

Adósságokok – adósságkezelés a magyar egészségügyben: egy új megközelítés és eszköz az egészségpolitika szolgálatában

Arrears and Debt Management in the Hungarian Healthcare System: Innovative Approaches and Policy Instruments

Ivány Vilmos¹, Kopcsó Dániel¹ ✉

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszerológiai Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

✉ kopcsó.daniel@emk.semmelweis.hu

Bevezetés: A kórházak növekvő és újratermelődő tarozása az egészségügyi rendszer hatékonysági problémáinak kifejezője nemcsak Magyarországon, hanem számos európai országban is. A kormányzati beavatkozások kudarcra rávilágít az adósságokok pontos megértésének és a hatékony kezelési módszerek kidolgozásának fontosságára. A tanulmány célja, hogy egy saját fejlesztésű modellt mutasson be az adósságkezelés tipizálható okainak feltárására, amelyekhez hozzárendelhetők a pénzügyi hatások. Egyes okok esetében, demonstrációs célból, megkíséreljük bemutatni a pénzügyi hatásokat is. Ez a megközelítés lehetőséget kínál az egészségpolitika számára az adósságkezelési programok hatékonyságának javítására.

Módszerek: Kidolgoztuk az adósságképző okok gazdálkodási eredményre gyakorolt hatásának bemutatását és egyes okok számszerűsítését. Az okok tipizálása – a kórházi menedzsment ráhatási lehetőségei alapján – külső és belső tényezőkre bontva történt. Az átlagtól való eltérést, valamint az indirekt standardizálási módszert alkalmazva vizsgáltuk egyfelől az átlagköltség és a finanszírozás eltéréseit szakmai, illetve intézményi szinten, másfelől a kórházak egyéni költségeinek eltérését az átlagköltségektől. Utóbbi tekintetében az üzemméretet és az ahhoz kapcsolódó betegellátási sajátosságokat, valamint a kórházi menedzsmenthatásokat vizsgáltuk.

Eredmények: Bemutatunk egy olyan elemzési modellt, amelyben számszerűsítéssel értelmezhetők az egyes oki tényezők gazdálkodási eredményre – és ezen keresztül az adósságra – gyakorolt pénzügyi hatásai. Megállapítható, hogy a korábbi adósságközpontú megközelítés nem elegendő a kórházi menedzsment teljesítményének megítéléséhez, és az adósságalapú többletforrás-biztosítás nem jelent igazságos megoldást a hiányok kezelésére. A modell láthatóvá teszi az átlagköltség alatt működő kórházakat is, továbbá hozzájárul a menedzsment teljesítményének objektívebb értékeléséhez.

Következtetés: A vizsgált állami kórházak heterogén képet mutatnak, ezért csak a többkomponensű és egyidejű adósságkezelés vezethet eredményre. Az állam feladat körébe tartozó külső okok kiszűrésével pontosabban meghatározható a kórházak saját felelőssége az adósságképződésben. A módszertan elősegítheti a fi-

nanszírozás emelésének hatékony megvalósítását, akár esetszintű ráfordítási adatgyűjtés hiányában is.

Kulcsszavak: kórházi adósság, egészségügyi finanszírozás, költségvetési hiány, kórházmenedzsment, döntéshozó rendszerek, egészségpolitika

Introduction: The growing and recurring arrears of hospitals are a reflection of the efficiency challenges of the healthcare system, not only in Hungary but in many European countries. The failure of government interventions highlights the importance of accurately understanding the causes of debt accumulation and developing effective debt management methods. The study aims to present a self-developed model to categorize the typical causes of debt accumulation and their associated financial impacts. Based on this, it offers health policy makers opportunities to improve the effectiveness of debt management programs.

Methods: A framework was developed to present and quantify the causes of debt accumulation through their impact on operating results. The causes were categorized into external and internal factors based on the degree of influence held by hospital management. Using standardization methods, we examined variances between average costs and financing of hospital services at both the specialty and hospital levels, as well as the deviation of individual hospital costs from average costs. Regarding the latter, economies of scale, the age composition of healthcare workers, and infrastructure operating costs were identified as key influencing factors. Currently, the age composition is not yet an active component of the model.

Results: An analytical model is presented in which the financial impacts of specific causal factors on operating results – and thus on arrears – can be numerically interpreted. It can be concluded that the previous arrears-centred assessment is insufficient for evaluating hospital management performance, and debt-based supplemental funding is an inequitable way to address hospital deficits. The model contributes to the evaluation of management performance and highlights hospitals operating below average costs.

Conclusion: State hospitals show a heterogeneous picture regarding the typical factors determining ope-

rating results; therefore, only multi-component and simultaneous debt management programs can lead to success. By isolating the financial impacts of exogenous factors within the state's jurisdiction, the specific responsibility of hospitals in debt accumulation can be determined. Identifying management's impact contributes to the development of an evidence-based performance evaluation system. Furthermore, determining the actual funding levels of specific specialties can facilitate efficient financing increases, even without case-level cost data collection.

Keywords: hospital arrears, healthcare financing, budget deficit, hospital management, decision support systems, health policy

BEVEZETÉS

A magyar egészségügyben a kórházak egyrészt az elégtelen finanszírozási források, másrészt a működési hatékonyságuk miatt krónikus pénzügyi egyensúlytalanságban szenvednek, ami lejárt szállítói tartozások formájában jelenik meg. Bár az állami, egyházi és az egyetemi kórházak (klinikai központok) között, ha lassan is, de nő az adóssággal nem rendelkezők száma a 2025-ben elkezdődött finanszírozási növekmények hatására, de még így is 100 milliárd forint felett van az egy évben képződő adósság nagysága az ágazat egészében a szerzők saját számításai alapján [1,2].

Az elmúlt 25 év folyamatosan növekvő kórházi eladósodása és utólagos feltétel nélküli konszolidációja számos negatív következménnyel járt, ami hozzájárult a szektor rossz hatékonyságának konzerválásához, a puha költségvetési korlát fenntartásán keresztül [3].

Annak megértése, hogy milyen okok vezetnek a kórházak eladósodásához, és azok hogyan kezelhetők, komplex megközelítést igényel, amelyben egyrészt szükséges tipizálni és kórházanként beazonosítani az okokat, másrészt az okokhoz hozzá kell rendelni a kezelés feladatát és felelősségét, ami nélkül nem lesz eredmény.

A nemzetközi szakirodalomban kevés publikáció foglalkozik a kórházak pénzügyi teljesítményével, azok okaival, valamint a pénzügyi teljesítmény és a különböző betegellátási teljesítmény és minőségi indikátorok kapcsolatának elemzésével [4–9]. Ezen elemzések nem rendezik kvantitatív modellbe a tipizált okokat és azok pénzügyi hatásait, így nem látszik az egyes okok súlya az adósságprobléma kialakulásában, ezért a hatékony intézkedések megalapozását csak korlátozottan segíthetik elő.

Jelen tanulmány hozzá kíván járulni a nemzetközi szakirodalomban felvetett adósságkezelési és -kezelési problémák mélyebb megértéséhez és módszertani kezeléséhez. Célkitűzésünk annak bemutatása, hogy melyek az adósságképződés tipizálható okai, hogyan értékelhető a kórházak gazdálkodási teljesítménye, függetlenül az adósság nagyságától, milyen módszertannal tárható fel a kórházak eladósodása. Ez segítséget nyújthat abban, hogy a feltárt okokhoz

milyen kórházon belüli kezelési eszközök, illetve külső egészségpolitikai intézkedések társíthatók.

Problémadefiníció

A kórházak krónikus eladósodása nemcsak Magyarországon, hanem Európa számos országában jelen van. Az eladósodás kezelése rendszerint utólagos kormányzati támogatással (Magyarországon pénzügyi konszolidációnak nevezett eljárás keretében) történik. Ennek a helyzetnek a legfőbb problémája az, hogy a kórházak rendre adósságot termelnek, az adósság ciklikusan újratermelődik, mert a kormányzatok utólagos intézkedései nem hatékonyak. Ez a hatékonysági probléma nemcsak Magyarországon, hanem számos európai országban is napirendre került [4,10–13]. A probléma okait és következményeit az alábbiakban foglalhatjuk össze, a magyarországi tapasztalatok és a saját megfigyelésünk szerint:

Okok

- Az adósságok komplexek, miközben az adósságképződés tipizált okainak és azok pénzügyi hatásainak megismerése, valamint azok határozott elkülönítése az egyes szereplőknek az ezekre való ráhatása szerint nem történik meg. Ennek eredményeképpen a célzott és hatékony kezelés lehetősége elveszett, és helyette az októl független egydimenziós eszköz, az utólagos kormányzati adósságkiegyenlítés kerül előtérbe.
- Az adósságcsökkentés érdekében hozott kormányzati és intézményi intézkedések esetében nem volt látható, mely okokat és milyen mértékben képesek kezelni, így a számonkérhetőség érvényesítésére sem volt lehetőség.
- Az adósságképződésben szerepet játszó két fél, az állam és az intézmények kölcsönösen a másik térfelén, szűkítő módon azonosították az adósságokat: az állam a kórházak hibájának róta fel a fedezetlen kötelezettségvállalásokat, a rossz gazdálkodási gyakorlatot, míg az intézmények a finanszírozás elégtelenségével magyarázták a hiányt.

Következmények

- Az eddig alkalmazott adósságkezelési gyakorlatok fenn tartották a puha költségvetési korlát intézményét, nemcsak Magyarországon, hanem számos európai országban, ami számos torzulást eredményezett az egészségügyi rendszer működésében [14]. A puha költségvetési korlát a kórházi menedzsment magatartástorzulását, ezen keresztül a költségfekezés és az észszerű gazdálkodás hatékony formáinak háttérbe szorulását eredményezi. Az egész folyamat eredménye, hogy az aktuális szolgáltatások előállítása (a kibocsátás adott volumene és minősége) drágábban történik, valamint indokolatlan ellátások, ellátási útvonalak is a rendszerben maradnak, azaz közgazdaságtani értelemben egyfajta hatékonyságvesztés, más szóval jóléti veszteség keletkezik [15].
- A kórházak beszállítói piaca folyamatos kintlévőségekkel terhelt, aminek hatására véleményünk szerint torzulhat

(megemelkedhet) a kórházi beszerzések átlagos ár-szintje, továbbá az adott ország a vonatkozó európai uniós direktíva megsértésével akár tetemes bírságra is számíthat; Szlovákia esetében az Európai Unió bírósága indított pert a magas lejárt szállítói tartozások miatt [13].

