

DOKTORI (Ph.D.) ÉRTEKEZÉS

HEGEDŰS MIHÁLY

Nyugat-magyarországi Egyetem
Sopron
2015

Nyugat-magyarországi Egyetem
Közgazdaságtudományi Kar
Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola

**AZ EGÉSZSÉGÜGY INTÉZMÉNYI RENDSZERÉBEN
VÉGBEMENT ÉS FOLYAMATBAN LÉVŐ INTEGRÁCIÓS
FOLYAMATOK GAZDASÁGI HATÁSAINAK ÉRTÉKELŐ
ELEMZÉSE**

Doktori (PhD) értekezés

Készítette:
Hegedűs Mihály

Témavezető:
Dr. Pataki László

Sopron
2015

**AZ EGÉSZSÉGÜGY INTÉZMÉNYI RENDSZERÉBEN VÉGBEMENT ÉS
FOLYAMATBAN LÉVŐ INTEGRÁCIÓS FOLYAMATOK GAZDASÁGI
HATÁSAINAK ÉRTÉKELŐ ELEMZÉSE**

Értekezés doktori fokozat (PhD) elnyerése érdekében

Készült a Nyugat-magyarországi Egyetem
Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola

Vállalkozás gazdaságtan és menedzsment programja keretében

Írta:

Hegedűs Mihály

Témavezető: Dr. Pataki László
Elfogadásra javaslom (igen / nem) (aláírás)

A jelölt a doktori szigorlaton 100 %-ot ért el.
Sopron, 2014. május 30.
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 értékelés nyilvános vitáján %-ot ért el.
Sopron, 2015.....
.....
a Bírálóbizottság elnöke

A doktori (PhD) oklevél minősítése:
.....
az EDHT elnöke

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék

Ábrajegyzék

Táblázatjegyzék

Rövidítések jegyzéke

1. Bevezetés	1
1.1 A téma jelentősége, aktualitása	4
1.2 A kutatás feladatai, célkitűzései	9
1.3 A kutatás hipotézisei.....	11
2. Szakirodalmi áttekintés	12
2.1 A környezeti tényezők elemzése	18
2.1.1 Az egészség és a gazdaság kapcsolata, szerepe az egészségügyi struktúra alakításában	18
2.1.2 Az esélyegyenlőség szerepe az egészségügy struktúrájának kialakításban.....	22
2.1.3 A lakosság demográfiája és epidemológiája	24
2.1.4 A haláloki struktúra és a megbetegedések hatásai az egészségügy szervezésében	30
2.1.5 A belső tényezők	35
2.1.6 Az egészségügyre fordított kiadások és a lakosság egészségi állapota közötti összefüggések vizsgálata	37
2.2 Az egészségügyi rendszer finanszírozásának kérdései, korlátai	38
2.2.1 Az állam jóléti szerepvállalása és az adósságállomány kapcsolata.....	38
2.2.2 Az adósságállomány és a szociális ellátás nemzetgazdasági ág gazdasági teljesítményének kapcsolata	44
2.2.3 Az egészségügyi rendszer finanszírozásának általános kérdései	47
2.2.3.1 Az egészségügyi kiadások változásai	49
2.2.3.2 Kórházak, kórházi ágyak száma	61
2.2.3.3 Orvosok száma	64
2.3 Az egészségügyi reformok értelmezésének kérdései	67
2.3.1 Az egészségügy reformjai nemzetközi kitekintésben.....	73
2.3.2 Egészségügyi reformtörekvések Magyarországon 2006 és 2013 között.....	74
2.3.3 A 2011-es egészségügyi reform kérdései	79

3. A kutatás tartalma, módszere, indoklása, korlátai	85
3.1 A kutatás alapját képező adatforrások	87
3.1.1 Hazai és nemzetközi internetes adatbázisok.....	87
3.1.2 Az egészségügyi szolgáltatók beszámolóí.....	87
3.1.3 A mélyinterjú alkalmazása az integráció végrehajtásában közreműködők véleményének megismerésére	89
3.1.4 Az egészségügyi integráció hatásaira vonatkozó társadalmi vélemények kérdőíves kutatása.....	90
3.2 A kutatás során alkalmazott módszerek	91
3.2.1 A mutatószámok és a csőd-előjelzési modellek alkalmazása	91
3.2.2 A kórházi beszámolók feldolgozása mutatószámokon alapuló korrelációs számítással, faktoranalízissel és klaszterelemzéssel	94
3.2.3 Klaszterek vizsgálata varianciaanalízis alapján.....	96
3.2.4 Az adósságállomány elemzése ARIMA modell alapján	97
3.2.5 A kutatási kérdőív feldolgozása	99
3.3 Az elemzés korlátai	100
4. A kutatás eredményei	101
4.1 A 2012-es kórházi intézményi beszámolók adatai alapján végzett faktor- és klaszteranalízis eredményei.....	101
4.2 A 2013-as kórházi intézményi beszámolók adatai alapján végzett faktor-, és klaszteranalízis eredményei.....	107
4.3 Klaszterek vizsgálata varianciaanalízis alkalmazásával.....	113
4.4 A Q Humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat éves kibocsátása és az egyes kórházak nettó adósságállományának korrelációja, ARIMA modell.....	115
4.5 Esettanulmány	120
4.6 Csődmodell vizsgálat.....	130
4.7 A kérdőíves kutatás eredményei.....	133
4.8 A hipotézisek értékelése	148
4.8.1 A kutatási hipotézisek összegzése	148
4.8.2 Az új és újszerű tudományos eredmények összefoglalása	150
5. Következtetések, javaslatok.....	154
5.1 Következtetések.....	154
5.2 Javaslatok	157
5.3 Az eredmények hasznosíthatósága és jövőbeli kutatási irányok.....	160
6. Összefoglalás	161

7. Summary.....	163
Irodalomjegyzék.....	165
Melléklet.....	185
Mélyinterjú forgatókönyve.....	201
Mélyinterjú kódlista.....	202
Kérdőív.....	203
Függelék.....	233
Köszönetnyilvánítás.....	269
Nyilatkozat.....	270

Ábrajegyzék

1. ábra: Az egészség és a gazdaság kapcsolata.....	18
2. ábra: Az egészség és a gazdaság közötti szoros kapcsolat és kölcsönhatás	19
3. ábra: Nyers halálozási és születési arányok 2012-ben	25
4. ábra: Magyarországi népességére vonatkozó adatok 2007-2013	25
5. ábra: Születéskor várható élettartama 2007-2013	27
6. ábra: A férfiak és nők várható élettartamának alakulása Magyarországon.....	28
7. ábra: Magyarország lakosságának megoszlása nem és korcsoportok szerint 2013-ban .	28
8. ábra: Halálozási okok megoszlása Magyarországon 2013-ban.....	33
9. ábra: Államháztartási hiány Magyarországon a GDP százalékában	40
10. ábra: Magyar államháztartás bruttó adóssága a GDP százalékában.....	41
11. ábra: Az államháztartási szektor konszolidált bruttó államadóssága a GDP százalékában	41
12. ábra: Az államháztartási szektor konszolidált nettó hitelfelvétele a GDP százalékában	42
13. ábra: A humán-egészségügy és szociális ellátás nemzetgazdasági ág kibocsátása.....	45
14. ábra: Az egészségügyi közkiadások meghatározása	47
15. ábra: Egészségügyi összkiadások GDP-hez viszonyított arányának változásai.....	49
16. ábra: GDP-hez viszonyított egészségügyi kiadások megoszlása a magán és az állami szektor között 2012-ben.....	51
17. ábra: Egy főre jutó összes egészségügyi kiadás 2013 (dollár)	52
18. ábra: A biztosítottak átlagos száma 2005-2013 között.....	55
19. ábra: Az OEP finanszírozás és a költségváltozások	60
20. ábra: Ezer főre jutó kórházi ágyak száma.....	62
21. ábra: Orvosok száma	64
22. ábra: Orvosok számának alakulása az EU 28 országában.....	65
23. ábra: A kórházak körében kialakított klaszterek az Eladósodottság és a Likviditás faktorváltozók alapján 2012-ben	105
24. ábra: A kórházak körében kialakított klaszterek a Likviditás és a Tőkeerősség faktorváltozók alapján	110
25. ábra: A kórházak körében kialakított klaszterek az Likviditás és az Adósság faktorváltozók alapján 2013-ban	110
26. ábra: A kórházak körében kialakított klaszterek a Tőkeerősség és az Adósság faktorváltozók alapján 2013-ban	111

27. ábra: A kórházak körében kialakított klaszterek a Likviditás a Tőkeerősség és az Adósság faktorváltozók alapján 2013-ban	111
28. ábra: A kórházak negyedéves adósságállományának alakulása	117
29. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ pénzeszközeinek változása 2007-2013 között	121
30. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ eszköz és forrás arányának változása 2007-2013 között.....	122
31. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ likviditási rátáinak változása 2007-2013 között	125
32. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ forgótőke arányának változása 2007-2013 között.....	126
33. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ nettó forgótőke változása 2007-2013 között	126
34. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ nettó szállítói állománya és nettó kötelezettség állomány összegének változása 2007-2013 között.....	127
35. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ eladósodottságának aránya a dologi kiadáshoz és az összes kiadáshoz viszonyítva 2007-2013 között	128
36. ábra: A kérdőívre válaszolók életkor szerinti megoszlása.....	133
37. ábra: A kérdőívre válaszolók iskolai végzettségének megoszlása	134
38. ábra: A kérdőívre válaszolók munkaterületének szakág szerinti megoszlása	135
39. ábra: A kérdőívet kitöltők munkahelyének elhelyezkedése régiók szerint	135
40. ábra: Hálapénz adási megoszlás	137
41. ábra: Egészségügyi dolgozók szaktudásával való megelégedettség megoszlása	140
42. ábra: Egészségügyi intézmény választásának döntő szempontjai	142
43. ábra: Elégedettségi vizsgálat 1	143
44. ábra: Elégedettségi vizsgálat 2	143
45. ábra: Változtatásra szoruló egészségügyi területek.....	144
46. ábra: Az egészségügy jelenős problémája	146
47. ábra: Az egészségi állapot egyenlőtlenségeit befolyásoló tényezők	234

Táblázatjegyzék

1. táblázat: Tudományos keresőszolgálat adatai az egészségügyi szakcikkre vonatkozóan	16
2. táblázat: Gyakori halálokok.....	32
3. táblázat: Kormányzati kiadások a GDP százalékában.....	56
4. táblázat: Az Egészségbiztosítási Alap egyenlege 2007-2013 között.....	58
5. táblázat: Kórházi ágyak számának változása.....	77
6. táblázat: Aktív és krónikus szerkezet a központi régióban.....	81
7. táblázat: A kutatás logikai menete.....	85
8. táblázat: A struktúravizsgáló módszerek egy részének összefoglalása.....	94
9. táblázat: A korrelációs együttható lehetséges értékei.....	95
10. táblázat: A kórházak 2012. évi beszámoló adataiból képzett egyes mutatószámok középértékei és azok eltérései.....	101
11. táblázat: A 2012-es beszámoló adataiból képzett mutatók korrelációja	103
12. táblázat: A 2012-es beszámoló adataiból képzett mutatók faktoranalízis.....	104
13. táblázat: A kórházak 2013. évi beszámoló adataiból képzett egyes mutatószámok középértékei és azok eltérései.....	107
14. táblázat: A 2013-as beszámoló adataiból képzett mutatók faktoranalízis.....	109
15. táblázat: A varianciaanalízis eredményeként adódó szignifikancia szintek.....	113
16. táblázat: A kórházak nettó adósságállományának és a Q Humán-egészségügyi és szociális ellátás ág parciális korrelációs együtthatói a 2007-2013 közti időszakra.....	115
17. táblázat: A negyedéves felosztáshoz használt lineáris regresszió adatai.....	116
18. táblázat: Az ARIMA modellek adatai	118
19. táblázat: A Péterfy Sándor utcai Kórház – Rendelőintézet és Baleseti Központ 2007-2013 évi eszközeinek összehasonlítása	120
20. táblázat: A Péterfy Sándor utcai Kórház – Rendelőintézet és Baleseti Központ 2007-2013 évi forrásainak összehasonlítása.....	123
21. táblázat: Comerford analízis.....	130
22. táblázat: Virág Miklós féle modell	131
23. táblázat: A kanonikus diszkriminancia - Ékes féle modell.....	131
24. táblázat: Miben bízunk jobban?	136
25. táblázat: Miben bízunk Chi-Square teszt.....	137
26. táblázat: Mely területen dolgozik?	138
27. táblázat: A hálapénz következményeként javult-e az Ön egészségügyi ellátása?.....	138
28. táblázat: Adott-e Ön az elmúlt 5 évben hálapénzt egészségügyi dolgozónak?	139

29. táblázat: Hálapénz Chi-Square Teszt.....	139
30. táblázat: Vállalnák-e újra a vizitdíj fizetésének kötelezettségét?	139
31. táblázat: Egy adott betegséggel kapcsolatban kinek/minek a tanácsát fogadja meg hamarabb?.....	140
32. táblázat: Megfogadja orvosa tanácsát?	141
33. táblázat: Megfogadja orvosa tanácsát Chi-Square Teszt.....	141
34. táblázat: Az egészségügy jelentős problémájaként a három felkínált válasz közül, melyiket gondolják leginkább relevánsnak?.....	146
M 35. táblázat: Az egészségi állapot és a gazdasági teljesítmény számszerű összefüggései	185
M 36. táblázat: Népeség, Népmozgalom	185
M 37. táblázat: Az egészségügyi hozzájárulás mértéke 2006-2013 között (%-ban).....	186
M 38. táblázat: A fizetendő járulékok megoszlása 2005-2013 között	187
M 39. táblázat: Az egészségügyi szolgáltatási járulék összege 2006-2013 között	188
M 40. táblázat: Az egészségügyben dolgozó orvosok száma és a működő kórházi ágyak száma	189
M 41. táblázat: Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak száma korcsoportos bontásban 2013. év végén.....	189
M 42. táblázat: A gyógyító-megelőző ellátások finanszírozási adatai szakfeladatonként	190
M 43. táblázat: Egészségbiztosítási Alap kiadásainak alakulása a bruttó hazai termék (GDP) százalékában	191
M 44. táblázat: Az Egészségbiztosítási Alap bevételei	192
M 45. táblázat: Az Egészségügyi alap kiadásai.....	193
M 46. táblázat: Gyógyszer és gyógyászati segédeszközök támogatására fordított kiadások	193
M 47. táblázat: Gyógyszer társadalombiztosítási támogatásának főkönyvi adatai	194
M 48. táblázat: Járó-beteg szakellátás, összefoglaló adatok	195
M 49. táblázat: Fekvőbeteg-gyógyintézetek finanszírozása, összefoglaló adatok	195
M 50. táblázat: Az aktív és a krónikus ellátás finanszírozási összegei	196
M 51. táblázat: Az integrációban részt vett kórházak	197
M 52. táblázat: Anova regresszió faktoranalízis 2011	210
M 53. táblázat: Anova regresszió faktoranalízis 2012	210
M 54. táblázat: Anova regresszió faktoranalízis 2013	210
M 55. táblázat: Anova mutatószámok 2011	211
M 56. táblázat: Anova mutatószámok 2012	212

M 57. táblázat: Anova mutatószámok 2013	213
M 58. táblázat: Arima koefficiens	214
M 59. táblázat: Arima korreláció.....	214
M 60. táblázat: Comerford analízis képlete.....	215
M 61. táblázat: Virág Miklós féle modell képlete	215
M 62. táblázat: Ékes féle modell képlete.....	215
M 63. táblázat: Ön szerint szükség van-e az egészségügy átalakítására?	216
M 64. táblázat: Kitöltő.....	216
M 65. táblázat: Neme.....	216
M 66. táblázat: Hány éves Ön?.....	216
M 67. táblázat: Legmagasabb iskolai végzettsége?.....	217
M 68. táblázat: Mely területen dolgozik?.....	217
M 69. táblázat: Mi a munkahelyének földrajzi elhelyezkedése, régiók szerint?.....	217
M 70. táblázat: A cég ahol dolgozik kis és középvállalkozási szektor besorolása szerint melyikbe tartozik?	218
M 71. táblázat: Átlagosan mennyi idő alatt jut el kórházba?	218
M 72. táblázat: Mi a tapasztalata mennyi az átlagos műtéti várakozási idő?.....	218
M 73. táblázat: Mi a tapasztalata a járó-beteg ellátás (kórházi vizsgálatok) során a várakozási időről? Mennyi idő telik el mire az első vizsgálatra behívják?.....	219
M 74. táblázat: Miben bízik jobban?.....	219
M 75. táblázat: Adott-e Ön az elmúlt 5 évben hálapénzt egészségügyi dolgozónak?.....	219
M 76. táblázat: A hálapénz következményeként javult-e az Ön egészségügyi ellátása? ..	219
M 77. táblázat: Fizetne-e vizitdíjat az állami egészségügyi intézményekben a jobb egészségügyi ellátás érdekében?	220
M 78. táblázat: Elegendőnek tartja az orvosok és az ápolók jövedelmét Magyarországon?	220
M 79. táblázat: Elegendőnek tartja-e az orvosok számát?.....	220
M 80. táblázat: Elegendőnek tartja-e az ápolók számát?.....	220
M 81. táblázat: Elégedett-e az egészségügyi intézményekben dolgozók szaktudásával?.	221
M 82. táblázat: Bizalommal fordul orvosához?.....	221
M 83. táblázat: Megfogadja orvosa tanácsait?	222
M 84. táblázat: Egy adott betegséggel kapcsolatban kinek/minek a tanácsát fogadja meg hamarabb?.....	222
M 85. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek az intézmény távolsága a lakóhelyétől?	222

M 86. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek az ellátás szakmai színvonala, felszereltsége, diagnosztikai lehetőségek?	222
M 87. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek a referencia?	223
M 88. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek az ellátás helyének komfortossága?	223
M 89. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek a szolgáltatásokért fizetendő összeg?	223
M 90. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek a hálapénz szükségessége?	224
M 91. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek az orvosok, nővérek iránt érzett szimpátia?	224
M 92. táblázat: Mit tapasztalt, csökkent-e a kórházakban, orvosi rendelőkben a várakozási idő?	224
M 93. táblázat: Tapasztalta-e, hogy az egészségügyi intézményekben kevesebb lett az adminisztrációs folyamat?	225
M 94. táblázat: Elégedett-e az egészségügyi intézmények komfortosságával, tisztaságával?	226
M 95. táblázat: Elégedett-e a várakozási idővel?	226
M 96. táblázat: Elégedett-e a kezelő orvosával való személyes kapcsolatával és az általa nyújtott orvosi kezeléssel?	227
M 97. táblázat: Elégedett-e az ápolók és az asszisztensek munkájával?	227
M 98. táblázat: Összességében mennyire elégedett a magyar egészségüggyel?	228
M 99. táblázat: Ön szerint mi az egészségügy legjelentősebb problémája? – Statisztika. 228	
M 100. táblázat: Ön szerint mi az egészségügy legjelentősebb problémája? – Egyenlőtlen hozzáférés	228
M 101. táblázat: Ön szerint mi az egészségügy legjelentősebb problémája? – Szűkös kapacitások	228
M 102. táblázat: Ön szerint mi az egészségügy legjelentősebb problémája? – Alacsony finanszírozás	229
M 103. táblázat: A Péterfy Sándor utcai Kórház – Rendelőintézet és Baleseti Központ 2007-2013-as mutatószámainak összehasonlítása	229
M 104. táblázat: A Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet 2007-2013-as mutatószámainak összehasonlítása	230

M 105. táblázat: A Szent János Kórház és Észak-budai egyesített Kórházak 2007-2013-as mutatószámainak összehasonlítása.....	231
M 106. táblázat: A Szent Imre Kórház 2007-2013-as mutatószámainak összehasonlítása	232
F 107. táblázat: Az egyes nemzetgazdasági ágazatokban foglalkoztatottak	236
F 108. táblázat: A közszférában foglalkoztatottak teljes foglalkoztatottak létszámhoz viszonyított aránya (2006-2013).....	237
F 109. táblázat: A Bismarcki modell előnyei és hátrányai	248
F 110. táblázat: A Beveridge modell előnyei és hátrányai	249
F 111. táblázat: A Szemaskó modell előnyei és hátrányai	249
F 112. táblázat: Szabadpiaci modell előnyei és hátrányai	250
F 113. táblázat: „Out Of Pocket” modell előnyei és hátrányai.....	251
F 114. táblázat: Az integráció során (2006-2013) alkalmazott törvények és rendelkezések	268

Rövidítések jegyzéke

ÁEK	Állami Egészségügyi Központ
Áhsz.	Államháztartás szervezetei beszámolási és könyvvezetési kötelezettségének sajátosságairól szóló rendelet
Áht.	Államháztartásról szóló törvény
AMI	akut miokardiális infarktus
Ávr.	Államháztartásról szóló törvény végrehajtásáról szóló rendelet
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes - National Health Insurance Fund of Independents Professions - Nemzeti Egészségbiztosítási Alap az önálló vállalkozók részére
CCG	Clinical Commissioning Group - klinikai szolgáltatás vásárló csoportok
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés - National Health Insurance Fund for Salaried Workers - Nemzeti Egészségbiztosítási Alap a kereskedelemben és az iparban dolgozók részére
COFOG	Classification of the Functions of Government
DRG modell	Diagnosis-Related Groups - Homogén betegségcsoportok
EMTI	Egészségügyi Minőségbiztosítási és Transzparencia Intézet
ESKI	Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet
ETI	Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet
EU-OSHA	Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség
FSN	Fond Sanita Nazionale - Italian National Health Fund – Olasz Nemzeti Egészségügyi Alap
EHCI	Euro Health Consumer Index – Európai Egészségügyi Fogyasztói Index
GP	general practitioner - házi orvosi praxisok
Gt.	Gazdasági társaság
HBCS	Homogén Betegség Csoportok: a DRGs osztályozási rendszer magyar fejlesztésű verziójának megnevezése

KGR	Költségvetési Gazdálkodási Rendszer
LTC	long-term care – hosszú távú gondozás
MSA	Mutualité Sociale Agricole – Mezőgazdaságban dolgozók egészségbiztosítási fedezete
NFZ	Narodowego Fundusz Zdrowia - National Health Fund - Országos Egészségbiztosítási Pénztár
NICE	National Institute for Health and Care Excellence - Nemzeti Egészségügyi és Ellátó Intézmény
NHS-rendszer	National Health Service (NHS England)- Nemzeti Egészségügyi Rendszer
NPSA	National Patient Safety Agency – Nemzeti Betegbiztonsági Hivatal
OBSI	Országos Baleseti és Sebészeti Intézet
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development - Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OGYI	Országos Gyógyszerészeti Intézet
OLEF	Országos Egészségfejlesztési Intézet
OPNI	Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit – Osztrák Egészségügyi Strukturális Terv
PCT	Primary Care Trust - alapellátási trösztök
PKK	Puha költségvetési korlát (Soft budget constraint)
SSN	Servizio Sanitario Nazionale – National Health Care System - Nemzeti Egészségügyi Rendszer
TVK	Teljesítmény-volumen korlát
UNFPA	United Nations Population Fund
USA	United States of America – Amerikai Egyesült Államok
WHO	World Health Organization – Egészségügyi Világszervezet

1. Bevezetés

A jóléti államok elkötelezettek polgáraik anyagi és szellemi „jól-léte” iránt és ennek érdekében aktívan beavatkoznak a gazdasági folyamatokba. (Szabó, 2000)

A jóléti gazdaságot építő országoknak egyre nagyobb gondot jelent a nagy ellátó rendszerek működtetése, ugyanakkor a társadalmi igények, a gazdasági lehetőségek, a vágyak és realitások eltérő szempontjai ambivalensen feszülnek egymásnak. (Fekete, 2005) Egy ország lakosságának állapotát, versenyképességét a társadalmi tényezők jelentős mértékben befolyásolják, a gazdasági teljesítményre globális indikátorként hatnak vissza, ezért az egészség és a gazdaság kapcsolata egymást erősítő-gyengítő folyamatként ötvöződnek. (Ádány, 2010) A jóléti funkciók közül az egészségügynek több szempontból is megkülönböztetett szerepe, jelentősége van az ellátó rendszerek között¹, közvetett és kimutathatóak közvetlen hatásai a morbiditási és mortalitási adatok tekintetében.

Az egészségügyi alrendszer működtetése finanszírozási, gazdasági, társadalmi, szociális és politikai kérdés, amely ezer szálon kötődik a többi alrendszer működéséhez, befolyásolva annak működését, stabilitását.

„Az egészségügy, mint kiemelt szakpolitika, a politikai döntéshozatalt jelentősen befolyásolja, alternatívát és várható politikai előnyök rendszerét kell felmutassa, hogy a rivális szakpolitikákkal szemben preferált helyzetbe kerüljön.” (Bodrogi, 2010)

Az egészségügyi rendszerek teljesítménye és kiadásai az állandó társadalmi és politikai érdeklődés² középpontjába kerültek, bonyolult nagyüzemként próbálnak megfelelni a gazdasági kihívásnak a betegellátás folyamatosan növekvő igényeinek.

A globalizáció, a társadalmi fejlődés magával hozta az egészségügy technikai, technológiai változását, amelynek szükségszerű következménye az egészségügyi rendszerek átalakításának igénye, a változásokra történő gyors reagálási képesség megteremtése, a finanszírozási és hatékonysági kérdések újragondolása.

A jóléti társadalom fejlődésének általános problémája, hogy meglévő erőforrásaival könnyelműen bánik, a tudomány és a technikai fejlődés ellenére a világ sok országában az egészségügy pazarlóan, egyre romló színvonalon működik.

¹ Forgács-Vallyon (2003) szerint az egészségügy működése átlagosan a GDP 10%-át emészti fel, amelynek 65-70%-a közpénz. Gottret - Schieber (2006) kutatása azt igazolja, hogy 2002-ben az egészségügyre fordított kiadások a világ GDP-jének kb. 10%-át tették ki.

² Kornai (2014) szerint „A kormányzó politikai erők költségvetési kiadásokkal óhajtanak népszerűséget (és ha a politika szférában szerepet játszik a választáson kapott szavazatok száma, akkor szavazatokat) szerezni.”

Az állami beavatkozás és újraelosztás mértéke szorosan kapcsolódik a politikához, amely a társadalmi felelősség, szolidaritás, méltányosság kérdéseinek mérlegelésével dönt a jóléti funkciókra szánt kiadások mértékéről, az elosztások szintjeiről.

„A napjainkra egyre nehezebben fenntartható jóléti államoknak az egészségügyi kiadások gyors növekedésével kell számolniuk. Mindez jelentős nyomást gyakorol a fejlett országok közpénzből finanszírozott egészségügyi költségvetéseire.” (Nagy, 2009)

Az egészségügyi rendszerek átalakítására, a strukturális problémák kiküszöbölésére - országonként eltérő modellekben - számos kísérlet született³, a tervezett modell kidolgozása, végrehajtása azonban már az alkotás pillanatában rendszerint a sokféle érdekelágazás miatt akadályba ütközött.

Az egészségügyi modellalkotás alapproblémája az eltérő társadalmi, tulajdonosi, gazdasági, környezeti, orvos-szakmai, rendszer- és szemléletbeli szerkezet, ezért a megoldások, az átalakítás nehézségei többnyire az érdekek ütközéséből, eltérő szemléletmódból eredeztethetőek.⁴

Mikola (1995) vélekedése szerint a feszültségek az orvos-szakmailag lehetséges, gazdaságilag megengedhető, hatékony, finanszírozható, kellő szabadságfokú, az ellátás átalakításában az egységes, magas minőségű szolgáltatási színvonalú betegközpontú ellátás konfliktusaiként jelentkeznek.⁵

Gaál (2007) ugyanakkor úgy véli: a magyar egészségügyi rendszer alapproblémái a szocializmus örökségéből, rossz intézményi és ellátási struktúrából és a működési anomáliákból eredeztethetőek.

A disszertáció vizsgálatainak is az egyik kiindulópontja az egészségügyi szolgáltatók infrastrukturális és szervezeti öröksége, beidegződött környezeti elemek, amelyek hatékonyságcsökkentő szerepe a beszámolók elemzése során eredménycsökkentő tételként jelentkezik.

³ Halasi (2009) szerint „Az államelméleti vita katalizátora az amerikai egészségügyi rendszer problémáira kínált terápiaik körül kialakult szakpolitikai harc. Az amerikai egészségbiztosítási modell komoly válságban van, abban az egészségügyi biztosítók és szolgáltatók lobbiját leszámítva minden politikai szereplő egyetért, hogy az ellátórendszer átalakítása elkerülhetetlen. A reform kívánatos módjával kapcsolatban azonban már erősen megosztott a társadalom, egyetértés csupán abban érhető tetten, hogy valamit tenni kell.”

⁴ Karner (2005) szerint „Az egészségügy a gazdaság speciális területe, piaci elégtelenségekhez vezető sajátosságokat hordoz magában, információs aszimmetria jellemzi, politikai és extern hatások, egészségügyi lobby befolyásolja.”

⁵ Ajkay - Kullman szerk. (1995) A magyar Kórházügy című könyvhöz Mikola István által írt bevezetője.

Bácsy (2006) kutatása szerint a jelenleg Magyarországon működő egészségügyi ellátórendszer alapelveit és elemeit tekintve alapvetően beillik az európai rendszerek közé, egyelőre működik, de teljesítőképességének határán van, és működése, változatlan feltételek mellett, a továbbiakban nem fenntartható.

Az egyes országok gazdaságai, azok teherbíró képessége, az egészségügyre fordítható források szűkössége, a társadalom tagjainak életmódja, identitása meghatározhatja a kiútkeresés irányát.

A széleskörű beavatkozási eszközökkel is rendelkező tulajdonosi és menedzsment struktúra⁶ kialakítása mellett szükséges az egészségügy hatékony működési feltételeinek kialakítása, a környezeti tényezők változásainak figyelembevétele, a saját bevételi források keresése, nemzetgazdasági szinten pedig az egészségügyre fordítandó kiadások optimális, lehetőleg a GDP-vel arányos fokozott növelése.

A szociális és gazdasági körülmények bár javultak az egyes országokban, az eltérő társadalmi rétegek életkörülményeiben az egyenlőtlenségek továbbra is fennmaradtak.

A mai magyar egészségügyi szolgáltató rendszernek jelentős kihívásokkal kell szembenéznie, mert a társadalom egyrészt elvárja a szolgáltatási szint növelését, másrészt, az egészségügyre, mint szociális védőhálóra tekint, a mindenkori kormányzat pedig a szűkös költségvetési források miatt az egészségügyre fordítandó összegek nominális mértékben történő szinten tartásában, csökkentésében érdekelt.

Az egészségügyre fordított kiadások mértéke és minősége, felhasználása jelentős hatást gyakorol a szociális ellátásra, a foglalkoztatásra, a társadalmi és gazdasági fejlődésre, ezért az egészségügy reformjai a gazdaság egészére kihatnak. (Hegedüs-Pataki, 2013a)

A disszertáció a Magyarországon 2007-2013 között az egészségügyi szolgáltatók körében végbement, illetve a jelenleg is folyamatban lévő integráció folyamatát, azok hatásait vizsgálja az egészségügyi ágazat hazai és nemzetközi környezeti feltételeinek, folyamatainak áttekintése mellett.

A témaválasztást a szerző személyes indíttatása - részt vett az egyes integrációs folyamatok végrehajtásában, a kórházak működését vizsgáló egyes auditálási eljárásokban -, valamint e jelentős társadalmi probléma vizsgálati lehetősége indukálta.

⁶ Ez a gondolat általános értelemben vett kíváncsóság. A magyarországi struktúra miatt lényegében sem a tulajdonosnak, sem a menedzsmentnek forrás hiányában nincs eszköze, azt többnyire a politika dönti és a forrást kiutaló dönti el (kasszasöprés, konszolidációs támogatás, miniszteri keret).

1.1 A téma jelentősége, aktualitása

Az egészségügy helyzete továbbra is az egyik legsürgetőbben megoldandó társadalmi-gazdasági kérdésként jelentkezik a földrész szinte valamennyi országában.

„A kilencvenes évek elejére jól láthatóvá vált, hogy a második világháború után intézményesült jóléti rendszerek finanszírozása egyre inkább megoldhatatlan feladat elé állítja a fejlett országokat.” (Forgács, 2004)

A népesség elöregedése, valamint az egészségügy innovatív fejlődése miatt az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet folyamatosan növekszik. Az ellátásban tapasztalható technikai, technológiai fejlődés a meglévőnél magas képzettségi szintet tesz szükségessé a humán-erőforrások tekintetében, egyúttal átformálja az egészségügy működésének valamennyi szegmensét. Mindez, és a lakosság részéről jelentkező fokozott elvárások egyaránt növelik az egészségügyi kiadásokat, miközben az egyes országokban államháztartás deficitje az egészségügyi kiadások csökkentésére ösztönöznek. (Mossialos et al, 2002)

Az egészségügy kiadásai az egészségtudatos életmód kialakításával, a gyógyszerfogyasztás csökkentésével mérsékelhetőek.

Magyarország népességének általános egészségi állapota, egészségtudatos magatartása elmarad az ország gazdasági fejlettségével arányos szintjétől. (Józan, 1995)

A rendszerváltást követően, nemzetközi tendenciáktól eltérően, hazánkban jelentősen növekedett az idő előtti egészségromlás, a halálozási arány, **„a mentális zavarok, az önkárosító magatartásformák”** (Kopp, 2010), növekedett a fiatal rokkantnyugdíjasok száma. Ezek a gazdasági növekedést hátráltató tényezők egyre erőteljesebben jelentkeznek. Jelen disszertáció megállapításai szerint az egészségügyi szolgáltató intézmények munkáltatóként, vevőként, humán-erőforrás alakítóként, aktív és elfekvő beteggyógyítóként jelentős hatással vannak az ország (adott térség) hosszú távú gazdasági teljesítményére (fejlődésére), miközben a gazdasági tényezők milyensége önmagában is jelentős mértékben befolyásolja az adott térség lakosságának egészségi állapotát.

Az egészségügy reformja kihat az egész gazdaság működésére, hatásait tekintve egyúttal globalizációs kérdéssé is válik, ezért, úgy vélem, fontos valamennyi folyamatot nemzetközi összehasonlításban vizsgálni.

A globalizáció gazdasági folyamatként történő értékelését napjainkra felváltotta a globalizáció átfogó, komplex jelenségként történő olyan értelmezése, amely hatással van a világ egészségügyi szektoraira, a lakosság egészségi állapotára.

Woodward és munkatársai (2001) *Globalization and health* című tanulmányukban közvetlen és közvetett kapcsolatot állapítanak meg az egészség és a globalizáció között.

Ezen kutatás kapcsán 5 kulcsfontosságú kapcsolatot⁷ emelnek ki, amelyek a nemzetközi gazdaságon keresztül fejtik ki hatásukat. A közvetlen hatások közé sorolják az egészségügyi rendszereket és a politikát (például a WTO szerződés - GATS), valamint a nemzetközi piacokat (WTO szerződés - TRIPS) közvetlenül érintő eseményeket; továbbá a lakosság egészségét befolyásoló tényezőket (pl. a határokon át terjedő fertőző betegségek és a dohány marketingje). A második kategóriába tartoznak azok a hatások, amelyek a nemzetközi gazdaságon keresztül fejtik ki hatásukat az egészségügyi szektorban (pl. a kereskedelem liberalizációja és az állami egészségügy rendelkezésre álló forrásainak pénzmozgásai az egészségügy területén) továbbá a lakossági kockázatok (különösen a táplálkozás és a háztartások jövedelméből következő körülmények).

A WHO (2014) szerint a globalizáció nem csak a fertőző betegségek könnyebb terjedését tette lehetővé, hanem a kommunikációs eszközök rohamos fejlődésével lehetőséget teremtett arra is, hogy az illetékes hatóságok könnyebben értesíthessék egymást szükség esetén (például egy járvány kitörésekor), továbbá az országok között is elérhetővé vált a szélesebb körű információátadás az egészségügyi problémákról.

„Egyes országok, különösen a fejlődő országok magukhoz tudják vonzani a pácienseket azzal, hogy magas színvonalú egészségügyi ellátást nyújtanak alacsonyabb áron, mint ami a beteg saját hazájában rendelkezésre áll.” (Segouin, 2005)

Az egészségügy globalizálódása az új technológiai eljárások, medicinák rendszerbe kerülése mellett az orvosok, egyéb szakdolgozók nemzetközi munkaerő-vándorlását, az egyes válságot okozó tényezők egészségügyben történő megjelenését is okozza.

Az egészségügy sokadik válságát éli (Zsarnay, 2009), ami miatt különösen fontos az egészségügyi rendszer sajátosságainak elemzése, a szűkösen rendelkezésre álló erőforrások allokációjának nézőpontjából. (Orosz, 2011)

Orosz (2010) véleménye szerint „a magyar egészségügy válsága összefonódik az ország gazdasági, társadalmi és politikai válságával”. Magyarország fejlett országokkal szembeni gazdasági fejlődésében, társadalmi jólétben meglévő hátrányai jelentősen nem csökkentek, ezért (is) egy reális helyzetelemzésen alapuló „ciklusokon átívelő egészségpolitikai stratégiára lenne szükség”.

⁷ Három közvetlen és kettő közvetett hatás.

Az egészségügy strukturális problémáinak megoldását, az egészségügyre fordítandó közkiadások szűkös mértéke, az orvos- és nővérhiány, a korszerűtlen, elhasználódott eszközpark jelentősen befolyásolja, ezért a jelentkező problémák megoldása nem egyszerűsíthető le a centralizált, decentralizált egészségügy megoldandó kérdéskörére, érinti az úgynevezett jóléti javak (merit goods) mellett a gazdasági kiadások más területeit, s hatással van az állam stabilizációs lehetőségeire is.

Vizi és Bácsy (1998) azon megállapítása, amely szerint „világszerte válságjelenségek észlelhetők az egészségügy finanszírozásában, s ezek természetesen annál súlyosabban nehezednek a társadalomra, minél kisebb egy ország gazdasági prosperitása” ma is érvényes.

A disszertáció álláspontja szerint, bár a gazdaság mindenkori állapota határozza meg az egészségpolitika tényleges mozgásterét, az nem indokolhatja a gyakori irányváltást, a korábbi intézkedésekkel ellentétes intézkedések végrehajtását, amely ma (és az elmúlt 25 évben) a magyar egészségügyet jellemzi.

A szerző egyetért Orosszal (2000) abban, hogy a magyar egészségügy 1990–2000 közötti átalakítása számos ellentmondással terhelten, tudatos és spontán folyamatok eredőjeként zajlott le, a végbement változások a korábbi évtizedekből örökölt tendenciákat jelentősen nem változtatták meg, és így továbbra is jelentős az elmaradásunk a fejlett országoktól.

Az adó- és számviteli törvények gyakori módosításaihoz hasonló az egészségügyben tapasztalható gyakori irányváltás (Hegedűs, 2013a), amely egyúttal eredője is a jelenlegi egészségügyben tapasztalható eladósodottsági folyamatnak.

Jelen disszertáció értelmezésében a struktúra kialakítása és a reform megvalósítása egyet kell, hogy jelentsen egy elfogadott elképzelés olyan hosszú távú megvalósításával, amelyben az egészségügyben felhalmozott tőkét, intézményrendszerét és a humán erőforrást összehangolják, s amelyhez a stabil szabályzó környezet mellett az állam biztosítja a szükséges forrásokat is. A jogalkotó és a szakmai irányító világosan megfogalmazza a célt, biztosítja és rendelkezésre bocsátja a végrehajtáshoz szükséges eszközöket, erőforrásokat.

Lantos (2010) szerint az egészségügyi rendszer átalakítása során az államtól elvárható, hogy „gyakorlatban is alkalmazható, legalább egy éven belül nem változó szabályrendszer” alakuljon ki, a politika befolyásolása nélkül.

Magyarországra – a rendszerváltás óta – különösen jellemző a gyakori irányváltás, amely az adótörvényekben és az állam, valamint a magánoldal egészségügyi szektorban történő szerepvállalásában, a finanszírozási és ellátási kérdések megegyezésében egyaránt jelen van.⁸

A válságot megelőző időszakban az ország gazdasági teljesítményének csökkenése, az egészségbiztosítási alap önfinanszírozó jellegének kialakítása, újabb finanszírozási források keresése az egészségügyi ellátórendszer továbbfejlesztését, átalakításának újbóli szükségszerűségét kényszerítette ki (Hegedűs, 2014), amely továbbra is küzd „az orvosilag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető” (Baráth, 2011) problémakörrel.

Az 1990–2007-es időszak részleges (egyres tételeiben jellemzően rövid távú) reformjait a 2008-ban kezdődő gazdasági válság hatására a központi szabályozás markánsabb megjelenítését, az „egynemű” állami tulajdonosi struktúra kialakítását – mint lehetséges, szükségszerű alternatívát,– a prioritások átgondolását, az egészségügy szolgáltatási struktúrájának, finanszírozási rendjének átalakítását tűzte ki célul. (Hegedűs, 2013b)

Mihályi (2008) szerint az állam rendszerint deviáns módon viselkedik, s így a probléma egyik okozójává is válik azzal, hogy az ország fejlettségéhez képest túl sokat költ (többet, mint bevétele), amely fenntarthatatlan modellt eredményez⁹, s amely miatt a stratégiai tervek nem hajthatók végre.

Gilly (2007) véleménye szerint a hazai egészségügy hatásvizsgálata, külföldi tapasztalatokra épülő fejlesztése, reformja nem halasztható, de számos más szerző is Forgács (2004), Orosz (2001), Mihályi (2008), Molnár (2010), Dózsa (2010), Lantos (2010) lényegében egyetértett kutatásaiban a reform stratégiai elképzelésének azonnali kidolgozási szükségességével, a megoldás irányában, módszerében volt (van) nézetkülönbség köztük. Bácsy (2006) álláspontja szerint „Magyarország jelenlegi gazdasági helyzetében meglapozatlan az az elképzelés, amely a piaci elemet tenné uralkodóvá az egészségügyi ellátás finanszírozásában”.

Jelen kutatás véleménye szerint azonban piaci elemek és külső forrás bevonása nélkül, az állami szerepvállalás mértékének szinten tartása mellett az ellátórendszer jelenlegi finanszírozása fenntarthatatlan.¹⁰

⁸ Claus Securs a Német Könyvvizsgálói Kamara elnöke a 2014. szeptember 4-5. között a huszonkettedik alkalommal rendezett Országos Könyvvizsgálói Konferencián a stratégiai gondolkodás hiányát emelte ki az egyik probléma forrásaként, azaz míg Németország már a 2020-as évek lehetséges változásait fogalmazza meg, Magyarország adó- és számviteli rendszerének (az oktatás és egészségügy) a 2015-ös időszakra tervezett átalakítása még most formálódik.

⁹ Mihályi (2008) fenntarthatatlan modell jellemzésére Kornai (1992) koraszülött jóléti állam, Szalai (2007) túlköltekező állam találó kifejezését idézi.

¹⁰ Teljesítmény és volumenkorlát.

Orosz (2010) a magyar egészségügyi finanszírozási rendszer hosszú ideje fennálló anomáliáinak megoldására hívja fel a figyelmet, amelynek egyik alapeleme, hogy a társadalombiztosítás körébe tartozó szolgáltatások költségeit milyen mértékben célszerű megosztani a kötelező biztosítás (közfinanszírozás) és az egyén (magánfinanszírozás) között.

A disszertáció középpontjában az egészségügyi rendszer strukturális átalakításának egyik funkcionális alkotóeleme, a kórház – mint az egészségügy egyik fontosabb működési területe, az ellátási szintek egyik legtöbbet bírált színtere – áll.

A kórházi szektor a makrogazdaságnak csupán igen vékony szelete (Kornai, 2008), de a problémák számottevő része, az egyes gazdasági cselekmények erkölcsi és anyagi következményei az integrációban megjelennek, elemezhetőek, a szükséges következtetések levonásával a tapasztalatok felhasználhatóak.

Jelen kutatás egyetért Dózsa (2010) azon véleményével, amelyben megerősíti, hogy a kórházszektor a magyar egészségügyi ellátórendszerben elfoglalt központi szerepe miatt a modern technológia működésének nélkülözhetetlen színterévé, katalizátorává vált, így a környezet¹¹ és az egészségügy kölcsönhatásainak szempontjából kiemelt jelentőségű.

A 1208/2011. (VI. 28.) Korm. határozat alapján a Semmelweis Tervben határozták meg az egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokat.

A struktúra-átalakítást a kórházak tekintetében részben végrehajtották, a reform azonban erejét veszítette, az intézmény-rendszerben szükséges átalakítást és a fennálló finanszírozási problémákat lényegében nem oldották meg.

Az alap- és a járóbeteg-ellátás, a magán egészségbiztosítás, a prevenció problémái a kórházi intézményrendszer működtetése mellett a kormány számára továbbra is sürgősen megoldandó feladatként jelentkeznek, az alagút vége számomra még nem érzékelhető. A disszertáció megírásának időpontjában az egészségügyi rendszer átalakításának igénye újból előtérbe került, jelezve, hogy az elmúlt időszak megoldásai nem hozták meg a kívánt eredményt.

¹¹ Környezet alatt a továbbiakban az irodalmi fejezetben feldolgozott egészség és a gazdaság kapcsolatát az egészségre ható tényezőket - gazdasági, társadalmi, kulturális, környezeti - értem.

1.2 A kutatás feladatai, célkitűzései

A kutatás első feladata az egészségügy közgazdasági hátterének, működési környezetének áttekintése releváns hazai és nemzetközi szakirodalom alapján. Az egészségpolitika, az egészségügyi rendszer összetevőinek, az állam egészségügyi irányításban betöltött szerepének vizsgálata, valamint az egészségügyi kiadásokat befolyásoló tényezők elemzése, az egészségügy helyzetének megítélése a hazai és nemzetközi adatok figyelembevételével.

A disszertáció kiemelten fókuszál a magyar egészségügy helyzetének nemzetközi összehasonlítására, mert az integráció szükségessége, annak kidolgozott iránya, végrehajtása és folyamata, az iránymódosítás elkerülhetlensége csak ezen adatok ismeretében vizsgálható.

A kutatás második feladata a kórházi működést érintő kutatások eredményeinek áttekintése, a hazai gyakorlat és a nemzetközi tendenciák összevetése, a hazai és nemzetközi integrációs folyamatokat indukáló összetevők elemzése.

A kutatás harmadik feladata az egészségügy intézményi rendszerében már végbement és jelenlegi integrációs folyamatok gazdasági hatásainak értékelő elemzése.

Ezen feladat megoldása magában foglalja a 1990–2006 között az egészségügyben végbement integrációs folyamatok tapasztalatainak áttekintését, a 2007–2013 között történő integrációs folyamatok hatásainak elemzését.

A disszertáció az egészségügyi szolgáltatók rendszerén belül az egyes integrációval érintett kórházak adott időszakban történő gazdálkodásának vizsgálatát állította a középpontba.

Az értekezés a kórházhálózat átalakításának szükségszerűsége, folyamatainak vizsgálata mellett – a szükséges mértékben – megjeleníti az egészségügyi reformfolyamat más területeit is. Az alap- és a járóbeteg-ellátás csak a kórházi ellátás összefüggésében, kapcsolódásában jelennek meg, mert e területeken a vizsgált 2007–2013-as időszakban a reformelképzelésekből jelentős, érdemi eredményeket nem sikerült felmutatni.

A módszertani fejezetben említésre kerülő korlátozások miatt a kórházszektor vizsgálata során eltérő módszerek alkalmazása vált szükségessé. Az elemzés nem érinti a szektor egészét, a következtetések fejezet azonban a vizsgált minta nagysága és összefüggései miatt az egész szektorra vonatkoztatható következtetéseket, javaslatokat fogalmaz meg.

A kutatás első célkitűzése a külső és belső anyagból származtatott szekunder információk összegyűjtése és feldolgozása az egészségügyet érintő összetevőkre, az egészségügy szükséges reformját befolyásoló tényezőkre, az egészségügyi szolgáltatók integrációját indukáló folyamatokra vonatkozóan, illetve az adatok elemzése, azokból következtetések levonása.

A disszertáció második célkitűzése primer kutatás alkalmazásával (megfigyelő–résztevő teremtés, kérdőíves vizsgálatok, mélyinterjúk) az 1990–2006 illetve a 2007–2013 közötti időszak kórházakat érintő integrációs hatások megfigyelése, az egyes folyamatok szükségességének, irányainak, irányváltásainak elemzése.

A harmadik célkitűzés a kórházi éves intézményi pénzügyi beszámolók mutatószám-rendszereken alapuló vizsgálata annak megállapítására, hogy a már korábban lezajlott kórházi intézmények struktúraváltásai meghozták-e az eladósodottság megállítását, a likviditási helyzet javulása területén a várt eredményt.

Célja annak az eldöntése, hogy a kórházi beszámolók alapján az egyes intézmények besorolható-e valamilyen klaszterbe, s egy-egy azonos progresszivitás szinten működő intézménytípusra vonatkozóan felállítható-e egy, a beszámolókból képzett szabályrendszer.

Cél annak vizsgálata is, hogy a végbement kórházi integráció után lévő intézmények pénzügyi beszámolóinak főbb jellegzetességei alapján lehetséges-e olyan modell felállítása, amely előre vetítheti a további, későbbiekben megvalósítható intézményi integráció sikerét.

További kérdés, hogy alkalmazható-e csődmódel-vizsgálat annak előrejelzésére, hogy az adott egészségügyi intézményben a mutatószámok alapján kormányzati beavatkozás szükséges az eladósodottsági folyamatok megállítására, a likviditás helyreállítása érdekében.

1.3 A kutatás hipotézisei

A disszertációban olvasható megállapításokat és következtetéseket a szerző a hazai és a nemzetközi szakirodalomból, saját és mások által végzett kutatásokból, statisztikai jelentésekből, tanulmányokból, valamint az integráció egyes folyamatában megszerzett személyes tapasztalatokból igyekszik levonni.

- H1:** Az egészségügy struktúrájának kialakítását a környezeti elemek jelentős mértékben befolyásolják, annak értékelése nélkül az egészségügyi rendszer átalakítását célzó integrációs folyamatok nem indíthatók el. A hazai társadalom jelenlegi negatív egészségügyi mutatóinak alakulását hátrányosan befolyásolja a korszerű megelőzési és egészségfejlesztési módszerek és technológiák finanszírozásának elégtelensége, az egészségügy jelenlegi struktúrája.
- H2:** Az egészségügyre fordított kiadások mértéke és minősége, felhasználása jelentős hatást gyakorol a foglalkoztatásra, a társadalmi és gazdasági fejlődésre, ezért az egészségügy reformjai a gazdaság egészére kihatnak.
- H3:** Az állam jóléti szerepvállalása, az adósságállomány alakulása, az egészségügyi kiadások állami és magánszektor közötti megoszlása, valamint az egyes további torzító tényezők jelentős hatást gyakoroltak az egészségügy intézményi rendszerének elképzelt integrációs folyamataira. Az egészségügy intézményi kibocsátásnak és az adósságállománynak szoros kapcsolata megmutatja a finanszírozási sokkok, reformkísérletek hatásosságát az adósságállományra.
- H4:** A vállalati gyakorlatban alkalmazott mutatószám – és csődmodellek, valamint a többváltozós statisztikai eljárások – ha bizonyos korlátozások mellett is – alkalmasak a kórházak pénzügyi válsághelyzetének előrejelzésére.
A mutatók komplex szintézise által a kórházak klaszterekbe sorolhatók, a típusjelenségek megfigyelhetők, de az intézmények örökölt struktúrája és eltérő feladatköre miatt az eredmények csak további vizsgálatok után általánosíthatók.
- H5:** Az egészségügy intézményi rendszerében 2007–2013 között lezajlott integrációs folyamatok ugyan átláthatóbbá tették az egészségügyi intézmények gazdálkodását, rendezték a tulajdoni, fenntartói viszonyokat, de az intézményi adósság állomány csökkenésében, a likviditás növelésében számottevő eredményt nem sikerült elérni.
- H6:** Az egészségügyi intézményekre vonatkozó központi intézkedések hasonló folyamatokat indítottak el az egyes kórházak pénzügyi helyzetében, de bizonyos területeken megjelennek az intézménytípustól függő differenciált hatások is.
A kórházak egy-egy kormányzati intézkedésre mind az adósságállomány növekedése, mind a likviditás romlása területén eltérően reagáltak.

2. Szakirodalmi áttekintés

A rendszerválást követő évek alatt megszámlálhatatlan tanulmány vizsgálta az egészségügy átalakításának szükségességét, az egyes irányítási és operatív feladatokat ellátó szervezeti egységek fennmaradási, hatékonysági kérdéseit, a globalizálódó működési környezet alakító és visszacsatoló hatásait, az egyes menedzsment technikák alkalmazási módszereit a kórházak irányításában.

A szervezetkutatások döntő többsége sikeres szervezetekre koncentrál (Kristóf, 2008a), azonban szinte valamennyi szervezet- és vezetéstudományi kutatásban, egészség-gazdaságtani elemzésben jelentős hangsúlyt kap a környezet, az erőforrások változása (Amit-Schoemaker, 1993, Dózsa, 2010, Orosz, 2000), a fenntartható, megfelelő teljesítmény (Boncz, 2007), a szervezeti konfliktusok (Mintzberg, 1990) vizsgálata.

A szervezet fennmaradásának (átalakításának) vizsgálatában a szervezetelméleti iskoláknak¹² egyforma létjogosultsága van (Kristóf, 2008a). A környezet és a globális változások eltérő aspektusú vizsgálata lényegileg hasonló eredményre vezetnek. Dózsa (2010) kutatásban alkalmazott szervezetelmélet (kontingencia elmélet) alapú megközelítése a szervezetek környezethez történő alkalmazkodási képességére helyezi a hangsúlyt, ami szerint „a fennmaradási képesség a strukturális és környezeti jellemzők összhangjától függ.” (Kristóf, 2008a)

A jóléti állam összetett, bonyolult jelenség, ezért a jóléti rendszerek válsága egyre szerteágazóbb és csak rendszerszemléletben megoldható feladat elé állítja az egyes egészségügyi reformok megalkotóit, ezért a tranzakciós alapú szervezeti megközelítés mellett, az átalakítás során, a disszertáció a politikai és a strukturális megközelítést is alkalmazza.

Az egészségügyi rendszer megítélésében kiemelt szerepe van a környezeti tényezők elemzésének, amik a rendszer működtetése, átalakítása során egyúttal a kiindulópontot is jelenthetik.¹³

A hatékonyság egyes tételei mérhetőek, levezethetőek bizonyos közgazdasági tételekből (Barr, 1992), de a probléma megoldásához a politikai, filozófiai, ideológiai és szaktudományos kérdéseket egyaránt vizsgálni kell. (Fekete, 2005)

¹² Kontingencia elmélet, tranzakciós költség, ügynökelmélet, politikai, életciklus, kognitív, strukturális, erőforrás-alapú, evolúció-elmélet, döntésemélet.

¹³ Az egészségügyi rendszer és az egészségügyi intézményi rendszer elkülönítését a 2.2 fejezet tartalmazza.

A szolidaritás elve alapján nyújtott egészségügyi ellátásban a jóléti államok válságát okozó tényezők közül az egyik legsúlyosabb problémát a lakosság demográfiai és epidemiológiai tényezői, az ellátottak számának növekedése, a finanszírozásból kieső egyének száma és az e tényezőkből következő kumulálódó hatások okozzák.

A lakosság elöregedése, az aktív életszakasz lerövidülése¹⁴ adott esetben veszélyezteti a társadalombiztosítási rendszer fenntarthatóságát (Vallyon, 2009), mert növekszik az ellátást igénybe vevők és csökken az ellátást fizetők száma.

Az idős népesség egy főre jutó egészségi ellátási költségei sokkal magasabbak, mint a fiatalabb felnőttek ellátásának költségei (Andorka-Tóth, 2006), amelyet az egészségügyi ellátórendszer strukturális átszervezésének vizsgálata során az egyik kiemelt tényezőként kell számításba venni.

A kedvezőtlen demográfiai és egyéb környezeti változások egyrészt bevételi (finanszírozási), másrészt költség oldalról is érintik az egészségügyi rendszereket, a tartós gondozásra szoruló egyének számának növekedése, a betegségek összetételének átrendeződése már a rendszerváltást követő években előrevetítette a szolgáltató rendszerek átalakításának igényét.

A kutatás szerint jelentős igény mutatkozik az ápolással, orvosi ellátással egybekötött idősök otthonára, amelyeket a struktúraváltás során megüresedő épületekben ki lehetne alakítani. Az idősök gondozása ugyan elsősorban a szociális védőháló kialakításának kérdése, de közvetve visszahat az egészségügy finanszírozására – helyhiány miatt a kórházban „ápolják” a beteget – illetve az ápoló szülő vagy gyermek nem tud részt venni a gazdasági termelési folyamatban.

A Magyar Köztársaság Kormánya az európai egészségügyi dolgozókról szóló Zöld Könyvhöz csatolt észrevételei során kifejti, hogy a várható élettartam növekedése a súlyos fogyatékkal élő és a tartós gondozásra szoruló idős emberek számának növekedését is előidézi¹⁵, amely az egészségügy integrációja szempontjából a krónikus osztályok (kórházak) kialakítása (építése) terén különös jelentőségű.

A kutatás álláspontja szerint komoly igény mutatkozik a szenvedélybetegek, a pszichikailag sérültek, a mozgás- és látássérültek, a sclerosis multiplexben, skizofréniában szenvedők központi ellátására. A probléma megoldása nem pusztán társadalmi-etikai, hanem gazdasági kérdés is.

¹⁴ A WHO az aktív életszakasz számításánál az egészségesen eltöltendő élettartamot veszi alapul. (Széman, 2008)

¹⁵ A várható élettartam növekedése nem jelenti egyszersmind a jobb egészségi állapotban töltött életevek számának növekedését, mivel az időskorban jellemzőbbek a krónikus megbetegedések, ez hatással lesz a gondozásra is.

A sérültek ápolása (a társadalom segítsége nélkül) egészséges munkaerőt von el a gazdaságtól, ezért csökkenhet az állam társadalombiztosítást fenntartó bevétele, valamint az egyén jövedelme, ezáltal vásárlóereje.

A disszertáció véleménye szerint csökkenteni lehetne a kórházi ellátás terhelését a szociális védőháló átgondolt kialakításával, amely egyúttal lehetőséget teremtene az emelt szintű betegellátásra.

Az emelt szintű hotelszobás betegellátó részleg már ma is működik egyes kórházakban, de a „kórház mellé hotel” modell is jelentősen javíthatná a betegek komfortérzetét.

Természetesen ezen megoldásokat komplexen, az egészségügy rendszerének újragondolása, finanszírozási rendszerének kialakítása, a kórháztörvény megalkotása, a biztosítási rendszer átgondolása mentén lehet csak megvalósítani.

A környezet, az egészségügyi ellátás minősége, a hozzáférhetőség fontos tényezője az egészségi állapotnak, ugyanakkor az általános hozzáférhetőség magában hordozza a finanszírozási problémák kialakulását, az egészségügy állandó alkalmazkodási kényszerét is.

Figueras et al. (2008) kutatása szerint az elmúlt évtizedekben a várható élettartam növekedésében jelentős szerepet játszott az egészségügyi ellátások magas minősége, ugyanakkor ez – a finanszírozási és strukturális nehézségek miatt – a problémák egyik okozójává is vált.

A technikai, technológiai fejlődés, az új eljárások bevezetése jelentős költségnövekedést idézett elő az egészségügyi szektorban, miközben az ellátó intézmények az amortizáció pótlásának, a munkabér és dologi kiadások emelkedésével járó többletköltségek finanszírozási problémáival küzdenek. A jóléti rendszerek forrás hiány miatt csak részben tudnak alkalmazkodni a változásokhoz, ezért az egészségügyi integráció – csak önmagában – nem értékelhető.

Az egészségügyi integráció hatékonyságának vizsgálata nem nélkülözheti az egészségügyi szektor egyes elemeinek áttekintését, az egészségbiztosítási modellek vizsgálatát, az egészségügyi rendszer környezeti elemeinek elemzését.

Roberts et al. (2008) tanulmányában az egészségügyi rendszerek teljesítményét befolyásoló tényezők között az örökölt jellemzőket is felsorolja, azaz az egészségügy mai helyzete (kialakulásának okai, az egyes szereplők attitűdje, a gazdasági változások) a múlt vizsgálata és a környezeti tényezők feltárása nélkül nem érthető meg.

A szakirodalom jelentős mértékű feldolgozása a megfogalmazott hipotézisek megerősítésére, alátámasztására vagy elvetésére szolgál, azaz egyes hipotézisek a szakirodalomi adatok elemzéséből kerülnek levezetésre.

A disszertáció 2. fejezetében szereplő, az egészségügy környezetét elemző, szakirodalmi feldolgozás terjedelmét a **H1, H2, H3** hipotézis igazolása indokolja.

A disszertáció a szakirodalmi feldolgozás további részében áttekintést nyújt az egészségügyi szektor elemeiről, ütköztetve az egyes szakemberek véleményét. A kiindulópont az egészségügyi rendszer társadalmi, közgazdasági értelmezése, a környezeti hatások, valamint az állami beavatkozások és az újraelosztás iránya, mértéke és kapcsolata az egészségügyi intézmények integrációjával.

A szakirodalom feldolgozása Majoros Pál: A kutatómódszertan alapjai (2004) című művében ajánlott munkafolyamatokat követte, a tartalomelemzés során Earl Babbie: A társadalomtudományi kutatás gyakorlata (1995) című könyvében foglaltakra támaszkodott. A primer és szekunder kutatás, az ismeret szintetizálásának módjai, valamint az egyes konferenciaanyagok összeállítása tekintetében Tomcsányi Pál: Általános kutatómódszertan (2000) című könyvében ajánlott út volt a mérvadó.

A forrásgyűjtés során a Nyugat-magyarországi Egyetem könyvtárai, katalógusai, a mélyinterjúk alanyai voltak a szerző segítségére, amelyek során számos, a disszertáció során idézett kutató szakértelme és tájékozottsága segítette a magyar egészségügy problémáinak megértését.

A disszertáció szerzője a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) és az általa auditált (könyvvizsgált) egészségügyi intézmények, integrált kórházak gazdasági elemzése révén számos olyan forrásanyaghoz juthatott, amelyek az internetes szakirodalmi kutatás mellett lehetőséget adtak az adatok mögött rejlő események megértésére, több szempontú megvilágítására.

A 2012. évet megelőző időszak éves intézményi beszámolóinak kiegészítését a Magyar Államkincstár elektronikus alapú, szűrt adatai biztosították.

Az adatok összehasonlítását a hivatkozott KSH, az OEP, az ESKI, a GYEMSZI zsebkönyvek és a kiadványok tették teljessé.

A Nyugat-magyarországi Egyetem könyvtárának dolgozói segítségével igénybevett tudományos keresőszolgálatok alkalmazása során levonható az a következtetés, hogy a társadalmi közbeszéd mellett a kutatókat, a politikusokat az egészségügyi ellátás, a finanszírozás, az egészségügy stratégia megalkotása, átalakítása, reformja napi szinten érdekli.

A disszertáció témáját érintő, az egészségügyre vonatkozó releváns szakirodalom az EBSCO EDS¹⁶, illetve a Google Scholar adatbázisban lefuttatott keresés alapján gyűlt össze.

Az alábbi témakörök alapján szűrte a szakirodalmat a rendszer:

1. az egészségügyi rendszer változásai 1997-2006, illetve 2007-2013 között Magyarországon
2. az egészségpolitikai stratégia
3. az egészségügyi ellátás és az egészségügyi rendszer finanszírozása Magyarországon
4. a globalizált egészségügy hatása a 2007-2013 közötti időszakban.

A keresőszavak alapján összeállított keresőkérdésekre (egyes esetekben további tárgykör szerinti szűkítést követően) kapott releváns találatok számát az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat: Tudományos keresőszolgálat adatai az egészségügyi szakcikkekre vonatkozóan

	Keresőkérdések	EBSCO EDS		Google Scholar
		Ti	Ab	Ti
1(a)	health system reform AND Hungary	3	24	3
	AND 1997-2006			
1(b)	health system reform AND Hungary	3	22	
	AND 2007-2013			
2	health policy strategy AND 1990-2013	32	-16	7
3(a)	health care finance AND 1990-2013	27	-	84
3(b)	health care finance AND (Hungary or hungarian) AND 1990-2013	8	17	87
4	global health influence	60	-	42
	AND 2007-2013			

Ti = Title (keresés a cím szavaiban)

Ab = Abstract (keresés a dokumentumhoz/cikkhez tartozó absztrakt szavaiban)

Tx = Text (keresés a teljes szövegben)

a '-' jelentése: a keresés végrehajtása nem indokolt a túlzottan nagy találati halmaz miatt.

Forrás: Dózsa (2010) alapján Tompa Mónika gyűjtése, saját szerkesztés

A szakirodalmi keresések során a Springerlink adatbázis és a Magyar Folyóiratok Tartalomjegyzékeinek Kereshető Adatbázisa (MATARKA), az Országos Széchényi

¹⁶ Közös keresőfelület, amely magába foglalja többek között az EBSCO – azon belül a Business Source Premier és a Medline adatbázisokat -, a ScienceDirect, a Scopus és a Web of Science nemzetközi multidiszciplináris adatbázisokat. A keresőszolgálat igénybevétele Dózsa Csaba (2010) ötletén alapul.

Könyvtár online katalógusa, és az interneten elérhető Elektronikus Periodika Archívum és Adatbázisa is felhasználásra került.

A kapott, szűrt adatbázisból került kiválasztásra és feldolgozásra a releváns nemzetközi és hazai szakirodalom. A szakirodalmi kutatás során levonható következtetéseket az 1-es és 2-es fejezetbe került beépítésre.

A kutatás eredményei egyértelműen alátámasztják, hogy az egészségügy nem létezik önmagában, hiszen azt befolyásoló tényezők alakítják annak működését. Az egészségpolitika tényleges mozgásterét legnagyobb részben a gazdasági feltételek alakulása határozza meg.

Az átgondolt egészségpolitikai stratégia megvalósítása csak hosszabb távon érvényesülhet, a gyakori irányváltások esetén a már korábban elvégzett anyagi- és humán erőforrás befektetések is gyorsan elveszthetik pozitív hatásaikat.

Az egészséges életmód kialakítása, az egészségügy technikai-, technológiai fejlődése befolyásolja az egészségügyi kiadásokat, a befektetett költségek a beteg gyorsabb felépülésében, a gazdasági életbe történő gyorsabb visszatérésében mérhetőek. Az egészségügy az innováció egyik mozgatórugója, az egészség alakulása kihat a gazdaságfejlődésre.

Az egyes országok az egészségügy kialakítása, működtetése tekintetében eltérő utakat választanak, egységes, az egyes országokba változtatás nélkül átvehető rendszer nem létezik. A módosítások, adaptálások rontják az adott országban jól működő rendszer hatékonyságát más országokban. Valamennyi országnak a helyi adottságokhoz mérten, az ország teherbíró képességének figyelembevételével kell az egészségügyi rendszert kialakítani. A finanszírozási rendszerekben egyaránt van példa centralizált és decentralizált működésre. A jól működő egészségügy a szolgáltatók közötti versenyre ösztönöz, de igénybe veszi a koordináció lehetséges eszközeit is.

A kórházakra eltérő adottságuk, működési környezetük miatt az egységes teljesítményértékelés nem vagy csak kellő fenntartásokkal alkalmazható.

A hatékonyság és a minőségjavító reformok megvalósulását a finanszírozási hiány jelentős mértékben hátráltatja.

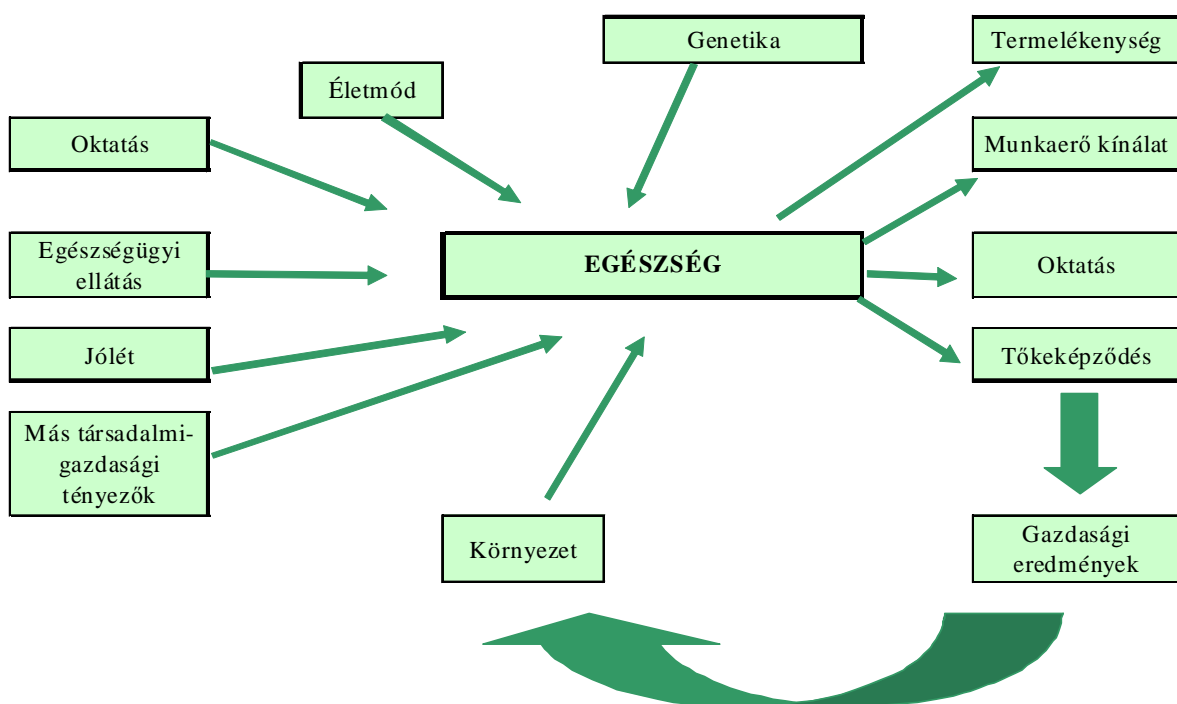
A magánszektor szerepének térnyerését a fellépő finanszírozási problémák miatt nem szükséges korlátozni, ugyanakkor a szürkegazdaságban vagy hálapénz formájában létrejövő finanszírozási lehetőség állami ellátásba való bevonása szükségszerű követelmény.

A közfinanszírozású egészségügyi rendszer által nyújtott szolgáltatások külön választandóak az igénybe vehető ellátásoktól, ezzel pótlólagos források teremthetőek meg.

2.1 A környezeti tényezők elemzése

2.1.1 Az egészség és a gazdaság kapcsolata, szerepe az egészségügyi struktúra alakításában

„A népesség egészségi állapota és az azt meghatározó tényezők megjelenésében és tartalmában a születéskor várható átlagos élettartam és a jövedelmi viszonyok, a gazdasági fejlettség mutatói és az egészségügyi kiadások között szoros kölcsönhatások mutathatók ki.” (Gidai, 2007)



1. ábra: Az egészség és a gazdaság kapcsolata
Eredeti forrás: Suhrcke (2005), szerkesztett változat¹⁷

Az egészség alakulását – ahogy azt az 1. ábra szemlélteti – számos tényező befolyásolja. Az egészségügy önmagában nem létezik, azt számos külső és belső környezeti elem befolyásolja, ugyanakkor az egészségi állapot, a „jól-lét” visszahat a gazdaság egész működésére, s közvetve alakítja az egészségügy struktúráját.

Ambrus és Varsányi (2011) számos egészségre ható tényező vizsgálata során utal a Lalonde-jelentés (1974)¹⁸ megállapításaira, amely szerint az egyén egészségi állapotát

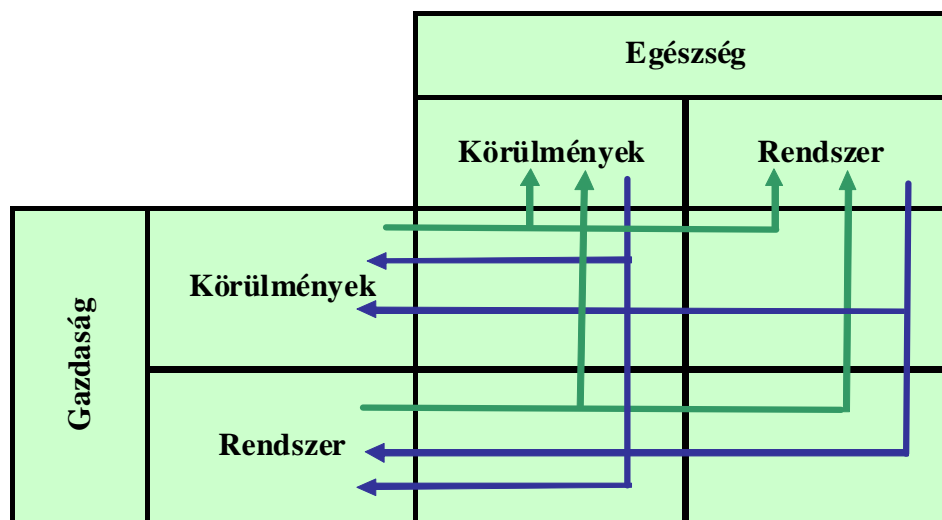
¹⁷ Az eredeti forrás magyar nyelvű szerkesztett változata számos kutatásban (ESKI, 2005a, Kovács, 2014, Bognár, 2011) megjelenik.

többek között a genetikai örökség, az életmód, a környezet és az egészségügyi ellátás befolyásolja.¹⁹

Lepp-Gazdag (2004) kitér az egészség értékmérésének problémakörére, vagyis arra, hogy ha nincs, akkor válik igazi értéké. „Az egészséges élet semmi mással nem helyettesíthető, az egészség iránti kereslet rendkívül rugalmatlan, azaz egy esetleges betegség esetén bármennyit hajlandók lennének fizetni a gyógyulásért.” A jobb egészségügyi rendszer működtetésével az élet jelentősen meghosszabbítható (Teknős, 2013), a kérdés: milyen életminőségben és milyen áron.

Hahn (1960) párhuzamot von a lakosság életkörülményeinek javulása és megtakarításainak növekedése között. Úgy véli, hogy az élelmezési viszonyok, a munkakörülmények javulása, az életkörülményekben bekövetkezett pozitív változások a kereseti viszonyok növekedésével állnak egyenes arányban.

Frenk (2004) az egészség és a gazdasági növekedés közötti összefüggést vizsgálva – 2. ábra – azt mutatja ki, hogy az egészséges ember ritkábban marad ki munkájából, hatékonyabban (eredményesebben) dolgozik, ezzel közvetve és közvetlenül is hozzájárul a gazdaság teljesítőképességének növekedéséhez.



2. ábra: Az egészség és a gazdaság közötti szoros kapcsolat és kölcsönhatás
Forrás: Frenk (2004)

A fejlett országok munkahelyein jellemző környezet, a munkavégzést követő rekreáció a munkaerő megfelelő fizikai és mentális állapotát teremti meg, amely közvetlen kapcsolatban áll²⁰ a termelékenység növekedésével.

¹⁸ Marc Lalonde kanadai egészségügyi miniszter, a róla elnevezett: A new perspective on the health of Canadians jelentést 1974-ben publikálták. A kiadvány legfontosabb mondanivalója a környezet az emberi magatartás javítása az egészség előmozdítására megbetegedés és idő előtti halálozás megelőzése érdekében.

¹⁹ A Lalonde jelentés megállapításait vizsgálva Gálosi-Kovács Bernadett - Reményi Péter: A környezet és a lakosság egészségi állapotának kapcsolata Magyarországon (2013) is hasonló következtetésre jutott.

Fogel (1994) megállapítása szerint a lakosság egészségi állapota, teherbírása, munkaképessége összefüggésben van a táplálkozási viszonyokkal, amely közvetlen következményként visszahat a társadalmi, gazdasági fejlődésre.

Az egészségügy tehát érdekelt a jó egészségi állapot kialakításában, fenntartásában, megelőzésében, mert ezáltal kisebb terhelés éri ezen szektort. A társadalom érdekelt az egészségügyi innovációban, mert a prevencióval, egynapos sebészet kialakításával, a munkaképesség meghosszabbításával közvetett társadalmi haszon keletkezik.

A munkáltató a céljainak minél hatékonyabb megvalósítása érdekében a betegség miatt kieső napok csökkentésében érdekelt, azaz számára is fontos az egészséges munkahely kialakítása, a dolgozó egészségi állapotának szinten tartása.

A termelékenység növekedése emeli az adott ország gazdasági teljesítményét, növekszik az egyén (munkavállaló) jövedelme, amely a megtakarítások gyarapodását eredményezi.

Bloom és Canning (2000) négy közvetítő csatornás makroszintű elemzése egymásra épülő lépcsőket mutat be, azaz először mikro-szinten az egyén egészségi állapotának jósági feltételeit kell megteremteni, amely kihat a termelékenységre, s makroszinten a gazdaság teljesítményére.

Az infrastruktúra megfelelő kiépítettsége, az egészségügyi ágazatra fordítható forrás a fejlett országokban magas színvonalú és hatékonyságú egészségügyi ellátást tesz lehetővé.

A kutatás álláspontja szerint a megfelelő infrastruktúra megteremtése elengedhetetlen feladat hazánk egészségügyi ellátásában, mert ezen a területen jelentős az elmaradás. Az infrastruktúra egyaránt jelenti a korszerű, gyorsan, hatékonyan beavatkozni képes betegszállítás megvalósítását éppúgy, mint az elérhető távolságban lévő járó- és fekvőbeteg-ellátást, azok felszereltségét és korszerűségét.

Cornia és Panicia (2000) kutatása rámutat arra, hogy a gazdaság teljesítőképesége és az egészségi állapot között lineáris hatás nem mutatható ki, az egészségi állapotot számos más tényező is befolyásolja.²¹

Sachs (2001) a gazdasági helyzet és az egészségi állapot közötti kapcsolat vizsgálata során arra a megállapításra jut, hogy a gazdasági növekedés hatással van az egészségi állapotra, viszont a fordított helyzet bizonyítása – számos más összetevő kölcsönhatásai miatt – akadályokba ütközik.

²⁰ Természetesen a termelékenység növekedése mögött további tényezők is megjelenhetnek.

²¹ A civilizált országokban alapvető egészségügyi veszélyeztető tényező a dohányzás, elhízás, mozgásszegény életmód, depresszió, stressz, rossz szociális helyzet.

Brinkley (2001) ugyan elismeri a gazdasági helyzet egészségi állapotra gyakorolt hatását, de úgy véli, a kölcsönhatások nem zárhatóak ki, a hatások kétirányúak, ezért az egészségi állapot kihat a gazdasági teljesítőképességre.

Kopp (2007) azt a véleményt fejt ki, hogy Közép-Európa és így hazánk is sokkal rosszabb helyzetben van az egészségi állapot tekintetében, mint az a gazdasági mutatók alapján várható lenne. A kutatás a lemaradás okát a népegészségügyi jelentőségű önkárosító magatartásformák²² fokozott meglétében, a negatív pszichológiai és társadalmi tényezők, motivációs hiányok kialakulásában látja.

Kollányi és Imecs (2007) kutatásában, a népesség általános egészségi állapota és – az egyéni, a vállalati és az országos szintű – gazdasági teljesítőképesség kapcsán négy jellemző kölcsönhatásban mutat ki összefüggéseket.

Megállapításaik szerint az egészségi állapot, az oktatás, a lakossági megtakarítások növekedési lehetőségei és a demográfiai tényezők jelentős mértékben befolyásolják a gazdaság teljesítőképességét, a gyermekkori egészségi állapot nagyban befolyásolja a tanulási képességeket, a várható élettartam emelkedése az élethosszig tartó tanulásra ösztönöz, amely közvetett módon visszahat az egyén gazdasági teljesítőképességére is.

Az egyén teljesítőképességének növekedése miatt növekszik az anyagi és erkölcsi elismerés, ennek következtében növekednek a megtakarítások.

A megtakarítások egy része visszafordítható az egészséges táplálkozásra, a munka utáni intenzív kikapcsolódásra, a pihenés megszervezésére.

Az egészség és a gazdaság kölcsönhatásait vizsgálva Ádány (2010) arra a következtetésre jut, hogy egy ország lakosságának egészségi állapotát a társadalmi-gazdasági tényezők – közvetett és közvetlen úton – jelentősen befolyásolják, s az egészségügyi állapot visszahat az ország gazdasági teljesítményére. Bloom és munkatársai 2004-es elemzésére is hivatkozva, igazolva látja, hogy már az 1 évvel meghosszabbodó várható élettartam is a GDP 4%-os növekedését hozza. Jamison-Lau-Wang (2005) kutatásában úgy véli, a felnőttkori túlélési ráta 1 százalékos növekedése a GDP fél százalékos növekedését eredményezi.

Suhrcke (2005) kutatása megállapítja, hogy a gazdaság állapota és az egészségi állapot között a kölcsönhatás százalékos mértékben is kimutatható (M 35. táblázat).

Mindezek alapján a disszertáció a **H1-H3 hipotézis** vizsgálata során arra a következtetésre jutott, hogy a gazdaság mindenkori működése, állapota kihat (visszahat) az egészségügy finanszírozására és alkalmazott struktúrájára, behatárolja fejlődési lehetőségeit.

²² A kutatás a lemaradás 40%-át a dohányzás, kóros alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás terhére írja.

2.1.2 Az esélyegyenlőség szerepe az egészségügy struktúrájának kialakításban

„Az egészségügy szervesen illeszkedik a nemzetgazdaság teljes rendszerébe, s a lakosság egészségi állapotának védelmét és karbantartását szolgáló fejlődésének meghatározó eleme.” (Gidai, 1998)

Az esélyegyenlőség megvalósítása az egészségügy területén rendszerint csak elméletben, kommunikációban, víziókban, papíron létezik, mert egyrészt annak megvalósítása finanszírozási szempontból jelentős terhet róna az adott ország társadalmára, másrészt maga az esély jórészt a beteg fizetőképességével van szignifikáns kapcsolatban.

Daly (2012) kutatásában rámutat arra, hogy a jóléti állam kialakításának, működtetésének számtalan eltérő útja, s ezáltal számtalan lehetősége van.

A gazdasági növekedéssel járó egészségjavulás csak részben általánosítható, hiszen például Afrikában, egyes ázsiai országokban a szegénység, az éhezés, a higiéniai problémák miatt a fertőző megbetegedések még ma is léteznek, az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele nem mindenki számára biztosított. A világ számos országában az egészségügyi szolgáltatás csak akkor vehető igénybe, ha a betegnek arra van megfelelő fedezete.

A Magyarország 2012. évi Nemzeti Szociális Jelentése rámutat arra, hogy „a lakosság kedvezőtlen egészségi állapota, a demográfiai idősödésből eredő, egyre növekvő betegségterhek, az új megbetegedési formák megjelenése, a népesség egészségügyi szükségleteinek folyamatos átalakulása, a betegek növekvő elvárásai, valamint az egészségügyi technológiák gyors fejlődése és elterjedése az egészségügyi rendszer átalakítását igényli”.

A jelentés kiemeli, hogy az egészségügyi rendszer átalakítását csak a rendelkezésre álló (szűkülő) források mellett lehet végrehajtani, s megoldást kell találni a meglévő szerkezeti, szervezési, irányítási, minőségi, hozzáférhetőségi, finanszírozási és fenntarthatósági problémákra is.

A szűkülő forrás azt is jelenti, hogy növekednek a várólisták, a műtétek, diagnosztikai eljárások során pedig az egyes alkalmazott korszerű technológiai eszközök (laparoscóp) igénybevételi lehetősége csökken.

A dologi kiadások korlátozása miatt romolhat a felhasznált anyagok minősége, a korábban megszokott gyógyszerek alkalmazási lehetősége.

A magyar állam, társadalmi igény alapján, a gondoskodó állam szerepében közvetlenül magára vállalhatja az általános egészségügyi alapszolgáltatás működtetését, adópolitikája révén illetve jövedelem kiegészítés útján pedig támogathatja a jóléti (szociális) jellegű tevékenységet. (Hegedűs, 2014) A működtetésben tehát egymás mellett – teljesen vagy részlegesen – megjelenik az állami szolgáltatást „kiszegítő” privát szektor.

A fizetőképes kereslet a várólistákat megkerülve, esetleg a magánpraxis szolgáltatásait igényelve tudja fennálló egészségügyi problémáit megoldani, míg az ezzel a lehetőséggel élni nem tudó, az alap és szakellátás kiépített csatornáin keresztül „bolyong”.

Az egészségügyi rendszer működtetőjétől nem várható el, hogy befizetéstől függetlenül teremtsen esélyegyenlőséget az egyes egészségügyi szolgáltatások területén.

Az esélyegyenlőtlenség szerkezeti természetű, a strukturális szegénység az ok, amely korlátozza az egészséges élethez és a méltó öregkorhoz való jog gyakorlását. (Babusik, 2005)

Az esélyegyenlőség következő kérdése az anyagi erőtől és a jövedelmi helyzettől független, csorbíthatatlan hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz.

Az esélyegyenlőség egyik legnagyobb paradoxona, hogy a szegényebb országok az alacsonyabb nemzeti jövedelmük miatt a szükségesnél kevesebbet tudnak költeni az egészségügyre. Ezen fejlődő országokban az orvosilag lehetséges, gazdaságilag megengedhető közötti szakaszban a költségkímélő megelőzés (prevenció) szélesítésével lehet a betegségek kialakulását megakadályozni. (Forgács, 2004)

A Health at a Glance: Pillanatkép az egészségügyről (2010) magyar összefoglalója szerint jelentős eltérés mutatható ki az egyes európai országok „népességének egészségügyi állapota, az egészségügyi kockázati tényezők, az egészségügyi rendszerek bemeneti és kimeneti pontjai és mutatói, valamint az egészségügyi kiadások mértéke, továbbá a finanszírozási források terén.”

Az orvostudomány fejlődésének, a szociális körülmények és a társadalmi gondoskodás javulásának szükségszerű következménye az emberi élet meghosszabbodása, amelyet az egészségügyi szolgáltatók működési területének meghatározásakor kiindulópontként figyelembe kell venni. (Pető, 2004)

A kutatás során felállított **H1-H3** hipotézisek vizsgálatának következtetése, hogy az egészségügy a szociális védőháló szerepét nem veheti át, a szociális elemek bevonása az egészségügybe károsan befolyásolja az egészségügy finanszírozási, strukturális kérdéseit.

Az esélyegyenlőség biztosítása hatással van az egészségügy struktúrájának meghatározására, működésére, ezért az egészségügyi rendszer kialakítása során elsődleges kérdés annak tisztázása, kinek mi jár vagy adható az ingyenes ellátás keretében.

2.1.3 A lakosság demográfiája és epidemiológiája

Az UNFPA és a HelpAge International (2012) kutatása rámutat arra, hogy a népesség előregedése a 21. század egyik legjelentősebb problémája. Következmenyei a társadalom szinte valamennyi területén sürgetően megoldandó és állandóan karbantartandó feladatot jelentenek.

Az Európai Unióban a szociális gradiens jellemzi az egészségi állapotot. Az alacsonyabb iskolázottságú, alacsonyabb foglalkoztatottsági kategóriába tartozó vagy alacsonyabb jövedelemmel rendelkező emberek várható élettartama alacsonyabb, és esetükben a legtöbb egészségügyi probléma gyakrabban fordul elő. (European Commission, 2013)

Az Európai Unió országaiban fellelhető népesedési problémához képest is feltűnő a népességsökkenés hazánkban tapasztalható tendenciája, amely kihat a gazdaság mindenkori állapotára, s mint jelenleg megoldandó, jövőben megmutatkozó hatású feladat a rendszerváltást követő évek óta sürgetően kezelendő problémaként jelentkezik.

