

Az egészségügyi szektor gazdasági helyzetképe és a hálapénz szerepe

Hegedűs Mihály¹

ABSZTRAKT: Az egészség az egyén életminőségének és önmegvalósításának egyik olyan feltétele, amely döntő hatással van a családra, a munkára és ezáltal az egész nemzeti gazdaságra. A COVID 19 pandémia időszakában gyakran felmerülő kérdés, hogy a gyógyító–megelőző szolgáltatások finanszírozása a magyar egészségügyben elégséges-e, bevonható-e a finanszírozási rendszerbe a hálapénz rendszere. Abban a társadalom valamennyi érintettje egyetért, hogy a jelenleg kialakult hálapénzrendszer nélküli a garanciális biztosítási elemeket, demoralizáló hatással van a betegek orvosba vetett bizalmára, eltorzítja a közteherviselés arányos és szükségszerű megoszlását. A COVID-19 járvány hatására szükségszerűen növekednek a gyógyszerekről, a járó- és a fekvőbeteg-ellátáshoz kötődő egyes szolgáltatások ráfordításai. Az egyik jelentős kérdés van-e tartalékuk az egészségügyi szolgáltatóknak a megnövekedett igények kielégítéséhez, működik-e a rejtett gazdaság az egészségügyben, s annak egy része bevonható-e a finanszírozásba? Kimutatható-e klaszter- és faktoranalízissel, mely egészségügyi szolgáltatók dolgoznak a legveszélyeztetett területeken?

KULCSSZAVAK: rejtett gazdaság, hálapénz, egészségügyi szolgáltató

JEL-kódok: I00, K32

Bevezetés

A világ valamennyi országában egyre nagyobb gondot jelent a nagy ellátó rendszerek működtetése. Az egészségügyi rendszer fenntartása, működése, az eltérő igénybevételi, finanszírozási lehetősége globális indikátorként visszahat a gazdasági teljesítményre, ezért az egészség és a gazdaság kapcsolata egymást erősítő–gyengítő folyamatként ötvöződik.

A COVID 19 pandémia időszakában gyakran felmerülő kérdés, hogy a gyógyító–megelőző szolgáltatások finanszírozása a magyar egészségügyben elégséges-e, bevonható-e a finanszírozási rendszerbe a hálapénz vagy a magánegészségügy rendszere. A magánegészségügy számos eset-

¹ Dr. Hegedűs Mihály főiskolai docens, Tomori Pál Főiskola (hegedus@hkaudit.hu)

ben még mindig az állami korrekciójának minősül, ahol az állam nem képes időben vagy jó minőségben szolgáltatni, ott belép a magánegészségügy. Az egészségügyi ellátás igénybevétele során egyre inkább előtérbe kerülnek olyan egyéb szempontok is, mint a minőség, a betegközpontú működés, a kényelmes és kulturált környezet. A COVID-19 járvány hatására szükségszerűen növekednek a gyógyszerellátáshoz a járó- és a fekvőbeteg-ellátáshoz kötődő egyes szolgáltatások ráfordításai. Az egyik jelentős kérdés van-e tartalékuk az egészségügyi szolgáltatóknak a megnövekedett igények kielégítéséhez, működik-e a rejtett gazdaság az egészségügyben, s annak egy része bevonható-e a finanszírozásba?

A magyar parlament 2020. október 6-án fogadta el az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvényt, amely számos folyamatot indukál majd az egészségügyi szolgáltatórendszer átalakításban. Az egészségügyi rendszer működtetése nemcsak gazdasági–finanszírozási, hanem olyan társadalmi, szociális és politikai kérdés is, amely bonyolult és komplex eszközrendszeren keresztül ezer szálon kötődik a többi alrendszer működéséhez, befolyásolva annak működését és stabilitását.

Állami szerepvállalás és egészségügy

A válságok során az állam társadalmi felelősségvállalásával kapcsolatos viták újra és újra megerősödnek, ahogy a jelenlegi, pandémiás, helyzet indukálta ezt. Egyes irányvonalak szerint az állam társadalmi szerepvállalása nemcsak, hogy kívánatos, de elvárt és a szociális hálónak mindenkire ki kell terjednie, az ország összes állampolgárára. Ezt képviselik az úgynevezett Skandináv jóléti modellek. A konzervatív megközelítés szerint csak azok számára kell széleskörű szociális védőhálót biztosítani, akik dolgoznak. Redisztribúciós rendszere is diverzifikáltan kezeli a különböző jövedelmi szinten élő háztartásokat. Ugyanakkor – szemben a liberális felfogással – az állam fontos szerepet képvisel a rendszer működtetésében és a modell fenntartásában. A liberális állam/modell ezzel szemben a piaci mechanizmusok teljes szabadságát hirdeti. A kormányzat csak nagyon kis mértékben biztosít juttatásokat és ezek igénybeviteléhez is feltételeket támaszt. Éppen ezért, ezen modellben a legnagyobb a jövedelmi egyenlőtlenség a társadalmon belül (Esping-Andersen, 1991). Egészségügyi szempontból az északi modell értelmében mindenki számára közel azonos szintű, magas színvonalú ellátás biztosítása az elvárt. A konzervatív modell már diverzifikál, de továbbra is mindenki számára biztosítja a

megfelelő színvonalú ellátást. Azonban a liberális modellben már egyértelműen a jövedelem, az önálló biztosítás milyensége az, ami döntően meghatározza magát az ellátást és annak milyenségét, ha nem életmentő beavatkozásról van szó. Ezekbe a csoportokba, azonban egyértelművé vált, hogy nem illeszthetők be a volt szovjet blokkhoz tartozó államok. Baltic (2011) kiegészítette a modellt egy új kategóriával, ami a posztkommunista országokat foglalta magába. Meglátása szerint ezen országok modelljét egy kettősség jellemzi, ugyanis a konzervatív jóléti államok és a Bismarcki modell között helyezkednek el. (Ez utóbbit a társadalombiztosítás, univerzalizmus, korporativizmus és az egyenlőség érdekében tett erőfeszítés kifejezésekkel lehet jellemezni). A kettősség megmutatkozik az egészségügyben is, egyszerre akarják azt mindenki számára hozzáférhetővé tenni ugyanazon a színvonalon, ugyanakkor mégis diverzifikálni a jövedelmi csoportok szerint. Ennek eredménye az a rendszer, amit napjainkban Magyarországon is láthatunk.

2020-ban e kategóriákat is figyelembe véve Nedelka publikálta vizsgálati eredményeit, arra vonatkozóan, hogy mennyire felelnek meg az egyes államok az egyes modelleknek. Klaszterelemzéssel csoportosította az Európai Unió tagállamait és összevetette e klasztereket Esping-Andersen (1991), Baltic (2011), valamint Sapir (2006) által meghatározott országcsoportokkal, továbbá felállította a Gordon mátrixot is. Ami jelen kutatás szempontjából releváns eredmény Magyarország helyzete, ami mind jóléti, mind jóléti szempontból a mezőny végén szerepelt és egyértelműen a „szegény” országok között jelent meg mind a három vizsgált periódusban (Nedelka, 2020).

A tendenciózusan rossz gazdasági helyzet, a tartósan magas államháztartási hiány és államadósság oda vezetett, hogy az Európai Unió nem egyszer adósságcsökkentő, kiadáscsökkentő intézkedéseket kért a kormányoktól, melyek az államháztartás egyenlegét hivatottak javítani. Ezek a tervek, programok az egészségügyet sem hagyták érintetlenül és jelentős forráskivonások történtek, melyek következtében a szektor adósságállománya megugrott és ennek rendezése bizonyos időközönként szükségessé vált. A konszolidációk azonban nem jelentettek/jelentenek egyet a szektor gondjainak megoldásával, tűzoltásnak tekinthetjük csak azokat. A probléma egyre súlyosbodik, és erre a jelenlegi pandémiás helyzet is kiválóan rámutatott. Jelen tanulmánnyal célokom annak feltárása, hogy történt-e érdemi változás a korábbi évekhez viszonyítva vagy továbbra is ugyanazon

gondokkal küzd-e a szektor, mint 2012-ben és 2013-ban, beleértve a hálapénz szerepét is.