- Értékelésünk szerint végső soron a kórház vált az egészségpolitikai hiányosságokból fakadó anomáliák gyűjtőhelyévé, aminek a hatása a kórház pénzügyi helyzetében, az adósságképződésben jelenik meg.

A kórházi adósság elégtelen kezelési gyakorlatára hívja fel a figyelmet a Világbank egy korábbi tanulmánya a horvát és a lengyel kórházi adóssághelyzet és adósságkezelés elemzése kapcsán. Hangsúlyozza, hogy az okokra és a kontextusra épülő kezelési stratégiát szükséges folytatni, ami elengedhetetlenné teszi az okok diagnosztizálásához a szisztematikus megközelítést [10].

Adósságkezelés és adósságkezelés – nemzetközi kitekintés

A nemzetközi kitekintésben a kórházi adósság (hospital debt) alatt két különálló probléma jelenik meg:

- Közkórházak lejárt szállítói tartozásai (arrears), amelyek a működési hiányból fakadnak, ez jellemző Európa számos országában, azon belül is kiemelten Lengyelországban, Magyarországon, Horvátországban, Szlovákiában a felferült költségektől elmaradó finanszírozás miatt.
- Kórházi adósság címszó alatt gyakran jelenik meg a vevői tartozás, illetve annak nagysága, ami elsődlegesen a páciensek tartozását jelenti a kórházak irányában, ez dominánsan az USA-ban fordul elő, ahol a kórházak kintlévőségei gyakran vezetnek az érintett kórházak működési hiányához a bevételkiesés miatt [16].

Jelen tanulmányban kizárólag a kórházi lejárt tartozások kérdéskörével foglalkozunk. A környező országokban a magyarországihoz hasonló vagy annál még súlyosabb kórházi eladósodásról beszélhetünk a korábbi évek vonatkozásában. A teljesség igénye nélkül néhány ország példájával szemlélítjük a probléma súlyát.

Szlovákiában 2023-ban a közkórházak tartozása elérte a 666 millió eurót, ami nagyságrendileg 240 milliárd Ft-ot tett ki. Ez a kórházi szektor méretét figyelembe véve az akkori magyarországi adósságszintnek a duplája. Ezen belül a legnagyobb adósok az egyetemi kórházak, a pozsonyi egyetemi kórház adóssága elérte a 207 millió eurót. A hitelezők között nem csak a beszállítók, hanem a társadalombiztosítás is megtalálható. A szállítók késedelmes kifizetésének mértéke elérheti a két évet is. Az eladósodás okainak egyértelmű meghatározására nem került sor, egyfelől az alacsony finanszírozást, másfelől a kórházi menedzsment rossz gyakorlatát emelik ki mint lehetséges okokat; amit biztosan állítanak, az az, hogy a kormányzati válaszok az eladósodásra következetesen nem hatékonyak [15].

Lengyelországban 2025 végére a 207 vizsgált megyei kórház közül több mint 127 halmozott fel lejárt tartozásokat,

melynek összege elérte a 850 milliárd Ft-ot (10 milliárd PLN). Itt a központi béremeléseket nem fedező finanszírozást tekintik a legfőbb adósságképző oknak [17]. Az adósság okainak vizsgálatában nem találtak összefüggést a működési forma és a méret, valamint a pénzügyi eredmény között [18].

Horvátországban a kórházak lejárt szállítói tartozása a gyógyszer-nagykereskedőkkel szemben 2025 második felére elérte a 600 millió eurót. A kórházak közül 34 került csődközel helyzetbe, a kórházi adósság havonta 40 millió euróval növekszik, ami meghaladja a magyar szintet, figyelemmel az egészségügyi szektor feleakkora méretére [19].

Európa további országaiban is jelen van a kórházak eladósodásának problémája, így Nagy-Britannia, Németország és Portugália érintett a kérdés kezelésében. Friss adatok, illetve részletes szakirodalom hiányában csak a jelenségre tudjuk felhívni a figyelmet [5].

Összességében elmondható, hogy a töredékes áttekintés alapján is érzékelhető: a környező országokban is jelen van a kórházi eladósodás problémája a magyarországihoz hasonló vagy még nagyobb mértékben. A puha költségvetési korlát politikai okból megóvjá az állami feladatokat ellátó kórházakat a csődeljárásoktól, illetve bezárásoktól, az állam a veszély mértéke szerint biztosít eseti jelleggel többletforrásokat a szállítók legalább részbeni kifizetésére, a probléma megoldásának elodázására [6].

Az adósságkezelés sikerét befolyásoló tényezők Sikerkritériumok a szerzők álláspontja szerint:

- A kórházi adósság éves újratermelődése alacsony legyen, ne haladja meg a kórházi alaptevékenység árbevételenek 2-3%-át, a jelenlegi mintegy 10-15%-kal szemben. A teljes megszüntetés átlagköltségre épülő teljesítményfinanszírozás mellett nem érhető el, mert az egységes díjtételek nem kezelik az indokolt egyedi költségeltéréseket.
- A fennmaradó keletkező adósság döntően ne legyen menedzsmenthiányosságokra visszavezethető. A menedzsmenthatások a jó gyakorlatok elterjesztésével, kórházi indikátorrendszerrel, menedzsmentkapacitást fejlesztő tréningekkel, megfelelő fenntartói ellenőrzésekkel és ösztönzőrendszerek alkalmazásával minimalizálhatók legyenek.
- A minimalizált és kiszámítható adósságképződés következményeként a beszállítók áraiban csökkenés elérése, a korábbi késedelmes kifizetések szállítói finanszírozási költségeinek kivezetésével.

A sikerkritériumok teljesüléséhez az alábbiak kiemelését tartjuk fontosnak:

Politikai szándék

A korábbi évek államháztartási gyakorlata alapján az állapítható meg, hogy az esetenkénti, évi 1-2 kórházi konszolidáció szállítóvezérelt volt, hasonlóan a környező országok gyakorlatához. Többek között szakértői megalapozások révén, a politikai szándék fokozatosan megérlelődött az adósságkezelés új paradigmájának elfogadására és fokozatos

alkalmazására. A belátás eredménye, hogy az utólagos tüneti kezelést jelentő és rossz hatékonyságú konszolidációk kivétele 2025-ben és 2026 elején megkezdődött a finanszírozási díjtételek költségalapú emelésével.

Pénzügyi forrás

Az elmúlt időszak adósság- és konszolidációs kifizetés adatainak elemzése arra enged következtetni, hogy a pénzügyi források – a nem rendszeres társadalombiztosítási és fenntartói kifizetésekkel együtt – alapvetően elégségesek az egészségügy jelenlegi szintjének, illetve kimeneteinek fenntartásához. A pénzügyi hiány mindig ex post, a meglévő ellátási volumen és minőség előállítási költségeivel szembeni hiányzó forrást mutatja.

A betegellátás jelenlegi szintjének emelése, fejlettebb technológiák alkalmazása, a kimeneti mutatók javítása ettől független kérdés, ennek forrásigényét véleményünk szerint nem a konszolidáció keretében szükséges biztosítani, ezért ez a megközelítés nem témája a jelen tanulmánynak. Belátható, hogy mindaddig, amíg a jelenlegi átlagköltségektől elmarad a finanszírozás az egyes szakmáknál eltérő mértékben, addig úgynevezett trade off (átváltási) kapcsolat érvényesül az adósságcsökkentés és az ellátásfejlesztés célkitűzései között, a két célkitűzésnek egyszerre csak a jelenlegi átlagköltséget meghaladó finanszírozás esetén teremthető meg a forrása.

Adekvát módszertan

A hatékony adósságkezelés előfeltétele a probléma komplexitását figyelembe vevő, adekvát módszertan létrehozása, mivel az eddigi módszertanok sajátossága az volt, hogy a heterogén adósságok ellenére homogén és ex post, reaktív kezelési módszereket alkalmazott. A javasolt módszertan definiálja az elkerülhető adósságot a kormányzat és minden egyes kórház szintjén, és megosztja a forrást:

- adósságkezelésre kormányzati intézkedésekkel (kórház ráhatásán kívüli adósság)
- ösztönzésre (adósságelkerülés, illetve jó gazdálkodási eredmény elismerése)

Az adósságkeletkezés egy komplex jelenség, melynek keretében egyrészt szükséges tisztázni, hogy az adósság mely része mögött van egészségpolitikai célkitűzések szempontjából értéktérítés (elsősorban egészségnyereség), és mely része keletkezik hatékonytalan, hozzáadott értéket nem teremtő felhasználásokból (munkaerő, infrastruktúra, szakmai anyag, gyógyszer stb.). Másrészt a „jó” adósság mögé előrehozott és beépülő finanszírozást kell tenni utólagos konszolidáció helyett, a „rossz” adósságot pedig ki kell vezetni az utólagos konszolidációból, és forrásigényét nem szabad beépíteni a normatív finanszírozás emelésbe.

Az adósság keletkezésének okaira és kezelésére vonatkozóan a szakirodalom is elkülöníti a finanszírozási és a kórházműködtetési okokat, bár egészségpolitikai döntéseket megalapozó modellé nem alakítja azokat [5,10,12]. Az adósságkezelés szempontjából félrevezető, ha a kórházak éves

pénzügyi beszámolóit, illetve az adott időpontban mért lejárt szállítói számlák értékéből indulunk ki. Nem lehet a kórházak pénzügyi teljesítményének értékeléséhez kizárólag ezeket a paramétereket használni [4]. Nézőpontunk szerint a szakmailag megalapozott kiindulópont az, ha a vizsgált időszakban (bázisidőszakban) keletkezett adósság összegének meghatározásából indulunk ki az egészségpolitikai intézkedések megalapozásához. Az évközi konszolidációk, vis maior kifizetések elfedik a rendszerben keletkező tényleges hiányt, és akadályozzák a kórházak valós pénzügyi problémáinak proaktív módon történő kezelését, akkor is, ha a figyelmeztető jelek már jelen vannak a rendszerben [12].

MÓDSZERTAN

Adatgyűjtés és alkalmazott adatbázisok

Kutatásunk megvalósítása során a vizsgált jelenségek komplexitására való tekintettel többféle, részben publikusan elérhető, részben pedig nem publikus, intézményi adatbázist alkalmaztunk. A kórházak gazdálkodási eredményeinek és pénzügyi helyzetének vizsgálatához a vizsgált intézmények által az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) felé benyújtott hivatalos kontrolling jelentések szolgáltatták az elsődleges adatbázist [20,21]. A módszertan gyakorlati szemléltetése céljából a 2025. évre vonatkozó adatállományt elemeztük. Tekintettel arra, hogy az adatok használata demonstrációs célból történt, nem volt és a tanulmány terjedelme miatt nem is lehetett cél a felhasznált adatok minőségének vizsgálata.

