



ÁLLAMI
SZÁMVEVŐSZÉK

ELEMZÉSE

2019. június

ELEMZÉS



Elemzés az egészségügy finanszírozásáról



ÁLLAMI
SZÁMVEVŐSZÉK

ELEMZÉSE

ELEMZÉS



Elemzés az egészségügy finanszírozásáról



ENGEDÉLYEZŐ: ÁLLAMI
SZÁMVEVŐSZÉK

ELNÖK

Domokos László elnök <

Szerkesztő:

BÖRÖCZ IMRE projektvezető

Az elemzés elkészítését felügyelte:

MAKKAI MÁRIA felügyeleti vezető

Készítették:

BÖRÖCZ IMRE projektvezető

KISAPÁTI ANGÉLA számvevő

NAGY LÁSZLÓ számvevő

Az Elemzés
az interneten
a www.asz.hu
oldalon
olvasható.

Kiadja az Állami Számvevőszék

EL-1250-005/2019.

TARTALOM

▶	VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	4
▶	BEVEZETÉS	6
▶	AZ ELEMZÉS MÓDSZERTANI HÁTTERE	9
▶	AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER ÉS FINANSZÍROZÁS NÉHÁNY JELLEMZŐJE	10
	Az egészségügyi rendszer és a finanszírozás szerinti modellek	10
	Finanszírozási módok, technikák	11
	A magyar egészségügyi rendszer és finanszírozásának egyes jellemzői	11
	Az egészségügyi kiadások egyes mutatói	14
▶	KÖZPÉNZÜGYI MEGKÖZELÍTÉS, ÉRTÉKELÉS.....	16
	Az Alaptörvény és más hazai jogszabályok, stratégiák egyes kiemelt alapelvei, követelményei	16
	A kórházak finanszírozási forrásai	18
	Tartós, fenntartható költségvetési egyensúly	19
	További kiemelt követelmények érvényesülése	24
	Az egészségügyi rendszer és finanszírozás alapvető dilemmái	25
	Más számvevőszékek egyes megállapításai	26
▶	KÖVETKEZTETÉSEK, FELVETÉSEK	28
▶	MELLÉKLETEK	31
	1. melléklet: Fogalomtár	31
	2. melléklet: Jogszabályjegyzék	34
	3. melléklet: Felhasznált irodalom	37
	4. melléklet: Rövidítések	41

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Az Alaptörvény szerint mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez és ezt az állam – egyebek mellett – az egészségügyi ellátás megszervezésével segíti elő. Az Alaptörvény legfőbb elvei alapján az egészségügyi forrásokkal is törvényesen és célszerűen, eredményesen, átláthatóan, a közélet tisztaságának elve betartása mellett kell gazdálkodni. Az Alaptörvényből további követelmények is kiolvashatóak: a gazdálkodásnak elszámoltathatónak, kiegyensúlyozottnak és fenntarthatónak kell lennie.

Jelen elemzésben a költségvetés teherbíró képességére is figyelemmel, közpénzügyi szempontból mértük fel és értékeltük azokat a lényeges kockázatokat, a változtatási irányokat, amelyek az egészségügyi rendszer és finanszírozás fenntarthatóságát befolyásolják. Az összetett rendszer elemzésekor az Egészségbiztosítási Alap kiadásaira és a kórházak finanszírozására koncentráltunk.

Az egészségügy finanszírozásáról szóló elemzésünk alapját az Állami Számvevőszék – utóbbi években kórházak ellenőrzésében szerzett – ellenőrzési tapasztalatai képezték, de felhasználtunk nyilvánosan elérhető információkat is.

Az egészségügyi ellátás az állam intézkedései alapján folyamatosan biztosított volt. Az Alaptörvényben a gazdálkodással szemben támasztott alapelvek meghatározottak. A Kormány jóváhagyta az egészségügy stratégiai céljait. Az egészségügyet érintő jogszabályok sokszor módosultak, áttekintésük nehéz, azonban az egészségügyi rendszer és finanszírozás szabályozott.

A kórházaknál az adósság folyamatosan újratermelődik. Emiatt évente rendszeresen sor kerül egyes kórházak konszolidációjára. Ezzel kapcsolatban az Állami Számvevőszék

egy 2013-ban nyilvánosságra hozott jelentésében megfogalmazottak jelenleg is helytállóak: „*a konszolidációs támogatás a kórházaknak csak az adott évi pénzügyi helyzetében eredményezett kedvező változást, a gyógyító tevékenység ellátásában jelentkező hiány okát és újratermelődését nem szüntette meg.*”

Az Állami Számvevőszék részéről végzett kórházi ellenőrzések tapasztalatai rámutatnak arra is, hogy az adósság keletkezése okainak átláthatóságát, ellenőrizhetőségét számos könyvelési, gazdálkodási szabálytalanság korlátozza.

Az eladósodás eredményes kezeléséhez szemléletváltás szükséges kórházaknál is. Közpénzügyi szempontból az Alaptörvényben foglalt alapelvek, illetve az államháztartási jogszabályok betartása elengedhetetlen.

Az Egészségbiztosítási Alap jelentősen hozzájárul az egészségügyi kiadásokhoz. Mindig alapkérdés, hogy az egészségügyi szolgáltatások és finanszírozás működtetéséhez az állam milyen mértékben járuljon hozzá, meddig terjed az állami szerepvállalás.

További lényeges dilemma az egészségügyi rendszert illetően, hogy a rendelkezésre álló erőforrások alapján nyújtható egészségügyi szolgáltatások mindig szűkebbek a szükségleteknél.

Az egészségügyi rendszer és finanszírozás közpénzügyi értékelése alapján lényeges következtetéseket vontunk le. Az egészségügyi rendszerben, finanszírozásban nem változott a szemlélet úgy, hogy azzal az Alaptörvény alapelvei megfelelően érvényesülhettek volna. A változáskezelés nem történt meg olyan módon, ahogyan azt stratégiai célok igényelték. Az ellátási rendszer és a finanszírozás struktúrája nem módosult a költséghatékony és a minőség javítása irányába. A kórházaknál van önköltség-számítási kötelezettség, de ennek ellenére nem tudjuk, hogy ténylegesen

mi mennyibe kerül, mennyi finanszírozást igényel a kórházak működtetése. Ez összefügg a gazdálkodási szabálytalanságokkal, az átlátható és elszámoltatható közpénzfelhasználás hiányosságaival is. A valós költségek megállapítását akadályozza, hogy az állandó és változó költségek köre nem megfelelően tisztázott és gyűjtött.

Az egészségügyi ellátórendszer és finanszírozása folyamatosan működik, de a jelenlegi formájában nem tekinthető egyben fenntarthatónak is. Nem történt olyan mértékű és léptékű változtatás (változáskezelés) sem az ellátás struktúráján, sem a finanszírozás szabályaiban, amelyet elsősorban a minőség- és költségmérés, a hatékonyság növelés követelményei, illetve ezek elemeinek finanszírozás rendszerébe történő beépítése indokolt volna. Az ellátórendszer és finanszírozását érintő dilemmák és feltehető kérdések arra is utalnak, hogy számos átlátható, értelmezhető válasz hiányzik.

Ellenőrzési megközelítésben a kórházak átláthatatlan gazdálkodása önmagában is kizárta, hogy a rendszert intézményi szinten fenntarthatónak tekintsük.

Az elemzés közpénzügyi megközelítéssel a fenntarthatóság biztosítása érdekében több felvetést is tesz. Az egészségügyi rendszer eredményesebb működését ösztönözheti a nyújtott ellátások minőségének mérése, és annak beépítése az egészségügyi finanszírozás szabályozásába, rendszerébe. A mért ellátási kiadások képezhetik az alapját annak, hogy az egészségügyi rendszert érintően hol szükséges a változtatás, vagy új irány bevezetése a fenntarthatóság érdekében.

A hatékony ellátási struktúra, a valós költségeken alapuló finanszírozás és az átlátható és hatékony kórházi gazdálkodás segítheti elő a kórházi adósság újratermelődése és az évenkénti konszolidáció elkerülését, a fenntartható működés elérését.

A tényleges vészhelyzeti esetekhez kapcsolódó ellátás folyamatos fenntartásának, finanszírozásának szükségessége vitathatatlan.

Az Alaptörvény közpénzfelhasználásra, gazdálkodásra vonatkozó legfőbb elveinek érvényesítése szükséges a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatóknál és a finanszírozási rendszer egészét tekintve is.

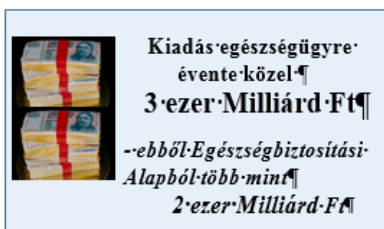
BEVEZETÉS

„Ahol az egész gyengélkedik, lehetetlen, hogy a rész egészséges legyen.”

– mondta Platón, az ókori görög filozófus.

A régi bölcsesség igaza biztosan az egészségügyi rendszer tekintetében is fennáll, ugyanakkor a számvevőszéki tapasztalatok alapján egy másik megközelítés is megfogalmazható. Ha lényeges részelemek betegek, akkor az egész sem lehet egészséges.

Az egészségügy finanszírozása, mint elemzési téma jelentőségét, mindenkori aktualitását az adja, hogy az egészségügyi rendszer, annak fenntarthatósága a magyar társadalom egészére, annak életminőségére közvetlenül hatással van. Az egészségügyben dolgozók sok-sok éve a szükséges finanszírozás hiányáról, az elismerten kedvezőtlen hatásokkal is járó konszolidáció szükségességéről, a teljesítményvolumen-korlát igazságtalanságáról beszélnek. A napi hírekben gyakori a betegek részéről megfogalmazott kritika is. Az egészségügyre fordított kiadások és annak Egészségügyi Alapból finanszírozott része is igen jelentős nagyságrendű.



Az egészségügyben, annak finanszírozásában érintettek, a témájával foglalkozók, vagy akár az egészségügyi szolgáltatókkal bármilyen formában kapcsolatba kerülők részéről – egyéni tapasztalatokra, vagy hallottakra alapozva – számos kérdés megfogalmazható. Ezekhez nem tartoznak közpénzügyi megközelítésű számvevő-

széki elemzői válaszok, ellenőrzési tapasztalatok. A legtöbb esetben értékválasztással, arányokkal és határértékekkel, definiálási és határterületi problémákkal állnak összefüggésben, illetve eltérő nézetek és viták középpontjában állnak. Ezen kérdések köréből a következőket emeljük ki:

- ▶ Mit, illetve milyen mértékig kell a köznek finanszíroznia az egészségügyi ellátást?
- ▶ Kiket kell közfinanszírozott szolgáltatónál ellátni, továbbá kit és milyen ellátásból lehet kizárni, vagy az igénybevételt korlátozni?
- ▶ A hosszú távon eredményt hozó egészségmegőrzés, betegségmegelőzés, vagy a rövidtávon szükséges gyógyítás, egészség helyreállítás kerüljön előtérbe?
- ▶ A kapacitás és finanszírozás az egészség helyreállítás, vagy a krónikus ellátás irányába változzon?
- ▶ A feladat ellátása, vagy eredménye, hatása kapjon nagyobb szerepet a finanszírozásban?
- ▶ A közfinanszírozott és magánellátás közötti kapacitások, ellátások szerkezetének változása képes-e javítani országos szinten a hatásmutatók értékein?
- ▶ Miként befolyásolja a nyitott határ a lakossági ellátás feltételeit?
- ▶ A sok viszonylag kis ráfordítással gyógyítható beteg hátránya nélkül hogyan oldható meg etikusan a néhány rendkívül drága ellátási szükséglet, az etika, vagy közgazdasági megközelítés kerüljön előtérbe?
- ▶ Csak kórházban lehet születni és meghalni?
- ▶ Kitalálja-e a munka az egészséges életéveket, az életet?

— Van-e érdekeltségen alapuló összefüggés az ételt, étrend-kiegészítőket, vitaminokat készítőket és gyógyszer gyártókat között?

— A rendszer működését, a helyzet konzerválását támogatja, vagy korlátozza a hálapénz?

— Az előjegyzési- és várólisták rendszere megfelelően hozzájárul-e a rendszer optimálisabb terheléséhez és finanszírozásához?

— Az orvosi és szakszemélyzeti kompetenciák szerkezete megfelel-e a mai feltételeknek (technika, képzés, digitalizáció)?

Természetesen a kérdések sora tovább folytatható, tovább részletezhető lenne. A felvetődő, felvethető kérdéseket is indokolt figyelembe venni az egészségügyi rendszer és finanszírozása újragondolásakor, illetve módosításának előkészítése esetén.

Az egészségügyi rendszer és finanszírozás célszerűen együtt értelmezhető, a legfőbb hatások jellemzésére pedig több mutatót is alkalmaznak a szakmai értékelések. A statisztikai adatokat az Állami Számvevőszék nem auditálja, ezért mint más által kimutatott adatokként – ilyen kitétel mellett – hivatkozik rájuk. A teljesebb kép érdekében néhányra jelen elemzésünk is hivatkozik. Az elsősorban hivatalos nemzeti statisztikákon alapuló uniós kiadvány (Magyarország Egészségügyi országprofil 2017) szerint Magyarországon a várható élettartam közel öt évvel alacsonyabb az uniós átlagnál. A magyaroknak csupán alig több, mint a fele tartja magát egészségesnek, ez az arány az ötödik legalacsonyabb az Unión belül. Az egészségtelen életmód nagymértékben hozzájárul a kedvezőtlen népegészségügyi mutatókhoz, vagyis emiatt az egészségügyi ellátórendszer önmagában nem okolható. Az egészségügyi ellátórendszert és a finanszírozás rendszerét is minősítő indikátor, hogy az Unión belül nálunk az egyik legmagasabb a gyógyítással elkerülhető

halálozások száma. Egyértelműen a jelenlegi rendszert minősítő indikátor például, hogy második legmagasabb az Unión belül az ambuláns ellátásban is karbantartható állapotok miatti kórházi kezelések aránya. Ezek okainak feltárása túllép a jelen elemzés, sőt nagyrészt a számvevőszéki feladatkörön is.

A kórházak gazdálkodásában jellemző és jelentős problémákat tártak fel az Állami Számvevőszék ellenőrzései az elmúlt években.