A kutatás feladata, célkitűzése, módszere

Egy 2015-ben lezárt kutatásra alapozva célom volt az állami egészségügyi intézmények gazdálkodásának áttekintése különös tekintettel az adósságállomány és a likviditás kérdéskörére és az egészségügyi ellátásban megjelenő magánszolgáltatók, valamint a hálapénz szerepére. Vizsgáltam az egészségügyi szolgáltatórendszerben az egészség finanszírozását, állami és a magánszolgáltatók arányát, megoldási javaslatot fogalmaztam meg a hálapénz a finanszírozási rendszerbe történő bevonására. Jelen kutatás során a hálapénz kérdéseinek megválaszolására 352 db internetes kérdőívet (linket) küldtem ki 2020.09.01. és 2020.10.15. között és elemeztem a válaszokat.

A 2015-ben lezárt kutatás során az egészségügyi szolgáltatók (kórházak) teljesítményének két évét tekintettem át, 2012-t és 2013-at. Az eltérő adatstruktúra miatt a két évben eltérő mutatószámokkal kellett dolgoznom, de közöttük jelentős átfedés volt. Az első vizsgált évben a tőkeerőség, az eladósodási fok, a befektetett eszközök fedezettsége, a nettó eladósodottság, a likviditási gyorsráta, a likviditási ráta, az esedékességi aránymutató és a forgóeszközök aránya állt rendelkezésemre. Ezek alapján két faktort határoztam meg: az eladósodottság faktort és a likviditás faktort. Végül klaszterelemzéssel a vizsgálatba bevont országokat csoportokba soroltam. Az első csoportba azok kerültek, melyek jellemzően alacsony likviditással és eladósodottsággal rendelkeztek. A második csoportba 3 olyan intézmény került, ahol közel azonos eladósodottság volt megfigyelhető, de rendelkeztek még korábbi tartalékokkal. A harmadik klaszterbe egy intézmény került, mely bár el volt adósodva, likviditása lehetővé tette, hogy az akkori változásokhoz alkalmazkodni tudjon. Végül a negyedik csoportot alkották a legproblémásabb intézmények, ahol mind az eladósodottság, mind a likviditás szükségessé tette az állami beavatkozást.

A 2013-as év vizsgálata során a fent említett mutatók mellett bevonásra került a befektetett eszközök aránya, az idegen tőke aránya, a tőkefinanszírozási mutató, a pénzhányad mutató, az eladósodottsági fok, a tőkefeszültség, a szállítók fedezettségi mutatója, a nettó eladósodottság, a nettó adósságállomány, a nettó szállítói adósságállomány és a nettó forgótőke is. Ezen adatok már három faktor létrehozását tették lehetővé. Az

első faktor jelezte az intézmények **likviditását**, a második a **tőkeerősségüket**, a harmadik pedig **eladósodottságuk** fokát. Ezek alapján elvégzett klaszterelemzés egy viszonylag egységes képet festett le az ágazat akkori helyzetéről. Négy kórház kivételével hasonló pénzügyi helyzettel rendelkeztek az intézmények. Jelen kutatásban ezen eredményekre építve megvizsgáltam, hogy létrehozható-e a 2013-as évhez hasonló faktorstruktúra és ha igen, akkor a klaszterek hasonlóan alakulnak-e.

Eredmények

A kórházak gazdasági helyzetének feltárása faktorelemzéssel

A vizsgálat a kórházak teljes körére kiterjed, beleértve az egyéb egészségügyi intézményeket is (pl. rendelőintézetek) és kettő évet érint, 2018-at és 2019-et, melyet azért tartottam fontosnak, hogy ezáltal rá tudjak világítani a konszolidáció elmaradásainak a következményére. 2018-ban ugyanis még sikerült a kórházak adósságának legalább részbeni rendezése, azonban 2019-ben már nem konszolidálta őket az állam. A vizsgált mutatókat a mérlegadatokra alapozva határoztam meg. Az eltérő mértékegységek miatt standardizált értékekkel dolgoztam. A faktorok létrehozása előtt kapcsolati vizsgálatot végeztem, hogy előzetes képet kapjak az adatok alkalmasságáról. Először a 2018-as év adataira alapozott eredményeimet ismertetem.

A korrelációs mutatókat látva, megkérdőjeleződik a faktor előállíthatósága, ugyanis rendre gyenge kapcsolatokat láthatunk. Kivételt képez a likviditási ráta és a likviditási gyorsráta, valamint a szállítók fedezettségi mutatója és a pénzhányad mutató. A kapcsolatokat az *1. táblázat* szemlélteti.

1. táblázat: A 2018. évi beszámolók adataiból képzett mutatók korrelációja

	Likviditási ráta	Forgóeszköz arány	Befektetett eszközök aránya	Nettó forgótőke	Likviditási gyorsráta	Pénzhányad mutató	Szállítók fedezettségi mutatója
Likviditási ráta	1	0,171	-0,168	0,325**	0,996**	-0,233*	0,175
Forgóeszköz arány	0,171	1	-0,469**	-0,061	0,098	0,04	-0,086
Befektetett eszközök aránya	-0,168	-0,469**	1	0,259*	-0,162	-0,048	0,127
Nettó forgótőke	0,325**	-0,061	0,259*	1	0,316**	-0,189	0,206
Likviditási gyorsráta	0,996**	0,098	-0,162	0,316**	1	-0,231*	0,175
Pénzhányad mutató	-0,233*	0,04	-0,048	-0,189	-0,231*	1	-0,841**
Szállítók fedezettségi mutatója	0,175	-0,086	0,127	0,206	0,175	-0,841**	1

Forrás: saját számítás a 2018. évi beszámolók összesített adatai alapján

A második faktorhoz tartozó mutatók esetében az idegen tőke aránya és az eladósodási fok megegyeznek egymással, melynek oka az eltérő metodika (szemben a 2015-ben lezárt kutatás időszakával), amit a számításunk során kell alkalmazni, ezért a továbbiakban csak az eladósodási fokot fogom alkalmazni. Minden esetben szignifikáns kapcsolatot találtam. A tőkeerősség az eladósodási fokkal gyengén korrelál, valamint a befektetett eszközök és az eladósodási fok közötti is gyenge kapcsolat figyelhető meg. Ez ismételten megkérdőjelezi a faktor létrehozásának lehetőségét.

2. táblázat: A 2018. évi beszámolók adataiból képzett mutatók korrelációja

	Tőkeerősség	Idegen tőke aránya	Eladósodási fok	Befektetett eszközök fedezettsége
Tőkeerősség	1	-0,342**	-0,342**	0,930**
Idegen tőke aránya	-0,342**	1	1,000**	-0,220*
Eladósodási fok	-0,342**	1,000**	1	-0,220*
Befektetett eszközök fedezettsége	0,930**	-0,220*	-0,220*	1

Forrás: saját számítás a 2018. évi beszámolók összesített adatai alapján

Végül a harmadik faktorhoz tartozó mutatók esetében is elvégeztem a kapcsolati vizsgálatot. A vizsgálat ezen mutatóknál is megkérdőjelezi az eredeti faktor előállításának lehetőségét, hiszen ahogy az látható a 3. táblázat adatain is, a kapcsolatok jellemzően gyengék a szignifikancia elérére.