A modellhez kapcsolódóan egyes paraméterek, így például az egészségügyi dolgozói termelékenység vizsgálatához további adatokat is felhasználtunk, de ezen vizsgálatok bemutatása nem képezi jelen tanulmány célját.

Adattisztítás és a minta előkészítése

A vizsgálat fundamentumát a begyűjtött intézményi kontrolling adatok képezték [20,21]. Az egyes kórházak és kórházi csoportok közötti torzításmentes összehasonlíthatóság biztosítása érdekében az adathalmazon átfogó adattisztítási eljárást hajtottunk végre. Ennek során az adatokat szűrtük, és a további elemzésekbe kizárólag a szorosan vett kórházi alaptevékenységhez (betegellátáshoz) köthető költségeket, bevételeket és teljesítményeket vontuk be. Az egyéb, nem alaptevékenységből származó hatásokat (pl. projekttevékenységet, egyéb bevételeket, fizetős betegellátásokat) elimináltuk a mintából, így biztosítva a homogén vizsgálóteret.

Alkalmazott statisztikai és matematikai eljárások

Az oki összefüggések feltárása és a kutatási hipotézisek tesztelése céljából többféle kvantitatív matematikai-statisztikai eljárást alkalmaztunk. Az elemzések során az indirekt standardizálás, a korrelációelemzés, valamint többszörös lineáris regresszió módszereire támaszkodtunk a kórházgazdálkodási eredményt magyarázó okok hatásainak a vizsgálatában.

Az alkalmazott módszertan korlátai

A korlátok egyrészt a modellben nem szereplő, nem tipikus okok hatásának eliminálásából, másrészt a módszertani lehetőségek korlátaiból, harmadrészt az adatok validitásából adódhatnak. Eltekintettünk az alaptevékenységek bevételein túli bevételek hatásának vizsgálatától, ami a főszabály szerint nem eredményezhet veszteséget, de a kórház adósságpozíciót javíthatja. További, tudatosan vállalt korlát az volt, hogy az okok hatásának vizsgálatakor – a kórház központi költségeire gyakorolt menedzsmenthatást kivéve – az átlaghoz, és nem a kimagasló eredményekhez viszonyítottuk a kórházak teljesítményét, így a referenciaértékekben a gyengébb teljesítmények hatása is megjelenik, ami egy konzervatív vizsgálati megközelítést eredményezett.

EREDMÉNYEK

Ebben a részben a kutatásunk eredményeit három, logikailag egymásra épülő lépésben mutatjuk be, a probléma azonosításától kezdve az okok feltárására megalkotott modell ismertetésén át a gyakorlati validációig.

Elsőként korrelációelemzés segítségével alapozzuk meg a vizsgálatunkat, melyben bemutatjuk, hogy a kórházi adósságnövekmény és az eredményszemléletű kórházi gazdálkodási eredmény: fedezet 3 (FED3 = az alaptevékenység bevétele mínusz az ehhez kapcsolódó kórházi közvetlen és közvetett költségek, valamint a központi költség különbözete) között szoros, statisztikailag is igazolható kapcsolat áll fenn. Ez a lépés rávilágít arra, hogy az intézmények eladósodása mögött valós, üzemgazdasági szinten mérhető okok húzódnak meg.

Mivel a statisztikai párhuzam pusztán ténye nem tárja fel a probléma gyökerét, kutatásunk egyik legfőbb eredményeként bemutatjuk a kórházi gazdálkodásból kiinduló Kórházgazdálkodás Értékelő Vezetői Információs Rendszer (KEVIR) modelljét. A fejezet ezen részében részletesen ismertetjük az általunk kifejlesztett modell felépítését és módszertanát, amely a kontrolling adatokon alapul, és az adósságképződés oki hátterét külső (rendszerszintű) és belső (intézményi) tényezőkre választja szét.

Végezetül a modellünk gyakorlati relevanciáját és helytállóságát egy többszörös lineáris regressziós elemzéssel támasztjuk alá. Ezzel a lépéssel igazoljuk, hogy a KEVIR által azonosított és mérhetővé tett hatások milyen pontossággal képesek leírni a valóságot, és számszerűen mennyire magyarázzák meg a kórházak közötti tényleges adósságkülönbségeket.

A 2025. évi kórházi gazdálkodási eredmény (FED3) és az éves adósságnövekmény kapcsolata

A 2025. évi gazdálkodási eredmény (FED3) és az adósságnövekmény közötti kapcsolat vizsgálatára végzett korrelációanalízis az alábbi eredményeket mutatta:

- Pearson-féle korrelációs együttható: 0,8109 (p-érték: $1,34 \times 10^{-19}$)
- Spearman-féle rangkorrelációs együttható: 0,8155 (p-érték: $5,72 \times 10^{-20}$)

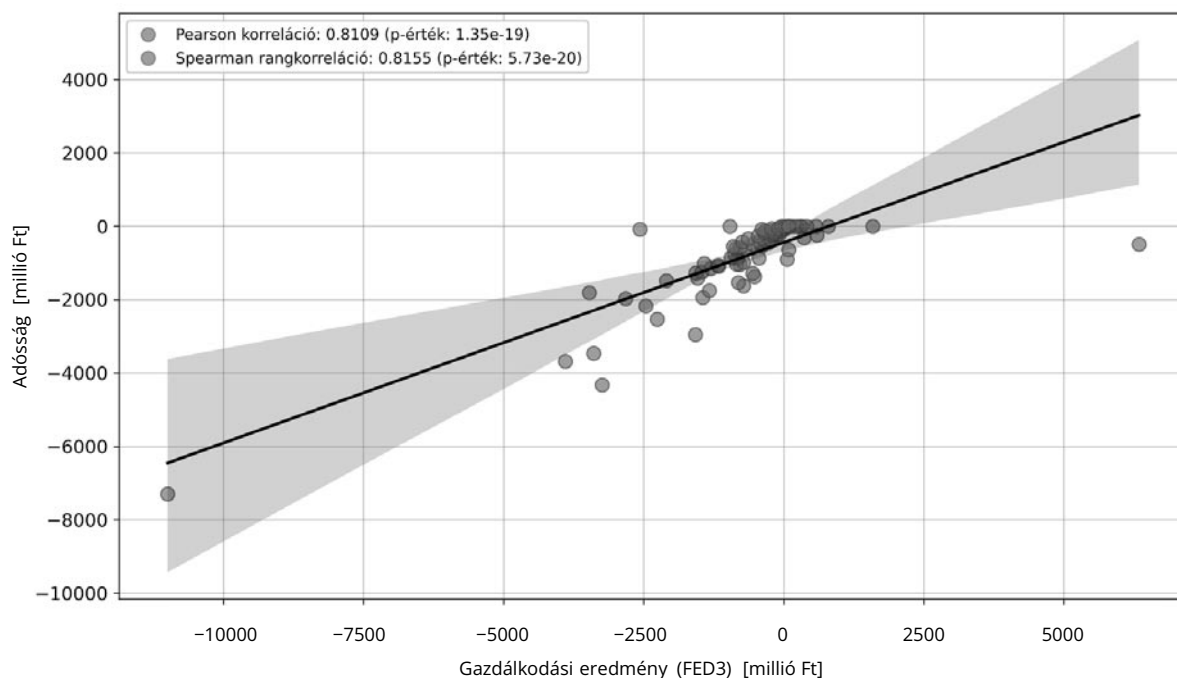
Az eredmények azt mutatják, hogy kifejezetten szoros, statisztikailag szignifikáns kapcsolat áll fenn a gazdálkodási eredmény és az adósság között a vizsgált kórházak esetében, amely kevésbé érzékeny a kiugró értékekre (outlierekre). A kórházi gazdálkodási eredmény (FED3) és az éves adósságnövekmény kapcsolatát vizsgáló korrelációelemzést az 1. ábra szemlélteti. A Pearson-féle korrelációs együtthatóból kiszámított determinációs együttható (R^2) 0,657, azaz kb. 66%-ban egyenesen megmagyarázhatók a kórházak közötti adósságkülönbségek a gazdálkodási eredmény (FED3) különbségeivel. A Pearson korrelációs együttható további vizsgálata arra hívja fel a figyelmet, hogy a kórházak közötti adósságeltérést 34%-ban magyarázzák a gazdálkodási eredménytől független okok, melyek véleményünk szerint az eredményszemléletű elszámolás és a pénzforgalmi szemléletű adósságstatisztika közötti időbeli és módszertani aszimmetriából adódnak. Ezt az eltérést további vizsgálatok során érdemes tisztázni.

A Kórházgazdálkodás Értékelő Vezetői Információs Rendszer (KEVIR) modelljének módszertani felépítése

Az adósságok tipizálása és a modell kidolgozása közel 10 éves múltat tekint vissza, melynek első publikálására 2017-ben került sor [22]. A korábban bemutatott adósságkezelési és gazdálkodásértékelési hiányosságok miatt a döntéshozatal támogatására került kifejlesztésre szerzők által a Kórházgazdálkodás Értékelő Vezetői Információs Rendszer (KEVIR) modellje. Ez a módszertan a kontrolling adatok és szakmai teljesítménymutatók integrálásával teszi lehetővé az adósságképződés oki hátterének matematikaisztiszikai alapú szétválasztását külső (rendszerszintű) és belső (intézményi) tényezőkre. Az alábbiakban ismertetjük a kifejlesztett modell keretrendszerét, főbb elemeit, és röviden bemutatjuk a módszertant.

A megközelítés logikai keretrendszere

A logikai keretrendszer felépítése az adósságkezelési ok-okozati láncát követi addig a legmélyebb szintig, amíg erre a kórházi kontrolling és egyéb adatok lehetőséget kínálnak [20,21]. Az adósság közvetlen oka, hogy a költségvetési rendben gazdálkodó kórházak esetében a kötelezettségek teljesítéséhez nem áll rendelkezésre a szükséges pénzforgás. A pénzforgalmi szemlélet azonban nem tárja elénk az adósság okait, ezért szükséges a kórházi kontrolling adatokra épülő, üzemgazdasági szemléletű gazdálkodási eredmény vizsgálata, mert az adósság alapvető oka a negatív eredmény, amit kisebb mértékben egészítenek ki a pénzforgalmi hatások, valamint az esetleges saját beruházások. A fő kérdés az, hogy milyen okok magyarázzák egy kórház gazdálkodási eredményét a kórházi és az osztályos, illetve szakmaszintű Fedezet 2 (FED2, kórházi osztályok, illetve szakmák fedezeti eredménye, ami a modellben az alaptevékenység árbevételének és az osztályos szinten felmerült költségeknek a különbözete) és a kórházi FED3 értékek alakulását, mert ez vezethet el az adósság okainak megértéséhez is.