Magyarország az 1960-as évek közepétől egyre rosszabb értékeket mutatott az európai országok lakosságának egészségi állapotát kifejező halandósági indexekben. (Kincses, 2004, Óri – Spéder, 2012)

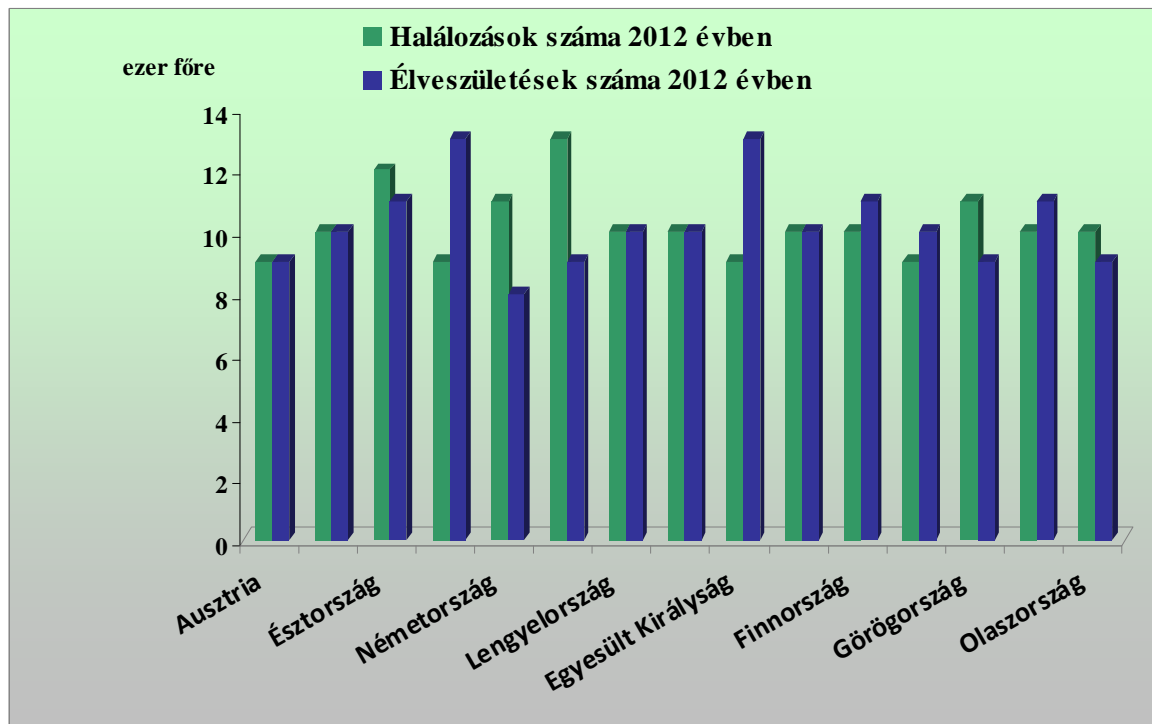
Dózsa (2010) kiemeli, hogy a lakosság demográfiai és epidemiológiai helyzetének változása a kórházi működés szempontjából stratégiai kiindulópontként – keresleti elem – jelentkezik, ezért annak változásait folyamatosan elemezni kell. Véleménye szerint nincs meg az összhang az egyes ellátási szintek²³ között, az ellátórendszer alacsony hatékonyságú, gyenge a kooperáció az alap- és a szakellátás között, nem megfelelő a prevenció tevékenység, a kórházi struktúrát egyenlőtlen hozzáférés, a technológiai lehetőségek kihasználatlansága és a finanszírozás fenntarthatatlansága jellemzi.

A szabályozatlan beteg-utak, a progresszivitási szintek ellátási feladatának jogszabályi és szakmai hiányosságai az egészségügyi szolgáltató rendszer hatékony működésének gátjaként jelentkeznek. (Dózsa, 2008, 2010) Az ország egészségügyi állapota a gazdaság növekedésének a záloga.

Az egészségügyi állapot fontos mérőszámai a csecsemőhalálozás, a mortalitás és a morbiditás²⁴ alakulása.

²³ Alap- és szakellátás, járó- és fekvőbeteg szakellátás.

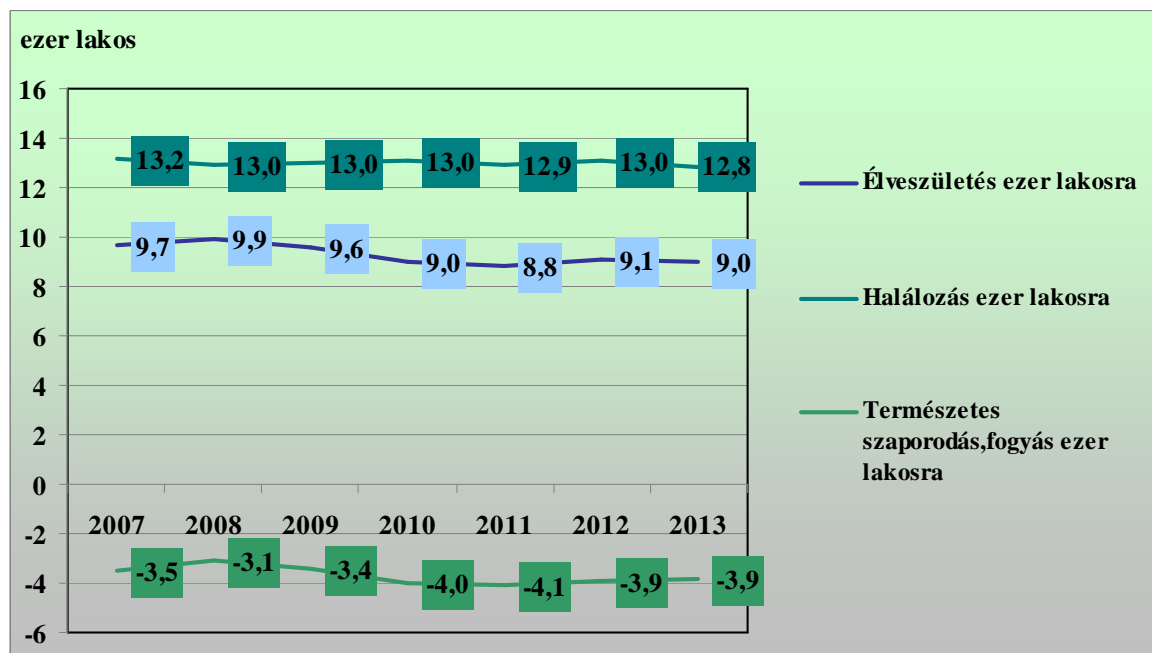
²⁴ Mortalitás: halálozási arányszám. Morbiditás: az a szám, amely megmutatja, hogy a szóban forgó betegséget előre meghatározott számú ember közül (általában 100.000 fő) mennyi kapta el.



3. ábra: Nyers halálzási és születési arányok 2012-ben

Forrás: The World Bank (2014), Eurostat (2014a)

Magyarország morbiditási és mortalitási adatai mind fejlettségéhez, mind a gazdasági-társadalmi szint elvárt mutatóihoz, valamint az európai átlaghoz képest is (EU 28 országa) kedvezőtlen értékeket mutatnak (3. és 4. ábra).



4. ábra: Magyarországi népességre vonatkozó adatok 2007-2013

Forrás: KSH (2014a)

Hazánk lakosságának száma 9 millió 909 ezer fő (2013. január 1.), a népesség a születési és a halálozási arány következtében folyamatosan csökken, a rendszerváltást követő időszakban a természetes szaporodás és fogyás relációja minden évben nagyobb fogyást jelez, amelynek mértéke 17–48 ezer fő között mozgott évente.²⁵

A hazai társadalmat jellemző demográfiai adatokban különösen a halálozási ráta nagysága, a korai halandóság, valamint a lakosság elöregedését mutató korfa jelent kiemelt problémát.

Ádány (2010) tanulmányának előszavában kifejti: „Hazánk azon országok közé tartozik, ahol a lakosság egészségi állapotát globális indikátorként jellemző (a halálozási adatokból származtatott) születéskor várható élettartam mutató lényegesen elmarad még a szerény gazdasági teljesítmény alapján elvárható értékektől is.”

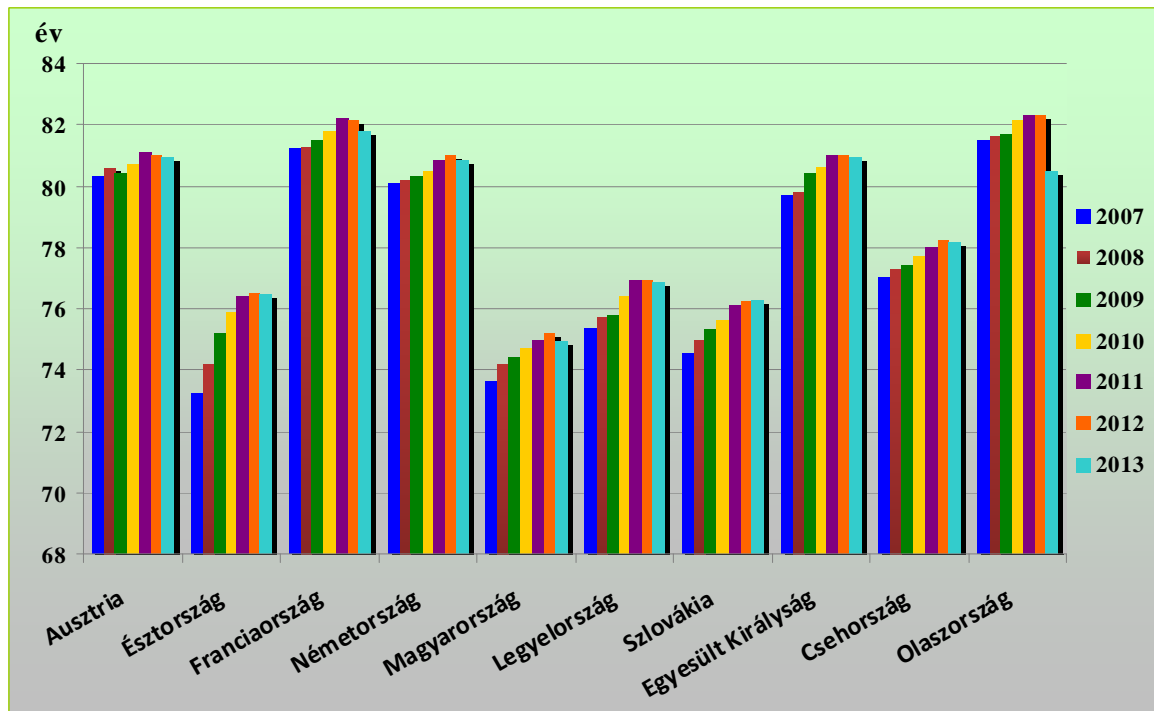
Molnár és M. Barna (2012) a demográfiai jellemzőket elemezve mutat rá arra, hogy bár a népességszám 1982 óta tartó csökkenése 1991-1992-ben megállt, az azt követő időszak minden egyes évben 0,2-0,3 százalékponttal lett kisebb a népességszám az előző évihez viszonyítva.

Magyarország a neonatális²⁶ halálozás tekintetében javuló tendenciát ért el, ugyan elmaradt az európai átlagtól, úgy tűnik, lemaradásunk csökken.

Az Európai Unióban 2007 és 2013 között háromtól folyamatosan csökkent egészen 2,73-ig az arány. Az Unió átlagától hazánk elmarad, bár Lengyelországban nemcsak a vizsgált időszakban, hanem az azt megelőző években is magasabb neonatális halálozási arány figyelhető meg.

²⁵ 1999-ben 48.565 fő, 1991-ben 17.606 fő.

²⁶ A neonatális halálozás a 28 napnál fiatalabb csecsemők halálozását jelenti az adott évi élve születések számának ezerszereséhez viszonyítva. A XXI. század és az előző század utolsó harminc évét figyelemmel kísérve megállapítható, hogy a korai csecsemőhalálozás jelentősen csökkent. Az 1950-es években háromszor annyi csecsemő halt meg, mint harminc évvel később 1982-ben 47,9, 1990-ben 14,8, 2000-ben 9,2, 2007-ben 5,9.



5. ábra: Születéskor várható élettartama 2007-2013

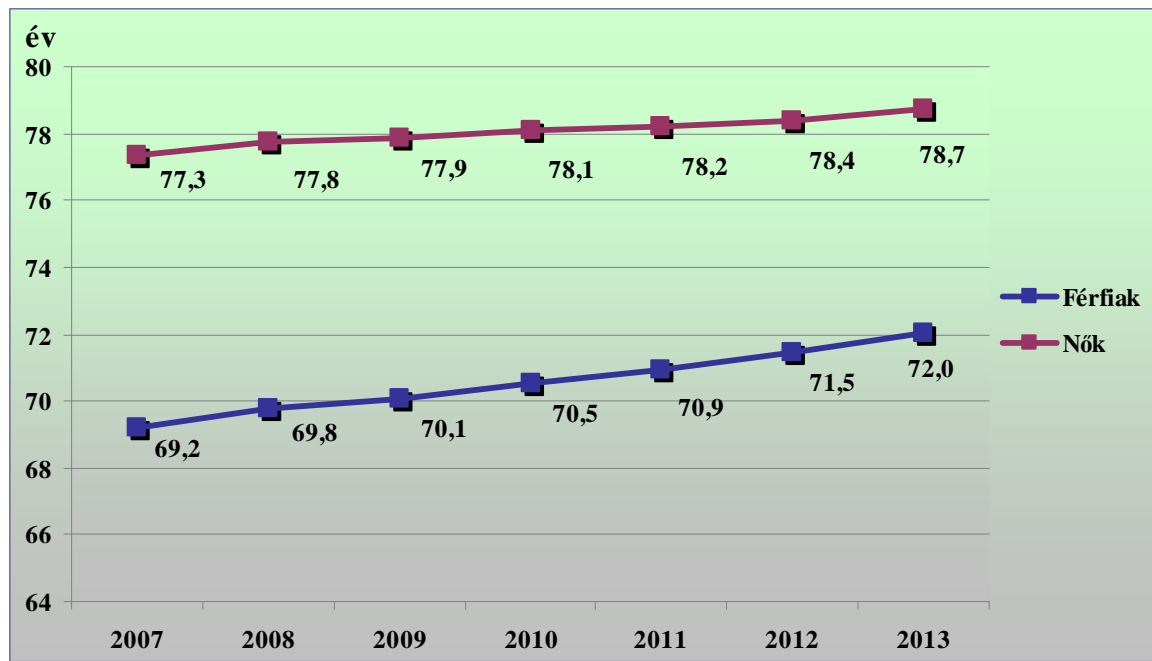
Forrás: OECD (2013a)

A társadalom előregedése, az aktív korúak számának csökkenése az állami szerep átgondolására, a pénzügyi krízis hatékony kezelésére ösztönzi a döntéshozókat (5-7. ábra).

Magyarországon 2007-től 2011-ig folyamatos volt a várható élettartam-növekedés²⁷, 2011 és 2012 között nem volt különbség, így a vizsgált hét évben összességében egy 0,9 éves növekedés volt tapasztalható. A kilenc vizsgált ország közül Magyarországon a legalacsonyabb a nők várható élettartama, a legmagasabb pedig Franciaországban. A vizsgált időszak átlagát figyelembe véve a két ország között 6,6 év különbség tapasztalható (5-6. ábra).

„Valamennyi EU tagállamban nőtt az idősek aránya az elmúlt évtizedekben, amely az alacsony termékenység és a hosszabb várható élettartam kombinációjának a következménye. A csökkenő szív és érrendszeri problémák eredményeként csökkent az idős emberek halálozási rátája, ami a jobb életmódnak, az eredményes megelőzésnek és kezelésnek tudható be.” (Rechel et al, 2013)

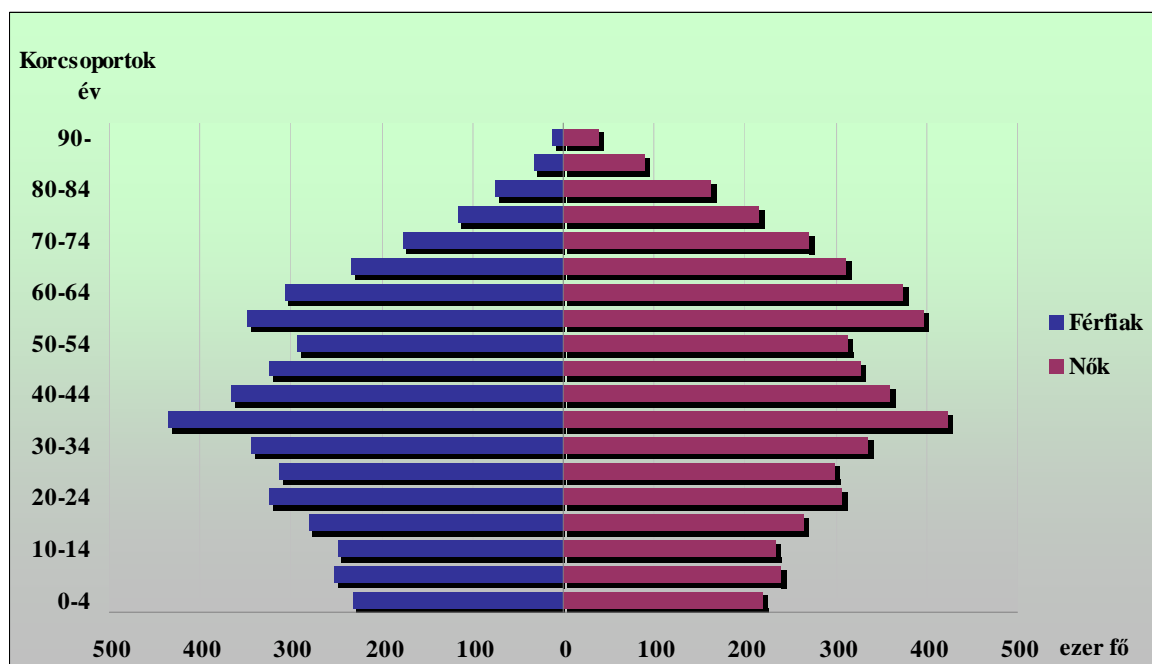
²⁷ A megyénkénti vizsgálat során az tapasztalható, hogy az ország nyugati felén 3 évvel magasabb a várható élettartam mind a férfiak, mind a nők esetében, amelynek többek között az adott térség társadalmi-gazdasági fejlettsége is szerepet játszik.



6. ábra: A férfiak és nők várható élettartamának alakulása Magyarországon

Forrás: KSH (2014a)

Magyarországon a nők és a férfiak várható élettartama között jelentős különbség figyelhető meg. 2007-ben ez a különbség még 8,4 év „többletet” jelentett a nők számára, 2012-re ez 7,2 évre redukálódott. A várható élettartam növekedése a vizsgált időszakban (2007-2013) a nők esetében 0,9 éves emelkedést, a férfiak esetében pedig 2,1 éves növekedést jelent. Így a férfiak várható élettartamában beállt növekedés 1,9%-kal magasabb volt, mint a hölgyek esetében.



7. ábra: Magyarország lakosságának megoszlása nem és korcsoportok szerint 2013-ban

Forrás: (KSH 2013)

„Az Európai Unió országaiban a születéskor várható életkor a nőknél átlagosan 6 évvel magasabb, mint a férfiaknál. Az egészséges életévek számát tekintve hazánkban azonban szinte alig tapasztalható különbség - átlagosan 1 év - a két nem között. E két megállapításból viszont az is következik, hogy a nők életük nagyobb részét töltik el rosszabb egészségi állapotban.” (Karner-Kaproncai, 2011)

Az Egészségtudományi Fogalomtár a fejlett országokra – köztük Magyarországra is – jellemző korfát úgynevezett hagyma formájúnak definiálja, amely leginkább a fiatalok arányának csökkenése, a magas várható élettartam, valamint az idősödő lakosság arányának növekedése miatt kapja jellegzetes alakját.

Idővel az egészségi problémák összetettsége növekszik. Idősebb korban gyakoribbak a társult betegségek, a krónikus problémák és a gyógyszerfogyasztással járó mellékhatások. A multimorbiditás hosszabb kórházi tartózkodáshoz vezet, és kórházon belül és kívül több szakterületre kiterjedő ellátást igényel. (Rechel et al, 2013)

Az egészségügyi integrációk kapcsán a Magyar Köztársaság Kormánya az európai egészségügyi dolgozókról szóló Zöld Könyvben (2005) kifejti, hogy miközben az EU népessége öregszik, egyre több egészségügyi munkaerőre lesz szükség, folyamatosan alkalmazkodó szaktudással, a korábbiaktól eltérő kompetenciákkal (skill-mix megváltozása).

A kutatás a **H1-H3 hipotézisek** vizsgálata során azt a következtetést vonta le, hogy a lakosság adott demográfiai és epidemiológia értékeit minden esetben figyelembe kell venni az egészségügy struktúrájának meghatározása során.

Az alap-, járóbeteg-szakellátás, és a szakkórházak kialakítása, működése során különös tekintettel kell figyelemmel lenni arra, hogy növekszik az átlagéletkor, s a betegek életük utolsó éveiben veszik igénybe a legtöbb egészségügyi szolgáltatást.

A korszerű betegellátás e tekintetben az akadálymentes közlekedési, átgondolt betegágy és tisztálkodási lehetőségek megteremtését, újszerű diagnosztikai, vizsgálati és műtéti módszer kialakítását igényli.

Az egészségügy struktúrájának, finanszírozásának megtervezése során számba kell venni, hogy az 50-70 év közötti betegek gyógykezelése magasabb finanszírozási képességet igényel, mint a fiatalabb korosztály ellátása, s növekvő létszámuk miatt elhelyezésük és gondozásuk jelentős mértékben befolyásolja egy adott intézmény működését. (Hegedűs, 2013d)

Az egészségügyről való stratégiai gondolkodás tehát mindenképpen magában kell, hogy foglalja az egészségügy befektetési, finanszírozási, működési, dologi és emberi erőforrással kapcsolatos tervezését.

2.1.4 A haláloki struktúra és a megbetegedések hatásai az egészségügy szervezésében

Egy társadalom egészségi állapota alapvetően a halálozások mértékével, valamint a haláloki struktúrával jellemezhető.

A KSH Magyarország 2012 jelentés (2013) adatai szerint a két fő haláloz – keringési és daganatos megbetegedések – mellett a mentális problémák²⁸ és a mozgásszervi betegségek okozzák a legtöbb munkaképtelenséget. Az alkoholisták, a dohányzók, a drogot fogyasztók, a depresszióval küzdők, a túlsúlyosak betegséggel szembeni ellenálló-képessége kisebb, többet hiányoznak a munkahelyükről, és az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásait többször veszik igénybe.

A Healthy Workplaces (2014) vizsgálata szerint az Európai Unióban a kieső munkanapok 50-60%-áért a munkahelyi stressz okolható. A stressz az elménk és a szervezetünk olyan reakciója, amely kiégést, szorongást, depressziót okozhat, ami testi tüneteket idézhet elő, mint például magas vérnyomás, álmatlanság, gyomor problémák és hátfájás. A kutatás megállapítja, hogy a stressz kiváltó okai között a munkahely megmaradásának bizonytalansága (72%), a jelentős munkaidőteher, a zaklatás, a túlterheltség, a munkavégző képesség és az elvárások közötti eltérés, az egymásnak ellentmondó elvárások és a továbbra sem egyértelmű szerepek említhetők.

A munkahelyi stressznek köszönhető a csökkent teljesítmény, a fluktuáció, és a pszichoszonális problémák csoportja. Ez utóbbi következményeként a dolgozó akár kétszer annyit is hiányozhat a munkából, mint e betegségekkel nem küzdő társai.

²⁸ Egészségügyi Világszervezet szerint jelenleg a világon a depresszió az egyik leggyakoribb kiváltó oka a munkaképtelenség. A depresszió következményeként évente közel 800 ezer ember lesz öngyilkos, döntő többségük (86%) a fejlődő országokban következik be.

Az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség (EU-OSHA),²⁹ becslése szerint a mentális egészségi zavarok teljes költsége Európában évente meghaladja a 240 milliárd eurót. Ennek az összegnek 57 %-át az elveszett termelékenység teszi ki, melynek szerves részét képezi a munkáltató által kifizetett betegszabadság, valamint 43 %-át a közvetlen, az orvosi kezelések költségei alkotják.

Hasonló eredményre jut Pikó és Piczil (2007) vizsgálata, amely szerint a pszichés terhek és a munkahelyi stressz folyamatos megtapasztalása kiégéshez, a lelki és fizikai megbetegedések magasabb kockázatához vezethet.

Az egyes egészségügyi állapotot veszélyeztető tényezők kumulálódnak, növekszik a gyógyszerfogyasztás, növekszik az igény az egészségügyi szolgáltatásokra.

A KSH Magyarország, 2012 jelentés (2013) a rokkantsági nyugdíjasok számát 2012 elején 722 ezer főben állapítja meg, amelyben a korhatár alattiak aránya 47%, az ezredfordulón tapasztaltnál 8 százalékkal alacsonyabb, a rendszerváltás időpontjában mértnél 4 százalékponttal magasabb. Az adatok vészcsengőszerűen jelzik, hogy az egészségügy területén sürgős, megfelelő anyagi és humán erőforrás beavatkozás mellett, az egyes régi, rossz beidegződések (gyógyszerfogyasztás, házi orvosi szolgálat fokozott igénybevétele) lebontására is szükség van.

Az egyes trópusi kórokozóktól, az AIDS-től, az ebolától való védelem még nem kidolgozott, s annak általános, mindenki által történő igénybevételei lehetősége is korlátozott. Az elmúlt évszázadban a halál oki struktúra átrendeződött³⁰, a fertőző betegségek helyét (jellemzően Európában) átvették az életmóddal összefüggő krónikus kezelést igénylő betegségek. (Tompa, 2011)

Dahlgren-Whitehead (1991) kutatása az egészségre ható tényezők között – 1. számú függelék 47. ábra – a gazdasági, társadalmi, kulturális, környezeti feltételeket emeli ki, amely mellett megjelenik a szociális és közösségi „védőháló”, az egyéni életstílus, a kor, a genetika és a nemi hovatartozás.

A megbetegedéseket, a halál oki struktúrát vizsgáló nemzetközi (Cox, 2009 és European Commission, 2013) és hazai (OLEF, 2002) elemzésekből kitűnik, hogy Magyarország az életmódra káros viselkedési tényezők tekintetében (alkoholizmus, dohányzás) vezető helyen áll.

²⁹ Az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség (2014) Elég a stresszből – munkahelyi stressz kezelés elnevezésű programja szerint.

³⁰ World Health Organization felmérései alapján napjainkban többen halnak meg rákban, mint maláriában, AIDS-ben és tétécben összesen.

2. táblázat: Gyakori halálokok

Országok, EU-27	Összes (adatok 100.000 lakosra)							Nők (adatok 100.000 lakosra)	
	Keringési rendszer betegségei	Szív-betegség	Rák	Tüdő-rák	Végbél-rák	Légzőszervi megbetegedések	Közúti baleset	Mellrák	Méhrák
EU-27	209,9	76,5	166,9	38,4	18,7	41,2	6,5	22,6	7,2
Németország	208,7	80,9	158,6	34,3	17,7	37,0	4,4	24,0	5,5
Észtország	423,6	204,8	187,3	35,5	21,1	23,9	8,1	22,1	9,9
Franciaország	119,5	32,1	164,7	37,0	16,6	27,6	6,9	23,6	6,2
Magyarország	418,7	215,1	238,8	71,3	34,4	42,5	8,9	25,0	10,2
Ausztria	213,0	97,8	157,9	32,6	16,4	28,3	6,9	22,8	6,2
Lengyelország	336,9	90,6	196,5	52,1	22,3	38,2	11,0	19,8	11,8
Szlovákia	443,8	263,0	197,2	37,6	28,1	52,4	8,9	22,0	11,7
Egyesült Királyság	164,4	77,3	170,6	39,6	16,8	67,7	3,4	24,5	6,2

Forrás: Eurostat (2014b) saját szerkesztés

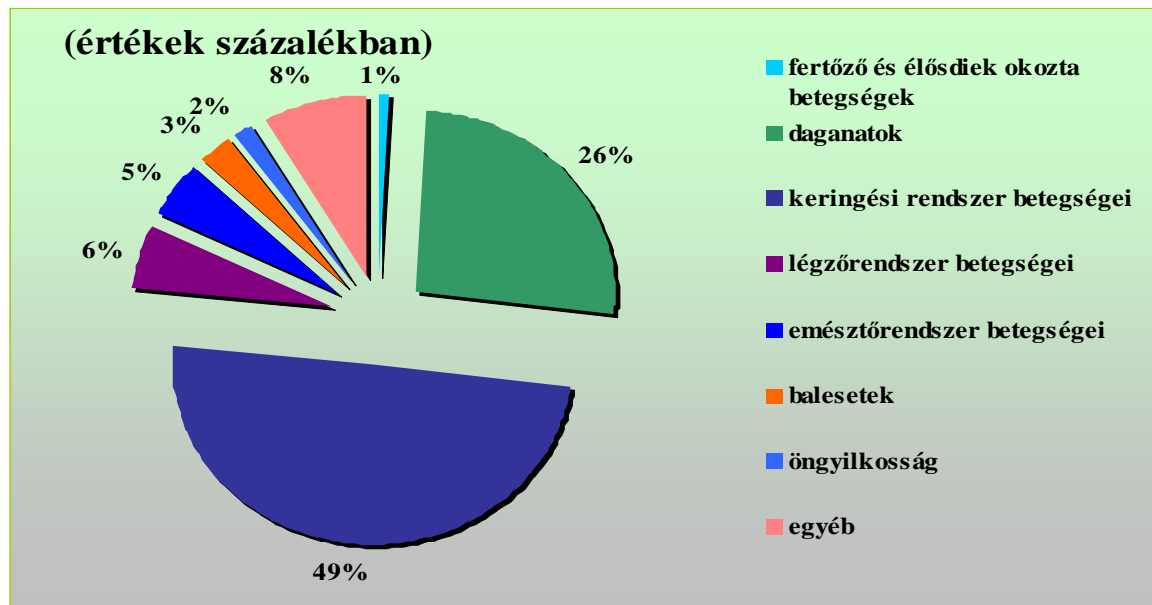
A halálteki struktúrában a keringési rendszer betegségei, a daganatok, az emésztőrendszer és a légző-rendszer betegségei (2. táblázat), a balesetek és a depresszió növekedésének tulajdonítható öngyilkosság szerepelnek leggyakoribb halálokokként, amelyeknek együttes mértéke kijelöli a prevenció irányát.

Kollányi és Imecs (2007) elemzése szerint 2005-ben összhalálozásban hazánknak voltak majdnem a legrosszabb mutatói.³¹

A keringési rendszer betegségei miatt bekövetkező halálesetek száma Magyarországon 2007 és 2013 között 5,4%-kal csökkent – ez valószínűleg az ehhez kapcsolódó orvosi ágazatok fejlődésével függ össze –, de még mindig kiemelkedően magas a többi európai országhoz képest.

A 2010-es adatokat figyelembe véve Magyarországon (2. táblázat) a százezer főre jutó szív- és érrendszeri betegségek miatt bekövetkező halálozások száma több mint a négyszerese volt az ebben a „kategóriában” legalacsonyabb értéket mutató franciaországi adatnak, de az EU-27 átlaghoz képest is 220%-kal magasabb volt a magyarországi érték.

³¹ Románia a keringési rendszer betegségei tekintetében rosszabbul teljesített.



8. ábra: Halálzási okok megoszlása Magyarországon 2013-ban

Forrás: KSH (2014a)

A keringési rendszer megbetegedései kapcsolatba hozhatóak a magas vérnyomással és a magas koleszterinszinttel, a cukorbetegséggel, valamint a dohányzással. (Eurostat, 2014b) A daganatos megbetegedés a halálozások 26%-ában volt jelen mint kiváltó ok, a légzőrendszer és az emésztőrendszer betegségei pedig 5-5%-ot tettek ki (8. ábra).

2010-ben a rákos megbetegedések miatt bekövetkezett halálozások (100.000 főre) tekintetében is kiugró volt a magyarországi érték, ugyanis az EU-27 átlaghoz képest Magyarországon 43%-kal többen haltak meg ennek következtében, s az ebben a halálozásokban a legalacsonyabb értéket mutató Ausztriához képest pedig ez az érték már 51% volt.

Molnár és M. Barna (2012) az 1960 és 2011 közötti évek adatait vizsgálva megállapítja, hogy „arányaiban az emésztő szervrendszeri és a daganatos megbetegedésekből származó halálozások száma növekedett a legnagyobb mértékben”.

A KSH (2010) egészségfelmérése szerint a férfiak kétharmadának, a nők háromnegyedének van tartós betegsége, a nők 61%-a, a férfiak 46 %-a hord szemüveget, 2,4%-uk (egyforma adat) halláskárosult, 5-10%-uk önellátásban korlátozott, a 15 év feletti lakosság több mint a felének pedig a kívánatosnál magasabb a testsúlya.

A felmérés alapján a 15 évesnél idősebb lakosság 31,4%-a napi rendszerességgel dohányzik³² és – rendkívül sajnálatos módon – a fiatalok egyre korábban kezdenek dohányozni.

³² Az Országos Epidemiológiai Központ Országos Lakossági Felmérés 2000 kutatási jelentése szerint a 18 év feletti magyar férfiak 40,7%-a, a nők 26,3%-a dohányzik (rendszeresen vagy alkalmasszerűen). Az egy

Az OLEF 2000 (2002) kutatási jelentése szerint a dohányzás következményeként 19 percenként hal meg egy ember Magyarországon, évente körülbelül 28.000 fő.

A betegségek összetételének változásai rámutatnak arra, hogy elengedhetetlen és sürgető a tendenciákat is figyelembevevő, gyorsan reagáló, hatékonyan működő, fenntartható egészségügyi rendszer kialakítása.

A WHO (2013) oslói konferenciája felhívta a figyelmet arra, hogy a válság következtében az Európai Unióban megnövekedett az öngyilkosságok száma, amely nem kis részben a depresszió és a munkanélküliségtől való félelem hatása.

A költségvetési megszorítások következtében megnőtt a fertőző betegségek előfordulása, mivel a költségcsökkentő intézkedések befolyásolták a prevenciós programokat.

Az alacsony jövedelmű vagy munkanélküli egyén egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése csökkent, nőtt az elszegényedés, csökkent a szociális védőháló, amely tovább növelheti az egészségügyi kockázatokat a lakosság körében.

Tardos (1998) „betegségspirálja” szerint a nem megfelelő egészségi állapot csökkenti a teherbírást, ezzel rontja az egyén munkaerő-piaci esélyeit, ezáltal később munkanélkülivé, inaktívvá válik.

A kutatás a **H1-H3 hipotézisek** vizsgálata során az a következtetésre jutott, hogy a halálhálói struktúrák vizsgálata alapvetően meghatározza a szükséges kórházi szerkezet kialakítását, azaz prevenció nélkül a leggyakrabban előforduló betegségekre kell megtervezni a fekvő- és járóbeteg-ellátást.

A halálozási statisztikák vizsgálata tehát az alap annak eldöntésében, hogy milyen kórházi intézményi rendszer épüljön fel, s a betegségek számossága egyúttal meghatározza az igényelt finanszírozás összegét, a szükséges technikai és technológia, valamint humánerőforrás befektetést is. A disszertációból levonható az a következtetés, hogy továbbra is szükség van országos hatáskörű szakkórházakra, így hiba volt pl. az OPNI megszüntetése. A kutatásból azon következtetés is levonható, hogy az úgynevezett kis kórházak egyes speciális tevékenységét (SBO, nagyműtétek) le kell építeni, profiljukat a finanszírozhatóság és az igények optimalizálásával kell kialakítani.

lakosra eső cigaretta-fogyasztás 1999-ben 2.400 szál/fő volt, míg az Európai Unió országaiban átlagosan 1.600 szál/fő.

2.1.5 A belső tényezők

A társadalom kedvezőtlen egészségi állapotát az örökletes (genetikai) tényezők mellett az egészségtudatos életmód hiánya, a rossz, örökölt beidegződések, kiforratlan egészségkultúra, mozgásszegény életmód, a környezeti szennyeződések növekvő mértéke alakítja.

Az egészséget befolyásoló belső tényezők közül kiemelt szerepet kapnak az örökletes adottságok, amelyeknek a vizsgálatát az egészségügy szervezése során is figyelembe kell venni.

Az örökletes adottságok a genetikai meghatározottságot jelentik, azt, hogy egy adott ember milyen öröklött betegségekkel rendelkezik, az egyes betegségek kialakulására való hajlam mennyire van az egyénben genetikailag kódolva.

Az egészségügy szűrővizsgálatai során az anamnézis alapvető eszköz ahhoz, hogy a beteg alkatából, az egyén személyiségjegyeiből, idegrendszeri állapotából, öröklött betegségeiből megállapítsák a szív- és érrendszeri betegségekre, daganatos betegségekre, cukorbetegségekre való hajlamot.

A rizikótényezők korai felismerésére megfelelő kórházi struktúrát kell kialakítani, megfelelő egészségügyi innovációkra van szükség, ugyanakkor ezt befolyásolja a rendelkezésre álló finanszírozás mértéke.

A fel nem ismert és nem megfelelő eszközzel kezelt rizikótényezők a betegségek kialakulása után már sokkal nagyobb anyagi és emberi erőforrásokat kötnek le, mint prevenció alkalmazásával. A prevenció egyik eszköze a belső tényezők második eleme, az életmód megfelelő kialakítása. A helyes életmód kialakítása egyszerre jelenti a munka, a munkaviszony, a táplálkozás, a mozgás, lakásviszonyok, jövedelem, település viszonyok, pihenés, szórakozás összességét, harmóniájának megteremtését.

Az egészségtelen táplálkozás, a civilizáció–okozta egészségügyi problémák jelentősen befolyásolják az egyén teljesítőképességét, és ezáltal a jövedelemszerző, fenntartó képességét. (Báger-Lévai, 2003, Dózsa, 2010, Kovács, 2014)

Báger és Lévai (2003) által vezetett ÁSZ kutatócsoport vizsgálatában már 2003-ban rámutatott arra, hogy a magyar lakosság megbetegedési és halálozási mutatói nemzetközi összehasonlításban kedvezőtlen tendenciát mutatnak, s e tekintetben jelentős áttörés lényegében máig sem történt.

Az előzőekben említett, kutatásokkal is alátámasztott problémakört igyekszik kezelni a népegészségügyileg nem hasznos élelmiszerek fogyasztásának visszaszorítása és az egészséges táplálkozás előmozdítása, valamint az egészségügyi szolgáltatások, különösen a népegészségügyi célú programok finanszírozásának javítása érdekében megalkotott, a népegészségügyi termékadó fizetéséről szóló 2011. évi CIII. Törvény, amely természetesen a megoldásnak csak egy szelete lehet.

Az egészségtelen táplálkozással foglalkozó szinte valamennyi kutatás egyetért abban, hogy az egészséges életmód drasztikusabban csökkenti egy krónikus betegség kialakulásának kockázatát.

Braun (2011) emlékeztet arra, hogy a WHO már 2003-ban felvetette egy különadó bevezetésének lehetőségét az egészségtelen élelmiszerekre, mert a világ egyre több országában az egészségügyi kiadások jelentős növekedését okozza az elhízás és az abból kialakuló szív- és érbetegségek kezelése.

Az Egészségügyi Világszervezet 2005. évi felmérése 1,6 milliárd főre becsüli a túlsúlyos emberek számát, akik közül 400 millióan elhízottaknak tekinthetők. (Braun, 2011)

Az Élelmiszer-feldolgozók Országos Szövetségének (2013) interneten megjelent 2013. április 25.-i nyilatkozata szerint azonban a népegészségügyi termékadó bevezetése érdemben a magyar lakosság só és cukor fogyasztását nem befolyásolta, a csökkenést bemutató statisztikai felmérés módszertana megkérdőjelezhető.

Braun összegzése is hasonló következtetésre jutott a különadó kapcsán: „nem lesz jelentős népegészségügyi hozadék, csak az akut fiskális problémákat enyhíti.” (Braun, 2011)

A disszertáció a **H1-H3 hipotézis** vizsgálata során arra a következtetésre jutott, hogy az egészséges életmód javulása, szinten tartása hatással van az egészségügyi intézményi, ellátási struktúrára, valamint az egészségügy finanszírozási problémáinak változására.

Nemzetközi összehasonlításban is megmutatkozik, hogy indokolatlanul sok gyógyszer fogyasztunk, megterhelve ezzel az egészségügy számára rendelkezésre álló forrásokat, ami miatt kevesebb forrás jut a korszerű megelőző eljárások alkalmazására. A betegségek gyógykezelése illetve az egészséges életmód meghatározza a kórházi struktúra kialakítását. A kutatás úgy véli, hogy a társadalom egészséges életmódja esetén csökkenteni lehet a kardiológiai, pulmonológiai, valamint az elhízással kapcsolatos egyéb betegségek kezeléséhez szükséges infrastruktúrára fordítandó költségeket.

2.1.6 Az egészségügyre fordított kiadások és a lakosság egészségi állapota közötti összefüggések vizsgálata

Az egészségügyi ellátórendszer működésével szemben támasztott azon alapvető követelménynek, hogy – szakmai és gazdaságossági szempontból egyaránt – a lakosság egészségi állapotából fakadó szükségleteknek megfeleljen, számos tekintetben nem sikerült eleget tenni.

Gidai (1998) véleménye szerint „Az egészségügyre fordított összegek nagysága és a lakosság egészségi állapota, illetve annak javulása között nincsen szoros összefüggés.”

Álláspontját az Amerikai Egyesült Államok példájával támasztja alá, amely szerint az USA „kiugróan magas összeget költ az egészségügyre, az egészségügyi mutatóik mégis az OECD-országok legrosszabbjai között vannak.”³³ Mihályi (2000) kifejti, hogy Magyarországon az egészségügyi ráfordításnak a GDP-hez viszonyított aránya ma is magasabb, mint amennyit a GDP színvonala önmagában véve indokolna.

Palócz (2006) az OECD (2005) nemzetközi összehasonlításokra hivatkozva szoros összefüggést állapít meg az egészségügyre fordított kiadások, az egészségügy hatékonysága, az egy főre jutó termelés és jövedelmek, az egészségi állapot és a fejlettség, valamint a versenyképesség között. Az idézett kutatási eredmények egyrészt azt jelzik, hogy adott esetben egy-egy arányszám kijelölése eltérő következtetéseket is indukálhat – célszerűbb a vásárlóerő paritáson történő számítás –, másrészt nem hagyhatóak figyelmen kívül a környezeti elemek és azok hatásai sem az elemzés során.

A gazdasági körülmények javulása ugyan előidézheti az egészségi állapot javulását, ugyanakkor a civilizáció ugrásszerű fejlődése számos olyan megbetegedést is magával hozott, amelyek évtizedekkel ezelőtt nem voltak ismertek.

Az egészségügyi kiadások jelentős részét – mint az a 2. fejezetben korábban már szerepelt – a már kialakult betegségek gyógykezelésére használják fel, ami miatt az állam nagyobb számú kórházat tart fenn, mint az az ellátandók száma alapján optimális lenne.

A disszertáció a **H3 hipotézis** vizsgálata során azt a következtetést vonta le, hogy az egészségügyi kiadások rossz szerkezetét, s ezzel párhuzamosan az adott kórházi struktúra kialakítását a lakosság életmódja meghatározza, a civilizáció fejlődése és az egészségügyi kiadások alacsony mértéke számottevően befolyásolja.

³³ Orosz (2009) publikációjában az amerikai Commonwealth Alapítvány 2006-os „Why not the best?” kiadvány elemzésre hivatkozva megállapítja, hogy bár az USA-ban az egy főre jutó egészségügyi kiadás 2,2 szerese az EU (15) országok átlagának, az egészségügyi állapotra vonatkozóak rosszabb értékeket mutatnak, mint a fejlett országokban.

2.2 Az egészségügyi rendszer finanszírozásának kérdései, korlátai

2.2.1 Az állam jóléti szerepvállalása és az adósságállomány kapcsolata

A válság időszakában – az egyre szűkülő erőforrások szorításában – az állam társadalmi szerepvállalásának kérdése ismét a viták keresztjébe került.

A rendszerváltást követő évtizedekben újra felerősödött a vita a jóléti kiadások mértékéről, méréséről, az egyes funkciók ellátásának szükséges szintjéről, annak – többnyire hitelből történő – finanszírozási mértékéről, a piac szerepéről.

„A jóléti állam aktivitásának egyik jellemző mutatószáma a jóléti közkiadások GDP-ben³⁴ elfoglalt részaránya” (Kiss, 2013), amely közkiadások – a tanulmány szerint – az OECD országok átlaga tekintetében nem csökkentek.

A magyarországi rendszerváltás óta eltelt két évtized állami szerepvállalásait számos elemzés (Benczés, 2012, Muraközy, 2009, Mellár 1995, Szamuely, 2004) feldolgozta, amelynek gyakorlatban történő hasznosítása lényegében nem történt meg. A szakértők és a mindenkori kormányok rendszerint elbeszéltek egymás mellett, vagy a politika számos elemet mérlegre téve a közgazdasági racionalitások ellenében döntött.

Az elmúlt évtizedekben a hazai rendszerek működésében egyszerre volt jelen a gyakori irányváltás, a hagyomány, a beidegződés, a ragaszkodás, az álmodozás, a működő és bevált rendszerektől való eltérés félelme, az egyes országok által alkalmazott gyakorlatok hazai adaptálásának torzképei, az alrendszerek felépítésének rendszerszemlélet-nélkülisége, a mindent behálózó korrupció, az olykor áttekinthetetlen tulajdonviszonyok, valamint a pártpolitikai csatározások által és közben fenntartott rend.

Magyarország rendszerváltás utáni történetében így egyszerre van jelen a **”koraszülött jóléti állam”** (Kornai, 1992), az alkotmányban és egyes törvényekben is megfogalmazódott **„bölcsőtől a sírig tartó gondoskodás”** (Mihályi, 2008), amely végül egy eladósodott, a kiútkeresésében mára már félig megrokkant **„túlköltekező állam”** (Szalai, 2007) vagy Sajó (2008) kifejezésével élve **„túlosztó állam”** képében testesül meg.³⁶

³⁴ Egri (2011) tanulmányában GDP, mint a területi fejlettséget kifejező indikátor, mint a társadalmi jólétet jelző mutató kritikáját fogalmazza, a szakirodalom továbbra is ezt használja.

³⁶ Ezekre az összefüggésekre Mihályi (2008) hívja fel a figyelmet.

Az elmúlt évtizedet jól jellemzi Mihályi (2013) értékelése, amely szerint a 2002-es jóléti rendszerváltás programja nem volt más, mint „hitelből történő pénzosztás”, s Orosz (2000) szavaival élve az egészségügy átalakítása során rendszerint „félúton vagy tévúton” jártunk. Benedek et al. (2006) a magyar államháztartási bevételek és kiadások –1991 és 2004 közötti időszakban – elvégzett szerkezetvizsgálata során arra a következtetésre jutnak, hogy a magyar államháztartást a centralizáció jellemzi, a magas közkiadások, a kiadások szerkezetében meglévő nagyarányú jóléti feladatok a növekedés fékező erői.

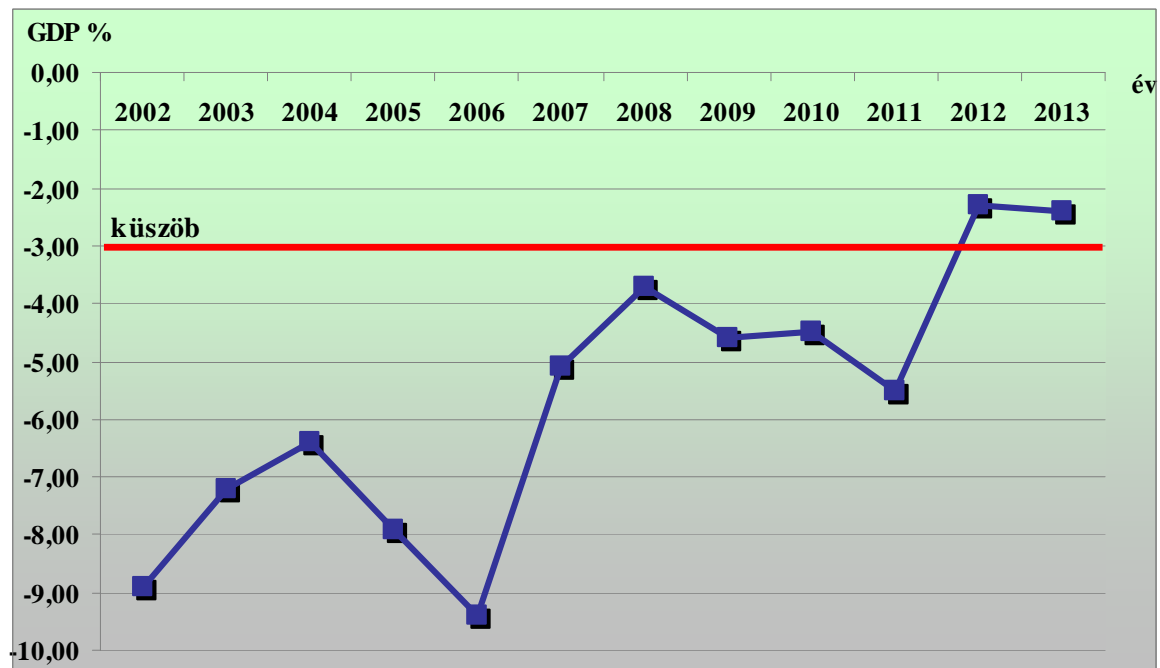
Az ország költségvetésének gyakran torz strukturális szerkezete, a nettó adósságállomány alakulása, az adósságszolgálat és a nettó kamatkiadás GDP százalékában mért magas értéke a közsféra felülvizsgálatára ösztönöz.

Az egészségügyi kiadások elemzése során nem kerülhető meg az adott ország általános gazdasági helyzetének elemzése, hiszen gyakran az állam a hiány szorításában az egyes jóléti rendszerek szűkre szabott keretével „orvosolja” problémáit.

Magyarország szinte az Európai Unióba történő belépése (2004) óta túlzottdeficit-eljárás³⁷ alatt állt, amelyet csak 2013-ban oldottak fel. A Maastricht-i Szerződéshez csatolt „Túlzottdeficit-eljárás protokoll” szerint az euro-övezet tagállamainak és a tagjelölt országoknak bizonyítaniuk kell, hogy rendezett az államháztartásuk, mégpedig két kritérium alapján: a költségvetési hiány nem haladhatja meg a GDP 3%-át, az államadósság pedig a GDP 60 %-át. (Eurostat, 2014c)

A Stabilitási és Növekedési Paktum emellett azt hivatott megakadályozni, hogy az uniós tagállamok olyan politikai intézkedéseket hozzanak, amelyek indokolatlan előnyöket biztosítanak saját gazdaságuk számára más tagállamokkal szemben. „Emellett az integrált gazdasági és foglalkoztatási iránymutatások legutóbbi – az intelligens, fenntartható és inkluzív növekedést célzó Európa 2020 stratégia keretében felülvizsgált – változata az államháztartás minőségének és fenntarthatóságának biztosítására vonatkozó iránymutatást is tartalmaz.” (Eurostat, 2014d)

³⁷ Az EDP egy olyan eljárás, amit az Európai Bizottság indít el minden egyes olyan Európai Unió tagállamban, amelyben a költségvetési hiány meghaladja az EU Stabilitási és Növekedési Paktumában foglalt szabályokat. Az eljárás több lépésből áll, melynek végén esetleges szankciókkal ösztönözhetik, hogy kontrollálja a költségvetési hiányt, amire az Európai Gazdasági és Monetáris Unió kötelezi a zavartalan együttműködés érdekében



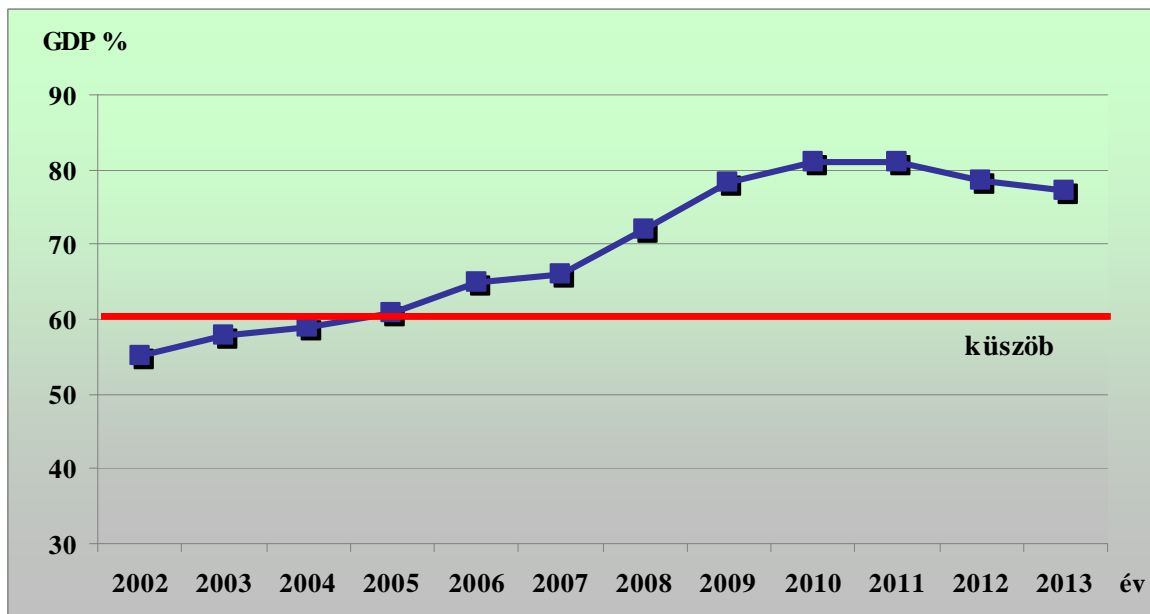
9. ábra: Államháztartási hiány Magyarországon a GDP százalékában

Forrás: Eurostat (2014e)

Az államháztartási hiány mozgása 2002 és 2013 között hektikus, tendenciáját tekintve csökkenő tendenciát mutat (9. ábra). A mélypont 2006-ban figyelhető meg, amikor is a GDP-hez viszonyított államháztartási hiány elérte a 9,4%-t (9. ábra), az állam konszolidált bruttó adósságának összege pedig 15.611.528 millió forint volt.

2011 és 2012 között sikerült visszaszorítani az államháztartási hiányt a túlzottdeficit-eljárásban meghatározott küszöb alá, így a disszertáció által vizsgált utolsó két évben már az „elvárt maximum”, vagyis a 3%-os küszöb alatt volt az érték.

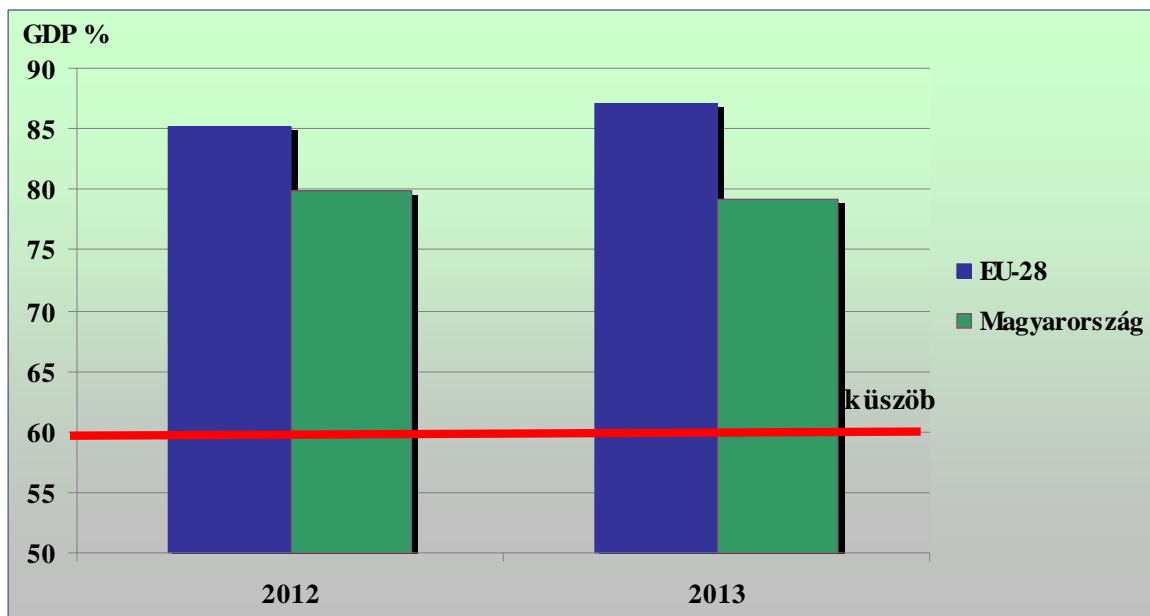
„A kormányzati szektor hiánya 2013-ban a nemzeti számlák adatai alapján elérte a 724,4 milliárd forintot, amely a GDP 2,4 %-a.” (KSH, 2014b)



10. ábra: Magyar államháztartás bruttó adóssága a GDP százalékában

Forrás: Eurostat (2014f)

A magyar államháztartás bruttó adóssága 2002 és 2011 között folyamatosan emelkedett (10. ábra), aminek következtében az adósság (a GDP százalékában) 24,9% ponttal nőtt a 2011-es évre. A kormányzati szektor adóssága 2013 végén elérte a 23 085 milliárd forintot, amely a GDP 77,3%-a.” (KSH, 2014b)

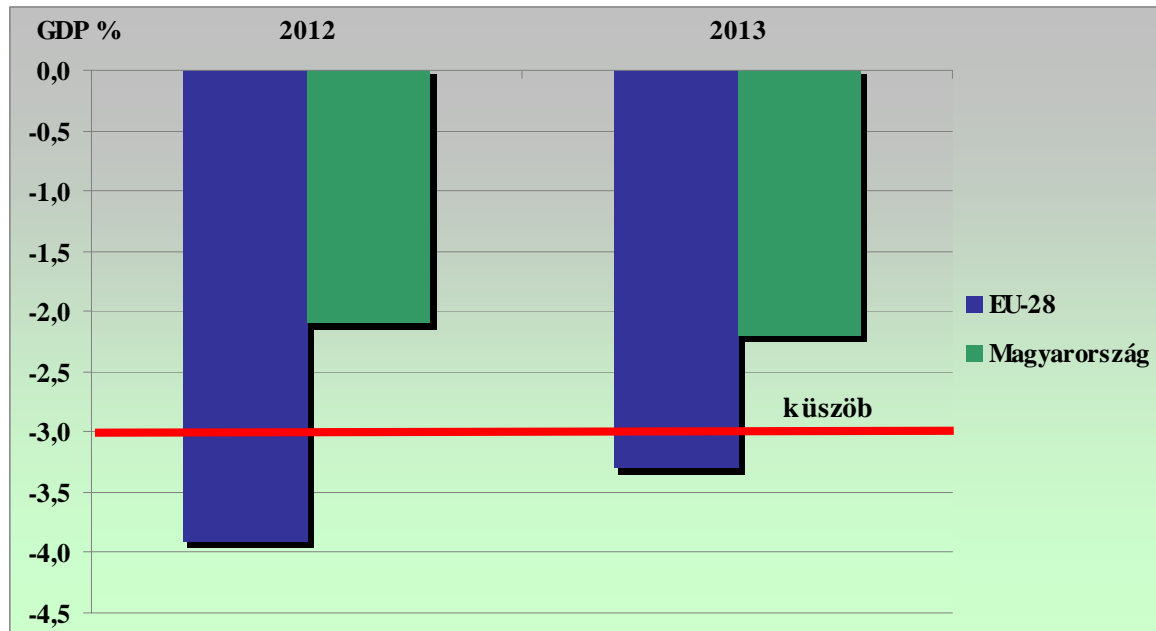


11. ábra: Az államháztartási szektor konszolidált bruttó államadóssága a GDP százalékában

Forrás: Eurostat (2014g)

Az államháztartási szektor konszolidált bruttó államadóssága (11. ábra) 2012-ben és 2013-ban (is) jelentősen túllépte a túlzottdeficit-eljárás alapján meghatározott 60%-os küszöböt.

2012-ben a „többlet” 19,8% volt, 2013-ban pedig 19,2%. Ennek ellenére a két vizsgált évben Magyarország jobb eredményt ért el, mint az EU-28-as átlag, ami 2012-ben 85,2% (5,4% ponttal több, mint Magyarországon), 2013-ban pedig 87,1% volt (7,9% ponttal több, mint Magyarországon).



12. ábra: Az államháztartási szektor konszolidált nettó hitelfelvétele a GDP százalékában
Forrás: Eurostat (2014g)

Az államháztartási szektor konszolidált nettó hitelfelvételének³⁸ értékét (12. ábra) 2012-ben és 2013-ban a túlzottdeficit-eljárásban meghatározott küszöb alatt sikerült tartani, a protokoll 3%-os maximuma helyett 2012-ben 2,1%, 2013-ban pedig 2,2% volt ez az érték, amely már a Maastrichti Szerződésben meghatározott elvárások teljesítését jelentette. Az állami kiadásoknak a 2002 és 2012 időszakra jellemző növekvő tendenciája Európában részben a gazdasági válságnak köszönhető, mert az állami kiadások növelésével az egyes országok gazdaságélénkítésbe kezdtek. A közkiadást érintő reformok azonban csak részben alakították át az államok költségvetésének kiadási szerkezetét, a jóléti rendszerek fenntartása a kiadások további növekedését eredményezte.

³⁸ „Az államháztartás hiányát vagy többletét a Maastrichti Szerződés az államháztartás ESA'95 szerint számba vett nettó hitelnyújtásaként, illetve hitelfelvételeként definiálja. Az államháztartás a központi kormányzat, tartományi kormányzat, helyi önkormányzatok és társadalombiztosítási alapok alszektorokat foglalja magába. A releváns definíciókat a 3605/93 számú módosított tanácsi rendelet tartalmazza. Az államháztartási szektor adatait az alszektorok között – országos szinten – konszolidálják.”

A kormány, a Széll Kálmán terv keretében, a magyar államadósság csökkentése érdekében jelentős átalakításokat és kiadáscsökkentéseket irányozott elő, amely intézkedések eredőjeként 2012-ben 550 milliárd forinttal, 2013-ban 900 milliárd forinttal kívánta javítani az államháztartás egyenlegét.

A megtett intézkedések ellenére „az államháztartás központi alrendszerébe tartozó költségvetési szervek lejárt tartozásállománya 2014. november 30-án 107,9 Mrd Ft, amely tartozásból 30 nap alatti 33,4 Mrd Ft, 30 és 60 nap közötti 21,8 Mrd Ft, 60 napon túl lejáró 49,2 Mrd Ft. A tartozásállományból 57,7 Mrd Ft a 2012–2014. években a központi alrendszerbe átvett, ezt megelőzően önkormányzati, illetve nonprofit és egyéb gazdasági társaságként működő intézményeknél halmozódott fel. (Magyar Államkincstár, 2014)

A disszertáció a **H3 hipotézis** vizsgálatának következtetése szerint az állam meglévő adósságállományának mértéke negatív hatást gyakorol az egészségügy finanszírozási lehetőségeire, ezért a kormány elsősorban költségcsökkentő intézkedések bevezetésével próbálja szinten tartani az egészségügyi rendszer³⁹ működését.

A kutatás úgy véli, hogy a meglévő adósságállomány mértéke nem lehet indok arra, hogy az egyébként megfelelő humán erőforrás háttérrel bíró egészségügyi rendszer működése a csökkenő vagy nominális szinten maradó finanszírozás miatt ellehetetlenüljön.

A reform befektetést igényel, azaz idő és megfelelő mértékű befektetés szükséges az alap- és járóbeteg-ellátás megerősítéséhez, a gyógyszerpiac felülvizsgálatához, a kórházi struktúra racionalizálásához.

³⁹ Az egészségügyi szektor fogalma, elemei a disszertáció terjedelmi kereteire való tekintettel, a 4. számú függelékbe kerültek elhelyezésre.

2.2.2 Az adósságállomány és a szociális ellátás nemzetgazdasági ág gazdasági teljesítményének kapcsolata

Általánosságban elmondható, hogy egy nemzetgazdasági ág, szektor gazdasági teljesítményét a kibocsátásával, illetve a bruttó hozzáadott értékével érdemes mérni nemzetgazdasági szinten. (ESA 2010 3.14, 3.88, illetve a 3.03 bekezdések)

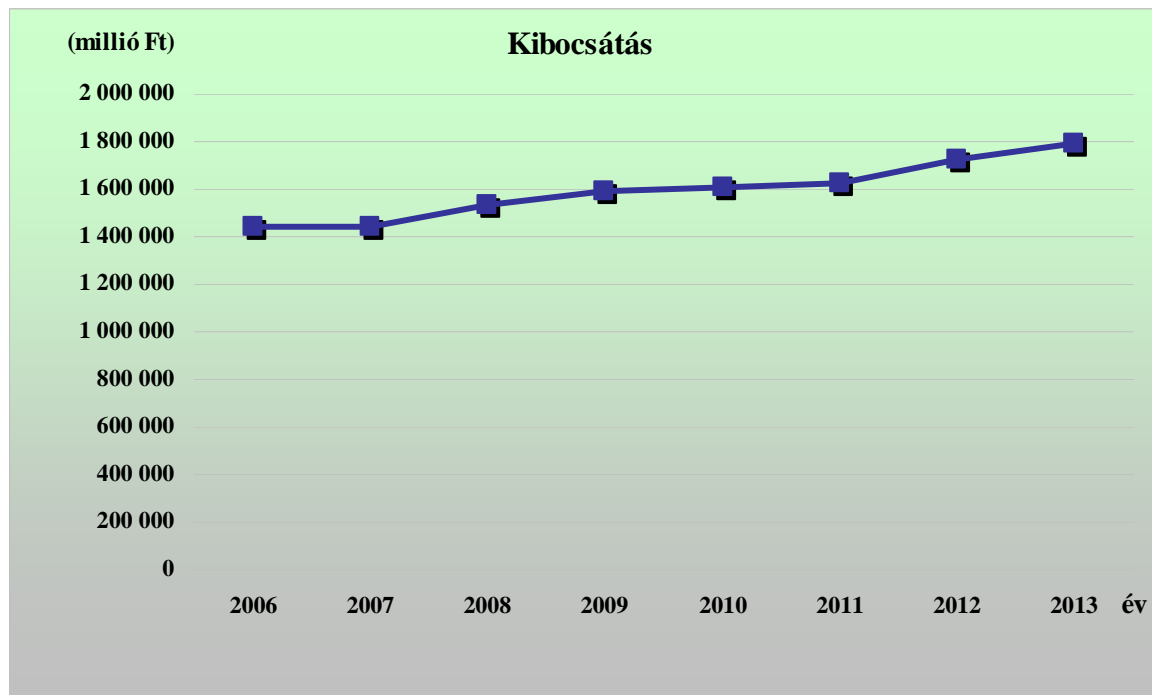
A disszertáció által megfogalmazott hipotézisek vizsgálatához szükséges a gazdasági teljesítmény és az adósságállomány kapcsolatának vizsgálata is, hiszen ez képet nyújt arról, mennyire elégséges a jelenlegi rendszerben a szektor finanszírozottsága, annak tükrében, hogy mekkora a szektor által megtermelt szolgáltatások szintje. A kórházak alapvetően non-profit intézmények, ezért gazdasági teljesítményük mérése nem egyszerű, a kibocsátás szokásos meghatározása (ár és mennyiség szorzata) ebben az esetben nem működik.

A non-profit intézmények kibocsátása általában a ráfordítások (bér, bérjellegű kifizetések, anyagjellegű ráfordítások, stb.) összegével becsülhető, az állam által nyújtott kompenzációnak ezt a kibocsátást kell (ene) fedeznie.

Az intézmények folyó áron kifejezett kibocsátása függ az árak alakulásától, az ellátott esetek számától, illetve az ellátás minőségétől (például új technológiák használata).

A kórházak a beszerzések és az ellátások területének jelentős részén versenyhelyzetben vannak, ezért feltételezhető, hogy kibocsátásuk is hasonlóan alakul.

A Központi Statisztikai Hivatal évente publikálja a Humán-egészségügy és szociális ellátás nemzetgazdasági ág kibocsátását folyó áron, és negyedéves gyakorisággal pedig összevontan a Közigazgatás, védelem; kötelező társadalombiztosítás, oktatás, humán-egészségügyi, szociális ellátás negyedéves idősoráról állnak rendelkezésre információk.



13. ábra: A humán-egészségügy és szociális ellátás nemzetgazdasági ág kibocsátása (millió Ft)

Forrás: KSH (2014a) alapján saját szerkesztés, Kazimír Ildikó számítása

A kórházak esetében amennyiben a kibocsátást általában fedezi az állam által nyújtott támogatás, akkor az adósságállomány alakulása a kibocsátástól függetlennek tekinthető. Amennyiben viszont a kibocsátás és az adósságállomány alakulása között jelentős korreláció figyelhető meg, akkor valószínűsíthető, hogy az állam nem a teljes kibocsátást, hanem annak csak egy részét finanszírozza. A nem finanszírozott kibocsátás miatt egyrészt likviditási problémák keletkeznek, a kórházak működésének egy részét a szállítók finanszírozzák, másrészt az adósságállomány növekedése gátolja a pótlólagos beruházások megvalósítását. Az adósságállomány tendenciózus növekedése valamennyi vállalkozás esetében fizetéképtelenséghez, működési zavarokhoz vezethet.

Az elmúlt több mint negyed század egészségügyi finanszírozási tapasztalatai azt mutatják, hogy az egészségügyből történő forráskivonások következményeként bizonyos időközönként az adósságállomány rendezésére van szükség, illetve a mindenkori kormányok kísérletet tehetnek arra, hogy meglévő eszközökkel fenntartható pályára állítsák a kórházak finanszírozását.

A fenntartható fejlődési pálya kísérleteit rendszerint struktúraváltás vagy reform címmel hirdetik meg, amely vagy ágyszám-csökkentést, vagy kórház megszüntetést, vagy forráskivonást jelent.

A probléma súlyosságát, a kiútkeresés vakvágányait jelzi, hogy az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény óta a mai napig nem sikerült megalkotni az új Kórháztörvényt.

Az egyes beavatkozási kísérletek az adósságállomány és (vagy) kibocsátás alakulásában exogén sokkakként jelentkeznek, amelyek hatása a beavatkozás jellegéből adódóan lehet egyszeri, ekkor a sokk az idősorban úgynevezett **additive outlierként** jelenik meg.

A kormányzat egyszeri „támogatás” nyújtása megvalósulhat év végi kasszasöpréssel, egyszeri kismértékű vagy teljes összegű adósságkonszolidációval.

Amennyiben a finanszírozás valódi struktúraváltás nélkül, a régi rendszer szerint folytatódik, úgy az adósságállomány rövid időn belül mindig újra képződik.

A tartós hatású beavatkozások két csoportra oszthatók. A **levelshift outlier** esetében az adósságállomány szintje változik, de pályája nem, amely azt jelenti, hogy növelik a finanszírozást egy fix összeggel, de az nem követi a kibocsátás alakulását. Amennyiben a finanszírozás úgy változik meg, hogy az adósságállomány alakulása egy új pályára áll, azt **transitory change**-nek nevezzük, ez is **outliernek** tekinthető. Jellemző példa az, amikor a finanszírozás a kibocsátás rögzített arányában változik.

A kutatás **H3 hipotézis vizsgálatának** következtetése, hogy adósságállomány és kibocsátás alakulásának együttes vizsgálatával alátámasztható, hogy Magyarországon az egyes intézmények esetében mennyire elégséges az állami finanszírozás, illetve hogy az egyes reformkísérletek, finanszírozási sokkok hatása mennyire tartós és hatásos.

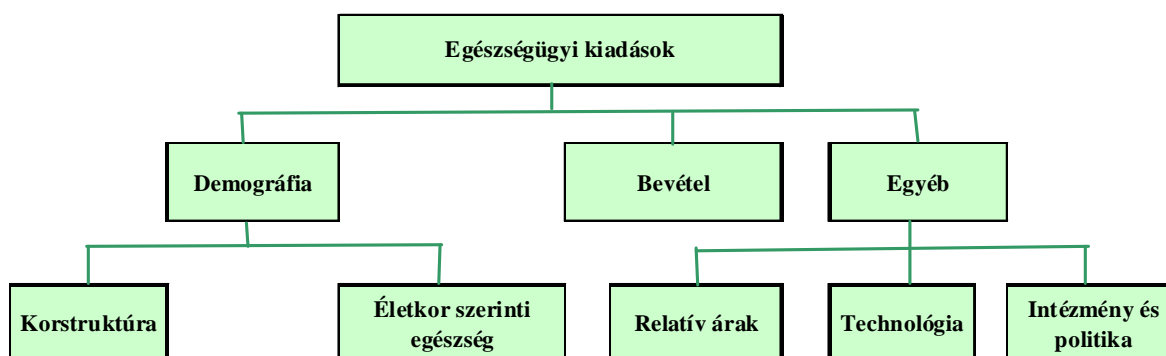
A hazai egészségügy adósságállomány beavatkozási kísérleteit az **additive outlier** jellemzi.

2.2.3 Az egészségügyi rendszer finanszírozásának általános kérdései

Az egyes országok egészségügyi rendszerének finanszírozása komplex rendszert alkot, az eltérő jellemzők miatt összehasonlításuk kellő korrekcióval értékelhető. (Orosz, 2010, Dózsa, 2010, Busse et al, 2007)

„A fejlett országok XX. századi fejlődése során, különösen a jóléti államok második világháború utáni kiépülésével markáns különbség alakult ki az amerikai és az európai egészségügyi rendszerek között.” (Orosz, 2009)

„Az egészségügyi kiadások és a hosszú távú gondozás (továbbiakban LTC) a legtöbb kormány elsőrendű politikai kérdése az OECD-országokban. Ezek a kiadások nyomást gyakorolnak az állami költségvetésre, azt eredményezve, hogy a felmerülő egyéb szociális kiadási programok és a kamatok normalizálódása, magasabb adósságszintet eredményez, mint a múltban. A közegészségügyi és az LTC kiadások GDP-hez viszonyított aránya több évtized óta folyamatosan növekszik.” (OECD, 2013b)



14. ábra: Az egészségügyi közkiadások meghatározása

Forrás: OECD (2013b)

Az állami egészségügyi kiadások alakulását a demográfiai, bevételi tényezők mellett számos egyéb összetevő befolyásolja (14. ábra). A demográfiai tényezők általában az életkorhoz, a népesség szerkezetéhez és az egészségi állapot alakulásához kapcsolódnak, míg nem-demográfiai tényezőként jelentkeznek a bevétel.

Az egészségügyi kiadások és a bevételek közötti összefüggés továbbra is rendezetlen kérdés, a nemzeti és egyéni jövedelem lehetséges rugalmasságát⁴⁰ – finanszírozási modelltől függően eltérő mértékben – a demográfiai tényezők és az állam teherbíró képessége a szükségesnél jelentősebb mértékben befolyásolja.

⁴⁰ Az egészségügyi kiadások jövedelem változásának mértékére való fogékonyság.

Az árak relatív növekedése, a technológiai fejlődés, az egyes egészségügyi szakpolitikai intézkedések és az egyes intézmények tevékenysége az egészségügyi kiadások növekedésének tényezőivé váltak. (OECD, 2013b)

Az állam az egészségügyi kiadásokra gyakran rövidtávú beruházásként tekint, és csak most kezdődött el annak a felismerése, hogy az egészségügybe való beruházás a gazdasági növekedés kulcsfontosságú eleme lehet. (Byrne, 2004)

Az egészségügyi ellátás finanszírozásának alapvető fedezeti formái (Karner, 2008)⁴¹

- a közfinanszírozás,
- a magánfinanszírozás.

Az egyes finanszírozási formák gyakorlati vizsgálata során szinte valamennyi típus a vegyes finanszírozás ismérveit (köz és magán) hordozza.

Európában számos társadalombiztosítási finanszírozási modell létezik (5. számú függelék F 109 - F 113. táblázatok), amelyek közül a legismertebbek a bismarcki, beveridgei és a szemacskói rendszer.

Az egyes modellek eltérő módon közelítik meg az egészségügy és a nyugellátás finanszírozási kérdéseit, és eltérő elképzelései vannak a szociális egyenlőségről. A társadalombiztosítási rendszerek átalakításának igénye számos országban felvetette a bismarcki és beveridge-i rendszerek összehasonlító elemzésének igényét. A tudományos összehasonlítások lényegében empirikus, elméleti és formális bázison is megtörténtek. (Kokot, 1999) Rámutattak arra, hogy kizárólagos, minden ország számára megfelelő társadalombiztosítási rendszer nem létezik. (Cremer-Pestieau, 2003) Az egyes rendszerek bevezetése a hagyományok mellett „nem utolsó sorban attól függ, hogy mely problémát (társadalompolitikait) kell először megoldani”. (Schmidt, 2005)

A finanszírozási rendszerek nem egy tökéletesen letisztult formában jelennek meg, hanem különböző rendszerek ötvözeteit alkalmazzák. (Rohwer, 2008) Az egyes finanszírozási modellek jellemzőit az 5. számú függelék tartalmazza.

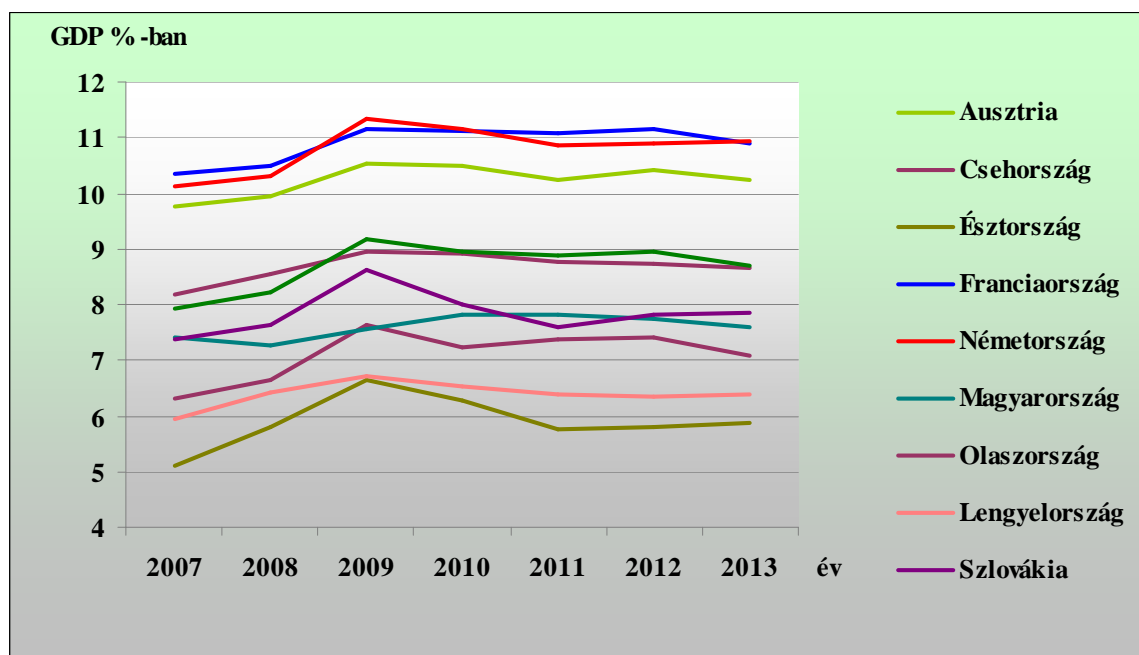
⁴¹ Az egyes modelleket értékelése számos hazai kutató Mihályi (2003), Karner (2005), Karner (2008), Orosz (2010), Elek (2014) vizsgálatában megjelenik.

2.2.3.1 Az egészségügyi kiadások változásai

Az egészségügyi kiadásokat az ország gazdasági, politikai helyzete jelentős mértékben befolyásolja. A válság hatására a világ számos gazdasága az elégtelen kereslet, alacsony fogyasztási szint, megtorpant beruházások, növekvő munkanélküliség, csökkenő aktív dolgozók aránya okozta sokkból történő kiútkeresés kényszerével küzd.

Az egyes országok kormányai nehéz gazdasági helyzetükben a növekvő egészségügyi kiadások csökkentésében, avagy szinten tartásában érdekeltek.

„Az európai egészségügy elsődleges célja jelenleg azon módszerek megtalálása, amelyekkel a rendszer jelenlegi forráshiánya kiküszöbölhető, illetve a költségek féken tarthatóak. A közeljövőben olyan változások következnek be Európában, melyek esetében megfelelő ellenintézkedések nélkül a jelenlegi elvek szerint működtetett egészségügyi ellátás forrásai már elmaradnak a szükségletektől, ezért egyre égetőbb olyan túlélési stratégiák megtalálása a rendszer átalakítására, amelyek lehetőséget biztosítanak az európai egészségügy hosszú távú fenntarthatóságára.” (GYEMSZI, 2012e)



15. ábra: Egészségügyi összkidadások GDP-hez viszonyított arányának változásai
Forrás: OECD (2014a)

Az 15. ábra adatai szerint az egészségügyi közkiadások az összetevők jelentős változása (GDP emelkedés-csökkenés, egészségügyi kiadások csökkenése) következtében a vizsgált 2007 és 2013 közötti időszakban jelentős eltéréseket mutatnak.

Orosz (2010) szerint „az OECD átlagát tekintve 1992 és 2007 között az összes egészségügyi kiadás a GDP 7,2 százalékáról 8,6 százalékára, a közkiadások a GDP 5,3 százalékáról 6,2%-ra növekedtek”, amely tendencia a válság hatására megrekedt, sőt ellentétes irányú mozgások figyelhetők meg néhány ország esetében.

Hsiao és Heller (2007) vizsgálata szerint a negatív tendenciák egyik okozója, hogy a pénzügyi-gazdasági válságot megelőző időszakban a legtöbb fejlett országban, a gazdasági növekedést meghaladó mértékben növekedtek az egészségügyi kiadások és az egészségügyi közkiadások.

A válság következtében a növekvő terhek finanszírozása egyre nagyobb kihívást jelentett az érintett államok költségvetése számára, amely az egészségügyi kiadások racionalizálását tette szükségessé.

A Health at a Glance: Europe (2012) tanulmány szerint 2010-ben Európa szinte valamennyi országában csökkenés mutatható ki az egy főre jutó, valamint a GDP⁴² százalékában mért egészségügyi kiadások területén.

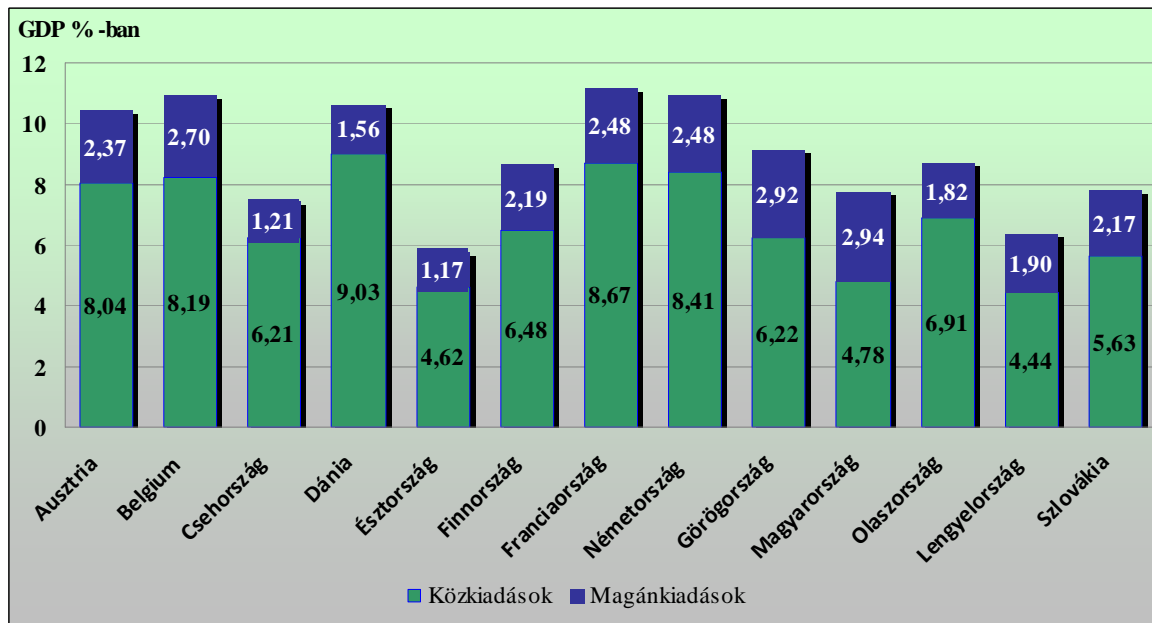
A jelentés párhuzamot von a válság és az egészségügyi kiadások csökkenése között, de az elemzések rámutatnak arra, hogy az egyes kormányok a válság időszakában eltérően csökkentették – különösen a prevenció területén – az egészségügyre fordítható kiadások mértékét.

Karner (2008) összefoglalója szerint az egészségügyi kiadások GDP-ből való részesedése, valamint a közfinanszírozás származtatott aránya tekintetében az egyes országok közötti összehasonlítás kellő korrekcióval kezelendő, az eltérő ár- és költségarányok, valamint az egyes országok gazdasági felépítettsége miatt.

A vizsgált országokban 2012-ben a GDP-hez viszonyítva átlagosan 8,89% volt az egészségügyi kiadások mértéke, ebből az állami kiadások 6,74%-ot, a magánkiadások pedig 2,15%-ot tettek ki (16. ábra).

Az átlagtól pozitív irányban Ausztria, Belgium, Dánia, Franciaország, Németország és Görögország tért el, ezekben az országokban a GDP-hez viszonyított egészségügyi kiadások mértéke rendre 10,41%, 10,89%, 10,59%, 11,16%, 10,89% és 9,15% volt. A vizsgált országok közül a legalacsonyabb értéket Észtország produkálta, ahol a GDP-hez viszonyított egészségügyi kiadások mértéke mindössze 5,79% volt.

⁴² Egri (2011) tanulmányában GDP, mint a területi fejlettséget kifejező indikátor, mint a társadalmi jól(l)étet jelző mutató kritikáját fogalmazza, a szakirodalom továbbra is ezt használja.



16. ábra: GDP-hez viszonyított egészségügyi kiadások megoszlása magán és az állami szektor között 2012-ben

Forrás: OECD (2014a)

Az egészségügyi összkiadások változása Magyarországon kevésbé volt hektikus 2007 és 2013 között, mint sok más, vizsgált országban. Ebben az időszakban Magyarországon az egészségügyi összkiadások GDP-hez viszonyított aránya átlagosan 7,6% volt, ezzel a vizsgált országok alsó harmadába tartoztunk.

Az egészségügyi közkiadások GDP-hez viszonyított aránya Németországban és Franciaországban volt a legmagasabb, míg a legkisebb értékek Észtország és Lengyelország esetében figyelhetők meg.

Magyarország 2012-ben a teljes GDP 7,73%-át fordította egészségügyi kiadásokra, melyből 4,78% közkiadás és 2,48% volt magánkiadás. A magánkiadás a vizsgált országok viszonylatában nálunk a legmagasabb, itt ugyanis a teljes egészségügyi kiadás 38,1%-át jelentette.

Magyarország az egészségügyre fordított magánkiadások tekintetében az első helyen áll, amely egyrészt a vény nélküli magas gyógyszerfogyasztásnak, a magánpraxis fokozott igénybevitelének és a hálapénz jelenlétének együttes következménye.

A gazdasági válság GDP-re gyakorolt hatása is megfigyelhető, ugyanis ebben az időszakban az országok GDP-csökkenése miatt a GDP-arányos egészségügyi közkiadások mértéke majdnem mindenhol kiugró eredményt mutatott.