Az egészségügy finanszírozásáról szóló jelen elemzésünk természetesen támaszkodik az kórházakat érintő számvevőszéki ellenőrzési tapasztalatokra, de emellett más ellenőrzések megállapításai, a jogszabályok, statisztikák, szakirodalom és más információk feldolgozása alapján is értékeli.

Témánkat, az egészségügy finanszírozását – ahogyan az a legfőbb ellenőrző szervezet kompetenciájából következik – alapvetően közpénzügyi szempontból vettünk górcső alá. Az egészségügyi rendszer és finanszírozás összetett, kiterjedt, ezért ennek minden területével nem foglalkozunk. Az elemzés elsősorban az Egészségbiztosítási Alap kiadásaira, a kórházak finanszírozására fókuszál.

A közpénzügyi megközelítésű elemzésünk értékelése szembenézés a jelenlegi egészségügyi ellátás és finanszírozás rendszerének alapvető anomáliáival (rendellenességekkel), dilemmáival (nem vagy csak részlegesen kezelhető körülményekkel). Lényeges kockázatokra, szükséges változtatási irányokra koncentrálnunk, amelyek az egészségügyi rendszer és finanszírozás, kiemelten a kórházak fenntarthatóságát befolyásolják.

Indokolt a mindennapi beszédben és különböző írásokban is igen gyakran előforduló szavak általunk használt elemzői értelmezését és két fogalom különbségét már az elemzés elején tisztázni. A működőképesség, illetve működés alatt a bizonyos feladatok elvégzésére való al-

kalmasságot, illetve az elvárt eredmény érdekében a feladatok megvalósítását értjük. A fenntarthatóság esetében – a sok, szakkönyvekben és szakcikkekben elérhető, eltérő megközelítésű fogalmak helyett – mi egy lényeges tulajdonságból levezethető kérdésre adható válaszra helyezük a hangsúlyt. E kérdés a következő:

A szervezet, vagy rendszer a környezetből érkező visszacsatolásokra megfelelően válaszol-e, illetve módosítja működését?

A működőképesség alapfeltétele a fenntarthatóságnak, ugyanakkor utóbbi sok szempontból feltételekhez kötöttebb, egyben intelligensebb (tanulóképesebb, alkalmazkodó-képesebb, szükségletérzékenyebb).

Az Állami Számvevőszék küldetése, hogy szilárd szakmai alapon álló, értékteremtő ellenőrzéseivel és elemzéseivel előmozdítsa a közpénzügyeknél, a nemzeti vagyonnal történő gazdálkodás során az Alaptörvényben meghatározott alapelvek érvényesülését és hozzájáruljon a „*jól irányított állam*” működéséhez.

Elemzésünk alkalmas az Országgyűlés, a kormányzati szervek, az ellátórendszer tagjai, az állampolgárok, a társadalom széles rétegei tájékoztatására.

Közzétett jelentéseink és elemzéseink folyamatosan megjelennek és olvashatóak a honlapunkon (www.asz.hu).

AZ ELEMZÉS MÓDSZERTANI HÁTTERE



Az elemzés nyilvános adatokat, információkat használt fel. Az elemzés alapja a magyar vonatkozó szabályozási környezet, a hazai és nemzetközi szakirodalom, az egészségügyi rendszer szervezeteit, intézményeit érintő számvevőszéki ellenőrzések jelentései voltak. Áttekintettük más számvevőszékek egyes jelentéseit azért, hogy felmérjük, másutt milyen főbb megállapítások fordulnak elő a témával kapcsolatban.

Az elemzés során hazai – esetenként nemzetközi összehasonlítást is tartalmazó – statisztikai adatok is felhasználásra kerültek. Az összefüggések és változások szemléltetéséhez az elemzés több év adatait használta fel. Megjegyezzük ugyanakkor, hogy a különböző statisztikai alapadatokat és feldolgozási módszereket az Állami Számvevőszék (ÁSZ¹) nem ellenőrizte. Ezért az elemzésben megjelenő adatok elsősorban illusztrációk és a teljesebb kép felvázolásának, a nagyságrendek érzékeltetésének célját szolgálják.

Az elemzett terület megismerésének, az információk feldolgozásának folyamatában hasznosításra kerültek a hozzáférhető aktuális információk.

Az elemzésben az adatok, információk jellemzően a 2010-2018. évekre vonatkoznak. Egy-egy elemzett részterületnél előfordul a téma szempontjából indokolt, külön jelzett időbeni visszatekintés, illetve a jellemzőnél rövidebb időszakra vonatkozó értékelés.

A téma feldolgozása során a lényeges kérdéskörök a következők voltak:

- Az egészségügy finanszírozásának szabályozási oldalról történő értékelése, tekintettel a releváns nemzetközi gyakorlatokra;
- Az egészségügyi rendszer bevételi és kiadási oldala jellemzőinek, összetevőinek értékelése;

— Az egészségfinanszírozás fenntarthatósága, anomáliák és kezelésük.

Az elemzés szerkesztésekor az volt a célunk, hogy a lehető legtöbb információ és összefüggések bemutatása helyett a közpénzügyi megközelítésre helyezzük a hangsúlyt. A minden érdeklődő számára a téma megismeréséhez lényegesnek gondolt alpinformációt összefoglaltuk. A közpénzügyi megközelítésű szűkítés során azt az elvet követtük, hogy az alapfogalmakat már az elején tisztázzuk, illetve segítsük elő a szükséges mértékű áttekintést. A közpénzügyi megközelítés lényegesnek tartott aspektusait külön fejezetben részleteztük.

Számos – az Interneten is elérhető – dokumentum foglalkozik az egészségügy rendszerével, finanszírozásával. A vonatkozó egészségügyi gazdaságtani és egyéb tananyagokat, előadásokat, közzétett adatokat, statisztikákat és azokra épülő elemzéseket, szacikket nem csupán az egészségügy szakemberei hasznosíthatják. Minden érdeklődő számára átadnak olyan ismereteket, nyújtanak olyan alapvető információkat, amelyek a téma szempontjából lényegesek.

Elemzésünkben a szokásosnak tekinthető megközelítések néhány elemének – alapvetően szűkített, egyszerűsített jellegű – felvázolását a következők miatt tartjuk fontosnak:

- Előzetesen tisztázzon néhány fogalmat, jellemzőt és összefüggést a közérthetőség érdekében;
- Segítse elő az átfogó és áttekinthető kép kialakítását az általános információk rövid összefoglalásával;
- Támogassa a közpénzügyi megközelítés és az azon alapuló értékelés sajátosságainak érthetőbbé, nyilvánvalóbbá tételét.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER ÉS FINANSZÍROZÁS NÉHÁNY JELLEMZŐJE

Az egészségügyi rendszer és a finanszírozás szerinti modellek

Az egészségügyi rendszert és a finanszírozását együtt értelmező eltérő modellek léteznek.

Minden országban valamilyen egészségügyi rendszerben, szervezeten igyekeznek kezelni, megoldani az egészségügyi problémákat. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO² – World Health Organization /Fogalomtár/) definíciója szerint az egészségügyi rendszer része „*minden olyan tevékenység, amelynek elsődleges célja az egészség előmozdítása, helyreállítása vagy megőrzése*”.

Az egészségügyi rendszerhez olyan alapvető funkciók tartoznak, mint az irányítás (egészségpolitika), a finanszírozás, az ellátás (természetben, pénzben), de ide érhető pl. a szakemberképzés, a szakmai szervezetek tevékenysége, stb. is. A fejlett országok egészségügyi rendszerei mindenütt sokszereplősek. Meghatározott felelősségi- és jogkörök kapcsolódnak pl. az országgyűléshez, a kormányhoz, az illetékes miniszterhez, egyes szakigazgatási szervekhez, önkormányzatokhoz, az egészségbiztosítási szervekhez, az ellátórendszer elemeihez, a betegekhez.

1. ábra

Itt indokolt utalni arra is, hogy az egészségügyi problémák megoldásához további szereplőkre – pl. gyógyszergyártókra és forgalmazókra, gyógyászati segédeszköz készítőkre és beszállítókra – is szükség van. Tovább bővítve a szereplői kört már egészségügyi szektorról beszélünk.

A lakosság, a betegek szempontjából meghatározó jelentősége az egészségügyi ellátórendszernek van. Annak egyes elemeitől mindenki azt várja, hogy szabályozott, szervezett és ellenőrzött módon gyógyító-megelőző szolgáltatásokat nyújtson.

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához erőforrások (orvosok, ápolók, kórházak-rendelők, műszerek, gyógyszerek, energia stb.) szükségesek. Az erőforrások rendelkezésre állásához szükséges forrást (pénzt) meg kell teremteni (be kell szedni), a szolgáltatás fedezetét (árát) pedig az azt nyújtó rendelkezésére kell bocsátani.

Az egészségügyi rendszerek sokféle csoportosítási módja közül talán nem véletlen, hogy a leggyakrabban használt a finanszírozási jellemzők szerinti elkülönítés.

A nemzetközi gyakorlatot tekintve a teljesen „tisztá” modell (más jellegű elemektől mentes) alkalmazása nem jellemző. A tankönyvek egy része négy fő modellt nevesít, amelyeket az 1. ábra szemléltet.

Egészségügyi rendszerek (modellek)



Forrás: ÁSZ szerkesztés

A fenti alapmodellek mellett említendő meg a többszintű biztosítás sajátosságával jellemezhető francia modell. Az öngondoskodás elemként – tehát nem kizárólagos finanszírozási elemként – több helyen létezik egészségügyi előtakarékoság, jellemzően biztosítási- és hitel-elemekkel.

Finanszírozási módok, technikák

Többféle megoldás, de egyik sem tökéletes.

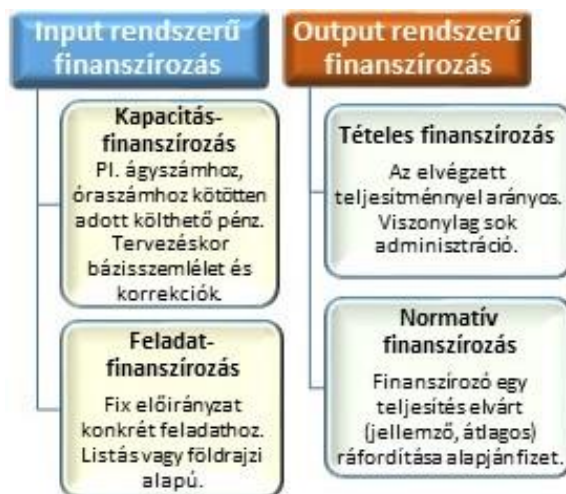
A finanszírozás történhet intézményfinanszírozás formájában (éves költségvetésben megtervezett támogatás folyósításával), lehet teljesítmény (tételes elszámolás, vagy valamilyen teljesítmény mutatószám) szerint, de a két technika kombinálható is.

Egy más közelítésben nevesített a fix (elvégzett tevékenység mennyiségétől és minőségétől független) és változó (valamihez kötött, ezért nem állandó) finanszírozás. Alkalmazott a retrospektív (visszatekintő, utólagos költségmegtérítő) módszer és a prospektív (előre tekintő, előre meghatározott rátákon, egységértékeken alapuló) módszer szerinti típusmegjelölés.

Egy további tagolás megkülönböztet input rendszerű (előre meghatározott feladat és erőforrás szerinti) és output rendszerű (elvégzett teljesítményen alapuló) finanszírozást. Az ezek körébe tartozó két-két alapvető finanszírozási technikát és fő jellemzőiket a 2. ábra mutatja.

2. ábra

Alapvető finanszírozási technikák



Forrás: ÁSZ szerkesztés

Tökéletes, optimális finanszírozási technika nem létezik, mindegyik esetben vannak pl. az érdekeltiséget, tevékenységet, adminisztrációs költséget érintő előnyök és hátrányok.

A magyar egészségügyi rendszer és finanszírozásának egyes jellemzői

A betegellátási rendszer többszintű, a progresszív ellátás finanszírozása összetett és a sokféleség jellemzi.

A II. világháborúig alkalmazott bismarcki egészségbiztosítási modellt több lényeges átalakítás követte.

Az '50-es évektől az SZTK-s rendszer (ágazati biztosítók helyett egységes szakszervezeti intézmény, a Szakszervezetek Társadalombiztosítási Központja) működött, majd az egészségügyi ellátás állami feladattá tételével és központi költségvetési finanszírozásával a '70-es évektől az egészségbiztosítás megszűnt.

Az egészségügyi ellátás finanszírozása 1990-től ismét a társadalombiztosítás részévé vált. A létrehozott Egészségbiztosítási Alap (E.

Alap³⁾ egy ideig társadalombiztosítási önkormányzati, majd később állami irányítás alá került.

A közelmúltban – 2017-től – átrendezés történt a vonatkozó feladatok címzettjei között, illetve az Országos Egészségbiztosítási Pénztár

korábbi feladatainak egy részét a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő látja el.

Egy tananyag szerint (Pulay, 2013) az egészségügyi rendszerrel kapcsolatban célszerű öt alapkérdést feltenni. Az 1. táblázat e kérdéseket és az elemzés által adott rövid válaszokat tartalmazza.

1. táblázat

A hazai egészségügyi rendszer főbb jellemzői

Kérdés	Válasz
Állami feladat-e gondoskodni a lakosság egészségügyi ellátásáról?	Igen, a megszervezést illetően, Magyarország Alaptörvénye (XX. cikke) alapján.
Ki a felelős az egészségügyi ellátásért?	A jogalkotásért az Országgyűlés, Kormány, minisztériumok, önkormányzatok. Az irányítási feladatok ellátásáért önkormányzatok, egészségbiztosítási szervek, megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek, egészségügyi ellátásért, egészségbiztosításért felelős minisztérium, egészségügyi intézmény fenntartója. Az E. Alap kezeléséért a NEAK ⁴ (korábbi OEP ⁵).
Ki nyújtja a szolgáltatást?	Klinikák, országos intézetek, kórházak, szakkórházak, szakrendelők, házi orvosok, stb.
Ki finanszírozza?	Elsődlegesen munkáltatói és munkavállalói járulékokból, adókból, illetve állami forrásból (Egészségbiztosítási Alap, költségvetés terhére), valamint egyéni öngondoskodás körébe tartozó, továbbá olyan más források, amelyekre az elemzés a kórházak finanszírozása témakörében részletesebben kitér.
Ki jogosult az egészségügyi közszolgáltatásra?	Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény és más jogszabályok részletesen szabályozzák. Lényeges szabály, hogy „ <i>minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalmának csillapításához és szenvedésének csökkentéséhez.</i> ”

Forrás: ÁSZ szerkesztés, Pulay, 2013 alapján

Az egészségbiztosítási ellátások során felmerült kiadások zömét a természetbeni ellátások kiadásai, kisebb hányadát a pénzbeli ellátások

(pl. táppénz) és egyéb kiadások jelentik. A természetbeni ellátások alapvető típusait és egyes ellátások kapacitásának nagyságrendjét a 3. ábra mutatja be.

3. ábra

Természetbeni ellátások alapvető típusai

Egészségügyi alapellátás

Mint pl: háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi alapellátás, védőnői ellátás, iskola-egészségügyi alapellátás, stb.



Mintegy 6 ezer házi orvos, házi gyermekorvos

Járóbeteg-szakellátás

Mint pl: szakrendelések, ambulanciák (CT/MRI laboratóriumi vizsgálatok is e körbe értve)



Több mint 400 szolgáltatónál a heti rendelt óraszám több tízezer

Fekvőbeteg-szakellátás

Aktív, krónikus



Több mint másfélszáz kórház, mintegy 68 ezer működő kórházi ágy

Egyéb egészségügyi ellátások

Mint pl: betegszállítás, gyógyszerellátás, egyéb gyógyászati ellátások, egészségügyi ellátásként végzett szakértés



Forrás: ÁSZ szerkesztés

Az egyes ellátástípusok és intézményeik egyes típusainak sajátos hierarchiáját a progresszív betegellátási szintekként is szokták emlegetni. Az ellátási szintek finanszírozása összetett, némi egyszerűsítéssel mi a következőket emeljük ki:

— Az alapellátás finanszírozásán belül a házi orvosokat, házi gyermekorvosokat, a területi védőnői szolgálatot, a fogászati ellátást egyrészt a fix díj (Fogalomtár), másrészt fejkvóta (Fogalomtár) jellegű (pl. kártyapénz /Fogalomtár/) vagy teljesítménydíjazás illeti meg. Az alapellátásnál a közpénz-felhasználási elem mellett megjelenik az igénybevevői térítés is (pl. gépjármű alkalmassági vizsgálat, vagy a fogászati ellátások egy része);

— A járóbeteg-szakellátásnál (Fogalomtár) – ideértve pl. szakrendelők, ambulanciák, gondozók, laborok, egynapos sebészet (Fogalomtár) – az egészségügyi szolgáltatók a megjelenő betegnél (esetnél) elvégzett beavatkozások összesítése és a Ft/pont értékek alapján jutnak finanszírozáshoz. A rendszert szokták németpont, vagy WHO pont szerinti térítésnek is nevezni;

— Az aktív fekvőbeteg-ellátás (Fogalomtár) területén alapvető a homogén betegcsoportok (HBCS⁶ /Fogalomtár/) szerinti finanszírozás, ahol az eltérő súlyszámokkal (Fogalomtár) a különböző kórházi ellátások költségigényessége közötti különbségeket igyekeznek kezelni. Az elért összsúlyszám és az egy súlyszám forintértéke alapján számított finanszírozást azonban további tényezők korrigálhatják (ha a beteg rövidebb, vagy hosszabb ideig kap kórházi ellátást, mint a kialakított norma). A krónikus fekvőbeteg-ellátásban az ápolási napok száma az a teljesítménymutató, amely a finanszírozás alapja, de itt is előfordul valamilyen korrekció, súlyozás.

Az egészségügyi szakellátás finanszírozásával kapcsolatban elkerülhetetlen, hogy utaljunk a teljesítményvolumen-korlátra. Itt mindössze azt a tényt emeljük ki, hogy az egészségügyi intézmények teljesítményeinek „felpörgetését”, amelyet a magasabb finanszírozásért, bevételért tennének, 2004-től korlátozták. Minden ellátási formánál előírt, hogy egy évben (hónapokra lebontva) mennyit vállalhat a kórház. Ha e fölöttit teljesít, a többet nem, vagy bizonyos szűk határig jelentősen csökkentett összeggel jut finanszírozáshoz.

Az egészségügyi kiadások egyes mutatói

Az egy főre jutó hazai egészségügyi összkiadás 2010-ről 2017-re közel 1,3-szorosára nőtt.

Az egészségügy eredményességének, az egészségnyereségnek a mérésével kapcsolatban a legtöbb tanulmány a mérhetőségi problémákra utal. A hatékonyságot is mutatók sorával igyekeznek jellemezni és összehasonlíthatóvá tenni. A költségek, kapacitások, gazdasági növekedés, demográfia, mortalitás, morbiditás, munkaerőpiaci viszonyok, életkörülmények, illetve a makrogazdasági környezet különböző elemeit is viszonyító megközelítések, eltérő mérési, módszertani technikák alapján rengeteg mutató és összehasonlítás készíthető. A statisztikai adatokban szereplő egészségügyi kiadás nemcsak

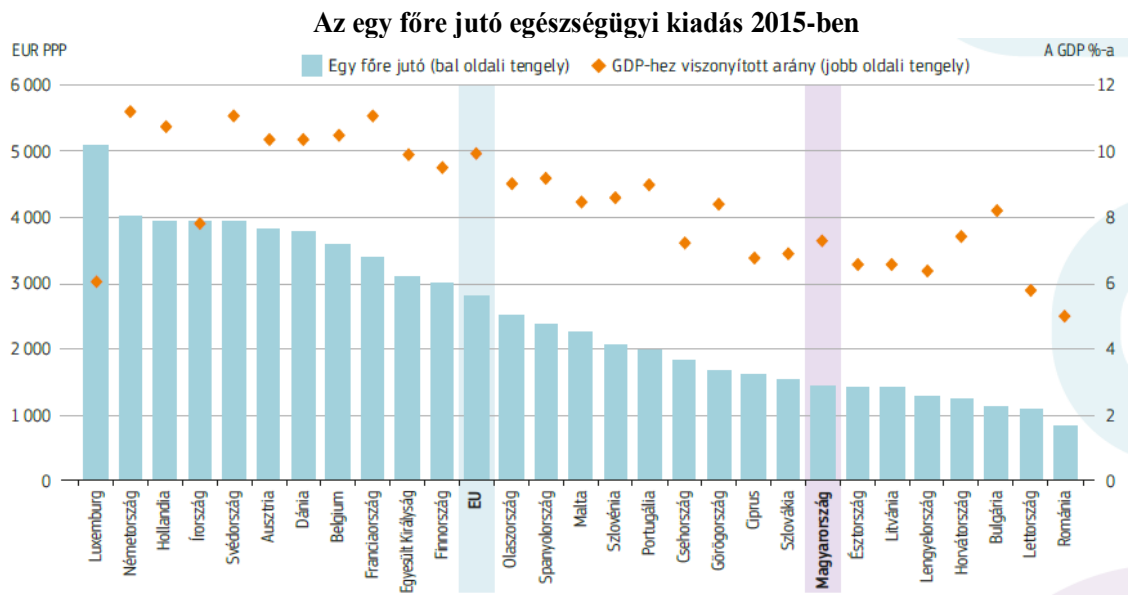
az egészségügyre fordított állami költségvetési kiadást, hanem a lakosság által egészségügyre fordított kiadást is magába foglalja.

Az uniós országok nemzeti adatszolgáltatásán alapuló elemzés és a Központi Statisztikai Hivatal (KSH⁷) nyilvános adattáblái alapján bemutatunk néhány fajlagos egészségügyi összkiadási mutatót:

— Egy, az Európai Bizottsággal együttműködve az OECD⁸ által készített 2017-es kiadvány szerint 2015-ben Magyarországon az egy főre jutó egészségügyi kiadás (4. ábra) az uniós átlag fele (vásárlóerő-paritás, EUR).



4. ábra

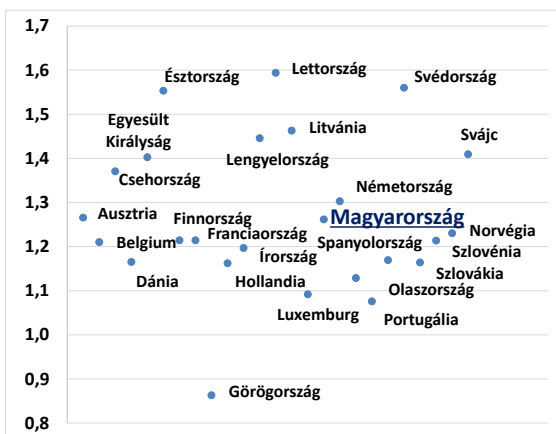


Forrás: Az Európai Bizottsággal együttműködésben az OECD és az European Observatory on Health Systems and Policies által közösen kiadott „Magyarország Egészségügyi országprofil 2017” című kiadvány

— A KSH által közzétett egyes adatokat összehasonlítva a 2010-2017 évek között az egészségügyi kiadások folyamatosan 1621-ről 2045-re emelkedtek vásárlóerő-paritáson, USD-ban) Magyarországon. A 2010. és 2017. közötti adatok változásának mértékét (hánszorosára változott) – több európai országra vonatkozóan az 5. ábra szemlélteti. Magyarország ebből a szempontból a középmezőnybe tartozott.

5. ábra

Egészségügyi kiadás alakulása (változás mértéke)



Forrás: KSH 7.2.5. Egy főre jutó egészségügyi kiadás (2000-) /vásárlóerő-paritás, USD/ (2018.10.17) tábla alapján ÁSZ szerkesztésű kivonat

— A KSH egy adattáblája az egészségügy GDP⁹ arányos kiadásainál és állami kiadásainál is mutat némi csökkenést, míg az egy főre jutó állami egészségügyi kiadásoknál növekedés látszik.

2. táblázat

Egészségügyi kiadások egyes mutatói

Megnevezés	2010	2012	2014	2016
Egészségügyi kiadások GDP-aránya, %	7,5	7,5	7,1	7,4
Állami egészségügyi kiadások GDP-aránya, %	5,0	4,9	4,8	4,9
Egy főre jutó eü.-i kiadás, eFt/fő	204,7	216,6	234,3	265,8
Egy főre jutó állami egészségügyi kiadás, eFt/fő	137,4	142,0	157,2	176,1
Állami kiadások az összes kiadások %-ában	67,1	65,5	67,1	66,2

Forrás: KSH 2.4.1. Egészségügyi kiadások alakulása (2003-) tábla (2018.10.31) ÁSZ kivonat

KÖZPÉNZÜGYI MEGKÖZELÍTÉS, ÉRTÉKELÉS

E fejezetben a legfőbb ellenőrző szervezet szempontjából, a közpénzügyek javítását célzó elhivatottságunk és kompetenciánk szerinti szemléletünkkel közelítjük meg az egészségügyi ellátórendszer és finanszírozás kérdéskörét. Ebből eredően kifejezetten az ezzel kapcsolatos alapelvekre, kiemelt kritériumokra, ellenőrzési tapasztalatokra és a számvevőszéki aspektusból lényeges összefüggésekre fókuszálunk. Nyilvánvaló, szükségszerű, hogy léteznek és lesznek más nézőpontú értékelések is, amelyek a rendszer javításához hozzájárulnak.

Az Alaptörvény és más hazai jogszabályok, stratégiák egyes kiemelt alapelvei, követelményei

Az egészségügyi ellátás folyamatosan biztosított volt, de nélkülözhetetlen a változáskezelés.

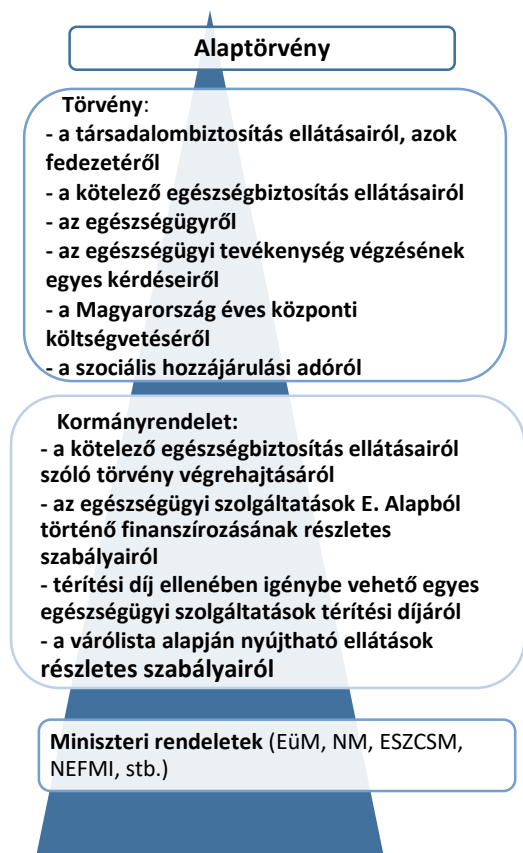
Az Alaptörvény szerint mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez és ezt az állam – egyebek mellett – az egészségügyi ellátás megszervezésével segíti elő. Az Alaptörvény legfőbb elvei alapján az egészségügyi forrásokkal törvényesen és célszerűen, eredményesen, átláthatóan, a közélet tisztaságának elve betartása mellett kell gazdálkodni. Az Alaptörvényből további követelmények is kiolvashatóak: a gazdálkodásnak elszámoltathatóknak, kiegyensúlyozottnak és fenntarthatóknak kell lennie.

Az állam intézkedései alapján folyamatosan biztosított volt az egészségügyi ellátás. Megalkotta az egészségi állapot megőrzésének és javításának összetett feltételrendszerére, az egészségügyi ellátások finanszírozására vonatkozó szabályozásokat. Kialakította az egészségügyi kiadások forrásait megteremtő egészségbiztosítási rendszert, valamint meghatározta az annak

terhére kötelezően biztosítandó egészségügyi ellátásokat, létrehozta az E. Alapot. Az állam az éves költségvetési törvényekben jóváhagyott keretek alapján az egészségügy finanszírozásával folyamatosan biztosította az egészségügy működésének alapjait. Az egyéb kapcsolódó előírásokat további törvényekben, Kormány és miniszteri rendeletekben határozták meg. A vonatkozó főbb jogszabályok jegyzékét az elemzés jogszabályjegyzéke mutatja be, az előírások egymásra épülését 6. ábra szemlélteti.