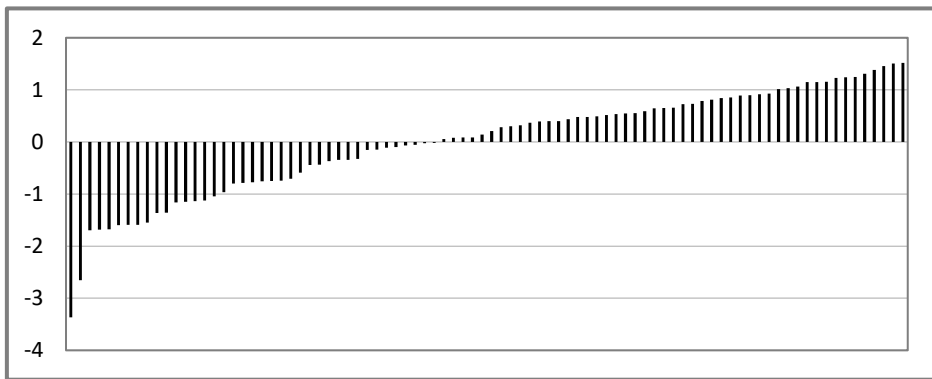
3. táblázat: A 2018. évi beszámolók adataiból képzett mutatók korrelációja

	Nettó eladósodottság	Tőkefe-szültési mutató	Nettó adós-ságállomá-ny	Nettó szállí-tói adós-ságállomá-ny	Tőkefinan-szírozási mutató
Nettó eladósodottság	1	0,677**	0,306**	0,002	-0,283**
Tőkefe-szültési mutató	0,677**	1	0,058	0,165	-0,431**
Nettó adós-ságállomá-ny	0,306**	0,058	1	-0,352**	-0,067
Nettó szállí-tói adós-ságállomá-ny	0,002	0,165	-0,352**	1	-0,055
Tőkefinan-szírozási mutató	-0,283**	-0,431**	-0,067	-0,055	1

Forrás: saját számítás a 2018. évi beszámolók összesített adatai alapján

A **Likviditás Faktor** létrehozása – ahogy azt már a korrelációs vizsgálatot követően is feltételeztem –nem volt lehetséges az elfogadhatatlan KMO érték (0,374) miatt és a jelentős adatvesztés következtében. A létrehozott faktor ugyanis az eredeti változók csupán 36%-át tudja megjeleníteni.

A **Tőkeerősség Faktor** KMO értéke épphogy eléri a 0,5-ös értéket, amitől elfogadhatónak tekintjük. A faktort pozitív irányba befolyásolja a tőkeerősség és a befektetett eszközök fedezettsége mutató, míg az eladósodási fok negatív irányba. Összességében tehát a nagyobb értékű mutató nagyobb tőkeerősségről tanúskodik. A legjobb helyzetben a Felsőszabolcsi Kórház van, őt követi a Tüdőgyógyintézet Törökbálint, a Nagykőrösi Rehabilitációs Szakkórház és Rendelőintézet. A legkisebb tőkeerősséggel a Nagyatádi Kórház és az Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet rendelkezik.

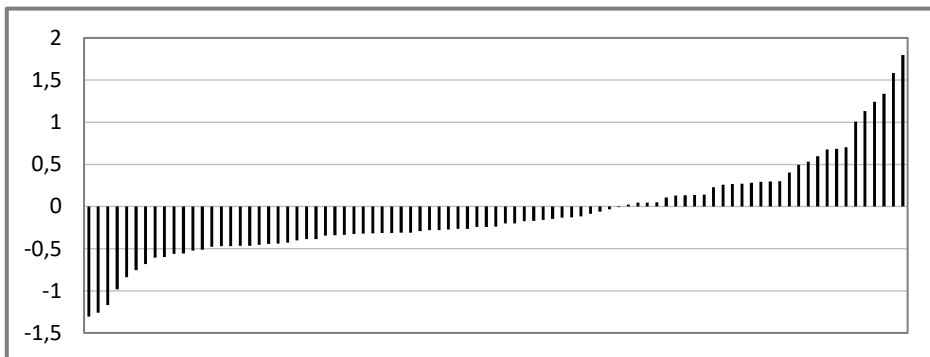


1. ábra: A 2018. évi beszámolók adataiból képzett tőkeerősség faktor értékek

Forrás: saját számítás a 2018. évi beszámolók összesített adatai alapján

Az **Eladósodottsági Faktor** KMO értéke szintén épphogy eléri a 0,5-ös értéket. A faktort a tőkefeszültségi mutató, a nettó eladósodottság, a nettó szállítói adósságállomány és a nettó adósságállomány pozitív irányba befolyásolja. A tőkefinanszírozási mutató negatív irányba hat rá. A kisebb értéket tekinthetjük kedvezőnek, azonban a kiugróan kis értékek esetében meg kell vizsgálnunk, hogy nem a tőkefinanszírozási mutató okozza-e, ami bár ellentétesen hat a faktorra, valójában a negatív érték a tartalékok hiányáról tanúskodik. A legrosszabb helyzetben ismételen a Nagyatádi Kórház van – az intézményt a 2. ábrán nem is tüntettem fel, mert rontotta volna a diagram átláthatóságát 7,7-es faktorértékével. A sorban következő intézmények, a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, az Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, a Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Korház, a Péterfy Kórház-Rendelőintézet és Manninger

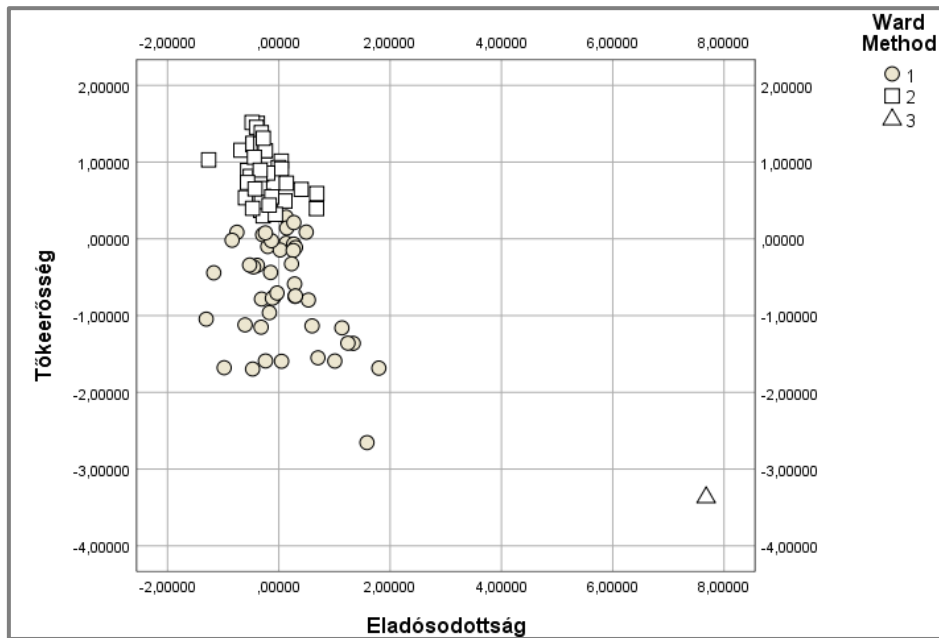
Jenő Országos Traumatológiai Intézet és a Gróf Esterházy Kórház és Rendelőintézeti Szakrendelő 1 és 2 közötti faktorértéket kaptak. A mérce másik végén helyezkedik el a Fejér megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház és a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, és ennek nem a tőkefinanszírozási mutató magas és egyben kedvezőtlen értéke az oka.



2. ábra: A 2018. évi beszámolók adataiból képzett eladósodottsági faktor értékek

Forrás: saját számítás a 2018. évi beszámolók összesített adatai alapján

A Tőkeerősség és az Eladósodottság faktorok segítségével klaszterelemzést végeztem a Ward módszert használva, azonban a faktorok – fent jelzett megfelelőségi gyengeségei – miatt nem tudtam homogén csoportokat alkotni. A hármasklaszter (a 3. ábrán háromszöggel jelölve) volt az egyetlen, ami látványosan elkülönült a többi intézménytől. Ebbe a klaszterbe egyedül a Nagyatádi Kórház került. Tehát ennek a kórháznak mind a tőkeerőssége, mind az eladósodottsága rendkívül rossz/kedvezőtlen. (Fontosnak tartom megjegyezni, hogy a vizsgálat a nagyatádi intézmény kizárásával sem eredményez homogén vagy legalábbis határvonallal könnyen elválasztható csoportokat). A másik két klaszter esetében ilyen jellemzést nem tudok adni, hiszen ezen intézmények jellemzően hasonló eladósodottsági fokkal rendelkeznek és hasonló tőkeerősséggel. Ez utóbbi esetében a 0-s értéket esetleg tekinthetjük egy határértéknek, azonban az eladósodottságnál még ilyen határt sem tudok meghúzni.



