



ÁLLAMI
SZÁMVEVŐSZÉK

Makró szintű forrásszűkítés - mikro szintű alkalmazkodás (elmaradása) a magyar egészségügyben (2007-2008)

Dr. Pulay Gyula főigazgató, ÁSZ Kutató Intézete előadása a Corvinus egészségpolitikai és egészség-gazdaságtani minikonferencián 2010. május 3.

2011.01.20.

Állami kiadások a GDP százalékában

Funkciók	EU-15 2005	Magyarország			
		2005	2006	2007	2010*
Állami működés	10,0	11,9	11,7	10,7	9,5
Oktatás	5,2	6,4	6,3	5,6	5,1
Egészségügy	6,6	5,3	5,2	4,7	4,0
Szociális védelem	19,0	16,2	17,0	16,4	15,9
Gazdasági funkciók	4,4	6,9	8,5	7,9	6,1
Összesen	47,2	51,6	53,3	50,4	45,9

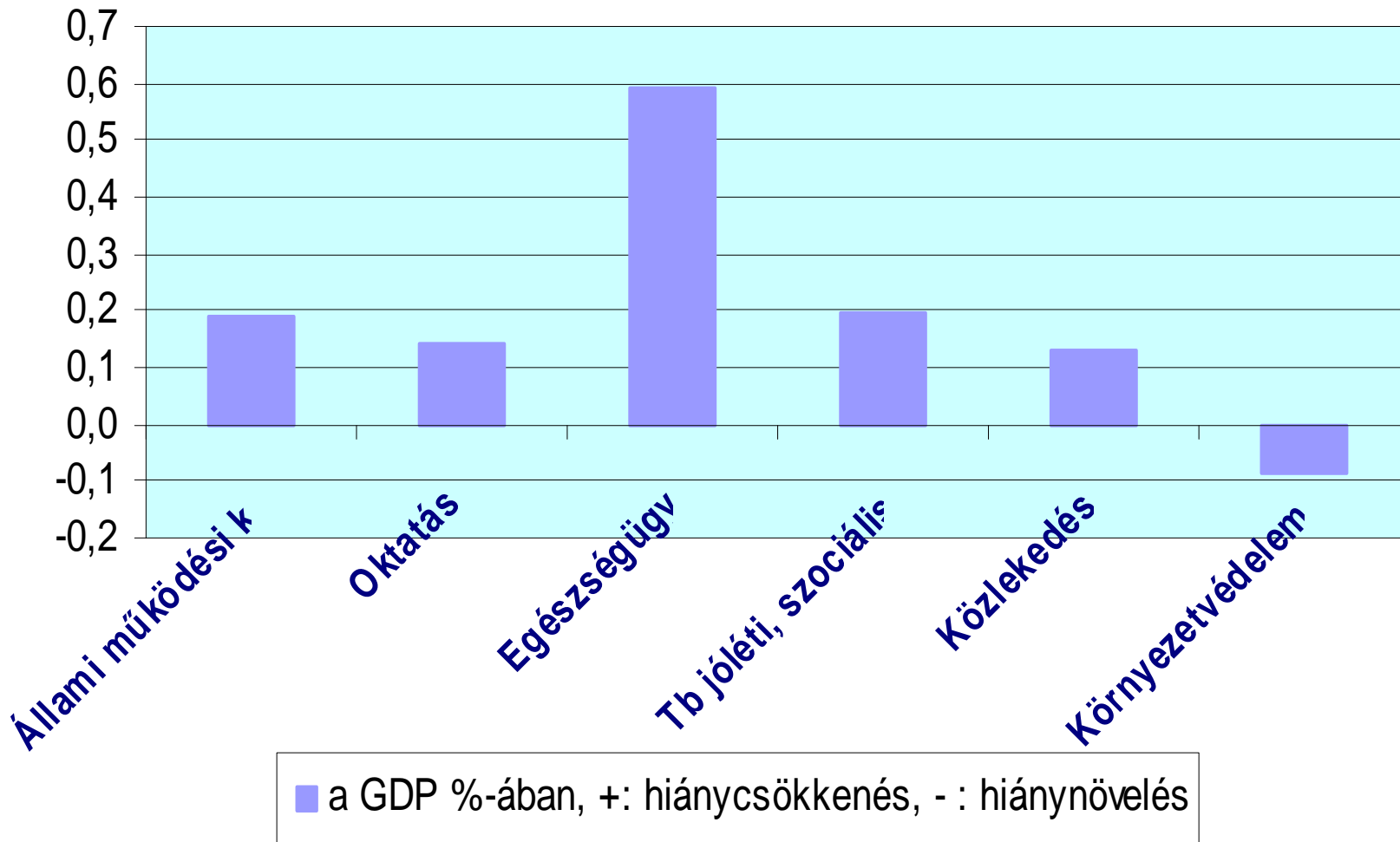
*A konvergencia programban előírányzott érték

Állami kiadások aránya az összes kiadás százalékában

Funkciók	EU-15 2005	Magyarország			
		2005	2006	2007	2010*
Állami működés	21,2	15,0	14,3	12,7	13,0
Oktatás	11,0	12,5	11,8	11,1	11,1
Egészségügy	14,0	10,2	9,8	9,3	8,7
Szociális védelem	40,3	31,4	31,9	32,5	34,7
Gazdasági funkciók	9,3	13,4	15,9	15,6	13,4
Összesen	100	100	100	100	100

