

## Miért úsznak a kórházak adósságban? A kórházi adósság megnövekedésének okai 2009-2015 között

Kovács László, IFUA Horváth & Partners Kft.

Időről időre a közbeszéd részévé válik, hogy mekkora adóssággal küzdenek a kórházak. Az ágazati szereplők között nincs egyetértés, hogy ez milyen okokra vezethető vissza, kinek milyen szerepe van az adósság magas szintjében. A szerző megpróbál ehhez iránymutatást adni azzal, hogy az objektív okokat 6 + 1 pontba szedve feltárja és számszerűsíti.

Az okok áttekintését követően arra a következtetésre jutunk, hogy az adósság kialakulása mögött olyan tényezők láthatóak, amelyekre jelentős ráhatása nincs a kórházi és klinikai vezetésnek. Több, mint 50 milliárd forint értékben romlott a fekvőbeteg ellátók gazdasági pozíciója az elmúlt 6 évben, s ez nagyrészt megmagyarázza a kórházi hiány jelenlegi szintjét.

*From time to time there is widespread debate on the debt rate in the healthcare sector. The main actors see it in different ways, and this proves to be the most decisive reason behind the question. It is also discussed who should be the key actor to consolidate the debts. The author creates a comprehensive framework to give an objective overview by naming and quantifying 6+1 problems.*

*The analysis shows that the clinical and the hospital management has little influence on the debt ratio. In the past 6 years the debt level of inpatient care institutions rose by more than 50 billion HUF. This fact is the main explanation of the current level of debt in the hospital sector.*

### BEVEZETÉS

Visszatérő téma a közbeszédben, hogy mekkora adóssággal küzdenek a kórházak. Ilyenkor a sajtóban (is) zajló hosszú adok-kapok után az állam konszolidálja (részlegesen) az adósságállományt. A szereplők hátrádólnak, és a problémák időlegesen a homályba vesznek, hogy 6-8 hónappal később újrainduljon minden.

Az ágazati szereplők között viszonylag komoly egyetértés van abban, hogy alulfinanszírozottak a kórházak, ezen belül is konkrétan mely szakmák és mely beavatkozások. Azonban abban már messze nincs egyetértés, hogy ez milyen okokra vezethető vissza, kinek milyen szerepe van az adósság magas szintjében. A szerző megpróbál ehhez iránymutatást adni azzal, hogy az objektív okokat 6 + 1 pontba szedve feltárja és számszerűsíti.

Az okok áttekintését követően arra a következtetésre jutunk, hogy az adósság kialakulása mögött olyan tényezők

láthatóak, amelyekre jelentős ráhatása nincs a kórházi és klinikai vezetésnek. Több, mint 50 milliárd forint értékben romlott a fekvőbeteg ellátók éves gazdasági pozíciója az elmúlt 6 évben, s ez nagyrészt megmagyarázza a kórházi hiány jelenlegi szintjét.

Az elmúlt években alig telt el úgy év, hogy ne lett volna téma az egészségügyi szakmai és beszállítói körökben, illetve a sajtóban a kórházi adósság növekedése. Amikor már az adósság meghaladja a résztvevők által elfogadott és részben beárazott mértéket, akkor pörög fel a nyilvánosság, s indul meg a szelíd nyomásgyakorlás az államra, hogy fenntartható legyen a működés.

Az állam természetesen nem szereti azokat a többletkiadásokat, amelyek kifizetik a költségvetést, s – az adófizetőkkel szövetségben – az az érdeke, hogy a legmondosabban költsék el a kórházak a szolgáltatásaikért kapott bevételeiket. Minden konszolidáció idején megfogalmaz az állam valamilyen kérést, feltételt, hogy akkor a jövőben csökken az adósság, konszolidációs programot hajtanak végre, a fenntartó jelentősen javítja a kontrollt és a hatékonyságot stb.

