

GKI Gazdaságkutató Zrt.

AZ ÁLLAMHÁZTARTÁS FENNTARTHATÓSÁGA ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGY ÖSSZEFÜGGÉSEI

Készült a

Költségvetési Tanács

megbízásából

a KVT/27-1/2024 szerződés alapján

Budapest, 2024. június 17.

GKI Gazdaságkutató Zrt.

1056 Budapest, Váci u. 84.

1461 Budapest, Pf. 232.

[http:// www.gki.hu](http://www.gki.hu)

+36-30-0147848

gki@gki.hu

A kutatást vezette és az összefoglaló tanulmányt írta:

Udvardi Attila

A kutatásban részt vett:

Dr. Molnár László

Udvardi Attila

© GKI Gazdaságkutató Zrt.

A tanulmánynak vagy részeinek bármely módon való sokszorosítása tilos.

A tanulmány megállapításai csak a forrás megjelölésével idézhetők.

Tartalomjegyzék

1. Vezetői összefoglaló	2
2. Finanszírozásra ható tényezők	8
2.1. Demográfia	8
2.2. Életmód	9
2.3. Fő betegségek és halálokok	13
2.4. Jövedelmek, árak	17
2.5. Szabályozás és a technológia hatásai	18
3. Egészségügyi kiadások nemzetközi összehasonlításban.....	21
4. A magyar finanszírozás sajátosságai	23
4.1. A forrásszerkezet változása	26
4.2. Fő finanszírozó: az Állam	28
4.3. Másodlagos finanszírozó: a magántőke	36
4.4. Várható trendek	41
5. Az egészségügy fő kihívásai	43
5.1. Alapellátás	43
5.2. Szakellátás	46
5.3. A kihívások összefoglalása és a tervezett/elkezdett változtatások	49
6. Finanszírozási vonatkozások és fenntarthatóság	51
6.1. Alapellátás	55
6.2. Szakellátás	57
6.3. COVID tapasztalatok	60
7. Függelék	61
7.1. Szakirodalmi források	61
7.2. Rövidítések.....	64

Bevezetés

E tanulmány célja az egészségügyi rendszer államháztartásban betöltött szerepének, kiadási súlyának, szükségletének bemutatása és értékelése. Bemutatásra kerülnek az egészségügy finanszírozását befolyásoló tényezők (demográfia, életmód, morbiditás, halálozás, jövedelmek, árak, szabályozás, technológiai fejlődés), az egészségügy finanszírozási szerkezete és ennek változása a finanszírozás pillérei alapján, melyből kiemelt hangsúlyt kap az állami egészségügy. Végül bemutatjuk az egészségügy finanszírozási problémáit és javaslatokat fogalmazunk meg az átalakítási lehetőségekre.

A tanulmány **aktualitását** különösen az egészségügyi ágazat egyes finanszírozási pillérei szerkezeti arányainak változása, ezzel egyidejűleg a szerkezet magánszektor irányába történő elmozdulása, majd a COVID következtében jelentkezett többlet állami szükséglet következtében fellépő pótlólagos költségvetési kiadások miatti visszarendeződése adja.

A jelentés műfaja jövőorientált hatástanulmány, amelynek **kiindulópontját** a témára vonatkozó dokumentumok képezik, **középpontjában** pedig a makrogazdasági összefüggések, a témából és a statisztikai nyomon követésből adódó lehetőségek és korlátok figyelembevételével a helyzet kvantitatív és kvalitatív jellegű feltárása áll.

Az alkalmazott **kutatási módszer** kevert, azaz **kvalitatív** elemzésből (irodalomkutatás: a témára vonatkozó szakirodalmi források összegyűjtése, rendszerezése, kritikai elemzése és kommentálása, majd következtetések levonása) és **kvantitatív vizsgálatból** (statisztikai adatok értelmezése és elemzése) áll.

A tanulmány vezetői összefoglalóját követő **második fejezet** az egészségügy finanszírozását befolyásoló tényezők alakulását mutatja be. A **harmadik fejezet** nemzetközi összehasonlításban értékeli a magyar egészségügyi kiadások alakulását. A **negyedik fejezet** az egészségügy finanszírozási szerkezetét és ennek változását mutatja be a finanszírozás pillérei alapján, különös tekintettel az állami finanszírozásra. Az **ötödik fejezet** a magyar egészségügy fő problémáit, az átalakítási elgondolásokat és ezek finanszírozási vonatkozásait vizsgálja, a **hatodik fejezet** pedig javaslatokat fogalmaz meg az egészségügy finanszírozásának átalakítási lehetőségeire. A tanulmányt a szakirodalmi forrásokat, a jogszabályokat és más hivatalos dokumentumokat, valamint a rövidítéseket tartalmazó függelék zárja. A téma kutatása során vált egyértelművé, hogy a tanulmány **súlyponti részét** az **5-6. fejezet** alkotja.

A tanulmány megírásakor arra törekedtünk, hogy az egyes fejezetek önmagukban is érthetők legyenek, megállják a helyüket. Az anyagban szövegek közötti hivatkozásokat alkalmaztunk a tanulmány végén található szakirodalmi forrásokra (érdemi elemzéseket tartalmazó szakirodalmi források, illetve jogszabályok és más hivatalos dokumentumok bontásban).

1. Vezetői összefoglaló

Magyarország egészségügyi rendszere többszereplős rendszerként határozható meg, melynek biztos szereplője a finanszírozó. Az egészségügyi ellátások igénybevételét az állam különböző feltételek megvalósulása esetén támogatja a központi vagy önkormányzati költségvetésből vagy az Egészségbiztosítási Alapból azzal, hogy létezik olyan ellátás, amely külön térítési vagy kiegészítő térítési díj ellenében vehető igénybe, valamint a rászorultaknak lehetősége van a közgyógyellátás terhére történő igénybevételre.

A magánfinanszírozás térnyerése ellenére továbbra is **az állam stratégiai tervei, illetve a költségvetés mindenkori állapota befolyásolja azt, hogy szükségleteihez mérten milyen minőségben tudja a lakosság igénybe venni az egészségügyi ellátásokat.** Hosszú távon az emberek egészségének előmozdítását, megtartását célzó rendszer akkor lehet hatékony és fenntartható, ha nemcsak a jelen szükségleteit elégíti ki, hanem képes finanszírozni a gyógyítás és a technológiai fejlődés meghatározta igényeket is. **Természetesen oly módon lehetetlen ezt elérni, ha a költségvetés folyamatosan deficitese, rendszeres a tartozásállomány, illetve nincsenek olyan rendszerszintű törekvések, amelyek reform szinten kezelnék a finanszírozás problémáit.**

A finanszírozás megvalósulását négy finanszírozási pillér teszi lehetővé, melyek a társadalombiztosítás, az üzleti- és betegbiztosítás, az önkéntes kölcsönös egészségpénztár, valamint a közvetlen kifizetés (jelenleg a magánegészségügyben, korábban a hálapénz is ide tartozott). Az egészségügy működésének alapjait az állam az éves költségvetési törvényekben jóváhagyott keretek alapján az egészségügy finanszírozásával biztosítja. A finanszírozás másik formája a magánfinanszírozás, amely megvalósulhat a teljes térítésből vagy önrészfizetésből (co-payment), amelynek megfizetése nélkül a beteg nem jut hozzá a közfinanszírozású szolgáltatásokhoz, függetlenül attól, hogy a fizetési kötelezettséget maga vagy az egészségpénztár teljesíti. Az egészségügyre vonatkozó szabályozások köre szerteágazó, összetett, a jogszabályok sokszor módosultak. Utóbbi nehezíti a jogszabályi környezet átláthatóságát, miközben a változáskezelés további korrekciókat igényelne. **Az egészségügyi finanszírozást költségvetési problémák terhelik, hosszú évtizedek óta szélesedik a szakadék az egyének szükségletei, valamint a központi költségvetés teherbíró képessége között.** Az ellátási rendszer és a finanszírozás struktúrájában nem történt a költséghatékonyságot és a minőséget átfogóan javító módosítás.

Számos befolyásoló tényező létezik, amelyik hatással van az egészségügyi kiadások alakulására, ugyanakkor mivel ezek önálló hatásai mellett egymásra is bonyolult struktúrában hatnak, nehéz azonosítani és elkülöníteni az egyéni hatásokat. Az egészségügyi technológiák széleskörű elterjedése mellett meghatározó szerepe van például a demográfiai változásoknak, az adminisztratív költségek emelkedésének, a finanszírozási szabályok változásának, a személyi jövedelmek növekedésének, illetve az egészségügyi árszínvonal emelkedésének.

Az élettartam növekedése és ezzel párhuzamosan az **idősebb korosztályok arányának emelkedése** a finanszírozási szükségleten keresztül **egyre nagyobb terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre**. Hiába emelkedik a várható élettartam, nem mindegy, hogy az idős korosztályok egészségben vagy betegségben élik meg ezeket az éveiket.

A magyarországi halálozások mintegy feléért az **életmóddal összefüggő kockázati tényezők** felelősek. A legfrissebb egészségfelmérés szerint a lakosság egynegyede napi szinten dohányzik, mely a harmadik legmagasabb arány az EU-ban. A lakosság egynegyede elhízott, mely aránnyal az EU27 országok közül szintén a harmadik helyet foglaljuk el. A **felnőttek 40%-a legalább egy krónikus betegséggel él**, mely arány magasabb, mint az EU-tagállamokban átlagosan (36%). A keringési betegségek - melyek a halálozások több mint felét teszik ki - SHH¹ mutatója az ötödik legmagasabb az EU tagállamok között. A **rosszindulatú daganatos megbetegedések Magyarországon a halálozások közel egynegyedéért felelősek**. E betegségek SHH mutatója a **legmagasabb az EU tagállamok között**. A **COVID19** több mint 46 ezer halálesetet okozott Magyarországon, mely egymillió lakosra vetítve 4,8 ezer fő és a második legmagasabb érték az EU-ban.

A közgazdászok és az egészségügyi szakértők többé kevésbé egyetértenek abban, hogy **gazdasági súlyunkhoz képest nem költünk eleget az egészségügyre**. 2006-ban a GDP 7,8%-át fordítottuk az egészségügyre, mely **2022-re 6,8%-ra csökkent**. **Utóbbi az EU-tagállamok közül a negyedik legalacsonyabb**, 4,1 százalékponttal marad el az EU27 országok átlagától. A teljes egészségügyi költsésein belül alacsonynak számít az állami (tágabban közösségi, vagy köz-) költség mértéke, de ezt némileg ellensúlyozza, hogy nálunk viszonylag magas a magánkiadások aránya. A **vásárlóerőparitáson számított egy főre jutó egészségügyi kiadás tekintetében** csak 5 országot (Görögország, Horvátország, Szlovákia, Bulgária, Románia) előzünk meg, s az EU27 átlagának mindössze 60%-án állunk.

Az egészségügyi kiadásokból az egyes alrendszerek aránya csak kis mértékben változott, a kormányzati költség az összes kiadás 71%-áról 68%-ára csökkent 2003 és 2019 között, majd a COVID két éve alatt **72%-ra nőtt**. A háztartások 2019-ben 25%-ot finanszíroztak, az önkéntes pénztárak 3%-ot.

A **magyar állami egészségügyi kiadások GDP-hez mért aránya az elmúlt évtizedben jelentősen elmaradt EU27 országok átlagától**, ráadásul ez az elmaradás a 2020-ban kezdődő COVID pandémia következtében számottevően nőtt. A magyar állami kiadások GDP-aránya a 2013 4,8%-ról a 2020-21-es megugrásnak köszönhetően 5,4%-ra emelkedett, majd **2022-ben a járvány elmúltával 4,9%-ra csökkent vissza**. Csehországtól átlagosan mintegy 2 százalékponttal, Szlovákiától közel 1

¹ A standardizált halálozási hányados (SHH) a tényleges és a várható halálozás hányadosa, amely érték azt hivatott kifejezni, hogy egy adott (akár területi, akár egyéb módon csoportosított) népességcsoport relatív mértékben mennyire tér el egy referencianépesség értékeitől (KSH Népeségtudományi Intézet).

százalékponttal maradtunk el a 2013 és 2021 közötti időszakban. Egy csoportban vagyunk azonban Romániával, Bulgáriával és Lengyelországgal, ahol 4-5% között hullámozik a mutató. 2022-ben a jelentős orvosi és szakdolgozói bérfejlesztés ellenére újra csökkent a GDP-arányos államháztartási egészségügyi kiadás, ami az egészségügy újbóli háttérbe szorulását jelenti. **Magyarország a 2021-es adatok alapján az EU-tagállamok közül a GDP-arányos állami költségben a 23. helyen állt, tehát a legtöbb országokhoz képest fejlettségéhez és jövedelemcentralizációjához viszonyítva kifejezetten keveset költött az egészségügyre.**

A kormányzat végső fogyasztási kiadásainak egyötödét (2738 milliárd forintot a KSH szerint) költötte egészségügyre 2022-ben, mely egy 2013 óta fokozatosan csökkenő trend eredménye. E folyamatot ideiglenesen törte meg 2020-ban és 2021-ben a COVID, mely az egészségügy, mint funkció jelentőségét emelte. E két évben a kiadások 24%-a ment egészségügyi célokra. **A 2022-es kiadás összege 2,2-szerese a 2010-esnek, reálértéken 43%-kal (éves átlagban 3,6%-kal) növekedett.**

Az egészségügy finanszírozásának egyik legalapvetőbb problémája Magyarországon az, hogy **a társadalom előregedése miatt egyre inkább támaszkodik az ellátórendszerre.** Ezzel párhuzamosan az **egyre kevesebb háziorvos** az ellátás felsőbb szintjeire, a költségesebb járóbeteg és a fekvőbeteg ellátásra ró nagyobb terhet. Mind az állami, mind pedig a magánegészségügyi kiadásokat jelentősen emelik az infláció felett **dráguló egészségügyi szolgáltatások költségei.** Az egészségügyi kiadások gyors emelkedését az elmúlt években jelentősen gyorsította az **ápolók és az orvosok bérének részleges rendezése.** A problémahalmaz további eleme, hogy az egészségügy már hosszú évek óta küzd a **kettős finanszírozás** problémájával. A beruházások, eszközpótlások rendszere sokkal rosszabbul működik, mint a működési költségek finanszírozása. Az elhasználódott eszközök nagyrészt működési pénzekből pótlódnak, mivel a **működtetés jelenlegi finanszírozási rendszere nem nyújt fedezetet az amortizációra.** A fenti forrásokon túl az egészségügy átmeneti finanszírozását biztosítja pl. az előleg, a hitel és a kölcsön. Magyarországon jelenleg a **szállítókkal szembeni lejárt tartozás** tartós jelenség az egészségügyben. A jelenlegi ellátórendszer és finanszírozási rendszer mellett folyamatosan újratermelődik a kórházi adósság, ezért fenntarthatósága nem biztosított. Az időszakos konszolidáció (pl. 63 milliárd Ft 2024. áprilisban) nem szünteti meg a probléma forrását. Az egészségpolitikában fokozatosan megjelenő **új prioritások rövid- és középtávon kiadásnövelő hatásúak.** Jelenleg ennek egyik fő eleme a **praxisközösségek** ösztönzésére létrehozott pótlólagos háziorvosi finanszírozás, mely az előregedő háziorvosi állomány veszélyeire kíván választ adni. A **digitális egészségügyi fejlesztések** segítik növelni az alapellátásban definitív ellátást kapó betegek számát, hozzájárulnak az orvos-beteg találkozók számának csökkenéséhez és kényelmesebbé, adatvezérelté teszik az egészségügyi ellátást. A **kórházi infrastruktúra és eszközpark fejlesztése** az egynapos sebészet további fejlesztését, a kórházban töltendő idő csökkentését, a betegizolálási lehetőségek javítását, a kórházi fertőzések további visszaszorítását is elősegíti. Emellett a

technológiai innováció egyre nagyobb jelentőséggel bír az egészségügyben és az egészségügyi kiadások egyik legfontosabb mozgatórugójának tekinthető.

A fentiekben felsorolt kérdésekre és problémákra az állami egészségügy csak részben tud választ adni. Az egészségügy szervezeti és érdekeltségi rendszere, kínálati struktúrája, valamint az erre hivatott állami szervezet gyakran módosul, **a rendszerszemlélet hiánya, a stratégiai gondolkodás adminisztratív módszerekkel, tűzoltással való helyettesítése alapvető probléma.** Az orvos- és szakdolgozói fizetések emelése és a **hálapénz visszaszorítása** megoldott részproblémákat, de egy általános **egészségügyi reform** híján csak részeredményekhez vezetett, miközben **új feszültségeket** is létrehozott. **Az orvosok** a hálapénz megszűnése következtében, mivel megemelt fizetésük nem függ például a műtétek számától és bonyolultságától, **nem érdekeltek az operációk elvégzésében.** A kórházak nem érdekeltek a teljesítmény növelésében, kapacitásaik kihasználásában, a minőségi munkában. **Minőségi követelményekre** lenne szükség az intézményekkel és az intézményeken belül az orvosokkal szemben is. Sajnos a katonás szemlélet (pl. blokkoló órák bevezetése) inkább ellene hat a valós változásoknak.

Egyre inkább növekszik a kereslet a színvonalas egészségügyi ellátás iránt. A felmerülő problémák hatására, **egyre gyakrabban kerül előtérbe a (valamilyen fokú) privatizáció kérdése, mint az egészségügy finanszírozási válságára adható lehetséges megoldás.** A betegek egyre nagyobb számban áramlanak a magánegészségügybe. A közegészségügy finanszírozásának gyengesége, valamint a hálapénz kivezetése miatt az állami kórházak teljesítménye nem tud lépést tartani a betegek igényeivel, akik így **egyre többen és egyre több betegségükkel szorulnak ki az állami ellátórendszerből.** Az orvosok külföldre áramlását a magánszférába való átmenetel váltotta fel, ami kikényszeríti a betegek ennek megfelelő átáramlását. (Ha az orvos béremelést nem követi a bérek karbantartása, úgy a külföldre áramlás újból megindulhat.)

A magánszférában és az állami finanszírozásban pont ellentétes szempont érvényesül. Míg az állami kiadások a kórházi ellátásra helyezik a hangsúlyt, addig a magánszférában a járóbeteg-rendelések finanszírozása a kimagasló. Ez egyáltalán nem véletlen, a fő ok **a kettős finanszírozás tilalma.** Emiatt egy ellátást Magyarországon ma vagy állami, vagy magánforrásból lehet finanszírozni. Emiatt a **betegek jelentős része csak a relatíve olcsóbb járóbeteg-ellátás költségeit képes saját forrásból kifizetni,** a legalább egy nagyságrenddel drágább kórházi ellátást csak sokkal kevesebben engedhetik meg maguknak. Mivel a társadalom döntő hányada sem a jelenben, sem a jövőben nem lesz képes megfizetni a magánegészségügy szolgáltatásait (főként nem a komolyabb beavatkozásokat), **kiemelt fontossággal bír a költségvetési forrásokból megvalósuló egészségügyi ellátások finanszírozásának biztosítása, ráadásul a jelenlegihez képest magasabb színvonalon.**

A nagyon széleskörű problémahalmazból kiindulva első körben komplex átalakítási javaslatok megfogalmazása lenne célszerű. Kiindulásképpen újra kellene gondolni az **intézményfinanszírozás** rendszerét, beleértve ebbe az állami intézményeket és a magánszférát is (az azt igénybe vevők indokolt költségeinek megtérítésével). Ennek előfeltétele az **egészségügy szakmai és költségvetési stratégiájának elkészítésre és végig vitelére képes irányítás** kialakítása. A költségvetés struktúrájának átalakítása többek között az egészségügy előtérbe helyezését is jelenthetné.

A hatékony ellátási struktúra, a valós költségeken alapuló finanszírozás és az átlátható és hatékony kórházi (és szakrendelői) gazdálkodás segítheti elő a kórházi adósság újratermelődésének és az évenkénti feltőkésítésének az elkerülését, s ennek eredményeként a fenntartható működés elérését. A COVID-járvány egyik tanulsága, hogy az egészségügyi rendszernek időnként pótlólagos finanszírozásra van szüksége, melyre a létrehozott alapba a „békeidőkben” beáramló és felhalmozódó tartalékok biztosíthatnak teljes vagy részleges fedezetet.

A magán és állami egészségügy szigorú szétválasztása a finanszírozás megújításának fontos problémája, mivel ennek megoldásával elkülöníthető és átlátható a kórházon belül és kívül ugyanazon orvos által végzett állami és magán ellátás. E kérdések megoldásában várhatóan nagy szerep jut majd a digitalizációnak, az orvos- és betegadatok digitális, akár felhő alapú nyilvántartásának.

Mindenképp megfontolandó az **egészségügyi szolgáltatók vállalkozási lehetőségeinek bővítése is** olyan szolgáltatások esetében, amelyek a kötelezően biztosítandó kapacitásokon felüli erőforrások értékesítésére vonatkoznak, és az állami tulajdonú, de vállalkozási tevékenységet szabadon folytató egészségügyi szolgáltató döntési körébe tartoznak. Az új bevételi források esetében a gazdasági érdekek mellett ugyanolyan fontos szempont, hogy érvényesüljön az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés elve. Ezen kockázatok mérséklésére megfelelő mechanizmusok, garanciák kidolgozása is feladat.

Extrém terheléssel járó vészhelyzetekben (pl. COVID járvány), a fekvőbetegellátó hálózat kapacitása jól kihasználható a hirtelen megnövekedett feladatok ellátására. A többletkapacitás a nyugalmi időszakban azonban a jelenlegi finanszírozási rendszerben sok esetben nem képes bevételt termelni kihasználatlansága miatt. Ezért megfontolandó **a jelenlegi finanszírozási rendszer kiegészítése olyan módszerekkel, melyek a folyamatosan jelentkező és az egyszeri költségeket is kezelni képesek.**

A COVID válság okozta finanszírozási problémák és az átcsoportosított többletkapacitások biztosítása miatt célszerű volna megvizsgálni az Egészségügyi Alap bevételeinek növelésére irányuló lehetőségeket. Az egészségügyi bizonytalanságból adódó félelmek sokak számára felértékelik az egészségügyi szolgáltatást, részben az egyén szintjén, ugyanakkor a munkáltatóknak is fontosabb szempont lesz az egészségügyi ellátás biztosítása. Az ellátórendszer fenntarthatósága felszínre hoz olyan új megoldásokat, amelyek akár üzleti keretek között engednek hozzáférést a

közfinanszírozott egészségügyi kapacitásokhoz (pl. kiegészítő egészségbiztosítás). Egy ilyen megoldás a társadalom részére is előnyökkel járhat, mivel a többletbefizetés az ellátórendszer fejlesztésére fordítható.

Nem mehetünk el amellett, hogy a kormány által az egészségügy megreformálását érintő, helyes irányba mutató változtatások is kiegészítő finanszírozást igényelnek. Fontos lenne **az áttérés a valós gazdálkodásra**, amelynek alapja a valós működési költségek elismerése. Ennek keretében az egészségügyi beruházások esetében is **el kellene ismerni az amortizációt költség elemként**, amelyből a kórházak és szakrendelők, de a háziiorvosi praxisok is biztosíthatnák eszközbeszerzéseiket. Ez javítaná az eszközök kihasználtságát is (mivel megnőne az érdekeltség ebben).

2. Finanszírozásra ható tényezők

Az egészségügyi rendszerekkel szemben követelmény, hogy hozzáférhetőek, hatékonyak és időtállóak legyenek. Abban mindegyik rendszer megegyezik, hogy állandó nyomásnak van kitéve. A feltételek folyamatos alakulása következtében ugyanis állandóan meg kell újulnia, alkalmazkodva a megváltozott körülményekhez, ami kedvezőtlen hatást gyakorolhat az egészségügyi ráfordításokra. Számos befolyásoló tényező létezik, amelyik hatással van az egészségügyi kiadások alakulására, ugyanakkor mivel ezek önálló hatásai mellett egymásra is bonyolult struktúrában hatnak, nehéz azonosítani és elkülöníteni az egyéni hatásokat. Az egészségügyi technológiák széleskörű elterjedése mellett meghatározó szerepe van például a demográfiai változásoknak (idősödés), az epidemiológiai változásoknak (a krónikus betegségek jelentette terhek növekedése), a munkaerőhiánynak, az egészségügyi szakemberek egyenlőtlen földrajzi megoszlásának, a betegek erőteljesebb érdekérvényesítő képességének, az adminisztratív költségek emelkedésének, a finanszírozási szabályok változásának, a személyi jövedelmek növekedésének, illetve az egészségügyi árszínvonal emelkedésének. Az alábbiakban bemutatjuk e hatások közül a leginkább jelentőseket.

Az egészségügy működésével kapcsolatos problémák egy országban sem vizsgálhatók függetlenül az egészségi állapottól, mivel ezek egymásra kölcsönösen ható tényezők. Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők nem csak az egyént, de az egész társadalmat terhelő kockázati tényezők is. **A társadalom egészségi állapota befolyásolja az ellátórendszer iránti mindenkori szükségletet**, az egészségügyi, szociális ellátás elérhetősége (hozzáférés) és az egészségügyi és gyógyszerellátás minősége pedig visszahat az egészségi állapotra.

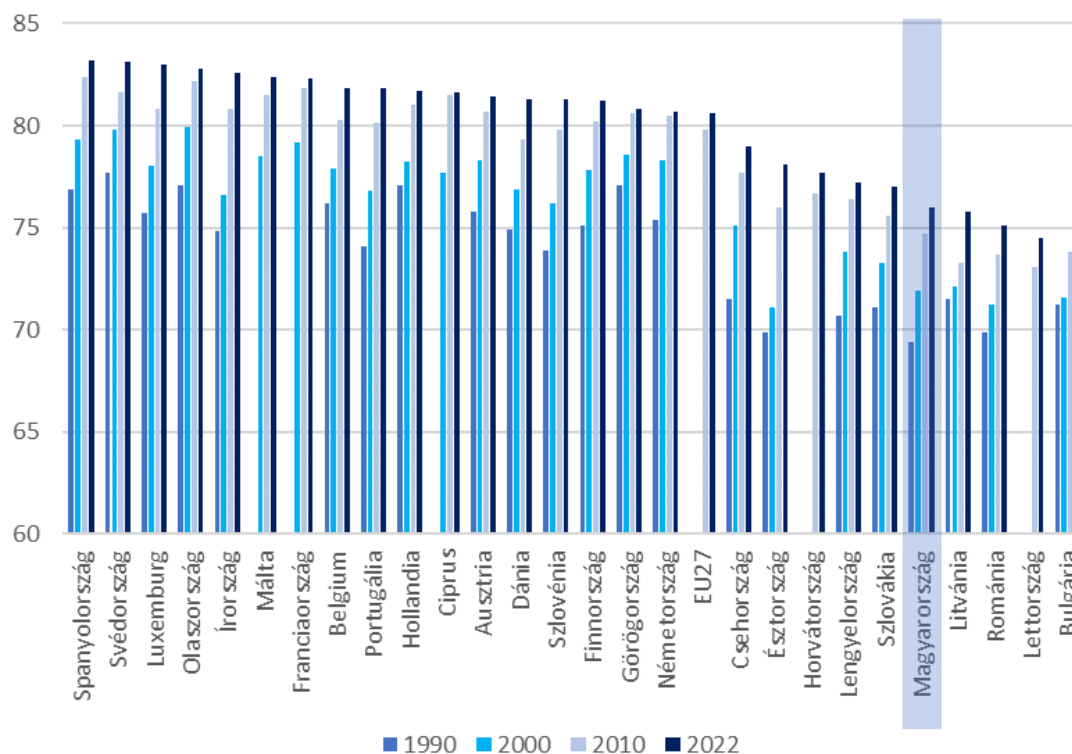
Az egészségi állapotot meghatározó tényezők a következők: életmód, genetikai tényezők, környezeti hatások, egészségügyi ellátás. Ez utóbbi 11%-ot képvisel. Kiemelendő az életmódnak (43%), a genetikai tényezőknek (27%) és a környezeti hatásoknak (19%) a szerepe (Varga-Hatos, Karner 2008). Ahhoz, hogy hatékonyan működő egészségügyi rendszerünk legyen – amely képes megvalósítani az egészségi állapot maximalizálását –, fontos megtalálni az egyensúlyt a hatásosság és hatékonyság között, illetve az egyéni és társadalmi jólét között.