* A konvergencia programban előirányzott érték

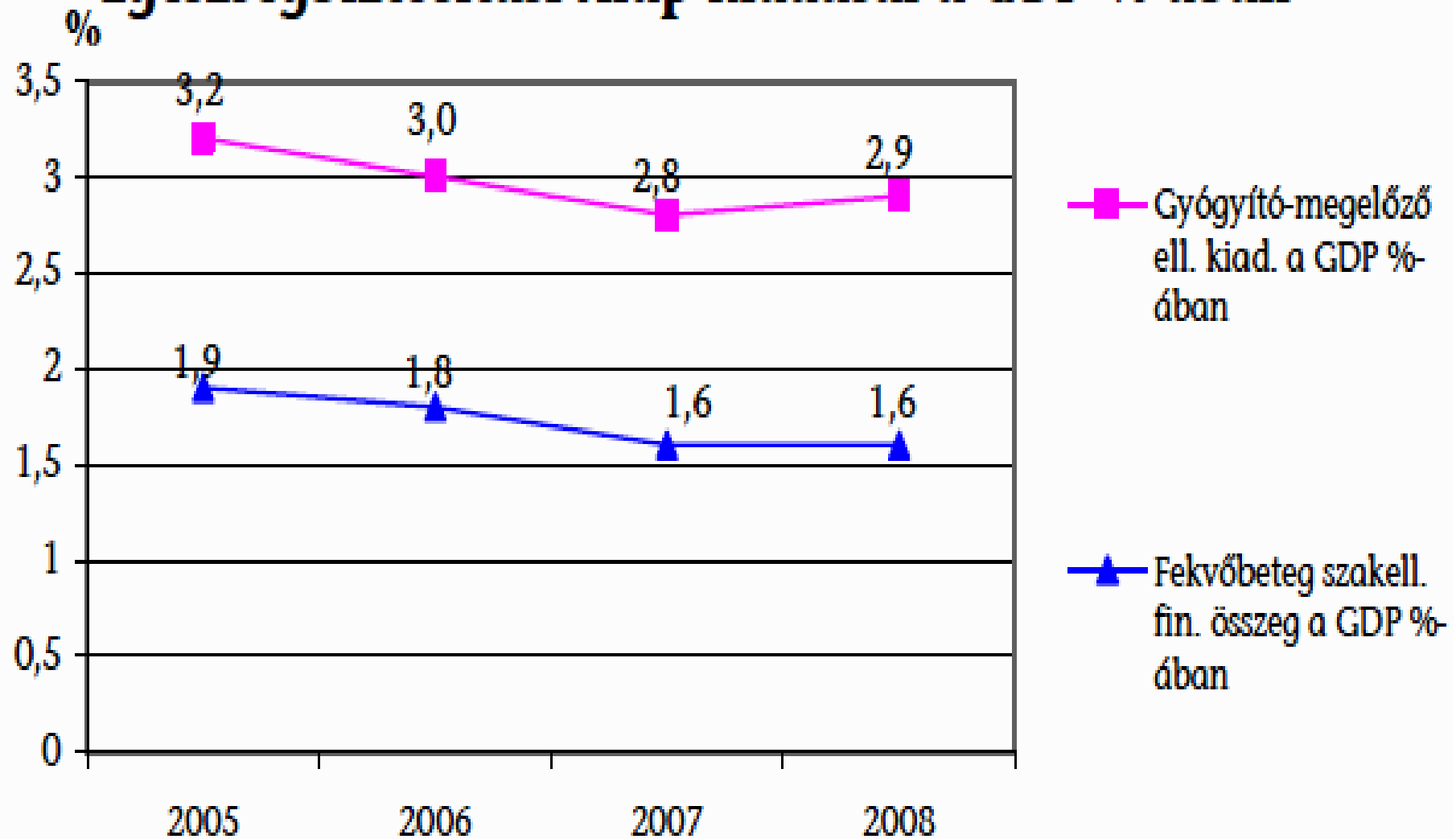
Egyes kiadási tételek hozzájárulása a költségvetési egyenleg változásához (2007tény - 2006)



Konszolidált államháztartási kiadások szerkezete

Funkciók	2006	2007 tény	2008 terv
	2005. évi áron, az összes kiadás százalékában		
Állami működés	14,3	14,6	13,0
Oktatás	11,7	11,9	10,9
Egészségügy	9,7	9,0	8,9
Társadalombizt. és jóléti	31,9	32,9	33,9
Lakásügyek	4,1	3,9	4,0
Szórakoztatás, kultúra	2,8	2,8	2,7
Gazdasági funkciók	15,8	15,1	14,1
Összesen:	100,0	100,0	100,0

Egészségbiztosítási Alap kiadásai a GDP %-ában



A konvergencia program ellentmondásos eü-i intézkedései

- Kapacitáscsökkentés, struktúra-átalakítás esetlegessége.
- Teljesítményvolumen korlát (merevség, bázis megalapozatlansága, felülvizsgálat elmaradása, kapacitáscsökkentés problémái, transzparencia hiánya).
- Inkonzisztens szabályok
- **A szabályok finomhangolása elmaradt.**

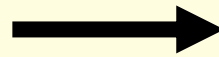
Az intézkedések értékelése

- Jelentős megtakarítás az egészségbiztosítási támogatásban.
- **A költségek kevésbé csökkentek, mint a támogatások.**
- A különbség szétterül a biztosítottak, az egészségügyi szolgáltatók és a fenntartók (önkormányzatok) között.
- A többletterhek eloszlása aránytalan és igazságtalan.

