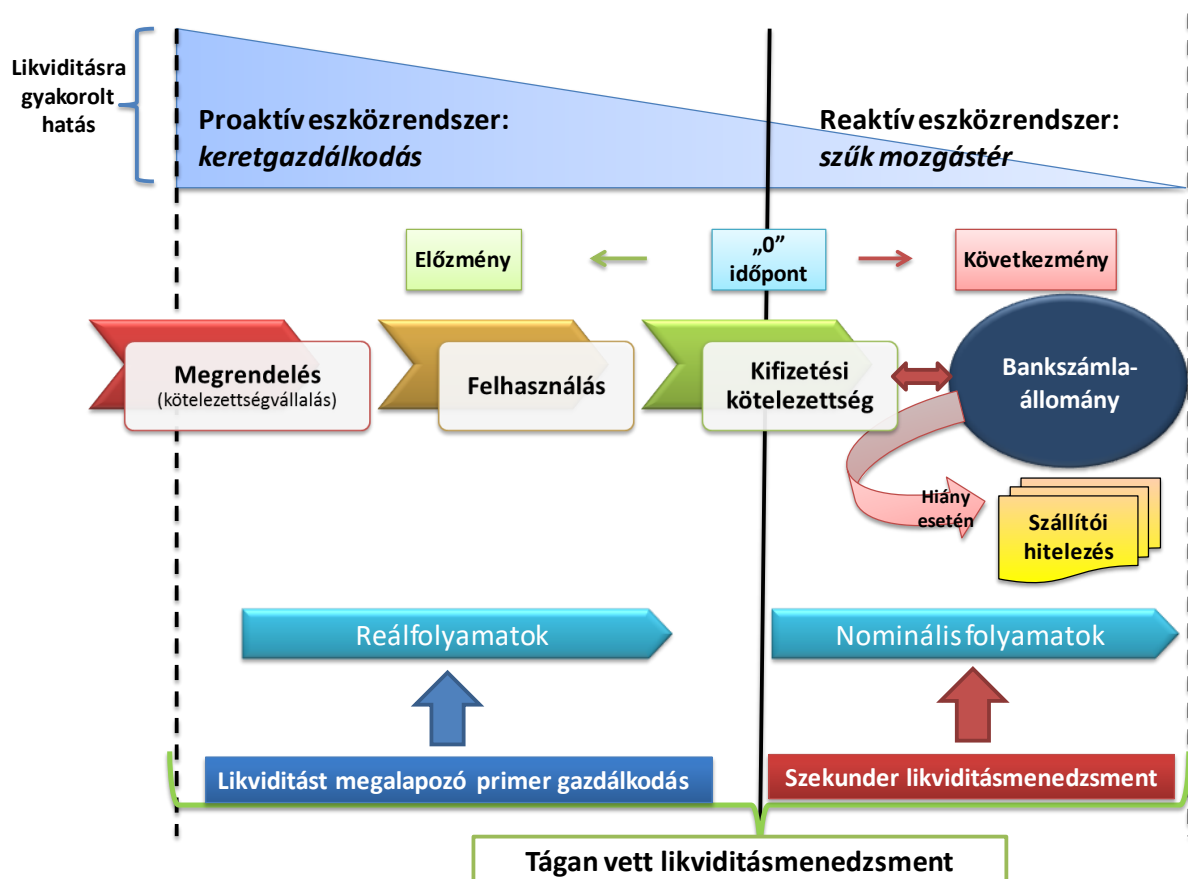
## 5.6.2 Likviditás menedzselése

A likviditás terv-tény adatok ismeretében két féle folyamat lehetséges. Az egyik változat, ha az eredeti likvid terv nem kerül módosításra, csak a tényadatokat rögzítjük. A másik variáció, ha a tényadatok alapján prognosztizáljuk a várható helyzetet és ezek alapján módosítjuk a tervet. Fontos megjegyezni, hogy a kiinduló tervet célszerű megtartani, hogy későbbi elemzésekre fel lehessen használni. Ezt hívják terv befagyasztásnak.

A likvid terv módosítása is kétféleképpen történhet. Feltételezve, hogy csak egyszeri tényidőszaki hatásról van szó, így a pozitív és negatív eseményeket csak egyszeri időszaki hatásként vesszük figyelembe, és nem számolunk a tendenciákból származó halmazati hatásokkal, ezért a hátralevő időszakra csak görgetjük a tényidőszaki hatásokat.

A másik lehetőség, ha a tényidőszaki hatásokat prognosztizáljuk a jövőre is és a terveket ennek alapján módosítjuk.

Az alábbi ábra összefoglalja a likviditás menedzselésének kiterjedését, fázisait, eszközszerét.



21. ábra: Likviditás menedzselése a kórházakban

Forrás: (Ivány – Répási, 2013)

Az ábrán jól látszik, hogy tágabb értelemben a likviditás menedzselése a keretgazdálkodással kezdődik. Alapvetően már itt eldőlt a likviditás alakulása, ezért ezt követően a szűken vett likviditás menedzsmet technikákkal már csak korlátozottan lehet befolyásolni. A „0” időpont előtti rész az előzmény, ahol hatást tudunk gyakorolni a likviditásra. Ezek a likviditást megalapozó primer gazdálkodás folyamatai, a megrendelés és a felhasználás. Controlling szempontból ehhez kapcsolódik a felhasználói és a beszerzői kertgazdálkodás. A „0” időpont utáni rész a következmény, ahol már csak szűk mozgástér van a likviditás menedzselésére. Ezek a folyamatok a szekunder likviditás folyamatai. Ilyen például a szállítói hitelezés vagy a bankszámlaállomány minimál szintre csökkentése.

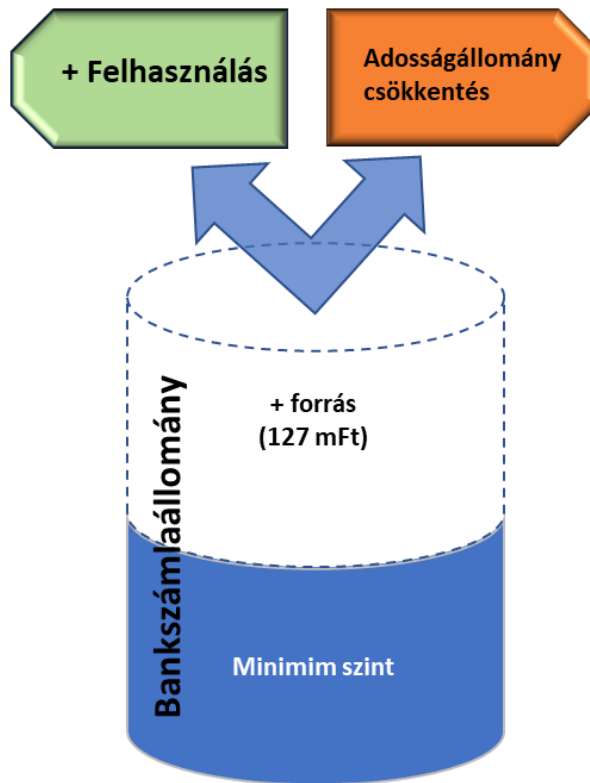
Egyértelműen megállapítható, hogy stabil likviditási eredményt csakis tudatos gazdálkodással lehet elérni. Ennek egyik legfontosabb eszköze a keretgazdálkodás. (Lásd: Keretgazdálkodás fejezet).

A likviditásra rövid- és hosszútávú intézkedésekkel is lehet hatást gyakorolni. A hosszútávú intézkedéseket általában stratégiai terv és döntés előzi meg, ami az intézmény reálfolyamatait érinti és gyakran struktúra-módosítással jár. A likviditás szempontjából a stratégia egyik legfontosabb feladata, hogy a lehetőségek maximális kihasználásával, meghatározásra kerüljön a legideálisabb üzemeltetési forma, a finanszírozás és TVK hatása miatt szükséges ellátások és betegösszetételek definiálásával.

A rövidtávú intézkedések a mindennapi pénzügyi folyamatokat érintik. Ezek nincsenek hatással az aktuális intézményi struktúrára és gazdálkodásra, hanem csak operatív likvid eszközöket alkalmaznak, ezért csak átmenetileg és bizonyos korlátok között javítják a likvid stresszhelyzetet.

Rövidtávú intézkedések:

- fizetési határidők hosszabbítása,  
Likviditás javulást eredményezhet, ha a fizetési határidőket például plusz egy hónappal kitoljuk. Ez intézménytől függően több 10 millió forintot is jelenthet.
- bankszámlaállomány minimum szintre történő engedése,  
Ehhez előzetes elemzés szükséges, ami alapján megállapítható, hogy mi az a napi és havi minimum bankszámlaállomány, ami még biztonságos tartalékot jelent.



22. ábra: Bankszámlaállomány minimum szintre történő engedése

Forrás: saját szerkesztés (Ivány – Répási, 2013) forrás alapján.



23. ábra: A Soproni Erzsébet Oktató Kórház Napi átlag bankszámlaállomány alakulása

2017. július – december

Forrás: saját szerkesztés, a részletes adatokat a 20.sz melléklet tartalmazza.

Az ábrán szereplő példa szerint a 6 havi minimumszint átlaga 177 mFt. A féléves adatok alapján megállapítható, hogy 50 mFt-os minimumszint még biztosítja a biztonságos működést. A minimum szintre történő engedés egy egyszeri 127 mFt-os szállítói állomány csökkentést eredményez. Így, ha az adósság állomány egy korábbi időszakról görgetett adósság, akkor egy ilyen intézkedés akár tartós javulást is eredményezhet. Sajnos, mivel az intézmény folyamatos hiánnyal gazdálkodik, ez az eszköz csak átmenti javulást eredményez.

- nem rendszeres kifizetések csúsztatása,  
Likviditási mozgásteret jelenthet, ha a nem rendszeres kifizetéseket halasztjuk egy hónappal.
- számlamenedzsment,
  - átlagos fizetési határidő megállapítása
  - a lejáratot követő átlagos fizetési nap beállítása
  - számlakezelés szabályozása (iktatás, teljesítésigazolás)
  - napi utalás összegének ütemezése
- pályázati források likviditást segítő hatása,  
Pályázati forrásokat likviditási problémák kezelésére csak nagyon körültekintő módon lehet használni. Előre meg kell határozni, hogy milyen bevételi forrásból lehet visszapótolni. Ezt hívják forráscserének.  
A pályázati finanszírozás lehet elő- vagy utófinanszírozott. Értelemszerűen az előfinanszírozás esetén alkalmazható a forráscsere, ami likviditás javító, míg az utófinanszírozás likviditás rontó hatású.

A veszteséggel működő intézmények esetén a felsorolt intézkedések és technikák alkalmazása rendszeres. A menedzsment döntése, hogy mikor melyik intézkedéssel próbálják az aktuális likviditási helyzetet javítani. Sajnos ezek az intézkedések és technikák általában csak átmeneti javulást eredményeznek, végleges megoldást leggyakrabban csak struktúra-módosítással lehet biztosítani. A controller számára viszont ezen technikák alapos ismerete rendkívül fontos, hiszen a menedzsmenti döntések előkészítésében kiemelt szerepet játszanak.

### 5.6.3 A likviditás terv modelljének felépítése

Ahogy már az előzőekben leírtam, a tervet gördülő tervezéssel 12 hónapra előre készítjük. Célszerű dinamikus likviditási tervet készíteni, ami biztosítja, hogy a tényadatok alapján a

hátralévő időszak terveit is lehessen módosítani. A tervezésnek viszont tartalmaznia kell a kiinduló tervadatokat is, amely lehetőséget ad az eredeti terv-tény eltérés elemzésre.

A táblázatnak minimum tartalmaznia kell az eredeti, módosított tervet és a tényadatokat. Ezeken felül érdemes eredeti terv-tény, módosított terv-tény eltéréseket is feltüntetni. Nem biztos, hogy az áttekinthetőség miatt célszerű egy táblázatban szerepeltetni az összes adatot. Tapasztalatom szerint 1 hónapra vonatkozóan max. 3 adat még kezelhető, ezért 3 db táblában javasolt kezelni az adatokat, melyek a következők:

- 1. táblázat, Eredeti terv – Módosított terv – Tény
- 2. táblázat, Eredeti terv – Tény – Eltérés
- 3. táblázat, Módosított terv – Tény – Eltérés

Megfelelő paraméterezéssel megoldható, hogy egy adatot csak egy helyen kelljen rögzíteni, így a rögzítés után azonnal rendelkezésre áll mind a három tábla. A *3. sz függelékben* lévő táblázat az általam kidolgozott séma modellt mutatja be.

A fő táblázat, ahova az adatokat rögzítjük, az Eredeti terv-Módosított terv-Tény táblázat. A másik két táblázatot külön Excel munkafüzeten („fülön”) javasolt létrehozni, hivatkozással és képletezéssel. A kiinduló terv készítésekor érdemes az év eleji nyitó pénzkészletet nullára állítani, hogy az előző időszak hatása ne zavarja az aktuális év tervezését, majd a terv elkészülte után opcionális, hogy az eredeti tervben is módosítjuk-e a nyitó pénzkészletet, vagy csak a módosított tervben, vagy csak a tényben. A januári nyitó hónapnál nem szerepel módosított terv, mivel itt még nincs tényadatunk, ami alapján a tervet aktualizálni lehetne. A tervezést érdemes intézményi rovatszintű bontásban elkészíteni (*21.sz melléklet*), valamint az egy vezetés alá tartozó részeket összerendeli, hogy a keretgazdák viszonylatában is tartalmazzon információkat.

A táblázat első része tartalmazza az intézményre vonatkozó összes bevételt, majd ezt követően kerülnek felsorolásra a költségek. Több ok miatt is érdemes a bérjellegű költségekkel kezdeni, mivel nominálisan és százalékosan is ez a legnagyobb költséghányad, valamint a képletezés szempontjából is egyszerűbb így a táblázat kezelése.

A költségek után az igény szerinti összesítő sorok következnek. Javasolt minimum két összesítést alkalmazni a dologi (bérjellegű költség nélküli összesítés) és az összes kiadásra.

Az egyenleg a nyitó pénzeszköz és a bevétel összegéből levont összköltség eredménye. Az aktuális egyenleg megegyezik a következő időszak nyitó pénzkészletével. A havi összesítéseken felül javasolt a soronkénti éves összesítés is, melynél a nyitó pénzeszköz megegyezik az év eleji (januári) pénzeszközzel, az egyenlege pedig az utolsó hónap (december) egyenlegével.

A táblázat alján, a tényadatok oszlopában érdemes néhány kiegészítő információt megjeleníteni, mint például a teljes, a lejárt és az átütemezett szállítói állományokat.

## 5.7 Teljesítmény controlling

A hatékony működés egyik eszköze a teljesítmény controlling, ami a kórházak esetében a betegellátás tervezését, menedzselését és ellenőrzését jelenti. Teljesítmény menedzselése nélkül az intézmény komoly bevételtől eshet el. A bonyolult finanszírozási szabályok miatt egy megfelelően kiépített és menedzselt rendszer mind bevétel, mind költség oldalon komoly segítséget jelent.

A németpontok és az ápolási napok naprakész monitorozása nem okoz problémát, mivel minden orvosszakmai rendszerből könnyen lekérdezhetők. A HBCs súlyszámokat viszont csak előbesorolás után lehet meghatározni (lásd: *Fekvőbeteg finanszírozás*). Napi előbesorolás a haszon-ráfordítás elve alapján nem javasolt, de minimálisan hetente kétszer szükséges. A teljesítmény controlling nem csak az adatok lekérdezését jelenti, hanem indikátorok és összehasonlító adatok megjelenítését, továbbá szervezési feladatokat is igényel. A beszámoló úgy kell elkészíteni, hogy a menedzsmentnek és az operatív vezetőknek is megfelelő információt biztosítson, ezért a menedzsment számára összesítőt, az operatív vezetőknek részletesebb adatokat kell szolgáltatni.

A gyakorlati tapasztalatom szerint a hétfő és csütörtök a legmegfelelőbb időpontok a jelentések elkészítésére. A hétfői jelentés azért fontos, hogy a hétvégén történt eseményekről azonnal információt szolgáltatasson és a heti feladatokat meg lehessen tervezni. A csütörtöki jelentésnek viszont azért van jelentősége, hogy a heti teljesítés alakulását látni lehessen maradjon még idő a korrigálásra, és fel tudjanak készülni az osztályok a hétfői betegellátásra is.

A teljesítmény adatok bontását három tényező határozza meg:

- OEP (NEAK) finanszírozási kódok,  
A szabályozó környezet miatt fontos, hogy az OEP (NEAK) kód bontásban az egyes finanszírozási egységeken mekkora teljesítmény látható, illetve van-e teljesítmény az adott részlegen.
- betegellátó osztályok működési struktúrája,  
Lehetséges, hogy egy finanszírozási egység több ápolási egységre van bontva, esetleg más az egységvezető, ezért ezeket a területeket is el kell látni információval.

- keretek, igénylések és kiadások működési struktúrája.

Különböző betegcsoportokra eltérő kereteket határozunk meg, ezekhez teljesítményeket kell rendelni. Egy szervezeti egységen belül két különböző igénylési hely eltérő összetételben (pl. férfi, női részleg).

A táblázatok a fentiek alapján meghatározott bontásban, véleményem és szakmai tapasztalatom alapján, minimálisan a *22. sz melléklet* szerinti adatokat kell, hogy tartalmazzák. Az általam javasolt fekvő jelentés példatáblát a *4.sz függelék* tartalmazza.

A felsorolt adatokon kívül kívánatos a szervezeti egységek teljesítményeinél megjeleníteni, hogy az aktuális teljesítményükből mennyi a TVK-n felüli teljesítés, illetve külön táblázatban azokat az betegellátásokat, amiket külön szeretnénk figyelni, vagy melyeknél esetleg külön dinamikus teljesítményhez kötött keretet szeretnénk alkalmazni. Ilyen területek például a nagy költségű beavatkozások (protézis, szemlencse...stb.), illetve az eltérő finanszírozású ellátások (pl: egynapos ellátás).

A menedzsment számára készülő kimutatást szükséges az igényeiknek megfelelően szűkíteni és néhány fontosabb adattal kiegészíteni. Ami feltétlenül elengedhetetlen számukra, az a havi terv, időarányos terv, ágykihasználtság, esetszám, CMI index, tényteljesítés, valamint a teljesítés százaléka. Kiegészítő információkat kell adni arra vonatkozóan, hogy a szerződött havi TVK-hoz képest, hogy áll az intézmény, ezért a teljesítményt korrigálni kell a TVK-n felüli, igény esetén az egynapos és az egyezményes ellátással. Az általam használt táblázat, igény szerint, csak a TVK-n felüli és az egynapos ellátással van korrigálva. (*4.sz függelék*)

A fekvő jelentés tartalmazza még a krónikus és rehabilitációs egységek ágykihasználtságait is.

A járó teljesítményeket a jelentésben szintén a korábban leírt három tényező alapján kell bontani és a *22. sz melléklet* szerinti adatokat kell, hogy tartalmazzák. Az általam javasolt járó jelentés példatáblát a *4.sz függelék* tartalmazza.

A jelentés elkészítésén kívül szervezési és vezérlési feladatai is vannak a teljesítmény controllingnak. Minden hónap közepétől, de legkésőbb 20.-tól kezdve folyamatos kapcsolatot kell tartani a betegellátó egységekkel, hogy milyen előjegyzéssel rendelkeznek, tudják-e teljesíteni a tervet. Ha nem, akkor a controlling kalkulálja az egységek által megadott előjegyzésesek, az aktuális CMI index és a várható sürgős esetek alapján a hó végi várható teljesítés elmaradást. Az várható elmaradt teljesítmények szétosztásra kerülnek azon egységek között, akik képesek többletteljesítésre. Ha azonban úgy látszik, hogy túlteljesítés várható, akkor



az előjegyzési lehetőségeket szűkíteni kell, illetve a fekvőbeteg ellátásban a hó végi fekvő távoztatásokat a teljesítményeknek megfelelően szükséges menedzselni.

Összességében megállapítható, hogy a kórházak hatékony működésének alapját a teljesítmény controlling biztosítja, mivel a kórház működésének szinte valamennyi területét érinti. A széleskörű használat miatt biztosítani kell a felsővezetők és az operatív vezetők számára szükséges információkat is. Ezért a rendszert egy szűkebb és egy bővebb adattartalommal is működtetni kell. Controlling szempontból ez nem két egymástól elváló különböző rendszer, hanem csak az adatok megjelenítésében tér el, tehát a controllernek kell biztosítania, hogy mindenki csak azt lássa, ami számára fontos.

## 5.8 Keretgazdálkodás

A keretgazdálkodás kiindulópontja a bevétel, amit a teljesítmény controlling prognosztizál és menedzsel. A bevételekből és az előző hasonló időszak költségeiből kiindulva történik a keretek tervezése. Az operatív kerettervezés, keretgazdálkodás biztosítja az eredményes rövidtávú – általában 1 évre szóló – kontroll lehetőségét. (Anthony-Govindarajan, 2009, p.416)

Alapfeltétel, hogy minden kerethez tartozzon egy felelős és a szervezet teljes vertikumát lefedje. A keretek többféleképpen is kialakíthatók (IFUA Horváth & Partners, 2007, p.27):

- felelőségi szint szerint,
- típusok szerint,
- érvényesség ideje szerint,
- teljesítményhez kötöttség szerint.

A kerettervezésnél, illetve keretgazdálkodásnál feltétlenül fontos kiemelni a szervezeten belüli felelősségi és elszámolási egységek kapcsolatát. Egy egység vezető csak azért a keretért legyen felelős, aminek a teljesítését ténylegesen befolyásolni képes.

A kórházaknál elsősorban két különféle keret alkalmaznak, a beszerzői kereteket a kötelezettségvállalás, illetve a felhasználói kereteket a szervezeti egységek felhasználásának kontrollálására.

### 5.8.1 Beszerzői keretek

Hatékony gazdálkodást csak akkor lehet végezni, ha a kötelezettségvállalás és felhasználás, illetve a költségek felmerülése elé egy megfelelően proaktívan működő menedzselő rendszert építünk ki és működtetünk. Ennek eszköze a keretgazdálkodás, amit jellemzően két területen alkalmaznak az egészségügyben, a beszerzésnél és a felhasználásnál. A kereteket két féle technikával lehet működtetni: dinamikusán és statikusán. A szakirodalom ezt a teljesítményhez kötöttség szerint fix, illetve rugalmas keretként is említi. (IFUA Horváth & Partners, 2007, p.27)

A szerzői kereteket a szabályozó környezet határolja be, mivel kötelezettségvállalást (pl.: beszerzést) csak az előirányzat terhére lehet végezni. Az előirányzatot 5 évre határozzák meg, amit az intézmény a várható bevételei mértékéig minden évben rovatszinten módosíthat. Az évközben bekövetkező változások miatt az előirányzat módosításokat csak a szabályok betartásával lehet elvégezni. Dologi költségek rovatain belül szabadon lehet átcsoportosítani, viszont a dologi költségek rovatairól, bérköltség rovataira már ezt nem lehet megtenni. Ugyanakkor, ha a bérköltségeknél megtakarítás keletkezik, akkor azt át lehet csoportosítani dologi költségekre. Így tervezéskor érdemes a bérköltségeket „ráhagyással”, tartalékkal tervezni, mivel át lehet csoportosítani máshova. Ezt akár „bújtatott” tartalékként is lehet kezelni.

2017 decemberéig a beszámolás rendszere megengedő volt, mivel az intézményeknek lehetőségük volt a beszámolásukat úgy elkészíteni, hogy túllépték az előirányzatukat. Sajnos a 2017. decemberi szigorítás miatt az egészségügyi intézmények nagy részénél komoly fejtörést okozott 2017. év végi beszámolók elkészítése. Mivel túl későn érkezett a szigorítás és múlt eseményeit már szabályosan nem lehet módosítani, ezért akik a valós történések, adatok alapján készítették a beszámolót és az előirányzatot túllépték, nem tudtak eleget tenni a beszámolási kötelezettségüknek. Jelenleg az ÁEEK a probléma megoldásán dolgozik.

2018. évben az intézményeknek már úgy kell működniük, hogy az előirányzatukat ne lépják túl, ez viszont komoly kihívást jelent majd az ágazatnak, mivel a kórházak jelentős részének szeptember - november környékére elfogy az előirányzatuk. A szigorítás előtt ez nem okozott problémát, mivel az előirányzat túllépését meghatározott módon indokolni kellett és az év végéig felmerülő hiányokat a decemberben érkező konszolidációs pénzekből nagy valószínűséggel pótolni lehetett.

Általában az egészségügyi intézmények elsősorban a beszerzői keretekre (kötelezettségvállalásra) helyezik a hangsúlyt, mivel jogszabály írja elő, hogy kötelezettségvállalást az előirányzatok mértékéig lehet vállalni.

Az előirányzatok kezelése pénzforgalmi szemléletű, tehát a tényleges kifizetésekre vonatkoznak, amiket a 0-ás számlaosztályban kell nyilvántartani. Az előirányzatok az intézményi bevételek alapján éves rovatszinten kerülnek meghatározásra, ezért az intézménynek lehetősége van olyan kötelezettségvállalásra is, amihez akár több hónappal később érkezik meg a bevétel. Ezért ezeknek a kezelésére nélkülözhetetlen a likviditás menedzselése (lásd.: *Likviditás controlling* fejezet). Viszont likviditást menedzselni proaktívan csak akkor lehet, ha a kötelezettségvállalást pénzforgalmi szempontból<sup>134</sup> is kezeljük, főleg akkor, ha az intézmény deficittel működik.

*Kötelezettségvállalás:* „a kiadási előirányzatok, és - ha jogszabály azt lehetővé teszi - a 49. § szerinti lebonyolító szerv számára a Kormány rendeletében meghatározottak szerinti rendelkezésre bocsátott összeg terhére fizetési kötelezettségvállalásáról szóló - így különösen a foglalkoztatásra irányuló jogviszony létesítésére, szerződés megkötésére, költségvetési támogatás biztosítására irányuló - szabályszerűen megtett jognyilatkozat.”<sup>135</sup>

A jogszabály szerint kötelezettséget a jognyilatkozat megtételekor vállalunk, nem pedig a kifizetés időpontjában. Ha a jogszabályt követve csak a megrendelés időpontja szerint tartom nyilván a kötelezettségeimet, akkor nem lehet tudatosan jövőorientáltan menedzselni a likviditást, mivel az előirányzatok és a likviditás tervezése és működtetése pénzforgalmi, a kötelezettségvállalás üzemgazdasági szemléletben kezelődik, ezért az alapvető controlling szemlélet sérül, mivel amit megterveztem, nem azt mérem és ellenőrzöm.

A jogszabály az éves előirányzatok (pénzforgalmi) mértékéig enged kötelezettséget vállalni, ezért az intézménynek havi szezonális keretekre szét kell osztani az előirányzatokat, hogy megfelelően tudja menedzselni azok felhasználását. Ennek eszköze a pénzügyi terv, más néven likviditási terv. Ez tartalmazza az intézmény aktuális havi pénzforgalmi bevételeit és pénzforgalmi kiadásait. Amennyiben csak üzemgazdasági szempontból (megrendelés időpontja szerint) kezelem a kötelezettségvállalásaimat és ehhez a kereteket a likviditási tervből használom fel, akkor fontos információk vesznek el, ami miatt tudatosan, jövőorientáltan nem lehet menedzselni.

Példán keresztül szemléltetem a nem megfelelő működést. Aktuális hónapban pl: februárban 50 mFt előirányzati, pénzforgalmi keret áll rendelkezésre.

<sup>134</sup> Kifizetés dátuma szerint.

<sup>135</sup> 2011. évi CXCV. törvény az államháztartásról 1§.15, 2018.02.14.

## 17. táblázat: Kötelezettségvállalás variációi

Variáció 01 Egyensúlyi helyzet esetén					Variáció 04 Veszteséges működés esetén				
	Február	Március	Április	Május		Február	Március	Április	Május
Előirányzat (pénzforgalmi keret)	50 000 000	50 000 000	0	0	Előirányzat (pénzforgalmi keret)	50 000 000	50 000 000	0	0
Kötelezettségvállalás összesen (üzemgazdasági):	50 000 000				Kötelezettségvállalás összesen (üzemgazdasági):	70 000 000			
ebből fizetési határidő					ebből fizetési határidő				
30 napos	50 000 000	50 000 000			30 napos	70 000 000	70 000 000		
60 napos					60 napos				
90 napos					90 napos				
Egyenleg		0			Egyenleg		-20 000 000		
Variáció 02 Egyensúlyi helyzet esetén					Variáció 05 Veszteséges működés esetén				
	Február	Március	Április	Május		Február	Március	Április	Május
Előirányzat (pénzforgalmi keret)	50 000 000	50 000 000	25 000 000	10 000 000	Előirányzat (pénzforgalmi keret)	50 000 000	50 000 000	0	0
Kötelezettségvállalás összesen (üzemgazdasági):	50 000 000				Kötelezettségvállalás összesen (üzemgazdasági):	70 000 000			
ebből fizetési határidő					ebből fizetési határidő				
30 napos	25 000 000	25 000 000			30 napos	50 000 000	50 000 000		
60 napos	15 000 000		15 000 000		60 napos	10 000 000		10 000 000	
90 napos	10 000 000			10 000 000	90 napos	10 000 000			10 000 000
Egyenleg		0	0	0	Egyenleg		0	-10 000 000	-10 000 000
Variáció 03 Egyensúlyi helyzet esetén					Variáció 06 Veszteséges működés esetén				
	Február	Március	Április	Május		Február	Március	Április	Május
Előirányzat (pénzforgalmi keret)	50 000 000			50 000 000	Előirányzat (pénzforgalmi keret)	50 000 000			50 000 000
Kötelezettségvállalás összesen (üzemgazdasági):	50 000 000				Kötelezettségvállalás összesen (üzemgazdasági):	70 000 000			
ebből fizetési határidő					ebből fizetési határidő				
30 napos					30 napos				
60 napos					60 napos				
90 napos	50 000 000			50 000 000	90 napos	70 000 000			70 000 000
Egyenleg				0	Egyenleg				-20 000 000

Forrás: saját szerkesztés

Az első három variációnál az egyensúlyi helyzetet szemléltetem. Ebben az esetben februárban likvid terv szerint 50 mFt kifizetést és – helytelenül – üzemgazdaságilag 50 mFt kötelezettséget lehet vállalni, melynek a kifizetései általában 30-90 nap múlva esedékesek. Sajnos már itt ellentmondás keletkezik, viszont likviditási problémát nem okoz, mivel a februárban fel nem használt keret továbbgördül a következő hónapokra és így a kötelezettségeknek meglesz a fedezete, viszont tudatosan jövőorientáltan nem lehet kezelni a rendszert, mivel semmilyen információm nincs, hogy pontosan a keretet mikor fogom felhasználni és mikor fizetem ki a kötelezettségeket. A három variáció jól szemlélteti, hogy akár márciusban mind az 50 mFt-ot ki lehet fizetni, de lehet, hogy eloszlik 3 hónapra, ám az is lehet, hogy csak májusban kell mind az 50 mFt-ot kiegyenlíteni.

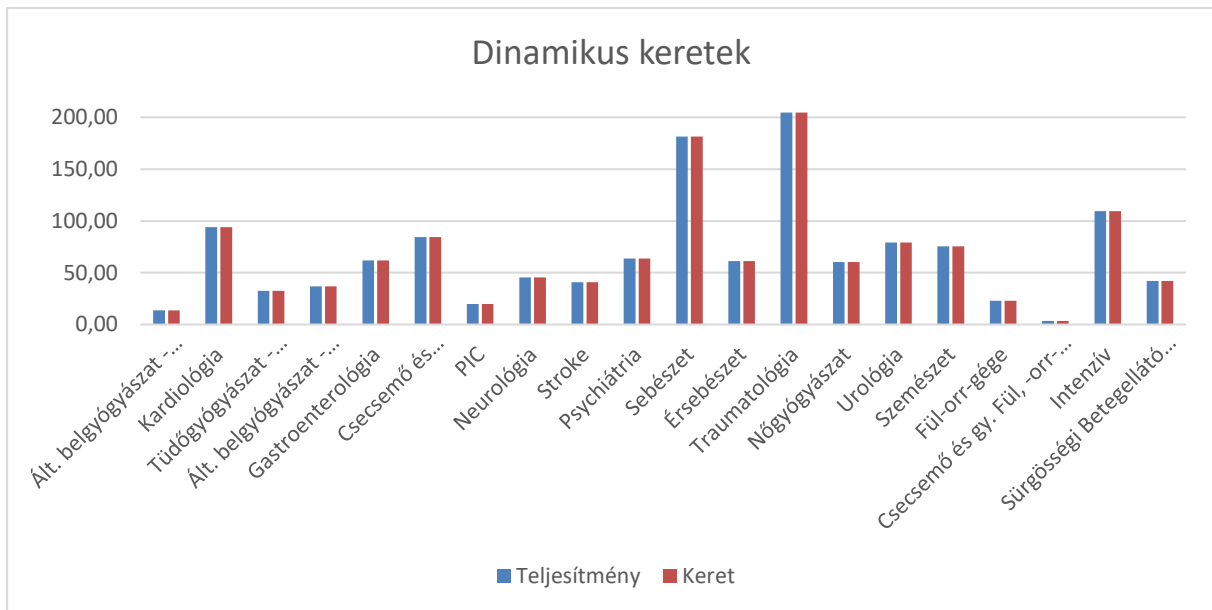
A másik három variáció a veszteséges működést mutatja be. Itt is az alaphelyzet, hogy február 50 mFt kifizetést terveztem, de a kötelezettségvállalásokkal ezt túl kellett lépni. Így február hónapban 70 mFt kötelezettségvállalást vállalt az intézmény, szintén 30-90 napos fizetési határidővel. Erre az előirányzatok lehetőségét biztosítanak, mivel éves keretet figyelik,

ezért az év hátralévő részéről előre lehet hozni szabad keretet. Ezen három példa esetében ez már likviditási problémát eredményez, mivel 20 mFt-tal többre vállaltam kötelezettséget, és mivel csak üzemgazdaságilag kezelem a kötelezettségvállalásokat, ezért előre semmilyen információ nem áll rendelkezésemre, hogy melyik hónapban lesz likviditási problémám, amire esetleg intézkedést lehetne tenni, csak az aktuális hónap kifizetéseikor szembesül az intézmény vezetősége, hogy nem lehet kifizetni a számlát.

Azok az intézmények, aki így működnek, értékes információtól esnek el, és itt a tudatos, jövőorientált szemlélet nem valósítható meg, ezért véleményem szerint egyértelműen megállapítható, hogy kötelezettségvállalások kifizetések szerinti nyilvántartása, kezelése, nem hogy ajánlott, hanem nélkülözhetetlen is.

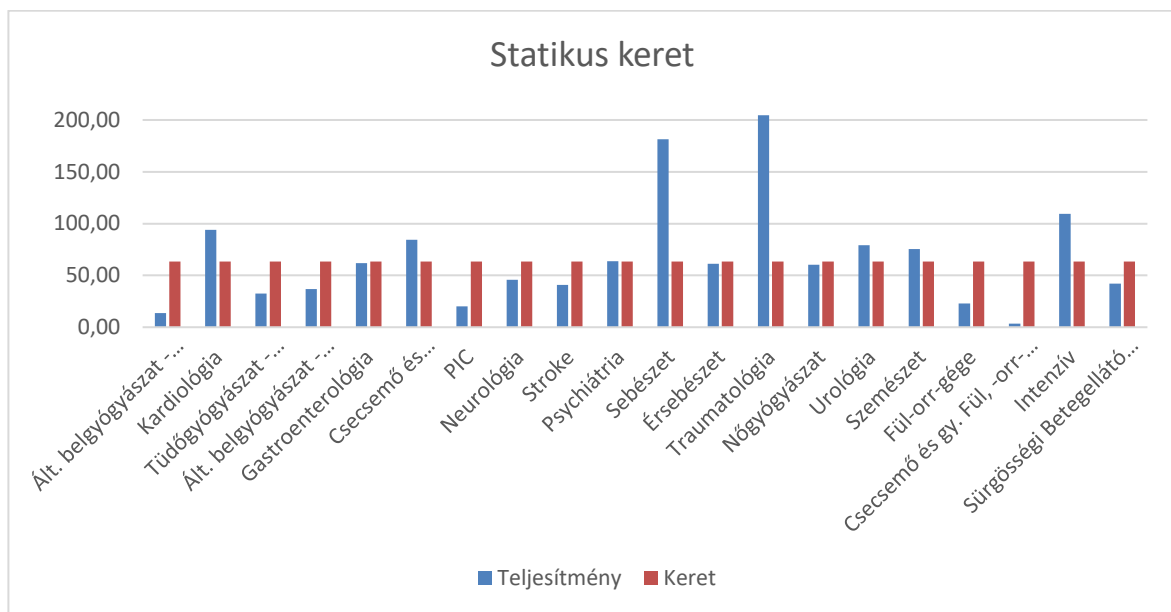
### **5.8.2 Felhasználói keretek**

Az intézményeknek ellátási kötelezettségük van, ezért a betegellátó osztályokon felhasznált, illetve igénybe vett anyagokat, gyógyszereket és szolgáltatásokat pótolni, biztosítani kell, ezért a felhasználás elé egy megfelelően szabályozó felhasználói keretenszert kell kiépíteni, működtetni. Ennek, tapasztalatom szerint, legjobb eszköze a dinamikus felhasználói keretek alkalmazása. A dinamikus keretek alkalmazásának nagy előnye a statikus keretekhez képest, hogy valamilyen teljesítményhez lehet kötni ezeket, és a teljesítmény függvényében változnak. Így, ha a teljesítmény magasabb, akkor a keret is emelkedik, ha alacsonyabb, akkor csökken, tehát dinamikusan változik. Dinamikus keretek alkalmazásával és hatékony menedzselésével az intézmény biztosítani tudja az összintézményi keretek betartása mellett a betegellátó egységek működéséhez szükséges megfelelő mértékű kereteket. Az alábbi ábrák szemléltetik, hogy a statikus és a dinamikus keretek hogyan követik a teljesítményeket.



24. ábra: Dinamikus keret

Forrás: saját szerkesztés



25. ábra: Statikus keret

Forrás: saját szerkesztés

A jó átláthatóság kedvéért a statikus keretknél minden egység egyforma keretet kapott. A valóságban viszont differenciálások vannak az egyes egységek között, amit általában egy korábbi időszak átlagteljesítményei alapján határoznak meg.

A diagramm jól szemlélteti, hogy a statikus keretknél azok az egységek is megkapják az eredetileg meghatározott keretüket, akik alulteljesítenek, ahelyett, hogy

átcsoportosításra kerülnének a túlteljesítő egységekre. A működés biztosítása érdekében viszont a túlteljesítő osztályok pótkeretet kénytelenek igényelni, melyeket viszont megfelelő és biztonságos betegellátás érdekében biztosítani szükséges. Ezért összintézményi szinten többletköltséget generálhat a statikus keretek alkalmazása.

Statikus kereteket csak azoknál az egységeknél érdemes alkalmazni, ahol nem lehet teljesítményt mérni, illetve olyan alacsony a teljesítményük és keretigényük, hogy nem érdemes dinamikus keretet alkalmazni. Ilyenek például a gazdasági egységek, vagy az alacsony teljesítményű és költségigényű szakrendelések. pl: pénzügy, humánpolitika, igazgatás, bőrgyógyászati szakrendelés....stb.

Dinamikus keretek alkalmazásának előfeltétele a megfelelő teljesítmény controlling, monitoring rendszer kiépítése. Első lépésként meg kell határozni, hogy milyen teljesítményhez lehet és érdemes kereteket kötni, majd a teljesítményeknek a rendszeres monitorozását kell biztosítani, valamint meg kell határozni az egy teljesítményre vonatkozó normatív összeget.

A normatív összegek meghatározása jelenti a legnagyobb feladatot, mivel ha nem csak statisztikai alapon szeretnénk meghatározni a normatívát, ahhoz szervezi egységenként minimum három hónapos esetszintű költségfigyelésre, illetve -gyűjtésre van szükség. Ezzel megállapítható a tényleges betegellátáshoz szükséges átlagköltség.

Szakmai tapasztalatom szerint a fekvőbeteg ellátásban a HBCs súlyszámhoz, a járóbeteg ellátásban a németponthoz, a krónikus és rehabilitációs ellátásban az ápolási napokhoz javasolt kereteket kötni. Ezek monitorozását a teljesítmény controlling fejezet tartalmazza.

A dinamikus keretek működésének folyamatát konkrét példán keresztül mutatom be, amit a főgyógyszerésznővel közösen alakítottunk ki a Soproni Erzsébet Oktató Kórházban, és amit az intézeti gyógyszerárban a gyakorlatban is működtetünk. Természetesen a kidolgozott metódus a gyógyszerári területen kívül más költségeknél is használható kisebb módosításokkal.

A rendszer menedzselésére Excel táblázatot alkalmazunk, amely egy főtablából (továbbiakban kerettábla) és több segédtáblából áll (5.sz függelék). A kerettábla első része tartalmazza a teljesítményadatokat szervezeti egységenként, illetve keretfelhasználónként. Három teljesítmény szerepel: az eredeti terv, a várható terv és a tény teljesítés. A várható teljesítés a hóközi aktuális teljesítményből számolódik a tábla felső részén található napok alapján. A például a 26.-án készült teljesítés, elosztjuk 26-tal és beszorozzuk a hónap végi napszámmal, illetve azzal a napszámmal, amelyikre keretet szeretnénk számolni (pl: január 29.-re).

18. táblázat: Felhasználói kerettábla részlet – teljesítmények

Hónap	Január	28	aktuális nap
	Várható	31	napon
	<b>Teljesítmények</b>		
<b>Keret</b>	<b>Terv</b>	<b>Várható</b>	<b>Tény</b>
Belgyógyászat II. kardiológia (súlyszám)	98,66	96,70	107,38
Tüdőgyógyászat - kardiológia (súlyszám)	21,41	32,13	32,57
Kardiológia Krónikus (ápolási nap)	9	10	9
<b>Bel II. összesen</b>	<b>120,07</b>	<b>128,83</b>	<b>139,95</b>

Forrás: saját szerkesztés

A teljesítmények nem a kerettáblába rögzítődnek, hanem a TERV, IDŐARÁNYOS, TÉNY segédtablákba (5.sz függelék 2.táblázat). Ez a felhasználó számára segítség, mivel a segédtabla nem tartalmaz zavaró plusz sorokat. Ezenkívül alkalmazunk még egy konvertáló segédtablát, ami a kontrollinktól és az orvosszakmai rendszerből érkező teljesítményeket rendeli össze a gyógyszerár által használt struktúra szerint (5.sz függelék 3.táblázat). Így egyszerűen, másolással, gyorsan előállítható a kívánt struktúra.

A teljesítményadatokat követik a teljesítmény normatíva összegek. Két oszlopot tartalmaz, hogy láthatóak legyenek a keretemelések, illetve -csökkentések. A normatívákat háromhavi esetszintű gyógyszerköltség figyeléssel alakítottuk ki, majd protokoll és gyógyszerárváltozás szerint aktualizáljuk.

A normatíva után az előző hónapról áthozott maradványok, illetve a menedzsment által engedélyezett, nem teljesítményhez kötött pótkeretek következnek.

A terv oszlop három részből áll, egy fix havi keretből, amit azoknál az egységeknél alkalmazunk, ahol nem lehet, illetve nem érdemes teljesítményhez kötni a kereteket; a teljesítmény keretből, amit a tervteljesítés és a normatíva szorzataként kapunk; illetve a tervkeretből, ami az előző oszlopokhoz hozzáadja a maradványt és a pótkeretet.

A teljesítmény alapján várható keret részben a kalkulált várható teljesítmény alapján számolódnak a keretek, maradvánnyal, illetve nélküle. Értelemszerűen a fix keretknél ilyen nem kell számolni.

A tényadatok az aktuális hónap hóközi tény előbesorolt teljesítményével, illetve hó végén a tényteljesítményekkel számolja a kereteket, a maradvánnyal és a pótkerettel együtt, valamint a fix kereteket is tartamazza.

A tényleges felhasználások szintén egy segédtabla segítségével rögzítődnek, mivel a gyógyszerári rendszerből eltérő sorrendben kérdezhetők le az adatok, ezért a segédtabla a



gyógyszertári rendszerhez igazodva tartalmazza a felhasználásokat, ezzel megkönnyítve az adatok rögzítését és ellenőrzését. Az egyenleg a ténykeret és a felhasználás különbsége. Az aktuális hónap egyenlege a következő hónap maradványa lesz.

A tényfelhasználásokat ki kell egészíteni az adomány felhasználással, mivel a betegellátáshoz szakmailag ezek is hozzátartoznak, illetve a vér és gáz felhasználásával is. Így az összes gyógyszertári felhasználás négy részből áll: a tényfelhasználásból, adományból, a vér-, valamint a gázfelhasználásból.

A táblázat utolsó oszlopa tartalmazza az egy teljesítményegységre jutó költséget, ami a tényfelhasználás (adomány, vér gáz nélkül) és tényteljesítés hányadosa.

Az egyszerűbb működtetés feltétele volt, hogy a gyógyszertári rendszer az általunk kidolgozott és alkalmazott rendszernek megfelelően paraméterezhető legyen. Többéves egyeztetés eredményekén sikerült, hogy a Globenet (jelenleg: Asseco Central Europe Magyarország Zrt.) elvégezte a fejlesztéseket és módosításokat a gyógyszertári rendszerén, a PharmaGlobe-on. Képernyőképek *23.sz mellékletben* találhatóak.

A rendszer az alábbiak szerint működik. A kereteket havi bontásban szervezeti egységenként lehet menteni. A teljesítménytervek alapján akár teljes évre előre is meghatározhatóak a keretek. Minden egyes szervezeti egységnél lehetőség van saját normatíva és teljesítmény rögzítésre. A keretek és terhelések az alábbi képletek alapján számolódnak:

teljesítmény x normatíva = **alapkeret**

nyitó keret + alapkeret + pótkeret = **összes keret**

zárolt keret + terhelések + foglalások = **összes keretlevonás**

összes keret - összes keretlevonás = **felhasználható keret**

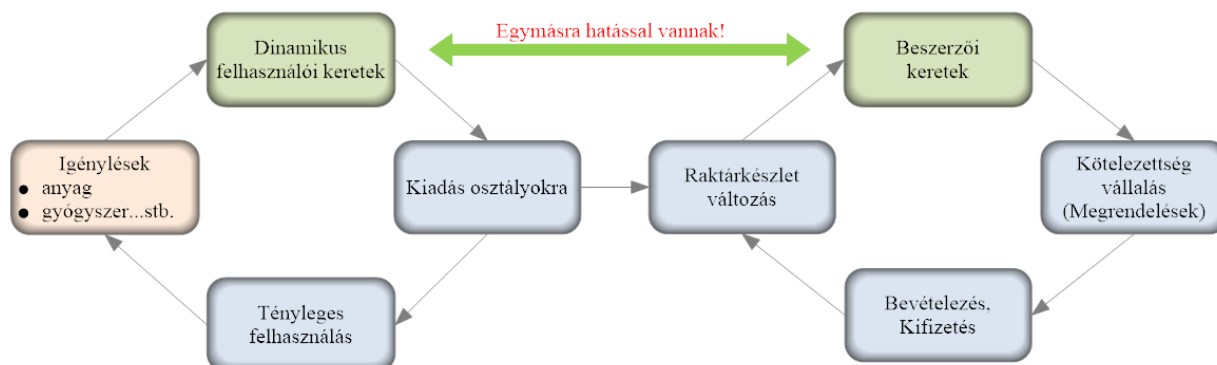
összes keret – (zárolt keret + terhelések) = **szabad keret**

Az alapmegoldás, ha a HBCS súlyszámokat a heti kétszeri teljesítmény jelentés szerint pl. 1 hétre előre számolt várható teljesítmény alapján folyamatosan módosítjuk, ezzel növelve a kereteket. Ezen kívül lehetőség van keretzárolásra, amely lehetőséget ad a speciális igények kezelésére, mivel egy előre ismert nagyobb költségű gyógyszer számára zárolásra kerülhet a keret, nehogy felhasználásra kerüljön. A statikus kereteket alkalmazó szervezeti egységeknél bizonyos összeget zárolni lehet, nehogy a hónap elején elhasználják a keretüket, majd az idő előrehaladtával a zárolás csökkenthető.

A rendszer biztosít egy figyelmeztetési lehetőséget is a szervezeti egységek számára, amit szintén a gyógyszertár állíthat be, például ha a keretük 80%-a elfogyott.

Sok esetben előfordul, hogy az osztályok pótkeret igényléshez folyamodnak. Ahhoz, hogy ez megfelelően legyen menedzselve bizonyos szabályokat, összefüggéseket be kell tartani,

és szabályozni kell a pótigénylés folyamatát, ami megfelelő információval látja el a döntéshozókat. A felhasználói keretek és a beszerzői keretek egymásra hatással vannak, ezért egymástól elszeparáltan nem szabad kezelni azokat.



26. ábra: Felhasználói és beszerzői keretek

Forrás: saját szerkesztés

Betegellátásnál elsődleges szempont a szakmai indok, ezért a pótkeret igénylésekor egy szakmai véleményezésre feltétlenül szükség van, amit az igénylő szakmavezetőnek, orvosigazgatónak (vagy aki ezért felelős a szervezetben) és a főgyógyszerésznek egyöntetűen alá kell támasztania.

Ha a szakmai indok alapján indokolt a pótkeret igénylés, akkor meg kell vizsgálni, hogy az igény teljesíthető-e az igénylő következő havi kerete terhére. Ha nem, akkor kiadható-e esetleg az intézményi gyógyszerkeret tartalék terhére, ha így sem, akkor az intézményi gyógyszerkeretet meg kell emelni, ami a beszerzői keretek emelését is jelenti. Előfordulhat olyan eset is, hogy az előzőekben leírtakat vegyesen kell alkalmazni. Ezeket az információkat a döntéshez elő kell készíteni, és döntésről tájékoztatni kell a résztvevőket.

A feladat menedzselését, döntéselőkészítését a szerteágazó információk miatt célszerű, ha a controlling végzi. Sajnos sokszor nem tulajdonítanak jelentőséget a felhasználói keretek menedzselésének, szeparáltan kezelik azokat, így a rendszerszemlélet, összefüggések és hatékony gazdálkodás hátrányt szenved.

## 5.9 Műtőszervezés

Az anyag és gyógyszer keretgazdálkodása mellett nélkülözhetetlen a szolgáltatások, illetve a humán erőforrás szervezés kontrollja is. Ezeknek az egyik legjelentősebb területe a műtő. Az egészségügyi intézmények költséghányadában jelenős részt foglal el a műtői költség, ezért fontos, hogy a műtők kapacitása a lehető leghatékonyabban legyen kihasználva. Minél

kihasználatlanabb egy kapacitás, annál „drágább” a fenntartása. A műtőkihasználtság nem csak a költségekre, hanem a bevételekre is hatással van. Jól szervezett műtőben több műtét végezhető, ami többletbevételt jelenthet (TVK függvénye), és a költségek is csökkenhetnek.

A hatékony műtőszervezéshez egy megfelelően kialakított vezérlési folyamat és az azt támogató informatikai program szükséges, ami biztosítja a vezérléshez szükséges információkat. A terjedelem betartása érdekében a részleteket az *6.sz függelékben* mutatom be, itt csak röviden összefoglalom a lényegi részeket.