3. ábra: Az egyes klaszterek a tőkeerősség az eladósodottság faktorok alapján

Forrás: saját számítás a 2018. évi beszámolók összesített adatai alapján

Az eredeti faktorhármás létrehozásának megghiúsulása és a klaszterelemzés eredménytelensége a „félíg befejezett” konszolidációnak a következménye. 2018-ban ugyanis az eredetileg szükséges összeg felét tudta csak az állam az intézmények rendelkezésére bocsátani és ebből kifolyólag nem a ténylegesen felmerülő összes igény került rendezésre, csak a lejárt tartozásokat tudták rendezni. Tehát, azon intézmények, ahol magasabb volt a lejárt tartozások nagysága, nagyobb mértékben részesedtek az állami támogatásból, szemben azokkal, ahol már adott esetben jelentős tartozások halmozódtak fel, de még nem voltak határidőn túliak. A 2019-es év ezért úgy gondolom valósabb képet ad a kórházak és egészségügyi intézmények gazdasági állapotáról, illetve egymáshoz viszonyított helyzetükről. Az ez évi adatok esetében is, csakúgy, mint a 2018-as év vizsgálatakor, standardizáltam azokat az eltérő mértékegységek miatt, majd ezt követően a 2013-as kutatás faktorstruktúrájára alapozva végeztem el az elemzéseket. Az első faktorhoz tartozó mutatók korrelációs vizsgálata során, bár minden esetben kapcsolatot találtam, azonban felmerül a befektetett eszközök arányának létjogosultsága, hiszen csak a forgóeszközökkel

korrelál és a kapcsolat bár szignifikáns, de csak közepes ($r(87) = -0,609$, $p=0,00$). Mivel törekedtem az eredeti faktorstruktúra fenntartására, ezért bent hagytam a vizsgálatban. A kapcsolatot a 4. táblázat szemlélteti.

4. táblázat: A 2019. évi beszámolók adataiból képzett mutatók korrelációja

	Likviditási ráta	Forgóeszköz arány	Befektetett eszközök aránya	Nettó forgótőke	Likviditási gyorsráta	Pénzhányad mutató	Szállítók fedezettségi mutatója
Likviditási ráta	1	0,110	-0,061	0,372**	0,999**	-0,948**	0,910**
Forgóeszköz arány	0,110	1	-0,609**	0,280**	0,093	-0,037	0,020
Befektetett eszközök aránya	-0,061	-0,609**	1	-0,012	-0,055	0,029	0,011
Nettó forgótőke	0,372**	0,280**	-0,012	1	0,358**	-0,271*	0,291*
Likviditási gyorsráta	0,999**	0,093	-0,055	0,358**	1	-0,958**	0,921**
Pénzhányad mutató	-0,948**	-0,037	0,029	-0,271*	-0,958**	1	-0,941**
Szállítók fedezettségi mutatója	0,910**	0,020	0,011	0,291*	0,921**	-0,941**	1

Forrás: saját számítás a 2019. évi beszámolók összesített adatai alapján

A második faktorhoz tartozó mutatók esetében szintén kizártam az idegen tőke aránya mutatót a korábban már említett okok miatt, és csak a tőkeerőséget, az eladósodási fokot és a befektetett eszközök arányát hasonlítottam össze. A minden esetben kivétel nélkül erősen szignifikáns a kapcsolat ($p=0,00$) és közepesen erős vagy erős, ahogy ez az 5. táblázatban is látható.

5. táblázat: A 2019. évi beszámolók adataiból képzett mutatók korrelációja

	Tőkeerősség	Eladósodási fok	Befektetett eszközök fedezettsége
Tőkeerősség	1	-0,695**	0,596**
Eladósodási fok	-0,695**	1	-0,844**
Befektetett eszközök fedezettsége	0,596**	-0,844**	1

Forrás: saját számítás a 2019. évi beszámolók összesített adatai alapján

Végül a harmadik faktorhoz tartozó mutatókra végzett korrelációs vizsgálat, melyet a 6. táblázat szemléltet, az első faktorhoz hasonló problémákat vet fel. Két változó csak egymással mutat gyenge kapcsolatot. A nettó szállítói adósságállomány és a nettó adósságállomány között a korreláció $r(87) = 0,225$, $p = 0,037$.

6. táblázat: A 2019. évi beszámolók adataiból képzett mutatók korrelációja

	Nettó eladósodottság	Tőkefezülségi mutató	Nettó adósságállomány	Nettó szállítói adósságállomány	Tőkefinanszírozási mutató
Nettó eladósodottság	1	0,887**	0,143	0,124	-0,869**
Tőkefezülségi mutató	0,887**	1	0,096	0,056	-0,849**
Nettó adósságállomány	0,143	0,096	1	0,225*	-0,050
Nettó szállítói adósságállomány	0,124	0,056	0,225*	1	-0,002
Tőkefinanszírozási mutató	-0,869**	-0,849**	-0,050	-0,002	1

Forrás: saját számítás a 2019. évi beszámolók összesített adatai alapján

Az első faktor mérőszámai, melyek a kórházak likviditását hivatottak reprezentálni, a KMO index alapján (0,0705) és a Bartlett teszt értelmében ($\chi^2(21) = 876,494$, $p = 0,00$) alkalmasak a faktoranalízisre. A második faktor esetében, mely az intézmények tőkeerősségéről tájékoztat minket, a KMO index 0,673-as értéke a megfelelő értéknél kicsit gyengébb, de még

így is elfogadható ($\chi^2(3) = 162,469$, $p = 0,00$). Végül a harmadik faktor mutatói, melyek az eladósodottságot írják le, szintén alkalmasak a faktoranalízisre ($KMO = 0,745$; $\chi^2(10) = 269,618$, $p = 0,00$).

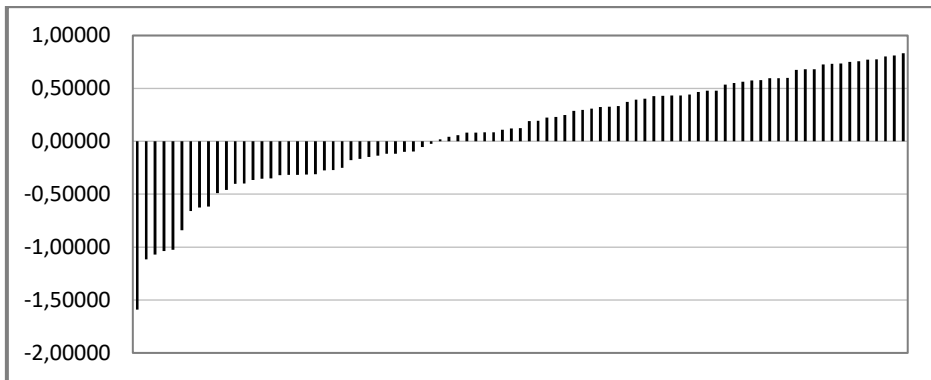
A **Likviditás faktort** pozitívan befolyásolják az abban megjelölt mutatók kivétel a pénzhányad és a befektetett eszközök aránya, amelyek azzal ellentétesen hatnak, amit úgy lehet interpretálni, hogy a nagyobb érték kedvező adatot jelez, de a kiugróan magas érték már felvet problémákat és részletesebb vizsgálat szükséges az érintett intézmény esetében. A 4. ábra nem szemlélteti a Petz Aladár Megyei Oktató Kórházat (7,09), az Országos Onkológiai Intézetet (4,09) és a Szent László Kórházat (1,52) a jobb áttekinthetőség érdekében, továbbá ezen kórházak külön vizsgálata is szükséges az említett nagyon magas érték miatt, hogy feltárjuk nem a kiugróan rossz pénzhányad mutató okozza-e esetleg az adatot.