A mozgástér és kitörési pontok

- A költségcsökkentésnek utol kellene érnie az eddigi támogatáscsökkentést
- Kitörési pontok:
 - Ellátási szintek közötti feladat-átcsoportosítás;
 - Progresszivitási szintek közötti erőforrás-átcsoportosítás;
 - A hatékonyság növelése és megtakarítások fenntartói és szolgáltatói szinten.

A hátizsák probléma



2011.01.20.

A hátizsák probléma „megoldása” a gyógyszertámogatás esetében

Megnevezés	Változás 2007/2006 (%)
Támogatás összege	81,2
Dobozban mért forgalom	88,0
Átlagos támogatási mérték	91,4
Átlagos doboz ár	101,4

A kórházi teljesítménymutatók változása

Mutatók		2008/2006 (%)
Ágyszám dec. 31-én	aktív	74,5
	krónikus	133,5
Elbocsátott betegek száma	aktív	87,4
	krónikus	143,6
Ápolás átlagos időtartama	aktív	90,0
	krónikus	85,1
Ágykihasználás	aktív	107,2
	krónikus	94,1

2011.01.20.

**A volumen korlát és a teljesítmények alakulása az aktív¹³
 fekvőbeteg szakellátásban a teljesítés ideje szerint
 (ezer súlyszám)**

Megnevezés	2005/1 – 2006/9	2006/1 – 2007/9	2007/10 – 2008/6
TVK	2 537	2 215	1 672
Elvégzett teljesítmény	2 649	2 326	1 783
Kifizetett teljesítmény	2 557	2 187	1 693
Nem finanszírozott teljesítmény	3,5%	6,0%	5,0%
Fel nem használt TVK	0,5%	0,8%	0,1%

2011.01.20.

A volumen korlát és a teljesítmények alakulása a járóbeteg szakellátásban a kifizetés ideje szerint (millió pontszám)

Megnevezés	2006	2007	2008
TVK	74 047	77 201	60 546
Elvégzett teljesítmény	82 071	72 269	57 968
Kifizetett teljesítmény	75 097	68 052	55 866
Nem finanszírozott teljesítmény (%)	8,5%	5,8%	3,6%
Fel nem használt TVK (%)	1,1%	11,5%	7,1%

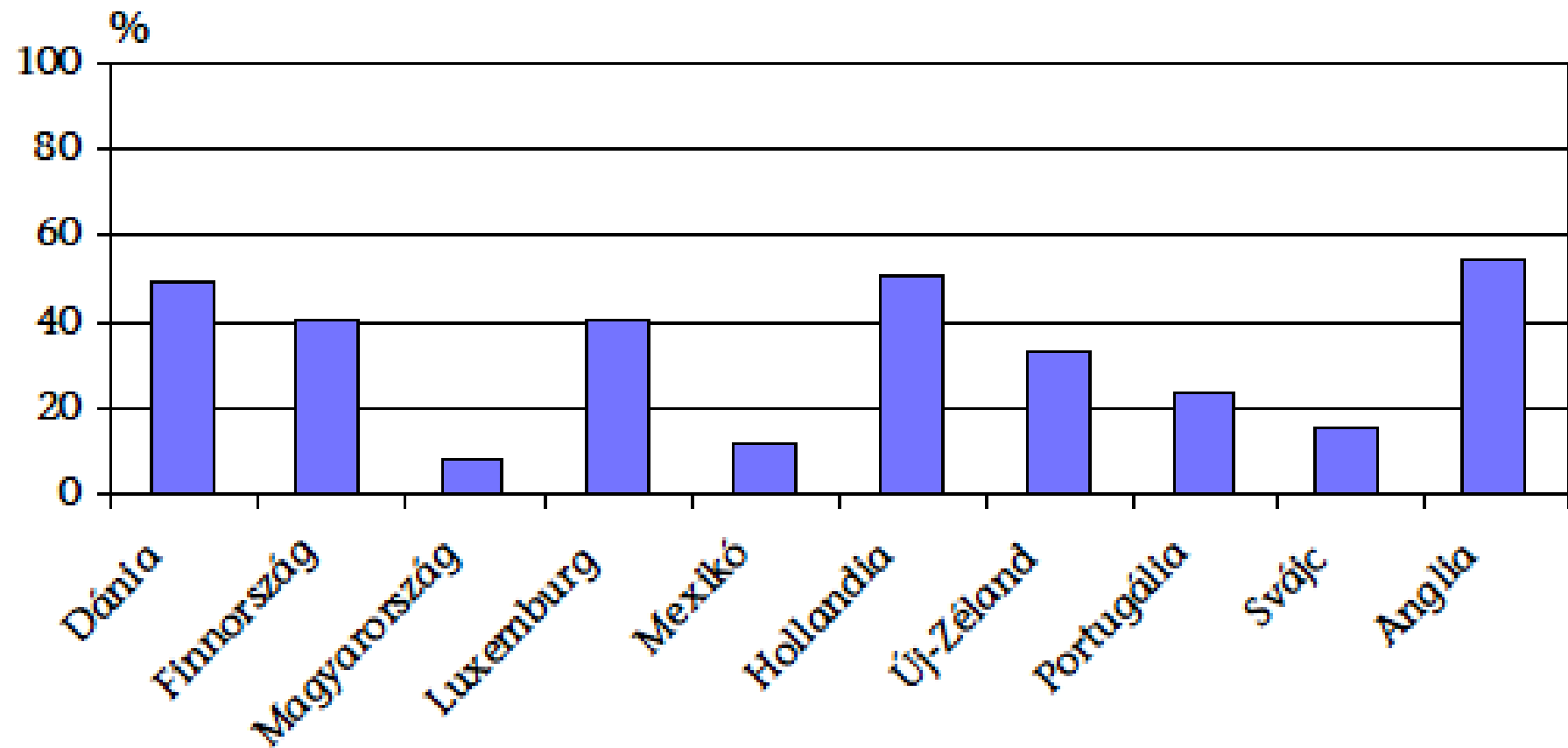
Néhány az egészségügy helyzetét jellemző mutató változása

Mutatók	2008/2006 (%)
GDP folyó áron	111,3
Gyógyító-megelőző ellátás kiadásai	106,1
Fekvőbeteg ellátás finanszírozása	105,5
Járóbeteg ellátás finanszírozása	114,1
Járóbeteg ellátási esetek száma	86,7
Járóbeteg ellátási beavatkozások száma	97,4

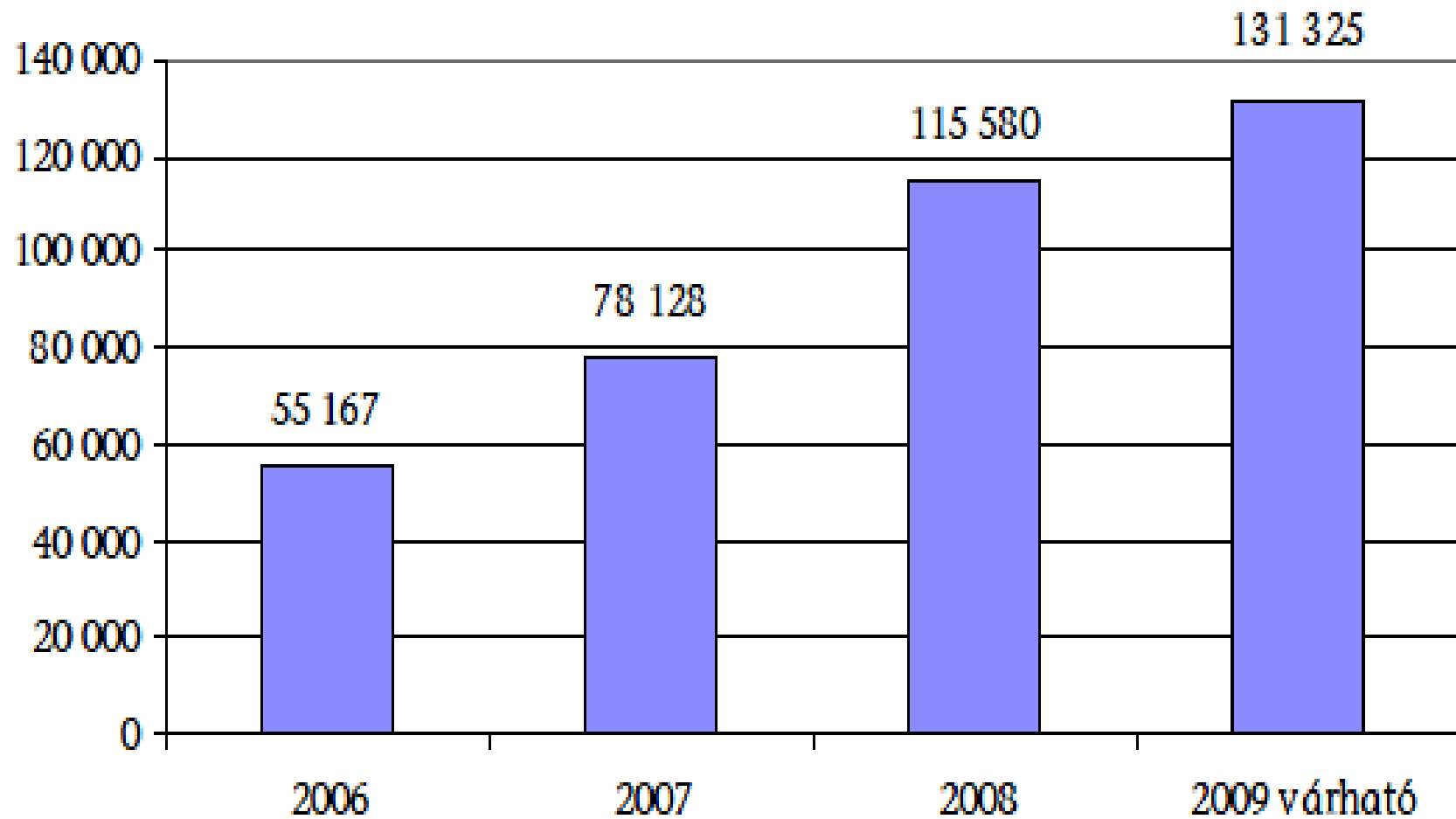
***Az egynapos sebészeti ellátásra fordított
pénzeszközök hasznosulásának
ellenőrzése***

2011.01.20.

Az egynapos esetek aránya az összes műtéthez viszonyítva

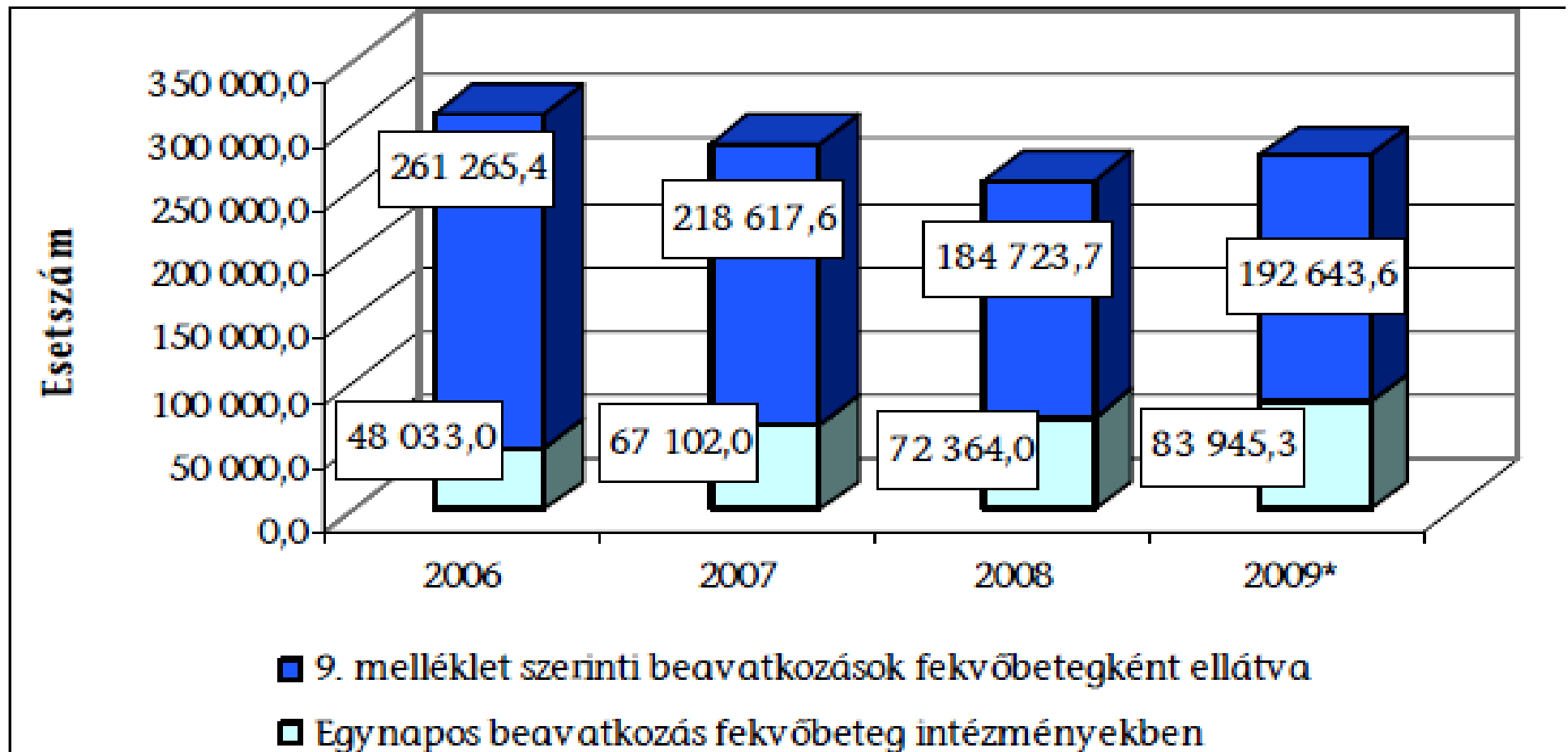


Az összes egynapos beavatkozás esetszáma



Megnevezés	2006 fin. év	2008 fin. év	2008/ 2006 %
Összes műtéti esetek száma	1 845 938	1 659 121	89,9%
Lehetséges egynapos esetszám	316 432	300 303	94,9%
ebből egynapos esetszám (1-24 órán belüli)	55 167	115 580	209,5%
ebből pályázatos nyertes, egynapos esetszám	7 134	43 216	605,8%
kórházi, aktív, egynapos esetszám	48 033	72 364	150,7%
Egynapos esetek aránya az összes műtéten belül	2,99%	6,97%	233,1%
Egynapos esetek aránya a lehetséges egynaposon belül	17,40%	38,50%	220,8%
Lehetséges egynapos esetek finansz. összege (E Ft)	23 499 916,0	23 103 463,4	98,3%
ebből egynapos esetek finansz. össz. (pályázatos nyertes, kórházi aktív) (E Ft)	2 673 003,0	7 014 049,0	262,4%

Az egynapos beavatkozások számának alakulása a fekvőbeteg intézményekben



**Az egynapos beavatkozásokra
kifizetett hotel- és orvosi bérköltéség
2008-ban (millió forint)**

Hotelköltéség	Orvosi bérköltéség
397,4	211,2

A jelentés főbb megállapításai

- Az egynapos sebészet terjedését nehezíti a korszerűtlen és bonyolult szabályzás.
- Az orvosoknak nemcsak egészségügyi, hanem szociálpolitikai szempontokat is mérlegelniük kell (pl. életviszonyok, házi-gondozás hiánya).
- Főképezőleg hat, hogy a forráselosztás nem az ellátandó lakosság egészségügyi szükségletének legköltséghatékonyabb módon történő kielégítésére épül.
- A pályázat keretében szerződött szolgáltatók 17%-a a hotelszolgálatért térítési díjat kér, egyes szolgáltatók a konzultációért, az altatásért is, bár azt az OEP finanszírozza.

***Önkormányzati kórházak és bentlakásos
szociális intézmények ápolásra,
gondozásra fordított pénzeszközei
felhasználásának ellenőrzése***

A vizsgálattal kapcsolatos háttér

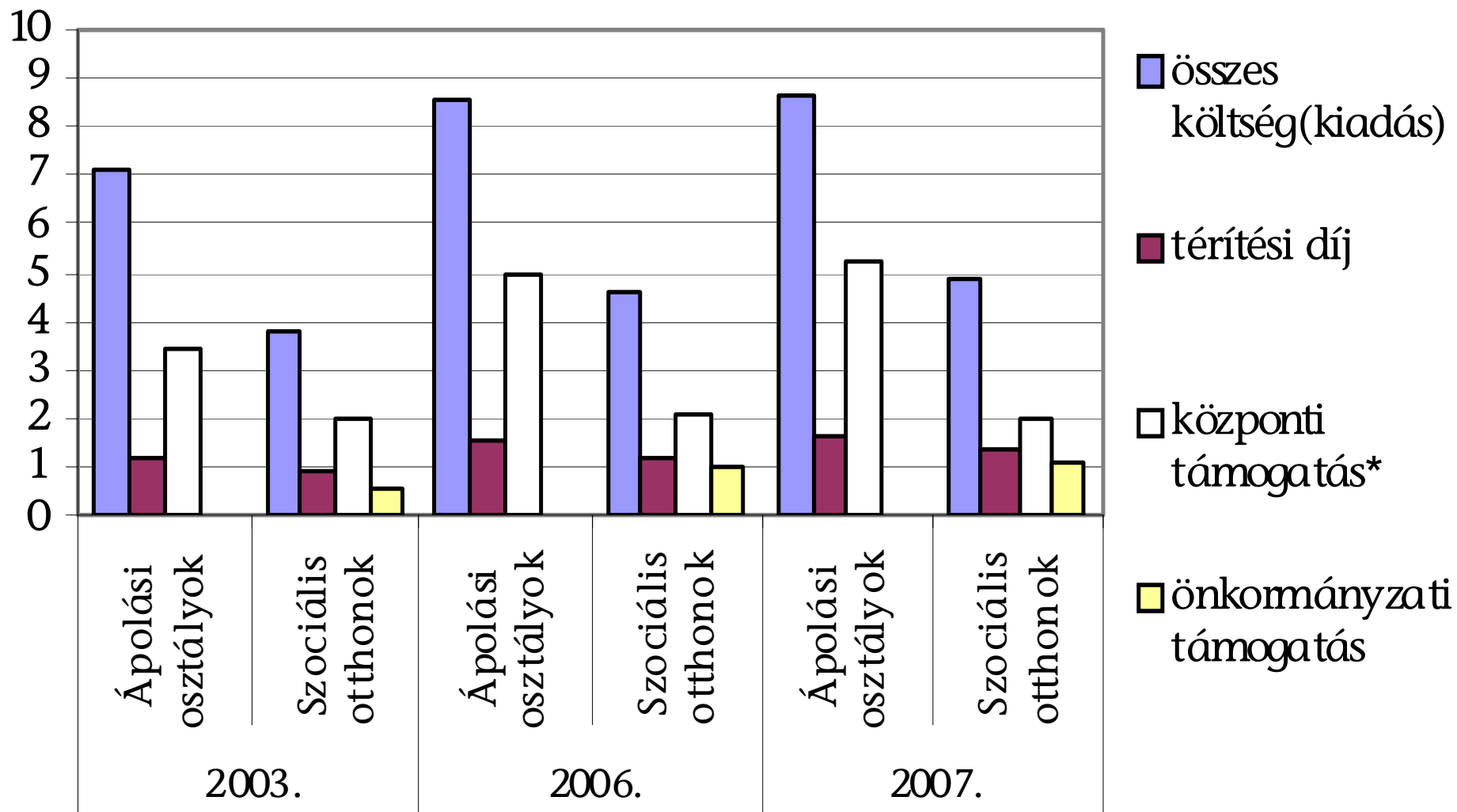
- Növekszik az időskorúak, az önellátási zavarral küzdők, a krónikus betegek száma.
- 2011/2007. (I. 30.) Korm. határozat az ápolási rendszer egységesítésének soron kívüli feladatairól.
- A kórházi struktúra átalakítása 2006-2007:
 - a 2006. októberi pályázatban aktív ágy csökkentés terhére 2 ezer krónikus ágyfejlesztés,
 - 2007. április: 7 ezer krónikus ágy (ebből 725 ápolási, 890 utókezelő ágy) fejlesztés.

A jelentés főbb megállapításai 1.

- Szociális ellátáson belül az alapellátás hiányos.
 - A bentlakásos elhelyezési igények nőttek (várakozók száma 15 ezerre becsült 2007-ben).
 - Az önellátó képesség ellenére felvétel szociális otthonba. A bentlakók 1/3-a ilyen, másik 1/3-uk folyamatos szakápolásra szorul, amelyre a szociális otthonok nincsenek felkészülve.
- A kórházakban magas a szociális okok miatti aktív ágy igénybevétel (becslések szerint 20-30% volt).
- A fajlagos ráfordítások a kórházakban sokkal magasabbak. Ezek indokoltsága az ellátás eltérő szakmai tartalma, valamint a tényleges ellátási teljesítmények és ráfordítások mindkét ágazatban azonos módszerű mérésének hiányában nem volt minősíthető!

Egy napi költség(kiadás) és bevétel a kórházi ápolási osztályokon és a szociális otthonokban

ezer Ft/nap



A jelentés főbb megállapításai 2.

- Ápolás, gondozás az egészségügyi és szociális ellátásnak is része,
 - *a kapacitás befogadás- és az ellátás rendszere összehangolatlan,*
 - *szervezeti, finanszírozási kapcsolat nincs,*
 - *az azonos tevékenységek minimumfeltételei, a működési engedélyezési eljárás és az ápolási szakfelügyelet eltérő.*
- Hiányosak az együttműködés szervezeti keretei, a kórházak szakmai programjai, fejlesztési elképzelései és a térségi egészségügyi programok közötti kapcsolat esetleges, kidolgozatlan.
- Az ellátások különböző szintjei (alap- és szakellátás) között sem megfelelő az együttműködés.

A jelentés főbb megállapításai

3.

- A struktúraátalakítás előtt számítások készültek a krónikus kapacitások növelésére,
 - *Komplex helyzetértékelés, szükséglet-felmérés, ebből kiinduló területi kapacitásigény számítás nem készült,*
 - *A regionális egyeztetés nem működött, a RET-ek elutasították a döntést.*
 - *A betegutak jobb megszervezése, a kapacitások jobb hasznosítása további egyeztetéseket, intézkedéseket igényel.*
- Az ápolás egységesítésével összefüggő Kormányhatározat végrehajtása nem történt meg.

A jelentés főbb megállapításai

4.

- Az ápolás, gondozás minőségének és hozzáférhetőségének javítását, a rászorultság elvének érvényesítését szolgáló intézkedések hatására:
 - javultak az igények kielégítésének feltételei,
 - azonban a közfinanszírozásból származó források összehangolt felhasználása továbbra sem biztosított.
- Az intézmények finanszírozásában, igénybevételi szabályaiban meglévő eltérések, ellentmondások áttekinthetetlenné, nehezen összehangolhatóvá tették a két ágazatban egyaránt megjelenő igények kielégítésének hatékonyabb és célszerűbb megszervezését.

Egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének ellenőrzése

Az ellenőrzés háttere

- Vizsgált időszak: 2006-2008 évek, 22 kórházban.
- A konvergencia program szorgalmazta a kórházak gazdasági társasággá alakítását.
- Folytatódott a kórházak magán működtetésbe adása.
- A vállalkozási formában működő kórházak részesedése az Egészségbiztosítási Alap fekvőbeteg-ellátásra fordított kiadásai között 2006-2008 között tízszeresére emelkedett, 3,4 Mrd Ft-ról 34,7 Mrd Ft-ra.

Vállalkozási formában működő ellenőrzött kórház

- Vas megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Zrt., Gyöngyösi Kórház Kft., Siklói Kórház Humán Egészségügyi Nonprofit Kft., Semmelweis Kórház Kht. Kiskunhalas, Tapolcai Dr. Deák Jenő Kórház - Rendelőintézet és Gyógybarlang Kft., Veszprém megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt., Hatvani Kórház Egészségügyi Szolgáltató Kft.(Parádfürdői Kórház), Mezőtúr Városi Kórház - Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Kft.

Az ellenőrzés megállapításai

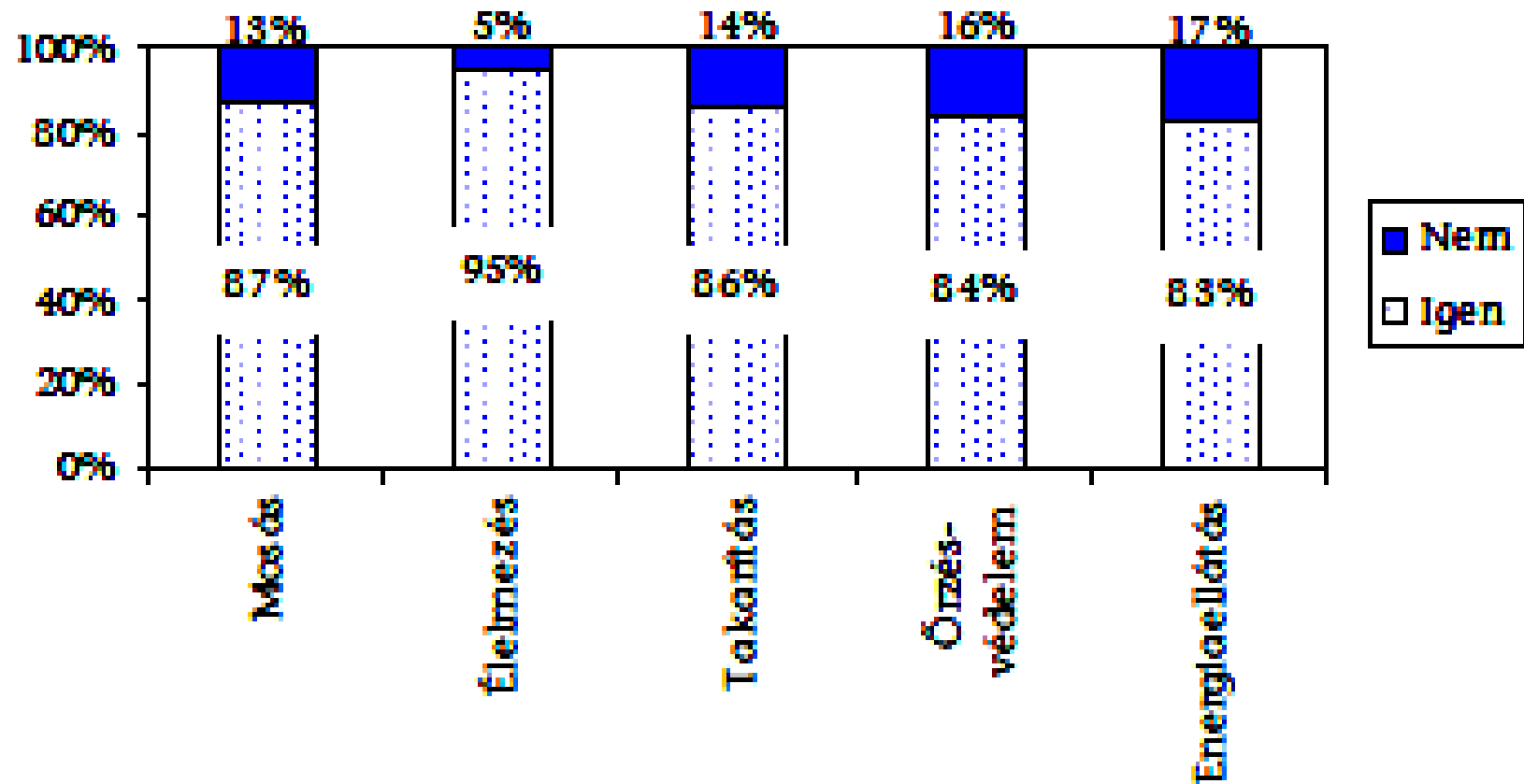
1.

- **A működtetésbe adás fő indoka a kórházak gazdasági ellehetetlenülése és a szakorvoshiány.** A kórházműködtetés koncentrációja tapasztalható, működési kereteire nincs jogszabály.
- A működtető társaságok valós pénzügyi helyzete átláthatatlan, mely az üzemeltetés kockázatát növeli.
- A háttértevékenységek (mosás, takarítás, őrzés-védés, energetika, ételmezés) kiszervezését a fenntartók és az intézmény forráshiánya miatti tőkebevonás szükségessége, a költséghatékonyabb feladatellátás, a kórházi menedzsment tehermentesítése, a létszámhiány indokolta.

Az ellenőrzés megállapításai 2.

- Az orvosok foglalkoztatása érdekében emelkedett a közreműködői, vállalkozói szerződéses foglalkoztatás mind létszámban, mind ledolgozott óraszámában.
- A működési formaváltás (amikor gazdasági forma-váltás történik tulajdonosváltás nélkül, önkormányzati non-profit gt.) önmagában nem elegendő eszköz a célok eléréséhez, mert újabb költségelemek jelentek meg (pl.: társaságba bevitt vagyon amortizációja, iparűzési adó).
- Az amortizáció finanszírozatlanságából fakadó hiányt a működési forma-váltással vagy a magánműködtetésbe adással járó hatékonyabb gazdálkodás sem tudta megszüntetni.

Kórházak elégedettségének mértéke háttérszolgáltató partnerekkel



Forrás: ÁSZ kérdőív

Adatok a helyszínen vizsgált intézmények közreműködői szerződéseiről

	Létszám (fő)	Havi óraszám	Tényleges kifizetés (millió Ft)
2006.	608	27 617	1 137
2007.	663	42 178	1 381
2008.	899	55 092	2 044
2008/2006	148 %	199 %	180%

2011.01.20.

A kórházi teljesítménymutatók alakulása 2006-2008 (%)

Mutatók		Országos átlag	„Vállalkozói” kórházak
Ágyszám dec. 31-én	aktív	74,5	62,2
	krónikus	133,5	216,2
Elbocsátott betegek	aktív	87,4	76,5
	krónikus	143,6	289,3
Ápolás átlagos Időtartama	aktív	90,0	80,5
	krónikus	85,1	59,9
Ágykihasználás	aktív	107,2	96,6
	krónikus	94,1	89,3

2006-2008 között kiszervezett, helyszínen vizsgált kórházak összevont mutatói
2011.01.20.

Vállalkozások részesedése a finanszírozásából

	2006		2007		2008	
	Összeg (Mrd Ft)	Arány (%)	Összeg (Mrd Ft)	Arány (%)	Összeg (Mrd Ft)	Arány (%)
Gyógyító megelőző ellátás	112,5	15,8	134,9	18,8	186,5	24,6
Fekvőbeteg ellátás	3,4	0,8	9,3	2,4	34,7	8,4

Következtetések 1.

- A makroszintű forráscsökkentés a gyógyító-megelőző ellátások nagymértékű visszaeséséhez vezetett.
- A fekvőbeteg intézmények csak korlátozottan voltak képesek alkalmazkodni a kapacitások és a finanszírozás szűkítéséhez.
- A járóbeteg ellátás nem tudta pótolni a kieső kórházi teljesítményeket.
- Az egynapos sebészet térnyerése hozzájárult a rendszer egésze hatékonyságának növeléséhez.
- A kiszervezés, a vállalkozásba adás hatása ellentmondásos.

Következtetések 2.

- Kulcskérdés a járóbeteg szakellátás területileg, szakmailag kiegyensúlyozott fejlesztése.
- El kell végezni a finanszírozás (ideértve a TVK-t is) finomhangolását.
- A vállalkozásba adás elsősorban akkor növelheti az összhatékonyságot, ha annak jogi és gazdasági feltételeit (pl. amortizáció) az állam megteremti.
- Komoly tartalékokat jelent az egynapos sebészet gyorsabb terjesztése, valamint a szociális és egészségügyi gondozási kapacitások összehangolt fejlesztése.

Köszönöm a figyelmet!



2011.01.20.
