



Magyar Agrár – és Élettudományi Egyetem

Kaposvári Campus

Pénzügy és számvitel szak

Az egészségügy finanszírozása a COVID-19 járvány tükrében

Belső konzulens:

dr. Wickert Irén

egyetemi docens

Készítette:

dr. Gara Istvánné

RV0I9L

levelező

Intézet/Tanszék:

Gazdasági Intézet

Befektetési, Pénzügyi és
Számviteli Tanszék

Kaposvár

TARTALOMJEGYZÉK

1.	BEVEZETÉS	3
1.1.	Rövid áttekintés, témaválasztás indoklása	3
1.2.	A magyar államháztartás rendszerének bemutatása és a központi költségvetési szervek működése.	3
1.3.	A magyar egészségügyi rendszer	6
2.	AZ EGÉSZSÉGÜGYI FINANSZÍROZÁS MÓDSZEREI	8
2.1.	Általános finanszírozási módszerek.....	8
2.2.	A homogén betegcsoportok	9
2.3.	Az egyedi és az eseti finanszírozás	11
2.3.1.	Méltányossági alapon történő térítések	11
2.3.2.	Előre nem tervezhető egészségügyi szolgáltatások finanszírozása.....	11
2.4.	Az egészségügy kettős finanszírozásának kérdésköre	12
2.5.	Az egészségügyi gazdálkodás problémái.....	13
3.	A COVID-19 VÍRUS FINANSZÍROZÁSRA GYAKOROLT HATÁSA.....	16
3.1.	Az általánosfinanszírozás	16
3.2.	A pandémia hatásai: az e-egészségügy felértékelődése.....	16
3.3.	Az egészségügy kiadásainak átalakulása	18
3.4.	A Nagyatádi Kórház finanszírozása.....	20
4.	ÖSSZEFOGLALÁS	26
5.	IRODALOMJEGYZÉK	28

1. BEVEZETÉS

1.1. Rövid áttekintés, témaválasztás indoklása

Szakedolgozatom témájaként a költségvetési szervek gazdálkodásának bemutatását választottam, különös tekintettel az egészségügyi intézmények működésére, azon belül pedig a Nagyatádi Kórház gazdálkodására.

Választásom abból adódott, hogy 1995 óta dolgozom a Nagyatádi Kórház pénzügyi osztályán, ezért választottam a kórház gazdálkodásának bemutatását, illetve a COVID-19 világjárvány hatását egy kisvárosi egészségügyi intézmény működésére; hogyan befolyásolta a pandémia a kórház gazdasági adatait.

Dolgozatom első részében az államháztartás rendszerét mutatom be, a költségvetés felépítését, hiszen a Nagyatádi Kórház 2013 óta központi költségvetési szervként működik. A második részben a magyar egészségügy finanszírozási módszereiről, problémáiról írok, rövid történelmi áttekintéssel. Végül a harmadik részben a COVID-19 vírus hatása az egészségügyi finanszírozásra, röviden érintve a pandémia hatását az e-egészségügy fejlődésére.

1.2. A magyar államháztartás rendszerének bemutatása és a központi költségvetési szervek működése.

A Nagyatádi Kórház, amint a bevezetőben már említettem, központi költségvetési szervként működik, és az államháztartás központi alrendszerébe tartozik.

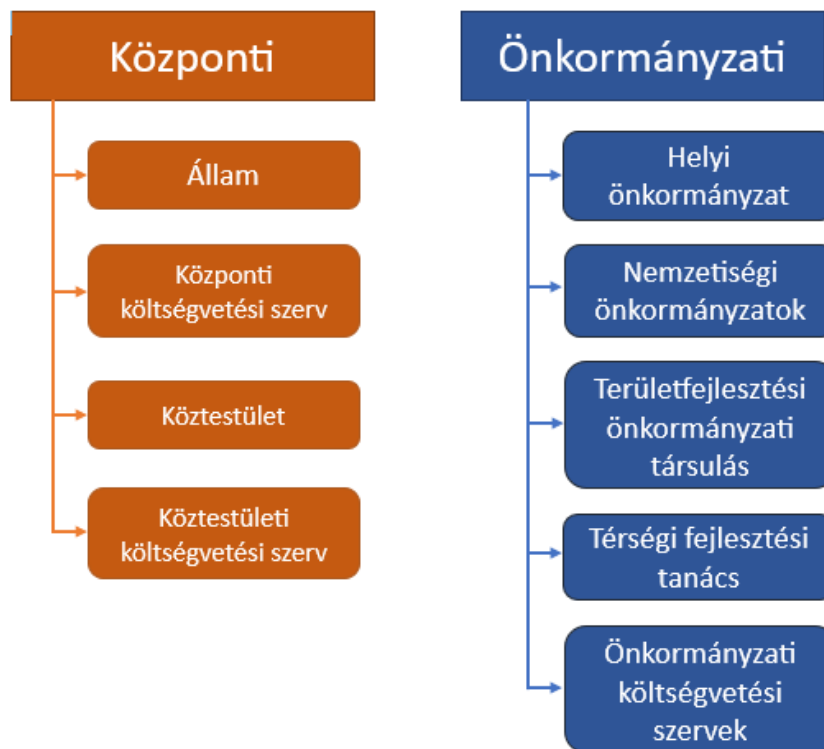
A nemzetgazdaság szereplői között az államnak kiemelkedő szerepe van, hiszen befolyásolni tudja a többi szereplő (Háztartások, Vállalkozások, Nonprofit szervezetek, Külföld) jövedelmi pozícióit, hatással van a fogyasztásra és a termelésre, illetve befolyásolni tudja ezek egymáshoz való viszonyát. Az állam olyan feladatokat lát el, melyeket a gazdaság többi szereplője nem, vagy csak nagy erőfeszítések árán tudná ellátni. Ezeket közfeladatoknak hívjuk, ide tartozik többek között az ország külső-belső védelme, az igazságszolgáltatás, az ország infrastruktúrájának működtetése. Az államháztartás pedig az állam gazdasági, gazdálkodási rendszerének az egésze, az az intézményrendszer, melyen keresztül megvalósítja az állami funkciókat.

Az államnak három elkülöníthető gazdasági funkciója van:

- **Redistribúciós funkció:** ez a jövedelemelosztási funkció, ezen keresztül korrigálja a jövedelmi egyenlőtlenségeket. Ezen funkciót az adórendszeren keresztül, állami támogatások, illetve transzferek alkalmazásával valósítja meg.
- **Allokációs funkció:** ez a javak előállításának és újraelosztásának funkciója.
- **Stabilizációs funkció:** a gazdaság fenntartható növekedését és a gazdasági ingadozások kiegyenlítését hivatott megvalósítani. (GDP, infláció, munkanélküliség)

Az államháztartás felépítése:

„A magyar államháztartás rendszerének felosztása szerint az államháztartásnak **központi, illetve helyi szintje** létezik. Ennek megfelelően a központi kormányzat, a társadalombiztosítás pénzügyi alapjai és az elkülönített állami pénzalapok az **államháztartás központi szintjét**, míg a helyi önkormányzatok az **államháztartás helyi szintjét** alkotják.” (Speigelné Szabó, 2008)

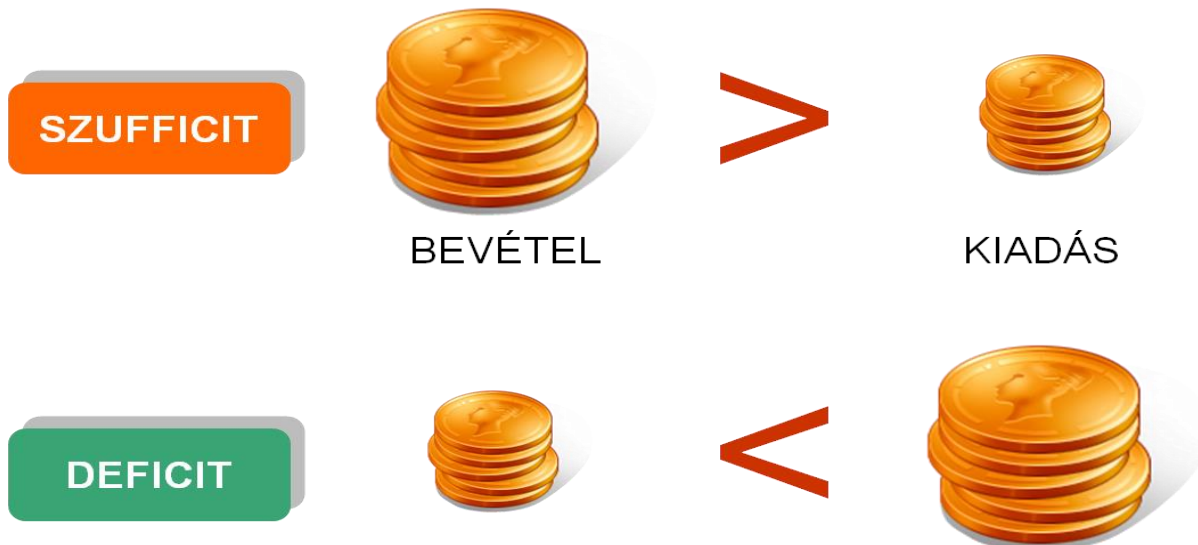


1. ábra: Államháztartás alrendszerei (forrás: saját szerkesztés)

A központi alrendszer: „A központi kormányzat a közfeladatok ellátásának központi szintjét jelenti. Kialakítja a gazdaságpolitika függvényében a költségvetési politika allokációs, elosztási és stabilizációs céljait. Meghatározza a közfeladatok körét és terjedelmét, az ellátásukhoz szükséges pénzügyi forrásokat. Kialakítja az államháztartás alrendszereit, a munkamegosztást az államháztartáson kívüli gazdasági szereplők között és a finanszírozás rendjét. A központi kormányzati költségvetés közvetlenül valósít meg gazdaságpolitikai célokat, támogatja az önkormányzatokat és az alapokat, valamint szükség esetén a társadalombiztosítást is.” (Botos, Schlett, & Halmosi, 2015)

Központi költségvetés az állam bevételeit és kiadásait tartalmazza, illetve ezeket megtervezi a következő pénzügyi évre vonatkozóan. A központi költségvetést a kormány nyújtja be törvényjavaslat formájában és az Országgyűlés hagyja jóvá minden év december 31.-ig. A költségvetésben elfogadott bevételek és kiadások különbözete a költségvetési egyenleg. Ha a bevételek meghaladják a kiadásokat akkor szufficites a költségvetés, ha a kiadások meghaladják

a bevételeket akkor deficités költségvetésről beszélünk. Természetesen előfordulhat, hogy a bevételek éppen fedezik a kiadásokat, akkor a költségvetési egyenleg egyensúlyban van.