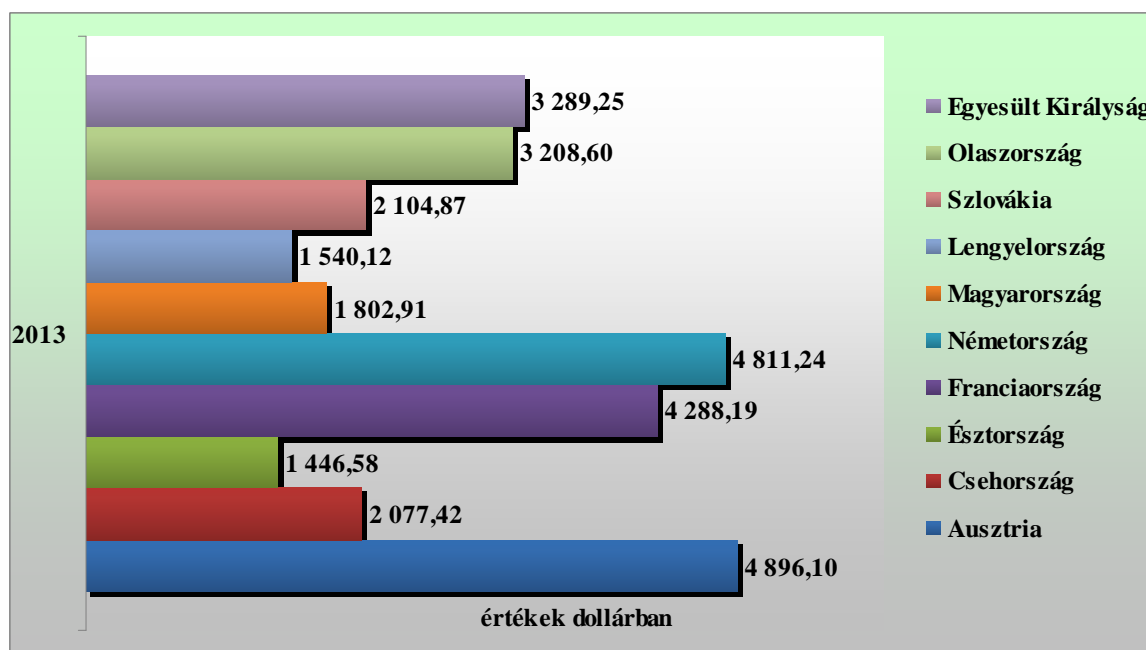
Az egészségügyi közkiadások arányának vizsgálatát összegezve kitűnik, hogy hazánk az elemzett országok közül az utolsó helyekre szorult, az egészségügyi közkiadások tovább már nem csökkenthetőek.

A 2006 és 2013 között megvalósult konvergencia-program szinte állandó vesztese az egészségügy volt, amely az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében érzékelhetően megmutatkozik.

A kutatások azt jelzik, hogy az egészségügyben bekövetkezett technikai, technológiai forradalom ellenére csak az egészségügy finanszírozásának hatékonyabbá tétele lehet kivezető út az egészségügyi rendszerek fenntarthatóvá tétele érdekében.

A Health at a Glance 2012 jelentés ugyanakkor hangsúlyozza azt is, hogy a prevencióra fordított jelenlegi kiadások sokkal költséghatékonyabbak lehetnek, mint a betegségek kezelésére fordítandó jövőbeni kiadások.

Az Euro Health Consumer Index (EHCI) tanulmánya szerint 2012-ben Magyarország hátról a hetedik 577 ponttal (Kári, 2013), amely érték 2013-ban tovább: 546 pontra romlott.⁴³



17. ábra: Egy főre jutó összes egészségügyi kiadás 2013 (dollar)

Forrás: OECD (2014b)

A vizsgált országokban 2013-ban az egy főre jutó összes egészségügyi kiadás átlagosan 2.946,5 dollar volt. Ez az érték Ausztriában volt a legmagasabb (4.896 dollar), míg a legalacsonyabb érték Észtország esetében fordult elő (1.446,6 dollar), amely az osztrák értéknek mindössze 29,5%-a (17. ábra).

⁴³ <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-index-matrix-a3.pdf>

Magyarország az elemzett adatok tekintetében az átlag alatt maradt. Az egy főre jutó egészségügyi kiadás 1.802,9 dollárt ért el (16. ábra), amely a vizsgált országok átlagának 61,2%-a.

A rendszerváltást követően számos vita alakult ki az egészségügy rendszerébe történő állami beavatkozás mértékéről, a piac szerepéről, a kiegészítő biztosítás szükségességéről, az egészségpolitika értékrendjének megfogalmazásáról, a rendszer működésének alapelveiről, az állami szerepvállalás és a verseny hatáiról, a lehetséges és bevonható finanszírozási forrásokról.

A finanszírozás kérdései az alapelvek tisztázása nélkül nem eldönthetők. Az előregedő társadalom egyrészt nem tudja fenntartani a szolidaritás elve alapján működő társadalombiztosítási rendszert, másrészt az egészségügyi finanszírozás nem követte a technológiai rendszer fejlődéséből adódó finanszírozási igényeket⁴⁴, a források felhasználása pedig sokszor nem a kívánt csatornákon keresztül történt meg.

További problémaként jelentkezik az egészségügyi rendszert igénybevevők és a rendszerbe befizetők (biztosítottak) nem megfelelő aránya, az egészségügy hatékonyságának elégtelen mérése, a rendelkezésre álló erőforrások rossz elosztása.

A társadalom és maga az egyén is jelentős pénzösszeget költ az egészségügyre, azonban azok rendszerint több csatornán jelennek meg, ezért az egészségügyi rendszer reformjának alapvető célja kell, hogy legyen a csatornák összekötése mellett az egyes kikapuk bezárása is. A magánszektor eddig is jelentős részt vállalt az egészségügyi kiadásokból, hozzájárulásával biztosította az egészségügyben megjelenő technikai, technológiai fejlődés indukálta eljárások, műszerek beszerzését.

A magánszektor jelentős támogatásával kialakuló hálapénz rendszerelemként való „befogadása” az egészségügy mai romló helyzetének az egyik okozójává is vált. A KSH 1998-ban és 2014-ben a Háztartási Költség Felmérés keretein belül felmérte a hálapénz-adási szokások jellemzőit, és megbecsülte nemzetgazdasági szintjét. Eredményük szerint 2014-ben 8,3 milliárd forint hálapénzt adtak a háztartások az egészségügy szereplőinek. Ez az 1998-as 3 milliárd forintos szintről csaknem háromszorosára nőtt. A nyújtott hálapénz reálértéke azonban a vizsgált időszakban 18%-kal emelkedett. A háztartások jövedelmüknek közel azonos hányadát fordították hálapénzre, ez az 1998-as 0,8%-ról 2014-re 0,9%-ra emelkedett.

⁴⁴ Német vagy amerikai műtéti eljárások, CT, ultrahang, onkológia.

A hálapénz legjelentősebb részét a kórházi orvosok kapják, a nekik juttatott összeg 2014-ben az összes hálapénz közel 50%-a (4,1 milliárd forint), és a korábbi felmérésekhez képest ez az arány növekvő tendenciát mutat. A kórházi orvosok alkalmanként átlagosan 10.000 forint feletti összeget kaptak hálapénzként. A kórházi ápolóknak – bár alkalmanként átlagosan ők kapták a legalacsonyabb hálapénzt (2.000 forint átlagosan) – juttatott hálapénz részaránya az összes hálapénzen belül szintén növekedett (2014-ben az összes hálapénz 6,1%-át realizálták). (KSH, 2015)

A hálapénz az egészségügyi ellátásban jelen lévő információs aszimmetriát hivatott kompenzálni, a betegek ezzel próbálják biztosítani a jobb minőségű ellátást. A hálapénz megoszlásának elmúlt időszakbeli alakulásából arra következtethetünk, hogy az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők véleménye szerint a kórházi ellátás várható kimenete relatíve romlott a háziiorvosi ellátáshoz képest, ezért fordítanak a betegek erre a szolgáltatásra viszonylag magasabb összeget.

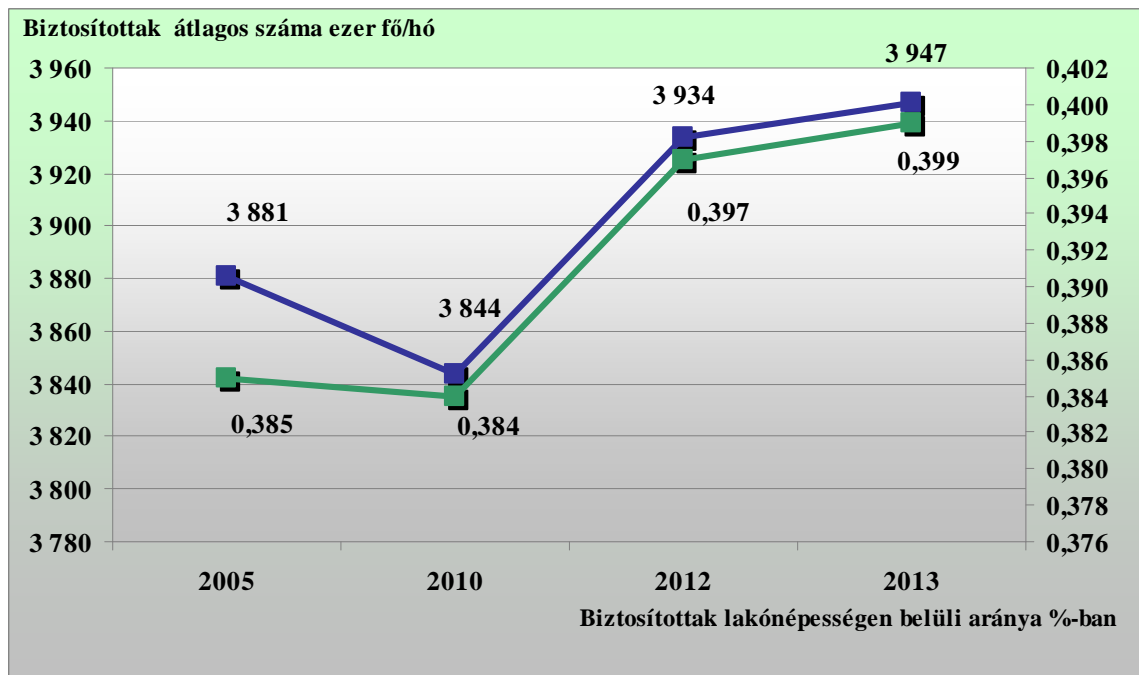
Az egészségügyi rendszerben tehát az alulfinanszírozottság, a paternalizmus, a „megvesztegetés” és a pazarlás egyszerre jelenik meg.

Magyarország népmozgásának a 2007-2013 időszakra vonatkoztatott főbb adatait a melléklet M 36. táblázata tartalmazza, amely alapján érzékelhető, hogy mind a népesség számában (-136 e fő), mind pedig a természetes szaporodás és fogyás tekintetében (-3,5-ről -3,8 ezer fő)⁴⁵ 2013 végére sem érzékelhető pozitív irányú elmozdulás.

Az egészségügyi szolgáltatásra jogosultak száma 9.651,8 ezer fő, amelyen belül a korcsoport szerinti „nem fizetők”⁴⁶ aránya közel 30%. A járulékok mértékének alakulását a melléklet M 33 – M 35. táblázatai tartalmazzák. A biztosítottak átlagos száma 2013-ban 3.947 ezer fő/hó (18. ábra), amelynek a lakónépességen belüli aránya 39,9%.

⁴⁵ A népesség arányában.

⁴⁶ A nem fizetők számát a vizsgálat szempontjából csak a 0-17, illetve a 62 év feletti korcsoportra arányában értelmeztem.



18. ábra: A biztosítottak átlagos száma 2005-2013 között

Forrás: OEP (2013)

Az 1990 és 1993 közötti időszakban bekövetkezett a férfiak és nők gazdasági aktivitásának drámai csökkenése (Kalasné, 2011), amely azóta sem állt helyre. Napjaink eseményei is igazolják, hogy jelentősen nőtt a gazdasági bűncselekmények száma, a megbízási jogviszonyban, egyéni vállalkozóként, alkalmi munkavállalóként kényszervállalkozók száma. Ezt az összképet még inkább rontja a még mindig nem elhanyagolható nagyságú, bejelentés nélküli fekete foglalkoztatás. Az alapproblémát tovább növelte a munkanélküliségi ráta mértéke és a közfoglalkoztatás gazdasági értelemben vett értékteremtésének csekély haszna.

Fazekas és Telegdy (2006) vizsgálata szerint a magyar foglalkoztatási szint nemzetközi összehasonlításban alacsony volt, a foglalkoztatottak körében az alkalmazott–önfoglalkoztatott arány mértéke, valamint a közszférában dolgozók magas száma akadályozza a fejlett országokéhoz hasonló GDP növekedés elérését.

„A foglalkoztatási ráta hazánkban – nemzetközi összehasonlításban – igen alacsonynak számít. Az Eurostat adatai szerint a 15–64 év közötti lakosságra vonatkoztatott ráta 56,9 százalék volt 2005-ben, ami 7 százalékponttal volt alacsonyabb, mint az Unió átlag. Magyarországnál alacsonyabb foglalkoztatási rátája csak Máltának (53,9%) és Lengyelországnak (52,8%) volt az uniós országok közül, valamint Bulgáriának és Horvátországnak (55,8 és 55 százalék).” (Fazekas – Telegdy, 2006)

A foglalkoztatás helyzetének áttekintését a 2. és 3. számú függelék F 107. és F 108. táblázata tartalmazza.

Kalasn  (2011) vizsgalatában rámutat arra, hogy az egészségügy rendszerének működtetése, a demográfiai és epidemológiai tényezőkön t l, kapcsolatban van a foglalkoztatással és az iskolázottsággal, valamint a társadalom és a gazdaság számos más tényezőjével.

3. táblázat: Kormányzati kiadások a GDP százalékában

Ország	Szoci- ális kiadások	�lt. igaz- gatási és k�z- kiadások	Védelmi kiadások	Rend- védelmi, bel- biztonsági kiadások	Egészség- �gyi kiadások	Oktatási kiadások	Gazda- s�gi ügyekre fordított kiadások	Egyéb	�sszesen
Magyar- ország	16,6	10,2	1,3	2,1	5,4	5,6	6,9	3,3	51,4
EU27	18,7	6,4	1,6	1,8	6,9	5,3	4,2	2,9	47,8
Csehország	13,1	4,2	1,3	2,1	7,2	4,7	7,8	3,3	43,7
Egyesült Királyság	16,0	4,8	2,6	2,4	6,7	5,8	2,7	2,8	43,8
Francia- ország	22,0	7,0	2,0	1,6	7,6	5,9	3,7	4,1	53,9
Lengyel- ország	17,4	6,0	1,2	1,7	4,7	5,9	4,5	3,1	44,5
Német- ország	21,0	6,2	1,1	1,6	6,7	4,2	3,9	2,4	47,1
Svéd- ország	22,6	8,3	2,0	1,4	6,7	7,1	4,3	2,5	54,9
Ausztria	21,1	7,4	0,8	1,5	7,8	5,5	5,2	2,2	51,5
Románia	12,0	5,1	1,7	1,8	3,3	3,9	5,5	2,9	36,2
Szlovákia	13,5	6,1	1,9	2,6	5,7	3,9	5,5	2,8	42,0
Szlov�nia	17,3	5,7	1,4	1,8	6,6	6,5	4,5	3,0	46,8
Mintaátlag	17,5	6,5	1,6	1,9	6,2	5,4	5,0	2,9	47,0

Forrás: Felméry (2013b)⁴⁷

Szinte minden vit z  egyetért azzal, hogy a modern társadalmak és a rájuk jellemző piacgazdaságok működése elképzeltetlen állami beavatkozás nélkül. Az államnak a monopolisztikusan végrehajtott jogalkotási-igazgatási, hon- és rendvédelmi feladatok megvalósításán t l szerepet kell vállalnia a közoktatás és köznevelés, a felsőoktatás, a kultúraközvetítés, az egészségügy és szociális ellátás, a foglalkoztatás valamint a nyugellátás területén egyaránt. A jelenlét mértékében és tartalmi aspektusaiban azonban már jóval kisebb az egyetértés.

Felméry (2013b) vizsgalat nak összegzéseként a nemzetközi összehasonlítás tapasztalataira hivatkozva (3. táblázat)  gy véli, az egészségügyre fordított kormányzati kiadások csökkentése további mértékben nem indokolt.

⁴⁷ A cikk forrásként az Eurostat COFOG adatbázist tünteti fel, a táblázatban szereplő értékek kiszámításánál négy év (1998, 2002, 2006, 2010) aggregált adatai kerültek felhasználásra.

A stagnáló, jelentős adósságállománnyal, kamatfizetési kötelezettséggel terhelt gazdaságban az állam szűkös forrásait csak érdekek sérülésével tudja szétosztani, ezért keresni kell a lehetséges többletforrások bevonási lehetőségeit.

A lehetséges többletforrások irányai:

- a járulékfizetők számának fokozása munkahelyteremtéssel, az eddig nem fizetők bevonásával
- a hálapénz visszaszorítása, a forrás egészségügyi rendszerbe történő bevonása akár kormányzati tiltó eszközök igénybevételével is
- a VIP ellátás (uzsoki modell) lehetőségeinek biztosítása, kiterjesztése
- a finanszírozási kockázatközösségek kialakításának újragondolása
- az alapellátás és a járó-beteg intézetek kórházhoz rendelése, a vizsgálatok elrendelésének szakmai szempontok szerinti fokozottabb ellenőrzése

4. táblázat: Az Egészségbiztosítási Alap egyenlege 2007-2013 között

Egészségbiztosítási alap tételei	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Egészségbiztosítási Alap bevételei	1 676 024	1 445 184	1 269 366	1 384 992	1 403 105	1 744 580	1 848 133
Járulékbevételek, hozzájárulások	1 243 519	1 023 688	894 350	674 676	689 141	850 920	764 781
Biztosított által befizetett eü. járulék	484 795	447 761	424 335	431 835	442 193	546 234	583 399
Egyéb járulékok	28 675	32 337	45 175	41 913	40 178	45 323	40 874
Egészségügyi hozzájárulás	113 483	118 968	109 934	41 207	54 284	108 844	138 659
Késedelmi pótlék, bírság	5 963	4 703	4 246	3 058	3 318	3 497	3 236
Központi költségvetés hozzájárulása	372 451	354 385	319 142	617 271	642 370	753 280	967 094
Egészségbiztosítási tev. hozzájárulása	50 400	59 000	49 932	88 273	67 201	136 070	111 170
Vagyongazdálkodással kapcsolatos bevétel	3 691	3 408	1 696	1 714	1 075	813	1 852
Egészségbiztosítási alap kiadásai	1 648 617	1 445 111	1 418 842	1 476 691	1 486 535	1 791 504	1 848 645
Gyógyszertámogatásra fordított	323 639	325 720	343 175	357 206	376 852	315 100	296 024
Egészségbiztosítási alap egyenlege	27 407	73	-149 476	-91 699	-83 430	-46 924	-512

Forrás: Saját szerkesztés OEP (2013) és OEP (2014) alapján

Az Egészségbiztosítási Alap bevétele az 2007-es 1.676.024 millió Ft-ról 2013-ra 1.848.133 millió Ft-ra nőtt (4. táblázat), ennek ellenére az egyenleg a vizsgált évek többségében negatív volt.⁴⁸ (2005. évben az alap egyenlege - 375.272,6 millió Ft.)

Az egészségbiztosítási alap nominál értékben számolt bevételei 2007 és 2013 között 172.109 millió Ft-tal nőttek, ez 10,3%-os növekedést jelent. A bevételek között legnagyobb arányt a járulékbevétel teszi ki, mely 2007-ben az összes bevételnek 74%-a, 2013-ban viszont már csak a 41%-a volt. A járulékbevételek csökkenése 478.738 millió Ft (38,5%).

⁴⁸ Az egészségügyi alap kiadásai nem egyelők az egészségügyi kiadások összegével.

Ennek oka elsősorban a járulékok százalékos arányának és a járulékfizetési kötelezettséggel járó jövedelmek körének változása, illetve a szociális hozzájárulási adó 2013-as bevezetése, valamint az egészségügyi szolgáltatásra jogosultak számának növekedése (M 37 – M 38. táblázat).

A járulékbevételeken belül jelentős a biztosított által befizetett egészségügyi járulék összege, mely 2007-ben az összes bevétel 29%-át, 2013-ban pedig a 32%-át adta. A Munkáltatói egészségbiztosítás 2007-ben még az összes bevétel 37%-át adta, azonban ennek aránya csökkenő, és 2013-ban ilyen jogcímen már csak a bevétel 1 ezreléke a befolyt összeg, mert a munkáltatói járulék átalakult szociális hozzájárulási adóra, mely nem itt jelenik meg bevételként.

A központi költségvetési hozzájárulásnak a bevételeken belüli aránya 52%-ra nőtt a 2007. évi 22%-ról, összességében, nominál értékben 594.643 millió Ft a növekedés a bázis évhez képest. Ez kompenzálta részben a járulékbevételek csökkenését a vizsgált időszakban.

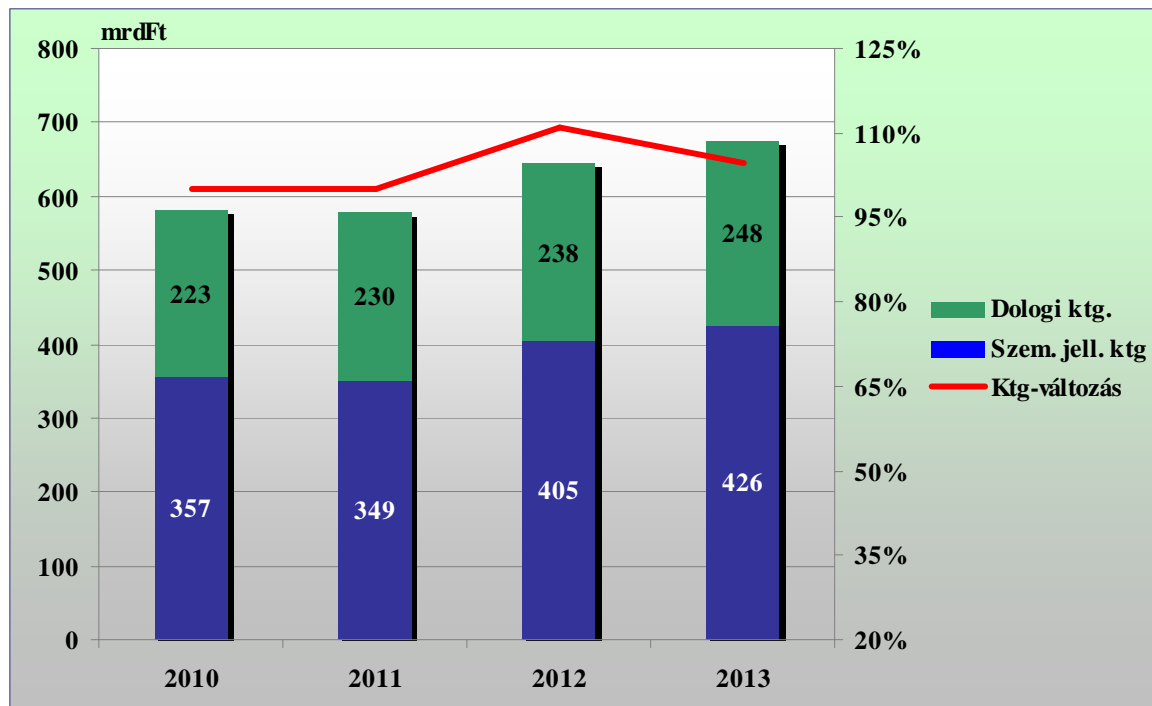
Az egészségbiztosítási tevékenység hozzájárulása is növekedett, az emelkedés nominál értékben 60.770 millió Ft 2013-ra a 2007 évhez képest, ez 120,6%-os növekedést jelent. Az összes bevételhez viszonyított részaránya is nőtt, 2013-ban 6%-a volt a bevételeknek, míg a bázis évben annak 3%-át tette ki.

A kiadások 2013-ra a bázis évhez képest nominál értékben 200.029 millió Ft-tal növekedtek, ami 12,13% növekedést jelent. A kiadásokon belül a gyógyító–megelőző ellátásra fordított összeg nominál értékben 189.292 millió Ft-tal nőtt, ami 26,3% növekedést jelent.

A gyógyító–megelőző ellátásra fordított kiadás aránya a vizsgált években átlagosan az összes kiadás 50%-a, míg 2007-ben 44%-ot képviselt az összes kiadásból a gyógyító–megelőző ellátás, addig 2013.-ban már 49%-a volt az arány. 2010 és 2011 években a kiadások 54%-át tették ki az ilyen típusú kiadások.

A kiadások másik jelentős csoportja a gyógyszertámogatásokra fordított összegeké, mely nominálisan és százalékos arányban is csökkent a bázis évhez képest. A csökkenés összege nominál értékben 27.615 millió Ft (8,5%). A kiadásokon belül a gyógyszertámogatás aránya 20%-ról 16%-ra csökkent a vizsgált hét év alatt, bár 2010 és 2011-ben magas, 24% az arány (M 42. és M 47. táblázatok).

A bevételek és kiadások egyenlege 2007 és 2008 kivételével minden évben negatív, a legjelentősebb hiány 2009-ben jelentkezik, amikor nominál értékben 149.476 millió Ft-tal több a kiadás, mint a bevétel. A hiány mértéke ettől kezdve csökkenő, 2013-ban már csak 512 millió Ft.



19. ábra: Az OEP finanszírozás és a költségváltozások

Forrás: OEP (2013),a GYEMSZI saját számítása

Az egészségbiztosítási alap bevételeit, annak megoszlását a melléklet M 44. táblázata, kiadásait és a kiadások megoszlásait a melléklet M 39., M 41., M 43. és M 45. táblázata tartalmazza.

A 19. ábra szerint 2010 és 2013 között a költségek nagyobb mértékben nőttek, mint a rendelkezésre álló személyi és dologi kiadások. A dologi kiadások átlagos 38%-os értéke az áfa és az inflációs változások ellenére sem emelkedett, azt valamennyi intézménynek saját magának kellett kigazdálkodnia. A személyi jellegű kiadások hektikusak, egyes kórházak tekintetében meghaladják a 60%-ot, így ott természetesen a dologi kiadások megrendelésére nincs elég fedezet. 2013-ban az alacsony infláció és a közalkalmazotti bértábla befagyasztása tette lehetővé, hogy a finanszírozás a költségváltozáshoz képes javuló tendenciát mutasson.

A disszertáció a **H3 hipotézis vizsgálata** során arra következtetésre jutott, hogy az egészségügyi kiadások a környező országokhoz képes alacsonyabb mértékűek, a magánszektor részaránya valamint a hálapénz jelenléte torzítólag hat az egészségügy elképzelt reformfolyamataira, a kórházak finanszírozása nem vette figyelembe a költségváltozások mértékét.

2.2.3.2 Kórházak, kórházi ágyak száma

„Időszerű a kórházakra irányuló figyelem, hiszen a kórházaknak Európa-szerte szembe kell nézniük a gyorsan változó és növekvő nyomással, idesorolva a lakosság létszámában, demográfiai és epidemológiai jellemzőiben végbemenő változásokat, az orvosi beavatkozás lehetőségeit, az új tudást és technológiát, valamint az állami és politikai elvárásokat.

A változások a kórházi ellátások rendszerének átgondolására, korszerű technikai adottságú épületek megépítésére ösztönöznek, de egyúttal a szaktudás kiterjesztésére, különböző készségekkel rendelkező emberekre és új munkamódszerre van szükség.” (McKee – Healy, 2002)

A nemzetközi gyakorlatban a kórház tulajdoni és működési viszonyai az állami tulajdonban lévő és az állam által kezelt – menedzselt – kórháztól a magánkézben lévő ún. for-profit kórházig terjedően széles skálán mozognak. (Medinfo, 2003)⁴⁹

A kórházi területen megkülönböztetünk állami, non-profit és for-profit kórházakat. Az egészségügyi ellátórendszert általában a köztulajdonú intézmények alkotják, míg a magánszféra jellemzően néhány speciális ellátási szegmensre koncentrálódik.

Az állami tulajdonban lévő, illetve az állam által menedzselt kórház alatt a központi, a területi és a helyi (ön) kormányzat intézményei egyaránt értendők. A kórház vezetői (és alkalmazottai) többnyire közalkalmazotti jogviszonyban dolgoznak.

A köztulajdonú, önállóan tekinthető kórházban az állam a tulajdonos, a menedzsment bizonyos önállósággal rendelkezik. (Medinfo, 2003)

Az állami tulajdonú vállalkozás esetén a kórház állami tulajdonban van, de belső működési rendjét tekintve önálló, a bevételeinek felhasználását maga szabja meg.

Földrajzilag meghatározott (elhatárolt) terület esetén az egészségügy regionálisan szervezett, az adott terület élén álló tanács irányítja a terület kórházait.

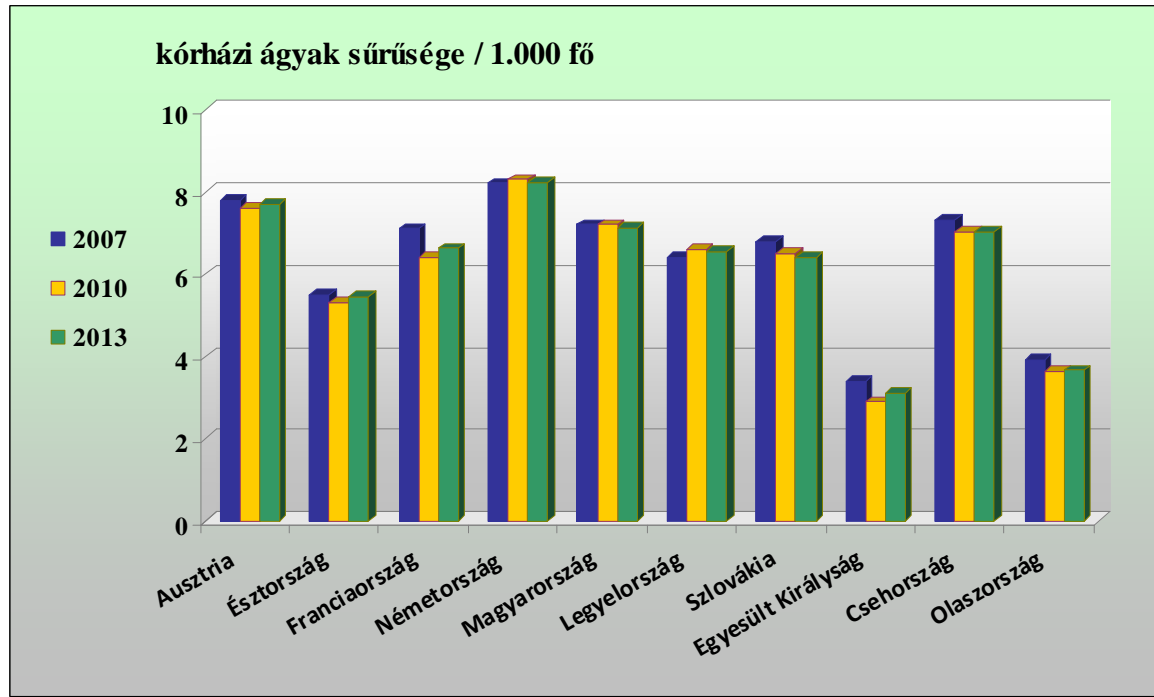
A non-profit közkórházban a kórház tulajdonosa általában egyházi szervezet, ugyanakkor sok esetben a beruházási-fejlesztési pénzek egy része az állam által biztosított forrásokból származik.

A kettős tulajdonú kórházban valamilyen arányban a kormány és a for-profit társaság közösen tulajdonos.

A magán menedzsmenttel rendelkező közkórház esetében az állami tulajdonú kórház vezetésére magáncéget szerződtenek. (Medinfo, 2003)

⁴⁹ Az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár – MEDINFO 2003 tanulmánya alapján.

A kórházi ágyak száma az egészségügyi ellátás kapacitásáról nyújt információt, mégpedig azon betegek maximális létszámáról, akik a kórházakban ellátásban részesülhetnek. Az összes kórházi ágy számába azok a fenntartott és személyzettel ellátott ágyak tartoznak, amelyek azonnal az ellátásra szoruló beteg rendelkezésére bocsáthatók, ideértve az igénybe vett és az igénybe nem vett ágyakat is.



20. ábra: Ezer főre jutó kórházi ágyak száma
Forrás: OECD (2014c)

Az ezer főre jutó kórházi ágyak száma a vizsgált országok közül Németországban a legmagasabb, az Egyesült Királyságban a legalacsonyabb. 2012-ben Németországban 2,96-szor annyi kórházi ágy jutott ezer főre, mint az Egyesült Királyságban.

A vizsgált időszakban (2007-2013-ban a 20. ábra szerint) Németországban alig változott ez az adat (8,2-8,3 ágy/1.000 fő), ezzel szemben az Egyesült Királyságban 3,4 ágy/1.000 főről 2,8 ágy/1.000 főre csökkent, ami 21,4%-os visszaesést jelent. Magyarországon a vizsgált időszakban átlagosan 7,1 kórházi ágy jutott 1.000 főre, ami az öt év alatt nem is csökkent jelentősen, mindössze 2,8%-kal. Az alkalmazott egészségbiztosítási, finanszírozási rendszer következménye, hogy 2012-ben a Németországban közel háromszor annyi ágy jut ezer emberre, mint az Egyesült Királyságban.

A kórházi ágyak kihasználtsága Ausztriában és az Egyesült Királyságban a legmagasabb, 84-86%-os, a legalacsonyabb pedig Szlovákiában 65-67%. (Lengyelországról nincs adat). A magyarországi kórházi ágyak kihasználtsága 2007-ben 69,1%-os, 2011-ben pedig 71,1%-os volt.

A vizsgált országokban az 5 vizsgált év alatt 3%-kal csökkent az ezer főre jutó kórházi ágyak száma, a legnagyobb mértékű csökkenés az Egyesült Királyságban figyelhető meg: 20,6% .

A vizsgált országok közül Magyarország – Németország és Ausztria mögött – a harmadik helyet foglalja el a kórházi ágyak sűrűsége alapján.

McKee – Healy (2002) ugyanakkor rámutat arra, hogy a kórházi ágyak sűrűségének és a szervezethez viszonyítottan összhangban kell lenni. Amennyiben egy kórház nem megfelelően szervezett (ellátott), akkor a gyógyítás egészségre gyakorolt pozitív hatását a szervezetlenség csökkenti vagy akár ronthatja is.

Az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát veszélyezteti, ha a gyógyszeres terápiák eredményessége nem érte el a megkívánt szintet. Ez a gyógyszerek nem megfelelő alkalmazására, indokolatlan gyógyszerfelhasználásra, a beteg együttműködésének hiányára és az érdekellentétekre vezethető vissza (M 48. és M 49. táblázatok).

A változás nem a fejlődő fenntarthatóságban, hanem a prevencióban, a hatékony egészségügyi ellátásban van.

A szervezetlenség másik előidézője az egészségügyi ellátórendszerek tulajdoni formájának valamint egyes kiszervezett tevékenységek (őrzés-védelem, takarítás, mosatás, informatika, büfé, gyógyszerár) sokszor átláthatatlan rendszere.

A kiszervezett tevékenységek tulajdoni viszonyai, a társasági formák változása a rendszer működésével nem kerültek összhangba, a fennálló finanszírozási rendszer mellett a gazdasági társaságok egészségügyi szolgáltatóként történő működtetése nem hozta meg a kívánt eredményt. (Hegedűs, 2011)

A kutatás a **H3 hipotézis vizsgálata** során arra a következtetésre jutott, hogy a kórházi ágyak száma megfelelő mértékű a környező országokhoz viszonyítva, ugyanakkor ezen ténynek jelentős költségevetési hatásai vannak. A kutatás a reformfolyamatok elemzése során tovább vizsgálja a kórházi ágyak összetételét.

2.2.3.3 Orvosok száma

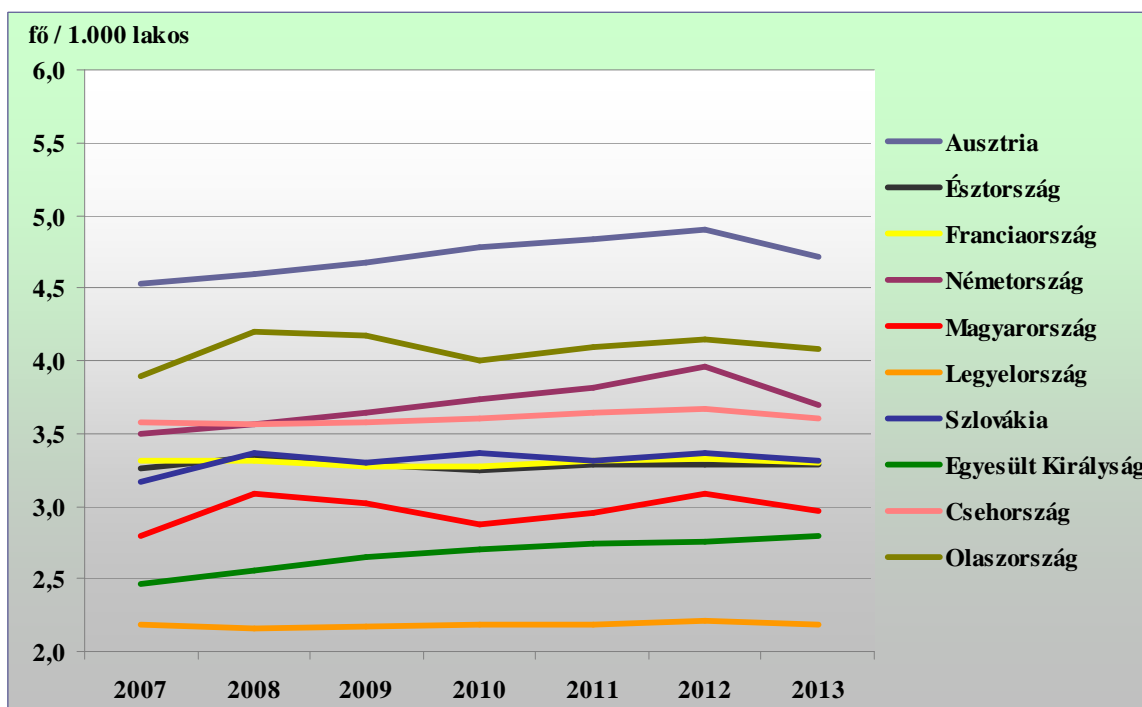
Nemcsak a kórházak, hanem a kórházakban dolgozó szakemberek is fontos építőkövei az egészségügyi ellátórendszernek. Egy adott ország egészségügyi helyzetét az országban aktívan praktizáló orvosok száma is befolyásolja.

Az egészségügyi szektor az egyik leginkább munkaerő-igényes ágazat, amely egyúttal azt is jelenti, hogy a személyi jellegű ráfordítások alapvetően meghatározzák egy-egy egészségügyi szolgáltató gazdasági helyzetét.

Az orvostársadalom helyzetét jellemzi az orvosok korösszetétele, az adott térségben, intézményben dolgozók száma.

„A világ egy, az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos válság előtt áll. A legtöbb országot – mindegy, hogy kicsi, nagy, szegény vagy gazdag – érinti ez a hiány, a nem megfelelő szaktudás vagy az egészségügyi dolgozók számának nem megfelelő eloszlása.

Az, hogy hosszú ideig nagyon sok országban nem finanszírozták kellőképpen az egészségügy fejlesztését, megnehezíti a jelenlegi helyzetet, amikor sürgős, új igények jelennek meg akár egy járvány, akár az elöregedő vagy bővülő népesség miatt. A fejlődő országokban különösen súlyos a helyzet.” (WHO, 2006)



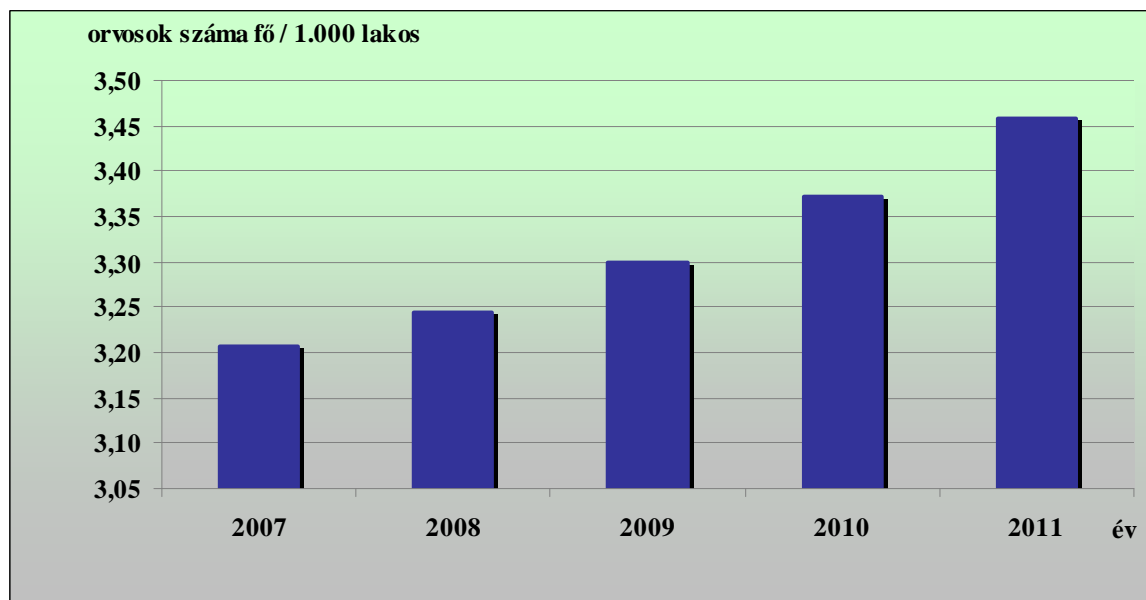
21. ábra: Orvosok száma

Forrás: OECD (2013c)⁵⁰

⁵⁰ Az OECD definíciója alapján praktizáló orvosnak azokat az orvosokat tekintjük, akik közvetlenül a betegeket látják el. Azonban néhány országban, mint például Kanada, Finnország, Franciaország, Görögország, Írország, Olaszország, Hollandia, Szlovákia és Törökország a hiányzó összehasonlítható adatok miatt, az orvosok közé sorolják az egészségügyi szektorban aktívan dolgozó vezetőket, oktatókat, kutatókat, ami még 5-10%-kal növeli az orvosok számát.

A vizsgált országban (21. ábra) átlagosan 5,5%-kal nőtt 2007 és 2013 között az 1.000 főre jutó orvosok száma, Magyarországon a vizsgált időszakban 24,5%-kal nőtt az 1.000 főre jutó orvosok száma.

Az egészségügyben dolgozó orvosok számát és a működő kórházi ágyak számát az M 40. táblázat tartalmazza.



22. ábra: Orvosok számának alakulása az EU 28 országában

Forrás: WHO HFA-DB (2014)

Az 1.000 főre jutó dolgozó orvosok száma⁵¹ 2007 és 2011 között az Európai Unió 28 országában 0,25-tel nőtt, ami 7,8%-os növekedést jelent (22. ábra). A legnagyobb növekedés 2010 és 2011 között figyelhető meg.

„A szakképzett egészségügyi dolgozók migrációja az elmúlt évtizedekben egyre komplexebbé válik, egyre globálisabb és főleg az olyan országokban aggasztó, ahol nagyon sok szükséges egészségügyi dolgozót veszítenek el emiatt. Az embereknek joga van ahhoz, hogy a legjobb munka reményében vándoroljanak, de egyes országok aránytalanul nagymértékben viselik az emberek mozgáshoz való jogának a következményeit.” (WHO, 2006)

„Ha egy ország egészségügyi rendszere törekeny, akkor további terhet jelent a munkaerőhiány, különösen a vidéki, vagy rosszul lefedett területeken, ahol sokszor a legnagyobb mértékű a kivándorlás.” (WHO, 2006)

⁵¹ Az ISCO 88 által definiált orvosi kategóriába (2221-es kód) azok tartoznak, akik megelőző és gyógyító eljárásokat alkalmaznak, koncepciókat, elméleteket és eljárási módszereket fejlesztenek ki vagy fejlesztenek tovább, kutatást végeznek az orvostudomány és az egészségügyi ellátás területén. Az orvosok létszámát különböző megközelítések alapján adhatják meg, így megadható a dolgozó, a szakmailag aktív, a nyilvántartott orvosok száma. A dolgozó orvosok közvetlenül a páciensek részére nyújtanak szolgáltatást.

„Az egészségügyi dolgozók migrációjának lehet pozitív és negatív oldala is. A migráció megoldást nyújthat néhány ország munkaerőhiányában, segítséget nyújthat azoknak az országoknak, ahol túlkínálat lépett fel az egészségügyi dolgozók számában, és lehet olyan eszköz, amelynek segítségével egyes egészségügyi dolgozók javítanak a saját életszínvonalukon, lehetőségeiken.

Ennek ellenére a migráció létrehozhat egészségügyi dolgozói hiányt egyes országokban, amelyek előtte kellő egészségügyi személyzettel rendelkeztek, és ezáltal aláássa a minőségi egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést. Továbbá hatással lehet az egészségügyi dolgozói morálra is.” (Buchan, 2008)

„Az Európai Bizottság előrejelzése szerint 2020-ra egymillió egészségügyi szakember fog hiányozni Európa egészségügyi ellátórendszereiből, ami azt jelenti, hogy a szükséges ellátási igények tizenöt százaléka ellátatlan maradhat.” (Girasek et al, 2013)

A WHO 2006-os becslése szerint mintegy 4,3 millió további egészségügyi dolgozóra lenne szükség 57 országban, ahol kritikus mértékű a hiány, sokan közülük Afrika szaharai részén vagy Ázsiában található. Ennek a munkaerőhiánynak a leküzdéséhez jelentős pénzügyi kötelezettségvállalásra lesz szükség, ha további egészségügyi dolgozókat akarnak kiképezni és fizetni. Ahhoz, hogy megszüntessék az orvosok és ápolók létszámának hiányát, a 2004-es árak mellett ez körülbelül 136 millió dollárba kerülne évente a WHO szerint. (WHO, 2006)

„Az orvoshiány következtében növekvő elkerülhető halálozási ráta, nem csak a magas aktív korú halálozás emberi veszteségeit, tragédiákat jelenti, hanem a polgárok felnevelésére, képzésére fordított társadalmi költségek megsemmisülését is. Tőkevesztést nem csak az orvosok elvándorlása jelent, hanem a hiányukból adódó elkerülhető halálozás, és az ezáltal kieső GDP.” (Kári, 2013)

A kutatás a **H3 hipotézis vizsgálata során arra** következtetésre jutott, hogy az elmúlt időszakban jelentősen csökkent az orvosok és az egészségügyi szakellátások száma. Az okok az alacsony erkölcsi és anyagi megbecsülésen túl a munkakörülményekre és a csökkenő létszám miatt bekövetkező leterheltségre vezethetők vissza. A háziorvosi rendszer fejlesztése, a kompetencia kiszélesítése, a finanszírozási feltételek biztosítása azonnali feladatként jelentkezik az egészségügyi intézményi rendszer reformját tervezőknek.

2.3 Az egészségügyi reformok értelmezésének kérdései

Az egészségügyi rendszer átalakításának igénye (lehetősége) szinte egyidős annak létrejöttével, így szinte már természetesnek tűnik, hogy a világ valamennyi országában a képviselők (elnökök) választása során a pártok választási ígéretében az egészségügy reformja rendszeresen megfogalmazódik.

Az egészségügyi reformok általános feladata a gazdasági növekedés adta lehetőségek figyelembevételével a jóléti rendszer egyes elemeinek összehangolását elősegítő változtatás, javítás, újítás, megújulás. Az egészségügyi reform megvalósításának megjelenő korlátja rendszerint az egészségügy fenntartható finanszírozása, az anyagi és humán erőforrás optimalizálása, az örökölt elemek és a gyorsan változó környezeti tényezők összhangjának megteremtése az alapok lebontása nélkül.

Az egészségügyi reformok problémáit, noha számos kutató Kornai (1998), Mihályi (2000), Orosz (2000), Báger-Lévai (2003), Gidai (2007), Karner (2005), Dózsa (2010), Ádány (2010) elemezte, a kiútkeresés irányába javasolt lépésekkel a politika vagy nem értett egyet, vagy ha részben igen, akkor gyors irányváltásokkal a kidolgozott stratégia alap gondolatait megkérdőjelezte.

Az okokat egyszerre lehet levezetni az egészségügyet jellemző aszimmetrikus interdependenciából⁵², az egészségügyi lobby (a szektor egyes szereplői) tevékenységéből, a környezeti tényezők hatásainak eltérő kiemeléséből (és értelmezéséből) és az „információs asszimetria⁵³” (Karner, 2005) egészségügyben történő megjelenéséből.

Mihályi Péter (2008) találóan idézi Marek Belka lengyel miniszterelnököt, aki szerint érdemi reformokat csak krízishelyzetben lehet elfogadtatni a társadalommal.

Az egészségügy – a disszertáció szerint – jelenleg ismét krízishelyzetben van, ezért elengedhetetlen az egészségügyi rendszer strukturális átalakítása, az integráció tervszerű, hosszú távra átgondolt, elemzett, hatástanulmányokkal alátámasztott végrehajtása.

⁵² Önkormányzati vagy állami tulajdonú, fővárosi vagy keleti országrészben elhelyezkedő szolgáltatók induló és felhalmozódó különbségei.

⁵³ Tudásbeli különbség (Akerlof-Stiglitz-Spence, 2002).

A reformokkal szembeni elvárások:

- hatékonyság (efficiency)
 - a rendelkezésre álló erőforrás-felhasználás mellett minél nagyobb teljesítmény elérése
- eredményesség (effectiveness)
 - a kitűzött célok elérésének érdekében végzett megfelelő munkavégzés és annak igazolható (mérhető) értékelése
- hosszú távú, pozitív hatásgyakorlás (impact)
 - a társadalom egészségi állapotának hosszabb időtávon mért javulása
- a rendszer optimalizált működésének legalább Pareto-kritériumok⁵⁴ szerinti javulása, megegyezés az alapvető kérdésekben
- reagálás a technikai - technológiai változásokra.

Orosz (2009) a reformok alapvető kihívásait abban látja, hogy a technológiai fejlődés következtében létrejövő új terápiás lehetőségek az egészségügyi kiadásoknak a GDP növekedési ütemét meghaladó mértékben való növekedését okozzák, a rendelkezésre álló korlátozott források miatt pedig nem biztosítható az ellátáshoz való hozzájutás valamennyi igénybevevő számára.

A rendszerek működésbeli problémáinak javítása a számos komponens és érdek miatt konfliktusok forrása. „Egyetlen országban sincs egyértelműen jó rendszer, amellyel egyaránt elégedettek a szereplők és tartósan kezeli a finanszírozási kérdéseket. Ezért mindenütt folyamatosan reformokon dolgoznak a helyzet javítása érdekében. Az is általános tanulság, hogy szinte mindenütt kudarcokkal terheltek a reformkísérletek.” (ESKI, 2007)

Sundmacher (2005) úgy véli, hogy az öncélú, rész reformok nem lehetnek sikeresek, az egészségügy átalakítása a társadalombiztosítás további részelemeinek (nyugdíjrendszer, családpolitika) vizsgálata és összehangolt reformja nélkül, vagy negatív hatást gyakorol a kapcsolódó részrendszerekre, vagy mint Orosz (2000) elemzéséből kitűnik, a reform félúton megreked, illetve tévútra téved.

Égető (2002) úgy véli, hogy a reformok véghezvitelének általános akadály a politikai akarat hiánya és a szükséges út kijelölésében történő alapvető szakmai és társadalmi egyet nem értés.

Nincs egyetértés az alapvető etikai posztulátumok megítélésben - utal Égető (2002) - Kornai (1998) könyvének Németh (1999) általi felvetésére, amely helyzet az elemzés óta eltelt több mint egy évtized alatt sem változott.

⁵⁴ Kornai (1998) „a rendszer egészének állapota a Pareto-kritérium szerint akkor javul, ha legalább az egyik részének helyzete az adott mérőszám szerint javul anélkül, hogy bárkié is romlott volna.”

Kornai (1998) az egészségügy reformja kapcsán –a jóléti reform etikai kiindulópontjaként – hangsúlyozza, hogy az átalakulás folyamán kiépülő intézményeknek „az allokáció arányainak és a morális parancsoknak összhangban kell lennie”, azaz „olyan átalakítást kell előmozdítani, amely megnöveli az egyén és szűkebbre szorítja az állam döntési jogkörét a jóléti szolgáltatások szférájában.”⁵⁵

Németh (1999) ezzel szemben úgy véli, hogy a források egészségügyi alapellátás területére történő átcsoportosításával (növelésével) a munkaerő teljesítménye fokozható (a jobb ellátórendszer miatt). A források feletti rendelkezés jogkörével, kiegészítésével, annak mértéke miatt, csak az állam rendelkezik.

Mihályi (2000) és Kornai (1998) könyvének vitairataként arra hívja fel a figyelmet, hogy a reform alapkérdéseként a kormánynak el kell döntenie „szükség van-e egyetlen nagy horderejű reform-csomagra” vagy inkább a rendszer egyes elemeinek módosításával javítható, alakítható át az egészségügy rendszere.

A hazai és a nemzetközi tapasztalatok⁵⁶ azt igazolják, hogy az egyes érdekek sérülése miatt az átfogó reformok jelentős társadalmi-gazdasági ellenállást eredményeznek. Sundmacher (2005) szerint ugyanakkor a részrendszerek reformja során is elengedhetetlenül szükséges az érintettekkel lefolytatandó párbeszéd, az egyes nézetkülönbségek feltárása, a koordináció megteremtése.

Az egészségügyi reformok kihívásai

- nőtt a várható élettartam, csökkent a csecsemőhalandóság (Hankó, 2014)
- idősödő társadalom kialakulása (Dózsa, 2011)
- a környezeti hatások erősödése, a krónikus, nem fertőző betegségek arányának növekedése (Hankó, 2014)
- növekvő egyenlőtlenségek kialakulása⁵⁷ (Orosz, 2009)
- elavult (örökölt) technikai, technológiai rendszerek
- egészségügyi technológiák gyors fejlődése (Dózsa, 2011)
- az egészségügyi infrastruktúra további problémái (közlekedés, mentőszolgálat, vérellátás, integrációt követő többletköltségek)⁵⁸

⁵⁵ Kornai (1998) az egészségügyi reform vizsgálata során kilenc elv alapján elemzi a reform során szükséges megteendő lépéseket. A rendszer átalakításaként két etikai elvet fogalmaz meg, amelyet véleménye szerint minden reformernek követni kell. Az első elv szerint „olyan átalakítást kell előmozdítani, amely megnöveli az egyén és szűkebbre szorítja az állam döntési jogkörét a jóléti szolgáltatások szférájában.” A második alapelv a szolidaritásra épül, amely szerint „segíteni kell a szenvedőket, a bajban lévőket, a hátrányos helyzetűeket”.

⁵⁶ Bokros csomag, lengyel és az angol egészségügy reformja.

⁵⁷ Az egészségügyi kiadások a lakosság egy szűk csoportjára korlátozódnak vagy egyes szolgáltatásokat, terápiákat, gyógyszereket nem tudnak igénybe venni.

⁵⁸ Kornai (2008) hivatkozik Capps-Dranove-Lindrooth (2006) költség-haszon számításaira, amelyeket a kórházak bezárása nyomán keletkező infrastrukturális (közlekedés) problémákból adódó nyereség-vesztésben mérnek. A kutatások felhívják a figyelmet arra, hogy bár csökkenthetőek a közkiadás költségei

- a méretgazdaságosság kialakítása
- a költségnövekedés és az eredményesség mérése
- finanszírozási korlátok
- a puha költségvetési korlát kialakulása (Kornai, 2008), (Dózsa, 2010)
- információs társadalom begyűrzése (Dózsa, 2011),
- az információs asszimetria jelenléte (Karner, 2005)
- a fogyasztói öntudat és fogyasztói igények növekedése,
- kényelmi szempontok megjelenése az ellátásban
- humán erőforrás-hiány és a szakember utánpótlás nehézségei,
- a migráció fokozódása
- a piaci koordináció fejlesztése (Sundmacher, 2005)

A felsorolásból is kitűnik, hogy a reformok megalkotóinak, egy működő rendszer adta korlátok mellett, számos kívánalomnak is meg kellene felelniük, amelyek optimalizálása szinte lehetetlen vállalkozásnak tűnik.

„Minden további reformkíséret is kudarcra van ítélve, ha a jelenleg működő rendszer elemeinek átszervezésével foglalkozik és ezzel – ahelyett, hogy csökkentené – növeli a diszfunkcionális tényezők számát.” (Kopp, 2010)

A reformok lehetséges alappillérei (Sundmacher, 2005):

- a stabilitás megteremtése
- a liberalizálási követelmények érvényesítése az egészségügyi ellátásban
- a privatizáció feltételeinek kidolgozása

Az elsődleges kérdés a stabilitás megteremtése, a tulajdonviszonyok átlátható rendezése, amelyet követhet az állami beavatkozás mértékének tisztázása, azaz, mennyit akar (tud) költeni a jóléti (és ezen belül az egészségügyi) rendszerek fenntartására, működtetésére.

Mihályi (2000) hangsúlyozza, hogy a reform során az állami felelősségvállalás eldöntendő kérdése, hogy az egészségügyet (ezáltal a reformot) kínálati vagy keresleti oldalról kívánjuk megközelíteni.

Mihályi (2008) szerint az egészségügyi reform alapkérdése a finanszírozás, vagyis a biztosítás reformja.

A reformok további központi kérdése, hogy egy-egy térségben az adott egészségügyi rendszer mely elemeinek (ellátó szintjének) működtetése legyen hangsúlyos, az egészségügyi szolgáltatások eredményessége és költséghatékonysága mennyire optimalizálható az emberi élet megóvása kritériummal.

egy-egy intézmény bezárásával, az egyén magán kiadásai az utazási költséggel, a várakozási idővel valószínűleg növekedni fognak.

Közgazdasági szempontból a méretgazdaságosság megtakarítást hoz a rendszerbe, mert a „nagyobb egység kisebb átlagköltséggel képes működni, ugyanakkor aláássa a pénzügyi fegyelmet és kialakítja a puha költségvetési korlát szindrómát (PKK).” (Kornai, 2008)

„A PKK-szindróma⁵⁹ sokféle változatának legfontosabb közös vonása a következő: valamely szervezet viselkedését befolyásolja az a várakozás, hogy súlyos pénzügyi baj esetén kimentik.” (Kornai, 2014) Ez az elmúlt 5 évben az egészségügy finanszírozása területén (kasszasöprés, konszolidáció, miniszteri keret) rendszeressé vált, ugyanakkor a reform kidolgozása során a Kornai (1998) által megfogalmazott alapelveket⁶⁰ nem fogadták el.

A reform megvalósításának lehetséges eszközei

- struktúraváltás
- integráció (beolvasztás, összevonás, funkcionális integráció)

A struktúraváltás célja, az állam szempontjából, hogy a működő rendszer átalakításával megvalósítsa a gazdaságpolitikájában rögzített céljait (gazdasági és pénzügyi), mérsékelje a jelenleg működő rendszer konfliktusaiból adódó társadalmi következményeket, választ keressen és megoldást találjon az egyes gazdaság szerkezeti válságtényezők okozta feszültségek elhárítására.

A struktúraváltás megvalósulhat

- az anyagi és humán feltételek
- a szervezeti, illetve
- a tulajdonosi struktúra átalakításával

Az egészségügyi struktúraváltás elvárt eredménye:

- a beteg egészség-javulása
- a beteg elégedettsége az ellátással
- a beteg egészségi magatartásának pozitív változása
- a finanszírozhatóság, a fenntarthatóság megteremtése

Orosz (2000) arra hívja fel a figyelmet, hogy a rosszul megtervezett és végrehajtott struktúraváltás, vagy a világgazdasági struktúraváltáshoz történő alkalmazkodás növelheti a társadalmi feszültségeket a munkanélküliség, az elszegényedés, a jövedelmi különbségek, a szociális problémák fokozódása révén.

⁵⁹ Puha Költségvetési Korlát

⁶⁰ „7. alapelv: időt kell engedni a jóléti szektor új intézményeinek evolúciójára és az állampolgárok adaptációjára.”

„9. alapelv: fenntartható finanszírozás: Az állami költségvetés legyen képes folyamatosan finanszírozni az állami kötelezettségvállalás teljesítését.”

A reform tehát csak eszköz, de nem minden tekintetben, minden problémát orvosló gyógyszer.

„A reformok megvalósítása egy hosszú távú folyamat és hatásuk is elhúzódóan érvényesül. Ezen kívül a szervezeti átalakulás, a gazdálkodás módosítása, az új módszerek bevezetése a köz-szektorban lassabban zajlik le, mint a versenyszférában, mert a jogszabályi előírásoknak megfelelően kell azokat végrehajtani.” (Ágoston – Balogh, 2013)

Dózsa (2011) szerint a struktúraváltás, struktúra-átalakítás alapvetően három szinten vizsgálható:

- az egészségügyi ellátó rendszer szintjén
- területi (regionális-megyei) szinten
- intézményi szinten.

Az integráció a reform végrehajtását elősegítő olyan eszköz, amellyel

- növelhető a beteg biztonsága, kiszolgálása, elégedettsége
- a betegellátás különbségeinek csökkentése
- a technikai - technológiai fejlődés eredményeképpen a gyógyítás költséghatékony (vagy/és eredményes) alkalmazása
- olyan humánerőforrás politika biztosítása, kialakítása, amely elősegíti az elégedett, költséghatékony, szakmailag megfelelő szinten végzett betegellátás mellett az egészségügyi dolgozók megbecsülését (anyagi és erkölcsi téren).

2.3.1 Az egészségügy reformjai nemzetközi kitekintésben

„Az Európa Tanács tagállamaiban az utóbbi években szinte folyamatosan megy végbe az egészségügyi rendszerek reformja, amely arra törekszik, hogy összeegyeztesse egymással a minőség maximalizálásának, a hatékonyságnak és a hozzájutás egyenlőségének gyakran ellentmondásos céljait, továbbá, hogy garantálja a rendszer életképességét, tekintettel a kormányzati erőforrások korlátozottságára illetve a gyors demográfiai és technológiai változásokra.” (Brinzan, 2003)

„A 2008 óta tartó pénzügyi és gazdasági válság radikális változásokat idézett elő a fejlett országokban az egészségügyi rendszerek működésének külső feltételeiben: a gazdaságban, a társadalmakban és a jóléti rendszerekben.” (Orosz, 2013)

A környezeti feltételek változásai az egyes államok kormányzati szerveit egészségpolitikai stratégiáik átgondolására, reformok bevezetésre ösztönözték.

Az egyes országok eltérő stratégiaalkotással reagáltak a válság kihívásaira, a strukturális reformok megvalósítása mellett, mint egyensúlyteremtő eszköz jelent meg az egészségügyi (és kormányzati) közkiadások csökkentésének lehetősége.

Az egészségügy átszervezésére tökéletes (univerzális) megoldás nem létezik, a nemzeti sajátosságok, területi különbségek, finanszírozási lehetőségek jelentős mértékben befolyásolják egy adott egészségügyi rendszer kialakítását.

Orosz (2013) a WHO 2012-es tanulmányára hivatkozva a strukturális reformok stratégiai céljait az alábbiak szerint összegzi:

- a közfinanszírozás forrásainak bővítése, a kockázatközösség méretének növelése
- a stratégiai szolgáltatásvásárlás, technológia értékelése
- gyógyszerárak csökkentése, költséghatékony gyógyszerfelírás ösztönzése
- egynapos sebészet és járóbeteg-ellátás szerepének növelése
- ellátás koordinációja, menedzselése, adminisztratív kiadások csökkentése
- a szegények és a folyamatos ellátást igénylők fokozottabb védelme

Orosz (2013) Mladovsky et al. (2012) tanulmányára hivatkozva az egészségügyi közkiadások visszafogására szolgáló stratégia lehetséges eszközeit az alábbiak szerint emeli ki:

- a szolgáltatási csomagnak az alapvető szolgáltatásokat is érintő szűkítése
- jogosultak körének szűkítése, a várólisták növelése
- alapvető ellátások esetében a betegek térítési díjainak növelése
- az egészségügyi dolgozók reálbérének csökkentése, más szektorhoz viszonyított jövedelem - különbségek növekedése

2.3.2 Az egészségügyi reform törekvései Magyarországon 2006 és 2013 között

A magyar egészségügy a '90-es évek óta reformok (ki) útkeresésének vitái középpontjában működik. A célmeghatározás, az egészségpolitikai irányelvek tekintetében még van egyetértés, de a reformok megvalósítását a hezitálás, nekirugaszkodás, majd a „menj vissza a kiindulóponttra” és a „tervezd újra” „stop-go” (Orosz, 2013) folyamat jellemzi. Az egészségügy átalakítását sürgetnék a gazdasági-társadalmi körülményekben, a társadalom egészségi állapotában, a technológiában bekövetkezett változások, de a megoldásként kijelölt út rendszerint a rendszerváltás örökségének, a gazdasági stabilizáció igényének, és a válságnak az útvesztőiben nem hozza meg a kívánt eredményt. (Hegedűs, 2012)

A korszakot jól jellemzi Mihályi (2000) diagnózisa és terápiája, s Orosz (2000) „Félúton vagy tévúton” jelzője, aki egyszersmind az egészségügyi paradigmaváltás szükségességére hívja fel a figyelmet.

Bár a rendszerváltás óta eltelt közel negyedszázadban kétségkívül történtek előrelépések (és számos kísérlet), a kidolgozott alternatívák hosszú távon nem váltották be a reményeket, számos kérdés (amortizáció finanszírozása, hálapénz visszaszorítása, kooperációs formák ösztönzése, külső forrás bevonása) megoldatlan maradt, az egészségügyi ellátó intézményrendszer átalakítása napjainkban is napirendre került.

Az egészségügyi kiadások növekedése 2003 és 2006 között inflációt meghaladó mértékű volt. Molnár (2010) „Miért lettem antipatikus (egy egészségügyi miniszter feljegyzései)” című könyvének bevezetőjében megjegyzi: „Naivan azt gondoltuk, hogy győz a józan ész” utalva arra, hogy a 2002-es választási kampányban „fedezet nélkül beígért 50 százalékos közalkalmazotti béremelés nem lép majd életbe”, majd a Kórháztörvény fejezetben megjegyzi „ennek ellenére a bérek még mindig botrányosak”.

Köllő (2013) a közszféra bérkirámlásának elemzése során erről így ír:

„Az első Orbán-kormány a választások előtt 17 százalékkal emelte a költségvetési ágazatokban dolgozók reálkeresetét – elsősorban a köztisztviselői fizetések emelésével –, miközben a versenyszférában a bérek csak 7 százalékkal nőttek, a Medgyessy-kormány pedig a választások után, 2002 szeptemberében 50 százalékkal megemelte a közalkalmazottak alapilletményét, aminek hatására a költségvetés bérszintje 29 százalékkal nőtt reálértéken számítva, miközben a magánszektoré csak 11 százalékkal.”

Dózsa (2010) kimutatása szerint a kiáramló 500 milliárd forintos államháztartási kiadási többlet egy része az Egészségbiztosítási Alap költségvetését terhelte (134 milliárd forint), amely egyúttal az államadósság növekedésnek –sok más mellett – az egyik elindítója lett.

2004 áprilisától – a 2003-as bázisán⁶¹ – az aktív fekvőbeteg szakellátás és a járóbeteg-ellátás területén bevezették a teljesítményvolumen-finanszírozást (TVK). (Endrei, 2012)

A TVK egyrészt az Egészségbiztosítási Alap túlköltekezési lehetőségeinek korlátjaként működhet, másrészt a finanszírozási kockázatot megosztja az egészségügyi szolgáltatóval. (Endrei, 2012)

Boncz (2007) vizsgálata kimutatta, hogy a TVK bevezetése a teljesítmény visszafogására ösztönzött. Fendler (2009) kutatása a 2004–2005 közötti időszak teljesítménynövekedését 2%-ban rögzíti, ugyanakkor a kutatást tovább elemezve az országos intézetek, az egyetemek és a gyermekkorházak kimutatható (akkor még jelentéktelennek tűnő) veszteséget szenvedtek el a rendszer működésével. (Endrei, 2012)

2003-tól az egy kórházi ellátásra jutó intézményi bevétel gyakorlatilag változatlan volt, a kórházak pénzügyi helyzete rohamosan romlott, a kötelező béremelések (minimálbér) fedezetének biztosítása jelentős finanszírozási és likviditási problémákat okozott.

A közvetlen kiadások fedezete biztosított ugyan, de a közvetett költségek egy része kigazdálkodhatatlan, az amortizáció pedig lényegileg évtizedek óta nem finanszírozott.

2006 júniusában hirdették meg a 2007 és 2010 közötti időszakra vonatkozó konvergencia programot, majd az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló **2006. évi CXXXII. Törvényt** (Eftv)⁶², a törvény végrehajtásáról a 361/2006. (XII. 28.) Korm. rendeletet, valamint a szakellátási kapacitások felosztásának szempontjairól és a szakellátási elérési szabályokról szóló 54/2006. (XII. 29.) EüM rendeletet.

A 2006. évi egészségügyi reform a progresszivitás szintjén jelentkező keveredés kiküszöbölését, a túlzott mértékű aktív kórházi ágyszám csökkentését, az egynapos sebészet fejlesztését, az egészségügyi szolgáltatáshoz történő arányos hozzáférést tűzte ki célul, eltörölték a degresszív finanszírozást, ugyanakkor a teljesítményvolumen korlát megmaradt, az esetszám és a súlyszám pedig enyhe növekedésnek indult.

A reform prioritásai Babos és Gyüre (2007) csoportosításában:

- négy szintű ellátórendszer kialakítása
- súlyponti kórházak körének kijelölése, a kapacitások meghatározása
- biztosítási ellátási csomagok meghatározása
- egészségügyi önrészfizetés bevezetése

⁶¹ „A degresszív finanszírozás bevezetését követően 2004 és 2006 júniusa között a 2003. évi teljesítmény 100 %-át véve 98 %-os bázisnak, az e feletti teljesítmény 0-5 %-os növekedése esetén 60 %-kal, 5-10 %-os növekedés esetén 30 %-kal, míg 10 % feletti növekedés esetén 10 %-kal került kifizetésre. 2006 júliusától a bázisérték 95%-ra változott, és e felett semmi nem került kifizetésre.” (Boncz, 2007)

⁶² A törvény a disszertáció nyilvános védésének időpontjában is hatályos, noha a 218 módosítás következtében jelentősen átalakult.

- a kijelölt betegúttól való eltérés szabályozása, várólista-rendszer bevezetése
- minőség-, teljesítménymérési és értékelési rendszer kidolgozása és működtetése
- a gyógyszerátogatás rendszerének újragondolása
- számlaadási kötelezettség bevezetése
- ágyszám korrekció a regionális egyenlőtlenségek csökkentésére
- új finanszírozási szerződések kötése

A finanszírozási, szerződéskötési és eljárási szabályokat a 41/2007. (III. 13.) Korm. rendelet rögzítette. 2007. április 01-től a reformintézkedések hatására jelentős mértékben átalakult az egészségügyi szolgáltatók (kórházak) rendszere.

Az egészségügyi reform megalkotása⁶³, bevezetése, vitái⁶⁴ közben kialakult bizalomhiány miatt Molnár Lajos egészségügyi miniszter 2007. április 06-án megbízatásáról azonnali hatállyal lemondott.⁶⁵

„A struktúraátalakítás során a 173 fekvőbeteg gyógyintézet közül 6 kórház⁶⁶ (3,4%) közfinanszírozott kapacitása és 12 kórház (5,8%) aktív fekvőbeteg szakellátásának közfinanszírozása, továbbá 33 kórház esetében egy, vagy több aktív szakmacsoport közfinanszírozása szűnt meg.” (Egészségügyi Miniszter 2008)

Az Országos Baleseti és Sebészeti Intézet (OBSI) fuzionált a Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórházzal, 2007. július 1-jével pedig megalakították az Állami Egészségügyi Központot (ÁEK). Az integrációban résztvevő kórházakat a melléklet M 51. táblázata tartalmazza.

Dózsa (2010) kórházelemző összegzése szerint a reform következményeként az „aktív profilú intézmények száma 2006-ról 2007-re 136-ról 109-re csökkent”.

Boncz et al. (2010) és szerzőtársai a 2006-os időszakot a következőképpen értékelték:

„A magyar kórházi rendszert alapjaiban változtatta meg a 2006 végén elfogadott és 2007. április 1-én hatályba lépett „kapacitástörvény”, mely a viszonylag elegáns „törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről” címet viselte. A gyakorlatban azonban a törvény szándéka, formális tartalma, informális üzenete egyáltalán nem tartalmazott sem fejlesztéssel foglalkozó érdemi részeket, sem az egészségügyi ellátórendszerrel foglalkozó részeket. Csupán és kizárólag az ellátó-rendszer egyetlen szegmensére, a kórházakra, és ott is a kórházi ágyszámokra, “ágylábakra” fókuszált.”

⁶³ A struktúraátalakítást követő szerződésekhez 83 egészségügyi szolgáltató csatolt záradékot 51 esetben a határozat felülvizsgálata miatt bírósághoz fordultak, többek között a teljesítményvolumen (TVK) megállapításával, mértékével, illetve az ellátási terület megállapításával nem értettek egyet (EÜM 2008).

⁶⁴ A reform gyakorlati intézkedéseit előzve meg nyílt és jól informált vita. (Kornai, 1998)

⁶⁵ A reform megvalósításának folyamatos feszültségeire jellemző, hogy 2007. március 28-án aláírt „Struktúraátalakítás végrehajtására vonatkozó javaslat és végrehajtási ütemterv az EüM felügyelete alá tartozó központi költségvetési szervként működő egészségügyi szolgáltatói körben” dokumentumot a Molnár Lajost követő Horváth Ágnes már 2007. április 11-én módosította.

⁶⁶ Kecskemét, Repülőkórház; FMC Dialízis Center, Borsod; Parádfürdői Állami Kórház; Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet; Svábhegyi Országos Gyermekek-allergológiai Pulmonológiai és Fejlődésneurológiai Intézet; Schöpf-M. Kh. és Anyavéd. Kp. KHT

5. táblázat: Kórházi ágyak számának változása

Állomány alakulása		Ágyszám		
		aktív	krónikus	összesen
2006.06.30	db	60 058	20 124	80 182
2007.03.31	db	59 846	20 100	79 946
2007.04.01	db	44 215	27 169	71 384
Változás 2007.03.31-2007.04.01 között	db	-15 631	7 069	-8 562
	%	-26,03%	35,13%	-10,68%

Forrás: Egészségügyi Minisztérium (2007)

Vas et al. (2009) vizsgálata szerint az ágyszám csökkenés a struktúraátalakítás következtében 10,7%-os mértékben megvalósult (5. táblázat), az elemzés kiemelten foglalkozik az ágyak arányszámainak eltolódásával, amely az aktív férőhelyek 26,1%-os csökkenését, a krónikus férőhelyek számának 35,2%-os emelkedését jelenti.

„Magyarországnak statisztikailag nézve már nincsen sok aktív kórházi ágya, a probléma az, hogy az egy kórházra jutó ágyak száma túl kevés a gazdaságos működtetéshez.” (Fendler, 2009)

Mihalicza et al. (2012) kutatása szerint a 2007-ben hozott egészségpolitikai intézkedéseknek közvetlen hatása a keringésrendszer - akut miokardiális infarktus (AMI) ellátásban nem volt észlelhető. Pszichiátria-addiktológia területén az OPNI bezárása negatívan érintette az ellátás eredményességét, a gyakrabban előforduló betegséggel kezelt betegek visszavételi aránya megnőtt. A stroke esetében maradtak a kedvezőtlen értékek.

Az onkológiai területén romló értékeket mutattak ki, amelynek csak egy részét okozza a népegészségügyi helyzet általános állapota (romlása). A komplex szülészeti-neonatólogiai ellátás a vizsgált időszak alatt javult.

A 2007-es konvergencia program hatására a gyógyszerek költségvetési támogatása csökkent, nominál értékben is visszaestek a kiadások.⁶⁷

Orosz (2013) kutatása rámutat arra, hogy a 2006 óta tartó reformfolyamatok egyik nagy vesztese az egészségügy volt. 2006-tól kezdődően a kórházkassza reálértékben évente 10-12%-os forrásvesztést szenvedett el. Fendler (2009) szerint ez a jelenség az egészségügyi szektorban felhalmozódó adósságállomány egyik okozójává vált.

Dózsa (2008) kutatása arra világít rá, hogy a 2007-2008-as időszakban az egészségügyet érintő reformintézkedések kedvezőnek tűnő egyes intézkedései, valamint a költségvetési megszorítások, a forráselvonás és a válság egyéb hatásai lényegében kioltották egymást.

⁶⁷ 2008-ban némi emelkedés mutatkozik, reálértékben ez mégis csökkenést jelentett.

A 2008-2009-es évek tekintetében az egészségügyi intézmények az átszervezések utóhatásaival, kiadáscsökkentő, bevételt növelő intézkedések keresésével, a béremelések kigazdálkodásával küzdöttek.

„A kiszámíthatatlanul, gyakran és visszamenőleg változtatott finanszírozás lehetetlenné teszi a pénzügyi tervezést, a hatékony gazdálkodást.” (Csillag – Mihályi, 2006)

A finanszírozás 2007. április 01. óta azonos⁶⁸, amelynek következtében fellépő hiányt a kettős (négyes) finanszírozás⁶⁹ igyekszik pótolni.

A közalkalmazotti létszámcsökkentés ellenére a költségek folyamatosan emelkedtek, a kórházak egy része a túlélésre rendezkedett be.

A 2009-es év változásai tovább növelték az intézmények finanszírozási problémáit.

2009 áprilisától ún. vegyes finanszírozás keretében a 2008-ban lejelentett teljesítmények 70%-áig, 150 ezer forintos alaplíjon finanszírozzák a teljesítményeket, a kórházkassza fennmaradó hányadát lebegő forint/súlyszám értékkel osztják vissza a szolgáltatóknak.

Az áfa 20%-os mértéke 25%-ra emelkedett, amely az egészségügyi szolgáltatók – lévén nem áfa visszaigénylők – finanszírozási problémáit tovább növelte.

A 2009. évi recesszió következményeként az egészségügyi kiadások a 2006. évi szint alá süllyedtek.

Az intézmények adósságállománya 2007 óta folyamatosan nőtt, állandó likviditási problémával küzdenek, amelyet gyakran a szállítói tartozások átütemezésével küszöbölnék ki.

A beszállítók saját finanszírozási forrás hiányában a 180-270 napos fizetési határidőt nem tudják elviselni, tevékenységük felszámolása vagy a készpénzben történő kiszolgálás iránti igény növekedése reális veszély.

A szakmai színvonal az eszközök pótlásához rendelkezésre álló finanszírozási hiány miatt egyre romlik. Az orvosok, egészségügyi szakdolgozók alacsony fizetése miatt a humán-erőforrás helyzete is tovább gyengül, hatásaként a minőségügyi rendszerek hatékony fenntartása, fejlesztése egyre nehezebbé válik.

Az épületek életkora magas (átlagosan 51 év), a korszerűsítéshez szükséges pénzügyi forrás nem áll rendelkezésre.

A 2006-os egészségügyi struktúraátalakítást követő időszakban társadalmi, szakmai egyeztetés, illetve politikai konszenzus hiányában nem sikerült az egészségügy fejlesztéspolitikai elképzeléseinek és a törvényi szabályozásnak az összhangját megteremteni. A merev kapacitás-kategória megkötéssel, a hozzá rendelt finanszírozással, a technológiai fejlődés figyelmen kívül hagyásával több évtizedes visszalépés történt, s egyúttal megkezdődött a likviditási-finanszírozási problémák kialakulása.

⁶⁸ Súlyszám: 146.000 Ft, Német pont: 1,46 Ft, amely 2009-ben 150.000 Ft-ra változott

⁶⁹ Az OEP finanszírozás mellett jelen van a fenntartói működési és felhalmozási, alapítványi, pályázati forrás.

2.3.3 A 2011-es egészségügyi reform kérdései

„A jó egészségi állapot eléréséhez biztosítani kell az egészség előfeltételeit, hatékony egészségfejlesztést, az egészség védelmét, a betegségek megelőzését és a beteg emberek gyógyítását. Ez pedig elképzelhetetlen egy hatékonyan működő egészségügyi ellátórendszer nélkül, amelynek szolgáltatásai jó minőségűek, tükrözik a kor technikai fejlettségi színvonalát, és amelynek szolgáltatásaihoz közel egyenlő eséllyel fér hozzá az ország valamennyi lakója. (Semmelweis Terv, 2011)⁷⁰

A Semmelweis terv az ágazatot érintő stratégiai kérdéskörök tekintetében az alábbiakat fogalmazta meg:⁷¹

1. Az egészségügyi ellátórendszer ez évi konszolidációs programja
2. A jövő évi költségvetés egészségügyi kihatásai
3. Markáns állami felelősségvállalás és annak új keret- és feltételrendszere, az állami egészségügy felépítésének vázlatos bemutatása
4. A háziorvosi ellátás megerősítése
5. A szakellátási struktúra fenntartható átrendeződése a 2011. év során
6. Az egészségügyi dolgozók életpályamodelljének meghatározása – irányvonalak
7. A népegészségügyi cselekvési programok kijelölése
8. A gyógyszerpolitikának a minőség és költséghatékonyság jegyében történő átalakítása
9. A sürgősségi ellátás kiemelt szerepének hangsúlyozása, és pozíciójának megerősítése

A 2011-ben meglévő egészségügyi rendszer működtetése strukturális átalakítás nélkül a továbbiakban már nem volt fenntartható.

Az állandóan jelenlévő finanszírozási problémák, a szociális védelem meglévő rendszere és módszerei akadályozták az egészségügyi rendszer hatékony működését.

⁷⁰ Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság 2011. június 27-i Szakmai koncepciója az Újraélesztett egészségügy Gyógyuló Magyarország, Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére címmel jelet meg. A szakmai koncepció a 2010 októberében kiadott vitairat alapján készült, amelyet 30 munkabizottsági szakértő készített.

⁷¹ <http://www.nefmi.gov.hu/miniszterium/2010/semmelweis-terv>

A szociális kockázatok és szükségletek kezelésében a lakosság preferálja ugyan a jóléti rendszer fenntartását, igényt tart a méltányosságra, azt finanszírozni több csatornán⁷² akarja, az állam pótlólagos forrásokat bevonni nem kíván, ezáltal a technikai hatékonyság⁷³ kérdéseinek erős korlátot szab.

Az egészségügyi szolgáltatóknál jelentkező emberi erőforrás krízisként jelentkezett, az egészségügyi dolgozók jövedelmének alacsony szintje, a hatékonysági problémák, a tulajdonosi kérdések rendszerszemléleti kezelésének hiánya tovább mélyítette az egészségügy, s ezen belül a kórházak nehéz helyzetét.

Magyarországon az egészségügyi szolgáltatóknál közel 13 különböző tulajdoni formát figyelhetünk meg az önkormányzati, állami, egyházi intézmények, magánszolgáltatók kapcsán.

Szervezeti formájukat tekintve megjelennek önkormányzati, állami intézményként gazdasági társaságok, korlátolt felelősségű társaságok, közhasznú társaságok, illetve alapítványok formájában különálló vagy összevont gazdasági egységek.⁷⁴

A Semmelweis tervben megfogalmazott koncepció az egészségügyben szükséges reformok megvalósítását az alábbi szakaszokra osztotta:

- azonnali válságkezelési intézkedések (2010 II. félév)
- „látélet” felvétele, a stabilizáció és fenntartható átrendeződés (2011)
- átalakítások végrehajtása
- konszolidáció, hatékonysági kérdések megoldása, növekedési pálya kialakítása hazai és uniós támogatások felhasználásával (2012–2014)
- a rendszerműködés értékelése, finomhangolása, további fejlesztés kidolgozása (2015–2018)

Az átalakítások egyik kiemelt feladata volt a tulajdonviszonyok rendezése, ezáltal a finanszírozási igények (adósságállomány) valós felmérése, amely az átlátható finanszírozás megteremtésének kiindulópontjaként jelentkezett.⁷⁵

⁷² A lakosság többet költ évente saját egészségének megőrzésére, mint a költségvetés.

⁷³ Technikai hatékonyság: adott szolgáltatás előállítási költségének a minimalizálása.

⁷⁴ Javaslat a „Budapest Egészségügyi Modell” kialakítására vezetői összefoglalója alapján.

⁷⁵ A szerteágazó finanszírozás (önkormányzat, OEP, VIP ellátás, alapítványi támogatás, miniszteri keret) igénybevétele nem biztosította annak átláthatóságát, mennyi is valójában az egészségügy finanszírozási igénye.

6. táblázat: Aktív és krónikus szerkezet a központi régióban

Intézmény	Megye	Tulajdonos	Aktív ágyszám	Részesedés (%)	Krónikus ágyszám	Részesedés (%)
Állami Egészségügyi Központ	Bp.	Állam	1 156	8,48	570	6,57
Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Bp.	Bp.	Főváros	476	3,49	296	3,41
Bethesda Gyermekkorház, Bp.	Bp.	Egyház	135	0,99	50	0,58
Budai Egészségközpont Kft.	Bp.	Magán	56	0,41	90	1,04
Budai Irgalmas Rend Kórház KHT	Bp.	Egyház	292	2,14	185	2,13
Budapesti Szent Ferenc Kórház	Bp.	Egyház	45	0,33	60	0,69
Cegléd, Toldy F. Kh-Ri. Np. Kh. Kft.	Pest	Város	468	3,43	272	3,14
Heim Pál Gyermekkorház-Rend.I.	Bp.	Főváros	434	3,18	109	1,26
Jáhn Ferenc Dél-Pesti Kh., Bp.	Bp.	Főváros	621	4,56	642	7,40
Károlyi Sándor Kórház, Bp.	Bp.	Főváros	350	2,57	295	3,40
MAZSIHISZ, Bp.	Bp.	Egyház	40	0,29	338	3,90
Nyíró Gyula Kórház, Bp.	Bp.	Főváros	273	2,00	393	4,53
OITI	Bp.	Állam	155	1,14		0,00
OKTPI	Bp.	Állam	458	3,36	160	1,84
ONKI	Bp.	Állam	344	2,52		0,00
OORI	Bp.	Állam	50	0,37	320	3,69
ORFI	Bp.	Állam	195	1,43	207	2,39
OSEI	Bp.	Állam	40	0,29	60	0,69
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház	Pest	Pest megye	725	5,32	195	2,25
Péterfy Sándor u. Kórház, Bp.	Bp.	Főváros	924	6,78	710	8,18
Pomáz, Gálfi Béla KHT	Pest	Állam	42	0,31	420	4,84
Semmelweis Egyetem	Bp.	Egyetem	2 086	15,3	80	0,92
Szent Imre Kórház, Fővárosi Önk.	Bp.	Főváros	541	3,97	112	1,29
Szent István Szt.László Kh. Ri.	Bp.	Főváros	1 163	8,53	684	7,88
Szent János Kórház Ri., Bp.	Bp.	Főváros	792	5,81	337	3,88
Szent Margit Kórház, Bp.	Bp.	Főváros	188	1,38	352	4,06
Tüdőgyógyintézet Törökbálint	Pest	Pest megye	225	1,65	85	0,98
Uzsoki u. Kórház, Bp.	Bp.	Főváros	610	4,48	240	2,77
Vác, Jávorszky Ödön Városi Kh	Pest	Város	442	3,24	123	1,42
Egyéb összevont			305	2,25	1 290	14,87
Összesen			13 631	100,00	8 675	100,00

Forrás: Budapest Egészségügyi Modell 2008. február 18-i állapot szerinti tervezete, részben saját szerkesztés, kiegészítés

A Kormány által 2011-ben kidolgozott Semmelweis tervet összhangba kívánták hozni azon nyugat-európai törekvésekkel, amelyek a betegségek megelőzését, az egynapos ellátást, a beteg-centrikus, költséghatékony gyógyítást helyezik a középpontba.

A Semmelweis terv 250 milliárd forintban – reálértékben – határozta meg az egészségügyi ágazat megmentéséhez szükséges forrás nagyságrendjét.

Az egészségügyi szolgáltatóknak a Semmelweis terv keretében végrehajtott strukturális átalakítás számos olyan problémát hozott a felszínre, amelyek megoldásához korábban hiányzott – a források megléte mellett – a politikai, szakmai egyetértés, az elosztó és igénybevevő rendszerek eltérő érdekeinek koordinációja (6. táblázat).