4. ábra: A 2019. évi beszámolók adataiból képzett likviditás faktor értékek

Forrás: saját számítás a 2019. évi beszámolók összesített adatai alapján

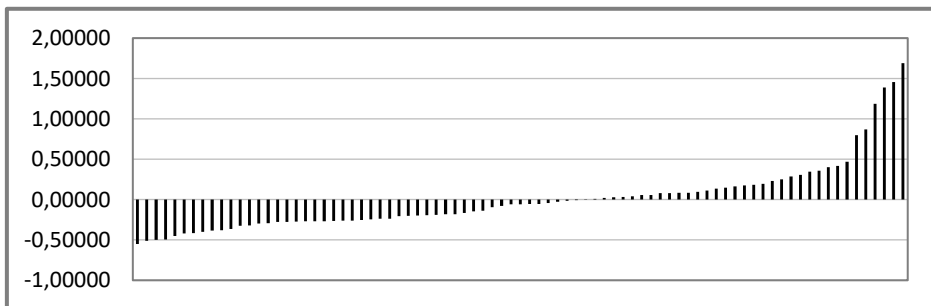
A **Tőkeerősség faktort** mind a három bevont mutató kedvezően befolyásolja és összességében úgy tekintjük, hogy a faktor magasabb értéke jobb tőkeerősségről tanúskodik. Az 5. ábrán látható a vizsgált intézmények tőkeerősség szerinti rangsorolása a Szent Rókus Kórház kivételével. A kórház helyzete ugyanis a többi intézményhez képest lényegesen rosszabb, a mutató értéke -7,9.



5. ábra: A 2019. évi beszámolók adataiból képzett tőkeerősség faktor értékek

Forrás: saját számítás a 2019. évi beszámolók összesített adatai alapján

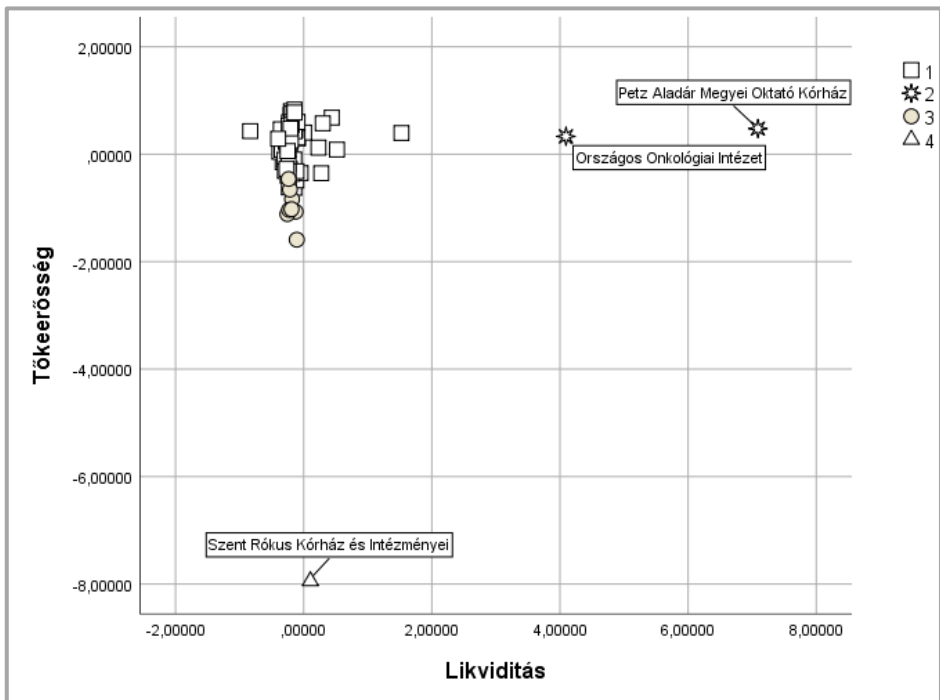
Az **Eladósodottság faktort** a tőkefinanszírozási mutató befolyásolja csak negatív irányba, míg a nettó eladósodottság, a tőkefeszültségi mutató, a nettó adósságállomány és a nettó szállítói adósságállomány pozitív irányba. Összességében a mutató alacsonyabb értéke kedvezőbb helyzetet reprezentál. Szintén nem tüntettem fel az ábrán a Szent Rókus Kórházat, mert az nehezítette volna a *6. ábra* áttekinthetőségét $-6,9$ -es faktorértékével. Hasonlóan a Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház $3,86$ -es értékével és a Nagyatádi Kórház $2,6$ -es értékével. (A faktor esetében fontos a tőkefinanszírozási mutató áttekintése is, annak kiugróan magas vagy alacsony értéke befolyásolhatja az eladósodottság megítélését az említett elmentés hatása miatt).

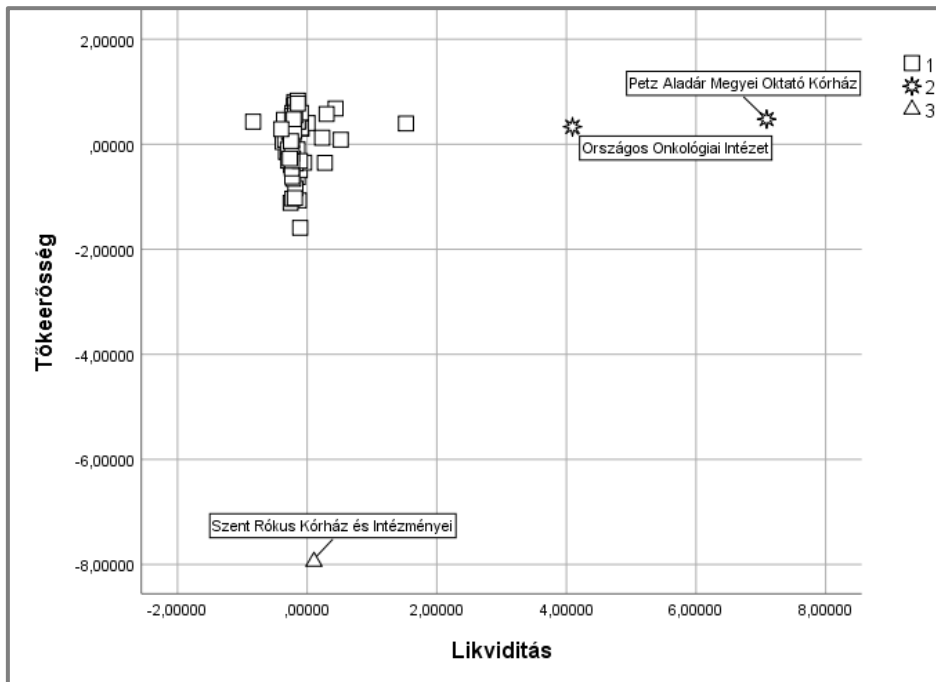


6. ábra: A 2019. évi beszámolók adataiból képzett eladósodottság faktor értékek

Forrás: saját számítás a 2019. évi beszámolók összesített adatai alapján

A faktorok segítségével klasztereket képeztem, melynek során megvizsgáltam, hogy a kórházak a 2013-as évhez hasonlóan továbbra is négy csoportba sorolhatók-e. Azt tapasztaltam, hogy a Likviditás és a Tőkeerősség együttes vizsgálata során a négyes csoport helyett a hármas klaszterszerkezet megfelelőbbnek bizonyult. Amint az a 7. ábrán is látható a négyes csoportképzés esetén a négyzettel és körrel jelölt kórházak között nincs éles eltérés, sőt átfedés is látható egy-egy kórház esetében, így őket helyesebb egy klaszterben szerepeltetni. A hármas klaszterszerkezetet a 8. ábra szemlélteti. Jól látható, hogy a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház egy csoportot alkot az Országos Onkológiai Intézettel elkülönülve a többi intézménytől, hasonlóan a hármas klaszterhez, ahol csak a Szent Rókus Kórház és Intézményei található.