A beteg szempontjából a műtőszervezés elsődleges feladata, hogy ne maradjanak el műtétek szervezatlenség miatt. Az intézmény szempontjából pedig az a legfontosabb, hogy a rendelkezésre álló kapacitások maximálisan ki legyenek használva, ezért a kapacitásokat és igényeket megfelelően, számos érv mentén össze kell hangolni. A menedzselés 3 fázisból épül fel. Első lépés a maximális kapacitások meghatározása, a második lépés a műtéti igények összegyűjtése, és a harmadik a kapacitások és az igények egymáshoz igazítása. A szervezés egyik kardinális része a sürgős műtétek kezelése, melyre többféle megoldás is létezik, melyet az intézménynek előre meg kell határoznia. A hatékony működés fontos feltétele a megfelelő szakmai vezetés, az időben történő döntések meghozatala, megfelelő kommunikáció és a teljes körű, naprakész információk biztosítása. A teljesítmény díjazás bevezetésével fokozni lehet a hatékonyságot, mivel a munkavállaló is érdekeltté válik a jobb kihasználtság elérésére, valamint az intézmény is költséget tud megtakarítani.

A célként megfogalmazott előjegyzési, műtéti szervezőprogram megvalósításával és adaptálásával elérhető a műtéti kapacitás jobb kihasználása, az aneszteziológiai erőforrás optimális felhasználása. A költségek racionalizálása mellett a legfontosabb eredmény lehet, hogy a beteg műtétje nem marad el, a betegelégedettség így javul, a megfelelő számú erőforrás biztosításával nő a megbiztonság (ellátás biztonsága).

A műtőszervezés kitűnő példája a controlling vezérlési eszközének. A vezérlési funkció kiterjeszti a controlling értelmezését, mely jelen esetben munkaszervezést támogató eszköz is. Megfelelően alkalmazva további megtakarítások és minőségi, hatékonyabb működés érhető el, ezért nélkülözhetetlen alkalmazni egy gyakorlati kórházi controlling rendszerben, viszont ebben az esetben is igaz, hogy megfelelő felsővezetői támogatás nélkül nem működtethető hatékonyan.

## 5.10 Kiegyensúlyozott Mutatószám Rendszer (Balanced Score Card, BSC)

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

Az egészségügyben éppen ezért a controlling rendszereket, amelyek a vezetési döntés előkészítésének nélkülözhetetlen részei, célszerű kiegészíteni támogató és működési hatékonyságát növelő szervezési módszerekkel. Ezen módszerek között első helyen szerepel a Balanced Score Card, vagyis a kiegyensúlyozott mutatószámrendszer intézményi bevezetése (McDonald, 2012).

Kiinduló hipotézisem (**H4**) az volt, hogy a **BSC azaz Kiegyensúlyozott Mutatószám Rendszer nem csak a privát szektor vállalatainál hasznos és elterjedt vállalati teljesítmény-mérő rendszer, hanem az egészségügyi intézményekben is használható.** Alkalmazásával a magyar egészségügyi intézmények működési hatékonysága javítható. A témával 2015-ös publikációmban részletesen foglalkozom, ezért a terjedelem betartása végett a hipotézisem elemeinek magyarázatát a *7.sz függelékben* helyezem el.

### *A hipotézisem (H4) konklúziója*

Összességében megállapítom, hogy a BSC alkalmazása a magyar egészségügyi intézményekben lehetséges és kívánatos, de az alábbi szempontok figyelembevételével szűkíteni szükséges a KPI-okat<sup>136</sup> és új, iparág-specifikus KPI-ok bevezetésére is szükség van. Az alábbi feltételek mellett az egészségügyi intézményekben is lehetséges alkalmazni a KPI-okat a helyi szintű optimalizálás érdekében:

1. a privát szektor által nyújtott szolgáltatásoktól eltérően az egészségügy közszolgáltatás. Ezért nem alkalmazhatók olyan „keményen” a pénzügyi megtérülési elvárások, mint a magánszektorban sem intézményi, sem egyéni szinten. Ennek oka, hogy a közszolgáltatás nyújtását nem lehetséges szüneteltetni, exit stratégia nem képzelhető el, legalábbis a felosztó-kiróvó rendszer és a társadalmi szolidaritás logikáját alapvetőnek tekintve,
2. stabil, nem változékony, dokumentált és minden szereplő felé átlátható és kommunikált pénzügyi elvárásrendszer hiányában nem lehetséges elméleti szinten sem megfelelni egyéb pénzügyi elvárásnak, csupán a költségcsökkentésnek, vagy a bevétel-

<sup>136</sup> Key Performance Indicator, magyarul: Kulcs Teljesítmény Mutatók.

növekedésnek. A költségcsökkentésnek elméleti korlátai vannak (a minimum szolgáltatás és a minimumfeltételek miatt is), a bevételnövelésnek pedig jelenleg erős jogszabályi korlátai, így a Teljesítmény Volumen Korlát (TVK) érvényesül, az orvosszakmai és a minőségbiztosítási szempontok mellett. Egy nem pontosan definiált, szűk mozgástérrel rendelkező pénzügyi elvárásrendszernek nem lehet megfelelni, s ez a beszűkített mozgástér a hibázási lehetőségeket ugyan csökkentheti, ugyanakkor a számonkérést nem teszi reálissá, és a következmények figyelembevételét és megvalósulását sem segíti elő, a megbiztonság csökken,

3. a vevői elégedettség nem egységes módszertan alapján történő mérése nem teszi lehetővé az összehasonlítást, így rendszerszintű értéke zéró. Kizárólag a helyi szintű optimalizálás eszköze lehetséges (ez kívánatos eszköz), de az országos problémákat nem képes kezelni,
4. a jelenlegi állami szabályozás nem ösztönöz a piaci részesedés növelésére, így a teljesítmény fokozására, vagy a hatékonyság növelésére sem,
5. az egészségügyi működési folyamatok tökéletlenségét leginkább a humán erőforrás alulmotiváltsága okozza, mely a pénzügyi és humán szempontok figyelembevételével orvosolható. Az ehhez szükséges tőke előteremtése és a szabályozási környezet kiszámíthatóságának megteremtése egyértelműen az állami szektor feladata és felelőssége,
6. integrált informatikai rendszer hiányában az egészségügyi szolgáltatók tevékenységéről, teljesítményéről, kapacitáskihasználásáról hiányos információk állnak rendelkezésre, mely eleve lehetetlenné teszi a hatékony, országos szintű reformot és beszámoltatást.

A fentiekén kívül fontos megjegyezni, hogy hatékony és megfelelő BSC működtetéshez szükséges, de nem elégséges feltétel a stratégia alkotás. A stratégia alkotáshoz viszont nélkülözhetetlen a stabil szabályozó környezet: ennek hiányában stratégiai terv nem készíthető, csak akciótervek. A Soproni Erzsébet Oktató kórházban alkalmazott KPI-okat a *24.sz melléklet* tartalmazza.

## **6. Kórházi controlling rendszer kialakítása**

Egészségügyi menedzsmentet megfelelően és hatékonyan támogatni csak akkor lehet, ha a controlling rendszerszintű összefüggések alapján határozza meg a szükséges és alkalmazni kívánt controlling eszközöket. Az egészségügyi finanszírozás sajátosságai és a számvitelben történt módosítások miatt is – üzemgazdasági és pénzforgalmi szemléletben is – szükséges a

rendszerelemeket és összefüggéseiket vizsgálni. Alapvető feltétel, hogy a különböző rendszerlemek megfelelően legyenek elhelyezve és alkalmazva, mivel csak így biztosítható a teljes körű, naprakész, hiteles információ, ami megteremti a tudatos, jövőorientált intézményvezetést.

Megpróbáltam kialakítani a gyakorlatban jól alkalmazható controlling rendszert, amiben meghatároztam a minimálisan alkalmazni szükséges rendszerlemeket. A jobb átláthatóság kedvéért készítettem egy ábrát (27.ábra) erre vonatkozóan. Természetesen a rendszer további eszközökkel bővíthető.

Az ábrát két részre osztottam: a bal oldalra az üzemgazdasági szemléletű, a jobb oldalra a pénzforgalmi szemléletű elemeket jelenítettem meg. A pénzforgalmi szemlélet kiindulópontja az éves előirányzat, melyet 5 évre határoztak meg, és melynél nincs összefüggés az intézményi aktuális éves TVK-jával. Az üzemgazdasági szemlélet az éves TVK közlésével indul.

Az elmúlt évek tapasztalata alapján a TVK közlés nem egyszerre történik meg. Október környéken az első három hónap (november, december, január), majd valamikor januárban a teljes év kerül kiküldésre. Ekkor az intézménynek lehetőség van az általa meghatározott szezonális index alapján a havi TVK-k módosítására. Az elfogadott havi TVK után elkészíthetők az osztályos teljesítmény tervek, melyek a teljesítmény controlling alapját képezik.

A TVK-k és az osztályos teljesítmények alapján meghatározhatók a pénzforgalmi intézményi rovatszintű bevételek, valamint az intézményi rovatszintű költségek, melyek a likviditás controlling alappilléret jelentik. Az így megtervezett TVK-val alátámasztott költségvetés alapján módosítani lehet a pénzforgalmi előirányzatokat.



Kötelezettséget vállalni csak az előirányzat terhéig lehet. Itt egy rendszerszintű anomália figyelhető meg (piros nyíllal jelöltem az ábrán), mivel a pénzforgalmi szemléletű előirányzathoz, egy üzemgazdasági szemléletű kötelezettségvállalást kell kapcsolni, amihez megrendelés dátuma szerinti, beszerzői kertgazdálkodást szükséges működtetni. Ez sem a teljesítmény controllinghoz (betegellátáshoz), sem a likvid controllinghoz (kifizetésekhez) nem kapcsolható.

Az éves előirányzatot folyamatosan terheljük a havi kötelezettségvállalásokkal, ezért év közben még nem, csak év vége fele okoz problémát, hogy a kötelezettségvállalás az aktuális év előirányzatát terheli, viszont a kifizetés a következő év bevételeiből történik, amihez már elvileg a következő év pénzforgalmi előirányzata tartozna.

A tudatos, jövőorientált likviditás controlling menedzseléséhez nélkülözhetetlen a teljesítmény controlling, valamint a kifizetés dátuma szerinti 12 havi gördülő beszerzői keretgazdálkodás, illetve kötelezettségvállalás működtetése. Véleményem szerint az éves előirányzatokhoz ezek az eszközök kapcsolódnának helyesen (sárga szaggatott nyíllal jelöltem az ábrán).

A pénzforgalmi folyamat végén a tény pénzforgalmi bevétek és kiadások kerülnek könyvelésre pénzforgalmi (költségvetési) számvitelben.

A teljesítmény controllingból származó információk és adatok alapján szükséges kialakítani a felhasználói kereteket (dinamikus keretgazdálkodás), valamint a műtők működését. A teljesítmény controlling, keretgazdálkodás, illetve a műtőszervezés együttesen biztosítja a tudatos, menedzselt betegellátást. A tényadatok az üzemgazdasági (pénzügyi) könyvelésben kerülnek rögzítésre.

A controlling beszámoló az üzemgazdasági (pénzügyi) könyvelésre alapozva, a teljesítmény controlling, keretgazdálkodás, műtőszervezés, valamint a pénzforgalmi (költségvetési) könyvelési adatokat felhasználva készül. A controlling beszámoló alapján visszacsatolást, illetve ellenőrzést kell végezni a különböző rendszerelemek adatain, amit vékony zöld nyíllal jelöltem.

Végző lépésként a rendelkezésre álló adatok és információk alapján el kell készíteni a BSC kiegyensúlyozott mutatórendszerét, melyet szintén visszacsatolásként, ellenőrzésként lehet használni a különböző rendszerelemeknél<sup>137</sup>.

Hatékonyan, jövőorientáltan működtetni egy egészségügyi intézményt csak rendszerszinten összehangolt controlling eszközökkel lehet. Egy-egy eszköz kiragadásával, az

<sup>137</sup> Kórházi controlling rendszernél meghatározott elemek. ( 27. ábra)



összefüggések figyelmen kívül hagyásával a rendszer elveszíti a jövőorientáltságát és jelentősen romlik a hatékonysága.

Az ábra jól szemlélteti, hogy melyek azok az elemek, eszközök, amelyek vezérlésre alkalmazhatók, mivel a működtetésükhöz azonnal rendelkezésre állnak teljes körű, naprakész, hiteles adatok. Ezeket az ábrán a „Tényleges betegellátás és a „Tényleges bevételek és kiadások” elé helyeztem el. A visszacsatoláshoz, ellenőrzéshez, illetve utólagos elemzésekre használható elemeket az ábrán a „Tényleges betegellátás és a „Tényleges bevételek és kiadások” után ábrázoltam, mivel ezekhez az elemekhez szükséges adatok csak később állnak rendelkezésre.

## 7.Eredmények, következtetések, javaslatok

### 7.1 Kutatásom eredményei

Az *első (H1) hipotézisem* eredményeként sikerült meghatároznom az alulfinanszírozottság mértékét. Számításaim alapján a jelenlegi 198 000Ft/súlyszám, helyett a megfelelő 376 230Ft/súlyszám lenne, ami 190% elmaradást mutat. Statisztikai elemzéseim alapján bizonyítottnak tekintem a hipotézisemet, miszerint még az ilyen mértékű alulfinanszírozás mellett is, működhet egy intézmény veszteségmentesen, de csak bizonyos strukturális feltételek mellett, melyekre az intézménynek nincs vagy kismértékű befolyása van<sup>138</sup>.

A *második (H2) hipotézis* vonatkozásában vizsgáltam a szabályozásokat, melynél arra a következtetésre jutottam, hogy a rendszer túlzott szabályozása beszűkíti az intézmények mozgásterét, ezzel nehezítve, akár megakadályozva a hatékony működést, ezért a hipotézisem nem nyert igazolást.

A *harmadik (H3) hipotézis* elvetésre került, melyben vizsgáltam az ÁEEK controlling módszertant, mely egy alaposan átgondolt, logikus módszer, de sajnos a módszerhez szükséges adatok csak a tárgyhót követő második hónapban állnak rendelkezésre, így nem teljesül a naprakész kritérium, ami lehetlenné teszi a beavatkozási lehetőséget, viszont visszacsatolásra, visszaellenőrzésre, benchmarkra teljes mértékben megfelel. Hatékony menedzsmenti támogatáshoz viszont további controlling eszközökre van szükség, ezért meghatároztam és kialakítottam a minimálisan szükséges eszközöket és azokat rendszerbe szerveztem, definiáltam az összefüggéseket.

Az általam egyedileg kialakított eszközök:

üzemgazdasági szemlélet szerint,

---

<sup>138</sup> Szakmai struktúra.

- teljesítmény controlling,
- dinamikus felhasználói keretgazdálkodás,
- műtőszervezés,

pénzforgalmi szemléletet szerint,

- likviditás controlling,
- beszerzői keretgazdálkodás kifizetés dátuma szerint,

üzemgazdasági, pénzforgalmi szemléletű adatokat is tartalmazhat,

- Balance Score Card (BSC).

Az ÁEEK módszertan pontosítása, jobbítása érdekében négy féle javaslatot is tettem:

1. ÁFA kalkuláció elkerülése végett, meghatároztam egy egyszerű szoftveres fejlesztést, mely biztosítaná a pontos adatszolgáltatást, elkerülve a kalkulációban rejlő pontatlanságakat,
2. 923 számla „nem működés célú támogatáshoz” tartozó bevételek és költségek egyforma kezelése javasolt,
3. a pályázatok bevételeinek bérre fordított részét javasolt a bevételek között szerepeltetni osztályonként egy összegben,
4. a szakrendelések költségeinek felosztását nem egy összegben, hanem költségnemi bontásban lenne célszerű végrehajtani. A szakrendelés saját szervezeti egységének költségviselőjén elkülönítve közvetlen költségek között lenne javasolt szerepeltetni. Ezzel a módszerrel kiküszöbölhető a kórházak eltérő számbavételi módja miatt adódó eltérések.

A *harmadik hipotézis első alhipotézise (H3/1)* keretében vizsgáltam, hogy ha az intézmény megfelelően alakítja ki és működteti a controllingot, akkor rendelkezésre állnak majd azok az információk, amik lehetőséget biztosítanak, hogy veszteségmentesen tudja működtetni az intézményt. A következtetésem eredménye alapján a hipotézis nem nyert igazolást, mivel a jelenlegi finanszírozás mellett elsősorban nem a megfelelő információk biztosítása és a hatékony gazdálkodás függvénye a veszteségmentes működés, hanem strukturális, TVK és finanszírozási kérdés.

A *harmadik hipotézis második alhipotézise (H3/2)* vizsgálati eredménye, hogy az egységes számlatükör és számviteli politika, csak részben támogatja az osztályos controlling funkciókat, mivel a számvitelben az üzemgazdasági bevételek pontatlan adatokat tartalmaznak, ezért a módszertan is pénzforgalomból és naturáliákból számol. A hipotézisem részben igazolható, hiszen csak negyedéves költség bontásban biztosít megfelelő alapot.

A hatodik (H4) hipotézis igazolást nyert, mely alapján elmondható, hogy a BSC alkalmazása a magyar egészségügyi intézményekben lehetséges és kívánatos, de néhány szempont figyelembevételével szűkíteni szükséges a KPI-okat és új, iparág-specifikus KPI-ok bevezetésére is szükség van.

Controlling szempontból a kórházak teljesítmény elszámolásánál a legnagyobb problémát az előbesorolás és a visszaigazolás közötti eltérés és a visszaigazolt adatoknak időben történő csúszása<sup>139</sup> jelenti. Véleményem szerint rendelkezésre állnak azok a technikai feltételek<sup>140</sup>, amik lehetőséget biztosítanak, akár az azonnali, vagy a jelentést követő pár napos teljesítmény visszaigazolásra. A visszaigazolási idő rövidítésével több probléma, amit a dolgozatban kifejtettem, megoldódna.

Vizsgálataim és gyakorlati tapasztalataim alapján egyértelműen megállapítható, hogy a hatékonyságot jelentősen fokozni lehet, ha a controlling eszközökből származó adatokra alapozva, érdekeltségi rendszert is működtet az intézmény.

Véleményem szerint a rendszert tovább lehetne tökéletesíteni, ha ugyan úgy, ahogy a gyógyszereknél, országos egységes cikktörzset alkalmaznának és esetszintű adminisztratív költség gyűjtéssel egészítenék ki a controlling rendszert. A plusz kiegészítések által nyújtott információkkal tovább lehetne, meglátásom szerint, fokozni a hatékonyságot.

A vizsgálataim eredményeként készítettem egy controlling folyamat ábrát (27.ábra), ami megfelelően szemlélteti a rendszerelemek összefüggéseit, kapcsolatait. Két nagy ellentmondást tapasztaltam a folyamatok között.

- Az eredeti éves előirányzat és az intézményi éves TVK-k között nincs összefüggés. A Soproni Erzsébet Oktató Kórházban 2013 óta a menedzsment többszöri próbálkozás ellenére sem tudja az éves eredeti előirányzatunkat módosítani a TVK által biztosított, lehívható forint bevételeink mértékére. Az eredeti előirányzatunk 5,9 milliárd Ft, a TVK által lehívható forint bevételeik 7,8 - 8,6 milliárd Ft között mozog. Tárgyév folyamán az eredetileg kiközölt előirányzatot már lehet módosítani, megfelelően alátámasztott indoklással. Az intézmény szempontjából plusz adminisztrációs terhet, makrogazdasági szempontból viszont valótlan éves költségvetési tervet jelent.
- Másik ellentmondás, hogy az éves pénzforgalmi szemléletű előirányzatot üzemgazdasági szemléletű kötelezettségvállalással terheljük. Erre vonatkozó

<sup>139</sup> Két hónapos csúszás

<sup>140</sup> Például: EESZT, elektronikus teljesítmény jelentés.

javaslatom összegzését az előirányzat és kötelezettségvállalás ellentmondása pontban részletezem.

## 7.2 A kutatásban rejlő további lehetőségek

Az ÁEEK controlling módszertan módosítására tett javaslataim alapján a módszertan módosítását követően újra elkészíthető az intézményi fedezet. Az új adatokara vonatkozóan szintén elvégezhetőek a statisztikai elemzések, valamint összevetve a jelenlegi eredményekkel további következtetések, összefüggések tárhatók fel.

A jelenleg érvényben lévő ÁEEK controlling módszertan is lehetőséget biztosít jövőbeli kutatásra. Szakmánkénti bontásban történő statisztikai elemzések elkészítése további összefüggéseket eredményezhet.

## 8. Összefoglalás

Összefoglalva megállapítható, hogy a helyesen kialakított controlling rendszer jelentősen javítja a gazdálkodás hatékonyságát és a menedzsment munkáját segítő módszerként az egészségügyi intézményekben is kiválóan használható. Disszertációm fő célkitűzése az volt, hogy megpróbáljak a gyakorlatban jól alkalmazható controlling rendszert kialakítani. Ehhez meghatároztam, hogy véleményem szerint, melyek azok a minimálisan működtetni szükséges controlling eszközök és elemek, amiket a hatékony, tudatos, jövőorientált működéshez feltétlenül alkalmazni ajánlottak. Az eszközöket és elemeket rendszerbe szerveztem és az összefüggéseket, kapcsolatokat igyekeztem meghatározni.

- Kutatásom alapján megállapítható, hogy számos ellentmondás feszíti a rendszert, amelyekre a gyakorlati munka során választ kell adni, amik komoly kihívásokat jelentenek.
  - Eredményes költségvetési intézményi működés  
Az egészségügyi intézmények többsége költségvetési intézményi formában működik, jóváhagyott éves költségvetés mellett előirányzati gazdálkodást folytat. Ez ellentmondásban áll a betegforgalom változó, csak statisztikusan becsülhető sztohasztikus alakulásával. A controlling számára komoly kihívást jelent a betegforgalmak, mint a bevételt meghatározó legfontosabb tényező prognosztizálása.
  - A Teljesítmény Volumen Korlát, mint fontos beavatkozási esetszámot korlátozó központi előírás

Az intézmények számára megállapított teljesítmény-volumen feletti teljesítményt a rendszer nem finanszírozza, akkor sem, ha az tényleges ellátási szükségleten, kényszeren alapul. Ezért a túlteljesítések elkerülése jelentős vezérlési feladatokat ró a controllingra, ami a menedzsment támogatása nélkül nem kivitelezhető.

Problémát jelent az is, hogy gyakran a megállapított TVK nem a tényleges igényekhez, illetve a valós lakosságszámhoz van meghatározva, ami tovább fokozza a vezérlési feladatok jelentőségét.

Az általam kidolgozott teljesítmény controlling lehetőséget biztosít a gyors és rugalmas reagálásra, mivel a folyamatokat és az adattartalmakat aszerint határoztam meg, hogy a megfelelő információk birtokában lehetőség legyen az azonnali beavatkozásra.

- A kórházi finanszírozási rendszer ellentmondásai

Munkámban bemutatom, hogy a súlyszámdíj relatív értéke, a finanszírozás mértéke az elmúlt években folyamatosan romlott. Súlyosabb problémát jelent, hogy a jelenlegi HBCs súlyszámrendszer megfelelő kialakítása évtizedes elmaradás után sem történt meg, annak ellenére, hogy köztudott, hogy a 730 db HBCS-ből a kórházak 95%-ában csak kb. 300 db-ot kódolnak/használnak. A HBCs-hez tartozó súlyszámok nem követték a fejlődésből adódó változásokat, ezért veszteséges és nyereséges ellátások jelentek meg a rendszerben, ami szintén komoly kihívást jelent a controlling számára, hogy megteremtse közöttük a megfelelő egyensúlyt. (Ezt hívják HBCs szelekciónak.)

- A kórházi előirányzat és kötelezettségvállalás ellentmondása

Az előirányzat terhelése a megrendelés kibocsátását tekinti a kötelezettségvállalás időpontjának. Ez helytelen, mivel az előirányzat pénzforgalmi, a megrendelés kibocsátása viszont üzemgazdasági szemléletű. A megrendelés a teljesítéstől árban és mennyiségben is eltérhet, nem beszélve a szállítás időpontjáról és a fizetési határidőről, ezért a kötelezettségvállalás teljesítési időpontjának a visszaigazolás szerinti megrendelést lehetne tekinteni, és az előirányzatot a visszaigazolás szerinti fizetési határidővel kellene terhelni.

- Az egészségügyi intézményrendszer autonómiája

A controlling akkor lehet maradéktalanul hatékony, ha az eredményeket az intézmény külső befolyásoktól mentesen hasznosíthatja. Ennek hiányában a controllingnak figyelembe kell vennie a külső befolyásokat is, ami szintén nehézségeket jelenthet, hiszen a külső befolyás ellentétes lehet a belső érdekekkel.

- Az intézményvezetés autonómiája

A vezérlés csak akkor képes funkcióját betölteni, ha a rendszer az eltérésekre külső befolyásoktól független vezetői döntést hozhat.

- Szabályozó elemek korrelációjának hiánya

Előfordul, hogy a működést szabályozó elemek nincsenek teljes mértékben összhangban (pl: TVK, vonzáskörzet, lakosságszám, óraszám, minimumfeltétel, humánerőforrás kapacitás, németpont és súlyszámrendszer ....stb.), ilyenkor a controlling próbál megoldást találni az ellentmondások feloldására, kezelésére.

- Elemeztem az ÁEEK által kidogozott controlling módszertant és meghatároztam az annak kiegészítésére feltétlenül alkalmazni szükséges controlling eszközöket, amik biztosítják az azonnali információellátást.

A vizsgálataim eredményeként egy összefoglaló folyamatábrát készítettem, ami szemléletesen mutatja be az összefüggéseket, valamint az ellenmondásokat.

- A controlling eszközök részletes leírásánál bemutattam, hogy melyek azok az adatok, amik azonnal rendelkezésre állnak és melyek azok, amik csak 2-3 hónap elteltével lesznek pontosak.

Azonnal vagy minimális késéssel rendelkezésre álló adatokat használó controlling eszközök:

- teljesítmény controlling,
- likviditás controlling,
- dinamikus felhasználói keretgazdálkodás,
- beszerzői keretgazdálkodás kifizetés dátuma szerint,
- műtőszervezés.

2-3 hónap eltelte után rendelkezésre álló eszközök:

- ÁEEK controlling (üzemgazdasági elemzés),
- Balance Score Card (BSC).

A gyakorlati tapasztalatom és elméleti ismereteim alapján egyedi controlling eszközöket alakítottam ki, melyek véleményem szerint eredményesen segítik az intézményvezetést és fokozzák a controlling hatékonyságát.

- Teljesítmény controllingnál meghatároztam az adattartalmakat, összehasonlító adatokat, struktúrákat, menedzselés folyamatát.
- Dinamikus felhasználói keretgazdálkodásnál szintén meghatároztam az adattartalmakat, struktúrákat, menedzselés folyamatát. Segédtablákat alakítottam ki, ami a különböző jelentésekből származó adatokat megfelelő

struktúrára konvertálja, ezzel könnyítve, gyorsítva az adatfeldolgozást. A megfelelő működés érdekében az informatikai rendszer szolgáltatójával fejlesztéseket hajtottunk végre.

- Komplet mütőszervezői rendszert alakítottam ki. Kidolgozásra került a szervezés és menedzselés folyamata, ehhez egy felhasználóbarát szoftvert is fejlesztettünk, mely hatékonyan segíti a szervezés folyamatát és teljes körű, naprakész, hiteles adatokkal szolgáltat a menedzsment és mütővezetés számára.

## 9. Summary

As a summary we can conclude that the appropriate controlling system significantly increases the efficiency of the economy and it is perfectly applicable in healthcare institutions as a method that supporting the work of the management. The main aim of my dissertation was to develop a controlling system that operates well in everyday practice. For this I have identified the controlling tools and elements which I define as minimal requirements to secure an effective and efficient, conscious, future-oriented operation. I have systematically organised these tools and elements and I identified the connections and relations between them.

- During my research I discovered that there are several contradictions in the system which need to be addressed during the practical work and which represent real challenges.

- Productive operation of financial institution

Most of the healthcare organisations operate as financial institutions, with approved annual budget and expenditure targets. This contradicts the constantly changing patient volume that varies and can only be estimated. To prognosticate the most important element that defines the income – the volume of patients – is a very significant challenge for the Controlling area.

- The Performance Volume Limit as a central regulation to restrict the number of interventions.

The system does not support financially the items that are above the Performance Volume Limit defined for the institutions – not even in cases based on need and compulsion of care. Therefore, the aim to avoid over-delivery puts extra coordination pressure on Controlling which is not achievable without the support of the management. It is also an issue that the defined Performance Volume Limit is not

based on the real demand and the actual population – this further increases the significance of the controlling tasks.

The performance controlling that I developed allows prompt and flexible reactions as I defined the processes and data to ensure immediate intervention based on the access of the appropriate information.

- Contradictions in the hospital's financial systems

In my work I introduce that the relative value of the weighted case number, the extent of the financing has been deteriorating. It is an even more serious problem that the appropriate development of the current DRG weighted case number has not happened despite of it being delayed for decades, even though it is well known that out of 730 DRG only 300 is being coded/used in 95% of the hospitals. The weighted case number attached to DRG did not follow the developmental changes, hence certain types of care showed up as losses while others as profits and creating balance between those is yet another challenge for Controlling. (This is called DRG selection).

- Contradiction of the hospital's expenditure target and their commitment

The expenditure target considers the issue of order as the time of the commitment. This is wrong as the expenditure target is based on cash flow, while the issue of the order is economic based. The delivery can differ from the order in both price and quantity – not to mention the estimated time of delivery and the due date of the payment. Therefore, the deadline of the delivery on the commitment could be the one outlined in the order confirmation. This way the expenditure target could refer to the deadline in this confirmation.

- Autonomy of the healthcare system

Controlling can only be entirely efficient if it can leverage the results without any interference of external influence. Without this Controlling needs to consider the external impacts which results in further difficulties as such external influence might be conflicting with the internal interest.

- The autonomy of the institution's management

The management can only function properly if the system allows to make decisions independently from the external influences.

- Lack of correlation of regulative elements

Occasionally the elements regulating the operation are not entirely aligned. (eg: Performance Volumen Limit, area of service, population, number of hours, minimal



conditions, HR capacity, „German point” and weighted case number etc.), this is when Controlling tries to find a way to coordinate and handle the contradictions.

- I have analysed the controlling method developed by ÁEEK and I defined the controlling tools definitely necessary to be used as additions to ensure the immediate information flow. Based on my research I have prepared a flow chart that summarises in a visual format the connections and discrepancies.
  - When providing a detailed description of the controlling tools, I also identified which data is already available and which will need another 2-3 month to be pulled accurately. Controlling tools which are available right away or with minimal delays:
    - performance controlling,
    - liquidity controlling,
    - dynamic user budget
    - procurement budget based on payment date
    - Operation room allocation
  - Items available in 2-3 months:
    - ÁEEK controlling (economic analysis),
    - Balance Score Card (BSC).

Based on my practical experience and my theoretical background I have developed unique controlling systems which support the management of the institution effectively and increases the efficiency of the controlling.

- At performance controlling I have defined the databases, comparison data, structures and the management process.
- At the dynamic user budget, I also defined the databases, structures and the management process. I have implemented supportive charts which converts data from different reports into the desired structure, making the data processing easier and faster. To ensure the appropriate operation, we carried out improvements with the infrastructure provider.
- I have developed a complex operation room allocation system. I covered the organisation and the management processes for which we also developed a user-friendly software that efficiently secures the allocations and provides detailed, up-to-date and accurate data for the management and the surgery leaders.

## FÜGGELÉK

### 1. sz. Függelék: Statisztikai eredmények

1. táblázat: Pearson-féle korrelációs együttható 01

Vizsgált változók	Pearson r	kapcsolat jellege
Case-mix + Fedezet 1+2	0,250	gyenge pozitív kapcsolat
Case-mix + Fedezet 3	-0,094	gyenge negatív kapcsolat
Case-mix + Humán költség	0,265	gyenge pozitív kapcsolat
Case-mix + Gyógyszerköltség	0,216	gyenge pozitív kapcsolat
Case-mix + Anyag költség	0,498	közepes pozitív kapcsolat
Case-mix + Műtéti költség	0,272	gyenge pozitív kapcsolat
Case-mix + anyag gyógyszer arány	-0,036	nincs lineáris kapcsolat
Case-mix + anyag, szakmai anyag arány	0,448	közepes pozitív kapcsolat
Fedezet 3 + anyag gyógyszer arány	0,259	gyenge pozitív kapcsolat
Fedezet 3 + Anyag szakmai anyag arány	-0,259	gyenge negatív kapcsolat
Fedezet 3 + Közvetlen közvetett költségarány	0,181	gyenge pozitív kapcsolat

Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: Pearson-féle korrelációs együttható 02

Vizsgált változók	Pearson r	kapcsolat jellege
Fedezet 3 + Orvoslétszám	0,132	gyenge pozitív kapcsolat
Fedezet 3 + Nővérlétszám	0,132	gyenge pozitív kapcsolat
Fedezet 3 + Bevétel összesen, Humán költség arány	-0,486	közepes negatív kapcsolat
Fedezet 3 + humán költség	-0,055	gyenge negatív kapcsolat

Forrás: saját szerkesztés

3. táblázat: Pearson-féle korrelációs együttható 03

Vizsgált változók	Pearson r	kapcsolat jellege
Fedezet 3 + ellátott fekvőbeteg szám	0,325	közepes pozitív kapcsolat
Fedezet 3 + ágykihasználtsággal korrigált ágyszám	0,518	közepes pozitív kapcsolat

Forrás: saját szerkesztés

4. táblázat: Pearson-féle korrelációs együttható 04

Vizsgált változók	Pearson r	kapcsolat jellege
Fedezet 3 + átlagos ápolási nap	0,264	közepes pozitív kapcsolat
Fedezet 1+2 költség + átlagos ápolási nap	-0,040	nincs lineáris kapcsolat
Fedezet 3 + ápolási nap	0,522	közepes pozitív kapcsolat
Fedezet 1+2 költség + ápolási nap	0,670	erős pozitív kapcsolat

Forrás: saját szerkesztés

5. táblázat: Pearson-féle korrelációs együttható 05

Vizsgált változók	Pearson r	kapcsolat jellege
Fedezet 3 + 1a	-0,486	közepes negatív kapcsolat
Fedezet 3 + 2a	-0,512	közepes negatív kapcsolat
Fedezet 3 + 3a	-0,405	közepes negatív kapcsolat
Fedezet 3 + 4a	-0,281	gyenge negatív kapcsolat
Fedezet 3 + 5a	-0,545	közepes negatív kapcsolat
Fedezet 3 + 6a	-0,201	gyenge negatív kapcsolat
Fedezet 3 + 7a	-0,636	erős negatív kapcsolat
Fedezet 3 + 8a	-0,702	erős negatív kapcsolat
Fedezet 3 + 9a	0,200	gyenge pozitív kapcsolat
Fedezet 3 + 10a	-0,304	gyenge negatív kapcsolat
Fedezet 3 + 11a	-0,261	gyenge negatív kapcsolat
Fedezet 3 + 12a	0,259	gyenge pozitív kapcsolat
Fedezet 3 + 13a	-0,259	gyenge negatív kapcsolat
Fedezet 3 + 14a	-0,471	közepes negatív kapcsolat
Fedezet 3 + 15a	0,298	gyenge pozitív kapcsolat
Fedezet 3 + 16a	-0,279	gyenge negatív kapcsolat
Fedezet 3 + 17a	0,423	közepes pozitív kapcsolat
Fedezet 3 + 18a	0,289	gyenge pozitív kapcsolat

Forrás: saját szerkesztés

6. táblázat: Két kórház összehasonlítása

	Szórás egyezőség vizsgálata		t-próba	
	F érték	egyezőség	t értéke	átlagok megegyeznek
1a	4,131	nincs	10,285	nem
<b>2a</b>	<b>0,277</b>	<b>van</b>	<b>-0,786</b>	<b>igen</b>
3a	3,488	nincs	5,43	nem
4a	0,089	van	-4,227	nem
5a	3,775	nincs	8,174	nem
6a	0,359	van	-10,284	nem
7a	6,381	nincs	18,97	nem
<b>8a</b>	<b>1,481</b>	<b>nincs</b>	<b>0,889</b>	<b>igen</b>
9a	0,148	van	-12,617	nem
10a	0,989	nincs	-5,012	nem
11a	0,490	van	-8,674	nem
12a	1,400	nincs	-7,855	nem
13a	1,400	nincs	7,855	nem
14a	1,779	nincs	-3,651	nem
15a	0,884	nincs	-3,069	nem
<b>16a</b>	<b>0,601</b>	<b>van</b>	<b>-0,21</b>	<b>igen</b>
<b>17a</b>	<b>1,318</b>	<b>nincs</b>	<b>-0,548</b>	<b>igen</b>
<b>18a</b>	<b>2,161</b>	<b>nincs</b>	<b>-1,088</b>	<b>igen</b>

Forrás: saját szerkesztés

## 2. sz. Függelék: ANOVA táblák

1a – Bevétel összesen, Humán költség arány

1a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p		Scheffe
2016. I.né	1,828	0,201	0,604	0,563		
2016. II. né	2,979	0,079	0,412	0,669		
2016. III. né	2,280	0,134	0,911	0,422		
2016.IV. né	0,032	0,968	0,436	0,653		
2017. I.né	0,488	0,622	3,232	0,065		
2017. II. né	0,387	0,685	4,465	0,028	0,021 1-2	0,028 1-2
2017. III. né	0,117	0,890	4,766	0,023	0,017 1-2	0,023 1-2
2017.IV. né	2,208	0,140	3,305	0,061		
2018. I.né	0,274	0,764	4,525	0,027	0,021 1-2	0,027 1-2
2018. II. né	1,385	0,277	6,166	0,010	0,007 1-2	0,010 1-2

Forrás: saját szerkesztés

2a – Bevétel összesen, Anyag költség arány

2a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p		
2016. I.né	0,364	0,558	0,235	0,794		
2016. II. né	1,806	0,196	0,622	0,550		
2016. III. né	0,564	0,580	0,496	0,618		
2016.IV. né	0,572	0,575	0,418	0,665		
2017. I.né	1,532	0,245	0,720	0,501		
2017. II. né	1,622	0,227	0,760	0,483		
2017. III. né	2,033	0,162	0,108	0,363		
2017.IV. né	0,905	0,423	0,905	0,423		
2018. I.né	2,692	0,096	0,979	0,396		
2018. II. né	2,114	0,151	1,059	0,369		

Forrás: saját szerkesztés

3a – Bevétel összesen, Anyag(gyógyszer nélkül) arány

3a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p		
2016. I.né	0,243	0,631	0,135	0,875		
2016. II. né	2,519	0,112	0,753	0,487		
2016. III. né	1,662	0,221	0,628	0,548		
2016.IV. né	1,449	0,262	0,598	0,561		
2017. I.né	2,642	0,100	0,943	0,409		
2017. II. né	2,441	0,117	1,043	0,374		
2017. III. né	2,468	0,115	1,213	0,322		
2017.IV. né	1,561	0,238	0,597	0,561		
2018. I.né	3,157	0,068	1,111	0,352		
2018. II. né	2,750	0,092	1,222	0,319		

Forrás: saját szerkesztés

## 4a – Bevétel összesen, gyógyszer arány

4a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p		
2016. I.né	5,867	0,032	2,101	0,165		
2016. II. né	4,447	0,029	1,297	0,301		
2016. III. né	12,102	0,001	1,663	0,221		
2016.IV. né	21,604	0,000	0,707	0,507		
2017. I.né	9,072	0,002	1,069	0,365		
2017. II. né	18,393	0,000	1,092	0,358		
2017. III. né	8,618	0,003	1,325	0,292		
2017.IV. né	25,244	0,000	2,130	0,149		
2018. I.né	8,818	0,002	2,139	0,148		
2018. II. né	9,572	0,002	1,414	0,270		

Forrás: saját szerkesztés

## 5a – Bevétel összesen, Közvetlen költség arány (forrás: saját szerkesztés)

5a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p		
2016. I.né	0,006	0,937	0,576	0,577		
2016. II. né	0,666	0,527	0,304	0,742		
2016. III. né	0,421	0,664	0,644	0,538		
2016.IV. né	0,157	0,856	0,046	0,955		
2017. I.né	3,036	0,075	2,183	0,143		
2017. II. né	2,509	0,111	3,575	0,051		
2017. III. né	2,625	0,102	4,082	0,036	0,035 1-2	0,044 1-2
2017.IV. né	3,232	0,065	1,049	0,372		
2018. I.né	1,469	0,258	3,759	0,044	0,046 1-2	
2018. II. né	1,097	0,356	6,116	0,010	0,01 1-2	0,013 1-2

## 6a – Bevétel összesen, Közvetett költség arány

6a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p		
2016. I.né	0,164	0,693	0,333	0,723		
2016. II. né	0,847	0,447	0,889	0,431		
2016. III. né	0,673	0,524	0,267	0,769		
2016.IV. né	0,142	0,869	0,838	0,450		
2017. I.né	2,947	0,080	1,131	0,346		
2017. II. né	2,774	0,091	0,280	0,759		
2017. III. né	4,626	0,025	0,341	0,716		
2017.IV. né	1,236	0,315	2,782	0,090		
2018. I.né	3,523	0,052	0,949	0,407		
2018. II. né	2,880	0,084	0,667	0,526		

Forrás: saját szerkesztés

## 7a – Bevétel összesen, központi költség arány

7a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p		
2016. I.né	0,164	0,693	0,333	0,723		
2016. II. né	0,847	0,447	0,889	0,431		
2016. III. né	0,673	0,524	0,267	0,769		
2016.IV. né	0,142	0,869	0,838	0,450		
2017. I.né	2,947	0,080	1,131	0,346		
2017. II. né	2,774	0,091	0,280	0,759		
2017. III. né	4,626	0,025	0,341	0,716		
2017.IV. né	1,236	0,315	2,782	0,900		
2018. I.né	3,523	0,052	0,949	0,407		
2018. II. né	2,880	0,084	0,667	0,526		

Forrás: saját szerkesztés

## 8a – Bevétel, Fedzet 1+2+3 költség arány

8a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p		
2016. I.né	1,065	0,322	0,044	0,958		
2016. II. né	2,137	0,150	0,527	0,601		
2016. III. né	0,560	0,582	0,191	0,828		
2016.IV. né	0,498	0,616	0,460	0,639		
2017. I.né	2,135	0,149	0,521	0,603		
2017. II. né	3,535	0,052	2,183	0,143		
2017. III. né	1,806	0,194	2,633	0,101		
2017.IV. né	2,358	0,125	3,849	0,042	0,036 1-3	0,045 1-3
2018. I.né	0,264	0,771	1,568	0,237		
2018. II. né	0,162	0,852	2,648	0,100		

Forrás: saját szerkesztés

## 9a - Közvetlen, közvetett költség arány

9a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p		
2016. I.né	2,622	0,131	0,738	0,499		
2016. II. né	1,612	0,230	0,777	0,476		
2016. III. né	2,171	0,147	0,741	0,492		
2016.IV. né	4,661	0,024	1,216	0,321		
2017. I.né	5,994	0,011	2,156	0,146		
2017. II. né	6,846	0,007	1,849	0,188		
2017. III. né	7,385	0,005	1,918	0,177		
2017.IV. né	6,077	0,010	1,792	0,197		
2018. I.né	6,053	0,010	3,098	0,153		
2018. II. né	6,612	0,008	2,039	0,161		

Forrás: saját szerkesztés

## 10a - Közvetett költség, műtő költség aránya

10a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt
	statisztika értéke	p	F értéke	p	
2016. I.né	0,361	0,561	8,946	0,014	3-nál kevesebb csoport
2016. II. né	3,519	0,085	1,959	0,184	
2016. III. né	0,752	0,402	3,197	0,097	
2016.IV. né	0,656	0,433	1,367	0,289	
2017. I.né	0,027	0,871	1,552	0,249	
2017. II. né	0,426	0,525	0,746	0,494	
2017. III. né	0,330	0,576	1,015	0,389	
2017.IV. né	0,131	0,723	1,239	0,322	
2018. I.né	0,571	0,463	0,630	0,548	
2018. II. né	1,268	0,280	0,228	0,799	

Forrás: saját szerkesztés

## 11a - Fedezet 1+2 összesen költség, műtői költség arány

11a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt
	statisztika értéke	p	F értéke	p	
2016. I.né	1,055	0,328	25,367	0,001	3-nál kevesebb csoport
2016. II. né	5,726	0,034	4,049	0,045	min. egy csoportnak 2 alatti az esetszáma
2016. III. né	3,530	0,083	6,386	0,025	3-nál kevesebb csoport
2016.IV. né	6,300	0,026	2,829	0,096	
2017. I.né	4,434	0,055	2,997	0,085	
2017. II. né	2,546	0,135	2,646	0,109	
2017. III. né	4,431	0,055	3,134	0,078	
2017.IV. né	1,297	0,275	3,424	0,064	
2018. I.né	7,548	0,017	2,413	0,128	
2018. II. né	5,454	0,036	2,122	0,159	

Forrás: saját szerkesztés

## 12a - Anyag, gyógyszer arány

12a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt
	statisztika értéke	p	F értéke	p	
2016. I.né	0,449	0,515	1,724	0,220	
2016. II. né	0,335	0,720	0,852	0,445	
2016. III. né	2,161	0,148	0,945	0,409	
2016.IV. né	0,874	0,435	0,326	0,726	
2017. I.né	0,645	0,537	0,743	0,490	
2017. II. né	0,852	0,444	0,715	0,503	
2017. III. né	0,320	0,730	0,759	0,483	
2017.IV. né	0,958	0,404	0,643	0,538	
2018. I.né	0,429	0,658	0,824	0,457	
2018. II. né	1,129	0,346	0,999	0,389	

Forrás: saját szerkesztés



## 13a - Anyag, szakmai anyag arány

13a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p		
2016. I.né	0,449	0,515	1,724	0,220		
2016. II. né	0,335	0,720	0,852	0,445		
2016. III. né	2,161	0,148	0,945	0,409		
2016.IV. né	0,874	0,435	0,326	0,726		
2017. I.né	0,645	0,537	0,743	0,490		
2017. II. né	0,852	0,444	0,715	0,503		
2017. III. né	0,320	0,730	0,759	0,483		
2017.IV. né	0,958	0,404	0,643	0,538		
2018. I.né	0,394	0,680	1,165	0,336		
2018. II. né	1,129	0,346	0,999	0,389		

Forrás: saját szerkesztés

## 14a - Bevétel összesen, aktív fekvőbeteg aránya

14a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p	Tukey	Scheffe
2016. I.né	0,000	0,998	0,707	0,419		
2016. II. né	0,556	0,585	3,263	0,067		
2016. III. né	0,760	0,485	2,061	0,162		
2016.IV. né	2,425	0,120	2,588	0,106		
2017. I.né	0,373	0,694	3,904	0,042	0,038 2-3	0,047 2-3
2017. II. né	0,369	0,697	3,656	0,049	0,047 2-3	
2017. III. né	0,211	0,812	4,434	0,029	0,028 2-3	0,036 2-3
2017.IV. né	0,593	0,565	2,916	0,083		
2018. I.né	0,844	0,448	3,172	0,069		
2018. II. né	0,595	0,563	4,100	0,037	0,039 2-3	0,049 2-3

Forrás: saját szerkesztés

## 15a - Bevétel összesen, egyéb OEP finansz aránya

15a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p		
2016. I.né	2,009	0,184	6,103	0,031	3-nál kevesebb csoport	
2016. II. né	1,700	0,221	2,971	0,087		
2016. III. né	1,209	0,290	4,675	0,028	min. egy csoportnak 2 alatti az esetszáma	
2016.IV. né	0,687	0,517	0,144	0,867		
2017. I.né	2,504	0,111	0,860	0,441		
2017. II. né	1,971	0,170	0,703	0,509		
2017. III. né	2,065	0,157	0,882	0,432		
2017.IV. né	0,077	0,926	1,771	0,200		
2018. I.né	1,316	0,294	1,799	0,196		
2018. II. né	4,144	0,034	1,544	0,242		

Forrás: saját szerkesztés

16a - Bevétel összesen, Járóbeteg-ellátás aránya

16a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p	Dunett	Games-Howell
2016. I.né	1,870	0,197	6,829	0,010	min. egy csoportnak 2 alatti az esetszáma	
2016. II. né	4,968	0,021	1,797	0,198		
2016. III. né	7,824	0,004	3,344	0,610		
2016.IV. né	1,761	0,202	2,160	0,146		
2017. I.né	4,689	0,024	2,041	0,160		
2017. II. né	4,436	0,280	2,520	0,110		
2017. III. né	5,282	0,016	2,476	0,114		
2017.IV. né	3,962	0,039	1,906	0,179		
2018. I.né	4,321	0,030	2,330	0,128		
2018. II. né	5,775	0,012	3,718	0,046	1-2 eltér	

Forrás: saját szerkesztés

17a - Bevétel összesen, Krónikus fekvőbeteg-ellátás aránya

17a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p		
2016. I.né	12,750	0,004	1,688	0,226		
2016. II. né	6,132	0,011	1,039	0,376		
2016. III. né	12,031	0,001	0,844	0,448		
2016.IV. né	11,596	0,001	0,808	0,462		
2017. I.né	10,040	0,001	1,066	0,366		
2017. II. né	9,546	0,002	1,011	0,385		
2017. III. né	8,585	0,003	0,851	0,444		
2017.IV. né	8,180	0,003	1,274	0,305		
2018. I.né	9,167	0,002	0,994	0,391		
2018. II. né	9,210	0,002	0,865	0,439		

Forrás: saját szerkesztés

18a - Fedezet 1+2 költség, Egyéb OEP finansz (pl.fix díj) aránya

18a	Levene-teszt		ANOVA		Post-hoc teszt	
	statisztika értéke	p	F értéke	p		
2016. I.né	0,402	0,539	6,244	0,030	3-nál kevesebb csoport	
2016. II. né	0,372	0,552	6,085	0,013	min. egy csoportnak 2 alatti az esetszáma	
2016. III. né						
2016.IV. né	0,738	0,493	0,127	0,881		
2017. I.né	2,641	0,102	0,921	0,417		
2017. II. né	1,736	0,206	0,710	0,506		
2017. III. né	1,389	0,276	0,981	0,395		
2017.IV. né	0,228	0,798	2,121	0,151		
2018. I.né	1,131	0,346	1,992	0,167		
2018. II. né	2,691	0,097	1,487	0,254		