1. ábra

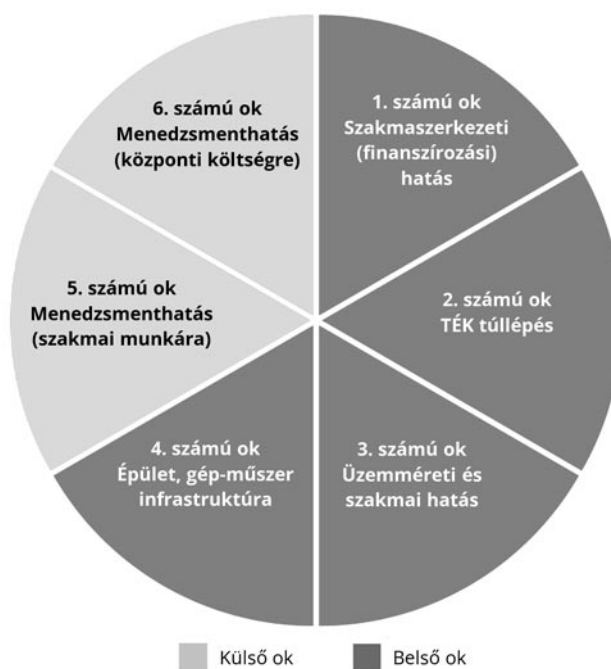
Korrelációelemzés – Kórházi gazdálkodási eredmény (FED3) és az éves adósságnövekmény kapcsolata, 2025 (saját szerkesztés)

A gazdálkodási eredmény tipizált okai

A kórházi adósság alapvetően a negatív gazdálkodási eredmény következménye, melynek oka a szakmai munka eredményére és a központi költséggel való gazdálkodás eredményére választható szét, ennek megfelelően funkció-

nálisan két részre bontható a kórházak gazdálkodási teljesítésének értékelése:

- az osztályokon vagy szakmák szintjén történő gazdálkodás eredményére, ami kórházanként más és más szakmai portfólió- és betegellátási összetétel mellett keletke-



2. ábra

A kórházi adósságkeletkezés tipizált okai (saját szerkesztés)

- zik, és a szakmai munka eredményeként is azonosítható, valamint
- a központi feladatok és szervezetek működésének a gazdálkodási eredményre gyakorolt hatására, ahol a kórházak feladatai jellemzően homogének.

Szakmai munka eredményének oka, az eredményt befolyásoló tényezők

Külső okok

Először azon külső okokra térünk ki, melyek abból fakadnak, hogy a kórházi ellátások finanszírozása eltérhet (jellemzően eltér) az átlagköltségtől.

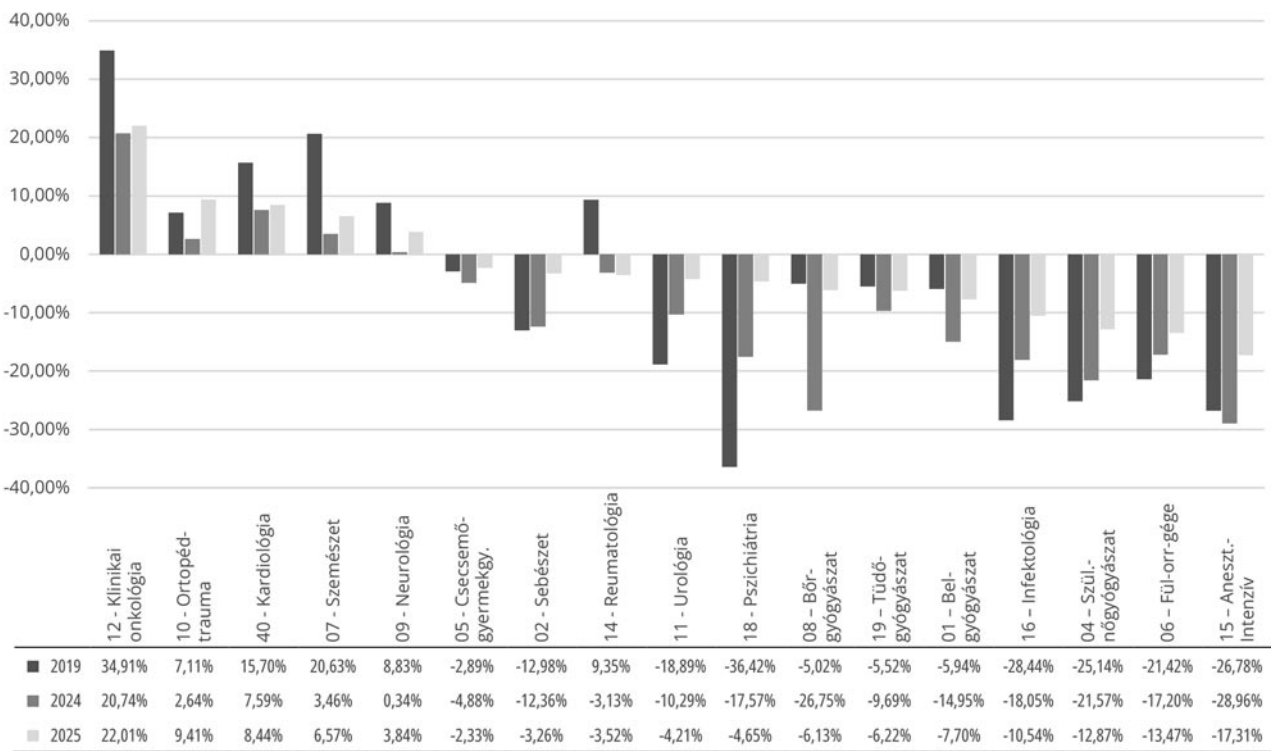
Finanszírozottság/szakmaszerkezet – 1. számú ok a 2. ábrán

A teljesítményfinanszírozott rendszerekben a díjtételek jellemzően eltérnek a kórházak egyéni költségeitől, de az országosan mért átlagköltségtől is, az adott DRG-k, Magyarországon HBCs-k tekintetében. Hasonló a helyzet más közép-európai országokban is, ahol az ellátások alulfinanszírozottságát tekintik az adósságképződés legfontosabb okának [23]. Ezt feltételezve a modell egyik fókuszpontja a finanszírozottság vizsgálata, hogy milyen mértékben hat a finanszírozás a kórházak gazdálkodási eredményére. A finanszírozottság jellemzését a modell nem esetszinten, hanem szakmák vagy osztályok szintjén tudja értelmezni a kontrolling adatok alapján [20,21].

- Az egyes kórházi ellátásokat a következő felbontásban vizsgálja a módszertan:
- finanszírozási kassza: aktív, krónikus, járó
 - szakma: belgyógyászat, sebészet stb.; két vagy négy-számjegyű szakmakód szerint bontás.

Az adatokat közvetett standardizálási módszer alapján, az OKFŐ [20,21] kontrolling eredmények alakulása és azoknak az átlagtól való eltérése szerint értékeljük. A 3. ábra bemutatja a szakmankénti standard (átlagos), FED2 %-os értékek alakulását. A FED2 %-os érték a FED2 Ft érték arányát fejezi ki az adott szakma alaptevékenységből származó árbevételéhez képest. Ennek alapján látható az egyes szakmák eltérő finanszírozottsága, ami segítheti a finanszírozási forrástöbbletek hatékony allokálását, továbbá benchmarkként szolgálhat az egyes kórházak saját szakmaszintű FED2 eredményeinek értékeléséhez.

A standard (átlagos) FED2 értékek kiszámítása képezi az alapját a kórházak finanszírozottsági helyzetének értékeléséhez aszerint, hogy az adott kórház milyen szakmákkal rendelkezik, és azok milyen arányt képviselnek az árbevételben. Ez a metodika lényegében egy indirekt standardizálási eljárás, mivel a kórház tényleges szakmáira vetítjük rá az adott szakma országos átlagos FED2 százalékát, és az így számított „standardizált”, más szóval elvárt FED2 eredményt hasonlítjuk össze a tényleges FED2 eredménnyel, azaz megkapjuk az úgynevezett szakmaszerkezeti hatást.



3. ábra
OKFŐ-kórházak országos szakmafedezeti értékei, aktív fekvő szakmák, 2019., 2024. és 2025. évek, FED2% (saját szerkesztés)

Ennek alapján a kórház kontrolling jelentés alapján gyűjtött FED2 eredményének az eltérése a standard FED2 értéktől képezi a finanszírozottságra vonatkozó értékelés alapját. Hipotézisünk szerint a kórházak szakmaszerkezetüktől függően eltérő gazdálkodási eredményre predesztináltak. A 2025. évi kontrolling adatok alapján 79 OKFŐ kórház közül 54-nél negatív finanszírozottsági hatást mértünk, ahol az ebből fakadó finanszírozási hiány értéke 17,0 milliárd Ft volt. Pozitív finanszírozottsági hatást 25 kórházban mértünk, melynek pénzügyi hatása 17,5 milliárd Ft-ot tett ki (lásd később a 7. ábrán). A megközelítésünk alapján ez azt jelenti, hogy a vizsgált kórházak zömében a szakmaszerkezet jelentősen befolyásolta a gazdálkodási eredményt. Azok a kórházak, amelyek esetében az átlagköltség felett finanszírozott szakmák részesedése nagyobb a portfólióban, ott jobb gazdálkodási eredmény várható, mint ott, ahol a művelt szakmák összetétele finanszírozottság szempontjából kedvezőtlenebb. Ugyanakkor a vizsgálatba bevont kórházak adatainak értékelése azt mutatja, hogy a szakmaszerkezet és a kórházi gazdálkodási eredmény közötti korreláció nem egyértelmű, ami azt a hipotézist erősíti, hogy más tényezők is jelentős mértékben alakítják a kórházak gazdálkodási eredményét.

Az ismertetett módszer előnye, hogy a meglévő kórházi kontrolling adatszolgáltatás alapján, 4 vagy 2 számjegyű szakmakódok szintjén olcsón és gyorsan előállítható, és alkalmazható a HBCs finanszírozásameles szakmai megalapozására, a HBCs esetszintű tételes ráfordítás adatgyűjtés teljes körűvé válásáig.