2. ábra: A költségvetési egyenleg fajtái (forrás: <https://penziranytu.hu/archivalt-pop-torzanyag/konyv/az-en-penzem/iii-akik-gazdalkodnak-%E2%80%93-szereplok-gazdasagban/az-allam/14-az-allam-penztarcaja/4-mi-van-ha-nincs-egyensuly> ;letöltve: 2023.04.03.)

Az állam bevételei

- Ha az országgyűlés által elfogadott költségvetés fontosabb bevételeit vesszük sorra, akkor a főbb bevételi tételek a következők:
- gazdálkodó szervezetek befizetései (nyereségadó, vám és importbefizetések, állami vagyon utáni részesedés, játékadó, különleges helyzetek miatti befizetések stb.);
- fogyasztáshoz kapcsolódó befizetések (általános forgalmi adó, fogyasztási adó, jövedéki adó);
- lakossági befizetések (személyi jövedelemadó, egyéb adó és illetékbecfizetések);
- központi költségvetési szervek befizetései (pl.: rendezvényszervezés, -biztosítás bevételei);
- önkormányzatok költségvetési szerveinek befizetései;
- nemzetközi pénzügyi kapcsolatokról származó befizetések;
- pénzintézetek befizetései.
- rendkívüli adók (váratlan okból felmerülő pénzhiány, kiadási többlet fedezésére, pl.: természeti katasztrófa, gazdaság-pénzügyi válság, súlyos eladósodottság).

Az állam kiadásai

Ha az országgyűlés által elfogadott központi költségvetés fontosabb kiadásait vesszük sorra, akkor a főbb kiadási tételek:

- gazdálkodó szervezetek támogatása (termelési árkiegészítés, ágazatok támogatása stb.);

- fogyasztói árkiegészítés (például a gázárak támogatása);
- felhalmozási (beruházási) kiadások (útépítés, hídépítés, kórházfelújítás stb.);
- hozzájárulás a társadalombiztosításhoz (pl. nyugdíjak, egészségügyi kiadások, gyógyszer-támogatás stb.);
- szociális ellátás, támogatás, segélyek;
- központi költségvetési szervek támogatása (minisztériumok, iskolák, kórházak működtetése, közszolgálati tv csatorna stb.);
- önkormányzatok támogatása (szegény térségek önkormányzatainak támogatása);
- elkülönített állami pénzalapok támogatása;
- nemzetközi pénzügyi kapcsolatokról adódó kötelezettségek;
- adósságszolgálat, kamattérítés (korábbi hitelek részletei, lakásépítés támogatása stb.);
- tartalék;
- egyéb kiadások. (www.penziranytu.hu, 2022)

A költségvetési szervek gazdálkodása éves gazdálkodás, elemi költségvetés alapján történik. A gazdálkodás szakaszai: tervezés, végrehajtás és a beszámolás.

1.3. A magyar egészségügyi rendszer

Dolgozatom további részében az egészségügy - mely a központi alrendszerbe tartozik - finanszírozását, a finanszírozással kapcsolatos problémákat és a COVID-19 járvány hatását szeretném bemutatni egy városi kórház adatainak tükrében.

A magyar egészségügyi rendszer sokszorosán hátrányos helyzetének javítása - vagy esetleges átszervezése - kimondottan fontos területet jelent az állam feladatainak oldalán, ugyanis a változtatást nemcsak a minőségi szolgáltatások nyújtása indokolja, hanem a piaci körülmények átalakulása is. A piacgazdasági körülmények az elmúlt évek során folyamatosan változtak, azonban a társadalom egyensúlyának fenntartásához nélkülözhetetlen a szociális ellátórendszer minimumellátása, illetve az egészségügyi ellátások minden állampolgár számára elérhetővé tétele.

Az egyének egészségügyi állapota és életminősége az élet számos területére kifejti hatását, ide sorolva a családalapítást és munkavállalást is, amely nagyban befolyásolja a teljes nemzetgazdaságot és hazánk demográfiai helyzetét. A piacgazdaság működésének egyik alapköve az egészséges munkavállalók iránti igény. Az egészség megőrzésében és helyrehozásában a legfőbb szerepet a szociális ellátórendszer vállalja amellet, hogy kiemelten fontos a természetes és mesterséges környezet megóvása, a társadalmi és gazdasági helyzet javítása, valamint az egészségügyet nagyban támogató mindenkori kormány. Az egészségügyi helyzet megőrzésének és fejlesztésének jogi hátterét az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény foglalja magába.

Az egészségügy ellátási és finanszírozási problémái nemcsak hazánkat állítja számos kihívás elé, hanem nemzetközi szinten is gondot okoz. A fejlődő, harmadik világbeli országokban az egészségügy területén az alapvető problémát a források szűkössége jelenti, azonban a fejlett,

egészségügyet nagyban támogató jóléti államokban is egyre sürgetőbb megoldást kíván az orvostársadalom és a finanszírozói réteg.

Az Európai Unióhoz való csatlakozással párhuzamosan számos új feladat került előtérbe az egészségügyi ellátásban, amelyek új kihívásokat is támasztottak az egészségügyi ellátórendszerrel szemben. Ilyen kihívás volt a jogharmonizáció, valamint az azóta is nehézségekkel küzdő területek, mint a hazai lakosok kedvezőtlen egészségügyi állapotának javítása, illetve a szűkös erőforrások elosztása, az azokkal való elégséges gazdálkodás.

2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI FINANSZÍROZÁS MÓDSZEREI

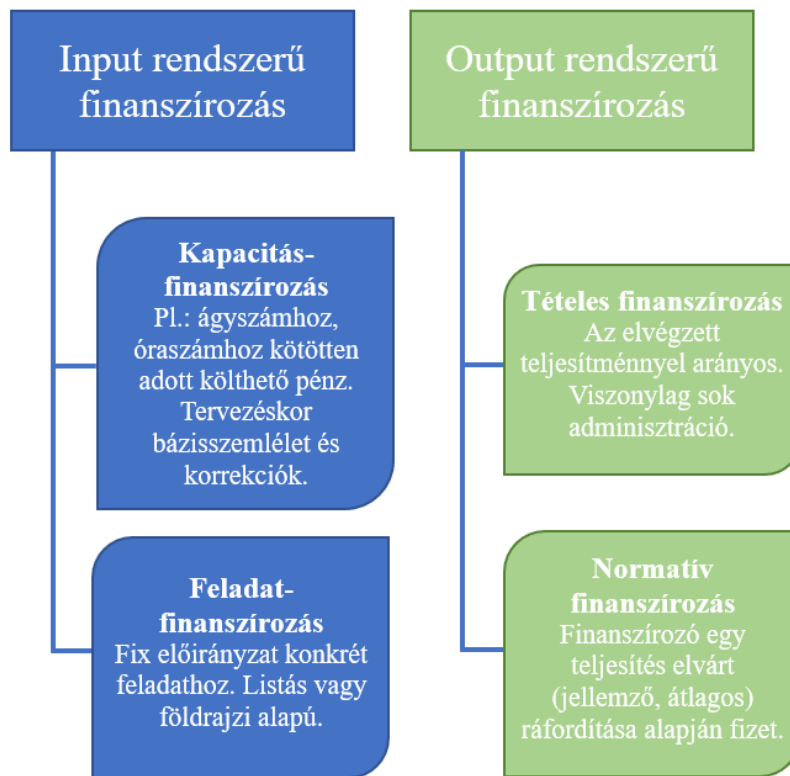
1939-ig, vagyis a II. világháború kirobbanásáig a bismarcki egészségbiztosítási modell volt érvényben hazánkban. A világháborút követően azonban az egészségügy finanszírozása számos lényeges változáson ment keresztül. Az 1950-es években bevezetett SZTK-s rendszer (vagyis a Szakszervezetek Társadalombiztosítási Központjának működtetése) leváltotta az ágazati biztosítókat. A következő fordulópontra az 1970-es évekre tehető, amikor az egészségügyi ellátás integrálódott az állam feladatkörébe, ezáltal a kiadások fedezetét a központi költségvetés biztosította. Ez lényegében azt jelenti, hogy megszűnt az egészségbiztosítás rendszere.

A következő mérföldkő a rendszerváltáshoz kapcsolódik, amikor az egészségügyi ellátás visszakerült a társadalombiztosítás rendszerébe. Az ekkor kialakított Egészségbiztosítási Alap koordinálása először az önkormányzat, majd az állam feladatkörébe tartozott. Az utolsó kiemelendő dátum a 2017-es év, amikor a feladatok címzettjei között végbement egy elmozdulás, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő átvette az Országos Egészségbiztosítási Pénztár tevékenységének jelentős részét (Bodor, és mtsai., 2002).