2.1. Demográfia

Magyarországon a születéskor várható élettartam 2000 és 2022 között 71,9 évről 76 évre nőtt. Ennek ellenére **2022-ben a születéskor várható élettartam 4,4 évvel elmaradt az EU egészének átlagától**, és alacsonyabb volt például, mint a hasonló gazdasági és társadalmi fejlődési pályát bejáró Csehországban, Lengyelországban vagy Szlovákiában. **A magyar nők átlagosan majdnem hét évvel tovább élnek, mint a férfiak.** Ez a nemek közötti különbség nagyobb, mint az EU egészében és nagyrészt annak tudható be, hogy a férfiak jobban ki vannak téve különböző kockázati

tényezőknek, különösen a dohányzásnak vagy a túlzott alkoholfogyasztásnak, illetve akár a munkahelyi ártalmaknak is.

Születéskor várható élettartam 1990-2022 (év)



Forrás: Eurostat

Az élettartam növekedése és ezzel párhuzamosan az idősebb korosztályok arányának emelkedése a finanszírozási szükségleten keresztül egyre nagyobb terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre. Hiába emelkedik a várható élettartam, nem mindegy, hogy az idős korosztályok egészségben vagy betegségben élik meg ezeket az éveiket. A **születéskor egészségesen várható élettartam** 2021-ben a férfiak esetében 61,7 év, mely 5,2 évvel magasabb, mint 2010-ben, 63,5 év a nőknél, 4,6 évvel magasabb, mint 10 évvel korábban (KSH). A 65 évesen egészségesen várható átlagos élettartam a férfiak esetében 7,1, míg a nőknél 7,7 év volt 2021-ben (2010-ben 5,5, illetve 6 év). Amennyiben a várható élettartam emelkedése az egészségben várható élettartam növekedésével párhuzamosan megy végbe, az ellátórendszerre nem kerül pótlólagos teher.

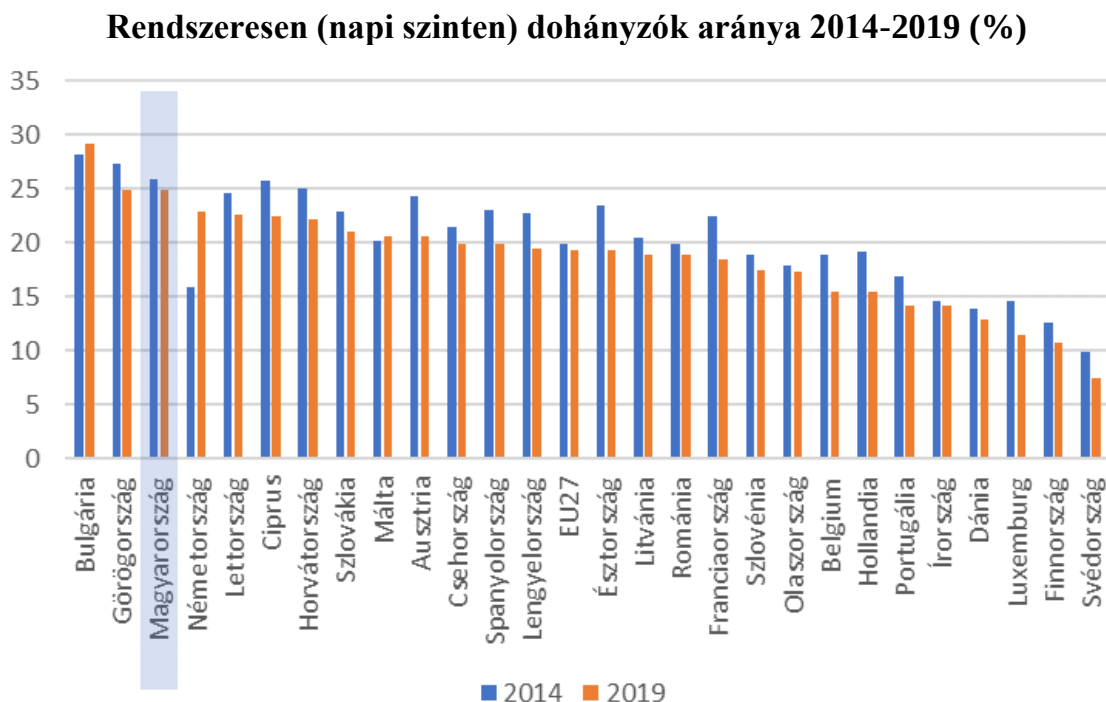
2.2. Életmód

A magyarországi halálozások mintegy feléért az életmóddal összefüggő kockázati tényezők felelősek. Más uniós országokhoz képest Magyarországon viszonylag magas a **túlzott alkoholfogyasztás** mind a serdülők, mind a felnőttek körében. Az elhízott

felnőttek aránya szintén meghaladja az uniós átlagot (State of Health in the EU Magyarország Egészségügyi országprofil 2021, továbbiakban State of Health 2021²).

A **dohányzás** élettani hatásai jól ismertek, a dohányfüstben lévő nikotin, amellet, hogy az erek falát károsítja és idő előtti érlemezsedést, szívinfarktust okozhat, függőséget kialakító droghatással is rendelkezik. A kátrány, illetve kémiai összetevői jelentős szerepet játszanak a tüdőrák, a gégerák s a hólyagrák kialakulásában. A szén-monoxid, mivel kölcsönhatásba lép az oxigént szállító hemoglobinnal, csökkenti a vér oxigénszállító kapacitását, s ez gátolja a szervezet oxigénellátását, a magzati fejlődést (Ádány 2011).

Magyarországon az Eurostat statisztikája szerint **2019-ben a lakosság egynegyede rendszeresen (napi szinten) dohányzott** (2014-ben ez az arány 26% volt), mely Bulgária és Görögország után a **harmadik legmagasabb arány az EU-ban**, illetve meghaladja az EU átlagát (19%).



Forrás: Eurostat

A dohányzók aránya az elmúlt két évtizedben lassabban mérséklődött Magyarországon, mint a legtöbb uniós országban. Magyarországon e hányados jelentős különbségeket mutat a nemek szerint: a magyar férfiak közel egyharmada naponta dohányzott 2019-ben, szemben a nők körülbelül egyötödével. A kamaszok körében szintén magas a dohányzók aránya: 2018-ban a 15 évesek 23%-a számolt be arról, hogy az elmúlt hónapban dohányzott, ami meghaladja a 18%-os uniós átlagot (State of Health 2021).

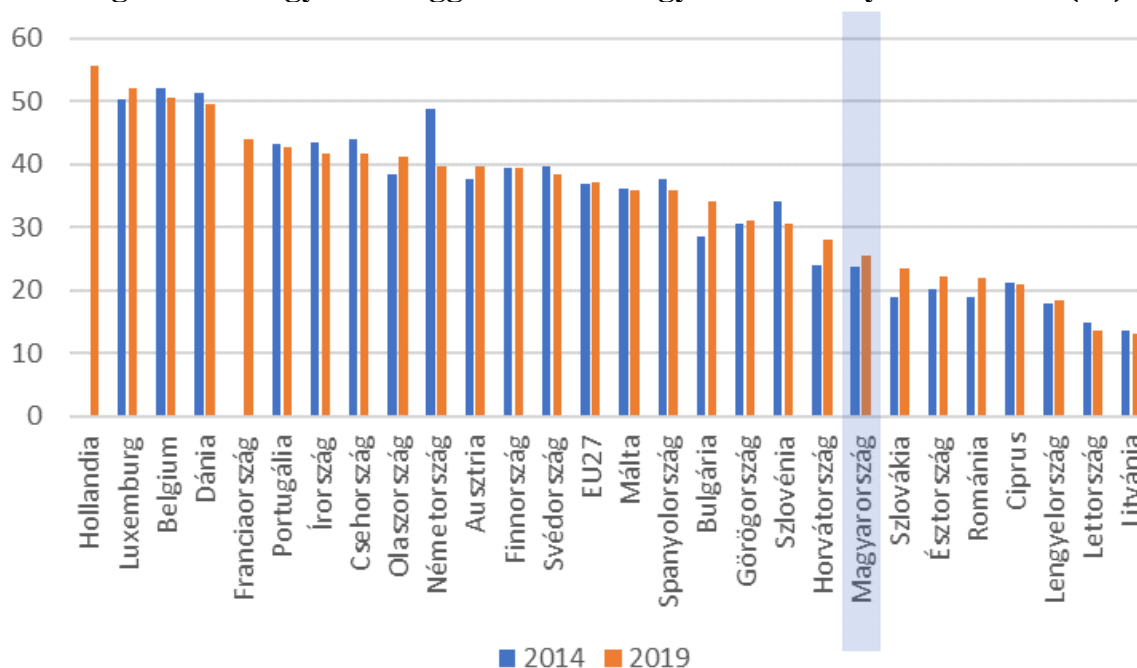
² A felmérés legfrissebb eredményei várhatóan 2024-ben jelennek meg.

A KSH Egészségügyi helyzetképe szerint 2022-ben a 16 éves és annál idősebbek több mint háromnegyede (77%) egyáltalán nem, egyötöde (20%) pedig napi szinten dohányzott. Utóbbi javulásként értékelhető a 2019-es felméréshez képest. A férfiak 25%-a, a nők 16%-a naponta dohányzik, arányuk minden korcsoportban magasabb a férfiak körében. A férfiaknál a napi dohányosok aránya korosztályról korosztályra jelentős mértékben nő, egészen a 35–44 éves korig (33%), utána azonban gyorsuló ütemben csökken. A nőknél a 25–34 éves korcsoportban ugrik meg jelentősen a napi szintű dohányzás, ami az aktív kor végéig nem is változik nagymértékben (19–20%), csupán a nyugdíjas korosztálynál figyelhető meg az arány csökkenése. A napi dohányzás gyakoribb az alacsonyabb iskolai végzettségűek és az alacsonyabb jövedelműek körében (KSH Egészségügyi helyzetkép 2022).

A huzamosabb időn keresztül fennálló, rendszeres **alkoholfogyasztás** súlyos károsodásokat okoz az egyén fizikai, pszichés állapotában, a közösségi életében, a tágabb környezet szociális-társadalmi jellemzőiben. Az alkoholos italokban megtalálható etil-alkohol az anyagcsere-folyamatok során keletkező acetaldehid károsító hatásának következtében potenciális sejtméregnek tekinthető, mely a szervezet minden sejtjére jelentős károsító hatást fejt ki (Kónya 2018).

Az Eurostat statisztikája szerint Magyarországon **2019-ben a lakosság egynegyede legalább heti rendszerességgel fogyasztott alkoholt** (2014-ben ez az arány 24% volt), mellyel az EU országainak utolsó harmadába tartoztunk, illetve elmaradtunk az EU átlagától (37%). E képet némiképpen árnyalja a **naponta fogyasztott alkohol mennyisége és típusa (alkoholtartalma), illetve a bevallási hajlandóság** (a dohányzással ellentétben az alkoholfogyasztás eltitkolása inkább jellemző).

A legalább heti gyakorisággal alkoholt fogyasztók aránya 2014-2019 (%)



Forrás: Eurostat

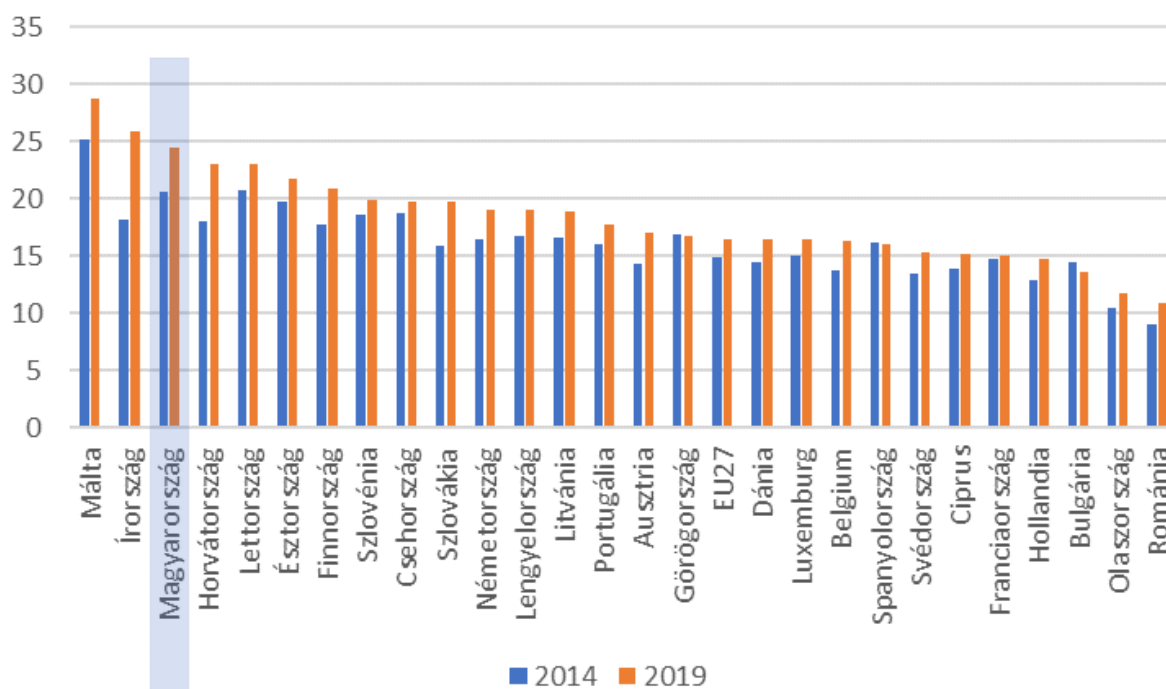
2019-ben a 15 éves és annál idősebb magyar állampolgárok átlagosan 11,4 liter tiszta alkoholt fogyasztottak évente, ami 5%-kal kevesebb, mint 2000-ben, de még mindig 13%-kal több az uniós átlagnál. A túlzott alkoholfogyasztás a serdülőkorúak körében is aggodalomra ad okot: 2018-ban a 15 évesek közel egyharmada számolt be arról, hogy élete során többször volt már részeg. Az uniós átlag alacsonyabb: a 15 évesek körülbelül egyötöde (State of Health 2021).

2022-ben saját bevallásuk szerint a 16 éves és annál idősebbek körében a férfiak 4,8%-a napi szinten, 12%-a hetente néhányszor fogyasztott alkoholt, míg a nőknek csak 0,6%-a ivott mindennap szeszes italt, 2,9%-a pedig hetente néhányszor. A legalább heti rendszerességű alkoholfogyasztás a férfiaknál az 55–64 éves korosztálynál éri el a csúcst. A nők közül a középkorúak isznak legnagyobb arányban legalább hetente alkoholt, de arányuk egyik korcsoportban sem éri el az 5%-ot. A napi alkoholfogyasztók aránya az életkor növekedésével mindkét nemnél folyamatosan nő (KSH Egészségügyi helyzetkép 2022).

A **testtömegindex** (BMI - body mass index) egy statisztikai mérőszám, az egyén testmagasságának és -tömegének arányát méri. Habár nem a tényleges testsírszázalékot mutatja, hasznos lehet egy egészséges testsúly meghatározásánál, figyelembe véve a magasságot. Mivel könnyű kiszámolni, a BMI-t széles körben alkalmazzák a túlsúlyosság felmérésére a lakosság körében (GKI, Udvardi 2019). Magyarországon az Eurostat 2019-re vonatkozó adatai szerint **a lakosság 25%-a tartozik az elhízottak csoportjába**, mely magasabb, mint a 2014-es arány (21%), illetve meghaladja az EU átlagát (17%). Ezzel az aránnyal **az EU27 országok közül a harmadik helyet foglaljuk el**.

A helytelen táplálkozási szokások részben megmagyarázzák az elhízottság egyre növekvő előfordulását Magyarországon. A 2019-es beszámolók szerint a felnőttek 45%-a nem fogyaszt naponta gyümölcsöt, és 55%-uk említette, hogy nem eszik naponta zöldséget (ez az arány nagyobb, mint a legtöbb uniós országban). **Az elhízottság és a túlsúly már a magyar gyermekek és serdülők körében is jelentős probléma**. 2018-ban csaknem minden negyedik 15 éves volt túlsúlyos vagy elhízott, ami a második legmagasabb arány az EU-ban. Egyes közelmúltbeli kormányzati intézkedéseket, mint a népegészségügyi termékadót azzal a céllal vezettek be, hogy kezeljék a gyermekkori elhízottságot (State of Health 2021). Szintén ezt célozta a mindennapi testnevelés is a közoktatásban.

Az elhízottak aránya 2014-2019 (%)



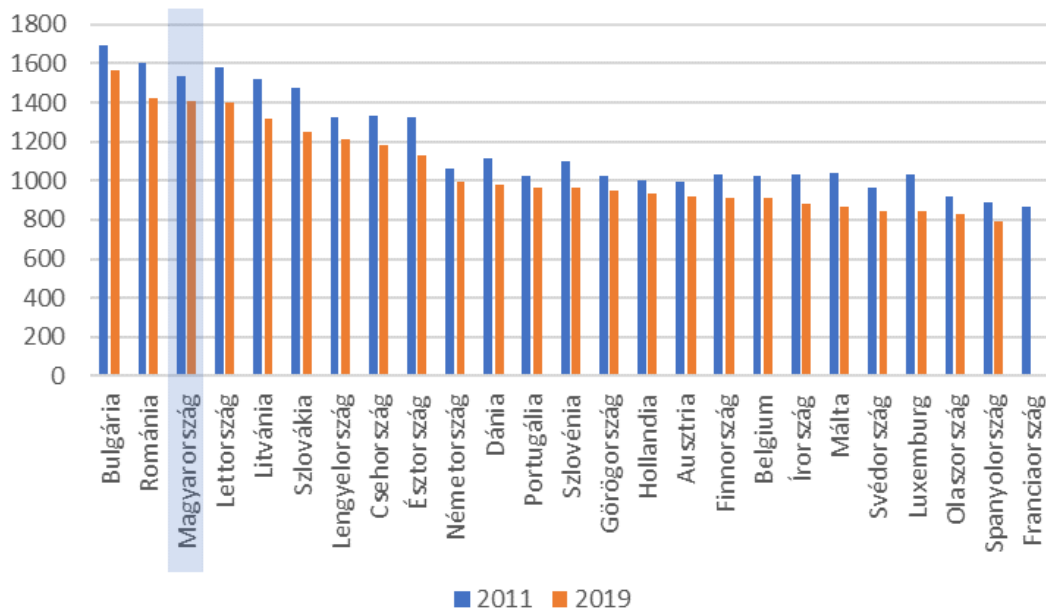
Forrás: Eurostat

2019-ben a felnőttek kevesebb mint 60%-a számolt be arról, hogy jó az egészségi állapota, ami elmarad az uniós átlagtól, amely megközelítőleg 70%. Magyarországon és az EU egészében is a magasabb jövedelműek nagyobb valószínűséggel számolnak be jó egészségi állapotról: 2019-ben a legmagasabb jövedelmi ötödbe tartozó magyarok 73%-a, míg a legalacsonyabb jövedelmi kvintilisbe tartozók 47%-a nyilatkozott úgy, hogy jó egészségnek örvend. Az uniós országok átlagos adatai magasabbak: a legmagasabb jövedelmi kvintilisben 79%, a legalacsonyabb jövedelmi kvintilisben 58% (State of Health 2021).

2.3. Fő betegségek és halálokok

Amennyiben különböző népségek halálozási statisztikáit kívánjuk összehasonlítani, figyelembe kell venni, hogy minden ország esetében más a lakosság korösszetétele. A standardizált halálozási hányados (SHH) a tényleges és a várható halálozás hányadosa, amely érték azt hivatott kifejezni, hogy egy adott (akár területi, akár egyéb módon csoportosított) népességszám relatív mértékben mennyire tér el egy referenciánépesség értékeitől (KSH Népeségtudományi Intézet). A KSH a mutatót százezer lakosra számítva és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által ajánlott módon az európai népesség korösszetételére standardizálva állítja elő. **A százezer lakosra számított ráta a teljes magyar lakosságra 1406 volt 2019-ben, 8%-kal alacsonyabb, mint 2011-ben. E javulás ellenére (mely elmaradt az EU tagállamok átlagos csökkenésétől) az EU27 országok közül Bulgária és Románia mögött a harmadik legmagasabb a mutató értéke. 2021-re a KSH adatai szerint a magyar mutató 1346-ra csökkent (2019-hez képest 4%-kal).**

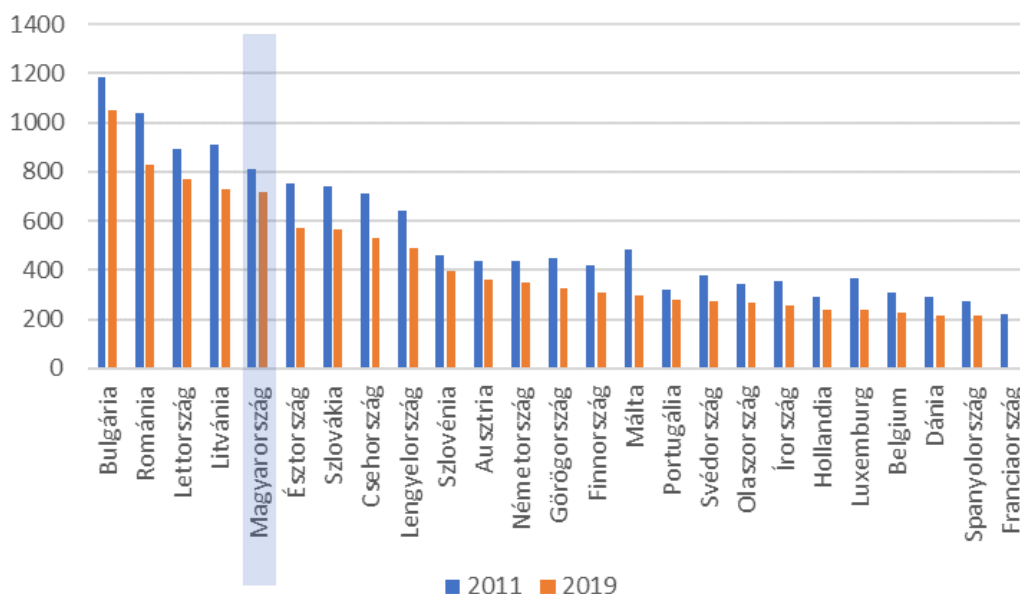
Standardizált halálozási hányados 2011-2019 (százezer lakosra)



Forrás: Eurostat

A keringési betegségek - melyek a halálozások több mint felét teszik ki - **SHH mutatója 2019-ben az ötödik legmagasabb (715) volt az EU tagállamok között.** 2011-hez képest itt 12%-os csökkenés következett be, mely alacsonyabb, mint az EU tagállamokban átlagosan mért 22%-os mérséklődés. 2021-re a KSH adatai szerint a magyar mutató 678-ra csökkent.

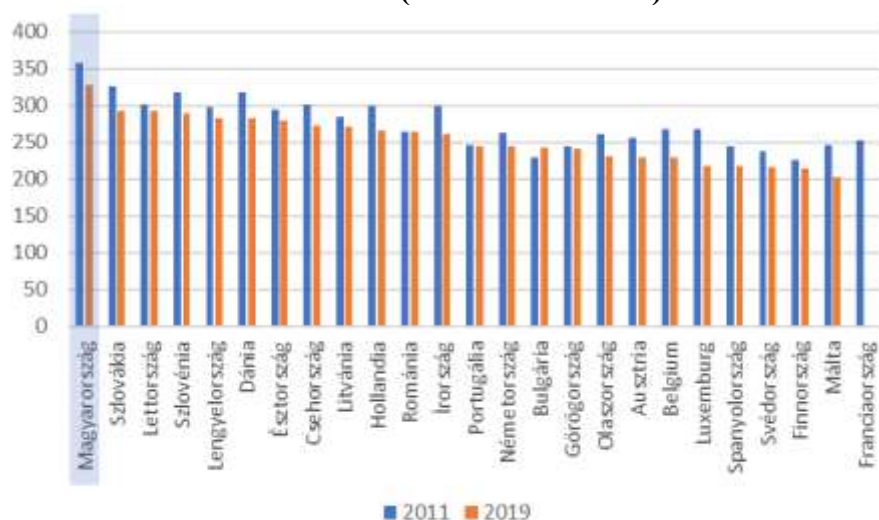
Standardizált halálozási hányados – keringési betegségek 2011-2019 (százezer lakosra)



Forrás: Eurostat

A rosszindulatú daganatos megbetegedések Magyarországon a halálozások közel egynegyedéért felelősek. E betegségek SHH mutatója 2011 után 2019-ben is a legmagasabb (328) volt az EU tagállamok között. 2011-hez képest itt 8%-os csökkenés következett be, mely megegyezik az EU tagállamokban átlagosan mért átlagos mérséklődéssel. 2021-re a KSH adatai szerint a magyar mutató 321-re csökkent.

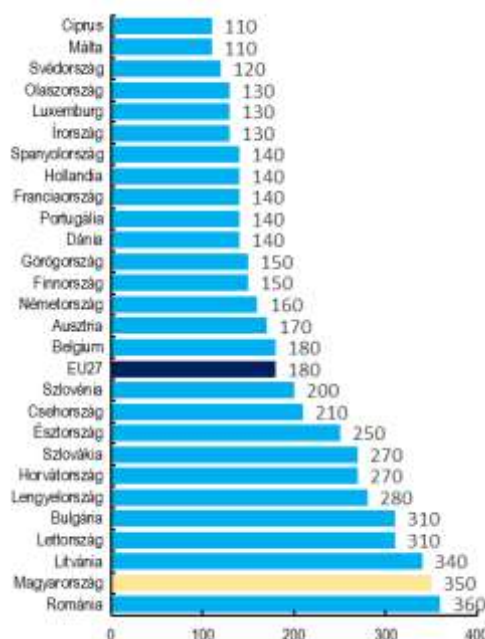
Standardizált halálozási hányados – rosszindulatú daganatos megbetegedések 2011-2019 (százezer lakosra)



Forrás: Eurostat

Az EU tagállamok közül az elkerülhető halálozások százezer lakosra jutó száma 2020-ban Magyarországon volt a második legmagasabb (350), mely 94%-kal meghaladja az EU27 átlagát (180). Relatív pozíciónk 2019-hez képest jelentősen romlott, melynek hátterében a COVID negatív hatásai állnak.