Ez az a pont, ahol látható, hogy nincs konszenzus a rendszerben arról, hogy miért is növekszik a hiány. Az állam értelemszerűen azt várja el, hogy jobban gazdálkodjanak az egészségügyi ellátók. Fiskális oldalról nézve hihető az a tézis, hogy bármikor is emelték a finanszírozást, az sohasem volt elég az egyensúlyi gazdálkodáshoz. Persze a kincstár őrei is ismerik azokat a publikációkat, amelyekben számos neves közgazdász, orvos-közgazdász levezette, hogy az egészségügyben komoly költségrobbanás zajlott le az elmúlt évtizedekben, aminek kézzelfogható eredménye a várható élettartam jelentős növekedése. Természetesen nem csak az egészségipar húzza a költségek növekedését, hanem az ágazat innovációs igénye, illetve a lakossági elvárások is. A mai nyitott világban érthető módon mindenki elvárja a gyógyulást, az élenjáró, leghatékonyabb terápiákhoz és beavatkozásokhoz való hozzáférést. Ugyanez igaz többségében az orvostársadalomra, hiszen a legtöbb orvos számára a gyógyítás hivatás, azaz minél több betegnél akarnak „egészségnyereséget” elérni.

A következőkben igyekszem ebben a koordináta rendszerben, 6 + 1 pontban feltárni annak okait, hogy miért beszélhetünk alulfinanszírozottságról, az adósság növekedéséről a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatóknál. Kinek van igaza az állam kontra kórházak vitában?

A publikációhoz csak nyilvánosan elérhető forrásokat használtam fel, illetve azokat a háttérismereteket rendszereztem, amelyek tanácsadói munkám során eljutottak hozzám. A számítások becsléseket tartalmaznak. A bázis idő-

szak, ahonnan a kórházi gazdálkodást vizsgálom, 2009. január 1. Ez idő tájt a fellelhető nyilvános adatok alapján 15 milliárd forint volt a kórházi adósság éves növekedése.

### 1. PONT: INFLÁCIÓ

Az infláció 2009 és 2015 között csökkenő trendet mutatott, ami jelentősen mérsékelte a kórházak kitétségét. Ebben az időszakban az MNB által közzétett hivatalos adatok alapján a fogyasztói árindex 21,7%-kal növekedett.

Az infláció hatása nem vetíthető ki a teljes kórházi költség szerkezetre, mivel vannak olyan elemei, amelyek elszakadtak az inflációtól, s nem változtak ennek megfelelően. A legjelentősebb ilyen költségelem a személyi juttatások köre. Az elmúlt években kiadott ágazati bérfejlesztést az egészségügyi dolgozók nem finanszírozásba építve, hanem külön költségvetési jogcímenek kapták meg, így nem értelmezhető az inflációs hatás. Ha a releváns, az inflációnak kitett költségelemeket vizsgáljuk, akkor ezek körébe tartoznak többek között a szakmai anyagok, gyógyszerek, szakmai szolgáltatások, épületüzemeltetési és gépjármű üzemeltetési szolgáltatások, telekommunikáció stb. Ezekben a területeken hozzávetőlegesen bruttó 90-100 milliárd Ft a közfinanszírozott ellátók költése, ami 20-22 milliárd forinttal növelte meg a hiányt.

### 2. PONT: ÁRFOLYAMVÁLTOZÁS

2010-től változott a kormányzati és jegybanki monetáris politika, aminek eredményeképpen az euró éves átlagos árfolyama 280 forintra 310 forintra nőtt az MNB által közzétett forint/euró napi deviza középárfolyam alapján. A kórházak szakmai beszerzései jelentős importtartalommal bírnak, ami megjelent a beszerzési árakban. Ilyen termékcsoport a gyógyszer, egyszer használatos anyagok, műtéti anyagok, vegyszerek, ellátáshoz felhasznált kis értékű tárgyi eszközök, implantátumok (pl.: szemlencse). Természetesen ezek az anyagok a közreműködő egészségügyi szolgáltatók oldalán is megjelentek, amit a szolgáltatók előbb vagy utóbb, de beárastak. A kalkulációba nem vettem bele az esetfinanszírozott eszközök és gyógyszerek költségeit, mivel azt finanszírozza, illetve téríti a finanszírozó, valamint a nagy értékű beruházási javakat sem, mivel ezek nagyjából nem működésből finanszírozták a szolgáltatók. Ha számításba vesszük ezeken a területeken felmerült költségeket, akkor az import tartalom szintje a beszerzésekben 50-70 milliárd forint között lehet, ami a 10,7%-os árfolyamszint növekedés mellett az éves adósság szintjét 5,4-7,5 milliárd forinttal növelte meg.