2.1. Általános finanszírozási módszerek

Az egészségügy finanszírozása alapvetően kétféleképpen történhet: vagy az input vagy az output rendszer alapján. Az input rendszerű, vagyis az intézményfinanszírozás az éves költségvetésen alapszik, azaz alapját az jelenti, hogy mekkora támogatást különítettek el az egészségügy kiadásainak fedezetére. Az output rendszerű, vagy más néven teljesítmény finanszírozás általában vagy tételenként, vagy egy választott mutató alapján történik. Érdemes kiemelni, hogy ezen technikák nem különíthetők el szigorúan egymástól, így a kettő együttes alkalmazása is lehetséges (Állami Számvevőszék, 2019).

Egy másik szemlélet szerint a finanszírozás lehet változó és fix is. A változó finanszírozás esetében a fedezet mértékét bizonyos tényezőkhez kötik, mint például az ellátottak száma vagy az ellátás minősége. Értelemszerűen a fix finanszírozás ezen tényezőktől független. Ezen felül a gyakorlatban alkalmazható a retrospektív vagy visszatekintő finanszírozás, amikor a költségek utólag kerülnek kifizetésre, valamint a prospektív vagy előre tekintő finanszírozás, melynek keretében előre kiszámított értéken történik a finanszírozás. Az előre meghatározott, vagyis input rendszerű finanszírozás és a teljesítménytől függő output rendszerű finanszírozás két-két módszerét és azok sajátosságait az alábbi ábra szemlélteti.



3. ábra: Alapvető finanszírozási technikák (forrás: ÁSZ (2019, 11. o.))

Érdeemes azonban kiemelni, hogy az egészségügy területén nincs egy mindenki által elfogadott, optimális finanszírozási módszer. Az alkalmazni kívánt finanszírozási technika kiválasztásához szembe kell állítani a különböző módszerek előnyeit és hátrányait az érdekelt felek, a tevékenység és a költségek oldalán.

2.2. A homogén betegcsoportok

A homogén betegcsoport (HBCs) azon orvosi szempontból elfogadható csoportot jelenti, amely a megegyező teljesítményértékkel rendelkező kórházi eseteket foglalja magába. A homogenitás egyaránt érvényes szakmai és gazdasági oldalon is. A szakmai homogenitás arra vonatkozik, hogy minden csoport pontosan körvonalazható, az egymással összefüggő eseteket összegzi. A csoportok kialakítása a kórházi ápolás bázisadatira (pl. diagnózis, műtéttípus, életkor) épített algoritmus alapján történik. A gazdasági homogenitás azt jelenti, hogy az adott csoportba sorolható esetek teljesítménye közel megegyezik, szórása alacsony. A gazdasági teljesítmény mérését szolgáló mutatókhoz sorolható például a szakmai igényesség és a költség mértéke (Bodor, és mtsai., 2002).

A homogén betegcsoportok további jellemzőit az alábbiakban foglaltam össze:

- Az adott csoport teljesítményére vonatkozó mutatószám az átlaghoz való arányt mutató súlyszám. Az átlagos költségigénnyel rendelkező csoport minősül egységnyi súlynak.

- Az egyes csoportok kalkulált átlagos ápolási napja (vagy normatív ápolási ideje) benchmarkként szolgál, ezáltal biztosítva az összehasonlíthatóságot.
- A nem teljes - vagyis a nagyon hosszú ideig tartó - ellátási esetek minden csoport esetében előre rögzített határnapok különítik el a szakmailag teljes értékű esetektől. Az utóbbi esetében az időtartam behatárolható alsó és felső határnapokkal.
- Az esetösszetétel index egy kórház vagy egy osztály munkáját jellemzi, amely az adott időszakban kezelt alkalmak súlyszámának átlagát jelenti.

Értelemszerűen az adott homogén betegcsoportokban a teljesítményértékek megegyeznek, ezáltal az adott csoport átlagos teljesítményéhez azonos térítési díjazás tartozik. Abban az esetben, amikor a szolgáltatás nagyobb munkát vagy szakmai hozzáértést igényel, az nagyobb térítési díjat is jelent.

Az ellátásokat és az igényeket összehangoló struktúra, az úgynevezett progresszív ellátás egyik lényeges tényezője a hazai egészségügynek. Az egyensúlyt egyszerre több tényező között kell megteremtenie: a lakosság méltányos alapokon nyugvó ellátása, a minőségi ellátás biztosítása, illetve a működési hatékonyság. Mindez azt jelenti, hogy a rutinszerű, gyakran előforduló eseteket azon intézményekben kell ellátni, amely a beteghez legközelebb helyezkedik el, míg a komolyabb, ritkább és mélyebb szakértelmet kívánó betegeket az országos, nagyobb felkészültséggel rendelkező intézményekben kell gyógyítani (Bodor, és mtsai., 2002).

Az egyértelműen kijelenthető, hogy a gyakoribb, rutinszerű ellátások költségigénye is alacsonyabb. Az is magától értetődő, hogy a szakmai teljesítmény egyezőségekor a finanszírozás díja is megegyezik. Ezen két alapelv egymással ellentétbe állítható, azonban párhuzamos hatályba léptetése orvosolhatná a progresszív ellátás finanszírozási problémáját. A HBCs rendszerben alapvetően megvan a lehetőség ezen probléma megoldására, azonban ennek gyakorlatba való átültetése számos nehézséget vet fel, mint például a súlyos kezelések alulértékeltsége.

A HBCs rendszer működése óta fejlesztendő pontot jelent, hogy az esetek megkülönböztetésére használt súlyszámok nem különülnek el eléggé, így a magasabb szakmai felkészültséget igénylő feladatok nincsenek elégségesen finanszírozva, így az intézményeknek "jobban megéri" az egyszerűbb, kevésbé súlyos esetek ellátása. Ezen magasabb ráfordítást kívánó szolgáltatásokat természetesen lehet kompenzálni, amely a gyakorlatban azt jelenti, hogy a magasabb költségű szakmai ellátásokat (például sebészet, kardiológia) egyéb, kisebb költséggel járó szakmák (pl. belgyógyászat) bevételeivel fedezik (Ujvári, 2017).

Az egészségügyi ellátórendszer díjazási eljárásainak hatását és hatékonyságát nemzetközi szinten is elemzik, melynek célja a nem szükségszerű ellátások elkerülése. Az ellátási költségek szétbonthatóak fix és változó költségekre, azonban a kutatók az összköltséghez vagy a változó költségekhez viszonyított súlyszámok megfelelőségét vizsgálják.

A HBCs rendszerben nem elhanyagolható, hogy a felosztási hányad kiszámításához milyen költségeket használnak. Ez azért lényeges, mert a módszer segítségével nem a költségek fedezetét határozzák meg, hanem a költségvetési alknak megfelelően biztosítanak

finanszírozási forrást. Ebből kifolyólag a hazai egészségügy finanszírozási hiánya nem a rendszerből fakad, azonban az egyértelműen kijelenthető, hogy a rendelkezésre álló forrás nem megfelelően kerül felosztásra, így a lényegesebb területeknek nem biztosít elegendő forrást (Bodor, és mtsai., 2002).

2.3. Az egyedi és az eseti finanszírozás

A területi korlátok végett csupán a kettő legfontosabb finanszírozási módszert mutatom be, amely a méltányossági alapon történő térítés és az előre nem tervezhető, rendhagyó, speciális egészségügyi szolgáltatások többletfinanszírozása.

2.3.1. Méltányossági alapon történő térítések

Az Egészségbiztosítási Alap keretei között a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) a beteg egyedi helyzetére való tekintettel méltányosságból biztosíthat a beteg részére támogatást. A támogatás a közös társadalmi kockázatviselés és a méltányosság alapelve szerint történik. Ez azt jelenti, hogy a NEAK elengedheti a beteg számára bizonyos orvosi ellátások költségét, amely történhet részben vagy teljesen is. Ekkor a méltányossági kérelem elbírása után a NEAK átvállalja az ellátás összegének teljesítését (NEAK, 2019).

A méltányossági alapon történő térítések abban az esetben engedélyezhetőek, ha (Ujvári, 2017):

- az eljárás hazánkban szakmailag elfogadott, viszont finanszírozásba még nem került bevonásra,
- az elfogadott ellátást befogadástól máshogy alkalmazzák,
- a beteg részleges vagy kiegészítő díj teljesítése mellett az egészségbiztosítás költségére igénybe vehető ellátások díjának, vagy a díj egy részének átvállalásakor.

2.3.2. Előre nem tervezhető egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

A 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet szerint - amely az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályait foglalja magába - lehetőség van olyan esetek finanszírozására is, amelyek előre nem tervezhetőek, rendkívüliek, illetve egyediek. Ekkor az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatója határozza meg, hogy az adott esetre kötött szerződés hiánya esetén mely ellátások finanszírozhatóak.

Ahhoz, hogy a kormányrendelet és a finanszírozás alapját képező esetek érthetőek legyenek, érdemes külön-külön megvizsgálni a három fogalmat. Az előre nem tervezhető esete közé sorolható minden olyan ellátás, amelyre nem érvényes az általános finanszírozás, azaz a páciens egyedi helyzetéből fakad, valamint a bevett gyógykezelési ellátásokra nem javuló betegek ellátását foglalja magába. Ide sorolható azon eset is, amikor a kezelés során váratlan szövődmények merülnek fel, melynek kezelése csak magas költségű beavatkozással, eszközzel vagy gyógyszerrel lehetséges.

Rendkívülinek minősül minden olyan diagnosztikus vagy terápiás eset, amely még nem került befogadásra, vagy annak folyamatában van. További feltétel, hogy ezen finanszírozási forma

csakis fekvőbeteg ellátás keretében vehető igénybe, ahol a beavatkozás és/vagy a gyógyszeres kezelés magas költséget emészt fel. Ekkor a térítésmentességnek a jogalapot az 1997. évi LXXXIII. törvény biztosítja.

Az egyedi eset “olyan meghatározott intézményi körben finanszírozott szolgáltatás, amit rendkívüli körülmények miatt (pl.: a beteg az állapota miatt nem szállítható) olyan egészségügyi intézményben végeznek, amelynek az adott tevékenységre nincs az OEP-pel finanszírozási szerződése.” (Ujvári, 2017)

Az egyedi esetek elbírálásához szükséges előkészületek elvégzése az Elemzési, Orvosszakértői és Szakmai Ellenőrzési Főosztály feladatkörét alkotja. Ezen finanszírozásra a rendelkezésre álló forrás összegét az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében szerepeltetik.

2.4. Az egészségügy kettős finanszírozásának kérdésköre

A kórházak finanszírozási szerkezetének vizsgálatakor érdemes kiemelni, hogy az Egészségbiztosítási Alap csupán a működési költségeket finanszírozza. Értelemszerűen az egészségügyi intézményeknek a működésen felül számos más költséggel is számolni kell, mint például a beruházások, a fejlesztések és az eszközbeszerzések kiadásai. Az említett egyéb költségek mindegyike a fenntartót terheli (Ujvári, 2017).

Ezen költségek finanszírozási rendszere kevésbé jól kialakított, mint ahogyan az a működési költségek esetében megvalósul. A rendszer esetében a problémák számos forrásból származnak:

- a beruházások kiszámíthatatlansága, alkalomszerűsége, koordinátlansága,
- az eszközök kihasználásának alacsony szintje, elégtelen hatékonysága,
- az amortizálódott, elkopott eszközök lecserélésére nem áll rendelkezésre elegendő fedezet,
- a vagyonvesztés töretlenül fennáll mind az egészségügyben, mind pedig az intézményekben,
- a működési és beruházási források szétosztása nem került összehangolásra,
- a beruházási igény esetében nem rendelkezünk egy objektív, számszerűsíthető mutatóval vagy mutatórendszerrel.

A kórházi gazdálkodásban felmerülő problémák nagyobb részt a finanszírozási források szűkösségéből eredeztethetőek, amely egyrészt rontja az intézményi költségvetés egyenlegét, másrészt sürgeti a megoldások, új forrásbevonási lehetőségek keresését. Az új eszközök beszerzése gyakran a működési forrásokból kerül finanszírozásra. Mindezt tovább súlyosbítja, hogy a hatékony működés alapfeltétele, hogy a szűkös források felhasználása valamilyen előnyt, pozitív változást is eredményezzen a szervezet számára. Ez az előny akkor a legjobb, ha a bevételek között realizálható. Az előny akkor is kedvező, ha a betegellátás minőségében, gyorsaságában, korszerűségében, esetleg nagyobb volumenében tükröződik. Megemlítendő viszont, hogy az eszközbeszerzés költsége nem számolható el költségként, így feltehetőleg annak előnyével sem lehet számolni. Ez lényegében a szűkös eszközök meggondolatlan

felhasználását jelenti. A tőkét terhelő költségek - ideértve az értékcsökkenést - elismerésének mellőzése adja jelenleg a legnagyobb problémáját a finanszírozásnak és a hatékony eszközfelhasználásnak egyaránt (Ujvári, 2017).

2.5. Az egészségügyi gazdálkodás problémái

Az egészségügyi gazdálkodás a korábban már említett szűkös erőforrások hasznos és ésszerű felosztását, felhasználását foglalja magába. A gazdálkodást másik oldalról megközelítve úgy értelmezhetjük, mint egy adott cél teljesítéséhez szükséges megfelelő utak keresése, ezek közül a lehetőségekhez viszonyított legjobb opció kiválasztása.

A gazdaságnak egy egyedi részterületét alkotja az egészségügy, így egyrészt piaci elégtelenséghez vezethet, másrészt pedig egyedi jellemzőkkel rendelkezik. A piaci elégtelenséget indokolja, hogy a szabályozások hiánya és a piaci mechanizmusok dominanciája együttesen egy olyan allokációt eredményez, amely nem egyezik meg azzal az erőforrás felhasználással, amely a társadalom szempontjából ideálisnak mondható. (Kopányi, 2002) Ezen piaci tökéletlenségek számos formában megjelenhetnek, amelyeket az alábbiakban részletesen is bemutatok.

Az piaci elégtelenségek között először az információs aszimmetriát érdemes kiemelni. Az információs aszimmetria alapvetően azt jelenti, hogy az egyik piaci szereplő több információval rendelkezik egy ügylet kapcsán, mint a másik fél. Az elmélet megalkotója, Akerlof alapvetően a használtautó piac példáján keresztül mutatta be a jelenséget, azonban kimondottan érvényes az egészségügy területén is: a kínálati oldal szereplői – mint az orvosok és az ápolók - jóval informáltabbak az adott tranzakcióról (a diagnózisról, annak gyógyításáról, a kezelés hatásosságáról), mint a keresleti oldal szereplői, vagyis a betegek, páciensek (Akerlof, 2005).

Az egészségügyi lobby - ide sorolta az orvosokat és az egészségügy minden egyes területének szereplőit - jelentős hatást gyakorolhatnak a politikai döntéshozókra. Az egyik legnagyobb iparágat alkotó szereplők akár meggátolhatják különböző reformok bevezetését, amennyiben az az érdekeiket sérti, a gyógyszeripar befolyásolhatja a versenyt egyes készítmények esetében, bizonyos esetben a társadalmi nyomás hozzájárulásával jutalékokat harcolhatnak ki a biztosítóktól. Mindebből az is következik, hogy az egészségügyre jelentős hatása van a politikai döntéseknek, így a társadalomból elégtelenséget kiváltó egészségügy az országgyűlési választási esélyeket is nagyban befolyásolhatja.

Az externáliák vagy a külső gazdasági hatások akkor merülnek fel, amikor a gazdaság egyik szereplője úgy gyakorol hatást a másik félre, hogy közben nincs piaci ellentételezés (Kopányi, 2002). Az egészségügy területén egyaránt érvényesek a pozitív és negatív externáliák is. A pozitív extern hatások két oldalon jelentkeznek:

- önző externalitás: haszon származhat abból, ha mások igénybe vesznek bizonyos egészségügyi szolgáltatásokat, mint a védőoltás, ugyanis az hozzájárul az egyének saját egészségének megőrzéséhez is,

- gondoskodó externalitás: a humánus megközelítés szerint biztonságérzetet nyújt, valamint hasznot szolgáltat, hogy mindenki részesülhet egészségügyi alapellátásban.

A pozitív külső gazdasági hatások értelemszerűen támogatandóak, azonban a negatív extern hatások számos problémát idézhetnek elő a társadalom egészségügyi állapotában, ide sorolva a fertőző betegségeket, járványokat, a természeti és mesterséges környezet károsítását, vegyi anyagok használatát, a passzív dohányzás egészségtelen hatásait, a stressz kedvezőtlen pszichológiai hatásait stb.

A rendszerek termelési és kibocsátási oldalainak értékelése számos nehézséget vet fel, ugyanis a betegek egyedi panaszokkal küzdenek, egyedenként eltérően reagálnak a különféle gyógymódokra, kezelésekre és gyógyszerekre, így az orvosok számos lehetőség közül válogathatnak mind a diagnózis meghatározásakor, mind pedig a kezeléseik körében. A terápia során is eltérő mértékben javulhat a páciensek állapota.

A már korábban említett humanitárius megközelítés szerint egy országon, közösségen vagy csoporton belül minden egyes egyénnek joga van az egészségügyi ellátások igénybevételére, így szabályozói oldalról meg kell teremteni ezen jogok gyakorlati érvényesíthetőségét. Ezen jogok általában az alapvető ellátásokra vonatkoznak, azonban kérdésként merülhet fel, hogy pontosan mire vonatkozik az alapvető jelző. Az alapvető szükségletek körvonalazása egyaránt elvezet etikai és közgazdasági problémákhoz is. Amennyiben Adam Smith alapvető javakkal kapcsolatos meghatározására támaszkodunk, akkor az életbemaradáshoz szükséges javakon felül alapvetőnek minősülnek azon javak is, amelyeket a társadalom úgy ítél meg, hogy azok nélkül még a társadalmi ranglétra legalsó szintjén elhelyezkedő egyének számára is méltatlan lenne. Ebből kifolyólag az alapvető ellátások kategóriájának alapját nem biológiai tényezők képezik, hanem társadalmi normák.

A piaci tökéletlenségek további fontos megjelenési formája a morális kockázat. A morális kockázat akkor merül fel, ha az egészségügyi ellátás két oldalán álló szereplők magatartása megváltozik, amely arra vezethető vissza, hogy a harmadik szereplő (vagyis a finanszírozó, a biztosító) átvállalja az ellátás során felmerülő költségeket. Ebből kifolyólag a szolgáltató és/vagy a fogyasztó magatartása nem költségtudatos.

A morális kockázat magával vonja a káros szelekció kérdéskörét, hiszen a gazdasági koordinációs mechanizmusok mindegyike szelekciót vált ki a fogyasztókból. Amennyiben a fogyasztók egy csoportja a szelekció révén nem részesülhet a nem alapvető javakban (itt ellátásokban), az a társadalom jelentős része szerint elfogadott. Ezzel ellentétben, ha valaki nem részesülhet az egészségügyi ellátásokban, akkor az a társadalomból felháborodást vált ki (Karner, 2005).

Az, hogy a finanszírozó átvállalja az ellátás költségét a fogyasztó oldalán is erkölcsi kockázathoz vezethet, ugyanis így több, költségesebb és bonyolultabb vizsgálatokat és ellátásokat is igénybe vehet, mint amely alapvetően hatékonyak bizonyul. Mivel a betegségek meggyógyítása lényegében költségmentes a páciens oldalán, így a betegek nincsenek ösztönözve az egészségtudatosságra (Karner, 2005).

Az egészségügy intézmények morális kockázatát két tényező indokolja. Egyrészt elképzelhető, hogy az orvosok nincsenek tisztában az adott ellátások költségeivel, másrészt, hogy az orvosi juttatások alapját a szolgáltatások díjtétele jelenti. Ezen finanszírozási módszer tehát motiválhatja az orvosokat több szolgáltatás nyújtására, mint amennyire a páciensnek ténylegesen szüksége van (Karner, 2005).

3. A COVID-19 VÍRUS FINANSZÍROZÁSRA GYAKOROLT HATÁSA

A koronavírus okozta járványhelyzet erőteljes hatást gyakorolt az egészségügyre: középpontba került az egészségügyi dolgozók megtartása, egészségének megőrzése, munkahelyük biztosítása, valamint az intézmények stabil, töretlen működésének fenntartása. Ebből kifolyólag a kihirdetett vészhelyzetben a NEAK kénytelen volt átalakítani az egészségügyi intézmények finanszírozását.

3.1. Az átalányfinanszírozás

Az egészségügyi intézmények finanszírozására vonatkozó új kormányrendelet (43/1999. (III.3.) Korm.rendelet) 2020. májusával vált hatályossá, a finanszírozás alapját a vírushelyzet előtti időszak három hónapra vonatkozó finanszírozási díjából vont átlaga jelenti, melynek értékét a NEAK biztosítja az intézményeknek. Bizonyos jogcímek esetében (pl. Célelőirányzatok jogcím, Várólista csökkentés, Extrafinanszírozás) az átalányfinanszírozás rendszere nem érvényesül, ezen esetekben a finanszírozás ugyanúgy történik, mint a járványhelyzetet megelőzően, vagyis ezen költségek térítése az átlagdíj felett történik (NEAK, 2020).

Az átlagfinanszírozás vagy átalányfinanszírozás rendszerének hatásköre nem vonatkozik az egészségügyi szolgáltatók kötelezettségeinek átalakítására. Ez azt jelenti, hogy az intézmények kötelezettségeinek nagyobb részét - ideértve a teljesítményre vonatkozó elvárásokat is - ugyanúgy kell teljesíteniük, mint a pandémia előtt. A szolgáltató és a NEAK közötti szerződés járványhelyzet alatti megszűnésével az átlagfinanszírozás rendszere is megszűnik, az elszámolás az általános szabályok szerint történik.

Az átalányfinanszírozás számos célja mellett azt is biztosítja, hogy az egészségügyi szolgáltatók a járványhelyzet közben is képesek legyenek a stabil működésre. Mindemellett kiemelt fontossággal bír a betegek megnövekedett arányának készenléti ellátása is. Ez azt jelenti, hogy abban az esetben, ha a konkrét betegellátás nem valósulhat meg, akkor valamilyen más módon - telefonon, e-mailben - lássák el a beteget tanácsokkal, információkkal, elektronikus gyógyszerek felírásával (NEAK, 2020).

3.2. A pandémia hatásai: az e-egészségügy felértékelődése

Az állami szolgáltatások digitalizálása évek óta prioritást élvez az állami fejlesztések területén, azonban a globális járványhelyzet rávilágított a digitális egészségügy fontosságára. Az e-egészségügy előtérbe kerülése nemcsak a betegek oldalán jelent meg igényként, hanem az ellátórendszer egészénél is. A veszélyhelyzet 2020. márciusi kihirdetését követően ugrásszerű növekedés volt tapasztalható az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (továbbiakban EESZT) felületét látogatók körében. A portál népszerűségének fellendülése arra vezethető vissza, hogy a koronavírus tesztek eredményei, a felhőben tárolt elektronikus receptek, valamint a 2020. decemberében bevezetett koronavírus elleni vakcinák nyilvántartása az EESZT felületén volt nyomon követhető. A pandémiát megelőzően mind az egészségügyi dolgozók, mind pedig a lakosok oldalán tapasztalható volt közönyösség vagy éppen ellenállás az állami

digitális innovációkkal szemben, azonban ez a járványhelyzettel megszűnt, mi több, az állampolgárok egyre nagyobb igényt támasztottak ezen online szolgáltatásokra (Állami Számvevőszék, 2022).

A vírushelyzet jelentős kihívásokat támasztott az egészségügyi ellátórendszerrel szemben, amely kvázi kikényszerítette az EESZT felületének továbbfejlesztését. Ahogyan az az alábbi ábrán is látható, az EESZT jelentős átalakításon esett át a járványhelyzet eredményeképp, amely számszerűen 24 új egészségügyi alkalmazás bevezetését jelenti. Az innováció fókuszterületeként értelemszerűen a vírushelyzettel kapcsolatos intézkedések és a megfertőződés megelőzését elősegítő lehetőségek szolgáltak, mint a felvett oltások nyilvántartása, a vakcina-útlevél és az online időpontfoglalás lehetősége. Mindemellett a fejlesztések hozzájárultak az orvos és beteg közötti kommunikáció új formáinak elterjedéséhez (pl. telemedicinális ellátások) (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2019).



4. ábra: A koronavírus-járvány alatt végrehajtott EESZT fejlesztések 2020. évben (forrás: ÁSZ (2022, 20.o.))

A járványhelyzet következményeképp az EESZT szerepe folyamatosan növekszik, ugyanis a gyógykezelések és terápiák online figyelemmel kísérése egyaránt előnyös a betegek és az orvosok oldalán is. Kutatási eredmények szerint a 700 megkérdezett orvos 80 %-a elektronikus receptet írt fel a betegnek a telefonos konzultáció eredményeképp, így az orvosi rendelőkben, kórházakban a személyes találkozások száma jelentősen mérséklődött. A felmérésből az is kiderült, hogy a lakosok "... leggyakrabban leleteket néznek meg, regisztráltak a Covid elleni oltásokhoz, beutalót az EESZT-használók 36%-a használta már." (Kertész, 2021)

A telefonos applikáción keresztül leggyakoribb tevékenységek közé tartozik az oltási igazolvány és annak QR kód alapján történő ellenőrzése. A védettségi igazolásokkal kapcsolatos szabályozás 2020. február 13-án, az Európai Unió szintű digitális igazolásával kapcsolatos rendelet pedig 2021. július 1-jén került bevezetésre. Mindez azt eredményezte, hogy az EESZT mobilos applikációjában a védettségi igazolvánnyal kapcsolatos adatok között láthatóvá vált a vakcina típusa és az oltás felvételének időpontja is.

A vizsgálat időtartamának végén az elektronikus receptek beküldésének napi száma túlszárnyalta a 800 ezret, így az EESZT a felületen 500 milliót meghaladó egészségügyi adatot tárolt. A rendszerben nyilvántartott adatok köre folyamatosan bővült a vizsgált időszakban.

A vírushelyzet alatt az EESZT-be való napi szintű bejelentkezések 33-35 ezer főt számláltak, azonban a felület lehetőségeinek kihasználása az orvosok körében is növekedett: a betegek dokumentumainak lekérdezése 8,6 millió volt 2018-ban, 17,6 millió 2019-ben, 2020 végére pedig megközelítette a 30 milliót. A naponta történő vény-regisztráció a koronavírus előtt körülbelül 8 ezer volt, amely az első hullám begyűrűzésével 2 millió fölé emelkedett. A recepteken belül az e-receptek aránya elérte a 95%-ot (Kochan , 2021).

A Nemzeti Infokommunikációs Szolgáltató Zrt. 2020-as felmérésének eredményei rávilágítanak, hogy az elektronikus szolgáltatások amúgy is emelkedő trendje a járványhelyzet következményeképpen felgyorsult. Az egészségügyi szolgáltatások digitalizációja és az online ügyintézés nagyban hozzájárult és jelenleg is hozzájárul a hazai lakosság egészségének védelméhez, amellett, hogy az adminisztrációs kötelezettségek mértékét is csökkenti. A kutatás eredményei szerint az EESZT az elektronikus ügyintézési lehetőségek közül a 4. legnépszerűbb volt 2020-ban (NISZ, 2021).

3.3. Az egészségügy kiadásainak átalakulása

Az egészségügy kiadásainak tekintetében két évet érdemes vizsgálni. Az egyik a 2019-es év, amely bázisévként szolgálhat, ugyanis ezen év költségvetésére még nem gyakorolt hatást a járványhelyzet. A másik vizsgált időszak a 2020-as év, ugyanis ebben az évben a költségvetést már jelentősen átalakította a koronavírus-járvány, így a rendelkezésre álló legfrissebb adatokon keresztül mutatom be az egészségügy kiadásainak változását.

Az egészségügy kiadásai a GDP arányában 4%-ot tettek ki 2019-ben, amely 2020-ra 1,9 százalékponttal növekedett, ezzel elérve az 5,9%-ot. A kiadások növekedése egyértelműen a pandémia elleni védekezés többletköltségével indokolható. A megfertőződés elkerülése érdekében tett személyes és tárgyi feltételek garantálása az egészségügy oldalán egyértelmű többletkiadást generált. Az alábbi összefoglaló táblázat tartalmazza az egészségügyi kiadások 2019 és 2020 közötti mértékét annak célja szerinti felosztásban (Állami Számvevőszék, 2022).

1. táblázat: Az államháztartás konszolidált funkcionális kiadásai (pénzforgalmi szemléletben) – egészségügy (forrás: ÁSZ (2022, 23.o.))

		2019. évi zár- számadás	2020. évi zár- számadás	2019-2020. év eltérése	2020/2019. év index
Egészségügy a GDP %-ában		4,0%	5,9%	1,9%	147,5%
F05.a	Kórházi tevékenységek és szolgáltatások	2,2%	2,6%	0,4%	118,2%
F05.b	Háziorvosi és gyermekorvosi szolgálat	0,3%	0,3%	0,0%	100,0%
F05.c	Rendelői, orvosi, fogorvosi ellátás	0,2%	0,2%	0,0%	100,0%
F05.d	Közegészségügyi tevékenységek és szolgáltatások	0,1%	1,2%	1,1%	1200%
F05.e	Egyéb egészségügy	1,2%	1,5%	0,3%	125,0%
Egészségügy [Mrd Ft]		1 915,2	2 833,7	918,6	148,0%
F05.a	Kórházi tevékenységek és szolgáltatások	1 042,0	1 268,8	226,8	121,8%
F05.b	Háziorvosi és gyermekorvosi szolgálat	155,8	155,9	0,2	100,1%
F05.c	Rendelői, orvosi, fogorvosi ellátás	91,4	102,4	11,0	112,0%
F05.d	Közegészségügyi tevékenységek és szolgáltatások	54,8	585,9	531,1	1068,5%
F05.e	Egyéb egészségügy	571,2	720,7	149,5	126,2%

Az államháztartás egészségügyi kiadásainak emelkedése a kórházi tevékenységek, a közegészségügyi tevékenységek és az egyéb egészségügyi kiadások növekedésével

magyarázható. A közegészségügyi tevékenységek során fellépő többletkiadás az orvosi eszközökbe való gyors és jelentős mértékű beruházás 517,5 milliárd forintos értékéből adódik.

Ebben a speciális helyzetben a finanszírozás során kiemelt figyelmet kell fordítani az egészségügyi kapacitásokra és a folyamatos rendelkezésre állás fenntartására. Értelemszerűen ez hatást gyakorolt a működés finanszírozására, a kiadások átszervezésére, illetve a többletforrások bevonására is. Az egészségügyi dolgozók feladatainak bővülésével az ellátáshoz szükséges források is növekedtek, amelyeket a Járvány Elleni Védekezési Alap és az Egészségbiztosítási Alap biztosított.

A központi költségvetésben az Országvédelmi Alap címszó alatt 378 milliárd forintos összeg került elkülönítésre, azonban a járvány terjedésének megelőzésére tett védelmi intézkedések miatt a finanszírozás további forrásokat igényelt. Ebből kifolyólag a kormány létrehozta a Járvány Elleni Védekezési Alapot 633,5 milliárd forintos keretösszeggel. Az összeg közel 69%-át a központi intézmények és programok megtakarításai adták. (Állami Számvevőszék, 2020) Összességében a Járvány Elleni Védekezési Alap 864,6 milliárd forintot szolgáltatott az egészségügy számára 2020-ban, amelyből az Egészségbiztosítási Alap direkt részesedése 101,5 milliárd forint volt (Állami Számvevőszék, 2022).

Az Egészségbiztosítási Alap az egészségügy kiadásainak fedezeteként szolgál, amely 2020-ban 2891 milliárd forintnak megfelelő összegben valósult meg. A megemelkedett kiadásokkal párhuzamosan az Egészségbiztosítási Alap hiánya is növekedett 2019-ről 2020-ra, melynek mértéke háromszoros volt, így a 107 milliárd forintos deficit 331 milliárd forintra bővült. Az államháztartási hiány 2020-as értékéhez az alap 6,1%-kal járult hozzá (Zárszámadási törvényjavaslat, 2020).

A 2020-as évben a kiadások között kiemelendő a Táppénz, a GYED, az egyéb pénzbeli ellátás és a Gyógyító megelőző ellátás, ugyanis a kiadások jelentős részét ezen négy ellátás adta. Mindezt bizonyítja, hogy a kiadások növekedésének 96,5%-a, azaz mintegy 338 milliárd forint ezen jogcímenek került kifizetésre. A négy jogcím közül a legnagyobb mértékű kiadás a Gyógyító megelőző ellátáshoz kapcsolható, amelynek értéke a 2019-es szinthez viszonyítva 272 milliárd forinttal volt magasabb. A gyógyszerátogatásra fordított összeg kismértékű csökkenést mutatott, azonban nominálisan így is 24,3 milliárd forint extrakiadást jelentett (Állami Számvevőszék, 2022).

A kiadástételek közül a legjelentősebb, a Gyógyító megelőző ellátás alcímekre való bontásakor egyértelműen láthatóvá válik, hogy ezen jogcím 89%-a, azaz több, mint 1430 milliárd forint az Összevont szakellátás, a Céllelőirányzatok és a Háziorvosi és az ügyeleti ellátás finanszírozására került felhasználásra. Ezzel szemben a jogcím további 9,1%-át a Laboratóriumi ellátások, a Mentés és betegszállítás, a Fogászati ellátás és a Védőnői szolgálat kiadásai adják.

A 2021-es évtől kezdődően az EESZT működtetését az Országos Korhási Főigazgatóság vette át, amely az új feladat mellett magára vállalta a raktár üzemeltetését is, ahol a vírushelyzet megelőzéséhez szükséges védőeszközöket tárolták, mint a védőfelszerelések, a koronavírus-tesztek, a sterilizátorok és a fertőtlenítők. Ezen felszereléseket díjmentesen biztosította az

egészségügyi ellátást nyújtó központi költségvetési szervek számára. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ kiadásai a járványhelyzet miatt közel négyszeresre emelkedtek, ezzel meghaladva a 300 milliárd forintot (Zárszámadási törvényjavaslat, 2020).

Ahogy korábban is említettem, a szociális távolságtartás révén a hazai lakosság igényt támasztott a digitalizált egészségügyi megoldások iránt, így az EESZT-ben 24 új alkalmazás vált elérhetővé. Értelemszerűen ezen fejlesztés is jelentős költséget emésztett fel, melynek értéke 736,8 milliárd forint volt 2020-ban. A költségek a fejlesztésen felül magukba foglalják a licenceket, az orvosok és a lakosság felületeinek kiterjesztését, illetve a felhasználói azonosítás megújítását (Állami Számvevőszék, 2022).

3.4. A Nagyatádi Kórház finanszírozása

A Nagyatádi Kórház könyvelőjeként fontosnak tartom megvizsgálni, hogy hogyan alakultak át a kórházi kiadások a 2019-2020-2021-es évek tekintetében. Az elemzés bázisaként a 2019-es év költségvetési adatai szolgálnak, ugyanis habár abban az évben jelent meg a COVID-19 vírus, nem gyakorolt hatást a kórházi gazdálkodásra. Ahogy a korábbi fejezetben bemutattam, az egészségügy költségvetésének kiadási oldala 2020-ban jelentősen növekedett a járványhelyzet következtében. Ebből kiindulva a 2019-es, 2020-as és a 2021-es év vonatkozásában mutatom be a Nagyatádi Kórház kiadásainak változását. Egy intézmény finanszírozását nagyban befolyásolja az ágyak összetétele. A Nagyatádi Kórház ágyainak megoszlását láthatjuk az alábbi két táblázatban.

2. táblázat: Az aktív finanszírozású ágyak megoszlása a nagyatádi kórházban

Aktív fekvőbeteg-szakellátás (összesen 117 ágyon működik)	
Belgyógyászat	46 ágy
Geriátria	15 ágy
Sebészet	15 ágy
Reumatológia	16 ágy
Pszichiátria	20 ágy
Intenzív ellátás	5 ágy

3. táblázat: A krónikus finanszírozású ágyak megoszlása a nagyatádi kórházban

Krónikus fekvőbeteg-szakellátás (összesen 191 ágyon működik)	
Krónikus belgyógyászat	58 ágy
Krónikus pszichiátria	28 ágy
Mozgásszervi rehabilitáció	15 ágy
Felnőtt hospice-palliatív ellátás	15 ágy
Pszichiátriai Rehabilitációs és Nappali osztály	40 ágy
Pszichiátriai Rehabilitációs	35 ágy

Az aktív ágyak HBCS forintértéke 2017-től 198 ezer forint/súlyszám. Krónikus ágyak tekintetében pedig az alapidő 6.600 Ft. Járóbeteg - szakellátás tekintetében a teljesítményegység forintértéke 1,98 Ft/ német pont. Ez az érték 2017-óta nem emelkedett, az inflációs rátával sem lett korrigálva. Ez a fajta finanszírozási rendszer a teljesítmény fokozására ösztönözte az intézményeket, hiszen a nagyobb teljesítmény magasabb finanszírozással járt. A „túlteljesítés” megakadályozására 2004-ben bevezették a Teljesítmény Volumen Korlátot (továbbiakban TVK). Ennek keretein belül szolgálatonként, éves szinten, havi bontásban meghatározták a maximális teljesítményt. Egy szolgáltató 4%-kal túllépi a maximális értéket akkor a négy százaléknak az alapösszeg 25%-át finanszírozza a Nemzeti Alapkezelő, ha ezen felül teljesít, akkor azt már egyáltalán nem.

A vizsgált időszakban a Nagyatádi Kórház TVK értéke 378 súlyszám volt, de ennek az átalányfinanszírozás miatt nem volt jelentősége. Az átalányfinanszírozást 2020 májusában vezették be, az egészségügyi vészhelyzet kihirdetésével azonos időben. Ennek alapja a vészhelyzetet megelőző három hónap finanszírozásának átlaga volt. Az átalányfinanszírozás elvileg nem érinthette a szolgáltatók finanszírozási szerződésben meghatározott kötelezettségeit. Ez azonban nem valósulhatott meg teljes mértékben. Egyrészt azért, mert a pandémia alatt kórházi ágyakat kellett felszabadítani, a koronavírussal fertőzött betegek részére, tehát teljes osztályok kerültek bezárásra. A Nagyatádi Kórházban ezen időszak alatt a Reumatológia és a Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály többnyire nem működött. Másrészt az átlagfinanszírozás ideje alatt az szolgáltatóknak nem volt érdeke a teljesítmény fokozása, hiszen kevesebb beteg esetén is ugyanazt a finanszírozást kapták.

Elsőként néhány adat a finanszírozás alakulásáról a három év tekintetében.

4. táblázat: A Nagyatádi Kórház finanszírozása 2019-2021 között Ft-ban (forrás:saját szerk.)

Megnevezés	2 019	2 020	2 021
OEP bevétel aktív fekvőbeteg ellátás	1 050 266 300	918 272 700	934 905 300
OEP bev.Fekvőbetegek krónikus ellátása ált.kórházban	677 801 300	670 077 700	665 107 200
OEP bev.Járóbetegek gyógyító szakellátása bevétele	300 870 100	318 696 400	333 237 200
OEP bev.Járóbetegek gyógyító gondozása bevétele	37 451 300	10 006 800	
OEP bev.Egészségügyi laboratóriumi szolgáltatások bevétele	30 678 402	30 466 500	30 550 800
Képpalkotó diagnosztika			86 702 400
ÖSSZESEN	2 097 067 402	1 947 520 100	2 050 502 900
Bértámogatások	181 983 000	426 205 700	959 427 100
Konzolidáció, kasszamaradvány		448 609 700	613 369 100
Év összesen	2 279 050 402	2 822 335 500	3 623 299 100

Az év összesen adatot tekintve úgy tűnhet, hogy 2021-re a finanszírozás mértéke jelentősen megnövekedett. Azonban ez nem a teljesítmény növekedésének vagy a súlyszám értékének emelkedésének tudható be, hanem a 0-s kasszán érkező bértámogatások és a konzolidáció jelentős emelkedésének.

A bértámogatások nagymértékű növekedése egyrészt a bérek országos emelkedésének volt köszönhető, illetve a legjelentősebb emelkedést az orvosi bérek jelentős növekedésének kompenzálására kapott összeg tette ki.

A költségvetés elemzése előtt két feltételezéssel éltem. Az egyik feltételezésem az volt, hogy a kórház kiadásai között a legjelentősebb tételt a különböző orvosi eszközök és műszerek teszik ki, ugyanis feltehetőleg ezen komolyabb berendezések - mint például a labor diagnosztikai eszközök, EKG készülékek és fonendoszkópok - jelentős költséget emésztnek fel. A második feltételezésem szerint a kiadási oldal csupán kis mértékben növekedett, melyet azzal magyaráztam, hogy a kórház intézménye kisebb méretű, így az alacsony számú lakosság ellátása nem indokolt jelentős költségnövekedést.

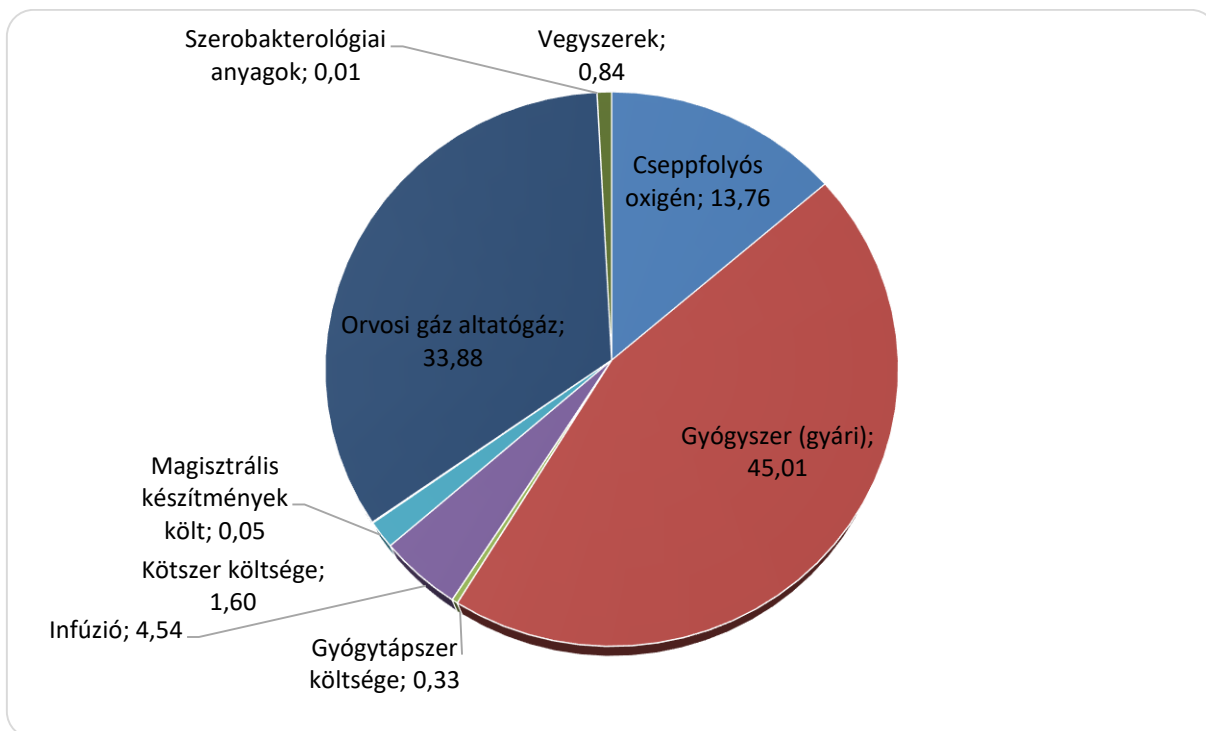
Az első feltételezésemmel ellentétben a költségvetési kiadásokon belül nem az eszközbeszerzés adja a legnagyobb költségtételt, hanem a személyi juttatások, ideértve a béreket, járulékokat és bérjellegű kifizetéseket. A kórház oldalán ez 1 259 673 ezer forintos kiadást jelent, amely a teljes kórházi költségvetési kiadási oldalának több, mint 56%-a. Az eszközbeszerzés 2020-as mértéke - ideértve a szakmai anyagok és az üzemeltetési anyagok beszerzését - 155 000 ezer forint volt, amely az összes kiadásnak mindössze 6,9%-át teszi ki. Ehhez hozzájárul az is, hogy a szolgáltatók, így a Nagyatádi Kórház is a havi finanszírozást, mint azt feljebb már említettem, a működési kiadásokra költhetik. A működési kiadások teljesítése után fennmaradó összeg

fordítható csak felhalmozási kiadásokra. A Nagyatádi Kórház, sok más szolgáltatóhoz hasonlóan, az eszközbeszerzéseit, az elhasználódott eszközök pótlását vis major támogatásokból, illetve pályázati forrásokból finanszírozta.

A második feltételezésem, miszerint a költségek csak kis mértékben növekedtek 2020-ban igaznak bizonyult, ugyanis 2019-ben a kiadási oldal 2 147 238 ezer forintot tett ki, míg 2020-ban értéke 2 243 207 ezer forint volt. A kiadások tehát csupán 95 969 ezer forintra emelkedtek.

2020-ban a kiadások között megjelent egy új tétel, amely a COVID-19 járványügyi kiadások jogcíme volt. Ezen kiadások magukba foglalnak minden olyan költséget, amely a járványhelyzet következtében merült fel. Ide sorolható többek között a kórház Covid osztályán dolgozók alapilletménye, kötelező illetménypótléka, táppénz hozzájárulása és túlóra díja is. Ez a Nagyatádi Kórház esetében 14 412 182 forint többletköltséget eredményezett 2020-ban, amely még viszonylag alacsonynak mondható. Ezzel szemben 2021-re a járványügyi kiadások jelentősen növekedtek, év végére megközelítve a 138,5 millió forintot.

Az aktív fekvőbeteg osztályok költségigénye is jelentősen növekedett 2019-ről 2020-ra. Az aktív osztályok kiadásai közé tartozik a Pszichiátriai aktív fekvőbeteg osztály, a Belgyógyászati osztály, a Geriátriai osztály, a Reumatológiai osztály, a Sebészeti osztály, valamint a Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály. Míg ezen osztályok együttes költsége 2019-ben megközelítette a 481 millió forintot, addig 2020-ban az aggregált költségek meghaladták a 641 millió forintot. A kiadások növekedése indokolható a költségigényesebb, magasabb szakértelmet igénylő feladatok növekedésével, illetve a kórházi dolgozók számának növekedésével is. Érdemes azonban megemlíteni, hogy a fekvőbeteg osztály kiadási oldala a járványhelyzet ellenére is jóval hangsúlyosabb volt, mint a Covid osztály esetében, amely arra enged következtetni, hogy koronavírusos fertőzött betegek kezelése mellett töretlenül folytatódott a fekvőbeteg ellátás is.



5. ábra: A covid osztály gyógyszerfelhasználásnak százalékos megoszlása, 2021 (forrás: saját szerkesztés)

Az aktív fekvőbeteg osztály gyógyszerfelhasználási költségei számos készítményt foglalnak magukba: kötszert, infúziót, cseppfolyós oxigént, magisztrális készítményeket, gyógytápszert, szerobakterológiai anyagokat, egyéb gyógyszereket. Az költségek nem növekedtek jelentősen a vizsgált időszakban, 2019-ben a gyógyszerfelhasználási kiadás 27 859 ezer forint volt, 2020-ban pedig 28 478 ezer forint. Ezzel ellentétben a Covid osztály ugyanezen költségek jelentős növekedést mutatnak. Míg 2020-ban a gyógyszerfelhasználásra fordított kiadások megközelítették a 11,5 millió forintot, addig 2021-ben már megközelítette a 65 millió forintot.

5. táblázat: Esetszámok változása 2019 és 2021 között (forrás: saját szerkesztés)

Osztály	ágyszám	Esetszám		
		2019	2020	2021
Belgyógyászat	46	2250	1700	1468
Geriátria	15	480	415	429
Sebészet	15	941	588	474
Reumatológia	16	316	178	94
Pszichiátria	20	369	298	289
Intenzív ellátás	5	81	172	146
Covid Belgyógyászat	84	0	120	728
Covid Intenzív	7	0	18	68
		6456	5509	5717

Ahogy a fenti ábrán láthatjuk, a tavalyi kiadások között a gyógyszerek voltak a legjelentősebbek, a költségek 45%-át adták.

Az elmúlt három év tekintetében azt mondhatjuk, hogy az esetszámok viszonylag kiegyenlítettek voltak, a 2019-es bázisúhoz képest, sőt inkább csökkentek. A kisebb 2020-21-es esetszám meglepő, ugyanis a járványhelyzet miatt jelentős mértékű növekedésre számítottam. Az ágyszámok tekintetében azonban kiemelendő, hogy a pandémia alatt az osztályok ágy száma állandó változásban volt, ugyanis a koronavírussal fertőzött betegek esetszáma határozta meg az aktuális ágy számot. Tehát az esetszámok csökkenésének hátterében az állt, hogy osztályokat zártak be a járvány idején, valamint teljesíteni kellett az országosan előírt ágy számokat a Covid betegek részére. Ez sok esetben azt jelentette, hogy kórházi ágyak álltak üresen.

6. táblázat: Az ágykihasználtság mutatója 2019 és 2021 között százalékban (forrás: saját szerkesztés)

	2019	2020	2021
Aktív fekvőbeteg osztály	55,2	28,6	24,8
Covid osztály	0	1,5	8,7

A kórház működésének hatékonyságát kiválóan szemlélteti az ágykihasználtság mutatója. Az aktív fekvőbeteg osztályokon jelentős csökkenés volt tapasztalható, a Covid osztályokon pedig értelemszerűen növekedés ment végbe. Az ágykihasználtsági mutató azonban jól szemlélteti, hogy a pandémia súlyosabb hullámai ellenére is magasabb volt az ágykihasználtság az Aktív osztályon, mint a Covid osztályon. Ennek oka lehetett, hogy a még nem igazoltan Covidos betegeket úgynevezett Covid megfigyelő osztályon ápolták, amely az aktív belgyógyászaton belül működött.

7. táblázat: Az egy esetre jutó gyógyszerköltség 2019 és 2021 között forintban (forrás: saját szerkesztés)

	2019	2020	2021
Aktív fekvőbeteg osztály	4315,2	8498,3	8946,7
Covid osztály	0	82827,0	81553,3

Az aktív fekvőbeteg osztályon közel kétszeres növekedés volt tapasztalható 2019-ről a 2020-as évre az egy esetre jutó gyógyszerköltségek esetében. Mivel a gyógyszerköltség szinte változatlan volt a vizsgált három évben, a növekedés egyértelműen az esetszámok visszaesésével magyarázható. A Covid osztály esetében drasztikusak az eredmények: az egy esetre jutó gyógyszerköltség 2020-ban és 2021-ben is meghaladta a 80 ezer forintot.

4. ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészségügy finanszírozása országos szinten problémát jelent, az úgynevezett „alulfinanszírozottság” miatt. Ennek megoldása lehet a súlyszámok forintértékének korrigálása legalább az adott évi inflációs rátával. Megoldás lehet még ha értéken finanszírozzák az egyes beavatkozásokat. Ehhez ki lehetne dolgozni egy úgynevezett betegszámlát, amely pontosan tartalmazná összeg szerint, hogy az adott beteg mekkora kiadást jelentett az adott intézménynek.

A koronavírus-járvány az egészségügy szinte minden területén éreztette inkább negatív, sem mint pozitív hatását. Érdekes azonban egy pozitív hatását kiemelni, amely a digitális egészségügy jelentős fejlődése és annak páciensek oldalán való fokozódó népszerűsége. A digitalizáció révén felgyorsult a fertőzékenység esetek azonosítása, illetve elkerülhetővé vált a távkonzultáció révén a házi orvosnál, a rendelőben és a kórházakban való megfertőződés. Az elektronikus egészségügy iránti igény jelentős növekedést mutatott az elmúlt időszakban mind a betegek, mind pedig a szolgáltatók oldalán. Az orvos és a beteg közötti távkommunikáció mindennaposá vált, így a személyes találkozások száma is visszaesett. Ezen tényezők nagyban hozzájárultak a digitális egészségügy szerepének felértékelődéséhez, illetve az e-dokumentumok széles körben való elterjedéséhez.

Az e-egészségügy népszerűségét bizonyítja, hogy a vírushelyzet alatt az EESZT-be napi szinten 33-35 ezer felhasználó jelentkezett be, a páciens adatainak orvosok általi lekérdezése a 2018-as 8,6 milliós értékről 2019-re 17,6 millióra, 2020-ra 30 millióra növekedett amellyel, hogy az e-receptek részaránya elérte a 95%-ot. Az egészségügy elektronikus szolgáltatásainak további fenntartása, valamint finanszírozásának igénye megkérdőjelezhetetlen (Állami Számvevőszék, 2022).

Ezen digitális szolgáltatások a jövőben hozzájárulhatnak a magasabb minőségű egészségügyi ellátásokhoz, ugyanis a pandémia további hullámaiban - illetve a krónikus betegségek területén is - az adatok gyűjtése, az elektronikus adatok elemzése, összehasonlítása és nyomon követése elősegíti az orvosi látogatások átláthatóságát. A tapasztalatok szerint a digitalizáció megkönnyíti a gyógyítás folyamatát, ugyanis az e-dokumentumok révén az orvosok a kezelés során több információt, kórelőzményt vehetnek figyelembe egyszerre, ezáltal pontosabb diagnózist és célzottabb kezelést felállítva.

A járványhelyzet egészségügyre gyakorolt pozitív hatásai mellett megemlíthendők annak negatív, súlyos következményei is. A pandémia a betegek ápolásában, a betegségek gyógyításában és a finanszírozásban is egyaránt problémákat okozott. Az ellátórendszer napi szintű működése mellett a vírus az egészségügyi humán erőforrás elé is számos kihívást állított. A technológiai fejlődés, a digitalizált egészségügy ellenére továbbra is kiemelt szerep tulajdonítható a humán erőforrásnak, ugyanis a szakértelmet, szaktudást, tapasztalatot és a beteg és orvos közötti személyes interakciót sem a telemedicina, sem az EESZT felülete nem tudja pótolni. Az egészségügyi ellátás fejlettségének szintje indirekt módon hatást gyakorol a munkaerőpiacra is, ebből kifolyólag nélkülözhetetlen az egészségügy hosszú távú

fenntarthatóságának biztosítása, melynek eszköze az egészségügyben dolgozók körének bővítése - de minimum megtartása -, továbbá a megfelelő informatikai háttér biztosítása.

5. IRODALOMJEGYZÉK

- Akerlof, G. (2005). The market for Lemons: Quality uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 488-500.
- Állami Számvevőszék. (2019). Elemzés az egészségügyi finanszírozásról.
- Állami Számvevőszék. (2020). Magyarország 2020.évi központi költségvetése, végrehajtásának ellenőrzése.
- Állami Számvevőszék. (2022). A COVID-19 járvány hatása az egészségügyi e-szolgáltatások fejlődésére és elterjedésére.
- Bodor, S., Bordás, I., Méreg, G., Porkoláb, L., Vízvári, L., & Weiner, J. (2002). *Az egészségügyi intézmények kontrollingjának alapjai - 2.rész.*
- Botos, K., Schlett, A., & Halmosi, P. (2015). *Államháztartástan*. Szeged.
- Emberi Erőforrások Minisztériuma. (2019). Bővülnek az elektronikus egészségügyi szolgáltatási tér adatbázisai.
- Karner, T. (2005). Gazdálkodás az egészségügyben különös tekintettel a kórházak finanszírozására.
- Kertész, B. (2021). Telemedicina trendek Magyarországon 2021-ben a Covid-19 árnyékában.
- Kochan, K. (2021. március). Felértékelte a járvány az egészségügyi felhőt. *Magyar Hírlap*.
- Kopányi, M. (2002). *Mikroökonómia*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- NEAK. (2019). Méltányossági alapon történő térítések.
- NEAK. (2020). Tájékoztató az egészségügyi szolgáltatók átlagfinanszírozásával kapcsolatosan.
- Speigelné Szabó, M. (2008). *Államháztartás rendszere*. Budapest: Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet.
- Ujvári, I. (2017). *Egészségügyi finanszírozási rendszer. Rövid összefoglaló*. Budapest.
- [www.penziranytu.hu](https://penziranytu.hu). (2022). Forrás: <https://penziranytu.hu/archivalt-pop-torzanyag/konyv/az-en-penzem/iii-akik-gazdalkodnak-%E2%80%93-szereplok-gazdasagban/az-allam/14-az-allam-penztarcaja/1-az-allami-koltsegvetes>
- Zárszámadási törvényjavaslat. (2020). *T/17188. számú törvényjavaslat Magyarország 2020. évi központi költségvetéséről szóló 2019. évi LXXI. törvény végrehajtásáról*.