Elkerülhető halálozások száma 2019 (százezer lakosra)

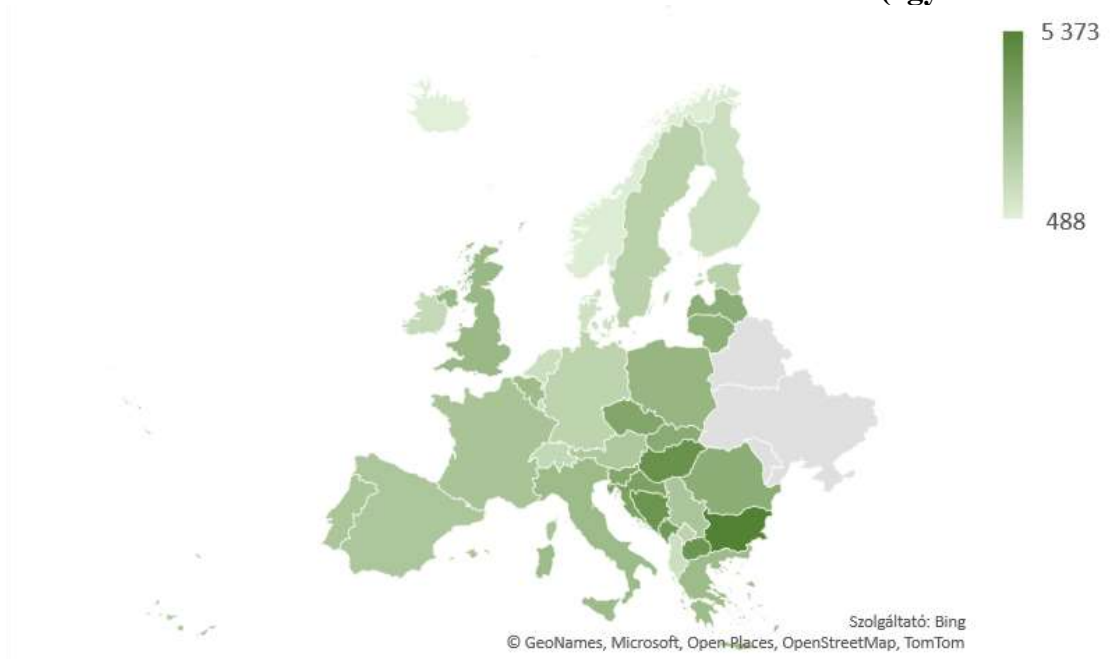


Forrás: Eurostat

2019-ben a felnőttek 40%-a legalább egy krónikus betegséggel élt, mely arány magasabb, mint az EU-tagállamokban átlagosan (36%). A krónikus betegségek előfordulását illetően is jelentős a jövedelmi csoportok szerinti különbség: a legalacsonyabb jövedelmű csoportba tartozó magyar felnőttek 46%-a számolt be arról, hogy legalább egy krónikus betegségben szenved, míg a legmagasabb jövedelmi csoportba tartozók csupán 30%-a nyilatkozott így. Ez a két számadat nagyjából összhangban van az uniós átlagokkal (State of Health 2021).

Magyarországon egymillió lakosra vetítve 4,7 ezer fő halt meg COVID19 vírus következtében, mely **Bulgária után a második legmagasabb érték az EU-ban** (Worldometres COVID19 coronavirus pandemic statistics). E két ország mellett Csehország és néhány balkáni ország mutatója haladja meg jelentősen az EU-átlagot. Az előző évek adatai alapján általában várható összes okból bekövetkezett halálozás és a ténylegesen tapasztalt halálozás közötti többlet, valamint a járvány kifizetésének bizonytalansága azt jelzi, hogy a COVID19 közvetlen és közvetett halálos áldozatainak tényleges száma a fenti számnál még magasabb (Molnár-Udvardi 2023).

A COVID-halálozások száma 2020. március – 2022. október (egymillió lakosra)



Forrás: OECD

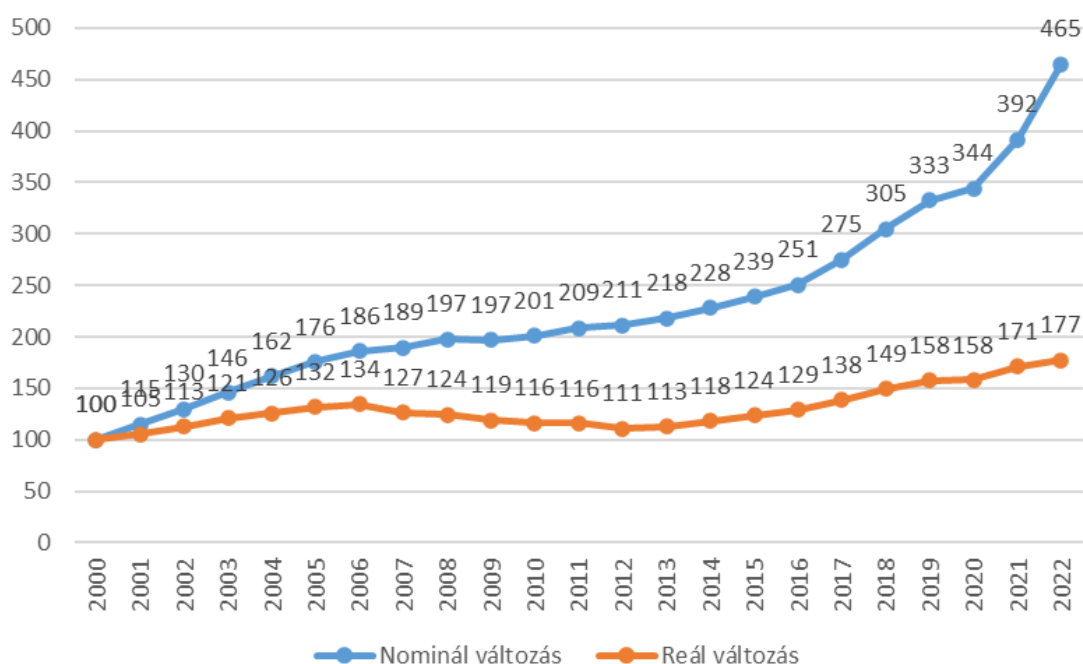
Az IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) Global Health Data Exchange adatbázisa szerint 2019-ben az összes halálozás közel egynegyede (24%) táplálkozási kockázatok miatt következett be hazánkban, mely magasabb, mint az EU-ban átlagosan (17%). A dohányzás, beleértve az aktív és a passzív dohányzást is, az összes halálozás további 21%-át okozta (EU-ban átlagosan 17%), míg a halálozások 7%-a az alkoholfogyasztásnak (EU-ban átlagosan 6%), 2%-a pedig a mozgásszegény életmódnak volt tulajdonítható. A légszennyezés, mely a legtöbb esetben a keringési és légzőszervi megbetegedésekhez, valamint a rák bizonyos típusaihoz kapcsolódik az

összes haláleset 7%-át okozta 2019-ben, mely az EU-átlagnál (4%) jóval magasabb arány.

2.4. Jövedelmek, árak

A háztartások kiadásainak önálló alrendszerét a hazai lakosság közvetlen „out of pocket” kiadásai (ide tartozik a mára jogszabályban betiltott hálapénz is), valamint az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerekhez transzferált pénzek jelentik. **A háztartások jövedelmének bővülése ezen kívül egyre nagyobb teret biztosít a magánegészségügyi ellátások piacának.** Egyes közfinanszírozott egészségügyi ellátások igénybevételi nehézségei, a várólisták növekedése egyre inkább a magánegészségügy felé terelik azokat a főként idősebb korosztályokat, akik jövedelmükből egyre inkább tudnak és hajlandók erre áldozni. **A háztartások jövedelme az ezredforduló óta több mint 4,5-szeresére bővült, mely reál értelemben 77%-os bővülést jelent.** Ezen belül is főként a 2015 utáni időszakban tapasztalható jelentős jövedelemkiáramlás, mely megfelel a magánegészségügyi piac bővülésének (Molnár-Udvardi 2023).

A háztartások jövedelmének alakulása 2000-2022 (2000=100)

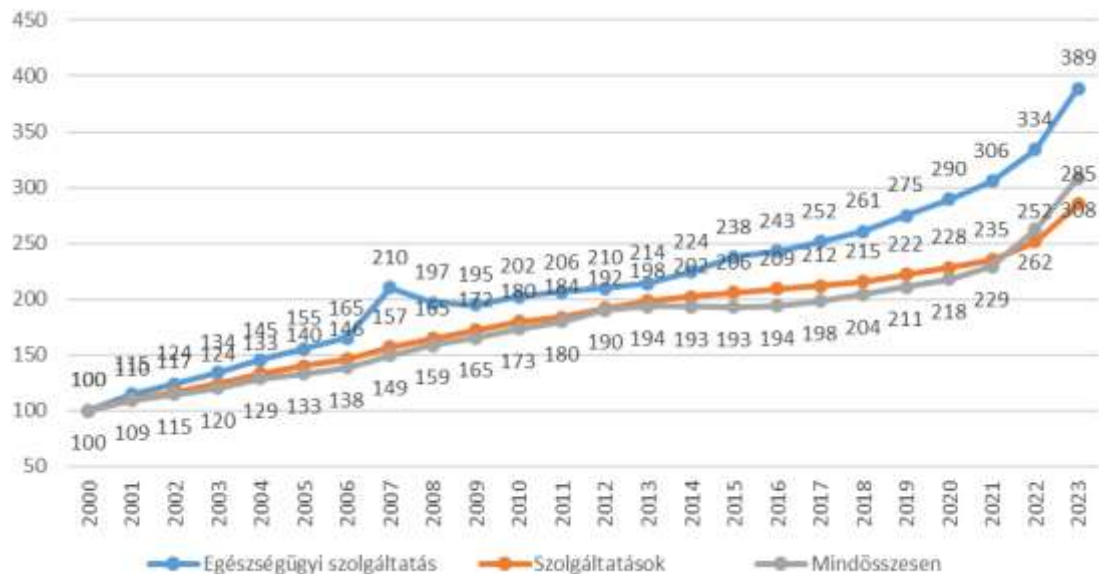


Forrás: KSH, GKI számítás

A magyar háztartások a KSH COICOP nomenklátúra szerinti besorolás alapján 2010-ben átlagosan a jövedelmüknek a 4,9%-át, míg 2020-ban már az 5,4%-át költötték az egészségügyre. Ennél a 0,5 százalékpontos emelkedésnek több mint kétszerese (1,2 százalékpont) zajlott le a legmagasabb jövedelmi tizedhez tartozók esetében. Utóbbiak egy főre vetítve 147 ezer forintot költöttek 2020-ban egészségügyre, mely 2,3-szerese a 2010-es költségnek (66 ezer Forint/ fő). E bővülés gyorsabb volt, mint a háztartások 2,2-szeres nominális jövedelemnövekedése 2010 és 2020 között (Molnár-Udvardi 2022).

A fogyasztói árak alakulása számottevően befolyásolja az egyes termékek és szolgáltatások, ezen belül is pl. az egészségügyi szolgáltatások iránti mindenkori keresletet. **Az ezredforduló óta az egészségügyi szolgáltatások ára összességében közel négyszeresére emelkedett**, miközben a szolgáltatások áremelkedése 3,1-szeres volt (ugyanekkora infláció mellett). Különösen 2013 után nőtt az ütemkülönbség az egészségügyi szolgáltatások „javára” (Molnár-Udvardi 2023).

A fogyasztói árak alakulása 2000 és 2023 között (2000=100)



Forrás: KSH, GKI számítás

2.5. Szabályozás és a technológia hatásai

Az állam intézkedései alapján folyamatosan biztosított az egészségügyi ellátás. Megalkotta az egészségi állapot megőrzésének és javításának összetett feltételrendszerére, az egészségügyi ellátások finanszírozására vonatkozó szabályozásokat. **Az egészségügyre vonatkozó szabályozások köre szerteágazó, összetett, a jogszabályok sokszor módosultak.** A jogszabályok gyakori módosítása nehezíti a jogszabályi környezet átláthatóságát, miközben a változáskezelés további korrekciókat igényelne. Az ellátási rendszer és a finanszírozás struktúrájában nem történt a költséghatékonyságot és a minőséget átfogóan javító módosítás, miközben ez stratégiai követelmény volt (Állami Számvevőszék 2019). A helyzet érdemben azóta sem változott (az egyébként nem nyilvános BCG tanulmány egyes elemeinek megvalósítása ellenére sem).

Annak ellenére, hogy a technológiai innováció nagy jelentőséggel bír az egészségügyben és az egészségügyi kiadások egyik legfontosabb mozgatórugójának tekinthető, Sorenson és munkatársai (2013) rámutattak arra, hogy **viszonylag kevés olyan kutatás lelhető fel, amelyek az orvosi technológia egészségügyi kiadásokhoz való hozzájárulását vizsgálták.** Ennek háttérében egyrészt az ok-okozati

összefüggések bonyolultsága, másrészt a megfelelő adatok hiánya áll. A rendelkezésre álló, szűk számú tanulmányból arra lehet következtetni, hogy az egészségügyi kiadások növekedését befolyásoló tényezők közül a technológia hatása 25-75% közé, átlagosan 50%-ra tehető (Boncz, Csákvári, Kovács, Zemplényi 2018).

A technológia számos úton befolyásolta az egészségügyi szolgáltatásnyújtás módját:

- a kezelhető betegségek számának növelésével (indikációs kör bővülésével), illetve kezelésre alkalmas betegkör szélesítésével,
- egy kezelési módszer helyettesítésével vagy a már alkalmazott beavatkozás pontosabbá tételével,
- a kezelés intenzitásának növelésével egy adott betegségben,
- az ellátási folyamat megváltoztatásával.

A technológia befolyásának tanulmányozása más tényezők hatására is rámutat a kiadások növekedése vonatkozásában. **A népesség idősödése például a vártnál kisebb hatást fejt ki, míg az orvosi gyakorlatban bekövetkezett változások nagymértékben befolyásolják a kiadások növekedését.** Az emelkedő egyéni és nemzetgazdasági szintű jövedelem a fokozódó kereslet (biztosítási piac bővülése) és kínálat révén erősen hozzájárult a kiadások növekedéséhez (Boncz, Csákvári, Kovács, Zemplényi 2018). Ez a kölcsönhatás dinamikus és összetett.

Az új technológiák generálják a betegek oldaláról a keresletet az ellátásra. Ezzel az ellátás intenzívebb és drágább lehet miközben az ellátás haszna csekély marad. A köz- és a magánfinanszírozók gyakran, politikai vagy piaci mechanizmusok révén elfogadják a kereslet növekedését. Cserébe a biztosító kasszájának bővítése ösztönzőleg hat újabb drága technológiák kifejlesztésére (Sorenson, Drummond, Khan 2013). Önmagában nem maga a technológia jelenti a kiadások növekedését, hanem annak elterjedése és alkalmazása az egészségügyi szolgáltatók, illetve a betegek körében.

Az egészségügyi rendszer jellemzői, mint például az erőforrások szűkössége, a költségvetés, valamint a finanszírozási módszerek szintén befolyásolják, hogy az innovatív technológia mennyire terjed el a gyakorlatban (Lambooy, Engelfriet, Westert 2010). A technológiák használatához kapcsolódó díjazás és árképzés fontos tényező a kiadások bővülése és volumene szempontjából. A díjazás, a finanszírozási módszer, a biztosítás, a szabályozással és a kereset együttesen hajthatja a technológia elterjedését, és akár ennek révén is hozzájárul a kiadási szint növekedéséhez. A döntéshozók befolyást gyakorolnak a technológia díjazására, ezáltal a kiadások növekedésére gyakorolt hatásra (Csákvári, Kovács, Zemplényi 2018).

A magyar egészségpolitikában stratégiai célkitűzés a digitalizáció, E-egészségügy kiépítése, működtetése, amelynek teljesítése folyamatban van. Kettősség tapasztalható ugyanakkor e területen. Rendelkezésre állnak pl. a korszerű műszerek, a betegforgalommal és gyógyítási tevékenységgel összefüggő informatikai rendszerek, van felhőalapú alkalmazás, biztosított a betegadatokhoz történő hozzáférés az Ügyfélkapun keresztül. A kórházak gazdálkodása terén ugyanakkor nem érzékelhető

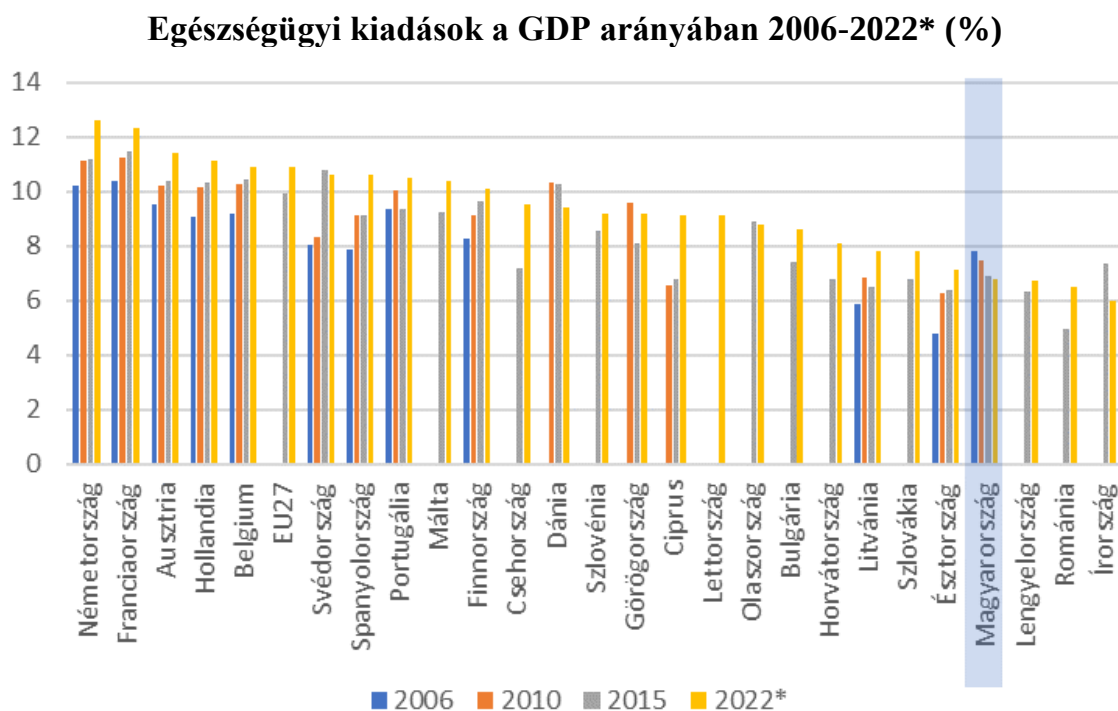
gyors fejlődés, korszerűsítés. A korábban kifejtett költség-elszámolási, nyilvántartási, megosztási problémák fennmaradtak. A beavatkozások, ellátások szélesebb körű igénybe vevőinek nyomon követése a teljesítményfinanszírozásban elszámolt kezelések valódiságának és átláthatóságának biztosításához, a valótlanság kockázatának csökkentéséhez is hozzájárulna. Az „m-egészségügyi” alkalmazások (a jóllét érdekében az egyéni egészségi állapot javítása mobileszközök /mobiltelefonok, tabletek, betegfigyelő eszközök és más vezeték nélküli készülékek/ segítségével) terén a lehetőségek kihasználása lassan halad (Állami Számvevőszék 2019). Előrelépést jelent az idősokosórával való ellátása (Gondosóra program: <https://www.gondosora.hu/>). A projekt célja az 65 évnél idősebb embereknek saját lakókörnyezetükben nyújtott új típusú alanyi jogon járó, jóléti szolgáltatási rendszer kialakítása, amely lehetővé teszi az otthonukban élőknek, hogy amennyiben egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt eseti jelleggel segítségre szorulnak, a nap 24 órájában működő diszpécserközpont szolgáltatásaival, gyors és hatékony segítséget kapjanak. A cél 1,5 millió 65 éves kor feletti állampolgár ellátása.

3. Egészségügyi kiadások nemzetközi összehasonlításban

A közgazdászok és az egészségügyi szakértők többé kevésbé egyetértenek abban, hogy gazdasági súlyunkhoz képest nem költünk eleget az egészségre. **2006-ban a GDP 7,8%-át fordítottuk az egészségre**, mely 2010-re 7,5%-ra, 2015-re 6,9%-ra, **2022-re pedig 6,8%-ra csökkent.** Utóbbi az EU-tagállamok közül a **negyedik legalacsonyabb**, 4,1 százalékponttal marad el az EU27 országok átlagától.

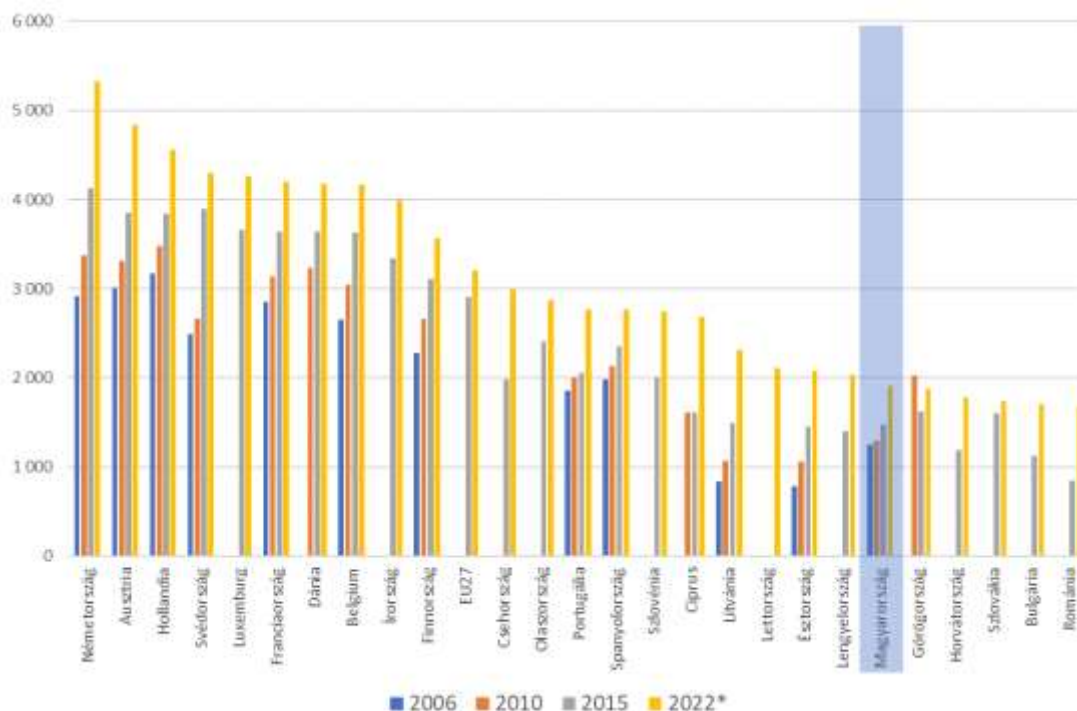
A teljes egészségügyi költséson belül alacsonynak számít az állami (tágabban közösségi, vagy köz-) költség mértéke (lásd később), de ezt némileg ellensúlyozza, hogy nálunk viszonylag magas a magánkiadások aránya.

Mindezzel párhuzamosan a vásárlóerőparitáson számított egy főre jutó egészségügyi kiadás 53%-kal emelkedett ugyan, de még ezzel is csak 5 országot (Görögország, Horvátország, Szlovákia, Bulgária, Románia) előzünk meg, s az EU27 átlagának mindössze 60%-án állunk.



Forrás: Eurostat; * ha nincs 2022-es adat, akkor 2021

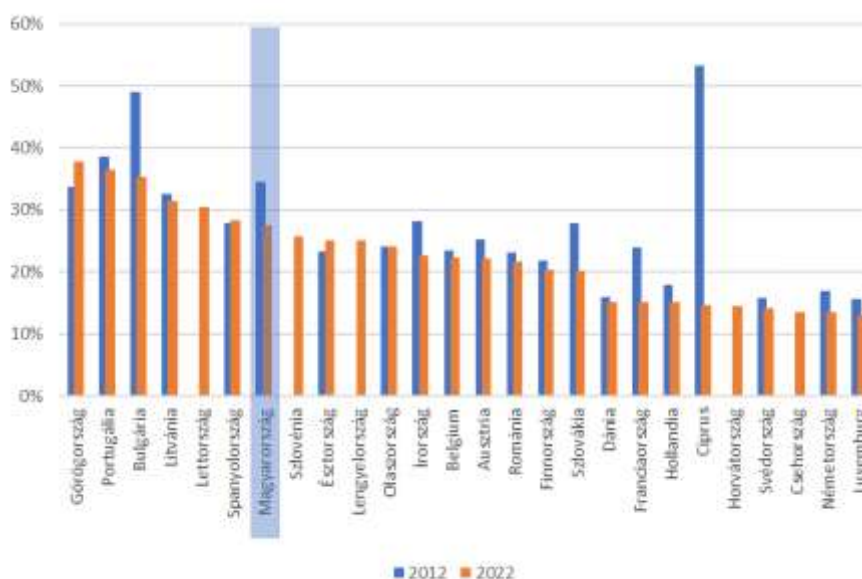
Egy főre jutó egészségügyi kiadások vásárlóerő paritáson 2006-2022* (PPS)



Forrás: Eurostat; * ha nincs 2022-es adat, akkor 2021

Annak ellenére, hogy 2012 és 2022 között 34%-ról 28%-ra csökkentek, a **magán egészségügyi kiadások relatíve magas arányt képviselnek az összes egészségügyi kiadásból, mellyel az EU tagállamok felső negyedébe tartozunk**. Hasonló folyamatok zajlottak le az EU-s tagállamok többségében, csupán két országban emelkedett az arány (Görögország, Észtország). Utóbbi folyamatot 2019 után jelentősen befolyásolta a COVID, mely az állam szerepének kényszerű növekedését eredményezte.