Forrás: saját szerkesztés

## 3. sz. Függelék: Likviditás táblázat (Eredeti terv – Módosított terv – Tény)

Sorozat	Éves likvid tábla				Január				Február				December				Év összesen	
	Terv	Tény	Terv	Tény	Terv	Módosított terv	Tény	Terv	Módosított terv	Tény	Terv	Módosított terv	Tény	Terv	Módosított terv	Tény	Tény	
1.	0	10 017 990	-18 900 000	-3 899 291	0	-240 621 000	-254 121 575	-240 621 000	-254 121 575	0	0	10 017 990	0	0	10 017 990			
<b>ROVAT</b>																		
<b>BEVÉTELEK</b>																		
6.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
7.	B16	662 000 000	660 881 429	660 000 000	659 000 000	660 789 400	660 789 400	660 789 400	660 789 400	660 789 400	660 789 400	660 789 400	660 789 400	660 789 400	660 789 400	660 789 400	660 789 400	
9.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
10.	B25	34 000 000	33 485 004	33 000 000	33 000 000	32 879 500	32 879 500	32 879 500	32 879 500	32 879 500	32 879 500	32 879 500	32 879 500	32 879 500	32 879 500	32 879 500	32 879 500	
16.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
17.	B4	40 000 000	38 289 753	38 000 000	38 000 000	37 897 600	37 897 600	37 897 600	37 897 600	37 897 600	37 897 600	37 897 600	37 897 600	37 897 600	37 897 600	37 897 600	37 897 600	
18.	B7	200 000	204 538	200 000	200 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
20.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
21.	B81	22 000 000	23 396 576	20 000 000	22 000 000	23 464 456	23 464 456	23 464 456	23 464 456	23 464 456	23 464 456	23 464 456	23 464 456	23 464 456	23 464 456	23 464 456	23 464 456	
22.	Mindösszesen (B):	758 200 000	756 257 300	751 200 000	752 000 000	755 030 956	755 030 956	755 030 956	755 030 956	755 030 956	755 030 956	755 030 956	755 030 956	755 030 956	755 030 956	755 030 956	755 030 956	
<b>KÖLTSÉGEK</b>																		
59.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
65.	Berjellegű kiadások mindösszesen	505 000 000	499 867 567	505 000 000	505 000 000	504 175 940	504 175 940	504 175 940	504 175 940	504 175 940	504 175 940	504 175 940	504 175 940	504 175 940	504 175 940	504 175 940	504 175 940	
100.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
152.	Anyag jellegű kiadások mindösszesen	95 000 000	94 715 450	95 000 000	95 000 000	99 578 900	99 578 900	99 578 900	99 578 900	99 578 900	99 578 900	99 578 900	99 578 900	99 578 900	99 578 900	99 578 900	99 578 900	
167.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
174.	Cyógyszertári kiadások mindösszesen	30 000 000	30 450 000	30 000 000	32 000 000	31 459 610	31 459 610	31 459 610	31 459 610	31 459 610	31 459 610	31 459 610	31 459 610	31 459 610	31 459 610	31 459 610	31 459 610	
181.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
182.	Laborkiadások mindösszesen	15 000 000	13 777 083	15 000 000	15 000 000	14 216 800	14 216 800	14 216 800	14 216 800	14 216 800	14 216 800	14 216 800	14 216 800	14 216 800	14 216 800	14 216 800	14 216 800	
184.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
185.	Patológia kiadások mindösszesen	2 000 000	1 910 000	2 000 000	2 500 000	2 059 400	2 059 400	2 059 400	2 059 400	2 059 400	2 059 400	2 059 400	2 059 400	2 059 400	2 059 400	2 059 400	2 059 400	
190.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
191.	Kistérszálló költségek mindösszesen	3 500 000	3 264 840	3 500 000	3 300 000	3 215 690	3 215 690	3 215 690	3 215 690	3 215 690	3 215 690	3 215 690	3 215 690	3 215 690	3 215 690	3 215 690	3 215 690	
196.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
201.	Élelmezési költségek mindösszesen	20 000 000	18 810 000	20 000 000	19 500 000	19 439 000	19 439 000	19 439 000	19 439 000	19 439 000	19 439 000	19 439 000	19 439 000	19 439 000	19 439 000	19 439 000	19 439 000	
206.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
227.	Gazdasági igazgatás költségei mindösszesen	20 000 000	20 939 100	20 000 000	22 000 000	21 365 400	21 365 400	21 365 400	21 365 400	21 365 400	21 365 400	21 365 400	21 365 400	21 365 400	21 365 400	21 365 400	21 365 400	
234.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
235.	Műszaki terület kiadásai mindösszesen	50 000 000	50 063 441	50 000 000	51 000 000	50 264 900	50 264 900	50 264 900	50 264 900	50 264 900	50 264 900	50 264 900	50 264 900	50 264 900	50 264 900	50 264 900	50 264 900	
266.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
267.	Kontrolling informatika kiadásai mindösszesen	17 500 000	17 180 000	17 500 000	18 000 000	17 652 347	17 652 347	17 652 347	17 652 347	17 652 347	17 652 347	17 652 347	17 652 347	17 652 347	17 652 347	17 652 347	17 652 347	
270.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
277.	Könyvtár költségei mindösszesen	600 000	601 667	600 000	610 000	680 500	680 500	680 500	680 500	680 500	680 500	680 500	680 500	680 500	680 500	680 500	680 500	
281.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
282.	Tűz és munkavédelem költségei mindösszesen	2 500 000	2 555 000	2 500 000	2 600 000	2 563 170	2 563 170	2 563 170	2 563 170	2 563 170	2 563 170	2 563 170	2 563 170	2 563 170	2 563 170	2 563 170	2 563 170	
288.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
289.	Szolgáltatási osztály költségei mindösszesen	16 000 000	16 036 333	16 000 000	16 500 000	16 468 200	16 468 200	16 468 200	16 468 200	16 468 200	16 468 200	16 468 200	16 468 200	16 468 200	16 468 200	16 468 200	16 468 200	
290.	Dologi kiadások mindösszesen	272 100 000	270 306 914	272 100 000	278 010 000	272 963 917	272 963 917	272 963 917	272 963 917	272 963 917	272 963 917	272 963 917	272 963 917	272 963 917	272 963 917	272 963 917	272 963 917	
291.	Költségek mindösszesen	777 100 000	770 174 581	777 100 000	783 010 000	777 139 857	777 139 857	777 139 857	777 139 857	777 139 857	777 139 857	777 139 857	777 139 857	777 139 857	777 139 857	777 139 857	777 139 857	
292.	Egyenleg	-18 900 000	-3 899 291	-44 800 000	-34 909 291	-26 008 192	-26 008 192	-26 008 192	-26 008 192	-26 008 192	-26 008 192	-26 008 192	-26 008 192	-26 008 192	-26 008 192	-26 008 192	-26 008 192	
293.	Teljes szállítói állomány		455 757 000			508 423 000	508 423 000	508 423 000	508 423 000	508 423 000	508 423 000	508 423 000	508 423 000	508 423 000	508 423 000	508 423 000	508 423 000	
294.	Lejárt szállítói állomány		154 689 000			222 082 100	222 082 100	222 082 100	222 082 100	222 082 100	222 082 100	222 082 100	222 082 100	222 082 100	222 082 100	222 082 100	222 082 100	
295.	Általánosított szállítói állomány		25 387 500			36 827 500	36 827 500	36 827 500	36 827 500	36 827 500	36 827 500	36 827 500	36 827 500	36 827 500	36 827 500	36 827 500	36 827 500	

Forrás: saját szerkesztés

## 4. sz. Függelék: Teljesítmény jelentés

1.táblázat: Fekvő jelentés menedzsment számára

Teljesítményjelentés 2018.01.01 - 2018.01.31 VÉGLEGES (Menedzsment)										
Szakmacsoportok	Terv	Időarányos		Ágykih. %	Esetszám		Case-mix		Tény	Teljesítés %
		Terv	Terv		2017.	2018.	2017.	2018.		
					jan. 31.		jan. 31.			
Általános Belgy - kardio., Kardiológia, Neph., allerg., tüdőgy.	120,07	120,07	96,61	168	160	0,85	0,87	139,95	116,56%	
Általános Belgy - gasztr., gasztroenterológia	89,40	89,40	78,67	129	127	0,81	0,77	98,41	110,08%	
Neurológiai Összevont Osztály	94,03	94,03	63,71	114	94	0,83	0,92	86,60	92,10%	
Fül-orr-gégészlet Összevont Osztály	25,85	25,85	44,30	58	48	0,55	0,55	29,38	101,06%	
Nőgyógyászati Összevont Osztály	152,99	152,99	70,88	293	282	0,53	0,52	147,03	96,10%	
<b>Összevont Osztály összesen:</b>	<b>482,44</b>	<b>482,44</b>	<b>73,29</b>	<b>762</b>	<b>711</b>	<b>0,67</b>	<b>0,70</b>	<b>498,37</b>	<b>103,30%</b>	
Mátrix Egység	Terv	Időarányos		Ágykih. %	Esetszám		Case-mix		Tény	Teljesítés %
	Terv	Terv			2017.	2018.	2017.	2018.		
					jan. 31.		jan. 31.			
Csecsemő és gyermekgyógy.Mátrix	72,19	72,19	75,56	146	149	0,62	0,57	84,31	116,79%	
Sebészeti Mátrix Osztály	605,71	605,71	67,06	488	548	1,29	1,10	601,87	99,37%	
Teljesítményjelentés 2018.01.01 - 2018.01.31 VÉGLEGES (Menedzsment)										
Szakma	Terv	Időarányos		Ágykih. %	Esetszám		Case-mix		Tény	Teljesítés %
		Terv	Terv		2017.	2018.	2017.	2018.		
					jan. 31.		jan. 31.			
Ált. belgyógyászat - Kardiológia (bel. neph. Allerg.)	13,80	13,80	30,32	16	18	0,72	0,75	13,53	98,04%	
Kardiológia	84,86	84,86	114,06	106	109	0,86	0,86	93,85	110,59%	
Tüdőgyógyászat - kardiológia	21,41	21,41	94,19	46	33	0,87	0,99	32,57	152,13%	
Ált. belgyógyászat - Gasztroenterológia	27,15	27,15	98,16	47	40	0,91	0,92	36,70	135,17%	
Gasztroenterológia	62,25	62,25	69,57	82	87	0,76	0,71	61,71	99,13%	
Csecsemő és gyermekgyógyászat	65,14	65,14	93,55	138	149	0,61	0,57	84,31	129,43%	
Gyermekeurologia	7,05	7,05	0,00	8	0	0,72	#ZÉRŐOSZTÓ	0,00	0,00%	
PIC	15,40	15,40	25,81	20	15	0,73	1,33	19,99	129,81%	
Neurológia	48,52	48,52	71,48	61	52	0,81	0,88	45,63	94,04%	
Stroke	45,51	45,51	57,81	53	42	0,85	0,98	40,97	90,02%	
Psychiátria	72,40	72,40	75,04	57	53	1,11	1,20	63,59	87,83%	
Sebészet	204,21	204,21	91,47	166	185	1,07	0,98	181,38	88,82%	
Érsebészet	89,50	89,50	85,16	30	35	2,49	1,75	61,21	88,07%	
Traumatológia	185,10	185,10	62,33	137	144	1,78	1,42	204,50	110,48%	
Nőgyógyászat	60,48	60,48	47,31	118	126	0,44	0,48	60,34	99,77%	
Urológia	74,32	74,32	45,65	65	76	0,88	1,04	79,27	106,66%	
Szemészet	72,58	72,58	41,94	90	108	0,82	0,70	75,51	104,04%	
Fül-orr-gége	21,50	21,50	54,84	39	39	0,63	0,59	22,91	106,56%	
Csecsemő és gy. Fül-, orr-gégégyógyászat	4,45	4,45	15,32	19	9	0,40	0,39	3,47	77,98%	
Intenzív	73,54	73,54	60,08	22	27	4,12	4,05	109,48	148,87%	
Sürgősségi Betegellátó Osztály	41,05	41,05	83,06	247	212	0,18	0,20	42,00	102,31%	
<b>Összesen:</b>	<b>1 270,22</b>	<b>1 270,22</b>	<b>69,15</b>	<b>1 567</b>	<b>1 559</b>	<b>0,87</b>	<b>0,85</b>	<b>1 332,92</b>	<b>104,94%</b>	
Patológia	11,50	11,50		67	62	0,26	0,28	17,32	150,61%	
Újszülött-, szülés (Tervev felül)	92,51	92,51		175	156	0,56	0,56	86,69	93,71%	
<b>Aktív összesen:</b>	<b>1 374,23</b>	<b>1 374,23</b>	<b>72,66</b>	<b>1 809</b>	<b>1 777</b>	<b>0,82</b>	<b>0,81</b>	<b>1 436,93</b>	<b>104,56%</b>	
Szakma megnevezése *	jan.terv	%-os mego.	Időarányos terv	Időarányos telj.	Teljesítés %-a	Teljesítés:				
Általános szemészet	21,77	30,00	21,77	19,02	87,35%	TVK felüli szemlencse:	1332,92	TVK felüli:	21,20	
Szárkehályog, egyéb lencse mölé 73 eset - ebből hozzá: 0 lencse	50,81	70,00	50,81	56,49	111,19%	X TK 5 eset				
<b>Szemészet összesen</b>	<b>72,58</b>	<b>100,00</b>	<b>72,58</b>	<b>75,51</b>	<b>104,04%</b>	3,86 HBCs	1 napos:	152,55		
Traumatológiai prof. Nélkül	120,32	65,00%	120,32	137,95	114,66%	<b>Összesen</b>	<b>1159,17</b>	<b>91,26%</b>		
Protetika: ** (4, X Tk nélkül)						TVK felüli protézis:				
- eltávolított: 16 eset ( 2 cem. nélkül.)	64,79	35,00%	64,79	66,55	102,72%	4 TK 0 eset 0	TVK:	1193,00	97,16%	
- elvégzett a hónapban: 26 eset										
<b>Traumatológiai összesen</b>	<b>185,10</b>	<b>100,00%</b>	<b>185,10</b>	<b>204,50</b>	<b>110,48%</b>					
Egynapos ellátás	FEKVŐ HBCS									
január	Havi min. teljesítés	Havi telj.	Min. feletti telj.							
- Sebészet	4,64	13,77	9,13							
- Traumatológia	10,37	42,66	32,29							
- Szülészet és nőgyógyászat	8,94	18,69	9,75							
- Szemészet	18,31	40,79	22,48							
- Urológia	18,94	27,04	8,10							
- Fül-orr-gége	0	0,00	0,00							
- Gasztroenterológia	3,93	9,60	5,67							
<b>Összesen</b>	<b>65,13</b>	<b>152,55</b>	<b>87,42</b>							
Rehabilitációs és krónikus ágykihasználás kórház	Ágykih %									
Belgyógyászati krónikus	81,09									
Tüdő krónikus	0,00									
Kardió krónikus	0,00									
Sebészet krónikus	0,00									
Pszichiátria rehab.	95,60									
<b>Rehab. összesen:</b>	<b>86,52</b>									
Rehabilitációs ágykihasználás szanatórium	Ágykih %									
Kardiológiai Rehabilitáció I.	58,95									
Kardiológiai Rehabilitáció II.	62,46									
Neurorehabilitációs Osztály	76,18									
<b>Várslí út összesen:</b>	<b>63,92</b>									
Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály I.	99,31									
Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály II.	98,19									
<b>Balf összesen:</b>	<b>98,75</b>									
<b>Szanatórium összesen:</b>	<b>76,41</b>									

Forrás: saját szerkesztés

2.táblázat: Járó jelentés menedzsment számára

Teljesítményjelentés 2018.01.01 - 2018.01.31 VÉGLEGES (Menedzsment)							
Szakma/Osztály	Terv	Időarányos		Esetszám	1 esetre jutó németpont	Tény	Teljesítés %-a
		Terv	Terv				
Belgyógyászat	140 450	140 450	352	440	154 854	110,26%	
ABPM (holter)	9 225	9 225	22	1 673	36 808	399,00%	
Anyagcsere-endokr.	200 659	200 659	754	365	274 978	137,04%	
Gastroenterológia	1 441 251	1 441 251	729	2 552	1 860 481	129,09%	
Nephrológia	95 235	95 235	284	440	125 057	131,31%	
Kardiológia	808 027	808 027	683	1 473	1 005 856	124,48%	
Echokardiográfia	950 402	950 402	367	2 781	1 020 494	107,37%	
<b>Belgyógyászat összesen:</b>	<b>3 645 249</b>	<b>3 645 249</b>	<b>3 191</b>	<b>1 403</b>	<b>4 478 528</b>	<b>122,86%</b>	
<b>Sebészet</b>	<b>1 282 005</b>	<b>1 282 005</b>	<b>1 886</b>	<b>683</b>	<b>1 288 601</b>	<b>100,51%</b>	
Traumatológia	1 458 640	1 458 640	2 113	669	1 414 638	96,98%	
Idegsebészet	36 593	36 593	56	623	34 894	95,36%	
Ortopédia	322 180	322 180	598	646	386 421	119,94%	
<b>Traumatológia összesen:</b>	<b>1 817 413</b>	<b>1 817 413</b>	<b>2 767</b>	<b>664</b>	<b>1 835 953</b>	<b>101,02%</b>	
<b>Szül-nőgyógyászat</b>	<b>1 426 287</b>	<b>1 426 287</b>	<b>2 008</b>	<b>803</b>	<b>1 611 968</b>	<b>113,02%</b>	
Onkológia	67 992	67 992	80	518	41 475	61,00%	
Onkológia gond.	484 796	484 796	392	1 291	506 075	104,39%	
<b>Onkológia összesen:</b>	<b>552 788</b>	<b>552 788</b>	<b>472</b>	<b>1 160</b>	<b>547 550</b>	<b>99,05%</b>	
Gyermekgyógyászat	288 197	288 197	555	869	482 421	167,39%	
Gyermek neurológia	405 427	405 427	155	2 673	414 389	102,21%	
Gyermekpsychiátria	115 000	115 000	82	2 941	241 129	209,68%	
Gyerek-astma	508 453	508 453	130	3 442	447 513	88,01%	
Gyerek kardiológia	365 871	365 871	73	8 166	596 094	162,92%	
<b>Gyermekgyógyászat összesen:</b>	<b>1 682 948</b>	<b>1 682 948</b>	<b>995</b>	<b>2 193</b>	<b>2 181 546</b>	<b>129,63%</b>	
Fül-orr-gégészet	840 764	840 764	1 179	625	737 077	87,67%	
<b>Szemészet</b>	<b>1 124 738</b>	<b>1 124 738</b>	<b>1 927</b>	<b>709</b>	<b>1 365 592</b>	<b>121,41%</b>	
<b>Aneszt.-Fájdalom</b>	<b>426 123</b>	<b>426 123</b>	<b>424</b>	<b>1 396</b>	<b>591 824</b>	<b>138,89%</b>	
Bőrgyógyászat	334 000	334 000	453	767	347 664	104,09%	
Bőr-és nemigond.	162 000	162 000	178	2 226	396 221	244,58%	
<b>Bőrgyógyászat összesen:</b>	<b>496 000</b>	<b>496 000</b>	<b>631</b>	<b>1 179</b>	<b>743 885</b>	<b>149,98%</b>	
Neurológia	1 251 807	1 251 807	927	1 620	1 501 610	119,96%	
Logopédia	130 564	130 564	23	2 829	65 059	49,83%	
Felfújás szkr	0	0	0	#ZÉRÓOSZTÓ!	0	#ZÉRÓOSZTÓ!	
Felnőtt epilepszia	0	0	0	#ZÉRÓOSZTÓ!	0	#ZÉRÓOSZTÓ!	
STROKE	0	0	0	#ZÉRÓOSZTÓ!	0	#ZÉRÓOSZTÓ!	
Elektrofiziológia	816 244	816 244	191	5 234	999 616	122,47%	
<b>Neurológia összesen:</b>	<b>2 198 615</b>	<b>2 198 615</b>	<b>1 141</b>	<b>2 249</b>	<b>2 566 285</b>	<b>116,72%</b>	
<b>Urológia</b>	<b>708 971</b>	<b>708 971</b>	<b>1 491</b>	<b>531</b>	<b>790 991</b>	<b>111,57%</b>	
Rheumatológia I.	484 310	484 310	864	710	613 395	126,65%	
Rheumatológia immunológia	26 541	26 541	49	402	19 722	74,31%	
<b>Rheumatológia</b>	<b>510 851</b>	<b>510 851</b>	<b>913</b>	<b>693</b>	<b>633 117</b>	<b>123,93%</b>	
Fizioterápia	1 509 521	1 509 521	2 389	1 008	2 409 194	159,60%	
<b>Infektológia</b>	<b>52 331</b>	<b>52 331</b>	<b>76</b>	<b>477</b>	<b>36 264</b>	<b>69,30%</b>	
Psychiátria	2 169 593	2 169 593	1 315	2 338	3 074 290	141,70%	
Addiktológia szkr	63 568	63 568	27	2 592	69 984	110,09%	
Psychiátria gond.	1 308 551	1 308 551	626	2 309	1 445 383	110,46%	
Addiktológia gond.	0	0	0	#ZÉRÓOSZTÓ!	0	#ZÉRÓOSZTÓ!	
<b>Psychiátria összesen:</b>	<b>3 541 712</b>	<b>3 541 712</b>	<b>1 968</b>	<b>2 332</b>	<b>4 589 657</b>	<b>129,59%</b>	
Tüdőgyógyászat	451 613	451 613	553	1 344	743 454	164,62%	
Asztma-allergológia	83 237	83 237	75	952	71 396	85,77%	
Tüdőgondozó	408 548	408 548	497	1 097	545 080	133,42%	
<b>Tüdőgyógyászat összesen:</b>	<b>943 398</b>	<b>943 398</b>	<b>1 125</b>	<b>1 209</b>	<b>1 359 930</b>	<b>144,15%</b>	
Röntgen	2 409 713	2 409 713	2 378	1 082	2 573 901	106,81%	
Röntgen diagnosztika (Balf)	0	0	0	#ZÉRÓOSZTÓ!	0	#ZÉRÓOSZTÓ!	
Röntgen diagnosztika (Várisi u.)	5 797	5 797	13	737	9 577	165,21%	
Angiográfia	1 405 669	1 405 669	18	126 551	2 277 912	162,05%	
Ultrahang	2 811 152	2 811 152	1 701	1 959	3 331 487	118,51%	
Ultrahang diagnosztika (szani)	149 321	149 321	30	2 713	81 383	54,50%	
Izotóp	100 214	100 214	26	3 562	92 617	92,42%	
Komplex mammográfia*	931 000	931 000	392	2 789	1 093 369	117,44%	
Denziometria	730 486	730 486	273	3 613	986 240	135,01%	
<b>Röntgen összesen:</b>	<b>8 543 352</b>	<b>8 543 352</b>	<b>4 831</b>	<b>2 162</b>	<b>10 446 486</b>	<b>122,28%</b>	
CT diagnosztika	7 863 808	7 863 808	564	17 461	9 848 044	125,23%	
MRI diagnosztika	9 424 675	9 424 675	611	17 460	10 667 945	113,19%	
<b>CT-MRI összesen:</b>	<b>17 288 483</b>	<b>17 288 483</b>	<b>1 175</b>	<b>17 460</b>	<b>20 515 989</b>	<b>118,67%</b>	
<b>Radiológia összesen</b>	<b>25 831 835</b>	<b>25 831 835</b>	<b>6 006</b>	<b>5 155</b>	<b>30 962 475</b>	<b>119,86%</b>	
Kórszövettan	2 307 610	2 307 610	635	4 218	2 678 747	116,08%	
Hisztológia tevékenységek	576 903	576 903	106	6 799	720 667	124,92%	
<b>Kórszövettan</b>	<b>2 884 513</b>	<b>2 884 513</b>	<b>741</b>	<b>4 588</b>	<b>3 399 414</b>	<b>117,85%</b>	
<b>Mozgásterápia</b>	<b>686 902</b>	<b>686 902</b>	<b>1 627</b>	<b>662</b>	<b>1 076 458</b>	<b>156,71%</b>	
<b>Összesen:</b>	<b>52 162 964</b>	<b>52 162 964</b>	<b>32 957</b>	<b>1 918</b>	<b>63 206 309</b>	<b>121,17%</b>	
ebből <b>Gondozó összesen:</b>	<b>2 363 895</b>	<b>2 363 895</b>	<b>1 693</b>	<b>1 709</b>	<b>2 892 759</b>	<b>122,37%</b>	
<b>SBO</b>	<b>3 031 888</b>	<b>3 031 888</b>	<b>1 632</b>	<b>2 102</b>	<b>3 430 683</b>	<b>113,15%</b>	
<b>Sürgősségi Betegell. O.</b>	<b>3 031 888</b>	<b>3 031 888</b>	<b>1 632</b>	<b>2 102</b>	<b>3 430 683</b>	<b>113,15%</b>	
<b>Kórház összesen</b>	<b>55 194 852</b>	<b>55 194 852</b>	<b>34 589</b>	<b>1 927</b>	<b>66 636 992</b>	<b>120,73%</b>	
Neurológiai szakambulancia	21 167	21 167	48	532	25 552	120,72%	
Reumatológia ambulancia	459 831	459 831	378	1 117	422 127	91,80%	
Kardiológiai szakambulancia	155 161	155 161	146	775	113 152	72,93%	
Fizioterápia (Balf)	752 012	752 012	5 317	197	1 046 941	139,22%	
Fizioterápia (Várisi u.)	36 955	36 955	255	431	109 993	297,64%	
Gyermek-kardiológiai szakrendelő	0	0	0	#ZÉRÓOSZTÓ!	0	#ZÉRÓOSZTÓ!	
<b>Szanatórium összesen</b>	<b>1 425 126</b>	<b>1 425 126</b>	<b>6 144</b>	<b>280</b>	<b>1 717 765</b>	<b>120,53%</b>	
<b>Végösszesen</b>	<b>56 619 978</b>	<b>56 619 978</b>	<b>40 733</b>	<b>1 678</b>	<b>68 354 757</b>	<b>120,73%</b>	
Központi Laboratórium	17 625 816	17 625 816	9 394	2 340	21 980 969	124,71%	
Mikrobiológia	1 598 657	1 598 657	828	2 550	2 111 530	132,08%	
<b>Labor összesen</b>	<b>19 224 473</b>	<b>19 224 473</b>	<b>10 222</b>	<b>2 357</b>	<b>24 092 499</b>	<b>125,32%</b>	

\* Ebből TVK felüli Mammográfia szűrés 165 eset 487 905 németpont

Forrás: saját szerkesztés

## 3.táblázat: Fekvő jelentés osztályvezetőknek

Teljesítményjelentés 2018.01.01 - 2018.01.31 VÉGLEGES (Osztályvezetőknek)													
Szakmacsoportok	Terv	Időarányos		Eltérés a tervtől		Esetszám		Jelenlegi CMI esetén Teljesítendő eset a hónapban	A jelenlegi esetszám elmaradás	Case-mix		Tény	Teljesítés %-a
		Terv	HBCS	Agykih. %	2017. jan. 31.	2018. jan. 31.	2017. jan. 31.			2018. jan. 31.			
Általános Belyg - kardio., Kardiológia, Neph., allerg.,Tüdőgy.	120,07	120,07	19,88	86,61	168	160	137	-23	0,85	0,87	139,95	116,56%	
Általános Belyg - gasztro., gasztroenterológia	89,40	89,40	9,01	78,67	129	127	115	-12	0,81	0,77	98,41	110,08%	
Neurológiai Összevont Osztály	94,03	94,03	-7,43	63,71	114	94	102	8	0,83	0,92	86,60	92,10%	
Fül-orr-gégészeti Összevont Osztály	25,95	25,95	0,43	44,30	58	48	47	-1	0,55	0,55	26,38	101,66%	
Nőgyógyászati Összevont Osztály	152,99	152,99	-5,96	70,88	293	282	293	11	0,53	0,52	147,03	96,10%	
<b>Összevont Osztály összesen:</b>	<b>482,44</b>	<b>482,44</b>	<b>15,93</b>	<b>73,29</b>	<b>762</b>	<b>711</b>	<b>688</b>	<b>-23</b>	<b>0,67</b>	<b>0,70</b>	<b>498,37</b>	<b>103,30%</b>	
Teljesítményjelentés 2018.01.01 - 2018.01.31 VÉGLEGES (Osztályvezetőknek)													
Mátrix Egység	Terv	Időarányos		Eltérés a tervtől		Esetszám		Jelenlegi CMI esetén Teljesítendő eset a hónapban	A jelenlegi esetszám elmaradás	Case-mix		Tény	Teljesítés %-a
		Terv	HBCS	Agykih. %	2017. jan. 31.	2018. jan. 31.	2017. jan. 31.			2018. jan. 31.			
Csecsemő és gyermekgyógy.Mátrix	72,19	72,19	12,12	75,56	146	149	128	-21	0,62	0,57	84,31	116,79%	
Sebészeti Mátrix Osztály	605,71	605,71	-3,84	67,06	488	548	551	3	1,29	1,10	601,87	99,37%	
Teljesítményjelentés 2018.01.01 - 2018.01.31 VÉGLEGES (Osztályvezetőknek)													
Szakma	Terv	Időarányos		Eltérés a tervtől		Esetszám		Jelenlegi CMI esetén Teljesítendő eset a hónapban	A jelenlegi esetszám elmaradás	Case-mix		Tény	Teljesítés %-a
		Terv	HBCS	Agykih. %	2017. jan. 31.	2018. jan. 31.	2017. jan. 31.			2018. jan. 31.			
Ált. belyógyászat - Kardiológia (bel, neph. Allerg.)	13,80	13,80	-0,27	30,32	16	18	18	0	0,72	0,75	13,53	98,04%	
Kardiológia	84,86	84,86	8,99	114,06	106	109	99	-10	0,86	0,86	93,85	110,59%	
Tüdőgyógyászat - kardiológia	21,41	21,41	11,16	94,19	46	33	22	-11	0,87	0,99	32,57	152,13%	
Ált. belyógyászat - Gasztroenterológia	27,15	27,15	9,55	98,16	47	40	30	-10	0,91	0,92	36,70	135,17%	
Gasztroenterológia	62,25	62,25	-0,54	69,57	82	87	88	1	0,76	0,71	61,71	99,13%	
Csecsemő és gyermekgyógyászat	65,14	65,14	19,17	93,55	138	149	115	-24	0,61	0,57	84,31	129,43%	
Gyermekneurológia	7,05	7,05	-7,05	0,00	8	0	#ZÉRÓOSZTÓI	#ZÉRÓOSZTÓI	0,72	#####	0,00	0,00%	
PIC	15,40	15,40	4,59	25,81	20	15	12	-3	0,73	1,33	19,99	129,81%	
Neurológia	48,52	48,52	-2,89	71,48	61	52	55	3	0,81	0,88	45,63	94,04%	
Stroke	45,51	45,51	-4,54	57,81	53	42	47	5	0,85	0,98	40,97	90,02%	
Psychiatria	72,40	72,40	-8,81	75,04	57	53	60	7	1,11	1,20	63,59	87,83%	
Sebészeti	204,21	204,21	-22,83	91,47	166	185	208	23	1,07	0,98	181,38	88,82%	
Érsebészeti	69,50	69,50	-8,29	85,16	30	35	40	5	2,49	1,75	61,21	88,07%	
Traumatólógia	185,10	185,10	19,40	62,33	137	144	130	-14	1,78	1,42	204,50	110,48%	
Nőgyógyászat	60,48	60,48	-0,14	47,31	118	126	126	0	0,44	0,48	60,34	99,77%	
Urológia	74,32	74,32	4,95	45,65	65	76	71	-5	0,88	1,04	79,27	106,66%	
Szemészet	72,58	72,58	2,93	41,94	90	108	104	-4	0,82	0,70	75,51	104,04%	
Fül-orr-gége	21,50	21,50	1,41	54,84	39	39	37	-2	0,63	0,59	22,91	106,56%	
Csecsemő és gy. Fül-,orr-gégegyógyászat	4,45	4,45	-0,98	15,32	19	9	12	3	0,40	0,39	3,47	77,98%	
Intenzív	73,54	73,54	35,94	60,08	22	27	18	-9	4,12	4,05	109,48	148,87%	
Sürgősségi Betegellátó Osztály	41,05	41,05	0,95	83,06	247	212	207	-5	0,18	0,20	42,00	102,31%	
<b>Összesen:</b>	<b>1 270,22</b>	<b>1 270,22</b>	<b>62,70</b>	<b>69,15</b>	<b>1 567</b>	<b>1 559</b>	<b>1 486</b>	<b>-73</b>	<b>0,87</b>	<b>0,85</b>	<b>1 332,92</b>	<b>104,94%</b>	
Patológia	11,50	11,50	5,82	67	62	61	61	-1	0,26	0,28	17,32	150,61%	
Újszülött, szülés (Tervei felül)	92,51	92,51	-5,82	175	156	166	166	10	0,59	0,56	86,69	93,71%	
<b>Aktív összesen:</b>	<b>1 374,23</b>	<b>1 374,23</b>	<b>62,70</b>	<b>72,66</b>	<b>1 809</b>	<b>1 777</b>	<b>1 699</b>	<b>-78</b>	<b>0,82</b>	<b>0,81</b>	<b>1 436,93</b>	<b>104,56%</b>	
Szakma megnevezése *											1332,92		
Altalános szemészet	jan.terv	%-os mego.	Időarányos terv	Időarányos telj.	Teljesítés %-a						Teljesítés:	1332,92	
	21,77	30,00	21,77	19,02	87,35%						TVK felüli:	17,34	
Szűkhatáron, egyéb lencse műtét 73 eset - ebből/hozzott: 0	Egyéb: 0												
	50,81	70,00	50,81	56,49	111,19%	TVK felüli szemlencse: X							
<b>Szemészet összesen</b>	<b>72,58</b>	<b>100,00</b>	<b>72,58</b>	<b>75,51</b>	<b>104,04%</b>	TK 5 eset 3,86 HBCs					1 napos:	152,55	
Traumatólógiai prot. Nélkül	120,32	65,00%	120,32	137,95	114,66%						<b>Összesen</b>	<b>1163,03</b>	
Protetika: ** (4 X TK nélkül)						TVK felüli protézis: 4							
- eltávolított: 16 eset ( 2 cem. nélkül.)	64,79	35,00%	64,79	66,55	102,72%	TK 0 eset 0 HBCs							
- elhúzózt a hónapban: 26 eset						X TK 3 eset 11,07 HBCs							
<b>Traumatólógiai összesen</b>	<b>185,10</b>	<b>100,00%</b>	<b>185,10</b>	<b>204,50</b>	<b>110,48%</b>								
Érsebészeti				61,21									
Egynapos ellátás FEKVŐ HBCS													
Január	Havi min.teljesítés	Havi teli	Min.feletti teli										
- Sebészeti	4,64	13,77	9,13										
- Traumatólógia	10,37	42,66	32,29										
- Szülészet és nőgyógyászat	8,94	18,69	9,75										
- Szemészet	18,31	40,79	22,48										
- Urológia	18,94	27,04	8,10										
- Fül-orr-gége	0	0,00	0,00										
- Gasztroenterológia	3,93	9,60	5,67										
<b>Összesen</b>	<b>65,13</b>	<b>152,55</b>	<b>87,42</b>										
Rehabilitációs és krónikus ágykihasználás kórház													
			Agykih %										
Belyógyászati krónikus			81,09										
Tüdő krónikus			0,00										
Kardió krónikus			0,00										
Sebészeti krónikus			0,00										
Psychiatria rehab.			95,60										
<b>Rehab. összesen:</b>	<b>86,52</b>			működő ágyakkal számolva									
Rehabilitációs ágykihasználás szanatórium													
			Agykih %										
Kardiológiai Rehabilitáció I.			58,95										
Kardiológiai Rehabilitáció II.			62,46										
Neurorehabilitációs Osztály			76,18										
<b>Várisi út összesen:</b>	<b>63,92</b>												
Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály I.			99,31										
Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály II.			98,19										
<b>Báfi összesen:</b>	<b>98,75</b>												
<b>Szanatórium összesen:</b>	<b>76,41</b>												

Forrás: saját szerkesztés

4.táblázat: Járó jelentés osztályvezetőknek

Teljesítményjelentés 2018.01.01 - 2018.01.31 VÉGLEGES (Osztályvezetőknek)								
Szakma/Osztály	Terv	Időarányos		Esetszám		1 esetre jutó németpont		Teljesítés %-a
		Terv	Elvárt	Tény	Elvárt	Tény	Tény	
Belgyógyászat	140 450	140 450	401	352	350	440	154 854	110,26%
ABPM (holter)	9 225	9 225	6	22	1 655	1 673	36 808	399,00%
Anyagcsere-endokr.	200 659	200 659	549	754	365	365	274 978	137,04%
Gastroenterológia	1 441 251	1 441 251	381	729	3 787	2 552	1 860 481	129,09%
Nephrológia	95 235	95 235	227	284	419	440	125 057	131,31%
Kardiológia	808 027	808 027	599	683	1 349	1 473	1 005 856	124,48%
Echokardiográfia	950 402	950 402	343	367	2 772	2 781	1 020 494	107,37%
<b>Belgyógyászat összesen:</b>	<b>3 645 249</b>	<b>3 645 249</b>	<b>2 506</b>	<b>3 191</b>	<b>1 426</b>	<b>1 403</b>	<b>4 478 528</b>	<b>122,86%</b>
<b>Sebészet</b>	<b>1 282 005</b>	<b>1 282 005</b>	<b>1 765</b>	<b>1 886</b>	<b>726</b>	<b>683</b>	<b>1 288 601</b>	<b>100,51%</b>
Traumatológia	1 458 640	1 458 640	2 023	2 113	721	669	1 414 638	96,98%
Idegsebészet	36 593	36 593	59	56	621	623	34 894	95,36%
Ortopédia	322 180	322 180	504	598	639	646	386 421	119,94%
<b>Traumatológia összesen:</b>	<b>1 817 413</b>	<b>1 817 413</b>	<b>2 586</b>	<b>2 767</b>	<b>701</b>	<b>664</b>	<b>1 835 953</b>	<b>101,02%</b>
<b>Szül-nőgyógyászat</b>	<b>1 426 287</b>	<b>1 426 287</b>	<b>2 123</b>	<b>2 008</b>	<b>672</b>	<b>803</b>	<b>1 611 968</b>	<b>113,02%</b>
Onkológia	67 992	67 992	155	80	438	518	41 475	61,00%
Onkológia gond.	484 796	484 796	376	392	1 288	1 291	506 075	104,39%
<b>Onkológia összesen:</b>	<b>552 788</b>	<b>552 788</b>	<b>532</b>	<b>472</b>	<b>1 028</b>	<b>1 160</b>	<b>547 550</b>	<b>99,05%</b>
Gyermekgyógyászat	288 197	288 197	366	555	786	869	482 421	167,39%
Gyermek neurológia	405 427	405 427	138	155	2 938	2 673	414 389	102,21%
Gyermekpsychiátria	115 000	115 000	29	82	3 955	2 941	241 129	209,68%
Gyerek-astma	508 453	508 453	170	130	2 997	3 442	447 513	88,01%
Gyerek kardiológia	365 871	365 871	54	73	6 785	8 166	596 094	162,92%
<b>Gyermekgyógyászat összesen:</b>	<b>1 682 948</b>	<b>1 682 948</b>	<b>775</b>	<b>995</b>	<b>2 172</b>	<b>2 193</b>	<b>2 181 546</b>	<b>129,63%</b>
Fül-orr-gégész	840 764	840 764	1 247	1 179	674	625	737 077	87,67%
<b>Szemészet</b>	<b>1 124 738</b>	<b>1 124 738</b>	<b>1 844</b>	<b>1 927</b>	<b>610</b>	<b>709</b>	<b>1 365 592</b>	<b>121,41%</b>
<b>Aneszt.-Fájdalom</b>	<b>426 123</b>	<b>426 123</b>	<b>300</b>	<b>424</b>	<b>1 422</b>	<b>1 396</b>	<b>591 824</b>	<b>138,89%</b>
Bőrgyógyászat	334 000	334 000	552	453	605	767	347 664	104,09%
Bőr-és nemigond.	162 000	162 000	62	178	2 600	2 226	396 221	244,58%
<b>Bőrgyógyászat összesen:</b>	<b>496 000</b>	<b>496 000</b>	<b>614</b>	<b>631</b>	<b>736</b>	<b>1 179</b>	<b>743 885</b>	<b>149,98%</b>
Neurológia	1 251 807	1 251 807	883	927	1 417	1 620	1 501 610	119,96%
Logopédia	130 564	130 564	50	23	2 613	2 829	65 599	49,83%
Féjfájás szkr	0	0	0	0	1 022	#ZÉROOSZTÓ!	0	#ZÉROOSZTÓ!
Felnőtt epilepszia	0	0	0	0	996	#ZÉROOSZTÓ!	0	#ZÉROOSZTÓ!
STROKE	0	0	0	0	1 243	#ZÉROOSZTÓ!	0	#ZÉROOSZTÓ!
Elektrofiziológia	816 244	816 244	254	191	3 211	5 234	999 616	122,47%
<b>Neurológia összesen:</b>	<b>2 198 615</b>	<b>2 198 615</b>	<b>1 247</b>	<b>1 141</b>	<b>1 763</b>	<b>2 249</b>	<b>2 566 285</b>	<b>116,72%</b>
<b>Urológia</b>	<b>708 971</b>	<b>708 971</b>	<b>1 255</b>	<b>1 491</b>	<b>565</b>	<b>531</b>	<b>790 991</b>	<b>111,57%</b>
Rheumatológia I.	484 310	484 310	689	864	703	710	613 395	126,65%
Rheumatológia immunológia	26 541	26 541	57	49	468	402	19 722	74,31%
<b>Rheumatológia</b>	<b>510 851</b>	<b>510 851</b>	<b>746</b>	<b>913</b>	<b>618</b>	<b>693</b>	<b>633 117</b>	<b>123,93%</b>
<b>Fizioterápia</b>	<b>1 509 521</b>	<b>1 509 521</b>	<b>1 436</b>	<b>2 389</b>	<b>1 051</b>	<b>1 008</b>	<b>2 409 194</b>	<b>159,60%</b>
<b>Infektológia</b>	<b>52 331</b>	<b>52 331</b>	<b>111</b>	<b>76</b>	<b>473</b>	<b>477</b>	<b>36 264</b>	<b>69,30%</b>
Psychiátria	2 169 593	2 169 593	1 119	1 315	1 940	2 338	3 074 290	141,70%
Addiktológia szkr	63 568	63 568	22	27	2 900	2 592	69 984	110,09%
Psychiátria gond.	1 308 551	1 308 551	544	626	2 405	2 309	1 445 383	110,46%
Addiktológia gond.	0	0	0	0	2 453	#ZÉROOSZTÓ!	0	#ZÉROOSZTÓ!
<b>Psychiátria összesen:</b>	<b>3 541 712</b>	<b>3 541 712</b>	<b>1 685</b>	<b>1 968</b>	<b>2 098</b>	<b>2 332</b>	<b>4 589 657</b>	<b>129,59%</b>
Tüdőgyógyászat	451 613	451 613	375	553	1 204	1 344	743 454	164,62%
Asztma-allergológia	83 237	83 237	80	75	1 035	952	71 396	85,77%
Tüdőgondozó	408 548	408 548	369	497	1 107	1 097	545 080	133,42%
<b>Tüdőgyógyászat összesen:</b>	<b>943 398</b>	<b>943 398</b>	<b>825</b>	<b>1 125</b>	<b>1 185</b>	<b>1 209</b>	<b>1 359 930</b>	<b>144,15%</b>
Röntgen	2 409 713	2 409 713	2 132	2 378	1 130	1 082	2 573 901	106,81%
Röntgen diagnosztika (Balf)	0	0	0	0	789	#ZÉROOSZTÓ!	0	#ZÉROOSZTÓ!
Röntgen diagnosztika (Várisi u.)	5 797	5 797	5	13	1 170	737	9 577	165,21%
Angiográfia	1 405 669	1 405 669	12	18	116 343	126 551	2 277 912	162,05%
Ultrahang	2 811 152	2 811 152	1 398	1 701	2 011	1 959	3 331 487	118,51%
Ultrahang diagnosztika (szani)	149 321	149 321	122	30	1 226	2 713	81 383	54,50%
Izotóp	100 214	100 214	30	26	3 300	3 562	92 617	92,42%
Komplex mammográfia*	931 000	931 000	360	392	2 588	2 789	1 093 369	117,44%
Denzimetria	730 486	730 486	400	273	1 826	3 613	986 240	135,01%
<b>Röntgen összesen:</b>	<b>8 543 352</b>	<b>8 543 352</b>	<b>4 459</b>	<b>4 831</b>	<b>2 087</b>	<b>2 162</b>	<b>10 446 486</b>	<b>122,28%</b>
CT diagnosztika	7 863 808	7 863 808	428	564	18 361	17 461	9 848 044	125,23%
MRI diagnosztika	9 424 675	9 424 675	575	611	16 397	17 460	10 667 945	113,19%
<b>CT-MRI összesen:</b>	<b>17 288 483</b>	<b>17 288 483</b>	<b>1 003</b>	<b>1 175</b>	<b>17 678</b>	<b>17 460</b>	<b>20 515 989</b>	<b>118,67%</b>
<b>Radiológia összesen</b>	<b>25 831 835</b>	<b>25 831 835</b>	<b>5 462</b>	<b>6 006</b>	<b>5 316</b>	<b>5 155</b>	<b>30 962 475</b>	<b>119,86%</b>
Kórszövetten	2 307 610	2 307 610	626	635	3 686	4 218	2 678 747	116,08%
Hisztológia tevékenységek	576 903	576 903	85	106	6 800	6 799	720 667	124,92%
<b>Kórszövetten</b>	<b>2 884 513</b>	<b>2 884 513</b>	<b>586</b>	<b>741</b>	<b>4 919</b>	<b>4 588</b>	<b>3 399 414</b>	<b>117,85%</b>
<b>Mozgásterápia</b>	<b>686 902</b>	<b>686 902</b>	<b>1 125</b>	<b>1 627</b>	<b>610</b>	<b>662</b>	<b>1 076 458</b>	<b>156,71%</b>
<b>Összesen:</b>	<b>52 162 964</b>	<b>52 162 964</b>	<b>28 769</b>	<b>32 957</b>	<b>1 574</b>	<b>1 918</b>	<b>63 206 309</b>	<b>121,17%</b>
ebből <b>Gondozó összesen:</b>	<b>2 363 895</b>	<b>2 363 895</b>	<b>1 352</b>	<b>1 693</b>	<b>1 726</b>	<b>1 709</b>	<b>2 892 759</b>	<b>122,37%</b>
SBO	3 031 888	3 031 888	1 517	1 632	1 998	2 102	3 430 683	113,15%
Sürgősségi Betegell. O.	3 031 888	3 031 888	1 517	1 632	1 998	2 102	3 430 683	113,15%
<b>Kórház összesen</b>	<b>55 194 852</b>	<b>55 194 852</b>	<b>30 286</b>	<b>34 589</b>	<b>1 846</b>	<b>1 927</b>	<b>66 636 992</b>	<b>120,73%</b>
Neurológiai szakambulancia	21 167	21 167	18	48	1 192	532	25 552	120,72%
Reumatológia ambulancia	459 831	459 831	499	378	921	1 117	422 127	91,80%
Kardiológiai szakambulancia	155 161	155 161	174	146	890	775	113 152	72,93%
Fizioterápia (Balf)	752 012	752 012	1 880	5 317	400	197	1 046 941	139,22%
Fizioterápia (Várisi u.)	36 955	36 955	164	255	226	431	109 993	297,64%
Gyermek-kardiológiai szakrendelő	0	0	0	0	1 028	#ZÉROOSZTÓ!	0	#ZÉROOSZTÓ!
<b>Szanatórium összesen</b>	<b>1 425 126</b>	<b>1 425 126</b>	<b>3 664</b>	<b>6 144</b>	<b>389</b>	<b>280</b>	<b>1 717 765</b>	<b>120,53%</b>
<b>Végösszesen</b>	<b>56 619 978</b>	<b>56 619 978</b>	<b>25 337</b>	<b>40 733</b>	<b>2 235</b>	<b>1 678</b>	<b>68 354 757</b>	<b>120,73%</b>
Központi Laboratórium	17 625 816	17 625 816	7 754	9 394	2 273	2 340	21 980 969	124,71%
Mikrobiológia	1 598 657	1 598 657	638	828	2 505	2 550	2 111 530	132,08%
<b>Labor összesen</b>	<b>19 224 473</b>	<b>19 224 473</b>	<b>8 393</b>	<b>10 222</b>	<b>2 291</b>	<b>2 357</b>	<b>24 092 499</b>	<b>125,32%</b>

\* Ebből TVK felüli Mammográfia szűrés 165 eset 487 905 németpont

Forrás: saját szerkesztés

## 5. sz. Függelék: Dinamikus keretgazdálkodás

1. táblázat: Kerettábla (Forrás: saját szerkesztés)