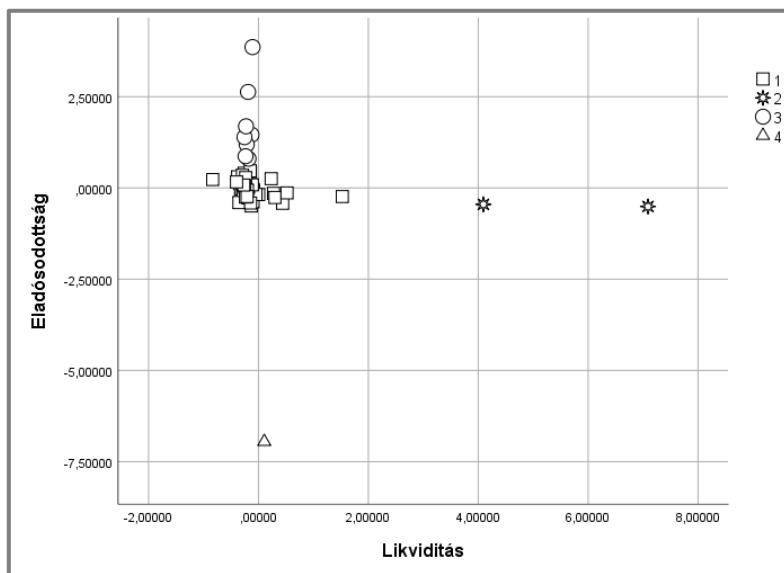




8. ábra: Az egyes klaszterek a likviditás és a tőkeerősség faktorváltozók alapján

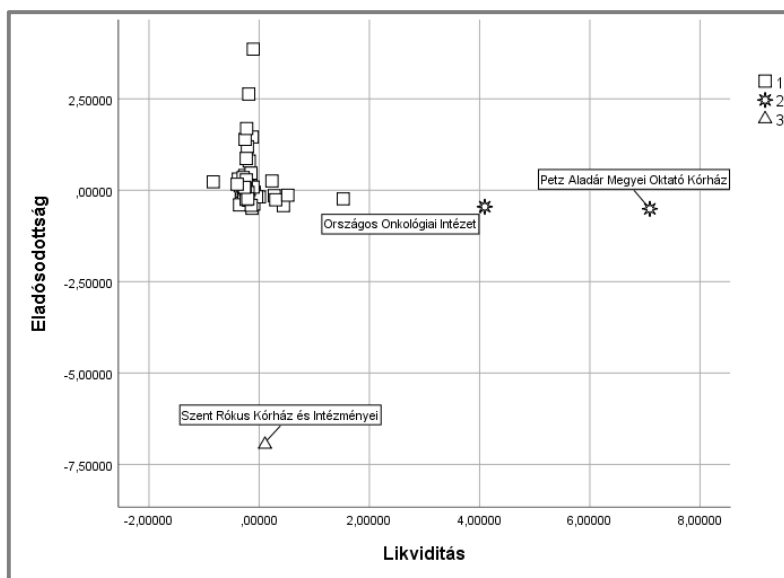
Forrás: saját számítás a 2019. évi beszámolók összesített adatai alapján

Az Eladósodottság és a Likviditás faktorok esetén felmerül a négyes klaszterszerkezet alkalmazásának létjogosultsága. Hiszen azt látjuk, hogy bár közel helyezkednek el a hármas és az egyes klaszter kórházai, még sincs átfedés közöttük és elkülöníthetőek egymástól a csoportok határvo-nal segítségével, ahogy azt a 9. ábra is mutatja, szemben a hármas csoportosítással, ahol az első klaszter szemlátomást sokkal homogénebb. Ez utóbbit a 10. ábra szemlélteti. Tehát külön csoportba kerül a Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, a Nagyatádi Kórház, az Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet, a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, a Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ Hódmezővá-sárhely-Makó, a Gróf Esterházy Kórház és Rendelőintézeti Szakrendelő és a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókór-ház.



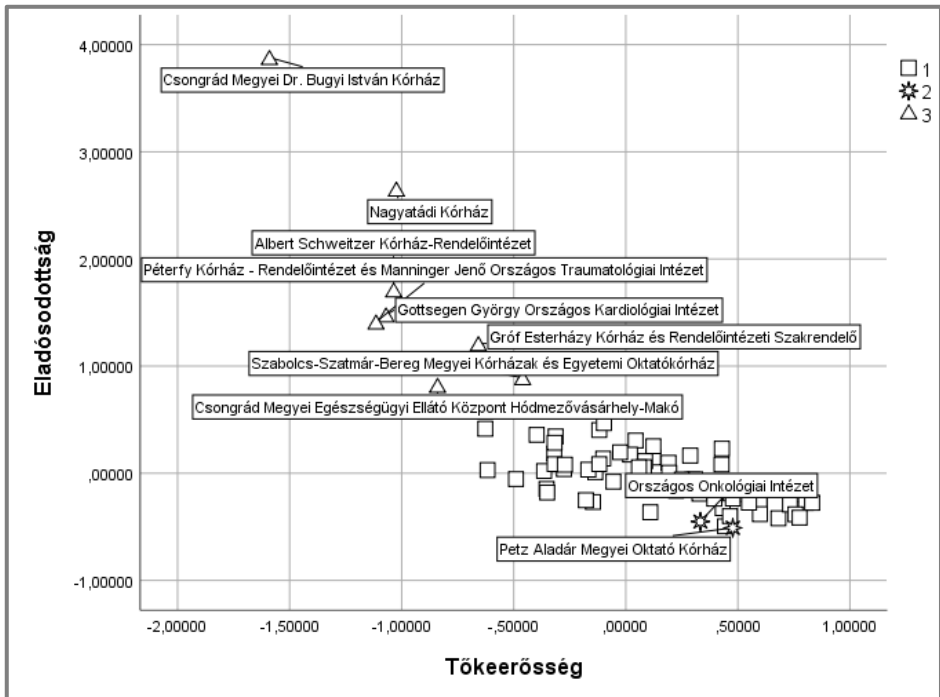
9. ábra: Az egyes klaszterek a likviditás és az eladósodottság faktorok alapján

Forrás: saját számítás a 2019. évi beszámolók összesített adatai alapján



10. ábra: Az egyes klaszterek a likviditás és az eladósodottság faktorok alapján

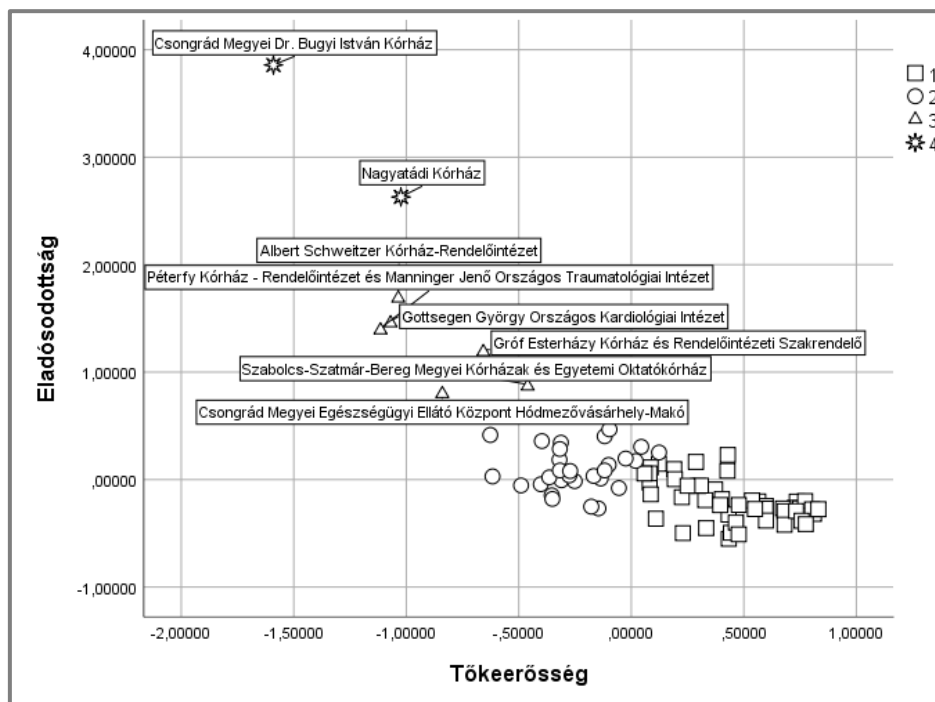
Forrás: saját számítás a 2019. évi beszámolók összesített adatai alapján