Politikai, szociológiai, társadalmi és szakmai egyetértés ma sincs minden területen, a rendszer átalakítói jelentősen eladósodott, forráshiányos intézményrendszer működtetésével, átalakításával küzdenek.

Ugyan nem fogalmazták újra a jóléti államunk⁷⁶ felépítésének elméleti alapjait, de útválasztóként, megoldásként előtérbe kerültek az átfogalmazott etatista javaslatok⁷⁷ úgy, hogy a normatív közgazdasági szemlélet keretében megfogalmazott hatékonysági kérdések a törvényi szabályozással, a fejlesztéspolitikával, a normatívákkal, a finanszírozási háttérrel még nem kerültek szimbiózisba.

Elengedhetetlen alapkövetelmény tehát az egészségügy centralizációjának fokozása, az új egészségpolitika alapjainak megfogalmazása, a szabályozási környezet egységesítése miatt, de csakis a jelenlegi finanszírozási és tulajdoni viszonyok ismeretében.

A centralizáció folyamata

A struktúraváltás egyszerre jelent stratégiaalkotási és jogalkotási feladatokat, valamint rendszerépítést. A 2007–2013 közötti egészségügyi struktúraátalakítás folyamatai rekordszámú jogszabály alapján valósultak meg (6. számú függelék F 114. táblázata).

Az 59/2011. (IV. 12.) Korm. rendelet alapján létrejött Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet⁷⁸ kapott felhatalmazást az egészségügyi ágazat számára kialakítandó koncentrált módszertani és fejlesztéspolitikai stratégia kidolgozására, az integrációs folyamatok kidolgozására és végrehajtására.

Az integráció folyamatában 2011. november 01-től a megyei önkormányzatok konszolidációja mellett a megyei önkormányzati intézményeket és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményeit vette át az állam.

2012. május 01-től állami kézbe kerültek a települési önkormányzatok egészségügyi szolgáltatói.

⁷⁶ Welfare state.

⁷⁷ Az államhatalom kiterjesztése.

⁷⁸ A GYEMSZI az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI), az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI), az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet (ETI) és az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet beolvasztásával.

2012. július 01-én lépett életbe az új egészségügyi struktúra, a fekvőbeteg-ellátásra vonatkozóan új kapacitási és finanszírozási rendszert alkottak meg, valamint megalakultak a területi egészségügyi központok is.

2012. július 1-ig 182 kórház működött az országban, amelyből 104 aktív, 58 krónikus, 20 pedig egynapos sebészeti ellátást nyújtott.

2012. július 01-től 8 kórházban megszűnt az aktív betegellátás, néhány kórház beolvadt más egységbe, amelynek következményeként 2.150 aktív ágy szűnt meg a 44.392-ből, ugyanakkor 27.190-re bővült a krónikus és rehabilitációs ellátást nyújtó helyek száma.

Az integráció, az intézményrendszer átalakítása nem járt ugyan jelentősebb humán erőforrás mozgással, elbocsátással, de természetesen a következménye volt, hogy a nyugat-európai viszonyokhoz hasonlóan mind a betegek, mind pedig az orvosok a korábban megszokottnál többet, esetleg más irányban kell utazniuk.

A progresszivitási szinteket a szakmai egyeztetés alapján, szakmai tagozatok iránymutatásának figyelembevételével meghatározták meg, ugyanakkor ez nem jelentette egyértelműen azt, hogy a háromszintű ellátás meg is jelenik minden szakmában.

Egyetlen szintű lett a sugárterápia, a szívsebészet, a belgyógyászat, a pszichiátria, kétszintűvé vált a kardiológia, az urológia, a sebészet, háromszintűvé a traumatológia, a neurológia és a fül-orr-gégészet.

A progresszivitási szintek elosztása az ellátási körzetek újratanulását jelentette, a betegek részéről esetenként többlettutazást igényelt, de korszerűbb, hatékonyabb betegellátást kívánt megvalósítani.

Az átalakítást végzőknek az integráció során nem voltak illúzióik az intézmények eladósodottsági állapotával kapcsolatban, mégis számos, korábban nem ismert, rövidtávon megoldandó problémával találták magukat szemben.

Az egészségügyi ellátás kapcsán az integráció felszínre hozta az elégtelen, helyenként szükségletektől elszakadó TVK problémáit, az eszközhiány miatt álló szakrendeléseket, a finanszírozatlanul költséges CT működést, a leválaszthatatlan, rendezetlen szakrendelői státuszt.

Az intézményi gazdálkodás áttekintése során a magas lejárt tartozásállomány mellett kritikus likviditást, az egészségügyi és szociális ellátás keveredését észlelték, s ezek a későbbiek folyamán, rövidtávon megoldandó feladatokat jelentettek.

A jogi, szerződéses ügyek tekintetében jellemzőek voltak a hiányos szerződéskataszterek, az ár-érték arányban kedvezőtlennek tűnő szerződések, a kérdéses sorsú ingatlanok, a milliárdos perértékek.

Az uniós pályázati ügyek áttekintése során le nem zárt, vitás elszámolású pályázatokkal, csődbe jutott projektkivitelezővel, a folyamatban lévő nagyprojektek önrész biztosításának szükségességével találkoztak.

A fenntartói ügyek területén fenntartói támogatási ígervények, hitelek és tagi kölcsönök, a bérkompenzációk elmaradása, a kórház ingatlanjain meglévő jelentős terhek nehezítették a napi működést, az átláthatóságot.

Műszaki, ingatlan területen jellemző problémaként az ingatlankezelési jog rendezetlensége, az idegen tulajdonú eszközök használata, a műszerpark amortizálódása, a kritikus állapotú épületek, épületrészek, az életveszélyes elektromos hálózatok határozzák meg az elkövetkező időszak tennivalóit.

A centralizációtól várt eredmények

- A gazdasági társasági formában működő kórházak, a privát üzemeltetésű egészségügyi intézmények tulajdonviszonyainak, üzemeltetésének áttekintése, rendezése, a tulajdonviszonyok és a finanszírozás összhangjának megteremtése
- A progresszivitás szintjeinek elemzése, a szükséges változtatások megtétele
- Az egységes adatbázis, adatkezelési, adatfeldolgozási, adatszolgáltató rendszer kialakítása
- Betegút szervezés új rendszerének kiépítése, a térségi várólista kialakítása
- A 2007-ben megszüntetett intézmények újragondolása (OPNI)
- Az aktív és krónikus szakellátási normatívák újragondolása, meghatározása
- A sürgősségi hálózat kiépítésének újragondolása
- Az erőforrások biztosítása, az egyes elavult beidegződésekkel történő szakítás
- Ügyeleti rendszer szabályozása, az anomáliák megszüntetése
- A kiszervezett tevékenységek felülvizsgálata

A struktúraátalakítás, átszervezés előnyeként az egységes irányítás, az egységes információs bázis, a méretgazdaságos gazdálkodás, a transzparens működés lehetőségét vizionálták a rendszert megalkotók.

Jelen kutatás szerint az erőforrásokkal történő optimalizált gazdálkodás az egységes irányítást feltételezi, amely azonban – s ez napjainkra már be is bizonyosodott –, nem működik minden problémát orvosló csodaszerként.

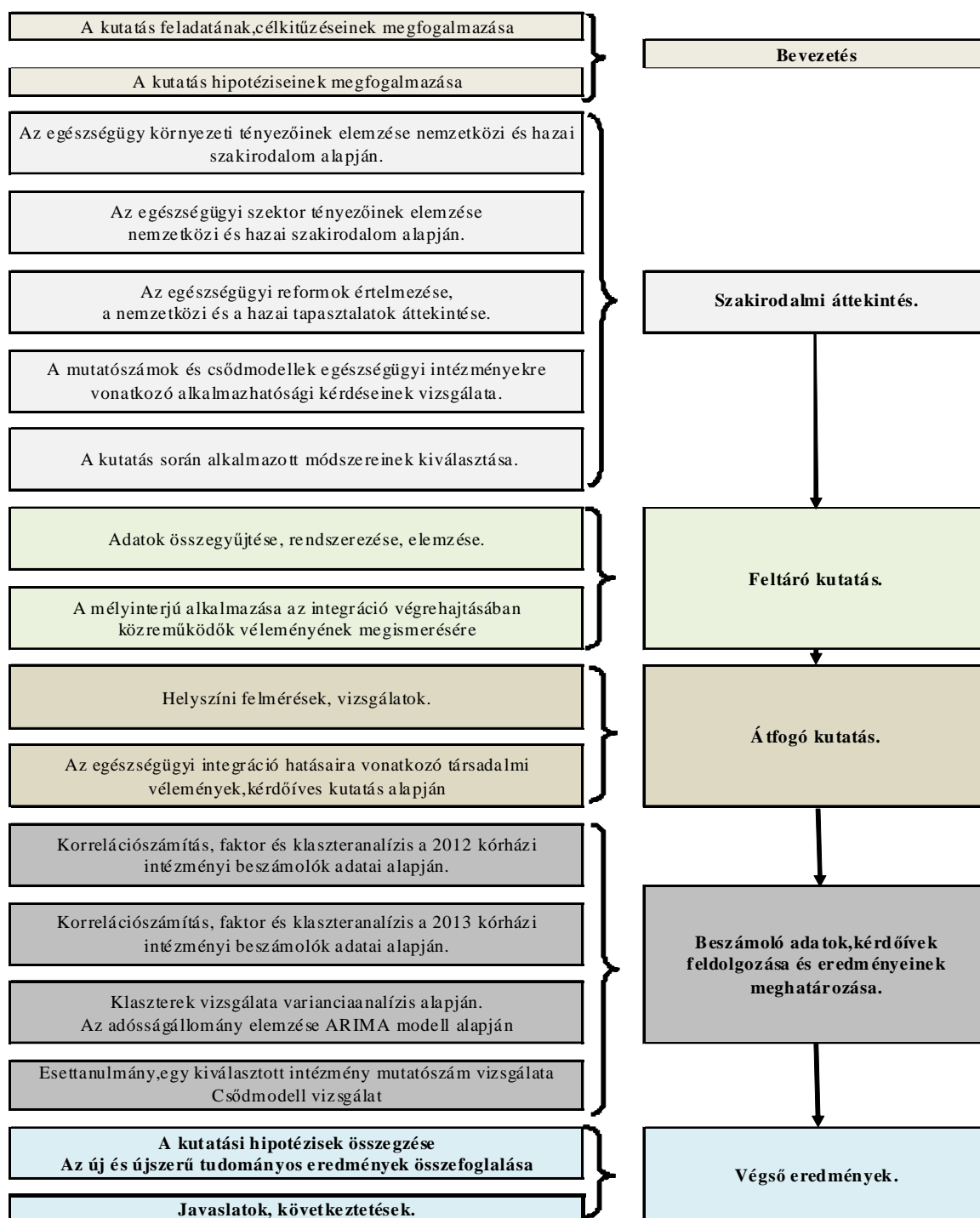
A kutatás a **H2, H3 hipotézis** vizsgálata során arra következtetésre jutott, hogy az egészségügyi reform megvalósítását a rendelkezésre álló anyagi erőforrás negatív irányban befolyásolta, az elképzelt reform erejét veszítette, a politika kihátrált az általa 2011-ben megfogalmazott Semmelweis terv teljes megvalósítási folyamatának támogatásából.

3. A kutatás tartalma, módszere, indoklása, korlátai

Az egészségügy számos társadalmi és szociális problémát érint, rövid és hosszú távú hatásai részben számszerűsíthetőek és így statisztikai módszerekkel elemezhetőek.

A szerző a disszertáció elkészítése során a kutatási tervben meghatározott logikai sorrendet követte, amelynek folyamatát a 7. táblázat foglalja össze.

7. táblázat: A kutatás logikai menete



Forrás: Horváthné (2014) alapján saját szerkesztés

A bevezetésben megfogalmazott kutatási terv gyakorlati megvalósítása során kijelölésre került a kutatási témához kapcsolódó releváns hazai és külföldi szakirodalom, valamint az ahhoz kapcsolódó elemzés alapjául szolgáló adatbázisok.

Az irodalmi feldolgozás során feltárásra került az egészség és a gazdaság kapcsolata, a demográfiai tényezők, a halálteki struktúrák, az elhízás és az esélyegyenlőség szerepe az egészségügyi struktúra alakításában.

Az irodalmi feldolgozás rögzíti az egyes társadalmi hatások egészségügyi struktúraalakító tevékenységét, az egészségügyi szektor elemeit és helyzetét hazai és nemzetközi kitekintésben.

Az irodalmi feldolgozás áttekinti a hazai és nemzetközi reformok értelmezéseinek egyes kérdéseit.

A disszertáció az egészségügy működésének elméleti összefüggéseit egyes szerzők véleményének idézésével teszi érthetőbbé, amelynek állandóan visszatérő eleme az egészségügy működését, strukturális átalakítását befolyásoló környezet elemzése.

Az irodalmi feldolgozás számba veszi a nemzetközi és hazai kutatások eredményeit, azok következtetéseit, a további kutatások lehetséges irányait.

A kutatás időhorizontját és az adatbázisok tartalmát, az azokból levonható következtetéseket a rendelkezésre álló információk, adatok számottevően meghatározzák, ezért a disszertáció szerzője számos adatforrást és módszertant használ fel a hipotézisek igazolására.

Az empirikus kutatás jellemzően négy jól elkülöníthető adatbázisra épül és négyféle módszertant alkalmaz, amelyek elemzéséből vonja le következtetéseit a szerző, illetve fogalmazza meg javaslatait.

Az irodalmi kutatások rámutatnak arra, hogy sokféle megoldás létezik az egészségügy működtetésére, a struktúra kialakítását a környezet és a rendelkezésre álló forrás jelentős mértékben befolyásolja.

Az is egyértelműsíthető, hogy az egészségügy megfelelő hatékonyságú működtetése visszahat a gazdaságra, amelyben a meglévő forrás körforgásszerűen befolyásolja az egészségügy finanszírozási lehetőségeit.

3.1 A kutatás alapját képező adatforrások

3.1.1 Hazai és nemzetközi internetes adatbázisok

A szekunder kutatáshoz az interneten történő kereséssel elérhető, letölthető Központi Statisztikai Hivatal (KSH), Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) honlapjain szereplő évenkénti statisztikák, a GYEMSZI elemzések, tájékoztató anyagok szolgáltatták az alapot. A nemzetközi tendenciák, illetve az egyes országok gyakorlatának tanulmányozását a GYEMSZI elemzései mellett az EUROSTAT, az OECD adatbázisai segítették. A hazai és az Eurostat, valamint az OECD adatbázisok között számos esetben eltérés volt tapasztalható, ezért a feldolgozás során – az összehasonlíthatóság miatt – azok az adatbázis kerültek figyelembevételre, amelyek részletesebb adatokat tartalmaznak.

3.1.2 A kórházak beszámolói

Az elemzés alapjául a kórházak éves elemi költségvetési intézményi beszámolói szolgáltak, amelyeket a KGR rendszeren keresztül a Magyar Államkincstár adatbázisába töltenek fel. Az évenként változó számú táblázatos rendszert szöveges magyarázat (kiegészítő melléklet) egészít ki, amelyet az egyes intézmények gyakorta eltérő formátumban és adattartalommal készítettek el.

Az integráció időszakában egyes megyei, városi kórházak beszámolói (tulajdonviszonytól függően) beépültek az adott egység beszámolóiba, míg más gazdasági társaság formájában működő intézmények a számviteli törvény szerinti éves beszámoló formátumban készítették el.

A jogszabályi környezet a 2012-es beszámoló készítése során:

- az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény
- a számvitelről szóló 2000. évi C. törvény
- az államháztartásról szóló 2011. évi CXCV. törvény (továbbiakban: Áht.)
- az államháztartásról szóló törvény végrehajtásáról szóló 368/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet (továbbiakban: Ávr.)
- az államháztartás szervezeti beszámolási és könyvvezetési kötelezettségének sajátosságairól szóló 249/2000. (XII. 24.) Korm. rendelet (továbbiakban: Áhsz.)
- a kincstári elszámolások beszámolási és könyvvezetési kötelezettségének sajátosságairól szóló 240/2003. (XII. 17.) Korm. rendelet

- a szakfeladat-rendről és az államháztartási szakágazati rendről szóló 56/2011. (XII.31.) NGM rendelet
- a költségvetési szervek belső kontrollrendszeréről és belső ellenőrzéséről szóló 370/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet. előírásait vette figyelembe

Az egészségügyi szolgáltatók beszámolóit a vizsgált 2007–2013-as időszak alatt egységes szerkezetben nem álltak rendelkezésre, amely egy részben a 2006-os és a 2011-es integráció (fenntartóváltás), más részben a működtető intézmények által választott szervezeti forma, harmadrésben az évenként változó kormányzati előírások következménye.

A 2007–2011 közötti évek egységes adatillesztése a hiányzó adat, eltérő struktúra miatt nem volt lehetséges annak ellenére, hogy a Magyar Államkincstár a beszámoló egyes mérlegadatait a szerző rendelkezésére bocsátotta. A beszámolók adatai csak a szöveges beszámolók ismeretében értékelhetők, a hiányzó adatok és a szöveges értékelések beszerzése nem várt akadályokba ütközött. Egyes egészségügyi intézmények többszöri kérésre sem bocsátották rendelkezésre – az egyébként több esetben nyilvánosan is elérhető – beszámoló adatokat, sőt a már összekészített dokumentáció megküldését az utolsó pillanatban a menedzsment megakadályozta. Történtek mindezek annak ellenére, hogy a 2011–2012-es integráció során az adott kórház gazdasági elemzését a disszertáció szerzője végezte, de a részére korábban átadott adatokat titoktartási nyilatkozat aláírása miatt nem használhatta fel. A disszertáció ezért ezen intézményekre vonatkozólag azonosítható megállapításokat nem tudott tenni, a számítások során ezen adatokat kódok alkalmazásával rögzítette és használta fel.

Dózsa (2010) disszertációjában elemezte a 2006–2010-es integrációs időszakot, amelyre vonatkozóan a beszámolók ellenőrzése alapján Dózsa (2010) állításai helytállóknak bizonyultak, terjedelmi okokból ezért a 4. fejezet csak a szükséges mértékben elemzi ezen időszakot.

A 2012 időszak kórházi intézményi beszámolóinak vizsgálata egy egységes, a szerző által létrehozott beszámoló formátumban történő adat-illesztése csak 67 kórház esetében valósult meg, amelynek oka a fentebb említett eltérő formátumú szervezeti működés és beszámoló-készítési kötelezettség. A beszámolók konvertált adatai a GYEMSZI adataiból, egyes kórházak közvetlen adatközlése alapján, és a nyilvános adatbázisok feldolgozásából álltak össze. Az Excel formátumú adatfeldolgozások lapjaiból a szükséges adatok, függvények és hivatkozások segítségével kerültek összegzésre.

A 2013-as időszakról 96 kórház egységesebb szerkezetű beszámolójának adatai kerültek összevonásra és elemzésre, amely elemszám-növekedés a kórházi szektor letisztultabb, egységesebb működési és beszámolási struktúrájának eredménye.

A beszámolókat mutatószám-elemzéssel, korrelációs számítással, faktor és klaszteranalízissel kerültek feldolgozásra.

A disszertáció a klasztereket regresszió elemzéssel (ANOVA) vizsgálta, illetve negyedéves idősorokra illesztett ARIMA modellt alkalmazásából vonta le következtetéseit.

3.1.3 A mélyinterjú alkalmazása az integráció végrehajtásában közreműködők véleményének megismerésére

A kvalitatív kutatás mélyinterjú segítségével került elvégzésre, amelynek célja az egészségügy stratégiai kérdéseit meghatározó irányítók, az operatív végrehajtást végzők, az elemző-tanácsadók véleményének megismerése volt. A 10 db mélyinterjú időtartama egyenként 45-120 perc között mozgott, aminek során lehetőség nyílt az egyes eltérő megközelítési pontból történő vélemények megismerésére.

Az eltérő álláspontú megközelítés segítette annak megértését, hogy az egészségügy problémái pusztán gazdasági szempontok alapján nem oldhatóak meg, egy-egy látszólag csupán gazdasági szempontok alapján kialakítható modell a társadalom ellenérzése, egyes érdekeltek ellenállása alapján hogyan válhat működésképtelenné.

A mélyinterjúk dokumentálása jegyzeteléssel történt, a felkészülés során a szerző a mellékletben rögzített kérdőívet és kódlistát használta vezérfonálul.

A mélyinterjú valamennyi esetben kétirányú kommunikáció alkalmazásával valósult meg, az interjúalanyok a feltett kérdésekre történő válaszadás mellett a saját nézőpontjukból fejthették ki véleményüket az adott témáról. A mélyinterjú elősegítette a korábbi reformfolyamatok megértését, a tervezett és megvalósult integrációs folyamatok azon problémáinak hátterét, amelyekkel az operatív munka során az integrációt végrehajtók találkoztak.

3.1.4 Az egészségügyi integráció hatásaira vonatkozó társadalmi vélemények kérdőíves kutatása

A hipotézisek igazolására a szekunder adatbázis primer kutatással egészült ki, amelynek célja a szekunder adatbázis elemzése során levonható következtetések ellenőrzése, annak vizsgálata, hogy a társadalom az egészségügyi integráció eredményességét, eredményeit hogyan ítéli meg saját tapasztalatai alapján (Kérdőív a mellékletben található).

A kvantitatív jellegű kutatáshoz – egészségügyi integráció hatásainak elemzéséhez – kapcsolódóan egy 50 kérdésből álló kérdőív került összeállításra, és kiküldésre

2014. szeptember 16. és 2014. október 9. között (n=402). A nem reprezentatív keresztmetszeti kutatás – a költséghatékonyság szem előtt tartása miatt – online kitöltési formában történt. A megkérdezettek köre nem korlátozódott az egészségügyi szektorban dolgozóakra, az online kérdőíveket az egészségügyi intézményvezetők és a közigazgatásban dolgozó felsővezetők, könyvvizsgáló és mérlegképes továbbképzések hallgatói, közgazdász egyetemi hallgatók továbbították kollégáik, társaik részére, ezzel biztosítva a minta sokszínűségét. A visszaérkezett, értékelhető kérdőívek száma 382 db volt, melyen a $p < 0,05$ szignifikancia szint alkalmazása mellett számos (leíró statisztika, alap gyakoriságok, keresztábra elemzések Khi-négyzet (χ^2) statisztikai próba került elvégzésre. A kvantitatív és kvalitatív módszerek kombinálásának elsődleges célja a kutatás számszerűsíthető részének ellenőrzése, a különböző nézőpontok integrálása, a kutatás hitelességének növelése, megbízhatóságának ellenőrzése.

3.2 A kutatás során alkalmazott módszerek

3.2.1 A mutatószámok és a csőd-előrejelzési modellek alkalmazása

A gazdálkodó szervezetek működésükről, vagyoni, pénzügyi és jövedelmi helyzetükről, az üzleti tevékenységük eredményéről évente megbízható és valós összképet nyújtó jelentést készítenek. A szekunder forrásból származó adatok szűrése és összegzése, feldolgozása során a Microsoft Excel táblázatkezelő került alkalmazásra. A kórházi beszámolók a fenntartóváltás miatt egyes években eltérő szerkezetben, illetve eltérő adattartalommal jelentek meg. Elsődleges feladatként jelentkezett olyan táblázatrendszer kidolgozása, amelyben a változó adattartalmak beilleszthetővé váltak.

A KGR-ből kinyomtatott, illetve PDF formában megkapott beszámolók a szerző által a Microsoft Excelbe létrehozott egységes beszámolórendszerbe kerültek beillesztésre, amely után lehetőség nyílt a mutatószámrendszerek kidolgozására, egyes csőd előrejelzési modellekkel történő számítás elvégzésére, valamint a mutatószámok vizsgálatán alapuló kolleráció számításra, faktoranalízisre és klaszterelemzésre.

A beszámolók elemzésével feltárhatóak azok az összefüggések, amelyeket a beszámoló közvetlenül nem mutat be, de az egyes vezetői döntések meghozatala, a vállalkozás dinamikus alkalmazkodó képességének elősegítése, az optimális jövőbeli intézkedések meghozatala szempontjából szükségessé válik. (Adorján et al, 2003)

A mutatószám rendszerek alkalmazása a vállalati működés, a gazdálkodási folyamatok alapos megismerése, napjaink elemzéseiben szinte rutinná vált. A költségvetési beszámolók bár jellemzően más adattartalommal – a profitorientáltság és a bevételek okán is – más formában készülnek el, mint a vállalkozások beszámolói, az alkalmazott mutatószámok, valamint az azokból levonható következtetések – kellő korrekcióval⁷⁹ – ugyanazok lehetnek.

Az ismeretszerzés módszereként alkalmazott elemzés, a gazdasági jelenségek, összefüggések megismerése, minősítése és értékelése az előrejelzések egyik tartóoszlopává vált. (Kresalek - Blumné, 2011)

A számviteli-pénzügyi mutatószámok felhasználhatóságát, megbízhatóságát a számviteli rendszerek torzító tényezői miatt számos kutatás megkérdőjelezi. (Imre, 2008)

⁷⁹ A szerző mutatószámok és alkalmazott csődmodellek területén tér ki ezen korrekciókra.

A közpénzek felhasználása a társadalom érdeklődésének középpontjában áll, a költségvetési gazdálkodás hiteles és megbízható bemutatása, elemzése valamennyi szereplő alapvető érdeke. (Printz et al, 2004)

„Az átláthatóság, az elszámoltathatóság, a megbízhatóság, a takarékos és kiegyensúlyozott gazdálkodás olyan számvitelt követel meg a közszférában is, amely megfelel mind a hazai, mind pedig a nemzetközi követelményeknek.” (Bathó, 2012)

Szakács (2012) szerint a költségvetési számvitelben használatos pénzforgalmi könyvelési mód csak múltra vonatkozó információt közöl, és csak részlegesen tükrözi a folyamatok belső tartalmát, pénzköltésre és nem ésszerű erőforrás-felhasználásra ösztönöz, nem számol a valós kötelezettségekkel.

Simon (2009) szerint a költségvetési elszámolási és beszámoló rendszer sajátosságaiból fakadóan Magyarországon az önkormányzatok (költségvetési intézmények) nem rendelkeznek elegendő és megfelelő mélységű információkkal a gazdálkodásukról, a pénzforgalmi szemlélet nem tesz eleget a hatékony gazdálkodással szemben támasztott követelményeknek.

A költségvetési (pénzforgalmi) számvitellel kapcsolatban legtöbbször megfogalmazott hiányosság, hogy a teljesség elve nem érvényül, az értékcsökkenés gazdasági tartalma nem jelenik meg a könyvvezetésben, a követelések-kötelezettségek kimutatása során az átláthatóság követelménye nem érvényesül, a gazdálkodásról készített beszámolók nem adnak valós képet a gazdálkodás hatékonyságáról.

Az ismertetett kritikai észrevételek ellenére a disszertáció szerzője úgy véli, a mutatószámok segítségével végzett elemzések alapján a kórházi szektorra levonható következtetései helytállóak, indokait a 4. fejezetben rögzíti. Az elemzés kontrolljaként a GYEMSZI megbízásából az integrációs folyamatok gazdasági elemzésekor használatos mutatószámokat és az egyes csőd-előrejelzési modelleket is felhasználta.

A 2013. év faktoranalízis során létrejövő elkülönült intézményeket, illetve a halmazokból kiválasztott intézményeket hagyományos mutatószám elemzéssel kerültek értékelésre.

A szerző az elbírálós mintavételt alkalmazva a legjelentősebb halmazt képviselő jellemző intézmények vonatkozásában – a költségvetési szektor sajátos mutatószámainak alkalmazhatóságát is figyelembe véve – csődmódel vizsgálat végzett.

A gazdasági szervezetek fizetőképességének, az egyes csődre utaló jelek felismerésének és előrejelzésének fontos társadalmi jelentősége van. (Kristóf, 2008a)

A csődelőrejelzés tudományelméleti problémáival, szervezetelméleti megközelítéseivel, a gazdasági szervezetek fennmaradásának és fizetőképességének vizsgálatával számos hazai kutatás Arutyunjan (2002), Imre (2008), Kristóf (2008b), Kotormán (2009) Virág (1996), foglalkozott.

Arutyunjan (2002), Ékes (2013), Imre (2008), Kristóf (2008b), Kotormán (2009) Virág (1996) kutatásai elemezték a csődelőrejelzés elméleti kérdésköreit, módszertanát, alkalmazhatóságát az egyes vállalkozások tekintetében, illetve különböző módszerek keretében különböző súlyozású mutatórendszerek kombinációját állították fel.

A válság-előrejelző modellek többnyire a többváltozós diszkriminancia analízis módszerére támaszkodnak.

A csődelőrejelzés kezdeti korszakának egyik legjelentősebb felfedezése, hogy a kutatók a pénzügyi mutatók rendszerét előrejelző eszközként kezelték, és ezek segítségével értékelték az egyes vállalkozások teljesítményét. (Imre, 2008)⁸⁰

„A modellek közös jellemzője, hogy a vállalatok éves beszámolóiból, pénzügyi-számviteli kimutatásaiból képzett mutatók elemzésével próbálják előre jelezni a néhány éven belül bekövetkező csődöt, illetve ennek elmaradását, és a vállalat további sikeres működését.” (Imre, 2008)

Ékes (2013) úgy véli, hogy bár nincsenek univerzális statisztikai megoldások a mutatószámokon alapuló statisztikai módszerekre, a válság, illetve a csőd előrejelzésére alkalmasak. „A gazdálkodás komplex összefüggésrendszeréből néhány elem kiragadása és ezekből következtetések levonása sok esetben lényegi szempontok figyelembe vételének hiányát jelenti, ami tévedéshez vezethet, ezért tapasztalt gazdasági szakember szakértelmére az elemzés teljes folyamatában szükség van.” (Ékes 2013)

⁸⁰ Imre (2008) kutatása során 126 modellt tekintett át, megállapította, hogy a csődmodellek mintájára készíthető olyan prediktív modell, amely a vállalatok 90 napos fizetési késedelmet (default) jelzi előre. A magyarországi csődmodellek 90%-ot is meghaladó pontossággal jelzik a csődveszélyt.

3.2.2 A kórházi beszámolók feldolgozása mutatószámokon alapuló korrelációs számítással, faktoranalízissel és klaszterelemzéssel

Az adatok statisztikai elemzésének elvégzéséhez az IBM SPSS 19.0 statisztikai elemzőszoftvert került felhasználásra, mely biztosította a teljes elemzési folyamat lefolytatásához szükséges alapfunkciókat.

Az egységes – bár a fenntartóváltás miatt részben adathiányos – Excel adatbázis megalkotása után másodlagos adatbevitel alkalmazásával lehetővé vált az SPSS for Windows programrendszerrel történő statisztikai elemzés.

Az SPSS for Windows programrendszer a statisztikai elemzéseken alapuló adatfeldolgozások egyik nemzetközileg leginkább elterjedt eszköze. Az SPSS for Windows egy moduláris, szorosan integrált, teljes körű termékcsomag a folyamattervezés, az adatgyűjtés, az adatkezelés, az adatelőkészítés, az elemzés, a jelentéskészítés és az értékelés munkafázisainak elvégzéséhez.

A 2012–2013. közötti éves beszámolók mutatószámai összefüggéseiben lévő lineáris kapcsolat vizsgálatára korrelációs számítással került sor (8. táblázat).

8. táblázat: A struktúravizsgáló módszerek egy részének összefoglalása

		Független változó	
		Nem metrikus	Metrikus
Függő változó	Nem metrikus	Keresztábra elemzés	Diszkriminancia elemzés
	Metrikus	Variancia elemzés	Korreláció, Regresszió elemzés

Forrás: Sajtos-Mitev (2007)

A korrelációs számítás elkészítéséhez 2012-ben a költségvetési sajátosságokat, az alkalmazott csődmodelleket, valamint a rendelkezése álló vizsgált elemszámot is figyelembe véve 8 db mutatószámot került kiválasztásra, amelyek az adott intézmény adósságállományának, likviditásának, vagyoni helyzetének elemzését tették lehetővé.

A 2012. évi mutatószám meghatározása a faktoranalízis során feldolgozott elemszám figyelembevételével történt, a 2013. év esetében a nagyobb (96 db-os) elemszám függvényében további mutatószámokat sikerült alkalmazni.

„A korrelációs számítás a változók közötti lineáris kapcsolat szorosságának és irányának leírására szolgál.” (Sajtos-Mitev, 2007), vagyis kifejezi, hogy az adott metrikus mutató másik metrikus mutatóval kapcsolatban milyen erős kapcsolatban van. A számérték nagysága a kapcsolat szorosságára az előjel a kapcsolat irányára utal.

A korrelációs számításnál két változat közötti kapcsolatot vizsgáljuk, amely során az „r” értéke a +1 és a -1 között mozoghat (9. táblázat).

9. táblázat: A korrelációs együttható lehetséges értékei

r értéke	Kapcsolat iránya (előjele) és erőssége
$r = 1$	Tökéletes pozitív kapcsolat (függvényszerű lineáris kapcsolat)
$0,7 < r < 1$	Erős pozitív kapcsolat
$0,2 < r < 0,7$	Közepes pozitív kapcsolat
$0 < r < 0,2$	Gyenge pozitív kapcsolat
$r = 0$	Nincs lineáris kapcsolat
$-0,2 < r < 0$	Gyenge negatív kapcsolat
$-0,7 < r < -0,2$	Közepes negatív kapcsolat
$-1 < r < -0,7$	Erős negatív kapcsolat
$r = -1$	Tökéletes negatív kapcsolat (függvényszerű lineáris kapcsolat)

Forrás: Sajtos-Mitev (2007)

A kapcsolat szorossága vizsgálható páronként, továbbá páronként, a többi változó hatásának kiszűrésével, az eredményváltozó és az összes tényezőváltozó közötti szorosság is mérhető. „A korrelációs együttható értéke a kapcsolat szorosságát, előjele a kapcsolat irányát mutatja. Minél erősebb a két változó közötti kapcsolat, a korrelációs együttható abszolút mértéke annál közelebb esik az 1-hez.” (Sajtos-Mitev, 2007) A regressziószámítással szemben a korreláció szorosságának vizsgálatakor minden változót valószínűségi változónak tekintünk.

A 2007-2011 idősor beszámoló adatai megfelelő szerkezetben nem álltak rendelkezésre, ezért döntően statikus elemzésre volt lehetőség, az elemzés továbbfolytatásaként 2012-2013. év adataiból faktorelemzés és klaszteranalízis került alkalmazásra. A faktorelemzés többváltozós statisztikai eljárások halmazára vonatkozik, amely során a kiinduló változókat faktorváltozókká vonja össze.

A faktorelemzés olyan többváltozós elemzés, amely során a változók számát csökkentjük, azaz az eredeti információtömeget lényegesen kevesebb változóval reprodukáljuk a könnyebb értelmezhetőség érdekében. (Sajtos-Mitev, 2007)

„A klaszterelemzés tulajdonképpen egy dimenziócsökkentő eljárás. A megfigyelési egységhez rendelt változók jelentik azokat az eredeti dimenziókat, amelyek mentén a megfigyelteteket csoportosítani kívánjuk oly módon, hogy az egy csoportba tartozók minden változó mentén közel legyenek egymástól, és mindegyik csoporttól, klasztertől távol essenek.” (Székelyi-Barna, 2008)

A 2012. évi klaszterek az eladósodottság-likviditás, a 2013. évi klaszterek a nagyobb elemszám és több mutatószám vizsgálata miatt 3 faktor (adósság, likviditás, tőkeerősség) keresztmetszetében alakultak ki, és így került lefolytatásra az elemzés.

3.2.3 Klaszterek vizsgálata varianciaanalízis alapján

A kialakított klasztereket számos további vizsgálatnak kell alávetni, annak megállapítására, hogy azok valóban különböznek-e egymástól.

A különbözőségek automatikus feltételezése esetén hamis következtetések vonhatóak le, ezért az egyes klaszterek – különböző változók szerinti – várható értékének különbözőségét további módszerek alkalmazásával szükséges tesztelni.

A különböző sokaság vizsgálatára számos eljárás létezik, amelyek kiválasztása (alkalmazása) függ az adott minta elemszámától és jellemzőitől.

A t próba kis minták esetében alkalmazható, nem követeli meg a sokaság szórásának ismeretét, ugyanakkor az egy változó szerint elvégzett vizsgálat esetében két mintás t próbát kellene végrehajtani úgy, hogy először f próbával a szórások egyezőségét kellene tesztelni.

„A sok elvégzett t -próba növeli az elsőfokú hiba elkövetésének valószínűségét.” (Sajtos-Mitev, 2007), ezért az elemzők a t -próba mellett további módszereket vesznek igénybe az elemzéshez.

A nagyobb elemszámú minták esetében, az egyes hatások kombinációjának tesztelésére, a több változó szerinti vizsgálathoz, a klaszterek várható értéki egyezőségének ellenőrzéséhez a varianciaanalízis (ANOVA) nyújt megfelelő eszközt, amely a várható értékek szignifikáns különbségét teszteli.

„A varianciaelemzés két vagy több sokaság várható értékének összehasonlítására szolgál, s lényegében azt vizsgálja, hogy van-e különbség két vagy több csoport átlaga között.” (Sajtos-Mitev, 2007)

A próba null hipotézise szerint az összes csoport várható értéke azonos, az alternatív hipotézis pedig az, hogy nem mindegyik azonos. Amennyiben az összes csoportra kívánunk következtetést levonni, akkor az ANOVA keretein belül úgynevezett post hoc próbát kell elvégezni.

A változók szórásának egyezőségét ez esetben is szükséges ellenőrizni, az SPSS 19 elemző program alkalmazása esetében a post hoc próbák elvégzése során lehetőség van olyan próbák elvégzésére, amelyeknél az azonos szórást feltételezzük, illetve olyan próbákra is, amelyeknél a szórás egyezőségét külön vizsgálja a program.

Az az egyed, amelyet külön klaszterbe sorolt az eljárás, extrém egyednek (outliernek) tekintendő (Hajdu, 2003) és a további vizsgálatba nem vonható be, mert az ANOVA számára vizsgálata nem értelmezhető.

A disszertáció kétfajta varianciaelemzést alkalmazott vizsgálatai során a független változók hatásainak vizsgálatára, a 2011–2013 közötti időszak éveire külön-külön.

Az első esetben a klaszterek várható értékének egyezőségét a faktorváltozókra tesztelte, a második esetben pedig a faktorváltozók képzésébe bevont eredeti változókra. A faktorok kialakítása során a program olyan faktorváltozókat alakít ki, amelyek átlaga nulla, szórása pedig egységnyi. A faktor változókra megalapozottan végezhető el olyan próba, amelynél feltételezhető a szórások azonossága. Az SPSS for Windows 19 program által felkínált próbák közül az LSD próba került kiválasztásra.

Amennyiben az ANOVA-t azokra a változókra végezzük el, amelyek alapján a faktorokat kialakítottuk, nem feltételezhetjük automatikusan az azonos szórást, ezért ezeknél a változóknál a Tamhane's T2 próbát alkalmazzuk.

3.2.4 Az adósságállomány elemzése ARIMA modell alapján

A 2.2.1 fejezet rögzítette az adósságállomány és a szociális ellátás gazdasági teljesítményének lehetséges kapcsolatát. A vizsgálatnak két célja van, egyrészt kimutatja a kutatás, hogy a kibocsátásnak és az adósságállománynak az egyes kiválasztott intézmények esetében milyen szoros a kapcsolata, másrészt megmutatja a finanszírozási sokkok, reformkísérletek hatását az adósságállományra.

A kibocsátás és az adósságállomány kapcsolatának erősségét korrelációs együtthatóval határoztuk meg az SPSS for Windows 19-es programcsomag segítségével.

A sokkok hatásának méréséhez egy komplexebb elemzés elvégzése vált szükségessé. Az éves gyakoriságú adósságállomány adatok idősora azonban nem volt eléggé hosszú, ezért

az éves gyakoriságú adatokon végzett idősor-elemzés az elégtelen elemszám miatt nem volt elvégezhető. Az elégtelen elemszám kiküszöbölése érdekében az éves intézményi beszámolók adataiból számított nettó adósságállományból és a nettó szállítói adósságállományból negyedéves gyakoriságú idősor becslésére került sor a disszertáció 4. fejezetében.

A dezaggregálás egyváltozós lineáris regresszióval történt az SPSS 19-es programcsomag segítségével. A dezaggregálás elvégzéséhez a felosztandó éves gyakoriságú idősorhoz találni kell egy olyan indikátort, amellyel jól magyarázható az éves idősor alakulása. Nélkülözhetetlen, hogy az indikátor éves és negyedéves gyakoriságú idősora is rendelkezésre álljon. Az éves adatokra illesztett lineáris regresszió modell és a negyedéves gyakoriságú indikátor idősor segítségével lehet kiszámítani a becsült negyedéves gyakoriságú adatokat a felosztandó idősorra. A felosztás után még szükség van az úgynevezett kiegyensúlyozás elvégzésére, ugyanis a becsült negyedéves adatok összege nem fog megegyezni az éves idősor adataival, a becsült negyedéves adatokat ehhez kell „hozzáigazítani”.

Az így elkészített negyedéves idősorokra az ARIMA modelleket szintén az SPSS for Windows 19-es program alkalmazásával került illesztésre.

A gyakorlatban előforduló, stacionárius viselkedést mutató véletlen folyamatok nagy része jól megközelíthető a Box-Jenkins féle idősor modell (ARIMA) alkalmazásával (Ketskeméty-Izsó-Könyves Tóth, 2011).

„Az **autoregresszív folyamatok**ban egy adott időpontbeli érték az őt megelőző (múltbeli) értékek lineáris kombinációjaként (súlyozott összegeként) és egy korrelálatlan hibtag összegeként áll elő. A **mozgóátlagolás** során egy végtelen hosszú fehérzaj folyamat egyfajta mozgóátlaga és egy korrelálatlan hibtag összegeként modellezzük az idősort.” (László, 2013)

Az illesztett ARIMA modellek paramétereinek és az extrém értékeknek a vizsgálatából vonhatók le következtetések arra vonatkozóan, hogy a 2007–2013-as időszakban jelentkező sokkok hogyan érintették az egyes kórházak eladósodottságát.

3.2.5 A kutatási kérdőív feldolgozása

A kutatási kérdőívet a Microsoft Excelben történő feldolgozása után SPSS for Windows segítségével került elemzésre. A különböző próbák alkalmazása során a lehetséges elsőfajú hiba értékét lehet megállapítani, ez kerül a szignifikancia szinttel összevetésre. A kérdőív változóinak összefüggés-vizsgálatához a keresztábra-elemzés, a függetlenség-vizsgálata elemzési módszer került kiválasztásra. A Khi-négyzet függetlenségvizsgálat használatos, az alacsony khi-négyzet érték függetlenséget jelez. A számított khi-négyzetből levezethető a lehetséges elsőfajú hiba a khi-eloszlás segítségével. Az így kapott érték hasonlítható össze egy elméleti értékkel (szignifikancia szint) és ez alapján lehet dönteni a hipotézis elfogadásáról vagy elutasításáról. A Person-féle Khi-négyzet (χ^2) teszt null-hipotézise szerint a becült és a mért adatok megegyeznek, vagyis nincs összefüggés a két változó között.

A χ^2 értékének számítása a

$$\chi^2 = \sum_{\text{összes}} \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

képlet alapján történik, amely elsődlegesen az elvárt (f_e) és a megfigyelt (f_0) összevetésén alapul.

A Khi-négyzet próba az egyes cellákban lévő megfigyelt eseteknek a számát hasonlítja össze azzal az elvárt esetszámmal, amelyet akkor kapnánk, ha nem lenne kapcsolat a két változó között. A Khi-négyzet statisztika egyik fő jellemzője, hogy érzékeny a mintanagyságra, ugyanis a Khi-négyzet lineárisan függ a minta elemszámától, azaz ugyanolyan eloszlásoknál előfordulhat az a jelenség, hogy a két változó alacsony minta elemszámnál nem mutat szignifikáns eredményt, míg viszonylag magas elemszám esetén már igen. (Sajtos-Mitev, 2007)

3.3 Az elemzés korlátai

A disszertációban közölt elemzés és egyes modellek megalkotása, elvetése számos korlátot vett figyelembe. A 3.2.2 fejezetben már utalás került arra, hogy a beszámolók egységes szerkezetben, egységes adattartalommal nem álltak rendelkezésre. A 2010–2012 évek integrációs időszakában egyes beszámolók év közbeni olyan záró adatokat tartalmaztak, amelyek torzították volna az elemzést, ezért ezen intézmények adatait nem kerültek feldolgozásra. A 2007.évi integráció lehetővé tette, hogy egyes kórházak gazdasági társaság formában működjenek, amelyek értelemszerűen más formátumú és adattartamú beszámolót készítenek, ezért a beszámoló adatainak összehasonlítás módszertanilag nem volt megoldható. A 2012. évet beszámolóinak adatai a 2011. évi kórházi integráció miatt csak szűkített elemszámmal voltak elemezhetőek. Az egészségügyi szolgáltatók vizsgálatát a közfinanszírozásban részesülő aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézményekre került leszűkítésre, amelyet az M 50. táblázat tartalmazza. A klaszteranalízis alapján a legnagyobb halmaz intézményei közül 4 elem, beszámoló a mutatószám elemzéssel összehasonlításra került, a 2007–2013 időszakra vonatkozóan a hipotézisben megfogalmazottak ellenőrzésére, amelyet a melléklet M 103 – M 106. táblázatai tartalmaznak.

A kutatás csak a szükséges mértékben érinti az alap- és járó-beteg ellátást, mert a 2007–2013. évi integrációs törekvések (reformok) ezt a területet nem érintették.

4. A kutatás eredményei

4.1 A 2012-es kórházi intézményi beszámolók adatai alapján végzett faktor- és klaszteranalízis eredményei

2012. évben az összesített beszámoló mérlegadataiból 67 kórház adata került elemzésre, 8 mutatószám alapján, amelynek indoka a 3.2. fejezetben került rögzítésre.

10. táblázat: A kórházak 2012. évi beszámoló adataiból képzett egyes mutatószámok középértékei és azok eltérései

Mutatók	Átlag	Szórás	Megfigyelések száma
Forgóeszköz aránya	0,2	0,1	67
Befektetett eszközök fedezettsége	0,8	0,4	67
Tőkeerősség	0,6	0,3	67
Likviditási ráta	1,6	2,8	67
Likviditási gyorsráta	1,4	2,4	67
Eladósodási fok	0,3	0,3	67
Esedékességi aránymutató	0,8	0,2	67
Nettó eladósodottság	-0,2	3,5	67

Forrás: saját számítás a 2012-es beszámolók összesített adatai alapján

A mutatószámok átlagértékeit, valamint a szórás értékeket a 10. táblázat tartalmazza. Az adatok vizsgálata során az érzékelhető, hogy a forgóeszköz arányát kivéve valamennyi számított mutatószám szórása az átlagos értékektől jelentős mértékben eltér, azaz az alkalmazott mérőszámok alapján vannak jól gazdálkodó (működő) és kevésbé jól működő intézmények.

A forgóeszközök arányának csekély értéke (15,12%) és a középértéktől történő 9,7%-os eltérése azt jelzi, hogy a vizsgált intézményeknek közel azonos szinten fogtak el mobilizálható eszközeik, kis készletállománnyal és a működésre jellemzően kevés vevő és pénzeszköz állománnyal rendelkeznek.

Különösen jelentős az eltérés a likviditási ráták (és az azonos adatokat felhasználó) nettó eladósodottság tekintetében. A likviditási ráták összességében ugyan azt jelzik, hogy 2012. december 31-én az intézmények elfogadható likviditási állapotban voltak, de egyrészt a középértéktől való átlagos elérés mértéke, másrészt az évfordulót követő események vizsgálatának eredménye figyelmeztet a közeljövőben kialakuló finanszírozási válságra.

2012-ben az önkormányzatok által biztosított működési és felhalmozási (beruházási) támogatások kiesése még nem volt érzékelhető valamennyi korábban működő önkormányzati intézménynél.

2012-ben az áfa kulcs 25%-ról 27%-ra történő emelését a kórházak részben saját forrásból kigazdálkodták. Ugyanezen évben a minimálbér 78.000 Ft-ról történő 93.000 Ft-ra (garantált bér 108.000 Ft) történő emelése tovább növelte a működés problémáit, hiszen a fennálló problémák mellett sem a TVK, sem a HBCS nem került rendezésre.

Tovább növelte az évközbeni finanszírozási feszültséget, hogy 2011-ben bár történt „kasszasöprés” és konszolidációs támogatás (ezen utóbbit csak a kormányrendelet kihirdetésének napján meglévő lejárt szállítói tartozásállomány csökkentésére lehetett felhasználni), számos intézmény a konszolidációs támogatás adta előnyöket nem tudta kihasználni.

A 2011 decemberében, illetve 2012 januárjában átutalt konszolidációs támogatást számos intézménynek vissza kellett fizetnie, mert vagy előlegből, vagy kasszasöprésből kifizette a több hónap óta türelmetlenül várakozó szállítóknak a tartozást, így nem maradt a kormányrendeletnek megfelelő lejárt szállító állomány.

A konszolidációs támogatás fennmaradt részét 2012-ben az intézmények visszafizették.

A likviditás mérését, összehasonlíthatóságát, értékelését jelentős mértékben rontja az évenkénti kasszasöprés és konszolidációs támogatás nem tervezhető – maradvány és adósságállomány mértékén alapuló – összege.

Az eladósodottsági fok mértéke és az aránymutató azt mutatja, hogy a kórházak működését az OEP, alapítványi és önkormányzati támogatás mellett a szállítók is finanszírozzák.

E szektorba számos esetben előfordul a szállítók 150 napon túli kintlévősége, amelyet kamat és behajtási költségátalány felszámítása nélkül kénytelenek elviselni.

Tovább rontja az összképet a teljesítés és a fizetési határidő általánosan számított 30–90 napos időintervalluma, amely egyúttal azt is jelenti, hogy egyes szállítók esetenként 200 nap múlva kapják a teljesítés ellenértékét.

A fenti problémakör rámutat arra is, hogy a pénzforgalmi számvitel ezen működési környezetében a valóságos hatékonyságot, eredményességét a maga eszközeivel kimutatni nem tudta, szükség volt az eredményszemléletű számvitel megalkotására.

11. táblázat: A 2012-es beszámolók adataiból képzett mutatók korrelációja

	Forgó- eszköz aránya	Befektetett eszközök fedezettsége	Tőke- erősség	Likviditási ráta	Likviditási gyorsráta	Eladó- sodási fok	Esedékes- ségi arány- mutató	Nettó eladó- sodottság
Forgóeszköz aránya	1	-0,333	-0,526	0,417	0,422	0,349	-0,271	-0,109
Befektetett eszközök fedezettsége	-0,333	1	0,957	0,295	0,285	-0,96	-0,074	0,357
Tőkeerősség	-0,526	0,957	1	0,153	0,142	-0,969	0,032	0,361
Likviditási ráta	0,417	0,295	0,153	1	0,996	-0,288	-0,496	0,049
Likviditási gyorsráta	0,422	0,285	0,142	0,996	1	-0,28	-0,51	0,048
Eladósodási fok	0,349	-0,96	-0,969	-0,288	-0,28	1	0,008	-0,353
Esedékességi aránymutató	-0,271	-0,074	0,032	-0,496	-0,51	0,008	1	-0,211
Nettó eladósodottság	-0,109	0,357	0,361	0,049	0,048	-0,353	-0,211	1

Forrás: saját számítás a 2012-es beszámolók összesített adatai alapján

A befektetett eszközök fedezettsége (0,957) és a tőkeerősség között erős pozitív kapcsolat ($0,7 < r < 1$) van, amely azt jelenti, hogy amennyiben az egyiknek nő az értéke, akkor a másiknak is (11. táblázat).

Ellentétes irányú (-960), erős negatív kapcsolat ($-1r < -0,7$) alakult ki a befektetett eszközök fedezettsége és az eladósodottság között, amely azt jelenti, hogy amennyiben nő a befektetett eszközök fedezettsége, akkor az eladósodottság csökken.

Ugyanezen tendencia (-969), (erős negatív kapcsolat) figyelhető meg az eladósodottság és a tőkeerősség között ($-1r < -0,7$) (11. táblázat).

A likviditási ráta és a likviditási gyorsráta között (0,996) természetesen erős pozitív kapcsolat van ($0,7 < r < 1$), amely azt jelenti, hogy amennyiben az egyiknek nő az értéke, akkor az a másik érték növekedésével jár együtt (11. táblázat).

A korrelációs számítás összegzéseként statisztikailag kimutatható, hogy az egészségügyi szolgáltató intézményekre is igaz a fentiekben rögzítettek, azaz amennyiben nő a tőkeerősség, nő a befektetett eszközök fedezettsége, ha csökken, akkor viszont az eladósodottsági mutató növekszik, ami az adott intézmény pénzügyi (finanszírozási) helyzetében bekövetkezett romlást jelez. Az eladósodottsági fok és a tőkeerősség, valamint a befektetett eszközök fedezettsége negatív kapcsolatban vannak egymással, ha egyik nő,

akkor a másik esetén csökkenés következik be, vagyis ha romlik az eladósodottsági helyzet (vagyis nő a mutató), akkor gyengíti a tőkeerőséget.

Természetesen a fenti összefüggések nem azt jelentik, hogy a két változó között függvényyszerű (determinisztikus), illetve akár egyszerű oksági kapcsolat állna fenn, mindössze az a következtetés vonható le, hogy az egyik változó értékét X változó nagysága mellett még egyéb hatások is befolyásolják. (Sajtos-Mitev, 2007)

A forgóeszközök aránya és a likviditási mutatók (ráta) között kimutatható (0,417 illetve 0,422) közepes pozitív kapcsolat ($0,2 < r < 0,7$) a mutatószámok számlálójának közös tényezőjéből eredeztethető.

A forgóeszköz aránya és az eladósodottsági fok (0,349) között fennálló közepes pozitív kapcsolat ($0,2 < r < 0,7$) arra utal, hogy az eladósodottság és a kórházak meglévő készletei és pénzeszközei között csak közepes kapcsolat alakult ki, amelynek az az oka, hogy a fordulónapot megelőzően nem történik készletezés, a beérkezett készleteket, eszközöket az intézmények felhasználják (költségként elszámolják).

Esedékességi aránymutató (rövid lejáratú kötelezettség/összes kötelezettség) és a többi mutatószám között korreláció nem mutatható ki, ugyanis az intézmények kötelezettségei szinte csak rövid lejáratú kötelezettségek között jelentkeznek.

A számviteli törvény értelmében a szállítói kötelezettségek még akkor sem mutathatóak ki hosszú lejáratú kötelezettségként, ha annak kifizetése 1 éven belül nem történt meg.

A nettó eladósodottság ((kötelezettség-követelés)/saját tőke) más mutatószámokkal alkotott közepes vagy gyenge korrelációinak az az oka, hogy a kórházak követelései a forgóeszközön belül nem számottevők, a saját tőke mértékének jelentős része jellemzően a befektetett eszközök „fedezete”.

12. táblázat: A 2012-es beszámolók adataiból képzett mutatók faktoranalízis

Mutatók	Komponensek	
	1	2
Tőkeerőség	0,990	
Eladósodási fok	-0,967	
Befektetett eszközök fedezettsége	0,960	
Nettó eladósodottság	0,461	
Likviditási gyorsráta		0,940
Likviditási ráta		0,935
Esedékességi aránymutató		-0,686
Forgóeszköz aránya	-0,511	0,630

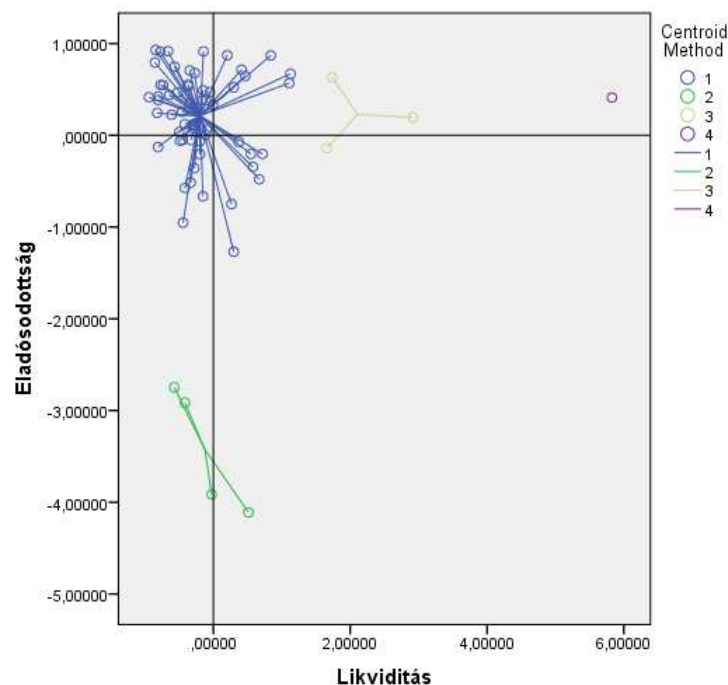
Forrás: saját számítás a 2012-es beszámolók összesített adatai alapján

A faktorelemzés során a mutatószámokból képzett korrelációs mátrixból indulhatunk ki.

A rotálás a faktorok elforgatását jelenti, egyes változók végső komunitása, valamint a faktorok információtartalma nem, mindössze a megőrzött információ mennyiségén történő osztzkodás változik meg. (Székelyi-Barna, 2008) A 12. táblázat szerinti rotálás után kibontakozni látszik az eladósodottság az első faktoron, a likviditás a másodikon, és csak egyetlen változó van (forgóeszköz aránya), amely mindkét faktorhoz kapcsolódik.

A kétfaktoros modell a KMO és Bartlett-teszt elvégzése szerint megfelelően le tudja írni a nyolcdimenziós teret, a változók kommunalitásai elfogadhatóak.

A klaszteranalízis során az első faktort eladósodottságként, a 2. faktort a likviditás faktoraként kerültek megnevezésre.



23. ábra: A kórházak körében kialakított klaszterek az Eladósodottság és a Likviditás faktorváltozók alapján 2012-ben

Forrás: saját szerkesztés a 2012-es beszámolók összesített adatai alapján

A 23. ábra az eladósodottság és likviditás faktorokból képzett klaszteranalízist mutatja be, amely során 4 egymástól jelentős mértékben elkülönülő klaszter különböztethető meg.

Az intézmények jellemzően az 1. klaszterbe tartoznak, amelyek jellemzője az alacsony likviditás és az eladósodottság.

A második klaszterbe az előző klaszterrel megegyező mértékű eladósodottsággal küzdő, de korábbi tartalékaival még továbbélő 3 intézmény tartozik.

A 3. klaszterbe mindössze 1 intézmény tartozik, amelynek az eladósodottság melletti likviditása elegendő arra, hogy a stratégiai változásokhoz alkalmazkodni tudjon.

A 4. klaszter helyzete a legproblémásabb, az eladósodottsága és a likviditása alapján saját erőből nem tud talpra állni, állami beavatkozás szükséges.

A 2012-es beszámoló adataiból készült mutatók faktoranalízisének eredményeiből a **H4** és **H6 hipotézis** elemzéséhez tartozóan levonható az a következtetés, hogy a kórházi integráció folyamatokat indukált az egyes intézmények pénzügyi helyzetében, de vannak olyan működési területek, ahol egy-egy pénzügyi döntést, annak hatásait célszerű az adott kórházra nézve modellezni, mert csak így látható, hogy a későbbiekben ez milyen következményekkel jár.

A **H4-H6 hipotézis** a fenti adatok függvényében megerősítésre került.

4.2 A 2013-as kórházi intézményi beszámoló adatai alapján végzett faktor- és klaszteranalízis eredményei

A 2013-as beszámolóban szereplő intézmények számának növekedése (96) lehetővé tette 17 db mutatószám középértékeinek vizsgálatát, amelyet az 13. táblázat tartalmaz.

13. táblázat: A kórházak 2013. évi beszámoló adataiból képzett egyes mutatószámok középértékei és azok eltérései

Mutatók	Átlag	Szórás	Megfigyelések száma
Befektetett eszközök aránya	0,893	0,104	96
Forgóeszköz aránya	0,107	0,104	96
Befektetett eszközök fedezettsége	0,837	0,412	96
Idegen tőke aránya	0,212	0,254	96
Tőkeerősség	0,739	0,266	96
Tőkefinanszírozási mutató	0,056	0,080	96
Likviditási ráta	2,120	7,158	96
Likviditási gyorsráta	1,273	2,700	96
Pénzhányad mutató	1,165	2,572	96
Eladósodási fok	0,212	0,254	96
Tőkefeszültség	0,122	1,010	96
Esedékességi aránymutató	0,872	0,170	96
Szállítók fedezettségi mutatója	0,129	0,272	96
Nettó eladósodottság	0,158	0,887	96
Nettó adósságállomány	599 206	772 808	96
Nettó szállítói adósságállomány	634 998	769 069	96
Nettó forgótőke	- 275 151	838 296	96

Forrás: saját számítás a 2013-as beszámoló összesített adatai alapján

A 2012. évhez viszonyítva az egészségügy általános finanszírozási, pénzügyi (likviditási) helyzete nem javult.

Az egészségügy helyzetének vizsgálatát továbbra is befolyásolja a nem tervezhető, év végén kiutalt kasszasöprés, valamint a konszolidáció lehetséges mértéke, az egyes igénybevett támogatások, valamint a számvitel pénzforgalmi szemlélete.

2013-ban lényegileg befejeződött az integráció. A közben szerzett tapasztalatok alapján sort kell keríteni az eddig kialakított irányok helyességének vizsgálatára.

Az egyes kórházak gazdasági kérdéseit befolyásolja a kapcsolódó rendelőintézetek száma, felkészültsége, eszközellátottsága, valamint az alapellátásban diagnosztizáló orvosok vizsgálatainak kérése.

Az integráció folyamatában is kitűnt, hogy a kórház nem lehet saját irányítója gazdálkodásának, mert egy-egy évszak balesetei, az alapellátás által esetlegesen

feleslegesen kért laborvizsgálatok a kórház gazdálkodását negatívan és jelentősen befolyásolják.

A TVK felett nem vagy csökkentett mértékben finanszírozott ellátások tovább rontják az egyes intézmények helyzetét.

A tőkeerősség az előző évhez viszonyítva 9,11%-kal növekedett, a szórás 2,6%-kal lett kevesebb.

A szórások értékelésénél az tapasztalható, hogy általában kicsi az átlagtól történő eltérés, kivéve: likviditási ráta/gyorsráta, pénzhányad mutató, tőkefeszültség, szállítók fedezettségi mutatója, nettó eladósodottság, nettó forgótőke esetében. A szórás értékei, azok mértékei azt jelzik, hogy az egyes intézmények megítélése csak a gazdasági helyzet és a működési környezet együttes vizsgálata és mérlegelése esetén hozhat eredményt, közelíthet a realitásokhoz. Egy-egy mutatószámból levont következtetés félrevezetheti az értékelőt.

A likviditási ráta 0,51 ponttal nőtt, a likviditási gyorsráta azonban 0,09 ponttal csökkent, amely azt jelenti, hogy némileg növekedett a készletek aránya.

A likviditási ráta ugyan még mindig 1 felett van⁸¹, de figyelemmel a konszolidációs támogatás esetleges elmaradására, vagy annak csökkenő mértékére, a mutató jelenlegi középértéke általános likviditási problémákra utal.

A likviditási gyorsráta csökkenő értéke azt jelzi, hogy az intézmények pénzállománya – cash-flow-ja – csökken.

Az átlag vizsgálata mellett figyelmeztető a szórás jelentős értéke, azaz biztosan vannak olyan intézmények, amelyek likviditása a csőd közeli helyzetre utal.

Az esedékességi aránymutató kis mértékben változott (4,96 %-kal nőtt, a szórása 0,61%-kal csökkent) az előző időszakhoz képest, amely azt jelenti, hogy az összes kötelezettség mintegy 87,16%-a rövid lejáratú kötelezettség, és ez az arány fokozatosan valamennyi intézményre jellemzővé válik.

Bár az eladósodottsági fok 5,62%-kal csökkent a megelőző 2012-es időszakhoz képest, ez mindössze annyit jelent, hogy az eszköz értéke ugyanennyivel növekedhetett.

⁸¹ A kutatások a tekintetben megoszlanak, mikor is tekinthető valamely vállalkozás likvidnek. Számos tankönyv 1-1,5 közötti értéket, míg mások 1,5-2 közötti értéket irányoznak elő. A vállalkozások vizsgálatánál az egyes bankok belső utasítása szerint elvárják a 2 feletti értéket, a szerző is a csődvizsgálatok tapasztalataiból kiindulva ezt tekinti elfogadhatónak.

14. táblázat: A 2013-as beszámolók adataiból képzett mutatók faktoranalízis

Mutatók ^{a)}	Komponensek		
	1	2	3
Likviditási ráta	0,878		
Forgóeszköz aránya	0,85		
Befektetett eszközök aránya	-0,85		
Nettó forgótőke	0,777		
Likviditási gyorsráta	0,751		
Pénzhányad mutató	0,732		
Szállítók fedezettségi mutatója	0,599		
Tőkeerősség		0,975	
Idegen tőke aránya		-0,974	
Eladósodási fok		-0,974	
Befektetett eszközök fedezettsége		0,767	
Nettó eladósodottság			0,747
Tőkefeszültség			0,738
Nettó adósságállomány			0,706
Nettó szállítói adósságállomány			0,677
Tőkefinanszírozási mutató			0,49

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

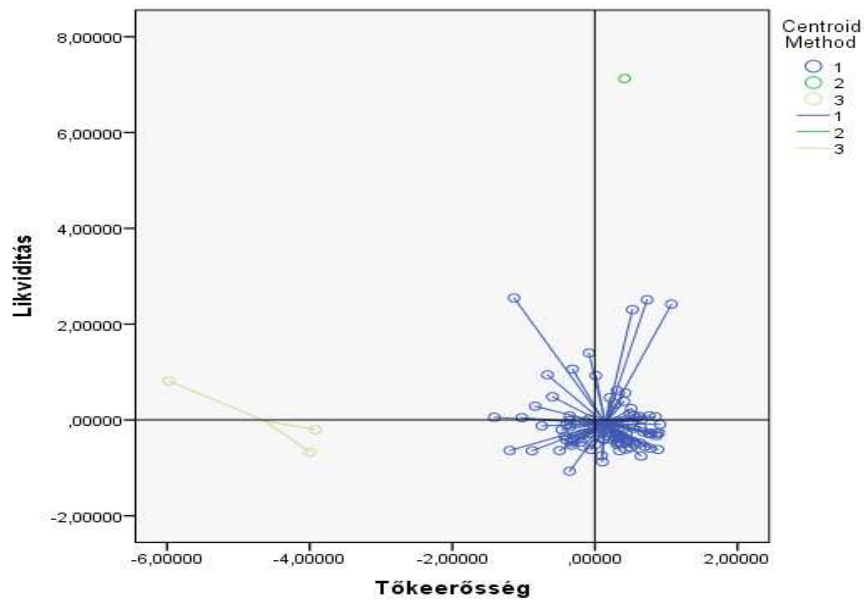
a) Rotation converged in 8 iteration.

Forrás: saját számítás a 2013-as beszámolók összesített adatai alapján

A 2012-es 2 faktorral szemben a mutatószámok darabszámát figyelembe véve 3 faktor került kialakításra, valamennyi mutatószám csak egyetlen faktorba található (14. táblázat).

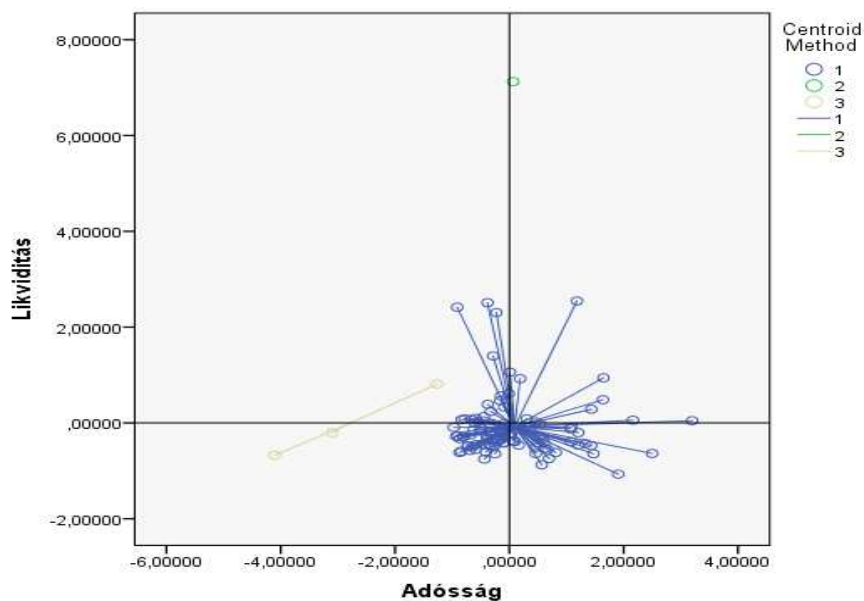
Az első faktoron a likviditás, a második faktoron a tőkeerősség, míg a harmadik faktoron az adósság (eladósodottság) bontakozik ki.

A klaszteranalízis (24-27. ábra) a likviditás és tőkeerősség faktorok alapján sorolta be a vizsgált kórházakat.



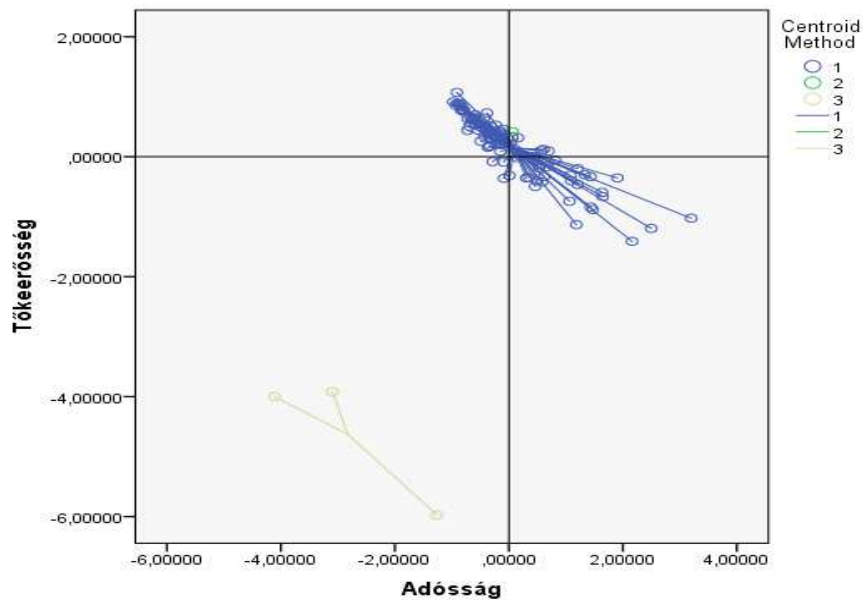
24. ábra: A kórházak körében kialakított klaszterek a Likviditás és a Tőkeerősség faktorváltozók alapján

Forrás: saját szerkesztés a 2013-as beszámolók összesített adatai alapján



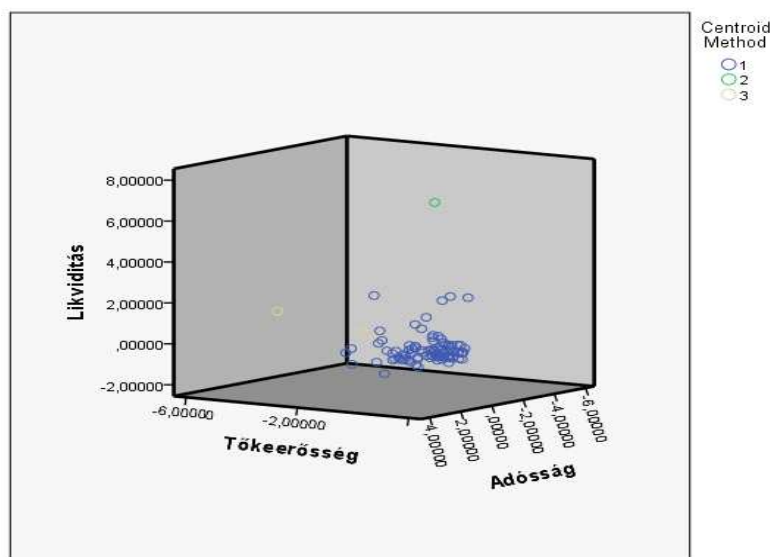
25. ábra: A kórházak körében kialakított klaszterek az Likviditás és az Adósság faktorváltozók alapján 2013-ban

Forrás: saját szerkesztés a 2013-as beszámolók összesített adatai alapján



26. ábra: A kórházak körében kialakított klaszterek a Tőkeerősség és az Adósság faktorváltozók alapján 2013-ban

Forrás: saját szerkesztés a 2013 beszámolók összesített adatai alapján



27. ábra: A kórházak körében kialakított klaszterek a Likviditás a Tőkeerősség és az Adósság faktorváltozók alapján 2013-ban

Forrás: saját szerkesztés a 2013 beszámolók összesített adatai alapján

Négy kórház kivételével valamennyi intézmény hasonló pénzügyi helyzettel küszködik. Hévízgyógyfürdő áll egyedül, míg a másik hármas Jász-Nagykun-Szolnok, Albert Schweitzer Kórház és a Komlói Egészségcentrum. Közülük az első és az utolsó semmiképp nem tekinthető hagyományosan vett kórháznak.

Az adósság, tőkeerősség és likviditás faktorok tekintetében történő vizsgálatok során megegyező eredmény figyelhető meg.

A vizsgálat függvényében a faktor- és klaszteranalízis, mint statisztikai módszer alkalmas lehet arra, hogy az egészségügyi intézményekre vonatkozóan a mutatószámok rendszerén keresztül állapítsuk meg az egy-egy klaszterbe tartozók típusjelenségeit.

A klaszterből történő ki- vagy abba való belépés jelezni fogja az átlagos teljesítménytől történő eltérést, amely további vizsgálatokat indukálhat.

A **H4** és **H6 hipotézis** elemzéséhez tartozó klaszterek vizsgálata rámutatott arra, hogy bár a kormányzat központi integrációs intézkedései ugyan hasonló folyamatokat indukálhatnak az egyes kórházak pénzügyi helyzetében, de vannak olyan működési területek, ahol egy-egy pénzügyi döntést, annak hatásait célszerű az adott kórházra külön is modellezni.

A H4, H5 hipotézist a vizsgálat megerősítette.

4.3 Klaszterek vizsgálata varianciaanalízis alkalmazásával

Az egyes klaszterek vizsgálata a továbbiakban varianciaanalízis segítségével történt, amely során kettőnél több sokaság középértékeinek minta alapján történő összehasonlításából vont le következtetéseket a kutatás, amelynek eredményeit a melléklet M 52 – M 57. táblázatai tartalmazzák.

15. táblázat: A varianciaanalízis eredményeként adódó szignifikancia szintek

	2011	2012	2013
Tőkeerősség (faktorváltozó)	0,000		0,000
Likviditás (faktorváltozó)	0,319	0,000	0,000
Eladósodottság (faktorváltozó)	0,000	0,000	0,152
Forgóeszköz aránya	0,000	0,000	0,000
Befektetett eszközök fedezettsége	0,000	0,000	0,000
Tőkeerősség	0,000	0,000	0,000
Likviditási ráta	0,288	0,000	0,000
Likviditási gyorsráta	0,299	0,000	0,000
Pénzhányad mutató			0,001
Eladósodási fok	0,000	0,000	0,000
Tőkefeszültség			0,000
Szállítók fedezettségi mutatója			0,004
Esedékességi aránymutató	0,058	0,001	
Nettó eladósodottság	0,000	0,000	0,000
Nettó adósságállomány			0,126
Nettó szállítói adósságállomány			
Nettó forgótőke			0,000

Forrás: saját számítás a 2011-2013-as intézményi beszámolók összesített adatai alapján

A 2011-es adatok esetében egy 62 és egy 4 elemű klaszter került összehasonlításra.

Az eredmény szerint az első és harmadik faktorváltozóban (tőkeerősség és eladósodottság) a két csoport különbözik, a második faktorváltozóban (likviditás) a különbség nem szignifikáns ($0,319 > 0,05$). A faktorelemzésbe bevont változók esetében elvégzett teszt ennek az eredményét alátámasztja, a likviditási ráta és a likviditási gyorsráta esetében nem szignifikáns a két csoport különbsége (ezek a változók lettek a második faktorváltozóba sorolva, szignifikancia szintjük rendre 0,288 és 0,299). Az esedékességi aránymutató esetében pedig a különbség éppen csak nem szignifikáns ($0,058 > 0,05$).

A 2012-es adatok esetében a vizsgált klaszterek elemszáma 67, amelyben a legnagyobb klaszterbe tartozó elemszám 59.

Mindkét változócsoportha elvégzett elemzés szerint a csoportoknak a vizsgált változókra meghatározott várható értéke nem tekinthető azonosnak a szokásos 5%-os szignifikancia szinten.

A 2013-as adatok vizsgálata szerint a két elemzett klaszterben 96, amelyben a 92 és 3 és 1 elemszámú kórház található. Ebben az évben a harmadik faktorváltozó (eladósodottság) szerinti faktoranalízis szerint nem különbözik a két vizsgált csoport várható értéke ($0,152 > 0,05$). A harmadik faktorba az adósságot leíró változók kerültek, ezt alátámasztja a második vizsgálat, a nettó adósságállomány és a nettó szállítói adósságállomány mutatók esetében nem szignifikáns a csoportok különbsége ($0,126 > 0,05$ és $0,604 > 0,05$).

A klasztereken végzett ANOVA vizsgálat eredményei alátámasztják a **H5 hipotézist**, megállapítható a különbség a két vizsgált klaszter között. 2013-ra a kedvezőtlen eladósodottsági mutatóval jellemezhető nagyobb klasztertől a kisebb klaszter nem különbözik szignifikánsan, azaz a lezajlott integrációs folyamatok nem javítják bizonyíthatóan a kórházak pénzügyi helyzetét.

Az ANOVA vizsgálatok a **H6 hipotézist**, vagyis a kormányzati beavatkozások differenciált hatását alátámasztja, hiszen a 2011–2013 közötti klaszterek különbözőségének a vizsgálata szerint nem ugyanazok a faktorok különböznek szignifikánsan. Amíg 2011-ben a likviditást leíró faktorok nem különböztek, addig 2013-ban az eladósodottság különbözőségét nem lehet igazolni. Az eredményekből levonható az a következtetés, hogy a 2011-ben még nem jelentősen eladósodott kórházak kedvezőtlen likviditási helyzete a 2013-as időszakban rosszabb adósságpozíciót eredményezett. A **H4 hipotézis vizsgálatának** eredményeihez kapcsolódva kijelenthető, hogy az egyes intézmények működésében jelentkező differenciált hatások a korábban relatíve jobb eladósodottsági helyzetben lévő intézmények helyzetének romlásában érhetőek tetten.

A **H4 hipotézist** a fentiekben foglalt vizsgálat megerősítette.

4.4 A Q Humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat éves kibocsátása és az egyes kórházak nettó adósságállományának korrelációja, ARIMA modell

A 4.1 és 4.2 pontban jelzett faktor- és klaszter analízis, valamint a 4.3 pont szerinti varianciaanalízis alapján végzett klaszter vizsgálatok során megállapítható, hogy a több mint 90%-os elemszámot tömörítő klaszterben a vizsgált időszakban a kórházak likviditása romlott és eladósodottságuk nőtt.

Az egyelemű klaszter nem tekinthető önálló csoportnak, ezért a legnagyobb elemszámú klaszterből 4 elem került kiválasztásra.

A 4 elem kiválasztását az az elképzelés indukálta, amely szerint egyes olyan kórházak, amelyek komplex ellátást tudnának nyújtani valamennyi betegségterületen, vezető kórházzá válhatnak. A Szent Imre Kórház, a Honvédkórház, a Péterfy és a Bajcsy-Zsilinszky Kórház együttese, illetve az Egyesített Szent István és Szent László Kórház vagy a Szent János Kórház kerülhet a vezető kórházak közé, míg más elképzelések szerint a Szent János Kórházat bezárhatják, a gyógyító kapacitásait és az ott dolgozókat más intézményekbe irányítanák.

A Honvéd Kórházról – annak titkossága miatt – nincs adat.

A fenti kormányzati elképzelések ismeretében az adósságállomány elemzésére a Bajcsy-, a Péterfy, a Szent Imre és a Szent János Kórház került kiválasztásra.

A kórházak adósságállományával kapcsolatban a következő vizsgálat került elvégzésre:

- a Q Humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat éves kibocsátása és az egyes kórházak nettó adósságállományának korrelációja
- a vizsgált időszakban bekövetkező sokkok hatása szignifikánsan alakul-e az adósságállomány szempontjából és a szignifikáns sokkok milyen típusú beavatkozásra engednek következtetni

A parciális korrelációs együtthatók a következő táblázatban foglaltak szerint alakultak:

16. táblázat: A kórházak nettó adósságállományának és a Q Humán-egészségügyi és szociális ellátás ág parciális korrelációs együtthatói a 2007-2013 közti időszakra

Kórházak	Parciális korrelációs együttható
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	0,941
Szent János Kórház és Észak-budai egyesített Kórházak	0,602
Péterfy Sándor utcai Kórház – Rendelőintézet	0,883
Szent Imre Kórház	0,262

Forrás: saját számítás a 2011-2013-as intézményi beszámolók összesített adatai alapján

A korrelációs együtthatók alapján erős lineáris kapcsolat van a Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet, illetve a Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet nettó adósságállománya és az ágazat kibocsátása között, amelyből levonható az a következtetés, hogy ezeknél a kórházaknál a finanszírozás és a kibocsátás lényegében független. A Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórház esetén a korreláció közepes erősségű, ellenben a Szent Imre Kórház kapcsán kifejezetten gyenge a lineáris kapcsolat. Ez akár annak is köszönhető, hogy a kibocsátás és a finanszírozás ennél a kórháznál van a legszorosabb kapcsolatban, ezért nem függ a kibocsátástól az adósság. Azonban a nettó adósságállomány hektikus alakulását figyelembe véve inkább a különösen erős finanszírozási sokkoknak köszönhető az összefüggés hiánya.

A finanszírozási sokkok szignifikanciája

A vizsgálat során a kórházak nettó adósságállományát felbontásra került negyedéves gyakoriságú idősorokra. A felbontásban elsőként a kórházak nettó adósságállományára került illesztésre a lineáris regresszió úgy, hogy a magyarázó változó mindegyik esetben a Q Humán-egészségügyi és szociális ellátás kibocsátása volt.

17. táblázat: A negyedéves felosztáshoz használt lineáris regresszió adatai

	R négyzet	Adjusted R négyzet	Konstans	Konstans t értéke	Kibocsátás paramétere	Kibocsátás paraméterének t értéke
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	0,88	0,86	-4 572 813	-5,37	3,26	6,19
Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak	0,36	0,24	-4 509 406	-1,56	3,01	1,69
Péterfy Sándor utcai Kórház – Rendelőintézet	0,78	0,73	-9 893 718	-3,47	7,4	4,2
Szent Imre Kórház	0,07	-0,12	-587 981	-0,28	0,8	0,61

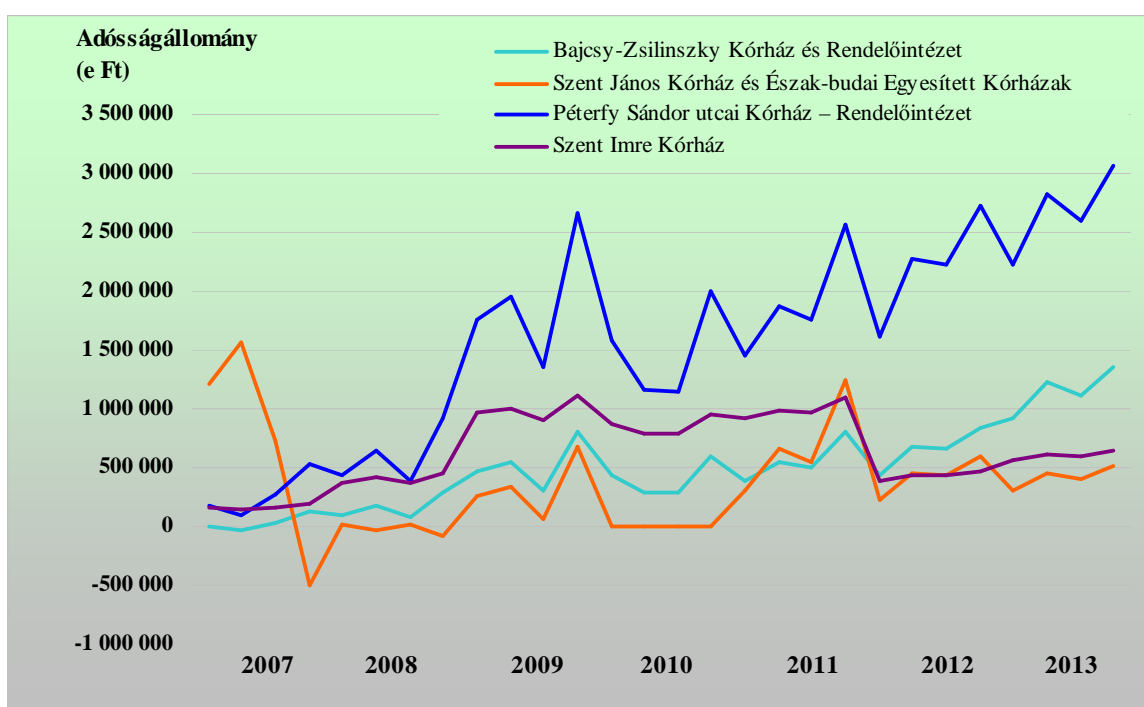
Forrás: saját számítás a 2011-2013-as intézményi beszámolók összesített adatai alapján

Az illesztett modellek főbb jellemzőit és paramétereit tartalmazó 17. táblázat szerint a jelentős pozitív korrelációval rendelkező Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet és a Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet adataira illesztett regresszió elfogadható. A korreláció a Szent Imre Kórház esetében nagyon gyenge volt, ezért a várakozásoknak megfelelően erre az adatsorra nem lehetett szignifikáns modellt alkalmazni. A Szent János Kórház és a vizsgált nemzetgazdasági ág közötti korreláció közepesen erős, az adatokra illesztett regresszió mégsem elfogadható.

A nem megfelelő modellek esetében természetesen a paraméterek t értéke alapján megállapítható, hogy a paraméterek sem szignifikánsak.

Tekintettel arra, hogy a kórházakat érintő sokkok elemzése a vizsgálat célja, ezért a nem megfelelő modellekkel rendelkező kórházak adatainak negyedéves dekompozícióját is el kellett végezni.

A Q nemzetgazdasági ág folyóáras negyedéves gyakoriságú adatai nem álltak rendelkezésre, ezért ezek becsléséhez az éves adatokat a közigazgatás, védelem; kötelező társadalombiztosítás, oktatás, humán-egészségügyi, szociális ellátás folyó áras bruttó hozzáadott értékének arányában került felosztásra. A bruttó hozzáadott érték és kibocsátás aránya éven belül állandónak tekinthető, ezért a becslés nem okoz jelentős torzítást.



28. ábra: A kórházak negyedéves adósságállományának alakulása

Forrás: saját szerkesztés, Kazimír Ildikó számítása a 2013-as beszámoló összesített adatai alapján

A 28. ábrából látható, hogy a nettó adósságállomány növekvő tendenciája leginkább a Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézetre jellemző, kisebb mértékű, de szintén növekvő adósság jellemző a Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézetre. A Szent János Kórház adóssága 2010-ben volt alacsony, de nem jellemző rá a folytonos növekedés, míg a Szent Imre Kórház nettó adósságállománya 2009–2011 között magasabb, mint a többi időszakban. A Szent Imre Kórház nettó adósságállományának alakulása a levelshift outlier klasszikus esetének tűnik, vagyis látszólag a kórház 2009 és 2011 között kedvezőtlenebb finanszírozási helyzetben volt, mint a többi vizsgált évben.