Hónap	Február	Végható	28. aktuális nap		Teljesítmenyek	28. napon	Normatíva		MARADVÁNY 2017.január	Pótkeret (engedélyezett)	Havi fix keret	Terv		Teljesítés alapján végható keret	maradvány nélküli maradvány	Keret	Tény		Adomány felhasználás	GÁZ	VÉR	keret	Mindösszesen felhasználás	Tényleges 1 HBCS/kts	
			Végható	Tény			Eredeti	Módosított				Maradvány	Keret + maradvány				Felhasználás	Egyenleg							
Keret	103,30	99,33	99,33	10,500	11,500	0	0	11,500	0	0	0	11,500	11,500	11,500	11,500	11,500	11,500	0	0	0	0	0	0	0	0
Bélgógyászat (kardiológia)	25,50	32,65	32,65	10,500	11,500	0	0	11,500	0	0	0	11,500	11,500	11,500	11,500	11,500	11,500	0	0	0	0	0	0	0	0
Tüdőgyógyászat - kardiológia	9	22	22	3,500	4,000	0	0	4,000	0	0	0	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	0	0	0	0	0	0	0	0
Kardiológia (Kronikus (hipoténszi) nap)	128,80	131,98	131,98			0	0	223,288	0	0	0	223,288	223,288	223,288	223,288	223,288	223,288	0	0	0	0	0	0	0	0
Bell II. összesen						0	0	223,288	0	0	0	223,288	223,288	223,288	223,288	223,288	223,288	0	0	0	0	0	0	0	0
Bell I. - Gasztroenterológia	93,17	95,70	95,70	9,700	9,900	0	0	9,900	0	0	0	9,900	9,900	9,900	9,900	9,900	9,900	0	0	0	0	0	0	0	0
Gasztro szűrenelés	66,024					0	0	66,024	0	0	0	66,024	66,024	66,024	66,024	66,024	66,024	0	0	0	0	0	0	0	0
Bell I. összesen						0	0	158,176	0	0	0	158,176	158,176	158,176	158,176	158,176	158,176	0	0	0	0	0	0	0	0
Csecsemő és gyermekgyógyászat	79,32	101,98	101,98	6,000	6,000	0	0	6,000	0	0	0	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	0	0	0	0	0	0	0	0
Gyerek szakambuláns (németpont)						0	0	468,132	0	0	0	468,132	468,132	468,132	468,132	468,132	468,132	0	0	0	0	0	0	0	0
Gyerek összesen						0	0	468,132	0	0	0	468,132	468,132	468,132	468,132	468,132	468,132	0	0	0	0	0	0	0	0
Koronavírus (PIC)	15,80	10,59	10,59	6,400	6,400	0	0	6,400	0	0	0	6,400	6,400	6,400	6,400	6,400	6,400	0	0	0	0	0	0	0	0
Neurologia + Stroke	98,30	98,73	98,73	7,100	8,400	0	0	8,400	0	0	0	8,400	8,400	8,400	8,400	8,400	8,400	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychiatria	63,57	69,07	69,07	4,300	4,200	0	0	4,200	0	0	0	4,200	4,200	4,200	4,200	4,200	4,200	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychiatria rehab (ápolási nap)	1,550	1,550	1,550	200	180	0	0	180	0	0	0	180	180	180	180	180	180	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychiatria összesen						0	0	763,127	0	0	0	763,127	763,127	763,127	763,127	763,127	763,127	0	0	0	0	0	0	0	0
Sebészet	195,60	188,86	188,86	7,600	8,000	0	0	8,000	0	0	0	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000	0	0	0	0	0	0	0	0
Értesítés	66,10	34,95	34,95	7,600	8,000	0	0	8,000	0	0	0	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000	0	0	0	0	0	0	0	0
Sekélyes járó (németpont)	261,70	223,81	223,81	7,600	8,000	0	0	8,000	0	0	0	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000	0	0	0	0	0	0	0	0
Sekélyes összesen						0	0	136,494	0	0	0	136,494	136,494	136,494	136,494	136,494	136,494	0	0	0	0	0	0	0	0
Traumatológia	222,65	244,55	244,55	4,800	4,700	0	0	4,700	0	0	0	4,700	4,700	4,700	4,700	4,700	4,700	0	0	0	0	0	0	0	0
Traumatológia járó (németpont)						0	0	96,267	480,711	0	0	96,267	480,711	96,267	480,711	96,267	480,711	0	0	0	0	0	0	0	0
Traumatológia járó (németpont)						0	0	957	0	0	0	957	0	957	0	957	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ortopédia járó (németpont)						0	0	6,633	0	0	0	6,633	0	6,633	0	6,633	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Traumatológia összesen						0	0	103,897	480,711	0	0	103,897	480,711	103,897	480,711	103,897	480,711	0	0	0	0	0	0	0	0
Nőgyógyászat - Újzülött, szülés	140,95	138,35	138,35	5,200	6,000	0	0	6,000	0	0	0	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	0	0	0	0	0	0	0	0
Újzülött (keret levonása, eset)	68,00	68,00	68,00	100,000	100,000	0	0	100,000	0	0	0	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	0	0	0	0	0	0	0	0
Nőgyógyászat összesen						0	0	122,609	0	0	0	122,609	122,609	122,609	122,609	122,609	122,609	0	0	0	0	0	0	0	0
Nőgyógyászat járó						0	0	39,546	-34,000	0	0	39,546	-34,000	39,546	-34,000	39,546	-34,000	0	0	0	0	0	0	0	0
Nőgyógyászat összesen						0	0	162,155	-34,000	0	0	162,155	-34,000	162,155	-34,000	162,155	-34,000	0	0	0	0	0	0	0	0
Urológia fekvő	72,50	66,42	66,42	7,300	7,300	0	0	7,300	0	0	0	7,300	7,300	7,300	7,300	7,300	7,300	0	0	0	0	0	0	0	0
Urológia járó (német pont)						0	0	538	0	0	0	538	0	538	0	538	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Urológia összesen						0	0	71,087	0	0	0	71,087	0	71,087	0	71,087	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Szemészet	74,00	83,88	83,88	6,900	8,600	0	0	8,600	0	0	0	8,600	8,600	8,600	8,600	8,600	8,600	0	0	0	0	0	0	0	0
Szemészet járó (német pont)						0	0	45,763	0	0	0	45,763	0	45,763	0	45,763	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Szemészet összesen						0	0	54,342	0	0	0	54,342	0	54,342	0	54,342	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fülr-réteg	28,80	24,79	24,79	6,200	6,000	0	0	6,000	0	0	0	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	0	0	0	0	0	0	0	0
Fülr-réteg járó (német pont)						0	0	21,777	0	0	0	21,777	0	21,777	0	21,777	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fülr-réteg összesen						0	0	11,564	0	0	0	11,564	0	11,564	0	11,564	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fülr-réteg összesen						0	0	33,341	0	0	0	33,341	0	33,341	0	33,341	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen						0	0	207,081	0	0	0	207,081	207,081	207,081	207,081	207,081	207,081	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen						0	0	173,740	0	0	0	173,740	173,740	173,740	173,740	173,740	173,740	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen						0	0	207,081	0	0	0	207,081	207,081	207,081	207,081	207,081	207,081	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen						0	0	167,449	0	0	0	167,449	167,449	167,449	167,449	167,449	167,449	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen						0	0	42,332	0	0	0	42,332	42,332	42,332	42,332	42,332	42,332	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen						0	0	167,449	0	0	0	167,449	167,449	167,449	167,449	167,449	167,449	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen						0	0	23,321	0	0	0	23,321	23,321	23,321	23,321	23,321	23,321	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen						0	0	36,564	0	0	0	36,564	36,564	36,564	36,564	36,564	36,564	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen						0	0	14,301	0	0	0	14,301	14,301	14,301	14,301	14,301	14,301	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen						0	0	207,081	0	0	0	207,081	207,081	207,081	207,081	207,081	207,081	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen						0	0	167,449	0	0	0	167,449	167,449	167,449	167,449	167,449	167,449	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen						0	0	42,332	0	0	0	42,332	42,332	42,332	42,332	42,332	42,332	0	0						



Intenzív	69.50	50.00	50.00	18.000	17.500	754.165	0	1.216.250	1.970.415	875.000	1.629.165	1.629.165	713.935	915.230	54.613	15.918	305.297	321.215	1.089.763	14.279	
Anaesth.	650	660	563	2.500	2.500	543.002	0	1.625.000	2.168.002	1.650.000	2.139.002	1.950.502	1.400.006	550.496	0	0	0	0	1.400.006	2.487	
Kézponti műtő																697.333		697.333			
SFO felvő	42.80	39.05	39.05	3.600	3.600	0	0	154.080	154.080	140.580	140.580	140.580	816.974								
SFO járó (német pont)	3 049 669	2 969 230	2 969 230	0,23	0,23	0	0	701.424	701.424	682.923	682.923	682.923									
SFO összesen	73.30	68.74	68.74			71.589		855.504	927.099	823.503	895.092	895.092	816.974	78.718	57.25	67.652		67.652	889.751	11.876	
Patológia	11,50	15,08	15,08			0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Patológia járó		40.960	40.960	280.000	280.000			320.960	320.960	320.960	320.960	320.960	245.513	75.447	1.500	0	0	0	247.013		
Patológia összesen		40.960	40.960					320.960	320.960	320.960	320.960	320.960	245.513	75.447	1.500	0	0	0	247.013		
Beteggyógyászat krónikus I. (ép.nap)	900	900	897	300	400	88.821	0	360.000	448.821	360.000	448.821	447.621	277.332	103.216					380.548		
Beteggyógyászat krónikus II. (ép.nap)	800	800	650	300	400	81.758	0	320.000	401.758	320.000	401.758	341.758	174.778	166.980	125.176				289.954		
Beteggyógyászat krónikus II. (ép.nap)	300	300	703	500	500	4.239	0	150.000	154.239	150.000	154.239	355.739	262.677	93.062	128.692				391.369		
Bel. krónikus összesen	2 000	2 000	2 250			174.818	0	830.000	1 004.818	830.000	1 004.818	1 145.118	714.787	430.331	357.084	0	0	0	1 071.871	318	
Tüdőgyógyászat járó						219.049		339.049	339.049	120.000	339.049	339.049	68.385	270.664	0	0	0	0	68.385		
Fikterápia						4.688		22.688	22.688	18.000	22.688	22.688	7.316	15.372	0	0	0	0	7.316		
Beteggyógyászat járó + gondozó						4.649		10.149	10.149	5.500	10.149	10.149	12.799	-2.650	0	0	0	0	12.799		
Infektológia						0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Rheumatológia járó						9.337		30.337	30.337	21.000	30.337	30.337	16.162	14.175	0	0	0	0	16.162		
Élmezés						0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Gyógyterápia						16.545		31.545	31.545	15.000	31.545	31.545	13.748	17.797	896	0	0	0	14.644		
Hyg.csoport						0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kézponti stén						651		2.451	2.451	1.800	2.451	2.451	3.314	-863	0	0	0	0	3.314		
Mosoda						0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Onkológia járó + gondozó						5.051		8.551	8.551	3.500	8.551	8.551	3.769	4.782	0	0	0	0	3.769		
Takarítószoftár						0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Uremovos						0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Radiológia						2.314.494		5.814.494	5.814.494	3.500.000	5.814.494	2.906.622	2.907.672	0	0	0	0	0	2.906.622		
Labor						20.561		105.561	105.561	85.000	105.561	105.561	79.228	26.333	0	0	0	0	79.228		
EEG labor						4.980		4.980	4.980	4.000	4.980	4.980	2.248	2.732	0	0	0	0	2.248		
Kardiológia Rehab.I.A	1 000	1 000	1 135	180	200	64.124		200.000	264.124	200.000	264.124	291.124	277.543	13.581	76.541	15.918	0	15.918	370.002	245	
Kardiológia Rehab.I.B	1 000	1 000	1 087	185	200	49.932		200.000	249.932	200.000	249.932	267.332	259.192	8.140	21.624	3.980	0	3.980	284.796	238	
Kardiológia Rehab.II.A	1 000	1 000	1 124	150	170	31.806		170.000	201.806	170.000	201.806	222.886	198.712	24.674	89.673	0	0	0	287.885	176	
Kardiológia Rehab.II.B	1 000	1 000	1 166	170	170	10.279		170.000	180.279	170.000	180.279	208.499	192.882	15.607	158.372	0	0	0	351.264	165	
Fizioterápia (Várasi út)						-3.964		5.000	1.036	5.000	1.036	1.036	0	0	0	0	0	0	0		
Neurológia Rehab	1 500	1 500	1 465	160	160	195.097		240.000	435.097	240.000	435.097	429.497	194.579	234.918	33.917	0	0	0	228.496	133	
Rheuma Balf. I.	2 400	2 400	2 211	90	65	127.407		156.000	283.407	156.000	283.407	271.122	148.736	122.386	2.785	0	0	0	151.521	67	
Rheuma Balf. II.	2 400	2 400	2 238	90	65	42.549		156.000	198.549	156.000	198.549	188.019	166.953	21.066	59.042	0	0	0	225.995	75	
Fizioterápia Balf						1.811		91.811	91.811	90.000	91.811	91.811	85.179	6.632	0	0	0	0	85.179		
EKG Labor						0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
RTG Várisi út						-320		3.980	3.980	4.300	3.980	3.980	2.799	1.181	0	0	0	0	2.799		
RTG Balf						0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kardiológia szakambulancia						5.623		10.623	10.623	5.000	10.623	10.623	4.982	6.041	0	0	0	0	4.982		
<b>Összesen:</b>	<b>13 859</b>	<b>13 859</b>	<b>14 152</b>			<b>7 371 446</b>	<b>1 436 032</b>	<b>4 636 230</b>	<b>15 498 896</b>	<b>26 578 424</b>	<b>35 167 716</b>	<b>28 444 905</b>	<b>20 022 098</b>	<b>8 422 807</b>	<b>6 282 867</b>	<b>830 064</b>	<b>5 711 600</b>	<b>6 714 519</b>	<b>33 019 484</b>		
<b>Ápolási napok összesen:</b>						<b>8 807 478</b>															
<b>Intézmén sajátú főbbel</b>																					
<b>Résztika</b>																					
<b>Összesen:</b>																					
<b>Szanatórium összesen:</b>	<b>10 300</b>	<b>10 300</b>	<b>10 426</b>	<b>1 025</b>	<b>1 030</b>	<b>524 344</b>	<b>0</b>	<b>1 292 000</b>	<b>1 920 644</b>	<b>1 396 300</b>	<b>1 920 644</b>	<b>1 985 929</b>	<b>1 530 667</b>	<b>465 262</b>	<b>441 954</b>	<b>19 898</b>	<b>0</b>	<b>19 898</b>	<b>1 992 519</b>		
<b>Keret.HBCS</b>	1 403,36	1 393,98	1 382,42																		
<b>Korrekció</b>			-11,56																		
<b>Összes HBCS</b>			<b>1 393,98</b>																		

Terv, időarányos, tény táblák szerkezete megegyezik  
2.táblázat: Segéd tábla

terv	
Osztály	Teljesítés
Belgyógyászat II. kardiológia	103,30
Tüdőgyógyászat - kardiológia	25,50
Belgyógyászat I. - Gasztroenterológia	93,17
Csecsemő és gyermekgyógyászat	79,32
PIC	15,80
Neurológia + Stroke	98,30
Psychiátria	63,57
Sebészet	195,60
Érsebészet	66,10
Traumatológia	222,65
Nőgyógyászat + Újszülött, szülés	140,95
Urológia	72,50
Szemészet	74,00
Fül-orr-gége	28,80
Intenzív	69,50
Sürgősségi Betegellátó Osztály	42,80
Pathológia	11,50
<b>Összesen:</b>	<b>1 403,36</b>
	<b>Teljesítmény</b>
Újszülött (keret levonása, eset)	68,00
Aneasth. (műtéti idő)	650
SBO járó (német pont)	3 049 669
	<b>Ápolási nap</b>
Kardiológia Krónikus (ápolási nap)	9
Psychiátria rehab (ápolási nap)	1 550
Belgyógyászat krónikus I. (áp.nap)	900
Belgyógyászat krónikus II. (áp.nap)	800
Belgyógyászat krónikus II. (áp.nap)	300
Kardiológia Rehab.I.A	1 000
Kardiológia Rehab.I.B	1 000
Kardiológia Rehab.II.A	1 000
Kardiológia Rehab.II.B	1 000
Neurológia Rehab	1 500
Rheuma Balf.I.	2 400
Rheuma Balf. II.	2 400
<b>Összesen:</b>	<b>13 859</b>

Forrás: saját szerkesztés

3.táblázat: Konvertáló segédtabla

Medworks		Kontrolling		Gyógyszertár	
Osztály	MedWorks	Osztály	Teljesítés	Osztály	Teljesítés
Nephrológia	8,75	Ált. belgyógyászat - Kardiológia (bel. neph. Allerg.)	31,00	Belgyógyászat II. kardiológia	99,33
Neurologia	41,93	Kardiológia	68,33	Tüdőgyógyászat - kardiológia	32,65
Psychiátria	69,07	Tüdőgyógyászat - kardiológia	32,65	Belgyógyászat I. - Gasztroenterológia	95,70
Tüdőgyógyászat	32,65	Ált. belgyógyászat - Gasztroenterológia	40,05	Csecsemő és gyermekgyógyászat	101,98
Gasztroenterológia	44,65	Gasztroenterológia	55,65	PIC	10,59
Kardiológia	68,33	Csecsemő és gyermekgyógyászat	98,56	Neurologia + Stroke	98,73
Belgyógyászat (Gasztroenterológia)	40,05	Gyermekeurologia	3,42	Psychiátria	69,07
Belgyógyászat (kardiológia)	2,60	PIC	10,59	Sebészet	188,86
Allergológia és klinikai immun.	0,00	Neurologia	48,43	Érsebészet	34,95
Fül-orr-gége	16,75	Stroke	50,30	Traumatológia	244,55
Sebészet	188,86	Psychiátria	69,07	Nőgyógyászat + Újszülött, szülés	138,35
Szemészet	83,88	Sebészet	188,86	Urológia	66,42
Urológia	66,42	Érsebészet	34,95	Szemészet	83,88
Traumatológia	244,55	Traumatológia	244,55	Fül-orr-gége	24,79
Érsebészet	34,95	Nőgyógyászat	46,52	Intenzív	50,00
Gasztroenterológia őrző	11,00	Urológia	66,42	Sürgősségi Betegellátó Osztály	39,05
Szülészet+Újszülött	91,83	Szemészet	83,88	Pathológia	15,08
Nőgyógyászat	46,52	Fül-orr-gége	16,75	<b>Összesen:</b>	<b>1 393,98</b>
Gyermekeurologia	3,42	Csecsemő és gy. Fül, -orr-gégegyógyászat	8,04		
Csecsemő és gyermek	98,56	Intenzív	50,00		
Gyermek Fül-orr-gége	8,04	Sürgősségi Betegellátó Osztály	39,05		
Neurologia őrző	6,50	<b>Összesen:</b>	<b>1 287,07</b>		
Stroke őrző	9,06	Pathológia	15,08		
Intenzív	50,00	Újszülött, szülés (Terven felül)	91,83		
STROKE	41,24	<b>Aktív összesen:</b>	<b>1 393,98</b>		
PIC	10,59				
Kardiológia őrző	19,65				
SBO	39,05				
Pathológia	15,08				
<b>Összesen</b>	<b>1393,98</b>				

Forrás: saját szerkesztés

## 6. sz. Függelék: Hatékony műtőszervezés

Az optimális működés megszervezése érdekében olyan rendszert igyekeztünk kialakítani, amely célkitűzéseink megvalósítását hatékonyan segíti.

A hatékony műtőszervezés a komplexitása miatt informatikai támogatottság nélkül elképzelhetetlen. Ezért kifejlesztettünk a kollégákkal közösen egy szoftvert, mely hatékonyan segíti a szervezőket és a controlling tevékenységeket is. Jelenleg három kórház (Sopron, Eger, Szolnok) évek óta eredményesen használja ezt a metodikát és a kezelésére fejlesztett támogató programot.

Műtőszervezésnél figyelembe kell venni a következőket:

- a havonta meghatározott TVK-t milyen betegösszetétellel tudják teljesíteni az egyes szakmák,
- az előjegyzett beteg beavatkozása mennyi ideig tart,
- hány perces a betegcsere,
- a beavatkozáshoz szükséges-e aneszteziológus vagy nem (helyi vagy teljes anesztéziában végzett műtét),
- szeptikus vagy aszeptikus műtét,
- sorrendiség meghatározása orvosszakmai szempontból,
- a beavatkozáshoz szükséges eszközök mely műtőben állnak rendelkezésre,
- az operáló orvos melyik napon, órákban tud műteni,
- mekkora a műtői kapacitás,
- mekkora az aneszteziológiai, műtői team kapacitása.

A felsoroltakból egyértelműen látszik, hogy ebben a bonyolult rendszerben a kapacitások és az igények összehangolása nem egyszerű feladat. Számos érv mentén kell biztosítani a harmonikus, mindenki számára elfogadható működési rendet.

A tervezés, szervezés folyamata 3 fázisú. Első lépésben meg kell határozni a kapacitásokat, hogy mennyi műtési teamet, aneszteziológust és műtőt, eszközöket tudunk biztosítani. Ezt követően lehet az osztályos műtési igényeket összegyűjteni úgy, hogy az előzőekben meghatározott kapacitásokat ne lépjük túl. Majd a felmerült igényekhez kell igazítani a korábban meghatározott kapacitásokat.

A hatékony tervezéshez nagyon fontos az időfaktor ismerete. Ha a kapacitások meghatározása és az igények összegyűjtése túl későn történik, akkor már nincs idő vagy lehetőség az igényekhez igazított kapacitás korrekcióra, aminek elmaradása nagymértékben rontja a költséghatékonyságot. Ennek ellenére elég gyakori ez a mulasztás, mivel némely korrekciós lépés konfliktust szülhet és érdekeket sérthet.

A hatékony szervezéshez nélkülözhetetlen egy határozott, és a szakmák által is elfogadott vezető, aki felel a műtői munka szervezésért. A vezetőnek nem feltétlen kell orvosi végzettséggel rendelkeznie, de csak alapos műtői, szakmai ismeret alapján tudja megfelelően végezni ezt a tevékenységet.

A műtővezető egyik fontos feladata a kapacitások időben történő összeállítása (mennyi műtéti teamet, aneszteziológust és műtőt, eszközöket tudunk biztosítani az adott napra) és itt az „időben” szón van a hangsúly. A műtéti programok beállítása és tervezése akár több hónapra előre is megtörténhet, de a tervet folyamatosan karban kell tartani. A vezető meghatározza, hogy az aktuális naptári napon mennyi műtőt, hány órára lehet megnyitni és az egyes műtőkben mennyi aneszteziológiai órát tud biztosítani. Mely műtőkben milyen eszközök állnak rendelkezésre, és mely szakma mely műtőbe jegyezhet elő. Ezenkívül meg kell határozni, hogy milyen betegcsereidővel kell számolni. Ez szakmánként eltérő lehet, de megfelelő szervezéssel ezt az időt minimálisra lehet csökkenteni, ami a hatékonyságot nagymértékben fokozza. 30 perces betegcsere 4 műtét esetén 2 óra kihasználatlan kapacitást jelent, s amennyiben ezt szervezéssel sikerül 15-20 percre, vagy ennél rövidebb időre lecsökkenteni, akár egy óra plusz kapacitás felszabadul, ami további műtőre/műtétekre ad lehetőséget.

Az egyes szakmák előre meghatározott paraméterek és kapacitások alapján jegyeznek elő. Itt is fontos a már említett időfaktor! Lehetőleg 2-3 hétre előre kell naprakészre pontosítani az előjegyzéseket. Így biztosítható a műtői vezető számára, hogy a kapacitásokat korrigálja, átcsoportosítsa azokról a helyekről, ahol az igény kevesebb, azokra a helyekre, ahol több igény merül fel a pontos előjegyzések szerint.

E tervezés és szervezés mellett a sürgős eseteket is menedzselni kell, beiktatva ezeket is a műtéti programba. Menedzselés szempontjából a legegyszerűbb, de legköltségesebb, ha egy külön műtő és egy külön komplett műtői team áll rendelkezésre. Ennek a megoldásnak a költségeit csak kevés kórház tudja vállalni, mivel nincs annyi sürgős beavatkozás, hogy egy komplett team teljes napi munkaidejét kitöltse.

A következő lehetőség, ami költséghatékonyabb az előzőnél, hogy egy külön műtőt biztosítanak, de teamet előre nem. Ezzel plusz bérköltséget nem generálunk az ott „állomásozó” komplett műtéti team miatt. Sürgős beavatkozásnál a beteget elő tudják készíteni a rendelkezésre

álló „sürgős” műtőben, addig, amíg az egyik műtői team ideiglenesen felfüggeszti a napi programját, és átmegy a sürgős esethez, majd a műtét végeztével tovább folytatja a napi programját.

A leghatékonyabb megoldás, ha előre se műtőt, se teamet nem biztosítunk. Annak a műtőnek a programját függesztik fel, amelyik a legkevesebb fennakadást okozza a napi műtői programban, majd a sürgős műtét elvégzése után újra folytatják a napi programot. Ez a megoldás igényli a legtöbb szervezési tevékenységet, és egyben ez a legköltséghatékonyabb. Viszont a műtétek tolódása némi többletköltséget okozhat az osztályoknak, illetve kellemetlenséget a betegeknek. Természetesen az intézmény jellege és a sürgős műtétek gyakorisága befolyásolja, hogy szakmailag és hatékonyság szempontjából mely megoldás a legmegfelelőbb.

Műtőszervezésnél szintén érvényes a „Minimax”-elv (minimális költségből, optimális ellátás, maximális bevétel), annak ellenére, hogy itt nincs közvetlenül bevétel. A bevétel az intézményhez, a betegellátó, műtői szakmákhoz érkezik, ezért csak az intézményi belső elszámolás valamilyen vetítési, felosztási módszere alapján lehet a műtőre könyvelni.

Pontosabb elszámolást eredményez, ha a műtő költségét terheljük a műtői szolgáltatást igénybevevő szakmákra. Ez kétféle módon történhet: felosztás vagy tényleges költségek alapján. Felosztásnál a műtői összköltséget műtői órák arányában (esetleg ezek súlyozásával vagy egyéb mutatókkal) osztjuk fel az egyes szakmák között. A legpontosabb elszámolás viszont, ha a műtőnél ténylegesen felmerült költségeket terheljük az igénybevevő szakmákra, az előzetes belső szolgáltatás felosztása után. Ez komoly adminisztrációs és dokumentációs terhet jelent, ezért nélkülözhetetlen egy felhasználóbarát informatikai rendszer.

Mivel bevétele nincs, és a költségeket is más szakmákra terheljük, fedezetet nem készítünk műtő szervezeti egységre, ezért más controlling eszközzel kell segíteni a műtő vezetőjét, hogy az egységet a „Minimax”-elv szerint tudja működtetni. Az egyik ilyen mutató a műtői óráköltség, vagy aneszteziológia óráköltség. Ezeket korábban elszámoló árként is alkalmaztuk, ez leegyszerűsítette a költségfelosztásokat, mivel a terheléseket az aneszteziológia óráköltség és az igénybevett aneszteziológia óra, vagy műtői óráköltség és az igénybevett műtői óra szorzataként terheljük a szakmákra. A mutatószámokat negyedévente vagy félévente kellett felülvizsgálni. A controlling kézikönyv viszont már előírja, hogy a költségfelosztásokat műtői perc illetve aneszteziológiai perc alapján kell elvégezni negyedévente.

A műtő vezetőjének továbbra is szüksége van valamilyen összehasonlító benchmark adatra, hogy meg tudja ítélni, hogy a műtői/aneszteziológiai óra költségei a hasonlított adatokhoz képest pozitív vagy negatív irányban térnek el. Amennyiben negatív eltérés mutatkozik (drágább az egy órára jutó költség), abban az esetben a műtő vezetőjének a feladata, hogy a műtőszervezést

felülvizsgálja, és megtegye a megfelelő intézkedéseket. Ezek az intézkedések sok esetben konfliktust szülnek, melyeket nagyon nehéz feloldani, ezért gyakran nem is történnek meg.

Létezik egy megoldás, ami hatékonyan segíti a szervezést, bár bevezetése nagy ellenállásba ütközik, főleg a vállalkozóként dolgozó aneszteziológusok körében. Ez pedig a teljesítménydíjazás. A teljesítménydíjazást több kórházban is szerződés szerint alkalmazzák, de a valóságban nem a tényleges műtőben töltött idők számlázódnak, hanem az aktuális napra beosztott órák.

A műtők költségei közül az egyik legmagasabb hányad a bérköltség. Megfelelő szervezéssel a műtő vezetője ráhatással lehet a műtő bérköltségére. A beosztott órák alapján számolt bér esetén nincs érdekeltség a rendszerben, csak a vezető határozottságán, szervezői képességén múlik a kihasználtság fokozása. A dolgozóknak a beosztott órák alapján számolt bér esetén nem érdekük, hogy megfelelő kihasználtsággal működtessék a műtőket. Mindegy, hogy 20-30-40 percesek a betegcserek, vagy hogy 8 órás munkanapon csak 6 órára nyitják meg a műtőt, a bérük 8 órára számolódik. Az érdek éppen az ellenkező, minél kevesebb munkával (rosszabb kihasználtsággal) ugyanannyi bérhez jutnak. Az említett példával számolva egy 8 órás munkaidő alatt egy műtőben, 30 perces betegcsere esetén, 4 műtét elvégzésekor maximum 4 óra kihasznált kapacitás lehetséges. Ahogy azt korábban említettem, a betegcsere hatékony szervezésével további 1 órával növelhető a műtő kihasználtsága. Amennyiben a műtő nyitvatartását is megnövelnénk 7 órára, tovább növelhető a kapacitás.

Konkrét fiktív példán keresztül mutatom be a leírtakat:

Tételezzük fel, hogy van 5 db műtőnk, 5 db aneszteziológusunk/ műtési teamünk, 5 db műtési szakmánk. A műtő vezetője megnyitja az aktuális napon mind az 5 műtőt, aneszteziológussal, műtési teammel együtt, és meghatározza, hogy mely szakma melyik műtőben jegyezhet elő. Az időben történt műtési előjegyzések lezárása után, megvizsgálva az igényeket kiderül, hogy három szakma nem tudja kihasználni a részükre biztosított kapacitást. Ekkor a műtővezető feladata, hogy átszerveze a műtétetek helyét és sorrendjét, amivel elérhető, hogy a napi program a szabad kapacitások függvényében 4 műtőben is elvégezhető legyen, vagy ha a másik két szakmának van többlet műtési igénye, akkor előjegyezhesen plusz műtéteteket.

A műtővezetőnek meg kell oldania, hogy ha 4 műtőben elvégezhető a napi műtési program, akkor az 5. műtőbe beosztott aneszteziológussal/teammel mi történjen. A legegyszerűbb megoldás, ha átirányítja egy másik szervezeti egységhez, például a Sürgősségi Betegellátó osztályra vagy az Intenzív osztályra, de akár más intézménybe is. Ezek a szervezési

intézkedések csak akkor hajthatók végre, ha megfelelő időben megtörténnek az előjegyzések, korrekciók.

Az ilyen szervezési megoldásoknál további konfliktusforrást jelent a szakmavezetők régmódi felfogása, miszerint „ez az én műtőm”. Nézeteltérést okoz az is, hogy minden szakma reggel akarja elkezdni a programját, függetlenül attól, hogy esetleg csak egy félnapi programra van szüksége. Két szakma egy műtőben történő összevonása esetén értelemszerűen az egyik szakma később kezdi a programját.

A következő táblázatban összefoglaltam az aneszteziológia példáján keresztül, hogy gazdasági szempontból mit jelent a teljesítménydíjazásra való áttérés. Egyértelműen látszik, hogy intézményi, aneszteziológusi és a szakmai szempontból is kedvező ez az elszámolási forma, ami az intézmény szempontjából éves szinten több milliós megtakarítást eredményezhet. A szakmák részére ez az elszámolási mód több előjegyzési lehetőséget biztosít, ezáltal növelhető a teljesítményük, csökkenthetőek az előjegyzési idők, várólisták, természetesen az intézményi TVK függvényében.

Ez az aneszteziológusok szempontjából is kedvező, mivel havi szinten többet számlázhatnak, igaz, némi többletmunkával. Így minden egyes aneszteziológus érdekeltté válik a szervezés hatékony működésében, mivel az nem jelent bevételkiesést számukra.

1. táblázat: Műtői aneszteziológiai költségek összehasonlítása alkalmazotti és rugalmas teljesítménybérezés esetén, 1 fő

	Óradíj (Ft)	Számlázott munkaóra (óra)	Tényleges munkaóra /nap/műtő (óra)	1 napra beosztott anesztesek száma (óra)	Összes munkaóra (óra)	1 anesztes napi számlázott bére (Ft)	Összes napi bérköltség (Ft)
<b>Beosztás szerinti óradíjazás</b>	4 500	8	4	5	20	36 000	180 000
<b>Teljesítmény díjazás</b>	7 000	5,5	5,5	4	22	38 500	154 000

Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: Műtői aneszteziológiai költségek összehasonlítása alkalmazotti és rugalmas teljesítménybérezés esetén, éves teljes összehasonlításban

	munkanap	Összes havi bérköltség	Éves megtakarítás	1 anesztes havi bére
<b>Beosztás szerinti óradíjazás</b>	22	3 960 000	0	792 000
<b>Teljesítmény díjazás</b>	22	3 388 000	6 864 000	847 000

Forrás: saját szerkesztés



Az említett gazdasági előnyök kiaknázását és a hatékonyság növelését csak a korábban már említett konfliktusok megfelelő kezelésével lehet elérni. Ennek leghatékonyabb módszere az időben megszervezett egyeztető megbeszélések ütemezése. A műtési programban résztvevő szakmák képviselői - általában az osztályvezető főorvosok - a műtővezető és a controller irányításával egyeztetik a következő két hét műtési programját. A megbeszélés fő célja, hogy a műtők a lehető legjobban legyenek kihasználva. A teljes műtési programot áttekintve a műtőket egyesével, átcsoportosítással feltöltik. Az átcsoportosítások következtében az üresen maradt műtőt bezárják, vagy a felszabadult helyekre további műtétek jegyezhetőek elő. Az egyeztető megbeszéléseknek a konfliktusok feloldásán túl jelentős szerepe van a tervfelfogadás területén is. Az érintett résztvevőket bevonjuk a tervezésbe, ezért az egész műtési programtervet magukénak érezhetik, így a program végrehajtása is gördülékenyebb, hatékonyabb lehet.

Az általunk fejlesztett műtési program hatékonyan segíti az előbbieken említett szervezési, irányítási folyamatokat. A rendszer a kórház adottságai alapján paraméterezhető. Rögzíteni szükséges a műtőket, név szerint az aneszteziológusokat, az asszisztenseket, az előjegyző osztályokat, az alapértelmezett műtő kezdési időpontját, felhasználókat, jogosultságokat, stb.

A 25. sz. mellékletben a teljesség igénye nélkül néhány képernyőképet mutatok be.

A célként megfogalmazott előjegyzési, műtési szervező program megvalósításával és adaptálásával elérhető a műtési kapacitás jobb kihasználása, az aneszteziológiai erőforrás optimális felhasználása. A költségek racionalizálása mellett a legfontosabb eredmény lehet, hogy a beteg műtétje nem marad el, a betegelégedettség így javul, a megfelelő számú erőforrás biztosításával nő a megbiztonság (ellátás biztonsága).

A műtőszervezés jól szemlélteti, hogy a controlling vezérlési eszközének megfelelő alkalmazásával a további megtakarítások mellett minőségi, hatékonyabb működés érhető el.

A megfelelő vezetői támogatás nélkül a rendszer nem működtethető hatékonyan. Problémát okozhat, ha a vezérlési feladatokat nem megfelelően, vagy nem a megfelelő szervezeti egység végzi, olyanok, akik nem rendelkeznek alapinformációkkal a vezérelni kívánt területről, nem tudják azt hatékonyan működtetni. A vezérlési funkció kiterjeszti a controlling értelmezését, mely jelen esetben munkaszervezést támogató eszköz.

## 7.sz. Függelék: Kiegyensúlyozott Mutatószám Rendszer (Balanced Score Card, BSC)

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

*Pénzügyi nézőpont:* Ez a terület jellemzően a tulajdonosi elvárásokat jeleníti meg, arra a kérdésre keresi a választ, hogy pénzügyi szempontból mit várnak el a cégtől, intézménytől a tulajdonosok. Amikor a pénzügyi nézőpont és a pénzügyi teljesítmény értékelésre kerül, olyan kérdésekre keressük a választ, hogy mitől függ az árbevétel dinamikája, a költségek csökkentése és a termelékenység növelése, vagy az eszközkihasználtság. (Kaplan – Norton, 1998 , 2005)

*Vevői nézőpont:* Itt jellemzően a vevői elégedettség és jövedelmezőség vizsgálata, és konkrét mutatószámokban való megjelenítése zajlik. Fontos tényező a piaci részesedés és a visszatérő vevők számossága, viselkedése is. (Kaplan – Norton, 1992, 2005)

*Működési folyamatok nézőpont:* A működési folyamatok vizsgálatánál a hangsúly a termékek és szolgáltatások előállítási módján, az ezekkel kapcsolatos innovációs folyamatokon, és az értékesítés utáni szolgáltatásokon van. (Kaplan – Norton, 1992, 2005)

*Tanulási és fejlődési nézőpont:* Ez a kategória az alkalmazottak képességeivel, az információs rendszerek vizsgálatával, a motivációs rendszer és a vállalati kultúra kérdéseivel foglalkozik. Az említett szempontokhoz kapcsolódóan fogalmazódnak meg a KPI-ok (Key Performance Indicator), a Kulcs Teljesítmény Mutatók. (Kaplan – Norton, 1998, 2005)

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

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

### *Alapprobléma*

Az alapproblémát úgy definiáljuk, hogy a BSC előnyeit csak korlátozottan lehet realizálni a magyar állami egészségügy intézményrendszerében. Ez adódik a bevezetési nehézségekből, a módszertan alkalmazhatósági korlátaiból, és az eredmények hiányos transzparenciájából is. A

magyar egészségügy és egy magántulajdonú vállalat BSC alkalmazásának nehézségeit és lehetőségeit, a két szektor eltérő jellegzetességein keresztül, a BSC négy alapkategóriáját felhasználva, az alábbiak szerint lehet bemutatni.

### *Pénzügyi nézőponttal kapcsolatos dilemmák*

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

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

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

A másik probléma, hogy a magyar állami egészségügy egy olyan komplex rendszer, melyben a szereplők teljesítménye matematikailag nem kimutatható (nem monetarizálható)

módon függ a többi szereplő teljesítményétől. Ebben az esetben egy hálózat (vállalati analógiával élve egy holding, vagy konglomerátum) egyetlen elemének a pénzügyi teljesítményéről van szó, melyben a rendszerfüggetlen elemeket elválasztani a rendszerfüggő (determinisztikus vagy sztohasztikus szétválasztás is szükséges lenne) elemektől szinte lehetetlen. Talán legközelebb a privát szektor analógiához az egyes egészségügyi szolgáltatók profit/cost vagy revenue centerként való kezelése állna, de ez a felfogás az állami irányítási logikától idegen.

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

### *Vevői nézőponttal kapcsolatos dilemmák*

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

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

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

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

Ennek a szempontnak a kulcseleme a piaci részesedés mérése. A jelenlegi egészségügyi szabályozás nem teremti meg a versenyt a szolgáltatók között, így nem ösztönöz a piaci részesedés növelésére sem. Ezáltal az egyik legfontosabb közgazdasági teljesítmény ösztönzőerőt, a piaci részesedés növelését, kapcsolja ki a rendszerből, ami nem ösztönöz hatékony munkavégzésre, a mérethatékonysági előnyök kiaknázására, mert nem jutalmazza azt. A magánszektorban felismerhető erő működését leginkább a magánbiztosítók által generált versenyhelyzet modellezhetné az egészségügyi szektorban.

#### *A működési folyamatok nézőponttal kapcsolatos dilemmái*

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

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

#### *Tanulási és fejlődési nézőponttal kapcsolatos dilemmák*

A tanulási és fejlődési nézőpont egyik lényeges eleme (a magánszektorból átvett „tanuló szervezet” analógiával) az információs rendszerek összehangolása és egységes módszertan alatti

működtetése. Jelenleg a magyar egészségügyben nem létezik átlátható, összehasonlítható, teljes körű és naprakész adatokat tároló és információkat előállító integrált informatikai rendszer, ami a magánszektorból átvett analógiával élve olyan, mintha egy multinacionális vállalat központjába eltérő időközönként, eltérő struktúrában, eltérő adattartalmak futnának be, melyeknek a megbízhatósági foka alacsony. Hiányos és torzított információk birtokában nem lehetséges rendszerszintű döntéseket hatékonyan meghozni. Az EESZT (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér) és az egységes számvitel és controlling módszertan próbálja betölteni ezt a szerepet. Az EESZT jelenleg csak a betegellátásra vonatkozó információkat tartalmazza. Az egységes számvitel és controlling módszertant 2016 óta próbálják működtetni az intézmények. A fenntartó felé negyedéves bontásban történik az adatszolgáltatás, minimum három hónapos csúszással, így naprakész adatokról nem igazán beszélhetünk. Sajnos még 2019 első negyedévében sem kapnak az intézmények visszajelzést a beszámolóikról, adataikról, nemhogy országos összehasonlítható benchmark adatokat.

A vállalati kultúra hiányosságait a működési folyamatok nézőpontnál már érintettük. Itt az a legfontosabb szempont, hogy minden szervezetet emberek összehangolt munkája tesz élővé, ha az emberi tényező nincsen megfelelő hangsúllyal kezelve, az a rendszer összeomlását eredményezheti, jó esetben lassú sorvadás (ez megállítható), rossz esetben hirtelen, irreverzibilis sokk formájában.

## MELLÉKLETEK

### 1. sz. Melléklet: Controllerek jövedelmi kilátásai

„A 2015-ös Robert Half tanulmány bemutatja, hogy milyenek a jövedelmi kilátások Németországban a pénzügyi területen dolgozók számára a 2015-ös évben. A felmérés elkészítése során pénzügyi igazgatókat, informatikai igazgatókat és HR menedzsereket kérdeztek meg. Ezek szerint 2015-ben a controlleri éves átlagkeresetek így alakulnak:”

„(Junior) controller

- 0-2 éves munkatapasztalattal: 37.500-45.000 €
- 3-5 éves munkatapasztalattal: 45.000-65.000 €
- 6-9 éves munkatapasztalattal: 63.500-76.500 €”

„Senior controller

- 6-9 éves munkatapasztalattal: 66.500-83.000 €
- 10-15 éves munkatapasztalattal: 79.500-101.000€
- több mint 15 éves munkatapasztalattal: több mint 96.500 €”

„A felmérés kitér a funkcionális controllerek átlagfizetésére is, mivel eltérések tapasztalhatók a HR, beszerzési, IT, vállalati (központi), pénzügyi vagy befektetési controllerek között. Fentiek közül a HR controller rendelkezik a legalacsonyabb fizetéssel (10-15 éves munkatapasztalat esetén 67.500-83.500 €), a legmagasabb jövedelmet pedig a befektetési controller kapja (10-15 éves munkatapasztalattal 83.000-105.000 €).”

„A német CFO-k fele abból indul ki, hogy a pénzügyi területen a következő 12 hónapban emelkedni fognak a jövedelmek, közel egyharmaduk szerint a bónuszok is.”

„A pénzügyi terület vezetőinek éves átlagkeresetei pedig az alábbiak szerint alakulnak 2015-ben:”

„Controlling vezető:

- 3-5 éves munkatapasztalattal: 71.000-81.000 €
- 6-9 éves munkatapasztalattal: 80.000-95.000 €
- 10-15 éves munkatapasztalattal: 93.500-108.500€
- több mint 15 éves munkatapasztalattal, több mint 106. 500 €”

„Regionális különbségek is jellemzőek: Frankfurtban, Stuttgartban és Münchenben átlag feletti jövedelmek (az alábbi szorzók szerint), míg Berlinben, Bonnban és Kölnben némileg az átlag alatt maradnak.”

„(Frankfurt -115 %, Stuttgart -111 %, München -109 %, Düsseldorf - 102 %, Hamburg - 101 %, Köln - 95 %, Bonn - 95 %, Berlin - 90 %)”<sup>141</sup>

Európai viszonylatokhoz képest Magyarországon a versenyszférában kapható fizetések elmaradnak az Európai átlagtól. Sajnos ennél sokkal rosszabb a helyzet az egészségügyben, itt még a magyarországi versenyszféra fizetéseitől is jelentősen elmaradnak a személyi juttatások. Tapasztalatom eszerint egy átlag controller kb. bruttó havi 180-260 ezer forintot keres (kb. 7 200 – 10 400 €/év). Egy controlling vezető valamivel többet, kb. havi bruttó 350-450 ezer forintot kereshet (kb. 14 000 – 18 000 €/év). Területenként ez eltérhet, főleg a főváros és a vidék viszonylatában. Sajnos ilyen bérek mellett lehetetlen a magasan képzett szakemberek megtartása. A jelenleg az egészségügyben dolgozó szakemberek nagy része másodállást vállal, vagy pályakezdő, esetleg olyan családi háttérrel rendelkezik, ami miatt megengedheti magának az alacsonyabb keresetet, cserében egy kiszámíthatóbb munkaidőért a versenyszféráéval szemben. Sajnos ilyen feltételek mellett nagyon nehéz megfelelő, hatékony controllingot működtetni.

---

<sup>141</sup> Controlling szakmai portál – Mennyit keresnek a controllerek és a CFO-k, 2015.



## 2. sz. Melléklet: 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

Az törvény I fejezetéből egyértelműen látszik, hogy a Magyar egészségügyi rendszer a már említett Bismarck-i modellre épül.

A törvény célja:

- a lakosság egészségi állapotának javítása, a feladatainak meghatározásával,
- az esélyegyenlőség megteremtése az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés során,
- hogy minden beteg megőrizhesse emberi méltóságát és önazonosságát, önrendelkezését,
- meghatározni az egészségügyi szolgáltatások általános szakmai feltételeit, színvonalának garanciáit,
- biztosítani az egészségügyi dolgozók és a szolgáltatást nyújtó intézmények védelmét jogaik és kötelezettségeik meghatározásával, valamint a garanciális jellegű intézkedéseket,
- lehetővé tenni az egyéni és a közösségi érdekek harmonikus érvényesülését, a népegészségügyi célok elérését, a szükséges erőforrások előteremtését, optimális felhasználását és az egészségtudományok fejlődését.

A törvény alapelvei:

- biztosítani kell a betegek jogainak védelmét, a beteg személyes szabadsága és önrendelkezési joga kizárólag e törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható,
- egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során érvényesülnie kell az esélyegyenlőségnek,
- egészségi állapot javításának elsődleges eszköze az egészség fejlesztése, védelme és a betegségek megelőzése,
- egészségügyi szolgáltatások alapvető szakmai feltételrendszere, kizárólag a szolgáltatás szakmai tartalmán alapul,
- egészségügyi intézményrendszer felépítése és működése emberközpontú, az egészségi állapota által meghatározott szükségletekhez igazodik, valamint tudományos tényekre alapozott és költséghatékony eljárásokon alapul.

### 3. sz. Melléklet: A magyar egészségügyi szervezet felépítése

Az állam felelős a lakosság egészségi állapotáért, mert az egészséghez szükséges feltételrendszer kialakításával lehetőség válik a közösségek és az egyének számára egészségi állapotuk védelmére és fejlesztésére, valamint lehetséges mértékű helyreállítására.

Az egészségügy szervezésével és irányításával kapcsolatos feladatok ellátásáért, valamint az ezekkel összefüggő jogok gyakorlásáért és kötelezettségek teljesítéséért való felelősség az Országgyűlést, a Kormányt, a minisztert, az egészségügyi államigazgatási szervet, a helyi önkormányzatokat, az egészségügyi szolgáltatók további fenntartóit, az egészségbiztosítási szerveket, valamint a térségi egészségügyi államigazgatási szervet terheli<sup>142</sup>.

A magyar egészségügyi szervezet legfelső fokán az Országgyűlés áll, mint a legfőbb, törvényhozó államhatalmi szerv. Feladatai közé tartoznak a 1997. évi CLIV. törvény VII. fejezetében foglaltak melyek az alábbiak:

- „a lakosság egészségének védelméhez, a betegségek megelőzéséhez és az egészség fejlesztéséhez fűződő érdekek és az ehhez rendelt egészségpolitikai célok figyelembevétele és érvényesítése,”
- „illetve a lakosság általános egészségügyi állapotának értékelése.”

Az Országgyűlés után a Kormány, mint fő végrehajtó szerv áll. Tagjai a miniszterelnök és a miniszterek. Az egészségügyet érintő feladatait szintén a 1997. évi CLIV. törvény tartalmazza:

- az egészséget támogató kormányzati politika, ezen belül az egészségpolitika elveinek, céljainak és főbb irányainak definiálása,
- az egészségügyi államigazgatási feladatok végrehajtásának irányítása és összehangolása,
- gondoskodik az egészségügyet érintő nemzetközi szerződésekben foglalt kötelezettségek teljesítéséről, illetőleg jogok érvényesítéséről való gondoskodás
- ezen törvény szerint az államot terhelő kártalanítási és megtérítési kötelezettségteljesítéséről való gondoskodás,
- egészségügyi válsághelyzet esetén a veszély elhárításához szükséges feltételek biztosításáról való gondoskodás, illetve az elhárítást célzó tevékenységek általános irányítása,

---

<sup>142</sup> 1997. évi CLIV. törvény

- illetve külön törvényben foglaltaknak megfelelően törvényességi felügyelet gyakorlása az egészségbiztosítási szervek tevékenysége felett.

Az egészségügyi ágazat irányítását a kormány egészségpolitikai döntései és a törvények alapján az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) látja el. Az EMMI 9 különböző területből (államtitkárságból) épül fel, így a miniszter munkáját 9 államtitkár segíti.

### **EMMI államtitkárságai<sup>143</sup>:**

1. közigazgatási államtitkár
2. parlamenti államtitkár
3. egészségügyért felelős államtitkár
4. család- és ifjúságügyért felelős államtitkár
5. oktatásért felelős államtitkár
6. nemzetközi ügyekért felelős államtitkár
7. kultúráért felelős államtitkár
8. sportért felelős államtitkár
9. szociális ügyekért és társadalmi felzárkózásért felelős államtitkár

Az egészségügyért felelős államtitkár feladatait négy<sup>144</sup> jelenleg kettő<sup>145</sup> betöltött helyettes államtitkár támogatja, melynek felépítését az alábbi felsorolás<sup>146</sup> tartalmazza.

#### **1.3. Egészségügyért felelős államtitkár**

##### 1.3.0.1. Egészségügyért Felelős Államtitkári Kabinet

###### *1.3.0.1.1. Egészségügyért Felelős Államtitkári Titkárság*

###### 1.3.0.1.2. Nemzetközi Kapcsolattartási és Programkoordinációs Osztály

###### 1.3.0.1.3. Egészségügyi Igazgatási Osztály

#### **1.3.1. Egészségügy szakmai irányításáért felelős helyettes államtitkár**

##### *1.3.1.1. Egészségügy Szakmai Irányításáért Felelős Helyettes Államtitkári Titkárság*

###### 1.3.1.1.1. Egészségügyi Tudományos Tanács Titkársága

##### 1.3.1.2. Egészségügyi Stratégiai és Szakmai Felügyeleti Főosztály

###### 1.3.1.2.1. Szakmai Stratégiai és Módszertani Osztály

###### 1.3.1.2.2. Ellátórendszer Szakmai Felügyeleti Osztálya

###### 1.3.1.2.3. Háttérintézmény-kapcsolati Osztály

##### 1.3.1.3. Gyógyszerészeti és Orvostechnikai Főosztály

###### 1.3.1.3.1. Gyógyszerügyi Osztály

###### 1.3.1.3.2. Gyógyszerellátási Osztály

###### 1.3.1.3.3. Orvostechnikai eszközök, Gyógyászati Segédeszközök és Gyógyászati ellátások Osztálya

##### 1.3.1.4. Egészségügyi Ágazati Humánerőforrási és Ápolásügyi Főosztály

<sup>143</sup> 16/2018. (VII. 26.) EMMI utasítás; Hatály: 2018.VII.28.

<sup>144</sup> [www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/szervezet](http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/szervezet) (2019.02.19) SZMSZ 1/c. függelék

<sup>145</sup> <http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/helyettes-allamtitkarok> (2019.02.19.)