### 3. PONT: ÁFA VÁLTOZÁS

2009 év elején még 20% volt az ÁFA legfelső kulcsa. Azóta már 27%. 2009. július 1-től emelkedett az ÁFA legfelső kulcsa 25%-ra és 2012. január 1-től 27%-ra. Ezzel együtt 2009-ben bevezették a 18%-os kedvezményes ÁFA kulcsot

is. Az 5%-os kedvezményes kulcsba tartoznak továbbra is a gyógyszerek, az orvosi gázok, a sertéshús, a 18%-os kulcsba pedig az élelmiszerek egy része és a távhőszolgáltatás. Az egészségügyi szolgáltatások maradtak tárgyi adómentesek. Mivel a kórházak nem tudják visszaigényelni az ÁFA-tartalmat, ezért ez számukra kiadás, s az ÁFA kulcsok átrendeződése növelte ezen kiadásokat, illetve a működési költségeket. Az ÁFA növekedés kimutatható – a fenti kivételektől eltekintve – a dologi típusú költségeknél is. A legfelső ÁFA kulcs növekedésének hatása 5,83% és az érintett költségek köre a közfinanszírozott ellátásokban 120-140 milliárd forint-ra becsülhető. Az ÁFA növekedés a kórházak gazdálkodásában 7-8 milliárd forinttal növelte meg a ráfordításokat.

### 4. PONT: A MINIMÁLBÉR EMELKEDÉSE

A minimálbér változásának nagyon kitett az ágazat, sajnálatos módon. Az ágazat egyik „keresztje”, hogy alacsonyok a bérek, s ez kifejezetten igaz a nem egészségügyi dolgozókra. A fizikai, segédmunkát végzők jelentős részt minimálbéren foglalkoztatottak, illetve az ápolási osztályokon is a segédápolók bére is a minimálbér szintjén mozog, arra épülnek rá a pótlékok. 2009-ben 71.500 Ft volt a minimálbér, ami 2016-ban már 111 000 forint, lásd évenkénti összehasonlításban az 1. táblázatban.

Év	Minimálbér összege (Ft)	Százalékos változás (naptári év/előző év)	Százalékos változás (naptári év/2009)
2009	71 500	103,6%	-
2010	73 500	102,8%	102,8%
2011	78 000	106,1%	109,1%
2012	93 000	119,2%	130,1%
2013	98 000	105,4%	137,1%
2014	101 500	103,6%	142,0%
2015	105 000	103,4%	146,9%
2016	111 000	105,7%	155,2%

1. táblázat  
A minimálbér összegének változása (2009 – 2016 között)

2016-ban egy minimálbéren foglalkoztatott dolgozó esetében járulékokkal együtt éves szinten 585.684 forinttal nőtt a kifizetés, amit a kórházaknak kell kigazdálkodniuk. Természetesen a minimálbér növekedése egyben a pótlékok emelkedését is jelentette, és a közalkalmazotti bértábla összecsúszásához is vezetett, ami az intézményekben bérfe-szültségekhez és elvándorláshoz is vezetett.

Pontos adatokkal nem rendelkezem arról, hogy mekkora a minimálbéren foglalkoztatottak aránya. A krónikus ellátásban magasabb, mint a progresszív ellátásban. A létszám függ a takarítás, ételmezés, őrzés-védelem, gondnoki tevékenységek kiszervezésétől, azonban a kiszervezett szolgáltatások esetében is várható a minimálbér-növekedés beépülése a díjakba. Kórházvezetőkkel beszélve a minimálbér-emelés összességében 16-20 ezer dolgozót érinthet intézményen belül és szolgáltatói oldalon. Becslésem szerint a minimálbér emelkedése a kórházak hiányát 10-12 milliárd forinttal növelte meg.