A módszer hátránya, hogy nem veszi figyelembe az egyes szakmákon belüli esetlegesen eltérő HBCs összetételeket a kórházak esetében, egyfajta átlagos összetételt vesz alapul. Ezt a hátrányt segít mérsékelni a szakmák üzemmelési eltéréseinek mint további eredményt magyarázó tényezőnek a vizsgálata, ami már sokkal jobb közelítést ad a betegellátás súlyosságáról, HBCs szerinti összetételének a hatásáról.

TÉK és a tényleges betegellátási teljesítmény kapcsolata – 2. számú ok a 2. ábrán

A jelenlegi finanszírozási rendben a TÉK (tervezett éves keret, korábban TVK, teljesítmény volumen korlát) feletti betegellátás degresszív finanszírozása közgazdasági értelemben úgy viselkedik, mint az átlagköltségtől elmaradó finanszírozás, azzal a különbséggel, hogy itt nem a díjtétel alulfinanszírozott, hanem a volumen. Külön okként kezelése azért indokolt, mert más egészségpolitikai kezelést igényel, mint az első ok. A TÉK túllépés gazdálkodási eredményre, illetve adósságra gyakorolt hatás szempontjából kétféle megközelítésben vizsgálható. Az egyik megközelítés a TÉK túllépés költségterhét számszerűsíti a felmerült átlagos változó költségnövekmény alapján. A másik megközelítés az elmaradt bevétel alapján értékeli a túllépés gazdálkodási terhet. A módszertan a TÉK túllépés hatásának kezelését kétféleképpen értékeli: egészségpolitikai szempontból indokolt túllépés, illetve egészségpolitikai szempontból indokolatlan túllépés. Az előbbi kormányzati kezelést igénylő külső ok, mely

finanszírozásjavítást igényel, az utóbbi kórházi menedzsmentszintű kezelést igénylő belső probléma. Jelenleg ennek az oki tényezőnek a szerepe elszigetelt és minimális az OKFŐ-kórházak esetében, ezért a modellben ennek hatását – bár mind a módszertan, mind az adatok rendelkezésre állnak – átmenetileg nem vizsgáljuk, ezért a tanulmányban sem térünk ki rá.

A továbbiakban azon okokat emeljük ki, amelyek az egyéni költség eltérését okozzák az átlagköltségektől, úgy, hogy ezen eltérések a kórházi menedzsment által jellemzően nem befolyásolható, külső okokból eredő hatások következményei.

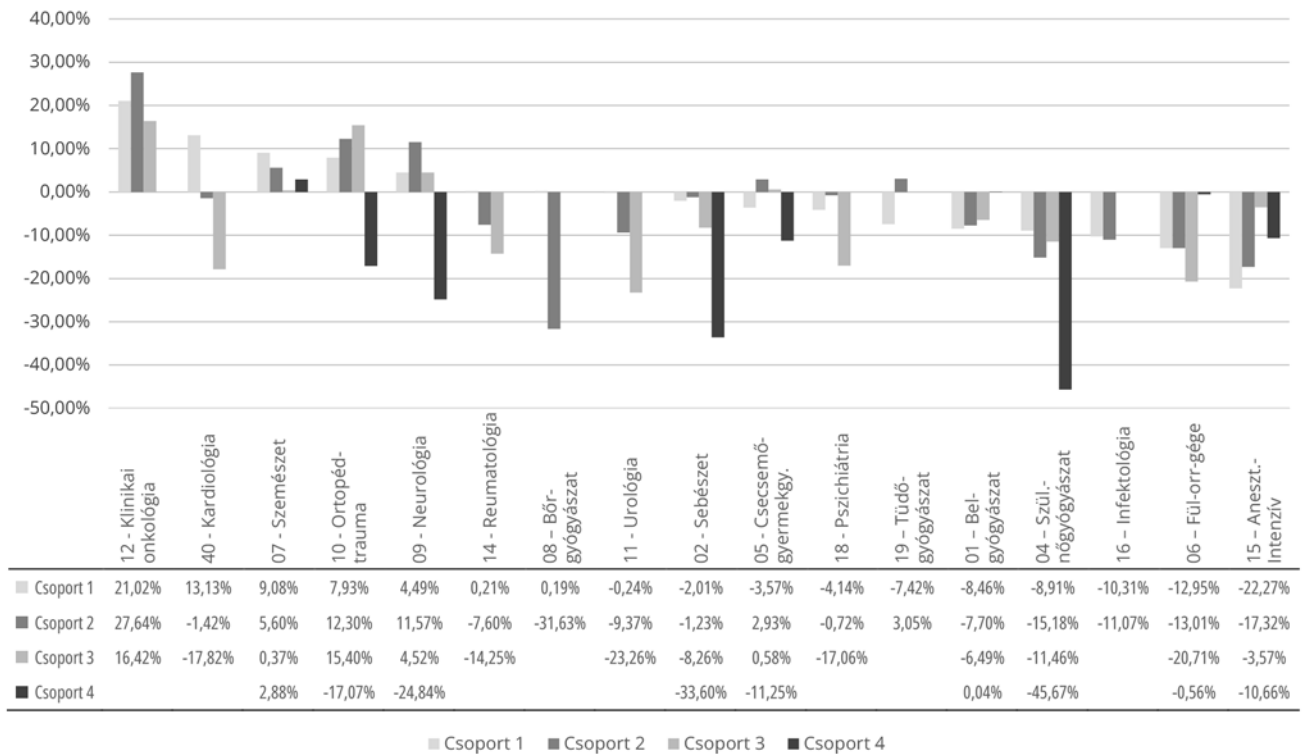
Üzemmelési és szakmai hatás a gazdálkodási eredményre – 3. számú ok a 2. ábrán

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának üzemmelési befolyást gyakorol az átlagköltség alakulására, amit a HBCs alapú finanszírozás nem képes kezelni, ezért is szükséges külön adósságokként kezelni. A HBCs alapesetben csak az adott beavatkozás, illetve ellátás átlagköltségét képes elismerni, az eltérő helyzetekből adódó költségeltérést nem.

A módszertan két szinten kezeli az üzemmelési kérdését: az egyik a szakmai munka, a betegellátás szakmák szerinti üzemmelési, a másik a kórház üzemmelési. A kettő egymástól függetlenül értelmezendő, de a hatások a kórház egészére nézve összeadódnak.

A szakmai üzemmelési az egyes szakmák méretével függ össze, hiszen itt jelennek meg a betegellátáshoz kapcsolódó olyan költségek, melyek a betegszámtól, a bevétel nagyságától részben függetlenek, mint a dolgozói létszám előírás, ügyeletszervezés, eszközpark-biztosítás stb. Az üzemmelési és szakmai hatás számítása az aktív szakmák esetében került kidolgozásra, a krónikus és különösen a járó ellátásoknál az adatok elemzése szerint a szakmai üzemmelési hatása elhanyagolható.

Az üzemmeléshatás mérése az egyes szakmák üzemmelési csoportok szerinti standard (átlagos FED2) eredményei közötti eltérésre épül, amiről feltételezzük, hogy az üzemmelési és szakmai hatás következménye. Az empirikus képben nagyjából kirajzolódik az a trend, hogy az adott szakmán belül az üzemmelési nagyságával fordítottan arányos a standard eredmény értéke. Ilyen például a nagyobb szakmák közül a sebészet vagy a szülészet-nőgyógyászat. Minél nagyobb az üzemmelési, annál jobb az üzemmelési csoport standard eredménye. Ugyanakkor több szakma esetében (pl. belgyógyászat, gyermekgyógyászat) nem állapítható meg ez az összefüggés, ami arra enged következtetni: bizonyos üzemmelési és szakmai hatáson kívüli tényezők is kapcsolódhatnak az adott üzemmelési csoportok közötti költségeltérések magyarázatához. A leírtakat szemlélteti a 4. ábra. Az üzemmelési és a gazdálkodási eredmény kapcsolatának matematikai modellezésére jelen tanulmányban nem térünk ki, mivel az üzemmelési címszó alatt egyéb más tényezők hatása is megjelenik, amelyek beazonosítására és mérhetővé tételére további kutatások szükségesek.



4. ábra
Szakmafedezetek üzemméreti csoportok szerint, OKFŐ-kórházak, 2025. év FED2% (saját szerkesztés)

Vizsgálat alatt áll az üzemmérethatás kimutatásának egy alternatív megközelítése. Egy robusztus, folytonos matematikai modellen alapuló eljárás kidolgozása van folyamatban, amely biztosítja a mutatók stabilitását. Az új módszer lényege, hogy egy folytonos súlyfüggvényt (specifikusan a normális eloszlás sűrűségfüggvényt) alkalmazunk.

A fentiek alapján okkal feltételezhetjük, hogy a szakmák üzemméreti csoportosítása egyben közelítést adhat más szempontok figyelembevételére is, ahol pozitív kapcsolat mutatható ki az üzemméret és az ellátás progresszivitása vagy más, a gazdálkodási eredményt befolyásoló jellemzője között. A nagy kardiológiák jellemzően rendelkeznek invazív kardiológiával, a nagy onkológiák sugárterápiával és a nagy sebészetek onkosebészettel.

Infrastruktúra, állapot, telephelyi szerkezet –
4. számú ok a 2. ábrán

A kórházak infrastrukturális állapotában jelentős eltérések lelhetők fel, az épület- és gép/műszerállomány eltérő életkorú, műszaki állapotú, ami jelentős eltéréseket eredményez a gyógyítás infrastruktúra-költségeiben, ez befolyásolja az üzemeltetés átlagos költségeinek a szórását az átlagköltségtől, m², m³ alapján. Emellett a kubatúra mérete, a felhasznált m² nagysága szintén alakítja ezen költségeket. A módszertan a kórházak m²-re vetített átlagköltségéhez viszonyítja az eltéréseket, és ezek pénzügyi hatását mutatja ki a használt m² nagysága alapján.

A gazdálkodási eredmény vonatkozásában több száz millió Ft-os eltérések voltak kimutathatók az infrastruktúra hatáskörében a korábbi években, amíg az üzemeltetési feladatokat a kórházak látták el. A modellben jelenleg nem vizsgáljuk ezen ok hatását, tekintettel arra, hogy az épületüzemeltetési feladat és annak költségviselése a Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóságnál (KEF) van 2023-2024 óta.