6. ábra

Vonatkozó jogszabályok rendszere



Forrás: ÁSZ szerkesztés

Az egészségügyi rendszer szabályozása összetett, többször módosult. A jogszabályok gyakori módosítása nehezíti a jogszabályi környezet átláthatóságát, miközben a változáskezelés további korrekciókat igényelne. A fenntarthatóság követelményére is figyelemmel az Alaptörvény szerinti alapelvek érvényesüléséhez, illetve az „Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégiában (továbbiakban Stratégia) foglalt célkitűzések megvalósításához változtatások indokoltak.

A Stratégia által a 2014-2020. évekre meghatározott prioritási területeket az alábbi, 7. ábrában foglaltuk össze.

7. ábra

Stratégiai prioritások



Forrás: ÁSZ szerkesztés

A Stratégiában kitűzött indikátorok, eredménycélok teljesítése még folyamatban van.

Az ágazati gazdálkodás területén az ÁSZ jelentései alapján nem valósult meg valamennyi kórház esetében a fekvőbeteg-ellátásnál a 0%

túlköltés betartása (18275. jelentés), illetve a teljesítménycélok kijelölése (pl. 16002-16005., 16049. jelentések).

A 2017. évi zárszámadás¹⁰ indoklása szerint például

- az alapellátás kompetenciáinak megerősítése prioritáshoz kapcsolódóan megkezdődött a finanszírozási rendszer átalakítása a kapuőr érdekeltségi rendszer (Fogalomtár) és a minőségi elvárások megerősítése érdekében,
- uniós forrásból megtörtént az Egészségügyre vonatkozó célkitűzés részeként az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (továbbiakban EESZT¹¹) kialakítása. Ehhez 2017. november 1-jén csatlakoztak a finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltatók és a gyógyszertárak.

A hazai egészségügyi rendszerrel szemben támasztott stratégiai célok, elvárások alapvetően összhangban vannak több nemzetközi dokumentumban megjelenő alapelvekkel, elvárásokkal.

Néhány lényeges dokumentumból¹ – kifejezetten közpénzügyi megközelítéssel – a következő célokat, irányokat emeljük ki:

- a minőség és a költséghatékonyság javítása, szilárd finanszírozás,
- egészségfejlesztés, innovatív, hatékony és fenntartható egészségügyi rendszerek kiépítése,
- az uniós polgárok minél könnyebb színvonalas és megbízható egészségügyi ellátáshoz jutása,
- a versenyképesség növelése, fenntartva a biztonságot.

¹ A WHO Európai Miniszteri Konferenciája által még 2008-ban elfogadott Tallinni Charta, az Európai Parlament és a Tanács által 2014 márciusában elfogadott, az uniós egészségügyi stratégia végrehajtására vonatkozó harmadik uniós cselekvési programról (2014-2020) szóló 282/2014/EU rendelet alapján az „Együtt az egészségért” stratégiai terv, az Európai Bizottság 2016-2020. évekre vonatkozó egészségügyi és élelmiszerbiztonsági stratégiai terve.

A kórházak finanszírozási forrásai

A kórházakat számos forrás finanszírozza, ezek egy része kifejezetten rontja az átláthatóságot.

Az egészségügy finanszírozása keretében a gyógyító-megelőző ellátások, ezen belül a fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók, jellemzően kórházak, klinikák részesülnek az E. Alapból a legnagyobb összegű finanszírozásban. Az elemzésben áttekintjük az E. Alapból kapott finanszírozás, illetve néhány egyéb bevétel, forrás jellemzőit, kockázatait a kórházaknál.

A kórházak finanszírozásában szerephez jutó egyes elemeket szemlélteti a 8. ábra.

8. ábra

A kórházak működőképességének fenn tartását biztosító jellemző finanszírozási elemek

- E. Alapból finanszírozás
- Térítésköteles ellátások megtérítése
- Vagyonértékesítés és más hasznosítás bevétele
- EU-s támogatás
- Önkormányzatok támogatása
- Konszolidáció, egyéb államháztartáson belülről kapott támogatás
- Nonprofit és egyéb szervezetek magánszemélyek pénzbeli adományai
- Előző évi maradvány igénybevétele

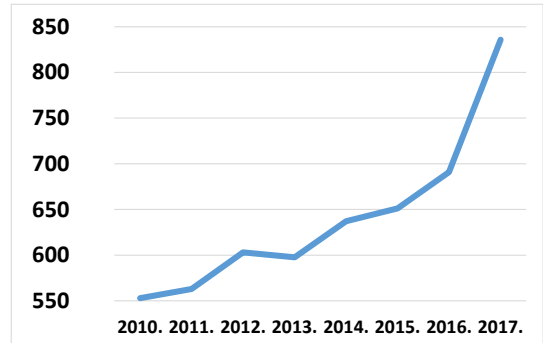
Forrás: ÁSZ szerkesztés

A kórházakat finanszírozó lényegesebb forrásokkal kapcsolatban a következőket emeljük ki:

— A gyógyító-megelőző ellátások közül a fekvő- és járóbeteg-szakellátások E. Alapból biztosított finanszírozása 2010-2017 közötti változását a 9. ábra szemlélteti.

9. ábra

A szakellátások E. Alapból származó finanszírozása 2010-2017 között Mrd Ft-ban



Forrás: központi költségvetés végrehajtásáról szóló törvények alapján ÁSZ szerkesztés

A szakellátás finanszírozása, pl. a kórházak bevételei emelkedtek a 2010-2017. években. A 2016-2017. évi finanszírozás növekedését döntően az egészségügyi dolgozók 2016. szeptember 1-jével végrehajtott béremelésének, bérkiegészítésének szintre hozásához biztosított támogatás okozta. A béremelés fedezetét több teljesítmény finanszírozási jogcím módosításával, illetve újak bevezetésével biztosították.

Az E. Alap 2017. évi zárszámadásának indoklása szerint a járóbeteg-szakellátásnál „a TVK¹² (Fogalomtár) *kihasználtság átlagos szintje a 2016-os szinthez képest emelkedést mutat. Továbbra is elmondható, hogy a finanszírozás 2011. januártól való „fellazítása” – azaz, hogy a 100 % fölött jelentett teljesítmények is újra finanszírozhatók lettek – nem járt együtt a teljesítmények felpörgetésével.*” (45.) A fekvőbeteg-szakellátásnál azok az egészségügyi szolgáltatók, amelyeknél a teljesítménydíjba beépített támogatás nem nyújtott fedezetet a béremelésre, kompenzációként „TVK többlet” kaptak.

A kórház nem, vagy csökkentett összegben kap támogatást a TVK feletti kezelésekre, amely arra ösztönzi, hogy egyes betegeket továbbküldje magasabb progresszivitású

(Fogalomtár) intézményekbe, amennyiben a saját TVK keretét elhasználta.

Az intézményi szintű fenntarthatóságot rontja az olyan szolgáltatás (pl. diabetológiai szaknővér), amelynek finanszírozása nem megoldott. (Tarcza, 2018). A kórházaknál az egészségügy finanszírozása nincs összhangban a valós költségekkel, de ennek mérésen alapuló igazolása alapvetően hiányzik.

— Az ÁSZ 13012. számú jelentése szerint a vagyonhasznosítás bevételeit nem alapozta meg önköltség-számítás, sőt az önköltség-számítás készítése sem volt előírás. A kórházak is kötelesek 2014. január 1-jétől önköltség-számítási szabályzatot készíteni. Ennek kiemelt jelentősége a kórházi infrastruktúra (személyzet, eszközök) magáncélú használatának megtérítése során mutatkozik.

A magánrendelés utáni befizetés intézményi fenntarthatóságot növelő forrásként jelenik meg. A költségelszámolások hiányosságai, a nem pontosan kalkulált vagy mért erőforrás igénybevétel ugyanakkor bevételt meghaladó költséget is jelenthet. Az átláthatatlanság kockázata magas azon kórházakban, ahol magán- és közellátás is történik.

— Az eszközök amortizációja visszapótlásának elmaradását több évtizede sérelemzik a kórházak (Tarcza, 2018). A működtetés jelenlegi finanszírozási rendszere ugyanis az amortizációra nem nyújt fedezetet. Sajátos, nem eszközarányos allokációt jelent az uniós és hazai fejlesztési célú támogatások rendszere. Az uniós és hazai fejlesztési célú támogatásokból, saját erőből, vagy más szervezetek, magánszemélyek pénzbeli adományaiból megvalósított fejlesztéseknél, illetve az adományként kapott eszközöknél is kiemelt szempontként jelenik meg a fenntarthatóság (működtetés és pótlás) biztosítása.

— A kórházaknál az előző évi maradvány igénybevétele jelentős bevételi forrás,

2017-ben a bevételek 7%-át képezte a 2017. évi zárszámadás indoklása szerint. Ennek döntő része, 2017-ben pl. 80%-a feladattal terhelt volt. Jellemzően ez nyújt fedezetet a lejárt határidejű adósságállomány vagy annak egy része rendezésére.

A fenti forrásokon túl az egészségügy átmeneti finanszírozását biztosítja pl. az előleg, a hitel, kölcsön. Ide tartozik a fizetési elmaradás ellenére folyamatosan fenntartott szállító teljesítés (szállítói finanszírozás) is. Ezek lényegében csak átmeneti, nem végleges források, azokat vissza- vagy ki kell fizetni. Egy jól működő, megfelelően finanszírozott egészségügyi rendszerben ezek a források nem lehetnek állandóak. Magyarországon jelenleg a szállítókkal szembeni lejárt tartozás folyamatos jelenség az egészségügyben.

Tartós, fenntartható költségvetési egyensúly

Az egészségügyi rendszer és finanszírozás a jelenlegi formájában nem fenntartható, változtatásra szorul.

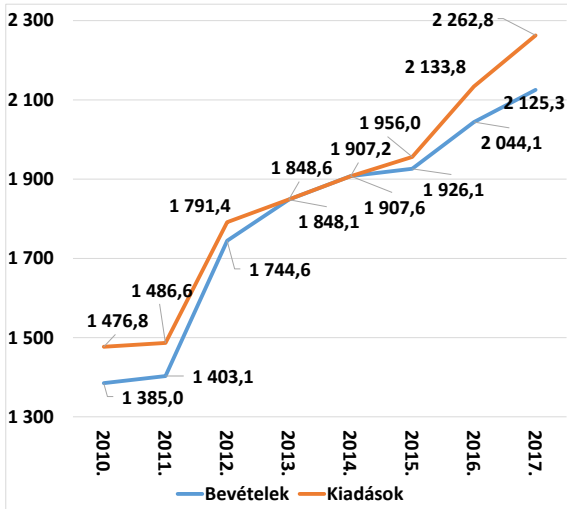
Az állam az Alaptörvényben az egészségügygel kapcsolatban előírt kötelezettségének eleget tett, az egészségügyi ellátást megszervezte. A kiegyensúlyozott, fenntartható, átlátható költségvetési gazdálkodás elvárásának teljesítéséről azonban nem beszélhetünk. Az Alaptörvény és a hazai stratégia szerinti elvek, szabályok az E. Alap, de különösen az egészségügyi intézmények szintjén korlátozottan, bizonyos szempontból (több gazdálkodási szabály betartása terén) egyáltalán nem érvényesülnek.

Egészségbiztosítási Alap

Az E. Alap bevételeinek és kiadásainak nagyságrendjét és változását szemlélteti a 10. ábra.

10. ábra

Az E. Alap 2010-2017. évi tényleges bevételeinek és kiadásainak alakulása (Mrd Ft)



Forrás: költségvetési törvények és központi költségvetés végrehajtásáról szóló törvények alapján ASZ szerkesztés

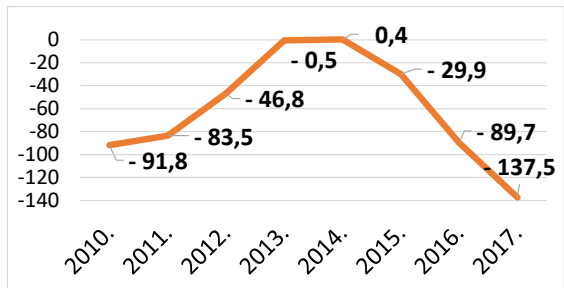
Az E. Alap bevételei és kiadásai folyamatos növekedést mutattak a 2010-2017. évi adatok alapján. Az E. Alap egyenlege a 2013-2014. évi egyensúlyi helyzet után 2015-től újra hiányt (deficit) mutatott (11. ábra).

Az E. Alap zárszámadási törvényekhez adott indoklása alapján a deficit azzal függött össze, hogy olyan, a stratégiai célok megvalósítását szolgáló, indokolt kiadások is az E. Alap kiadásai között jelentek meg, amelyek forrása nem az E. Alap volt. Ilyen kiadás volt

pl. a 2016-tól kezdődően az egészségügyi dolgozók bérfejlesztésére, valamint a háziiorvosi, házi gyermekorvosi praxisoknak (Fogalomtár) az orvos utánpótlás ösztönzésére állami forrásból biztosított támogatás.