Magán egészségügyi kiadások az összes egészségügyi kiadás arányában 2012-2022* (%)



Forrás: Eurostat; * ha nincs 2022-es adat, akkor 2021

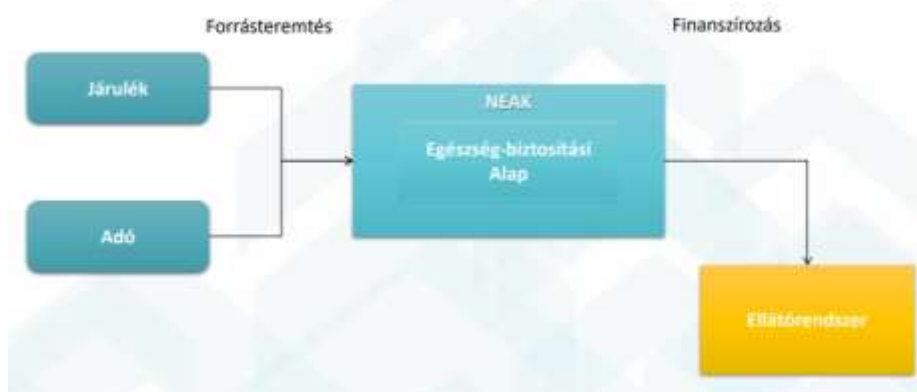
4. A magyar finanszírozás sajátosságai

Magyarország egészségügyi rendszere többszereplős rendszerként határozható meg, mely szereplőinek száma az egyes szakirodalmakban eltérő, de egyetértés van a tekintetben, hogy a rendszer szereplője a finanszírozó, a szolgáltatást igénybe vevő (a beteg), a szolgáltatást nyújtó, valamint a minőségellenőrző. E szereplők mellett fontos rendszerelemek a szabályozók, melyek a mindenkori kormány, néhány esetben az önkormányzatok, valamint a jogszabályok betartását ellenőrző állami szervek. A szabályozó legfontosabb célja, hogy az egészségügyi ellátás a jogszabályoknak megfelelően valósulhasson meg.

Az egészségügyi ellátások igénybevételét az állam az Egészségbiztosítási Alapból, a központi vagy önkormányzati költségvetésből támogatja, de létezik olyan ellátás, amely **külön terítési vagy kiegészítő térítési díj ellenében vehető igénybe**. További lehetőség az ellátások igénybevételére a **közgyógyellátás** terhére történő igénybevétel, mely a rászoruló személy gyógyító-megelőző kezeléseivel kapcsolatos kiadásainak csökkentése érdekében vehető igénybe. **Az egészségügyi finanszírozást költségvetési problémák terhelik**, egyre inkább szélesedik a szakadék az egyének szükségletei, valamint a központi költségvetés teherbíró képessége között.

Az Alaptörvény kimondja, hogy minden magyar állampolgár jogosult az ellátáshoz való hozzáférésre. Az állampolgárok és az országban dolgozó külföldiek kötelesek csatlakozni a nemzeti társadalombiztosítási rendszerhez: a kívülmaradás nem megengedett. A társadalombiztosítási lefedettség tehát magas, de nem teljes körű: **a lakosság mintegy 5%-a rendelkezik tisztázatlan társadalombiztosítási jogállással**, amelybe beletartoznak a külföldön dolgozó magyar állampolgárok és az állandó lakcímmel nem rendelkező személyek is.

A magyar forrásteremtés és finanszírozás modellje



Forrás: Surján 2019

Az egészségügy közfinanszírozása megvalósulhat adókból, valamint társadalombiztosítási hozzájárulások teljesítéséből. A finanszírozási modellek alapelveit tehát - sok egyéb országhoz hasonlóan - vegyesen alkalmazzák. Az egészségügyi kiadások domináns részét a közkiadások képviselik, mely legnagyobb

részben a fekvőbeteg-szakellátáshoz kapcsolódik. A közkiadások mintegy négyötöd részét az NEAK (korábban OEP) kassza biztosítja, ezért ezt tekinthetjük a legfontosabbnak a ráfordítások szempontjából (Nagy-Ritter 2018). A NEAK által fedezett ellátási csomagról központi szinten döntenek a gyógyszerek pozitív listája és az orvosi eljárások negatív listája révén. Míg a fekvőbeteg ellátásra fordított kiadások nagy része közfinanszírozott, a járóbeteg- (ambuláns) ellátás, a járóbeteg ellátás keretében rendelt gyógyszerek, a gyógyászati segédeszközök és a fogászati ellátás állami fedezete sokkal szűkebb. Részben ez magyarázza az ezekre a tételekre fordított viszonylag magas közvetlen lakossági hozzájárulásokat (State of Health 2021).

2017-től átrendezés történt a vonatkozó feladatok címzettjei között, illetve az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) korábbi feladatainak egy részét a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) látja el. Az egészségbiztosítási ellátások során felmerült kiadások zömét a természetbeni ellátások kiadásai, kisebb hányadát a pénzbeli ellátások (pl. táppénz) és egyéb kiadások jelentik. A természetbeni ellátások alapvető típusai az alábbiak:

- egészségügyi alapellátás (házi orvosi ellátás, házi gyermekorvosi ellátás, fogorvosi alapellátás, védőnői ellátás, iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátások);
- járóbeteg-szakellátás;
- fekvőbeteg-szakellátás;
- egyéb egészségügyi ellátások (betegszállítás, gyógyszerellátás, egyéb gyógyászati ellátások).

A **finanszírozás másik formája a magánfinanszírozás**, amely megvalósulhat úgy, hogy a szolgáltatást teljes mértékben magánzsebből térítik, de úgy is, hogy csak részben (co-payment). A co-payment alatt alapvetően az egészségügyi ellátás igénybevételekor fizetendő díjat értjük, amelynek megfizetése nélkül a beteg nem jut hozzá a közfinanszírozású szolgáltatásokhoz (Kincses 2006). Ez független attól, hogy a fizetési kötelezettségének maga tesz eleget vagy az egészségpénztár teljesíti. Kötelező co-payment díjak közé sorolható például a már eltörölt vizitdíj vagy a gyógyszerfizetés önrésze. A bismarcki modellt alkalmazó országokban alkalmazzák a költségmegosztást a házi orvosi, szakorvosi konzultációra, valamint a fekvőbeteg ellátásban egyaránt (Simon 2010). A Kormány szerepvállalása mind a közfinanszírozás, mind a magánfinanszírozás esetében megvalósul.

Magyarország egészségügyének finanszírozása komplex rendszert alkot. A finanszírozás megvalósulását finanszírozási pillérek teszik lehetővé. Négy ilyen pillért különböztethetünk meg, amely **a társadalombiztosítás, az üzleti- és betegbiztosítás, az önkéntes kölcsönös egészségpénztár, valamint a közvetlen lakossági finanszírozás**. A társadalmi fejlődéssel nem csupán a betegségek megfelelő kezelése iránt nőtt az igény, hanem a kezelésre fordított költségek, valamint a betegségek következtében kiesett jövedelmek pótlására egyaránt (Dr. Lukács 2013).

Magyarországon az Alaptörvény szerint mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, melyet az állam többek között az egészségügyi ellátás megszervezésével szolgál. Az egészségügyi forrásokkal törvényesen és célszerűen, eredményesen, átláthatóan, a közélet tisztasága elvének betartása mellett kell gazdálkodni, s ennek elszámoltathatónak, kiegyensúlyozottnak és fenntarthatónak kell lennie.

Az egészségügy működésének alapjait az állam az éves költségvetési törvényekben jóváhagyott keretek alapján az egészségügy finanszírozásával biztosítja. További törvények és rendeletek határozzák meg az egyéb kapcsolódó előírásokat.

Az egészségügy finanszírozásának jogszabályi rendszere



Forrás: Állami Számvevőszék

Az egészségügyi finanszírozás több problémát hordoz magában, mely a világ bármely egészségügyi rendszerében felfedezhető. A problémák kiküszöbölését szem előtt tartva hazánk egészségügyi rendszerének finanszírozása az elmúlt évtizedekben komoly változásokon ment át.

A 2006. évi CXXXII. tv. pontosan meghatározza, hogy mi minősül egészségügyi közszolgáltatásnak. A törvény értelmében közszolgáltatás az, amelyet hazánk a központi költségvetés vagy az Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) terhére finanszíroz. Ennek ellenére a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) meghatároz olyan egészségügyi ellátásokat, amelyek függetlenek a páciens biztosítási státuszától, ugyanis kizárólag abban az esetben vehetők igénybe, ha külön térítési díjat fizet. (Nagy, Ritter 2018)

Az egészségügyi finanszírozás hazánkban ellátásonként eltérően valósul meg. A különböző egészségügyi ellátások finanszírozása az 1997. évi LXXXIII. törvényben meghatározott Egészségbiztosítási Alapból történik.

137/2012. (VI. 29.) Kormányrendelet szabályozza az Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozás részletes szabályait. A 2012-es év számos változást eredményezett, de a finanszírozás szemszögéből a legfontosabb az, hogy a szolgáltató

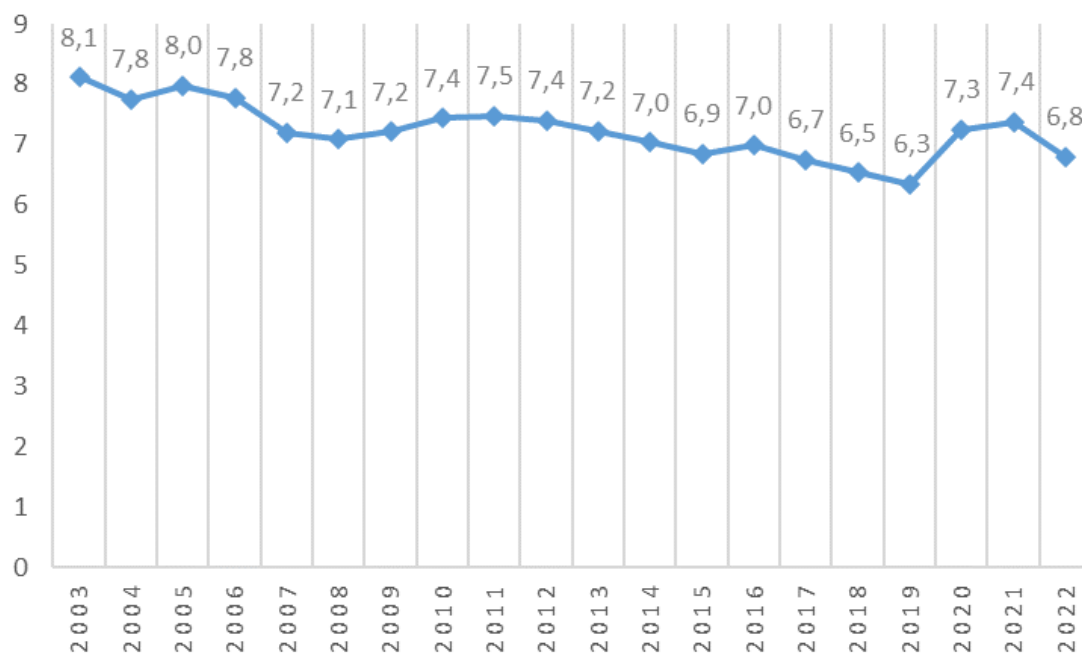
által jelentett adat nem azonos a finanszírozási tétellel, valamint kizárólag a ténylegesen elvégzett beavatkozást finanszírozzák.

Magyarországon a magánbiztosítás finanszírozási részvételét lehetővé tevő jogi szabályozás már 1993-ban megjelent, amikor törvényt alkottak az önkéntes kölcsönös biztosító pénztárakról. (Dr. Lukács 2013)

4.1. *A forrásszerkezet változása*

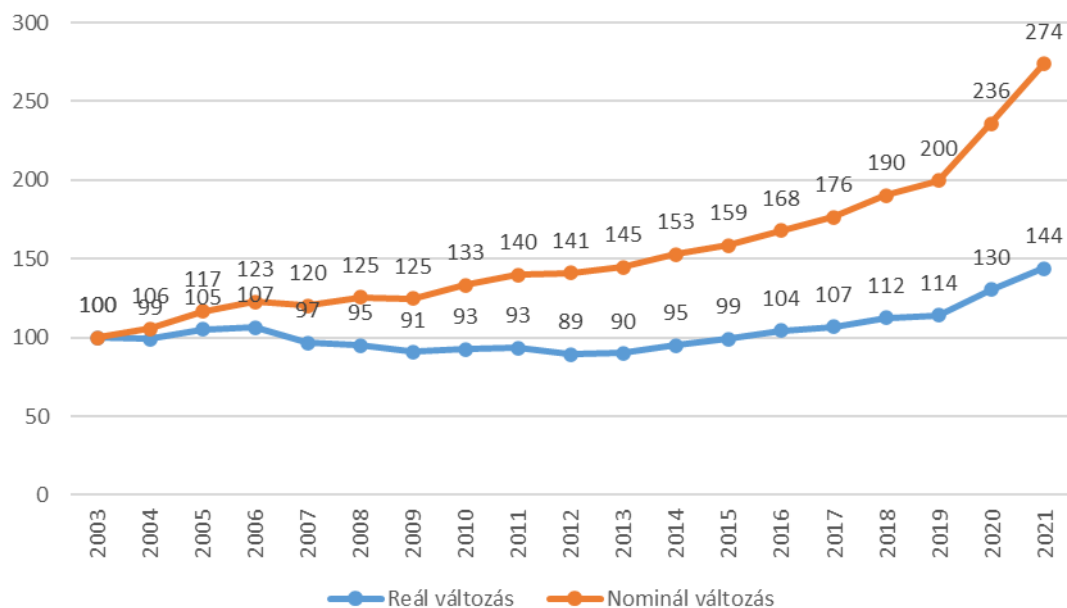
Magyarországon az ezredfordulót követően fokozatosan csökkent az egészségügyi kiadások GDP-hez mért aránya. 2003-ban 8,1%-ot tett ki ez az arány, majd 2010-re 7,4%-ra, 2015-re 6,9%-ra, 2019-re 6,3%-ra csökkent, majd a COVID19 által generált forrásigénynek köszönhetően 2020-ben 7,3%-ra ugrott, majd 2021-ben 7,4%-ra emelkedett, végül a járvány elmúltával 6,8%-ra csökkent. Míg az egészségügyi kiadások 2003-as bázison nominál értelemben 2,7-szeresére emelkedtek, addig **reál értelemben mindössze 44%-kal bővültek** úgy, hogy 2007 és 2015 között a reál változás alatta maradt a 2003-as bázis évnek. Ráadásul az egészségügy árindex valószínűleg magasabb a fogyasztói árindexnél, így a tényleges reálérték még a számítottnál is kisebb lehet.

Egészségügyi kiadások a GDP arányában 2003 és 2022 között (%)



Forrás: KSH, GKI számítás

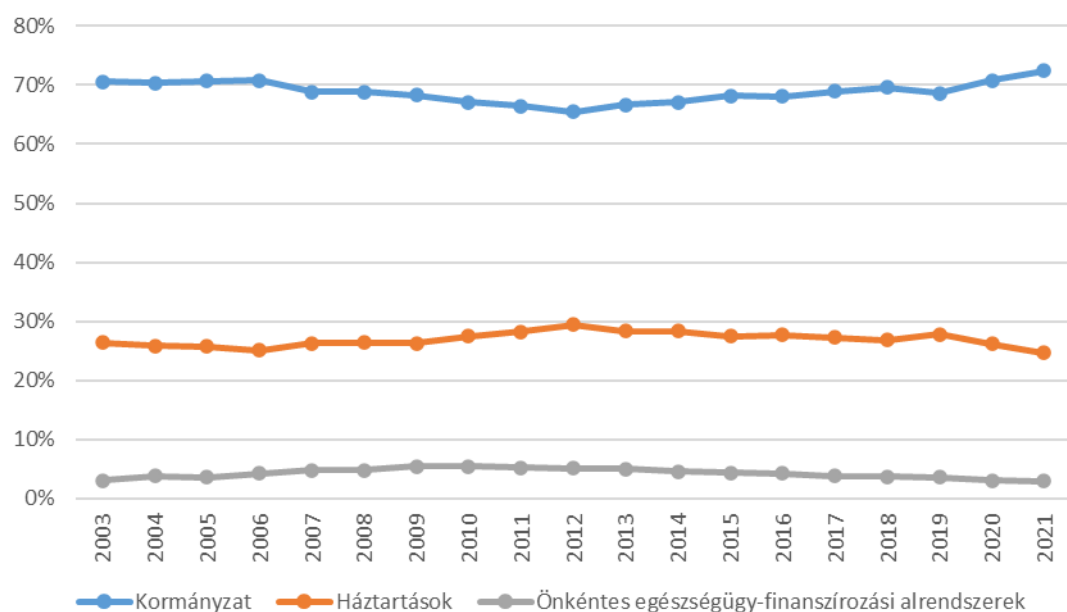
Egészségügyi kiadások alakulása nominál és reál értelemben 2003 és 2021 között (2003=100)



Forrás: KSH, GKI számítás (reál = fogyasztói árindexszel korrigált érték)

Az egészségügyi kiadásokból az egyes alrendszerek aránya csak kis mértékben változott, a kormányzati költség az összes kiadás 71%-áról 68%-ára csökkent 2003 és 2019 között, a háztartások 2019-ben 28%-ot finanszíroztak (2 százalékponttal többet, mint 2003-ban), az önkéntes pénztárak 4%-ot (szintén 2 százalékponttal többet, mint 2003-ban). A COVID-járvány és a 2020-21-es orvos és nővér béremelések az arányokat a központi költségvetés felé módosították. 2020-ban – vélhetően ideiglenesen – visszaálltak a 2010 előtti arányok.

Egészségügyi kiadások megoszlása alrendszerek szerint 2003 és 2021 között (%)

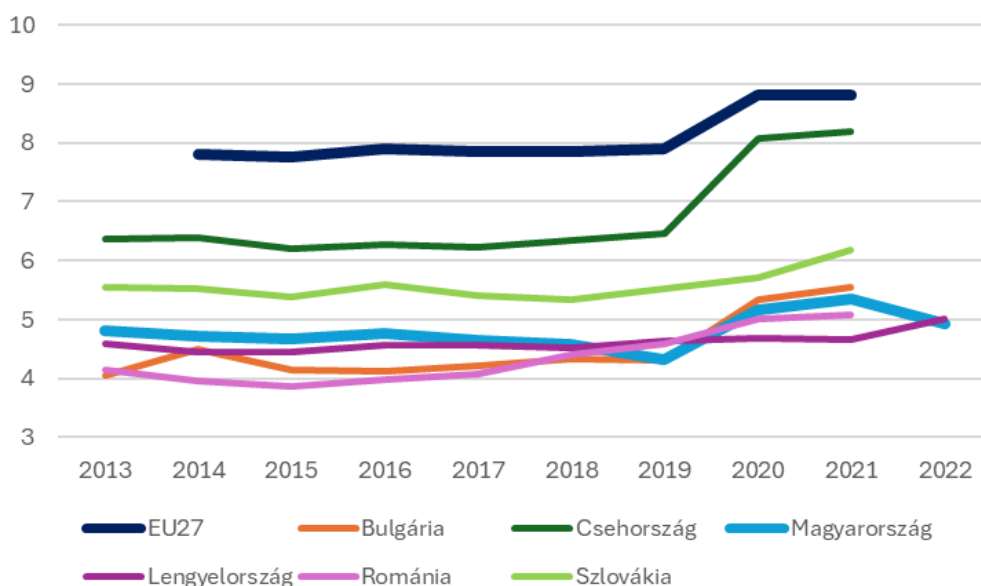


Forrás: KSH, GKI számítás

4.2. Fő finanszírozó: az Állam

A magyar állami egészségügyi kiadások GDP-hez mért aránya az elmúlt évtizedben jelentősen elmaradt EU27 országok átlagától, ráadásul ez az elmaradás a 2020-ban kezdődő COVID pandémia következtében számottevően nőtt. A magyar állami kiadások GDP-aránya a 2013 4,8%-ról a 2020-21-es megugrásnak köszönhetően 5,4%-ra emelkedett, majd 2022-ben a járvány elmúltával 4,9%-ra csökkent vissza. Csehországtól átlagosan mintegy 2 százalékponttal, Szlovákiától közel 1 százalékponttal maradtunk el a 2013 és 2021 közötti időszakban. Egy csoportban vagyunk azonban Romániával, Bulgáriával és Lengyelországgal, ahol 4-5% között hullámozott a mutató. 2022-ben a jelentős orvosi és szakdolgozói bérfejlesztés ellenére újra csökkent a GDP-arányos államháztartási egészségügyi kiadás, ami az egészségügy újbóli háttérbe szorulását jelenti. **Magyarország a 2021-es adatok alapján az EU-tagállamok közül a GDP-arányos állami költségben a 23. helyen állt, tehát a legtöbb országokhoz képest fejlettségéhez és jövedelemcentralizációjához viszonyítva kifejezetten keveset költött az egészségügyre.**

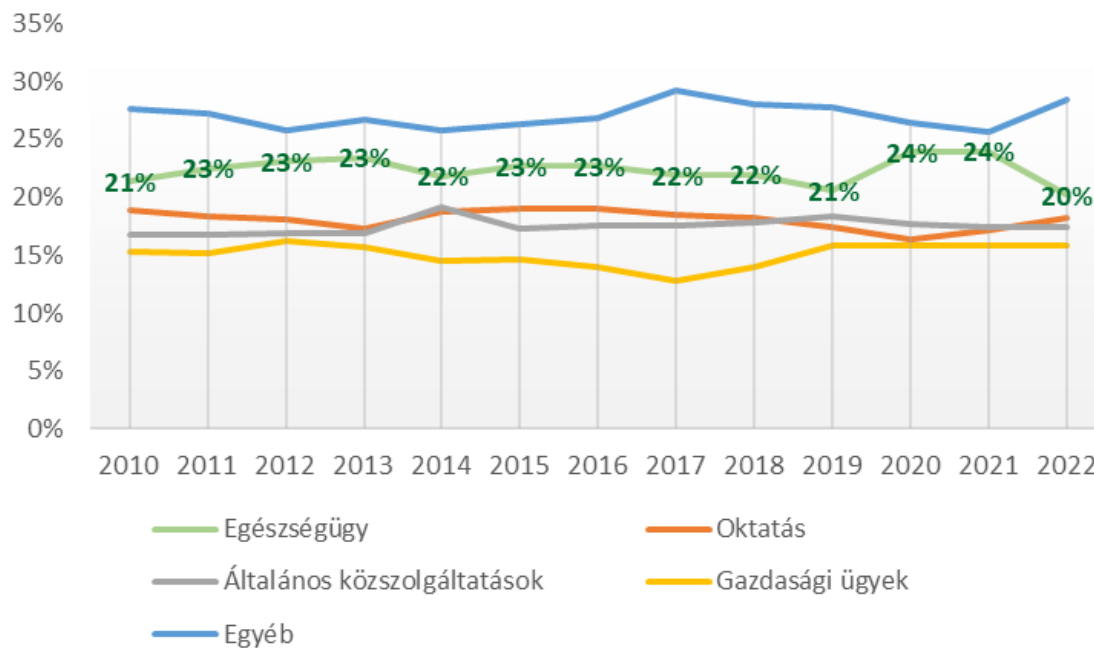
Állami egészségügyi kiadások GDP-hez mért aránya 2013 és 2022 között (%)



Forrás: Eurostat

A kormányzat végső fogyasztási kiadásainak egyötödét (2738 milliárd forintot a KSH szerint) költötte egészségügyre 2022-ben, mely egy 2013 óta fokozatosan csökkenő trend eredménye. E folyamatot ideiglenesen törte meg 2020-ban és 2021-ben a COVID, mely az egészségügy, mint funkció jelentőségét emelte. E két évben a kiadások 24%-a ment egészségügyi célokra. A 2022-es kiadás összege 2,2-szerese a 2010-esnek, reálértéken 43%-kal (éves átlagban 3,6%-kal) növekedett.

A kormányzat végső fogyasztási kiadása funkciók szerint (megoszlás %)



Forrás: KSH, GKI számítás

A KSH kiadási adataitól némileg eltér a MÁK által közzétett, a költségvetési és zárszámadási törvényeken alapuló statisztika, melynek háttérében egyrészt utóbbi pénzforgalmi, valamint költséghely szerinti könyvelési szemlélete áll. Igazából a KSH is ezeket veszi alapul, viszont funkciók szerint csoportosítja az egyes tételeket. A MÁK adatbázisa szerint az állam 3564 milliárd forintot fordított egészségügyre 2021-ben, mely 33%-os bővülést jelent 2015-höz képest. Reálértéken a növekedés 12%-os, éves átlagban 2%-os volt.

Az éves költségvetések szakmailag megalapozott kidolgozásához, megvitatásához és elfogadásához a nemzetközileg szokásosnál mintegy félévvel korábbi benyújtás elmúlt években kialakult hazai gyakorlata miatt hiányoznak a szükséges adatok. A következő évre előirányzott államháztartási bevételek és kiadások **realitásának megítélését korlátozza**, hogy a költségvetési törvényjavaslatok mellékleteiben levő táblázatok **előzményként csak a tárgyévet megelőző esztendő előirányzatait tartalmazzák**, vagyis az előző évi (előzetes) tény, illetve az adott év ténylegesen várható adatait sem. Az előirányzatok és valóság eltérését jól mutatja, hogy 2020-ban a pénzforgalmi deficit az előirányzott 359 milliárd forint helyett ennek **tizenháromszorosa**, 4716 milliárd forint lett, s 2021-ben is **csaknem három és félszerese** (1491 helyett 5101 milliárd forint lett.) Az előirányzatok bizonytalanságát jól mutatja, hogy bár például az egészségügyre előirányzott 2021-22. évi arányok a törvényjavaslatok elfogadásakor (2020 kora nyarán) még **növekedésnek tűnhettek** (az előző évi előirányzatokhoz képest), a **tényleges teljesítéshez képest valójában aránycsökkenést** tartalmaztak.

**A központi alrendszer konszolidált funkcionális kiadásainak megoszlása
(pénzforgalmi szemléletben, százalékban), 2016-2024**

Funkció	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Állami működési	17,5	18,1	18,3	19,4	19,7	19,8	17,9	17,1	18,8
Jóléti	58,8	57,2	58,4	56,4	54,1	54,6	54,6	55,2	55,2
- Ebből: Oktatás	10,6	10,8	11,8	11,0	10,3	10,9	8,5	8,2	9,6
- Ebből: Egészségügy	9,8	9,6	9,9	9,8	11,7	11,0	11,0	8,2	9,0
- Ebből: Tb és jóléti	32,3	30,3	30,4	29,3	24,8	26,7	29,3	31,2	30,2
Gazdasági	15,7	17,5	16,7	18,0	20,7	19,3	18,5	18,5	16,5
Adósságkezelés	7,9	7,1	6,5	6,2	5,5	6,1	6,4	7,4	8,8

Forrás: Költségvetési és zárszámadási törvényjavaslatok

A fenti táblázat alapján a 2016-22 között **jelentősen emelkedett az állam működési és gazdasági funkcióira fordított kiadások aránya**, rendre 0,4, illetve 2,8 százalékponttal (a köztes években még nagyobb arányt képviseltek e kiadások). Ezek az adatok egy **államközpontú modell** jellemzői. 2024-ben a Költségvetési törvény értelmében a működési funkció aránya 18,8%-ra nő, míg a gazdasági 16,5%-ra csökken, mely összességében csökkenést jelent 2022-höz képest (amennyiben megvalósulna).