<sup>146</sup> forrás: 16/2018. (VII. 26.) EMMI utasítás; Hatály: 2018.VII.28.; Jogtár frissítve: 2019. február 22. 20:21

- 1.3.1.4.1. Ápolásügyi Osztály
- 1.3.1.4.2. Ágazati Humánerőforrás-stratégiai Osztály
- 1.3.1.4.3. Egészségügyi Oktatási és Képzési Osztály
- 1.3.1.5. Egészségpolitikai Főosztály
  - 1.3.1.5.1. Népegészségügyi Osztály
  - 1.3.1.5.2. Minőségügyi és Betegbiztonsági Osztály
  - 1.3.1.5.3. Egészségügyi Ellátásszervezési Osztály
  - 1.3.1.5.4. Kórházhigiénés és Járványfelügyeleti Osztály
- 1.3.2. Egészségügyi gazdálkodásért és intézményfelügyeletért felelős helyettes államtitkár**
  - 1.3.2.1. Egészségügyi Gazdálkodásért és Intézményfelügyeletért Felelős Helyettes Államtitkári Titkárság*
  - 1.3.2.2. Egészségügyi Gazdálkodásstratégiai és Tervezési Főosztály
    - 1.3.2.2.1. Gazdálkodásstratégiai, Statisztikai és Elemzési Osztály
    - 1.3.2.2.2. Finanszírozástervezési Osztály
    - 1.3.2.2.3. Informatikai és Rendszerszervezési Osztály
  - 1.3.2.3. Egészségügyi Költségvetési, Finanszírozási és Intézményfelügyeleti Főosztály
    - 1.3.2.3.1. Költségvetési, Finanszírozási és Humánerőforrás-gazdálkodási Osztály
    - 1.3.2.3.2. Számviteli és Kontrolling Osztály
    - 1.3.2.3.3. Gazdálkodás-felügyeleti és Koordinációs Osztály
  - 1.3.2.4. Egészségügyi Gazdálkodás-ellenőrzési és Folyamatkezelési Főosztály
    - 1.3.2.4.1. Gazdálkodás-ellenőrzési Osztály
    - 1.3.2.4.2. Kockázatkezelés-felügyeleti Osztály
  - 1.3.2.5. Egészségbiztosítási Alap Felügyeleti, Adatgazdálkodási és Igazgatási Főosztálya
    - 1.3.2.5.1. Finanszírozási és Ártámogatási Szabályozási Osztály
    - 1.3.2.5.2. Egészségbiztosítási Alap Költségvetési Ellenőrzési és Koordinációs Osztálya
    - 1.3.2.5.3. Statisztikai és Adatelemzési Osztály
    - 1.3.2.5.4. Baleseti Megtérítési és Gyógyszertári Elővásárlási Jog Gyakorlását Koordináló Osztály
  - 1.3.2.6. Egészségbiztosítási Alap Kontrolling Főosztálya
    - 1.3.2.6.1. Elemzési és Koordinációs Osztály
    - 1.3.2.6.2. Szakmai Ellenőrzési, Módszertani és Kontrolling Osztály
  - 1.3.2.7. Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Működtetésért Felelős Főosztály
    - 1.3.2.7.1. Pénzügyi, Számviteli, Illetményszámfejtési és Bér gazdálkodási Osztály
    - 1.3.2.7.2. Költségvetési Osztály
- 1.3.3. Egészségügyi fejlesztésekért felelős helyettes államtitkár**
  - 1.3.3.1. Egészségügyi Fejlesztésekért Felelős Helyettes Államtitkári Titkárság*
  - 1.3.3.2. Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Főosztály
    - 1.3.3.2.1. Fejlesztéspolitikai és -tervezési Osztály
    - 1.3.3.2.2. Programfelügyeleti, Monitoring és Koordinációs Osztály
  - 1.3.3.3. Egészségügyi Infrastruktúra- és Humán Fejlesztések Főosztálya
    - 1.3.3.3.1. Infrastrukturális, Eszköz és Humánfejlesztési Osztály
    - 1.3.3.3.2. Nemzetközi és Társadalomfejlesztési Programok Osztálya
- 1.3.4. Országos tisztifőorvosi feladatokért felelős helyettes államtitkár**
  - 1.3.4.1. Országos Tisztifőorvosi Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkári Titkárság*
  - 1.3.4.2. Környezet- és Táplálkozás-egészségügyi Főosztály
    - 1.3.4.2.1. Élelmezés- és Táplálkozás-egészségügyi Osztály
    - 1.3.4.2.2. Sугár-egészségügyi Osztály

- 1.3.4.2.3. Település- és Környezet-egészségügyi Osztály
- 1.3.4.2.4. Klímaváltozás és Környezeti Egészséghatás Elemző Osztály
- 1.3.4.2.5. Munkaegészségügyi Módszertani Osztály
- 1.3.4.2.6. Biocid Kompetens Hatósági Osztály
- 1.3.4.3. Kémiai Biztonsági és Kompetens Hatósági Főosztály
  - 1.3.4.3.1. Kémiai Biztonsági Kockázatértékelési Osztály
  - 1.3.4.3.2. CLP Kompetens Hatósági és Bejelentési Osztály
  - 1.3.4.3.3. REACH és PIC Kompetens Hatósági Osztály
  - 1.3.4.3.4. Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat Osztály
- 1.3.4.4. Kórházhigiénés és Járványügyi Felügyeleti Főosztály
  - 1.3.4.4.1. Járványügyi Osztály
  - 1.3.4.4.2. Kórházhigiénés Osztály
  - 1.3.4.4.3. Fertőző Betegségek Megelőzése és Surveillance Osztály
  - 1.3.4.4.4. Dezinfekciós, Dezinszekciós és Deratizációs Osztály
- 1.3.4.5. Egészségügyi Igazgatási Főosztály
  - 1.3.4.5.1. Ápolási és Országos Szakfelügyeleti Osztály
  - 1.3.4.5.2. Egészségügyi Igazgatási Osztály
  - 1.3.4.5.3. Szakmai és Egészségügyi Módszertani Osztály
- 1.3.4.6. Egészségfejlesztési és Szűrési Koordinációs Főosztály
  - 1.3.4.6.1. Egészségfejlesztési és Szűrési Koordinációs Osztály
  - 1.3.4.6.2. Addiktológiai Fókuszpontok Osztálya
  - 1.3.4.6.3. Egészség Monitorozási Osztály
  - 1.3.4.6.4. Szakmai Elemző Osztály
  - 1.3.4.6.5. Egészségmagatartási és Mentálhigiénés Osztály
- 1.3.4.7. Szakmai Irányítási Főosztály
  - 1.3.4.7.1. Szakmai Irányítási Osztály
  - 1.3.4.7.2. Közegészségügyi Veszélyhelyzeti Központ
- 1.3.4.8. Alapellátás-fejlesztési és Módszertani Főosztály
  - 1.3.4.8.1. Prevenziós és Surveillance Osztály
  - 1.3.4.8.2. Védőnői Szakmai Irányítási Osztály
  - 1.3.4.8.3. Alapellátási Osztály

Emberi Erőforrások Minisztériuma Miniszterének az egészségügyhöz kapcsolódó feladatai a 1997. évi CLIV. törvény alapján többek között:

- az egészségügyi képzéssel, szakképzéssel, szakirányú szakképzéssel és továbbképzéssel kapcsolatos szakmai feladatok ellátása,
- az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelmény rendszerének meghatározása,
- az egészségügyi ágazat feladatkörét érintő tudományos kutatótevékenységek támogatása és összehangolása,
- az egészségügyi tevékenység ágazati irányításához és egységes működéséhez szükséges nyilvántartási és információs rendszer irányítása,

- az egészségügy területén működő országos intézetek és az állami tulajdonban, illetve fenntartása alá tartozó egészségügyi szolgáltatók irányítása
- a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, orvostechnikai eszközök előállításával, forgalmazásával és rendelésével kapcsolatos tevékenységek meghatározása és összehangolása,
- az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésére vonatkozó részletes szabályainak, a teljesítményértékelés intézményrendszerének, az egyes indikátorok meghatározásának és gyűjtésének, valamint egészségpolitikai döntések során az értékelésének felhasználási szabályainak meghatározása.

A Magyar egészségügyi szervezet felépítésének fontos részét képezik azok a háttérintézmények, melyet az Emberi Erőforrások Minisztériumának Minisztere irányít, illetve a Miniszter által átruházott hatáskörben az egészségügyért felelős államtitkár.

1. Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK)

A miniszteri hatáskör gyakorlásával összefüggésben közreműködő EMMI szervezeti egység/vezető:

- egészségügy szakmai irányításáért felelős helyettes államtitkár
- egészségügyi gazdálkodásért és intézményfelügyeletért felelős helyettes államtitkár

2. Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) és az ÁEEK mint középírányító szerv közreműködésével irányított, állami tulajdonban és fenntartásban lévő egészségügyi intézmények

A miniszteri hatáskör gyakorlásával összefüggésben közreműködő EMMI szervezeti egység/vezető:

- Egészségügyért Felelős Államtitkári Kabinet,
- egészségügy szakmai irányításáért felelős helyettes államtitkár,
- egészségügyi gazdálkodásért és intézményfelügyeletért felelős helyettes államtitkár.

3. Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI)

A miniszteri hatáskör gyakorlásával összefüggésben közreműködő EMMI szervezeti egység/vezető:

- egészségügy szakmai irányításáért felelős helyettes államtitkár

## 4. Országos Mentőszolgálat (OMSZ)

A miniszteri hatáskör gyakorlásával összefüggésben közreműködő EMMI szervezeti egység/vezető:

- egészségügy szakmai irányításáért felelős helyettes államtitkár

## 5. Országos Vérellátó Szolgálat (OVSZ)

A miniszteri hatáskör gyakorlásával összefüggésben közreműködő EMMI szervezeti egység/vezető:

- egészségügy szakmai irányításáért felelős helyettes államtitkár

## 6. Országos Közegészségügyi Intézet (OKI)

A miniszteri hatáskör gyakorlásával összefüggésben közreműködő s EMMI szervezeti egység/vezető:

- országos tisztifőorvosi feladatokért felelős helyettes államtitkár,
- Környezet- és Táplálkozás-egészségügyi Főosztály,
- Kémiai Biztonsági és Kompetens Hatósági Főosztály,
- Kórházhygiénés és Járványügyi Felügyeleti Főosztály,
- Egészségügyi Igazgatási Főosztály,
- Egészségfejlesztési és Szűrési Koordinációs Főosztály,
- Szakmai Irányítási Főosztály

## 4. sz. Melléklet: Az egészségügyi ellátás típusai

### 1. Megelőzés

Az egészségügyi ellátások rendszerében megtalálhatók a megelőző ellátások, amelyek a betegségek megelőzését, illetőleg azok korai felismerését szolgáló ellátásokat foglalják magukba. A megelőző ellátásokon belül a rendszerben helyet kapnak továbbá a fertőző betegségek megelőzésére vonatkozó vizsgálatok, a szűrővizsgálatok, a környezet- és foglalkozás egészségügyi tevékenységek, valamint a család- és nővédelmi gondozás<sup>147</sup>, Kórházi ellátások közül a megelőzések szempontjából a szűrővizsgálatok a legfontosabbak. A legtöbb szűrés TVK-menetesen finanszírozódik, mely többletbevételt jelenthet a kórházaknak.

Az ellátások első szintje, és véleményem szerint a legfontosabb a megelőzés. Ha a megelőzésre nagy hangsúlyt fektetünk, akkor megakadályozhatjuk, illetve számottevően csökkenthetjük a betegségek kialakulásának az esélyét, ezáltal csökkenthetjük a későbbi orvosi ellátások szükségességét.

Összességében megállapítható, hogy a megelőzés, prevenció kevesebbe kerül a fenntartónak, mint a betegség gyógyítása, főleg, ha az egy krónikus betegség. Ha egy országnak jól működő betegségmegelőző programjai vannak, akkor a költségvetéseiket is javítani tudják.

Három különböző prevenció szintet különböztetünk meg. Az első szinten a betegség kialakulását előzzük meg, a második szint a már kialakult betegség korai szakaszában való felismerése, a harmadik szinten a betegség szövődményeinek, illetve újabb betegségek kialakulásának megelőzése a cél.

A *primer prevenció* egyik legfontosabb része a helyes életmódra, étkezésre, sportolásra való nevelés. Ezeket az ismereteket már korai életkorban el kell sajátítani, így fontos, hogy az óvodákban, iskolákban és különböző rendezvényeken is hallhassunk róluk. A prevenció másik fontos része a védőoltások beadása, bizonyos munkahelyi szabályozások betartatása, családalapítás terén a preconcepció vizsgálatok, melyekben fontos szerepet játszanak a házi orvosok, védőnők. Primer prevenciónál akkor működnek jól az elvek, ha minél szélesebb körben elterjednek az információk és azt meg is értik az emberek, majd aszerint is cselekednek.

*Szekunder prevenció* körébe a különböző szűréseket soroljuk. Néhány közismert szűrővizsgálat például a nőknél a méhnyakrák- és az emlőszűrés, vagy a férfiaknál a prosztatatarák szűrés, de ezeken kívül idetartoznak még a tüdőszűrés, a kardiovaszkuláris betegségek kockázatát kiderítő kérdőíves szűrés, vagy akár egy egyszerű vizelet tesztcsíkos vizsgálat is.

---

<sup>147</sup> [www.eubetegjog.hu](http://www.eubetegjog.hu)



Fontos alapelv, hogy azt a populációt szűrjük, ahol magas a betegség kialakulásának kockázata, ezáltal a betegség korai szakaszban felismerhető, így megkezdhető a gyógykezelés, ami jobb gyógyuláshoz, életmódhoz vezet. A teljes népességszűrő programok akkor hatékonyak, ha olyan betegséget szűrünk, melyek gyakoriak, jól kezelhetők, gyógyíthatók, lassú lefolyásúak, korai felismerésük jobb gyógyulást eredményez, és maga a szűrés nem káros az egészségre, olcsó és egyszerűen kivitelezhető.

*Tercier prevenció* közé lehet sorolni a rehabilitációt és a gondozást. Lényege, hogy a már kialakult betegségeket úgy kezeljük, hogy a továbbiakban ez ne okozzon romló életkörülményeket. Itt fontos a rendszeres ellenőrzések és orvosi utasítások betartása.

## **2. Alapellátás**

A magyar egészségügyi ellátórendszer első számú védelmi vonala az alapellátási rendszer, mely a kórházi ellátásnak nem része, de szoros kapcsolatban állnak egymással, viszont a kapcsolat minőségén van mit javítani a későbbiekben. Az alapellátás lényegét a 2015. évi CXXIII. törvény szabályozza. Az egészségügyi törvény értelmében a beteg számára biztosítani kell, hogy a lakóhelyén, illetve annak közelében, hosszútávú, személyes kapcsolaton alapuló, a páciens nemétől, korától és betegségétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, mely egy behatárolt szakmai kompetenciájú gyógyító ellátás, és egyes egészségügyi szakszemélyzet által nyújtott prevenció, rehabilitáció és gondozó jellegű ellátás összességét jelenti.

Az egészségügyi alapellátás fontosabb intézményei: a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás, a fogorvosi alapellátás, az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás, a védőnői ellátás, az iskola-egészségügyi ellátás<sup>148</sup>.

## **3. Járóbeteg-szakellátás**

Olyan szakellátás, amely kizárólag járóbetegek részére (azaz a beteget csak az ellátási idejéig hospitalizálón) nyújtja az ellátást. Ezt az 1997. évi az egészségügyről szóló CLIV törvény szabályozza. A beteg orvosi beutalása vagy a páciens jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmyszerű egészségügyi ellátás, valamint krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás, ami fekvőbeteg-ellátást nem igényel.

---

<sup>148</sup> [www.eubetegjog.hu](http://www.eubetegjog.hu); ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár - szócikk: Alapellátás.

Az általános járóbeteg-szakellátást úgy kell biztosítani, hogy a beteg egészségi állapotát ne veszélyeztesse, rendszeres tömegközlekedés igénybevételével megközelíthető legyen (lakóhelyének közelében).

A járóbeteg-szakellátás különféle formáit betegségek gyakorisága, lakosságszám arányában és területi egységenként határozzák meg szakorvosi és nem szakorvosi órákban az ehhez szükséges működési engedéllyel.

A járóbeteg-szakellátást, csak az arra jogosult orvosi beutalóval lehet igénybe venni. Így a beutaló orvos kezdeményezheti a beteg egészségi állapotának megfelelő szakellátási szinten működő egészségügyi szolgáltatónál a vizsgálatokat és gyógykezeléseket.

A járóbeteg szakellátásnál meg kell különböztetni beutalóval és beutaló nélkül is igénybe vehető ellátásokat. Természetesen a sürgős szükség a beutaló nélküli ellátások közé tartozik. A biztosított a beutaló nélkül igénybe vehető szakellátásokat bármelyik érvényes finanszírozási és működési engedéllyel rendelkező szolgáltatónál igénybe veheti, de a szolgáltató kötelező területi ellátásától eltérő hivatalos lakcímről érkező beteg ellátását meghatározott esetben megtagadhatja. Amennyiben a biztosított a beutalóval igénybe vehető járóbeteg-szakellátást nem a beutalóban megnevezett egészségügyi szolgáltatónál szándékozik igénybe venni, úgy kell tekinteni, hogy a biztosított nem rendelkezik beutalóval. A beutaló a szakellátásra beutalt által ismételtlen igénybe vett ellátások esetében a beutaló orvos által a beutalón megjelölt időpontig, de legalább 90 napig, egyéb esetekben a kiállításától számított 90 napon belül használható fel.<sup>149</sup>

#### 4. Fekvőbeteg-szakellátás

A beteg lakóhelye közelében<sup>150</sup> levő, illetve a progresszivitási szintnek megfelelő fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátás. Ezen ellátás során olyan betegségek kezelésére kerül sor, amelyek folyamatos orvosi vagy ápolási felügyeletet igényelnek. Ezek közé tartoznak a gyógykezelés vagy diagnosztikai eljárások miatt kórházi megfigyelést igénylő betegek, illetve a hosszú távú ápolásra, rehabilitációra szoruló, egyszeri vagy kúraszerű beavatkozások, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges. Igénybevétele a külön jogszabályban leírtak szerint a beteg ellátását végző orvos, a kezelőorvos beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. A fekvőbeteg szakellátás különféle

<sup>149</sup> 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet; [www.eubetegjog.hu](http://www.eubetegjog.hu); ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtára - szócikk: Járóbeteg-szakellátás.

<sup>150</sup> Ezt hívják területi ellátásnak. Területen kívüli beteg ellátására a menedzsmentnek nyilatkoznia kell, hogy a területen belüli beteg nem szenved hátrányt, ezért menedzsmenti döntés hogy mely kórház tud (TVK függvénye), illetve akar ellátni területen kívüli beteget. Magánellátással nem foglalkozom, mivel nem tartozik a finanszírozási rendszerhez, illetve a controlling feladatokhoz.

formáit a kórházak, klinikák, országos intézetek, szanatóriumok és egyéb intézmények látják el. A fekvőbeteg intézmények kapacitásait és ellátásait a területi ellátásnak megfelelően a betegségek gyakorisága, lakosságszám alapján alakítják ki. Az Európai Unió tagállamaiból Magyarországra érkező betegekre is ugyanezek a szabályok vonatkoznak a beutalási rend vonatkozásában.

A jogszabály által meghatározott sürgős szükség kivételével, ha a beteg a beutalási rendtől eltérően más intézményt vagy orvost választ, részleges térítési díjat köteles fizetni. Gyakorlati tapasztalatom alapján az intézmények nem alkalmazzák a részleges térítési díjat, a szükséges területen kívüli engedélyeket dokumentálják (néhol még azt se), de nem fizettetnek a beteggel.

Az azonnali ellátást nem igénylő ellátások közül néhányat csak várólista alkalmazásával lehet elvégezni. Ezeket a 287/2006. (XII.23) Korm. rendelet 5. sz. mellékletében határozzák meg. A várólistát megkerülni nem lehet, kivéve, ha ezt szakmai indok magyarázza, amit megfelelően dokumentálni kell<sup>151</sup>.

## **5. Egyéb ellátás típusok**

Ide olyan ellátások sorolhatók, amik a fenti kategóriákat kiegészítik és az egészségügy működését segítik, a gyógyulás esélyét javítják.

A törvényben meghatározott egyéb egészségügyi ellátások körébe tartozik az ügyeleti ellátás, a mentés, a betegszállítás, az ápolás, egyes különleges ellátási igényt kielégítő egészségügyi szolgáltatások, a haldokló beteg gondozása, a rehabilitáció, az orvostechnikai eszközellátás, a gyógyszerellátás, a pszichoterápia és klinikai szakpszichológia, a nem-konvencionális gyógyító és életminőség-javító eljárások, egyéb gyógyászati ellátások, egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység<sup>152</sup>.

---

<sup>151</sup> [www.eubetegjog.hu](http://www.eubetegjog.hu); ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár - szócikk: Fekvőbeteg-szakellátás.

<sup>152</sup> [www.eubetegjog.hu](http://www.eubetegjog.hu)

## 5. sz. Melléklet: Havi fekvőbeteg fix díjak

1. táblázat: Havi fekvőbeteg fix díjak

	Ellátási forma megnevezése	Havi fix összegű díjazás mértéke (Ft/hó)
1.	I. progresszivitási szintű sürgősségi betegellátó osztály	11 309 600
2.	<b>II. progresszivitási szintű sürgősségi betegellátó osztály</b>	<b>23 522 400</b>
3.	III. progresszivitási szintű sürgősségi betegellátó osztály	31 001 000
4.	<b>Speciális sürgősségi centrum (egy-egy szakterület regionális vagy országos feladatainak ellátására kijelölt centrum, ha a 24 órás folyamatos felvételt a hét minden napján ellátja)</b>	<b>5 245 960</b>
5.	<b>I. progresszivitási szintű traumatológia (a traumatológiai osztály a besorolási szinteknek megfelelő havi fix összegű díjazásra jogosult, ha a 24 órás folyamatos felvételt a hét minden napján ellátja)</b>	<b>2 100 000</b>
6.	II. progresszivitási szintű traumatológia (a traumatológiai osztály a besorolási szinteknek megfelelő havi fix összegű díjazásra jogosult, ha a 24 órás folyamatos felvételt a hét minden napján ellátja)	3 920 400
7.	III. progresszivitási szintű traumatológia (a traumatológiai osztály a besorolási szinteknek megfelelő havi fix összegű díjazásra jogosult, ha a 24 órás folyamatos felvételt a hét minden napján ellátja)	8 266 800
8.	Gyermek fül-orr-gégészeti sürgősségi centrum	6 000 000
9.	AIDS-ellátás	5 000 000
10.	Trópusi betegségek ellátása	5 000 000
11.	<b>Sebészeti ügyeleti ellátás</b>	<b>2 000 000</b>
12.	<b>II. progresszivitási szintű érsebészet</b>	<b>8 000 000</b>
13.	III. progresszivitási szintű érsebészet	10 000 000

Forrás: [16. számú melléklet a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelethez]

Az Erzsébet Oktató Kórház a kivastagított sorok érintik, ami havi szinten **40.868.360 Ft-ot** jelent.

2. táblázat: Járóbeteg havi fix díjak

1	<b>2016. november 1-jén lekötött kapacitás (óra)</b>	<b>Havi fix díj (ezer forint)</b>
2	0-50	50
3	51-250	250
4	251-500	500
<b>5</b>	<b>501-2000</b>	<b>2 000</b>
6	2001-5000	5 000
7	5001-	20 000

Forrás: [6/C. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez]

A Soproni Erzsébet Oktató Kórház a kivastagított sorhoz tartozik, mivel 1579 szakorvosi és 301 nem szakorvosi órával rendelkezik, így havi **2 millió Ft fix díjat** folyósítanak.

## 6. sz. Melléklet: Teljesítmény finanszírozáshoz kapcsolódó definíciók

*HBCs:* A homogén betegségcsoportok, azaz aktív kórházi ápolási esetek olyan osztályozási rendszere, amelyben a csoportképzés alapja az orvosszakmai azonosság mellett a ráfordítás-igényesség homogenitása. Magyarországon a HBCs rendszer 1993. július 1-jével került bevezetésére. A kórházak különböző betegségeket látnak el, eltérő kezelési eljárásokkal, erőforrásigénnyel. A kórházi tevékenységet nem csak az ellátott esetek száma, hanem az ellátott esetek összetétele is jellemzi. A kórházban előforduló esetek lehetséges típusainak száma rendkívül magas. Az osztályozási rendszer alkalmazásának lényege, hogy a kórházi eseteket jellemzők függvényében kezelhető számú, a homogenitási kritériumoknak megfelelő csoportokba sorolja. Jelenleg (2017.12.13.) 730 db HBCs van érvényben, 26 főcsoportba sorolva.

A HBCs rendszert nem csak hosszabb kórházi ellátási esetek osztályozására alkalmazzák, hanem egynapos vagy annál rövidebb ellátás kódolására is. Ilyenek például az egynapos sebészet, nappali kórházi ellátás, kúraszerű ellátások.<sup>153</sup>

*BNO:* A Betegségek Nemzetközi Osztályozása, angol nevén International Classification of Diseases (ICD), az Egészségügyi Világszervezet (WHO) betegségosztályozási rendszere, az egyik legrégebben keletkezett, mai napig általános használatban lévő és folyamatosan fejlődő orvosi kódrendszer. Mai változata (BNO 10. verziója) a betegségeken kívül tartalmazza azokat a tüneteket, illetve egyéb állapotokat, amelyek orvosi-egészségügyi ellátás igénybevételének okai lehetnek. Ezenkívül tartalmazza a daganatok szövettani szerkezetét leíró fogalmakat, valamint azokat a fizikai és kémiai tényezőket, amelyek sérülést vagy mérgezést okozhatnak. Mai változatában is elsősorban epidemiológiai célokat szolgál, bár gyakorlati alkalmazása számos országban, így Magyarországon is túlterjed ezen. Nálunk a haláloki (mortalitás) és megbetegedési (morbidity) statisztikán túl elsősorban az egészségügyi ellátások finanszírozási rendszerében használatos<sup>154</sup>.

*OENO:* Az orvosi gyakorlatban használatos eljárások azonosítására és csoportosítására használatos nemzetközi kódrendszer. Az OENO (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása) a vizsgálatok, beavatkozások, eljárások osztályozását jelenti. E beavatkozásokat, eljárásokat kóddal jelölik meg a tevékenységek besorolása érdekében<sup>155</sup>.

*WHO:* A beavatkozások, műtétek régi elnevezése, már nem használható csak az OENO elnevezés. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1978-ban adta ki az International

<sup>153</sup> ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár – HBCs

<sup>154</sup> ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár – BNO.

<sup>155</sup> ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár – OENO.

Classification of Procedures in Medicine - ICPM - et<sup>156</sup>, magyarul: Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása (OENO). A magyar kódrendszer az ICPM-re alapul, a járóbeteg-szakellátás eljárásainak listáját jelenti<sup>157</sup>.

*Case-mix index (CMI index):* A Case-mix (eset-összetételi) index a - HBCs alapú elszámolásban használt, az aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozási rendszere szerint elszámolható, adott időszak alatt ellátott finanszírozási esetek összetételét költségigényesség szempontjából jellemző mutató, amely az elszámolt súlyszám és az elszámolt finanszírozási esetszám hányadosa (a HBCs súlyszámok súlyozott (éves) átlaga). Értéke átlagos szakmai igényességű ellátások esetén: 1. Az ennél magasabb szám azt jelzi, hogy az intézmény az átlagosnál magasabb szakmai színvonalú vagy nagyobb bonyolultságú eseteket kezel. Az évi esetszámmal megszorozva megkapjuk azt a számot, mely megmutatja, hogy az intézmény éves teljesítménye hány "átlag" eset ellátási teljesítményének felel meg<sup>158</sup>.

*HBCs súlyszám:* az adott betegcsoport költségigényének és az átlagos költségigénynek a hányadosa. Ez 0,1-től akár 30 feletti értéke is lehet. Magyarországon ez a díj elvileg az ellátás átlagos teljes költségét fedezi a tőkeköltségek (amortizáció, beruházás) kivételével<sup>159</sup>.

*Az alsó határnap* azt jelenti, hogy a betegnek minimum mennyi napot kell a fekvő osztályon töltenie (a felvétel és a távozás napja 1 napnak számít), hogy az intézmény a maximális finanszírozást megkapja.

*Normatív ápolási nap:* a HBCs alsó és felső határnapja között meghatározott érték. Azon napok száma, amennyi nap bennfekvést kalkuláltak a HBCs meghatározásánál, tehát ez egy átlag napszám. Az aktívról (fekvő osztály) a krónikus, illetve a rehabilitációs ellátásra, intézményen belüli áthelyezésnél van szerepe, mivel a krónikus/rehabilitációs finanszírozás csak a normatív nap letelte után kezdődhet meg<sup>160</sup>.

*Felső határnap* a hosszú aktív ellátást igénylő eseteknél a felső határnap utáni időtartamra, a napi díjazást, a krónikus ellátás napi alapdíjának 75 százalékában állapítanak meg<sup>161</sup>.

<sup>156</sup> ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár – ICPM.

<sup>157</sup> ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár – WHO.

<sup>158</sup> ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár – Case-Mix index.

<sup>159</sup> ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár – HBCs súlyszám.

<sup>160</sup> ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár – Normatív ápolási nap.

<sup>161</sup> ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár – Felső határnap.

## 7. sz. Melléklet: HBCs adatok

1. táblázat: HBCs adatok

Jel	Főcso.	Kód	Megnevezés	Normatív nap	Alsó nap	Felső nap	Súlyszám	Műtéti súlyszám
*	01P	001A	Speciális intracranialis műtétek 18 év felett, nem trauma miatt	12	1	50	4,67370	0,81219
	01P	003E	Rutin intracranialis műtétek	10	2	39	2,52085	0,42555
	03P	0920	Fül, orr, száj, garat, gége közepes műtétei	4	1	28	0,57831	0,14283
	03P	0930	Fül, orr, száj, garat, gége nagyobb műtétei	4	1	34	0,84439	0,27633
	05M	2120	Acut, subacut endocarditis	41	28	60	4,76403	0,00260
	05M	2130	Szívelégtelenség	11	8	25	0,93757	0,00209
	08M	417C	Alkar, kéz törése	4	2	26	0,32381	0,02352
	08M	4180	Traumás ficamok ellátása	3	1	27	0,10837	0,00008
	05S	220C	Szívritmus-, vezetési zavarok sürgősségi ellátása	1	0	28	0,21094	0,00035
	05S	2241	Hypertoniás krízis sürgősségi ellátása	1	0	35	0,21331	0,00022
	10S	537E	Diabetes mellitus, hypoglykaemias állapotok sürgősségi ellátása	1	0	38	0,25151	0,00043
	11S	579C	Húgyrendszeri kövek, görcsállapotok sürgősségi ellátása	1	0	25	0,16031	0,00020
	21S	857D	Mérgezés, gyógyszerek toxikus hatásainak sürgősségi ellátása	1	0	25	0,51835	0,00000
	01R	R012	Stroke ismételt rehabilitációja	25	15	40	0,04028	0,00000
	05R	R163	Billentyűműtét után észlelt funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	40	15	90	0,03896	0,00000

Forrás: [Törzslistázó program 5.0-s érvényes 2016 november 01]

A HBCs-k főcsoportokba vannak rendezve, melyeket két karakterrel jelölnek pl: 01 – idegrendszeri megbetegedések, 05 - Keringésrendszeri betegségek. A főcsoportokat HBCs-nként kiegészítik egy karakterrel az alábbiak szerint: „P” - beavatkozással jelzett csoport

- „M” - beavatkozással nem jelzett csoport
- „S” - sürgősségi jelzéssel minősített csoport
- „Z” - súlyos társult betegséggel minősített csoport
- társult betegséggel minősített csoportok: az ellátás során olyan társult betegségek kezelését jelzi, amely megfelel a 19. §-ban és az 5. mellékletben foglaltaknak (Forrás: 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet)



## 8. sz. Melléklet Aktív osztályról krónikus osztályra történő áthelyezés normatív nap szabálya alóli kivételek

43/1999 Korm rendelet 40 § (5)474: Egy intézményen belül az aktív osztályról a krónikus osztályra áthelyezett esetről – ide nem értve az 1903, a 2200, a 2201, a 2203, a 2205, a 2206, a 2207, a 2208, a 2209, a 4003 szakmakóddal rendelkező osztályra történő áthelyezést – a finanszírozási napi díj az aktív ellátás normatív ápolási idejének leteltétől számolható el.

### **60/2003 ESzCsM rendeletben**

<b>Szakma</b>	<b>Szakmakód</b>
Tüdőgyógyászati és légzésrehabilitáció	1903
Rehabilitációs medicina alaptevékenységek	2200
Gasztroenterológiai rehabilitáció	2203
Gyermek rehabilitáció	2205
Súlyos agykárosodottak rehabilitációja	2206
Gerincvelő károsodottak rehabilitációja	2207
Polytraumatizáltak, égésbetegek és szepszikus sebészeti betegek rehabilitációja	2208
Súlyos központi idegrendszeri károsodottak, polytraumatizáltak és égésbetegek rehabilitációja gyermekkorban	2209
Kardiológiai rehabilitáció	4003

A 2201 mozgásszervi rehabilitáció, ami beolvadt a 2200 rehabilitációs medicina alaptevékenységekbe.

### **2/2004 EÜM rendeletben**

#### *22 Rehabilitációs medicina*

<b>Szakma</b>	<b>Szakmakód</b>
Rehabilitációs medicina alaptevékenységek	2200
gyermek rehabilitáció	2205
súlyos agykárosodottak rehabilitációja	2206
gerincvelő károsodottak rehabilitációja	2207
politraumatizáltak, égésbetegek és szepszikus sebészeti betegek rehabilitációja	2208
súlyos központi idegrendszeri károsodottak, polytraumatizáltak és égésbetegek rehabilitációja gyermekkorban	2209

## 9. sz. Melléklet: Krónikus szorzók

**43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások  
Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól<sup>1</sup>**

8. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez<sup>604</sup>

## Krónikus ellátások

	A	B	C
1	Kódja	Megnevezése	Szorzó
2	00001	Ápolási tevékenység	1,0
3	<b>00015</b>	<b>Krónikus ellátás</b>	<b>1,2</b>
4	00017	Súlyos központi idegrendszeri sérültek, politraumatizáltak, égésbetegek, szeptikus sebészeti betegek rehabilitációs ellátása	4,2
5	<b>00019</b>	<b>Rehabilitációs ellátás* „A” minősítésű**</b>	<b>2,0</b>
6	00020	Rehabilitációs ellátás* „B” minősítésű**	1,5
7	00021	Rehabilitációs ellátás* „C” Minősítés nélkül	1,3
8	00022	Hospice ellátás	1,9
9	00023	Kómás és gerincvelősérült betegek korai kiemelt rehabilitációs ellátása	7,3
10	00024	Polymorbid betegek gerontopszichiátriai ellátása	1,8
11	00025	Tartósan intubált gépi lélegeztetést igénylő betegek krónikus ellátása	4,2
12	00026	Súlyos központi idegrendszeri sérültek (vigil kómás betegek, gerincvelő harántsérültek), politraumatizáltak emelt szintű krónikus ellátása	2,0
13	00027	A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet alapján TBC-s betegek elkülönített, őrzött osztályon történő kezelése	1,8
14	00028	Gyermek- és ifjúság addiktológiai és pszichiátriai rehabilitációs ellátás	2,0
15	00029	Krónikus belgyógyászati, nőgyógyászati és pulmonológiai osztályokon, a természetes gyógytényezőkről szóló 74/1999. (XII. 25.) EüM rendelet 13. § (1) és (3) bekezdése szerinti gyógytényezők felhasználásával végzett krónikus ellátás	2,0
16	00030	Pszichiátriai rehabilitáció „C” szint***	1,3
17	00031	Pszichiátriai rehabilitáció „B” szint****	1,5
18	<b>00032</b>	<b>Pszichiátriai rehabilitáció „A” szint*****</b>	<b>2,0</b>
19	00034	Gyermek hospice ellátás <sup>1</sup>	3,0
20	00035	Gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitációs ellátás I. progresszivitási szinten <sup>2</sup>	2,0
21	00036	Gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitációs ellátás II. és III. progresszivitási szinten <sup>3,4</sup>	2,8
22	00037	Gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitációs ellátás <sup>5</sup>	3,5

**10. sz. Melléklet: Országos aktív alapidíjak**

1.táblázat: Fekvőbeteg országos alapidíjak

Év	Hónap	országos aktív alapidíj (Ft)	Éves átlag	Év	Hónap	országos aktív alapidíj (Ft)	Éves átlag
<b>2000.</b>	<b>Január</b>	75 500	76 723	<b>2003.</b>	<b>Január</b>	100 000	100 167
	<b>Február</b>	75 500			<b>Február</b>	100 000	
	<b>Március</b>	75 500			<b>Március</b>	100 000	
	<b>Április</b>	75 500			<b>Április</b>	100 000	
	<b>Május</b>	75 500			<b>Május</b>	100 000	
	<b>Június</b>	75 500			<b>Június</b>	100 000	
	<b>Július</b>	75 500			<b>Július</b>	100 000	
	<b>Augusztus</b>	75 500			<b>Augusztus</b>	100 000	
	<b>Szeptember</b>	73 677			<b>Szeptember</b>	100 000	
	<b>Október</b>	81 000			<b>Október</b>	100 000	
	<b>November</b>	81 000			<b>November</b>	101 000	
	<b>December</b>	81 000			<b>December</b>	101 000	
<b>2001.</b>	<b>Január</b>	81 000	91 083	<b>2004.</b>	<b>Január</b>	101 000	125 250
	<b>Február</b>	81 000			<b>Február</b>	126 000	
	<b>Március</b>	81 000			<b>Március</b>	126 000	
	<b>Április</b>	90 000			<b>Április</b>	126 000	
	<b>Május</b>	90 000			<b>Május</b>	126 000	
	<b>Június</b>	90 000			<b>Június</b>	126 000	
	<b>Július</b>	95 000			<b>Július</b>	127 000	
	<b>Augusztus</b>	95 000			<b>Augusztus</b>	127 000	
	<b>Szeptember</b>	95 000			<b>Szeptember</b>	127 000	
	<b>Október</b>	95 000			<b>Október</b>	127 000	
	<b>November</b>	100 000			<b>November</b>	132 000	
	<b>December</b>	100 000			<b>December</b>	132 000	
<b>2002.</b>	<b>Január</b>	100 000	100 000	<b>2005.</b>	<b>Január</b>	132 000	133 000
	<b>Február</b>	100 000			<b>Február</b>	132 000	
	<b>Március</b>	100 000			<b>Március</b>	132 000	
	<b>Április</b>	100 000			<b>Április</b>	132 000	
	<b>Május</b>	100 000			<b>Május</b>	132 000	
	<b>Június</b>	100 000			<b>Június</b>	132 000	
	<b>Július</b>	100 000			<b>Július</b>	134 000	
	<b>Augusztus</b>	100 000			<b>Augusztus</b>	134 000	
	<b>Szeptember</b>	100 000			<b>Szeptember</b>	134 000	
	<b>Október</b>	100 000			<b>Október</b>	134 000	
	<b>November</b>	100 000			<b>November</b>	134 000	
	<b>December</b>	100 000			<b>December</b>	134 000	

Év	Hónap	országos aktív alapidj (Ft)	Éves átlag
<b>2006.</b>	<b>Január</b>	134 000	135 833
	<b>Február</b>	136 000	
	<b>Március</b>	136 000	
	<b>Április</b>	136 000	
	<b>Május</b>	136 000	
	<b>Június</b>	136 000	
	<b>Július</b>	136 000	
	<b>Augusztus</b>	136 000	
	<b>Szeptember</b>	136 000	
	<b>Október</b>	136 000	
	<b>November</b>	136 000	
	<b>December</b>	136 000	

<b>2007.</b>	<b>Január</b>	136 000	143 500
	<b>Február</b>	136 000	
	<b>Március</b>	136 000	
	<b>Április</b>	146 000	
	<b>Május</b>	146 000	
	<b>Június</b>	146 000	
	<b>Július</b>	146 000	
	<b>Augusztus</b>	146 000	
	<b>Szeptember</b>	146 000	
	<b>Október</b>	146 000	
	<b>November</b>	146 000	
	<b>December</b>	146 000	

<b>2008.</b>	<b>Január</b>	146 000	146 000
	<b>Február</b>	146 000	
	<b>Március</b>	146 000	
	<b>Április</b>	146 000	
	<b>Május</b>	146 000	
	<b>Június</b>	146 000	
	<b>Július</b>	146 000	
	<b>Augusztus</b>	146 000	
	<b>Szeptember</b>	146 000	
	<b>Október</b>	146 000	
	<b>November</b>	146 000	
	<b>December</b>	146 000	

Év	Hónap	országos aktív alapidj (Ft)	Éves átlag
<b>2009.</b>	<b>Január</b>	146 000	148 333
	<b>Február</b>	146 000	
	<b>Március</b>	146 000	
	<b>Április</b>	150 000	
	<b>Május</b>	150 000	
	<b>Június</b>	150 000	
	<b>Július</b>	150 000	
	<b>Augusztus</b>	150 000	
	<b>Szeptember</b>	150 000	
	<b>Október</b>	150 000	
	<b>November</b>	146 000	
	<b>December</b>	146 000	

<b>2010.</b>	<b>Január</b>	146 000	146 667
	<b>Február</b>	146 000	
	<b>Március</b>	146 000	
	<b>Április</b>	146 000	
	<b>Május</b>	146 000	
	<b>Június</b>	146 000	
	<b>Július</b>	146 000	
	<b>Augusztus</b>	146 000	
	<b>Szeptember</b>	146 000	
	<b>Október</b>	146 000	
	<b>November</b>	150 000	
	<b>December</b>	150 000	

<b>2011.</b>	<b>Január</b>	150 000	150 000
	<b>Február</b>	150 000	
	<b>Március</b>	150 000	
	<b>Április</b>	150 000	
	<b>Május</b>	150 000	
	<b>Június</b>	150 000	
	<b>Július</b>	150 000	
	<b>Augusztus</b>	150 000	
	<b>Szeptember</b>	150 000	
	<b>Október</b>	150 000	
	<b>November</b>	150 000	
	<b>December</b>	150 000	

Év	Hónap	országos aktív alapidj (Ft)	Éves átlag	Év	Hónap	országos aktív alapidj (Ft)	Éves átlag
<b>2012.</b>	<b>Január</b>	150 000	150 000	<b>2015.</b>	<b>Január</b>	150 000	150 000
	<b>Február</b>	150 000			<b>Február</b>	150 000	
	<b>Március</b>	150 000			<b>Március</b>	150 000	
	<b>Április</b>	150 000			<b>Április</b>	150 000	
	<b>Május</b>	150 000			<b>Május</b>	150 000	
	<b>Június</b>	150 000			<b>Június</b>	150 000	
	<b>Július</b>	150 000			<b>Július</b>	150 000	
	<b>Augusztus</b>	150 000			<b>Augusztus</b>	150 000	
	<b>Szeptember</b>	150 000			<b>Szeptember</b>	150 000	
	<b>Október</b>	150 000			<b>Október</b>	150 000	
	<b>November</b>	150 000			<b>November</b>	150 000	
	<b>December</b>	150 000			<b>December</b>	150 000	
<b>2013.</b>	<b>Január</b>	150 000	150 000	<b>2016.</b>	<b>Január</b>	150 000	162 500
	<b>Február</b>	150 000			<b>Február</b>	150 000	
	<b>Március</b>	150 000			<b>Március</b>	150 000	
	<b>Április</b>	150 000			<b>Április</b>	150 000	
	<b>Május</b>	150 000			<b>Május</b>	150 000	
	<b>Június</b>	150 000			<b>Június</b>	150 000	
	<b>Július</b>	150 000			<b>Július</b>	150 000	
	<b>Augusztus</b>	150 000			<b>Augusztus</b>	180 000	
	<b>Szeptember</b>	150 000			<b>Szeptember</b>	180 000	
	<b>Október</b>	150 000			<b>Október</b>	180 000	
	<b>November</b>	150 000			<b>November</b>	180 000	
	<b>December</b>	150 000			<b>December</b>	180 000	
<b>2014.</b>	<b>Január</b>	150 000	150 000	<b>2017.</b>	<b>Január</b>	185 000	187 167
	<b>Február</b>	150 000			<b>Február</b>	185 000	
	<b>Március</b>	150 000			<b>Március</b>	185 000	
	<b>Április</b>	150 000			<b>Április</b>	185 000	
	<b>Május</b>	150 000			<b>Május</b>	185 000	
	<b>Június</b>	150 000			<b>Június</b>	185 000	
	<b>Július</b>	150 000			<b>Július</b>	185 000	
	<b>Augusztus</b>	150 000			<b>Augusztus</b>	185 000	
	<b>Szeptember</b>	150 000			<b>Szeptember</b>	185 000	
	<b>Október</b>	150 000			<b>Október</b>	185 000	
	<b>November</b>	150 000			<b>November</b>	198 000	
	<b>December</b>	150 000			<b>December</b>	198 000	
				<b>2018.</b>	<b>Január</b>	198 000	198 000
					<b>Február</b>	198 000	

Forrás: NEAK publikus forgalmi adatok - Alapidjak és teljesítményadatok  
Alapidjak és országosan összesített teljesítményadatok havi bontásban  
[http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/szakmai\\_oldalak/publikus\\_forgalmi\\_adatok/gyogyito\\_me\\_gelozo\\_forgalmi\\_adat](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_me_gelozo_forgalmi_adat) (letöltés:2018.04.05)

## 11. sz. Melléklet: HBCS súlysúly szám változások és hatások

1. táblázat: HBCS súlysúly szám változások

Módosítás	0	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Módosítás időpontja</b>	<b>2006.07.01</b>	<b>2006.10.01</b>	<b>2007.01.01</b>	<b>2007.03.01</b>	<b>2007.04.01</b>	<b>2007.05.01</b>	<b>2007.07.01</b>	<b>2007.08.01</b>	<b>2007.10.01</b>
Hbcs darabszám	753	753	753	762	765	765	767	767	767
Új HBCS	0	0	2	10	4	0	2	0	1
Új HBCS-k átlag súlysúly száma			0,30144	5,549329	4,7974825		0,452975		2,08809
Törölt HBCS	0	0	2	1	1	0	0	0	1
Törölt HBCS-k átlag súlysúly száma			1,41512	4,75584	2,28012				0,98037
Egy HBCS-re jutó súlysúly szám	2,522784781	2,522784781	2,519826799	2,559155735	2,567536118	2,567536118	2,562022269	2,562022269	2,563466493
Összes súlysúly szám	1899,65694	1899,65694	1897,42958	1950,07667	1964,16513	1964,16513	1965,07108	1965,07108	1966,1788
0 súlysúlymú HBCS-k (db)	13	13	13	15	15	15	15	15	15
Bázishoz képest átlag változás		100,00%	100,00%	100,19%	100,06%	100,06%	100,06%	100,06%	100,06%
Előző időszakhoz képest átlag változás		100,00%	100,00%	100,19%	99,87%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
<b>Módosítás</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>
<b>Módosítás időpontja</b>	<b>2008.01.01</b>	<b>2008.02.01</b>	<b>2008.03.01</b>	<b>2008.05.01</b>	<b>2008.06.01</b>	<b>2008.10.01</b>	<b>2009.01.01</b>	<b>2009.09.01</b>	<b>2009.11.01</b>
Hbcs darabszám	768	768	768	770	769	768	770	717	717
Új HBCS	1	0	0	2	0	1	2	33	0
Új HBCS-k átlag súlysúly száma	1,53205			1,91168		2,22529	1,17132	1,701382121	
Törölt HBCS	0	0	0	0	1	2	0	86	0
Törölt HBCS-k átlag súlysúly száma					2,83388	0		1,994254419	
Egy HBCS-re jutó súlysúly szám	2,583862266	2,583862266	2,583862266	2,582116338	2,58558645	2,584229766	2,58055987	2,595289261	2,565322218
Összes súlysúly szám	1984,40622	1984,40622	1984,40622	1988,22958	1988,31598	1984,68846	1987,0311	1860,8224	1839,33603
0 súlysúlymú HBCS-k (db)	15	15	15	15	15	13	13	13	13
Bázishoz képest átlag változás	101,81%	101,81%	101,81%	101,81%	101,88%	101,82%	101,82%	99,86%	99,42%
Előző időszakhoz képest átlag változás	101,69%	100,00%	100,00%	100,00%	100,06%	99,95%	100,00%	98,25%	99,67%
<b>Módosítás</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>
<b>Módosítás időpontja</b>	<b>2010.01.01</b>	<b>2010.06.01</b>	<b>2010.07.01</b>	<b>2011.01.01</b>	<b>2011.04.01</b>	<b>2011.07.01</b>	<b>2011.08.01</b>	<b>2011.11.01</b>	<b>2012.01.01</b>
Hbcs darabszám	718	724	724	726	727	727	727	727	733
Új HBCS	1	8	0	2	1	0	0	0	6
Új HBCS-k átlag súlysúly száma	0,0452	1,3852925		6,148515	1,01575				0,04102
Törölt HBCS	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Törölt HBCS-k átlag súlysúly száma		0,96943							
Egy HBCS-re jutó súlysúly szám	2,562106086	2,553502279	2,553502279	2,562922452	2,560794292	2,560794292	2,560794292	2,560794292	2,540168581
Összes súlysúly szám	1839,59217	1848,73565	1848,73565	1860,6817	1861,69745	1861,69745	1861,69745	1861,69745	1861,94357
0 súlysúlymú HBCS-k (db)	13	14	14	14	14	14	14	14	14
Bázishoz képest átlag változás	99,43%	99,42%	99,42%	99,42%	99,42%	99,42%	99,42%	99,42%	99,42%
Előző időszakhoz képest átlag változás	100,01%	100,00%	100,00%	99,96%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
<b>Módosítás</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>
<b>Módosítás időpontja</b>	<b>2012.02.01</b>	<b>2012.03.01</b>	<b>2013.01.01</b>	<b>2013.02.01</b>	<b>2013.04.01</b>	<b>2013.05.01</b>	<b>2013.09.01</b>	<b>2014.01.01</b>	<b>2014.05.01</b>
Hbcs darabszám	738	732	738	738	739	734	734	722	721
Új HBCS	5	0	8	0	1	0	0	14	0
Új HBCS-k átlag súlysúly száma	3,227284		4,82581625		1,07198			1,492515714	
Törölt HBCS	0	6	2	0	0	5	0	26	1
Törölt HBCS-k átlag súlysúly száma		3,563131667	9,074975			1,16092		2,341981154	8,28413
Egy HBCS-re jutó súlysúly szám	2,534349661	2,525917022	2,556631301	2,561776409	2,559760447	2,569289332	2,569289332	2,556021648	2,548076976
Összes súlysúly szám	1870,35005	1848,97126	1886,7939	1890,59099	1891,66297	1885,85837	1885,85837	1845,44763	1837,1635
0 súlysúlymú HBCS-k (db)	14	14	14	14	14	14	14	18	18
Bázishoz képest átlag változás	99,36%	99,36%	99,88%	99,88%	99,88%	99,87%	99,87%	99,80%	99,81%
Előző időszakhoz képest átlag változás	99,72%	100,00%	100,42%	100,06%	100,00%	100,00%	100,00%	99,96%	100,00%
<b>Módosítás</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	
<b>Módosítás időpontja</b>	<b>2015.01.01</b>	<b>2016.01.01</b>	<b>2016.04.01</b>	<b>2016.08.01</b>	<b>2016.11.01</b>	<b>2017.07.01</b>	<b>2017.08.01</b>	<b>2017.12.13</b>	
Hbcs darabszám	727	727	727	727	727	731	730	730	
Új HBCS	6	0	0	0	0	4	0	0	
Új HBCS-k átlag súlysúly száma	2,48412					6,200985			
Törölt HBCS	0	0	0	0	0	0	1	0	
Törölt HBCS-k átlag súlysúly száma							6,32483		
Egy HBCS-re jutó súlysúly szám	2,547549133	2,547549133	2,547549133	2,550315199	2,550315199	2,570291505	2,565148301	2,565148301	
Összes súlysúly szám	1852,06822	1852,06822	1852,06822	1854,07915	1854,07915	1878,88309	1872,55826	1872,55826	
0 súlysúlymú HBCS-k (db)	18	18	18	18	18	18	18	18	
Bázishoz képest átlag változás	99,81%	99,81%	99,81%	102,41%	102,41%	102,41%	102,41%	102,41%	
Előző időszakhoz képest átlag változás	100,00%	100,00%	100,00%	102,68%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Forrás: saját feldolgozás, kimutatás a Soproni Erzsébet Oktató Kórház orvosszakmai rendszerének adatbázisa alapján

2. táblázat: 2016. augusztusi alapidj módosítás hatása a bevételre

<b>Bértámogatás</b>	2016. évben e (Ft)			
2016. 01-07. haviátlag	46 759,4			
<u>Adatforrás:</u>	Pénzforgalmi kimutatás ("tbiztábla") 00-ás sor(ok)			
Adatok e Ft-ban				
2016. augusztus	Tény	Változatlanul	Különbség	Változás:
Aktív	246 562,2	205 468,5	41 093,7	20,0%
Járó	97 184,4	82 572,2	14 612,2	17,7%
Krónikus	168 138,4	152 918,1	15 220,3	10,0%
Labor	13 402,1	12 350,7	1 051,4	8,5%
Bértámogatás	0,0	46 759,4	-46 759,4	-100,0%
<b>összesen:</b>	<b>525 287,1</b>	<b>500 068,9</b>	<b>25 218,2</b>	<b>5,04%</b>
2016. szeptember	Tény	Változatlanul	Különbség	Változás:
Aktív	254 652,1	217 209,0	37 443,1	17,2%
Járó	99 321,6	90 542,6	8 779,1	9,7%
Krónikus	167 543,0	152 189,5	15 353,5	10,1%
Labor	13 467,0	12 433,3	1 033,8	8,3%
Bértámogatás	0,0	46 759,4	-46 759,4	-100,0%
<b>összesen:</b>	<b>534 983,8</b>	<b>519 133,7</b>	<b>15 850,0</b>	<b>3,05%</b>
2016. október	Tény	Változatlanul	Különbség	Változás:
Aktív	260 099,5	218 299,3	41 800,1	19,1%
Járó	94 885,0	78 810,2	16 074,8	20,4%
Krónikus	166 718,7	151 429,0	15 289,7	10,1%
Labor	13 527,7	12 483,2	1 044,4	8,4%
Bértámogatás	0,0	46 759,4	-46 759,4	-100,0%
<b>összesen:</b>	<b>535 230,9</b>	<b>507 781,2</b>	<b>27 449,7</b>	<b>5,41%</b>
2016. november	Tény	Változatlanul	Különbség	Változás:
Aktív	237 390,5	197 826,0	39 564,5	20,0%
Járó	100 176,2	89 243,6	10 932,6	12,3%
Krónikus	157 258,0	142 961,8	14 296,2	10,0%
Labor	13 269,0	12 240,5	1 028,5	8,4%
Bértámogatás	0,0	46 759,4	-46 759,4	-100,0%
<b>összesen:</b>	<b>508 093,7</b>	<b>489 031,3</b>	<b>19 062,4</b>	<b>3,90%</b>
2016. december	Tény	Változatlanul	Különbség	Változás:
Aktív	250 828,9	217 346,2	33 482,7	15,4%
Járó	87 878,4	76 391,6	11 486,8	15,0%
Krónikus	158 161,4	143 702,7	14 458,6	10,1%
Labor	12 141,2	11 122,9	1 018,3	9,2%
Bértámogatás	0,0	46 759,4	-46 759,4	-100,0%
<b>összesen:</b>	<b>509 009,9</b>	<b>495 322,8</b>	<b>13 687,1</b>	<b>2,76%</b>

Forrás: Soproni Erzsébet Oktató Kórház adatai





## 12. sz. Melléklet: Elemzéshez használt adatstruktúra

A Soproni Erzsébet Oktató kórház esetében összeállítottam szakmánkként, negyedéves (10 db n.év) bontásban az alábbi alapadatokat:

1.táblázat: Alapadatok

Ágyszám
Orvos létszám
Szakorvosi óra
Nővérlétszám (ápoló, ápolónő)
Asszisztens
Ellátott fekvőbeteg szám
Ellátott járóbeteg szám
Fekvő teljesítmény jelentett
Fekvő teljesítmény visszaig.
Járó teljesítmény
Case-mix
Ápolási nap
Ágykihasználtság
Ágykihasználtsággal korrigált ágyszám
Átlagos ápolási nap
Egynapos ellátás esetszám
Egynapos ellátás teljesítmény
Rehab szorzó
Napidíj
Rehab napi bevétel/beteg

Forrás: saját szerkesztés

Az AEEK controlling módszertan alapján elkészített fedezetszámítás adataiból szintén egy egységes struktúrát készítettem:

2.táblázat: Fedezeti struktúra

BEVÉTELEK	Értelmezés
<b>Egyéb saját bevételek</b>	
<b>Költségvetési finanszírozások és bevételek</b>	
<b>OEP (TBiz) finanszírozások összesen</b>	
Aktív fekvőbeteg-ellátás	
Bértámogatás	
Egyéb OEP finansz (pl.fix díj)	
Járóbeteg-ellátás	
Krónikus fekvőbeteg-ellátás	
<b>Térítéses ellátás bevételei</b>	
<b>Bevételek összesen Összeg</b>	

<b>KIADÁSOK</b>	
ÁFA	
Anyagok	
Szakmai anyagok	Anyagok költség gyógyszer nélkül
Gyógyszer	Anyagokon belül a gyógyszer költség
Humán költségek	
Vásárolt szolgáltatások	
<b>Fedezet 1 (Közvetlen költségek) Összeg</b>	
Kiszolgáló részlegek közvetett költségei	
Szakágazatok közvetett költségei	
Szakmai egységek közvetett költségei	
Műtéti költségek	Szakmai egységek közvetett költségein belül a műtéti költség
<b>Fedezet 2 (Közvetett költségek) Összeg</b>	
Központi költségek	
<b>Fedezet 3 (Központi költségek) Összeg</b>	
Értékcsökkenési leírás	
<b>Fedezet 4 (Amortizáció (KV/KH) Összeg</b>	

<b>Fedezet 1 költség</b>	Fedezett 1 összeg költségének összege
<b>Fedezet 1+2 költség</b>	Fedezett 1 + 2 költségének összege
<b>Fedezet 1+2+3 költség</b>	Fedezett 1+2+3 költségének összege
<b>Fedezet 1+2+3+4 költség</b>	Fedezett 1+2+3+4 költségének összege

<b>Fedezet 1</b>	Bevételek összesen Összezből levonva a Fedezett 1 összeg költségének összegét
<b>Fedezet 2</b>	Bevételek összesen Összezből levonva a Fedezett 1+2 összeg költségének összegét
<b>Fedezet 3</b>	Bevételek összesen Összezből levonva a Fedezett 1+2+3 összeg költségének összegét
<b>Fedezet 4</b>	Bevételek összesen Összezből levonva a Fedezett 1+2+3+4 összeg költségének összegét

Forrás: saját szerkesztés

A fedezeti struktúrából kialakított arányszámok.