## 5. PONT: KINCSTÁRI TRANZAKCIÓS ILLETÉK

A számlavezetés pénzügyi terhei, illetve a formája is jelentősen megváltozott 2009-hez képest. Ezek a változások két pontban foglalhatóak össze:

- 2013. január 1-től bevezette az állam a Magyar Államkincstárnál vezetett számlák esetében a tranzakciós illetéket.
- A kórházak állami fenntartásba vétele, illetve az állami, egészségügyben működő gazdasági társaságok átalakítása költségvetési intézményekké, áttérte a számlavezést a kereskedelmi bankoktól a Magyar Államkincstárhoz.

A tranzakciós illeték bevezetése magával hozta, hogy a kórházaknak is kell illetéket fizetniük a pénzügyi terheléseik után. A pénzügyi tranzakciós illeték alapján hatályos jogszabály szerinti százalékos mértéke: 0,3%, felső értékhatár nélkül függetlenül attól, hogy készpénzfelvételként, vagy más módon valósul meg az illetékköteles tranzakció. Ennek következménye, hogy az intézmények által elindított utalások után éves szinten 0,9 milliárd forint tranzakciós illetéket fizetnek.

Másik hatás, hogy a kereskedelmi bankok esetében volt mód arra, hogy 1-2 hétre is lekössék az OEP bevételeiket a kórházak, s akkor még a betéti kamat mértéke is számottevő volt. Így értelmezhető kamatbevétel keletkezett egy-egy intézményben a bérutalás előtt. Ez 2009-ben meghaladhatta a fél milliárd forintot is.

A harmadik hatás a megnövekedett adósság miatt a szállítók által beárazott faktoring költség, illetve a kiszámlázott késedelmi kamatok növekedése.

Összességében a három tényező együttesen hozzávetőleg 1,5 milliárd forint hiánynövekedést eredményezett.

## 6. PONT: NEM FINANSZÍROZOTT ELLÁTÁSI TELJESÍTMÉNY

A Teljesítmény Volumen Korlát (TVK) bevezetése óta nem finanszírozott teljesítmény is van a közfinanszírozott ellátásokban.

Az aktív fekvőbeteg-ellátásban nem változott a jelentett teljesítmény számottevő mértékben, a 2009-es bázishoz képest. 2014-ben 1.1%-kal volt alacsonyabb a lejelentett súlyszám-érték. Miközben voltak változások – TVK mentes ellátások köre, TVK emelés és átcsoportosítás – kijelenthető, hogy nem romlott az aktív fekvőbeteg-ellátásban az ellátók pozíciója.

A krónikus ellátásban a 2014-es teljesítményszint már komolyabb mértékben növekedett. Itt 3,9%-kal magasabb a súlyozott krónikus napok száma egy ágyra vetítve. Ez részben köszönhető az egyes krónikus és rehabilitációs fejlesztéseknek. Itt is pozitív az ellátók egyenlege a növekvő teljesítménynek köszönhetően.

Az elmúlt években a járóbeteg-ellátásban a diagnosztikai többlet kapacitásokra kaptak a szolgáltatók TVK emelést, miközben a jelentős TVK túllépés ellenére minimális

TVK korrekciók zajlottak le az egyes ellátók vonatkozásában. Ennek hatására éves szinten a nem finanszírozott teljesítmény értéke 1,5 Ft/pont érték mellett elérte a 6-8 milliárd forintot, figyelembe véve a laborkasszát is. Önmagában a laborvizsgálatok vesztesége miatt több milliárdos lyuk keletkezik a szolgáltatók költségvetésében.

Összességében a nem finanszírozott teljesítmény a járóbeteg-ellátásban számottevő, 5-6 milliárd forint hiány jelentkezik csak a kórházi ellátók oldalán. A fekvőbeteg-ellátásban a finanszírozás kedvezőbb helyzetbe hozta az ellátókat, a krónikus ellátás esetében kifejezetten, de itt a teljesítményhez rendelt bevételekkel együtt a költségek is növekedtek a többletkapacitásoknak megfelelően.