2016-22 között a működési és a gazdasági funkciók arányának növekedéséhez forrást részben az **adósságkezelésre** fordított kiadások 1,5 százalékpontos csökkenése biztosította (az egész világgazdaságra és ezen belül Magyarországra is jellemző kamatcsökkenésnek köszönhetően). A másik fő forrás a **jóléti kiadások arányának** 4,2 százalékpontos **csökkenése** volt. Ezen belül az **oktatási kiadások** 2016-19 között némi hullámváz mellett kissé emelkedtek, majd 2020-ban – a COVID-válság évében, amikor éppenséggel emelésük lett volna indokolt az online oktatásra való áttérés költségei miatt – a 2016. évi arány alá estek. Az oktatási kiadások aránya 2022-ben és a költségvetési törvények alapján 2023-ban és 2024-ben sem éri el a 10%-ot, annak ellenére sem, hogy jelentős pedagógus béremelés volt 2024 januárjában. Még markánsabb a **társadalombiztosítási és jóléti kiadások** arányvesztése, mely 2016 és 2022 között 3 százalékpont. Igaz, a 2024-es költségvetés szerint valamelyest újra növekszik a tb és jóléti kiadások aránya.

Az **egészségügyi kiadások** aránya 2016-19 során meglehetősen stabil, 9,8% körüli volt. Ez a COVID-járvány kezdő évében 11,7%-ra ugrott, majd 2021-2022-ben 11%-ra mérséklődött. A 2023-as és a 2024-es költségvetés tervezete a 2016-2019-es időszakra jellemző aránynál is alacsonyabbal számol.

Az egészségügyi ágazat azonban nehezen tud a megállapított költségvetési korlátok között működni, így az adósságfelhalmozódás és a fizetési hátralékok problémát jelentenek. A krónikus humánerőforrás-hiány, valamint a finanszírozási és mennyiségi korlátozások rontják az ellátáshoz való hozzáférést és az ellátás minőségét.

A COVID-járvány idején a korábbi finanszírozási technikákat ideiglenesen felfüggesztették, és fix összegű költségvetési kifizetésekkel helyettesítették, valamint a kormány további forrásokat csoportosított az egészségügyi rendszer számára. 2020 áprilisában a kormány 663 milliárd forintösszegű, járvány elleni védekezési alap

létrehozását jelentette be az egészségügyi rendszer támogatására. Ennek az alapnak a finanszírozása nagyrészt más minisztériumoktól származó költségvetési átcsoportosításokból történt. Ez az alap fedezte a COVID-járvánnyal kapcsolatos költségeket, beleértve az egészségügyi dolgozóknak nyújtott egyszeri rendkívüli juttatást is. A COVID-járvány idején kezdeményezett reformok részeként a kormány további bérjellegű többletfinanszírozást juttatott a praxisközösségeket létrehozó háziorvosok számára. Ezért a háziorvosi szolgáltatások finanszírozásának domináns formáját a fix összegű költségvetési kifizetések jelentik. A szorosan együttműködő praxisközösségek nagyobb összegű finanszírozásban részesülnek.

A világjárvány harmadik hullámát követően visszaállították a teljesítményalapú finanszírozási technikákat; a teljesítmény volumen korlátok korábbi rendszerét azonban rugalmasabb, tervezett éves költségvetés váltotta fel. E költségvetés keretében az egészségügyi szolgáltatók finanszírozási korlátait az előző évi teljesítményük alapján határozzák meg, amelyet évente felülvizsgálunk. Bár ez az intézkedés nem szünteti meg az általános költségvetési korlátokat és a mennyiségi korlátozásokat, a teljesítményalapú keretmeghatározás célja a hatékonyság javítása és az adósságfelhalmozás csökkentése.

A várható kiadások szempontjából érdemes a kiadások hosszabb távú alakulását is megvizsgálni. Ez alapján **a gyógyító-megelőző ellátásokra fordított kiadások 2010 és 2022 között 2,8-szeresükre emelkedtek**. Amennyiben a 2015 és 2022 közötti időszakot tekintjük, a növekmény 2,3-szeres. Ezen belül a legnagyobb fekvőbeteg-szakellátás kiadásai 2010 és 2022 között 102%-kal, 2015 és 2022 között 71%-kal nőttek, míg a járóbeteg-szakellátás esetében ugyanezek a növekmények 74, illetve 54%-ot tettek ki. Mindezeknél nagyobb mértékben nőtt a háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátásra, a fogászati ellátásra, a mentésre, valamint a CT, MRI-re fordított kiadás.

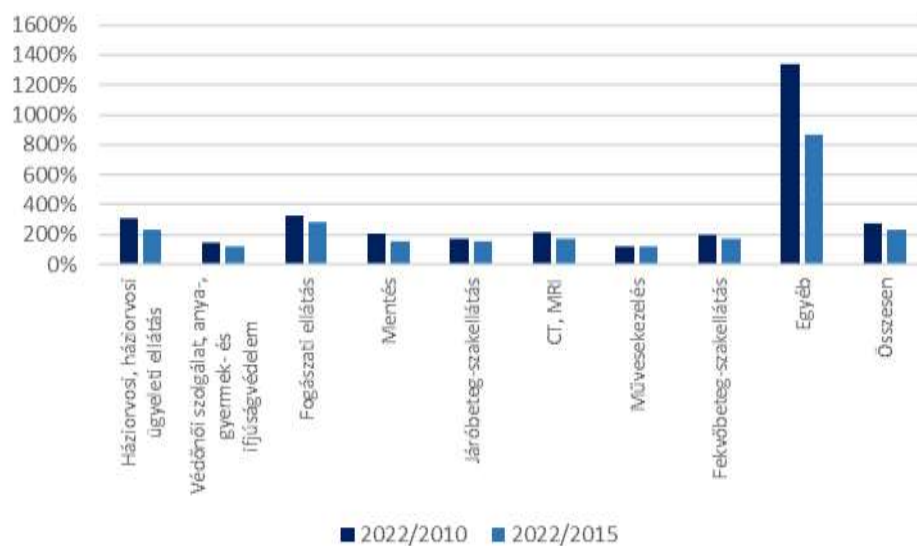
Az E. Alap. egyes gyógyító-megelőző kiadásainak alakulása, 2005-2022 (milliárd forint)

	2005	2010	2015	2020	2022	2022/2010	2022/2015
Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	63	79	107	140	245	309%	229%
Védőnői szolg., anya-, gyermek- és ifjvéd.	17	18	22	27	27	149%	119%
Fogászati ellátás	22	23	26	43	74	329%	287%
Mentés	18	22	29	44	46	206%	157%
Járóbeteg-szakellátás	109	118	134	182	206	174%	154%
CT, MRI	11	15	19	29	32	214%	171%
Művekezelés	17	23	23	28	28	121%	120%
Fekvőbeteg-szakellátás	412	440	520	799	888	202%	171%
Egyéb	27	53	79	321	651	1336%	863%
Összesen	695	791	961	1612	2203	279%	229%

Forrás: KSH

2010 és 2022 között az egyéb kiadások tizenháromszorosukra emelkedtek. Utóbbiak tartalmazzák a fedezetet a működési előlegre, a felmentésre, valamint a végkielégítésre, illetve a célelőirányzatokra fordított összegeket.

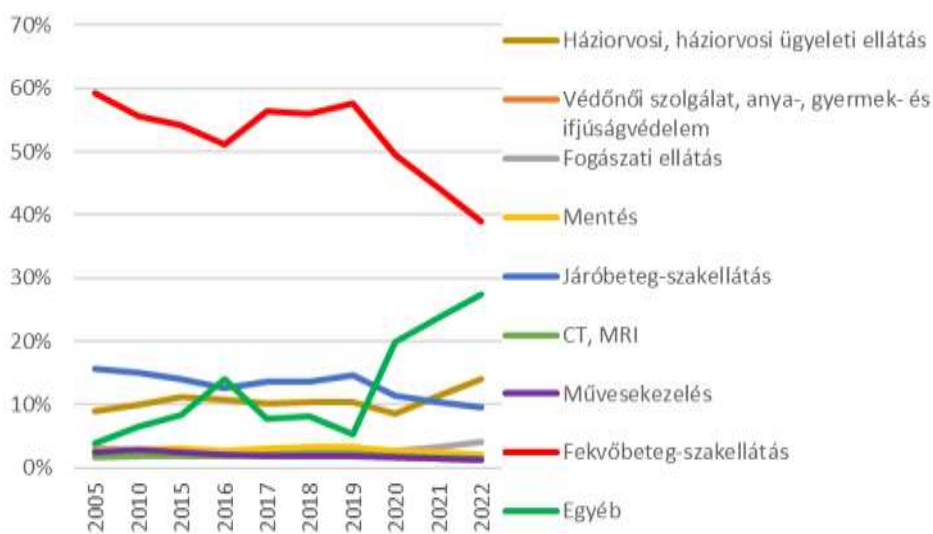
Az E. Alap. egyes gyógyító-megelőző kiadásainak változása 2010-2022 (%)



Forrás: KSH

Mindezek következtében a fekvőbeteg-szakellátás és a járóbeteg-szakellátás 2019 után erősen csökkenő arányt képvisel az összes kiadásból, míg ezzel párhuzamosan az egyéb kiadások aránya jelentősen megnövekedett.

Az E. Alap. egyes gyógyító-megelőző kiadásainak megoszlása, 2005-2022 (%)



Forrás: KSH

A kormány a 2024-es költségvetés tervezetében **3225 milliárd forintot** szán egészségügyi célokra, ez **426 milliárd forinttal (15%-kal)** több, mint 2023-ban. A 2024. évi költségvetés tartalmazza az egészségügyi szakdolgozókat megillető 2023-ban elkezdett bérfejlesztési program két ütemének, valamint az alap-, a szakellátásban, a járványügyben dolgozó orvosokat és szakdolgozókat a korábbi bérfejlesztési program alapján megillető béremelések fedezetét. Emiatt is a kórházi ellátások növekménye 20%, míg a háziorvosi praxisoké csak 8%. Ennél is kisebb a szakrendelők többlete (6%).

Az egészségügyre fordított konszolidált kiadások, 2023-2024 (milliárd forint)

	2023. évi előirányzat	2024. évi előirányzat	Különbség
Kórházi tevékenységek és szolg.-ok	1 648	1 976	328
Háziorvosi és gyermekorvosi szolgálat	279	301	22
Rendelői, orvosi, fogorvosi ellátás	155	164	9
Közegészségügyi tev. és szolg.	54	65	11
Egyéb egészségügy	665	719	54
Összesen	2 801	3 225	424

Forrás: Költségvetési törvény 2024

Az E. Alap 2024. évre tervezett bevételi előirányzatainak összege 4424 milliárd forint, ami a 2023. évi módosított törvényi előirányzatot (4033 milliárd forint) 9,7%-kal, a 2022. évi előzetes teljesítést (3631 milliárd forint) 21,8%-kal haladja meg. Az Alap kiadásain belül a gyógyító-megelőző kassza előirányzata 10,7%-kal emelkedik.

Az E. Alap. kiadásainak előirányzata, 2023-2024 (milliárd forint)

	2023. évi előirányzat	2024. évi előirányzat	Különbség
EA pénzbeli ellátásai	1 109	1 216	107
Gyógyító-megelőző ellátás	2 306	2 553	247
Gyógyszertámogatás	472	500	28
EA egyéb természetbeni ellátásai	121	128	7
TB költségvetési szervek kiadásai	7	8	1
Egyéb kiadások	18	19	1
Összesen	4 033	4 424	391

Forrás: Költségvetési törvény 2024

Az Egészségügyi alap kiadásain belül a „Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás” 2024. évre tervezett kiadási előirányzata **259 milliárd forint, ami mindössze 1 milliárd forinttal haladja meg a 2023. évi előirányzatot**. A tervezési dokumentáció szerint a többlet az orvosbéremelés plusz egy havi fedezetéhez szükséges, azonban a 2023. évi várható összeghez viszonyított 2024. évre tervezett alacsony növekményre vonatkozóan kellő részletezettségű szöveges indokolást a tervezési dokumentáció nem tartalmaz, az előirányzat összege így szöveges indokolásokkal nem megalapozott (ÁSZ 2023). Az alacsony növekményt feltehetően az ügyeleti ellátás mentőszolgálatokhoz telepítéséből történő megtakarítás indokolja, azonban erre a törvényjavaslat indokolása nem tér ki.

A járó- és fekvőbetegszakellátás finanszírozására 904 milliárd forintot, az ideinél 23 milliárd forinttal kevesebbet irányoztak elő, de az egészségügyi finanszírozás egyéb területein is súlyos feszültségek várhatók. Összességében **299 milliárd forinttal emelkednek az egészségügyre fordított kiadások, mely kizárólag a célelőirányzat növekedésének eredménye**. Mindezek miatt havi 20 milliárd Ft-tal nő a ki nem fizetett számlák állománya a kórházaknál.

Az ingatlanüzemeltetési feladatot a központi logisztikai szerv, azaz a Közbiztonsági és Ellátási Főigazgatóság fogja ellátni, ennek megfelelően az üzemeltetést szolgáló forrás az Egészségbiztosítási Alapból a Pénzügyminisztérium fejezetbe került átcsoportosításra.

Az E. Alap Gyógyító-megelőző ellátás alcímének részét képezi a Nagyértékű gyógyszerfinanszírozás – felülről nem nyitott – előirányzata. Az előirányzat 2024-re tervezett összege (130 milliárd forint) megegyezett a 2023. évi módosított törvényi előirányzattal. A kiadási előirányzat 2021-2022-ben 120 milliárd forint volt, amelyet a 2021. évi teljesítés 26,1 százalékkal, a 2022. évi 48,1 százalékkal haladt meg. **Ez alapján a 2024. évi előirányzat elégségsége nem biztosított, mivel azt a 2021-től (2023-ban időarányosan) mindig túllépték.** A gazdálkodás szempontjából kérdéses, hogy a tervek szerint egy közalapítvány fog dönteni a méltányossági gyógyszerekről.

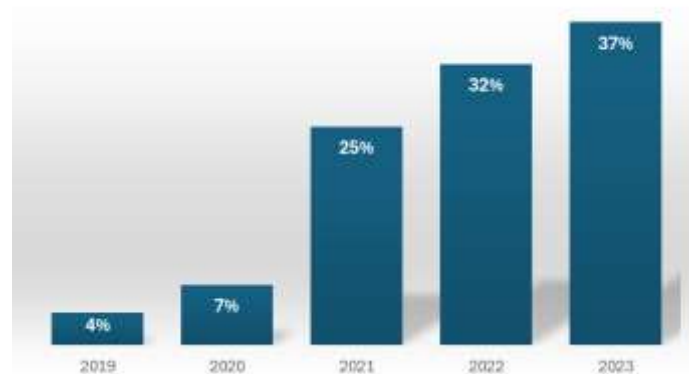
Az E. Alap. gyógyító-megelőző kiadásainak előirányzata, 2023-2024 (milliárd forint)

	2023. évi előirányzat	2024. évi előirányzat	Különbség
Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	258	259	1
Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem	27	27	0
Fogászati ellátás	88	88	0
Otthoni szakápolás	7	9	3
Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás	10	13	3
Művesekezelés	28	39	11
Célelőirányzatok	704	977	273
Mentés	46	46	0
Laboratóriumi ellátás	24	24	0
Összevont szakellátás	927	904	-23
Gyógyító-megelőző ellátás céltartalék	7	7	0
Finanszírozási rendszer támogatása		31	31
Nagyértékű gyógyszerfinanszírozás	130	130	0
Összesen	2 255	2 553	299

Forrás: Költségvetési törvény 2024

A **szakdolgozói és egyéb kiegészítő munkaköröket érintő béremelés** 2024-ben – mivel ennek fele már a bázis részét képezi – számításaink szerint **50 milliárd forintos plusz terhet jelent a költségvetésnek**, míg a CT- és MR-eszközeinek megvásárlása és üzemeltetése 5-10 milliárd forintos nagyságrendet képvisel. E tételeket feltehetően a célelőirányzatok költségvetési sor növekedése tartalmazza. A NEAK 2024-es adatai alapján a gyógyító-megelőző kasszából egyre nagyobb összegét fordítanak bértámogatásra.

A gyógyító-megelőző kasszából bértámogatásra fordított összeg aránya 2019-2023 (%)

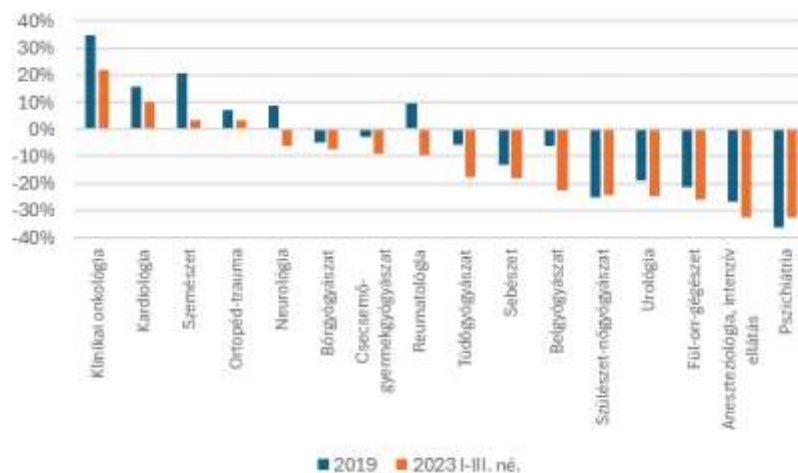


Forrás: Dr. Rékassy Balázs: Hazai egészségügy 2024 előadás NEAK adatok alapján

A 2024-es költségvetés mellett tartalmaz egy ún. **finanszírozási rendszer támogatása** sort, mely 31 milliárd forinttal emeli az E. Alap. működési kiadásait. Az egészségbiztosításért felelős miniszter az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésével összefüggő, az ellátórendszer és az ellátásszervezés hatékonyságának növelését, javítását célzó intézkedések támogatása érdekében a gyógyító-megelőző ellátás egyéb (felette részletezett) feladatainak támogatására év közben átcsoportosíthat forrásokat.

A finanszírozás szempontjából nem mellékes, hogy például az aktív kórházi ellátásban eredményesség szempontjából miként teljesítenek az egyes szakmák. Mind a 2019-es, mind a 2023-as adatok azt mutatják, hogy kevés a nyereséget termelő szakma (onkológia, kardiológia, szemészet, ortopéd-trauma), ráadásul négy év alatt szinte minden szakmában romlott a gazdálkodás eredményessége, néhol pozitívból negatívba fordult (Rékassy 2024). Mindez azt mutatja, hogy **a finanszírozást összhangba kellene hoznia tényleges ráfordításokkal (vagyis ne legyen veszteséges ellátás), s a prioritásokat a valódi többletfinanszírozás révén kellene megvalósítani.**

Aktív szakmák gazdálkodási eredménye, 2019, 2023. I-III. né. (%)



Forrás: Dr. Rékassy Balázs: Hazai egészségügy 2024 előadás. NEAK adatok alapján.

4.3. *Másodlagos finanszírozó: a magántőke*

A többi volt szocialista európai országokhoz hasonlóan Magyarország egészségügyét is a rendszerváltás előtt a Szemaskó-modellhez híven erős állami jelenlét jellemezte, amely egyben a szolgáltatók tulajdonosa, fenntartója és finanszírozója is volt. A kilencvenes évektől decentralizáció (állam helyett önkormányzati feladatkor lett pl. az alapellátás, szakellátás egy részének biztosítása), valamint **a privatizáció (házi orvosok vállalkozási formában való működése, gyógyszerárak magánkézbe adása) is megjelent, jelentősen átrajzolva a szektor struktúráját.** A magánszereplők bevonásának lényege az volt, hogy az ágazatból hiányzó forrást és a megfelelő színvonalú szolgáltatást ily módon tudja pótolni az állam. A házi orvosok tekintetében a kezdetektől a vállalkozási formában való működést szorgalmazták, úgy, hogy a házi orvos egyszerre kötött szerződést az önkormányzattal (aki a területi ellátást szervezte), és az egészségbiztosítóval. 2004 tájáig már igény fogalmazódott meg a szakellátás egyes háttértevékenységeinek centralizálására (fővárosi szinten) a költségek csökkentése és adóssághalmozás elkerülése érdekében, a for-profit társaságok térnyerése a vizsgált ellátási formákban azonban 2010-ig töretlen maradt. 2010-től a korábban lokális, önkormányzati szinten működő kórházi szakellátás államosítása megkezdődött: az intézmények fenntartása átkerült az akkor megalakuló GYEMSZI (ÁEEK) feladatkörébe. A for-profit jellegű kórházak száma is csökkent, és ezek a mai napig is csak kicsi, legfeljebb 20 ágyal működő intézmények.

A magánegészségügy finanszírozására sokféle modell létezik Európában, van, ahol ez kiegészítő biztosítás, van, ahol a magánbiztosítók a teljes egészségügyi ellátást finanszírozzák, és van olyan is, hogy mindez jövedelemfüggő (Cichon, 1999).

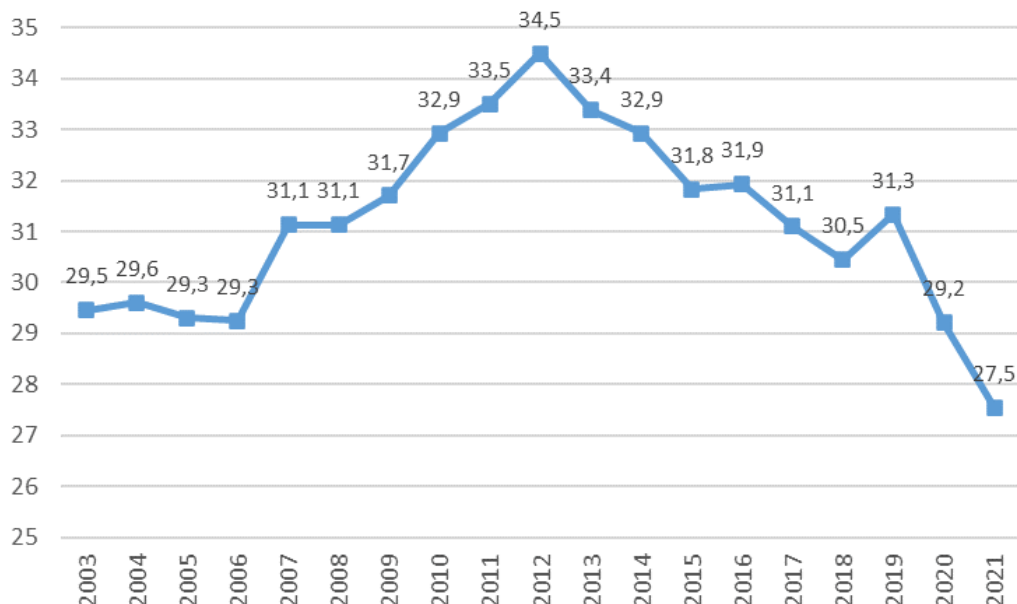
A fentieket kiegészítendő nem mehetünk el a Magyarországon korábban mély társadalmi gyökerekkel rendelkező **hálapénz** intézménye mellett sem. A hálapénz mintegy kiegészítő finanszírozást biztosított az egészségügyi szolgáltatások működéséhez. A KSH becslése alapján 2018-ban 37 milliárd forint volt az éves hálapénz mértéke, míg más iparági becslések szerint akár évi 40-50 milliárd forintot is elérte. 2020-tól a Kúria az alábbi módon határozta meg a hálapénz fogalmát: „Hálapénz az a juttatás, amelyet az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét követően a beteg vagy hozzátartozója hálája, köszönete jeléül a szolgáltatásban közreműködő egészségügyi dolgozónak nyújt.” Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény jelentős változásokat hozott az egészségügy területén, mely szerint akár egy évig tartó szabadságvesztéssel is büntethető az, aki hálapénzt ad vagy fogad el.

A betegek tömege egyre jobban áramlik a magánegészségügy irányába. A közegészségügy finanszírozásának hiánya, valamint a hálapénz kivezetése miatt az állami kórházak teljesítménye nem tud lépést tartani a betegek igényeivel, akik így egyre többen és egyre több betegséggel szorulnak ki az állami ellátórendszerből.

Magyarországon az egészségügyi kiadások mintegy harmadát magánforrások fedezik. Ez az arány a duplája az OECD-átlagnak, és az EU tagállamok közül a felső harmadban található. A COVID időszakában (2020-2021) az állam jelentős összeget csoportosított az egészségügybe, ezzel természetesen együtt járt a magánszolgáltatások arányának csökkenése. A 2019-es 31,3%-os arány két év alatt 27,5%-ra csökkent (ez megfelel a nemzetközi tendenciáknak), ugyanakkor a 2022-es adatokon már újból az egyharmadközele arány mutatkozik majd.

Összességében az alacsony mértékű állami finanszírozás és az alacsony GDP együttes következménye az, hogy Magyarországon az egy főre jutó egészségügyi közkiadás a jómódú országok kiadásainak harmadát sem éri el, az OECD-átlagnak a fele. Ennyiből nem lehet mindenki számára minden igényt kielégítő állami egészségügyet működtetni.

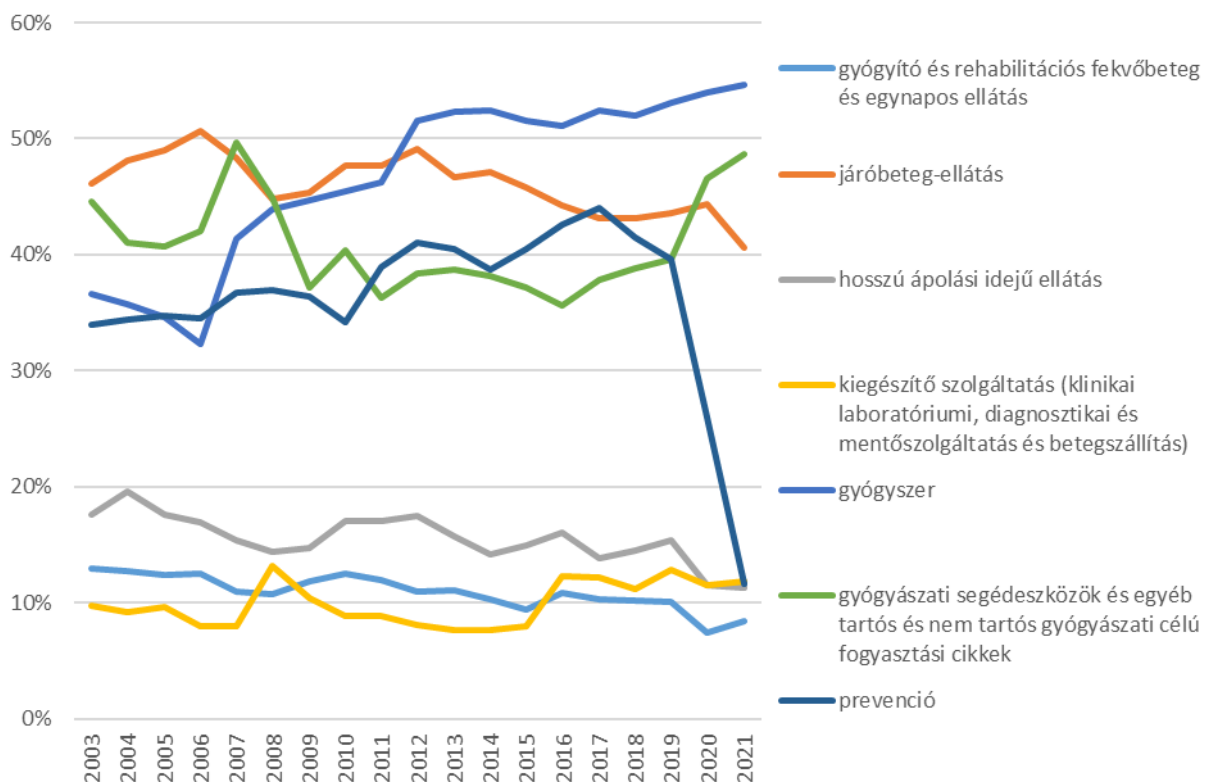
Egészségügyi magánkiadások aránya 2003 és 2021 között (%)



Forrás: KSH, GKI számítás

Az Egészségbiztosítási Alap egyensúlya és az állami szerepvállalás mértéke (az ingyenesen biztosított ellátáscsomag) összefüggenek. Az egészségügyi ellátási csomag szűkítése egyensúlyjavító, bővítése egyensúlyrontó hatású. **A jelenlegi állami ellátási csomag mellett is a magyar egészségügyi rendszerben már markánsan megjelenik a nem állami egészségügyi kiadás (2021-ben 1123 milliárd forint).** Az egészségügyi magánkiadások aránya alrendszerenként vizsgálva a legmagasabb, **50% feletti a gyógyszerellátásban** (2021-ben 484 milliárd forint). Ezt követik **a gyógyászati segédeszközök és egyéb tartós és nem tartós gyógyászati célú fogyasztási cikkek**, melynél a magánkiadások 2021-ben **megközelítették az 50%-ot** (72 milliárd forint). Jelentősebb jelenléte mérhető még a **járóbeteg szakellátás** kategóriákban (41% 2021-ben, 374 milliárd forint), míg a többi alrendszer esetében 10 és 20% közötti arányt képvisel. A gyógyszer, a gyógyászati segédeszköz és a járóbeteg-ellátás mellett az egyéb rendszerek magánkiadásai összesen 189 milliárd forintot tettek ki 2021-ben.

Egészségügyi magánkiadások aránya alrendszerenként 2003-2021 (%)

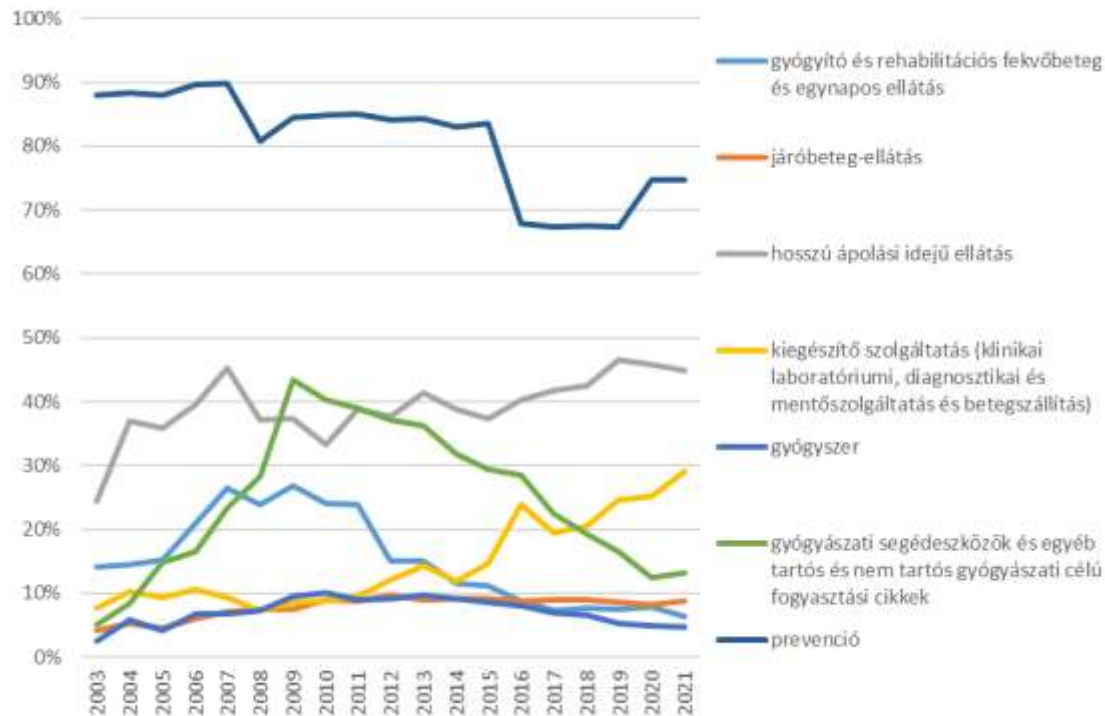


Forrás: KSH alapján GKI számítás

Az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek képviselték 2019-ben az egészségügy finanszírozásának 3%-át (119 milliárd forint). Utóbbiak legjelentősebb részét az 1993-tól működő egészségpénztárak adják. Az egészségügyi magánkiadásokon belül az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek közül a prevenció képviseli a legmagasabb arányt, igaz, e részesedés 2003 óta trendjében csökken. Éppen ellentétesen mozog a hosszú ápolási idejű ellátás, illetve a kiegészítő szolgáltatás (klinikai laboratóriumi, diagnosztikai és mentőszolgáltatás és betegszállítás) aránya, mivel itt emelkedik az egészségpénztárak szerepe.

A gyógyászati segédeszközök és egyéb tartós és nem tartós gyógyászati célú fogyasztási cikkek esetében a 2009-es csúcsot követően fokozatosan csökken az önkéntes egészségügy-finanszírozás aránya (12 év alatt 43-ról 13%-ra mérséklődött). A gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás, a járóbeteg-ellátás és a gyógyszerellátás esetében ez az arány tartósan 10% alatt maradt a vizsgált periódusban. Forintban mérve az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek közül a járóbeteg-ellátás esetében a pénztárak 33 milliárd forinttal, a prevenció esetében 27 milliárd forinttal, míg a gyógyszerellátás esetében 23 milliárd forinttal járultak hozzá 2021-ben az összes kiadáshoz.

Egészségügyi magánkiadásokon belül az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek aránya 2003-2021 (%)



Forrás: KSH alapján GKI számítás

A magánszférában és az állami finanszírozásban pont ellentétes szempont érvényesül. Míg az állami kiadások a kórházi ellátásra helyezik a hangsúlyt, addig a magánszférában a járóbeteg-rendelések finanszírozása a kimagasló, négyszerese a magánkórházi kiadásoknak. Ez egyáltalán nem véletlen, a fő ok a kettős finanszírozás tilalma. Emiatt egy ellátást Magyarországon ma vagy állami, vagy magánforrásból lehet finanszírozni, a közös finanszírozást büntetik. Emiatt a betegek jelentős része csak a relatíve olcsóbb járóbeteg-ellátás költségeit képes saját forrásból kifizetni, a legalább egy nagyságrenddel drágább, kórházi ellátást csak sokkal kevesebben engedhetik meg maguknak.

Az NN Biztosító 2024-es felmérése alapján már minden második magyar vett igénybe magánegészségügyi szolgáltatást az elmúlt két évben. Legfőképpen az ellátás minősége, a kényelem és a rövidebb várakozási idő miatt választják a magánellátást a legtöbben, még akkor is, ha mélyen a zsebükbe kell nyúlniuk ezért cserébe. Legtöbben (42%) járóbeteg ellátást, illetve majdnem minden tizedik válaszadó egynapos ellátást vagy ambuláns műtétet vett igénybe magánszolgáltatónál. Az egyik legköltségesebb ellátási formát, a több napos kórházi ellátást a válaszadók 4%-a igényelte magánellátás keretében. Ami a gyakoriságot illeti, az elmúlt két év összes egészségügyi ellátását figyelembe véve minden negyedik egészségügyi ellátás a magánszektorban történt. Azok, akik az elmúlt két évben jártak magánkezelésen is legalább egy alkalommal, 43%-ban fordulnak újból magánszolgáltatóhoz.

A privát ellátást igénybe vevők túlnyomó többsége (78%) saját maga finanszírozta a magánegészségügyi számláit, de már 16, illetve 6% azok aránya, akik egyéni egészségpénztár vagy egészségbiztosítás segítségével finanszírozták a magánellátást, míg a munkaadó által fizetett egészségbiztosítást vagy egészségpénztárat 10, illetve 1% vett igénybe.

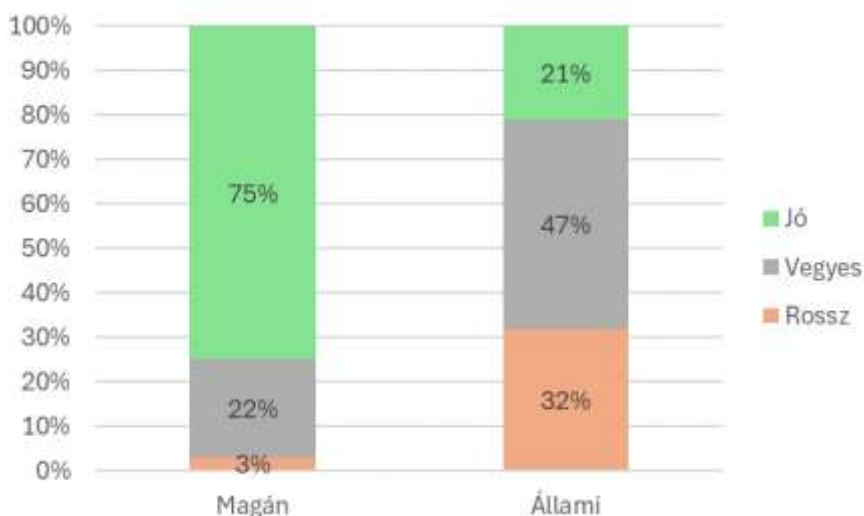
Hogyan fizette a magánegészségügyi szolgáltatást? 2024 (több válasz adható, gyakoriság, %)



Forrás: NN felmérés

A megkérdezettek háromnegyede (75%) elégedett a magánellátással, az elégedetlenek aránya pedig rendkívül alacsony (3%). Ugyanez azonban nem mondható el a tb-finanszírozott egészségüggyel kapcsolatban: a válaszadók harmadának rossz a véleménye az ellátásról és csak ötödük elégedett, a legtöbb (47%) vegyes tapasztalatokról számoltak be (NN felmérés 2024).

Mindent egybevetve milyen tapasztalatai vannak a magán-, illetve az állami egészségügyi ellátással kapcsolatban? 2024 (megoszlás, %)



Forrás: NN felmérés

4.4. *Várható trendek*

Ahogy bármely más európai országban is, Magyarországon az állami (köz)költség mértéke és aránya továbbra is meghatározó, de elkezdett kialakulni egy olyan felső szolgáltatói réteg, amely joggal lehet bázisa egy kialakuló új struktúrának, amely magán finanszírozás dominanciája mellett egy strukturált co-payment rendszer kialakítását nem csupán lehetővé teszi, ám egyben kínálati verseny fokozásával indokolttá is teheti. Azonban a legújabb fejlemények azt mutatják, hogy Magyarország nem ezt az utat választja, hanem a magán és közösségi szektor teljes elválasztását veszi célba, amely valószínűleg teljesen felborítja az eddig kialakult struktúrát. Azt, hogy ez mit fog jelenteni a jelenlegi szereplők számára, azt nagy bizonytalanság övezi (Kiss-Lantos 2018).

A magánellátás iránti növekvő igény egyik legnagyobb felhajtója az állami ellátás iránti bizalmatlanság. Szintén a privátszolgáltatók mellett szól, hogy **a legújabb technológiákat – mesterséges intelligencia, telemedicina, 3d technika – gyorsan, rugalmasan hasznosítják.** A COVID19 járvány is sok pácienszt terelt a magánellátók felé, ugyanakkor az egészségügyi ellátás iránti megugró feladattöbblet főként az állami szektorra hárult, így a magánszektor aránya csökkent a pandémia évei alatt. Míg korábban csak egy szűk réteg vette igénybe a laborvizsgálatokat, illetve szűrőcsomagokat, a járvány felbukkanását követően a páciensek jelentős hányada a PCR- és antigéntesztek elvégzése miatt fordult magánszolgáltatókhoz. Később a kórházak lezárásával, a műtétek elhalasztásával, a várólisták meghosszabbodásával egyre többen fordultak komolyabb beavatkozások miatt is az ellátókhoz. Míg 2019-ben egy csípőprotézis-műtetre 291 nap volt az átlagos tervezett várakozási idő országosan, 2020 májusában 324 nap, 2021 januárjában 371 nap, mely 2024 áprilisára sem csökkent 100 nap alá (111 nap) (NEAK 2024).

Egyre többen az állami ellátás helyett a magánszolgáltatókat keresték, ami már a szektor bevételein is látszik, amely nem csak a mind nagyobb számban a szolgáltatókat felkereső páciensekből adódik, de **drasztikusan megnőtt azoknak a műtéteknek, ellátásoknak az ára, amelyekre a betegeknek hosszú hónapokat kell várnia az állami rendszerben.**

Ezzel párhuzamosan egyre nagyobb a munkaerő beáramlás is a területre. Az orvosok egy része részben az állami, részben a magánszférában dolgozik, mivel az utóbbi szektorban a bevétel előre meghatározott százalékát kapják munkadíjként (az állami ellátásban nem kapnak plusz juttatást). Ennek eredménye, hogy **bizonyos szakterületeken már most is várólista alakult ki a magán szolgáltatóknál** (pl. endokrinológia, kardiológia vagy nőgyógyászat).

Újonnan jelentkező trend a **magánegészségügyi piac koncentrálódása**, mivel a magánegészségügy keretei közt az egyre teljesebb ellátást nyújtani tudó komplex

intézményekkel a lakásrendelők (vagyis az egyorvosos magánrendelők) nehezen fognak tudni lépést tartani akár a drága és korszerű eszközök magas ára, akár a betegút-menedzsment kidolgozatlansága miatt. A lakásrendelőknek szembe kell nézniük az egyre szigorodó adókönyezettel, az egyre nagyobb betegelvárásokkal, miközben már nem tudják megszerezni az állami ellátás diagnosztikáját, műtéti kapacitását. A többszakmás magán járóbeteg-ellátóknál is egyre égetőbb feladat a fekvőbeteg-ellátás megoldása. Eközben az **igények egyre inkább arra ösztönzik ezeket az ellátókat is, hogy specializálódjanak, működjenek együtt.** Így a lakásrendelők fennmaradását a jövőben a nagyobb cégekbe olvadás jelenti.

A komplex járó-, és fekvőbeteg-szakellátást is nyújtó sokszakmás magánszolgáltatók főként a folyamatosan változó állami kórházi környezettől függenek. E függés mérséklése érdekében célszerű arra törekedni, hogy egy szakmán belül a teljes spektrumot lefedjék, illetve képesek legyenek ellátni az esetlegesen fellépő szövődményeket és a súlyos eseteket is.

Már több mint ezer magánegészségügyi cég van a piacon és egyre élesedik a verseny közöttük. A magánszektor jelenlegi kihívásai között szerepel többek között

- az ellátás minőségének bizonyítása,
- a digitális eszközök használata, akár kényszerből is,
- a megfelelő minőségi munkaerő biztosítása,
- a köz-, és a magánellátást együttműködése,
- valamint a biztosítói szektor lassú növekedése.

A hosszú távú trendek tehát arra engednek következtetni, hogy a betegek egyre gyakrabban választják az egészségügyi magánszektor szolgáltatásait az állami helyett. **Ennek következtében ugyan valamelyest csökkenhet a finanszírozási feszültség az állami szektorban, a felszabaduló forrást azonban célszerű volna inkább az ellátás minőségének javítására fordítani, mint a finanszírozási lukak tömködésére.**

5. Az egészségügy fő kihívásai

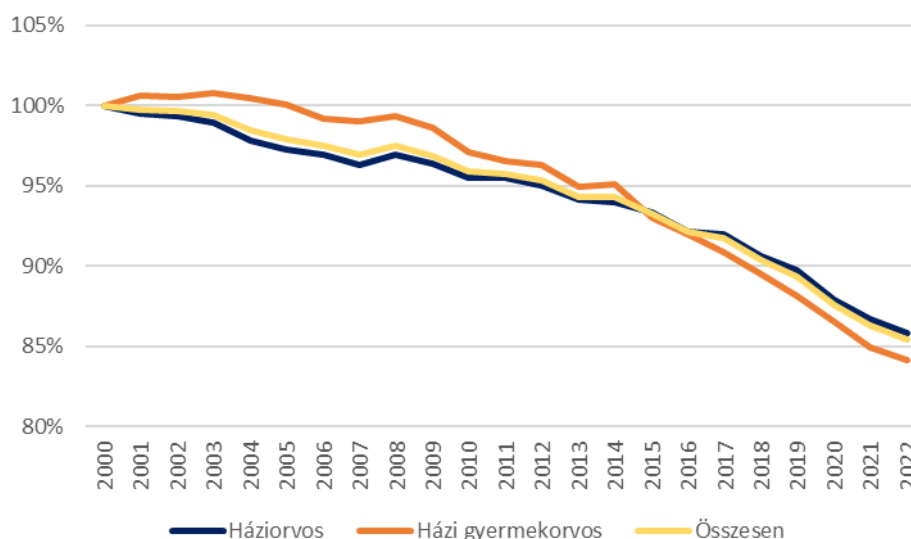
Az egészségi állapotot jelentősen befolyásolja az ellátórendszer mindenkori állapota, működési hatékonysága. Az alábbi fejezetben sorra vesszük azokat az ellátórendszerrel kapcsolatos problémákat, kihívásokat, melyek sürgős megoldása elengedhetetlen az ellátás színvonalának és fenntarthatóságának javítása érdekében.

5.1. Alapellátás

Magyarország népessége stabilan csökken, de a háziorvosok száma még ennél is meredekebb ütemben esik. Mindez azt eredményezi, hogy **mára több mint kilencszázezer magyar él olyan körzetben, ahol nincs betöltve a háziorvosi praxis.** A Kormány kozmetikázási törekvései (minimális betegszám praxisonként) a későbbiekben egy alkalommal javítani fog a statisztikán, de a tömegesen nyugdíjba vonuló háziorvosok miatt rövidesen újra növekedni fog a be nem töltött praxisok száma.

A KSH adatai szerint 2022-ben 5748 orvos praktizált az alapellátásban, 4427 háziorvos, illetve 1321 házi gyermekorvos. A háziorvosok száma az ezredforduló óta 14%-kal, a házi gyermekorvosok száma 15%-kal csökkent. A csökkenés igazán 2010 után gyorsult fel, **2010 és 2022 között a háziorvosok létszáma 10%-kal, a gyermekorvosoké 13%-kal csökkent.**

**A háziorvosok és házi gyermekorvosok létszámának alakulása 2000-2022
(2000=100%)**

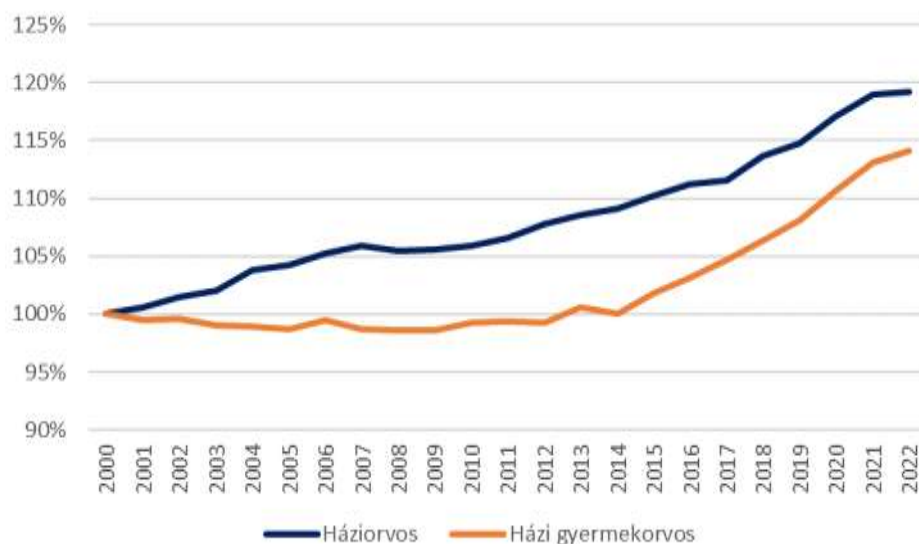


Forrás: KSH

A háziorvosok leterheltségének egyik fokmérője az egy orvosra jutó betegforgalom. A fenti folyamatok következtében **egyre több bejelentkezett lakos jut egy háziorvosra, ill. házi gyermekorvosra.** 2000 és 2022 között szinte egyenletesen (összességében 19%-kal) emelkedett az egy háziorvosra jutó ellátandók száma, míg a gyermekorvosok

esetében a kedvezőtlen tendencia 2012 után indult be, ugyanakkor azóta 15%-kal emelkedett e mutató értéke.

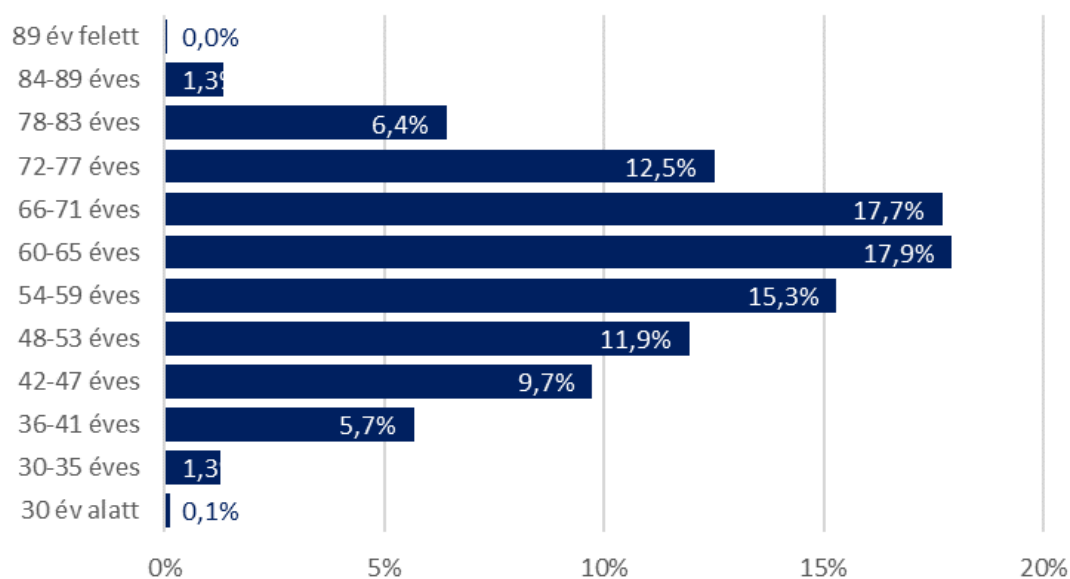
Egy háziiorvosra, ill. házi gyermekorvosra jutó bejelentkezett lakos 2000-2022 (2000=100%)



Forrás: KSH

A háziiorvosok leterheltsége azonban nem egyenletes az ország egyes részeiben. A főváros és agglomerációja, valamint egyes megyei jogú városok kedvezőbb helyzetben vannak, mint a kisebb települések. Messze az átlag feletti betegforgalommal bíró háziiorvossal rendelkező települések főként Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye keleti részén, Mátészalka és Fehérgyarmat térségében, valamint Pest fővárostól távolabbi településein és Jász-Nagykun-Szolnok megyékben találhatóak.

Háziiorvosok korfája 2023 (megoszlás %)



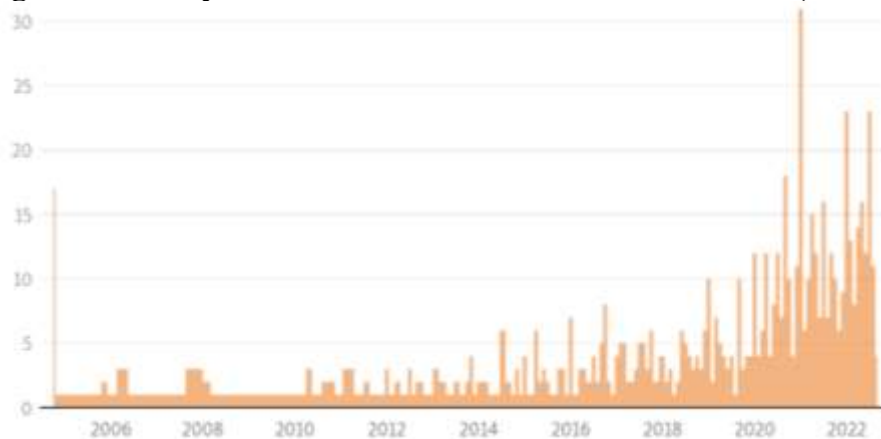
Forrás: MOK

Az egészségügyi alapellátás működésének jelentős veszélye a háziiorvosi állomány elöregedése, melyet a háziorvosok korfája szemléltet. 2023-ban 56%-uk 60 éves vagy idősebb volt, míg mindössze 1,4%-uk volt 35 éves vagy fiatalabb. **Optimális esetben 65 év alatt nem szabadna szűkülni a korfának.** Mindez azt jelenti, hogy a háziiorvosi szakmának jelen létszám és körzetszám mellett nincs meg az utánpótlása, **jelentős ellátási problémákat vetít előre 10-15 éves távlatban.** 5-6 éven belül várhatóan a megmaradt háziorvosok elsőprő többsége lesz már a nyugdíjkorhatár felett. Nemcsak az állandó háziorvos nélküli praxisok óriási száma miatt, de a betöltetlen praxisok eloszlásán is látszik, hogy mindez országos probléma.

Jelenleg a háziiorvosi rendszer az egy orvos, egy nővér koncepcióra épül. A 6500 körzet határait így az ellátandó betegszámot az önkormányzattal történt feladatvállalási szerződés szabja meg az orvos, vagy az őt képviselő cég számára. A körzet betöltéséről az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) gondoskodik praxisjog biztosításával, amely a megfelelő szakmai kompetenciák igazolása után személyhez kötött vagyoni jog. **2024. április 1-én összesen 748 háziiorvosi praxis volt tartósan (6 hónapnál hosszabb ideje) betöltetlen, illetve állandó helyettesítéssel biztosított.** Ebből 228 felnőtt, 169 gyermek, illetve 351 vegyes praxis. Megyék szerint Borsod-Abaúj-Zemplén vezet 87 üres praxissal, majd Pest vármegye és Budapest következik 61-gyel, illetve 56-tal.

Az alábbi grafikon jól szemlélteti, hogy **a máig betöltetlen praxisok 2019 után váltak tömegesen betöltetlenné,** tehát a korábban is fennálló probléma ettől kezdve inkább eszkalálódott.

A máig betöltetlen praxisok mikortól váltak betöltetlenné? (2006-2022)



Forrás: <https://www.szabadeuropa.hu/a/haziiorvos-hiany-abra/32057848.html>

A betöltetlen praxisok magas száma nem egy pillanatnyi helyzetet tükröz, tízből kilenc praxis ugyanis tartósan betöltetlenné számít, azaz több mint fél éve nincs a környéken állandó háziorvos. Ha hiányzik valahonnan az állandó háziorvos, az nem azt jelenti, hogy teljesen ellátatlanul marad a lakosság, csak nehezebben férhetnek hozzá az alapellátáshoz. Ilyenkor helyettesítéssel oldják meg, hogy egy település vagy városrész se maradjon ellátatlanul. A helyettesítés rendszerint azzal jár, hogy kevesebb ideig tud ott rendelni a helyettesítő orvos, vagy messzebb lévő településre kell utazniuk a

betegeknek. Ha kevesebb időt tud a betegeire szánni a helyi orvos, a betegek is kevésbé tudják igénybe venni a szakértelmét. Ez eszkalációt okozhat (már eleve csak súlyos esetben megy a háziorvoshoz a beteg).

A több mint 5 éve betöltetlen háziorvosi praxisok többsége Kelet-Magyarországon található, azon belül is kiemelkedik Borsod-Abaúj-Zemplén, Békés, valamint Jász-Nagykun-Szolnok vármegye.

A háziorvosoknál 2021-ben történt egy komoly emelés a praxis finanszírozásában. Míg az előző években a háziorvosoknak nagyjából másfél millió forint körüli összegből kellett kigazdálkodniuk az asszisztensük fizetésétől kezdve a gyógyszerkészleten és az utazásaikon át a rendelő rezsijét, azóta nagyjából egymillió forinttal többől intézhetik mindezt. Ennek oka az orvosi és a nővér béremelések részleges kompenzálása volt (a teljes orvosi béremelést csak további feladatok ellátása esetében kapták meg a háziorvosok – ez sem javította a háziorvosok presztízsét).

Önmagában viszont a béremelés a kevésbé bonyolult része a problémának. A háziorvosok ugyanis nem sziget szerűen működnek, az ápolók, a védőnők, az iskolaorvosok, a fogorvosok, a mentők, a rendelőintézetek és az illetékes kórházak közötti feladatmegosztás erősen összefügg, a teljes betegutat és a különböző ellátási képességeket egyben tekintve lehet csak igazán eredményesen átalakítani a rendszert.

5.2. Szakellátás

Az egészségügyi szakellátás helyzete korábban sem volt problémamentes, a COVID-járvány óta azonban e problémák tovább erősödtek. Az ellátás színvonalának javítása érdekében legfontosabb a humán erőforrással kapcsolatos problémák rendezése. Ez részben a szakdolgozói fizetések méltányos rendezését, másrészt az orvosutánpótlás biztosítását a jövőre nézve jelenti.

Az orvosok fizetésének rendezése 2020-ban megindult (részben a COVID hatására). Több lépcsőben (2021: 70%, 2022: 28,5%, 2023: 11,1%) **közel két és félszeresére emelkedtek a bérek 2020-23 között**, igaz, megszűnt a hálapénz. Ezzel jelentősen felzárkóztunk a többi kelet-európai ország orvosfizetéseihez. 2020-ban Luxemburgon kívül még négy olyan ország volt, ahol a szakorvosok fizetése (**vásárlóerő paritás**) meghaladta a bruttó 150 ezer eurót (Írországbán, Hollandiában, Dániában és Izlandon), miközben Németországban 146,2 ezer, az Egyesült Királyságban pedig 136,4 ezer euró volt a fizetés. 2020-ban Franciaországban, Olaszországban és Spanyolországban a fizetések jóval bruttó 100 ezer euró alatt voltak, miközben Magyarországon 33 ezer euró körül volt (Euronews 2023).

További humán erőforrás probléma, hogy az idősebb orvosok közül sokan elmennek nyugdíjba (vállalkozóként még részállásban tudnak dolgozni a magánszektorban), a fiatalok meg továbbra is megcélozzák a gazdagabb nyugati és északi országokat, vagy

főállásban magánegészségügyi szektort választják, és elmondások szerint sokan már eleve így állnak neki az orvoscépzésnek (MOK 2022).

A szakdolgozói fizetésrendezés 2023 júliusában (+18%) részben megtörtént, majd 2024 márciusától 20%-os újabb emelés történt ugyan, de továbbra sem teszi vonzóvá a 3 műszakos tevékenységet. Pedig a nővérhiány akadályozta és várhatóan továbbra is akadályozza a kapacitások kihasználását, ráadásul ez egyre erősödő probléma. **Ápolói területen jelentősebb a munkaerőhiány**, mint az orvosoknál. Az ápolói bérek átlaga az orvosi bérekhez mérten 2023. július 1. óta 32% körül alakult, ez 2024. márciusára elvben elérte a 38%-ot, az optimális szintet a 35-40% jelentené. **Ugyanakkor a pótlékok alaphéresítése miatt a valós béremelés elmaradt a 20%-tól.** Nagyon fontos volna egy olyan ápolói életpálya kidolgozása, mely valós társadalmi megbecsüléssel járna együtt. Az idősödő társadalom miatt az ápolókra nemcsak az egészségügyben, hanem a családok mellett, illetve a szociális ellátásban is nagy szükség van.

Három éve **bázis jellegű finanszírozásban működnek a kórházak**, átalány szerint kapják a finanszírozást egy módosított, 2019-es betegforgalom után. Azóta rengeteget változott a betegforgalom, és jelentősen nőttek a költségek. Az intézmények ehhez úgy alkalmazkodnak, hogy **2019-hez képest jelentősen alul teljesítenek**, kevesebb tervezett beavatkozást bonyolítanak le. Ebből adódóan van a rendszerben egy feszültség, nőnek a várólisták a kórházakban, illetve az előjegyzési idők a szakrendelőkben, így a betegek jóval tovább kénytelenek elviselni a betegségükből következő hátrányokat, fájdalmakat. Itt jegyezzük meg, hogy az adatok körének folyamatos változtatása miatt nehéz valós képet kapni az aktuális állapotokról (l.: várólisták újraszabályozása).

Ezt a folyamatot erősítette az is, hogy a kormány ezzel egyidőben vezette be a magas orvosi béreket úgy, hogy nem társított mellé egyéni teljesítményelvárást, ösztönző rendszert. Ráadásul a korábbi évtizedek ugyan torz, de hatékony motivációs elemét, a hálapénzt törvénnyel vezette ki. E három intézkedés együttes következménye lett a közfinanszírozott szakellátó intézményekben a teljesítmény visszaesése, a várakozási idők meghosszabbodása, és a magán egészségügyi szektor szárnyalása.

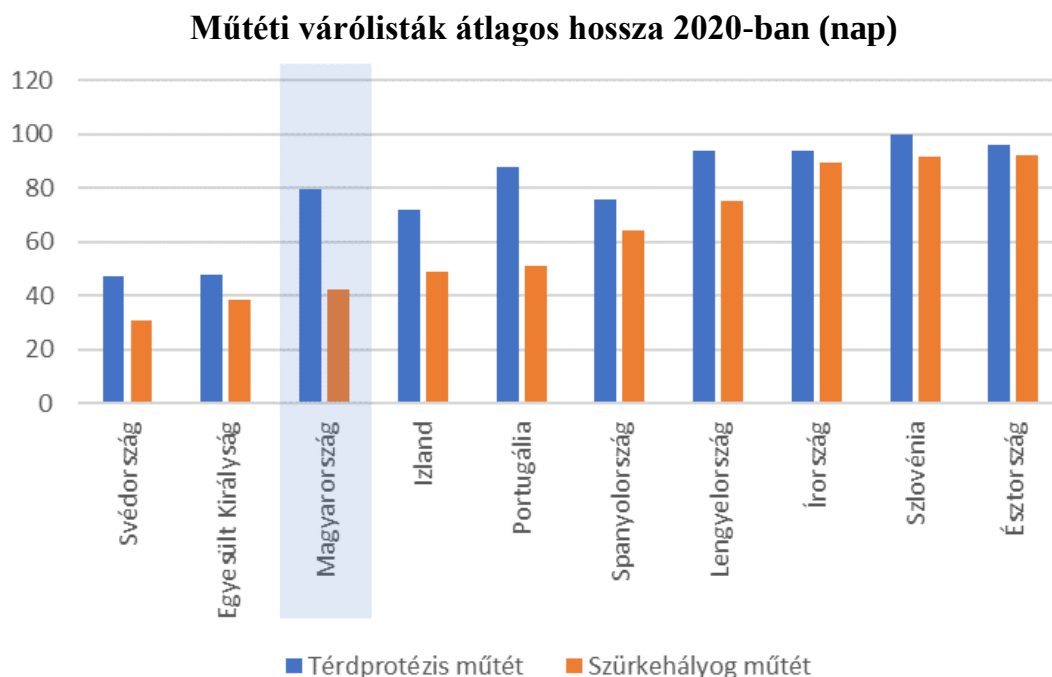
2020-ban a 2019-es állapothoz képest a COVID miatt jelentősen megnőtt a műtéti várólisták hossza és ezt követően sem változott kedvező irányba. 2024. áprilisban³ az alábbi átlagos várakozási idővel kellett számolni a leggyakoribb műtéti beavatkozásoknál:

³ június 16.

Műtéttípus	Átlagos várakozási idő a megelőző 6 hónapban	
	2023. június	2024. április
Szürkehályog	45	46 (+1)
Térdprotézis (ortopédia)	267	225 (-42)
Csípőprotézis (ortopédia)	189	111 (-78)
Ortopédiai nagyműtétek	54	70 (+16)
Sérv	30	68 (+38)
Epekő laparoszkópia	44	63 (+19)
Mandula, orrmandula	23	32 (+9)

Forrás: NEAK

Az OECD nemzetközi összehasonlításában a műtéti várólisták átlagos hossza 2020-ban átlag alatti volt az egyik leggyakrabban előforduló szürkehályog műtét esetében, míg átlagos a szintén gyakori térdprotézis műtét esetében. Utóbbi esetben ez a szám azóta jelentősen romlott 2023 nyarára, míg az előbbi esetében nem változott.



Forrás: OECD Health Statistics 2022

A kórházszektor jelentős kapacitáscsökkentése, szerkezetátalakítása elkerülhetlenné vált az elmúlt két évtizedben. **A struktúraváltás egyfajta versenyfutás az idővel, hogy sikerül-e az orvos és szakdolgozói hiányhoz igazodva tartósan fenntarthatóra csökkentve a kapacitásokat racionalizálni az ellátórendszert.**

Egy integrált rendszerre van szükség, a betegutakat és a szakmai kapacitásokat egységesen kell szervezni a járó- és fekvőbeteg-ellátásban. Költséghatékonysági okból minden egészségügyi rendszerben cél a beteg kórházon kívüli ellátása, gondozása, mivel ambuláns ellátási formában jóval olcsóbb az ellátás, mint fekvőbeteg ellátási formában.

A kórházak terheltségét jelentősen mérsékelte az 1 napos sebészeti eljárások térnyerése. Az egynaposként elvégezhető beavatkozások aránya 2010-2019 között 38%-os arányról 80%-ra nőtt. A COVID-19 járvány hatásai miatt a 2020. finanszírozási évben ez az arány nem követte az eddigi növekvő trendet és továbbra is a 80%-os értéken maradt, míg a beavatkozások száma visszaesett. Jelenleg is ekörül mozog az arány. Ugyanakkor a műtéti beavatkozások számához képest 45%, a súlyszámok esetében 18% lett az arány 2019-re. Az előbbi 2,2-szeres, az utóbbi 3-szoros növekedés 2010-hez képest. 2022-ben 285,2 ezer beavatkozást végeztek egynapos sebészet keretében (2010: 130,1 ezer). Ugyanakkor a csúcs 2019-ben volt 345 ezer esettel, amihez képest a 2022-es adat 11%-os csökkenést jelent.

5.3. A kihívások összefoglalása és a tervezett/elkezdett változtatások

A legfontosabb ellátórendszerrel kapcsolatos kihívásokat, melyek sürgős megoldása elengedhetetlen az ellátás színvonalának és fenntarthatóságának javítása érdekében a teljesség igénye nélkül az alábbiakban lehet összefoglalni:

- Több mint **kilencszázezer magyar él** olyan körzetben, ahol **nincs betöltve a háziiorvosi praxis**.
- A háziorvosok korfájából kiindulva öt-hat éven belül várhatóan a megmaradt **háziorvosok elsöprő többsége lesz már a nyugdíjkorhatár felett**. Nemcsak az állandó háziorvos nélküliek óriási száma miatt, de a betöltetlen praxisok eloszlásán is látszik, hogy mindez országos probléma.
- Félő, hogy ha az ellátórendszerben túl gyors, radikális változások történnek, akkor a meglévő háziiorvosi kollektíva már nem tudja vállalni a szolgálatot, és inkább a nyugdíjas életet választja, amely jelentős hiányhoz vezethet.
- A háziiorvosi ügyeleti rendszer átalakítása (Országos Mentőszolgálat alá rendelése) többletforrások hiányában romló ellátást eredményezett, ahogy erre néhány kiragadott, a sajtóban megjelent eset is rávilágít.
- Az ellátás színvonalának javítása érdekében a **humán erőforrással kapcsolatos problémákat is rendezni kell** (szakdolgozói fizetések méltányos rendezése, orvosutánpótlás biztosítása).
- A szakrendelői hálózatot elsősorban az önkormányzatok tartják fenn, aminek finanszírozásához jelentős támogatást biztosítanak (a NEAK mellett). Az önkormányzati forráselvonások veszélyeztetik a pótlólagos finanszírozást, ami a rendszer fenntarthatóságát korlátozza.
- A bázis jellegű finanszírozás miatt a kórházak átalány szerint kapják a forrást egy módosított, 2019-es betegforgalom után. Azóta a betegforgalom és a költségek változása miatt 2019-hez képest jelentősen alul teljesítenek, kevesebb tervezett beavatkozást bonyolítanak le. Ebből adódóan **rendszer feszültség alatt áll, nőnek a várólisták**, az előjegyzési idők, a betegek tovább kénytelenek elviselni a betegsükből következő hátrányokat, fájdalmakat.
- A kórházi ellátást jelentősen terhelik az újabb feladatok (védőnői szolgálat működtetése pl.), mind finanszírozási, mind szervezeti oldalról.

- Az orvosbéremelés segítette az elvándorlás mérséklését az ágazatból, ugyanakkor csökkentette a túlmunkára való késztetést is, ami mérsékelte az ellátások számát is. Ugyanakkor azt is megmutatta, hogy csak a folyamatos bérkarbantartás tudja fenntartani a megfelelő ellátást. Ez azt jelenti, hogy évente legalább a nemzetgazdasági átlagnak megfelelő béremelésre lenne szükség, aminek jelei nem látszanak. Így viszont rövid időn belül elinflálódna a bérek, s újraindul az elvándorlás.

2023-tól elindult az egészségügyi ellátórendszer átalakításának újabb fejezete. Az egészségügyi rendszert érintő reformelképzelések olyan intézkedéseket tartalmaznak, amelyek az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükségesek. A változtatások főbb elemei a következők:

- az egészségügyi alapellátásban a praxiskörzetek meghatározása állami szerepvállalással, illetve a jogszabályban előírt feltételeknek megfelelő szoftver használata;
- az ügyeleti rendszerben az OMSZ korábbi pilotprogramjának kiterjesztése;
- a járóbeteg-ellátásban az állami szerepvállalás növeléséhez szükséges intézkedések biztosítása;
- az egészségügyi dolgozók illetményének szabályainak pontosítása, áttekintése; várólisták csökkentése. (Előterjesztés a Kormány részére 2022)

Az immár törvényre emelt egészségügyi reformlépések az alábbi jogszabályokban testesülnek meg:

- 2015. CXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
 - Praxiskezelő feladatainak meghatározása
 - A védőnők szakmai feladatainak, felügyeletének, irányításának változása
- 1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről
- Az egészségügyi államigazgatási szerv egészségügyi igazgatási és koordinációs feladatainak bővítéséről
- 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról
- 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről

6. Finanszírozási vonatkozások és fenntarthatóság

Az egészség az egyén szempontjai mellett kiemelkedő jelentőségű társadalmi és gazdasági kérdés. A közgazdasági szakirodalom szerint a gazdasági növekedésnek négy hajtóereje van: az emberi erőforrások, a természeti erőforrások, a tőke, valamint a technológiai fejlődés, innováció. **Az emberi erőforrások fejlesztése és megőrzése során az oktatás mellett megkerülhetetlen az egészségügyi ellátás is**, mivel csak a szakképzett és egészséges munkaerő képes hatékonyan használni a tőkejavakat és biztosítani a termelékenységet (Nagy-Ritter 2018).

A magyar egészségügyi rendszer többszörösen hátrányos helyzetű (Nagy-Ritter 2018), azonban ez a helyzet nem kizárólag Magyarországra jellemző, hiszen az **egészségügy a világon szinte mindenhol finanszírozási problémák közepette működik**. Magyarországon e problémák már az 1997. évi LXXXIII. törvény indoklásában is megjelennek, mely a finanszírozási problémák sürgős megoldását szorgalmazza.

A rendszer átalakításához szükséges intézkedések, reformok bevezetése kiemelkedően fontos feladat a mindenkori kormány számára. A társadalmi szükségletek megfelelő kielégítéséhez méltányossági alapon mindenki számára elérhetőnek kell lennie az egészségügyi szolgáltatásoknak. Az elmúlt évtizedekben **folyamatosan felmerülő kérdéskör és vitatéma az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának problémája**, melyhez az egyes társadalmak más és más megközelítést alkalmaznak. Az egészségügy finanszírozásával kapcsolatban számos dilemma jelentkezik. A ma is aktuális kihívásokból – alapvetően közpénzügyi, a lényegét szem előtt tartó elemzői megközelítésből – az Állami Számvevőszék 2019-es jelentése az egészségügy finanszírozásáról a következőket emeli ki:

- A gazdaság, a versenyképesség növelése egészségesebb munkaerőt igényel. Ha az ehhez szükséges egészségügyi ellátások fedezete adó, járulék emelésekkel teremthető meg, akkor az a gazdasági növekedés ellen hat.
- Elsősorban az új gyógyszerek, terápiák, műszerek megjelenésének, a megelőzési (prevenciós) programok, szűrések szélesedésének hatására nőtt az emberek átlagéletkora. **A lakosság előregedése és a technológiai robbanás pedig mindenütt jelentős finanszírozási többletigénnyel jár.**
- Az azonnali beavatkozások nem vészhelyzeti esetekre is kiterjedő elvárása (várólista, érdemi várakozás nélküli ellátás) olyan emberi és tárgyi kapacitásokat igényelne, ami jellemzően már teljesíthetetlen.
- Egyes egészségügyi szükségletek kielégítésének igényéhez és követelményéhez nem mindig kapcsolható racionális forrásfelhasználás.
- A technikai, technológiai lehetőségek intenzív fejlődése mellett **az élő kapacitás (orvos, nővér) a döntő**, és esetenként a szűk keresztmetszet.

- A kórházak gyakori felvetése, hogy korlátozhatja, halaszthatja-e az intézmény az életmentő ellátásokat amiatt, hogy a kapcsolódó megrendelésekkel nem tartja be az Áht., Ávr. és az Alaptörvény előírásait.
- Létező közgazdaságtani elmélet szerint minden kifejezhető pénzben (így az emberi élet és egészség is), de a közgazdaságtan keretei között nem megválaszolható gyakorlati és erkölcsi kérdések vetődnek fel.
- Nincsenek egyértelmű, nem vitatott definíciók a fenntarthatóság makroszintű, társadalmi, pénzügyi szempontú ágazati megközelítésű meghatározására (ÁSZ jelentés 2019).

A magyar egészségügy finanszírozását olyan folyamatok és strukturális problémák nehezítik, amelyek megoldása csak nagyívű reformok eredményeként és hosszú távon lehetséges (ha egyáltalán lehetséges):

- a magyar társadalom demográfiai változásai, az **előregedés**,
- az alapellátásban dolgozó **házi orvosok korfájának** alakulása, így az ellátás magasabb, drágább szintekre történő tolódása,
- az organikusan és a technológiai fejlődés mentén **dráguló egészségügyi szolgáltatások**,
- a **magánszektor** térnyerése,
- a **kettős finanszírozás**,
- az **amortizáció** elszámolhatóságának problémája,
- a lejárt **tartozásállomány** a fekvőbeteg ellátásban,
- **új fejlesztési prioritások**.

Az egészségügyi kiadások emelkedését **erősen befolyásolják a demográfiai hatások**, melynek következtében a társadalom egyre inkább támaszkodik az ellátórendszerre. Magyarország társadalmá az utóbbi évtizedekben előregedő társadalomként határozható meg, amelynek oka a várható élettartam növekedése, valamint az élve születési arányszám fokozott csökkenése. Elsősorban az új gyógyszerek, terápiák, műszerek megjelenésének, a megelőzési (prevenciós) programok, szűrések szélesedésének hatására nő az emberek átlagéletkora. **A lakosság előregedése pedig az egészségügyben jelentős finanszírozási többletigénnyel jár.**

Mind az állami, mind pedig a magánegészségügyi kiadásokat jelentősen emelik az infláció felett **dráguló egészségügyi szolgáltatások költségei**. A fogyasztói árak alakulása számottevően befolyásolja az egyes termékek és szolgáltatások, ezen belül is pl. az egészségügyi szolgáltatások iránti mindenkor keresletet. Az ezredforduló óta a szolgáltatások ára összességében több mint háromszorosára emelkedett, miközben a szolgáltatások áremelkedése 2,3-szeres volt (ugyanekkora infláció mellett). Különösen 2013 után nőtt az ütemkülönbség az egészségügyi szolgáltatások „javára”.

A fenti kérdésekre és problémákra az állami egészségügy csak részben tud választ adni. Az egészségügyi kiadások aránycsökkenése a romló ellátás (például várólisták) miatt az állam által jellemzően nem finanszírozott magán egészségügy profiljában és terjedelmében gyorsuló bővülésével járt együtt. Magyarán **a kiadások arányának csökkentése romló ellátással, s a magánszférába kényszerülők növekvő gazdasági terheivel járt**, miközben elvileg e rétegnek is járna az ingyenes és magasszintű ellátás. Ez azt jelenti, hogy **az egészségügyi kiadások korlátozása egyrészt rontotta az emberek egészségi állapotát, másrészt növelte a lakosság terheit, harmadrészt az államháztartáson belül átcsoportosítást tett lehetővé a kormányzat által fontosabbnak tartott célokra.**

Az Állami Számvevőszék 2019-ben közzétett jelentése szerint az egészségügyi rendszerben, finanszírozásban az Alaptörvény elfogadása óta nem változott a szemlélet úgy, hogy azzal ennek legfőbb elvei megfelelően érvényesülhettek volna. Az egészségügyre vonatkozó szabályozások köre szerteágazó, összetett, a jogszabályok sokszor módosultak. A változáskezelés kapcsán az ÁSZ a következőket emeli ki:

- **Az ellátási rendszer és a finanszírozás struktúrájában nem történt a költséghatékonyságot és a minőséget átfogóan javító módosítás**, miközben ez stratégiai követelmény volt.
- Az átmenetinek tervezett **teljesítményvolumen korlát a rendszer tartós része maradt**, amely az intézmény szempontjából a fenntarthatóságot, a teljesítménnyel arányos támogatást korlátozta. Közpénzügyi szempontból a hatásai közül ki kell emelni azt is, hogy az E. Alap jelentős túlköltekezését akadályozta, ugyanakkor a kórházak eladósodásában szerepe lehetett (ÁSZ 2019).

Az államháztartás GDP-arányos funkcionális kiadásainak (konszolidált, pénzforgalmi szemléletű adatok) szerkezete az elmúlt években kedvezőtlen irányba változott, **államközpontú és nem tudásalapú gazdaságfejlesztési koncepciót, a társadalom differenciálódásával nem foglalkozó társadalompolitikát** tükrözött. Ráadásul az állami bürokrácia növelése és egyes piaci szereplők kiemelt állami támogatása **versenyképességi szempontból kifejezetten kedvezőtlen.**

Más oldalról a magán ellátások igénybevétele egyre kevésbé csak a legmódosabb családok kiváltsága, mivel **mind szélesebb tömegek kényszerülnek** rá, hogy magán-egészségügyet fizessenek; akár erejükön felül, mert az állami ellátás színvonala vagy kapacitáshiánya erre kényszeríti őket. A COVID-járvány alatt különösen jól látszott az egészségügyben ez a fajta mechanizmus. Nem véletlen, hogy már a **magán-egészségügyben** is megjelentek a **kapacitáskorlátok**, s az árak is gyors ütemben emelkedésnek indultak a megugró kereslet miatt.

Az egészségügy szervezeti és érdekeltségi rendszere, kínálati struktúrája, valamint az erre hivatott állami szervezet gyakran módosul, a rendszerszemlélet hiánya, a stratégiai gondolkodás adminisztratív módszerekkel, tűzoltással való helyettesítése alapvető probléma. Az orvosok külföldre áramlását a magánszférába való átmenetel

váltotta fel, ami kikényszeríti a betegek ennek megfelelő átáramlását. A hálapénz helyébe a magánszférában fizetendő legális díjazás lépett. Az **orvosfizetések** emelése és a hálapénz visszaszorítása megoldott részproblémákat, de egy általános **egészségügyi reform híján** csak részeredményekhez vezetett, miközben **új feszültségeket** is létrehozott. A szakdolgozói fizetésrendezés elmaradása továbbra is akadályozza a kapacitások kihasználását (például hiányoznak a műtősök). Az orvosok a hálapénz megszűnése következtében, mivel megemelt fizetésük nem függ például a műtétek számától és bonyolultságától, nem érdekeltek az operációk elvégzésében. Egyidejűleg van jelen az **állami szféra terjeszkedése** – legújabbán például a mesterséges megtermékenyítés esetében – és színvonalának **leromlása**. A kórházak nem érdekeltek a teljesítmény növelésében, kapacitásaik kihasználásában, a minőségi munkában. **Minőségi követelményekre** – például küszöbszámok az utóvérzésekre, kórházi fertőzésekre stb. – **lenne szükség** az intézményekkel és az intézményeken belül az orvosokkal szemben is (ÁSZ 2019).

Az egészségügyi ellátórendszer legfőbb célkitűzései közé tartozik, hogy **a megelőzés és a betegellátás hatékonyságának és az ellátásokhoz való hozzáférésnek a növelésével javítsa a lakosság egészségi állapotát**, ezáltal szolgálja a gazdaság versenyképességét (gyorsabb visszatérés a munka világába) és járuljon hozzá az idősök életminőségének, önellátási képességének javulásához. Mivel a társadalom döntő hányada sem a jelenben, sem a jövőben nem lesz képes megfizetni a magánegészségügy szolgáltatásait (főként nem a komolyabb beavatkozásokat), kiemelt fontossággal bír a költségvetési forrásokból megvalósított egészségügyi ellátások finanszírozásának biztosítása, ráadásul a jelenlegihez képest magasabb színvonalon.

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

Az egészségügy finanszírozását segítheti az ingyenesen nyújtott egészségügyi ellátáscsomag szűkítése, ugyanakkor ez várhatóan negatív társadalmi hatásokkal jár. A közfinanszírozott ellátás szűkítése gyorsítaná a fizetőképes betegek magánegészségügyi ellátás felé terelődését, miközben mások bizonyos ellátásokhoz való hozzáférését szűkítené.

A magán és állami egészségügy szigorú szétválasztása a finanszírozás megújításának fontos problémája, mivel ennek megoldásával elkülöníthető és átlátható a kórházon belül és kívül ugyanazon orvos által végzett állami és magán ellátás. A korábban már jelzett nyilvántartási problémák mellett felvetődnek olyan kérdések is, mint például: az orvos mikor dolgozik a magán vagy az állami rendelőben, az orvos által ellátott beteg mikor jelenik meg az állami és a magán rendelésén. E kérdések megoldásában várhatóan

nagy szerep jut majd a digitalizációnak, az orvos- és betegadatok digitális, akár felhő alapú nyilvántartásának.

Mindenképp **megfontolandó az egészségügyi szolgáltatók vállalozási lehetőségeinek bővítése is** olyan szolgáltatások esetében, amelyek a kötelezően biztosítandó kapacitásokon felüli erőforrások értékesítésére vonatkoznak, és az állami tulajdonú, de vállalozási tevékenységet szabadon folytató egészségügyi szolgáltató döntési körébe tartoznak. Az új bevételi források esetében a gazdasági érdekek mellett ugyanolyan fontos szempont, hogy érvényesüljön az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés elve. Ezen kockázatok mérséklésére megfelelő mechanizmusok, garanciák kidolgozása is feladat (Molnár-Udvardi 2022).

Az ellátórendszer fenntarthatósága felszínre hoz olyan új megoldásokat, amelyek akár üzleti keretek között engednek hozzáférést a közfinanszírozott egészségügyi kapacitásokhoz. Ilyen megoldás lehet egyfajta **kiegészítő egészségbiztosítás**, amely az egészségbiztosítási alapba a munkáltató részéről kerül befizetésre azért, hogy a munkavállalói az ellátórendszer szabad kapacitásaihoz az igénynek megfelelő helyen és időben juthassanak hozzá. Egy ilyen megoldás a társadalom részére is előnyökkel járhat, mivel a többletbefizetés az ellátórendszer fejlesztésére fordítható.

A digitális egészségügyi szolgáltatások reformja részint az egészségügyi ellátások hozzáféréseinek és minőségének javítását, részint pedig az egészségügyi szektor működtetésének korszerűsítését, transzparenciájának növekedését és hatékonyságának javítását célozza. Fő célkitűzéseit a megelőzésben, szűrésben, diagnosztikában, illetve a betegellátás és nyomon követés során korszerű, innovatív információs és kommunikációs technológiák (IKT) széles körű alkalmazásában képezi, amelyek növelik az egészségügyi ágazat hatékonyságát, megkönnyítik az ellátásokhoz való hozzáférést, továbbá javítják az ellátások és a szolgáltatások biztonságát és minőségét. Az ágazati célkitűzések megvalósításának kulcsa a megfelelő számú és képzettségű humán erőforrás. Az eddigi kormányzati erőfeszítések eredményeként jelentősen erősödött a szektor orvosmegtartó képessége (pályaelhagyók számának jelentős csökkentésével), stabilizálódott, kivezetésre került a paraszolvencia, stabillá vált az ápolói létszám is, ugyanakkor az EU átlagánál alacsonyabb számmal.

6.1. Alapellátás

A megelőző szemléletű, mindenki számára jól hozzáférhető, hatékony egészségügyi ellátás kulcseleme az **erős alapellátás**. Az **egyre kevesebb kapuőr** (házi orvos) azonban **az ellátás felsőbb szintjeire ró nagyobb terhet**. Az alapellátásnál jóval költségesebb járóbeteg és fekvőbeteg ellátás terhelésének növekedése magában hordozza az egészségügyi kiadások növekedését, függetlenül attól, hogy azt az állami vagy a magán szolgáltatások rendszere biztosítja.

A házi orvos kapuóri funkciója egyaránt fontos a minőségi és a hatékony betegellátás megvalósítása érdekében, különösen abban az esetben, amikor a hosszúak a szakellátásban az előjegyzési- és várólisták, illetve a rendelkezésre álló erőforrások nem elegendőek a szükségletek kielégítéséhez. Az alapellátás jelenti az egészségügyi ellátórendszer első lépcsőjét, így az ellátórendszer átalakítása nem képzelhető el az alapellátási tevékenységeknek a jelenkor kihívásaira reagáló újragondolása nélkül.

Az alapellátás orvoshiányának kedvező megoldása lehet a **házi orvosi praxisközösségek** országos kialakítása, melyekben több házi orvos együttműködve, a korábban EU-s forrásból kialakított Egészségfejlesztési Irodák hálózatán keresztül plusz egészségügyi szakdolgozók bevonásával (dietetikus, egészségpszichológus, gyógytornász) tud ellátni több házi orvosi körzetet. A kiterjesztett alapellátás szereplőinek a jelenleginél nagyobb szerep jut az egészségfejlesztési, szűrési és gondozási tevékenységekben is. Kiemelt szerepük van a krónikus betegség menedzsmentben, a krónikus betegek gondozásának koordinálásában. A telemedicinális tevékenységek alapellátási kiterjesztése szignifikánsan hozzá tud járulni a fentebb bemutatott tevékenységek megvalósításához (pl. távmonitorozás, távvizit, távkonzultáció). Az alapellátás szereplőinek tulajdonképpen egy egészségsszervező funkciója is kialakul a fentiekben keresztül, hiszen a gondozási, betegségmenedzsmenti tevékenységek keretében az ő feladatuk lesz a páciensek koordinálása az ellátórendszeren belül, a megfelelő ellátásba irányítás. Ez hozzájárul az átlátható és nyomon követhető betegutak kialakításához is. Az elérhető hasznok maximalizálása érdekében a szakmai profilbővítéshez hatáskörbővítés is kapcsolódik a diagnosztika és a gondozás területén. Ez a járó- és fekvőbeteg szakellátásra nehezedő nyomás csökkentését, és az indokolatlan hospitalizáció elkerülését szolgálja.

A pandémia felgyorsította a praxisközösségek létrehozásának szükségességét, melyre a kormány a korábban pilotprogramként futó projektet országos szintre emelte. Az új modellben a praxisközösségek szoros együttműködésben dolgoznak a helyi járóbetegellátókkal, egy napos sebészeti központokkal, városi kórházakkal és az egészségfejlesztési irodákkal az ott élők egészségének fejlesztése, megőrzése, a betegutak gyorsítása, lerövidítése és optimalizálása érdekében. Kérdés azonban, hogy a **szórt települési struktúrákban, az aprófalvas közegben a betegek mozgását biztosító logisztikai szükségletek mentén hogyan képes hatékonyan működni egy ilyen kezdeményezés.**

Az alapellátásban másrészt nagyon fontos az elmúlt években az utánpótlás hiánya miatt kiüresedett praxisjogok vagyoni értékének helyreállítása, ezzel a nyugdíjba vonuló, a praxisban eltöltött akár több évtizedes munkát és energiát befektetett házi orvosok tisztességes ellenértéket kapnának a praxiskezelőtől praxisjoguk átadása fejében. Ehhez egy olyan pénzügyi alapot kellene létrehozni, melynek forrása részben a központi költségvetés, részben a rendszerben dolgozók aktív korban történő befizetései. Ki kellene dolgozni egy motiváló pontrendszert, hogy megérje hátrányos helyzetű körzetekben is házi orvosnak lenni.

A **digitális egészségügyi fejlesztések** (pl. orvos-beteg, orvos-orvos telekonzultációk rendszerének kialakítása) segítik növelni az alapellátásban definitív ellátást kapó betegek számát. A digitális megoldások hozzájárulnak az orvos-beteg találkozók számának csökkenéséhez és kényelmesebbé, adatvezérelté és ezáltal megbízhatóbbá teszik egészségügyi ellátás teljes spektrumát. A **háziorvosi praxisok adekvát fejlesztése** (pl. minilaborok stb.) további terhet vehet le a szakrendelőkről, de **többlet finanszírozást igényel**.

6.2. Szakellátás

Az egészségügy már hosszú évek óta küzd a **kettős finanszírozás** problémájával. A beruházások, eszközpótlások rendszere sokkal rosszabbul működik, mint a működési költségek finanszírozása. A kórházak finanszírozása kapcsán nem felejtkezhetünk el arról, hogy **az egészségbiztosítási alap csak a működési költségek fedezetét tartalmazza**. A fejlesztések, beruházások, eszközpótlások problematikája a fenntartó feladata, melyeknek részleteit az alábbiak szerint lehet összefoglalni:

- **a beruházási lehetőségek tervezhetetlenek**, esetlegések, koordinálatlanok,
- alacsony az eszközkishasználás, **rossz a hatékonyság**,
- nincs fedezet az elhasználódott eszközök pótlására,
- **folyamatos a vagyonvesztés** az intézményeknél és az ágazatban,
- nincs kapcsolat, összhang a működési és a beruházási források allokációja között,
- **nincs objektív mutatószáma a beruházási igényeknek** (lobby tevékenységgel szerzett forrás van helyette).

A gazdasági problémák jelentős része ebből a körből kerül ki, és növeli a működés finanszírozási gondjait. Az elhasználódott eszközök nagyrészt működési pénzekből pótlódnak. A **működtetés jelenlegi finanszírozási rendszere ugyanis az amortizációra nem nyújt fedezetet**. Sajátos, nem eszközarányos allokációt jelent az uniós és hazai fejlesztési célú támogatások rendszere. Az uniós és hazai fejlesztési célú támogatásokból, saját erőből, vagy más szervezetek, magánszemélyek pénzbeli adományaiából megvalósított fejlesztéseknél, illetve az adományként kapott eszközöknél is kiemelt szempontként jelenik meg a fenntarthatóság (működtetés és pótlás) biztosítása. Komoly problémát jelent az egészségügy számára, hogy a HBCS változásával együtt jár a forráskivonás, továbbá az, hogy a HBCS-súlyszám nem tartalmazza az amortizációt. **Az amortizáció beépítésével könnyen javítható lenne az intézményekre jellemző alulfinanszírozottság**. Ez azonban jelentős költségvetési kiadással jár.

Az amortizációs költségek elismerésének hiánya azonban nagyobb problémát is okoz. A hatékonyság megkívánja, hogy minden költségnek meglegyen a hozadéka. Közvetlenül a bevételben, de közvetve a betegellátásban is. Amíg az eszközbeszerzés költsége nem költség, nem várható el a megkívánt hozadéka sem. Ez a nagyon szűkösen

rendelkezésre álló eszközökkel való felelőtlen bánásmódot jelenti. **A tőkeköltségek (elsősorban az amortizáció) elismerésének a hiánya jelenleg a legnagyobb akadálya a hatékony eszközfelhasználásnak.**

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

A jelenlegi ellátórendszer és finanszírozási rendszer mellett mindig újratermelődik a kórházi adósság, ezért hosszú távon nem biztosított a fenntarthatóság. Az ÁSZ ellenőrzései szerint a gazdálkodási szabálytalanságok, az átlátható és elszámoltatható közpénzfelhasználás hiányosságai miatt nem egyértelmű, hogy mi mennyibe kerül egy-egy kórház esetében, mennyi finanszírozást igényel a kórház működtetése (ÁSZ 2019). Emellett a HBCS rendszer problémái, elavultsága is hozzájárul az újratermelődő adósságokhoz.

Kiindulásképpen **újra kellene gondolni az intézményfinanszírozás** rendszerét, beleértve ebbe az állami intézményeket és a magánszférát is (az azt igénybe vevők indokolt költségeinek megtérítésével). Ennek előfeltétele az **egészségügy szakmai és költségvetési stratégiájának elkészítésre és végig vitelére képes kormányzati irányítás** kialakítása, s az egész magyar gazdasági modell, illetve gazdaság- és ezen belül költségvetési politika átalakítása. A költségvetés struktúrájának átalakítása mindenekelőtt az egészségügy előtérbe helyezését kellene, hogy jelentse (az oktatás és a szociálpolitika mellett).

2020 óta bázis jellegű finanszírozásban működnek a kórházak és a szakrendelők, átalány szerint kapják a finanszírozást egy módosított, 2019-es betegforgalom után. A kórházak és szakrendelők akkor is megkapták havonta a korábbi költségeik egytizenkettedét, ha nagyon alacsony teljesítményt nyújtottak a bázis évhez, 2019-hez képest. **Azóta azonban rengeteget változott a betegforgalom, valamint jelentősen megnövekedtek a költségek.** Az intézmények jelenleg 2019-hez képest jelentősen alul teljesítenek, kevesebb tervezett beavatkozást bonyolítanak le, mely a rendszer feszültségét okozza. A vezetők nem tudják tartani a kereteket, dinamikus növekszik az adósságállomány. Az időszakos konszolidáció (pl. 63 milliárd Ft 2024. áprilisban) nem szünteti meg a probléma forrását). **Hiányzik a teljesítményfinanszírozás intézményi teljesítményt motiváló lába.** Nőnek a várólisták, illetve az előjegyzési idők a szakrendelőkben, az intézményvezetők legfontosabb motivációs eleme a pénzügyi egyensúlyra való törekvés. Ezt a folyamatot erősítette az is, hogy a kormány ezzel egyidőben emelte jelentősen az orvosi béreket úgy, hogy nem társított mellé egyéni teljesítményelvárást, illetve ösztönző rendszert. Ráadásul a korábbi évtizedek ugyan

torz, de „hatékony” motivációs elemét, a hálapénzt törvénnyel vezette ki. E három intézkedés együttes következménye lett a közfinanszírozott szakellátó intézményekben **a teljesítmény visszaesése, a várakozási idők meghosszabbodása, és a magán egészségügyi szektor szárnyalása.**

Jelen formában a kiadások mérséklése érdekében az egészségügy átalakítása alapvetően az irányítási centralizációt, az ellátói kapacitások további koncentrációját célozza. A versenyképesség, a magánegészségügyi szolgáltatások arányának emelése a közfinanszírozott ellátásokban népegészségügyi célok vagy a hozzáférés javítása érdekében, illetve a minőségfejlesztés egyáltalán nem jelenik meg a célkitűzések között. Így **rövidtávon ezen intézkedésektől nem várható, hogy a betegek hatékonyabban gyógyuljanak vagy a dolgozók motiváltabbá váljanak.** Hosszabb távon pedig erősíti az elvándorlást az állami rendszerből.

Alap finanszírozási elemként megjelenhetne a rezsiköltségeket és a jelentősen megnövekedett bérhányadot fedező elem, ugyanakkor a rendszernek tekintettel kellene lennie az elvégzett munka mennyiségére és eredményére, vagyis ez utóbbi képviselhetné a rendszer minőségi pillérét. Felvetődik egy kórházi szintű finanszírozási motivációs elem, de közben fontos lenne az **orvosi motivációt is belevinni a rendszerbe** (az orvos számára előnnyel járjon, ha őt választja a beteg). Jelen pillanatban a bértábla szerinti fix fizetés, a kivezetett paraszolvencia hiánya nem ösztönöz kellően teljesítményre.

A központi beszerzések esetében inkább az olcsósítás, a legalacsonyabb ár szinte az egyedüli szempont. Ennek következményeként **egyes beszállítói körök túlzott térnyerését láthatjuk**, amely az egészséges piaci versenyt teheti tönkre.

Jelenleg vannak túlfizetett egészségügyi szakágak és alulfinanszírozottak. És ezek nem is valamiféle egészségpolitikai vagy egészségprioritási rendszer szerint alakultak így, hanem a szakmai lobbitevékenységek és a hagyomány alapján. Ez összességében rontja a rendszer hatékonyságát és eredményességét is. Ez torzítja a szakmaszerkezetet is, mert vannak olyan ráfizetéses szakterületek, amelyeket a menedzsmentek nagyon limitáltan engednek működni, másokat pedig favorizálnak.

A szakdolgozói béremelés lépései helyesek, de a finanszírozását mind az állami, mind a privatizált körzetekben, szolgálatokban biztosítani kell. Az ápolói béremelésre idén 41,5 milliárd forintot fordít a költségvetés, míg az egészségügy nem gyógyító területein dolgozó több mint 24 ezer fő béremelésére 8,4 milliárd forintot.

A kórházi és szakrendelői infrastruktúra és eszközpark fejlesztés az egynapos sebészet további térnyerését, a kórházban töltendő idő csökkentését és a pandémia által fokozott igényként megjelenő betegizolálási lehetőségek javítását, a kórházi fertőzések további visszaszorítását is elősegíti. Ezzel együtt a korszerű technológiai megoldások javítják a betegellátás eredményességét.

A hatékony ellátási struktúra, a valós költségeken alapuló finanszírozás és az átlátható és hatékony kórházi gazdálkodás segítheti elő a kórházi adósság újratermelődésének és az évenkénti feltőkésítésének az elkerülését, s ennek eredményeként a fenntartható működés elérését.

6.3. COVID tapasztalatok

A COVID-járvány megmutatta, hogy egyes speciális időszakokban vagy vészhelyzetekben az egészségügyi rendszernek jelentős kiegészítő finanszírozásra van szüksége. Erre vagy a költségvetés szerkezeti átcsoportosításával, vagy egyszeri pótlólagos befizetésekkel biztosítható fedezet. Egészségesebb volna egy olyan rendszert létrehozni, melynél egy e célra létrehozott alapba a normál időszakokban beáramló és felhalmozódó tartalékok biztosíthatnak teljes vagy részleges fedezetet. A tényleges vészhelyzeti esetekhez kapcsolódó ellátás folyamatos fenntartásának, finanszírozásának szükségessége megkérdőjelezhetetlen.

Extrém terheléssel járó helyzetekben, vészhelyzetekben, mint pl. a COVID-járvány is volt, a fekvőbetegellátó hálózat kapacitása jól kihasználható a hirtelen megnövekedett feladatok ellátására. A többletkapacitás a nyugalmi időszakban azonban a jelenlegi finanszírozási rendszerben sok esetben nem képes bevételt termelni kihasználatlansága miatt. Ezért megfontolandó a jelenlegi finanszírozási rendszer kiegészítése az állandó és változó költségek kezelésére is képes módszerekkel. Eszerint **az a többletkapacitás, amely tartalékként értelmezhető és állandó költséggel jár, rezsiköltségként fix finanszírozás mentén tartható fenn, míg a betegellátásban részt vevő ágyak továbbra is HBCS alapon, változó költségként jelenhetnek meg.** A fenti elvek érvényesítése során azonban mindenképp **vizsgálni szükséges a többletkapacitások indokolt mértékét és a fix költségek megállapításának módszertanát** (PWC 2020).

További megoldandó feladat a **telemedicina ellátások finanszírozása** szabályainak lefektetése. **Távkonzultáció és távmonitoring ellátások esetében az ellátás teljes költségére nem állnak rendelkezésre olyan naprakész becslések,** amelyek azok közfinanszírozásba fogadását kellően megalapoznák. Jóllehet nem is lehetséges általános becsléssel élni, az ellátás költségét meghatározó elemek betegségcsoportonként, akár betegségenként is eltérőek lehetnek. Ezt a hiányt az új digitális csatornákon közvetített ellátások használata miatt mielőbb pótolni kell.

A COVID válság okozta finanszírozási problémák, és az átcsoportosított többletkapacitások biztosítása miatt célszerű volna megvizsgálni az Egészségügyi Alap bevételeinek növelésére irányuló lehetőségeket. Az egészségügyi bizonytalanságból adódó félelmek sokak számára felértékelik az egészségügyi szolgáltatást, individuális szinten, valamint a munka világában a munkáltatóknak is még fontosabb szempont lesz az egészségügyi ellátás biztosítása.

7. Függelék

7.1. Szakirodalmi források

Állami Számvevőszék (2019). Elemzés. Elemzés az egészségügy finanszírozásáról. Készítette: Böröcz Imre, Kisapáti Angéla, Nagy László; EL-1250-005/2019.
https://www.asz.hu/storage/files/files/elemzesek/2019/egeszsegugy_finanszirozasa20190628.pdf?ctid=1271

Állami Számvevőszék (2023). Vélemény a Magyarország 2024. évi központi költségvetésről szóló törvényjavaslatról. T/4181/1
<https://www.parlament.hu/irom42/04181/04181-0001.pdf>

Prof. Dr. Boncz Imre, Csákvári Tímea, Kovács Sándor, Dr. Zemplényi Antal (2018): Az egészségügyi modernizációs lépések hatása az egészségügy államháztartási finanszírozására, az államháztartási és a magán finanszírozás eddigi és várható alakulása; Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet

„Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia Emberi Erőforrások Minisztériuma 2015

Előterjesztés a Kormány részére az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükséges intézkedésekről Budapest, 2022. október Belügyminiszter, Igazságügyi Miniszter Szám: BM/14539/2022.
https://mok.hu/public/media/source/E%C3%BC_%C3%A1talak%C3%ADt%C3%A1s_el%C5%91terjeszt%C3%A9s.pdf

Eurostat Government expenditure on health
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_on_health#Expenditure_on_.27health.27

Európai Bizottság, „Az EU az egészségügyért” (2021–2027) – uniós program az egészségesebb Európai Unióért
https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_hu

Helyzetfeltáró értékelés Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve kapcsán 2021. október 09.
<https://www.penzugyiszemle.hu/hu/fokuszban/helyzetfeltaro-ertekeles-magyarorszag-helyreallitasi-es-ellenallokepessegi-terve-kapcsan>

KSH Népeségtudományi Kutatóintézet standardizált halálozási arányszám definíció
<https://www.demografia.hu/hu/tudastar/fogalomtar/60-standardizalt-halalozasi-aranysszam>

KSH Egészségügyi helyzetkép 2022

<https://ksh.hu/s/helyzetkep-2022/#/kiadvany/egeszsegugy/az-egeszsegi-okbol-magukat-sulyosan-korlatozottnak-vallok-aranya-nem-es-iskolai-vegzettseg-szerint-2022>

KINCSES Gyula (2006): Co-payment alkalmazási lehetőségek a korszerű egészségpolitikában. IME, 2006/5., 2.

Kiss Borbála Tünde – Lantos Csaba: A magyar magánegészségügyi piac valódi mérete portfolio.hu 2020. október 29.

Dr. Kónya Judit: Az alkoholfogyasztás veszélyei (2018)

<https://www.webbeteg.hu/cikkek/szenvedelybetegseg/1805/az-alkoholfogyasztas-veszelyei>

Lambooij, M., P. Engelfriet and G. Westert (2010), “Diffusion of Innovations in Health Care: Does the Structural Context Determine Its Direction?”, International Journal of Technology Assessment in Health Care, Vol. 26, No. 4, pp. 415-420.

dr. Lukács Marianna (2013) A három magyar egészségfinanszírozási pillér 2013. november BCE, Biztosításmatematika szakirány BCE c. egyetemi docens
http://www.patikapenztar.hu/dok/biztmat_egeszsegugyi_pillerek201311.pdf

Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve 2021

<https://www.palyazat.gov.hu/magyarország-helyrelltsi-s-ellenllkpessgi-terve>

Dr. Molnár László-Udvardi Attila (GKI Gazdaságkutató Zrt.): A költségvetési fenntarthatóság és az egészségügy finanszírozásának átalakítása, tekintettel az állami-nem állami szolgáltatások arányának elmozdulására, a magánbiztosítás megjelenésére; Készült a Költségvetési Tanács Titkársága megbízásából 2022. július 15.

https://www.parlament.hu/documents/126660/63296360/GKI_KT_elemz%C3%A9s_202207+v1.pdf/807072b9-a4f1-e6ea-aa8f-f828bdac4b89?t=1668517178491

Dr. Molnár László-Udvardi Attila (GKI Gazdaságkutató Zrt.): Az egészségügyi, benne a finanszírozási reformelgondolások megvalósítása és ennek hatása a költségvetési fenntarthatóságra; Készült a Költségvetési Tanács Titkársága megbízásából 2023. szeptember 4.

https://www.parlament.hu/documents/d/koltsegvetsi-tanacs/kt_anyag_2023-gki-eu

MOK szervezeteinek részletes véleménye az egészségügy átalakításáról szóló javaslatcsomaggal kapcsolatban; 2022. november 7.

<https://mok.hu/public/media/source/TESZ-ek%20velemenye.pdf>

Nagy Zoltán–Ritter Hajnalka (2018): Az egészségügyi finanszírozás pénzügyi jogi aspektusai Publicationes Universitatis Miskolcensis Sectio Juridica et Politica, Tomus XXXVI/1 (2018), pp. 160–177

NEAK várólista

https://jogviszony.neak.gov.hu/varolista_pub/varolistak-hosszanak-lekerdezese/?ocsk=005

NN Biztosító felmérése alapján - Sárvári Marcell: Folytatódik a magánegészségügy térnyerése (2024)

<https://www.nn.hu/sajto/-/content/M5mewRibyh3R/2024-04-16-folytatodik-a-maganegeszsegugy-ternyerese>

PriceWaterhouseCoopers: Kihívásból lehetőségek az egészségügyben Az ellátórendszer újragondolása (nem csak) a COVID-19 járvány apropóján 2020

https://www.pwc.com/hu/hu/szolgaltatasok/kozzszolgaltati-tanacsadas/Kihivasbol_lehetosegek_az_egeszsegugyben.pdf

Dr. Rékassy Balázs: Hazai egészségügy 2024 előadás (2024. május 29.)

Róza, Ádány: Megelőző orvostan és népegészségtan (2011) Medicina Könyvkiadó Zrt.

SIMON Judit (2010): A co-payment szerepe és alkalmazásának lehetséges területei. In: A Magyar EgészségÜGY Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékelés. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010, 169.

Sorenson, C., M. Drummond and B. Khan (2013), “Medical Technology As a Key Driver of Rising Health Expenditure: Disentangling the Relationship”, Clinicoeconomics and Outcomes Research, Vol. 5, pp. 223-234.

State of Health in the EU Magyarország Egészségügyi országprofil 2021; OECD és World Health Organization (a European Observatory on Health Systems and Policies megbízott befogadószervezeteként és titkárságaként)

Surján Cecília (2019): Egészségügyi rendszerek jellemzői és a magyar egészségügyi rendszer SOTE EMK

<https://semmelweis.hu/gytk/files/2019/10/Surjan-Szakkepzes-20190928.pdf>

Varga-Hatos Katalin, Karner Cecília (2008): A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők; Egészségügyi Gazdasági Szemle 2008/2

T/4181. számú TÖRVÉNYJAVASLAT MAGYARORSZÁG 2024. ÉVI KÖZPONTI KÖLTSÉGVETÉSÉRŐL

<https://www.parlament.hu/irom42/04181/04181.html>

Jogsabályok:

2015. CXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről

2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról

2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről

7.2. Rövidítések

E. Alap	Egészségbiztosítási Alap
EESZT	Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér
GDP	Bruttó hazai termék (Gross Domestic Product)
HBCS	Homogén betegségcsoport
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
NNK	Nemzeti Népegészségügyi Központ
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Gazdasági Együttműködés és Fejlesztés Szervezete)
OKFŐ	Országos Kórházi Főigazgatóság
OMSZ	Országos Mentőszolgálat
SHH	Standardizált Halálozási Arányszám
WHO	World Health Organization - Egészségügyi Világszervezet