3. táblázat: Arányszámok

1a	Bevétel összesen, Humán költség arány
2a	Bevétel összesen, Anyag költség arány
3a	Bevétel összesen, Anyag (gyógyszer nélkül) arány
4a	Bevétel összesen, gyógyszer arány
5a	Bevétel összesen, Közvetlen költség arány
6a	Bevétel összesen, Közvetett költség arány
7a	Bevétel összesen, központi költség arány
8a	Bevétel, Fedezet 1+2+3 költség arány
9a	Közvetlen, közvetett költség arány
10a	Közvetett költség, műtő költség aránya
11a	Fedezet 1+2 összesen költség, műtéti költség aránya
12a	Anyag, gyógyszer arány
13a	Anyag, szakmai anyag arány
14a	Bevétel összesen, aktív fekvőbeteg aránya
15a	Bevétel összesen, egyéb OEP finansz aránya
16a	Bevétel összesen, Járóbeteg-ellátás aránya
17a	Bevétel összesen, Krónikus fekvőbeteg-ellátás aránya
18a	Fedezet 1+2 költség, Egyéb OEP finansz (pl. fix díj) aránya

Forrás: saját szerkesztés

### 13. sz. Melléklet: 2016. évi jelentett és visszaigazolt teljesítmények

1.táblázat: Soproni Erzsébet Oktató Kórház 2016. évi jelentett és visszaigazolt teljesítmények havi bontásban

TVK alá tartozó fekvő teljesítmény Soproni Erzsébet Oktató Kórház 2016. év					
jelentett hónap	visszaigazolt hónap	jelentett HBCS súlyszám	visszaigazolt HBCS súlyszám	Különbség	%
November	Január	1 223,85	1 284,75	60,90	104,98
December	Február	1 313,21	1 287,89	-25,32	98,07
Január	Március	1 392,88	1 413,89	21,01	101,51
Február	Április	1 298,12	1 347,50	49,38	103,80
Március	Május	1 361,94	1 359,68	-2,26	99,83
Április	Június	1 259,26	1 306,59	47,33	103,76
Május	Július	1 093,71	1 077,92	-15,79	98,56
Június	Augusztus	1 282,62	1 255,61	-27,01	97,89
Július	Szeptember	1 234,82	1 320,70	85,88	106,95
Augusztus	Október	1 390,39	1 408,64	18,25	101,31
Szeptember	November	1 231,58	1 212,01	-19,57	98,41
Október	December	1 373,52	1 405,58	32,06	102,33
<b>Összesen:</b>		<b>15 455,9</b>	<b>15 680,76</b>	<b>224,86</b>	<b>101,45</b>

Forrás: saját szerkesztés a Soproni Kórház adatbázisa alapján

2.táblázat: Soproni Erzsébet Oktató Kórház 2016. évi osztályos jelentett és visszaigazolt teljesítmények

Osztályos teljesítmények Soproni Erzsébet Oktató Kórház 2016. év				
Osztály (szervezeti egység)	teljesítés	visszaigazolás	különbség	%
Ált. belgyógyászat - Kardiológia (bel, neph. Allerg.)	156,68	161,87	5,19	103,31%
Kardiológia	1 063,38	1054,29	-9,09	99,15%
Ált. belgyógyászat - Gasztroenterológia	341,69	343,61	1,92	100,56%
Gasztroenterológia	725,76	741,04	15,28	102,11%
Tüdőgyógyászat - Kardiológia	338,06	345,06	7,00	102,07%
Csecsemő és gyermekgyógyászat	758,56	750,87	-7,69	98,99%
Gyermekneuroológia	73,92	74,27	0,35	100,47%
PIC	192,59	194,22	1,63	100,85%
Neuroológia	651,50	645,75	-5,75	99,12%
Stroke	608,14	617,29	9,15	101,50%
Psychiátria	766,76	779,96	13,20	101,72%
Sebészet	2 369,33	2391,33	22,00	100,93%
Érsebészet	805,85	821,46	15,61	101,94%
Traumatológia	2 373,29	2408,89	35,60	101,50%
Nőgyógyászat	783,33	639,97	-143,36	81,70%
Urológia	833,42	840,8	7,38	100,89%
Szemészet	925,20	923,94	-1,26	99,86%
Fül-orr-gége	271,37	274,51	3,14	101,16%
Csecsemő és gy. Fül, -orr-gégegyógyászat	81,67	81,46	-0,21	99,74%
Intenzív	839,82	1092,57	252,75	130,10%

Sürgősségi Betegellátó Osztály	495,58	497,6	2,02	100,41%
<b>TVK alá tartozó teljesítés összesen:</b>	<b>15 455,90</b>	<b>15680,76</b>	<b>224,86</b>	<b>101,45%</b>
Pathológia	119,56	123,22	3,66	103,06%
Újszülött (Terven felül)	1 085,52	1223,63	138,11	112,72%
<b>Aktív összesen:</b>	<b>16 660,98</b>	<b>17027,61</b>	<b>366,63</b>	<b>102,20%</b>

Forrás: saját szerkesztés a Soproni Kórház adatbázisa alapján

3.táblázat: Soproni Erzsébet Oktató Kórház 2016. évi adatai alapján osztályos jelentett és visszaigazolt elvi Ft bevételek

Osztály (szervezeti egység)	teljesítés elvi Ft	visszaigazolt elvi Ft	különbség
Ált. belgyógyászat - Kardiológia (bel, neph. Allerg.)	28 985 800	29 945 950	960 150
Kardiológia	196 725 300	195 043 650	-1 681 650
Ált. belgyógyászat - Gasztroenterológia	63 212 650	63 567 850	355 200
Gasztroenterológia	134 265 600	137 092 400	2 826 800
Tüdőgyógyászat - Kardiológia	62 541 100	63 836 100	1 295 000
Csecsemő és gyermekgyógyászat	140 333 600	138 910 950	-1 422 650
Gyermekneurológia	13 675 200	13 739 950	64 750
PIC	35 629 150	35 930 700	301 550
Neurológia	120 527 500	119 463 750	-1 063 750
Stroke	112 505 900	114 198 650	1 692 750
Psychiátria	141 850 600	144 292 600	2 442 000
Sebészet	438 326 050	442 396 050	4 070 000
Érsebészet	149 082 250	151 970 100	2 887 850
Traumatológia	439 058 650	445 644 650	6 586 000
Nőgyógyászat	144 916 050	118 394 450	-26 521 600
Urológia	154 182 700	155 548 000	1 365 300
Szemészet	171 162 000	170 928 900	-233 100
Fül-orr-gége	50 203 450	50 784 350	580 900
Csecsemő és gy. Fül, -orr-gégegyógyászat	15 108 950	15 070 100	-38 850
Intenzív	155 366 700	202 125 450	46 758 750
Sürgősségi Betegellátó Osztály	91 682 300	92 056 000	373 700
<b>TVK alá tartozó teljesítés összesen:</b>	<b>2 859 341 500</b>	<b>2 900 940 600</b>	<b>41 599 100</b>
Patológia	22 118 600	22 795 700	677 100
Újszülött (Terven felül)	200 821 200	226 371 550	25 550 350
<b>Aktív összesen:</b>	<b>3 082 281 300</b>	<b>3 150 107 850</b>	<b>67 826 550</b>

Forrás: saját szerkesztés a Soproni Kórház adatbázisa alapján

**14. sz. Melléklet: Egyezményes ellátás hatása a bevételre**

1.táblázat: Egyezményes ellátás hatása a bevételre

	Variáció 1		Variáció 2		Variáció 3	
	Tény (súlyszám)	Kalkulált Ft bevétel	Tény (súlyszám)	Kalkulált Ft bevétel	Tény (súlyszám)	Kalkulált Ft bevétel
<b>Havi teljesítmény</b>	<b>1504</b>	<b>270 747 500</b>	<b>1504</b>	<b>252 247 500</b>	<b>1504</b>	<b>261 497 500</b>
Részletezve						
TVK	1350	249 750 000	1350	249 750 000	1350	249 750 000
Degresszív rész	54	2 497 500	54	2 497 500	54	2 497 500
TVK alá tartozó teljesítmény	0	0	100	0	50	0
Egyezményes ellátás	100	18 500 000	0	0	50	9 250 000
<i>Összesen:</i>	<i>1504</i>	<i>270 747 500</i>	<i>1504</i>	<i>252 247 500</i>	<i>1504</i>	<i>261 497 500</i>

Forrás: saját szerkesztés

## 15. sz. Melléklet: Egységes rovatrend

### I. Egységes rovatrend a költségvetési és finanszírozási bevételekhez, kiadásokhoz

Forrás: 15. melléklet a 4/2013. (I. 11.) Korm. rendelethez

#### Kiadások(K)

##### K1-8. Költségvetési kiadások

###### K1. Személyi juttatások

- K11. Foglalkoztatottak személyi juttatásai
- K1101. Törvény szerinti illetmények, munkabérek
- K1102. Normatív jutalmak
- K1103. Céljuttatás, projektprémium
- K1104. Készenléti, ügyeleti, helyettesítési díj, túlóra, túlszolgálat
- K1105. Végielégítés
- K1106. Jubileumi jutalom
- K1107. Béren kívüli juttatások
- K1108. Ruházati költségtérítés
- K1109. Közlekedési költségtérítés
- K1110. Egyéb költségtérítések
- K1111. Lakhatási támogatások
- K1112. Szociális támogatások
- K1113. Foglalkoztatottak egyéb személyi juttatásai
- K12. Külső személyi juttatások
- K121. Választott tisztségviselők juttatásai
- K122. Munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban nem saját foglalkoztatottnak fizetett juttatások
- K123. Egyéb külső személyi juttatások

###### K2. Munkaadókat terhelő járulékok és szociális hozzájárulási adó

###### K3. Dologi kiadások

- K31. Készletbeszerzés
- K311. Szakmai anyagok beszerzése
- K312. Üzemeltetési anyagok beszerzése
- K313. Árubeszerzés
- K32. Kommunikációs szolgáltatások
- K321. Informatikai szolgáltatások igénybevétele
- K322. Egyéb kommunikációs szolgáltatások
- K33. Szolgáltatási kiadások
- K331. Közüzemi díjak
- K332. Vásárolt élelmezés
- K333. Bérleti és lízing díjak
- K334. Karbantartási, kisjavítási szolgáltatások
- K335. Közvetített szolgáltatások
- K336. Szakmai tevékenységet segítő szolgáltatások
- K337. Egyéb szolgáltatások
- K34. Kiküldetések, reklám- és propagandakiadások
- K341. Kiküldetések kiadásai
- K342. Reklám- és propagandakiadások
- K35. Különféle befizetések és egyéb dologi kiadások
- K351. Működési célú előzetesen felszámított általános forgalmi adó
- K352. Fizetendő általános forgalmi adó
- K353. Kamatkiadások
- K354. Egyéb pénzügyi műveletek kiadásai
- K355. Egyéb dologi kiadások

###### K4. Ellátottak pénzbeli juttatásai

- K41. Társadalombiztosítási ellátások
- K42. Családi támogatások
- K43. Pénzbeli kárpótlások, kártérítések
- K44. Betegséggel kapcsolatos (nem társadalombiztosítási) ellátások
- K45. Foglalkoztatással, munkanélküliséggel kapcsolatos ellátások
- K46. Lakhatással kapcsolatos ellátások

- K47. Intézményi ellátottak pénzbeli juttatásai  
 K48. Egyéb nem intézményi ellátások  
**K5. Egyéb működési célú kiadások**  
 K501. Nemzetközi kötelezettségek  
 K502. Elvonások és befizetések  
 K5021. A helyi önkormányzatok előző évi elszámolásából származó kiadások  
 K5022. A helyi önkormányzatok törvényi előíráson alapuló befizetései  
 K5023. Egyéb elvonások, befizetések  
 K503. Működési célú garancia- és kezességvállalásból származó kifizetés államháztartáson belülré  
 K504. Működési célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök nyújtása államháztartáson belülré  
 K505. Működési célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök törlesztése államháztartáson belülré  
 K506. Egyéb működési célú támogatások államháztartáson belülré  
 K507. Működési célú garancia- és kezességvállalásból származó kifizetés államháztartáson kívülre  
 K508. Működési célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök nyújtása államháztartáson kívülre  
 K509. Árkiegészítések, ártámogatások  
 K510. Kamattámogatások  
 K511. Működési célú támogatások az Európai Uniónak  
 K512. Egyéb működési célú támogatások államháztartáson kívülre  
 K513. Tartalékok  
**K6. Beruházások**  
 K61. Immateriális javak beszerzése, létesítése  
 K62. Ingatlanok beszerzése, létesítése  
 K63. Informatikai eszközök beszerzése, létesítése  
 K64. Egyéb tárgyi eszközök beszerzése, létesítése  
 K65. Részesedések beszerzése  
 K66. Meglévő részesedések növeléséhez kapcsolódó kiadások  
 K67. Beruházási célú előzetesen felszámított általános forgalmi adó  
**K7. Felújítások**  
 K71. Ingatlanok felújítása  
 K72. Informatikai eszközök felújítása  
 K73. Egyéb tárgyi eszközök felújítása  
 K74. Felújítási célú előzetesen felszámított általános forgalmi adó  
**K8. Egyéb felhalmozási célú kiadások**  
 K81. Felhalmozási célú garancia- és kezességvállalásból származó kifizetés államháztartáson belülré  
 K82. Felhalmozási célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök nyújtása államháztartáson belülré  
 K83. Felhalmozási célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök törlesztése államháztartáson belülré  
 K84. Egyéb felhalmozási célú támogatások államháztartáson belülré  
 K85. Felhalmozási célú garancia- és kezességvállalásból származó kifizetés államháztartáson kívülre  
 K86. Felhalmozási célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök nyújtása államháztartáson kívülre  
 K87. Lakástámogatás  
 K88. Felhalmozási célú támogatások az Európai Uniónak  
 K89. Egyéb felhalmozási célú támogatások államháztartáson kívülre  
**K9. Finanszírozási kiadások**  
 K91. Belföldi finanszírozás kiadásai  
 K911. Hitel-, kölcsöntörlesztés államháztartáson kívülre  
 K9111. Hosszú lejáratú hitelek, kölcsönök törlesztése pénzügyi vállalkozásnak  
 K9112. Likviditási célú hitelek, kölcsönök törlesztése pénzügyi vállalkozásnak  
 K9113. Rövid lejáratú hitelek, kölcsönök törlesztése pénzügyi vállalkozásnak  
 K912. Belföldi értékpapírok kiadásai  
 K9121. Forgatási célú belföldi értékpapírok vásárlása  
 K9122. Befektetési célú belföldi értékpapírok vásárlása  
 K9123. Kinestárjegyek beváltása  
 K9124. Éven belüli lejáratú belföldi értékpapírok beváltása  
 K9125. Belföldi kötvények beváltása  
 K9126. Éven túli lejáratú belföldi értékpapírok beváltása  
 K913. Államháztartáson belüli megelőlegezések folyósítása  
 K914. Államháztartáson belüli megelőlegezések visszafizetése  
 K915. Központi, irányító szervei támogatás folyósítása  
 K916. Pénzeszközök lekötött bankbetétként elhelyezése  
 K917. Pénzügyi lízing kiadásai



- K918. Központi költségvetés sajátos finanszírozási kiadásai<sup>469</sup>
- K919. Tulajdonosi kölcsönök kiadásai<sup>470</sup>
- K9191. Hosszú lejáratú tulajdonosi kölcsönök kiadásai
- K9192. Rövid lejáratú tulajdonosi kölcsönök kiadásai
- K92. Külföldi finanszírozás kiadásai<sup>471</sup>
- K921. Forgatási célú külföldi értékpapírok vásárlása
- K922. Befektetési célú külföldi értékpapírok vásárlása
- K923. Külföldi értékpapírok beváltása
- K924. Hitelek, kölcsönök törlesztése külföldi kormányoknak és nemzetközi szervezeteknek
- K925. Hitelek, kölcsönök törlesztése külföldi pénzintézeteknek
- K93. Adóssághoz nem kapcsolódó származékos ügyletek kiadásai
- K94. Váltókiadások

## **Bevételek (B)**

### **B1-7. Költségvetési bevételek**

#### **B1. Működési célú támogatások államháztartáson belülről**

- B11. Önkormányzatok működési támogatásai
- B111. Helyi önkormányzatok működésének általános támogatása
- B112. Települési önkormányzatok egyes köznevelési feladatainak támogatása
- B113. Települési önkormányzatok szociális, gyermekjóléti és gyermekétkeztetési feladatainak támogatása
- B114. Települési önkormányzatok kulturális feladatainak támogatása
- B115. Működési célú költségvetési támogatások és kiegészítő támogatások
- B116. Elszámolásból származó bevételek
- B12. Elvonások és befizetések bevételei
- B13. Működési célú garancia- és kezességvállalásból származó megtérülések államháztartáson belülről
- B14. Működési célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök visszatérülése államháztartáson belülről
- B15. Működési célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök igénybevétele államháztartáson belülről
- B16. Egyéb működési célú támogatások bevételei államháztartáson belülről

#### **B2. Felhalmozási célú támogatások államháztartáson belülről**

- B21. Felhalmozási célú önkormányzati támogatások
- B22. Felhalmozási célú garancia- és kezességvállalásból származó megtérülések államháztartáson belülről
- B23. Felhalmozási célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök visszatérülése államháztartáson belülről
- B24. Felhalmozási célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök igénybevétele államháztartáson belülről
- B25. Egyéb felhalmozási célú támogatások bevételei államháztartáson belülről

#### **B3. Közhatalmi bevételek**

- B31. Jövedelemadók
- B311. Magánszemélyek jövedelemadói
- B312. Társaságok jövedelemadói.
- B32. Szociális hozzájárulási adó és járulékok
- B33. Bérhez és foglalkoztatáshoz kapcsolódó adók
- B34. Vagyoni típusú adók
- B35. Termékek és szolgáltatások adói
- B351. Értékesítési és forgalmi adók
- B352. Fogyasztási adók
- B353. Pénzügyi monopóliumok nyereségét terhelő adók
- B354. Gépjárműadók
- B355. Egyéb áruhasználati és szolgáltatási adók
- B36. Egyéb közhatalmi bevételek

#### **B4. Működési bevételek**

- B401. Készletértékesítés ellenértéke
- B402. Szolgáltatások ellenértéke
- B403. Közvetített szolgáltatások ellenértéke
- B404. Tulajdonosi bevételek
- B405. Ellátási díjak
- B406. Kiszámlázott általános forgalmi adó
- B407. Általános forgalmi adó visszatérítése
- B408. Kamatbevételek és más nyereségjellegű bevételek
- B4081. Befektetett pénzügyi eszközökből származó bevételek
- B4082. Egyéb kapott (járó) kamatok és kamatjellegű bevételek
- B409. Egyéb pénzügyi műveletek bevételei

- B4091. Részesedésekből származó pénzügyi műveletek bevételei
- B4092. Más egyéb pénzügyi műveletek bevételei
- B410. Biztosító által fizetett kártérítés
- B411. Egyéb működési bevételek
- B5. Felhalmozási bevételek**
- B51. Immateriális javak értékesítése
- B52. Ingatlanok értékesítése
- B53. Egyéb tárgyi eszközök értékesítése
- B54. Részesedések értékesítése
- B55. Részesedések megszűnéséhez kapcsolódó bevételek
- B6. Működési célú átvett pénzeszközök**
- B61. Működési célú garancia- és kezességvállalásból származó megtérülések államháztartáson kívülről
- B62. Működési célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök visszatérülése az Európai Uniótól
- B63. Működési célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök visszatérülése kormányoktól és más nemzetközi szervezetektől
- B64. Működési célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök visszatérülése államháztartáson kívülről
- B65. Egyéb működési célú átvett pénzeszközök
- B7. Felhalmozási célú átvett pénzeszközök**
- B71. Felhalmozási célú garancia- és kezességvállalásból származó megtérülések államháztartáson kívülről
- B72. Felhalmozási célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök visszatérülése az Európai Uniótól
- B73. Felhalmozási célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök visszatérülése kormányoktól és más nemzetközi szervezetektől
- B74. Felhalmozási célú visszatérítendő támogatások, kölcsönök visszatérülése államháztartáson kívülről
- B75. Egyéb felhalmozási célú átvett pénzeszközök
- B8. Finanszírozási bevételek**
- B81. Belföldi finanszírozás bevételei
- B811. Hitel-, kölcsönfelvétel pénzügyi vállalkozástól
- B8111. Hosszú lejáratú hitelek, kölcsönök felvétele pénzügyi vállalkozástól
- B8112. Likviditási célú hitelek, kölcsönök felvétele pénzügyi vállalkozástól
- B8113. Rövid lejáratú hitelek, kölcsönök felvétele pénzügyi vállalkozástól
- B812. Belföldi értékpapírok bevételei
- B8121. Forgatási célú belföldi értékpapírok beváltása, értékesítése
- B8122. Éven belüli lejáratú belföldi értékpapírok kibocsátása
- B8123. Befektetési célú belföldi értékpapírok beváltása, értékesítése
- B8124. Éven túli lejáratú belföldi értékpapírok kibocsátása
- B813. Maradvány igénybevétele
- B8131. Előző év költségvetési maradványának igénybevétele
- B8132. Előző év vállalkozási maradványának igénybevétele
- B814. Államháztartáson belüli megelőlegezések
- B815. Államháztartáson belüli megelőlegezések törlesztése
- B816. Központi, irányító szervi támogatás
- B817. Lekötött bankbetétek megszüntetése
- B818. Központi költségvetés sajátos finanszírozási bevételei
- B819. Tulajdonosi kölcsönök bevételei
- B8191. Hosszú lejáratú tulajdonosi kölcsönök bevételei
- B8192. Rövid lejáratú tulajdonosi kölcsönök bevételei
- B82. Külföldi finanszírozás bevételei
- B821. Forgatási célú külföldi értékpapírok beváltása, értékesítése
- B822. Befektetési célú külföldi értékpapírok beváltása, értékesítése
- B823. Külföldi értékpapírok kibocsátása
- B824. Hitelek, kölcsönök felvétele külföldi kormányoktól és nemzetközi szervezetektől
- B825. Hitelek, kölcsönök felvétele külföldi pénzügyi intézetektől
- B84. Váltóbevételek
- B83. Adóssághoz nem kapcsolódó származékos ügyletek bevételei

## 16. sz. Melléklet: Rovatok technikai alábontása

1. táblázat: K311 Szakmai anyagok beszerzése rovatai

<b>K311 Szakmai anyagok beszerzése</b>						
K311-00411	K311-00419	K311-00436	K311-00527	K311-00541	K311-00549	K311-00571
K311-00412	K311-00421	K311-00511	K311-00528	K311-00542	K311-00551	K311-00572
K311-00413	K311-00422	K311-00521	K311-00529	K311-00543	K311-00552	K311-00581
K311-00414	K311-00431	K311-00522	K311-00531	K311-00544	K311-00553	K311-00582
K311-00415	K311-00432	K311-00523	K311-00532	K311-00545	K311-00554	K311-00611
K311-00416	K311-00433	K311-00524	K311-00533	K311-00546	K311-00561	K311-00612
K311-00417	K311-00434	K311-00525	K311-00534	K311-00547	K311-00562	K311-00613
K311-00418	K311-00435	K311-00526	K311-00535	K311-00548	K311-00563	K311-00614

Forrás: Soproni Erzsébet Oktató Kórház számviteli politikája

2. táblázat: K311 Szakmai anyagok beszerzése rovataihoz tartozó főkönyvi számok

Törvény				Informatikai rendszer			
Rovat		főkönyvi szám		Rovat	főkönyviszám		Keretgazda
K311	Szakmai anyagok beszerzése	053111	Szakmai anyagok beszerzése Előirányzat	K311-00411	05311004111	Gyógyszerkészítmények Kiad. Ei.	Gyógyszertár
		053112	Szakmai anyagok beszerzése Kötváll		05311004112	Gyógyszerkészítmények Kötváll.	Gyógyszertár
		053113	Szakmai anyagok beszerzése Teljesítés		05311004113	Gyógyszerkészítmények Teljesítés.	Gyógyszertár
					211011	Gyógyszerek (gyári készítmény) GY	Gyógyszertár
					51011	Gyógyszerek (gyári készítmény)	Gyógyszertár
				K311-00412	05311004121	Magisztrális gyógyszerek Kiad. Ei.	Gyógyszertár
					05311004122	Magisztrális gyógyszerek Kötváll.	Gyógyszertár
					05311004123	Magisztrális gyógyszerek Teljesítés.	Gyógyszertár
					211013	Magisztrális készítmények GY	Gyógyszertár
					51013	Magisztrális készítmények	Gyógyszertár
				K311-00413	05311004131	Kötszer Kiad. Ei.	Gyógyszertár
					05311004132	Kötszer Kötváll.	Gyógyszertár
					05311004133	Kötszer Teljesítés.	Gyógyszertár
					211051	Kötszer GY	Gyógyszertár
					51051	Kötszer	Gyógyszertár
				K311-00414	05311004141	Gyógytápszer Kiad. Ei.	Gyógyszertár
					05311004142	Gyógytápszer Kötváll.	Gyógyszertár
					05311004143	Gyógytápszer Teljesítés.	Gyógyszertár
					211012	Gyógytápszer GY	Gyógyszertár
					51012	Gyógytápszer	Gyógyszertár
				K311-00415	05311004151	Immunbiológiai készítmények (Serobakter.készítm.) Kiad. Ei.	Gyógyszertár
					05311004152	Immunbiológiai készítmények (Serobakter.készítm.) Kötváll.	Gyógyszertár
					05311004153	Immunbiológiai készítmények (Serobakter.készítm.) Teljesítés	Gyógyszertár
					2110302	Human immunglobulinok GY	Gyógyszertár
					510302	Human immunglobulinok	Gyógyszertár
				K311-00416	05311004161	Radiológiai készítmények Kiad. Ei.	Gyógyszertár
					05311004162	Radiológiai készítmények Kötváll.	Gyógyszertár

	<b>05311004163</b>	Radiológiai készítmények Teljesítés.	Gyógyszertár
	<b>211014</b>	Emberi szervezetbe kerülő diagnosztikai anyagok GY	Gyógyszertár
	<b>51014</b>	Emberi szervezetbe kerülő diagnosztikai anyagok	Gyógyszertár
<b>K311-00417</b>	<b>05311004171</b>	Vakcinák és immunszérumok Kiad. Ei.	Gyógyszertár
	<b>05311004172</b>	Vakcinák és immunszérumok Kötváll.	Gyógyszertár
	<b>05311004173</b>	Vakcinák és immunszérumok Teljesítés.	Gyógyszertár
	<b>21101501</b>	Vakcinák és immunszérumok GY	Gyógyszertár
	<b>5101501</b>	Vakcinák és immunszérumok	Gyógyszertár
<b>K311-00418</b>	<b>05311004181</b>	Klinikai kutatás gyógyszerei Kiad. Ei.	Gyógyszertár
	<b>05311004182</b>	Klinikai kutatás gyógyszerei Kötváll.	Gyógyszertár
	<b>05311004183</b>	Klinikai kutatás gyógyszerei Teljesítés.	Gyógyszertár
	<b>21101502</b>	Klinikai kutatás gyógyszerei GY	Gyógyszertár
	<b>5101502</b>	Klinikai kutatás gyógyszerei	Gyógyszertár
<b>K311-00419</b>	<b>05311004191</b>	Szemészeti speciális szakmai anyagok Kiad. Ei.	Gyógyszertár
	<b>05311004192</b>	Szemészeti speciális szakmai anyagok Kötváll.	Gyógyszertár
	<b>05311004193</b>	Szemészeti speciális szakmai anyagok Teljesítés.	Gyógyszertár
	<b>21106501</b>	Szemészeti speciális szakmai anyagok GY	Gyógyszertár
	<b>5106501</b>	Szemészeti speciális szakmai anyagok	Gyógyszertár
<b>K311-00421</b>	<b>05311004211</b>	Vérkészítmények Kiad. Ei.	Gyógyszertár
	<b>05311004212</b>	Vérkészítmények Kötváll.	Gyógyszertár
	<b>05311004213</b>	Vérkészítmények Teljesítés.	Gyógyszertár
	<b>2110301</b>	Vér és vérkészítmények GY	Gyógyszertár
	<b>510301</b>	Vér és vérkészítmények	Gyógyszertár
<b>K311-00422</b>	<b>05311004221</b>	Vérpótlók és plazmaprotein frakciók Kiad. Ei.	Gyógyszertár
	<b>05311004222</b>	Vérpótlók és plazmaprotein frakciók Kötváll.	Gyógyszertár
	<b>05311004223</b>	Vérpótlók és plazmaprotein frakciók Teljesítés.	Gyógyszertár
	<b>2110303</b>	Vérpótlók és plazmafehérjék GY	Gyógyszertár
	<b>510303</b>	Vérpótlók és plazmafehérjék	Gyógyszertár
<b>K311-00431</b>	<b>05311004311</b>	Vegyszer (gyógyszertár) Kiad. Ei.	Gyógyszertár
	<b>05311004312</b>	Vegyszer (gyógyszertár) Kötváll.	Gyógyszertár
	<b>05311004313</b>	Vegyszer (gyógyszertár) Teljesítés.	Gyógyszertár
	<b>21108</b>	Vegyszerek GY	Gyógyszertár
	<b>5108</b>	Vegyszerek	Gyógyszertár
<b>K311-00432</b>	<b>05311004321</b>	Labordiagnostikum Kiad. Ei.	Labor + Gyógyszertár
	<b>05311004322</b>	Labordiagnostikum Kötváll.	Labor + Gyógyszertár
	<b>05311004323</b>	Labordiagnostikum Teljesítés.	Labor + Gyógyszertár
	<b>21106101</b>	Labordiagnostikum GY	Gyógyszertár
	<b>211061311041201</b>	Vegyszer (labor) LA	Labor
	<b>5106101</b>	Labordiagnostikum	Gyógyszertár
	<b>51061311041201</b>	Vegyszer (labor)	Labor

<b>K311-00433</b>	<b>05311004331</b>	Fertőtlenítőszer Kiad. Ei.	Gyógyszertár
	<b>05311004332</b>	Fertőtlenítőszer Kötváll.	Gyógyszertár
	<b>05311004333</b>	Fertőtlenítőszer Teljesítés.	Gyógyszertár
	<b>2110901</b>	Fertőtlenítőszer gyógyszerár GY	Gyógyszertár
	<b>510901</b>	Fertőtlenítőszer gyógyszerár	Gyógyszertár
<b>K311-00434</b>	<b>05311004341</b>	Vegyszer (Labor) Kiad. Ei.	Labor
	<b>05311004342</b>	Vegyszer (Labor) Kötváll.	Labor
	<b>05311004343</b>	Vegyszer (Labor) Teljesítés.	Labor
<b>K311-00435</b>	<b>05311004351</b>	Fertőtlenítőszer gazdasági osztály Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311004352</b>	Fertőtlenítőszer gazdasági osztály Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311004353</b>	Fertőtlenítőszer gazdasági osztály Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21109311041401</b>	Fertőtlenítőszer gazdasági osztály AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5109311041401</b>	Fertőtlenítőszer gazdasági osztály	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00436</b>	<b>05311004361</b>	Patológiai reagensek (patológia) PA Kiad. Ei.	Patológia
	<b>05311004362</b>	Patológiai reagensek (patológia) PA Kötváll.	Patológia
	<b>05311004363</b>	Patológiai reagensek (patológia) PA Teljesítés.	Patológia
	<b>211063311042501</b>	Patológiai reagensek (patológia) PA	Patológia
	<b>51063311042501</b>	Patológiai reagensek (patológia)	Patológia
<b>K311-00511</b>	<b>05311005111</b>	Gyógyászati anyagok (nem eh.) Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005112</b>	Gyógyászati anyagok (nem eh.) Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005113</b>	Gyógyászati anyagok (nem eh.) Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211101311041401</b>	Gyógyászati anyagok (nem eh!) AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51101311041401</b>	Gyógyászati anyagok (nem eh!)	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00521</b>	<b>05311005211</b>	Trauma csavarok, szegek, lemezek Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005212</b>	Trauma csavarok, szegek, lemezek Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005213</b>	Trauma csavarok, szegek, lemezek Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21104311041401</b>	Trauma csavarok, szegek, lemezek AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5104311041401</b>	Trauma csavarok, szegek, lemezek	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00522</b>	<b>05311005221</b>	Térdprotézisek, csípőprotézisek Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005222</b>	Térdprotézisek, csípőprotézisek Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005223</b>	Térdprotézisek, csípőprotézisek Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21104311041402</b>	Térdprotézisek, csípőprotézisek AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5104311041402</b>	Térdprotézisek, csípőprotézisek	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00523</b>	<b>05311005231</b>	Mellprotézisek Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005232</b>	Mellprotézisek Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005233</b>	Mellprotézisek Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21104311041403</b>	Mellprotézisek AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5104311041403</b>	Mellprotézisek	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00524</b>	<b>05311005241</b>	Fecskendők, tűk Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005242</b>	Fecskendők, tűk Kötváll.	Anyaggazdálkodás

	<b>05311005243</b>	Fecskendők, tűk Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211053311041401</b>	Fecskendők, tűk AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51053311041401</b>	Fecskendők, tűk	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00525</b>	<b>05311005251</b>	Bélvarrógépek, patronok Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005252</b>	Bélvarrógépek, patronok Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005253</b>	Bélvarrógépek, patronok Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211052311041402</b>	Bélvarrógépek, patronok AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51052311041402</b>	Bélvarrógépek, patronok	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00526</b>	<b>05311005261</b>	Varrófonalak Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005262</b>	Varrófonalak Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005263</b>	Varrófonalak Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211052311041401</b>	Varrófonalak AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51051311041401</b>	Varrófonalak	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00527</b>	<b>05311005271</b>	Vérvételi csövek, tűk Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005272</b>	Vérvételi csövek, tűk Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005273</b>	Vérvételi csövek, tűk Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211053311041402</b>	Vérvételi csövek, tűk AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51053311041402</b>	Vérvételi csövek, tűk	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00528</b>	<b>05311005281</b>	Eh.műtési textiliák Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005282</b>	Eh.műtési textiliák Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005283</b>	Eh.műtési textiliák Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211053311041403</b>	Eh.műtési textiliák (izoláló) AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51053311041403</b>	Eh.műtési textiliák (izoláló)	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00529</b>	<b>05311005291</b>	Pelenkák, betegalátétek Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005292</b>	Pelenkák, betegalátétek Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005293</b>	Pelenkák, betegalátétek Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211053311041404</b>	Pelenkák, betegalátétek AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51053311041404</b>	Pelenkák, betegalátétek	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00531</b>	<b>05311005311</b>	RTG filmek Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005312</b>	RTG filmek Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005313</b>	RTG filmek Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211053311041405</b>	RTG filmek AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51053311041405</b>	RTG filmek	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00532</b>	<b>05311005321</b>	Angiós anyagok Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005322</b>	Angiós anyagok Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005323</b>	Angiós anyagok Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21104311041404</b>	Angiós anyagok AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5104311041404</b>	Angiós anyagok	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00533</b>	<b>05311005331</b>	Csomagoló anyagok, indikátorok (kp-i steril) Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005332</b>	Csomagoló anyagok, indikátorok (kp-i steril) Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005333</b>	Csomagoló anyagok, indikátorok (kp-i steril) Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211053311041406</b>	Csomagoló anyagok, indikátorok (kp-i steril) AG	Anyaggazdálkodás

	<b>51053311041406</b>	Csomagoló anyagok, indikátorok (kp-i steril)	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00534</b>	<b>05311005341</b>	Orvosi gázok gyógyszerár Kiad. Ei.	Gyógyszerár
	<b>05311005342</b>	Orvosi gázok gyógyszerár Kötváll.	Gyógyszerár
	<b>05311005343</b>	Orvosi gázok gyógyszerár Teljesítés.	Gyógyszerár
	<b>2110201</b>	Orvosi gáz gyógyszerár GY	Gyógyszerár
	<b>510201</b>	Orvosi gáz gyógyszerár	Gyógyszerár
<b>K311-00535</b>	<b>05311005351</b>	Szemlencse Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005352</b>	Szemlencse Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005353</b>	Szemlencse Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21104311041405</b>	Szemlencse AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5104311041405</b>	Szemlencse	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00541</b>	<b>05311005411</b>	Diagnosztikai gépek eh.anyagai Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005412</b>	Diagnosztikai gépek eh.anyagai Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005413</b>	Diagnosztikai gépek eh.anyagai Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21107311041401</b>	diagnosztikai gépek eh.anyagai AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5107311041401</b>	Diagnosztikai gépek eh.anyagai	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00542</b>	<b>05311005421</b>	Gastroenterológiai anyagok Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005422</b>	Gastroenterológiai anyagok Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005423</b>	Gastroenterológiai anyagok Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21107311041402</b>	Gastroenterológiai anyagok AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5107311041402</b>	Gastroenterológiai anyagok	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00543</b>	<b>05311005431</b>	Gyógyászati szűrőpapírok Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005432</b>	Gyógyászati szűrőpapírok Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005433</b>	Gyógyászati szűrőpapírok Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21107311041403</b>	Gyógyászati szűrőpapírok AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5107311041403</b>	Gyógyászati szűrőpapírok	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00544</b>	<b>05311005441</b>	Hálók Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005442</b>	Hálók Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005443</b>	Hálók Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21104311041406</b>	Hálók AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5104311041406</b>	Hálók	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00545</b>	<b>05311005451</b>	Kanülök, mandrinok Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005452</b>	Kanülök, mandrinok Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005453</b>	Kanülök, mandrinok Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211053311041407</b>	Kanülök, mandrinok AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51053311041407</b>	Kanülök, mandrinok	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00546</b>	<b>05311005461</b>	Katéterek, nephrostomiás katéterek, drainek Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005462</b>	Katéterek, nephrostomiás katéterek, drainek Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005463</b>	Katéterek, nephrostomiás katéterek, drainek Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211053311041408</b>	Katéterek, nephrostomiás katéterek, drainek AG	Anyaggazdálkodás

	<b>51053311041408</b>	Katéterek, nephrostomiás katéterek, drainek	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00547</b>	<b>05311005471</b>	Kesztyűk Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005472</b>	Kesztyűk Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005473</b>	Kesztyűk Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211053311041409</b>	Kesztyűk AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51053311041409</b>	Kesztyűk	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00548</b>	<b>05311005481</b>	Műtőkések, szikepengék Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005482</b>	Műtőkések, szikepengék Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005483</b>	Műtőkések, szikepengék Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211053311041410</b>	Műtőkések, szikepengék AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51053311041410</b>	Műtőkések, szikepengék	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00549</b>	<b>05311005491</b>	Regisztráló papírok Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005492</b>	Regisztráló papírok Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005493</b>	Regisztráló papírok Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21107311041404</b>	Regisztráló papírok AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5107311041404</b>	Regisztráló papírok	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00551</b>	<b>05311005511</b>	szerelekek:infusios, transzfusios Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005512</b>	szerelekek:infusios, transzfusios Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005513</b>	szerelekek:infusios, transzfusios Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211053311041411</b>	Szerelékek-infusios, -transzfusios AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51053311041411</b>	Szerelékek-infusios, -transzfusios	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00552</b>	<b>05311005521</b>	Tubusok Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005522</b>	Tubusok Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005523</b>	Tubusok Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211053311041412</b>	Tubusok AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51053311041412</b>	Tubusok	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00553</b>	<b>05311005531</b>	Egyéb eh.anyagok Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005532</b>	Egyéb eh.anyagok Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005533</b>	Egyéb eh.anyagok Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211053311041413</b>	Egyéb eh.anyagok AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51053311041413</b>	Egyéb eh.anyagok	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00554</b>	<b>05311005541</b>	Orvosi gázok gazdasági osztály Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005542</b>	Orvosi gázok gazdasági osztály Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005543</b>	Orvosi gázok gazdasági osztály Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21102311041401</b>	Orvosi gáz gazdasági osztály AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5102311041401</b>	Orvosi gáz gazdasági osztály	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00561</b>	<b>05311005611</b>	Laborban használt egyszerhasználatos anyagok Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005612</b>	Laborban használt egyszerhasználatos anyagok Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005613</b>	Laborban használt egyszerhasználatos anyagok Teljesítés.	Anyaggazdálkodás



	<b>211053311041414</b>	Laborban használt egyszerűhasználatos anyagok AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51053311041414</b>	Laborban használt egyszerűhasználatos anyagok	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00562</b>	<b>05311005621</b>	Érsebészethez használatos anyagok Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005622</b>	Érsebészethez használatos anyagok Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005623</b>	Érsebészethez használatos anyagok Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21104311041407</b>	Érsebészethez használatos anyagok AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5104311041407</b>	Érsebészethez használatos anyagok	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00563</b>	<b>05311005631</b>	Pacemaker elektróda beültetéshez Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005632</b>	Pacemaker elektróda beültetéshez Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005633</b>	Pacemaker elektróda beültetéshez Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21104311041408</b>	Pacemaker elektróda beültetéshez AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5104311041408</b>	Pacemaker elektróda beültetéshez	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00571</b>	<b>05311005711</b>	Labor-üvegáru Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005712</b>	Labor-üvegáru Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005713</b>	Labor-üvegáru Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21107311041405</b>	Labor- üvegáru AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5107311041405</b>	Labor- üvegáru	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00572</b>	<b>05311005721</b>	Gyógy.tartozékok, alkatrészek Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005722</b>	Gyógy.tartozékok, alkatrészek Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005723</b>	Gyógy.tartozékok, alkatrészek Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>21107311041406</b>	Gyógyászati tartozékok, alkatrészek AG	Anyaggazdálkodás
	<b>5107311041406</b>	Gyógyászati tartozékok, alkatrészek	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00581</b>	<b>05311005811</b>	Intézményi leltári textília Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005812</b>	Intézményi leltári textília Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005813</b>	Intézményi leltári textília Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211162311041401</b>	Intézményi leltári textília AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51162311041401</b>	Intézményi leltári textília	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00582</b>	<b>05311005821</b>	Intézményi nem leltári textília Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005822</b>	Intézményi nem leltári textília Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311005823</b>	Intézményi nem leltári textília Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211162311041402</b>	Intézményi nem leltári textília AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51162311041402</b>	Intézményi nem leltári textília	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00611</b>	<b>05311006111</b>	Könyv Kiad. Ei.	Könyvtár
	<b>05311006112</b>	Könyv Kötváll.	Könyvtár
	<b>05311006113</b>	Könyv Teljesítés.	Könyvtár
	<b>5114311042201</b>	Könyv	Könyvtár
<b>K311-00612</b>	<b>05311006121</b>	Folyóirat Kiad. Ei.	Könyvtár
	<b>05311006122</b>	Folyóirat Kötváll.	Könyvtár
	<b>05311006123</b>	Folyóirat Teljesítés.	Könyvtár
	<b>5114311042202</b>	Folyóirat	Könyvtár

<b>K311-00613</b>	<b>05311006131</b>	Egyéb információhordozó Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311006132</b>	Egyéb információhordozó Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311006133</b>	Egyéb információhordozó Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>5114311042203</b>	Egyéb információhordozó	Anyaggazdálkodás
<b>K311-00614</b>	<b>05311006141</b>	Eh műtési textíliák (nem izoláló) Kiad. Ei.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311006142</b>	Eh műtési textíliák (nem izoláló) Kötváll.	Anyaggazdálkodás
	<b>05311006143</b>	Eh műtési textíliák (nem izoláló) Teljesítés.	Anyaggazdálkodás
	<b>211163311041401</b>	Eh.műtési textíliák (nem izoláló) AG	Anyaggazdálkodás
	<b>51163311041401</b>	Eh.műtési textíliák (nem izoláló)	Anyaggazdálkodás

Forrás: Soproni Erzsébet Oktató Kórház számviteli politikája

## 17. sz. Melléklet: Egységes számlarend definíciók és rövid kivonat

„**Előirányzati számlák:** a nyitóállomány növelésére fordítható vásárlási, létesítési és felújítási kiadások tárgyévi előirányzatát mutatják ki. Ezek a számlák az ÁEEK fenntartású költségvetési szervek a teljesíthető, jóváhagyott kiadások és a teljesítendő – várható – bevételek előirányzatát és az abban bekövetkező változásokat követik. Az eredeti előirányzatokat a jóváhagyott költségvetés alapján, minél előbb le kell könyvelni. Az előirányzati számlának év végén egyenlegük nem lehet.

**Előirányzat teljesítési számlák:** a jóváhagyott (módosított) kiadási és bevételi előirányzatok teljesítésének elszámolására szolgálnak. Ezek a számlák mutatják, hogy

- a) a jóváhagyott – teljesíthető kiadási – előirányzathoz az ÁEEK fenntartású költségvetési szervek mennyit használtak fel, vagyis mennyit költöttek a feladataik ellátására;
- b) a jóváhagyott – teljesítendő – bevételek előirányzatát milyen mértékben teljesítette, vagyis mennyi bevétel folyt be.

**Forgalmi számlák:** a nyitóállomány növekedését eredményező tárgyévi előirányzatok teljesítését – amelyek vásárlások, létesítések és felújítások kiadási pénzforgalmából keletkeznek – mutatják.

**Kötelezettségvállalási számlák:** a gazdálkodó szervezet által vállalt előzetes és végleges kötelezettségvállalások tételes nyilvántartására szolgáló főkönyvi számlák.

**Eredmény számlák:** az időszakban kibocsátott, értékesített anyagi és nem anyagi javak bekerülési értékének az eredmény terhére történő elszámolás, továbbá a bevételek nyilvántartására szolgáló főkönyvi számlák.

**Technikai számlák:** a különféle átvezetések könyvelésére szolgálnak.”<sup>162</sup>

A számlaosztályok részletes bemutatására nincs lehetőség a terjedelme miatt ezért, csak a fő számlaosztályokat sorolom fel és mindegyikhez rövid tartalmi leírást is írok.

0. számlaosztály: nyilvántartási számlák

1. számlaosztály: nemzeti vagyonba tartozó befektetett eszközök

2. számlaosztály: nemzeti vagyonba tartozó forgóeszközök

3. számlaosztály: pénzeszközök, követelések, aktív időbeli el-határolások

4. számlaosztály: források

<sup>162</sup> Egységes intézményi számlatükör 7. verzió 2017.01.30; 6-7. oldal

- 5. számlaosztály: költségnemek
- 6. számlaosztály: általános költségek (költséghelyek)
- 7. számlaosztály: szakfeladatok (tevékenységek) költségei (költségviselők)
- 8. számlaosztály: ráfordítások
- 9. számlaosztály: bevételek

#### **0. számlaosztály: nyilvántartási számlák**

A költségvetési könyvvezetés keretében a bevételi és kiadási előirányzatok alakulásáról, a követelések, kötelezettségvállalások, más fizetési kötelezettségek, valamint ezek teljesítésére kiható gazdasági eseményekről a valóságnak megfelelő, folyamatos, zárt rendszerű, áttekinthető nyilvántartást kell vezetni.