Egyéb külső okok

- az egészségügyi dolgozók korösszetételének hatása a munkaerő költségére

A betegellátásban felhasznált termelési tényezők közül a munkaerő képviseli kiemelkedően a legnagyobb súlyt, így költségei alapvetően befolyásolják a gazdálkodási eredményt. Ez a tényező szignifikánsan hozzájárul az egyes szakmák átlagköltségtől történő egyéni eltéréséhez. A kórházak finanszírozásában azonban a személyre szólóan, besorolási bérhez – így a munkában eltöltött időhöz – csatolt bértámogatási rendszer ezt a hatást jelenleg nagyobb részben kompenzálja, így nem indokolt a modellben történő szerepeltetése. Amennyiben a bértámogatások beépítésre kerülnek a teljesítményfinanszírozás rendszerébe, ennek a hatásnak a beemelése a modellbe indokolt lesz.

- a kórházak telephelyi szerkezete

Ez az ok a kórházi szakmák telephelyi megosztottságának hatását mutatja meg. A modell jelenleg a több telephelyen működő azonos szakmák gazdálkodási eredményét

összevontan kezeli, ami torzíthatja az üzemmelleti és szakmai hatás értékelését. A modell továbbfejlesztésében tervezzük ennek a tényezőnek a figyelembevételét.

Belső okok

Ezek az okok szintén az átlagköltség – egyéni költség eltérését eredményezhetik.

Az ide sorolható okok közös jellemzője, hogy a modellben belső hatások következményeként írjuk le őket. A jelenlegi modell megállapításait azzal a megszorítással szükséges kezelni, hogy a belső okok tekintetében még több olyan hatás is szerepel, aminek a kiszűrésére nem került sor, így a belső okokhoz rendelt pénzügyi hatások értékei finomodni fognak a jövőben. Addig az egyes kórházak menedzsmentjéhez rendelt hatásokat helyszíni adatgyűjtéssel, egyedi aláfűrésokkal szükséges validálni.

Menedzsmenthatás a szakmai munkára – 5. számú ok a 2. ábrán

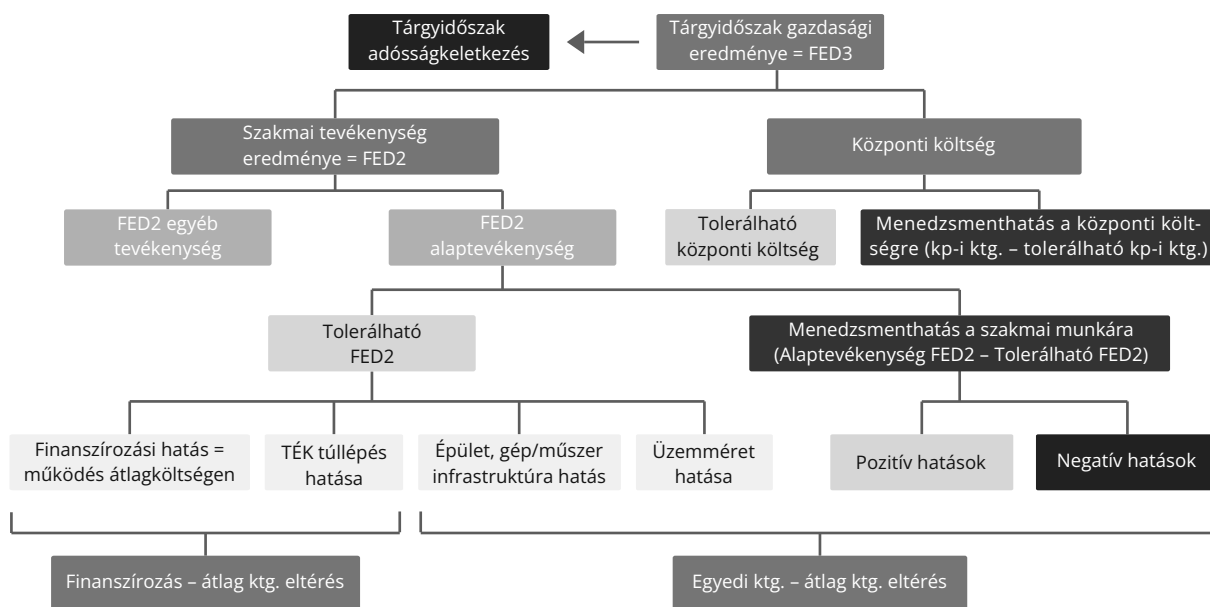
Feltételezéseink szerint a menedzsmenthatás a felhasználások (szakmai anyag, gyógyszer, egyéb anyag, szolgáltatások és különösen a munkaerő) tekintetében valósul meg leginkább, itt a teljesítmény egy egységére jutó felhasználások részben összehasonlíthatók, így például a humán erőforrás-felhasználás. A modellben, amit a 5. ábra szemléltet, a menedzsmenthatás értékeinek meghatározása reziduális módon történik: az osztályos gazdálkodási eredmény (FED2) és az átlagköltség alapján számított FED2 eredmény különbözete, korrigálva további külső hatásokkal, ezt nevezzük úgynevezett tolerált FED2 eredménynek. Az osztályok szintjén zajló gazdálkodás eredménye (FED2 alaptévékenység)

és a tolerált FED2 eredmény különbözete mutatja meg a kórház szintjén a modell alapján mért menedzsmenthatást a szakmai munka terén. Mivel a menedzsment hatása a szakmai munkára alapvetően reziduális faktorként kerül mérésre, az összetevőkre bontása, illetve alulról felépítése a modell továbbfejlesztésének keretében valósítható meg. Egyes mutatók azonban már most rendelkezésre állnak, mint például az orvosok termelékenysége, amely mutatja, hogy hasonló szakmák és szakmai üzemmelletek esetében mekkora eltérések fordulnak elő a különböző kórházak esetében. A többi felhasználásnál nem állnak rendelkezésre naturália adatok, így az egyes költségarányokat vizsgáltuk költségne-menként kórházi kassza/szakma összehasonlításban és első közelítésben meghatározásra kerültek a menedzsmenthatások költségne-menként, kimutatva a lehetséges beavatkozási pontokat.

A beszerzések, a beszerzési árszintek tekintetében adatok hiánya és a hatás összetettsége miatt nem volt lehetőség a modellt kiegészíteni. Egyrészt nem állnak rendelkezésre egységes cikktörzsadatok a beszerzések árának összehasonlítására, másrészt a beszerzések egyre nagyobb hányada központi beszerzés, amire a kórházi menedzsmentnek nincs ráhatása.

Menedzsmenthatás a központi költségekre – 6. számú ok a 2. ábrán

A módszertan a kórházak társadalombiztosítási árbevétellel arányos központi költségeinek az összevetésére épül. Az összevetés alapja, a standard érték a kórházi üzemmellet szerinti csoportokon belül a legjobb 3 kórház árbevétel-arányos központi költségeinek átlaga. Itt nem megengedő



5. ábra
A KEVIR hierarchikus struktúrája (saját szerkesztés)

módon – mint a többi eredményt befolyásoló tényező esetén – a csoportátlaghoz, hanem a legjobb átlagához történik a viszonyítás, tekintettel arra, hogy a központi feladatok körébe tartozó tevékenységek a betegellátással ellentétben kórházanként homogének, így az egyéni sajátosságok kevésbé érvényesülnek, illetve nem cél, hogy érvényesülhessenek. Az adatok elemzése és az összehasonlítások elvégzése során kirajzolódott a központi költségek nagy relatív szórása, ugyanazon üzemméreti csoportban 5-6 szoros eltérés is volt korábbi adatok alapján, ami valószínűsíti – a tartalékok mellett – az adatszolgáltatási hibát, illetve az OKFŐ által kiadott kontrolling nem egységes használatát is.

Az 5. ábra a KEVIR modell hierarchikus struktúráját mutatja be, melyből látható a gazdálkodási eredmény értékelés szintjeinek összefoglalása.

A kórházak gazdálkodási eredményének értékelése kórházanként a kassa/szakma szint vizsgálatára és a szakmák eredményeinek aggregálására épül. Az 6. ábra szemlélteti valós adatok alapján egy konkrét szakma esetében a modell főbb összetevőinek működését.

A 6. ábra bemutatja, milyen okok és milyen mértékben határozzák meg a kis üzemméretű szülészetek gazdálkodási eredményét. A kis szülészetek FED2 szinten az országos átlagnál rosszabb gazdálkodási eredményt képviselnek, látható a jelentős szórás az üzemmérethez jellemző átlagos eredménytől, amit a modell szerint alapvetően a menedzsment-hatásnak tudhatunk be.

A KEVIR-modell módszertani felépítésének ismertetését követően elengedhetetlen a megalkotott keretrendszer empirikus, gyakorlati adatokon történő validációja. Annak igazolására, hogy a modell által elméletben definiált és számszerűsített okok a valóságban is megállják a helyüket, a 2025. évi tényadatok felhasználásával végeztünk statisztikai próbát. Az alábbi elemzés célja annak bizonyítása, hogy az azo-

nosított külső és belső tényezők együttesen milyen pontossággal és súllyal magyarázzák meg a kórházak tényleges adósságnövekedését.