11. ábra

Az E. Alap egyenlegének alakulása (hiány /-, többlet /+) a 2010-2017. években Mrd Ft-ban

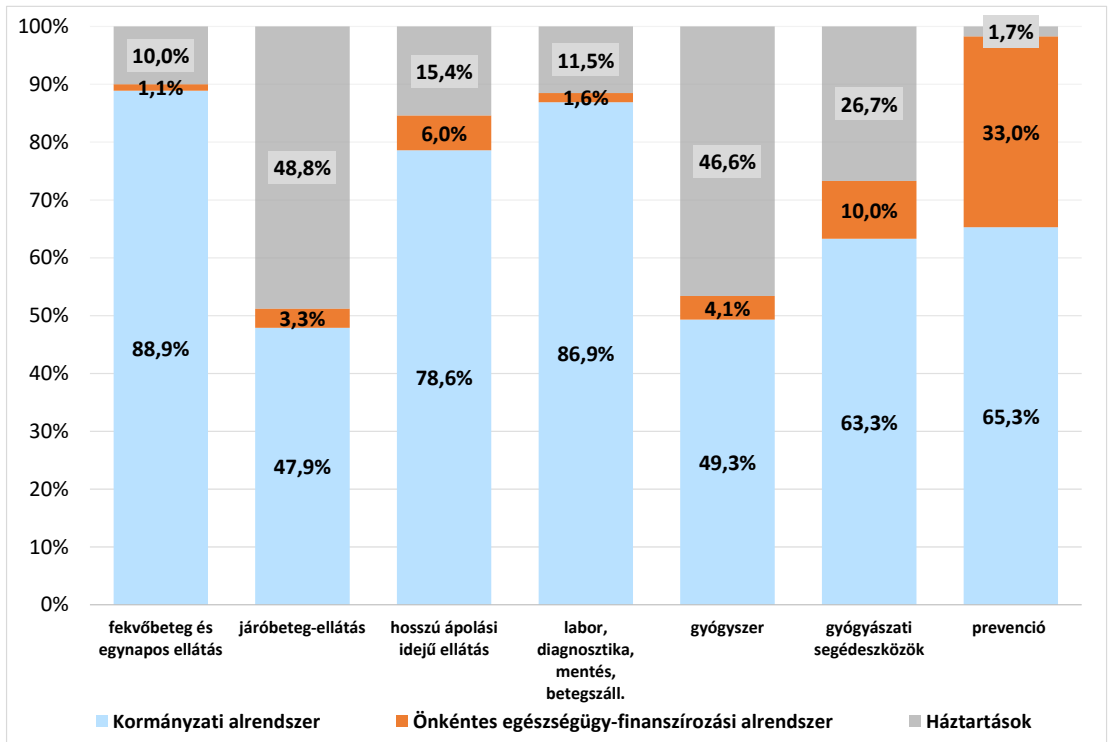


Forrás: Központi költségvetés végrehajtásáról szóló törvények alapján ASZ szerkesztés

Az E. Alap tartós egyensúlya és az állami szerepvállalás mértéke, az ingyenesen biztosított ellátáscsomag tartalma összefüggenek. Az egészségügyi ellátási csomag szűkítése egyensúlyjavító, bővítése egyensúlyrontó hatású. A jelenlegi állami ellátási csomag mellett is a magyar egészségügyi rendszerben már markánsan megjelenik a nem állami egészségügyi kiadás, különösen a járóbeteg-ellátásban. A KSH adatai alapján ezt a 12. ábra szemlélteti.

12. ábra

Egyes kiemelt egészségügyi kiadások finanszírozásában az egyes finanszírozási rendszerek részaránya (%-ban) a 2016. évben a KSH adatai alapján



Forrás: KSH 2.4.1. Egészségügyi kiadások alakulása (2003-) statisztika alapján ÁSZ szerkesztés

Az egyensúlyt javíthatja az ingyenesen nyújtott egészségügyi ellátáscsomag tartalmának szűkítése, de az mindig negatív társadalmi hatásokkal jár. A csomag szűkítése növelné a fizetőképes betegek magán egészségügyi ellátás felé terelődését, miközben mások bizonyos ellátásokhoz való hozzáférést szűkítené.

A tartósan fenntartható egyensúlyhoz hozzájárulhat az E. Alap bevételeinek növelése is. A népegészségügyi termékdíj 2019-re tervezett bevételeinek – szabályozás változása miatti – növekedése ebbe a körbe tartozik.

Az E. Alap költségvetését érintően indokolt kiemelni, hogy vannak ugyan a kiszámíthatóságot rontó tényezők (a bevételi oldal

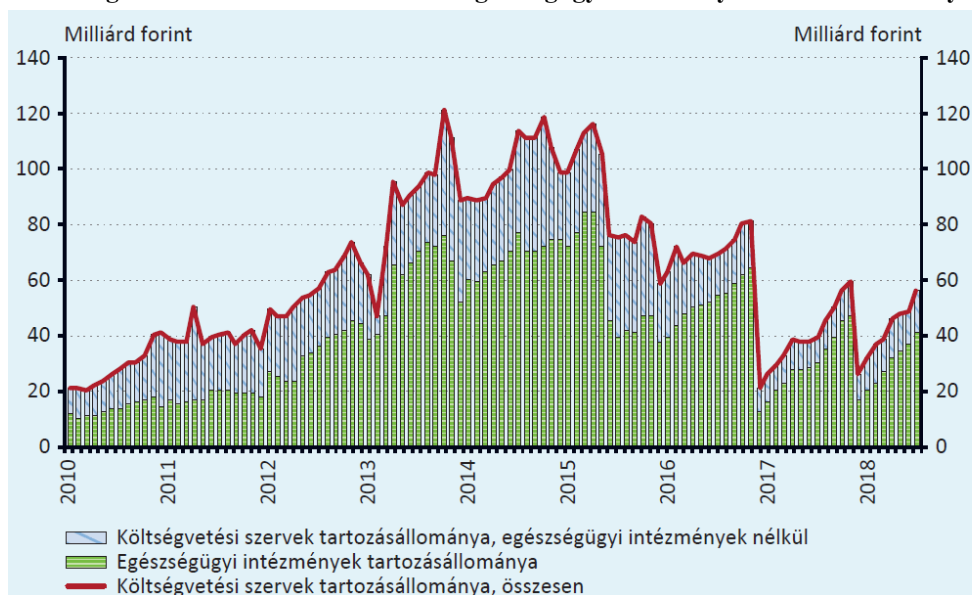
változtatásai, különös tekintettel a szociális hozzájárulási adó csökkentése, és ebből az E. Alapot megillető rész változása), de az alap költségvetésének végrehajtása során keletkező hiány nem jelent önmagában a rendszer fenntarthatóságát érintő kockázatot. A hiány kezelése az egészségügy E. Alapból történő finanszírozásában való közvetlen állami szerepvállalás révén biztosított.

Kórházak

A kiegyensúlyozott gazdálkodás és finanszírozás hiányát jelzi a kórházak újratermelő adósságállománya, amelynek alakulását a 13. ábra mutatja be a 2011-2018. évekre vonatkozóan.

13. ábra

A költségvetési szervek és ezen belül az egészségügyi intézmények tartozásállománya



Forrás: MNB¹³ Költségvetési jelentés, 2018. október, 42. oldal

Az ábra alapján megállapítható, hogy

— a költségvetési szervek adósságállományának döntő része – különösen 2012-től – az egészségügyi intézményeknél keletkezett,

— jellemzően év elején az adósságállomány – az állami konszolidációnak köszönhetően – jelentősen visszaesik, azonban év közben – évenként eltérő, de valamelyest kisebb mértékben – újratermelődik a 2011-2018. évek viszonylatában.

Az ÁSZ 2017. évi zárszámadási jelentése (8.) szerint több egészségügyi intézmény esetében „az Áht. előírásainak megsértésével, a szabad előírányzat mértékét meghaladóan történt kötelezettségvállalás.” (18275. jelentés 25. oldal). A fedezet nélkül történt kötelezettségvállalás egyértelműen a kórházak adósságállományát növeli, amely felveti az intézmény vezetésének felelősségét is.

A kórházak évről évre adósságkonszolidációban részesültek, amellyel kapcsolatban a számvevőszéki megítélés változatlan. Az ÁSZ jelentése (1.) szerint „A konszolidációs támogatás a kórházaknak csak az adott évi pénzügyi helyzetében eredményezett kedvező változást, a gyógyító tevékenység ellátásában jelentkező hiány okát és újratermelődését nem szüntette meg.” (13012. jelentés 25. oldal)

A 3. táblázat mutatja be az egészségügyi intézmények (alapvetően kórházak) adósságrendezésére nyújtott összegek változását.

3. táblázat

Adósságrendezés kiadásai (Mrd Ft)

Támogatás formája	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Működési	33,1	9,6	60,0	45,0	21,4	30,4
Ösztönző				15,0	23,5	24,6
Összesen:	33,1	9,6	60,0	60,0	44,9	55,0

Forrás: zárszámadási törvényekből XX. EMMI¹⁴ fejezet indoklása, 2018. évi NEAK adatok alapján ÁSZ szerkesztés

A Kormány a 2018. évre 30,4 Mrd Ft-ot biztosított működési támogatásként és a 24,6 Mrd Ft-ot ösztönző támogatásként. Az ösztönző támogatásból olyan szervezetek is részesedtek, amelyek nem rendelkeztek adósságállománnyal. Ugyanakkor az adósságállomány egy része továbbra is megmaradt, mivel az erre a célra kapott működési támogatást sávosan (nem a teljes szállítói tartozásállományt lefedve) állapították meg. (Szepesi, 2018)

Ezzel a jogalkotó célja az volt, hogy az intézményt is ösztönözze takarékosági intézkedések bevezetésére, így azonban az adósság továbbra is fennmarad. Ez különösen a kórházaknál képződött adósságállomány újratermelődésében tükröződik. Egyes kórházakban számíthattak/számítottak arra, hogy az állam mindig „kimentí” őket (Dózsa, 2010.).

Nem történtek olyan intézkedések, amelyek az adósságállomány újratermelődését megakadályozták volna, holott a kórházak fenntartható működtetésének ez az alapja és nem a „tüneti kezelés”.

Indokolt megjegyezni, hogy a kórházaknak nyújtott támogatás növelése – az ellátó rendszer átalakítása nélkül – nem oldja meg a kórházak eladósodásának kérdését, sőt magasabb mértékű eladósodásának kockázatát hordozza.

Ha megnézzük az elmúlt két évben konszolidációs támogatásban részesülők számát (4. táblázat), akkor látszik, hogy a támogatottak köre lényegében alig változott.

4. táblázat

Konszolidációs támogatásban részesült egészségügyi intézmények

Adatok db-ban	2017.	2018.
Működési támogatás	121	117
Ösztönző támogatás	192	193

Forrás: 2017. és 2018. évi NEAK adatok alapján ÁSZ szerkesztés

Alátámasztják az adósság újratermelődését a NEAK adatai, mivel a 2017-2018. években működési támogatásban alapvetően ugyanaz az intézményi kör részesült. 112 egészségügyi intézmény mindkét évben kapott működési támogatást. A működési támogatásban részesült intézmények kaptak ösztönző támogatást is.

A 2017-2018-ban 191 olyan egészségügyi intézmény volt, amely mindkét évben kapott ösztönző támogatást. Ezt összevetve a működési támogatásban részesültek adataival, megállapítható, hogy az ösztönző támogatásból több mint 60 olyan egészségügyi intézmény is részesedett mindkét évben, amelyek azt nem a fennálló adósságukra tekintettel kapták.

Összefoglalva: az adósságkonszolidációs (működési és ösztönző) támogatásokat az adósságrendezés, az adósságspirálból való kikerülés ösztönzése céljából kapták eredendően a kórházak, azonban az ösztönző támogatásban adóssággal nem rendelkező kórházak is részesültek.

A kórházakra irányuló eddigi ÁSZ ellenőrzések azt mutatták, hogy az adósság kezelése okainak átláthatóságát számos könyvelési, gazdálkodási szabálytalanság korlátozza.

A fenntarthatóság szempontjából a jelenlegi rendszer megfelelő színvonalú működésének egyik akadályaként – álláspontunk szerint – a nem megfelelő egészségügyi struktúra azonosítható be.

További kiemelt követelmények érvényesülése

A fenntarthatósághoz, átláthatósághoz hozzájárul a költséghatékonyság, a minőség szempontjainak figyelembe vétele, a magán és állami ellátás szétválasztása, a digitalizáció alkalmazása.

Költséghatékonyság javítása

A költséghatékonyság értékelése szempontjából a legfontosabb kérdések a következők:

- rendelkezőre áll-e összehasonlítható információ arról, hogy mennyibe kerül ugyanaz az ellátás az egyes kórházakban?
- minden valós költségelemet figyelem vesznek-e egy-egy ellátás költségénél?
- a pontokban és HBCS súlyszámokban, a forintértékekben tükröződik-e az elévzett beavatkozás, kezelés valós költsége?

Az egészségügy finanszírozása, különösen a legnagyobb forrásigényű kórházi ellátásoknál a 90-es évek legelején kialakított HBCS rendszeren alapul. Ez egy orvosszakmai alapon kialakított, homogén betegségszoportokat magába foglaló rendszer, amely az egészségügyi szolgáltatások teljesítménymérésére alkalmas. Évtizedek óta nem történt meg a HBCS súlyszámok, azaz annak költségalapú felülvizsgálata, hogy a költség szempontjából hasonló betegségszoportba sorolt esetek átlagos költsége hogyan aránylik az összes kórházi eset átlagos költségéhez (Weltner).

Hiányzik az egészségügyi finanszírozásból visszacsatolásként annak nyomon követése, hogy az egyes egészségügyi ellátások

mennyibe kerülnek. A költségvetési szervként működő kórházak beszámoló rendszere jelenleg nem képes ennek alátámasztására, a könyvvizetés szabályai pedig nem várnak el ilyen részletezettséget.

Az ÁSZ a 13012. jelentésében javaslatot tett akkor a GYEMSZI¹⁵ felé a kórházak egy-egy önköltség számítása feltételeinek és módszertanának kidolgozására, az alkalmazás informatikai feltételeinek megteremtésére. A hatáskör gyakorlója a 16127. ÁSZ jelentés szerint intézkedett a módszertan kidolgozására, az informatikai feltételek megteremtésére, és megtörtént a jogszabályi háttér biztosítása is. A kórházaknál van önköltség-számítási kötelezettség, ugyanakkor nem biztosított a költségszerkezet átláthatósága, nincs az állandó és változó költségek (Fogalomtár) pontosan tisztázott köre (Pulay, 2013) szerinti nyilvántartás az egészségügyi ellátórendszerben.

Itt is utalni kell arra, hogy a kórházaknál lefolytatott ÁSZ ellenőrzések gyakran jeleztek nem szabályos könyvelést, átláthatósági és elszámoltathatósági problémát.

Minőség javítása

Elemzői értékelésünk szerint a minőségi ellátást nem ösztönzi a finanszírozási rendszer.

A hazai és uniós stratégiák, programok is célul tűzték ki az egészségügyi ellátások minőségének javítását. Az Eütv.-ben a jogalkotó rögzítette a minőségi rendszer felépítését, működését.

A kórházaknál a teljesítménycélok meghatározása nem vált általánossá. Emiatt a minőségügyi rendszer működése sem lehet megalapozott. A teljesítményfinanszírozásba a kezelések minőségének egyedi vagy intézményi szintű figyelése, értékelése, elismerése nem került beépítésre.

Magán és állami egészségügy szétválasztása

A magán és állami egészségügy szétválasztása alatt alapvetően a kórházon belül és kívül ugyanazon orvos által végzett állami és magán ellátás elkülönítése, átláthatósága megteremtésének szükségességét értjük. A korábban már jelzett nyilvántartási problémák mellett felvetődnek olyan kérdések is, mint például:

- az orvos mikor dolgozik a magán vagy az állami rendelőben,
- az orvos által ellátott beteg mikor jelenik meg az állami és a magán rendelésén.