A költségvetési könyvvezetés az egységes számlakeret 0-s számlaosztályán belül a 00. és 03-09. számlacsoportban vezetett nyilvántartási számlák használatával, a kettős könyvvitel szabályai szerint történik.

#### **1. számlaosztály: nemzeti vagyonba tartozó befektetett esz-közök**

A nemzeti vagyonba tartozó eszközként olyan eszközt lehet kimutatni, amely a tevékenységet tartósan, legalább egy éven – a hitelviszonyt megtestesítő értékpapírok esetén a mérleg fordulónapját követő költségvetési éven – túl szolgálja.

Ebben a számlaosztályban kell kimutatni:

- az immateriális javak (vagyoni értékű jogok és szellemi termékek Sztv. 25. § (6), (7), (10) bekezdések);
- a tárgyi eszközök;
- a befektetett pénzügyi eszközök;
- a koncesszióba, vagyonkezelésbe adott eszközök (kizárólag államháztartáson kívül-re) értékét.

#### **2. számlaosztály: nemzeti vagyonba tartozó forgóeszközök**

Ebben a számlaosztályban kell kimutatni:

- vásárolt készletek;
- átsorolt, követelés fejében átvett készletek, egyéb készletek;
- befejezetlen termelés, félkész termék, késztermék, állatok;
- értékpapírok.

#### **3. számlaosztály: pénzeszközök, követelések, aktív időbeli el-határolások**

Ebben a számlaosztályban kell kimutatni:

1. Pénzeszközöket:
  - hosszú lejáratú betéteket;
  - pénztárákat, csekkeket, betétkönyveket;
  - fizetési számlákat;
  - idegen pénzeszközöket.
2. Követeléseket
  - sajátos elszámolásokat;
  - aktív időbeli elhatárolásokat.

#### **4. számlaosztály: források**

Ebben a számlaosztályban kell kimutatni:

- saját tőkét;
- kötelezettségeket;
- passzív időbeli elhatárolásokat;
- évi mérlegszámlákat.

#### **5. számlaosztály: költségnemek**

A számla megnyitása a 4/2013 (I.11.) Korm.rendelet alapján kötelező, összefokozati számla.

A költségnem-számlák célja az intézmény által felhasznált erőforrások típusa (fajta) szerinti osztályozása, illetve számviteli nyilvántartása.

A költségnem-számlák között az alábbi főcsoportokat különböztetjük meg (a rendeleti szabályozás szerint):

- 51 Anyagköltség
- 52 Igénybe vett szolgáltatások költségei
- 53 Bérköltség
- 54 Személyi jellegű egyéb kifizetések
- 55 Bérjárulékok
- 56 Értécsökkenési leírás
- 57 Aktivált saját teljesítmények (AST) értéke
- 59 Költségnem átvezetési számla.

#### **6. számlaosztály: általános költségek (költséghelyek)**

A szakfeladathoz közvetlenül nem hozzárendelhető, több szakfeladat között meg-oszló költségek évközi elszámolása a 6. számlaosztályban történik. A számviteli politikában kell rögzíteni az általános költségek szakfeladatokra történő felosztásának módját, a felosztáshoz alkalmazott mutatókat, vetítési alapokat.

Ennek a számlaosztálynak a megfelelő strukturálása (a kötelező számlákon túli alábontások helye és jellege) kiemelten fontos az analitikus eredményszámítás (controlling) szempontjából. Ennek megfelelően a véglegesítése az intézményekben, minden érintett terület szakembereinek bevonásával javasolt.

A 6-7. számlaosztályok használata szükséges ahhoz, hogy a 9. számlákon kimutatott bevételekhez hozzárendelhetővé váljon a tevékenységek teljes önköltsége (közvetlen költség és felosztott költség helyi költség formájában). A 7. számlaosztály tagolása jól megfeleltethető a 9. számlaosztály bontásának, így az analitikus eredményszámítás alapját képezheti.

### **7. számlaosztály: szakfeladatok költségei (költségviselők)**

A költségekről és megtérült költségekről szóló kimutatás elkészítéséhez szükséges adatokat a 7. számlaosztály tartalmazza. A 7. számlaosztályt a tevékenység során használt szakfeladatok szerint tovább kell tagolni. A szakfeladati tagolásban szerepelnie kell minden olyan tevékenységnek, amely az intézményben szakfeladatként van megjelenítve (egészségügyi és nem egészségügyi szakfeladatok egyaránt).

Minden olyan szakfeladat esetében kötelező költségviselői számla megnyitása, amely az intézményben nevesítésre került (alapító okirat, SZMSZ). Az intézményi eredményszámítás érdekében minden szakfeladaton belül, minden olyan szervezeti egységnek kötelező számlát nyitni, amely abban érintett. (Minden értelmezett szak-feladat, szervezeti egység kombinációnál kötelező a költségviselői számla megnyitása.) Egy adott szervezeti egység, adott szakfeladaton belüli számlája intézményi igény alapján tovább bontható (ez azonban már nem kötelező, csak opcionális, pl. a belgyógyászat profiljai/NEAK kódjai egyenkénti vagy csoportosan, több számlán való megjelenítése, vagy a sebészet járóbeteg-ellátása szakrendelése/NEAK kódjai egyenkénti vagy csoportosan, több számlán való megjelenítése).

### **8. számlaosztály: ráfordítások**

A számlák megnyitásának kötelezettsége, illetve a számlák opcionális tagolása azonos az 5. számláknál leírtakkal.

### **9. számlaosztály: bevételek**

A számlaosztályra vonatkozóan (annak tartalmi és formai elemei kapcsán) részletes jogszabályi rendelkezések vannak hatályban. Ezek erősen determinálják a követendő eljárásokat. A számlaosztály számláinak, ezeknek az előírásoknak mindenben meg kell felelni. Így szükséges a szabályokat általánosan (is) áttekinteni a konkrét számlák leírása előtt.

A 4/2013. (I.11.) Kormányrendelet az államháztartás számviteléről (a továbbiakban: Áhsz.) a költségvetési intézmények számára eredmény-kimutatás készítését írja elő.

Az eredmény-kimutatás bevételeinek illetve ráfordításainak könyvelése az egységes rovatrend keretében, a rovatrenddel egyértelműen megfeleltetett 0. számlaosztályban történik. Az Áhsz. (a controlling elvű fedezet- és eredményszámítás szempontjából releváns) 5-9. számlaosztályokban meghatározza azt a minimum számlastrukturát, amelynek alkalmazása kötelező. A kötelező számlastruktúra „alábontása” tetszőleges, akár több szinten is megengedett.

Az Áhsz. a 9. számlaosztály kötelező minimum részletezését a következő szerint határozza meg:

<b>9. Eredményszemléletű bevételek</b>	
<b>91. Tevékenység nettó eredményszemléletű bevételei</b>	
911.	Közhatalmi eredményszemléletű bevételek
912.	Eszközök és szolgáltatások értékesítése nettó eredményszemléletű bevételei (szakfeladatonként tagolva, 912+szakfeladat száma számozással és a könyviteli számla + szakfeladat megnevezésével)
913.	Tevékenység egyéb nettó eredményszemléletű bevételei
<b>92. Egyéb eredményszemléletű bevételek</b>	
921.	Központi működési célú támogatások eredményszemléletű bevételei
922.	Egyéb működési célú támogatások eredményszemléletű bevételei (szakfeladatonként tagolva, 922+szakfeladat száma számozással és a könyviteli számla + szakfeladat megnevezésével)
923.	Különféle egyéb eredményszemléletű bevételek
<b>93. Pénzügyi műveletek eredményszemléletű bevételei</b>	
931.	Kapott (járó) osztalék és részesedés
932.	Kapott (járó) kamatok és kamatjellegű eredményszemléletű bevételek
933.	Pénzügyi műveletek egyéb eredményszemléletű bevételei
<b>94. Rendkívüli eredményszemléletű bevételek</b>	
941.	Felhalmozási célú támogatások eredményszemléletű bevételei (szakfeladatonként tagolva, 941+szakfeladat száma számozással és a könyviteli számla + szakfeladat megnevezésével)
942.	Különféle rendkívüli eredményszemléletű bevételek
9421.	Tértítés nélkül átvett eszközök értéke
9422.	Ajándékként, hagyatékként kapott, többletként fellelt eszközök értéke
9423.	Különféle egyéb rendkívüli eredményszemléletű bevételek

## 18. sz. Melléklet: Bevéeltérvezés

1.táblázat: Várható bevételek

Várható bevétel 2018 (adatok ezer Ft-ban)													
tejel	2017.nov	2017.dec	2018.jan	2018.febr	2018.márc	2018.apr.	2018.máj.	2018.júni	2018.júli	2018.aug	2018.szept	2018.okt	
Kassa	Megnevezés	január	február	március	április	május	június	július	augusztus	október	november	december	Összesen
00	Bérlátogatás	41 000	41 000	41 000	41 000	41 000	41 000	41 000	41 000	41 000	41 000	41 000	492 000
	Jóvedelmkiegészítés	1 700	1 700	1 700	1 700	1 700	1 700	1 700	1 700	1 700	1 700	1 700	20 400
06	Fogorvosi szakellátás	225	140	230	230	230	250	170	240	230	230	205	2 600
09	MSZSZ Gyermekgyógyászat	100	90	135	135	135	135	135	135	145	140	140	1 565
10	MSZSZ Nőgyógyászat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Járóbeteg szakellátás	69 954	70 154	70 134	71 634	71 054	70 054	72 354	71 754	70 854	71 099	71 154	849 751
	-labor	13 865	13 865	13 865	13 865	13 865	13 865	13 865	13 865	13 865	13 865	13 865	166 380
20	Aktív fekvőbeteg	248 616	262 658	246 378	259 814	261 664	261 664	257 964	261 825	245 175	261 825	257 171	3 087 690
	- SBO ellátási díj	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	490 181
21	Krónikus fekvőbeteg ellátás	13 064	13 064	17 350	17 146	18 983	18 983	18 983	18 983	20 200	20 200	20 200	217 357
	Szanatórium+ Pszichiátria rehab ezer Ft	180 714	165 341	175 067	168 667	186 738	180 714	186 738	180 714	186 738	180 714	186 738	2 165 622
25	CT-Mr	24 500	24 300	24 200	22 700	23 400	24 500	22 100	22 600	24 900	23 300	23 200	283 200
	-amansztomosis varrógép vagy fej	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	18 000
	Mamma próteázis	0	0	0	0	200	0	0	0	200	0	0	400
	-donor	0	0	0	450	0	0	0	0	600	0	0	1 050
	Egyezményes	17 475	17 475	17 475	17 475	17 475	17 475	17 475	17 475	17 475	17 475	17 475	209 700
	Összesen	653 561	652 135	649 882	657 164	678 793	672 689	674 833	672 640	681 680	663 425	675 196	8 005 895
	<b>Fekvőbeteg ellátás</b>												
Kassa	Megnevezés	január	február	március	április	május	június	július	augusztus	október	november	december	Összesen
20	Aktív fekvőbeteg ezer forint	248 616	262 658	246 378	259 814	261 664	261 664	257 964	261 825	245 175	261 825	257 171	3 087 690
	TVK súlyszám	1 194	1 194	1 194	1 266	1 276	1 276	1 256	1 266	1 176	1 266	1 241	14 876
	TVK mentes súlyszám	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	1 272
	+ súlyszám	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
	Alapdíj ezer Ft	185	185	185	185	185	185	185	185	185	185	185	185
	Várólista HBSC	31	100	20	20	20	20	20	20	30	30	30	381
	Jogviszony ellenőrzés ezer Ft	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1 200
	Özéb fix díj	1 800	1 800	1 800	1 800	1 800	1 800	1 800	1 800	1 800	1 800	1 800	21 600
	- SBO ellátási díj ezer Ft	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	40 848	490 181
	Egyezményes HBSC(tájékoztató jellegű adat)	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	660
21	Krónikus fekvőbeteg ellátás ezer Ft	13 064	13 064	17 350	17 146	18 983	18 983	18 983	18 983	20 200	20 200	20 200	217 357
	Ágyszám	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
	Napdíj (6300*1,2) Ft	7 560	7 560	7 560	7 560	7 560	7 560	7 560	7 560	7 560	7 560	7 560	7 560
	Ágykihasználás %	64	64	85	90	93	93	93	93	93	93	93	93
	Összesen	313 713	327 823	315 771	329 081	332 781	332 781	329 061	332 942	335 275	334 159	329 479	3 843 052
21	Szanatórium+ Pszichiátria rehab ezer Ft	180 714	165 341	175 067	168 667	186 738	180 714	186 738	180 714	186 738	180 714	186 738	2 165 622
	Ágyszám	498	498	498	498	498	498	498	498	498	498	498	498
	Napdíj (6300*2) Ft	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600
	Ágykihasználás %	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89





## 19. sz. Melléklet: Likviditási mutatószámok

### *Lejárt számlaállomány / Kifizetetlen számlaállomány*

Ha a kifizetetlen állományon belüli lejárt állomány aránya a teljes szállítói állomány növekedésével csökken, csökkenésével viszont növekszik, tehát fordítottan arányosan változik, akkor nominálisan a lejárt számla állomány nagysága változatlan. A tapasztalatom és véleményem szerint a kórházaknál javasolt értéktartomány 25-50%.

### *Összes pénzkészlet / Kifizetetlen számlaállomány*

Ez egy olyan elvi mutató, ami véleményem szerint akkor kedvező, ha az értéke 50% alatt van, mivel lejárt számlaállomány mellett pénzkészletet tartani indokolatlan.

### *Összes pénzkészlet + vevői tartozás / Kifizetetlen számlaállomány*

A vevői tartozás a likviditási potenciált nem igazán javítja, mivel pénzkészletnél korlátozottan likvid, ennek ellenére a vevői tartozás csökkentésével javíthatjuk a likviditást.

### *Lejárt szállítói állomány / Átlagos havi dologi költség*

Átlagos eladósodottság a dologi kiadásokhoz viszonyítva. A mutatószám elfogadható értéke függ az átlagos számlalejárati időtartamtól (tapasztalatom szerint az átlagos érték 1,0-1,5 hónap)

### *Lejárt szállítói állomány / Összes működési költség*

Átlagos eladósodottság a teljes költségvetéshez viszonyítva. Függ a dologi költségek arányától is (tapasztalatom szerint az átlagos érték 0-5 %)

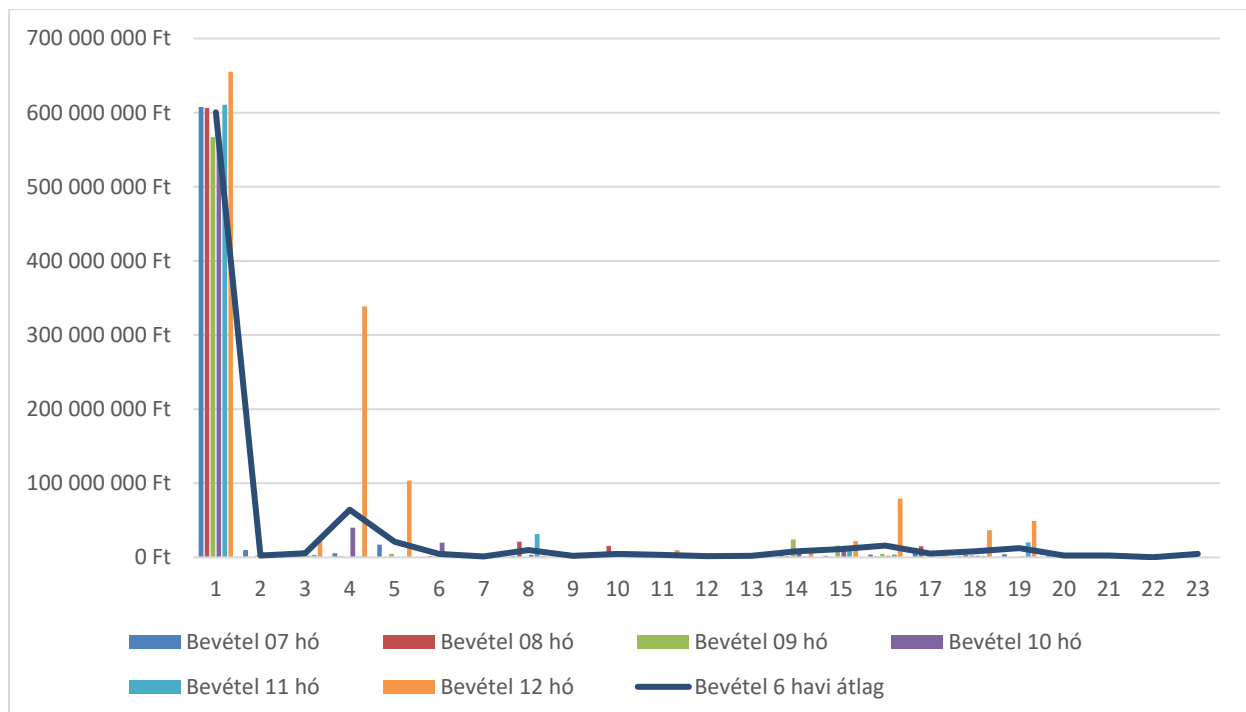
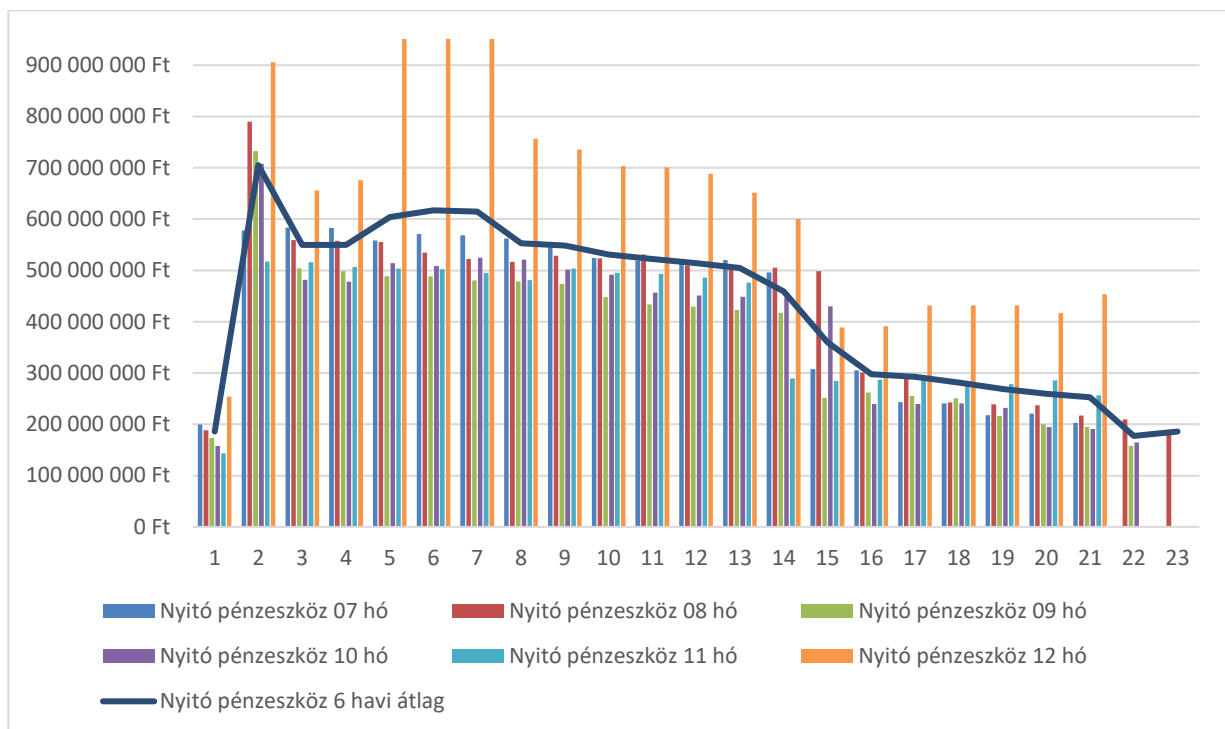
### *Nettó adósságállomány / átlagos havi dologi költség*

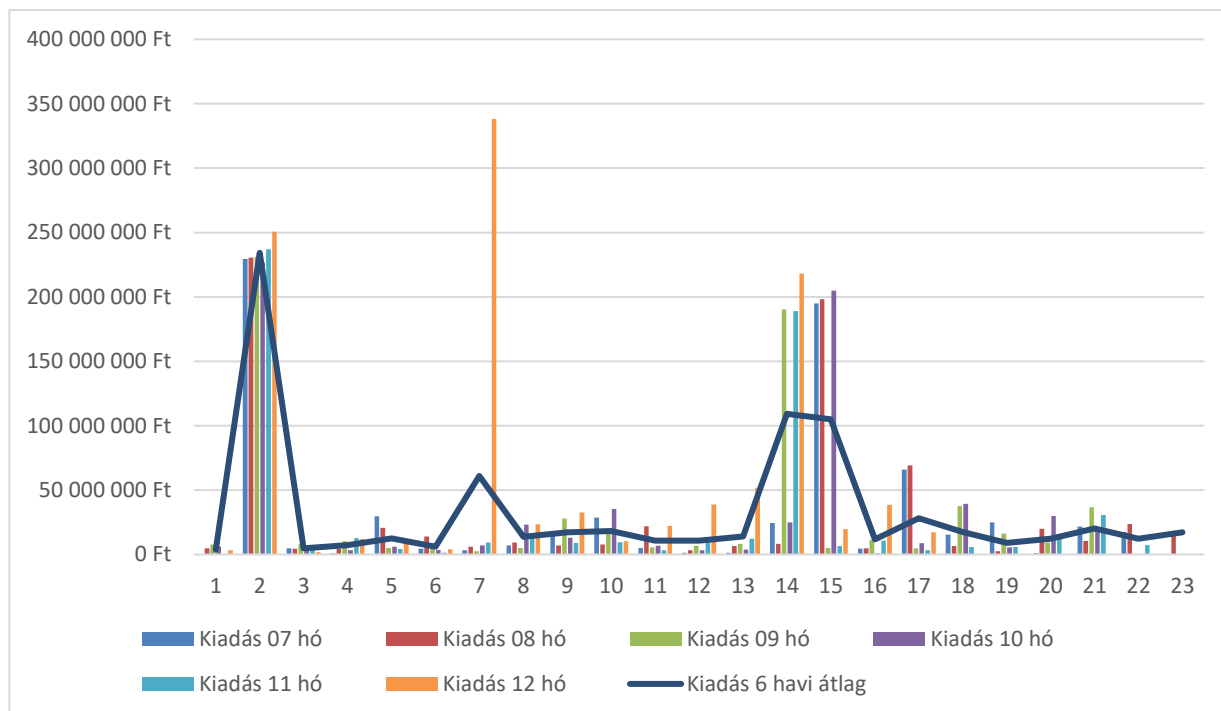
Nettó adósság a dologi költségekhez viszonyítva. Referencia tartomány függ a vevői követelés, nettó adósságállomány értékében betöltött szerepétől.

### *Kifizetetlen, nem lejárt szállítói állomány havi, illetve évek közötti azonos időszakban történő alakulása*

A szállítói számlák lejárat ideje és a havi felhasználások lényeges változást nem mutatnak, akkor alapvetően egyenletesnek kell lennie.

## 20. sz. Melléklet: Bankszámla állományok alakulása 2017 július – december





3. ábra: Kiadások 2017.július – december

Forrás: saját szerkesztés

## 21. sz. Melléklet: Likviditás tábla rovatszintű bontása

1.sz táblázat Likvid tábla struktúrája

Sorszám	Éves likvid tábla	
1.		<b>Nyitó pénzkészlet</b>
	<b>ROVAT</b>	<b>MEGNEVEZÉS</b>
	<b>BEVÉTELEK</b>	
2.	B16	Mük.c. egyéb támogatás központi költségvetési szervtől
3.	B16	Mük.c. egyéb támogatás fejezettől (egyéb célra)
4.	B16	Mük.c. egyéb támogatás társadalombiztosítás pénzügyi alapjai
5.	B16	Mük.c. egyéb támogatás elkülönített állami pénzalaptól
6.	B16	Mük.c. egyéb támogatás helyi önkormányzattól
7.		<b>Egyéb működési célú támogatás bevételei ÁHT-n belülről (B16)</b>
8.	B25	Felh.c. egyéb támogatás fejezettől (EU-s programok)
9.	B25	Felh.c. egyéb támogatás fejezettől (egyéb célra)
10.		<b>Egyéb felhalmozási célú támogatás bevételei ÁHT-n belülről (B25)</b>
11.	B401	Áru- és készletértékesítés bevételei
12.	B402	Szolgáltatások ellenértéke
13.	B403	Közvetített szolgáltatások ellenértéke
14.	B406	Kiszámlázott általános forgalmi adó bevételei
15.	B410	Biztosító által fizetett kártérítés,
16.	B411	Egyéb működési bevételek
17.		<b>Működési bevételek (B4)</b>
18.		<b>Felhalmozási célú átvett pénzeszközök (B7)</b>
19.	B813	Maradvány igénybevétele
20.	B816	Központi, irányító szervei támogatásként kapott bevétel
21.		<b>Belföldi finanszírozási bevétel (B81)</b>
22.		<b>Mindösszesen (B):</b>
	<b>KÖLTSÉGEK</b>	
23.	K1101-00416	Törvény szerinti illetmények, munkabérek HU
24.	K1102-00416	Normatív jutalmak HU
25.	K1103-00416	Céljuttatás, projektpremium HU
26.	K1104-00416	Készletértékesítés, ügyleti, helyettesítési díj, túlóra, túlszolgálat HU
27.	K1105-00416	Végkielégítés HU
28.	K1106-00416	Jubileumi jutalom HU
29.	K1107-00416	Béren kívüli juttatások HU
30.	K1108-00416	Ruházati költségtérítés HU
31.	K1109-00416	Közlekedési költségtérítés HU
32.	K1110-00416	Egyéb költségtérítések HU
33.		<b>Összesen (K11)</b>
34.	K1111-00416	Lakhatási támogatások HU
35.	K1112-00416	Szociális támogatások HU
36.	K1113-00416	Foglalkoztatottak egyéb személyi juttatásai HU
37.	K1113-00416001	Foglalk. egyéb szem. jutt. továbbtanulók HU

38.	K1113-01416	Foglalkoztatottak biztosítási díjai HU
39.		<b>Összesen (K11)</b>
40.	K121-00416	Választott tisztségviselők juttatásai HU
41.	K122-00416	Munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban nem saját foglalkoztatottnak fizetett juttatások HU
42.	K122-004161	Munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban nem saját foglalkoztatottnak fizetett juttatások HU
43.	K122-004162	Munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban nem saját foglalkoztatottnak fizetett juttatások HU
44.	K122-0041632	Munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban nem saját foglalkoztatottnak fizetett juttatások HU
45.	K122-0041633	Munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban nem saját foglalkoztatottnak fizetett juttatások HU
46.	K122-0041634	Munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban nem saját foglalkoztatottnak fizetett juttatások HU
47.	K122-004164	Munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban nem saját foglalkoztatottnak fizetett juttatások HU
48.	K122-004165	Munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban nem saját foglalkoztatottnak fizetett juttatások HU
49.	K123-00416	Egyéb külső személyi juttatások HU
50.		<b>Összesen (K12)</b>
51.	K2-01416	Szociális hozzájárulási adó HU
52.	K2-02416	Rehabilitációs hozzájárulás HU
53.	K2-03416	Korkedvezmény-biztosítási járulék HU
54.	K2-04416	Egészségügyi hozzájárulás HU
55.	K2-05416	Táppénz hozzájárulás HU
56.	K2-06416	Munkaadót terhelő más járulék jellegű kötelezettség HU
57.	K2-07416	Munkáltatót terhelő személyi jövedelemadó HU
58.		<b>Összesen (K2)</b>
59.	K336-00416	Szakmai tevékenységet segítő szolgáltatások HU
60.	K337-00416	Egyéb szolgáltatások HU
61.	K341-00416	Kiküldetések kiadásai HU
62.	K351-00416	Előzetes ÁFA Humánpolitika
63.	K355-00416	Egyéb dologi kiadások HU
64.		<b>Összesen (K3)</b>
65.		<b>Bérjellegű kiadások mindösszesen</b>
66.	K311-00435	Fertőtlenítőszeres gazdasági osztály
67.	K311-00511	Gyógyászati anyagok (nem eh.)
68.	K311-00521	Trauma csavarok, szegek, lemezek
69.	K311-00522	Térdprotézisek, csípőprotézisek
70.	K311-00523	Mellprotézisek
71.	K311-00524	Fecskendők, tűk
72.	K311-00525	Bélvarrógépek, patronok
73.	K311-00526	Varrófonalak
74.	K311-00527	Vérvételi csövek, tűk
75.	K311-00528	Eh. műtéti textíliák
76.	K311-00529	Pelenkák, betegalátétek
77.	K311-00531	RTG filmek
78.	K311-00532	Angiós anyagok
79.	K311-00533	Csomagoló anyagok, indikátorok (kp-i steril)

80.	K311-00535	Szemlencse
81.	K311-00541	Diagnosztikai gépek eh. anyagai
82.	K311-00542	Gasztroenterológiai anyagok
83.	K311-00543	Gyógyászati szűrőpapírok
84.	K311-00544	Hálók
85.	K311-00545	Kanülök, mandrinok
86.	K311-00546	Katéterek, nephrostomiás katéterek, drainek
87.	K311-00547	Kesztyűk
88.	K311-00548	Műtőkések, szikepengék
89.	K311-00549	Regisztráló papírok
90.	K311-00551	szerelések: infúziós, transzfúzió
91.	K311-00552	Tubusok
92.	K311-00553	Egyéb eh. anyagok
93.	K311-00554	Orvosi gázok gazdasági osztály
94.	K311-00561	Laborban használt egyszerhasználatos anyagok
95.	K311-00562	Érsebészethez használatos anyagok
96.	K311-00563	Pacemaker elektróda beültetéshez
97.	K311-00571	Labor-üvegáru
98.	K311-00572	Gyógy. tartozékok, alkatrészek
99.	K311-00581	Intézményi leltári textília
100.	K311-00582	Intézményi nem leltári textília
101.	K311-00614	Eh. Műtési textíliák (nem izoláló)
102.		<b>Összesen (311)</b>
103.	K312-00421	Irodapapír, leporelló, etikett, egyéb irodaszer
104.	K312-00422	Printerszalagok, kazetták, tonerek
105.	K312-00431	Nyomtatványok
106.	K312-00441	Tüzelőanyagok
107.	K312-00451	Hajtó-kenőanyag raktári
108.	K312-00461	Munkaruha
109.	K312-00462	Védőruha
110.	K312-00511	Egyéb járműüzemeltetési anyagok
111.	K312-00512	Karbantartási és műszaki anyagok, alkatrészek
112.	K312-00513	számítástechnikai alkatrészek, anyagok
113.	K312-00514	Tisztítószeres, mérgek, takarítószeres
114.	K312-00515	Fertőtlenítőszeres
115.	K312-00516	Konyhai felszerelések, anyagok
116.	K312-00521	Fóliazsák, fóliatömlő
117.	K312-00522	Egyéb anyagok
118.	K312-00523	Fémhulladék
119.	K312-00524	Általános használatú textílfelszerelés
120.	K312-00525	Számítástechnikai adathordozók
121.	K312-00613	Göngyöleg gazdasági osztály
122.		<b>Összesen (312)</b>
123.	K313-00411	Betétdíjas göngyöleg (gazd.o.)
124.	K313-00421	Raktári áruk
125.		<b>Összesen (313)</b>
126.	K333-00414	Bérleti és lízing díjak AG

127.	K337-00414	Egyéb szolgáltatások AG
128.	K351-00414	Előzetes ÁFA Gazdasági osztály
129.	K355-00414	Egyéb dologi kiadások AG
130.	K61-00414	Immateriális javak beszerzése, létesítése AG
131.	K62-00414	Ingatlanok beszerzése, létesítése AG
132.		<b>Összesen</b>
133.	K63-00414	Informatikai eszközök beszerzése, létesítése AG
134.	K63-00414001	Kisértékű informatikai eszköz AG
135.		<b>Összesen (K63)</b>
136.	K64-00414	Egyéb tárgyi eszközök beszerzése, létesítése AG
137.	K64-00414001	Kisértékű szakmai eszköz, műszer AG
138.	K64-00414002	Kisértékű szakmai berendezés, bútor AG
139.	K64-00414003	Kisértékű műszer, felszerelés, szerszám AG
140.	K64-00414004	Kisértékű konyhai felsz., berendezés AG
141.	K64-00414005	Kisértékű egyéb eszköz AG
142.	K64-00414006	Kisértékű munkavédelmi eszköz AG
143.	K64-00414007	Kisértékű polg. védelmi eszköz AG
144.	K64-00414008	Kisértékű tárgyi eszköz ügyviteli gépek AG
145.		<b>Összesen (K64)</b>
146.	K67-00414	Beruházási célú előzetesen felszámított ÁFA AG
147.	K71-00414	Ingatlanok felújítása AG
148.	K72-00414	Informatikai eszközök felújítása AG
149.	K73-00414	Egyéb tárgyi eszközök felújítása AG
150.	K74-00414	Felújítási célú előzetesen felszámított ÁFA AG
151.		<b>Összesen</b>
152.		<b>Anyag jellegű kiadások mindösszesen</b>
153.	K311-00411	Gyógyszerkészítmények
154.	K311-00412	Magisztrális gyógyszerek
155.	K311-00413	Kötszer
156.	K311-00414	Gyógytápszer
157.	K311-00415	Human immunglobulinok
158.	K311-00416	Emberei szervezetbe kerülő diagnosztikai anyagok
159.	K311-00417	Vakcinák és immunszérumok
160.	K311-00418	Klinikai kutatás gyógyszerei
161.	K311-00419	Szemészeti speciális szakmai anyagok
162.	K311-00421	Vér és vérkészítmények
163.	K311-00422	Vérpótlók és plazmaprotein frakciók
164.	K311-00431	Vegyszer (gyógyszertár)
165.	K311-00432	Labordiagnosztikum
166.	K311-00433	Fertőtlenítőszer
167.	K311-00534	Orvosi gázok gyógyszertár
168.		<b>Összesen (311)</b>
169.	K313-00413	Betétdíjas göngyöleg (gyógyszertár)
170.	K337-00411	Egyéb szolgáltatások GY
171.	K351-00411	Előzetes ÁFA Gyógyszertár
172.	K355-00411	Egyéb dologi kiadások GY
173.		<b>Összesen</b>



174.		<b>Gyógyszertári kiadások mindösszesen</b>
175.	K311-00434	Vegyszer (Labor)
176.	K311-00412	Magisztrális gyógyszerek
177.	K333-00412	Bérleti és lízing díjak LA
178.	K336-00412	Szakmai tevékenységet segítő szolgáltatások LA
179.	K337-00412	Egyéb szolgáltatások LA
180.	K351-00412	Előzetes ÁFA Labor
181.	K355-00412	Egyéb dologi kiadások LA
182.		<b>Labor kiadások mindösszesen</b>
183.	K311-00436	Patológiai reagensek
184.	K351-00425	Előzetes ÁFA Patológia
185.		<b>Patológia kiadások mindösszesen</b>
186.	K312-00413	Élelmiszerek Kastélysz.
187.	K313-00424	Árubeszerezés bizomány Kastélyszálló
188.	K337-00424	Egyéb szolgáltatások
189.	K342-00424	Reklám és propagandakiadások
190.	K351-00424	Előzetes ÁFA
191.		<b>Kastélyszálló költségek mindösszesen</b>
192.	K312-00411	Élelmiszer
193.	K313-00412	Betétdíjas göngyöleg (élelmezés)
194.	K337-00413	Egyéb szolgáltatások ÉL
195.	K351-00413	Előzetes ÁFA Élelmezés
196.	K355-00413	Egyéb dologi kiadások ÉL
197.		<b>Összesen</b>
198.	K313-00422	Raktári áruk BÜFÉ
199.	K321-00413	Informatikai szolg. igénybevét.
200.		<b>Összesen</b>
201.		<b>Élelmezési költségek mindösszesen</b>
202.	K123-00418	Egyéb külső személyi juttatások GI
203.	K321-00418	Informatikai szolgáltatások igénybevétele GI
204.	K322-00418	Egyéb kommunikációs szolgáltatások GI
205.	K333-00418	Bérleti és lízing díjak GI
206.	K335-00418	Közvetített szolgáltatások GI
207.	K335-01	Közvetített szolgáltatások ÁH belülről GI
208.	K336-00418	Szakmai tevékenységet segítő szolgáltatások GI
209.	K337-00418	Egyéb szolgáltatások GI
210.	K341-00418	Kiküldetések kiadásai GI
211.	K342-00418	Reklám- és propagandakiadások GI
212.	K351-00418	Előzetes ÁFA Gazdasági Igazgató
213.	K352-00418	Fizetendő általános forgalmi adó GI
214.	K353-00418	Kamatkiadás GI
215.	K355-00418	Egyéb dologi kiadások GI
216.	K502-00	Elvonások és befizetések
217.	K61-00418	Immateriális javak beszerzése, létesítése GI
218.	K62-00418	Ingatlanok beszerzése, létesítése GI
219.	K62-01418	Termoföld vásárlás kiadásai GI

220.	K63-00418	Informatikai eszközök beszerzése, létesítése GI
221.	K64-00418	Egyéb tárgyi eszközök beszerzése, létesítése GI
222.	K67-00418	Beruházási célú előzetesen felszámított ÁFA GI
223.	K71-00418	Ingatlanok felújítása GI
224.	K72-00418	Informatikai eszközök felújítása GI
225.	K73-00418	Egyéb tárgyi eszközök felújítása GI
226.	K74-00418	Felújítási célú előzetesen felszámított ÁFA GI
227.		<b>Gazdasági igazgatás költségei mindösszesen</b>
228.	K312-00452	Hajtó-kenőanyag nem raktári
229.	K322-00417	Egyéb kommunikációs szolgáltatások
230.	K331-00417	Közüzemi díjak KA
231.	K331-00417001	Közüzemi díjak Víz KA
232.	K331-00417002	Közüzemi díjak Táv hő KA
233.	K331-00417003	Közüzemi díjak Villany KA
234.	K331-00417004	Közüzemi díjak Gáz KA
235.		<b>Összesen (331)</b>
236.	K333-00417	Bérleti és lízing díjak KA
237.	K334-00417	Karbantartási, kisjavítási szolgáltatások KA
238.	K335-00417	Közvetített szolgáltatások KA
239.	K337-00417	Egyéb szolgáltatások KA
240.	K337-01417	Biztosítási díjak KA
241.	K351-00417	Előzetes ÁFA Műszak
242.	K355-00417	Egyéb dologi kiadások KA
243.	K61-00417	Immateriális javak beszerzése, létesítése KA
244.	K62-00417	Ingatlanok beszerzése, létesítése KA
245.	K63-00417	Informatikai eszközök beszerzése, létesítése KA
246.	K64-00417	Egyéb tárgyi eszközök beszerzése, létesítése KA
247.	K67-00417	Beruházási célú előzetesen felszámított ÁFA KA
248.	K71-00417	Ingatlanok felújítása KA
249.	K72-00417	Informatikai eszközök felújítása KA
250.	K73-00417	Egyéb tárgyi eszközök felújítása KA
251.	K74-00417	Felújítási célú előzetesen felszámított ÁFA KA
252.		<b>Összesen</b>
253.		<b>Műszaki terület kiadásai mindösszesen</b>
254.	K321-00415	Informatikai szolgáltatások KF
255.	K322-00415	Egyéb kommunikációs szolgáltatások KF
256.	K333-00415	Bérleti és lízing díjak KF
257.	K335-00415	Közvetített szolgáltatások KF
258.	K336-00415	Szakmai tevékenységet segítő szolgáltatások KF
259.	K337-00415	Egyéb szolgáltatások KF
260.	K351-00415	Előzetes ÁFA KITEO
261.	K355-00415	Egyéb dologi kiadások KF
262.	K61-00415	Immateriális javak beszerzése, létesítése KF
263.	K63-00415	Informatikai eszközök beszerzése, létesítése KF
264.	K67-00415	Beruházási célú előzetesen felszámított ÁFA KF
265.	K72-00415	Informatikai eszközök felújítása KF

266.	K74-00415	Felújítási célú előzetesen felszámított ÁFA KF
267.		<b>Controlling informatika kiadásai mindösszesen</b>
268.	K311-00611	Könyv
269.	K311-00612	Folyóirat
270.	K311-00613	Egyéb információhordozó
271.		<b>Összesen (311)</b>
272.	K336-00422	Szakmai tevékenységet segítő szolgáltatások KÖ
273.	K337-00422	Egyéb szolgáltatások KÖ
274.	K351-00422	Előzetes ÁFA Könyvtár
275.	K355-00422	Egyéb dologi kiadások KÖ
276.		<b>Összesen</b>
277.		<b>Könyvtár költségei mindösszesen</b>
278.	K336-00421	Szakmai tevékenységet segítő szolgáltatások MT
279.	K337-00421	Egyéb szolgáltatások MT
280.	K351-00421	Előzetes ÁFA Munkavédelem
281.	K355-00421	Egyéb dologi kiadások MT
282.		<b>Tűz és munkavédelem költségei mindösszesen</b>
283.	K322-00419	Egyéb kommunikációs szolgáltatások SZ
284.	K333-00419	Bérleti és lízing díjak SZ
285.	K337-00419	Egyéb szolgáltatások SZ
286.	K337-01419	Biztosítási díjak SZ
287.	K351-00419	Előzetes ÁFA Szolgáltatási osztály
288.	K355-00419	Egyéb dologi kiadások SZ
289.		<b>Szolgáltatási osztály költségei mindösszesen</b>
290.		<b>Dologi kiadások mindösszesen</b>
291.		<b>Költségek mindösszesen</b>
292.		<b>Egyenleg</b>
293.		<b>Teljes szállítói állomány</b>
294.		<b>Lejárt szállítói állomány</b>

Forrás: saját szerkesztés

## 22. sz. Melléklet: Fekvő, járó jelentés alapadatai

### *Fekvő jelentés:*

- havi terv,  
Az év elején meghatározott és elfogadott szezonindex szerinti havi terv.
- időarányos terv,  
Az aktuális hónap eltelt napjai alapján arányosított terv.
- HBCS súlyszám eltérés a tervtől,  
A teljesítés és az időarányos terv különbsége.
- ágykihasználtság,  
Az időarányos ápolási napokkal számolt ágykihasználtság.
- esetszám,  
Az aktuális esetszám és az előző év hasonló időszakának a naparányos esetszáma.
- aktuális CMI index alapján teljesítendő eset a hónapban,  
Az időarányos terv és az aktuális CMI index-ből számolt teljesítendő esetszám
- esetszám elmaradás, illetve eltérés,  
Az előző ponthoz képest az aktuális esetszám mennyivel tér el.
- CMI index,  
Az aktuális esetösszetétel és az előző év hasonló időszakának az esetösszetétele.
- tény teljesítés,  
Aktuális előbesorolt teljesítmény.
- teljesítés %-a.  
Az időarányos tervhez képest a tény teljesítmény.

### *Járó jelentés:*

- havi terv,  
Az év elején meghatározott és elfogadott szezonindex szerinti havi terv.
- időarányos terv,  
Az aktuális hónap eltelt napjai alapján arányosított terv.
- esetszám,  
Két adatot tartalmaz, az egyik a tény esetszám, a másik egy kalkulált, elvárt esetszám. Az elvárt esetszám az időarányos terv és a korábbi időszakokban egy

estre jutó legmagasabb németpont értékéből van kiszámolva. Ez azt mutatja meg, hogy „megfelelő” kódolással hány esettel lehetne teljesíteni a tervet.

- 1 esetre jutó németpont,  
Szintén két adatot tartalmaz, az egyik a tény adat, a másik a korábbi időszakokban elért legmagasabb érték. Ezek segítségével hamar feltűnik, ha a kódolási szokások megváltoznak, vagy a finanszírozó hajt végre módosítást, vagy esetleg jobban kódolnak és kevesebb esettel lehet elérni ugyan azt a teljesítést.
- tény teljesítés,  
Aktuális teljesítmény.
- teljesítés %-a.  
Az időarányos tervhez képest a tény teljesítmény.

## 23. sz. Melléklet: Gyógyszertári rendszer képernyőképek

6254 Keretgazdálkodás: Felhasználói keretek - összes felhasználói keretek - Módosítás

291890 | Üzenetek | Rendszer

Keret típusa: **Felhasználói keret**

Kerethely: **721231** **Sebészet összesen (fekvő)**

Bruttó keret:  - Aktív:  -  
 Áfa keret:  -  
 Túlélhető keret:  - Osztályos felületen adott százalék fölött figyelmeztet: **80.00 %**

Hatáskör  
 EFI  -  
 Készlet gazdálkodás:  - Gyógyszer:  -

Megjegyzés\*:

Csoport kód 1:  Csoport kód 2:  Csoport kód 3:

Keret típusa: **Havi bontású keret** Éves alkeret: **20.916.640,00** Időszak: **2018**

Előző évi keret: **2017** **721231. Sebészet összesen (fekvő) kei ...**

Kezdet / Vég / Ny	Keretösszeg			Zárt keret			Terhelés		Szabad keret	
	Alapkeret	Pótkeret	Összesen	Összesen	Be	Sz.	Összesen	Összesen	Engedély	
▶ 2018. 01. 01. / 2018. 01. 31. / 57.	1.940.720	589.440	2.587.343	0	0	0	2.487.701	99.642		
2018. 02. 01. / 2018. 02. 28. / 99.	1.880.000	0	1.979.642	90.000	0	0	1.730.203	159.439		
2018. 03. 01. / 2018. 03. 31. / 0,0	1.680.000	0	1.680.000	0	0	0	0	1.680.000		
2018. 04. 01. / 2018. 04. 30. / 0,0	1.600.000	0	1.600.000	0	0	0	0	1.600.000		
2018. 05. 01. / 2018. 05. 31. / 0,0	1.680.000	0	1.680.000	0	0	0	0	1.680.000		
2018. 06. 01. / 2018. 06. 30. / 0,0	1.680.000	0	1.680.000	0	0	0	0	1.680.000		
2018. 07. 01. / 2018. 07. 31. / 0,0	1.575.920	0	1.575.920	0	0	0	0	1.575.920		
2018. 08. 01. / 2018. 08. 31. / 0,0	1.840.000	0	1.840.000	0	0	0	0	1.840.000		
2018. 09. 01. / 2018. 09. 30. / 0,0	1.680.000	0	1.680.000	0	0	0	0	1.680.000		
2018. 10. 01. / 2018. 10. 31. / 0,0	1.840.000	0	1.840.000	0	0	0	0	1.840.000		
2018. 11. 01. / 2018. 11. 30. / 0,0	1.680.000	0	1.680.000	0	0	0	0	1.680.000		
	20.916.640	589.440	21.662.905	90.000	0	0	4.217.904	17.355.001		

Megtekint Új Módosít Töröl Lezár

Ment Mégsem

1.ábra: Keretek 01

Forrás: PharmaGlobe képernyőkép

Keretek - Megtekintés ×

721231. Sebészet összesen (fekvő) kerete 2018. 02.... | Keret információ | Keret változás | Rendszer

<b>Kezdet:</b> 2018.02.01.		
<b>Vég:</b> 2018.02.28.		
Nyitókeret: 99.642,18 Ft	Zárt keret: 90.000,00 Ft	
HBCS: 235,00	<input checked="" type="checkbox"/> Alapkeret = HBCS * Szorzó	
Szorzó: 8.000,00		
Alapkeret: 1.880.000,00 Ft	Terhelések: 1.730.203,26 Ft	
Pótkeret*: 0,00 Ft	Foglalások: 14.340,84 Ft	
<b>Keret:</b> 1.979.642,18 Ft	<b>Összesen:</b> 1.834.544,10 Ft	
	<b>Szabad keret:</b> 159.438,92 Ft	
Göngyöltve: 0,00 Ft	<b>Felhasználható keret:</b> 145.098,08 Ft	
Megjegyzés: zárt keret: Ab-ra, vis maior		
<input type="checkbox"/> Zárt		

721231. Sebészet összesen (fekvő) ker

**Hely:** 721231. Sebészet összesen

**Gazdálkodó:**

Fk prefix:

Egyéb: **GY Brt**

2.ábra: Keretek 02

Forrás: PharmaGlobe képernyőkép

## 24. sz. Melléklet: Kulcs Teljesítmény Mutatók

1.táblázat: Soproni Erzsébet Oktató kórházban alkalmazott KPI-ok.

Mutató típusa	Mutató	Érték - 2010	Érték - 2011	Érték - 2012	Érték - 2013	Megjegyzés	Okok
Eszköz és forrásállomány összetétele	$\frac{\text{Ingatlanok, vagyoni értékű jogok}}{\text{Tárgyi eszközök}} \times 100$	96,08%	97,20%	97,28%	83,93%	csökkent	Tárgyi eszköz állomány jelentős növekedése!
	$\frac{\text{Gépek, berendezések és felszerelések}}{\text{Tárgyi eszközök}} \times 100$	3,79%	2,66%	2,62%	2,97%	u.a.	
	$\frac{\text{Beruházások, felújítások}}{\text{Tárgyi eszközök}} \times 100$	0,03%	0,06%	0,03%	6,24%	nőtt	Beruházások állományának növekedése!
	$\frac{\text{Tárgyi eszközök}}{\text{Befektetett eszközök}} \times 100$	99,87%	99,89%	99,91%	99,95%	u.a.	
	$\frac{\text{Befektetett eszközök}}{\text{Mérlegfőösszeg}} \times 100$	97,53%	97,07%	98,76%	97,06%	u.a.	
	$\frac{\text{Forgóeszközök}}{\text{Mérlegfőösszeg}} \times 100$	2,46%	2,92%	1,23%	2,94%	u.a.	
Vagyoni helyzet – eszközerkezet	Befektetett eszközök aránya = $\frac{\text{Befektetett eszközök}}{\text{Eszközök összesen}}$	0,97	0,97	0,98	0,97	u.a.	
	Forgóeszközök aránya = $\frac{\text{Forgóeszközök}}{\text{Eszközök összesen}}$	0,02	0,02	0,02	0,03	u.a.	
Vagyoni helyzet – tőkeszerkezet	Tőkeellátottság = $\frac{\text{Saját tőke}}{\text{Források összesen}} \times 100$	94,76%	92,80%	82,99%	94,27%	2012-ben nagy csökkenés	Saját tőke állomány csökkent!
	Kötelezettségek aránya = $\frac{\text{Kötelezettségek}}{\text{Források összesen}} \times 100$	3,83%	5,57%	16,93%	4,39%	2012-ben nagy növekedés	Rövid lejáratú kötelezettség állomány jelentősen nőtt!
	Tőkefeszültség = $\frac{\text{Idegen tőke}}{\text{Saját tőke}} \times 100$	0	0	0	0	u.a.	
	Esedékességi ráta = $\frac{\text{Rövid lejáratú kötelezettség}}{\text{Kötelezettség összesen}} \times 100$	99,99%	99,81%	99,99%	99,72%	u.a.	
Fedezeti mutatók	Befektetett eszközök fedezete = $\frac{\text{Saját tőke}}{\text{Befektetett eszközök}} \times 100$	97,15%	95,60%	84,02%	97,12%	2012-ben nagy csökkenés	Saját tőke állomány csökkent!
	Nettó forgótőke = Forgóeszközök – Rövid lejáratú kötelezettségek	-129.494 eFt	-241.946 eFt	-1.397.862 eFt	-169.430eFt	2012-ben nagy növekedés	Rövid lejáratú kötelezettség állomány jelentősen nőtt!
	Tőke multiplikátor = $\frac{\text{Összes eszköz}}{\text{Saját Tőke}} \times 100$	105,52%	107,75%	120,49%	106,07%	2012-ben nagy növekedés	Saját tőke állomány csökkent!
Pénzügyi tőkeáttétel	$\frac{\text{Hosszú lej. Kötelezettség}}{\text{H. L. K + Saját Tőke}} \times 100$	0%	0%	0%	0%	u.a.	
	$\frac{\text{Hosszú lej. Kötelezettség}}{\text{Saját Tőke}} \times 100$	0%	0%	0%	0%	u.a.	
Pénzügyi helyzet - finanszírozás	Adósságállomány aránya = $\frac{\text{Adósságállomány}}{\text{Adósságállomány + Saját Tőke}} \times 100$	0%	0%	0%	0%	u.a.	
	Saját tőke aránya = $\frac{\text{Saját Tőke}}{\text{Adósságállomány + Saját Tőke}} \times 100$	100%	100%	100%	100%	u.a.	
	Eladósodottság foka = $\frac{\text{Kötelezettségek összesen}}{\text{Eszközök összesen}} \times 100$	3,83%	5,57%	16,93%	4,39%	2012-ben nagy növekedés	Rövid lejáratú kötelezettség állomány jelentősen nőtt!
Likviditási mutatók	Likviditási mutató I. = $\frac{\text{Forgóeszközök}}{\text{Rövid lejáratú kötelezettségek}}$	0,64	0,52	0,07	0,66	2012-ben nagy csökkenés	Likviditás veszélybe került!
	Likviditási mutató II. = $\frac{\text{Forgóeszközök} - \text{készletek}}{\text{Rövid lejáratú kötelezettségek}}$	0,42	0,34	0,02	0,40	2012-ben nagy csökkenés	Likviditás veszélybe került!
	Likviditási gyorsráta = $\frac{\text{Pénzeszközök} + \text{Likvid Értékpapírok}}{\text{Rövid lejáratú kötelezettségek}}$	0,06	0,03	0	0,26	Évek óta a legrosszabb mutató, 2013-ban megfordult a trend.	Likviditás veszélybe került, alacsony pénzeszköz arány!