A kutatás a vizsgálat továbbfolytatásaként a negyedéves idősorokra ARIMA modelleket illesztett. Ebben a differenciát, illetve az AR és MA tagok rendjét a rezidumok autokorrelációs és parciális autokorrelációs függvényeinek segítségével lehetett meghatározni. A 4. kiválasztott kórház esetében a nettó adósságállomány elsőrendű differenciájára illeszkedett az ARIMA modell, így az értelmezhető a nettó adósságállomány változására (18. táblázat).

18. táblázat: Az ARIMA modellek adatai

		Paraméter	t érték
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	R négyzet	0,89	
	konstans	273 945,09	4,96
	MA(3)	-0,45	-1,88
	dum1	-383 746,72	-5,22
	dum2	-176 970,43	-2,27
	dum3	-356 728,82	-5,59
	dum_2009q1	222 928,67	1,64
	dum_2012q1	-257 718,47	-1,87
Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak	R négyzet	0,55	
	konstans	54 453,16	1,53
	AR(1)	-0,29	-1,78
	AR(9)	-0,53	-3,02
	dum_2012q1	-678 057,17	-2,37
	dum_2007q4	-1 688 270,29	-5,87
Péterfy Sándor utcai Kórház – Rendelőintézet	R négyzet	0,94	
	konstans	249 182,83	6,19
	AR(1)	-0,83	-7,11
	MA(5)	0,47	2,01
	dum1	-356 845,90	-3,19
	dum2	-278 711,10	-2,5
	dum_2009q1	1 193 618,61	5,88
	dum_2012q1	-962 448,88	-4,76
Szent Imre Kórház	R négyzet	0,93	
	konstans	30 897,20	1,29
	MA(4)	-0,58	-2,37
	dum_2009q1	537 785,49	7,29
	dum_2012q1	-796 257,60	-10,28

Forrás: saját szerkesztés, Kazimír Ildikó ötlete alapján

Az illesztett modellek adataiból levonható az a következtetés, hogy bár a negyedéves felosztás ugyanazon idősor szerint történt, azonban a felosztott idősoroknak mégsem ugyanazok a jellemzőik, nem illeszthető rájuk ugyanolyan ARIMA modell. A paraméterek között a dum1, dum2, dum3 szezonális dummy változót jelöl. Ezek értéke a jelölt negyedévben egy, egyébként nulla (például dum1 esetében az első negyedévben 1, különben nulla). A vizsgált kórházaknál nem azonos a szezonális, például a Szent Imre

és a Szent János Kórház esetében nincs szignifikáns szezonális dummy. A másik két kórháznál megfigyelhető a szezonális (melléklet M 58 és M 59. táblázatai).

Az outlierok közül csak additíve outlierok voltak szignifikánsak. A 2012-ben lezajlott változások az összes kórház esetében csökkentették az adósságállomány változását. A 2009-es események pedig az összes kórházban növelték a nettó adósságállomány változását, a Szent János Kórház kivételével. Ez a kórház azért is kivételnek számít, mert esetében a 2007-ben következett be olyan változás, amely az adósságállományának a jelentős növekedését okozta.

A Szent Imre Kórházban az outlierok modellbe illesztésének köszönhetően az egész ARIMA modell szignifikánssá vált, ugyanakkor a Szent János Kórház esetében a külső sokkok modellbe illesztése nem segített a modell paramétereinek jelentős javításán.

A disszertációban megfogalmazott **H6 hipotézis** szerint a központi intézkedések javították az egyes kórházak pénzügyi helyzetén, de megjelennek az intézménytípustól függő differenciált hatások is. A H6 hipotézist az ARIMA segítségével végzett elemzés alátámasztja, minthogy az alulfinanszírozás a kiválasztott négy intézmény esetében nem volt azonos⁸². A vizsgált időszakban jelentkező sokkok közül nem mindegyik kórháznál volt mindegyik szignifikáns és azonos mértékű. A 2012. elején jelentkező sokk csökkentette az összes kórháznál az adósságállomány növekedését, bár az nem azonos mértékben történt.

A vizsgált kórházak esetében kimutatható, hogy a hatások egyszerinek bizonyultak, tartós hatás, az adósságállomány tendencia-váltása, új pályára állása nem volt kimutatható. Tartós hatású eredményekre, strukturális változásokra utalna az adósságállomány alakulásában, ha sikerült volna levelshift vagy transitory change outlier kimutatni a vizsgált intézmények idősoraiban. A levelshift vagy transitory change outlier hiánya **alátámasztja a H5 hipotézist**, amely szerint a vizsgált időszakban lezajlott integrációs folyamatok javították a gazdálkodás átláthatóságát, de az adósságállomány alakulásában számottevő eredményeket nem sikerült elérni.

Megerősítette mindez a **H6 hipotézist, amely szerint** a kormányzati intézkedések hasonló folyamatokat indítottak el az egyes kórházak pénzügyi helyzetében, de megjelentek az intézménytípustól függő differenciált hatások is.

A kórházak egy-egy kormányzati intézkedésre, mind az adósságállomány növekedése, mind a likviditás romlása területén eltérően reagáltak.

A **H5 és a H6 hipotézis** – a vizsgálatok alapján – helytállóan bizonyult.

⁸² A kibocsátás és az adósságállomány közötti korrelációk nem voltak hasonlóan erősek.

4.5 Esettanulmány

A 2012–2013. év klaszteranalízise szerint a Péterfy Sándor utcai Kórház - Rendelőintézet és Baleseti Központ a legnagyobb halmazz tartalmazó klaszterbe tartozik, a vizsgált intézmények 52. eleme. A mutatószámok középértékei az adott intézményre vonatkozóan szignifikánsak, ezért a további módszerek felhasználásával – mint jellemző egyed, valamint mint vezető kórházi címre aspiráló intézményt – további szempontok figyelembevételével kerültek vizsgálatra. Az Országos Baleseti Intézmény integrálódott 2007-ben a Péterfy Sándor utcai Kórházba. Ez az integráció számos szakpolitikai vita ellenére is fennmaradt a 2011–2012-es átalakulás során is.

Péterfy Sándor utcai Kórház - Rendelőintézet az elmúlt évtizedek alatt számos összevonást ért⁸³ meg, ezért az az integráció lehetséges hatásait mutathatja be a mutatószámok vizsgálatának eszközeivel.

19. táblázat: A Péterfy Sándor utcai Kórház – Rendelőintézet és Baleseti Központ 2007-2013 évi eszközeinek összehasonlítása

Ezer Ft-ban							
ESZKÖZ	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
I. Immateriális javak összesen	6 847	41 078	38 024	35 336	30 276	22 396	15 321
II. Tárgyi eszközök összesen	4 763 817	7 846 942	7 629 603	7 411 049	7 517 998	7 467 116	7 379 734
III. Befektetett pénzügyi eszközök összesen	44 732	51 129	51 399	53 252	52 307	54 290	47 031
A) BEFEKTETETT ESZKÖZÖK ÖSSZESEN	4 815 396	7 939 189	7 945 653	7 664 073	7 703 504	7 610 873	7 487 933
I. Készletek összesen	148 708	174 516	276 384	199 611	218 188	233 730	235 052
II. Követelések összesen	65 081	56 245	58 435	86 677	67 237	78 905	88 597
III. Értékpapírok összesen	0	0	0	0	0	0	0
IV. Pénzeszközök összesen	335 616	838 861	124 792	316 757	28 436	1 254 351	509 079
V. Egyéb aktív pénzügyi elszámolások összesen	436 025	429 543	472 145	464 186	548 133	21 674	25 577
B) FORGÓESZKÖZÖK ÖSSZESEN	985 430	1 499 165	931 756	1 067 231	861 994	1 588 660	858 305
ESZKÖZÖK ÖSSZESEN	5 800 826	9 438 354	8 877 409	8 731 304	8 565 498	9 199 533	8 346 238

Forrás: saját szerkesztés a 2007-2013-as beszámolók összesített adatai alapján

⁸³ 1969-ben a Szövetség utcai Kórház szervezeti részlege, 1984-ben a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Traumatológiai Tanszéke, 1998-ban az Erzsébet Kórház integrálódott.

A mérlegben szereplő eszközök elemzése

A vagyon értéke 2013. évre **2.545.412 E Ft**-tal nőtt a 2007. évhez képest (a befektetett eszközök **2.672.537 E Ft**-tal nőttek, a forgóeszközök pedig **127.125 E Ft**-tal csökkentek).

A vagyon belső szerkezetében is érzékelhető változás, az Intézmény **befektetett eszközeinek aránya** (83,01 % - 2007) **6,71%** pontot emelkedett a 7 év során, s így aránya az összes eszközhöz viszonyítva **89,72%-ra** változott (19. táblázat).

A **tárgyi eszközök** köre a befektetett eszközök meghatározó eleme, részaránya a mérleg főösszegén belül (**88,42%**) 6,30 százalékponttal nőtt.

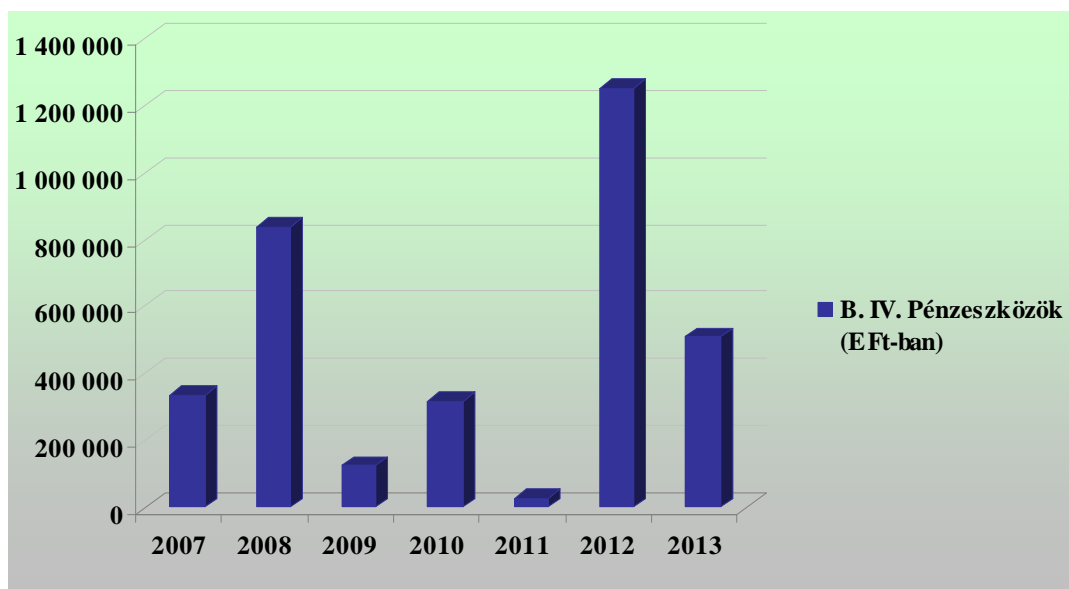
A forgóeszközök tekintetében összességében csökkenés következett be. Csökkent ezen belül az aktív pénzügyi elszámolások értéke, viszont nőtt a készletek, pénzeszközök és a követelések értéke.

A készlet értékek **86,344 E Ft**-tal növekedett, így összességében **58,06 %** emelkedést jelent a bázishoz viszonyítva.

2013. évben a készletek részaránya az eszközökhöz viszonyítva **2,82%**, ez a 2007. évhez képest 0,26% százalékpont emelkedést jelent (2,56%).

A **követelések** tekintetében **19.975 E Ft** növekedés történt a bázishoz képest a vevő követelések vonatkozásában (35,15%). A követelések részaránya az eszközökhöz képest 2013-ban **10,62%**, ez 0,6 százalékpont csökkenést jelent (11,22%).

A pénzeszközök **173.463 E Ft**-tal nőttek a bázishoz képest. A pénzeszközök részaránya a tárgyévben az eszközökhöz képest **6,10%**, így az arány a bázis évhez képest 0,31 százalékponttal növekedett (5,79%).

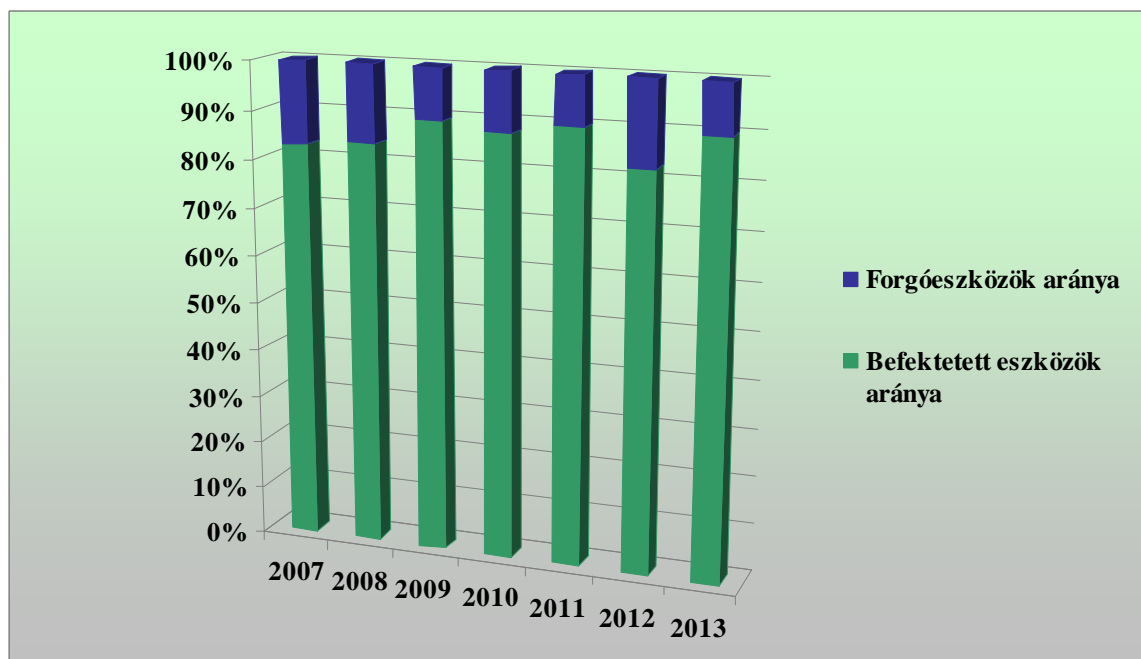


29. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ pénzeszközeinek változása 2007-2013 között

Forrás: saját szerkesztés a 2007-2013-as beszámolók összesített adatai alapján

A pénzeszközök záró állománya hektikusan mozog, mértéke az egyes szállítói állomány türelmétől függ (29. ábra).

Az egyéb aktív pénzügyi elszámolások **410.448 E Ft** értékben csökkentek a bázishoz képest, összességében 94,13%-kal, és részarányuk az eszközökhöz képest 7,5%-ról 0,31%-ra csökkent 2013-ra.



30. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ eszköz és forrás arányának változása 2007-2013 között

Forrás: saját szerkesztés a 2007-2013-as beszámolók összesített adatai alapján

Az eszközök aránymutatóit vizsgálva (30. ábra) az érzékelhető, hogy az intézmény eszközeinek több mint 80%-a a befektetett eszközök kategóriába tartozik, a forgóeszköz állomány csökkenő tendenciát mutat, azaz a kórház a gyógyításhoz szükséges készletek tekintetében csak minimális eszközöket tart december 31-én a raktárában, és pénzeszközei szintén minimálisra csökkentek.

Az arányszámok vizsgálata rámutat arra, hogy minimális a kórház vevő állományának kintlévősége valamint a rendelkezésre álló pénzügyi eszköze. Minimális mértékben tud reagálni a változásokra, nincsenek tartalékai, amely által a befektetett eszközök pótlása, az új technikai-, technológiai rendszerek bevezetése nem oldható meg önerőből.

Az intézmény a meglévő forráshiány miatt nem tud egyszerre nagyobb mennyiségű gyógyászati eszközt vásárolni, ennek következtében azokat az azonnali beszerzés keretében drágábban vásárolja meg.

A mérlegben szereplő források vizsgálata

Az intézmény forrásai

20. táblázat: A Péterfy Sándor utcai Kórház – Rendelőintézet és Baleseti Központ 2007–2013 évi forrásainak összehasonlítása

Ezer Ft-ban

FORRÁS	2007	208	2009	2010	2011	2012	2013
D) SAJÁT TŐKE ÖSSZESEN	4 394 214	6 709 092	5 790 301	5 979 249	5 724 674	4 315 794	4 582 798
I. Költségvetési tartalékok összesen	477 860	919 232	237 089	350 063	174 124	826 079	99 450
II. Vállalkozási tartalékok összesen	0	0	0	0	0	0	0
E) TARTALÉKOK ÖSSZESEN	477 860	919 232	237 089	350 063	174 124	826 079	99 450
I. Hosszú lejáratú kötelezettségek összesen	35 512	11 725	925	941	960	980	1 011
II. Rövid lejáratú kötelezettségek összesen	599 459	1 449 133	2 489 246	1 970 171	2 263 295	3 634 441	3 260 733
III. Egyéb passzív pénzügyi elszámolások összesen	293 781	349 172	359 848	430 880	402 445	422 239	402 246
F) KÖTELEZETTSÉGEK ÖSSZESEN	928 752	1 810 030	2 850 019	2 401 992	2 666 700	4 057 660	3 663 990
FORRÁSOK ÖSSZESEN	5 800 826	9 438 354	8 877 409	8 731 304	8 565 498	9 199 533	8 346 238

Forrás: saját szerkesztés a 2007-2013-as beszámolók összesített adatai alapján

Saját tőke

A saját tőke 188.584 E Ft-tal növekedett, a bázis évhez viszonyítva 4,29%-kal. A forrásokon belül csökkent a saját tőke részaránya 75,75%-ról 54,91%-ra, amelynek oka a kötelezettségek növekedése (20. táblázat).

A költségvetési tartalékok forrásokhoz viszonyított részaránya pedig 8,23 %-ról 1,19 %-ra csökkent, vagyis csökkent a tartalékok összege a bázis évhez viszonyítva, amelynek oka, hogy a korábbi évek kötelezettségeit a tartalékokból egyenlítették ki.

Kötelezettségek

A kötelezettségek záró állománya 2013-ban 3.663.990 E Ft. A változás a bázis évhez képest 2.735.238 E Ft növekedés. A kötelezettségek részaránya a forrásokon belül 16,01%-ról 43,6%-ra nőtt az elmúlt hét év alatt, ezen belül jellemzően a rövid távú kötelezettségek növekedtek. A kötelezettségek felosztásánál megfigyelhetjük, hogy a hosszú lejáratú kötelezettségek állománya csökkent 34.501 E Ft-tal, és 2013-ban a forrásokon belüli részarányuk 0,01%.

A hosszú lejáratú kötelezettségek a kórház járadékosaink 2, illetve 1 évre minősített összege. A rövidlejáratú kötelezettségeken belül az áruszállításból és szolgáltatásból származó kötelezettségek összege 3.230.542 E Ft, a bázis időszakhoz képest 2.631.535 E Ft-tal (439,3%-kal) nőtt, nyilván ez érthető pl. gyógyszer, stb.

A működési helyzetet nagymértékben befolyásolta a lejárt szállítói tartozások nagyságrendjének növekedése is. A 2007. évi mérlegben szereplő 599 millió Ft szállítói állomány mind határidőn belüli tartozás volt. 2013-ban 3,2 milliárd szállítói állományból már 2,2 milliárd a lejárt számla állomány, amelyből mintegy 1,2 milliárd a 60 napon túl lejárt tartományba esik. A lejárt szállítói állomány növekedése 2008-ban kezdődött, és a növekedés folyamatos. A menedzsment a kiadások racionalizálásával, a fenntartó önkormányzat önkormányzati biztos kirendelésével próbálta az intézmény gazdasági helyzetét javítani. Az alapvető probléma, az alulfinanszírozás, továbbra is fennmaradt, ezért számottevő eredményt nem sikerült elérni a kötelezettségek folyamatos emelkedése tekintetében. Az intézmény likviditási gyorsrátájának értéke folyamatosan, évek óta fennálló likviditási problémákat jelez és vetít előre a következő évre is. A meglévő hosszú lejáratú kötelezettségek tovább korlátozzák az intézmény mozgásterét a fizetőképesség helyreállításában.

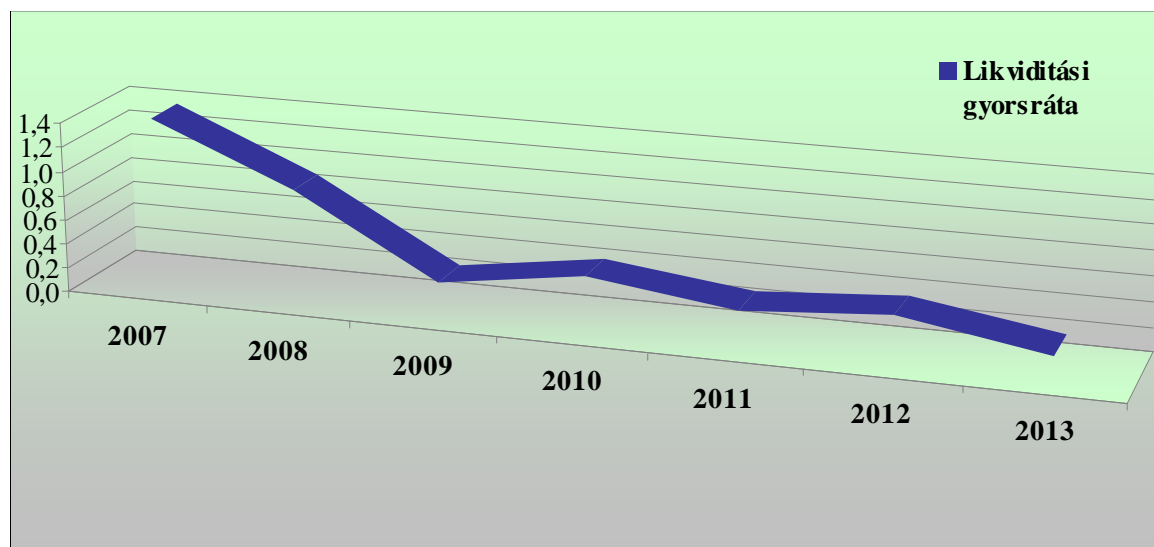
A disszertáció úgy véli: az egyszeri (teljes) konszolidáció mellett megoldást jelentene a gyógyítási alapdíjak növelése, a TVK korlátok megszüntetése, azonban a 2015. évi kormányzati intézkedések a bevételek növelése helyett inkább a költségek csökkentését helyezik előtérbe.

Az intézmény a szigorodó külső körülmények ellensúlyozására évek óta – minden vonatkozásban – takarékos gazdálkodást folytat, a keretek további csökkentése már sértené a betegjogokat, sérülne a betegellátás biztonsága, színvonala. A takarékosági intézkedések pl.: szolgáltatói szerződések felülvizsgálata, új, jobb kondíciókkal történő szerződéskötés, közbeszerzési eljárások közüzemi szolgáltatók (pl.: villamos energia 2011-ben) kiválasztására, a beszerzői és osztályos keretgazdálkodás módosítása (2010-ben) megtörtént, a menedzsmentnek további tartalékai lényegében nincsenek.

Egyéb passzív pénzügyi elszámolások

Az egyéb passzív pénzügyi elszámolások összege 2013. évben 402.246 E Ft, ez 108.465 E Ft növekedést (36,92%) jelent a bázis évhez képest. A forrásokon belüli részarányuk 2013-ban 4,82%, mely 0,19 százalékpontos emelkedés mutat az elmúlt hét évre (5,01%).

Likviditás vizsgálata



31. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ likviditási rátáinak változása 2007–2013 között

Forrás: saját szerkesztés a 2007–2013-as beszámolók összesített adatai alapján

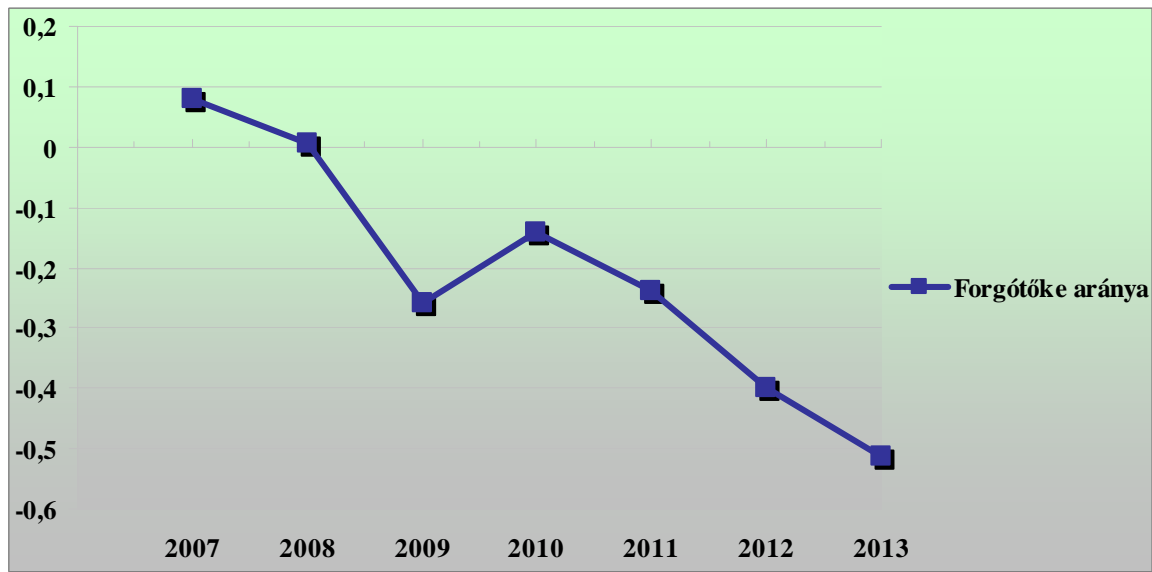
Az alanyi likviditás elemzése során vizsgálandó, hogy a vállalkozás rendelkezik-e annyi mobil, vagy könnyen mobilizálható eszközértékkel, amennyi az esetleges kötelezettség teljesítéséhez szükséges. Az alanyi (relatív) likviditás hazai banki gyakorlat szerinti elfogadható értékének az 1,3-nél magasabb érték tekinthető. (Pataki, 2003)

A likviditási gyorsráta (másodfokú likviditás) nem számol a forgóeszközök között szereplő készletekkel, amelyek a fizetések időpontjára nem tehetők pénzzé.

A mutató együttható formában fejezi ki, hogy a készletekkel csökkentett likvid eszközök értéke hányszorosa az éven belül lejáró idegen forrásnak (31. ábra).

A likviditási gyorsráta és a forgótőke aránymutatók rendkívül kedvezőtlenek, és azt mutatják, hogy az Intézmény rövidtávon sem tudja finanszírozni kötelezettségeit, szükség van a kormányzati adósságrendezés mellett a finanszírozási rendszer felülvizsgálatára is.

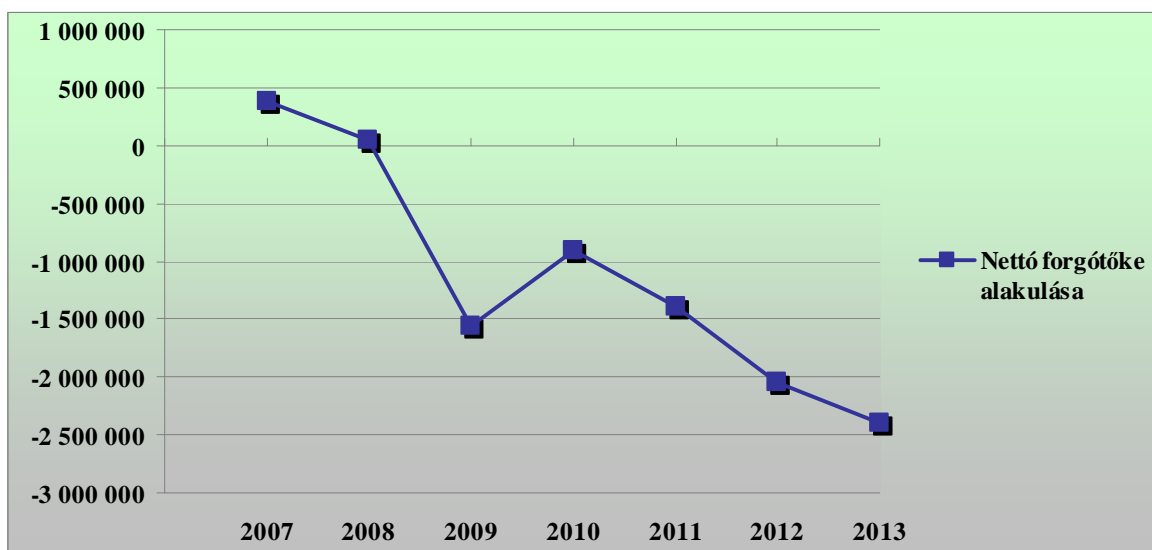
Forgótőke aránya



32. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ forgótőke arányának változása 2007–2013 között

Forrás: saját szerkesztés a 2007–2013-as beszámolók összesített adatai alapján

A forgótőke aránya mutatja a saját forrással finanszírozott forgóeszközök értékét (32. ábra), azaz azt, hogy a saját források milyen mértékben fedezik a kötelezettség nélküli forgóeszközöket.



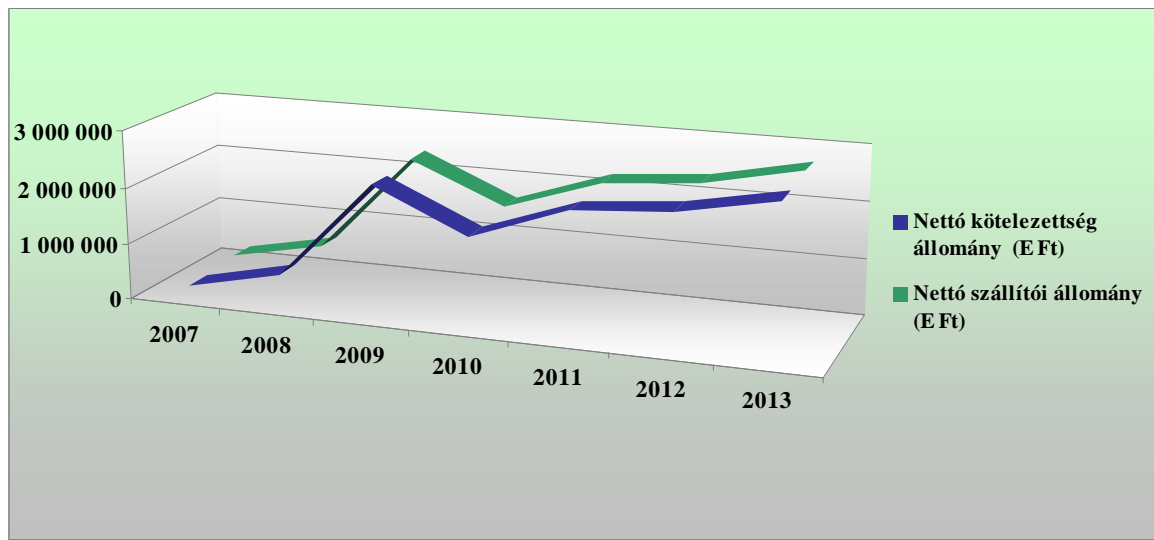
33. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ nettó forgótőke változása 2007–2013 között

Forrás: saját szerkesztés a 2007–2013-as beszámolók összesített adatai alapján

A nettó forgótőke a forgóeszközök azon része (33. ábra), amely hosszú lejáratú kötelezettségből, vagy saját tőke elemből került finanszírozásra.

Amennyiben a nettó forgótőke negatív előjelű, akkor a forgóeszközök állományát meghaladja a rövid lejáratú kötelezettségek összege, így a tartós befektetések egy részét is csak átmeneti forrásokból finanszírozzák. (Szabó, 2008)

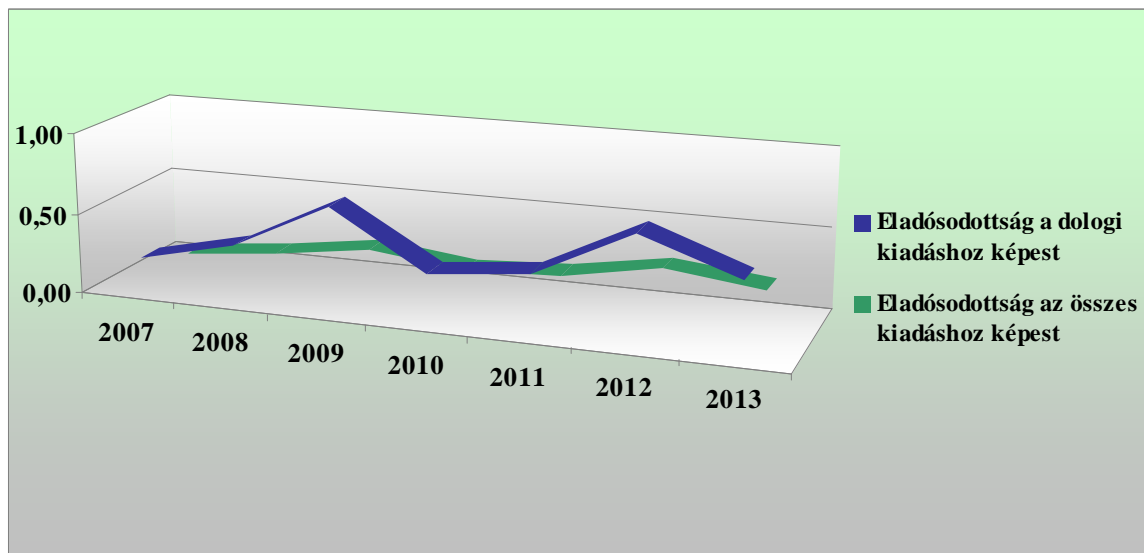
Amennyiben az egészségügyi intézmény nem tud az OEP finanszírozáson kívül egyéb jelentős forráshoz jutni (alapítványi támogatás, pályázat, saját bevétel), úgy a folyamatos működése lényegileg csak a szállítók tűrőképességén múlik.



34. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ nettó szállítói állománya és nettó kötelezettség állomány összegének változása 2007–2013 között

Forrás: saját szerkesztés a 2007–2013-as beszámolók összesített adatai alapján

A nettó szállítói adósság állománya növekvő tendenciát mutat (34. ábra). A nettó kötelezettség állománya viszont azt jelzi, hogy már rövidtávon is fenntartói (kormányzati) beavatkozásra lenne szükség, ami azonban a mai napig várat magára. Látható, hogy az Intézmény évek óta görgeti maga előtt adósságállományát, és saját eszközeivel nem tudja pénzügyi problémáit megoldani.



35. ábra: Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ eladósodottságának aránya a dologi kiadáshoz és az összes kiadáshoz viszonyítva 2007–2013 között

Forrás: saját szerkesztés a 2007–2013-as beszámolók összesített adatai alapján

A szállítói kötelezettség összegében is, valamint a dologi kiadások és összes kiadásokhoz viszonyított arányában is növekedett. A fenti mutatószámok alapján is érzékelhető, hogy az intézmény eladósodottsági helyzete (35. ábra) kormányzati beavatkozás nélkül nem fog javulni, s mértéke a biztonságos üzemserű működést veszélyezteti, amin csak a finanszírozási struktúra változása javíthat.

A Péterfy Sándor utcai Kórház - Rendelőintézet és Baleseti Központ 2007–2013 évi adatainak elemzése során kimutatható, hogy az intézmény – és szinte valamennyi, a klaszterbe tartozó más intézmény – helyzetét egyre inkább az alulfinanszírozottság jellemzi.

A kórház folyamatosan növekvő, egyre jelentősebb adóssággal küszködik, a szükséges és régóta megoldásra váró felújítási, beruházási feladatokra egyre kevesebb forrás áll rendelkezésre.

A működési költségeket az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozza a teljesítmény-alapú finanszírozási rendszerben, teljesítmény volumenkorlát (TVK) alkalmazásával, így az intézménynek, – mint szinte minden kórháznak –, alulfinanszírozott a tevékenysége. Ez okozza a fokozatosan növekvő eladósodást.

Az eladósodásnak az egyik oka, hogy a szállítók késedelmi kamatot számíthatnak fel, másrészt a lejárt határidős szállítói számlák mellett további beszerzések esetleg már nem lehetségesek, vagy csak készpénzfizetés mellett, így rövid időn belül eljuthat az intézmény arra a szintre, hogy a működéshez szükséges készleteket sem tudja kifizetni és megvásárolni, vagy hosszabb idejű számla nemfizetés miatt a közüzemi szolgáltató esetleg kikapcsolja a szolgáltatásból az intézményt. Ezekben az esetekben már a betegjogok is sérülhetnek.

A disszertáció a **H5, H6 hipotézis** vizsgálata alapján azt állapította meg, hogy a Péterfy Sándor utcai Kórház, mint fővárosi intézmény és az Országos Baleseti Intézmény, mint országos intézmény 2007. évi integrációja a szervezeti változást meghatározók számára a várt eredményt nem hozta meg.

Az eladósodottsági, likviditási problémákat a TVK rendezése nélkül az intézmény nem tudja megoldani.

A jelen kutatás úgy véli, az intézmény számára csak az egyszeri teljes konszolidáció is csak rész megoldást jelenthet kivezető utat az adósságcsapdából.

Szükséges a TVK rendezése, a német pontrendszer értékének emelése, amely mellett az állam részéről tőkepótló beruházása is szükséges, mert az infrastruktúra nélkül a meglévő eszközökkel a hatékonyság-eredményesség követelményeket az összevont (integrált) intézmény nem tudja teljesíteni.

A **H5, H6 hipotézis** a fentiekben rögzített vizsgálat eredményeképp megerősítésre került.

4.6 Csődmodell vizsgálat

Egy válságot akkor kezelnek igazán jól, ha az ki sem alakul és nem kell sort keríteni a megoldására, hanem inkább a megelőzésére fordítanak figyelmet. Ehhez folyamatos elemzésekre alapozott változtatásokra, döntésekre van szükség. (Fazekas, 2007)

Ennek megvalósításához a korai figyelmeztető rendszerek felállítására van szükség. Ilyen rendszereket már sokan próbáltak kialakítani több-kevesebb sikerrel. Az első csődelőrejelző modellek a 20. század második felében keletkeztek, addig egyváltozós statisztikai módszerek segítségével ítélték meg a vállalatok fizetőképességét. (Fazekas, 2007) A következőkben részletezett csődmodellek eredményessége azt igazolja, hogy a beszámolóok számviteli adatai alapján, megbízható előrejelzési módszerek alkalmazásával, jól ítélni lehet a cég jövőbeni fennmaradását.

A besorolási pontosságok terén tapasztalható különbségekből tévedés lenne azt a következtetést levonni, hogy kizárólag a legkisebb hibát elkövető csődmodellt kellene alkalmazni csődelőrejelzésre. A fizetőképesség előrejelzésére is igaz a sokváltozós statisztikának az a gyakorlati követelménye, hogy minél több eljárással célszerű ugyanazt a problémát megvizsgálni, és csak hasonló, többszörösen megerősített eredmény esetén szabad elfogadni az eredményt. (Füstös et. al, 2004)

A Péterfy Sándor utcai Kórház - Rendelőintézet és Baleseti Központ 2007–2013 évi beszámolóiból képzett mutatószámokat néhány – a vállalkozási szférában alkalmazott – csődmodellen keresztül került elemzésre.

21. táblázat: Comerford analízis

év	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
x1	0,099235868	0,115784119	0,029838831	0,045675844	0,0226032	0,10853932	0,01328137
x2	0,192871365	0,227986763	0,358689084	0,313409332	0,3461671	0,53313989	0,48931928
x3	0,08321164	0,112745269	0,02306003	0,052639634	0,0124194	0,1751778	0,07981856
x4	1,643865552	1,034525471	0,374312543	0,541694604	0,380858	0,43711261	0,26322456
x5	0,668431035	0,617683815	0,07360743	0,204771058	0,0422716	0,36683936	0,18329498
x6	0,583043353	1,121567211	0,289275448	0,427116531	0,212451	0,1110991	0,013375
Z	-0,17241	-0,08073588	-0,3050842	-0,20342935	-0,30184	-0,358107	-0,66925

Forrás: saját szerkesztés a 2007-2013-as beszámolóok összesített adatai alapján

A módszer kritikus értéke $Z=0$. Minél jobban a negatív irányba tér el a vállalati adatokból számolt Z érték (M 60. táblázat), annál biztosabb az esély a bukásra, illetve minél inkább pozitív, annál nagyobb az esély az életben maradásra. (Fazekas, 2007)

Az analízis minden érintett évben csődöt jelez az intézménynél (21. táblázat) és az érték évről évre romló helyzetet mutat. Az analízis eredménye lényegében megegyezik a 4.1 fejezetben klaszteranalízis során rögzített helyzetképpel.

Virág Miklós féle modell

A modell négy mutatóból álló rendszer segítségével kíván előrejelzéseket készíteni adott vállalat jövőbeni fizetőképességére vagy fizetéseképtelenségére vonatkozóan (M 61. táblázat).

22. táblázat: Virág Miklós-féle modell

év	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
x1	1,39579520 9	0,914097602	0,263281331	0,440378018	0,2844552	0,37280286	0,19113892
x2	0,02339375 9	0,278031303	0,250548856	0,079919084	-0,108119	0,30212364	0,20340449
x3	0,16987753 1	0,158837547	0,104958102	0,122230425	0,1006356	0,1726892	0,10283735
x4	0,00374550 1	0,053319149	0,080436645	0,021985834	0,0336607	0,13325839	0,08929436
csőd	-5,725319	-6,57558264	-7,4826442	-7,26933862	-7,4581	-7,526902	-7,614514
kontrol l	-5,78706502	6,913538095	9,769128071	8,708857233	9,4973947	8,50640341	9,92990656
Z	2,5542906	2,278109697	0,329620335	1,176574969	0,576808	1,6365964	0,3007162

Forrás: saját szerkesztés a 2007–2013-as beszámolók összesített adatai alapján

A kritikus Z érték 2,61612, tehát ha az adott vállalat megfelelő pénzügyi mutatóit a függvénybe helyettesítve 2,61612-nél nagyobb számot kapunk, akkor a függvény a céget fizetőképeseznek, egyébként pedig fizetéseképtelennek minősíti. (Virág-Kristóf, 2005)

Az elemzés a vizsgált években fizetéseképtelennek minősíti az intézményt és az érték évről évre kedvezőtlenebb helyzetet jelez (22. táblázat).

23. táblázat: A kanonikus diszkriminancia - Ékes féle modell

év	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
D1	0,169877531	0,158837547	0,104958102	0,122230425	0,1006356	0,1726892	0,10283735
D2	0,00979757	0,004930627	0,005383102	0,008680261	0,0065746	0,00725504	0,00920163
D3	0,912534296	0,845060119	0,728738217	0,780165977	0,743126	0,56705637	0,61202444
D4	0,757515223	0,710832842	0,652251237	0,684805958	0,6683411	0,46913186	0,54908547
X4	4,731310404	3,706619227	2,031671017	2,489287641	2,1467259	1,06361647	1,25076706
Z	1,9954327	2,112289168	2,305136771	2,261314456	2,298896	2,3078752	2,33611

Forrás: saját szerkesztés a 2007–2013-as beszámolók összesített adatai alapján

A csoportba sorolás határértéke $Z=0$. A nullánál kisebb érték a „csőd-csoportba” tartozást jelzi. (Ékes, 2013) Bár az elemzés e modul szerint (M 62. táblázat) egyértelműen nem jelzi a csődveszélyt (23. táblázat), de a finanszírozási gondokat egyértelműen előre vetíti.

Mivel a három csődanalízisből kettő egyértelműen a fizetéseképtelenség helyzetét mutatja az intézménynél, azt mondhatjuk, hogy statisztikai elemzéssel is alátámasztott a kórház likviditási problémája.

A **H4 hipotézis** vizsgálata során a kutatás igazolta a csődmodellek alkalmazási lehetőségét az egészségügyi szektor elemzése során. A disszertáció során jelzett vizsgálati és csődmodell típus korlátai a beszámolók eredményszemléletével függnek össze, 2015-től az elemzés az eredmény-kimutatásban szereplő elemekkel is kiegészíthető, így további csődmodell típusok vonhatóak be a vizsgálatba.

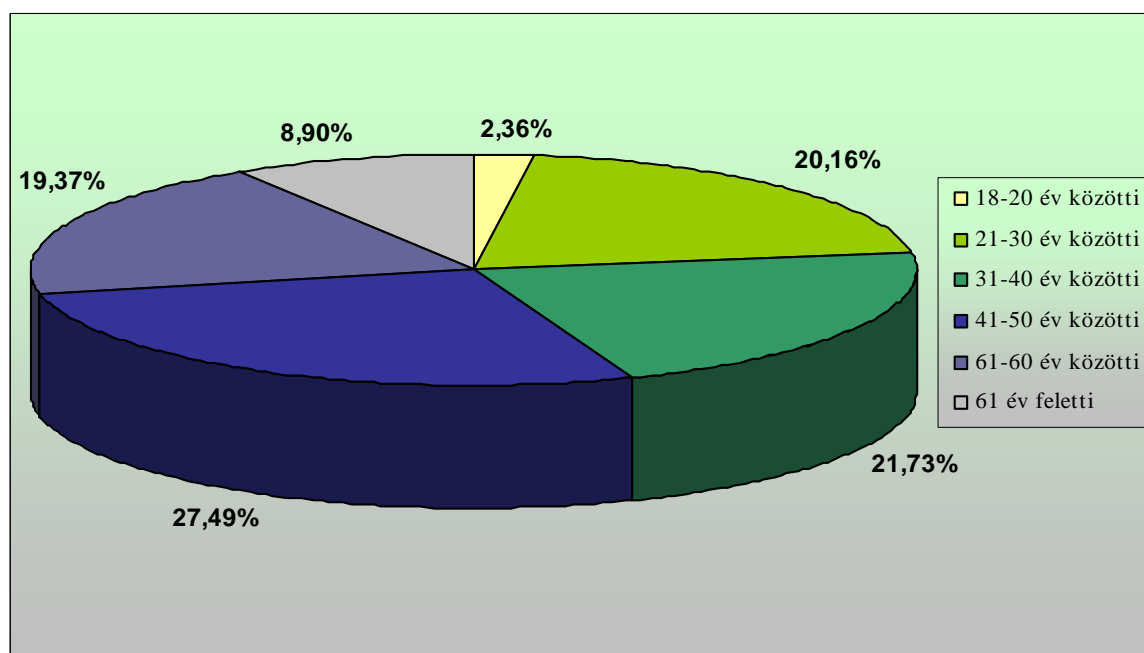
A csődmodell vizsgálat a **H4 hipotézist igazolta**.

4.7 A kérdőíves kutatás eredményei

A kérdőíves kutatás elemzése az elemzésekből levonható következtetések társadalmi megerősítését kívánta alátámasztani, azaz az egészségügy egyes összetevőit, hogyan ítéli meg a beteg.

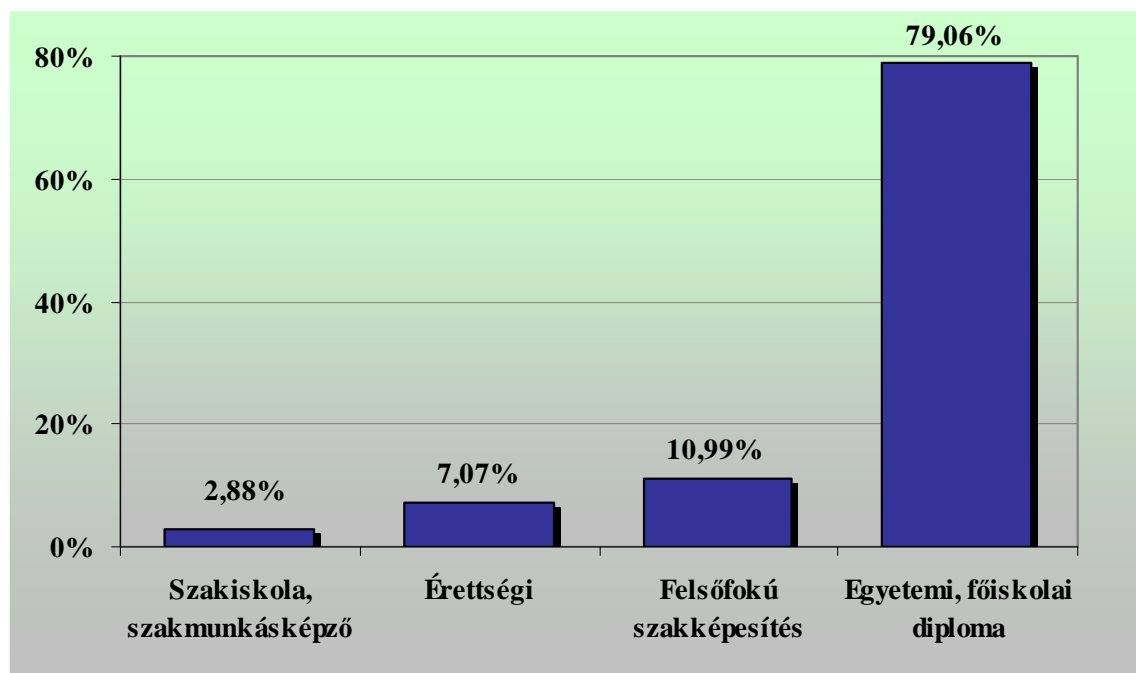
A minta összetétele

Két csoportot lehetett meghatározni a kutatás alapjául, aszerint, hogy a kérdőívet egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő, vagy egészségügyi szolgáltatást nyújtó személy tölti-e ki. A válaszolók 85,3 %-a az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők közül került ki, a nemek arányát tekintve pedig elmondható, hogy 34,6 %-uk férfi, 65,4 %-uk nő volt. A kérdőívre válaszolók életkora 41-50 év közé esett (36. ábra) és 79,1 %-uk felsőfokú végzettséggel rendelkezett (35. ábra), azaz egyetemet, főiskolát végzett.



36. ábra: A kérdőívre válaszolók életkor szerinti megoszlása

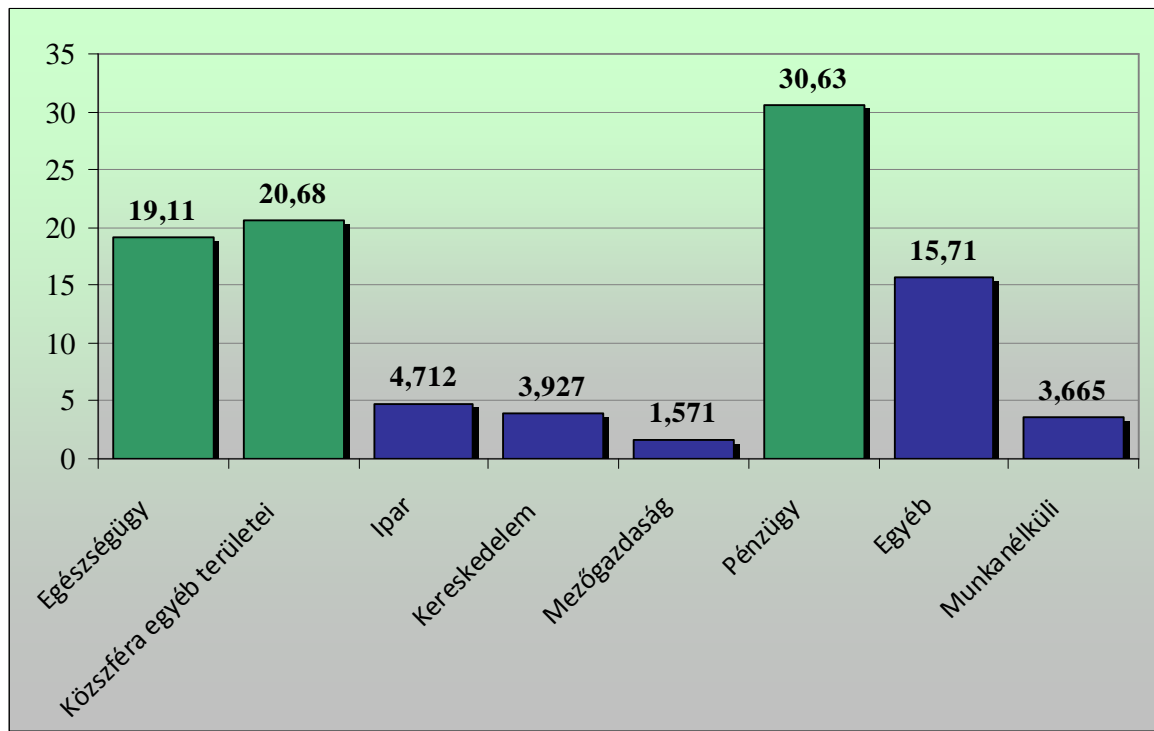
Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján



37. ábra: A kérdőívre válaszolók iskolai végzettségének megoszlása

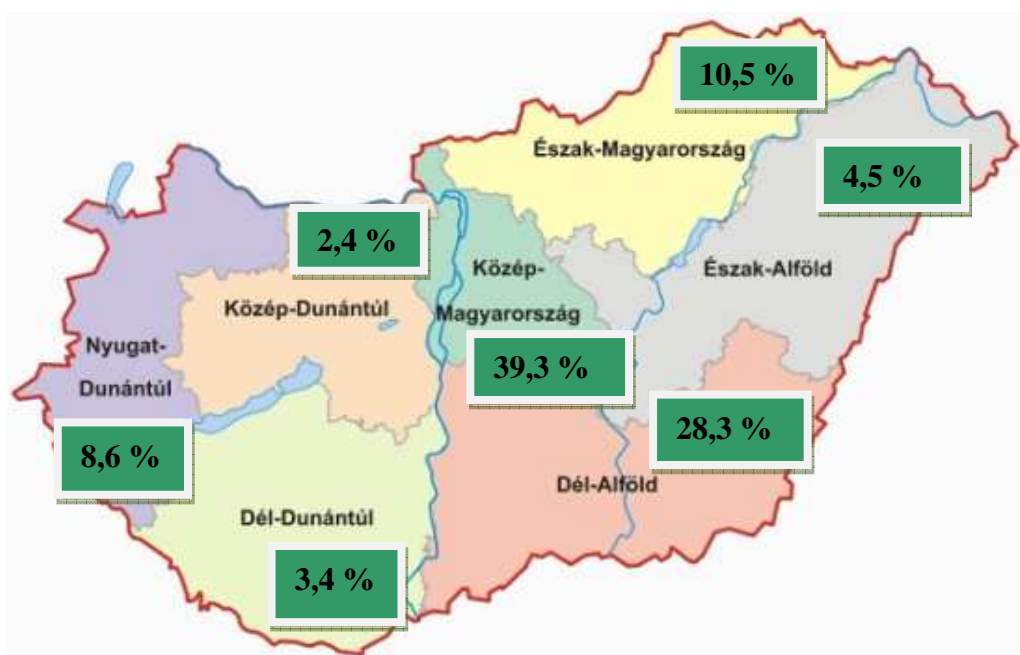
Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

A kitöltők foglalkozásukat tekintve elsősorban a vállalalkozási szakos pénzügy, számvitel, controlling (30,6%), a közsféra (oktatás, polgármesteri hivatal) (20,7%) és az egészségügy (19,1 %) területéről kerültek ki, amelynek elsődleges oka, hogy a disszertáció szerzője ezeken a területen dolgozik, így a válaszadók többsége is e területekről került ki (37. ábra).



38. ábra: A kérdőívre válaszolók munkaterületének szakág szerinti megoszlása
 Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

A részletezett munkahelyek földrajzi elhelyezkedése régiók szerint az alábbiaknak megfelelő mintát mutatja (38. ábra), azaz elsősorban a Közép-Magyarországi régióból érkeztek vissza nagyobb arányban a válaszok.



39. ábra: A kérdőívet kitöltők munkahelyének elhelyezkedése régiók szerint*
 Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján
 (*Megjegyzés: A válaszolók 3 %-a, a kitöltés időpontjában munkanélküli státuszt jelölt meg.)

Az 24. táblázat szerinti keresztábla soronkénti elemzésével megállapítható, hogy az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők 84,7%-a inkább a magán-orvosi ellátásban bízik, mint az állami egészségügyben, de ami még érdekesebb, hogy az egészségügyi szolgáltatást nyújtók maguk is a magán-orvosi ellátást preferálják 62,5 %-ban.

24. táblázat: Miben bízuk jobban?

Kérdőívet kitöltő * Miben bízuk jobban?					
		Miben bízuk jobban?			Összesen
		Állami egészségügyben	Magán-orvosi ellátásban		
Kérdőívet kitöltő	Egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő	Érték	50	276	326
		Kérdőívet kitöltő	15,30%	84,70%	100,00%
		Miben bízuk jobban?	70,40%	88,70%	85,30%
	Egészségügyi szolgáltatást nyújtó	Érték	21	35	56
		Kérdőívet kitöltő	37,50%	62,50%	100,00%
		Miben bízuk jobban?	29,60%	11,30%	14,70%
Összesen	Érték	71	311	382	
	Kérdőívet kitöltő	18,60%	81,40%	100,00%	
	Miben bízuk jobban?	100,00%	100,00%	100,00%	

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

A Khí-négyzet teszt null-hipótezise szerint a becült és mért adatok megegyeznek, vagyis nincs összefüggés a két változó között. A χ^2 értéke 15,513 (21. táblázat), az ehhez tartozó szignifikancia szint 0,000, ami azt jelenti, hogy a szokásos 95%-os biztonság mellett (5%-os hibával) a nullhipótezist elvetjük, tehát a két változó (állami és magánorvosi ellátás) között összefüggés van.

Az adatokból levonható az a következtetés, hogy a magánorvosi ellátásban jobban bíznak mind a szolgáltatást nyújtók, mind a szolgáltatást igénybevevők.

Az eredmény feltételezett indoka egyrészt szubjektív összetevőkben keresendő, vagyis az orvos-nővér empátiája, az adott rendelő tisztasága, felszereltsége, munkakörülményei, jövedelmi viszonyai befolyásolják a válaszadók értékeléseit.

A szolgáltatás igénybevevője másrészt úgy érzi, hogy a szolgáltatás megfizetésével biztonságot vásárol, azaz biztosan jobban diagnosztizálják állapotát, mint egy állami intézményben.

25. táblázat: Miben bízik Chi-Square teszt

Chi-Square Tests	Érték	Szabadság- fok	Asszimptotikus szignifikancia szint	Szignifikancia szint (kétoldalú)	Szignifikancia szint (egyoldalú)
Pearson Chi-Square	15,513 ^a	1	0,000		
Continuity Correction ^b	14,083	1	0,000		
Likelihood Ratio	13,361	1	0,000		
Fisher's Exact Test				0,000	0,000
N of Valid Cases	382				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5.

The minimum expected count is 10,41.

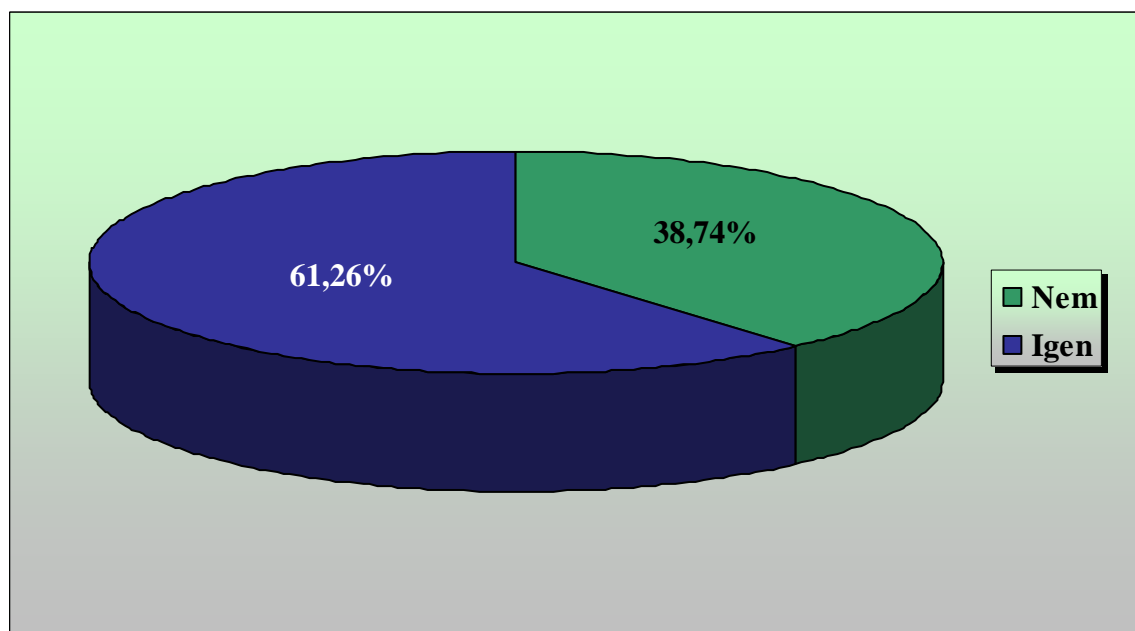
b. Computed only for a 2x2 table

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

Az állami egészségügy folyamatos finanszírozási problémákkal küzd, ugyanakkor a magánszektorban hasonló értékű forrást fordítanak az egészségügyi ellátásra, mint az állami szektorban.

A forrásbevonás egyik lehetséges módja a hálapénz állami egészségügyi szektorba történő „terelése”.

A kérdőívet kitöltők több mint 60%-a adott hálapénzt az elmúlt 5 évben egészségügyi dolgozónak (40. ábra).



40. ábra: Hálapénz adási megoszlás

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

A kutatás kiterjedt arra, hogy mutat-e halmozódást a hálapénz adási szokás az egyes munkaterületeken dolgozók körében. A 26. táblázat adatai szerint a pénzügy és a közsféra

területén dolgozók adtak nagyobb arányban hálapénzt egészségügyi dolgozóknak, aminek lehetséges oka a rendelkezésre álló forrás.

26. táblázat: Mely területen dolgozik?

	Mely területen dolgozik?								Összesen	
	Egészségügy	Közsféra egyéb területei	Ipar	Kereskedelem	Mezőgazdaság	Pénzügy	Egyéb	Munkanélküli		
Adott-e Ön az elmúlt 5 évben hálapénzt egészségügyi dolgozónak?	Nem	51	24	3	5	0	35	25	5	148
	Igen	22	55	15	10	6	82	35	9	234
Összesen		73	79	18	15	6	117	60	14	382

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

A megkérdezettek 42,4 %-a nyilatkozott úgy (27. táblázat), hogy a hálapénz következtében javult az egészségügyi ellátása, azaz esetükben vagy az orvosi, vagy az ápolási színvonal érezhetően pozitív irányba változott.

27. táblázat: A hálapénz következményeként javult-e az Ön egészségügyi ellátása?

	Érvényes válaszok száma	Érvényes válaszok megoszlása	Kumulatív aránya
Nem adtam hálapénzt	101	26,4	26,4
Igen	162	42,4	68,8
Nem	119	31,2	100
Összesen	382	100	

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

A Khí-négyzet teszt lefuttatása megerősítette az összefüggés erősségét, azaz szignifikáns különbség van a hálapénzt adók és a hálapénzt nem adók körében mutatkozó egészségi állapotjavulás tekintetében (28. táblázat). A χ^2 értéke 242,433 (29. táblázat), az ehhez tartozó szignifikancia szint 0,000, ami azt jelenti, hogy a szokásos 95%-os biztonság mellett (5%-os hibával) a nullhipotézist elvetjük, tehát a két változó között összefüggés van.

28. táblázat: Adott-e Ön az elmúlt 5 évben hálapénzt egészségügyi dolgozónak?

Adott-e Ön az elmúlt 5 évben hálapénzt egészségügyi dolgozónak? * A hálapénz következményeként javult-e az Ön egészségügyi ellátása?					
		A hálapénz következményeként javult-e az Ön egészségügyi ellátása?			Összesen
		Nem adtam hálapénzt	Igen	Nem	
Adott-e Ön az elmúlt 5 évben hálapénzt egészségügyi dolgozónak?	Nem	99	3	46	148
	Igen	2	159	73	234
Összesen		101	162	119	382

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

29. táblázat: Hálapénz Chi-Square Teszt

Chi-Square Tests	Érték	Szabadságfok	Aszimptotikus szignifikancia (kétoldalú)
Pearson Chi-Square	242,433a	2	0
Likelihood Ratio	301,721	2	0
Érvényes válaszok száma	382		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 39,13.

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

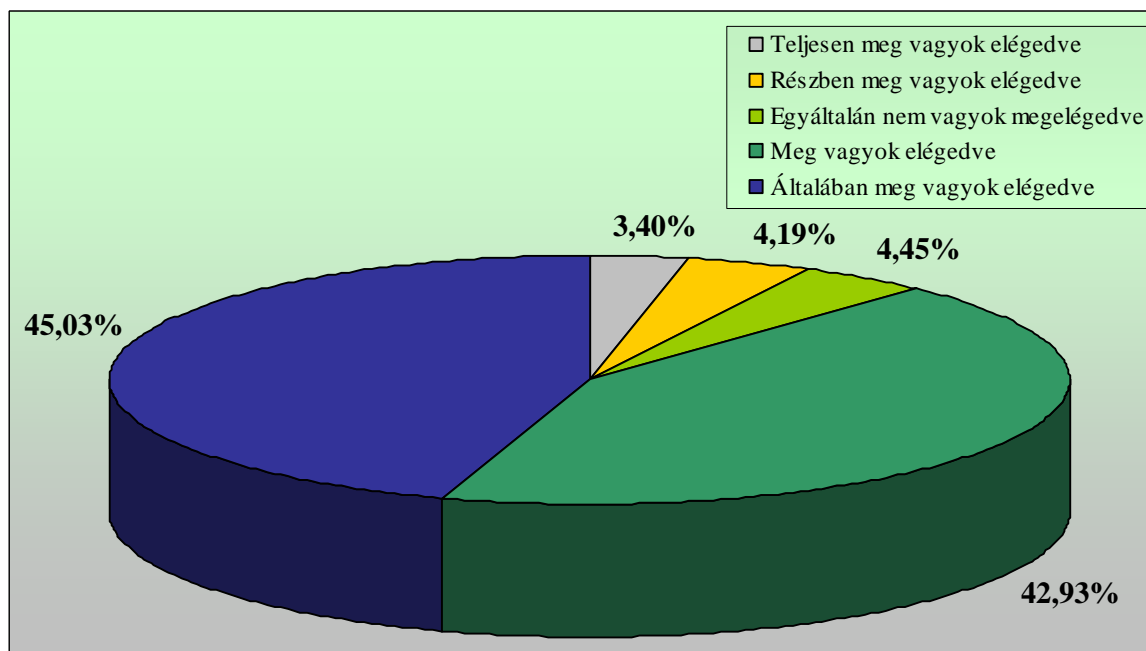
Arra a kérdésre pedig, hogy újra vállalnák-e a vizitdíj fizetésének kötelezettségét, ha az egyértelműen szolgálná a jobb egészségügyi ellátást, a válaszadók 70,2 %-a igennel felelt (30. táblázat).

30. táblázat: Vállalnák-e újra a vizitdíj fizetésének kötelezettségét?

	Érvényes válaszok száma	Érvényes válaszok megoszlása	Kumulatív aránya
Nem	114	29,8	29,8
Igen	268	70,2	100
Összesen	382	100	

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

A megkérdezettek 87,2%-a nyilatkozott úgy (41. ábra), hogy sem az ápolók, sem az orvosok fizetését nem tartja elegendőnek a végzett munkájukhoz viszonyítva, és ezzel párhuzamosan magas a Magyarországon dolgozó orvosok (74,6%) és ápolók (84,8%) számát sem elegendőnek tartók aránya.



41. ábra: Egészségügyi dolgozók szaktudásával való megelégedettség megoszlása

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

Azok a válaszolók, akik általában meg vannak elégedve (45,03%) az egészségügyi intézményekben dolgozók szaktudásával, saját bevallásuk szerint egy adott betegséggel kapcsolatban leghamarabb egy orvos tanácsát fogadják meg (86,6%) (31. táblázat).

31. táblázat: Egy adott betegséggel kapcsolatban kinek/minek a tanácsát fogadja meg hamarabb?

Egy adott betegséggel kapcsolatban kinek/minek a tanácsát fogadja meg hamarabb?			
Válaszok	Érvényes válaszok száma	Érvényes válaszok megoszlása	Kumulatív aránya
Orvos	331	86,6	86,6
Természetgyógyász	25	6,5	93,2
Barát, ismerős	11	2,9	96,1
Gyógyszerész	5	1,3	97,4
Internet	10	2,6	
Összesen	382	100	100

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

Szignifikáns különbség mutatkozik azok között, akik nem bíznak meg orvosukban és ezért nem fogadják meg a tanácsait, valamint az orvosukban megbízó, tanácsait megfogadó válaszolók között (χ^2 értéke 242,433, $p=0,000$).

Jellemzően a társadalom még mindig bízik az orvosokban (31-32-33. táblázat).

32. táblázat: Megfogadja orvosa tanácsát?

Válaszadók száma		Bizalommal fordul orvosához?		Összesen
		Nem	Igen	
Mefogadja orvosa tanácsait?	Nem	23	9	32
	Igen	25	325	350
Összesen		48	334	382

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

33. táblázat: Megfogadja orvosa tanácsát Chi-Square Teszt

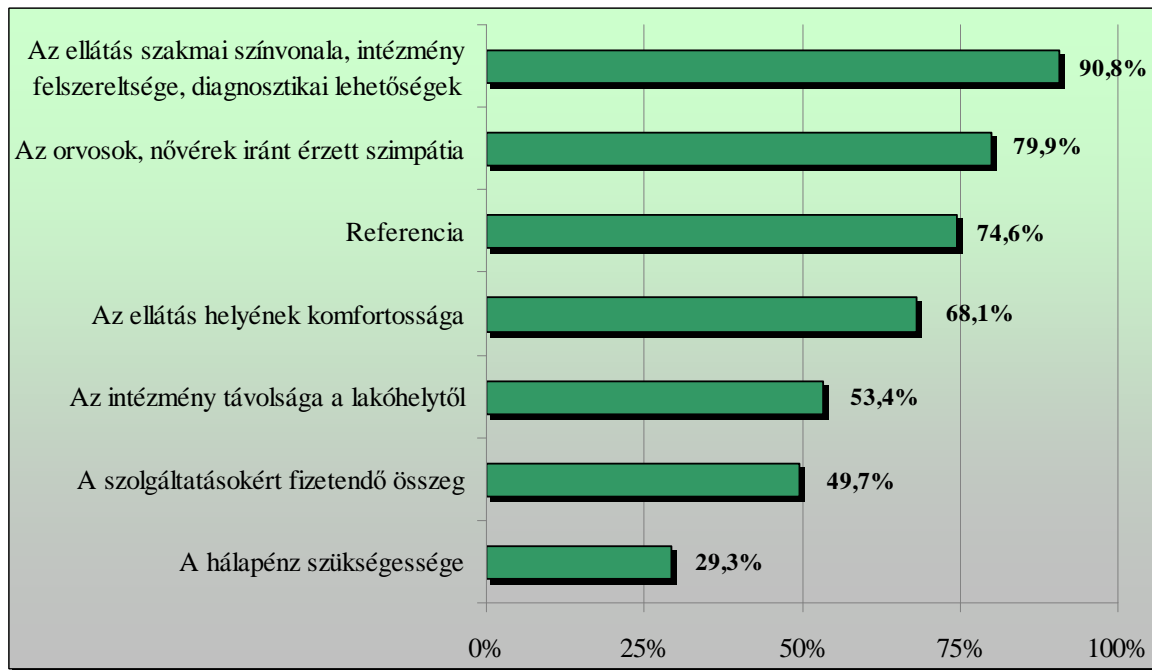
Chi-Square Tests	Érték	Szabadság- fok	Asszimptotikus szignifikancia szint	Szignifikancia szint (kétoldalú)	Szignifikancia szint (egyoldalú)
Pearson Chi-Square	111,824 ^a	1	0		
Continuity Correction ^b	106,009	1	0		
Likelihood Ratio	70,676	1	0		
Fisher's Exact Test				0	0
N of Valid Cases	382				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,02.

b. Computed only for a 2x2 table

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

1-től 5-ig tartó skálán, az (1=„Egyáltalán nem fontos” és 5=„Nagyon fontos”) pontozási lehetőséget felkínálva, a kérdőív kitért arra a kérdésre, hogy amikor egészségügyi intézményt választanak, milyen szempontok szerint teszik azt, mire helyezik leginkább a hangsúlyt? Az összesített válaszok alapján (41. ábra) kimagasló arányban az ellátás szakmai színvonala, az ellátóhely felszereltsége és a diagnosztikai lehetőségek széleskörű elérhetősége bizonyult a legfontosabbnak. A likviditási problémákkal küzdő kórház ezen igényeknek nem tud megfelelni, a vagyonosabb betegek külföldön vagy magánpraxis igénybevételével gyógyulnak. A hazai kórházak egy része nem tudja tartani a versenyt a technikailag felszereltebb kórházakkal. A lehetséges következmény, hogy a betegek lassabban gyógyulnak, így a gazdaságban jelentős munkaidő kiesés és ezáltal bevételkiesés keletkezik a technikai, technológiai elmaradásból.



42. ábra: Egészségügyi intézmény választásának döntő szempontjai

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

A válaszolók többségükben nem tapasztalják, hogy az egészségügyi intézményekben kevesebb lenne az adminisztrációs folyamat (71,7%), és csak részben érzékelik, hogy csökkent volna a kórházakban, orvosi rendelőkben a várakozási idő (61,3 %).

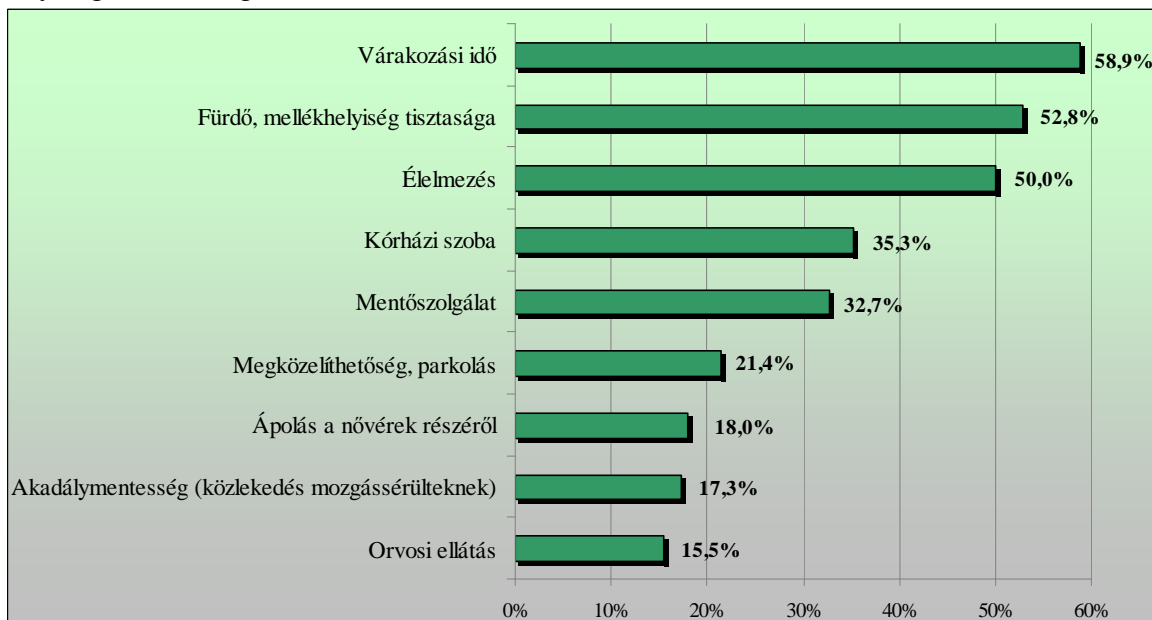
1-től 5-ig tartó skálán, az (1=„Egyáltalán nem vagyok megelégedve” és 5=„Teljesen meg vagyok elégedve”) pontozási lehetőséget felkínálva, a kérdőív kitér arra a kérdésre (42. ábra), hogy mennyire vannak megelégedve az intézmények komfortosságával, a várakozási idővel, a kezelőorvossal való személyes kapcsolatukkal, az ápolók munkájával és összességében a magyar egészségüggyel. Az összesített válaszok alapján kimagasló arányban az orvossal való személyes kapcsolat minősége és az orvosi kezelés mutatta a legnagyobb elégedettséget.



43. ábra: Elégedettségi vizsgálat 1

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

Ezt a gondolatmenetet folytatva 1-től 5-ig tartó skálán, a (1=„Egyáltalán nem vagyok megelégedve” és 5=„Teljesen meg vagyok elégedve”) pontozási lehetőséget felkínálva, további elégedettségi kérdések következtek (43. ábra). Az összesített válaszok alapján egyértelmű a várakozási idővel kapcsolatos magas fokú elégedetlenség, illetve a szociális helyiségek tisztaságának, és az élelmezésnek az elvárt szinttől való elmaradása.



44. ábra: Elégedettségi vizsgálat 2

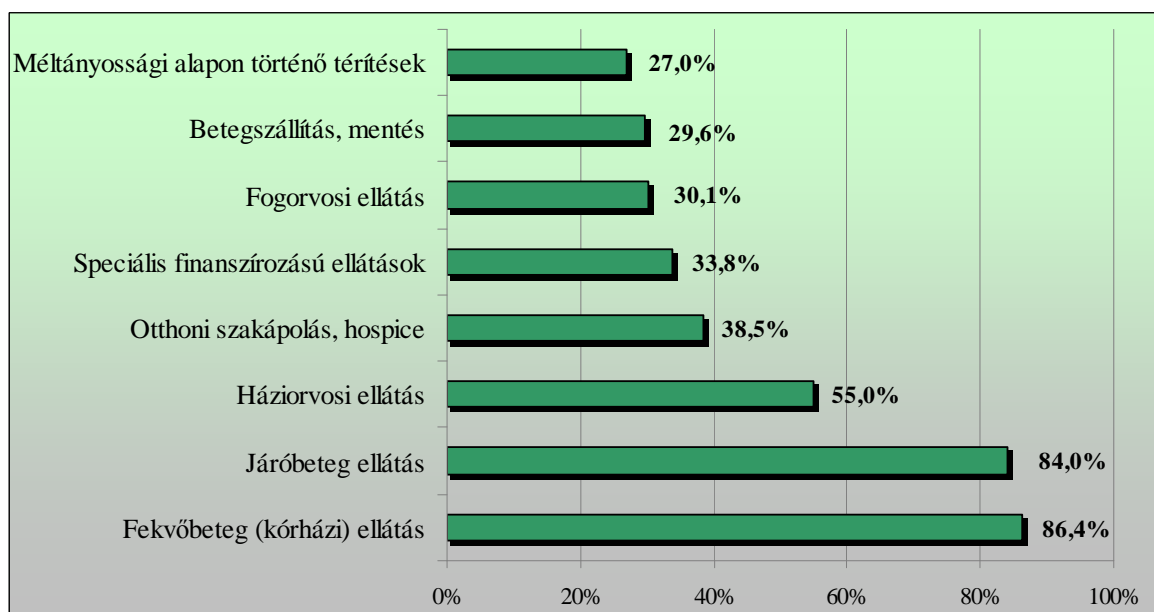
Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

Ismerve a fekvőbeteg-intézmények eladósodási gondjait és egyéb, a működésüket alapvetően befolyásoló finanszírozási problémáit, a Magyar Kórhákszövetség 2014. áprilisban megtartott konferenciáján egy tízpontos nyilatkozatban összefoglalta véleményét.

Ebben többek között megjelent a minőségügyi akkreditációs rendszer bevezetésének, a betegbiztonság javítását célzó programok működtetésének igénye, továbbá az ellátási folyamatok szervezésének optimalizálása révén a várólisták csökkentése. A szövetség újfent szorgalmazta a kórházakat rendkívül hátrányosan érintő, új számviteli rend felülvizsgálatát. A nyilatkozat szerint a kórházak folyamatosan növekvő adósságsapdjának elkerülése érdekében elodázhatatlan a finanszírozási rendszer átalakítása: mielőbb szükség van az OEP által kifizetett díjtételeknek a kórházakban elvégzett beavatkozások tényleges költségeihez való hozzáigazítására, az intézmények feladatarányos finanszírozására, és az átfogó súlyszám revíziójára. (Lóránth, 2014)

Ehhez a témakörhöz kapcsolódott a kérdőív egy másik kérdése (45. ábra), amelyet több válasz megjelölhetősége mellett került megfogalmazásra: *Ön szerint az egészségügy mely területei szorulnak változtatásra?*

Kimagaslóan sok válaszadó jelölte meg a fekvő és járó-beteg ellátást, mint változtatásra szoruló egészségügyi szektort.



45. ábra: Változtatásra szoruló egészségügyi területek

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

A kérdőív utolsó előtti pontjában lehetőség nyílt a saját véleményformálásra az egészségügy átalakításáról.

A 43 szöveges indoklás összegzése alapján elmondható, hogy a kérdőívet kitöltők alapvetően mindenki számára elérhető és megfizethető egészségügyet szeretnének.

A szerző álláspontja szerint, mint minden változás során, az egészségügy átalakításakor is a szakmaiság fejlesztésének kell a középpontban állnia. Ennek ellenére szervezeti és főleg jogi szigorítások jellemzik az elmúlt éveket, amelyek sem a gyógyítók, sem a betegek

szempontjait nem vették kellő mértékben figyelembe. A szakmaiság színvonalát a reális bérezéssel, a hivatás presztízsének visszaállításával lehetne emelni. A logikátlan döntések, a helytelen forrásallokáció és a bürokratikus vezetés miatt tömegesen hagyják el az országot a jó szakemberek, akik pedig maradnak, azok sem szakmailag, sem erkölcsileg nincsenek kellőképpen megbecsülve.

A kérdőívre adott válaszokból az tűnik ki, hogy a népegészségügy (az állampolgári jogon járó) és a költségtérítéses ellátás összhangját egy olyan országban, ahol nem épült és egyelőre nem is tud kiépülni két szakmai kollektíva, nehéz hatékonyan működtetni.

Az alapszintű és mezoszintű ellátásban gyógyul a betegek 70-80%-a, így ezt a területet mindenképpen javasolt erősíteni. Amíg a házi orvos nem tölti be a valódi „kapuőri” funkciót, indokolatlanul terheli a szakellátást, mely ezáltal olyan gondozási funkciókat is ellát, aminek a házi orvosnál lenne a helye. Az elszigetelt praxisok helyett hatékonyabb lehet a csoportpraxisok kialakítása.

A szerző álláspontja szerint a fekvőbeteg ellátás még mindig nem heverte ki a 2007-es évet. Sok esetben hiányoznak a legfrissebb szakmai kutatásokon alapuló protokollok, amik elsősorban a betegellátás hatékonyságát szolgálnák, másodsorban segítenék az egészségügyben dolgozó szakemberek munkáját. Egy-egy fekvőbeteg ellátó intézmény között hatalmas lehet a különbség az ellátás minőségét tekintve, ami láthatatlanul is marginalizálja a szolgáltatást igénybe vevők körét. A rendszer túlvezérelt, és aránytalanul sok az adminisztrációs teher.

A népesség – mindenki által jól ismert előregedésével – a gerontológiai jellegű ellátások iránti igény is jelentősen növekszik. Az időskori rehabilitáció és az ehhez szorosan kapcsolódó szociális funkciók fejlesztésére és új alapokra helyezésére nagy hangsúlyt kell fektetni.

Összességében a kérdőív alapján a szerző úgy véli, hogy a megkérdezettek szerint átfogó strukturális változásokra van szükség a finanszírozás és az egészségügyi ellátási rendszerhez történő hozzájárulás területén.

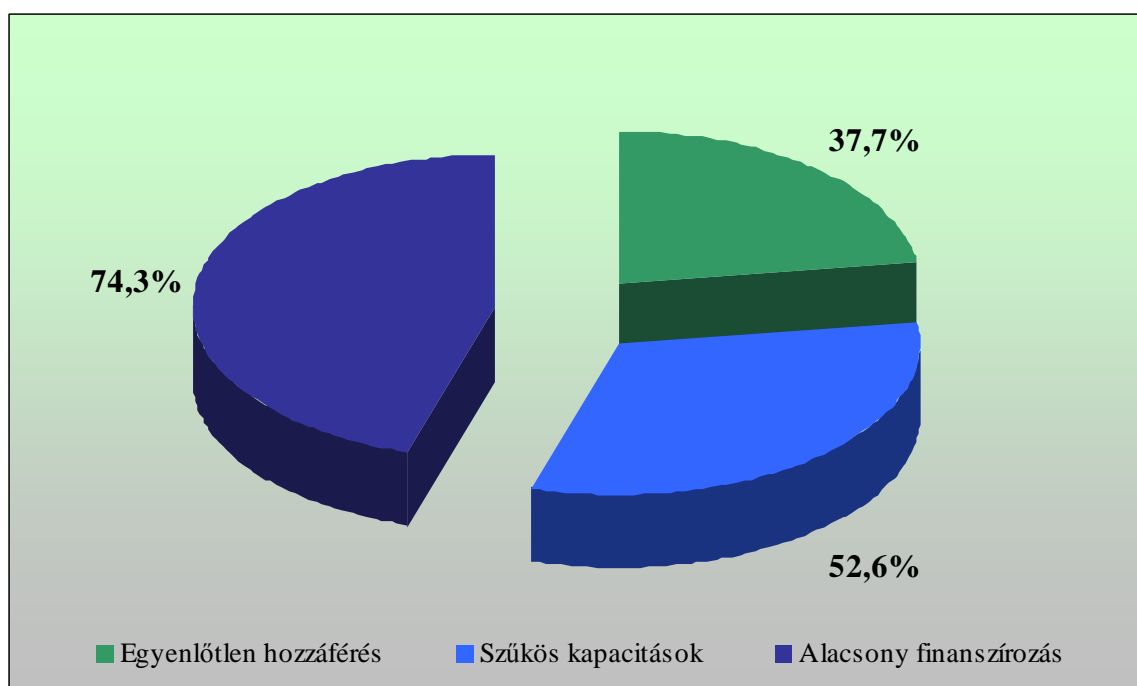
„Meglátásom, hogy az emberek megfizetik az egészségügyi járulékokat, de a gyógyulásukhoz vagy betegségük pontos megállapításához vezető út rögös. A várakozási idő, az emberi élet nem számít, csak az, hogy van-e keret a kasszában! Ha élni akarok, akkor kétszer kell fizetnem, hogy orvoshoz vagy kezeléshez jussak?” (Egy egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő férfi válasza.)

A kutatás az 50 kérdésből álló felmérés utolsó pontjában arra kereste a választ, hogy az egészségügy jelentős problémájaként felkínált három válasz közül melyiket gondolják a válaszadók leginkább relevánsnak (34. táblázat). A statisztikai összesítés alapján elmondható, hogy kimagasló arányban az alacsony finanszírozást (74,3%) jelölték meg a kérdőívet kitöltők, második helyre a szűkös kapacitásokat írták (52,6%), harmadik helyen az egyenlőtlen hozzáférés (37,7%) szerepelt.

34. táblázat: Az egészségügy jelentős problémájaként a három felkínált válasz közül, melyiket gondolják leginkább relevánsnak?

	Egyenlőtlen hozzáférés	Szűkös kapacitások	Alacsony finanszírozás
Válaszok száma	144	201	284
Hiányzó értékek száma	238	181	98
Érvényes válaszok aránya	37,7	52,6	74,3

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján



46. ábra: Az egészségügy jelentős problémája

Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

A disszertáció a H1-H6 hipotézisek megerősítéseként úgy véli: a társadalom, a gazdaság, a kórházak továbbfejlődése érdekében egyaránt elengedhetetlen új műtéti eljárások megismerése, bevezetése, az eszközök modernizációja, ugyanakkor szükséges az erőforrások megfelelő elosztása, az egyenlő hozzáférés biztosítása is. A betegek egy része még mindig csak hosszú idő alatt (vagy egyáltalán nem) jut el az életmentő diagnosztikai vizsgálatokig, a növekvő elszegényedés miatt számos esetben a felírt recepteket sem tudják kiváltani.