E kérdések már átvezetnek az orvos- és betegadatok felhőben történő nyilvántartása, a digitalizáció kérdéskörére.

E-egészségügy, digitalizáció

Stratégiai célkitűzés a digitalizáció, E-egészségügy kiépítése, működtetése, amelynek teljesítése folyamatban van. Kettősség tapasztalható ugyanakkor e területen. Rendelkezésre állnak pl. a korszerű műszerek, a betegforgalommal és gyógyítási tevékenységgel összefüggő informatikai rendszerek, van felhőalapú alkalmazás, biztosított a betegadatokhoz történő hozzáférés az Ügyfélkapun keresztül. A kórházak gazdálkodása terén ugyanakkor nem érzékelhető gyors fejlődés, korszerűsítés. A korábban kifejtett költség-elszámolási, nyilvántartási, megosztási problémák fennmaradtak.

A beavatkozások, ellátások szélesebb körű igénybevevői nyomon követése a teljesítmény-finanszírozásban elszámolt kezelések valódiságának és átláthatóságának biztosításához, a valóltan elszámolás kockázatának csökkentéséhez is hozzájárulna. (Medvegy, 2019)

Az „m-egészségügyi” alkalmazások (a jóllét érdekében az egyéni egészségi állapot javítása

mobileszközök /mobiltelefonok, tabletek, betegfigyelő eszközök és más vezeték nélküli készülékek/ segítségével) terén a lehetőségek kihasználása lassan halad.

Az egészségügyi rendszer és finanszírozás alapvető dilemmái

Az adott erőforrásokkal biztosítható egészségügyi ellátás mindig szűkebb, mint a szükséglet.

Az egészségügyi rendszerek választásához és alakításához nélkülözhetetlen, hogy egyértelmű válaszok legyenek a következő alapkérdésekre:

- ?
 - ?
 - ?
- Milyen legyen a feladatmegosztás a szereplők között?
Milyen mértékű lehet a magánszereplők bevonása az ellátásba és a finanszírozásba?
Mi legyen az ingyenes alapsomagban?

Az alapkérdéseken túl az egészségügy megszervezésével és finanszírozásával kapcsolatban számos dilemma jelentkezik. A ma is aktuális kihívásokból – alapvetően közpénzügyi, a lényegességet szem előtt tartó elemzői megközelítésből – a következőket emeljük ki:

- Elsősorban az új gyógyszerek, terápiák, műszerek megjelenésének, a megelőzési (prevenciós) programok (Fogalomtár), szűrések szélesedésének hatására nőtt az emberek átlagéletkora. A lakosság elöregedése és a technológiai robbanás pedig mindenütt jelentős finanszírozási többlettalánnyal jár;
- A gazdaság, a versenyképesség növelése egészségesebb munkaerőt igényel. Ha viszont az ehhez szükséges egészségügyi ellátások fedezete adó, járulék emelésekkel teremthető meg, akkor az a gazdasági növekedés ellen hat;

— Az azonnali beavatkozások nem vészhelyzeti esetekre is kiterjedő elvárása (várólista, érdemi várakozás nélküli ellátás) olyan emberi és tárgyi kapacitásokat igényelne, ami jellemzően már teljesíthetetlen;

— Egyes konkrét egészségügyi szükségletek kielégítésének igényéhez és követelményéhez nem mindig kapcsolható racionális forrásfelhasználás;

— A technikai, technológiai lehetőségek intenzív fejlődése mellett az élő kapacitás (orvos, nővér) a döntő, és esetenként a „szűk keresztmetszet”;

— A kórházak gyakori felvetése – etikai megközelítésre, a beteg érdekében utalva –, hogy korlátozhatja, halaszthatja-e az intézmény az életmentő ellátásokat amiatt, hogy a kapcsolódó megrendelésekkel nem tartja be az Áht., Ávr. és az Alaptörvény előírásait;

— Létező közgazdaságtani elmélet szerint minden kifejezhető pénzben (így az emberi élet és egészség is), de a közgazdaságtan keretei között nem megválaszolható gyakorlati és erkölcsi kérdések vetődnek fel;

— Nincsenek egyértelmű, nem vitatott definíciók a fenntarthatóság makroszintű, társadalmi, pénzügyi szempontú ágazati megközelítésű meghatározására.

Továbbra is fennáll a teherbíró képességgel összefüggő, klasszikusnak tekinthető tapasztalat:



A rendelkezésre álló erőforrások alapján nyújtható egészségügyi szolgáltatások mindig szűkebbek a szükségleteknél.

Az ÁSZ jogszabályi kereteken belül ellenőrzi, az előírások, kritériumok betartását értékeli. Az ellenőrzési tapasztalatok általánosan azt igazolják vissza, hogy azon szabályok hatások, vagyis betartottabbak, amelyek végrehajtásához annak ellenőrzését is hozzárendelik.

Az ÁSZ honlapján megtalálhatóak azok az egészségügyi rendszerrel és finanszírozással, illetve egyes szereplőinek gazdálkodásával foglalkozó számvevőszéki jelentések és elemzések, amelyek részletesen tartalmazzák a szabályoktól való eltéréseket, rendellenességeket (anomáliákat). Felvetődnek további olyan kérdések, amelyekre közpénzügyi megközelítésben egyértelműen csak a „NEM” lehet a számvevőszéki válasz. Ilyen kérdések például a következők:

— Helyes-e a szállítói hitelezés igénybevétele az egészségügyi intézményeknél?

— Garantálható-e az átláthatóság a közfinanszírozott és magán egészségügyi ellátás összekapcsolódásainál (közös eszközhasználat, betegek előszűrése, átirányítása, stb.)?

— Célszerű-e betegigényre, vagy ellátókapacitásra optimalizálni a rendszert?

— Gyógyszerkísérletek, speciális projektek végezhetőek külön szakmai, számviteli nyilvántartások, elkülönítések nélkül is?

Az egyéni és közösségi érdekek között mindig előfordulnak különbségek, az etikai megközelítések, társadalompolitikai elvárások terén mindig léteznek eltérések. Ennek következtében egyetlen modell és egyetlen ország által kialakított rendszer sem vált olyanná, amely a lakosság általános elégedettségét eredményezte volna. Az egyéni igény gyakran meghaladja a valós szükségletet.

Más számvevőszékek egyes megállapításai

Az egészségügyi rendszer és finanszírozás ellenőrzése más számvevőszékeknel is hangsúlyos tevékenység.

Nemzetközi kitekin-
tésben azt látjuk, hogy
más számvevőszékeknel
az ellenőrzéseik egyik
iránya az egészségügyre




fordított közpénz, a célkitűzések, projektek, el-látórendszer elemek szabályszerűségének, teljesítményeinek (hatékonyságának és eredményes-ségének) megítélése. Jellemzően leszűkített részterületek ellenőrzése alapján fogalmaznak meg kritikai észrevételeket elsősorban a követ-kező területeken mutatkozó problémák miatt:

- a folyamatok szabályozottsága,
- a kontrollok működése,
- a koordináció,
- az egészségügyi program finanszíro-zásával megvalósuló, az egészségügyi rend-szer egyes elemei által nyújtott outputok.

Az elemzés néhány megállapítás lényegét emeli ki:

- Az Európai Számvevőszék (ECA) – szükségyszerűen az uniós támogatású projek-tekre koncentrálna – a határokon áttérjedő súlyos egészségügyi veszélyek kezeléséről szóló 28/2016. számú jelentésében megállá-pította, hogy fontos kérdésekben előrelépés történt, de még sok a tennivaló. Nehézsé-gekbe ütközhet kellő számú, a szakpolitika szempontjából releváns fellépés finanszíro-zása. (ECA, 2016)

A légszennyezéssel kapcsolatos 23/2018. számú jelentés megállapítja, hogy az egész-ségünk védelmét szolgáló támogatott projek-tek nem mindig voltak kellőképpen célzot-tak, nem voltak mindig megfelelő tervek, esetenként hiányzott a megfelelő költség-számítás, finanszírozás. (ECA, 2018)

- A Német Szö-  vevőszék egészségbiztosítás körébe tartozó orvosi szolgálatokról szóló 2017 júniusi jelentése a szakdolgozói hiány és túlórák mellett azt is jelzi, hogy a szolgáltatások finanszírozása


nem volt megfelelő, a kórházi számlák kont-rollja terén pedig átláthatósági problémák is mutatkoztak. (Bundesrechnungshof, 2017)

Egy, a mentési szolgáltatásokkal foglalkozó 2018 augusztusi jelentés a hiányosságok kö-zött utal a sürgősségi ellátás finanszírozásá-nak szabályozottsága terén mutatkozó, to-vábbá a felmerült költségek átláthatóságának problémáira. (Bundesrechnungshof, 2018)

- Az Egye-  National Audit Office sült Királyság

Számvevőszékének vezetője 2016 novembe-rében az NHS pénzügyi fenntarthatóságáról szóló jelentés alapján azt közölte, hogy egyes kiadások meghaladták a költségvetési kereteket, ezért megismétli azon számvevő-széki álláspontot, hogy a pénzügyi problé-mák miatt ez így nem fenntartható. (NAO, 2016)

Egy, az egészségügyi és szociális ellátás in-tegrációjáról szóló 2018 júliusi jelentés meg-állapította, hogy párhuzamosságok és paza-rolt erőforrások kerültek azonosításra az egészségügy egyes területein, ezért egyre sürgetőbb a jelenlegi rendszer felülvizsgá-lata. Az egészségügy és a szociális ellátás in-tegrációjának előrehaladása eddig a terve-zettnél lassúbb és kevésbé sikeres volt, nem hozta a várt előnyöket. Emiatt a kormány in-tegrált egészségügyi és szociális ellátási szolgáltatásaira vonatkozó tervének végre-hajthatósága Angliában 2020-ig jelentős kockázatot jelent. (NAO, 2018)

- Az Észt Számve-  riigikontroll vevőszéknek az e-egész-ségügyi program megvalósulásáról szóló 2014 év elején kiadott jelentése szerint a programokra többször annyit költöttek, mint tervezték és a projektek négy témaköréből csak az e-recept volt az egyetlen megvalósult program. (Észt Számvevőszék, 2014)

KÖVETKEZTETÉSEK, FELVETÉSEK

1. Az egészségügyi rendszerben, finanszírozásban az Alaptörvény elfogadása óta nem változott a szemlélet úgy, hogy azzal az Alaptörvény legfőbb elvei megfelelően érvényesülhettek volna. Számvevőszéki ellenőrzési tapasztalatok egyértelműen igazolták kórházaknál a vezetői felelősség körébe tartozó hiányosságokat. Az egészségügyre vonatkozó szabályozások köre szerteágazó, összetett, a jogszabályok sokszor módosultak. A **változáskezelés** kapcsán a következőket emeljük ki:
 - a. Az ellátási rendszer és a finanszírozás struktúrájában nem történt a költséghatékonyságot és a minőséget átfogóan javító módosítás, miközben ez stratégiai követelmény volt.
 - b. Az átmenetinek tervezett teljesítményvolumen korlát a rendszer tartós részé maradt, amely az intézmény szempontjából a fenntarthatóságot, a teljesítménnyel arányos támogatást korlátozta. Közpénzügyi szempontból a hatásai közül ki kell emelni azt is, hogy az E. Alap jelentős túlköltségezését akadályozta, ugyanakkor a kórházak eladósodásában szerepe lehetett.
2. A jelenlegi ellátórendszer és finanszírozási rendszer mellett mindig újratermelődik a **kórházi adósság**, ezért hosszú távon nem biztosított a fenntarthatóság.
 - a. Az adóssággal rendelkező kórházaknál akadályozza az adósság okainak pontos feltárását a számviteli, a közbeszerzési és antikorrupciós szabályok, a csalásmentes, integritás szemléletű működést biztosító előírások be nem tartása. Az előírások betartása nagyobb vezetői felelősségvállalást és szemléletváltást igényel. A vezetők által kialakított monitoring rendszerben a belső ellenőrzés sem volt eredményes a hibák kiküszöbölése szempontjából.
 - b. Döntően hozzájárult az adósságállomány növekedéséhez, hogy a módosított előirányzatot meghaladó kötelezettségvállalások állománya miatt nem volt szabályszerű a kórházak gazdálkodása.
 - c. A kórházaknál az adósságkonszolidáció csak az adott év pénzügyi helyzetét javította, a hiány okát nem tárta fel és újratermelődését nem akadályozta meg, azaz hosszú távon nem járult hozzá a fenntartható gazdálkodáshoz.
 - d. Az adósság konszolidáció rendszere már hosszú ideje működik, szükséges rossznak, átmeneti megoldásnak tekintették, bár a működőképességet fenn tudta tartani. Nem történt eredményes intézkedés a konszolidáció megszüntetésére, az adósság újratermelődésének megakadályozására.
3. Az ÁSZ ellenőrzései szerint a gazdálkodási szabálytalanságok, az átlátható és elszámoltatható közpénzfelhasználás hiányosságai miatt nem egyértelmű, hogy **mi mennyibe kerül** egy-egy kórház esetében, mennyi finanszírozást igényel a kórház működtetése.
 - a. Az ÁSZ megállapította, hogy a kórházak egy részénél nem szabályos a könyvelés, amely aláássa az átláthatóságot, nem biztosítja az adatok megbízhatóságát.
 - b. Gondot jelent a magán és állami célú kiadások elkülönítése, elkülönített nyilvántartása. Nem ítéltető meg, hogy a

kórház veszteséggel adta-e bérbe az infrastruktúráját pl. magánrendelés céljára.

- c. A valós költségek megállapítását akadályozza, hogy az állandó és változó költségek köre nem megfelelően tisztázott és gyűjtött.
 - d. Az amortizáció nincs beépítve a finanszírozásba, sajátos forrásbiztosítási allokáció a hazai és uniós fejlesztési támogatás. E megoldás önmagában nem jelentette az ellátási rendszer optimalizálását, egyelőre csak a kórházak erőforrásai közötti különbséget növelte.
4. A **minőség** érvényesítésének szabályozását kialakították, azonban a kapcsolódó teljesítménycélokat nem fogalmazták meg. A minőségi szempontok megfelelő érvényre juttatása a jelenlegi finanszírozási rendszerbe nem épült be.
5. Stratégiai célkitűzés a **digitalizáció**, Egészségügy kiépítése, működtetése, amelynek teljesítése folyamatban van. Két-öttség tapasztalható e területen, mivel rendelkezésre állnak pl. a korszerű műszerek, betegforgalomhoz kapcsolódó informatikai rendszerek, működik felhőalapú alkalmazás. Ugyanakkor a gazdálkodás támogatása, az egyes ellátások költségeinek megfelelő szétválasztása, figyelése nem megoldott. Az „m-egészségügyi” alkalmazások lehetőségeinek kiaknázásához figyelemmel kell lenni az adatvédelmi követelményekre és a mindenkori technológiai változásokra.
6. Az egészségügyi ellátórendszer és finanszírozása folyamatosan működik, de a jelenlegi formájában **nem tekinthető fenntarthatónak** is.

Az 1-5 pontba foglalt elemzői következtetésekre való hivatkozás mellett kiemeljük, hogy nem történt olyan mértékű és léptékű

változtatás (váltóáskezelés) sem az ellátás struktúráján, sem a finanszírozás szabályaiban, amelyet elsősorban a minőség- és költségmérés, a hatékonyság növelés követelményei, illetve ezek elemeinek finanszírozás rendszerébe történő beépítése indokolt volna. Az ellátórendszert és finanszírozását érintő dilemmák és feltehető kérdések arra is utalnak, hogy számos átlátható, értelmezhető válasz hiányzik.

Ellenőrzési megközelítésben a kórházak átláthatatlan gazdálkodása önmagában is kizárta, hogy a rendszert intézményi szinten fenntarthatónak tekintsük.

Közpénzügyi szempontból a fenntarthatóság biztosítása érdekében az állami egészségügyi rendszer egészét, egyes elemeit érintően felvetéseink a következők:

- a) Az egészségügyi rendszer eredményesebb működését ösztönözheti a nyújtott ellátások minőségének mérése, és annak beépítése az egészségügyi finanszírozás szabályozásába, rendszerébe. A mért ellátási kiadások képezhetik az alapját annak, hogy az egészségügyi rendszert érintően hol szükséges a változtatás, vagy új irány bevezetése a fenntarthatóság érdekében.
- b) A hatékony ellátási struktúra, a valós költségeken alapuló finanszírozás és az átlátható és hatékony kórházi gazdálkodás segítheti elő a kórházi adósság újratermelődése és az évenkénti konszolidáció elkerülését, a fenntartható működés elérését.
- c) A tényleges vészhelyzeti esetekhez kapcsolódó ellátás folyamatos fenntartásának, finanszírozásának szükségessége vitathatatlan.
- d) Az Alaptörvény gazdálkodási alapelveinek érvényesítése szükséges a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatóknál és a finanszírozási rendszer egészét tekintve is.

MELLÉKLETEK

1. melléklet: Fogalomtárⁱⁱ

Egészségügyi alapellátás	Az alapellátás az általános megfogalmazás szerint az a lakosság-közeli ellátási forma, amely az általánosan igénybe vett "alap" (nem szak) ellátásokat biztosítja. Az alapellátás hosszú távú, folyamatos, személyes kapcsolaton alapuló, a lakosság által nemre, korra és a betegség természetére tekintet nélkül, a lakos által közvetlenül, a lakóhely-közelben (lehetőleg lakóhelyén), egyenlő eséllyel igénybe vehető, behatárolt szakmai kompetenciájú gyógyító ellátások, és egyes egészségügyi szakszemélyzet által nyújtott prevenció, rehabilitációs és gondozó jellegű ellátások összessége.
Egészségügyi szakellátás	A szakellátás egyes – jellemzően egy szervrendszerhez vagy betegségcsoporthoz kötött – betegségcsoport ellátására specializálódott, specialista (szakorvos) által nyújtott, magas erőforrás-igényű egészségügyi ellátás, melyben a kezelőorvos általában megszabott igénylési rend alapján (többnyire az alapellátás kezdeményezésére) átmeneti ideig, a konkrét probléma (epizód) megoldása érdekében végzett, diagnosztikus és/vagy terápiás tevékenységet nyújt.
Egészségügyi Világszervezet	Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) az ENSZ egészségügyért felelős irányító és koordináló szakosított szerve.
Egynapos sebészet	Az egynapos sebészeti ellátás olyan speciális, a kórházi kezelést kiváltó ellátás, amely speciális – a kórházi körülményekhez hasonló – feltételeknek megfelelő intézményben 24 óránál rövidebb ellátási időt igényel. Az egynapos sebészet nem keverendő össze az ambuláns sebészettel.
Fejkvóta	Az a finanszírozási vagy elosztási rendszer, melyben az elosztás/forrást juttatás alapja az ellátott, vagy ellátandó betegek száma.
Fekvőbeteg-ellátás	A betegnek fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. A finanszírozás módja szerint (illetve ennek megfelelően az ellátás célja, jellege szerint) lehet aktív és krónikus fekvőbeteg-ellátás.
Fix díj	Jogszabályban meghatározott összegű havi díjazás, a szolgáltatás bizonyos részének ellentételezésére.
Fix költség (állandó költség)	A kórházak esetében fix költség például a bér, az őrzés-védés díja, és fix költség a villanyszámla nagyobbik része is, amit például világításra költenek.
Változó költség	A kórházak esetében változó költség például a felhasznált gyógyszerek, anyagok, eszközök ára, az egészségügyi szolgáltatás érdekében vásárolt szolgáltatások díja (pl.: külső diagnosztikai szolgáltatások) és a villanyszámla

ⁱⁱ <https://fogalomtar.aeek.hu/index.php>; 2019.01.09.10:20

azon része, ami a gyógyítási tevékenységhez kapcsolódik (pl.: a röntgengép áramfelvétele).

Homogén beteg-
ségcsoport
(HBCS)

A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában használt betegosztályozási rendszer. Azokat az aktív kórházi ellátási eseteket sorolja egy finanszírozási csoportba, amelyek nagyságrendileg azonos teljesítményértékkel rendelkeznek, azaz közel azonos a szakmai-technikai ráfordítás igénye, és a csoportba sorolás orvosi szempontból is elfogadható. A besorolást elsődlegesen az ellátást indokló betegségek, a besoroláshoz kiemelt orvosi beavatkozások határozzák meg.

HBCS súlysám

Egy HBCS súlysáma az adott betegcsoport költségigényének és az átlagos költségigénynek a hányadosa. Magyarországon ez a díj az ellátás teljes (átlagos) költségét fedezi a tőkeköltségek (amortizáció, beruházás) kivételével.

Járóbeteg-szakel-
látás

Olyan szakellátás, amely kizárólag járóbetegek részére (azaz a beteget csak az ellátási idejéig hospitalizálón) nyújtja az ellátást.

Az Eütv. alapján az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmyszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás.

Kapuőr érdekelt-
ségi rendszer

A házi orvos, mint kapuőr a betegek első találkozási pontja az egészségügyi rendszerrel, a beteg – néhány szakellátás jelentette kivételtől eltekintve - csak házi orvosi beutalóval mehet tovább az egészségügy egyéb területeire.

A – már a Semmelweis Tervben is megfogalmazott célkitűzés - definitív ellátások minél alacsonyabb progresszivitási szinten történő megvalósulása, az „Egészséges Magyarország 2014-2020” ágazati stratégiában is deklarálásra került. A megerősített házi orvosi kapuőri funkció, a szélesebb körű alapellátási kompetenciák, a preventív fókuszú ellátás és az egyéb egészségügyi és szociális ágazatok szereplőivel való kooperáció, ösztönző finanszírozással az érdekeltség megteremtése elősegíthetik a magasabb szintű egészségügyi ellátások tehermentesítését, és a költségek csökkentését.

Forrás: Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója EMMI Egészségügyért felelős Államtitkárság, 1886/2016. (XII. 28.) Korm. határozat

Praxis

Az egészségügyi szolgáltató azon szervezeti formája, ahol

- az ellátó és a szolgáltató azonos,
- a praxis működtetője/tulajdonosa személyes közreműködőként részt vesz az ellátás nyújtásában,
- a praxis esetében – ellentétben más szervezeti formával (pl. intézmény) – szervezetében és személyi körében nem különül el a működtető, a management és az ellátói kör.

A praxis, mint önálló szervezeti forma az alapellátásban jellemző, de a járóbeteg-szakellátás területén is értelmezhető működési mód.

Prevenció	Magyarul " <i>megelőzés</i> ". Azon orvosi és nem orvosi egészségügyi eljárások, életviteli módok, valamint motivátorok, amelyek célja a betegségek megelőzése, korai felismerése, a szövődmények kialakulásának megelőzése.
Progresszivitási szintek	A betegségek gyakorisági eloszlásából fakadó ellátórendszeri sajátosság, miszerint a gyakoribb - és többnyire egyszerűbb - eseteket az ellátórendszer alacsonyabb szinten szervezett (a beteg lakóhelyéhez közeli) egységekben látják el. A ritkább és többnyire bonyolultabb eseteket viszont központosított (területi, megyei, regionális, országos) intézményekbe irányítják. Magyarországon a legalsó szintet az alapellátás, a legfelsőbb szintet az országos intézetek és egyetemi klinikák jelentik.
Teljesítményarányos díjazás („kártyapénz”) ⁱⁱⁱ	A bejelentkezett biztosítottak számától, korától, a házi orvos képzésétől, valamint a házi orvosi szolgálatra jellemző szerződéses adatoktól függő „ <i>fejkvóta alapú</i> ” díjazás.
Teljesítményvolumen korlát	Teljesítményvolumen korlát. Magyarországon a finanszírozás tarthatósága érdekében került bevezetésre 2004-ben. A járóbeteg-szakellátásra és az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan szolgáltatónként, éves szinten, havi bontásban meghatározott elszámolható teljesítmény mennyiség. A finanszírozást az OEP az ellátóknak kizárólag a volumenkorlát keretein belül nyújtja.

ⁱⁱⁱ neak.gov.hu/data/cms1003074/GYIK_HSZ_201708.pdf; 2019.01.09. 11:09

2. melléklet: Jogszabályjegyzék

Törvények

Alaptörvény	Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)
1997. évi CLIV. törvény	Az egészségügyről
1997. évi LXXX. törvény	A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről
1997. évi LXXXIII. törvény	A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
2000. évi II. törvény	Az önálló orvosi tevékenységről
2006. évi CXXXII. törvény	Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
2006. évi XCVIII. törvény	A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól
2007. évi CXXVII. törvény	Az általános forgalmi adóról
2011. évi CXCV. törvény	Az államháztartásról
2011. évi CXXXIII. törvény	Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetésének végrehajtásáról
2011. évi LXVI. törvény	Az Állami Számvevőszékről
2012. évi CLV. törvény	Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről szóló 2010. évi CLXIX. törvény végrehajtásáról
2013. évi CXCI. törvény	Magyarország 2012. évi központi költségvetéséről szóló 2011. évi CLXXXVIII. törvény végrehajtásáról
2014. évi LXII. törvény	Magyarország 2013. évi központi költségvetéséről szóló 2012. évi CCIV. törvény végrehajtásáról
2015. évi CLXXII. törvény	Magyarország 2014. évi központi költségvetéséről szóló 2013. évi CCXXX. törvény végrehajtásáról
2015. évi CXXXIII. törvény	Az egészségügyi alapellátásról
2016. évi CXXII. törvény	Magyarország 2015. évi központi költségvetéséről szóló 2014. évi C. törvény végrehajtásáról
2017. évi C. törvény	Magyarország 2018. évi központi költségvetéséről
2017. évi CLXX. törvény	Magyarország 2016. évi központi költségvetéséről szóló 2015. évi C. törvény végrehajtásáról
2018. évi L. törvény	Magyarország 2019. évi központi költségvetéséről
2018. évi LII. törvény	A szociális hozzájárulási adóról
2018. évi LXXXIV. törvény	Magyarország 2017. évi központi költségvetéséről szóló 2016. évi XC. törvény végrehajtásáról

Kormányrendeletek

217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet	A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról
284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet	Térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet	Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet	A várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól
364/2010. (XII. 30.) Korm. rendelet	Az egészségügyi szolgáltatók gyógyszerrendelésének és kiszolgáltatásának értékeléséről, valamint a háziorvosi és a gyógyszerári érdekeltségi rendszer kialakításáról
368/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet	Az államháztartásról szóló törvény végrehajtásáról
38/2012. (III. 12.) Korm. rendelet	A kormányzati stratégiai irányításról
4/2013. (I. 11.) Korm. rendelet	Az államháztartás számviteléről
438/2013. (XI. 19.) Korm. rendelet	A finanszírozott egészségügyi szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók adósságának rendezésére fordítható konszolidációs támogatásról
184/2014. (VII. 25.) Korm. rendelet	A finanszírozott egészségügyi szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók adósságának rendezésére fordítható működési támogatásról
290/2014. (XI. 26.) Korm. rendelet	A kedvezményezett járáások besorolásáról
386/2016. (XII. 2) Korm. rendelet	Az egészségbiztosítási szervekről
388/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet	Az egészségügyi szakellátást nyújtó közfinanszírozott szolgáltatók működési támogatásáról
352/2017. (XI. 29.) Korm. rendelet	az egészségügyi szakellátást nyújtó közfinanszírozott szolgáltatók gazdálkodását segítő intézkedésekről
241/2018. (XII. 13.) Korm. rendelet	Az egészségügyi szakellátást nyújtó közfinanszírozott szolgáltatók gazdálkodását segítő intézkedésekről

Miniszeri rendeletek

9/1993. (IV. 2.) NM rendelet	Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
26/1997. (IX. 3.) NM rendelet	Az iskola-egészségügyi ellátásról
48/1997. (XII. 17.) NM rendelet	A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető fogászati ellátásról
51/1997. (XII. 18.) NM rendelet	A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról
6/1998. (III. 11.) NM rendelet	Az egészségügyi ellátásban használt szakmai kódrendszerek és finanszírozási paraméterek karbantartásának jogi szabályozásáról

19/1998. (VI. 3.) NM rendelet	A betegszállításról
4/2000. (II. 25.) EüM rendelet	A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről
16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendelet	Az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről
60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet	Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
5/2006. (II. 7.) EüM. rendelet	A mentésről Az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról
9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet	A gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható homogén betegcsoportok kódolási és besorolási szabályairól
10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet	Az Egészségbiztosítási Alapból a 959A-L, valamint 9511-9515 homogén betegcsoportok szerint finanszírozott daganatellenes terápiákról
11/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet	
Kormány határozatok	
1039/2015. (II. 10.) Korm. határozat	Az „Egészséges Magyarország 2014–2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia elfogadásáról
1534/2016. (X. 13.) Korm. határozat	A „Nemzeti Népegészségügyi Stratégia 2017-2026” kidolgozásához és végrehajtásához szükséges intézkedésekről
Uniós jogszabályok	
282/2014/EU rendelet	AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2014. március 11-i 282/2014/EU RENDELETE az egészségügyre vonatkozó harmadik uniós cselekvési program (2014-2020) létrehozásáról és az 1350/2007/EK határozat hatályon kívül helyezéséről

3. melléklet: Felhasznált irodalom

1. ÁSZ 13012: Jelentés a kórházi ellátás működtetésére fordított pénzeszközök felhasználásának ellenőrzéséről, ÁSZ, 2013. február, <https://www.asz.hu/jelentesek/osszes-jelentes-2013-ev/13/>, letöltve 2018. november 27.
2. ÁSZ 16002: Jelentés a központi alrendszer egyes intézményei ellenőrzéséről Zala Megyei Kórház, ÁSZ, 2016. február, <https://www.asz.hu/jelentesek/osszes-jelentes-2016-ev-2016-01-15/18/>, letöltve: 2018. november 27.
3. ÁSZ 16003: Jelentés a központi alrendszer egyes intézményei pénzügyi és vagyongazdálkodásának ellenőrzéséről - Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, 2016. február, <https://www.asz.hu/jelentesek/osszes-jelentes-2016-ev-2016-01-15/18/>, letöltve: 2019. január 25.
4. ÁSZ 16004: Jelentés a központ alrendszer egyes intézményei pénzügyi és vagyongazdálkodásának ellenőrzéséről – Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, ÁSZ, 2016. február, <https://www.asz.hu/jelentesek/osszes-jelentes-2016-ev-2016-01-15/17/>, letöltve 2018. november 27.
5. ÁSZ 16005: Jelentés a központi alrendszer egyes intézményei pénzügyi és vagyongazdálkodásának ellenőrzéséről - Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, ÁSZ 2016. február, <https://www.asz.hu/jelentesek/osszes-jelentes-2016-ev-2016-01-15/17/>, letöltve: 2018. november 27.
6. ÁSZ 16049: Jelentés - A központi alrendszer egyes intézményei pénzügyi és vagyongazdálkodásának ellenőrzéséről – Kátai Gábor Kórház, ÁSZ, 2016. május, <https://www.asz.hu/jelentesek/osszes-jelentes-2016-ev-2016-01-15/14/>, letöltve: 2018. november 27.
7. ÁSZ 16127: Jelentés – Utóellenőrzések – A kórházi ellátás működtetésére fordított pénzeszközök felhasználásának ellenőrzéséről szóló jelentés utóellenőrzése, ÁSZ, 2016. augusztus, <https://www.asz.hu/jelentesek/osszes-jelentes-2016-ev-2016-01-15/9/>, letöltve 2018. november 27.
8. ÁSZ 18275: Jelentés – 2017. évi zárszámadás – Magyarország 2017. évi központi költségvetése végrehajtásának ellenőrzése, ÁSZ, 2018. október, <https://www.asz.hu/jelentesek/osszes-jelentes-2018-ev/4/>, letöltve: 2019. január 4.
9. Az Észtt Számvevőszék jelentése az e-egészségügyi programok észtországi előrehaladásáról, 2014. május 10., <https://hirlevel.egov.hu/2014/05/10/az-eszt-szamvevoszek-jelentese-az-egeszsegugyi-programok-esztorszagi-elorehaladasarol/>, leolvasva: 2019. január 7.
10. Bericht - Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten, Der Bundesrechnungshof, 20. August 2018, <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/2018/rettungsdienste/2018-bericht-finanzierung-der-versorgung-mit-rettungsfahrten-und-flugrettungstransporten>, leolvasva: 2019. január 7.

11. Bericht - Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Der Bundesrechnungshof, 1. Juni 2017,
<https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/2017/2017-bericht-medizinischer-dienst-der-krankenversicherung>, leolvasva: 2019. január 7.
12. Dózsa Csaba László: A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre - Magyarországon a 2000-es években - Ph.D. értekezés, BUDAPESTI CORVINUS EGYETEM Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest, 2010., <http://phd.lib.uni-corvinus.hu/550/>, letöltve 2018. november 29.
13. dr. Boncz Imre, Csákvári Tímea, Kovács Sándor, Dr. Zemplényi Antal: Az egészségügyi modernizációs lépések hatása az egészségügy államháztartási finanszírozására, az államháztartási és a magán finanszírozás eddigi és várható alakulása, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet, Pécs, 2018, In: <http://www.parlament.hu/web/koltsegvetesi-tanacs/55>, PTE_ETK_KT.pdf (letöltve: 2019. március 5.)
14. dr. Kincses Gyula: 2015: a változások éve az egészségügyben, OTSZonline 2015. május 4., http://otszonline.hu/egeszsegugyeink/cikk/2015__a_valtozasok_eve_az_egeszsegugyben, letöltve: 2018. november 27.
15. dr. Pulay Gyula: „TÁMOP-4.1.2/A/1-11/1-2011-0015 Egészségügyi Ügyvitelszervező Szakirány: Tartalomfejlesztés és Elektronikus Tananyagfejlesztés a BSc képzés keretében” Bevezetés az egészségügy gazdaságtanába e-Book, <http://semmelweis.hu/dei/files/2013/11/Bevezetes-az-egeszsegugy-gazdasagtanaba.pdf>, letöltve:2018. december 20.
16. dr. Weltner János: Az orvosbárázashoz, http://www.betegszoba.hu/hirek/dr._weltner_janos_az_orvosbarozashoz/, leolvasva: 2018. december 4.
17. EESZT Információs portál: Mi az EESZT? <https://e-egeszsegugy.gov.hu/lakossagiszolgáltatások>, leolvasva: 2018. december 27.
18. Egészséges Magyarország 2014-2020 Egészségügyi Ágazati Stratégia, EMMI 2015. január, http://www.kormany.hu/download/e/a4/30000/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges_Magyarorsz%C3%A1g_e%C3%BC_strat%C3%A9gia_.pdf., letöltve: 2018. december 5.
19. Egészségügyi reform: az MNB javaslatai, Medicalonline 2018. július 11., http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/egeszsegugyi_reform_az_mnb_javaslati; letöltve: 2018. december 1.
20. Financial sustainability of the NHS, National Audit Office, Controller and Auditor General, HC 785 SESSION 2016-17 22 NOVEMBER 2016, <https://www.nao.org.uk/report/financial-sustainability-of-the-nhs/>, leolvasva: 2019. január 7.
21. Kásler Miklós: új gazdálkodási rendszer várható a kórházakban, Delmagyar 2018. december 10., https://www.delmagyar.hu/belfold_hirek/kasler_miklos_uj_gazdalkodasi_rendszer_varhato_a_korhazakban/2582184/; leolvasva: 2019. január 9.
22. KSH 2.4.1. Egészségügyi kiadások alakulása (2003–) tábla, http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001.html, letöltve: 2018. november 29.

23. KSH 7.2.5. Egy főre jutó egészségügyi kiadások (2000–) [vásárlóerő-paritás, USD] tábla, http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int015b.html?down=91, letöltve: 2018.11.29.
24. Különjelentés 23/2018. sz.: Légszennyezés: egészségünk védelme még mindig nem elégséges, ECA, 2018. szeptember 11., <https://www.eca.europa.eu/hu/Pages/DocItem.aspx?did=46723>, leolvasva: 2019. január 7.
25. Különjelentés 28/2016. sz.: A határokon áterjedő súlyos egészségügyi veszélyek kezelése az Unióban: fontos kérdésekben előrelépés történt, de még sok a tennivaló, ECA, 2016. december 8., <https://www.eca.europa.eu/hu/Pages/DocItem.aspx?did=40126>, leolvasva: 2019. január 7.
26. Magyarország: Egészségügyi országprofil 2017 című tanulmány, OECD 2017, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_hu_hungary.pdf, letöltve: 2018. december 10.
27. Medvegy Gábor, Fiktív kezeléseket számolnak el az egészségügyben, mert nem elég az ellátásra adott pénz, 24.hu, 2019. január 7., <https://24.hu/belfold/2019/01/07/taj-egeszsegugy-betegeletut-kezeles/>, letöltve: 2019. január 7.
28. MNB Költségvetési jelentés - Féléves elemzés az államháztartási folyamatokról, MNB 2018. október, <https://www.mnb.hu/a-jegybank/koltsegvetesi-tanacsi-funkcio/koltsegvetesi-jelentes-2>, letöltve 2018. december 28. , [koltsegvetesi-jelentes-2018-2-hun.pdf](https://www.mnb.hu/a-jegybank/koltsegvetesi-tanacsi-funkcio/koltsegvetesi-jelentes-2), 42. oldal
29. MNB: 180 lépés a magyar gazdaság fenntartható felzárkózásáért, Műhelymunka, 2018. július, MNB, <https://www.mnb.hu/letoltes/mnb-180-pontja.pdf>, letöltve: 2018. december 1.
30. MNB: VERSENYKEPESSEGI PROGRAM 330 PONTBAN, 2019, In: <https://www.mnb.hu/kiadvanyok/jelentesek/versenykepessegi-program-330-pontban>, [versenykepessegi-program.pdf](https://www.mnb.hu/kiadvanyok/jelentesek/versenykepessegi-program-330-pontban) (letöltve: 2019. március 4.)
31. NEAK 2017. évi működési és ösztönző támogatás, NEAK honlapja, http://www.neak.gov.hu/data/cms1018359/Mukodesi_osztonzo_tamogatás_2017.pdf, letöltve: 2018. december 27.
32. NEAK 2018. évi működési és ösztönző támogatás, NEAK honlapja, http://www.neak.gov.hu/data/cms1021489/MUKTAM_2018.pdf, letöltve: 2018. december 27.
33. Nem feltétel nélküli a konszolidáció, Medicalonline 2018. december 11., http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/nem_feltetel_nelkuli_a_konszolidacio, leolvasva: 2018. december 18.
34. OECD Health Statistics statisztikai adatgyűjtemény, OECD 2018, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>), leolvasva: 2018. december 7.
35. OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en, letöltve: 2018. december 3.

36. Orosz Éva, Kaló Zoltán, Nagy Balázs: Egészség-gazdaságtan, készült a TAMOP-4.1.2-08/2/A/KMR-2009-0041 pályázati projekt keretében, Tartalomfejlesztés az ELTE TáTK Közgazdaságtudományi Tanszéken az ELTE Közgazdaságtudományi Tanszék, az MTA Közgazdaságtudományi Intézet és a Balassi Kiadó közreműködésével, 2011. július
37. Ósbűn az egészségügyben (Jakubász Tamás interjúja Domokos Lászlóval az ÁSZ elnökével) Magyar Idők 2018. december 21., <https://magyaridok.hu/gazdasag/osbun-az-egeszsegugyben-3789827/>, leolvasva: 2018. december 21.
38. Pénzügyi anarchia uralkodik az egészségügy egyes területein; Jakubász Tamás interjúja Domokos Lászlóval az ÁSZ elnökével; Magyar Idők 2018. augusztus 6., <https://magyaridok.hu/gazdasag/penzugyi-anarchia-uralkodik-az-egeszsegugy-egyes-teruletein-3359749/>, leolvasva: 2018. december 10.
39. Strategic plan 2016-2020 – Health and Food Safety, European Commission, 19 July 2016, https://ec.europa.eu/info/publications/strategic-plan-2016-2020-health-and-food-safety_en, letöltve: 2019. január 9.
40. Századvég: Az egészségügyi modernizáció várható hatása, Századvég Gazdaságkutató Zrt, 2018, In: <http://www.parlament.hu/web/koltsegetesi-tanacs/55>, Egészségügy fejlesztés.pdf (letöltve: 2019. március 5.)
41. Szepesi Anita: Kórházi adósságrendezés: ez így nem működik, Napi.hu 2018. december 19., https://www.napi.hu/magyar_gazdasag/korhazi_adossagrendezes_ez_igy_nem_mukodik.675441.html; leolvasva: 2018. december 27.
42. Szepesi Anita: Pénzt kapott az alapellátás - új praxisközösségek alakulhatnak, Napi.hu, 2017. május 24., https://www.napi.hu/magyar_gazdasag/penzt_kapott_az_alapellatas_uj_praxiskozossegek_alakulhatnak.638759.html, leolvasva: 2018. december 27.
43. Tarcza Orsolya: 25 éves a Magyar Teljesítményarányos Egészségügyi Finanszírozási Rendszer. A finanszírozás múltja, jelene és jövője; Medicalonline 2018. április 12., http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/a_finanszirozas_multja_jelene_es_jovoje, leolvasva: 2019. január 9.
44. The health and social care interface, National Audit Office, Controller and Auditor General, HC 950 SESSION 2017–2019, 4 JULY 2018., <https://www.nao.org.uk/report/the-health-and-social-care-interface/>, leolvasva: 2019. január 7.
45. Törvényjavaslatok és azok indoklása a Magyarország 2015-2017. évi központi költségvetéséről szóló törvények végrehajtásáról (kiemelten a XX. EMMI, LXXII. Egészségbiztosítási Alap fejezetek indoklása), Országgyűlés honlapja, letöltve: 2018. november 29.

4. melléklet: Rövidítések

¹ ÁSZ	Állami számvevőszék
² WHO	World Health Organization - Egészségügyi Világszervezet
³ E. Alap	Egészségbiztosítási Alap
⁴ NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
⁵ OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
⁶ HBCS	Homogén betegségcsoport
⁷ KSH	Központi Statisztikai Hivatal
⁸ OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Gazdasági Együttműködés és Fejlesztés Szervezete)
⁹ GDP	Bruttó hazai termék (Gross Domestic Product)
¹⁰ 2017. évi zárszámadás	2018. évi LXXXIV. törvény Magyarország 2017. évi központi költségvetéséről szóló 2016. évi XC. törvény végrehajtásáról
¹¹ EESZT	Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér
¹² TVK	Teljesítményvolumen korlát
¹³ MNB	Magyar Nemzeti Bank
¹⁴ EMMI	Emberi Erőforrások Minisztériuma
¹⁵ GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

ÁLLAMI SZÁMVEVŐSZÉK

1052 Budapest, Apáczai Csere János utca 10.

Levélcím: 1364 Budapest 4. Pf. 54

Telefon: +36 1 484 9100 Telefax: +36 1 484 9200

www.asz.hu