Stratégiai cél	Rész cél	Javasolt KPI mutató	Számláló/nevező	Mérés gyakoriság	
Az intézmény pénzügyi fenntarthatóságának rövid, közép és hosszú távú biztosítása különböző finanszírozási források összehangolt bevonásával – <b>pénzügyi stabilitás</b>	Intézményi pozitív eredmény biztosítása	Eredményességi mutató	Árbevétel/tehetségfejlesztési eredmény	havonta	
		Mérlegelzés likviditási mutatói	Likvid eszközök/összes eszköz	havonta	
		Fedezettermelő képesség javítása	Fedezeti mutatók	Árbevétel/tehetségfejlesztési fedezet	havonta
			Fajlagos teljesítménymutatók	Portfolióelemre jutó eredmény vagy árbevétel/tehetségfejlesztési eredmény vagy árbevétel	havonta
	Pénzügyi stabilitás megteremtése	Források és eszközök likviditás szerinti összekapcsolása	Nem értelmezhető	havonta	
<b>Magas színvonalú szakmai és munkakörnyezet kialakítása és fenntartása, amely megfélemlő humánpolitikai eszközökkel biztosítja az itt dolgozók számára a stabil, kiszámítható munkahely, a szakmai karrier, és az anyagi-erkölcsi elismerés lehetőségét – vonzó munkahely</b>	Magas szintű dolgozói elégedettség				
		Elégedettségi felmérés hatékonysága	Kitöltött elégedettségi kérdőív / összes dolgozó	negyedévente	
		Dolgozói elégedettség	Elégedett dolgozó / összes dolgozó	negyedévente	
		Releváns panaszok intenzitása	Észlelt probléma/ beavatkozási akciótervek száma	negyedévente	
		Írásos dolgozói panasz aránya	Beérkezett írásos dolgozói panaszok száma / beérkezett összes dolgozói panasz száma	havonta	
		Fluktuáció egységként, illetve a stratégiailag fontos munkakörökben	Kilépett dolgozó/összes dolgozó	negyedévente	
		Peres HR ügyek száma	Nem értelmezhető	negyedévente	
	Transzparens, egység/vezetői szintre lebontott motivációs rendszer	Stratégia célok (KPI) alapján elismerésben (anyagi, erkölcsi) részesített dolgozók aránya	Elismerésben részesített dolgozó/összes dolgozó	negyedévente	
	Szakmai fejlődés lehetőségének biztosítása a magas szinten teljesítő dolgozók számára	Belső/külső továbbképzéseken résztvevők aránya	Továbbképzésen részt vett dolgozó/összes dolgozó	negyedévente	
	Szakmai fejlődés lehetőségének biztosítása a magas szinten teljesítő dolgozók számára	Hazai és külföldi továbbképzésen, tanulmányúton résztvevők száma	Tanulmányúton részt vett dolgozó/összes dolgozó	negyedévente	

Stratégiai cél	Rész cél	Javasolt KPI mutató	Számláló/nevező	Mérés gyakoriság
A betegek panaszainak enyhítése, betegségeknek hatékony gyógyítása a rendelkezésre álló közfinanszírozott és magánfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások és orvosi technológiák igénybevételével - hatásos és hatékony gyógyítás	A rendelkezésre álló kapacitások hatékony kihasználása	Elkészített belső jelentések-vizsgálatok / előírt belső jelentések-vizsgálatok Ágykihasználtság, rendelési időkihasználtság, intézeti és egység szinten járó és fekvőbeteg TVK kihasználás, intézeti és egység szinten HR kapacitások rendelkezésre állása Túlóra intenzitása Műtő kihasználtság Amortizációs intenzitás Infrastruktúra ellátottság	elkészült riportok száma/előre definiált riportok száma Kihasznált ágy vagy időkapacitás/Maximális ágy vagy időkapacitás Felhasznált TVK/Rendelkezésre álló TVK Jelenlegi HR kapacitás / Optimális HR kapacitás Túlóra / összes munkaóra Kihasznált műtő v. spec. Géppórá / összes rendelkezésre álló műtő v. spec. Géppóra. Amortizáció / összes Tárnyi Eszköz Hiányzó infrastruktúra / meglévő infrastruktúra aránya	havonta havonta havonta havonta havonta havonta negyedévente negyedévente
	Magas szintű és folyamatosan javuló általános betegelégedettség	Minőségbiztosítás hatékonysága Visszajelzések relevanciája Visszajelzések intenzitása Betegelégedettség Akciótervek intenzitása Releváns javaslatok Panasz intenzitás Peres ügyek száma	Elvégzett minőségbiztosítási feladatok / tervezett-előírt minőségbiztosítási feladatok Elvégzett ellenőrzési feladatok / tervezett-előírt ellenőrzési feladatok Kitöltött elégedettségi kérdőív / összes beteg elégedett beteg / összes beteg Eszeljt probléma/ beavatkozási akciótervek száma Kértkérelések-következtetések-javaslatok száma / "beavatkozási igénylő" felmérések száma Beérkezett beteg(ügyfél) panaszok száma / beérkezett összes beteg(ügyfél)viszajelzés száma Peres ügyek száma	negyedévente negyedévente negyedévente negyedévente negyedévente negyedévente negyedévente havonta negyedévente
	A szükségleteknek megfelelő diagnosztikai és terápiás eljárások alkalmazása	Ismételten felvett betegek	Felső határnapon belül ismételten felvett betegek/felvett betegek	havonta
A szakmai portfólió menedzselése: az aktív ellátásban a térségi szükségletek meghatározók, míg a rehabilitációs és térítéses ellátásban az országos és regionális igények – dinamikusán változó szakmai portfólió	Helyi szükségletek rendszeres vizsgálata	Kapacitás tervezés Szakmacsoportonkénti (mátrix) kapacitáskihasználtsági mutatók	Nem értelmezhető Kihasznált kapacitás/rendelkezésre álló kapacitás	negyedévente havonta
	Piacutatósi adatok és az egészségpolitikai tendenciák alapján igazodni az igényekhez			

Stratégiai cél	Részcel	Javasolt KPI mutató	Számláló/nevező	Mérés gyakoriság
Kapcsolódás regionális és országos ellátási és ellátásszervezési hálózatokhoz annak érdekében, hogy a Soproni Gyógyközpont része lehessen az egészségügyön belüli komplex értéketermelési folyamatoknak – hálózati szinergikák	A stratégiailag meghatározó területeken a szakmai kapcsolatok kiszélesítése	Betegek ellátására, ellátásszervezésre vonatkozó együttműködési megállapodások/szerződések számának növekedése	Nem értelmezhető	negyedévente
		Egyéb bevételeket generáló együttműködési megállapodás, szerződések száma/összes az ellátáshoz vagy ellátásszervezéshez kapcsolódó együttműködési megállapodás, szerződés	Nem értelmezhető	negyedévente
		Megtartott/tervezett egyeztetések száma háziorvosokkal, környező magán és közszolgáltatókkal	Nem értelmezhető	negyedévente
Sopron és környéke számára közösségi programok révén és a lakosság tájékoztatásával kampányokban való lakossági részvétel növelése és egészségügyi szemlélet elterjedésének támogatása a rendelkezésre álló eszközökkel – közösségi szerepvállalás	Rendszeres gyakorisággal tájékoztatás adása a népegészségügyileg és a helyi közösség számára fontos, egészségügyi kapcsolatos témákban	Kardiovaszkuláris szűréseken megjelenő magánfinanszírozotti ügyfelek száma	Nem értelmezhető	havonta
	Sopron és környékén közösségi települési programokhoz kapcsolódás	Megjelenések aránya	Tényleges megjelenés/tervezett megjelenés aránya	negyedévente
A Soproni Gyógyközpont ismertségének és elismertségének a hazai és a regionális piacon történő növelése modern szemléletű, online és offline eszközöket egyaránt alkalmazó rendszerekkel – ismertség és elismertség növelés	A Gyógyközpont elismertségének növelése regionális és országos szinten	Havonta megjelenő cikkek száma az offline és online médiában Pozitív cikkek aránya Like-ok számának növekedése	Nem értelmezhető Kedvező/Összes cikk aránya Nem értelmezhető	havonta havonta havonta
		A Gyógyközpont rehabilitációs tevékenységének országos ismertsége, lakossági megítélése	Nem értelmezhető	évente/kétévente országos reprezentatív közvélemény kutatással
	A Gyógyközpont szakmai elismertségének növelése országos szinten	Nemzetközi és hazai országos szakmai lapban megjelent cikkek száma Tudományos publikációk aránya	Nem értelmezhető Tudományos publikációs ráta (tény/terv szakmai publikációs arány)	negyedévente negyedévente

Forrás: Soproni Erzsébet Oktató Kórház adatai

## 25. sz. Melléklet: Műtőszervező képernyőképek

A továbbiakban a teljesség igénye nélkül néhány képernyőképet mutatok be. Az 1 ábra mutatja, hogy mely osztályok melyik műtőhöz kapnak jogosultságot, illetve hova jegyezhetnek elő beteget. A 2. ábra szemlélteti, miként határozható meg a betegsere és a műtétet megelőző aneszteziológiai idő.

### Műtési kiírás / előjegyzés

Műtő (admin)  
előjegyzés beállítás

működési idő	osztályhoz rendelés												betegsere	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13 szemészet	14 egyéb
Belgyógyászat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dialízis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fül-orr-gégészlet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gasztroenterológia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gyermek o.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
KAITO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Műtő	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nőgyógyászat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pszichiátria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sebészet	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szemészet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatológia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urológia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

osztály - műtő összerendelés mentése

vissza a kezdőoldalra

1 ábra: Az osztályok műtőkhöz rendelése

Forrás: saját fejlesztésű műtőszervezői program képernyőképe

### Műtési kiírás / előjegyzés

Műtő (admin)  
előjegyzés beállítás

működési idő	osztályhoz rendelés		betegsere	
műtő név		lokál előtt perc	aneszt előtt perc	
1.	<input type="text"/>	15	35	betegsere beállítás mentése
2.	<input type="text"/>	15	35	
3.	<input type="text"/>	15	35	
4.	<input type="text"/>	15	35	
5.	<input type="text"/>	15	35	
6.	<input type="text"/>	15	40	
7.	<input type="text"/>	10	30	
8.	<input type="text"/>	10	30	
9.	<input type="text"/>	15	35	
10.	<input type="text"/>	5	5	
11.	<input type="text"/>	10	10	
12.	<input type="text"/>	10	25	
13.	szemészet	10	10	
14.	egyéb	15	35	

vissza a kezdőoldalra

2 ábra: Műtőkhöz beállított betegsere idők helyi és altatásos anesztéziában végzett műtéteknél

Forrás: saját fejlesztésű műtőszervezői program képernyőképe

A következő ábrán látható, miképpen lehet beállítani naponta, hogy az egyes műtőket hány órára nyitjuk meg, és mennyi aneszteziológiai lehetőséget tudunk biztosítani az aktuális műtőben. A képernyő tartalmazza az aneszteziológus orvosok beosztását név szerint és összesen.

### Műtési kiírás / előjegyzés

Műtő (admin)  
előjegyzés beállítás

működési idő   osztályhoz rendelés   betegesere

**Dátum:**  
2014.08.19

Aug 2014

H	K	Sze	Cs	P	Szo	V
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

**Műtők**

	teljes hossz perc	aneszt idő perc
1.	360	180
2.	360	360
3.	360	240
4.	360	180
5.	360	180
6.	360	0
7.	360	0
8.	360	0
9.	360	60
10.	360	60
11.	360	0
12.	360	180
13.	360	0
14.	360	0

napi beállítás mentés  
át a heti nézetre

**Aneszt orvosok:**  
Műtő:  
KAITO:  
Akut:  
Ambulancia:  
Infektológia:  
ITO ügyelet:  
Aneszt ügyelet:  
Szabadság:  
Szabadnap:  
Tanfolyam:  
Gyakornok:  
Szuperes:  
Igazolt távollét:  
SBO nappal:  
SBO éjszaka:

**Aneszt létszám:**  
Műtő: 5  
KAITO: 1  
Akut: 0  
Ambulancia: 1  
Infektológia: 1  
ITO ügyelet: 1  
Aneszt ügyelet: 1  
Szabadság: 3  
Szabadnap: 1  
Tanfolyam: 0  
Gyakornok: 0  
Szuperes: 0  
Igazolt távollét: 0  
SBO nappal: 0  
SBO éjszaka: 0

**az előjegyzés megengedi (max)**  
1440 perc / 360 = 4 fő

**a tervezett műtési idők alapján**  
perc / 360 = 2.79 fő

vissza a kezdőoldalra

3. ábra: Műtők kapacitásainak kiosztása

Forrás: saját fejlesztésű műtőszervezői program képernyőképe

A képernyő bal alsó sarkában szerepelnek a hatékony szervezéshez szükséges összehasonlítások. Jól látható, hogy a beállított műtőnkénti aneszteziológiai idők csak 4 főt igényelnének, ezzel szemben a műtőkre 5 főt osztottak be. Ez azt jelenti, hogy 1 fő felesleges aneszteziológiai kapacitásunk van, amit más feladatra fel lehet használni. Vagy a műtők nyitvatartása nem megfelelő, ezért újabb műtőt lehetne megnyitni.

További fontos mutató, hogy a szakmák előjegyzései alapján 2,79 fő, azaz 3 fő el tudná végezni a napi programot. Ezzel további 1 fő felszabadulna. A kapacitások igényhez történő igazítása során 2 fő aneszteziológus felszabadulna, ami nagymértékű költségmegtakarítást jelent.

**Műtéti szervező**

előjegyzés

**Új előjegyzés felvétele**

osztály: Fül-orr-gégészlet

TAJ: 00000000 kötőjel és szökőz nélkül

beteg neve: [REDACTED]

születési dátum: 20[REDACTED] 11 éves

szobaszám: 450

műtét dg. és beavatkozás (megjegyzés): Tonsillectomia ez jelenik meg a kiíráson

diagnózis (BNO): J0390 statisztikához

tervezett műtét (OENO): 52810 statisztikához

egynapos ellátás:

egynapos részlegre kerül:

kórházban tölti az éjszakát:

tervezett műtéti idő: (perc) 25 átlag: 22.8 perc (180 db)

érzéstelenítés: aneszt

előjegyző orvos: Dr. [REDACTED]

operatőr 1: Dr. [REDACTED]

operatőr 2: nincs kiválasztva

operatőr 3: nincs kiválasztva

vendég operatőr: [REDACTED]

dátum és műtő választás

4 ábra: Műtéti előjegyzés betegszinten

Forrás: saját fejlesztésű műtőszervezői program képernyőképe

Az előző ábra mutatja be, hogy a beállított jogosultságoknak megfelelően választható ki az osztály, ahonnan elő szeretnék jegyezni beteget. A betegadatokat a TAJ szám begépelését követően automatikusan kitöltődnek (átvételtre kerülnek az orvosszakmai rendszerből). Ezt követően szabadon begépelhető műtéti kiírásban megfelelő szöveg, megjegyzés. A BNO és OENO egy szövegre és kódra is kereshető listából kiválasztható. A műtéti időt percben szükséges megadni, melyhez a program segítséget ad, hogy a bekódolt beavatozásból eddig hány darabot végeztünk és ezeknek a beavatkozásoknak mennyi volt az átlagidejük. Ezek után kiválasztható,

hogy egynapos ellátás vagy nem a tervezett műtét. Egynapos ellátás esetén további check boxok jelennek meg: egynapos részlegre kerül, illetve a kórházban tölti az éjszakát.

Ezenkívül ki kell választani az érzéstelenítés típusát, az előjegyző orvost, az operatóröket. A színes mezőket kötelezően ki kell tölteni.

## Műtéti kiírás / előjegyzés

Műtő (admin)  
heti nézet

A műtétek az egérgombot nyomva tartva, majd mozgatva rendezhetőek!

dátum: 2014.08.18 dátum: 2014.08.18  
műtő: 1 műtő: 2

164p / 360p teljes idő  
164p / 240p aneszt. idő

beteg	műtét	hossz
1. Jánosné Kovács	Varicocele l.s. - Lap. varicoelect. l.s.	A 64 szerk
2. Tímea Nagy	Varicocele l.s. Lap. varicoelectomia l.s.	A 65 szerk

[előjegyzés beállítás]

123p / 360p teljes idő  
123p / 360p aneszt. idő

beteg	műtét	hossz
1. Péterné Horváth	Hernia ing. l.d.	A 39 szerk
2. Katalin Lakatos	Hernia par. abd. postop.	A 49 szerk

[előjegyzés beállítás]

ÁTMENETI RENDEZŐ

beteg	műtét	hossz
üres		

vissza a kezdőoldalra

5 ábra: Műtéti kiírás rendező

Forrás: saját fejlesztésű műtőszervezői program képernyőképe

A műtéti kiírás rendezőben „drag and drop”, magyarul „fogd és vidd” technológiával egyszerűen lehet a beavatkozásokat az egyik műtőből a másikba áthelyezni, vagy műtéti sorrendet módosítani. A rendszer figyeli a beállítási paramétereket, így műtő nyitvatartási időt, aneszteziológiai időt túllépni nem lehet. Ezeket az adatokat a program számmal és grafikusán (csúszka) is megjeleníti.

## Műtéti szervező

**Műtéti kiírás 2018.03.06**

**Ezt a napot Kun Mária validálta! (szint: 1)**  
 Anesztézia vezető orvos: Dr. [redacted] Tel.: 0620 [redacted]  
 Műtőfelelős műtősnő: [redacted] Tel.: 0620 [redacted]  
 Aszeptikus ébredő: [redacted] Mobil: 0620 [redacted] Vonalas: 24 [redacted]  
 Szeptikus ébredő: [redacted] Mobil: 0620 [redacted] Vonalas: 24 [redacted]  
 [Ugyeleti rend]

nyomatás validál dátum: 2018.03.06 ok

**Engedélyezésre váró műtétek:**

8. műtő A.	[redacted] 190	NEGYEDIK Jobb térd arthroscopia+exostosis levésés TAJ: 02 [redacted] (a napi programba beilleszthető) TEL: 23 [redacted]	34p [redacted]	enged szerk töröl szerk
------------	----------------	---	----------------	----------------------------

**1. Akut szeptikus** szerk rendez

anesztézia: -  
műszerez: -  
várható kezdés: 08:15  
teljes idő: 0p / 0p, aneszt idő: 0p / 0p

**2. Sebészet szeptikus** szerk rendez telefon: 0620 [redacted]

anesztézia: [redacted] megjegyzés: 14 órától Közalkalmazotti Tanács ülés!  
műszerez: [redacted] **Váltást kérek.**  
várható kezdés: 08:15

1. A. EN	[redacted] 1 [redacted]	varicoectomia ld (a napi programba beilleszthető)	38/36p [redacted]	aneszt
TAJ:	0 [redacted]			
2. A. EN	[redacted] 1 [redacted]	varicoectomia j.o. (a napi programba beilleszthető)	38/36p [redacted]	aneszt
TAJ:	0 [redacted]			
3. A.	[redacted] 1 [redacted]	bo. femoro-popl. saphaena bypass (a napi programba beilleszthető)	130/130p [redacted]	aneszt
TAJ:	0 [redacted]			

várható befejezés: 12:51 teljes idő: 276p / 360p, aneszt idő: 276p / 360p

**3. Fül-Orr-Gége** szerk rendez telefon: 0620 [redacted]

anesztézia: [redacted]  
műszerez: [redacted]  
várható kezdés: 08:15

1. A.	[redacted] 1 [redacted]	Cysta Colli mediana	60/59p [redacted]	aneszt
TAJ:	0 [redacted]			
2. A.	[redacted] 1 [redacted]	Polypus nasi .I. u. FESS +TSC	27/27p [redacted]	aneszt
TAJ:	0 [redacted]			
3. A.	[redacted] 1 [redacted]	Cysta vallecula epiglottis -LMC	13/13p Dr [redacted]	aneszt
TAJ:	0 [redacted]			

várható befejezés: 10:55 teljes idő: 160p / 360p, aneszt idő: 160p / 360p

**4. Nőgyógyászat** szerk rendez telefon: 0620 [redacted]

anesztézia: [redacted]  
műszerez: [redacted]  
várható kezdés: 10:08 (11. után)

1. A.	[redacted] 1 [redacted]	Grav.s.8. Interruptio (a napi programba beilleszthető)	6/5p [redacted]	aneszt
TAJ:	0 [redacted]			
2. A.	[redacted] 19 [redacted]	Grav.s.8. Interruptio (a napi programba beilleszthető)	6/5p [redacted]	aneszt
TAJ:	1 [redacted]			
3. A.	[redacted] 19 [redacted]	Grav.s.9- interruptio (a napi programba beilleszthető)	6/5p [redacted]	aneszt
TAJ:	0 [redacted]			
4. A.	[redacted] 1 [redacted]	Missed ab. gr.s 5 (a napi programba beilleszthető)	6/6p [redacted]	aneszt
TAJ:	0 [redacted]			
5. A.	[redacted] 19 [redacted]	Grav.s. 7 Interruptio (a napi programba beilleszthető)	6/5p [redacted]	aneszt
TAJ:	0 [redacted]			

várható befejezés: 11:58 teljes idő: 90p / 360p, aneszt idő: 90p / 360p

**5. Urológia** szerk rendez telefon: 0620 [redacted]

anesztézia: -  
műszerez: [redacted]  
várható kezdés: 08:15

1. L. EN	[redacted] 1 [redacted]	bo-i hydrocele műtét (a napi programba beilleszthető)	30/29p [redacted]	L. ido
TAJ:	0 [redacted]			
2. L. EN	[redacted] 1 [redacted]	Phimosi Circumcisio	28/27p [redacted]	L. ido
TAJ:	0 [redacted]			
3. L. EN 1	[redacted] 1 [redacted]	Dg.: CTS I.s. op: carpalis alagút szindróma behatás	16/16p [redacted]	L. ido
napos TAJ:	0 [redacted]			

6 ábra: Napi műtéti program (részlet)

Forrás: saját fejlesztésű műtőszervezői program képernyőképe



A fenti lépések elvégzése után a napi műtéti program képernyője már minden fontosabb információt tartalmaz, melyet nyomtatni is lehet, amennyiben szükséges. A képernyő megjeleníti - a tervezett időközön kívül a műtéti program elvégzése után, - zárójelben a tényleges időket is.

Műtéti szervező					
előző hét		következő hét		dátum: 2018.03.06 <input type="button" value="ok"/>	
2018.03.05-től 2018.03.09-ig ( <input type="checkbox"/> szombat is)					
előjegyzés beállítási lehetőség: <input type="checkbox"/>					
műtők	Hétfő 2018.03.05 aneszt kapcsolás 8 / 2 / 4.84 validált nap (1)	Kedd 2018.03.06 aneszt kapcsolás 8 / 2 / 4.41 validált nap (1)	Szerda 2018.03.07 aneszt kapcsolás 8 / 2 / 4.68	Csütörtök 2018.03.08 aneszt kapcsolás 8 / 2 / 3.86	Péntek 2018.03.09 aneszt kapcsolás 6 / 2 / 3.67
Eng. várók	4 műtét	3 műtét	1 műtét		
1. Akut szeptikus	3 műtét <input type="text"/> 164p / 0p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 09:00-tól 11:44-ig	0 műtét <input type="text"/> 0p / 0p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 08:15-től 08:15-ig	0 műtét <input type="text"/> 0p / 0p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 08:15-től 08:15-ig	0 műtét <input type="text"/> 0p / 0p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 08:15-től 08:15-ig	0 műtét <input type="text"/> 0p / 0p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 08:15-től 08:15-ig
2. Sebészet szeptikus	2 műtét <input type="text"/> 139p / 360p teljes idő 139p / 180p aneszt idő 11:54-től 14:13-ig (4. után)	3 műtét <input type="text"/> 276p / 360p teljes idő 276p / 360p aneszt idő 08:15-től 12:51-ig	3 műtét <input type="text"/> 360p / 360p teljes idő 360p / 360p aneszt idő 08:15-től 14:15-ig	3 műtét <input type="text"/> 319p / 360p teljes idő 319p / 360p aneszt idő 08:15-től 13:34-ig	0 műtét <input type="text"/> 0p / 360p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 08:15-től 08:15-ig
3. Fül-Orr-Gége	4 műtét <input type="text"/> 253p / 360p teljes idő 253p / 360p aneszt idő 09:00-tól 13:13-ig	3 műtét <input type="text"/> 160p / 360p teljes idő 160p / 360p aneszt idő 08:15-től 10:55-ig	0 műtét <input type="text"/> 0p / 360p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 08:15-től 08:15-ig	6 műtét <input type="text"/> 253p / 360p teljes idő 253p / 360p aneszt idő 08:15-től 12:28-ig	0 műtét <input type="text"/> 0p / 360p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 08:15-től 08:15-ig
4. Nőgyógyászat	9 műtét <input type="text"/> 174p / 180p teljes idő 174p / 180p aneszt idő 09:00-tól 11:54-ig	5 műtét <input type="text"/> 90p / 360p teljes idő 90p / 360p aneszt idő 10:08-től 11:38-ig (11. után)	7 műtét <input type="text"/> 141p / 360p teljes idő 141p / 180p aneszt idő 08:15-től 10:38-ig	4 műtét <input type="text"/> 130p / 360p teljes idő 130p / 360p aneszt idő 08:15-től 10:25-ig	8 műtét <input type="text"/> 355p / 360p teljes idő 355p / 360p aneszt idő 08:15-től 14:10-ig
5. Urológia	4 műtét <input type="text"/> 306p / 360p teljes idő 226p / 360p aneszt idő 09:00-tól 14:08-ig	7 műtét <input type="text"/> 227p / 360p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 08:15-től 12:02-ig	4 műtét <input type="text"/> 318p / 360p teljes idő 318p / 360p aneszt idő 08:15-től 13:33-ig	0 műtét <input type="text"/> 0p / 360p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 08:15-től 08:15-ig	4 műtét <input type="text"/> 262p / 360p teljes idő 262p / 360p aneszt idő 08:15-től 12:37-ig
6. Általános aszeptikus	0 műtét <input type="text"/> 0p / 0p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 09:00-tól 09:00-ig	1 műtét <input type="text"/> 42p / 0p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 08:15-től 08:57-ig	0 műtét <input type="text"/> 0p / 0p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 08:15-től 08:15-ig	0 műtét <input type="text"/> 0p / 0p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 08:15-től 08:15-ig	0 műtét <input type="text"/> 0p / 0p teljes idő 0p / 0p aneszt idő 08:15-től 08:15-ig
7. Laparoscopos aszeptikus	4 műtét <input type="text"/> 301p / 360p teljes idő 301p / 360p aneszt idő 09:00-tól 14:01-ig	5 műtét <input type="text"/> 369p / 360p teljes idő 369p / 360p aneszt idő 08:15-től 14:24-ig	4 műtét <input type="text"/> 335p / 360p teljes idő 335p / 360p aneszt idő 08:15-től 13:50-ig	4 műtét <input type="text"/> 358p / 360p teljes idő 358p / 360p aneszt idő 08:15-től 14:13-ig	4 műtét <input type="text"/> 324p / 360p teljes idő 324p / 360p aneszt idő 08:15-től 13:39-ig
8. Ortopédia aszeptikus	3 műtét <input type="text"/> 348p / 360p teljes idő 348p / 360p aneszt idő 08:15-től 12:18-ig	3 műtét <input type="text"/> 334p / 360p teljes idő 334p / 360p aneszt idő 08:15-től 12:18-ig	3 műtét <input type="text"/> 331p / 360p teljes idő 331p / 360p aneszt idő 08:15-től 12:18-ig	4 műtét <input type="text"/> 327p / 360p teljes idő 327p / 360p aneszt idő 08:15-től 12:18-ig	3 műtét <input type="text"/> 344p / 360p teljes idő 344p / 360p aneszt idő 08:15-től 12:18-ig

7 ábra: Heti műtéti program áttekintő (részlet)

Forrás: saját fejlesztésű műtőszervezői program képernyőképe

A heti műtéti program áttekintő szintén segít vizuálisan megjeleníteni a műtők kihasználtságát, ezzel segítve a szervezést. Műtönként megjeleníti, hogy hány darab műtétet jegyeztek elő. Hány percre nyitották meg a műtőt és abból az előjegyzett műtétek hány percet jelentenek. Hány perc

az aneszteziológiai kapacitás és az előjegyzett műtétekhez mennyi szükséges. A rendszer pirossal jelzi, ha a kapacitásokat túlléptük. Ezen kívül minden nap kiírja a program a nap és a dátum alatt az aneszteziológiai kapacitásokat (műtőbe beosztott aneszteziológusok száma, intenzívre beosztott aneszteziológusok száma / az előjegyzett műtétek elvégzéséhez szükséges aneszteziológusok száma pl.: hétfőn 6 fő).

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Az elmúlt évek kutatómunkájának és gyakorlati tapasztalatok eredményeként született meg a doktori értekezés, melynek elkészítése nemcsak a szerző érdeme, sokaknak tartozom köszönettel és hálával.

Ezúton szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, Dr. Karner Cecília Anna PhD docens asszonynak a sok segítségért. Magas szintű szakmai elvárásai, értékes javaslatai, gondolatébresztő felvetései és útmutatásai nélkül nem valósulhatott volna meg a disszertáció.

Szeretnék köszönetet mondani Prof. Dr. Baranyai Tibornak, aki szakmai pályafutásomban és a disszertációmban is folyamatosan támogatott.

Külön köszönettel tartozom Dr. Hoschek Mónika PhD docens asszonynak, aki segítséget és támogatást nyújtott a disszertáció egyes részterületének tudományos, szakszerű kialakításában.

Hálával tartozom Gidai Erzsébet professzorasszonynak, aki elsők között irányította utamat a doktori tanulmányok irányába.

Szintén köszönettel tartozom Dr. Székely Csaba professzor úrnak, a Széchényi István Doktori Iskola korábbi vezetőjének, aki lehetőséget biztosított doktori tanulmányaim megkezdéséhez ebben az intézetben. A doktori iskola jelenlegi vezetője, Prof. Dr. Kiss Éva javaslatai és támogatása sokat jelentett számomra és hozzájárultak a disszertáció befejezéséhez.

Szeretnék köszönetet mondani közvetlen kollégáimnak, akikhez mindig bátran fordulhattam bármilyen kéréssel a disszertáció kapcsán, illetve készséggel hallgatták meg kutatásaim eredményeit, amit szakszerűen véleményeztek is.

Végül, de nem utolsó sorban a legnagyobb köszönettel Családomnak tartozom. Belém vetett hitük, bizalmuk és támogatásuk segített a legnehezebb időszakokon is túllendülni. Önzetlen lemondásukkal a disszertációm megírása során nem kis mértékben hozzájárult annak elkészültéhez. Olyan otthoni légkört teremtettek, amely teljes mértékben biztosította a nyugodt munkavégzést. Imádott Feleségem, Enikő, és Gyermekeim: Mira, Gréta és Áron, valamint kedves Édesanyám, köszönöm Nektek!

## IRODALOMJEGYZÉK

- ÁEEK (2017) - Egységes intézményi számlatükör, 7. verzió, 2017.01.30, Budapest, Kiadó: ÁEEK.
- ÁEEK (2017) - Osztályos controlling kézikönyv 4. oldal, Verziószám: v3.0, 2017.01.17, Budapest
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: Német pontrendszer  
[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/N%C3%A9met\\_pontrendszer](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/N%C3%A9met_pontrendszer) (letöltve: 2017.05.02.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: Alapellátás  
<https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Alapell%C3%A1t%C3%A1s> (letöltve: 2017.04.22.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: Alsó határnap  
[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Alsó\\_határnap](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Alsó_határnap) (letöltve: 2017.05.02.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: Besorolási algoritmus  
[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Besorol%C3%A1si\\_algoritmus](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Besorol%C3%A1si_algoritmus) (letöltve: 2017.05.02.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: BNO  
<https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/BNO> (letöltve: 2017.05.02.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: Case-mix index  
[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Case-mix\\_index](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Case-mix_index) (letöltve: 2017.05.02.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: Definitív ellátás  
[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Definitív\\_ellátás](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Definitív_ellátás) (letöltve: 2017.04.22.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: Fekvőbeteg-ellátás  
<https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Fekv%C5%91beteg-ell%C3%A1t%C3%A1s>  
(letöltve: 2017.04.22.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: Felső határnap  
[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Felső\\_határnap](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Felső_határnap) (letöltve: 2017.05.02.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: HBCs súlyszám  
[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/HBCs\\_súlyszám](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/HBCs_súlyszám) (letöltve: 2017.05.02.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: HBCs  
<https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/HBCs> (letöltve: 2017.05.02.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: ICPM  
<https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/ICPM> (letöltve: 2017.05.02.)

- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: Járóbeteg-szakellátás  
[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Járóbeteg-szakellátás](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Jarobeteg-szakellatas) (letöltve: 2017.05.02.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: Normatív ápolási nap  
[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Normatív\\_ápolási\\_nap](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Normativ_apolasi_nap) (letöltve: 2017.05.02.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: OENO  
[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Orvosi\\_Eljárások\\_Nemzetközi\\_Osztályozása](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Orvosi_Eljarasok_Nemzetkozi_Osztalyozasa)  
(letöltve:2017.05.02.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: Progresszív ellátás  
[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Progresszív\\_ellátás](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Progressziv_ellatas) (letöltve: 2017.04.22.)
- ÁEEK hivatalos Egészségtudományi Fogalomtárra  
szócikk: WHO  
[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/WHO\\_k%C3%B3d](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/WHO_k%C3%B3d) (letöltve: 2017.05.02.)
- ÁEEK vezetői összefoglaló 2017  
Árinformáció az egészségügyi intézményekben 2017. teljes évben OSAP 1477 (288/2009. (XII. 15.) Korm.  
<https://www.aEEK.hu/documents/20182/576145/Vezetoi.arinf-2017.pdf/d227f0ce-0557-34b4-c3a3-3ca66a23f272?version=1.0> (letöltve: 2019.02.21.)
- Baranyai T. (2006): Kórház, mint üzem, diplomadolgozat, KOE-06/112, Nyugat-Magyarországi Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Sopron
- Bogsnes B. (2008): Implementing Beyond Budgeting. Unlocking the Performance Potential. Wiley & Sons, New York NY 2008, ISBN 978-0-470-40516-1.
- Controlling and management reporting (2010)  
<http://www.business-intelligence-secrets.com/articles-directory/controlling-and-management-reporting/> (letöltve: 2010.05.10)
- Controlling szakmai portál – A stratégia szemlelet megjelenése a controllingban (2017)  
[http://www.controllingportal.hu/Controlling\\_alapok/A\\_controlling\\_tortenete/A\\_strategia\\_szemlelet\\_megjelenese\\_a\\_controllingban](http://www.controllingportal.hu/Controlling_alapok/A_controlling_tortenete/A_strategia_szemlelet_megjelenese_a_controllingban) (letöltve 2017.03.15)
- Controlling szakmai portál – A stratégia vezetői számvitel (2017)  
[http://www.controllingportal.hu/Controlling\\_alapok/A\\_controlling\\_tortenete/Strategiai\\_vezetoi\\_szamvitel](http://www.controllingportal.hu/Controlling_alapok/A_controlling_tortenete/Strategiai_vezetoi_szamvitel) (letöltve 2017.03.15)
- Controlling szakmai portál – A vezetői számvitel kezdetei (2017)  
[http://www.controllingportal.hu/Controlling\\_alapok/A\\_controlling\\_tortenete/A\\_vezetoi\\_szamvitel\\_kezdetei](http://www.controllingportal.hu/Controlling_alapok/A_controlling_tortenete/A_vezetoi_szamvitel_kezdetei) (letöltve 2017.03.15)
- Controlling szakmai portál – Controlling a stratégiai menedzsment szolgálatában (2017)  
[http://www.controllingportal.hu/Controlling\\_alapok/A\\_controlling\\_tortenete/Controlling\\_a\\_strategiai\\_menedzsment\\_szolgalataban](http://www.controllingportal.hu/Controlling_alapok/A_controlling_tortenete/Controlling_a_strategiai_menedzsment_szolgalataban) (letöltve 2017.03.15)
- Controlling szakmai portál – Controlling mint vezetési funkció (2017)  
[http://www.controllingportal.hu/Controlling\\_alapok/A\\_controlling\\_tortenete/Controlling\\_mint\\_vezetesi\\_funkcio](http://www.controllingportal.hu/Controlling_alapok/A_controlling_tortenete/Controlling_mint_vezetesi_funkcio) (letöltve 2017.03.15)

- Controlling szakmai portál – Felelőségi elvűvezetői számvitel (2017)  
[http://www.controllingportal.hu/Controlling\\_alapok/A\\_controlling\\_tortenete/Felelossegi\\_elvu\\_vezetoi\\_szamvitel](http://www.controllingportal.hu/Controlling_alapok/A_controlling_tortenete/Felelossegi_elvu_vezetoi_szamvitel) (letöltve 2017.03.15)
- Controlling szakmai portál – Mennyit keresnek a controllerek és a cfo-k (2015)  
[http://www.controllingportal.hu/mennyit\\_keresnek\\_a\\_controllerek\\_es\\_a\\_cfo-k/](http://www.controllingportal.hu/mennyit_keresnek_a_controllerek_es_a_cfo-k/)  
 (letöltés: 2017.03.15)
- Czenskowsky, T. – Schünemann, G. – Zdrowomyslaw, N. (2004): Grundzüge des Controlling. Lehrbuch der Controlling-Konzepte und Instrumente, 2. Auflage (Deutscher Betriebswirte – Verlag GmbH, Gernsbach, Deutschland) (8. April 2004) ISBN-10: 3886401073, ISBN-13: 978-3886401079
- Dézsy J. (2003) - Gesundheitsökonomie einmal anders von Irrtümern, Illusionen, Irrationalitäten im Gesundheitswesen, Verlag: Maudrich, Wien-München-Bern, ISBN 10: 3851757947 / ISBN 13: 9783851757941
- Dézsy J. (2006) - Egészséggazdaságtan egy kicsit másképp, SpringMed Kiadó, Budapest ISBN:963 9695 00 9
- Dézsy J. (2008) - Gesundheitsreport III: Zukunftsaspekte der ärztlich-pflegerischen Versorgung im Spiegel der demografischen Entwicklung, Verlag: Maudrich, Wien-München-Bern, ISBN 10: 3851758730 / ISBN 13: 9783851758733
- Eubetegjog.hu weboldal - Az ellátórendszer felépítése  
<http://www.eubetegjog.hu/az-ellatorendszer-felepitese.html> (letöltés: 2017.04.21.)
- Fülöp. R. (2007) EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE 2007/5–6, „Pazarlás” vagy „pénzkivonás”? 2007 <http://www.weborvos.hu/adat/egsz/2007dec/22-25.pdf> (letöltve: 2017.09.05)
- Gidai Erzsébet (1998): A piac szerepe az egészségügyben – nemzetközi összehasonlítás, Egészségügy és piacgazdaság Magyar Tudományos Akadémia, Budapest 5 – 26, ISBN: 9635080225
- Hágen I. Zs. (2008) Phd értekezés A kis – és középvállalkozások versenyképességének növelése kontrollinggal, Szent István Egyetem, Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola, Gödöllő
- Hanyecz L. (2011). Modern vezetői controlling - Gazdálkodás - Menedzsment. Budapest: Saldo Kiadó. ISBN 978 963 638 379 4
- Horváth & Partners (2008): Controlling, Complex, Budapest, ISBN:9632249407
- Horváth & Partners (2015): Controlling, Út egy hatékony controllingrendszerhez, Kiadó: Saldo, Budapest, ISBN 978 963 224 940 7
- Horváth J. (2015) Közpénzt-gazdálkodási tanácsadó szakmai folyóirat 2015. március I. évfolyam 1. szám, ÁEEK „OEP bevétel időbeli elhatárolása”-ról szóló 2015. szeptember 30. levele. Iktatószám: ÁEEK/16689/2015
- Horváth, P. (1997): Controlling: Út egy hatékony controlling-rendszerhez (KJK Rt., Budapest) ISBN: 9632240812
- Horváth, P. (2003): A Controller: a vezetés navigátora (Menedzsment Fórum) <http://www.mfor.hu/cikkek/9708.html> (letöltve: 2014.02.10)
- Hunyadi L.- Vita L. (2008): Statisztika II, AULA kiadó, Budapest, ISBN 978-963-9698-24-6
- Ivány V., Répás Cs. (2013) Soproni Erzsébet Oktató Kórház intézményi dokumentum

- Kamaraonline, (2017) <http://kamaraonline.hu/cikk/a-magyar-gazdasag-2016-ban-a-legfontosabb-mutatok> (letöltve: 2017.09.05)
- Kaplan R S and Norton D P (1992) "The balanced scorecard: measures that drive performance", Harvard Business Review Jan – Feb pp. 71-80.
- Kaplan R. S. - Anthony A. (2003): Vezetői Üzleti Gazdaságtan, Panem Kft., Budapest, ISBN: 9789635453757
- Káplán, R. S. - Norton D. P. 2005: Stratégiai térképek. Panem Kft., Budapest, ISBN: 9789635454235
- Káplán, R. S. - Norton, D. P. 1998: Balanced Scorecard. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, ISBN: 0109001988307
- Karner C. (2005) Gazdálkodás az egészségügyben különös tekintettel a kórházak finanszírozására PhD értekezés, Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi kar, Gazdasági Folyamatok Elmélete és Gyakorlata Doktori Iskola, Sopron
- Körmendi – Tóth (2006) – A controlling elmélete és gyakorlata, Kiadó: Perfekt Gazdasági Tanácsadó, Oktató és Kiadó, ISBN: 963-394-639-5
- KSH adatai 01 [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qpt001.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qpt001.html) (letöltve: 2019.03.01)
- KSH adatai 02 [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fec001b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001b.html) (letöltve: 2019.03.01)
- KSH statisztikai tükör 2017 Az egészségügyi kiadások alakulása Magyarországon, 2010–2015, <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/eukiadasok1015.pdf> (letöltve: 2017.09.05.)
- Maczó - Horváth (2001) - Controlling a gyakorlatban, sikeres vezetők kézikönyve, Budapest, Szerzői jog © 2001 Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft. ISBN 963 85915 1 X
- Magyar Controlling Egyesület (MCE) Oktatói Munkacsoportjának tagjai. (2014). Controlling-esettanulmányok. Budapest: Saldo Kiadó.  
[http://www.controllingportal.hu/Controlling\\_alapok/A\\_controlling\\_alapelvei/Vezeto\\_es\\_controller\\_egyuttmukodese](http://www.controllingportal.hu/Controlling_alapok/A_controlling_alapelvei/Vezeto_es_controller_egyuttmukodese) (letöltve: 2017.09.05)
- Mayer, R. (1996) Prozesskostenrechnung und Prozess(kosten)optimierung als integrierter Ansatz, München, 43-67.
- Mayer, R. (1998) Prozesskostenrechnung, in: IFUA Horváth and Partner (Hrsg.), Prozesskostenmanagement, München, 1-127.
- McDonald B. (2012) - A Review of the Use of the Balanced Scorecard in Healthcare BMcD Consulting - [www.bmcdconsulting.com](http://www.bmcdconsulting.com) - April 2012  
[https://www.bmcdconsulting.com/index\\_html\\_files/Review%20of%20the%20Use%20of%20the%20Balanced%20Scorecard%20in%20Healthcare%20BMcD.pdf](https://www.bmcdconsulting.com/index_html_files/Review%20of%20the%20Use%20of%20the%20Balanced%20Scorecard%20in%20Healthcare%20BMcD.pdf) (letöltve: 2018.03.01)
- Mogyorósy Zs. (2002): Egészség-gazdaságtan és az egészségügy közgazdaságtana. Egészségügyi Menedzsment IV. 2.  
<http://vitalitas.hu/olvasosarok/online/eumen/2002/2/gazdas.htm> (letöltve: 2017.09.05)
- Molnár A. (2002): Az egészségügyi rendszerek finanszírozási és jogi aspektusai Egészségügyi Gazdasági Szemle 40. évf. 5. sz. 553-565

- NEAK publikus forgalmi adatok - Alapdíjak és teljesítményadatok  
[http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/szakmai\\_oldalok/publikus\\_forgalmi\\_adatok/gyogyito\\_megelozo\\_forgalmi\\_adat](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat) (letöltve: 2018. 03. 20.)
- NEMZETGAZDASÁGI MINISZTERIUM TÁJÉKOZTATÓJA a 2015. évi éves költségvetési beszámoló összeállításával kapcsolatos egyes kérdésekről 10. pont,  
[http://allamhaztartas.kormany.hu/download/4/f4/41000/taj\\_ev\\_vegerol\\_2015.pdf](http://allamhaztartas.kormany.hu/download/4/f4/41000/taj_ev_vegerol_2015.pdf)  
 (letöltve 2017.11.16)
- Niels Pfläging (2006): Führen mit flexiblen Zielen. Beyond Budgeting in der Praxis. Campus-Verlag, Frankfurt am Main u. a. 2006, ISBN 3-593-37918-X.
- Orosz É., Kaló Z., Nagy B. - Egészség-gazdaságtan (2011 június)  
[http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0041\\_egeszseggazdtn/01\\_het\\_Egeszseg-gazdtn\\_vegleges\\_4\\_4.html](http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0041_egeszseggazdtn/01_het_Egeszseg-gazdtn_vegleges_4_4.html) (letöltve: 2017.09.05)
- Papp K., Ujváriné Siket A. (2014) - Az egészségügy és az ápolás általános alapelvei, Kiadó: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 2014.02.10.
- Peemöller, V. H. (2005): Controlling. Grundlagen und Einsatzgebiete. 5., Auflage (Verlag Neue Wirtschaftsbriefe) Herne/Berlin ISBN 3-482-56545-7
- Pucsek J. (2011) Pénzügyi és számviteli controlling, Budapesti Gazdasági Főiskola - Budapest,  
[https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/0007\\_e7\\_penzugyi\\_es\\_szamviteli\\_kontrolling\\_scorm/borito\\_KoOFVIuT0LWwki2X.html](https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/0007_e7_penzugyi_es_szamviteli_kontrolling_scorm/borito_KoOFVIuT0LWwki2X.html) (letöltve: 2018.03.01)
- Pulay Gy. (2013) Bevezetés az egészségügy gazdaságtanába eBook  
<http://semmelweis.hu/dei/files/2013/11/Bevezet%C3%A9s-az-eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgy-gazdas%C3%A1gtan%C3%A1ba.pdf>  
 (letöltve: 2017.09.05)
- Ragány K - Az egészségügyi rendszerek jellemzői, Az egészségügy finanszírozása, 2015. január  
[http://semmelweis.hu/emk/files/2009/03/eu\\_rendsz-finansz\\_rez\\_20150114\\_ragany.pdf](http://semmelweis.hu/emk/files/2009/03/eu_rendsz-finansz_rez_20150114_ragany.pdf)  
 (letöltve: 2018.03.01)
- Sajtos L-Mitev A. (2007): SPSS Kutatási és adatelemzési kézikönyv Alinea Kiadó, Budapest, ISBN 976-963-9659-08-7
- Szabó Zs. M. (2016) A controlling Magyarországon különös tekintettel a KKV szektorban, Óbudai Egyetem, Keleti Károly Gazdasági Kar, Budapest 2016
- Szóka, K. 2007: A pénzügyi-számviteli tervezés és a controlling összefüggései és gyakorlata (Különös tekintettel a kis- és középvállalkozásokra). Nyugat-Magyarországi Egyetem, Közgazdaságtudományi kar, Gazdasági Folyamatok Elmélete és Gyakorlata Doktori Iskola Sopron,
- Tasi, M. (2011) Vállalatirányítási rendszerek, kiadás dátuma: 2011, kiadásért felel a(z): Edutus Főiskola, Készült a TAMOP-4.1.2.A/2-10/1 pályázati projekt keretében, Tatabánya
- Törzslistázó program 5.0-s érvényes 2016. november 01
- Zéman Z. (2016) A controlling fejlődéstörténetének főbb irányzatai - Gazdaság & Társadalom 2016. - 8. évfolyam - 2. szám
- Zéman, Z. (1998): A controlling szerepe a magyar vállalkozásokban (Gödöllő, Doktori Értekezés)



**JOGSZABÁLYOK**

- 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet a gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható homogén betegcsoportok kódolási és besorolási szabályairól)
16. számú melléklet a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelethez,
- 16/2002. (XII. 12.) ESZCSM,
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről,
2011. évi CXCV. törvény az államháztartásról 1§.15, 2018.02.14,
- 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet,
- 16/2018. (VII. 26.) EMMI utasítás az Emberi Erőforrások Minisztériuma Szervezeti és Működési Szabályzatáról,
- 4/2013. (I. 11.) Korm. 40. § (1)182,
- 4/2013. (I. 11.) Korm. 41. § (1)187,
- 43/1999 Korm. rendelet 28/B. § (1)),
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet,
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 8. számú melléklete,
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet, 40. § (5),
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet, 40. § (6),
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet, 40. § (8),
- 43/1999. Korm. rendelet 26.§ 6),
- 6/C. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez,
- 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 3. § (5).