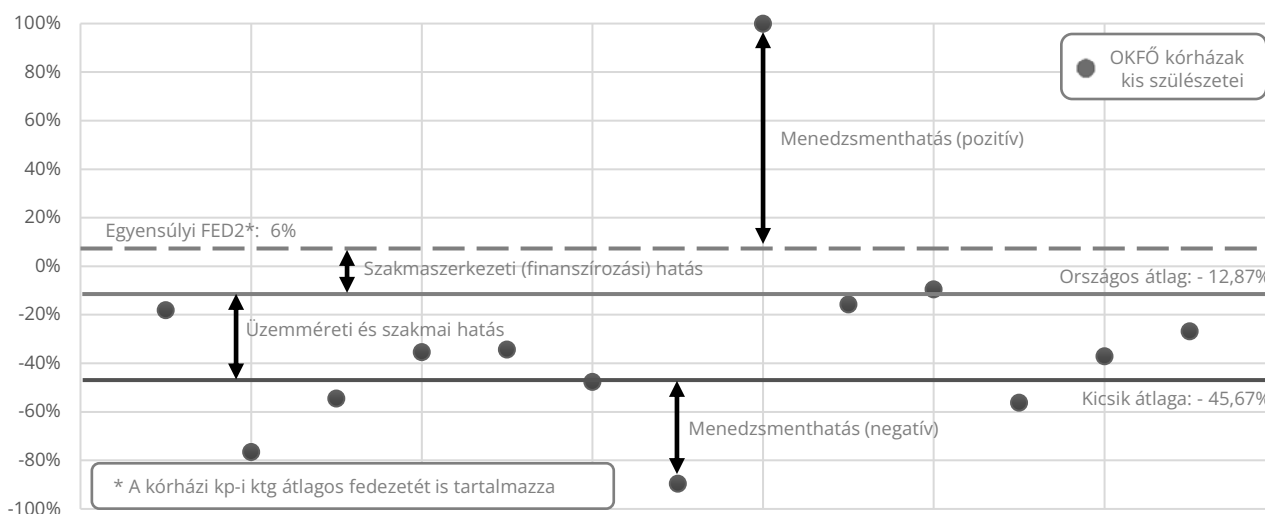
A 2025. év kórházi adósságnövekményt meghatározó tényezők elemzése

Többszörös lineáris regressziós modell segítségével vizsgáltuk az adósságnövekményt és az egyes oki hatásokat. A modell magas magyarázóerővel ($R^2 = 0,716$) tárja fel a kórházi adósságképződés strukturális és menedzsmentszintű mozgatórugóit. A vizsgált négy oki hatás (szakmaszerkezeti, üzemméreti és szakmai, menedzsmenthatás a szakmai munkára, illetve menedzsmenthatás a központi költségre) együttesen az intézmények közötti adósságkülönbségek közel 72%-át képes megmagyarázni. A predikció pontosságát és a modell globális szignifikanciáját az F-próba extrém alacsony értéke ($p = 1,62 \times 10^{-19}$) igazolja, amely egyértelműen bizonyítja a bemeneti változók és az adósságképződés közötti robusztus, ok-okozati összefüggést, kizárva a véletlenszerűséget. Az elemzés rávilágít arra, hogy a tartozások felhalmozódása jól azonosítható, rendszerszintű és vezetésspecifikus mintázatokat követ.

A többszörös lineáris regresszió eredményei (a modell futtatása előtt az adatok millió forintra kerültek átváltásra, $n = 79$):

- Determinációs együttható (R^2): 0,716
- Konstans (Tengelymetszet): -311,58 ($p = 0,002$)
- Menedzsmenthatás a központi költségre: 1,98 ($p < 0,001$)
- Menedzsmenthatás a szakmai munkára: 0,63 ($p < 0,001$)
- Szakmaszerkezeti hatás: 0,13 ($p = 0,060$)
- Üzemméreti és szakmai hatás: -0,18 ($p = 0,697$)

A hiányképződés leginkább szignifikáns ($p < 0,01$) determinánsai a menedzsmenthatások. Az elemzés rávilágít arra, hogy a 2025-ös finanszírozási korrekció a szakmaszerkezetből fakadó hátrányokat jelentős mértékben csökkentette. A



6. ábra
A gazdálkodási eredményt meghatározó egyes hatások kimutatásának szemléltetése az OKFŐ-kórházak kis üzemméretű szülészeti-nőgyógyászatainak példáján keresztül (saját szerkesztés)

kórházak eladósodása mögött már nagyjából nem külső okok állnak, hanem többnyire vezetési hatékonyságot tükröző belső okokra vezethetők vissza.

MEGBESZÉLÉS

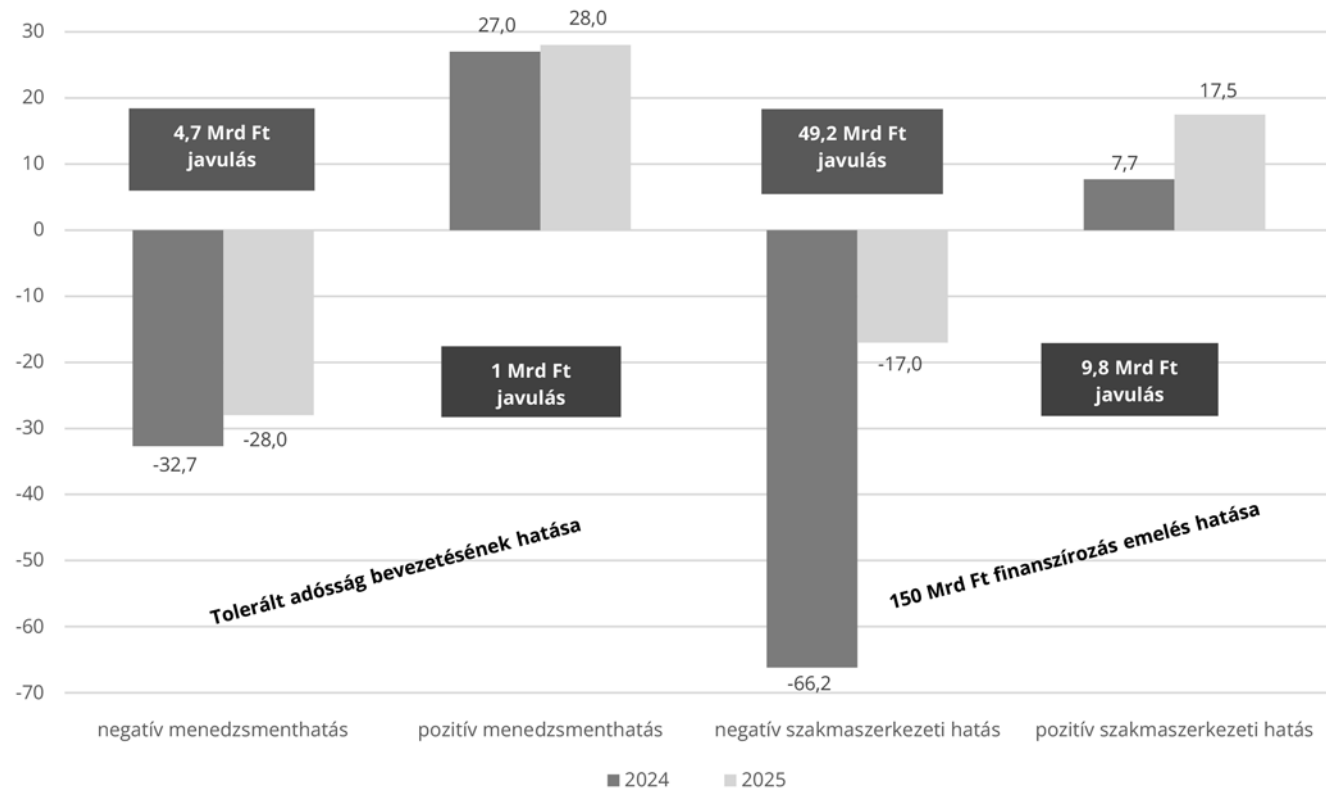
Az adósságkezelés módszertanának gyakorlati hasznosulása

Az adósságkezelés eddigi gyakorlata az utólagos adósságrendezésre épült, kivéve a 2023-as évet, amikor szakmafedezeti alapokra épülő finanszírozás-emelés történt 27,9 milliárd Ft értékben, főleg a manuális szakmákban. Az új megközelítésre történő átállás előfeltételeként két kérdés tisztázása szükséges:

- 1. A jelentős államháztartási hiány mellett miért történjen meg a kórházak előre finanszírozása az utólagos konszolidáció helyett, ha a beszállítók forrásai igénybe vehetők az egészségügyi rendszer finanszírozásában? A kérdés megválaszolásához a következők mérlegelése szükséges:
 - a. A felhalmozott késedelmi kamat terheli az államháztartást, növeli a beszállítói árakat: a vizsgálandó kérdés az, hogy az állam szállítói finanszírozása az olcsóbb vagy az állam adósságának központi finanszírozása?
 - b. Szabad-e fenntartani morális és hatékonysági szempontok alapján a puha költségvetési korlát

intézményét, elfogadható-e a kórházi menedzsment oldalán a moral hazard (erkölcsi kockázat) érvényesülése, ami a kórházi menedzsment ellenérdekelt viselkedését jelenti a hatékony, költségtakarékos gazdálkodás kialakításában, bízva az utólagos konszolidációban?

- 2. Mi történik a kórházak adósságával, ha előrehozott finanszírozás keretében a finanszírozási díjak emelésén keresztül történik meg a kórházak konszolidációja, és az adósság növekedése nem csökken ennek mértékében a puha költségvetési korlát miatt? A felmerülő kockázat kezelésére az alábbi eszközök alkalmazása lehetséges:
 - a. Tolerált adósság fogalmának bevezetése, ami féket szab a puha költségvetési korlát érvényesülésének, de engedi – a realitásoknak megfelelően – a gazdálkodási hiány, illetve az adósság keletkezését egy előre meghatározott mértékig. A tolerált adósságérték meghatározásának módszertana része a KEVIR egészségpolitikai hasznosításának. A tolerálható adósság számítása az előző év keletkezett adósságértékének a finanszírozás-emelés értékével csökkentett, és a várható infláció hatásával növelt értékét veszi alapul, korrigálva a negatív menedzsmenthatás pénzügyi értékének egy részével, egészségpolitikai döntés alapján.



7. ábra
A részben szakmafedezet alapú 150 milliárd Ft finanszírozás-emelés és a kórházi tolerált adósságbevezetés hatása az OKF-kórházak gazdálkodási eredményére (saját szerkesztés)

A tapasztalat azt mutatja, hogy a menedzsmenthatás értékelése nem része a kórházirányítási gyakorlatnak a felmerülő konfrontáció, illetve a szükséges, erőforrás-igényes szisztematikus munka miatt.

- b. A tolerált adósság betartásához kapcsolódó érdekelt-ség bevezetése, a jó gyakorlatok ösztönzése csökkent a felmerült kockázatokat. A 2025. évi tolerált adósság meghatározása és betartása kedvező tapasztalatokat eredményezett a korábbi adósságkezelési rendszerhez képest. A 2025. évi 150 milliárd Ft forrásbővülés már nem az adósság mentén került be a rendszerbe, hanem jórészt a szakmafedezetekre épülő díjemelések révén és ennek következtében a kórházak adóssága mintegy a felére csökkent. A 2025. évi finanszírozási intézkedések hatására 18 kórház adósságmentessé vált, és 80 kórházból 55 csökkentette az inflációval korrigált adósságát. Ezt a hatást szemlélteti a 7. ábra.

A modell hasznosulási eredményeként értékelhető, hogy a rendelkezésre álló finanszírozásemelési források allokálása az egyes szakmák között a veszteség mértékéhez igazodott. Azok a szakmák, amelyekben pozitív FED2 eredmény mutat-
ható ki, nem, vagy csak kis mértékben részesültek a finanszírozási díjak emeléséből, mivel a cél a szakmák kiegyenlített finanszírozottságának biztosítása, amit követhet egy későbbi fázisban az aktív ellátások HBCs alapdíjának, a krónikus napidíjnak, valamint a járó pont forintértéknek az eme-
lése.

A gazdálkodási eredmény adatok elemzése alapján megállapítható, hogy a kiemelt népbetegségekhez társítható szakmák, így az onkológia vagy az (invazív) kardiológia működése jelentős pozitív eredménnyel zajlik a legtöbb kórházban. A 20-30%-os pozitív FED2 értékek arra engednek következtetni, hogy az ide áramló finanszírozási forrásokat nem használják fel ezen szakmához tartozó betegek kezelésére a kórházak, hanem kényszerből keresztfinanszírozzák belőle a veszteségesen működtethető szakmaikat.

KÖVETKEZTETÉSEK

- A kórházi adósság keletkezése okainak feltárása és az okok gazdálkodási hatásainak ismerete lehetővé teszi a hatékony adósságkezelést, illetve -megelőzést, és hozzá-

járulhat a puha költségvetési korlát okozta erkölcsi kockázat csökkentéséhez a magyar egészségügyben.

- A bemutatott módszertan elősegíti az előző pontban megfogalmazott cél elérését azzal, hogy megnevezi és különválasztja az adósságkeletkezés két fő okát: a finanszírozás eltérését az átlagköltségtől, valamint a kórházak egyedi költségeinek eltérését az átlagköltségtől.
- A modell alkalmazásával megvalósíthatóvá vált a külső és belső kezelést igénylő adósságok beazonosítása és elkülönítése, ami megteremti ráhatás szerint az adósságkezelési feladatok és felelőségek megosztását az egészségügyi irányítás szereplői között. Emellett jól mérhetővé válik a tervezett finanszírozásemelések és más intézkedések hatása a kórházak gazdálkodási eredményére.
- A kórházak gazdálkodási teljesítményének értékelése a külső okok hatásának kiküszöbölésével kell hogy történjen. A szakmák finanszírozottsága akkor is eredményezhet jó pénzügyi eredményt, ha a menedzsment átlagköltség felett dolgozik és fordítva. Ennek alapján nem állítható, hogy a jó pénzügyi helyzet és adósságmentesség egyértelműen a jó gazdálkodási gyakorlat eredménye lenne, ugyanez igaz a fordított helyzetre is, ezért indokolt a gazdálkodási eredményt magyarázó mélyebb okok feltárása és elemzése a továbbiakban.
- A modellben bemutatott két fő adósság ok a finanszírozás és a menedzsmentteljesítmény javulása elérhető célzott intézkedésekkel – így a szakmafedezeti eltérést kiegyenlítő finanszírozásemeléssel –, másrészt a menedzsment számára mércét felállító tolerált adósság alkalmazásával.
- A módszertan továbbfejlesztésével lehetővé válik a még komplexebb és pontosabb kórházi gazdálkodási mintázatok feltárása és értékelése, aminek alapján a jelenleginél nagyobb biztonsággal kimutathatók egyrészt a jó gazdálkodási gyakorlatok, másrészt a kezelendő problémák.

Anyagi támogatás nyilatkozat

A szerzők semmilyen anyagi támogatásban nem részesültek.

Érdekeltségek

A szerzőknek nincsenek érdekeltiségek a cikkel kapcsolatban.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Magyar Államkincstár (MÁK): Költségvetési szervek tartozásállománya (2024–2025) [Arrears of budgetary institutions (2024–2025)].
<https://www.allamkincstar.gov.hu/papi-tartalom/koltsegvetesi-szervek-tartozasallomanya>.
- [2] Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK): Konszolidációs kifizetési adatok (2024–2025) [Consolidation

payment data (2024–2025)].

http://www.neak.gov.hu/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/statistikai_adatok_kiadvanyok.

- [3] Kornai J: A puha költségvetési korlát szindrómája a kórházi szektorban [The soft budget constraint syndrome in the hospital sector]. *Közgazdasági Szemle*. 2008;55(12): 1037–1056.

- [4] Karakolias S: Rethinking financial distress in public healthcare: evidence from Greek hospitals' governance attributes. *Front Public Health*. 2025;13:1690901. doi:10.3389/fpubh.2025.1690901
- [5] Dubas-Jakóbczyk K, Ndayishimiye C, Szetela P et al.: Financial performance of hospitals in Europe: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2025;25(1):933. doi:10.1186/s12913-025-13080-2
- [6] Dubas-Jakóbczyk K, Ndayishimiye C, Szetela P, Sowada C: Hospitals' financial performance across European countries: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2024;14(1): e077880. doi:10.1136/bmjopen-2023-077880
- [7] Dubas-Jakóbczyk K, Kocot E, Tambor M et al.: The Association Between Hospital Financial Performance and the Quality of Care – A Scoping Literature Review. *Int J Health Policy Manag*. 2022;11(12):2816–2828. doi:10.34172/ijhpm.2022.6957
- [8] Dubas-Jakóbczyk K, Kocot E, Tambor M, Quentin W: The association between hospital financial performance and the quality of care – a scoping review protocol. *Syst Rev*. 2021;10(1):221. doi:10.1186/s13643-021-01778-3
- [9] Hadian SA, Rezayatmand R, Shaarbafchizadeh N et al.: Hospital performance evaluation indicators: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):561. doi:10.1186/s12913-024-10940-1
- [10] World Bank: Hospital deficits and arrears in Croatia and Poland: Synthesis paper. Washington, DC: World Bank; 2018.
- [11] Bubas Z: The The Croatian Hospital System: Insight into a Case of Financial Unsustainability. *Interdiscip Descr Complex Syst*. 2022;20(5):606–620. doi:10.7906/indexs.20.5.7
- [12] Sowada C, Kowalska-Bobko I, Sagan A: What next after the 'commercialization' of public hospitals? Searching for effective solutions to achieve financial stability of the hospital sector in Poland. *Health Policy*. 2020;124(10):1050–1055. doi:10.1016/j.healthpol.2020.05.024
- [13] Supreme Audit Office of the Slovak Republic (SAO SR): The cycle of debt in healthcare continues, systemic solutions, not just extinguishing current problems, are needed. *Megjelenés*: 2024. augusztus 16. <https://www.nku.gov.sk/web/nku-en/-/the-cycle-of-debt-in-healthcare-continues-systemic-solutions-not-just-extinguishing-current-problems-are-needed>
- [14] Berger M, Sommersguter-Reichmann M, Czypionka T: Determinants of soft budget constraints: how public debt affects hospital performance in Austria. *Soc Sci Med*. 2020;249:112855. doi:10.1016/j.socscimed.2020.112855
- [15] Holka M: Hospital Debt: The Scourge of the Supply Chain. *CEE Legal Matters Magazine*. *Megjelenés*: 2024. április 3. Megtekintve: 2026. április 21. <https://ceelegal-matters.com/slovakia/hospital-debt-the-scurge-of-the-supply-chain>
- [16] Aborode AT, Oginni O, Abacheng M, et al.: Healthcare debts in the United States: a silent fight. *Ann Med Surg (Lond)*. 2025;87:108001. doi:10.1097/MS9.0000000000002821
- [17] Terelak A: Rising Costs, Mounting Debt: Healthcare Climbs Poland's Political Agenda [Emelkedő költségek, növekvő adósság: Az egészségügy előrébb kerül Lengyelország politikai napirendjén]. LinkedIn. <https://www.linkedin.com/pulse/rising-costs-mounting-debt-healthcare-climbs-polands-political-0exjf>. *Megjelenés*: 2024. október 25.
- [18] Miszczyńska K, Miszczyński P: Debt, Ownership, and Size: The Case of Hospitals in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4596. doi:10.3390/ijerph18094596
- [19] HRT: Debt to drug wholesalers for medicines exceeds 800 million euros, 34 hospitals face foreclosure. *Portal.hr*. <https://www.portal.hr/en/novosti/hr/100410-koordinacija-velerojerija-zbog-dugova-desecima-bolnica-prijetovrhe>. *Megjelenés* 2025. október 15.
- [20] Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ): Osztályos Kontrolling kézikönyv: OKFŐ fenntartásában lévő egészségügyi ellátók egységes intézményi kontrolling módszertani alapjait biztosító kontrolling kézikönyv. Budapest, Magyarország: OKFŐ; 2021.
- [21] Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ): Egységes intézményi számlatükör: Az OKFŐ, valamint az OKFŐ középírányítása alá tartozó egészségügyi intézmények egységes számlatükör szabályzata. OKFŐ/2948-1/2024. számú Főigazgatói körlevél; Budapest, Magyarország: OKFŐ; 2024.
- [22] Ivády V: A kórházi adósság értékelésének módszertani kérdéseiről [Methodological questions of hospital debt evaluation]. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*. 2017;16(8):12–18.
- [23] Dubas-Jakóbczyk K, Davidovics K, Dimova A, et al.: Paying for hospital care in seven central and Eastern European countries: a comparative analysis. *Health Econ Rev*. 2026;16:20. doi:10.1186/s13561-026-00730-2

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Ivády Vilmos közgazdász, szociológus, egészségügyi rendszer menedzser. 30 éve dolgozik az egészségügyben és az egészségügyi felsőoktatásban. Pályafutását a pécsi egyetem közgazdaságtani oktatójaként kezdte, de dolgozott kórházi és egészségpolitikai felsővezetői pozíciókban egyaránt. Emellett szá-

mos nemzetközi és hazai projektben működött közre szakmai szakértőként is. Az Egészségügyi Menedzserképző Központ senior munkatársa (kurzusvezető, oktató, tanácsadó és tréner), az intézet munkájában megalakulásától részt vesz. Jelenleg a Semmelweis Egyetem rektori biztosa, az egyetem szellemi termékeinek üzleti hasznosítását irányítja, valamint kormányzati szakértőként dolgozik a kórházi adósságkezelés területén.



Kopcsó Dániel biológus, egészségügyi menedzser és közgazdász. 2018-ban csatlakozott az Egészségügyi Menedzserképző Központ oktatói csapatához. Az egészségügyi menedzser mesterképzés „Az egészségügyi közgazdaságtana” kurzus oktatásása mellett a Szociális Vezetőképzésben a „Szociális

Szolgáltatások működési környezete és gazdálkodása” tárgy oktatója. Emellett a Gyógyszerésztudományi Karon előadásokat és gyakorlatokat tart a gazdálkodás és vezetés téma-területen. Fő kutatási területe a magyarországi kórházak adósságkezelése, az okok feltárása. Jelenleg is aktívan közreműködik a vizsgálat eredményeinek módszertani továbbfejlesztésében.