12. ábra: Az egyes klaszterek tőkeerősség és az eladósodottság faktorok alapján

Forrás: saját számítás a 2019. évi beszámolókat összesített adatai alapján

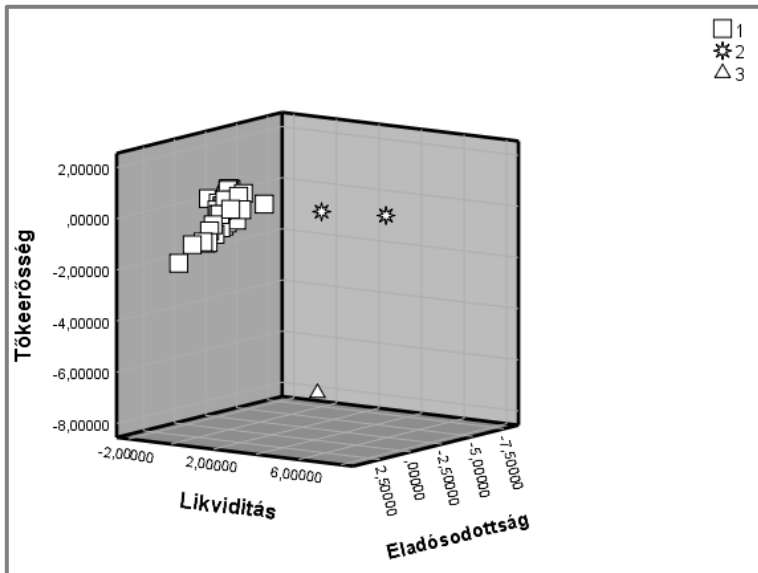
Tovább vizsgáltam a lehetséges klasztereket, csak a tőkeerősséget és az eladósodottságot figyelembe véve megnéztem, milyen új struktúra alakul ki, természetesen továbbra is kizárva a Szent Rókus Kórház és Intézményeit, és így már egyértelműen kirajzolódott a négyklaszteres struktúra, ahogy a 13. ábrán is látható.



13. ábra: Az egyes klaszterek a tőkeerősség és az eladósodottság faktorváltozók alapján

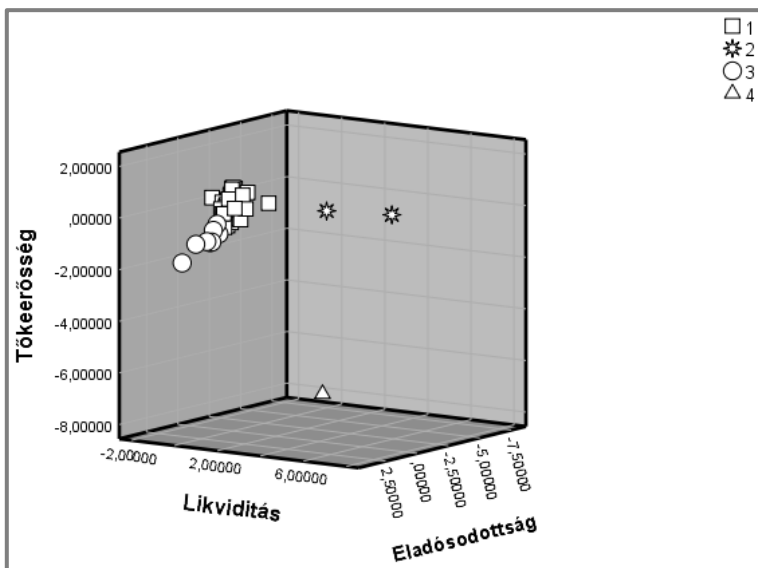
Forrás: saját számítás a 2019. évi beszámolók összesített adatai alapján

Legvégül az eredeti klasztercsoportok alapján, háromdimenziós térben ábrázoltam mind a három, mind a négy klaszteres struktúrát, ami tökéletesen kihozta az egymástól eltérő kórházcsoportokat. Ezt szemlélteti a 14. és a 15. ábra. A csillaggal jelölt kórházak az Országos Onkológiai Intézet és a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház. A háromszöggel jelölt a Szent Rókus Kórház és Intézményei. A 15. számú ábrán pedig körrel van jelölve a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, a Nagyatádi Kórház, a Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ Hódmezővásárhely-Makó és a Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház.



14. ábra: Az egyes klaszterek (3) a tőkeerősség és az eladósodottság faktorváltozók alapján

Forrás: saját számítás a 2019. évi beszámolók összesített adatai alapján



15. ábra: Az egyes klaszterek (4) a tőkeerősség és az eladósodottság faktorok alapján

Forrás: saját számítás a 2019. évi beszámolók összesített adatai alapján

A fentiek alapján azt a következtetést vonhatjuk le, hogy egy-egy intézmény kivételével a teljes szektor azonos gondokkal küzd, úgy mint a nem megfelelő likviditás és az eladósodottság vagy annak fenyegetése. Továbbá megállapítottam, hogy a tőkeerősség is a kórházak több mint felénél alacsony szintű, illetve azon intézmények esetében, ahol pedig megfelelő, ott sem tekinthetjük ezt stabilnak. Ez az alulfinanszírozottság és eladósodottság, ami kihat a bérekre is, felveti annak a kérdését, hogy ki lehet-e zárni a hálapénzt a rendszerből.

A hálapénz

A hálapénz egyéb jogcímen kapott olyan jövedelem, amely után **2020. július 1-jétől** 15,5% szociális hozzájárulási adót kell fizetni, amely a bevétellel szemben költségként számolható el. Valamennyi egészségüggyel foglalkozó kutatás felteszi a kérdést, hogy a hálapénz megjelenik-e az adóbevallásokban adóköteles jövedelemként. Becsülhető-e annak mértéke akkor, ha az többnyire láthatatlan a hivatalok számára. Az egészségügyi ellátórendszer tartálékai kimerültek, szükség lenne az eddig láthatatlan jövedelmek bevonására. Sokan vélik úgy, hogy az orvosi hálapénz tekintélyes része, hasonlóan a más szakmákban jelenlevő láthatatlan jövedelmekhez, elkerüli az adózást. A kutatás egyik kérdése, hogy miként vélekedik a társadalom, az érintett orvosok és a szélesebb közvélemény a hálapénz kérdéseiről.

7. táblázat: A hálapénz megítélése az orvosok és a lakosság körében

	Teljesen	Inkább	Inkább	Egyáltalán	Válaszok száma
	egyetért		nem ért egyet		
A hálapénz adása megnyugtató a beteg számára, mert úgy érzi, ezzel extra figyelmet vásárol magának.					
Orvosok	20%	45%	18%	17%	124
Lakosság	26%	28%	20%	26%	180
Amíg az állam nem fizeti meg orvosait, addig az orvosok joggal fogadják el a hálapénzt.					
Orvosok	53%	26%	12%	9%	124
Lakosság	40%	28%	16%	16%	180
A hálapénz kényelmetlen és megalázó mind az orvosnak, mind a betegnek.					
Orvosok	70%	20%	7%	3%	124
Lakosság	30%	35%	21%	14%	180

Forrás: saját szerkesztés Bognár et al., (2000) alapján, 2020.09.01.–2020.10.15. közötti felmérés összesítés

Kérdőíves kutatásom összeállítása során Bognár és szerzőtársai (2000) forrására támaszkodtam. Az említett szakirodalomban a szerzők számos állítást fogalmaztak meg a hálapénz kérdéskörével kapcsolatban, ezekből választva és az ő interjúalany csoportjaikat alkalmazva készítettem el saját kutatásomat. A 2020.09.01. és 2020.10.15. között 352 db linket küldtem ki 149 egészségügyi szolgáltatónak (orvos) és 203 db a közvéleménynek, akik az egész országban az általam felnőttképzésben 2020-ban országosan oktató hallgatók köréből kerültek ki. A lefolytatott kérdőíves kutatás során számos válasz érkezett vissza részemre. A *7. táblázatban* jól látható, hogy orvosok tekintetében 124 fő volt a válaszadók száma, míg a lakosság vonatkozásában ez 180 fő töltötte ki a kérdőívet, amely 86,36%-os kitöltési arány kimagaslónak mondható.