## +1 pont: NEM SZÁMSZERŰSÍTETT KÖLTSÉGEK

Vannak olyan tényezők, amelyek hatása a gazdálkodásra nem kiszámítható rendelkezésre álló a publikus információk alapján. Ezek a következők:

- Kórházi szolgáltatások minőségének fejlesztése. Ennek egyik leglátványosabb formája az egykapus sürgősségi központ fejlesztése, vagy az egy- és kétágyas kórtermek kialakítása. A sürgősségi ellátás drágább működési forma a tapasztalatok alapján, aminek a finanszírozása jelentős mértékben elmarad a valós költségektől. A sürgősségi osztályok elindítása jelentősen nem csökkentette az osztályos ellátás költségeit, így a sürgősségből eredő veszteség fennmaradt. Több milliárdos a fejlesztésekből keletkezett hiány mértéke az ágazat szintjén. A kisebb kórtermek kialakítása, egy ellátási profil kiszélesítése és több ellátóhoz helyezése szintén növeli ágazati szinten a költségeket, miközben a beteg minőséget észlel, kevesebbet utazik stb.
- Korszerű technológiák, gyógyszerek és eljárások bevezetése. Minden szakma törekszik arra, hogy lépést tartson a fejlődéssel, ami sok esetben gyorsabb és hatékonyabb gyógyulást eredményez, de összességében magasabb költségszinten. Az OECD kimutatásokból látható, hogy a költségrobbanás tovább tart, a közfinanszírozás, az egészségbiztosítás kifizetései növekednek világszerte, az egészségipar válik az egyik legdinamikusabban növekvő termelési és szolgáltatási ágá. Ez alól nem vonható ki a hazai közfinanszírozott ellátás sem. Számos ellátó kapott korszerű diagnosztikát, vezetett be új műtéti és terápiás eljárásokat, amelyek részben hozzájárulnak a működési költségeik növekedéséhez.
- Infrastruktúra megújítása. Az átadott kórházfejlesztések jelentős, 500 milliárd forint értékű ingatlan és eszközvagyon üzemeltetésével terhelik meg a kórházak működését. Ezek magasabb szolgáltatási szintet és műszaki tartalmat jelentenek, emiatt az üzemeltetési költségek is jelentősen meghaladják a kiváltott ingatlanok és berendezések üzemeltetési költségét. A megtakarítást sok esetben túlszárnyalja a kiadások növekedése, s 2015-ben a költözés és használatba vétel további eseti költséggel járt.
- Folytatódó humán erőforrás krízis. A humán elvándorlás

nem állt meg, a hazai – külföldi bérek közötti különbség továbbra is fennáll a végrehajtott ágazati bérfejlesztések mellett is. Az orvos- és ápoló elvándorlás, valamint az előregedő szakmák következménye, hogy a működőképesség fenntartásához a kórházi vezetők egymást licitálják felül a dolgozóknak kínált jövedelemcsomagokkal. Manapság kialakult egy jövedelemspirál a kritikus szakmákban, illetve jelentősen növekedtek az ügyeleti és készenléti díjak is.

- Szabályozói terhek növekedése: A szabályozó és fenntartó is igyekszik központilag javítani a megbízhatóságon, minőségen és gazdálkodási folyamatokon, ami nem minden esetben kigazdálkodható. Ilyen intézkedések voltak: betegazonosító karszalag bevezetése, minőségirányítási rendszerek kialakítása, adatszolgáltatások kiépítése stb.

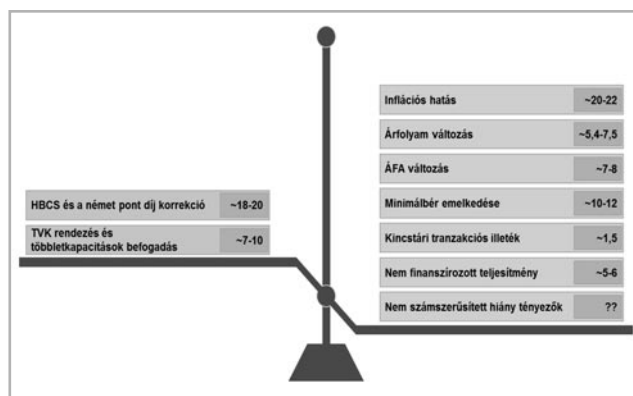
## BEVÉTELEK

A költségek mellett nőtt a finanszírozás is 25-30 milliárd forinttal. Ennek több összetevője volt:

- Finanszírozási díjak 2,7%-os emelkedése. A német pont és a HBCS díjak 2011-ben emelkedtek a jelenlegi szintre.
- Finanszírozási szabályok változása. A TVK-mentes szakmák köre bővült, az elszámolási szabályok átalakultak (többek között kiigazították a visszaélésre okot adó rendelkezéseket), illetve karbantartották és módosították a szakmák elszámolási szabályait.
- Fenntartói szinten a TVK kihasználtság növelése. Az állami fenntartó a saját intézményei vonatkozásában javította átcsoportosításokkal a TVK kihasználtságot, ami elősegítette az érintett ellátók TVK alatti teljesítményeinek az elszámolását az OEP felé.
- Speciális finanszírozású eszközök és gyógyszerek szabályainak változtatása.
- A munkavállalói járulékok csökkentése segítette az ellátókat, mivel meghatározott célcsoportok munka világába

való visszatérését támogatva alacsonyabb a terhet rótt a munkáltatókra. Ilyen célcsoportok a GYES-ről, GYED-ről visszatérők, 55 év felettek.

## A KÓRHÁZI ADÓSSÁGRA HATÓ TÉNYEZŐK SZEMBEÁLLÍTÁSA



1. ábra  
A kórházi adósságra ható tényezők összesítve.

Ha a fentiekben felsorolt hatásokat összeadjuk, akkor az 1. ábrán látható egyenleghez jutunk. Megállapítható, hogy összességében 49-57 milliárd forintra becsülhető a fenti hat pontban megfogalmazott környezeti és szabályozói változások hatása, amit messze nem ellensúlyozott a 25-30 milliárd forint bevételi többlet. E mellett látható, hogy további súlyos milliárdokkal nőtt az ellátók kitétsége, amihez nincsenek olyan megalapozott információk a birtokunkban, hogy ezt meg tudjuk becsülni. Így kimondható, hogy a jelenlegi 40 milliárd forintos éves hiányszint növekedése mögött nem a kórházi vezetők elmúlt időszakban nyújtott teljesítménye áll.

A fenti állítás nem jelenti azt, hogy minden szép és minden tökéletes. Finanszírozói és ellátói oldalon is szükséges a beavatkozás, hogy a hiány felszámolása és a feszes gazdálkodás megteremtése belátható időn belül ne cél, hanem valóság legyen.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [http://nav.gov.hu/nav/szolgáltatások/adokulcsok\\_jarulekmertekek/afakulcs\\_adomen/Afakulcsok\\_es\\_a\\_tevek\\_20141222.html](http://nav.gov.hu/nav/szolgáltatások/adokulcsok_jarulekmertekek/afakulcs_adomen/Afakulcsok_es_a_tevek_20141222.html)
- <http://www.hrportal.hu/c/a-minimalber-alakulasa-2000-2015-20150312.html>
- [http://www.hrportal.hu/index.phtml?page=berkalkulator\\_2009\\_szeptember&edt\\_brutto=71500&edt\\_gyerekek=0&edt\\_egyedulnevel=0&btn\\_submit=+Kisz%E1moI+%3E%3E+](http://www.hrportal.hu/index.phtml?page=berkalkulator_2009_szeptember&edt_brutto=71500&edt_gyerekek=0&edt_egyedulnevel=0&btn_submit=+Kisz%E1moI+%3E%3E+)
- <http://demo.mtieco.hu/Pages/hist.aspx?sub=1&CategoryId=19&menuid=f86de2d3-4f83-4952-852e-14a09776a2f2>
- [http://www.oep.hu/felso\\_menu/szakmai\\_oldalok/publikus\\_forgalmi\\_adatok/gyogyito\\_megelozo\\_forgalmi\\_adat/](http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/)

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Kovács László** 2000-ben végzett a Corvinus Egyetemen. Végzés óta az IFUA Horváth & Partners munkatársa, előbb tanácsadóként majd 2010 óta az egészségügyért felelős üzletfejlesztőként tevékenykedik. Az elmúlt 5 évben több mint 20, egészségügyi rendszer és intézményi projekt szakmai felügyeletét és irányítását látta el. Dolgozott a GyEMSZI-nek és az ÁEEK-nak, a Szegedi Tudományegyetemen és a Kenézy Kórházban.