A kutatás szerint az erőforrások megfelelő elosztásán a műtéti kapacitás 90% feletti kihasználtsága, a korszerű (energiatakarékos környezetben és technikai színvonalon dolgozó) kórházak működése értendő. Ennek az elvárásnak a jelenlegi struktúrában dolgozó kórházak számos esetben nem felelnek meg. A vizsgálatok elhúzódása, a hosszú várólisták, a technikai elavultság, a finanszírozási problémák és az alapellátás sokszor hiányos diagnosztikai képességének együttes eredménye, hogy a gyógyulni vágyók egy része csupán a véletlennek köszönheti, hogy a szükséges időben és helyen hozzájut-e a számára indokolt ellátáshoz vagy sem⁸⁴ (46. ábra).

A kérdőív feldolgozásának további eredményét a melléklet M 63 – M 102. táblázatai tartalmazzák.

A disszertáció értékelése szerint a **H1-H3** és **H5-H6** hipotézisek vizsgálatához tartozó kérdőív-kutatás elemzése rámutatott arra, hogy az egészségügyet érintő átalakítási kísérletek nem voltak sikeresek.

A közvélemény nincs megelégedve az egészségügyi ellátással, jelentős problémának tartja az egészségügy alacsony finanszírozását és a szűkös (bekorlátolt) kapacitásokat, a hosszú várakozási időt, valamint az ellátó intézmények infrastrukturális állapotát.

⁸⁴ http://hvg.hu/itthon/20141007_Jon_a_szegeny_es_a_gazdag_egeszsegugy/

4.8. A hipotézisek értékelése

4.8.1 A kutatási hipotézisek összegzése

Jelen fejezet a 1.3-as alfejezetben megfogalmazott hipotézisek megerősítését, avagy elvetését foglalja össze.

Hipotézisek	A kutatás eredménye
<p>H1: Az egészségügy struktúrájának kialakítását a környezeti elemek jelentős mértékben befolyásolják, annak értékelése nélkül az egészségügyi rendszer átalakítását célzó integrációs folyamatok nem kezdhetők meg. A hazai társadalom jelenlegi negatív egészségügyi mutatóinak alakulását hátrányosan befolyásolja a korszerű megelőzési és egészségfejlesztési módszerek és technológiák finanszírozásának elégtelen volta, az egészségügy jelenleg működő struktúrája.</p>	igazolódott
<p>H2: Az egészségügyre fordított kiadások mértéke és minősége, felhasználása jelentős hatást gyakorol a foglalkoztatásra, a társadalmi és gazdasági fejlődésre, ezért az egészségügy reformjai a gazdaság egészére kihatással vannak.</p>	igazolódott
<p>H3: Az állam jóléti szerepvállalása, az adósságállomány alakulása, egészségügyi kiadásoknak az állami és magánszektor közötti megoszlása, valamint az egyes további torzító tényezők jelentős hatást gyakoroltak az egészségügy intézményi rendszerének elképzelt integrációs folyamataira. Az egészségügyben az intézményi kibocsátásnak és az adósságállománynak szoros a kapcsolata, megmutatja az adósságállományra vonatkozóan a finanszírozási sokkok, reformkísérletek hatásosságát.</p>	igazolódott

Hipotézisek	A kutatás eredménye
<p>H4: A vállalati gyakorlatban alkalmazott mutatószám- és csődmmodellek, valamint a többváltozós statisztikai eljárások – ha bizonyos korlátozások mellett is – alkalmasak a kórházak pénzügyi válsághelyzetének előrejelzésére.</p> <p>A mutatók komplex szintézise által a kórházak klaszterekbe sorolhatók, a típusjelenségek megfigyelhetők, de az intézmények örökölt struktúrája és eltérő feladatköre miatt az eredmények csak további vizsgálatok után általánosíthatók.</p>	igazolódott
<p>H5: Az egészségügy intézményi rendszerében 2007–2013 között lezajlott integrációs folyamatok javították ugyan az egészségügyi intézmények gazdálkodásának átláthatóságát, rendezték a tulajdoni, fenntartói viszonyokat, de az intézményi adósságállomány csökkenésében, a likviditás növelésében számottevő eredményt nem sikerült elérni.</p>	igazolódott
<p>H6: Az egészségügyi intézményekre vonatkozó központi intézkedések hasonló folyamatokat indítottak el az egyes kórházak pénzügyi helyzetében, de bizonyos területeken megjelennek az intézménytípustól függő differenciált hatások is.</p> <p>A kórházak egy-egy kormányzati intézkedésre, mind az adósságállomány növekedése, mind a likviditás romlása területén eltérően reagáltak.</p>	igazolódott

4.8.2 Az új és újszerű tudományos eredmények összefoglalása

A kutatómunka a nemzetközi és a hazai szakirodalom tanulmányozásán alapul, a disszertáció egyik fontos eredménye, hogy átfogó szakirodalmi összegzést nyújt az egészségügy intézményrendszerét befolyásoló környezeti elemekről és azok egymásra gyakorolt hatásairól. A kutatás áttekintést nyújt a hazai és nemzetközi egészségügyi reformfolyamatokról annak érdekében, hogy a 2007-2013. évben lezajló kórházi integrációs folyamatok értékelését a környezeti hatások összefüggéseiben lehessen elvégezni. A szakirodalomban felelhető véleményeket, álláspontokat, azok ütköztetését szekunder adatfeldolgozás és elemzés, valamint primer kutatás egészíti ki, illetve teszi teljessé. A szerző a szakirodalmi elemzés valamint a lefolytatott saját vizsgálatok alapján a következő új- és újszerű tudományos eredményeket fogalmazta meg.

T1: A hazai epidemiológiai, mortalitási, morbiditási adatok nemzetközi összehasonlítását is figyelembe véve az egészségügyi rendszer problémáit nem lehet parciálisan vizsgálni. Az egészségügyi rendszer környezeti elemeinek hatását, a rendszer komplexitását tekintetbe véve lehet a kórházi ellátórendszer problémáit feltárni, reformját, integrációját megtervezni, és azt végrehajtani.

A jelenlegi struktúra nem helyez kellő hangsúlyt a megelőzésre, az alapellátás fejlesztésére. Az egészségügyi szektort befolyásoló demográfiai, epidemiológiai, mortalitási folyamatok a fekvőbeteg ellátás iránti kereslet folyamatos növekedését generálja. A demográfiai folyamatok és a rossz egészségi állapotban lévő népesség miatti termelékenység-csökkenés korlátozza a finanszírozási lehetőségeket. A korszerű egészségfejlesztési módszerek, az egészségmegőrzésre vonatkozó technológiák nem megfelelő finanszírozási háttere a lakosság egészségi mutatóinak romlásán keresztül már rövid- és középtávú távon is jelentős negatív előjelű makrogazdasági következményekkel jár. A költség-haszon elemzésnek ezen a területen lényegesen nagyobb szerepet kellene biztosítani, még a meglévő költségvetési korlátok ellenére is. A társadalom egyes résztvevői a biztosítás alapján járó szolgáltatáson kívül is hajlandók többet költeni az betegségek megelőzésére, egészségük védelmére, valamint a korszerű diagnosztikai, műtéti eljárásokkal végzendő gyógyításokra. Megfizethető egészségügy csak modernizált, minőségi és hatékonysági szempontokat egyaránt teljesítő rendszerben valósulhat meg. A szükséges strukturális átalakításoknak és a finanszírozási rendszer felülvizsgálatának rendszer-szemléletű elemzéseken kell alapulnia.

T2: A gazdaság mindenkori működése, állapota kihat az egészségügy finanszírozására és alkalmazott struktúrájára, behatárolja annak fejlődési lehetőségeit. A jól működő egészségügy innovátora a gazdasági és társadalmi fejlődésnek.

Az egészségügy gazdasági fejlődésre vonatkozó hatásai mérhetőek. Az egészségügyi szektor kiadásai függenek a gazdaság teherbíró képességétől.

Az egészségügyi intézményrendszer döntési helyzete, stratégiai és finanszírozási mozgásterére erősen politikafüggő, a környezethez történő alkalmazkodását korlátozza a túlszabályozottság és az adósságállomány szintje.

A kórházak elmúlt 8 éves finanszírozását kiadáscsökkentő kormányzati politika határozta meg. Az egészségügyi szektor, mint jelentős foglalkoztató, erős hatást gyakorol a társadalom közérzetére, a gazdaság fejlődésére.

Az egészségügy a szociális védőháló szerepét nem veheti át, károsan befolyásolja az egészségügy finanszírozási, strukturális kérdéseit a szociális elemek bevonása az egészségügybe. Az esélyegyenlőség biztosítása hatással van az egészségügy struktúrájának meghatározására, működésére, ezért társadalmi konszenzusra van szükség az alapfeltételek meghatározásában.

T3: Az egészségügyi kiadások állami és magánszektor közötti megoszlása, a hálapénz finanszírozási rendszerbe történő beépítése, valamint az egyszeri konszolidációs folyamatok károsan befolyásolják az egészségügyi integráció valamennyi folyamatát.

Az egészségügyi rendszer egyik legnagyobb problémája az alulfinanszírozottság. Az intézményrendszer strukturális átalakítása – amennyiben nem párosul a jelenlegi finanszírozási rendszer felülvizsgálatával és fenntarthatóvá tételével – önmagában nem elegendő a gazdálkodás hatékonyságának, illetve az ellátások színvonalának emeléséhez.

Az egészségügyet érintő kormányzati intézkedések elsősorban a költségcsökkentési szempontoktól vezérelve alakítják át az egészségügy működését. Az egyszeri konszolidáció és a kasszasöprés ugyan javítja a kórházi intézmény likviditását, de torzítja a hatékony gazdálkodás feltételeinek elemzését.

A kérdőív valamint a kórházak klaszterelemzése rámutatott arra, hogy az egészségügyet érintő átalakítási kísérletek finanszírozási szempontból nem voltak sikeresek, az intézkedések csak átmeneti javulást eredményeztek. A rendszer teljes átvilágítása és elemzése alapján kell a reformokat kidolgozni.

T4: A pénzügyi intézményi beszámoló elemzése során levonhatóak azok a következtetések, amelyek elősegíthetik az egészségügy reformelképzeléseinek megvalósítását. A többváltozós, matematikai, statisztikai módszerekkel értékelni lehet az egyes intézkedések hatásosságát, az egyes intézmények és az ágazat jellemző folyamatait.

Az egyes mutatószámokból képzett klaszterelemzéssel kimutathatóak és előre jelezhetőek a kórházak eladósodottsági folyamatai. A klaszterelemzés előkészítése során szükséges az intézmény méretének, progresszivitási szintjének és területi elhelyezkedésének értékelése is. A vállalati gyakorlatban alkalmazott csőd-előrejelzési modellek felhasználhatóak a kórházak gazdasági helyzetének értékelése során is.

A statisztika kínálta eszközök felhasználhatók a hosszú távú tervezés folyamatában, segítségükkel az egyes intézkedések gazdasági hatásai előre jelezhetőek, ezzel el lehet kerülni, hogy csekély hatásfokú intézkedések sorával növeljék a szektor működésének kockázatát, érintettjeinek bizonytalanságát.

T5: A 2007–2013 között lezajló integrációs folyamatok szűkítették a kórházi intézmények stratégiai, finanszírozási mozgásterét, az adósságállomány rendkívül magas voltának csökkentésére számottevő hatást nem gyakoroltak.

A gyakori irányváltások, a jogszabályok állandó változása és azok túlszabályozása, merevsége gátolja az egészségügyi gazdaság természetes fejlődését. Ezt az eredményt támasztja alá a klaszterek vizsgálata varianciaanalízissel, illetve az adósságállomány ARIMA modellel történő elemzése is, valamint az esettanulmányból levonható következtetés.

Az adósságállomány újrakeletkezésének megakadályozását a beteg utak (munkamegosztás) újratervezése, a kórházak átalakítása és pótlólagos források bevonása együttesen garantálhatja, az egyszeri adósságkonszolidáció csak részeredményt hozhat.

A nem kellően előkészített integráció az egyébként jól működő kórházat is működésképtelenné teheti.

T6: Az egészségügyi intézményekkel kapcsolatos központi intézkedések meghozatala nem lehet független az intézmények földrajzi elhelyezkedésétől, az általuk végzett szolgáltatások körétől, figyelembe kell venni az aktuális pénzügyi, gazdasági helyzetükből adódó differenciált következményeket is.

A kórházak a kormányzati intézkedésekre eltérően reagálnak, ezért a döntéshozónak meg kell vizsgálni a tervezett intézkedések alternatív költségét is, ennek figyelembe vételével el lehet kerülni az egyes intézkedések következtében kialakuló gazdasági és társadalmi konfliktusokat.

A klaszterelemzés kimutatta, hogy a fennálló adósságállomány, a finanszírozási problémák, a romló külső és belső körülmények mellett is léteznek olyan kórházak, amelyek képesek megőrizni gazdasági stabilitásukat. A nettó adósságállomány és az egészségügyi ágazat kibocsátása közötti korrelációs együtthatók vizsgálata bizonyította, hogy egyes kórházaknál a finanszírozás és a kibocsátás egymástól független, míg más kórházak esetében közöttük közepes erősségű, illetve további kórházak esetében kifejezetten gyenge lineáris kapcsolat van.

Az egyes intézmények nettó adósságállománya alakulásának sajátosságai, működési jellemzői elemzésével feltárhatók az adósságállomány növelésének okai, jellemzői, valamint az egyes differenciált hatások befolyásoló tényezői.

5. Következtetések, javaslatok

5.1 Következtetések

A kutatás a szakirodalmi adatokra, elemzésekre hivatkozva azt bizonyította, hogy az egészség és gazdaság között szoros, szignifikáns kapcsolat van. A technikai, technológiai fejlődés, a gazdasági válság okozta kényszerek jelentős hatást gyakorolnak a világ szinte valamennyi országában az egészségügyi-, a nyugdíj-, és az oktatási rendszerek működésére.

A gazdasági helyzet egészségi állapotra gyakorolt hatása kétirányú, egy-egy ország gazdaságának stabil állapota esetén megfelelő forrásokat tud fordítani a betegségmegelőzésre, a korszerű diagnosztikára, műtéti eljárásokra, az egyén egészségi állapota ugyanakkor közvetetten visszahat az egész gazdaság teljesítőképességére.

Az egyes új betegcsoportok kialakulása, a lakosság demográfiai és epidemológiai helyzetének változása az egészségügyi szolgáltatók folyamatos alkalmazkodását igényli. A népesség egészségügyi szükségleteinek folyamatos átalakulása, a betegek növekvő elvárásai, az egészségügyi technológiák gyors fejlődése és elterjedése tovább fokozza az egészségügyi rendszer folyamatos vizsgálatának igényét, és a változásokra történő gyors reagálás kialakítását.

Világszerte növekednek a keringési és daganatos megbetegedések, amelyek mellett a mozgásszervi betegségek és a mentális problémák okozzák a legtöbb munkaképtelenséget, amely közvetlenül kihat a megelőző-gyógyító rendszerre, valamint a szükséges kórházi struktúrák (intézmények, osztályok) kialakítására.

A munkahelyi stressznek köszönhetően csökken az egyén teljesítménye, növekszik a munkahely elvesztésétől való félelem, kölcsönhatásaként pedig további pszichoszociális és teljesítménycsökkenési problémák keletkezhetnek társadalmi és munkahelyi szinten.

A gazdasági körülmények, a kórházi ellátás javulása előidézheti az egészségi állapot javulását, ugyanakkor a globalizáció és a civilizáció ugrásszerű fejlődése számos olyan megbetegedést is magával hozott, amelyek évtizedekkel ezelőtt nem voltak ismeretesek, ezért a prevencióra, az egészséges táplálkozásra a továbbiakban fokozottabb figyelmet kell fordítani.

A népegészségügyileg nem hasznos élelmiszerek, valamint a dohányzás, az alkohol fogyasztásának visszaszorítása, és az egészséges táplálkozás előmozdítása érdekében tett intézkedések területén hazánknak számottevő eredményt eddig nem sikerült elérni.

Magyarország morbiditási és mortalitási adatai a gazdasági-társadalmi szint elvárt mutatóihoz, valamint az európai átlaghoz képest is kedvezőtlen értékeket mutatnak, ezért különösen nagy figyelmet kell fordítani az ellátó rendszerek működésének tervezésére.

Az egészségügyi ellátórendszer működésével szemben támasztott azon alapvető követelménynek, hogy – szakmai és gazdaságossági szempontból egyaránt – a lakosság egészségi állapotából fakadó szükségleteknek megfeleljen, a hazai egészségügynek – meglévő és elismert tudományos sikerei mellett – számos tekintetben nem sikerült megfelelni.

A reformokra vonatkozó egységes és mindenkire vonatkoztatható, országhatáron is túlterjeszkedő abszolút érvényességű elvek nincsenek. Egy-egy ország egészségügyi reformjainak iránya csak a társadalom (politika) által választott értékek mentén épülhet fel úgy, hogy közben a sajátosságok mellett figyelembe veszi a nyugdíjbiztosítás, az oktatási alrendszer felépítése során megfogalmazott elveket is, azaz a valódi reform csak rendszerszemléletű lehet.

A reformok mindenkor csak az érvek kompromisszumára épülhetnek, a társadalmi, gazdasági érdekek mellett az orvos-szakmai elvek és a technikai, technológiai, infrastrukturális lehetőségek (változások) is figyelembe veendőek.

A 2007–2010-es egészségügyi reformintézkedések alapvető célja volt az egészségügyi rendszer oly módon történő átalakítása, hogy a rendelkezésre álló erőforrásokkal a korábbi időszakhoz képes nagyobb mértékű javulást érjenek el az esélyegyenlőség, a választási lehetőség biztosítása mellett, egyúttal a rendszer finanszírozhatóvá váljon.

A célkitűzéseket nem sikerült elérni, ennek oka részben a megszokott ellátás változásától való félelem, a beidegződések miatti társadalmi ellenállás, másrészt a szakma és a politika közötti nézetkülönbség, harmadsorban az, hogy az átalakítás jelentős mértékben csak az ágyszám csökkentésre, egyes intézmények megszüntetésre fókuszált.

Az egészségügy különösen érzékeny terület, mert széles társadalmi tömegeket érint, ezért reformjait csak megfelelő előkészítéssel, tervezéssel, háttér tanulmányokkal, a megfelelő forrás konszenzuson alapuló biztosításával szabad bevezetni.

A nem kellően megtervezett és végrehajtott reform társadalmi feszültségeket gerjeszt, amely tovább növekszik a társadalmi különbségekből, a munkanélküliségből, az elszegényedésből adódó szociális problémák fokozódása révén.

A 2007–2010-es időszakban, az egészségügyben a szakpolitikai akaratot a politika, az orvos-szakma és a társadalom nem vagy csak részben támogatta, az átalakításhoz szükséges kellő időt és forrást a rendszert megalkotók (működtetők) nem biztosították.

Az eltérő tulajdonosi struktúra, az egyes szolgáltatások kiszervezése, „a területi aránytalanságok, a helyi körülmények, az eltérő érdekek (módszerek) egy idő után átláthatatlanná tették az egészségügy prioritásainak egységes érvényesülését, a szűkös erőforrások megfelelő elosztását, a hatékonyság és eredményesség optimalizálását, az adatszolgáltatást, ellenőrzést, visszacsatolást, beavatkozást.

Az egészségügyi ellátórendszerek tulajdonosi formájának, valamint egyes kiszervezett tevékenységeknek a sokszor átláthatatlan, bonyolult halmaza az egészségügyi rendszer gazdasági érdekeivel nem álltak összhangban, a fennálló finanszírozási rendszer mellett a gazdasági társaságok egészségügyi szolgáltatóként történő működtetése nem hozta meg a kívánt eredményt.

A 2011-ben megkezdett és azóta részlegesen bevezetett reformintézkedések hatására ugyan egyes területeken javult a helyzet, mégis, a kutatás az egészségügy újbóli konszolidációjának kényszerét vetíti elő.

A kutatás alátámasztja, hogy a jelenlegi kórházi struktúrát egyenlőtlen hozzáférés, a technológiai lehetőségek kihasználatlansága, magas működési költségű üzemeltetés, és a finanszírozás fenntarthatatlansága jellemzi.

Az egészségügyi rendszer reformjai a finanszírozási problémák mellett az egészségügyi ellátás társadalmi funkcióiból adódó korlátaival küzdenek, ezért a valóságos reform elhalasztódott.

El kell ismerni, hogy a Semmelweis Terv hatására a 2011–2013-as időszakban számos intézmény többletforráshoz jutott, egyes kórházberuházások befejeződtek, mások elkezdődtek, kiépült a középírányító-, fenntartó szervezet, egy egységes ellenőrzési, kapcsolattartói rendszer. Az átalakítás negatívuma, hogy az alapproblémák nem oldódtak meg, ugyanis az integráció maga lényegében az egészségügyi ágazat részére történő többletforrás juttatása nélkül zajlott le.

Továbbra is megoldandó problémaként jelentkezik, hogy számos esetben 50-60 éves, szigetelés nélküli, tagolt, blokk rendszerű, rossz infrastruktúrájú kórházban folyik a betegellátás, ahol az eszközök egy része is elavult.

A kutatás szerint az egészségügy eladósodott (csőd közeli) állapotban van, ebben a krízishelyzetében elengedhetetlen az egészségügyi rendszer strukturális átalakításának továbbgondolása. A koncentrált komplex kórház építése fenntartása a jelenlegi finanszírozás mellett nem reális elképzelés, jobb megoldás a szakkórházak fejlesztése.

5.2 Javaslato

A disszertáció szerzőjének véleménye szerint korszerű egészségügyet felépíteni és gazdaságosan működtetni csak az alapok lebontásával és újraépítésével lehet, ezért az alapokat kell újragondolni, amelyhez az alábbi javaslatok kerültek megfogalmazásra.

Az ellátási szintek koordinációjának javítása

Szükséges az egyes ellátási szintek koordinációjának felülvizsgálata, a jelenleg gyenge alap és a szakellátás közötti kooperáció növelése, az ellenőrzési és információs rendszerek kiépítése, az ellenőrzés szakmai szempontok szerinti végrehajtása a működés szinte minden szegmensében.

A megvalósítás érdekében az alap- és járóbeteg-ellátás irányítási, fenntartási, finanszírozási funkcióit állami feladatként kell kezelni. A szakmai irányítási funkciókat egy-egy kórházi intézmény feladatkörébe kell utalni. Az alapellátás által rendelt diagnosztikai ellátásokat a kórházakról le kell választani, így az nem terheli meg az egyes kórház kiadásait.

Az alapellátásban felírt gyógyszereket és az elrendelt diagnosztikai vizsgálatokat az OEP és a területileg illetékes kórház évente kell, hogy értékelje.

Szükséges a szektorális elemzés továbbfolytatása, hatékonysági elemzések készítése a középírányító szervezet keretein belül is. Szükséges az egységes vezetői információs rendszerek kiépítése, az egyes döntési helyzetek szabadságfokának vizsgálata az egészségügy valamennyi szegmensében.

Az alapellátás megerősítése, a prevenciós tevékenység fokozása

Az ellátórendszer alacsony hatékonyságának javítása a prevenciós tevékenység fokozása és az alapellátás megerősítése nélkül nem valósítható meg.

Az alapellátás megerősítését, kompetenciájának kiszélesítését oktatási, technikai fejlesztéssel és a jövedelmi helyzet javításával kell elérni. Bérrendezéssel javítani kell az alapellátásban dolgozók jövedelmi viszonyait, de egyúttal szigorúbb ellenőrzést is kell bevezetni a felhasznált források vizsgálatára. Az új ismeretek megszerzésére olyan kórházi továbbképzés bevezetése szükséges, amelynek a megszerzett ismeret felmérésével kell zárulnia.

Az orvos-beteg találkozások számának csökkentése és a magas gyógyszerfogyasztás mérséklése miatt ismét át kell gondolni a receptdíj bevezetésének lehetőségét.

Az általános és középiskolában bevezetendő heti 1 egészségügyi tanóra már gyermekkorban elősegíthetné az egészséges életmódra nevelést.

Az egészségtelen vagy egészségkárosító élelmiszerek, italok, valamint a dohánytermékek adótartalmának további növelése forrást biztosítana az egészségügy számára.

A kórházi struktúra átszervezése

A társadalomnak szembe kell néznie azzal, hogy amennyiben a részben szolidaritás alapon működő egészségügyi közkiadások a gazdasági válság GDP-re gyakorolt hatása miatt csak korlátozottan finanszírozhatók, a társadalomnak is további részt kell vállalnia az egészségügyi rendszer megerősítésében és fennmaradásának biztosításban.

Egy adott térségben a kórház kialakítása, működtetése, igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások kérdése társadalmi közügy és politikai probléma, ezért a kialakítandó koncepciót széles körben kell ismertetni.

A jelenlegi kórházi struktúra felülvizsgálatát a társadalmi és szakmai érvek mentén el kell végezni, egyes kórházakat meg kell szüntetni, másokat összevonni.

A pavilonrendszerű, energetikai szempontból sem megfelelő kórházak lebontási lehetőségét meg kell vizsgálni, helyette legalább 70-80%-os műtéti kapacitással működő tömbösített kórházakat kell felépíteni.

Az egy intézményhez tartozó, de szétszórt telephelyen működő azonos osztályokat össze kell vonni.

A szakkórházak fejlesztése elengedhetetlenül szükséges, különösen multidiszciplináris gyermekkorház építése, valamint Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézethez hasonló szakkórház létrehozása területén.

A járó-beteg szakrendeléseket központi (kórházi) irányítás alá kell vonni és lehetőség szerint azokat centralizálni kell kerületektől függetlenül.

Szükségszerűvé vált olyan idősok háza létrehozása, amely leveszi a terhet a krónikus fekvőbeteg-ellátás területéről, a finanszírozásából az államnak, az egyénnek és a gyermeknek egyaránt részt kell vállalnia.

Az elhasználódott diagnosztikai eszközök pótlására, a kórházak infrastrukturális helyzetének javítására, az informatikai, az épületszigetelési, a gáz, levegő és áramellátás területén felhalmozódott problémák megoldására, egyes kórházi épületek felújítására az államnak forrást kell biztosítania.

A kórházak tekintetében szükséges a finanszírozó, tulajdonos, középírányító szerv kérdéskör vizsgálata és megnyugtató rendezése.

Szükségszerű az egészségügyi dolgozók bérfelzárkóztatási folyamatainak folytatása, a képződő orvos és ápolónőhiány megállítása, a műszaki és gazdasági területen dolgozók bérrendezése.

A kórházak, rendelőintézetek, alapellátásban dolgozók számára egységes központi működtetésű adat- és vezetői információs rendszert kell kidolgozni.

Biztosítási kérdések

Az egészségbiztosítási járulékfizetési rendszer átgondolása, a tőkejövedelmek bevonási lehetőségének vizsgálata, a fix összegű biztosítási díj emelése, a biztosítottak számának fokozottabb ellenőrzése szintén fontos elvárás.

Olyan elektronikus nyilvántartó rendszert kell kiépíteni, amely során az elektronikus adathordozó (chip kártya) tartalmazza a beteg vizsgálatainak eredményét, valamint biztosításainak adatait.

A magán egészségbiztosítási rendszer bevezethetőségét újra kell gondolni.

Az önkéntes, kölcsönös egészségpénztárak igénybevételekor a személyi jövedelemadó rendszerben további kedvezményt kell biztosítani.

A táppénzen lévőköt fokozottan kell ellenőrizni.

Az adósságrendezési kérdések

Hazánk egészségügyi közkiadásai tovább már nem csökkenthetőek, a 2006 és 2013 között megvalósult konvergencia programok miatti elvonást meg kell állítani, és az okozott eladósodottságot (veszteséget) pótolni kell, a rendszer működését pedig újra kell gondolni.

A környezeti feltételek változásai az egyes államok kormányzati szerveit egészségpolitikai stratégiáik átgondolására, reformok bevezetésre ösztönözték. A változás nem a fejlődő fenntarthatóságban, hanem a prevencióban, a hatékony egészségügyi ellátásban kell, hogy megtörténjen.

A strukturális reformok egyensúlyteremtő eszköze pedig nem lehet az egészségügyi közkiadások csökkentése, ugyanakkor szükséges a párhuzamos kapacitások optimalizálása.

A kórházak egyszeri konszolidációja, már nem elégséges, az adósság a struktúra további átalakítása nélkül – hasonlóan az önkormányzati rendszerben tapasztaltakéhoz – ezután is újra fog termelődni. Az egészségügy azonnali forrásigénye meghaladja a 100 Mrd forintot.

Szükséges a TVK, a HBCS rendezése és a német pontrendszer áttekintése, a 150 000 forintos kórházi alapidő 20%-os emelése.

A finanszírozható egészségügyi működés további feltétele a kórházak saját bevételeinek fokozása (VIP ellátás), valamint a hálapénz törvényi úton történő megszüntetése.

5.3 Az eredmények hasznosíthatósága és jövőbeli kutatási irányok

A tulajdoni viszonyok rendezésével valamennyi kórházi intézményre egységes számviteli előírásokat vezettek be, amely alapján a beszámolók a továbbiakban, egységes szerkezetben, eredményszemléletben készülnek el.

Az államháztartás számviteléről szóló 4/2013. (I. 11.) Korm. rendelet módosításai alapján 2015. január 01-től egységes intézményi számlakeret került bevezetésre, így a teljesítmények a beszámolók adataiból egységesebb alapon elemezhetőek. A Magyar Államkincstár 2015-től új adatfeldolgozási és ellenőrzési rendszert alakított ki, amely alapján a beszámolók egy helyen, azonos adatstruktúrában érhetőek el.

Az egységes beszámolók alapján szükségesnek mutatkozik a kutatás kiterjesztése, további változók felvétele a modellekbe, egyben lehetőség nyílik az elemszám növelésére is.

A disszertációban alkalmazott mérlegelemzésen alapuló mutatók egy része lineárisan függ egymástól, ezért további olyan (új) mutatószámokat lehetne bevonni a vizsgálatba, amelyek a bevételek és a ráfordítások arányait valamint azok változásait is tartalmazzák.

A kutatás folytatásaként így eredményszemléletben, a pénzügyi teljesítéstől függetlenül lehetne meghatározni a bevételek összetevőit, az összes ráfordításból a dologi és személyi jellegű kiadások arányát, valamint a bevételhez viszonyított mértékét, az intézmény eredményességét.

A kutatás eredményszemléletű folytatásaként a vállalászati szektorban rendelkezésre álló mutatószámok felhasználásával pontosabban lehetne mérni a befektetett eszközök elhasználódási mértékét, a pótláshoz szükséges értéket.

A kutatás továbbfejlesztéseként a vagyon értékelési elveinek rögzítésével kidolgozhatóvá válna az állami vagyon valóságos értéke.

Az egy klaszterbe tartozók eredményei összehasonlíthatóak, mérhetőek lennének a beszámolók alapján is.

A disszertációban rögzített eredmények további vizsgálata alapján kiemelhetőek azok az intézmények, amelyek társadalmi és orvos szakmai szempontok szerint átalakíthatóak, tovább integrálódhatnak, vagy az egyéb fenntartói, kormányzati beavatkozás szükségességéről, illetve azok mértékéről is pontosabb információ állhat rendelkezésre.

Érdemes volna a kutatást akár olyan irányba is bővíteni, amellyel megállapítható lenne, hogy a közfinanszírozás forrásainak bővítése, illetve az egészségügyi közkiadások visszafogására szolgáló stratégia lehetséges eszközeinek egy-egy eleme milyen számszerűsíthető hatást gyakorol a kórház működésére és gazdasági helyzetére.

6. Összefoglalás

Az elmúlt évtizedek alatt számos reformkísérlet történt az egészségügy strukturális átalakítására, amely a kor technikai és technológiai követelményeinek és társadalmi elvárásainak megfelelően működő, finanszírozható egészségügy kialakítását helyezte a középpontba. Az egyes szakmák és a politika színtéren lezajlott egyeztetések számos vitát váltottak ki: lehet-e konszenzus a kórház iránító menedzsment, a szakma, a politika, a közösségi igények és a pénzügyi megvalósíthatóság érvei között.

Működhet-e az alap- és a járóbeteg-szakellátás kórházi háttér és irányítás nélkül, a pénzügyi eszközöket az alapellátás megerősítésére vagy a kórház fejlesztésére kell-e koncentrálni?

A vita rendszerint a pénzügyi kérdések területén rekedt meg, azaz többnyire a finanszírozás érvrendszerei határozhatják meg az egyes struktúrák kialakulását. Szakmai és politikai érvek hangoztak el mindazon változatok mellett, amelyek a spontán kialakult betegmozgásokra, a közlekedési infrastruktúrára, az egyes területek fejlettségének színvonalára, a szakmai standardok alkalmazására fókuszáltak, míg a finanszírozási oldal többnyire világossá tette, hogy az egyes elképzelések a gazdaság jelenlegi állapotában megvalósíthatatlanok. Az egészségügyi rendszer hatékony működése, az életmód, a nyugdíjazási rendszerek jelentős egymásra gyakorolt hatásai a választott stratégiát csak hosszú távon tehetik eredményessé, ezért a reformintézkedésekkel szemben a társadalomnak kellő toleranciával kell felvérteződnie.

A disszertáció által vizsgált 2007–2013. évek időszakában a magyar egészségügy kiadásai, mind relatív mind pedig abszolút értelemben, az egy főre jutó adatok tekintetében elmaradtak a fejlett országok átlagaitól.

Az egészségügyi ellátórendszer alulfinanszírozott, túlterhelt, a meglévő strukturális szerkezet hiányosságaiból is adódóan az egészségügyi szolgáltatók hatékony működése elmarad a társadalom által elvárt szinttől.

A technológiai és technikai fejlődés egyik mozgatórugója az egészségügy, ugyanakkor az elérhető előnyök a felmerülő finanszírozási problémák miatt kihasználatlanul maradnak. Az alulfinanszírozottság következménye az ellátások nem egységes, esetenként alacsony színvonala, a technikai háttér romlása, a szakma elvándorlása, az egészségügyi szakma közösségeinek demoralizálódása.

A lakosság általános egészségügyi állapota a lehetőségeket és tendenciákat figyelembe véve rossz, amely jelentős terhet ró hazánk egészségügyi ellátórendszerére.

A kutatás állást foglal amellett, hogy az egészségügyi ellátórendszer fenntartható egyensúlyának alapvető feltétele a társadalmi szinten eredményes egészségmegőrzés és betegségmegelőzés, a korszerű diagnosztikai rendszer biztosítása, az egy napos műtétek számának növelése és a finanszírozási problémák rendezése.

Egységes recept nincs, hazánknak az adott körülmények és lehetőségek ismeretében kell hosszú évek alatt megtervezni az egészségügyben megvalósítható hosszútávú stratégiáit.

Hazánk az egészségtudatos életmód kialakítása tekintetében jelentős hátránnyal küzd a nyugat-európai országokhoz képest, ezért annak kormányzati eszközökkel történő kikényszerítése, a megelőzési hálózat kiépítésének fokozása, a beteg-utak számának csökkentése alapvető eszköz és feladat az egészségi mutatóink javításához.

Az alapellátás diagnosztikai, humán, és pénzügyi erőforrásait megerősítő intézkedések a kórházak jelenlegi fokozott terhelését csökkenthetik.

A kutatás rámutat arra, hogy a jövő kórházait csak kellő körültekintéssel lehet a jelenlegi struktúrára ráépíteni, a kórházak egy részét szükség szerint át kell alakítani (esetleg megszüntetni), javítani kell az infrastruktúrát, csökkenteni az adminisztrációs terheket, és pótlólagos forrásokat kell bevonni.

A korszerű megelőzési, egészségfejlesztési, diagnosztikai, alap-, járó-, aktív- és fekvőbeteg ellátás nem nélkülözheti pótlólagos források bevonását. A magán egészségbiztosítási rendszer bevezethetőségének újragondolása, az önkéntes, kölcsönös egészségpénztárak igénybevételenek személyi jövedelemadó rendszerben történő további kedvezménye, a VIP ellátások fokozása, a vizitdíj rendszerének újragondolása az egészségügyi finanszírozási rendszer működtetésének egyik további forrása lehet.

Többletforrások bevonása nélkül nincs jól működő egészségügy, a forráskivonás mellett az eddig bevezetett költségcsökkentő intézkedések eredményt nem hoznak.

A kutatás az éves költségvetési intézményi beszámolók statisztikai és mutatószám rendszerén alapuló vizsgálatával az egészségpolitikai döntéshozók számára hasznosítható módszertani és összehasonlítási alapot képezhet, egyben a jövőbeli részletesebb és további szempontokat is magában foglaló kutatás kiindulópontjául szolgálhat.

7. Summary

During the past decades, many attempts were made to reform health care restructure, which set evolving an affordable health care at the centre which meets the technical and technological requirements and social expectations. Discussions that took place on the stage of politics and professions have generated a lot of debates if a consensus could be among the arguments of hospital management, profession, politics, community demands and financial viability.

The debate usually got stucked in the area of financing issues, that development of the individual structures is determined mostly by financing argumentations. Professional and political arguments have been made to all variations which focused on spontaneous patient movements, transport infrastructure, development level of the various areas, the application of professional standards, while the financing side mostly made it clear that realization of certain ideas in the current economic situation is impossible. The significant interferences between efficient functioning of health system, the way of life and retirement systems can make the chosen strategy effective only in the long run, so against the reform actions society must show sufficient tolerance.

In the 2007-2013 period investigated by the dissertation the Hungarian health expenditure considering the per capita data fell short both in relative and absolute average of developed countries. Health supply system is underfunded, overladen, due also to deficiencies in the existing structural construction effective functioning of the health care providers is below the social expected level.

Health system is one of the driving forces behind technological and technical development, but the accessible benefits remain unutilised due to funding problems. Consequence of under-funding is not uniform, sometimes low quality supply level, deterioration of the technical background, occupation movement, demoralization of health professional communities.

Taking into account the opportunities and trends, general health status of the population is bad, which entails significant burden on healthcare system.

The research takes a stand on that the condition of the sustainable balance of health care system is the effective health promotion and disease prevention on social level, providing up-to-date diagnostic system, increasing the number of one-day surgery and the settlement of financial problems.

There is no standard prescription; our country has to plan on a long run the feasible strategies in health care system in a view of the given circumstances and opportunities.

Considering the development of health-conscious lifestyles our country struggles significant disadvantages compared to Western European countries, so to compel it by government measures, to enhance the prevention of network, reducing the number of patient visits are essential tools and tasks to improve our health care indicators.

The primary care diagnostics, human and financial resources affirmative actions may reduce the present increased burden on hospitals.

The research points out that future hospitals can be built on to the existing structure only with adequate caution, some of the hospitals are to be transformed (or removed) as necessary, infrastructure needs to be improved, administrative burden must be reduced and additional resources are to be involved.

Modern prevention, health promotion, diagnosis, primary -, outpatient-, active and in-patient medical attendance cannot go without involving additional resources. Rethinking an installable private health insurance system, further discounts of volunteer, bilateral welfare funds, utilization in personal income tax system, increasing VIP attendance benefits, reconsideration of co-payment system may be a further source of health care financing system operation.

Without involvement of additional resources there cannot be a well-functioning health care, besides funds withdrawal the foregoing cost-cutting measures are not efficient.

The research can form a methodological and compare basis for health policy makers with the examination based on statistical analysis and scorecards of the institutional annual budget reports, and also can serve as a starting point for a more detailed future research which can include further aspects.

Irodalomjegyzék

1. ÁDÁNY R. (BODROGI J. Szerk.) (2010): Előszó. A magyar egészségügy. Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép. Budapest. Semmelweis Kiadó. 22. p.
2. ADORJÁN CS. et al. (2003): Számvitel és elemzés II/B. Budapest. Magyar Könyvvizsgáló Kamara Oktatási Központ Kft.
3. ÁGOSTON A. - BALOGH L. (2013): A közpénzügyi reformok hatásai. *Acta Scientiarum Socialium*. 38. 175-185. p.
4. AJKAY Z. – KULLMANN L. (Szerk.) (1995): A magyar kórházügy. Budapest. Magyar Kórházszövetség. 7. p.
5. AKERLOF G. – SPENCE M. – STIGLITZ J. (2002): Markets with Asymmetric Information. *The Scandinavian Journal of Economics*. 104. (2) 195-211. p.
6. AMBRUS Z. – VARSÁNYI T. (2011): Az egészség és az életmód regionális különbségei. *Területi statisztika*. 51. (3) 227-244. p.
7. AMIT R. – SHOEMAKER P. J. H. (1993): Strategic as sets and organizational rent. *Strategic Management Journal*. 14. (1) 33-46. p.
8. AMSZTERDAMI SZERZŐDÉS
<http://eur-lex.europa.eu/hu/treaties/dat/11997D/word/11997D.doc>
9. ANDORKA R. – TÓTH I. GY. (2006): A szociális kiadások és a szociálpolitika Magyarországon. Budapest. TÁRKI elektronikus verzió. 396-507 p.
10. ARUTYUNJAN A. (2002): A mezőgazdasági vállalatok fizetéképtelenségének előrejelzése. Szent István Egyetem Gödöllő Phd. értekezés.
11. BABARCZY B. (2012): A francia egészségügyi rendszer átalakítása és a betegüszervezés. GYEMSZI Budapest. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály.
http://www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/franciaorszag_v3.pdf
12. BABBIE E. (1995): A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. Budapest. Balassi Kiadó.
13. BABOS J. - GYÜRE I. (2007): Egészségügyi reform - Javaslatok a felkészüléshez és a sikeres alkalmazkodáshoz. *IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben*. 6. (2) 26-30. p.
14. BABUSIK F. (2005): Az esélyegyenlőség korlátai Magyarországon. Státusz, etnicitás, kirekesztődés az egészségügyben és a szociális szférában. Budapest. L'Harmattan.

15. BÁCSY E. (2006): Az egészségügyi ellátórendszer. Előmunkálatok a társadalmi párbeszédhez. Budapest. Akaprint. 88. p.
16. BÁGER G. – LÉVAI J. (2003): A fekvőbeteg-ellátás 10 éve – egy lehetséges terápia elemei. Budapest. Állami Számvevőszék Fejlesztési és Módszertani Intézet.
17. BARÁTH L. (2011): A kórházgazdálkodás problémái és annak transzparenciája. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 49. (2) 24-29. p.
18. BARR N. (1992): Economic theory and the welfare state: a survey and interpretation. *Journal of Economic Literature*. 30. (2) 741-803. p.
19. BARTAL É. (2009): Egészségügy olasz módra.
<http://www.magangyogyszereszek.hu/?m=7.0.0.0.1.0&set=50&pid=4>
20. BATHÓ F. (2012): Melyik úton, merre tovább? Az eredményszemléletű számvitelre történő áttérés elvi programja. *Pénzügyi Szemle*. 57. (4) 426-443. p.
21. BENCZÉS I. (2012): Kormányzás és kormányozhatóság. *Közgazdasági szemle*. 59. (6) 690-694. p.
22. BENEDEK D. et al. (2006): A magyar államháztartási bevételek és kiadások szerkezete 1991–2004 között. *Közgazdasági Szemle*. 53. (2) 119-143. p.
23. BHARGAVA et al. (2001): Modelling the effects of health on economic growth. *Journal of Health Economics*. 20. 423-440. p.
24. BLOOM D. E. – CANNING D. (2000): The Health and Wealth of Nations. *Science*. 287. (5456). 1207-1209. p.
25. BLOOM D. E. – CANNING D. – SEVILLA J. (2004): The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach. *World Development*. 32. (1) 1-13. p.
26. BODROGI J. (Szerk.) (2010): A szerkesztő utószava. A magyar egészségügy. Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép. Budapest. Semmelweis Kiadó. 374. p.
27. BOGNÁR E. (2011): Egészséges társadalom – helyzetkép a magyar népesség egészségi állapotáról. Sopron. Empirica Gazdasági és Társadalomkutató Intézet Kft.
28. BONCZ I. (2007): A teljesítmény-volumen korlát (TVK) hatása az aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítménymutatóira, különös tekintettel az egyetemi klinikák helyzetére. *IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben*. 6. (4) 21-26. p.
29. BONCZ I. et al. (2010): Az onkológiai ellátás egészség-gazdaságtani vonatkozásai: Kórházi Ágykapacitások változása. Budapest. Akadémiai Kiadó.
30. BONCZ I. Szerk. (2011): Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek. Pécsi Tudományegyetem. Egyetemi tankönyv. Budapest. Medicina.

31. BORBÁS F. – KÖVI R. (2012): Az észtt és a magyar egészségügyi reform törekvései, kapcsolódási pontjai. *IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben*. 11. (10) 15-18. p.
32. BRAUN I. (2011): Chipsadó, és ami mögötte van. *Méltányosság Politikaelemző Központ*.
33. BRINKLEY G. L. (2001): The macroeconomic impact of improving health: investigating the casual direction. European Program for Urban Sustainable Development. URB.
34. BRINZAN O. (2003): Az egészségügyi ellátó rendszerek reformja Európában: az egyenlőség, a minőség és a hatékonyság összeegyeztetése. 9903. sz. dok. Jelentés. Szociális, egészségügyi és családügyi Bizottság. Románia. SOC.
35. BUCHAN J. (2008): How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply? Policy Brief. World Health Organization 2008 and World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008.
36. BUSSE R. et al. (2007): Analysing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries. A Comprehensive Framework Approach. The World Bank HNP Discussion Paper.
37. BYRNE D. (2004): Enabling Good Health For All. A reflection process for a new EU health strategy. Commissioner for Health and Consumer Protection. European Communities.
38. CAPPS C. – DRANOVE D. – LINDROOTH R. C. (2006): Hospital Closure and Economic Efficiency. Center for Health Industry Market Economics, Kellogg School of Management at Northwestern University. Evanston.
39. CARRIN G. (2003): Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries? *Human Resources for Health*. 1. 6.
40. CORNIA G. A. – PANICIA R. (2000): The Mortality Crisis in Transitional Economies. Oxford. Oxford University Press.
41. COX P. (2009): Securing Europe's Healthcare Future: Chronic Disease Management and Health Technology Assessment.
42. CREMER H. – PESTIEAU P. (2003): Social Insurance Competition Between Bismarck and Beveridge.
43. CSILLAG I. – MIHÁLYI P. (2006): Kettős kötés. A stabilizáció és a reformok 18 hónapja. Globális Tudás Alapítvány, Budapest. 84. p.

44. DAHLGREN G. – WHITEHEAD M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm. Institute for Future Studies.
45. DAHLGREN G. – WHITEHEAD M. (2006): European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. University of Liverpool.
46. DALY M. (2012): (ADAMIK M. Szerk.) A jóléti államok összehasonlítása: lépések egy gender-barát megközelítési mód irányába. Bevezetés a szociálpolitika nem szerinti értelmezésébe „Gendering Social Policy” ELTE TáTK.
47. DÓZSA CS. L. (2008): 2006-2007-es évek az egészségügyben: reformtervek és programok kavalkádja. Magyarország Politikai Évkönyve 2007-ről. Budapest. Kossuth Kiadó. 447-468. p.
48. DÓZSA CS. L. (2010): A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre - Magyarországon a 2000-es években – Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola. Phd. értekezés. 13. p.
49. DÓZSA CS. L. (2011): Struktúra-váltás az egészségügyben - a kórházak stratégiai mozgásteret a 2000-es években. *IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben*. 10. (3) 22-28. p.
50. DÖRING D. (2007): Sozialstaats Strategie und Beschäftigung im europäischen Vergleich. *Wiso Diskurs. Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik*. 8. p.
51. EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTER (2008): Jelentés az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága részére az egészségügyi ellátórendszer működéséről. Budapest. 6. p.
52. EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM (2007): Régiós ágyszámok.
<http://www.eum.hu/archivum/korhazi/regios-agyszamok>
53. ÉGETŐ E. (HETESI E. Szerk.) (2002): Az egészségügyi szolgáltatások gazdasági kérdéseinek oktatása és kutatása. Szeged. JATE Press. 243-250. p.
54. EGRİ Z. (2011): A közép-kelet-európai egészségparadoxon regionális gazdasági összefüggései. Szent István Egyetem Gödöllő. Phd. értekezés.
55. EGYSÉGES EURÓPAI OKMÁNY
<http://eur-lex.europa.eu/hu/treaties/dat/11986U/word/11986U.doc>
56. ÉKES SZ. K. (2013): A vállalati szektor csődelőrejelzésének „relativitás elmélete”. *E-Conom Online Tudományos Folyóirat*. Tanulmányok a gazdaság- és társadalomtudományok területéről. II/2.
57. ELEK D. (2014): Egészségbiztosítás az Európai Unióban. *Nemzetközi Adózás*. 91-95. p.

58. Élelmiszer-feldolgozók Országos Szövetsége (2013): ÉFOSZ: Nem vált be a chipsadó.
<http://www.vg.hu/vallalatok/ipar/efosz-nem-valt-be-a-chipsado-402430>
59. ENDREI D. (2012): Teljesítmény-volumen korlát (TVK) hatása az intézményi finanszírozásra. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskola. Phd. értekezés.
60. ESKI (2005a): Az egészség hozzájárulása az EU gazdaságához. Budapest. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet.
61. ESKI (BORBÁS et. al. Szerk.) (2005b): Egészségügyi rendszerek Kelet Európában. Budapest. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet.
<http://mek.oszk.hu/03400/03450/03450.pdf>
62. ESKI (BORBÁS – KINCSES Szerk.) (2007): Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban. Budapest. Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. 4. p.
http://www.eski.hu/new3/kiadv/zip_doc/Nyugat_Europa.pdf
63. ESKI (2008): Tájékoztató ország tanulmány. Ausztria. Budapest. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet.
<http://www.irf.gyemszi.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/ausztria2008.pdf>
64. ESKI (2009): Egészségpolitika a balti államokban a rendszerváltás után.
<http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1842>
65. EURÓPAI BIZOTTSÁG (2008): Közös jelentés a szociális védelemről és a társadalmi integrációról. Társadalmi befogadás, nyugdíjak, egészségügyi ellátás, tartós ápolás. Luxembourg: Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala.
66. EURÓPAI MUNKAHELYI BIZTONSÁGI ÉS EGÉSZSÉGVÉDELMI ÜGYNÖKSÉG (2014): A stressz és a pszichoszociális kockázatok mellett szóló, meggyőző érvek.
<https://www.healthy-workplaces.eu/hu/stress-and-psycho-social-risks/the-business-case>
67. EUROPEAN COMMISSION (2013): Report on health inequalities in the European Union. *Commission Staff Working Document*. Brussels.
68. EUROSTAT (2013): European System of National Accounts, ESA 2010
<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5925693/KS-02-13-269-EN.PDF/44cd9d01-bc64-40e5-bd40-d17df0c69334>
69. EUROSTAT (2014a): Mortality and life expectancy statistics.
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics

70. EUROSTAT (2014b): Causes of death statistics.
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/images/0/04/Causes_of_death_YB2013.xls
71. EUROSTAT (2014c): Glossary: Excessive deficit procedure (EDP).
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:Excessive_deficit_procedure_\(EDP\)](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:Excessive_deficit_procedure_(EDP))
72. EUROSTAT (2014d): Kormányzati pénzügyi statisztika.
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Government_finance_statistics/hu
73. EUROSTAT (2014e): General government deficit/surplus.
<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tec00127>
74. EUROSTAT (2014f): General government gross debt.
<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsdde410>
75. EUROSTAT (2014g): Government finance statistics.
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/images/1/1f/Government_finance_statistics_YB2014_III.xlsx
76. FAZEKAS K. - TELEGDY Á. (FAZEKAS K. – KÉZDI G. Szerk.) (2006): Munkapiaci trendek Magyarországon. Munkaerőpiaci Tükör 2006. Budapest. MTA Közgazdaságtudományi Intézet.
77. FAZEKAS B. (2007): Vállalati változtatás és válságmenedzsment és alkalmazott pénzügyi módszerek. Gödöllő. Diplomamunka. 35-36. p.
78. FEHÉR KÖNYV (2007): Együtt az egészségért: Stratégiai megközelítés az EU számára 2008-2013.
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_hu.pdf
79. FEKETE J. (2005): Az állam szerepe a jólétben és a mindennapi hatalomgyakorlásban. A madzagon rángatott jóléti állam és az aktualitás. *MTA Politikai Tudományok Intézete. Műhelytanulmányok.* (3) 5. p.
80. FELMÉRY Z. (2013a): Az állam méretének és társadalmi szerepvállalásának tendenciái. NKE Stratégiai Védelmi Kutatóközpont. Elemzések – 2013/5.
81. FELMÉRY Z. (2013b): A költségvetési kiadások diagnózisa és csökkentésének lehetőségei. NKE Stratégiai Védelmi Kutatóközpont. Elemzések - 2013/13.
82. FENDLER J. (2009): Kontroll helyett szedálás: a HBCs-alapú finanszírozás kacskaringói 2004 és 2009 között. *IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben.* 8. (8) 27-31. p.
83. FIGUERAS J. et al. (2008): Health Systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems. Copenhagen. WHO.

84. FIGUERAS J. – ROBINSON R. – JAKUBOWSKI E. (2005): Purchasing to improve health systems performance. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Berkshire. Open University Press.
85. FOGEL R. W. (1994): The relevance of Malthus for the study of mortality today: long-run influences on health, mortality, labor force participation and population growth. *Historical Paper*. (54)
86. FORGÁCS A. – VALLYON A. (2003): Egészségügyi rendszerek hatékonysága az Európai Unióban és az Unión kívül. *EU Working Papers*. (2) 3. p.
87. FORGÁCS A. (2004): Egészségügyi rendszerek mai hatékonyságának gyökerei. Pázmány Péter Katolikus Egyetem Történettudományi Doktori Iskola. Doktori értekezés. 7. p.
88. FRENK J. (2004): Health and the economy: A vital relationship. OECD Observer.
89. FÜSTÖS L. et. al. (2004): Alakfelismerés. Sokváltozós statisztikai módszerek. Budapest. Új Mandátum Kiadó.
90. GAÁL P. (2007): Egészségügyi reform: problémák, okok és megoldási lehetőségek. *Nemzeti Érdek*. 1. évf. (1) 69-75. p.
91. GÁLOSI-KOVÁCS B. – REMÉNYI P. (2013): A környezet és a lakosság egészségi állapotának kapcsolata Magyarországon. *Területfejlesztés és innováció*. 7. (1) 11-23. p.
92. GIDAI E. (2007): Az egészségi állapot és a jövedelmi viszonyok kölcsönkapcsolata az EU országokban. *Magyar Tudomány*. 168. (9) 1145. p.
93. GIDAI E. (GLATZ F. Szerk.) (1998): Egészségügy és piacgazdaság. Magyarország az ezredfordulón – Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián V. Az életminőség tényezői Magyarországon. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest.
94. GILLY GY. (2007): Az egészségügy reformja – tévutak és kiutak. MSc In Health Services Management University of London.
95. GIRASEK et al. (2013): Migráció az egészségügyben. *Magyar Tudomány*. 174. (3) 292. p.
96. GOTCRET P. - SCHIEBER G. (2006): Health Financing Revisited. A Practitioner's Guide. Washington. The World Bank.
97. GYEMSZI (2005): A francia egészségbiztosítás reformja és az MSA.
<http://www.irf.gyemszi.hu/hol/cikkh.cgi?id=402>
98. GYEMSZI (2012a): A gazdasági válság hatása a visegrádi országok és Ausztria egészségügyére. Budapest. GYEMSZI IRF Rendszerelemzési Főosztály.

99. GYEMSZI (2012b): Tájékoztató ország tanulmány Németország egészségügyéről. Budapest. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály.
http://www.irf.gyemszi.hu/HolOrszag/csatolt/20140625_nemetszag_2012.pdf
100. GYEMSZI (2012c): Tájékoztató ország tanulmány Lengyelország egészségügyéről. Budapest. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály.
http://www.irf.gyemszi.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/lengyelorszag_2012.pdf
101. GYEMSZI (2012d): Tájékoztató ország tanulmány Csehország egészségügyéről. Budapest. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály.
http://www.irf.gyemszi.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/csehorszag_2012.pdf
102. GYEMSZI (2012e): Tájékoztató ország tanulmány Szlovákia egészségügyéről. Budapest. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály.
http://www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/szlovakia_2012.pdf
103. GYEMSZI (2012f): Az egészségügy jövője Európában.
<http://www.irf.gyemszi.hu/hol/cikkh.cgi?id=2888>
104. GYEMSZI (2013a): Tájékoztató ország tanulmány Ausztria egészségügyéről. Budapest. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály.
http://www.irf.gyemszi.hu/HolOrszag/csatolt/20140715_ausztria_2013.pdf
105. GYEMSZI (2013b): Tájékoztató ország tanulmány Franciaország egészségügyéről. Budapest. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály.
<http://www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/franciaorszag-2013.pdf>
106. GYEMSZI (2013c): A francia társadalombiztosítás finanszírozására vonatkozó 2014-es törvénytervezet egészségügyre gyakorolt hatásai.
<http://www.irf.gyemszi.hu/hol/cikkh.cgi?id=3074>
107. GYEMSZI (2013d): Tájékoztató ország tanulmány Lengyelország egészségügyéről. Budapest. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály.
http://www.irf.gyemszi.hu/HolOrszag/csatolt/20140418_lengyelorszag_2013.pdf
108. GYEMSZI (2014a): Tájékoztató ország tanulmány Észtország egészségügyéről. Budapest. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály.
http://www.irf.gyemszi.hu/HolOrszag/csatolt/20140716_esztorszag_2014.pdf
109. GYEMSZI (2014b): Tájékoztató ország tanulmány Németország egészségügyéről. Budapest. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály.
http://www.irf.gyemszi.hu/HolOrszag/csatolt/20141010_nemetszag_2014.pdf

110. GYEMSZI (2014c): Tájékoztató ország tanulmány Olaszország egészségügyéről. Budapest. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály. http://www.irf.gyemsi.hu/HolOrszag/csatolt/20140716_olaszország_2014.pdf
111. GYEMSZI (2014d): Tájékoztató ország tanulmány Csehország egészségügyéről. Budapest. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály. http://www.irf.gyemsi.hu/HolOrszag/csatolt/20141020_csehország_2014_okt.pdf
112. GYEMSZI (2014e): Tájékoztató ország tanulmány Szlovákia egészségügyéről. Budapest. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály. http://www.irf.gyemsi.hu/HolOrszag/csatolt/20141022_szlovákia_2014_okt.pdf
113. HAHN G. (1960): A magyar egészségügy története. Budapest. Medicina Könyvkiadó. 146-147. p.
114. HAJDU O. (2003): Többváltozós statisztikai számítások, Statisztikai módszerek a társadalmi és gazdasági elemzésekben. Budapest. Központi Statisztikai Hivatal.
115. HALASI E. (2009): Az amerikai egészségügyi reform háttere. *Méltányosság Politikaelemző Központ*. 1. p.
116. HANKÓ B. (2014): Magyar egészségügy. Semmelweis Egyetem. 2014. február 17-i előadása.
117. HEALTH AND SOCIAL CARE ACT (2012): <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/enacted>
118. HEALTH AT A GLANCE (2010): Pillanatkép az egészségügyről: Európa 2010. Summary in Hungarian OECD Multilingual Summaries.
119. HEALTH AT A GLANCE (2012): Europe 2012. OECD. European Commission.
120. HEALTY WORKPLACES (2014): The causes and perception os work-related stress. <https://www.healthy-workplaces.eu/hu/campaign-material/e-materials>
121. HEALTY WORKPLACES (2014): Costs of work-related stress to businesses and key warning signs. <https://www.healthy-workplaces.eu/hu/campaign-material/e-materials>
122. HEGEDŰS M. (2011): Az egészségügyi szolgáltatók könyvvizsgálatának sajátosságai. *Számvitel Adó Könyvvizsgálat*. 53. (3) 118-119. p.
123. HEGEDŰS M. (2012): Strukturális változások és kihívások az egészségügyi szektorban. *I. Alternatív Finanszírozási Stratégiák Tudományos Konferencia*. Sopron. 2012. október 3. 1 p. (Kaposvári Egyetem) Kaposvár: Kaposvári Egyetem Gazdaságtudományi Kar; Nyugat-magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar. 1-10.
124. HEGEDŰS M. (2013a): Az egészségügyi szolgáltatók könyvvizsgálatának módszertani kérdései. *Számvitel Adó Könyvvizsgálat*. 55. (2) 83-85. p.

125. HEGEDŰS M. (2013b): Az államháztartás számviteli rendszerének szemléletváltozásai. *Könyvvizsgálók Lapja*. 2. (3) 13-16. p.
126. HEGEDŰS M. (2013c): Paradigmaváltozás szükségessége az egészségügyi rendszerben. *Acta Scientiarum Socialium*. 38. 199-207. p.
127. HEGEDŰS M. (2013d): Az egészségügyi intézményeknél végzett könyvvizsgálatok tapasztalatai, szerepe és jövője. *XXI. Országos Könyvvizsgálói Konferencia*. Költségvetési szekció. Balatonalmádi. 2013. szeptember 19-20.
128. HEGEDŰS M. (2014): СОЦИАЛЬНЫЕ ВЛИЯНИЯ СНИЖЕНИЙ РАСХОДОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ = Az egészségügyi kiadások csökkentésének szociális kihatásai. In: Andreev AI, Antipov EA (szerk.) *Materialü Mezsdunarodnogo molodezsnoo naucsnoo formula "LOMONOSZOV-2014"* Moszkva: MGU im. M.V. Lomonoszova, 2014. Paper 31. 9 p.
129. HEGEDŰS M. – PATAKI L. (2013a): Az egészségügy átalakításának és finanszírozásának kérdései. In: Tompos Anikó, Ablonczyné Mihályka Livia (szerk.) *Növekedés és egyensúly: Kautz Gyula Emlékkonferencia 2013. június 11. elektronikus formában megjelenő kötete*. Konferencia helye, ideje: Győr, Magyarország, 2013.06.11. Győr: Széchenyi István Egyetem Kautz Gyula Gazdaságtudományi Kar.
130. HEGEDŰS M. – PATAKI L. (2013b): Questions of Health Care Management. In: Illés Cs B, Bylok F (szerk.) *People, Knowledge and Modern Technologies in the Management of Contemporary Organizations - Theoretical and Practical Approaches*. 320 p. Gödöllő: Szent István Egyetemi Kiadó. 161-175.
131. HEGEDŰS M. – PATAKI L. (2014): Az egészségügy átalakításának és finanszírozásának kérdései. In: Tompos Anikó, Ablonczyné Mihályka Livia (szerk.) *Növekedés és egyensúly: A 2013. június 11-i Kautz Gyula Emlékkonferencia válogatott tanulmányai*. Győr: Universitas Győr Kht. 21-32. p.
132. HORVÁTHNÉ K. A. (2014): Az állami szabályozás hatása a lakosság hosszú távú megtakarításaira. Szent István Egyetem Gödöllő Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar Gazdálkodás és Szervezéstudományok Doktori Iskola. Phd értekezés.
133. HSIAO W. – HELLER P. S. (2007): What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? IMF Working Paper.
134. IMRE B. (2008): Bázel II definíciókon alapuló nemfizetés-előrejelzési modellek magyarországi vállalati mintán (2002-2006). Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar. Phd. értekezés.

135. JAMISON D. T. – LAU L. J. – WANG J. (2005): Health's contribution to economic growth in an environment of partially endogenous technical progress. *Health and economic growth*. Cambridge. MIT Press. 67-91. p.
136. JÓZAN P. (AJKAY Z. – KULLMANN L. Szerk.) (1995): A magyar kórházügy. Budapest. Magyar Kórházszövetség. 33-42. p.
137. KALASNÉ BÍRÓ K. (2011): A magyar egészségügyi ellátórendszer működtetésének kihívásai. Debreceni Egyetem Közgazdaságtudományi Doktori Iskola. Phd. értekezés.
138. KÁRI D. (2013): A gazdasági növekedés szindrómája – A népegészségügy nyomorúsága (Hatékonysági számítások az emberi tőkével). *Gazdaság és morál: tiszta társadalom, tiszta gazdaság*. Széchenyi István Egyetem Gazdaságtudományi Kar. 217-239. p.
139. KARNER C. (2005): Gazdálkodás az egészségügyben különös tekintettel a kórházak finanszírozására. NYME Közgazdaságtudományi Doktori Iskola. Phd. értekezés. 14-17. p.
140. KARNER C. (2008): Nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek és az állam szerepvállalása. *Egészségügyi gazdasági szemle*. 46. (2) 3-12. p.
141. KARNER C. – KAPRONCAI G. (2011): Meddig élünk, avagy kórházi halálozási statisztikák elemzése. *Egészségügyi gazdasági szemle*. 49. (1) 29-37. p.
142. KETSKEMÉTY L. – IZSÓ L. – KÖNYVES TÓTH E. (2011): Bevezetés az IBM SPSS Statistics programrendszerbe. Módszertani útmutató és feladatgyűjtemény statisztikai elemzésekhez. Budapest. Artéria Stúdió Kft.
143. KINCSES GY. (Szerk.) (2004): Magyarország egészségügye és szociális rendszere. Budapest.
144. KISS M. (2013): A közép-kelet-európai egészségparadoxon regionális gazdasági összefüggései. Debreceni Egyetem Közgazdaságtudományi Doktori Iskola. Phd. értekezés. 14. p.
145. KOKOT S. (1999): Die Sozialpolitik der Europäischen Union und die Systeme Sozialer Sicherung in ausgewählten Ländern Europas. Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern. Opladen. Leske. Budrich: 113-132. p.
146. KOLLÁNYI ZS. – IMECS O. (2007): Az egészség – befektetés. Az egészségi állapot hatása a gazdasági teljesítőképességre és az életminőségre. Budapest. Demos Magyarország Alapítvány.
147. KOPP M. (2007): A közép-kelet európai egészség paradoxon. *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest. Medicina Könyvkiadó Zrt.

148. KOPP M. (BODROGI J. Szerk.) (2010): Ajánlás. A magyar egészségügy. Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép. Semmelweis Kiadó. Budapest. 18. p.
149. KORNAI J. (1992): Posztszocialista átmenet és az állam. Gondolatok fiskális problémákról. *Közgazdasági Szemle*. 39. (6) 489-512. p.
150. KORNAI J. (1993): Útkeresés. Budapest. Századvég Kiadó.
151. KORNAI J. (1998): Az egészségügy reformjáról. Budapest. KJK.
152. KORNAI J. (2008): A puha költségvetési korlát. *Közgazdasági Szemle*. 55. (12) 1037-1056. p.
153. KORNAI J. (2014): A puha költségvetési korlát. Pozsony. Kalligram Kiadó. 8. p., 11. p.
154. KOTORMÁN A. (2009): A mezőgazdasági vállalkozások felszámolásához vezető okok elemzése. Debreceni Egyetem Agrár- és Műszaki Tudományok Centruma Gazdálkodástudományi és Vidékfejlesztési Kar Számviteli és Pénzügyi Intézet. Phd. értekezés.
155. KOVÁCS A. (2014): Az outsourcing és a privatizáció előzményei, kölcsön- és mellékhatásai, valamint következményei a teljes kórházkiszervezések, és az egyes kórházi tevékenységkiszervezések gyakorlatában. NYME Doktori Iskola. Phd. értekezés.
156. KOVÁCS J. (2006): Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában. Budapest.
157. KÖLLŐ J. (2013): A közszféra bérszintje és a magánszektorból átlépők szelekciója 1997-2008 között. *Közgazdasági szemle*. 60. (5) 523-554. p.
158. KRESALEK P. – BLUMNÉ BÁN E. (2011): A vállalati tevékenységek elemzésének módszertana I. Teljesítmény és erőforrás elemzés. Budapest. Perfekt Zrt.
159. KRISTÓF T. (2008a): Gazdasági szervezetek fennmaradásának és fizetőképességének előrejelzése. Budapesti Corvinus Egyetem. Phd. értekezés.
160. KRISTÓF T. (2008b): A csödelőrejelzés és a nem fizetési valószínűség számításának módszertani kérdéseiről. *Közgazdasági Szemle*. 55. (5) 441–461. p.
161. KSH (2010): Egészségfelmérés (ELEF) 2009. *Statisztikai Tükör*. IV. (50).
162. KSH (2013): Magyarország, 2012. Nyilvántartási szám: J/11236. Budapest.
163. KSH (2014a): Népesség, népességmozgalom.
http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001a.html
164. KSH (2014b): Jelentés a kormányzati szektor egyenlegéről és adósságáról (2014. II. EDP-jelentés). *Statisztikai Tükör*. 111.
<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/edp/edp141021.pdf>

165. KSH (2015): Borravaló és hálapénz *Statisztikai Tükör*. 2015/16.
<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/halapenz.pdf>
166. LALONDE M. (1974): A new perspective on the health of Canadians a working document. Ottawa. Minister of Supply and Services.
167. LAMEIRE N. – JOFFE P. – WIEDEMANN M. (2009): Healthcare systems – an international review: an overview. *Nephrol Dial Transplant*. 14. (6) 3-9. p.
http://ndt.oxfordjournals.org/content/14/suppl_6/3.full.pdf
168. LANTOS Z. (BODROGI J. Szerk.) (2010): Egészségügyi döntéshozók véleménye a magyar egészségügyi rendszerről és annak átalakítási módjáról. A magyar egészségügy. Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékelés. Semmelweis Kiadó. Budapest. 344. p.
169. LÁSZLÓ A. (2013): Idősor elemzési modellek gyakorlati alkalmazása újszülött malac aEEG adatain. Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Interdiszciplináris Orvostudományok Doktori Iskola.
170. LEPP-GAZDAG A. (2004): Néhány gondolat a magyar egészségügy reformjához. International Center for Economic Growth European Center.
171. LISSZABONI SZERZŐDÉS
http://sbookshop.europa.eu/eubookshop/download.action?fileName=FXAC07306HUC_002.pdf&eubphfUid=534812&catalogNbr=FX-AC-07-306-HU-C
172. LÓRÁNTH I. (2014): Kórházügyeink. *Kórház-hírek*. *Kórház*. 21. (8-9) 8-10. p.
173. MAASTRICHTI SZERZŐDÉS
<http://eur-lex.europa.eu/hu/treaties/dat/11992M/word/11992M.doc>
174. MAGYAR ÁLLAMKINCSTÁR (2014): Az államháztartás központi alrendszerébe tartozó költségvetési szervek tartozásállománya 2014. november 30-i állapot szerint.
http://www.allamkincstar.gov.hu/kincstarrol/koltsegyetes_aktualis_#
175. MAJOROS P. (2004): A kutatás-módszertan alapjai. Budapest. Perfekt Kiadó.
176. MCKEE M. – HEALY J. (Edited) (2002): Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham. Philadelphia. Open University Press.
177. MEDINFO (2003): Értékekre építeni. Zárótanulmány Kanada egészségügyének jövőjéről. Összefoglalás. Magyar Rezens Szövetség. Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár.
<http://www.eski.hu/new3/politika/egeszsegepol/kanada2.htm>
178. MELLÁR T. (1995): A költségvetési kiadások hatása a kínálatra. *Közgazdasági Szemle*. 42. (6) 552-570. p.

179. MIHALICZA P. et al. (2012): Az egészségügyi reformok hatása az ellátás eredményességére, megfelelőségére, időszerűségére és a hozzáférésre. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 50. (3) 13-20. p.
180. MIHÁLYI P. (2000): Magyar egészségügy: diagnózis és terápia. Budapest. Springer Orvosi Kiadó Kft. 59. p.
181. MIHÁLYI P. (2003): Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába. Veszprém. Veszprémi Egyetemi Kiadó.
182. MIHÁLYI P. (2008): Miért beteg a magyar gazdaság? Diagnózis és terápia. HVG Kiadó, Budapest. 10. p., 76. p.
183. MIHÁLYI P. (2013): A magyar gazdaság útja az adósságválságba 1945-2013. Corvina Kiadó Kft., Budapest. 115. p.
184. MIKOLA I. (GLATZ F. Szerk.) (1998): Egészségügy és piacgazdaság. Magyarország az ezredfordulón – Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián V. Az életminőség tényezői Magyarországon. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest.
185. MINTZBERG H. (1990): Mintzberg on management. Englewood Cliffs. New York. Free Press.
186. MLADOVSKY P. et al. (2012): Health policy responses to the financial crisis in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
187. MOLNÁR L. (2010): Miért lettem antipatikus? Egy egészségügyi miniszter feljegyzései. Budapest. Athenaeum Kiadó.
188. MOLNÁR T. – M. BARNA K. (2012): Demográfiai jellemzők Magyarországon és az Európai Unióban, különös tekintettel a daganatos megbetegedések okozta halálózásra. *Statisztikai Szemle*. 90. (6) 544-558. p.
189. MOSSIALOS E. et al. (2002): Funding health care: options for Europe. Buckingham. Open University Press.
190. MURAKÖZY L. (2009): Állam és piac Magyarországon. *Közgazdasági Szemle*. 56. (3) 270-288. p.
191. NAGY B. (2009): Kockázatkiszármazás az egészségügyi források allokációjával Magyarországon – fejkvóta alapú forrásallokációs formula fejlesztése. Debreceni Egyetem Közgazdaságtudományi Doktori Iskola. Doktori értekezés. 1. p.
192. NAV (2014a): Az egészségügyi hozzájárulás mértéke 2006-2013 között.
http://nav.gov.hu/nav/szolgáltatások/adokulcsok_jarulekmertekek/eho10
193. NAV (2014b): A fizetendő járulékok megoszlása 2005-2013 között.
http://www.nav.gov.hu/nav/ado/jarulek/fizetendo_jarulekok_2014.html

194. NÉMETH GY. (1999): Kornai János az egészségügy reformjáról – Etikai posztulátumok. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 37. (3) 193-208. p.
195. NEMZETI SZOCIÁLIS JELENTÉS 2012 MAGYARORSZÁG. National Social Report 2012 Hungary.
ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7674&langId=hu
196. NIZZAI SZERZŐDÉS
http://eur-lex.europa.eu/hu/treaties/dat/12001C/pdf/12001C_EN.pdf
197. OECD (2005): Health at a Glance: OECD indicators 2005. Health in Europe, Luxemburg, European Communities.
198. OECD (2013a): Health Statistics. Life expectancy. Total Years 1970 – 2013.
<http://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy.htm>
199. OECD (2013b): Public spending on health and long-term care: a new set of projection. OECD Economic Policy Papers.
<http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>
200. OECD (2013c): Health resources. Doctors.
<http://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>
201. OECD (2014a): Total current expenditure HC.1 – HC.9 (Individual and collective health care)
<http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en>
202. OECD (2014b): Total expenditure on health per capita. At current prices and PPPs.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-per-capita_20758480-table2
203. OECD (2014c): Hospital beds.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hospital-beds_20758480-table5
204. OEP (2013): Statisztikai Zsebkönyv. Egészség, biztonság. Budapest.
205. OEP (2014): Statisztikai Évkönyv 2013. Egészség, biztonság. Budapest.
206. OFFICIAL JOURNAL OF THE EUROPEAN UNION (2006): Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems. 2006/C 146/01.
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>
207. OLEF 2000 (2002): Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000. Kutatási Jelentés. Országos Epidemiológiai Központ.
208. OROSZ É. (2000): Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest.

209. OROSZ É. (2009): Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején. *Esély: társadalom- és szociálpolitikai folyóirat*. 20. (6) 3-26. p.
210. OROSZ É. (BODROGI J. Szerk.) (2010): A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése. *A magyar egészségügy. Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményérték.* Semmelweis Kiadó. Budapest.
211. OROSZ É. (2011): Egészség-gazdaságtan. Az egészségügyi rendszer elemzése közgazdasági megközelítésben. ELTE TáTK Közgazdaságtudományi Tanszék. 7-13. p.
212. OROSZ É. (2013): Az egészségügyi rendszerek kihívásai a gazdasági válság időszakában. *Egészségügyi gazdasági szemle*. 51. (1) 1-11. p.
213. ÓRI P. – SPÉDER ZS. (2012): Demográfiai Portré 2012. Jelentés a magyar népesség helyzetéről. Budapest. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
214. PALÓCZ É. (2006): Az egészségügy és a versenyképesség kapcsolata. *Menedzsment Egészségstratégia. IME*. V. (3). 14-17. p.
215. PATAKI L. (2003): Pénzügyi alapismeretek. Távoktatási jegyzet. Szent István Egyetem Gazdálkodási és Mezőgazdasági Főiskolai Kar. Gyöngyös.
216. PBS (2008): Frontline. Sick around the world. Health Care Systems – The Four Basic Models.
<http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/sickaroundtheworld/countries/models.html>
217. PETŐ É. – HEATHCOTE G. (2005): Változások az egészségügyi ellátásban – a változások menedzselése. Az egészségügyi alapellátás aktuális kérdései. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 28. p.
218. PIKÓ B. - PICZIL M. (2007): A saját egészség megítélése és a pszichoszociális munkakörnyezet. Vizsgálat a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében. *LAM Lege Artis Medicinae*. 17. (1) 65-69. p.
219. PRINTZ J. et al. (2004): A költségvetési szervek gazdasági tevékenységének elemzése. Budapest. Perfekt Gazdasági Tanácsadó, Oktató és Kiadó Részvénytársaság.
220. PULAY GY. (2011): Bevezetés az egészségügy gazdaságtanába. E-Book. Semmelweis Egyetem.
221. RECHEL et al. (2013): Ageing in the European Union. *Health in Europe* 6. (381) 1312–22. p.
222. ROBERTS et al. (2008): Getting health reform right. Oxford. Oxford University Press.
223. ROHWER A. (2008): Bismarck versus Beveridge: Ein Vergleich von Sozialversicherungssystemen in Europa. *Schnelldienst*. 61. (21) 26-29. p.

224. RÓMAI SZERZŐDÉS

<http://eur-lex.europa.eu/hu/treaties/index.htm>

225. RÜRUP B. (2005): Das Verhältnis von Beitragsfinanzierung und Steuerfinanzierung in der Sozialen Sicherung. Darmstadt.

226. SACHS J. D. (2001): Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. WHO. Geneva.

227. SAJÓ A. (2008): Az állam működési zavarainak társadalmi újratermelése. *Közgazdasági szemle*. 55. (7-8) 690-711. p.

228. SAJTOS L. – MITEV A. (2007): SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv. Budapest. Alinea Kiadó. 204. p.

229. SCHMIDT M. G. (2005): Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler. Vergleich. 3. Auflage. 219. p.

230. SEGOUIN C. – HODGES B. – BRECHAT P. H. (2005): Globalization in health care: is international standardization of quality a step toward outsourcing? *International Journal for Quality in Health Care*. 17. (4) 277-279. p.

231. SIMON J. (2009): Önkormányzati gazdálkodás az elszámolási és beszámoló rendszer fogságában. *Tér és Társadalom*. 23. (4) 161-172. p.

232. STIGLITZ J. E. (2000): A kormányzati szektor gazdaságtana. Budapest. KJK-Kerszöv.

233. SUHRCKE M. et. al. (2005): The contribution of the health to the economy in the European Union. *Health and Consumer Protection Directorate-General*. Belgium. 21. p.

234. SUNDMACHER T. (2005): Transformation des deutschen Gesundheits-systems. Anforderungen und Instrumente. *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*. (1) 19–51. p.

235. SZABÓ K. (2000): A jóléti államtól az esélyteremtő államig. Gazdasági rendszerek, országok, intézmények. Budapest. Aula Kiadó. 209-242 p.

236. SZABÓ M. (2008): Alkalmazott gazdaságtan - pénzügyi elemzések. Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet. Budapest.

http://www.kepzesevolucioja.hu/dmdocuments/4ap/7_1155_013_100915.pdf

237. SZAKÁCS I. (2012): Számvitel A-tól Z-ig. Budapest. Complex Kiadó.

238. SZALAI J. (2007): Nincs két ország...? Társadalmi küzdelmek az állami (túl)elosztásért a rendszerváltozás utáni Magyarországon. Budapest. Osiris Kiadó.

239. SZAMUELY L. (2004): A "haldokló" jóléti állam az 1990-es években. *Közgazdasági szemle*. 51. (10) 948-969. p.

240. SZÉKELYI M. – BARNA I. (2008): Túlélőkészlet az SPSS-hez. Többváltozós elemzési technikákról társadalomkutatók számára. Statisztikai módszerek a társadalomkutatásban. Budapest. Typotex Kiadó.
241. SZÉMAN ZS. (2008): Ki az idős? - Az öregedés különböző szempontjai. Esély: társadalom- és szociálpolitikai folyóirat. 19. (3) 3-15. p.
242. SZENDI G. (2009): Pánik: tények és tévhitek. Budapest. Jaffa Kiadó.
243. TARDOS K. (1998): Szociológia – emberközben. Losonczy Ágnes köszöntése. A tartós munkanélküliek egészségromlása. Budapest. Új Mandátum Kiadó.
244. TEKNŐS L. (2013): A globális éghajlatváltozás egészségügyi aspektusai – a magyar lakosság sebezhetőségének vizsgálata. *Bolyai Szemle*. XXII. (1) 281-311. p.
245. THE WORLD BANK (2014): Birth rate, crude.
<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN/countries?display=default>
246. TOMCSÁNYI P. (2000): Általános kutatómódszertan. Budapest. Szent István Egyetem. Országos Mezőgazdasági Minősítő Intézet.
247. TOMPA A. (2011): A daganatos betegségek előfordulása. A hazai és a nemzetközi helyzet ismertetése. *Magyar Tudomány*. 172. (11) 1333-1345. p.
248. UNITED NATIONS POPULATION FUND AND HELPAGE INTERNATIONAL (2012): Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge. New York. United Nations Population Fund. London. HelpAge International.
249. VALLYON A. (2009): Az önkéntes egészségpénztárak szerepe az egészségügy kiegészítő magánfinanszírozásában. *Szolnoki Tudományos Közlemények XIII*. 1. p.
250. VAS G. et al. (2009): A 2007. április 1-jei egészségügyi reformintézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra. *Egészségügyi gazdasági szemle*. 47. (4) 5-11. p.
251. VIGVÁRI A. (2010): Közpénzügyek, önkormányzati pénzügyek. Budapest. KJK-Kerszöv Kiadó. 85. p.
252. VIRÁG M. (1996): Pénzügyi elemzés. Csődelőrejelzés. Budapest. Kossuth Könyvkiadó.
253. VIRÁG M. - KRISTÓF T. (2005): Az első hazai csődmodell újraszámítása neurális hálók segítségével. *Közgazdasági szemle*. 52. (2) 147.-148. p.
254. VIZI E. SZ. – BÁCSY E. (GLATZ F. Szerk.) (1998): Előszó. Egészségügy és piacgazdaság. Magyarország az ezredfordulón – Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián V. Az életminőség tényezői Magyarországon. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest. 9-10. p.
255. WHO (2006): Policy briefs. The World Health Report 2006.
http://www.who.int/hrh/documents/policy_brief_en.pdf

256. WHO (2008): European Ministerial Conference on Health Systems. The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth. Tallinn. Estonia.
257. WHO (2013): Oslo conference on health systems and the economic crisis.
<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/04/oslo-conference-on-health-systems-and-the-economic-crisis/about-the-conference>
258. WHO (2014): Globalization and Health. Trade, foreign policy, diplomacy and health. <http://www.who.int/trade/glossary/story044/en/>
259. WHO HFA-DB (2014): European health for all database. Health Care Resources. Physicians. <http://data.euro.who.int/hfad/>
260. WOODWARD D. (2001): Globalization and health: a framework for analysis and action. Bulletin of the World Health Organization. (79) 875–881. p.
261. ZAMORA J. (2000): Investment in health and economic growth: a perspective from Latin-America and the Caribbean 35th meeting of the Advisory Committee of Health Research. WHO. Division of Health and Human Development. Washington.
262. ZÖLD KÖNYV (2005): A népesség mentális egészségének javításáról. Az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának céljából.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_hu.pdf
263. ZSARNAY I. (2009): A mai magyar kórházigy elemzése az egészségbiztosítási piac tükrében. BCE Közgazdasági Továbbképző Intézet. Szakdolgozat 1-72. p.
264. 1949. évi Törvény XX. fejezete 70/D. § (1) a Magyar Köztársaság alkotmánya
265. 1972. évi II. Törvény az Egészséгийről
266. 1997. évi CLIV. Törvény az Egészséгийről
267. 2000. évi C. Törvény a Számvitelről
268. 2006. évi CXXXII. Törvény az Egészséгийi ellátórendszer fejlesztéséről
269. 2011. évi CIII. Törvény a Népegészséгийi termékadóról
270. 2011. évi CXCV. Törvény az Államházigtartásról (Áht.)
271. 249/2000. (XII. 24.) Korm. Rendelet az államházigtartás szervezetei beszámolósi és könyvvizetési kötelezettségének sajátosságairól (Áhsz.)
272. 240/2003. (XII. 17.) Korm. Rendelet a kincstári elszámolások beszámolósi és könyvvizetési kötelezettségének sajátosságairól
273. 361/2006. (XII. 28.) Korm. Rendelet az egészséгийi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról
274. 54/2006. (XII. 29.) EüM rendelet a szakellátási kapacitások felosztásának szempontjairól és a szakellátási elérési szabályokról

275. 41/2007. (III. 13.) Korm. Rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásával kapcsolatos egyes finanszírozási, szerződéskötési és eljárási kérdésekről
276. 56/2011. (XII.31.) NGM Rendelet a szakfeladat-rendről és az államháztartási szakágazati rendről
277. 368/2011. (XII. 31.) Korm. Rendelet az államháztartásról szóló törvény végrehajtásáról (Ávr.)
278. 370/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet a költségvetési szervek belső kontrollrendszeréről és belső ellenőrzéséről

Melléklet

M 35. táblázat: Az egészségi állapot és a gazdasági teljesítmény számszerű összefüggései

Az egészségi állapot és a gazdasági teljesítmény számszerű összefüggései		
Forrás	Egészségi állapot változás	Ennek hatására bekövetkező gazdasági változás
Zamora (2000)	A várható élettartam 5 évnyi növekedése.	A GDP növekedés ütemének 0,3-0,5 százalékpontos emelkedése.
Bloom-Canning (2000)	A várható élettartam 1 évnyi növekedése.	A GDP 4 százalékos emelkedése.
Bhargava (2001)	A felnőttkori túlélési ráta 1 százalékos növekedése.	A GDP növekedés 0,05 százalékpontos növekedése.
Jamison-Lau-Wang (2005)	A felnőttkori túlélési ráta 1 százalékos növekedése.	A GDP fél százalékos növekedése.

Forrás: Suhrcke (2005), magyar változat: Kollányi - Imecs (2007)

M 36. táblázat: Népeség, Népmozgalom

Év	A népesség száma, január 1, ezer fő	Élve-születés		Halálozások		Természetes szaporodás, fogyás (-)		Születéskor várható átlagos élettartam		Halálozás kiemelt főbb okok szerint				
		összesen	összesen	összesen	ezer lakosra	férfi	nő	daganatok	keringési rendszer betegségei	légző rendszer betegségei	emésztő rendszer betegségei	balesetek		
2005	10 098	97 496	135 732	-38 236	-3,8	68,56	76,93	32 057	70 938	6 502	8 504	5 078		
2006	10 077	99 871	131 603	-31 732	-3,2	69,03	77,35	32 396	66 561	6 287	8 638	4 816		
2007	10 066	97 613	132 938	-35 325	-3,5	69,19	77,34	32 747	66 547	6 771	8 814	4 663		
2008	10 045	99 149	130 027	-30 878	-3,1	69,79	77,76	32 776	64 749	6 231	8 468	4 522		
2009	10 031	96 442	130 414	-33 972	-3,4	70,05	77,89	33 174	64 921	6 466	8 217	4 401		
2010	10 014	90 335	130 456	-40 121	-4,0	70,50	78,11	33 076	65 819	6 524	7 739	4 301		
2011	9 986	88 049	128 795	-40 746	-4,1	70,93	78,23	33 274	64 250	6 594	7 306	3 948		
2012	9 932	90 269	129 440	-39 171	-3,9	71,45	78,38	33 790	64 178	6 790	6 819	3 758		
2013	9 909	88 689	126 778	-38 089	-3,9	72,01	78,73	33 274	62 979	7 009	6 390	3 654		

Forrás: KSH (2014a)

M 37. táblázat: Az egészségügyi hozzájárulás mértéke 2006-2013 között (%-ban)

A járulékkerhet nem viselő, szociális hozzájárulási adó alapját nem képező jövedelmek utáni általános mértékű egészségügyi hozzájárulás 2005-2013:	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Az összevont adóalapba tartozó, az adó, adóelőleg-alap számításnál figyelembe vett jövedelem után	11	11	11	11	27	27	27	27
A béren kívüli juttatásnak nem minősülő egyes meghatározott juttatások [Szja tv. 70. §]* adóalapként meghatározott összege után						27	27	27
A kisösszegű járadékmgváltások után	11	11	11	11	27			
A természetbeni juttatások adóalap meghatározott mértéke után	11	11	11	11	27			
Egyösszegű járadékmgváltás után	11	11	11	11				
A kamatkedvezményből származó jövedelem adóalapként meghatározott összege után	11	11	11	11	27	27	27	27
Az általánostól eltérő mértékű egészségügyi hozzájárulás	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
2009. január 31-ig az SZJA 70. § szerinti természetbeni juttatás után a cégautó adó	25	25	25	25				
A béren kívüli juttatás [Szja tv. 71. §] adóalapként meghatározott összege után							10	14
Az átalányadózó mezőgazdasági kistermelő az átalányban megállapított jövedelme után	25	25	25	25			15	15
A tételes költségelszámolást választó, egyszerűsített bevételi nyilatkozatot benyújtó mezőgazdasági őstermelő esetében a bevétel 5%-a után	15	15	15	15	15	15	15	15
A fizető vendéglátó tevékenységet folytató magánszemély a tételes átalányadó,- ha e tevékenység alapján a magánszemély nem minősül a Tbj. szerinti egyéni vállalkozónak - alapulvételével	20	20	20	20	20	20	20	20
A magánszemélyt terhelő egészségügyi hozzájárulás a hozzájárulás fizetési felső határig	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A vállalkozásból kivont jövedelem után (Szja tv. 68. §)	4	14	14	14	14	14	14	14
Értékpapír-kölcsönzésből származó jövedelem után (Szja tv. 65/A. §)	4	14	14	14	14	14	14	14
Az osztalék (Szja tv. 66. §), vállalkozói osztalékalap (Szja tv. 49/C. §)	4	14	14	14	14	14	14	14
Árfolyamnyereségből származó jövedelem után (Szja tv. 67. §)	4	14	14	14		14	14	14

Ingatlan bérbeadásból származó egymillió forintot meghaladó jövedelem esetén a teljes összeg után (Szja tv. 16. § (1) bekezdés)		14	14	14	14	14	14	14
Termőföld bérbeadásból származó adóköteles jövedelem után (Szja tv.17. § (4) bek. egészségügyi hozzájárulás fizetési kötelezettség nincs.						0	0	

Forrás: NAV (2014a)

M 38. táblázat: A fizetendő járulékok megoszlása 2005-2013 között

A fizetendő járulékok megoszlása 2005-2013 között										
Év	Foglalkoztató által fizetendő				Biztosított által fizetendő					
	társadalombiztosítási járulék %				nyugdíjjárulék %		mpt. tagdíj	egészség - biztosítás i járulék összesen %	egészség- biztosítási járulék %	
nyugdíj biztosítás i járulék %	egészség - biztosítás i jár. (eg.b.j.) összesen	egészségbiztosítási jár. (eg.b.j.)		mpt. tag	nem mpt. tag	természet -beni eg.b.j.			pénzbel i eg.b.j.	termé- szetben i eg.b.j.
2005	18	11			0,5	8,5	8	4		
2006.08.3 1	18	11			0,5	8,5	8	4	4	
2006.09.0 1	18	11	7	4	0,5	8,5	8	6	4	2
2007	21	8	5	3	0,5	8,5	8	7	4	3
2008	24	5	4,5	0,5	1,5	9,5	8	6	4	2
2009.06.3 0	24	5	4,5	0,5	1,5	9,5	8	6	4	2
2009.07.0 1	24	2	1,5	0,5	1,5	9,5	8	6	4	2
2010.10.3 1	24	2	1,5	0,5	1,5	9,5	8	6	4	2
2010.11.0 1	24	2	1,5	0,5	9,5	9,5	0	6	4	2
2011	24	2	1,5	0,5	10	10		6	4	2
2012						10		7	4	3
2013						10		7	4	3

Forrás: NAV (2014b)

M 39. táblázat: Az egészségügyi szolgáltatási járulék összege 2006-2013 között

Az egészségügyi szolgáltatási járulék összege (mértéke) a kiegészítő tevékenységet folytató egyéni és társas vállalkozónál 2006.09.01-2013	
2006. szeptember hótól	10,00%
2007. március hóig	16,00%
2007. április hótól	9,00%
2008. január 1-től	4.350,- forint/hó (napi 145,- Ft)
2009. január 1-től	4.500,- forint/hó (napi 150,- Ft)
2010. január 1-től	4.950,- forint/hó (napi 165,- Ft)
2011. január 1-től	5.100,- forint/hó (napi 170,- Ft)
2012. január 1-től	6.390,- forint/hó (napi: 213,- Ft)
2013. január 1-től	6.660,- forint/hó (napi: 222,- Ft)
Baleseti járulék mértéke 2000- 2006. augusztus 31-ig	
2006. augusztus hóig	5,00%
A magánszemélyek egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettsége 2000- 2006. 08.31.-ig	
2006. augusztus 31-ig	11,00%
Magánszemélyek egészségügyi szolgáltatási járulékfizetési kötelezettsége 2000- 2006.09.01-től	
2006. szeptember hótól	15,00%
2007. január – március	16,00%
2007. április hótól	9,00%
2008. január 1-től	4.350,-forint /hó (napi 145,- Ft)
2009. január 1-től	4.500,- forint/hó (napi 150,- Ft)
2010. január 1-től	4.950,- forint/hó (napi 165,- Ft)
2011. január 1-től	5.100,- forint/hó (napi 170,- Ft)
2012. január 1-től	6.390,- forint/hó (napi: 213,- Ft)
2013. január 1-től	6.660,- forint/hó (napi: 222,- Ft)
FIX egészségügyi hozzájárulás mértéke 2000-2013	
2000. január 1-től	3.900,- forint/hó (napi 130,- Ft)
2001. január 1-től	4.200,- forint/hó (napi 140,- Ft)
2002. január 1-től	4.500,- forint/hó (napi 150,- Ft)
2003. január 1-től	3.450,- forint/hó (napi 115,- Ft)
2004.január 1-től	3.450,- forint/hó (napi 115,- Ft)
2005. január 1-től	3.450,- forint/hó (napi 115,- Ft)
2006. augusztus hóig	1.950,- forint/hó (napi 65,- Ft)
2007. április hótól	1.950,- forint/hó (napi 65,- Ft)
2008. január 1-től	1.950,- forint/hó (napi 65,- Ft)
2009. január 1-től	1.950,- forint/hó (napi 65,- Ft)
2010. január 1-től	megszűnt
Az egészségügyi hozzájárulás- fizetési felső határ:	
2006. január 1-től	400.000.-
2007. január 1-től	450.000.-

2008. január 1-től	450.000.-
2009. január 1-től	450.000.-
2010. január 1-től	450.000.-
2011. január 1-től	450.000.-
2012. január 1-től	450.000.-
2013. január 1-től	450.000.-

Forrás: NAV (2014a)

M 40. táblázat: Az egészségügyben dolgozó orvosok száma és a működő kórházi ágyak száma

Egészségügy (1960-tól)				
Év	Dolgozó orvosok száma	Tízezer lakosra jutó dolgozó orvos	Működő kórházi ágyak száma	Tízezer lakosra jutó kórházi ágy
2007	32 202	32,1	71 902	71,6
2008	36 088	36,0	70 971	70,8
2009	35 196	35,1	71 064	71,0
2010	33 943	34,0	71 216	71,3
2011	34 736	34,9	71 160	71,5
2012	36 250	36,6	68 845	69,5
2013	37 711	38,2	69 184	70,0

Forrás: OEP (2013)

M 41. táblázat: Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak száma korcsoportos bontásban 2013. év végén

Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak száma korcsoportos bontásban 2013. év végén				
Korcsoport	Születési év	Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak		Ebből: külföldiek száma ezer fő
		száma	megoszlása	
		ezer fő	%	
0 - 17 éves	1996-2013	1 735,60	18,30	10,40
18 - 22 éves	1991-1995	526,80	5,60	3,40
23 - 39 éves	1974-1990	2 245,50	23,70	39,50
40 - 61 éves	1952-1973	2 883,30	30,50	35,90
62 - éves	1951 és előtte	2 075,40	21,90	13,00
Összesen		9 466,70	100	102,2

Forrás: Saját szerkesztés OEP (2014) alapján

M 42. táblázat: A gyógyító-megelőző ellátások finanszírozási adatai szakfeladatonként

Év	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Összesen	694 452	713 954	718 717	757 214	719 031	790 973	806 917	842 054	908 009
Egyszeri rendkívüli juttatás	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egyéb f)	6 980	11 998	1 763	1 138	425	38 340	33 609	36 348	93 332
Egyéb	1 015	-	22 421 ^{g)}	-	-	1 370	948	948	1 000
Krónikus fekvőbeteg-szakellátás	1 015	-	22 421 ^{g)}	-	-	1 370	948	948	1 000
Speciális finanszírozású fekvőbeteg-szakellátása	41 025	41 780	46 611	56 642	58 699	65 325	62 834	63 663	63 043
Extrafinanszírozás	15 184	15 606	18 990	23 746	26 508	31 888	34 572	62 726	67 706
Aktív fekvőbeteg-szakellátás	118	100	46	13	4	18	254	421	468
CT, MRI	354 149	361 969	336 109	354 867	325 222	341 457	347 980	351 761	344 134
Járóbeteg-szakellátás d)	11 119	11 940	12 114	14 659	13 663	14 974	15 612	16 727	17 140
Ebből:	87 394	91 454	90 030	103 486	95 318	97 923	100 772	106 902	104 238
Összevont szakellátás	510 006	522 849	526 323	553 414	519 414	552 955	562 973	603 147	597 729
Laboratóriumi ellátás	21 181	20 811	20 242	21 174	20 300	20 539	22 281	20 893	21 013
Mentés b)	18 080	18 852	20 852	22 802	22 866	22 469	25 343	25 471	26 000
Vérellátás c)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otthoni szakápolás	3 086	3 103	3 320	3 648	3 818	3 520	4 138	3 979	4 276
Művesekezelés	16 775	17 140	20 611	23 275	22 933	22 932	22 935	23 171	23 171
Betegszállítás b) és orvosi rendelvényű halottszállítás	6 276	6 276	6 280	6 018	5 861	5 780	6 130	6 247	6 297
Gondozó intézeti gondozása	10 460	9 411	5 913	4 635	4 595	4 556	4 572
Fogászati ellátás	21 689	21 665	22 545	23 943	22 652	22 644	23 470	22 447	24 446
Védőnői szolgálat, anya-, gyermekvédelem	17 001	18 494	18 491	18 485	18 554	17 965	17 966	18 267	20 698
Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	62 917	63 355	72 377	78 681	77 611	79 272	83 499	82 085	91 046

- a) 2011 novemberétől a gondozóintézetek finanszírozási keretösszegét a járóbeteg-szakellátás finanszírozási kerete tartalmazza.
- b) 1997-ig a mentés finanszírozási adatai a betegszállítás adatai között szerepeltek, 1998-2003 között a mentést a központi költségvetés finanszírozta.
- c) 1998-tól a központi költségvetés által finanszírozott feladat.
- d) 2006-ig tartalmazza a laborkassza adatait is.
- e) Nagyértékű műtéti eljárások, tételes elszámolás alá tartozó eszközök.
- f) Működési előleg, felmentés, végkielégítés fedezete, célleírányzatok.
- g) Sztruktúra-átalakítással összefüggő többletkiadások kompenzálása (15 000 millió Ft), és az intézményi átalakítások és kapacitáscsökkentések támogatása (7 421 millió Ft).

Forrás: Saját szerkesztés OEP (2014) alapján

M 43. táblázat: Egészségbiztosítási Alap kiadásainak alakulása a bruttó hazai termék (GDP) százalékában

Év	Egészségbiztosítási Alap kiadásai							
	folyó áron		ebből:					
			gyógyító-megelőző ellátásra fordított kiadások			gyógyszertámogatásra fordított kiadások		
			folyó áron	1995-ös áron		folyó áron	1995-ös áron	
	milliárd Ft	GDP %-ában	milliárd Ft	1995=100%	milliárd Ft	1995=100%		
2005	1 579,9	7,2	694,5	236,4	123,8	348,9	118,8	167,8
2006	1 678,7	7,1	714,0	224,4	117,5	388,7	122,2	172,6
2007	1 648,6	6,6	718,7	218,2	114,2	323,6	98,3	138,8
2008	1 445,1	5,4	757,2	219,5	114,9	325,7	94,4	133,4
2009	1 418,8	5,5	719,0	195,8	102,5	343,2	93,4	132,0
2010	1 476,7	5,5	791,0	204,9	107,3	357,2	92,6	130,8
2011	1 486,5	5,3	806,9	202,7	106,1	376,9	94,7	133,7
2012	1 791,5	6,3	842,1	203,3	106,4	315,1 ^{b)}	76,1	107,5
2013	1 848,6	6,4	908,0	216,5	113,3	296,0	70,6	99,7

Forrás: OEP (2014)

M 44. táblázat: Az Egészségbiztosítási Alap bevételei

milliárd Ft

Év	Járulékbételek és hozzájárulások						Központi költségvetési hozzájárulások					Egyéb bevételek		Összesen
	munkál- tatói ^{a)}	biztosít- totti	munkál- tatói táppénz hozzá- járulás ^{b)}	egészség- ügyi hozzá- járulás	kése- delmi pótlék, bírság	egyéb járulé- k, hozzá- járulás ^{c)}	központi költség- vetésből járulé- k címén átvett pénz- eszköz	egészség- ügyi feladatok ellátásával kapcsolatos központi költség- vetési hozzá- járulás	GYED kiadá- sainak meg- térítése	rokkant- sági, rehabili- tációs ellátások fedezetére átvett pénz- eszközök	egyéb bevételek, hozzá- járulás ^{d)}	vagyon- gazdál- kodással kapcsolatos, és működési célú bevételek	eb. tevékeny- séggel kapcsolatos egyéb bevételek	
2005	680,1	227,7	23,2	164,4	4,2	4,7	0,0	3,5	61,3	0,0	1,3	2,9	31,3	1 204,6
2006	736,9	278,2	23,8	107,7	6,0	5,6	304,0	3,6	69,1	0,0	1,3	2,6	28,5	1 567,4
2007	616,6	484,8	23,4	113,5	5,7	5,6	288,9	3,7	77,2	0,0	2,6	3,7	50,4	1 676,0
2008	424,6	447,8	24,9	119,0	4,7	7,4	307,0	3,8	42,0	0,0	1,5	3,4	59,0	1 445,2
2009	314,9	424,3	24,8	109,9	4,2	20,4	313,6	3,9	0,0	0,0	1,6	1,7	49,9	1 269,4
2010	159,7	431,8	18,8	41,2	3,1	23,1	611,8	3,9	0,0	0,0	1,6	1,7	88,3	1 385,0
2011	152,5	442,2	15,8	54,3	3,3	24,4	637,0	5,0	0,0	0,0	0,4	1,1	67,2	1 403,1
2012	150,5	546,2	13,9	108,8	3,5	31,4	390,4	5,0	0,0	357,5	0,4	0,8	136,1	1 744,6
2013	1,8	583,4	14,6	138,7	3,2	20,8	376,3	5,4	0,0	349,3	236,1	1,9	111,2	1 848,1

^{a)} Tartalmazza 2011-ig az álláskeresési támogatás (korábban munkanélküli ellátás) után fizetett egészségbiztosítási járulékot, 2008-ig a nem biztosítottak egészségbiztosítási járulékát, 2005-től a Start kártyával rendelkező biztosítottak járulékát, valamint 2006-tól az EKHO-val teljesített egészségbiztosítási járulékot is. 2012-ben tartalmazza a szociális hozzájárulási adó E. Alapot megillető részét (134,8 milliárd Ft).

^{b)} 1996-tól került bevezetésre.

^{c)} Nem biztosítottak egészségügyi szolgáltatási járuléka (2009-től), baleseti járuléka (2006. szeptember 1-jétől a kiegészítő tevékenységet végzők egészségügyi szolgáltatási járuléka), a megállapodás alapján fizetők járuléka, a közteherjegy után befolyt járuléka, START-kártya program MPA által történő megtérítése, 2012-től NFA általi megtérítések, 2004-ig a sorkatonai szolgálatot teljesítők után fizetett egészségbiztosítási járuléka, valamint 2006-ig a fegyveres testületek kedvezményes nyugellátásainak kiadásaihoz hozzájárulás.

^{d)} 2012-ig a terhességmegszakítással kapcsolatos költségvetési térítés, 2007-ben a méltányossági gyógyszer-támogatás átmeneti kiegészítése, felügyeleti díj fedezetének kiegészítése. 2013-ban tartalmazza a munkahelyvédelmi akciótervvel összefüggő hozzájárulást az E. Alapnak (162,5 milliárd Ft), valamint a tervezett pénzeszköz-átvételt (73,6 milliárd Ft).

Forrás: Saját szerkesztés OEP (2014) alapján

M 45. táblázat: Az Egészségügyi alap kiadásai

Egészségügyi alap kiadásai				
Megnevezés	2005	2010	2012	2013
Természetbeni ellátások	1 100 425,10	1 207 982,90	1 223 208,20	1 271 716,90
Pénzbeli ellátások	193 975,30	221 238,00	553 309,90	553 437,50
Nyugellátás	257 349,50	-	-	-
Működésre fordított kiadások	23 696,70	20 938,70	9 960,70	10 653,30
Egyéb kiadások ^{a)}	4 194,80	26 519,30	5 012,60	12 824,80
Vagyongazdálkodás kiadásai	228,4	12,3	12,2	13
Kiadások összesen	1 579 869,80	1 476 691,20	1 791 503,60	1 848 645,40

a) Kifizetőhelyeket megillető költségtérítés, postaköltség, gyógyszer-gyártók ellentételezése és egyéb kiadások.

Forrás: Saját szerkesztés OEP (2014) alapján

M 46. táblázat: Gyógyszer és gyógyászati segédeszközök támogatására fordított kiadások

Gyógyszer és gyógyászati segédeszközök támogatására fordított kiadások				
	2005 ^{a)}	2010	2012	2013
Társadalombiztosítási támogatás összesen, millió Ft	393 000,80	401 401,00	366 433,70	347 482,80
ebből:				
gyógyszer	348 869,10	357 205,90	315 129,5 ^{b)}	296 023,60
ebből:				
speciális beszerzésű gyógyszerkiadás	23 831,50	9 832,50	9 977,90	14 491,20
méltányossági gyógyszertámogatás kiadása	..	5 159,90	6 464,60	4 494,00
gyógyászati segédeszköz	44 131,70	44 195,20	51 304,20	51 459,20
ebből:				
	5 047,60	5 454,90	5 532,00	5 964,30
egy lakosra jutó összes támogatás, Ft	38 961	40 140	36 938	35 124
ebből:				
gyógyszer	34 586	35 721	31 766	29 922
gyógyászati segédeszköz	4 375	4 420	5 172	5 202

a) Tartalmazza a vénykezelési díj összegét is.

b) 2012-ben a kiadáscsökkenés főbb oka egyrészt, hogy a kiadások egy része a gyógyító-megelőző ellátásokhoz került át a tételes elszámolás alá eső gyógyszerek körének bővülésével, másrészt pedig a "vaklicit" bevezetése.

Forrás: Saját szerkesztés OEP (2014) alapján

M 47. táblázat: Gyógyszer társadalombiztosítási támogatásának főkönyvi adatai

Gyógyszer társadalombiztosítási támogatásának főkönyvi adatai, 2014	
Megnevezés	Társadalombiztosítási támogatás, millió Ft
Gyógyszertáron keresztül forgalmazott gyógyszerek támogatása ÁFA-val	277 022,20
ebből:	
gyógyszertáron keresztül forgalmazott gyógyszerek támogatása, ÁFA nélkül	263 650,20
ebből:	
egészségügyi rendelkezésre 100%	91 559,80
egészségügyi rendelkezésre 90%	75 128,30
normatív gyógyszertámogatás	66 812,20
közgyógyellátás	29 881,40
honvédelmi kötelezettség	2,5
üzemi baleset	266,1
támogatás ÁFA tartalma	13 372,00
Speciális beszerzésű gyógyszerek kiadása ÁFA-val	14 491,20
ebből:	
speciális beszerzésű gyógyszerek kiadása ÁFA nélkül	14 491,20
támogatás ÁFA tartalma	-
Méltányossági gyógyszertámogatás kiadása ÁFA-val	4 494,00
ebből:	
méltányossági gyógyszertámogatás kiadása ÁFA nélkül	4 280,00
támogatás ÁFA tartalma	214
Üzemi baleset miatti visszatérítés ÁFA-val	16,3
ebből:	
üzemi baleset miatti visszatérítés ÁFA nélkül	15,5
visszatérítés ÁFA tartalma	0,8
Támogatás mindösszesen ÁFA-val	296 023,60

Forrás: Saját szerkesztés OEP (2014) alapján

M 48. táblázat: Járó-beteg szakellátás, összefoglaló adatok

Járó-beteg szakellátás összefoglaló adatok				
(Tartalmazza a laboratóriumi diagnosztika adatait.)				
Megnevezés	2005	2010	2012	2013
Finanszírozott szolgáltatók év végi száma	457	421	428	413
Finanszírozott szolgáltatók havi átlagos száma	453	421	417	415
Esetek száma, ezer	73 687	64 195	65 049	64 885
Beavatkozások száma, millió	348,8	336,7	351,9	356,1
Száz lakosra jutó esetek száma	731	642	656	656
Száz lakosra jutó beavatkozások száma	3 458	3 367	3 547	3 599
Finanszírozási összeg, millió Ft	112 850,4	111 719,1	123 122,7	123 802,5
Egy esetre jutó finanszírozási összeg, Ft	1 531	1 740	1 893	1 908
Egy beavatkozásra jutó finanszírozási összeg, Ft	324	332	350	348

Forrás: OEP (2014)

M 49. táblázat: Fekvőbeteg-gyógyintézetek finanszírozása, összefoglaló adatok

Fekvőbeteg-gyógyintézetek finanszírozása				
Összefoglaló adatok				
Megnevezés	2005	2010	2012	2013
Finanszírozott szolgáltatók év végi száma	185	177	179	171
Finanszírozott szolgáltatók havi átlagos száma	184	178	178	172
Finanszírozási összeg, millió Ft	396 696,0	371 270,2	398 380,9	407 269,9
ebből:				
aktív ellátás	355 870,5	311 616,8	336 742,7	344 084,7
krónikus ellátás	40 825,5	59 653,4	61 638,2	63 185,3
Aktív ellátás				
Egy finanszírozott esetre jutó finanszírozási				
összeg, ezer Ft	138,3	145,5	143,6	165,9
Krónikus ellátás				
Egy ápolási napra jutó finanszírozási összeg, ezer Ft	6,7	7,4	7,7	7,8

Forrás: OEP (2014)

M 50. táblázat: Az aktív és a krónikus ellátás finanszírozási összegei

Fekvőbeteg-gyógyintézetek finanszírozása				
Összefoglaló adatok				
Megnevezés	2005	2010	2012	2013
Finanszírozott szolgáltatók év végi száma	185	177	179	171
Finanszírozott szolgáltatók havi átlagos száma	184	178	178	172
Finanszírozási összeg, millió Ft	396 696,00	371 270,20	398 380,90	407 269,90
ebből:				
aktív ellátás	355 870,50	311 616,80	336 742,70	344 084,70
krónikus ellátás	40 825,50	59 653,40	61 638,20	63 185,30
Aktív ellátás				
Egy finanszírozott esetre jutó finanszírozási összeg, ezer Ft	138,3	145,5	143,6	165,9
Krónikus ellátás				
Egy ápolási napra jutó finanszírozási összeg, ezer Ft	6,7	7,4	7,7	7,8

Forrás: Saját szerkesztés OEP (2014) alapján

M 51. táblázat: Az integrációban részt vett kórházak

Sor-szám	Intézmény neve	Szerepe	Átvétel időpontja	Megjegyzés
1.	Állami Szívkórház Balatonfüred	Országos intézet	Gyemszi 2012. január	
2.	Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	Térségi társközpont	Gyemszi 2012. január	
3.	Csornai Margit Kórház, Csorna	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
4.	Deák Jenő Kórház, Tapolca	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
5.	Gróf Eszterházy Kórház és Rendelőintézet Szakrendelő, Pápa	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
6.	Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház, Hévíz	Szakkórház	Gyemszi 2012. május	
7.	Kanizsai Dorottya Kórház, Nagykanizsa	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
8.	Karolina Kórház - Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
9.	Kemenesaljai Egyesített Kórház Celldömölk	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
10.	Keszthelyi Kórház, Keszthely	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
11.	Lumniczer Sándor Kórház-Rendelőintézet, Kapunár	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
12.	Magyar Imre Kórház, Ajka	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
13.	Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely	Térségi társközpont	Gyemszi 2012. január	2013. január 1-től integráció a Körmen-di
14.	Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr	Térségi központ	Gyemszi 2012. január	
15.	Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet, Sopron	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	Integrálódott a Soproni Rehabilitációs
16.	Szent László Kórház, Sárvár	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
17.	Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet Farkasgyepű	Szakkórház	Gyemszi 2012. január	
18.	Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg	Térségi társközpont	Gyemszi 2012. január	
19.	Zirci Erzsébet Kórház-Rendelőintézet, Zirc	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
20.	Bányászati Utókezelő és Éjjeli Szana-tórium, Komló-Sikonda	Gondozási központ	Gyemszi 2012. január	
21.	Bonyhádi Kórház és Rendelőintézet, Bonyhád	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
22.	Dombóvári Szent Lukács Kórház, Dombóvár	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
23.	Komlói Egészségcentrum, Komló	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
24.	Mohácsi Kórház, Mohács	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
25.	Nagyatádi Kórház, Nagyatád	Közösségi kórház	Gyemszi 2013.	
26.	Siklósi Kórház Humán-Egészségügyi Szolgáltató Közhasznú Nonprofit Kft.,	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	74,444% Mega- Logistic Zrt.
27.	Siófoki Kórház-Rendelőintézet, Siófok	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
28.	Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár	Térségi társközpont	Gyemszi 2012. január	Integráció 2013. január 1-től Marcali Városi
29.	Szigetvári Kórház, Szigetvár	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
30.	Tolna Megyei Balassa János Kórház, Szekszárd	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. január	

Sor-szám	Intézmény neve	Szerepe	Átvétel időpontja	Megjegyzés
31.	Zsigmond Vilmos Harkányi Gyógyfürdőkórház Nonprofit Kft., Harkány	Szakkórház	Gyemszi 2012. január	
32.	Árpád-házi Szent Erzsébet Szakkórház és Rendelőintézet, Tata	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
33.	Batthyány Kázmér Szakkórház, Kisbér	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
34.	Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár	Térségi társközpont	Gyemszi 2012. január	Mór beolvadt
35.	Oroszlányi Szakorvosi és Ápolási Intézet, Oroszlány	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
36.	Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest (OKTPI)	Országos intézet	Gyemszi 2012. január	
37.	Országos Onkológiai Intézet, Budapest (OOI)	Országos intézet	Gyemszi 2012. január	
38.	Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest (OORI)	Országos intézet	Gyemszi 2012. január	
39.	Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest (ORFI)	Országos intézet	Gyemszi 2012. január	
40.	Országos Sportegészségügyi Intézet, Budapest (OSEI)	Országos intézet	Gyemszi 2012. január	
41.	Selye János Kórház, Komárom	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
42.	Szent Borbála Kórház, Tatabánya	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. január	
43.	Szent Imre Kórház, Budapest	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. január	
44.	Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest	Térségi központ	Gyemszi 2012. január	
45.	Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaujváros	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
46.	Tüdőgyógyintézet Törökbálint	Országos intézet	Gyemszi 2012. január	
47.	Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet, Budapest	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. január	
48.	Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Budapest	Több profilú közösségi, szakkórház	Gyemszi 2012. január	
49.	Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest	Országos intézet	Gyemszi 2012. január	
50.	Heim Pál Gyermekkórház, Budapest	Országos intézet	Gyemszi 2012. január	
51.	Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Budapest	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. január	
52.	Jászberényi Szent Erzsébet Kórház, Jászberény	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
53.	Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet, Szolnok	Térségi társközpont	Gyemszi 2012. január	
54.	MÁV Kórház és Rendelőintézet, Szolnok	Szakkórház	Gyemszi 2012. január	
55.	Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet, Mezőtúr	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
56.	Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ,	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. január	
57.	Szakorvosi Rendelőintézet Gyömrő	Járóbeteg ellátás	Gyemszi 2012. január	nem fekvő
58.	Szakorvosi Rendelőintézet Monor	Járóbeteg ellátás	Gyemszi 2012. január	nem fekvő
59.	Szakorvosi Rendelőintézet Nagykáta	Járóbeteg ellátás	Gyemszi 2012. január	nem fekvő
60.	Szakorvosi Rendelőintézet Szigetszentmiklós	Járóbeteg ellátás	Gyemszi 2012. január	nem fekvő

Sor-szám	Intézmény neve	Szerepe	Átvétel időpontja	Megjegyzés
61.	Szent Rókus Kórház és Intézményei, Budapest	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. január	
62.	Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
63.	Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet, Hatvan	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
64.	Bugát Pál Kórház, Gyöngyös	Közösségi kórház	Gyemszi 2013.	
65.	Dorogi Szent Borbála Szakkórház és Szakorvosi Rendelő, Dorog	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
66.	Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
67.	Jávorszky Ödön Kórház, Vác	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
68.	Károlyi Sándor Kórház, Budapest	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. január	
69.	Margit Kórház Pásztó	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
70.	Mátrai Gyógyintézet, Mátraháza	Szakkórház	Gyemszi 2012. január	
71.	Misszió Egészségügyi Központ, Veregyház	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
72.	Nyíró Gyula Kórház - Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet,	Közösségi kórház, szakkórház	Gyemszi 2012. január	
73.	Országos Klinikai Idegtudományi Intézet, Budapest (OKIT)	Országos intézet	Gyemszi 2012. január	
74.	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. január	
75.	Szent Kozma és Damján Rehabilitációs Szakkórház, Visegrád	Szakkórház	Gyemszi 2012. január	
76.	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. január	
77.	Szent Margit Kórház, Budapest	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. október	
78.	Uzsoki utcai Kórház, Budapest	Térségi társközpont	Gyemszi 2012. január	
79.	Vaszary Kolos Kórház, Esztergom	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. január	
80.	Almási Balogh Pál Kórház, Ózd	Közösségi kórház	Gyemszi 2013.	
81.	Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc	Térségi központ	Gyemszi 2012. január	
82.	Gönc és Térsége Egészségéért Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit	Járóbeteg ellátás	Gyemszi: feladat-ellátás	nem fekvő
83.	Kazincbarcikai Kórház Nonprofit Kft., Kazincbarcika	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2013.	
84.	Koch Róbert Kórház és Rendelőintézet, Edelény	Szakkórház	Gyemszi 2012. május	
85.	Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. január	
86.	Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Miskolc	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
87.	Parádfürdői Állami Kórház, Parádfürdő	Szakkórház	Gyemszi 2012. január	
88.	Sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórház, Sátoraljaújhely	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
89.	Felső-Szabolcsi Kórház, Kisvárd	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
90.	Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	

Sor-szám	Intézmény neve	Szerepe	Átvétel időpontja	Megjegyzés
91.	Kátai Gábor Kórház, Karcag	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
92.	Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Debrecen	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. január	Benne: az összes debreceni Gt
93.	Kunhegyesi Szakorvosi és Ápolási Intézet, Kunhegyes	Gondozási központ	Gyemszi 2012. május	
94.	Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Nyíregyháza	Térségi társközpont	Gyemszi 2012. január	Régen: Jósa Benne: EH Zrt,
95.	Bács-Kiskun Megyei Kórház a Szegei Orvostudományi Egyetem Általános	Térségi társközpont	Gyemszi 2012. január	2013. január 1-től integráció Kalocsával.
96.	Bajai Szent Rókus Kórház, Baja	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
97.	Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Gyula	Térségi társközpont	Gyemszi 2012. január	
98.	Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Szentes	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. január	
99.	Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ Hódmezővásárhely-Makó	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	2013. január 1-től összeolvadt Makóval
100.	Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk	Országos intézet	Gyemszi 2012. január	
101.	Dr. Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet, Békéscsaba	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
102.	Kiskunhalasi Semmelweis Kórház, Kiskunhalas	Több profilú közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	
103.	Nagykőrösi Rehabilitációs Szakkórház és Rendelőintézet, Nagykőrös	Közösségi egészségközpont	Gyemszi 2012. május	
104.	Orosházi Kórház, Orosháza	Közösségi kórház	Gyemszi 2012. május	

Forrás: Saját szerkesztés

Mélyinterjú forgatókönyve

Kód:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

A válaszadó köszöntése, rövid felvilágosítás a kutatási témáról, céljáról és a módszerről

Felvezető szöveg:

A most következő interjú részét képezi „Az egészségügy intézményi rendszerében végbement és folyamatban lévő integrációs folyamatok gazdasági hatásainak értékelő elemzése” című PhD kutatásnak.

A mai dátum:

Felvezető általános kérdések:

Magyarország régiói közül hol található az Ön munkahelyének székhelye? (földrajzi elhelyezkedés)

Mi a válaszadó munkaköre?

Mennyi az éves átlagos munkavállalói létszám az Ön munkahelyén?

Az interjú részletei:

- Mi a kórház fő fekvőbeteg ellátási profilja, mely szakmai területhez tartozik a legnagyobb ágyszámú egység, illetve mi annak a kórháznak fő profilja, amelynek ön a dolgozója?
- Ön szerint mik lehetnek azok a tényezők, szempontok, amelyek egy integrációs döntés előtt meghatározóak?
- Mi az Ön véleménye arról, hogy „... nem megfelelően kerültek előkészítésre az integrációs döntések, sokszor csak vélt, valósnak hitt gazdaságossági szempontok motiválták a döntéshozókat, nem készültek kellően megalapozott előzetes gazdasági számítások az integrációs döntések előtt.”
- Figyelembe veszik, vették-e a vezetők, a döntéshozók a szakmai szervezetek véleményét az integrációra vonatkozó döntésük meghozatala előtt?
- Az Ön véleménye szerint...”Lehetséges megoldás-e az integráció a hatékony erőforrás gazdálkodásra, a költségek csökkentésére?”
- Ön szerint „A kórházi integráció megoldotta-e a hatékony erőforrás gazdálkodás kérdését, javult-e a kórházak likviditási helyzete az integrációt követően?”
- Az Ön személyes tapasztalata alapján „Javult-e a betegellátás színvonala, eredményezett-e minőségjavulást a szolgáltatásban az integráció?”

Köszönetnyilvánítás

Mélyinterjú kódlista

Változó száma	Karakter száma	Változó neve	Kód leírása	
1	1	Futó sorszám	1,2,...n	
2	1	Megkérdezett legmagasabb iskolai végzettsége	1	Nyolc általános
			2	Szakiskola, szakmunkásképző
			3	Szakközépiskolai érettségi
			4	Gimnáziumi érettségi
			5	Felsőfokú szakképzés
			6	Egyetemi diploma
3	1	Megkérdezett intézményének földrajzi elhelyezkedése	1	Észak-Magyarország
			2	Észak-Alföld
			3	Dél-Alföld
			4	Közép-Magyarország
			5	Nyugat-Dunántúl
			6	Közép-Dunántúl
			7	Dél-Dunántúl
4	2	Válaszadó szakmai területe az intézményben	1	Járó-beteg ellátás
			2	Fekvőbeteg ellátás
			3	Rehabilitáció
			4	Krónikus ellátás
			5	Menedzsment, felső vezetés
			6	Pénzügy/számvitel
			7	Munkaügy/társadalombiztosítás
			8	Intézményfenntartás, műszaki ellátás, portaszolgálat, portaszolgálat
			9	Informatika
			10	Élelmezés
			11	Takarítás
5	1	A válaszadó intézményének alkalmazotti létszáma	1	100 fő alatt
			2	100-250 fő között
			3	250-300 fő között
			4	500-1000 fő között
			5	1000 fő felett
6	6	Mélyinterjú dátuma	ÉV-HÓ-NAP (2-2-2 karakter)	

Forrás: saját szerkesztés

Kérdőív

Az alábbi kérdőív kérdései az egészségügyi integráció hatásainak elemzésével kapcsolatos kutatási munka során íródtak. A kitöltés körülbelül 10-15 percet vesz igénybe. Kérem, a kérdőív kitöltésével segítse elő a kutatás sikerét. Válaszait előre is köszönöm!

Neme?

1. Nő
2. Férfi

Hány éves Ön?

1. 18-20 év közötti
2. 21-30 év közötti
3. 31-40 év közötti
4. 41-50 év közötti
5. 51-60 év közötti
6. 61 év feletti

Legmagasabb iskolai végzettsége?

1. 8 általánosnál kevesebb
2. 8 általános
3. szakiskola, szakmunkásképző
4. érettségi
5. felsőfokú szakképzés
6. főiskola, egyetemi diploma

Mely területen dolgozik?

1. Egészségügy
2. A közsféra egyéb területei
3. Ipar
4. Kereskedelem
5. Mezőgazdaság
6. Pénzügy
7. Egyéb
8. Munkanélküli

Mi a munkahelyének földrajzi elhelyezkedése, régiók szerint?

1. Észak-Magyarország
2. Észak-Alföld

3. Dél-Alföld
4. Közép-Magyarország
5. Nyugat-Dunántúl
6. Közép-Dunántúl
7. Dél-Dunántúl

A cég ahol dolgozik kis és középvállalkozási szektor besorolása szerint melyikbe tartozik?

1. Mikroállalkozás (0-9 fő között)
2. Kisvállalkozás (10-49 fő között)
3. Középvállalat (50-249 fő között)
4. Nagyvállalkozás (250 fő felett)

Átlagosan mennyi idő alatt jut el kórházba?

1. Kevesebb, mint 1 óra alatt
2. 1 óra
3. 2 óra
4. 3 óra
5. 4 óra
6. Több mint 4 óra
7. Nem tudom

Mi a tapasztalata mennyi az átlagos műtéti várakozási idő?

1. 1-10 nap
2. 11-30 nap
3. 2 hónap
4. 3 hónap
5. Több mint 3 hónap
6. Nincs tapasztalatom

Mi a tapasztalata a járó beteg ellátás (kórházi vizsgálatok) során a várakozási időről?

Mennyi idő telik el mire az első vizsgálatra hívják?

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1. Kevesebb, mint 15 perc | 2. 15-30 perc között |
| 3. 30-45 perc között | 4. 45-60 perc között |
| 5. 1-2 óra között | 6. 2- 3 óra között |
| 7. 3 -4 óra között | 8. Több mint 4 óra |
| | 9. Nincs tapasztalatom |

Mit gondol, javult-e az egészségügy helyzete 2007 óta?

1. Egyáltalán nem javult, romlott
2. Nem javult
3. Nem változott
4. Mérsékelten javult
5. Nagymértékben javult
6. Nem tudom

Miben bízik jobban?

1. Az állami egészségügyben
2. Magán-orvosi ellátásban

Adott-e Ön az elmúlt 5 évben hálapénzt egészségügyi dolgozónak?

1. Igen
2. Nem

A hálapénz következményeként javult-e az Ön egészségügyi ellátása?

1. Igen
2. Nem
3. Nem adtam hálapénzt

Fizetne e vizitdíjat az állami egészségügyi intézményekben a jobb egészségügyi ellátás érdekében?

1. Igen
2. Nem

Elegendőnek tartja az orvosok és az ápolók jövedelmét Magyarországon?

1. Elegendőnek tartom az orvosok fizetését.
2. Elegendőnek tartom az ápolók fizetését.
3. Az ápolók és az orvosok fizetését is elegendőnek tartom.
4. Az ápolók és az orvosok jövedelmét a végzett munkájukhoz viszonyítva kevésnek tartom

Elegendőnek tartja-e az orvosok számát?

1. Igen
2. Nem
3. Nem tudom

Elegendőnek tartja-e az ápolók számát?

1. Igen
2. Nem
3. Nem tudom

Elégedett-e az egészségügyi intézményekben dolgozók szaktudásával?

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem vagyok megelégedve	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Teljesen meg vagyok megelégedve

Bizalommal fordul orvosához?

1. Igen
2. Nem

Megfogadja orvosa tanácsait?

1. Igen
2. Nem

Egy adott betegséggel kapcsolatban kinek/minek a tanácsát fogadja meg leghamarabb?

1. Orvos
2. Természetgyógyász
3. Barát, ismerős
4. Gyógyszerésztől
5. Internet
6. Újság, Rádió
7. Televízió

Mi alapján választ egészségügyi intézményt?

1= egyáltalán nem fontos 5=nagyon fontos

	1	2	3	4	5
Az intézmény távolsága a lakóhelyétől	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az ellátás szakmai színvonala, intézmény felszereltsége, diagnosztikai lehetőségek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Referencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az ellátás helyének komfortossága	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
A szolgáltatásokért fizetendő összeg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A hálapénz szükségessé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az orvosok, nővérek iránt érzett szimpátia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit tapasztalt, csökkent-e a kórházakban, orvosi rendelőkben a várakozási idő?

1. Igen
2. Részben
3. Nem
4. Nincs tapasztalatom

Tapasztalta-e, hogy az egészségügyi intézményekben kevesebb lett adminisztrációs folyamat?

1. Igen
2. Részben
3. Nem
4. Nincs tapasztalatom

Elégedett-e az egészségügyi intézmények komfortosságával, tisztaságával?

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem vagyok megelégedve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teljesen meg vagyok megelégedve

Elégedett-e a várakozási idővel?

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem vagyok megelégedve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teljesen meg vagyok megelégedve

Elégedett-e a kezelő orvosával való személyes kapcsolatával és az általa nyújtott orvosi kezeléssel?

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem vagyok megelégedve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teljesen meg vagyok megelégedve

Elégedett-e az ápolók és az asszisztensek munkájával?

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem vagyok megelégedve	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Teljesen meg vagyok megelégedve

Összességében mennyire elégedett a magyar egészségügyi ellátással?

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem vagyok megelégedve	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Teljesen meg vagyok megelégedve

Az alábbi területeken milyen fokú volt az elégedettsége?

Amennyiben valamelyik témakörben nincs tapasztalata, a sort hagyja üresen.

1=nem elégedett 5=nagyon elégedett

	1	2	3	4	5
Orvosi ellátás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ápolás a nővérek részéről	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentőszolgálat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosztika (labor, röntgen, CT, MR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gyógyszerellátás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kórházi szoba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fürdő, Mellékhelység tisztasága	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élelmezés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Megközelíthetőség (parkolás)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akadálymentesség (Közlekedés mozgássérülteknek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Várakozási idő	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ön szerint szükség van-e az egészségügy átalakítására?

1 2 3 4 5

Egyáltalán nincs szükség Nagy szükség van**Az egészségügy mely területei szorulnak változásra?**

Több választ is megjelölhet!

1. Háziorvosi ellátás
2. Fogorvosi ellátás
3. Fekvőbeteg (kórházi) ellátás
4. Járó-beteg ellátás
5. Otthoni szakápolás, hospice
6. Betegszállítás, mentés
7. Méltányossági alapon történő térítések
8. Speciális finanszírozású ellátások
9. Nem tudom

Kérem, hogy az egészségügy átalakítására vonatkozó választ, indokolja meg pár mondatban.

A kitöltés nem kötelező

Ön szerint mi az egészségügy problémája?

Több választ is megjelölhet!

1. Egyenlőtlen hozzáférés az ellátásokhoz
2. Szűkös kapacitások, a várólisták hossza
3. Az egészségügy alacsony finanszírozása
4. Nem tudom

M 52. táblázat: Anova regresszió faktoranalízis 2011

ANOVA 2011						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
REGR factor score 1 for analysis 1	Between Groups	50,121	2	25,061	101,006	,000
	Within Groups	15,879	64	,248		
	Total	66,000	66			
REGR factor score 2 for analysis 1	Between Groups	2,317	2	1,159	1,165	,319
	Within Groups	63,683	64	,995		
	Total	66,000	66			
REGR factor score 3 for analysis 1	Between Groups	43,561	2	21,781	62,123	,000
	Within Groups	22,439	64	,351		
	Total	66,000	66			

Forrás: saját szerkesztés

M 53. táblázat: Anova regresszió faktoranalízis 2012

ANOVA 2012						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
REGR factor score 1 for analysis 1	Between Groups	49,854	3	16,618	64,841	,000
	Within Groups	16,146	63	,256		
	Total	66,000	66			
REGR factor score 2 for analysis 1	Between Groups	49,589	3	16,530	63,455	,000
	Within Groups	16,411	63	,260		
	Total	66,000	66			

Forrás: saját szerkesztés

M 54. táblázat: Anova regresszió faktoranalízis 2013

ANOVA 2013						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
REGR factor score 1 for analysis 1	Between Groups	51,518	2	25,759	55,093	,000
	Within Groups	43,482	93	,468		
	Total	95,000	95			
REGR factor score 2 for analysis 1	Between Groups	87,218	2	43,609	521,158	,000
	Within Groups	7,782	93	,084		
	Total	95,000	95			
REGR factor score 3 for analysis 1	Between Groups	3,771	2	1,885	1,922	,152
	Within Groups	91,229	93	,981		
	Total	95,000	95			

Forrás: saját szerkesztés

M 55. táblázat: Anova mutatószámok 2011

ANOVA 2011						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Forgóeszköz aránya	Between Groups	,232	2	,116	10,483	,000
	Within Groups	,707	64	,011		
	Total	,938	66			
Befektetett eszközök fedezettsége	Between Groups	7,689	2	3,844	119,269	,000
	Within Groups	2,063	64	,032		
	Total	9,752	66			
Tőkeerősség	Between Groups	4,824	2	2,412	88,800	,000
	Within Groups	1,738	64	,027		
	Total	6,563	66			
Likviditási ráta	Between Groups	16,554	2	8,277	1,270	,288
	Within Groups	417,233	64	6,519		
	Total	433,787	66			
Likviditási gyorsráta	Between Groups	12,499	2	6,250	1,230	,299
	Within Groups	325,217	64	5,082		
	Total	337,716	66			
Eladósodási fok	Between Groups	4,048	2	2,024	77,596	,000
	Within Groups	1,669	64	,026		
	Total	5,717	66			
Esedékességi aránymutató	Between Groups	,184	2	,092	2,980	,058
	Within Groups	1,972	64	,031		
	Total	2,155	66			
Nettó eladósodottság	Between Groups	1485,997	2	742,998	240,106	,000
	Within Groups	198,045	64	3,094		
	Total	1684,042	66			

Forrás: saját szerkesztés

M 56. táblázat: Anova mutatószámok 2012

ANOVA 2012						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Forgóeszköz aránya	Between Groups	,223	3	,074	11,481	,000
	Within Groups	,407	63	,006		
	Total	,630	66			
Befektetett eszközök fedezettsége	Between Groups	6,322	3	2,107	58,400	,000
	Within Groups	2,273	63	,036		
	Total	8,595	66			
Tőkeerősség	Between Groups	3,724	3	1,241	41,485	,000
	Within Groups	1,885	63	,030		
	Total	5,609	66			
Likviditási ráta	Between Groups	412,682	3	137,561	99,145	,000
	Within Groups	87,411	63	1,387		
	Total	500,093	66			
Likviditási gyorsráta	Between Groups	302,790	3	100,930	102,364	,000
	Within Groups	62,117	63	,986		
	Total	364,907	66			
Eladósodási fok	Between Groups	3,445	3	1,148	43,310	,000
	Within Groups	1,670	63	,027		
	Total	5,115	66			
Esedékességi aránymutató	Between Groups	,467	3	,156	6,217	,001
	Within Groups	1,577	63	,025		
	Total	2,044	66			
Nettó eladósodottság	Between Groups	415,031	3	138,344	23,199	,000
	Within Groups	375,685	63	5,963		
	Total	790,716	66			

Forrás: saját szerkesztés

M 57. táblázat: Anova mutatószámok 2013

ANOVA 2013						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Forgóeszköz aránya	Between Groups	,451	2	,226	36,739	,000
	Within Groups	,571	93	,006		
	Total	1,022	95			
Befektetett eszközök fedezettsége	Between Groups	13,076	2	6,538	201,585	,000
	Within Groups	3,016	93	,032		
	Total	16,093	95			
Tőkeerősség	Between Groups	4,600	2	2,300	99,827	,000
	Within Groups	2,143	93	,023		
	Total	6,742	95			
Likviditási ráta	Between Groups	4049,988	2	2024,994	230,501	,000
	Within Groups	817,024	93	8,785		
	Total	4867,011	95			
Likviditási gyorsráta	Between Groups	111,740	2	55,870	8,945	,000
	Within Groups	580,847	93	6,246		
	Total	692,587	95			
Pénzhányad mutató	Between Groups	93,457	2	46,729	8,124	,001
	Within Groups	534,935	93	5,752		
	Total	628,392	95			
Eladósodási fok	Between Groups	4,152	2	2,076	98,845	,000
	Within Groups	1,953	93	,021		
	Total	6,105	95			
Tőkefeszültség	Between Groups	70,762	2	35,381	126,045	,000
	Within Groups	26,105	93	,281		
	Total	96,867	95			
Szállítók fedezettségi mutatója	Between Groups	,789	2	,394	5,857	,004
	Within Groups	6,261	93	,067		
	Total	7,050	95			
Nettó eladósodottság	Between Groups	44,976	2	22,488	70,456	,000
	Within Groups	29,684	93	,319		
	Total	74,660	95			
Nettó adósságállomány	Between Groups	2468773090581,330	2	1234386545290,670	2,115	,126
	Within Groups	54268236300267,700	93	583529422583,523		
	Total	56737009390849,000	95			

Nettó szállítói adósságállomány	Between Groups	606365292880,607	2	303182646440,303	,507	,604
	Within Groups	55583076183886,300	93	597667485848,240		
	Total	56189441476767,000	95			
Nettó forgótőke	Between Groups	38617679908966,600	2	19308839954483,300	63,808	,000
	Within Groups	28142589564322,400	93	302608489938,950		
	Total	66760269473289,000	95			

Forrás: saját szerkesztés

M 58. táblázat: Arima koefficiens

Coefficients					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	-587981,141	2135763,202		-,275	,794
Q_kib	,799	1,319	,262	,606	,571

Forrás: saját szerkesztés

M 59. táblázat: Arima korreláció

Correlations						
		Q_kib	Bajcsy	Szent János	Péterfy	Szent Imre
Q_kib	Pearson Correlation	1	,941**	,602	,883**	,262
	Sig. (2-tailed)		,002	,152	,008	,571
	N	7	7	7	7	7
Bajcsy	Pearson Correlation	,941**	1	,698	,939**	,443
	Sig. (2-tailed)	,002		,081	,002	,319
	N	7	7	7	7	7
Szent János	Pearson Correlation	,602	,698	1	,824*	,706
	Sig. (2-tailed)	,152	,081		,023	,076
	N	7	7	7	7	7
Péterfy	Pearson Correlation	,883**	,939**	,824*	1	,613
	Sig. (2-tailed)	,008	,002	,023		,144
	N	7	7	7	7	7
Szent Imre	Pearson Correlation	,262	,443	,706	,613	1
	Sig. (2-tailed)	,571	,319	,076	,144	
	N	7	7	7	7	7

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Forrás: saját szerkesztés

M 60. táblázat: Comerford analízis képlete

Comerford analízis	
x1	nettó jövedelem / összes befektetett eszköz
x2	teljes adósság / összes befektetett eszköz
x3	(készpénz + követelések) / összes befektetett eszköz
x4	forgóeszközök / rövid lejáratú kötelezettségek
x5	(készpénz + követelések) / rövid lejáratú kötelezettségek
x6	nettó jövedelem / jegyzett tőke
Z	$1,44*x1-1,78*x2+6,06*x3+0,62*x4-2,56*x5+0,37*x6$

Forrás: saját szerkesztés Ékes (2013) alapján

M 61. táblázat: Virág Miklós féle modell képlete

Virág Miklós féle modell	
x1	likviditási gyorsráta
x2	cash-flow / kötelezettségek
x3	forgóeszközök / összes eszköz
x4	cash-flow / összes eszköz
csőd	$-7,73405+1,72122x1-0,22514x2-2,29162x3+0,21935x4$
kontroll	$-10,35017+3,07788x1+1,40883x2+1,37222x3+0,25301x4$
Z	$1,3566x1+1,63397x2+3,66384x3+0,03366x4$

Forrás: saját szerkesztés Ékes (2013) alapján

M 62. táblázat: Ékes féle modell képlete

Ékes féle modell	
D1	forgóeszközök aránya
D2	vevőállomány aránya
D3	befektetett eszközök fedezettsége
D4	tőkeáttétel
X4	saját tőke piaci értéke / összes adósság könyv szerinti értéke
Z	$2,121-0,104*D1-1,102*D2+0,238*D3+0,497*D4-0,146*X4$

Forrás: saját szerkesztés Ékes (2013) alapján

M 63. táblázat: Ön szerint szükség van-e az egészségügy átalakítására?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Részben szükség van	3	0,8	0,8	0,8
	Általában szükség van	40	10,5	10,5	11,3
	Szükség van	87	22,8	22,8	34
	Nagy szükség van	252	66	66	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 64. táblázat: Kitöltő

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő	326	85,3	85,3	85,3
	Egészségügyi szolgáltatást nyújtó	56	14,7	14,7	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 65. táblázat: Neme

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	férfi	132	34,6	34,6	34,6
	nő	250	65,4	65,4	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 66. táblázat: Hány éves Ön?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	18-20 év közötti	9	2,4	2,4	2,4
	21-30 év közötti	77	20,2	20,2	22,5
	31-40 év közötti	83	21,7	21,7	44,2
	41-50 év közötti	105	27,5	27,5	71,7
	61-60 év közötti	74	19,4	19,4	91,1
	61 év feletti	34	8,9	8,9	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 67. táblázat: Legmagasabb iskolai végzettsége?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Szakiskola, szakmunkásképző	11	2,9	2,9	2,9
	Érettségi	27	7,1	7,1	9,9
	Felsőfokú szakképzés	42	11	11	20,9
	Egyetemi, főiskolai diploma	302	79,1	79,1	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 68. táblázat: Mely területen dolgozik?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Egészségügy	73	19,1	19,1	19,1
	Közfelföld egyéb területei	79	20,7	20,7	39,8
	Ipar	18	4,7	4,7	44,5
	Kereskedelem	15	3,9	3,9	48,4
	Mezőgazdaság	6	1,6	1,6	50
	Pénzügy	117	30,6	30,6	80,6
	Egyéb	60	15,7	15,7	96,3
	Munkanélküli	14	3,7	3,7	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 69. táblázat: Mi a munkahelyének földrajzi elhelyezkedése, régiók szerint?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Észak- Magyarország	40	10,5	10,5	10,5
	Észak- Alföld	17	4,5	4,5	14,9
	Dél- Alföld	108	28,3	28,3	43,2
	Közép- Magyarország	150	39,3	39,3	82,5
	Nyugat- Dunántúl	33	8,6	8,6	91,1
	Közép- Dunántúl	9	2,4	2,4	93,5
	Dél- Dunántúl	13	3,4	3,4	96,9
	Nem dolgozom	12	3,1	3,1	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 70. táblázat: A cég ahol dolgozik kis és középvállalkozási szektor besorolása szerint melyikbe tartozik?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Mikrovállalkozás (0-9 fő között)	101	26,4	26,4	26,4
	Kisvállalkozás (10-49 fő között)	56	14,7	14,7	41,1
	Középvállalat (50-249 fő között)	32	8,4	8,4	49,5
	Nagyvállalkozás (250 fő felett)	178	46,6	46,6	96,1
	Nem dolgozom	15	3,9	3,9	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 71. táblázat: Átlagosan mennyi idő alatt jut el kórházba?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Kevesebb, mint 1 óra	309	80,9	80,9	80,9
	1 óra	62	16,2	16,2	97,1
	2 óra	3	0,8	0,8	97,9
	4 óra	3	0,8	0,8	98,7
	Nem tudom	5	1,3	1,3	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 72. táblázat: Mi a tapasztalata mennyi az átlagos műtéti várakozási idő?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	1-10 nap	31	8,1	8,1	8,1
	11-30 nap	71	18,6	18,6	26,7
	2 hónap	70	18,3	18,3	45
	3 hónap	48	12,6	12,6	57,6
	Több mint 3 hónap	56	14,7	14,7	72,3
	Nincs tapasztalatom	106	27,7	27,7	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 73. táblázat: Mi a tapasztalata a járó-beteg ellátás (kórházi vizsgálatok) során a várakozási időről? Mennyi idő telik el mire az első vizsgálatra behívják?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Kevesebb, mint 15 perc	6	1,6	1,6	1,6
	15-30 perc között	43	11,3	11,3	12,8
	30-45 perc között	76	19,9	19,9	32,7
	46-60 perc között	109	28,5	28,5	61,3
	1-2 óra között	109	28,5	28,5	89,8
	2-3 óra között	16	4,2	4,2	94
	3-4 óra között	14	3,7	3,7	97,6
	Nincs tapasztalatom	9	2,4	2,4	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 74. táblázat: Miben bízik jobban?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Állami egészségügyben	71	18,6	18,6	18,6
	Magán-orvosi ellátásban	311	81,4	81,4	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 75. táblázat: Adott-e Ön az elmúlt 5 évben hálapénzt egészségügyi dolgozónak?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Nem	148	38,7	38,7	38,7
	Igen	234	61,3	61,3	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 76. táblázat: A hálapénz következményeként javult-e az Ön egészségügyi ellátása?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Nem adtam hálapénzt	101	26,4	26,4	26,4
	Igen	162	42,4	42,4	68,8
	Nem	119	31,2	31,2	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 77. táblázat: Fizetne-e vizitdíjat az állami egészségügyi intézményekben a jobb egészségügyi ellátás érdekében?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Nem	114	29,8	29,8	29,8
	Igen	268	70,2	70,2	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 78. táblázat: Elegendőnek tartja az orvosok és az ápolók jövedelmét Magyarországon?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Elegendőnek tartom az orvosok fizetését	33	8,6	8,6	8,6
	Elegendőnek tartom az ápolók fizetését	8	2,1	2,1	10,7
	Az ápolók és az orvosok fizetését is elegendőnek tartom	8	2,1	2,1	12,8
	Az ápolók és az orvosok jövedelmét a végzett munkájukhoz viszonyítva kevésnek tartom	333	87,2	87,2	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 79. táblázat: Elegendőnek tartja-e az orvosok számát?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Nem tudom	29	7,6	7,6	7,6
	Igen	68	17,8	17,8	25,4
	Nem	285	74,6	74,6	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

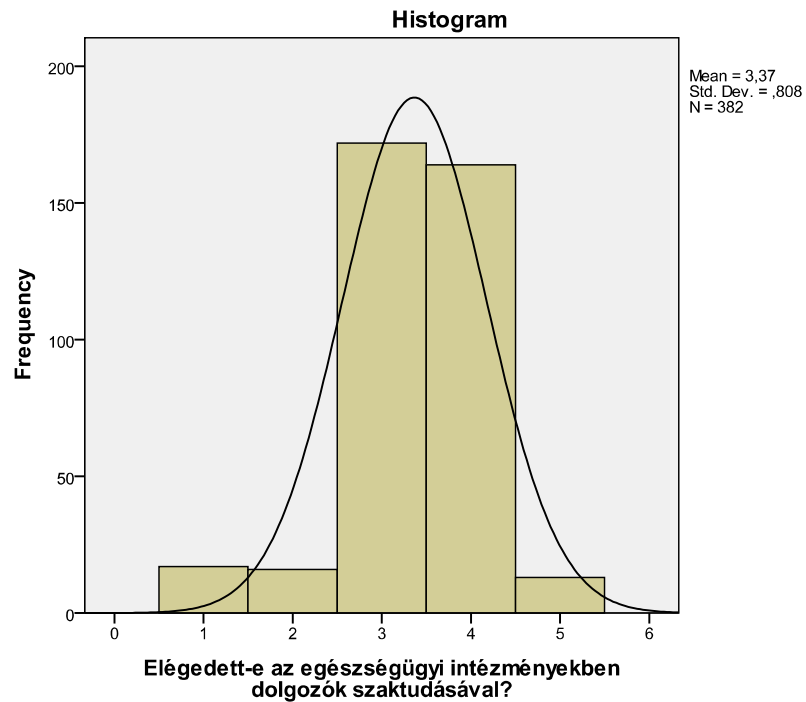
M 80. táblázat: Elegendőnek tartja-e az ápolók számát?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Nem tudom	33	8,6	8,6	8,6
	Igen	25	6,5	6,5	15,2
	Nem	324	84,8	84,8	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 81. táblázat: Elégedett-e az egészségügyi intézményekben dolgozók szaktudásával?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Egyáltalán nem vagyok megelégedve	17	4,5	4,5	4,5
	Részben meg vagyok elégedve	16	4,2	4,2	8,6
	Általában meg vagyok elégedve	172	45	45	53,7
	Meg vagyok elégedve	164	42,9	42,9	96,6
	Teljesen meg vagyok elégedve	13	3,4	3,4	100
	Összesen	382	100	100	



Forrás: saját szerkesztés

M 82. táblázat: Bizalommal fordul orvosához?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Nem	48	12,6	12,6	12,6
	Igen	334	87,4	87,4	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 83. táblázat: Megfogadja orvosa tanácsait?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Nem	32	8,4	8,4	8,4
	Igen	350	91,6	91,6	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 84. táblázat: Egy adott betegséggel kapcsolatban kinek/minek a tanácsát fogadja meg hamarabb?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Orvos	331	86,6	86,6	86,6
	Természetgyógyász	25	6,5	6,5	93,2
	Barát, ismerős	11	2,9	2,9	96,1
	Gyógyszerész	5	1,3	1,3	97,4
	Internet	10	2,6	2,6	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 85. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek az intézmény távolsága a lakóhelyétől?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Egyáltalán nem fontos	47	12,3	12,3	12,3
	Részben fontos	36	9,4	9,4	21,7
	Általában fontos	95	24,9	24,9	46,6
	Fontos	120	31,4	31,4	78
	Nagyon fontos	84	22	22	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 86. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek az ellátás szakmai színvonala, felszereltsége, diagnosztikai lehetőségek?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Részben fontos	6	1,6	1,6	1,6
	Általában fontos	29	7,6	7,6	9,2
	Fontos	91	23,8	23,8	33
	Nagyon fontos	256	67	67	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 87. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek a referencia?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Egyáltalán nem fontos	2	0,5	0,5	0,5
	Részben fontos	13	3,4	3,4	3,9
	Általában fontos	82	21,5	21,5	25,4
	Fontos	163	42,7	42,7	68,1
	Nagyon fontos	122	31,9	31,9	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 88. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek az ellátás helyének komfortossága?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Egyáltalán nem fontos	6	1,6	1,6	1,6
	Részben fontos	35	9,2	9,2	10,7
	Általában fontos	82	21,5	21,5	32,2
	Fontos	157	41,1	41,1	73,3
	Nagyon fontos	102	26,7	26,7	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 89. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek a szolgáltatásokért fizetendő összeg?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Egyáltalán nem fontos	11	2,9	2,9	2,9
	Részben fontos	48	12,6	12,6	15,4
	Általában fontos	133	34,8	34,8	50,3
	Fontos	102	26,7	26,7	77
	Nagyon fontos	88	23	23	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 90. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek a hálapénz szükségessége?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Egyáltalán nem fontos	68	17,8	17,8	17,8
	Részben fontos	52	13,6	13,6	31,4
	Általában fontos	150	39,3	39,3	70,7
	Fontos	54	14,1	14,1	84,8
	Nagyon fontos	58	15,2	15,2	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 91. táblázat: Amikor egészségügyi intézményt választ mennyire fontos Önnek az orvosok, nővérek iránt érzett szimpátia?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Egyáltalán nem fontos	3	0,8	0,8	0,8
	Részben fontos	12	3,1	3,1	3,9
	Általában fontos	62	16,2	16,2	20,2
	Fontos	129	33,8	33,8	53,9
	Nagyon fontos	176	46,1	46,1	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 92. táblázat: Mit tapasztalt, csökkent-e a kórházakban, orvosi rendelőkben a várakozási idő?

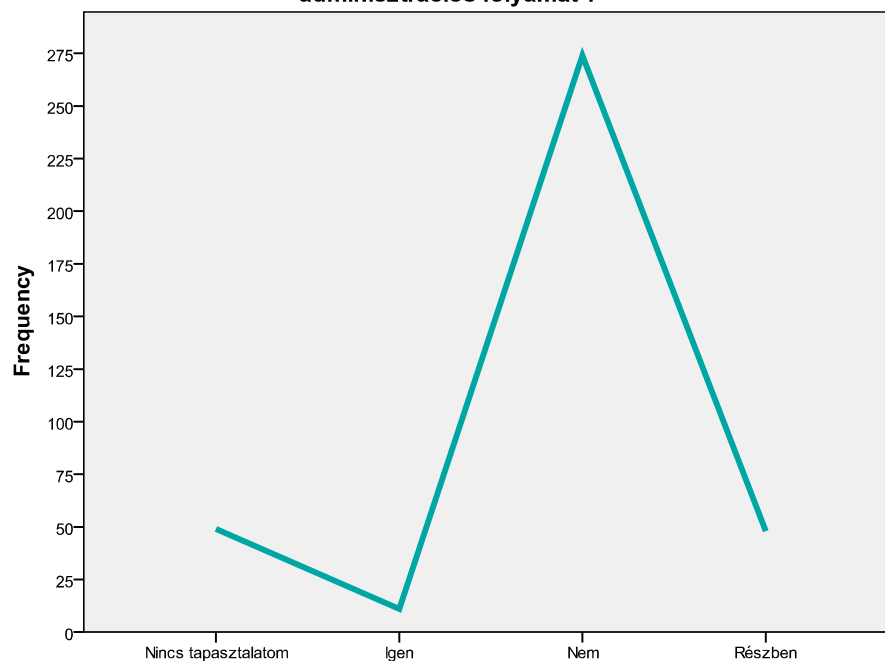
		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Nincs tapasztalatom	32	8,4	8,4	8,4
	Igen	11	2,9	2,9	11,3
	Részben	234	61,3	61,3	72,5
	Nem	105	27,5	27,5	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 93. táblázat: Tapasztalta-e, hogy az egészségügyi intézményekben kevesebb lett az adminisztrációs folyamat?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Nincs tapasztalatom	49	12,8	12,8	12,8
	Igen	11	2,9	2,9	15,7
	Nem	274	71,7	71,7	87,4
	Részben	48	12,6	12,6	100
	Összesen	382	100	100	

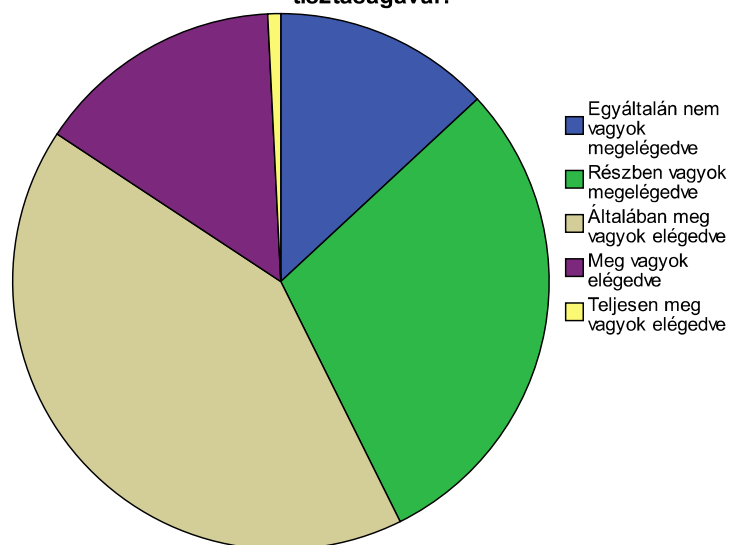
Tapasztalta-e , hogy az egészségügyi intézményekben kevesebb lett adminisztrációs folyamat ?



Forrás: saját szerkesztés

M 94. táblázat: Elégedett-e az egészségügyi intézmények komfortosságával, tisztaságával?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Egyáltalán nem vagyok megelégedve	50	13,1	13,1	13,1
	Részben vagyok megelégedve	113	29,6	29,6	42,7
	Általában meg vagyok elégedve	159	41,6	41,6	84,3
	Meg vagyok elégedve	57	14,9	14,9	99,2
	Teljesen meg vagyok elégedve	3	0,8	0,8	100
	Összesen	382	100	100	

Elégedett-e az egészségügyi intézmények komfortosságával, tisztaságával?

Forrás: saját szerkesztés

M 95. táblázat: Elégedett-e a várakozási idővel?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Egyáltalán nem vagyok megelégedve	109	28,5	28,5	28,5
	Részben vagyok megelégedve	143	37,4	37,4	66
	Általában meg vagyok elégedve	112	29,3	29,3	95,3
	Meg vagyok elégedve	18	4,7	4,7	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 96. táblázat: Elégedett-e a kezelő orvosával való személyes kapcsolatával és az általa nyújtott orvosi kezeléssel?

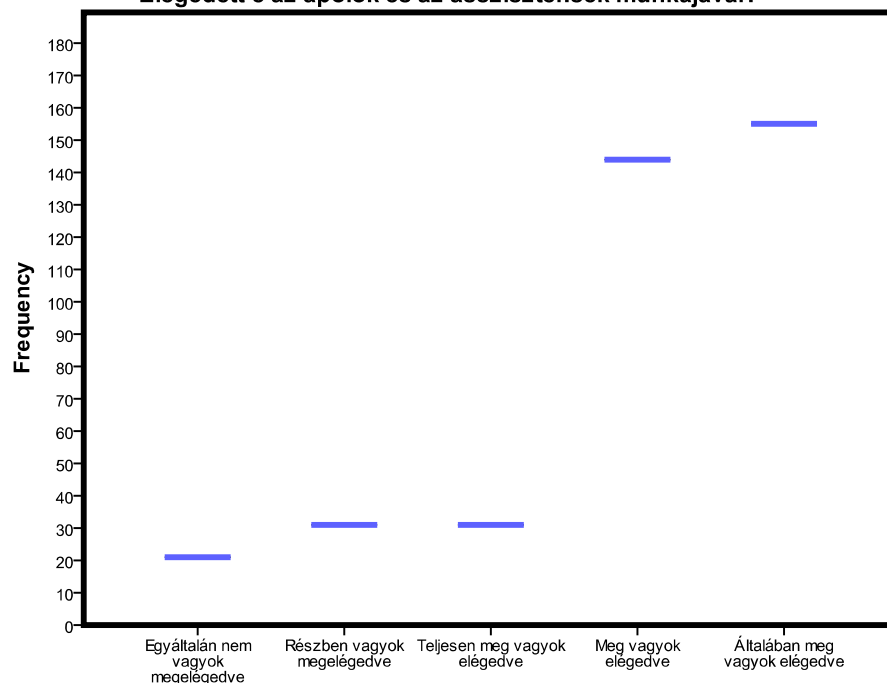
		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Egyáltalán nem vagyok megelégedve	16	4,2	4,2	4,2
	Részben vagyok megelégedve	19	5	5	9,2
	Általában meg vagyok elégedve	125	32,7	32,7	41,9
	Meg vagyok elégedve	159	41,6	41,6	83,5
	Teljesen meg vagyok elégedve	63	16,5	16,5	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 97. táblázat: Elégedett-e az ápolók és az asszisztensek munkájával?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Egyáltalán nem vagyok megelégedve	21	5,5	5,5	5,5
	Részben vagyok megelégedve	31	8,1	8,1	13,6
	Általában meg vagyok elégedve	155	40,6	40,6	54,2
	Meg vagyok elégedve	144	37,7	37,7	91,9
	Teljesen meg vagyok elégedve	31	8,1	8,1	100
	Összesen	382	100	100	

Elégedett-e az ápolók és az asszisztensek munkájával?



Forrás: saját szerkesztés

M 98. táblázat: Összességében mennyire elégedett a magyar egészségüggyel?

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Egyáltalán nem vagyok megelégedve	45	11,8	11,8	11,8
	Részben vagyok megelégedve	140	36,6	36,6	48,4
	Általában meg vagyok elégedve	167	43,7	43,7	92,1
	Meg vagyok elégedve	30	7,9	7,9	100
	Összesen	382	100	100	

Forrás: saját szerkesztés

M 99. táblázat: Ön szerint mi az egészségügy legjelentősebb problémája? – Statisztika

	Egyenlőtlen hozzáférés	Szűkös kapacitások	Alacsony finanszírozás
Érvényes	144	201	284
Hiányzó	238	181	98
Százalék	37,7	52,6	74,3

Forrás: saját szerkesztés

M 100. táblázat: Ön szerint mi az egészségügy legjelentősebb problémája? – Egyenlőtlen hozzáférés

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Egyenlőtlen hozzáférés ellátásokhoz	144	37,7	100	100
Hiányzó	Rendszer	238	62,3		
Összesen		382	100		

Forrás: saját szerkesztés

M 101. táblázat: Ön szerint mi az egészségügy legjelentősebb problémája? – Szűkös kapacitások

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kummulatív százalék
Érvényes	Szűkös kapacitások, a várólisták hossza	201	52,6	100	100
Hiányzó	Rendszer	181	47,4		
Összesen		382	100		

Forrás: saját szerkesztés

M 102. táblázat: Ön szerint mi az egészségügy legjelentősebb problémája? – Alacsony finanszírozás

		Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Az egészségügy alacsony finanszírozása	284	74,3	100	100
Hiányzó	Rendszer	98	25,7		
Összesen		382	100		

Forrás: saját szerkesztés

M 103. táblázat: A Péterfy Sándor utcai Kórház – Rendelőintézet és Baleseti Központ 2007-2013-as mutatószámainak összehasonlítása

Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Befektetett eszközök aránya	0,83012247	0,84116245	0,89504190	0,87776957	0,89936440	0,82731080	0,89716265
Forgóeszközök aránya	0,16987753	0,15883755	0,10495810	0,12223043	0,10063560	0,17268920	0,10283735
Befektetett eszközök fedezettsége	0,91253430	0,84506012	0,72873822	0,78016598	0,74312599	0,56705637	0,61202444
Idegen tőke aránya	0,24248478	0,28916716	0,34774876	0,31519404	0,33165894	0,53086814	0,45091453
Tőkeerősség	0,75751522	0,71083284	0,65225124	0,68480596	0,66834106	0,46913186	0,54908547
Tőkefinanszírozási mutató	0,10874755	0,13701288	0,04094589	0,05854632	0,03041640	0,19140835	0,02170072
Likviditási ráta	1,64386555	1,03452547	0,37431254	0,54169460	0,38085800	0,43711261	0,26322456
Likviditási gyorsráta	1,39579521	0,91409760	0,26328133	0,44037802	0,28445519	0,37280286	0,19113892
Pénzhányad mutató	1,30098639	0,88198392	0,24408355	0,40190928	0,25957332	0,35443883	0,16758625
Eladósodási fok	0,16010685	0,19177390	0,32104176	0,27510118	0,31133041	0,44107239	0,43899898
Tőkefeszültség	0,19062765	0,23727755	0,47284463	0,37950286	0,45207515	0,78914046	0,78252797
Esedékességi aránymutató	0,64544572	0,80061270	0,87341383	0,82022380	0,84872502	0,89569875	0,88994047
Szállítók fedezettség mutatója	0,09488036	0,03212375	0,01920134	0,03855624	0,02488714	0,01836651	0,02377279
Nettó eladósodottság	0,19654732	0,26140423	0,48211380	0,38722505	0,45408053	0,92190568	0,78017687
Nettó adósság állomány	528 055	914 924	2 666 792	1 998 558	2 571 027	2 724 404	3 066 314
Nettó szállítói adósság állomány	542173	1402142	2440996	1889910	2206500	3567208	3153743
Nettó forgótőke	385971	50032	-1557490	-902940	-1401301	-2045781	-2402428

Forrás: Saját szerkesztés a 2007-2013 év intézményi beszámolók alapján

M 104. táblázat: A Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet 2007-2013-as mutatószámainak összehasonlítása

Bajcsy Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Befektetett eszközök aránya	0,94132105	0,94621441	0,97987490	0,96884442	0,94357019	0,92237263	0,93226643
Forgóeszközök aránya	0,05867895	0,05378559	0,02012510	0,03115558	0,05642981	0,07762737	0,06773357
Befektetett eszközök fedezettsége	0,95107568	0,94361239	0,92807722	0,93785124	0,95537397	0,90477361	0,86111026
Idegen tőke aránya	0,10473244	0,10714036	0,09060043	0,09136806	0,09853760	0,16546159	0,19721581
Tőkeerősség	0,89526756	0,89285964	0,90939957	0,90863194	0,90146240	0,83453841	0,80278419
Tőkefinanszírozási mutató	0,05249084	0,04706470	0,01027767	0,01852306	0,01466341	0,02771255	0,01946884
Likviditási ráta	1,05578067	0,82965482	0,24820232	0,41987461	0,94004599	0,70311581	0,45406201
Likviditási gyorsráta	0,94339344	0,70994958	0,15582939	0,29392898	0,72918647	0,55568170	0,36790907
Pénzhányad mutató	0,89055896	0,66161174	0,12757336	0,24047246	0,65390109	0,50518530	0,33309747
Eladósodási fok	0,05773909	0,06511818	0,08125392	0,07453741	0,08531908	0,14233440	0,18158653
Tőkefeszültség	0,06127718	0,06965392	0,08844002	0,08054071	0,09327743	0,16595559	0,22187628
Esedékességi aránymutató	0,96258405	0,99555713	0,99790213	0,99550133	0,70357972	0,77567206	0,82149542
Szállítók fedezettség mutatója	0,05283448	0,04833784	0,02825603	0,05345652	0,07528538	0,05049640	0,03481159
Nettó eladósodottság	0,06083119	0,06877278	0,08592010	0,07692139	0,08880651	0,16301375	0,21873532
Nettó adósság állomány	123 529	296 457	806 468	594 762	812 775	837 128	1 356 587
Nettó szállítói adósság állomány	673196	773452	891647	756983	569074	1025349	1314964
Nettó forgótőke	39646	-138446	-689830	-463946	-36896	-320599	-743781

Forrás: Saját szerkesztés a 2007-2013 év intézményi beszámolók alapján

M 105. táblázat: A Szent János Kórház és Észak-budai egyesített Kórházak 2007-2013-as mutatószámainak összehasonlítása

Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Befektetett eszközök aránya	0,90771566	0,88922619	0,94020982	0,91222899	0,91907786	0,92661566	0,94491784
Forgóeszközök aránya	0,09228434	0,11077381	0,05979018	0,08777101	0,08092214	0,07338434	0,05508216
Befektetett eszközök fedezettsége	0,96175927	0,96156572	0,96487988	0,97196414	0,96499561	0,93956005	0,94181968
Idegen tőke aránya	0,12699605	0,14495057	0,09281046	0,11334614	0,11309389	0,12938895	0,11005778
Tőkeerősség	0,87300395	0,85504943	0,90718954	0,88665386	0,88690611	0,87061105	0,88994222
Tőkefinanszírozási mutató	0,08559636	0,08679783	0,02514679	0,05640958	0,05081133	0,04127597	0,03989039
Likviditási ráta	1,91484507	2,18014269	1,22047250	2,10816687	1,76739653	1,03264194	0,76691253
Likviditási gyorsráta	1,75231873	1,96469567	0,99871485	1,87097895	1,53608560	0,89457716	0,62222822
Pénzhányad mutató	1,64617361	1,86506067	0,91082105	1,72915028	1,43686567	0,82698168	0,53631320
Eladósodási fok	0,05227009	0,07073413	0,06999755	0,06333037	0,06802902	0,09345363	0,07455764
Tőkefeszültség	0,05515294	0,07611829	0,07526599	0,06761228	0,07299478	0,10308753	0,08056433
Esedékességi aránymutató	0,92202176	0,71832854	0,69987257	0,65740667	0,67303733	0,76042689	0,96332524
Szállítók fedezettség mutatója	0,10614512	0,09963499	0,08789381	0,14817582	0,10286755	0,06914441	0,08793631
Nettó eladósodottság	0,05340234	0,07607454	0,07153107	0,06445212	0,07054666	0,10061406	0,07568094
Nettó adósság állomány	-503 177	-87 588	684 307	-1 040	1 240 658	596 683	517 396
Nettó szállítói adósság állomány	703622	930195	865161	685175	797348	1278640	1106647
Nettó forgótőke	720145	1219242	209125	931258	707116	45865	-289469

Forrás: Saját szerkesztés a 2007-2013 év intézményi beszámolók alapján

M 106. táblázat: A Szent Imre Kórház 2007-2013-as mutatószámainak összehasonlítása

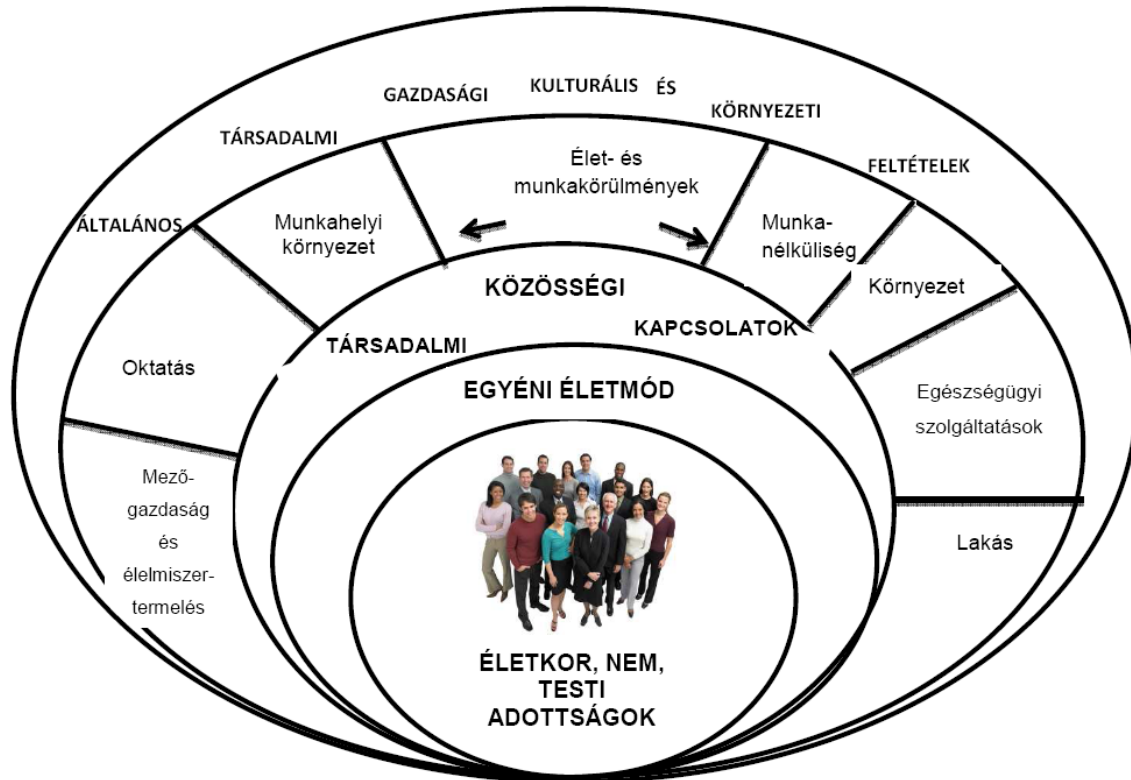
Szent Imre Kórház	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Befektetett eszközök aránya	0,92844887	0,94895462	0,96903474	0,97825634	0,96475873	0,98237302	0,98685921
Forgóeszközök aránya	0,07155113	0,05104538	0,03096526	0,02174366	0,03524127	0,01762698	0,01314079
Befektetett eszközök fedezettsége	0,94782843	0,94744611	0,89792512	0,94384144	0,94213061	0,96846965	0,95579196
Idegen tőke aránya	0,11998977	0,10091664	0,12987937	0,07668113	0,09107127	0,04860155	0,05676790
Tőkeerősség	0,88001023	0,89908336	0,87012063	0,92331887	0,90892873	0,95139845	0,94323210
Tőkefinanszírozási mutató	0,05124000	0,02298245	0,00188269	0,00068645	0,01307130	0,00563612	0,00384518
Likviditási ráta	1,27616013	0,83288338	0,32651646	0,42019535	0,60081923	0,43720784	0,24746772
Likviditási gyorsráta	1,20456658	0,70039468	0,25104201	0,34117458	0,54611647	0,29089430	0,15760401
Pénzhányad mutató	1,15126307	0,65699177	0,21416042	0,30742021	0,46830849	0,16139147	0,10590170
Eladósodási fok	0,07489804	0,08025350	0,12824120	0,07522706	0,07611574	0,04323935	0,05314100
Tőkefeszültség	0,08096193	0,08725610	0,14710628	0,08141873	0,08266176	0,04519349	0,05612346
Esedékességi aránymutató	0,74858464	0,76367448	0,73950671	0,68787155	0,77060756	0,93241847	0,99924785
Szállítók fedezettség mutatója	0,08208582	0,07214492	0,04187945	0,03697864	0,08697393	0,15707528	0,06869643
Nettó eladósodottság	0,08100272	0,08559508	0,14264030	0,07904326	0,07822897	0,03947334	0,05256501
Nettó adósság állomány	191 991	459 300	1 111 549	947 439	1 100 787	472 256	640 883
Nettó szállítói adósság állomány	326447	320483	727774	601637	743195	412701	527983
Nettó forgótőke	151246	-95947	-580891	-396827	-363207	-334213	-566863

Forrás: Saját szerkesztés a 2007-2013 év intézményi beszámolók alapján

Függelék

1. számú függelék

Az egészségre ható tényezők



47. ábra: Az egészségi állapot egyenlőtlenségeit befolyásoló tényezők

Forrás: Dahlgren - Whitehead (1991)

Dahlgren-Whitehead (1991) által készített modell középpontjában az egyének adottságai állnak, az egészségi állapotot befolyásoló tényezőket és a köztük lévő kapcsolatokat a szerzőpáros egymásra épülő rétegenként értelmezi. Az egyének egészségi állapota függ az egyén életkorától, nemétől és alkati adottságaitól, továbbá ezek azok a tényezők, amelyeket az egészségpolitika által nem lehet befolyásolni. Az egyéni adottságok mellett közvetlenül megjelenő réteg az egyén életmódja, szokásai (például a dohányzási, táplálkozási szokások, vagy az egyén fizikai aktivitása), amelyek pozitív vagy negatív irányba befolyásolhatják az egészségi állapotot. Az egyén életmódját befolyásolja az a társadalmi viszonyrendszer (hálózat), személyes kapcsolatrendszer, amelyben él, továbbá az ezek által közvetített attitűdök, magatartási minták. Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők következő rétege közé azok a szélesebb társadalmi tényezőket tartoznak, amelyek alapján befolyásolják az egyének képességeit és lehetőségeiket arra vonatkozóan, hogy az egészségüket megőrizzék, ebben szerepe van az oktatási rendszernek és az abban való

részvételnek az egyén munkahelyi és lakáskörülményeinek, vagy éppen az egyén munkanélküliségének. Az egészségügyi szolgáltatások is e tényezők közé sorolandók. A modell legfelsőbb rétegét az ország általános gazdasági, kulturális és környezeti feltételei alkotják, amik az előbb említett tényezők alakításában nagy szerepet játszik. (Orosz, 2000)

„Személyes szokások, például a dohányzás, ivás, vagy a táplálkozás és a testmozgás társadalmilag eltérőek, melynek következtében társadalmi egyenlőtlenség figyelhető meg az egészség területén. Mielőtt azonban bármilyen stratégiát lehetne kitalálni az egészségügyi egyenlőtlenségek ellen, meg kell értenünk a társadalmi eltéréseket az emberek életmódjában.” (Dahlgren – Whitehead, 2006)

„Az egészséget meghatározó tényezőket befolyásolhatják az egyes kereskedelmi vagy politikai döntések, amik lehetnek pozitív egészségügyi tényezők, védő vagy kockázati tényezők.” (Dahlgren – Whitehead, 2006)

„A nemzetközi szakirodalomban az utóbbi időben kiemelkedő hangsúlyt kapott, hogy a társadalmi-gazdasági tényezők és az egészségi állapot közötti kapcsolat szempontjából az egyének anyagi körülményeinek (jövedelem, fogyasztás stb.) nem az abszolút szintje, hanem a relatív különbségek, azaz az egyének társadalmi státusza számít.” (Orosz, 2000)

2. számú függelék

A foglalkoztatás helyzetének áttekintése

Ágoston és Balogh (2013) vizsgálatában arra mutat rá, hogy a közszférában foglalkoztatottak aránya a foglalkoztatott létszámhoz viszonyítva magas (17,7-17,91%).

Az állami költségvetések jelenlegi megszorításai ellenére a közszférában dolgozó létszám, a népesség fokozódó elöregedése következtében feltehetően növekedni fog az egészségügyi dolgozók és szolgáltatások iránti kereslet.

Az F 107. számú táblázat az egészségügyben foglalkoztatott létszám a teljes foglalkoztatási létszámához viszonyított arányát mutatja be egyes kiemelt európai tagállamok tekintetében.

Az egyes nemzetgazdasági ágazatokban foglalkoztatott létszámoknak a teljes foglalkoztatotti létszámhoz viszonyított átlagos aránya egyes EU-országokban.

F 107. táblázat: Az egyes nemzetgazdasági ágazatokban foglalkoztatottak

Ország	Foglalkoztatottak teljes létszáma (efő)	Közsférában foglalkoztatottak száma (efő)				Közsférában foglalkoztatottak teljes foglalkoztatotti létszámhoz viszonyított aránya (%)			
		Közig.	Oktatás	Eg.ügy	Összesen	Közig.	Oktatás	Eg.ügy	Összesen
Magyarország	3 832,8	291,9	315,5	249,4	856,8	7,62	8,23	6,51	22,35
Csehország	4 819,7	325,0	295,3	300,7	921,0	6,74	6,13	6,24	19,11
Egyesült Királyság	27 898,6	1 818,9	2 307,8	3 191,6	7 318,3	6,52	8,27	11,44	26,23
Franciaország	24 789,1	2 321,1	1 717,4	2 910,3	6 948,8	9,36	6,93	11,74	28,03
Lengyelország	14 576,7	832,3	1 015,0	955,7	2 803,0	5,71	6,96	6,56	19,23
Németország	36 572,7	3 020,3	2 040,7	3 908,0	8 969,0	8,26	5,58	10,69	24,52
Spanyolország	16 760,7	1 043,9	959,0	947,6	2 950,5	6,23	5,72	5,65	17,60
Svédország	4 188,0	232,7	373,7	754,3	1 360,7	5,56	8,92	18,01	32,49
Ausztria	3 829,1	251,3	223,4	324,6	799,3	6,56	5,83	8,48	20,87
Horvátország	1 545,3	105,9	85,0	86,8	277,7	6,85	5,50	5,62	17,97
Románia	9 797,5	520,3	416,5	354,7	1 291,5	5,31	4,25	3,62	13,18
Szerbia	2 765,0	157,8	140,6	166,3	464,7	5,71	5,08	6,01	16,81
Szlovákia	2 209,0	157,3	165,4	147,6	470,3	7,12	7,49	6,68	21,29
Szlovánia	932,7	50,0	65,3	51,0	166,3	5,36	7,00	5,47	17,83
Ukrajna	20 264,4	1 118,2	1 647,4	1 359,4	4 125,0	5,52	8,13	6,71	20,36

Forrás: Felméry (2013a)

Hazánkra jellemző 22,4 százalékos arányát megközelíti Szlovákia (21,3%), Ausztria (20,9%) és Ukrajna (20,4%). Horvátország (18%), Szerbia (16,8%) és Románia (13,3%) adatai viszont elmaradnak a hazai adatoktól. A hagyományosan széles állami szolgáltatás portfólióval rendelkező országok viszont felülmúlják a hazai adatot, Svédország (32,5%), Franciaország (28%), Egyesült Királyság (26,5%), Németország (24,5%).

A táblázatban a hazai teljes foglalkoztatotti létszámát és a közsférában foglalkoztatottak viszonyított adatait tartalmazza. Míg a foglalkoztatottak teljes létszáma nagyságrendileg alig változott, addig a közsférában alkalmazottak száma évről-évre emelkedik. Az arányok eltolódásának oka, hogy a rendszerváltozás utáni években megszűnő munkahelyek túlnyomó része a versenyszférát érintette. Az akkor megszűnő munkahelyekről a munkavállalókat a mai napig nem tudta a versenyszféra felszívni, ennek oka beruházások elmaradása és ezzel a kínált munkaalkalmak bővülésének hiánya. A kormányzati kiadások

önmagukban nem mondanak sokat, összehasonlítva azonban a nemzetközi adatokkal, el tudjuk helyezni a hazai adatokat az európai palettán. Ezek ismeretében elmondható, hogy Magyarország adatai mindenképpen magasnak mondhatók, amit hazánk gazdasági teljesítménye nem indokol. Ugyanakkor szembeűnő, hogy a szociális és egészségügyi ágazat területén a hazai kiadások aránya a hagyományos jóléti államok arányszámaitól jóval elmarad.

3. számú függelék

A közzférában foglalkoztatottak teljes foglalkoztatottak létszámhoz viszonyított aránya

F 108. táblázat: A közzférában foglalkoztatottak teljes foglalkoztatottak létszámhoz viszonyított aránya (2006-2013)

Év	Foglalkoztatottak teljes létszáma (efő)	Közzférában foglalkoztatottak száma (efő)				Közzférában foglalkoztatottak teljes foglalkoztatotti létszámhoz viszonyított aránya (%)			
		Közigazgatás	Oktatás	Egészségügy	Összesen	Közigazgatás	Oktatás	Egészségügy	Összesen
2006	3 930,10	311,40	234,10	187,40	732,90	7,92	5,96	4,77	18,65
2007	3 926,20	266,70	252,00	176,10	694,80	6,79	6,42	4,49	17,70
2008	3 879,40	287,80	313,20	245,80	846,80	7,42	8,07	6,34	21,83
2009	3 781,90	304,70	319,10	239,60	863,40	8,06	8,44	6,34	22,83
2010	3 781,20	317,20	323,90	251,60	892,70	8,39	8,57	6,65	23,61
2011	3 811,90	309,60	316,90	255,00	881,50	8,12	8,31	6,69	23,12
2012	3 877,90	326,80	314,60	266,10	907,50	8,43	8,11	6,86	23,40
2013	3 938,40	365,90	313,60	265,50	945,00	9,29	7,96	6,74	23,99

Forrás: KSH (2014a)

Kilátások: A gazdasági recesszió, az ország finanszírozási problémái, az európai szabályozások szigora rákényszeríti a kormányzatot a költségvetési egyenleget kiigazító lépésekre, a kiadások csökkentésére, ezzel együtt a foglalkoztatás újragondolására során mindig előkerül a létszámcsökkentés témaköre. Az egészségügyből és az oktatásból történő forráskivonás helyet az államnak el kellene gondolkodni saját maga fenntartására költött igazgatási kiadások illetve az igazgatást ellátó létszámok csökkentésén, igazodva az egyéb uniós országok gyakorlatához.

4. számú függelék

Az egészségügyi szektor fogalma, elemei

Pulay (2011) szerint az egészségügy magában foglalja mindazon tevékenységet, amelynek célja az egészségi állapot megőrzése, fenntartása és stabilizálása.

Az egészségügy egyszerre köz- és magánügy, az állam szerepvállalásának mértéke meghatározza az intézményrendszer kialakítását, mechanizmusát, az egészségügyre fordított kiadások mértéke és minősége jelentős hatást gyakorol a szociális ellátásra.

Az egészségügy csak rendszerszemléletben közelíthető meg, amelynek alapelveit, elemeit a társadalmi érdekek, a prioritások figyelembevételével a mindenkori politikai értelmezések (Kornai, 1993) határozzák meg.

Pulay (2011) az **egészségügyi szektort** az alábbiak szerint csoportosítja:

- az egészségügyi rendszer
- gyógyszerellátás
- gyógyszer nagykereskedelem
- gyógyászati segédeszközök gyártása és forgalmazása
- keresőképtelenséggel összefüggő pénzügyi, biztosítói támogatások összessége.

Az egészségügyi szektor az államháztartás rendszerének alkotó eleme, kölcsönhatásai rendszeren belül és kívül egyaránt érzékelhetők, a környezet elemeitől és hatásaitól nem függetleníthetők.

Az egészségügy rendszere

Az egészségügyi rendszer összetett, a klasszikus közjavakon kívül magában foglalja a metrikus javakat (járványügyi és más jellegű prevenció) és a klasszikus klub-javakat (gyógyítás, utógondozás, rehabilitáció). (Vigvári, 2010)⁸⁵

Mikola (1998) véleménye szerint „Az egészségügy egységes rendszer, amely dinamikus, intenzív kapcsolatban áll a környezettel, igen érzékeny a társadalmi, gazdasági változásokra, azok hatásaira változik, fejlődik.”

Pulay (2011) értelmezésében „Az egészségügyi rendszerhez tartozik minden tevékenység, amelynek a célja az egészségi állapot megőrzése, helyreállítása, stabilizálása.”

⁸⁵ A nemzetközileg használt funkcionális osztályozás szerint (COFOG) a szociális és nyugdíj kormányzati kiadások nem tartoznak az egészségügyi rendszer elemeinek körébe, hatásukat azonban a rendszer tervezése, reformja kapcsán szükséges figyelembe venni.

Az egészségügyi rendszer elemei

- népegészségügy⁸⁶
- megelőző ellátások
- egészségügyi alap és szakellátások

Az egészségügyi rendszerek általános célja az **adott népesség egészségi állapotának, jólétének javítása, az ellátásból való kirekesztés kizárása** (Kopp, 2010), míg más országokban a jóléti állam kialakításának újragondolása a teljes ellátottság eléréséhez egységes, mindenkire kiterjedő az állam aktív részvételével megvalósuló új biztosítási szisztéma kialakítása. (Halasi, 2009)

Az egészségügyi rendszert az Egészségügyi Világszervezet az alábbiak szerint definiálja: „Az egyes országok politikai és intézményi keretei, az egészségügyi rendszer állami és magánszervezetei, intézményei és erőforrásai. Rendeltetése az egészségi állapot fenntartása, javítása, helyreállítása. Az egészségügyi rendszerek magukban foglalják az egyén és a lakosság részére nyújtott szolgáltatásokat, valamint mindazokat a tevékenységeket, amelyek más szektorok politikáira és intézkedéseire kísérelnek meg hatást gyakorolni az egészséget meghatározó társadalmi, környezeti és gazdasági tényezők kezelése érdekében.” (WHO, 2008)

Az egészségügy rendszerének kialakítását a környezeti tényezők számossága és a változás sebessége (Dózsa, 2010), a szükséglet, az igény és a kereslet, az egészségüggyel szembeni társadalmi elvárások, az egészségügy hatékonysága, az „egészségnyereség” mérése egyaránt befolyásolja. (Pulay, 2011)

Az egészségügyi rendszert a technológiai fejlődés, a népesség előregedése és a lakosság részéről jelentkező fokozott elvárások (Mossialos et al, 2002) alakítják. Ugyanakkor az egészségügyi kiadások optimális szintű növelésének, szerkezeti átalakításának, a szolgáltatási minőség fenntartásának az államháztartás deficitje, a szektort sújtó megszorítások jelentős gátat szabnak.

⁸⁶ A népegészségügy olyan társadalmi tevékenység, melynek célja a lakosság egészségi állapotának javítása a betegség megelőzésével, illetve az egészség megőrzésével. A népegészségügy elsődleges feladata a lakosság egészségi állapotának figyelemmel kísérése és elemzése, az egészségkárosító hatások csökkentése, a szükség szerinti beavatkozás megtétele. Az egészségkárosító hatások megelőzése rendszeres ellenőrzési, tájékoztatási és felvilágosító tevékenységen alapul. Az emberi egészségre káros tevékenységek korlátozhatók, illetve megtilthatók.

Orosz (2011) az egészségügyi rendszer fő összetevőit az alábbiak szerint csoportosítja:

- egészség-politika
 - az egészségügyi rendszer szabályozása
 - nem egészségügyi szektorok befolyásolása
- finanszírozás
 - forrásteremtés (revenue collection)
 - kockázatmegosztást szolgáló alapképzés (fund pooling)
 - a források allokációja / „szolgáltatásvásárlás” (purchasing)
- szolgáltatások (közösségi szintű és személyes egészségügyi szolgáltatások)
- az erőforrások termelése (oktatás, kutatás-fejlesztés, beruházás)

Az egészségügyi rendszer funkcióinak értelmezése során egyaránt figyelemmel kell lenni az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására, az ellátás minőségére, az erőforrások fejlesztésére, kormányzati beavatkozás megfelelő mértékére. (Carrin, 2003)

Pulay (2011) szerint az egészségügyi rendszer funkció nem más, mint az irányítás, a finanszírozás⁸⁷, a forrásteremtés optimális összehangolása.

Az egészségügyi rendszer csoportosításai is jól mutatják, hogy az egészség és a gazdaság kapcsolata nem egyoldalú, azok kölcsönhatásai, összefüggései jelentős mértékben befolyásolják a lehetséges reformok irányának kijelölését.

A rendszer optimalizálásában a kormányzati beavatkozás túlzott mértéke éppoly káros lehet, mint az épületek és felszerelések elavultsága, a várólisták növekedése, a finanszírozás hiánya.

A kutatás álláspontja szerint egy egészségügyi rendszer csak akkor működhet jól, ha az valamennyi szereplő kellő megelégedését szolgálja, az egészségpolitikai célok kellő mértékben érvényesülnek.

Az ESKI (2007) tanulmánya rámutat arra, hogy „egyetlen országban sincs egyértelműen jó rendszer, amellyel egyaránt elégedettek a szereplők, és tartósan kezeli a finanszírozási kérdéseket.”

Mihályi (2008) véleménye szerint „Nincsenek abszolút érvényességű elvek: a modern egészségügy csak a választott értékek kompromisszumára épülhet, nemcsak orvos-szakmai és gazdasági elvek feszülnek egymásnak, az orvos-szakmai elvek is egymásnak ellentmondóak.”

⁸⁷ Finanszírozás alatt a források összegyűjtése, az alapok kezelése, és a szolgáltatásvásárlás együttesen értendő.

Stiglitz (2000) szerint az egészségügyi rendszer kialakítása során valamennyi rendszer célja a rendelkezésre álló erőforrásokkal elérhető legnagyobb mértékű javulás elérése az egyénnél az esélyegyenlőség, a választási lehetőség biztosítása mellett, valamint a finanszírozhatóság és a központi felhasználások transzparenciája.

A kutatás szerint tehát az egészségügyi rendszer optimalizálása számos korláttal értelmezhető, mert az egészségügyi ellátás társadalmi funkciói korlátozzák a szolgáltatók autonómiáját. Elfogadhatatlan a társadalom számára, hogy egyes egészségügyi szolgáltatók bizonyos területeken vagy szolgáltatásoknál szabadon csökkentsék tevékenységüket, mert azok nem vonzó és pénzügyileg nem hatékony tényezőket tartalmaznak. (Figueras – Robinson – Jakubowski, 2005)

Az eltérő tulajdonosi struktúra, az egyes szolgáltatások kiszervezése a területi aránytalanságok, körülmények, az eltérő érdekek (módszerek) jelentősen megnehezítik a prioritások kialakítását, a szűkös erőforrások elosztását, a hatékonyság és eredményesség optimalizálását, az adatszolgáltatást, ellenőrzést, visszacsatolást, beavatkozást.

Az egészségügyi ellátórendszer problémái különösen felértékelődnek a kórházközpontú egészségügyi ellátórendszeren belül, ahol a korlátozott hozzáférhetőség, a várólista, a diagnosztikai eszközök minősége, az egyes orvos-szakmai kérdések, a műtéti eljárások kérdései jelenthetik a megoldásra váró szűk keresztmetszetet. (WHO, 2008)

Az egészségügyi rendszer jellemzésére szolgáló ismérvek:

- az egészségügyi ellátásokhoz történő hozzáférhetőség⁸⁸
- az egészségi mutatók alakulása
- a prevenció működésének szintje és hatékonysága
- a strukturális fejlesztések irányai és hatékonysága
- monopolhelyzetek kezelése
- a források biztosítása
- a technikai, technológiai korszerűsítések költségeinek biztosítása
- az időszakonként jelentkező morális válság megoldása
- a medikalizáció⁸⁹

⁸⁸ Az egészségügy rendszer jellemzőinek további részletezését Orosz (2011) tartalmazza.

⁸⁹ Kovács (2006) „az élet problémáival küszködő, magára maradt ember sokszor nem tud segítséget kérni mástól, mint az egészségügytől, mert ma nincsenek a társadalomban olyan intézmények, amelyek az ilyen emberekkel hivatásszerűen foglalkoznának.” Szendi (2009) szerint medikalizációnak nevezzük azt, „amikor az élet dolgait, testünk működésének megszokott jelenségeit, a viselkedés másoknak nem tetsző formáit, a hétköznapi terhek és nehézségek okozta rosszkedvet, lehangoltságot, netán apátiát betegségnek nevezik el és általában gyógyszeresen kezdik kezelni.”

Molnár (2010) szerint „Közkeletű vélelem, hogy a magyar egészségügy rendkívül rossz helyzetben van, s rendbe tenni az egészségügyet sokba kerül.” Véleménye szerint a rendbetétel elsősorban a rendszerbe foglalást jelenti, amelynek csírái körvonalazódtak a 2010. évi Semmelweis tervben.

Kopp (2010) szerint „A magyar egészségügyi reformok sorozatos kudarcának oka a rendszerszemlélet hiánya.”

A disszertáció véleménye szerint a kudarc alapvető oka az át nem gondolt reform, az érdekelt (érintett) felekkel nem egyeztetett kísérletezés.

A sikeres reform egyetlen útja a meglévő finanszírozási rendszer szerves, óvatos áthangolása azáltal, hogy a diszfunkcionális elemeket beillesztjük a meglévő funkciók közé és a kiegészítő rendszerek működését összehangoljuk a társadalombiztosítási tevékenységével.

Az egészségpolitika

Az egészségpolitika céljai (Orosz, 2011):

- a lakosság egészségi állapotának javítása
- védelem a betegség pénzügyi kockázatától
- a betegek elégedettségi szintjének növelése
- a betegellátás minősége
- az egyenlőtlenségek csökkentése
- hatékonyság
- finanszírozhatóság
- az egészségpolitikai döntéshozatal transzparenciája, számon kérhetősége

Az egészségpolitika nemzetközi megjelenítése

A **Római Szerződést** 1957 márciusában hat ország⁹⁰ írta alá, amelyben külön fejezet rendelkezik a szociálpolitikáról és külön cím alatt került feltüntetésre a közegészségügy.

A szociálpolitikai intézkedések - harmadik rész, harmadik cím, első fejezete - a munkahelyi balesetek és foglalkozási megbetegedések megelőzését, valamint a munkaerő szabad áramlásának megteremtését érintik.

⁹⁰ Franciaország, Olaszország, Német Szövetségi Köztársaság, Belgium, Hollandia, Luxemburg.

A szociális terület megerősítését célzó párizsi csúcstalálkozó eredménye a Szociális Akcióprogram -1974-, amely a foglalkozás, az élet- és munkakörülmények javítása terén fogalmazott meg célkitűzéseket.

Az 1986-ban lefektetett **Egységes Európai Okmány** a munkavállalók egészsége biztosításának fontosságát az emberi egészség védelmét emeli ki.

Az 1992-ben megkötött Maastrichti Szerződés a Közösség feladatává teszi az emberi egészségvédelem magas szintjének eléréséhez történő hozzájárulást, a közegészségügy terén a betegségmegelőzésben, az egészségkárosodás megelőzésében, az egészség kutatásban, az egészségügyi oktatásban való aktív szerepvállalást. A Szerződés kiemeli, hogy az egészségvédelmi követelményeknek minden közösségi politika részét kell képezniük, s a tagállamoknak egyeztetniük kell egymással az egészségügyre vonatkozó politikájukat és programjaikat.

Az 1997-ben aláírt **Amszterdami Szerződés** kiemeli az emberi egészségvédelem biztosításának fontosságát, a nemzeti politikák megalkotását a népegészségügyi helyzet javítására, szorgalmazza a tagállamok közös fellépését a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos egészségkárosodás csökkentése érdekében.

„Az Európai Unió egészségügyi politikáját az Európai Közösséget Alapító Szerződés X. fejezete határozta meg az európai politika külön területeként definiálva. A Római Szerződés Amszterdami Szerződéssel módosított szövege szerint az emberi egészségvédelem magas szintje a Közösség minden politikájának és tevékenységének meghatározásában és megvalósításában biztosított. A tagállamok egymás között egyeztetik politikáikat és programjaikat, de az egészségügy területén nem tartalmaztak kifejezetten közös egészségügyi politikát.” (Báger-Lévai, 2003)

A 2001-ben megkötött **Nizzai Szerződés** az ellátórendszerek nyitott koordinációs mechanizmusának jogi alapját teremti meg, biztosítva a tagállamok együttműködését a tartós ápolás területén, amelyről 2008-ban összefoglaló jelentés készült. (Európai Bizottság, 2008)

Lisszaboni Szerződés

A 2007-ben aláírt Lisszaboni Szerződés a közegészségügy, a szociális biztonság garantálása, a társadalmi kirekesztés elleni küzdelem, az oktatás, a képzés és az emberi egészség védelme tekintetében fogalmaz követelményeket, valamint tartalmaz tagállami intézkedéseket támogató, összehangoló, kiegészítő intézkedéseket.

Az uniós hatáskört a szerződés kiterjeszti a határon átlépő egészségügyi veszélyek elleni fellépésre, az együttműködésre, a gyógyszerekkel kapcsolatos intézkedések meghozatalára. A tagállamok közötti együttműködés tekintetében az iránymutatások, a bevált gyakorlatok cseréjét, a határokon át terjedő súlyos betegségek elleni küzdelem koordinációját emeli ki. Felhívja a figyelmet az egészségügyi veszélyek figyelemmel kísérésére, valamint a közegészség védelmének fontosságára.

A Lisszaboni Szerződés érinti a közösségi kereskedelempolitikai szabályozást is, amely szerint szociális és humán-egészségügyi szolgáltatások kereskedelmére vonatkozó megállapodás a Tanács és a tagállamok megosztott hatáskörébe tartozik.

Az Oslóban 2013. április 17. és 18. között a WHO Európai Régiója 53 tagállamának részvételével tartott konferencián a gazdasági válság egészségre és egészségügyi rendszerekre gyakorolt hatásait vizsgálták. (WHO, 2013)

Az európai gazdasági válság egészségre, egészségügyi rendszerekre gyakorolt hatásai és azok következményei a politika számára című WHO (2013) tanulmány jelzi, hogy az állami egészségügyi kiadások 2008 óta számos országban csökkentek, amely az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságát veszélyeztetheti.

A tanulmány kitér arra, hogy az egészségügyi rendszer finanszírozási hiánya, az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáférést hátráltatja, s felhívja a figyelmet arra, hogy a költségcsökkentő intézkedések társadalmi egyenlőtlenségekhez vezethetnek.

Az Európai Bizottság valamely nagy horderejű kérdés tervezett kezelési módjáról, illetve egy-egy ágazat megoldandó kérdéseire vonatkozóan vitaindító dokumentumot ad ki, amelyet Fehér illetve Zöld Könyvnek nevez.

Az 1993-as első közzététel óta az egészségügyet érintően számos könyvet jelentettek meg, amelyeket figyelembe vettek az egyes tagállami törvények megalkotása során.

Fehér Könyvek⁹¹

- Együtt az egészségért (2007): Stratégiai megközelítés az EU számára 2008-2013
- A sportról
- A táplálkozással, túlsúllyal és elhízással kapcsolatos egészségügyi kérdésekre vonatkozó európai stratégiáról

A Közös értékek és alapelvek az Európai Unió egészségügyi rendszereiben 2006/C146/01 számú dokumentum⁹² az alábbi értékeket sorolja fel:

- egyetemesség
- hozzáférés a jó minőségű egészségügyi ellátáshoz
- azonos bánásmód és szolidaritás az EU egészségügyi rendszereiben

Az EU egészségügyi stratégiája **négy fő alapelvre** épül, melyek a következők:

- közös egészségügyi értékrend
- „az egészség a legnagyobb kincs”
- az egészségügyi szempontok figyelembevétele más szakpolitikákban
- az EU szerepének erősítése a globális egészségügyben

Zöld Könyvek⁹³

- Az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység promóciója: a túlsúly, az elhízottság és a krónikus betegségek megelőzésének európai dimenziója
 - A népesség mentális egészségének javításáról, az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának céljából
 - A demográfiai változások kihívása, a nemzedékek közötti szolidaritás új formái
 - A dohányfüst-mentes Európáért
 - Az európai egészségügyi dolgozókról
 - A mobil egészségügyről

⁹¹ Fehér Könyv: Az angol törvény-előkészítési gyakorlatból átvett sajátos „műfaj”: valamely nagy horderejű kérdés tervezett kezelési módjáról készült átfogó elemzés, amely iránymutatásul szolgál a későbbi jogszabályalkotás számára.

⁹² Official Journal of the European Union (2006)

⁹³ Zöld Könyv: Vitaindító dokumentum, melyet az Európai Bizottság ad ki. Célja rámutatni egy adott ágazat legfontosabb megoldatlan kérdéseire és felhívni az ágazat szereplőit az állásfoglalásra. A Zöld Könyv alapján vita indul el, melynek kezdeményezéseit, következtetéseit a Bizottság figyelembe veszi későbbi előterjesztései kidolgozásánál. A felsorolás a módosításokat is figyelembe veszi.

Az egészségpolitika hazai megjelenítése

Az egészségpolitika céljai, magyarországi alapvetései az elmúlt évtizedek alatt jelentősen átalakultak.

Orosz (2009) az időszakot értékelve a következőket írja:

„Hiányzik a közös, a domináns nézet - mind a politikai elit, mind a szakmai, mind pedig a társadalmi laikus közönség körében egyaránt - arról, hogy mi az egyén és a társadalom, ennek részeként a kormányzati egészségpolitika felelőssége és feladata az egészség megőrzésében, helyreállításában.”

Az 1949. évi Törvény XX. fejezete 70/D. § (1) bekezdése szerint a „Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez”.

Karner (2005) megfogalmazása szerint „Az emberek nagy része vallja azt az erkölcsi elvet, hogy minden embertársnak joga van bizonyos alapvető egészségügyi ellátásra, és a társadalomnak biztosítani kell, hogy ezzel a jogával élhessen.”

Az egészségügyi költségvetés „Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény” életbe léptetésével vált olyan költségvetési tétellé, amely az ingyenesség, a „nekem ez jár”, a „költségek nem számítanak” elvek miatt tervezhetetlenné, követhetetlenné az eladósodottság forrásává vált.

A törvény kifejti:

„A Magyar Népköztársaságban az egészségügy állami feladat. Az állam a szocialista egészségügy elveivel összhangban biztosítja a lakosság egészségügyi ellátásának feltételeit, egységes irányítását, tervszerű fejlesztését, intézményeinek szükséges együttműködését. Az egészségügyi feladatok ellátásában az egész társadalom hatékonyan közreműködik.”

Mint azóta is számos törvény, az 1972. II. törvény is hatásvizsgálat nélkül született, amelynek az lett a következménye, hogy az ingyenes egészségügyi szolgáltatást indokolatlanul sokan vették igénybe (túl) terhelve ezzel ezen ágazat költségvetését.

A magyar egészségügyi rendszer alapjait az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény rögzíti, amely az alapelvek között kifejti:

2. § (1) Az egészségügyi szolgáltatások és intézkedések során biztosítani kell a betegek jogainak védelmét. A beteg személyes szabadsága és önrendelkezési joga kizárólag az egészségi állapota által indokolt, e törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható.

2. § (2) Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során érvényesülnie kell az esélyegyenlőségnek.

2. § (3) Az egészségi állapot javításának elsődleges eszköze az egészség megőrzése és a betegségek megelőzése.

„Magyarország alaptörvénye kimondja, hogy mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, amely jogok érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.” (Magyarország Alaptörvénye XX. Cikk)

5. számú függelék

Finanszírozási modellek

Nemzetközileg 5 különféle egészségügyi modellt különíthetünk el azok finanszírozási rendszere alapján (Karner 2008):

- Bismarcki modell (társadalombiztosítási rendszer)
- Szemaskó-modell (szovjet modell)
- Beveridge-modell - NHS-rendszer (adóból finanszírozott, nemzeti egészségügyi rendszer)
- Szabadpiaci modell (amerikai vegyes rendszer)
- „Out-of-pocket” modell

Bismarcki modell

„A Bismarcki rendszer gyökerei a XIX. századi Németországba nyúlnak vissza. A célja egy kockázatközösség létrehozása, melybe az állampolgárok minél szélesebb körét kapcsolják be, a legtöbb esetben kötelező biztosítással. A rendszert az adott biztosítási célra (például nyugdíj-, betegbiztosítás) fizetett járulékokból és az egészségügyi szolgáltatásokért megállapított önrészből (például vizitdíj) finanszírozzák. A fizetendő hozzájárulás a bruttó jövedelem volumenéhez igazodik, de van egy felső összeghatár. A hozzájárulás fizetési teljesítőképesség megállapítása tehát a munkahelyi státusz alapján történik. (Rürup, 2005)

Mind a biztosítók, mind az egészségügyi szolgáltatók lehetnek állami vagy magántulajdonban is, ami bizonyos mértékben ösztönzi a hatékonyságot, és a szigorúbb feltételek miatt az öngondoskodást is. Ide tartozik például Ausztria, Belgium, Németország, Franciaország és Svájc társadalombiztosítási rendszere is.” (Elek, 2014), valamint Hollandia, Japán. (Lameire – Joffe – Wiedemann, 2009)

F 109. táblázat: A Bismarcki modell előnyei és hátrányai

Előnyök	Hátrányok
Széles körben hozzáférhető.	Nem terjed ki a teljes népességre.
Korlátozott piac, közvetett anyagi érdekelttség jellemzi.	Egyéni járulékfizetési nyilvántartást igényel.
Teljesítményarányos finanszírozás.	Nagyobb adminisztrációs teher, ellenőrzés szükséges.
Képes differenciáltabb igények kielégítésére is.	Nem érdekeltek a szolgáltatók a prevencióban, s mivel az egészségügyi ellátás a kereslet a kínálatához igazodik, jelentősen megnöveli – feleslegesen – a költségeket.

Forrás: Karner (2008)

Beveridge Modell

„A XX. század első felében, Angliában megtervezett Beveridge-rendszer működésében lényegesen nagyobb az állam szerepe, mint a bismarcki modell esetében. Itt az egészségügyi ellátások nagy része állampolgári jogon jár, és finanszírozásuk nagyrészt adóbevételekből, illetve más állami forrásból történik.” (Karner, 2008)

A Beveridge-rendszer alapelvei abból a felvetésből indulnak ki, hogy a jóléti társadalom javaiból igazságosan részesedjenek az állampolgárok. Az egészségügyre vetítve ennek az érvényesülését akkor látták biztosítottnak, ha mind az egészségügy finanszírozásában, mind pedig a szolgáltatások nyújtásában az állam irányító szerepet vállal. A rendszer forrásait az adók alkotják, a társadalombiztosítási járulék kisebb szerepet kap az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában. (Boncz, 2011)

A Beveridge-rendszer történelmileg kötődik az időskori gondoskodáshoz. (Döring, 2007)

A modellt jellemzően Egyesült Királyság, Olaszország, Svédország, Dánia, Norvégia, Finnország, Kanada, Új-Zéland (Lameire – Joffe – Wiedemann, 2009) alkalmazza. Hong-Kong egy sajátos Beveridge modellt használ. (PBS, 2008)

F 110. táblázat: A Beveridge modell előnyei és hátrányai

Előnyök	Hátrányok
Olcsó, mert többletigényt nem ismer el.	Gazdaságosság nehezen követhető.
Kevés adminisztrációt igényel, mert nem alkalmaz egyéni nyilvántartást.	Bürokratikus forráselosztás. A finanszírozás kevésbé függ a teljesítménytől.
Népegészségügyi feladatokat is ellát, a prevenció és a szűrés egyszerű.	Nincs szektorsemlegesség.
Viszonylag könnyen tervezhető.	A dolgozók anyagilag nem érdekeltek a rendszer hatékonyságában.

Forrás: Karner (2008)

Szemaskó modell

„A II. világháborút követően kezdetben, a Szovjetunióban, majd onnan átvéve Közép-Kelet-Európa többi volt szocialista országában erős állami dominanciára épülő egészségügyi rendszert hoztak létre. A finanszírozói oldalon kizárólagosan az állam szerepelt, annyi megszorítással, hogy az 1950-es, 1960-as években a paraszolvencia vált az egészségügyi személyzet jövedelmének kiegészítő forrásává. A szolgáltatói oldalon állami intézmények szerepeltek, közalkalmazotti státusban lévő személyzettel.

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés általában állampolgári jogon járt (Magyarországon 1972-től).” (Boncz, 2011)

A Szemaskó modellt a kezdetektől fogva a magas fokú centralizáltság, továbbá az esélyegyenlőség megteremtése jellemzi. Költségkontrollt az egyes szolgáltatások kizárása és a szigorú beutalás jelentett. A valódi szükségleteknek nem megfelelő tendencia jött létre, ami a gyakorlatban egyszerre jelentett krónikus hiányt például a gyógyszerekből és ezzel párhuzamosan túlkínálatot a kórházi ellátásban. (Karner, 2008)

F 111. táblázat: A Szemaskó modell előnyei és hátrányai

Előnyök	Hátrányok
Biztosított az esélyegyenlőség minden állampolgár számára.	Maradványelv szerinti finanszírozás.
A költségkontroll megoldott.	Túlzott centralizáció.
Kiépült a közegészségügy.	A szükséglet nem alakította a kapacitás nagyságát.
	Sem a betegek, sem az orvosok nem választhattak.
	Járt a hálapénz a kórházban.

Forrás: Karner (2008)

„A szocialista egészségügyi rendszer, mint felépítmény az 1990-es rendszerváltozást követően megszűnt, azonban hatásai a mai napig érződnek a volt szocialista országok egészségügyi rendszerében. A legtöbb volt kelet-európai szocialista ország a rendszerváltozást követően visszatért a Bismarck-féle hagyományokhoz.” (Boncz, 2011)

Szabadpiaci Modell

Az erős öngondoskodásra épülő rendszer legjobb példája az Amerikai Egyesült Államok, de hasonló rendszer működik Svájcban és Ausztráliában is.

A liberális értékeken alapuló szabadpiaci modell szerint egy jól működő államban a jó módban élő polgárok megfelelő kockázatvállalási képességgel rendelkeznek ahhoz, hogy felelősen tudjanak dönteni a sorsukról, ennek megfelelően nincs kötelező szolgáltatás, minden állampolgár saját döntése, hogyan gondoskodik egészségügyi ellátásáról és az időskori megélhetéséről. Az ellátás színvonala magas. (Karner, 2008)

Az amerikai rendszer gyenge pontjaként Boncz (2011) két dolgot emel ki:

- Az egy főre jutó egészségügyi kiadás az USA-ban messze legmagasabb értéket mutatja, azonban az ezen óriási összeggel elérhető hozadék nemzetközi összehasonlításban nem tartozik a jobbak közé.
- Másik probléma, hogy közel 40 millió amerikai állampolgár nem rendelkezik semmilyen egészségbiztosítással. Ez még inkább növeli a társadalmi egyenlőtlenségeket.

F 112. táblázat: Szabadpiaci modell előnyei és hátrányai

Előnyök	Hátrányok
A differenciáltabb igényeket is kielégíti.	Nemzetgazdasági szinten finanszírozatlan.
Teljesen szabadpiac.	Nagy adminisztrációs igény.
Az új technológiák, eljárások gyors átvétele.	Az alsó szociális helyzetű csoportok leszakadnak.
	Korlátozott hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz.

Forrás: Karner (2008)

„Out Of Pocket” modell

Ide soroljuk társadalombiztosítás által nem finanszírozott ellátások körét, más néven a magánfinanszírozást.

„Az egészségügyi ellátás igénybe vevője a költség felmerülésekor maga fizet a szolgáltatásért, mégpedig annak teljes összegét (full-payment). A fejlődő közép- és dél-afrikai országokban az állami költségvetés korlátozott lehetőségei miatt kénytelenek ily módon biztosítani az egészségügyi ellátás fedezetét, azonban 1997-ben deklarálták, hogy meg kell növelni az egészségügyre fordított kiadásokat.” (Karner, 2008)

F 113. táblázat: „Out Of Pocket” modell előnyei és hátrányai

Előnyök	Hátrányok
Képes orientálni a fogyasztást.	A szegény rétegek leszakadását okozza.
Elősegítheti az ellátás minőségének javítását, a szolgáltatói versenyt.	Aránytalanul megnöveli az adminisztratív terheket.
Költségtudatosságra nevel.	A magánfinanszírozás formái igen eltérőek, de alapvetően két nagy csoportot lehet megkülönböztetni: az igénybevételekor a beteg által közvetlenül fizetett részleges (co-payment) vagy teljes szolgáltatási díj (fullpayment),
Többletforrást jelent az egészségügyben.	vagy – átalánydíjas, vagy elő takarékosági finanszírozás (önkéntes kiegészítő biztosítások, egészségcélú megtakarítás számlarendszer= MSA).

Forrás: Karner (2008)

Anglia

Az angliai egészségügy más országéhoz hasonlóan a költségvetés hiányából eredeztethető finanszírozási problémákkal küzd, ezért 2012-ben a változás szükségességét fogalmazták meg.

A kialakult finanszírozási feszültségre jellemző, hogy a számítások alapján az elvárt és a rendelkezésre álló források a 2010–2015 közötti időszakban 20 milliárd font hiányra volt becsülhető, amely az egészségügy költségvetésének – 106 milliárd font –18,9%-a.⁹⁴

A reform célja a költségek csökkentése, a hiányként jelentkező összeg megtakarítása.

A Health and Social Care Act⁹⁵ 2012 márciusában elfogadott törvény alapján és annak hatásaiként a 2013-ban megkezdődött reform az alábbiak szerint jellemezhető.

a./ Az egészségügyi minisztérium regionális hivatalinak megszűnése, az NHS England⁹⁶ megalakulása, mandátumának⁹⁷ megfogalmazása.

⁹⁴ Anglia 2013-as egészségügyi reformja

⁹⁵ Valamint a GYEMSZI Anglia 2013-as egészségügyi reformja kiadvány alapján készült.

⁹⁶ 2012-től NHS Commissioning Board-NHSCB néven már működött, feladatkörében országosan felelős a források allokálásáért és az alapellátás szolgáltatásainak közvetlen vásárlásáért. Közvetlenül az Egészségügyi Minisztérium alá van rendelve. A névváltozás 2013. április 1-től érvényes.

Az NHS England egyes szolgáltatások - alapellátás, gyógyszerészeti és gyógyszerári szolgáltatás, szemészet, fogászati ellátás - vásárlását az érdekellentétek kiküszöbölése érdekében saját maga végzi. Az alapszolgáltatások 2013. évi vásárlása 12,6 milliárd Ft, amely a teljes költségvetés 11,9%-a. Az irányítást az NHS England 4 regionális szolgáltatás-vásárló hivatal, 19 szolgáltatás-vásárlást támogató egység és 27 területi csoport végzi.⁹⁸

Az NHS Mandátum létrejöttével az alábbi célokat jelölte meg:⁹⁹

- a betegség megelőzése, korai diagnózis és kezelés előtérbe helyezése,
- a fennálló fizikai és mentális betegségek hatékonyabb kezelése, az egyes ellátási szintek szereplőinek fokozott mértékű összekapcsolására,
- biztonságos ellátás nyújtása a környezet megóvása,
- a felépülést elősegítő egyéb segítségnyújtás,
- az emberi méltóság megóvása, a részvét és tisztelet elvárása.

b./ Az alapellátási trösztök (PCT) megszűnése, a klinikai szolgáltatás vásárló csoportok Clinical commissioning group (CCG) létrejötte a White Paper 2010 reformjavaslat alapján. A CCG felelős a sürgősségi és baleseti ellátásért, az alapellátás ügyeletének megszervezéséért, a kórházi ellátásért, az anyasági, az újszülött, a gyermek-egészségügy, a mentális, valamint a rehabilitációs egészségügyi szolgáltatásokért. A házi orvosi csoportok mintegy 80 milliárd font értékű egészségügyi szolgáltatást vásárolnak - többnyire a kórházaktól.

A házi orvosi praxisok (GP) átlagosan 35 GP praxist tartalmaz, amely kb. 240 ezer lakos ellátását biztosítja.

c./ Az egészségügyi szektor ár és versenysemlegességet szabály Monitor testület létrejötte, amely a szolgáltatói engedélyek kibocsátásért is felelős.

d./ A kórházi járó-, fekvő-betegellátásért is felelős klinikai szolgáltatás-vásárló csoportok (CCG) a központi irányítástól való függetlenségét az alapítványi trösztű működés biztosítja, tevékenységét az NHS Trust Development Authority hatóság ellenőrzi.

e./ A helyi önkormányzat a népegészségügyi szolgáltatások vásárlásával a helyi népegészségügy irányítója.

f./ A Public Health England a lakosság egészségének fejlesztésére és a meglévő egyenlőtlenségek csökkentésére jött létre.

g./ A betegek jogainak védelmére működésbe lépett a Health Watch szervezet.

⁹⁷ The NHS Mandate 2012

⁹⁸ Anglia 2013-as egészségügyi reformja.

⁹⁹ A GYEMSZI Válogatás a Health On Line cikkeiből 2013/7 száma alapján.

h./ Az egészségügy, a népegészségügy és a szociális ellátás területén a standardalkotással foglalkozó szervezet neve National Institute for Health and Care Excellence (NICE)-re változott.

i./ A független minisztérium alá tartozó szervezetek egy része megszűnt (NPSA, NHS III).

j./ Az egészségügy működésért a felelősséget - a gazdasági és politikai értelemben - a megalakult szervezetek az egészségügyi miniszterrel együtt viselik.

Ausztria

Ausztria államformája szövetségi köztársaság, az országot kilenc tartomány alkotja.

„A társadalombiztosításon alapuló egészségügyi rendszerben a hatáskörök megoszlanak a szövetségi kormány és a kilenc tartományi hatóság között. A kormány felelős az egészségügyi ellátásért a törvényben rögzített kivételek mellett. A legfontosabb kivétel a kórházi szektor, ahol a kormány felelőssége az alaptörvényre terjed ki, amely alkalmazása a tartományok hatásköre. Szövetségi feladat a kórházi szektor egészségügyi szakmai felügyelete, ellenőrzése.” (ESKI, 2007)

Ausztriában egészségügyi reformintézkedések kidolgozása és bevezetése 1988 óta tart a reform célja, a kiadások növekedésének csökkentése továbbá az ellátás minőségének és hatékonyságának együttes javítása. A kormány 2004 decemberében elfogadott reformjavaslatában garantálta a kormány azon intézkedéseit, amely a jövedelemtől és kortól független, egyenlőt hozzáférést tesz lehetővé az egészségügyi szolgáltatásokhoz minden állampolgár számára. (ESKI, 2008)

A 2008-ban kezdődő világgazdasági válság Ausztriát is elérte. „Csökkent az export iránti kereslet és a befektetések volumene, lelassult, esetenként negatív előjelet vett fel a gazdasági növekedés, nőtt a munkanélküliség, mindezek következtében csökkentek az állam adókból és járulékokból származó bevételei.” (GYEMSZI, 2012a) Így azok az országok, mint például Ausztria, ahol javarészt állami finanszírozásból tartották fent az egészségügyet nehéz helyzetbe kerültek. A bevételi oldalon történő jelentős kiesés miatt, a döntéshozók a kórházi kiadások csökkentését célozták meg. Intézkedéseik közé sorolhatjuk az egynapos ellátás és az ambuláns ápolás megerősítése mellett a fekvőbeteg létesítmények számának csökkentését.

A szövetségi Egészségügyi Bizottság 2010 végén jóváhagyta az Osztrák Egészségügyi Strukturális Tervet (ezen túl: ÖSG). A terv keretterveket tartalmaz a kórházak által nyújtott szolgáltatásokra és kapacitásokra, illetve a nagy értéket képviselő orvosi eszközök és berendezésekre vonatkozó tartomány szintű keretterveket, továbbá az aktualizált

normatívákat a kórházon túl az ambuláns és a rehabilitációs területekre nézve is. Az ÖSG célkitűzése, hogy a kórházak régiókon átívelő egészségügyi ellátását célozva hozzájáruljon a helyi igények hatékonyabb kielégítéséhez. Az összetett magas minőségű ellátások az úgynevezett referencia-kórházokhoz kerültek, míg az alapszintű és sürgősségi ellátásokat a lakóhelyhez közeli kisebb kórházak látják el, valamint szükség esetén innen irányítják tovább a betegeket a megfelelő szakellátóhoz utókezelésre. (ESKI, 2007)

„Az ellátás iránti igény és az egészségügyi költségek növekedése azonban újabb reformokat tett szükségessé. A szövetség, tartományok és a társadalombiztosítás közötti hathatósabb együttműködés érdekében 2013. június 26-án került sor egy több évre szóló kontrolling szerződéstervezet aláírására, amely az ambuláns és fekvőbeteg szektorok optimálisabb összehangolását célozza. A célkitűzések elérése érdekében 2016-ig Ausztria össze kívánja hangolni az állami egészségügyi kiadások növekedését az átlagos gazdasági növekedéssel, ami 3,6 százalékban került meghatározásra.” (GYEMSZI, 2013a)

Ausztria tervei között szerepel új szervezetek létrehozása, mint például a Szövetségi Kontrolling Bizottság és a Tartományi Kontrolling Bizottság, amely az ambuláns és a fekvőbeteg területeket érintő reformok operatív végrehajtását végzi majd. (ESKI, 2007)

A szerződéstervezet főbb tartalmi elemei: (ESKI, 2007)

- Az interdiszciplinális betegellátás erősítése és a betegek ellátásának javítása érdekében tartományonként legalább két multiprofessionális és/vagy interdiszciplinális ellátási forma kialakítása.
- A betegek ellátáshoz való hozzáféréseinek javítása, akár egész napos és hétvégeken történő ellátás megvalósulása.
- A kórházi fekvőbeteg-ellátás csökkentése érdekében fokozzák az egynapos ellátás keretében igénybe vehető szolgáltatásokat.
- Annak érdekében, hogy fekvőbeteg kórházi ellátások csak a szükséges esetekben és ideig történjenek meg egységes minőségi standardok kerülnek bevezetésre.
- Célkitűzés a fekvőbeteg és ambuláns területeken, minőségmenedzsment rendszer bevezetése és az eredményesség és minőség mérése, ennek tükrében szektorokon átívelő jelentési rendszerének kidolgozása.
- Cél a fekvőbeteg és ambuláns szektorokban a diagnosztikai és teljesítménydokumentáció egységesítése.
- A megfelelő szolgáltató megválasztásának megkönnyítése érdekében telefonos és internet hozzáféréseken alapuló tanácsadási szolgáltatás létrehozása is a célok között szerepel.

Franciaország

Franciaország egészségügye országos egészségbiztosítási rendszeren alapul, mely kiegészül az Általános Társadalmi Hozzájárulás és a kiegészítő biztosítási formákkal. Franciaország társadalombiztosításának alapjait 1945-ben alakították ki. Az egészségbiztosítás vezetése három szervezet irányítása alatt állt. A CNAMTS a rendszeres jövedelemben részesülő dolgozók fedezetét látja el, míg az vállalkozókat biztosító CANAM országos biztosító. Ezek a biztosítók jelenleg a kormány irányítása alatt állnak. A CNAMTS ellenőrzi a hozzá tartozó regionális és helyi biztosítók által szolgáltatott költségtérítést. Az MSA a mezőgazdasági és vidéki dolgozókat átfogó biztosító a magánszektorhoz tartozik. A három biztosító tevékenységét az UNCAM biztosító egyesület vizsgálja, koordinálja. Az egészségbiztosítási rendszerek pedig a Társadalombiztosítási Igazgatóság felügyelete alá tartoznak.

A kötelező egészségbiztosítás rendszere három részre bontható: (ESKI, 2007)

- A CNMATS a dolgozók általános biztosítása, a kereskedelemben és az iparban dolgozókra és azok családtagjaikra is kiterjed, (ebbe a kategóriába sorolhatóak a hátrányos anyagi helyzetben élők).
- Az MSA a mezőgazdaságban dolgozók (és családtagjaik) részére nyújt egészségbiztosítási fedezetet.
- A CANAM az önálló vállalkozók és családtagjaik biztosításáért felelős.
- Létezik néhány külön biztosítási alap, amely meghatározott munkakörű emberek számára nyújt biztosítási fedezetet.

„A francia egészségügyi rendszer meghatározó jellemzője a szabad orvosválasztás jogának messzemenő érvényre juttatása, az utóbbi évtizedben ugyanakkor történtek intézkedések a koordinált betegút-szervezés pénzügyi, adminisztratív ösztönzőkkel való előmozdítása érdekében.” (Babarczy, 2012)

„Franciaországban 2005. január 1-jétől minden lakosnak kezelőorvost kell választania ahhoz, hogy ellátása biztosítási fedezetben részesüljön. A kezelőorvosok többsége előreláthatólag általános orvosi végzettséggel rendelkező szakember lesz, de választható kezelőorvosként egy szakterület specialistája is. A választott orvos rendelést magánorvosként vagy intézményes keretek között – kórházban vagy egészségügyi központban folytathat. A kezelőorvos-választás végső határideje 2005. július 1-je. Ezután bírságot vonhat maga után a szakellátás beutaló nélküli felkeresése, kivételt képeznek ez alól bizonyos szakterületek – szemészet, fogászat, nőgyógyászat – vagy a sürgős orvoshoz fordulás lakóhelyen kívül vagy a kezelőorvos szabadsága idején.” (GYEMSZI, 2005)

Egészségügyi reformok legnagyobb szabású intézkedése a "Kórház, a betegek, az egészség és a térségek" törvény volt, mely 2009-ben lépett életbe.

A törvény témakörei (GYEMSZI, 2013b):

- az egészségügyi intézmények modernizálása, fejlesztése,
- mindenki számára hozzáférhető minőségi egészségügyi ellátás,
- betegségmegelőzés, prevenció szerepének hangsúlyozása,
- az egészségügyi ellátórendszer területi szervezése.

„A törvény az egészségügyi intézmények modernizálásával a létesítmények állami kötelezettség vállalásának megerősítését, szervezeti felépítésük nyitottabbá tételét és a térségi szintű együttműködés előmozdítását célozta. Az állami egészségügyi intézmények megváltozó irányításában a törvény definiálta a felügyeleti tanács, az igazgatóság, az igazgató, az orvos bizottság és a csökkentett számú kötelező jelleggel felállított bizottságok szerepkörét, feladatait.” (GYEMSZI, 2013b)

A 2013-ban regisztrált magas összegű társadalombiztosítási deficit miatt 2014-re vonatkozó törvénytervezet készít a francia kormány, a tervezet országos egészségügyi stratégia elindítását támogatja.

A reformok célja a kiadások alakulásának fokozottabb ellenőrzése és az egészségügyi ellátás hatékonyságának elérése jelenik meg: (GYEMSZI, 2013c)

- az egészségügyi alapellátás előtérbe helyezése
- az egészségügyi intézményekre fordítandó beruházásokra vonatkozó új stratégia kidolgozása
- az egészségügyi intézmények finanszírozásának reformjai
- az idősek és a fogyatékossgal élők helyzetének előmozdítása
- az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés megkönnyítése a kiegészítő biztosítás átfogóvá tételével
- a fiatalabb korosztály, dohányzásról való leszokásának fokozott elősegítése
- a bizonyítottan hatékony és újszerű egészségügyi termékek alkalmazásának előmozdítása.

Észtország

„Szovjetunió felbomlását követően Észtországban a 90-es években végrehajtott reformok eredményeként megszűnt az egészségügyi ellátás központosított rendszere (1992) és több biztosítós rendszer alakult ki 22 betegbiztosítási alappal. A folyamatos átalakulások és centralizációk következtében 2001-ben megalakult az Észt Egészségbiztosítási Pénztár és annak hét regionális fiókja (2003-ban a hét regionális fiókból négy lett), melyek 200-500 ezer biztosítottal foglalkoznak.” (ESKI, 2005b)

Észtország egészségügyi rendszerének irányítása, az ország egészség politikájának kialakítása a Szociális Ügyek Minisztériumának feladata. A minisztérium felelős a mentők, a népegészségügy finanszírozásáért, míg a helyi önkormányzatoknak kisebb, önkéntes szerepük van az egészségügyi szolgáltatások megszervezésében. Az úgynevezett észt Egészségügyi Tanács feladatai közé tartozik az ellátások minőségének vizsgálata és biztosítása. Például az egészségügyi szolgáltatók ellenőrzése és engedélyezése, a betegpanaszok kivizsgálása, a fertőző betegségek felügyelete valamint egészségvédelmi törvények végrehajtása. Az egészségügyi finanszírozásáért a független Észt Egészségbiztosítási Alap felel, amely tevékenységei közé tartozik a finanszírozási források gyűjtése és elosztása, egészségügyi szolgáltatókkal való szerződéskötés, a szolgáltatások minőségének ellenőrzése és a táppénz kifizetés. (GYEMSZI, 2014a)

Észtország 2001-ben fogadták el az Egészségügyi szolgáltatások szervezéséről szóló törvényt, mely tartalmazta a kórházi szektor átalakítására vonatkozó tervezet is. Olyan 2015-ig szóló, hosszú távú stratégiai tervet dolgoztak ki, amely 3 fő célt foglalt magába:

- Hozzáférés biztosítása magas szintű egészségügyi szolgáltatásokhoz.
- A kórházi hálózat fenntartására és átalakítására irányuló költségek optimalizálása.
- A kórházi hálózat fenntarthatóságának biztosítása. (Borbás – Kövi, 2012)

„2004-től az EU-szabályozással kapcsolatos harmonizációt hajtották végre, valamint a felmerülő igényekre kerestek megoldás.” (GYEMSZI, 2014a)

2008 után a gazdasági válság okozta problémák megoldására fókuszáltak a döntéshozók. Az Észt Egészségbiztosítási Alap a növekedés időszakában olyan tartalékokat tudott felhalmozni, amellyel az ország sikeresen ellensúlyozni tudta bevételek csökkenését. Ennek ellenére azonban szükség volt megszorító intézkedések meghozatalára.

Ennek kereteiben (GYEMSZI, 2014a):

- Csökkentették a juttatásokat. 2009 óta a betegség első 3 napjára nem jár táppénz, a munkáltatók fizetik a táppénzt a negyediktől a nyolcadik, azt ezt követő napokat már az Észtt Egészségbiztosítási Alap.
- A táppénz mértékét 80%-ról, 70%ra csökkentették.
- A 2009-es évet követően a 19-63 év közötti biztosítottak nem vehetik igénybe az éves szintű, meghatározott összegig ingyenes fogászati ellátást.
- Csökkentették a szolgáltatások árát, ugyanakkor egyes szolgáltatások önrészét növelték.
- A fekvőbeteg ápolási ellátásra 15 százalékos költségmegosztást (co-paymentet) vezettek be.
- A kórházi ellátás napidíját 1,6 euróról 2,5 euróra növelték.
- A várakozási időt a nem akut járó-beteg ellátás esetében 4 hétről 6 hétre emelték.
- Emelték az áfát a gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök esetében.

A rendelkezésre álló források csökkenése, az egészségügyi szektorban dolgozók keresetei is csökkentek, melynek hatására 2012-ben az orvosok és az ápolók is sztrájkba kezdtek, mely 2012 decemberében megállapodással zárult, melyben ütemtervet dolgoztak ki az egészségügy rendszer fenntarthatósága érdekében. (GYEMSZI, 2014a)

„Észtország kedvezőbb gazdasági helyzete – amely magasabb egy főre jutó GDP-ben fejezhető ki – kedvezőbb környezetet biztosított a reformok elindításához. Emellett a reformok erős támogatást élveztek, megfelelő együttműködés állt fenn az észtt Egészségügyi Minisztérium és az Egészségbiztosítási Pénztár között. A jelentős társadalmi, gazdasági és politikai változások kedvezően hatottak az egészségügyi reformra, elősegítve a hatékonyság és az új irányítás fogalmainak bevezetését az egészségügyi ágazatban. Észtország földrajzi helyzete szintén kedvező hatással lehetett fejlődésére. Az egészségügyi reformok pozitív lezajlásához hozzájárulhatott még a korrupció alacsonyabb fokú elterjedése is a többi balti államhoz képest.” (ESKI, 2009)

„2013-ra a válságot sikerült átvészelní, és az Észtt Egészségbiztosítási Alapnak némi tartaléka is maradt a későbbi visszaesések ellensúlyozására.” (GYEMSZI, 2014a)

Németország

„A német egészségügyi ellátás szervezete a szövetségi államrendhez alkalmazkodik. Az irányítás felelőssége a szövetségi és a tartományi kormányok között, valamint a helyi egészségügyi hatóságok és szervezetek között oszlik meg. A 2005 végén történt változások következtében egyes minisztériumok feladatköre megváltozott. Ezek közé tartozik a korábbi Egészség- és Szociálisügyi Minisztérium is, melynek feladatai a jelenlegi Egészségügyi Minisztérium és az újonnan létrehozott Munka- és Szociálisügyi Minisztérium között kerültek megosztásra.” (ESKI, 2007)

Németországban a teljes lakosságra kiterjedő egészségbiztosítás a 2007-2009-es időszakban került bevezetésre. Az egészségügyi szolgáltatásokat a lakosság 85 százaléka részére a kötelező betegbiztosítók, 11 százaléka részére a magán betegbiztosítók nyújtják. Speciális biztosítással a lakosság mintegy 5 százalék (katonák, rendőrök) rendelkezik. A megoszlás 2005-ben még máshogy alakult akkor a lakosság 90% részesült kötelező egészségbiztosításban és 10% volt a magán egészségbiztosítókkal szerződtek száma. A magánbiztosítókkal szerződők közé a meghatározott jövedelmi szintet meghaladó állampolgárok tartozhatnak. (GYEMSZI, 2014b)

„Az egészségügyi rendszer magas színvonalú szolgáltatásokat nyújt, költségei és különösen a jövedelemalapú biztosítási hozzájárulás mértéke azonban jelentősen nőtt, ami vitákat váltott ki a rendszer reformjával kapcsolatban.” (GYEMSZI, 2014b)

Németország egészségügyi rendszerét a folyamatos reformok jellemezték. 2003-ban átfogó reform vette kezdetét, melynek oka a kötelező betegbiztosítás terén jelentkező hiány, ami meghaladta a 3 milliárd eurót. 2004-re a sikeres reformintézkedések rövidtávú sikereket értek el, ami által pozitív mérleggel zárta az évet az ország. A reformok között nagy hangsúlyt kapott a minőségbeli fejlesztés is. 2006-ban két évre befagyasztották a kötelező betegbiztosítás terhére felírt gyógyszerek költségeit.

2009-ben vezették be többek között a betegségstruktúra alapú kockázatkiegyenlítést, továbbá a német betegbiztosítás finanszírozásának egyik legjelentősebb változtatásaként a betegpénztárak esetében meghatározott járulékot vezettek be, így munkaadók és munkavállalók által fizetendő járulék már nem közvetlenül a betegpénztárakhoz kerül, hanem az Egészségügyi Alaphoz. (GYEMSZI, 2014b)

2012-ben léptek életbe, az orvoshiányt rendezni kívánó intézkedések. Elsősorban az alul ellátott régiókban területeken próbálták rábírní az orvosokat praxisalapításra vagy a megüresedett praxisok átvételére, ennek érdekében a vidéki régiókban a kormány

magasabb fizetést ígért. Ezen intézkedéshez hozzá tartozott továbbá, hogy a nagyvárosokban a túlzott egészségügyi ellátást is csökkenteni tudták. (GYEMSZI, 2012b)

„2012-ben fogadta el a Bundestag az új ápolási reformot. A 2013-tól életbe lépő reform főbb sarokpontjai a következők (GYEMSZI, 2012b):

- demens betegek és hozzátartozóik támogatása
- az ápolásra szoruló lakóközösségeinek támogatása
- államilag támogatott magán kiegészítő ápolásbiztosítás bevezetése
- a magán kiegészítő ápolásbiztosítás adótámogatása
- az ápolásbiztosítási járulék 0,1 százalékponttal 2,05 százalékra való emelése (gyermekteleneknél 2,3 százalékra)”

„A minőség fokozása érdekében 2014-ben megkezdődött az Egészségügyi Minőségbiztosítási és Transzparencia Intézetének (EMTI) létrehozása és ezzel a szektorokon átívelő, rutin adatokon alapuló minőségbiztosítás kialakítása. A Közös Szövetségi Tanács megbízásában működő intézet legfőbb feladatai között említhető a minőség méréséhez és bemutatásához szükséges kockázattal korrigált indikátorok és eszközök – beleértve ebbe a betegelégedettség mérésére alkalmas modulokat is – fejlesztése, a szükséges dokumentáció kidolgozása és egy kórházak online összehasonlítását lehetővé tevő rendszer kidolgozása és működtetése.” (GYEMSZI, 2014b)

Olaszország

A nem megfelelő struktúra és versenyképességi pozíció következtében az olasz gazdaság produktivitása lelassult, a munkanélküliség mégis csökkent. A 65 év felettek aránya az összlakossághoz képest egyre nő. (Bartal, 2009)

A közel 30 éves múltú visszatekintő Nemzeti Egészségügyi Rendszer rövidítve az SSN az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alatt áll és Olaszország egész lakossága számára biztosít egészségügyi ellátást. Az olasz egészségügyi rendszer háromszintű, első szint az úgynevezett nemzeti szint, ahol az Egészségügyi Minisztérium 3 évente egészségügyi tervezeteket dolgoz ki ezzel meghatározva az ország egészségpolitikáját. A második regionális szint, a 20 régió saját forrásaiból valósítja meg a tervezetet, igazodva a régió-specifikus igényekhez (ez által földrajzi különbségek alakulhatnak ki). A harmadik a helyi szint, amely a helyi egészségügyi intézményeket foglalja magában, amelyek a szolgáltatás nyújtásáért felelősek. Olaszországban az egészségügy közfinanszírozása adókból történik, az összes állampolgár számára elérhető ingyenes egészségügyi szolgáltatás csomagokat nemzeti szinten határozzák meg.

Az FSN-t az úgynevezett egészségügyi alapot a költségvetési törvény szabályozza évente, az itt befolyt bevételt az egészségügyi alapok között demográfiai alapon osztják szét. Ezt követően a pénzeket a helyi egészségügyi társaságoknak adják tovább. Olaszországban a magán és a helyi egészségügyi társaságok konkurencia harcban állnak egymással. (Bartal, 2009)

Állampolgári jogon, ingyen jár az egészségügyi ellátás mindenki részére, aki az Országos Egészségügyi Szolgálatnál regisztrált, de a lakosságnak lehetősége an lehetőség magánbiztosítás kötésére.

A házi orvosok önálló praxisban dolgoznak, fejkvóta szerint történik a bérezésük. Kapuóri funkciót töltenek be, a szakellátások jelentős része ugyanis csak beutalóval vehető igénybe. Az országra ápoló hiányjellemző, miközben az orvosok száma nő. 2003-ban két kategóriát határoztak meg a gyógyszerek támogatottsága szerint: a 100%-ban támogatott és a nem támogatott medicinák csoportja. (ESKI, 2007)

„A 2010 előtti főbb olasz reform folyamatok, melyek napjainkban éreztetik hatásukat, a következő területeket érintették: (GYEMSZI, 2014c)

- az alapellátás terén csoportpraxisok és integrált ellátó hálózatok kialakítása
- a fekvőbeteg-ellátó létesítmények finanszírozásában áttérés a DRG modellre
- magánbiztosítást ösztönző intézkedések, az ellátás magán szférát érintő költségeinek növelése (co-payment bevezetése a szakellátás, gyógyszerek terén)
- helyi egészségügyi hatóságok átszervezése és számuk csökkentése, autonóm profit-orientált központokká történő alakításuk
- változtatások a gyógyszerárak kialakításában és a gyógyszerköltségek térítésében
- elektronikus egészségügyi kártya bevezetése
- pszichiátriai intézetek bezárása, közösségi ellátás népszerűsítése
- a rehabilitációs szolgáltatások multidiszciplináris megközelítése, rehabilitációs út fejlesztése, személyre szabott rehabilitációs projektek, a beteg és hozzátartozói bevonása a rehabilitáció folyamatába.”

A gazdasági válság az olasz egészségügyben is megnövekvő terheket okozott. A kormány az egészségügyi kiadások csökkentését célozta meg, a lakosság terhei azonban tovább növekedtek. Az egészségügyi kiadások csökkentése érdekében, 2010-ben a helyi adó megemlése történt meg, 2011-ben az olasz kormány erőteljesen csökkentette az egészségügy infrastrukturális beruházási költségeit, a népegészségügyi kutatások támogatását, egészségfejlesztési és a betegségmegelőzési költségeket, valamint a palliatív ellátás költségvetését. Ezen évben nőtt a szakorvosok felkeresése esetén térítendő díj és az

indokolatlanul igénybevett sürgőségi ellátás után fizetendő meghatározott díj került bevezetésre. (GYEMSZI, 2014c)

„A 2012-ben elfogadott egészségügyi reform központi témája az egészségügyi ellátás költséghatékonyságnak javítása, az ellátás regionális szintű átszervezése. 24 órán át elérhető háziorvosi csoportpraxisok segítik az ellátáshoz való hozzáférés javítását, az egészségügyi tarifákat aktualizálják, a kórházak és helyi egészségügyi hatóságok irányítását átszervezik. Szigorítják a dohányzással, és alkoholfogyasztással kapcsolatos szabályozásokat, felülvizsgálják a támogatott gyógyszerek listáját, egészségügyi technológiai értékelést alkalmaznak a kevésbé hatékony gyógyszerek árainak újratárgyalása során.” (GYEMSZI, 2014c)

Lengyelország

Európa más országaihoz képest Lengyelországot kevésbé viselte meg a gazdasági válság. A válság hatására nem indult el visszaesés, de csökkent a gazdasági növekedés, ami negatív hatást gyakorolt az egészségügy állapotára is. Az egészségügyi helyzetet súlyosbította, hogy a kormány letett a tervezett egészségbiztosítási járulékok emeléséről, ami miatt az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak kevesebb bevétele volt, mint korábban. A 2009-ben felhalmozott tartalékok a következő két évben enyhítették a helyzetet, de a Pénztár éves költségvetése csökkenni kezdett az előzőekhez képest.

Az ország a gazdasági válságra adott azonnali válaszként 2008 novemberében Lengyelország stabilitási és fejlesztési tervet tett közzé. A tervet célja a gazdasági befektetések ösztönzése és a belső fogyasztás javítása. A tervet három fő területet jelölt ki: (GYEMSZI, 2012c)

- az állami finanszírozás stabilitásának fenntartása
- a finanszírozási rendszer stabilitásának fenntartása
- úgynevezett „Bizalmi Csomag”, Nemzeti Bank által történő megvalósítása a bankrendszer a fizetőképességének növelésére

1997-ben született törvény az egészségügy és az egészségbiztosítás átalakítására, amely alapján az egészségügyi rendszer finanszírozásának fő intézményei az önállóan működő vajdasági betegpénztárak lettek. Ezen pénztárak megfelelő koordinálásának hiányából adódóan a kormány az újraközpontosítás mellett döntött. 2003-ban a vajdasági pénztárakat összevonták, és létrejött az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (NFZ).

Az egészségbiztosítás felügyeletét az egészségügyi miniszter gyakorolja. Az NFZ egy központi hivatalból és az ország területi vajdasági tagozódása miatt 16

regionálisbiztosítóból áll. Az egészségügyi ellátást a pénztár a járulékbévételekből finanszírozza. Az NFZ létrejötte óta a lakosság általános egészségbiztosításáról szóló törvény alapján egészségbiztosítás kötelező érvényűvé vált, és minden állampolgárra kiterjed. A kötelező biztosítottak járulékai jövedelem-függőek, ennek aránya a bruttó bér 9 százaléka melyet munkavállaló fizeti. (GYEMSZI, 2012c)

Nagy vitát eredményezett a kórházak részvénytársaságokká alakítása. A lengyel parlament 2008-ban elfogadott reformtörvények közül a köztársasági elnök a betegek jogairól és a betegjogi képviselőkről, az egészségügyi akkreditációról, valamint az országos és megyei egészségügyi konzultánsokról szóló törvényeket írta alá, három törvényt megvétózott, amelyek a kórházak részvénytársaságokká alakítására, az egészségügyi dolgozókra és az egészségügyi reform bevezetésére vonatkoznak. Az elnök vétóját a parlament támogatta. 2009 tavaszán az egészségügyi kormányzat „B” tervet dolgozott ki az intézmények működésének javítására. Az önkormányzatok számára lehetőség nyílt az adósságaik rendezését szolgáló kormányzati támogatás elnyerésére, melynek feltétele a tulajdonukban lévő kórházak struktúra-átalakítási tervének, pénzügyi és gazdálkodási tervének elkészítése volt. 2010 októberében az egészségügy helyzetének javítására új egészségügyi reformtörvény-csomagot terjesztettek elő, a tervben szerepelt az önálló közintézményként működő kórházak és rendelőintézetek gazdálkodási formájának átalakítása, a kórházak részvénytársaságokká alakítása. (GYEMSZI, 2013d)

„2013-ban az egészségügyi miniszter az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (NFZ) decentralizálásának tervéről tett bejelentést. Az NFZ regionális irodái nagyobb döntési jogkörrel és autonómiával rendelkeznek majd, míg a központi irodát felszámolják. Létrehoznának egy központi hivatalt, amely felügyelné a regionális irodákat, a szolgáltatások árképzésével, minőségellenőrzéssel, az ellátás hatékonyságának mérésével stb. foglalkozna.”

„Összességében megállapítható, hogy a lengyel egészségügyben még mindig tartós problémák állnak fenn, és a rendszer további javítására lenne szükség (GYEMSZI, 2013d):

- a hozzáférhető és jó minőségű ellátás elérésének fő akadályát a szűkös finanszírozás képezi, bár a forrásallokáció javulóban van,
- egy másik (és kapcsolódó) tartós probléma az állami kórházak eladósodottsága, és kérdéses, hogy a kórházak gazdasági társasági formában történő működtetése megoldja-e a problémát,
- az egészségügyi személyzet hiánya is veszélyt jelenthet, ezért inkább egy stratégiai szemléletre lenne szükség,

- a minőség-ellenőrzés területén történt előrelépés, de az ellátás bizonyos területein hiányoznak még a minőségi standardok.”

Csehország

„Csehország egészségügyi rendszere kötelező egészségbiztosításon alapul, amely több-biztosítós rendszerben működik. Az egészségügy irányító szerve az Egészségügyi Minisztérium (Ministerstvo zdravotnictví), amelynek kiemelt feladatai közé tartozik az egészségpolitika kialakítása, az egészségügyi rendszer ellenőrzése, az egészségügyi jogszabályok előkészítése, az egészség megőrzési programok, az orvostudomány kutatások támogatása, az egészségvédelemmel és egészségfejlesztéssel foglalkozó intézmények irányítása, a közvetlenül hozzá tartozó intézmények (oktatókórházak, országos hatáskörű speciális intézmények) működtetése, az egészségügyi információs rendszer menedzselése, az egészségbiztosítási alap felügyelete.” (GYEMSZI, 2012d)

A cseh gazdaságot a válság a külkereskedelmi csatornán keresztül érintette, az országban a recesszió viszonylag rövidnek bizonyult. Ezzel párhuzamosan azonban a gazdaság fellendülése kevésbé gyors, mint a régió más országaiban. A cseh államadósság gyarapodása, a nemzetközi gazdaság lassulásával további kihívást jelenthetnek az országnak. A legnagyobb nehézséget a nagy államháztartási hiány adja. A bevezetésre került válságcsökkentő intézkedések a bevételek növelését célozzák meg. Ezen intézkedések a kiadási oldalon a szociális juttatások (beleértve a táppénz, anyasági segély) csökkentését eredményezték. Az országban egészségbiztosítás bevételei a növekvő munkanélküliség miatt stagnálnak. Az állami kiadások visszafogása elsősorban a költséges ellátásokon érvényesült. 2012-ben bevezetett áfa emelés és az orvos bérek növelése az egészségügyi kiadások további növekedését eredményezheti. A válság hatására növekedett a külföldön munkát vállaló orvosok száma. 2011-ben a kormány az egészségügyi dolgozók kereseteinek növelése mellett döntött, melyben nagy szerepet játszott a 2011-ben történő egészségügyi dolgozók sztrájkjai. 2010-ben a kormányzat intézkedéseket hozott az egészségügy finanszírozását szolgáló bevételek növelésére. (GYEMSZI, 2012a)

A cseh egészségügyi reformok két fontos vitája az önrészfizetés mértéke és az egészségbiztosítók közötti verseny jellemzi. A cseh egészségügyi rendszer finanszírozásában rendkívül magas az állami források aránya. Habár az állami finanszírozás aránya az utóbbi években csökkenni látszik, az önrészfizetés mértéke az más kelet-közép-európai országokhoz viszonyítva továbbra is alacsony. A magas önrész mellett vaksolók magas önrész azzal érvelnek, hogy ez a betegek magatartását pozitívan befolyásolná, például egészségesebb életvitelre ösztönözná a polgárokat és csökkenne az

egészségügyi ellátások azon része, ami szükségtelenül kerül kihasználásra. Egyesek szerint azonban önös érdek is húzódik a javaslat mögött, mivel ez által kevésbé szabályozott plusz bevételre tehetnének szert, szerintük a jelenleg élő önrész így is megnehezíti egyes csoportok, például a szerény jövedelemből élő nyugdíjasok hozzáférését az ellátásokhoz. Szintén ide kapcsolódik heves vitákat kiváltó kötelező egészségbiztosítás által biztosított szolgáltatáscsomag újradefiniálása. Az utóbbi években javaslat történt az alap szolgáltatáscsomag újbóli meghatározására, és az extra szolgáltatásokért történő önrész bevezetésére, mely kezdeményezés végül meghiúsult. (GYEMSZI, 2014d)

„A cseh állami egészségbiztosításban több biztosító vesz részt, melyek között a verseny jelentősen korlátozott. Az egyik oldal képviselői általában a szabályozott piacon történő valódi verseny bevezetése mellett érvelnek, melyet a bevételi oldalon történő változtatásokkal kívánnak lehetővé tenni.” „A másik oldal képviselői ezzel szemben azzal érvelnek, hogy a több biztosító jelenléte mind a biztosítók, mind a szolgáltatók fix költségeit növeli, kizárja a szolgáltatók teljesítményén alapuló, hatékony finanszírozási mechanizmusokat, és gyengíti a vásárlói oldal tárgyalási pozícióját.” (GYEMSZI, 2014d)

A jelenlegi kormány által megfogalmazott egészségpolitika fő céljának tekinti, hogy az állami egészségügyi rendszer, az egészségbiztosítók és egészségügyi szolgáltatók gazdaságilag stabil, hatékony és átlátható működését biztosítsák. Továbbá intézkedéseket kívánnak tenni az állami egészségügyi rendszer hosszú távú pénzügyi fenntarthatósága, valamint az ellátás minőségének, hatékonyságának és eredményességének fejlesztése érdekében. A fokozatosság elvét követő reformintézkedések célja, hogy a cseh egészségügyi rendszer egy egyre jobban szabályozott piaci rendszeré váljon, amely a beteget állítja a középpontba, és amely minden érdekelt számára megfelelő ösztönzővel bír. (GYEMSZI, 2014d)

Szlovákia

Szlovákia egészségügyi rendszere több biztosítós rendszerként működik és a kötelező egészségbiztosításon alapul. Az egészségügyet irányító szerv a Ministerstvo zdravotníctva, az Egészségügyi Minisztérium. A minisztérium alapvető feladatai az egészségpolitika és a törvények kidolgozása, az intézmények szakmai irányítása, egészségvédelmi és egészségfejlesztési programok felügyelete, a közvetlen irányítása alá tartozó intézmények működtetése. A finanszírozási rendszer működését alapjaiban a 2004-ben kiadott hat reformtörvény alapjai határozzák meg, legfőbbképpen az egészségügyi ellátásra, az egészségbiztosításra, az egészségbiztosítókra és az egészségügyi felügyeletre, az általános

egészségbiztosításból fedezett egészségügyi ellátásra, az egészségügyi ellátás szolgáltatóira és a szakmai szervezetekre, valamint a mentőszolgálatra vonatkozásában. A többi területen azonban 2006-ban történtek lényeges változások. (GYEMSZI, 2012e)

A gazdasági válság hatásai a szlovák egészségügyi rendszert is nehézségek elé állította. A munkanélküliek magas aránya miatt 2009-ben és azt követő évben is csökkentek az előző évekhez képest a gazdaságilag aktív lakosok lakossági biztosítási díjtételeiből folyó bevételei. Az állam által biztosítottak után a kötelező biztosítás fedezetére nyújtott bevételek nőttek. 2011-ben és 2012-ben az inaktívok után fizetett hozzájárulás ugyan kismértékben csökkent. A válság idején jelentkező legnagyobb kihívásokat jelentette többek között az ellátások minőségének megőrzése, hogy az egészségügyi ellátás hosszabb várólisták nélküli hozzáférhetőségének biztosítása és az egészségügyi dolgozók bérköveteléseinek való megfelelés jelentette. Az Egészségügyi Minisztérium megvalósított intézkedései közé tartozik, a gyógyszerek referenciaár szabása, a biztosítók és a szolgáltatók által kötött szerződések nyilvánosságra hozása és a generikumok ösztönzése. A kórházak 2011 végére nagy adósságot halmoztak fel. A kórházak adósságmentesítésére a minisztérium tőkeinjekcióról hozott határozatot. A támogatás legfőbb célja az volt, hogy felszámolja a kórházak eladósodottságát, mielőtt azok részvénytársaságokká alakulnak. Azonban mivel az átalakulást az orvosok követelésére a kormány leállította, a folyósítására nem került sor.

Az országos egészségbiztosító válságkezelő intézkedései a következők: (GYEMSZI, 2012a)

- a minőség és hatékonyság értékelése a szolgáltatók teljesítményében
- a szerződésekben kevesebb kórházi ágyon történő ellátás finanszírozása
- a nappali kórházi ellátás előtérbe helyezése
- a gyógyszerköltségek visszafogása
- a kártérítési igények rendezésének hatékonyabbá tétele
- belső tartalékok mozgósítása, a túlfoglalkoztatás megszüntetése
- az ugyanazon szolgáltatásért nyújtott finanszírozás különbségeinek kiegyenlítésére és a beteg utak szervezettebbé tételére

„Szlovákiában 2012. március elején voltak választások. Az új kormány egészségügyi minisztere, Zuzana Zvolenska, egészségpolitikai célkitűzéseinek középpontjában az egészségügyi szakemberekkel való folyamatos kommunikáció, a finanszírozás átalakítása és a gyógyszerek betegek számára való hozzáférhetővé tétele szerepelt.

Az új kormány egészségpolitikájának legfontosabb intézkedései (GYEMSZI, 2014e):

- lépések történtek az orvosok fizetésének rendezésére,
- az egészségügyi ellátás elérhetőségét előmozdító intézkedések születtek,
- a vényköteles gyógyszerek árát az Európai Unióban-érvényben lévő három legalacsonyabb árhoz igazították,
- napirendre tűzték az egyetemi kórházak tevékenységének korszerűsítését,
- jelenleg is előkészítés alatt van a DRG-rendszer bevezetése (EU-s támogatással folynak a bevezetést segítő képzések),
- stratégiai célkitűzésként jelenik meg az e-egészségügy fejlesztése,
- a nem dohányosok védelmében törvénymódosítás lépett érvénybe.”

Az egészségügyi miniszter 2012-ben javaslatot tett az egészségbiztosítás egyetlen, az állam által irányított egészségbiztosító társaság általi működtetésére. Az egybiztosítós rendszer azonban még előkészítési fázisban van, érvénybe léptetését még minisztériumok közötti egyeztetésnek kell megelőznie, így az új biztosítási rendszer bevezetésére a tervezettnél későbbi időpontban, kerülhet sor. Az egészségügyi egészségpolitikai törekvéseitől az elkövetkezendőkben az alábbi eredményeket várják:

- az első kapcsolatfelvételben résztvevő orvosok számának növekedése kontaktpontonként
- az egy főre jutó orvosi konzultációk átlagos számának csökkenése
- a magas szintű alapellátás és járóbeteg-ellátás jobb elérhetősége
- az aktív ellátást nyújtó ágyak jobb kihasználása
- a kórházi tartózkodások időtartamának csökkenése
- az aktív ellátást nyújtó kórházak számának csökkenése
- a beavatkozások számának növekedése a fennmaradó aktív ellátást nyújtó kórházakban

Az integrált egészségügyi ellátással kapcsolatos új stratégia dinamikusabban fejlődőbbé és kiegyensúlyozottabbá teheti Szlovákia egészségügyi rendszerét. A tervek szerint a rendszer rugalmasabban fog alkalmazkodni a változó igényekhez, például a lakosság előregedéséhez, valamint a diagnosztikai és a terápiás eljárások terén szükségessé váló fejlesztésekre. (GYEMSZI, 2014e)

6. számú függelék**Az integráció során (2006-2013) alkalmazott törvények és rendelkezések****F 114. táblázat: Az integráció során (2006-2013) alkalmazott törvények és rendelkezések**

1208/2011. (VI. 28.) Korm. hat.	a Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról
1335/2011. (X.13.) Korm. hat.	a megyei intézmények és a Fővárosi Önkormányzat fenntartásában lévő egészségügyi intézmények konszolidációjához szükséges intézkedésekről
2011. évi CLVI. törvény	a megyei önkormányzatok konszolidációjáról, a megyei önkormányzati intézmények, és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményeinek átvételéről
258/2011. (XII. 7.) Korm. rendelet	a megyei intézményfenntartó központokról, valamint a megyei önkormányzatok konszolidációjával, a megyei önkormányzati intézmények és a Fővárosi Önkormányzat egészségügyi intézményeinek átvételével összefüggő egyes kormányrendeletek módosításáról
372/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet	a megyei önkormányzat egészségügyi intézményei és a Fővárosi Önkormányzat egészségügyi intézményei átvételének részletes szabályairól
2006. évi CXXXII. törvény	az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
2011. évi CLXXVI. törvény	Esztergom Város Önkormányzata egyes intézményeinek átvételéről
2012. évi XXXVIII. törvény	a települési önkormányzatok fekvőbeteg-szakellátó intézményeinek átvételéről és az átvételhez kapcsolódó egyes törvények módosításáról
92/2012. (IV. 27.) Korm. rendelet	a települési önkormányzatok egészségügyi intézményei átvételének részletes szabályairól és egyes egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról

Forrás: Saját szerkesztés

Köszönetnyilvánítás

A szerző ezúton is köszönetet mond mindazon számtalan támogató, segítő számára, akik valamilyen módon hozzájárultak jelen disszertáció létrejöttéhez.

Valamennyi kutatás csapatmunka, a segítőik szerepe elvitathatatlan, néhányukat személy szerint is szükséges kiemelni.

Elsőként a szerző Családját, Barátaikat, Tanárait, Munkatársait illeti a köszönet, hisz biztatásuk, támogatásuk, útmutatásuk és szeretetük biztosította a felkészülés nyugodt hátterét, a tudományos munka szakmai megalapozását és elvégzését.

Köszönet Dr. Pataki Lászlónak témavezetőként nyújtott segítségéért.

Köszönet illeti Dr. Baranyi Arankát, Ritzlné Kazimír Ildikót, Dr. Novák Tamást, Dr. Kis Róbertet a módszertanban nyújtott segítségért, Dr. Boczek Tibort, Donkáné Verebes Évát, Dr. Dózsa Csabát, Dr. Drexler Donátot, Elmer Zsoltot, Dr. Imre Lászlót, Dr. Mészáros Jánost, Dr. Reiter Józsefet, Dr. Óri Károlyt, Dr. Urbán Lászlót, Zombor Attilát, Zsarnai Istvánt, akik egy-egy alkalommal, a szerzővel együtt értelmezték az egészségügy helyzetének lehetséges kivezető útjait.

Köszönet Dr. Mihályi Péternek könyveiért, iránymutató előadásaiért, tanácsaiért.

Köszönet a NYME Közgazdaságtudományi Kara által nyújtott támogatásért Dr. Kovács Tamásnak, Dr. Székely Csabának, Dr. Szóka Károlynak és Dr. Vágyi Ferencnek.

Köszönet Dr. Lentner Csaba, Dr. Lukács János, Dr. Printz János, Dr. Tóth József kollégáknak, akikkel az egészségügyi szolgáltatók könyvvizsgálatának módszertani kialakítását, a gazdaságpolitika és az államháztartás számvitelének kérdéseit vitattuk meg, és jelentős szerepet játszottak a tudományos kutatás elindításában.

Köszönet hallgatótársaimnak, Bogáth Ágnesnek, Frang Gizellának, Kovács Andreának, Mészáros Ibolyának, Perkovácz Tamásnak, Dr. Varga Zoltánnak, akik az együtt tanulás mellett számos kérdés megvitatásával segítették a tanulmányok elvégzését, befejezését.

Köszönet Bernuláné Horváth Mária, Marton Andrea, Szabó Fanni, Vörös Zsuzsa szerkesztő támogatóknak, akikkel a disszertáció nyelvezetét tettük jobba, ábráit és tartalmát értelmezhetőbbé.

Köszönet a Dr. Bártfai Zoltán, Dr. Karner Cecília, Dr. Juhász Zita opponenseknek a segítő kritikájukért, amellyel a disszertáció szakmai tartalmát korrigálták.

Köszönet Dr. Lett Bélának a disszertáció szerkezetének, nyelvezetének átalakítását elősegítő kritikáiért.

Továbbá köszönet illeti még Árendás Györgyöt a Széchenyi István Doktori Iskola munkatársaként végzett segítőkész munkájáért.

JOGI NYILATKOZAT

Nyilatkozat

Alulírott Hegedűs Mihály jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy Az egészségügy intézményi rendszerében végbement és folyamatban lévő integrációs folyamatok gazdasági hatásainak értékelő elemzése című

PhD értekezésem

önálló munkám, az értekezés készítése során betartottam a *szerzői jogról szóló 1999. évi LXXVI. tv.* szabályait, valamint a Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola által előírt, a doktori értekezés készítésére vonatkozó szabályokat, különösen a hivatkozások és idézések tekintetében.¹⁰⁰

Kijelentem továbbá, hogy az értekezés készítése során az önálló kutatómunka kitétel tekintetében a programvezetőt, illetve a témavezetőt nem tévesztettem meg.

Jelen nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy amennyiben bizonyítható, hogy az értekezést nem magam készítettem, vagy az értekezéssel kapcsolatban szerzői jogsértés ténye merül fel, a Nyugat-magyarországi Egyetem megtagadja az értekezés befogadását.

Az értekezés befogadásának megtagadása nem érinti a szerzői jogsértés miatti egyéb (polgári jogi, szabálysértési jogi, büntetőjogi) jogkövetkezményeket.

Sopron, 2015. április 28.

.....
doktorjelölt

¹⁰⁰ 1999. ÉVI LXXVI. TV. 34. § (1) A MŰ RÉSZLETÉT – AZ ÁTVEVŐ MŰ JELLEGE ÉS CÉLJA ÁLTAL INDOKOLT TERJEDELEMBEN ÉS AZ EREDETIHEZ HÍVEN – A FORRÁS, VALAMINT AZ OTT MEGJELÖLT SZERZŐ MEGNEVEZÉSÉVEL BÁRKI IDÉZHETI.

36. § (1) nyilvánosan tartott előadások és más hasonló művek részletei, valamint politikai beszédek tájékoztatás céljára – a cél által indokolt terjedelemben – szabadon felhasználhatók. Ilyen felhasználás esetén a forrást – a szerző nevével együtt – fel kell tüntetni, hacsak ez lehetetlennek nem bizonyul.