A hálapénz megítélésével kapcsolatban 3 állítás vonatkozásában az egyetértés mértékére voltam kíváncsi:

- a hálapénz adása megnyugtató a beteg számára, mert úgy érzi ezzel extra figyelmet vásárol magának;
- amíg az állam nem fizeti meg orvosait, addig az orvosok joggal fogadják el a hálapénzt;
- a hálapénz kényelmetlen és megalázó mind az orvosnak, mind a betegnek.

A hálapénz megnyugtató hatásával kapcsolatban teljes az egyetértés az orvosok és a lakosság között a kérdőív során visszaérkezett válaszok alapján abban, hogy megnyugvást jelent a hálapénz, mert nagyobb mértékű törődésre, fokozottabb odafigyelésre számítanak általa. A lakosság több, mint fele (54%) nyilatkozott úgy, hogy teljes mértékben vagy inkább egyetért az állítás helyességével, az orvosok körében ez még magasabb arányban történt meg, az orvosok 65%-a szerint helyes az állítás. Az „amíg az állam nem fizeti meg orvosait, addig az orvosok joggal fogadják el a hálapénzt” megfogalmazott állítás tekintetében elmondható, hogy az orvosok több, mint fele, tehát a megkérdezett 124 fő orvos közül 65 fő értett egyet azzal, hogy joggal fogadja el egy orvos a hálapénzt, mert a fizetése nem megfelelő mértékű. A lakosság körében a teljes mértékben való egyetértés kicsit alacsonyabb szintű, de a megkérdezettek köre szintén nagy arányban, 180-ból 72 fő (40%) úgy gondolkodik, hogy az orvosi munkabér nem elégséges, így jogos a hálapénz elfogadása. Az orvosok 9%-a, a lakoságnak pedig 16%-a véli úgy, hogy egyáltalán nem ért egyet azzal, hogy a hálapénz indokolt az alacsony fizetések miatt.

A hálapénz által kiváltott érzelmek mindenkiben mások, viszont sokan érzik azt, mint ahogy a kutatás során kapott válaszok is igazolják, hogy megalázó és egyben kényelmetlen is hálából pénzt adni egy orvosnak. Az orvosok rendkívül magas százaléka (70%) ért teljesen egyet vele, hogy a hálapénz intézménye megaláztatással jár együtt. A 180 fő lakosság körében megkérdezett személy 65%-a ért teljesen vagy inkább egyet az-
zal, hogy a hálapénz kényelmetlen számára és az orvosok számára is. Jól látszik ezekből az adatokból, hogy mind a lakosság, mind az orvosok inkább egy kötelező rosszként tekintenek a hálapénzre.

A magyar kormány elismerte, hogy a magyar orvosok helytállásának is köszönhető, hogy Magyarország sikeresen küzdött meg a koronavírus-világjárvánnyal, ugyanakkor az egészségügyi rendszer kiadásának és lehetséges forrás összetételének megváltoztatásáról döntött a béremelésre és a hálapénz megszüntetésére vonatkozó törvény elfogadásával.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény szerint

- csak egészségügyi szolgálati jogviszony keretében lehet egészségügyi tevékenységet és az egészségügyi szolgáltató működőképességének, illetve az egészségügyi szolgáltatások üzemeltetésének biztosítására irányuló tevékenységet végezni;
- az egészségügyi szolgáltató működőképességének, illetve az egészségügyi szolgáltatások üzemeltetésének biztosítására irányuló tevékenységek szabályait a Kormány rendeletben határozza meg.

8. táblázat: Egészségügyi bruttó bérek szélső értékei a felsőfokú végzettségűekre (Ft)

Szolgálati idő	Bér	Minimum	Maximum
2021. január 1-jétől			
0-2 év	481 486	385 189	577 783
41 év felett	1 666 040	1 332 832	1 999 248
2022. január 1-jétől			
0-2 év	619 053	495 242	742 864
41 év felett	2 142 051	1 713 641	2 570 461
2023. január 1-jétől			
0-2 év	687 837	550 270	825 404
41 év felett	2 380 057	1 904 046	2 856 068

Forrás: 13 174. sz. törvényjavaslat, Azénpénzem.hu számítás, Lenkei (2020)

Összegzés

Az egészségügyi ellátórendszernek további tartalékai a jelenlegi struktúrában nincsenek, az egészségügyi intézmények jelentős mértékben eladósodtak. Az intézmények közül azok kevésbé tőkeerősek és jobban eladósodottak, amelyeknél a sürgősségi és baleseti ellátás igénybevétele az adott körzetben a legnagyobb. A klaszter- és a faktoranalízis módszertana alkalmas arra, hogy feltárjuk a jelentős eltéréseket, összefüggéseket keressünk az eladósodottság, a tőkeerősség és a likviditás között. A magánegészségügyi rendszerben igénybe vett szolgáltatások köre évről évre 5-6 százalékkal bővül, amelynek mértéke lassan eléri az 1.000 milliárd forintot.

A magánegészségügyi rendszer jelentős tényerését mutatja, hogy Lantos (2018) számítása szerint a magánkiadás mértéke 2015-ben 847 milliárd forint volt.

A hálapénz törvény általi megszüntetésével egyrészt vélhetőleg több forrás áramlik az állami költségvetésbe, másrészt a közszférában dolgozó egészségügyi szakemberek jövedelme néhány év alatt megközelíti a magán egészségügyi szférában dolgozókéét. A jövedelemnövekedés következménye a humán erőforrás megtartó erő mellett a szolgáltatási színvonalának emelkedése is lehet.

Irodalomjegyzék

- Baltic, J. (2011): Crisis of the welfare state in the European Union. The impact of the world financial crisis on the welfare state.
<http://www.megatrendreview.com/files/articles/015/08.pdf>
(Utolsó letöltés: 2020.10.05.)
- Bognár G. – Gál R. I. – Kornai J. (2000): Hálapénz a magyar egészségügyben.
http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/735/1/Kszemle_CIKK_311.pdf
(Utolsó letöltés: 2020.11.17.)
- Esping-Andersen, G. (1991): Mi a jóléti állam? In.: Ferge, Zs. – Lévai, K. (szerk.): A jóléti állam. ELTE Szociológiai Intézet. Budapest, pp. 116–132.
- Hegedűs, M. (2015): Az egészségügy intézményi rendszerében végbement és folyamatban lévő integrációs folyamatok gazdasági hatásainak értékelő elemzése, Doktori (PhD) értekezés, Nyugat-magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola, Sopron.

- Lantos, G. (2018): A párhuzamos valóság – a magán-egészségügyi rendszer kiépülése
https://www.tarki.hu/sites/default/files/trip2018/286-308_Lantos_Gabriella_Egeszsegugyi_adatok.pdf (Utolsó letöltés: 2020.11.17)
- Lenkei, G. (2020): Összesen 8 ezer forint hálapénz adható majd.
<https://azenpenzem.hu/cikkek/osszesen-8-ezer-forint-halapenz-adhato-majd/7156/>
(Utolsó letöltés: 2020.11.05)
- Nedelka, E. (2020): Regional differences in welfare and well-being in the European Union. *Gazdaság és Társadalom*, 2019(1), 24–42.
DOI: 10.21637/GT.2019.1.02.
- Sapir, A. (2006): Globalization and the Reform of European Social Models, *Journal of Common Market Studies*. 44(2), 369–390.
DOI: 10.1111/j.1468-5965.2006.00627.x
- Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény