

# **Az egészségügyi modernizáció várható hatása**

**2018. július 31.**



## Tartalom

<b>1. Vezetői összefoglaló .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Demográfiai folyamatok és hatásuk az egészségügyi ellátórendszerre.....</b>	<b>11</b>
2.1. A demográfia alakulása Magyarországon.....	11
2.2. A demográfia hatása az egészségügy kiadásaira .....	14
2.3. A demográfiai fordulatért tett eddigi intézkedések .....	18
<b>3. Állami- és magánforrások az egészségügyben .....</b>	<b>19</b>
<b>4. A magyar egészségfinanszírozás helyzete.....</b>	<b>24</b>
4.1. Az egészségügyi rendszer eredményessége.....	24
4.2. A magyar egészségfinanszírozási rendszer .....	28
<b>5. Nemzetközi kitekintés .....</b>	<b>41</b>
5.1. Az egészségügy helyzetének értékelése.....	41
5.2. Nemzetközi jó gyakorlatok .....	42
5.2.1. Ausztria.....	43
5.2.2. Csehország.....	47
5.2.3. Izland .....	50
5.2.4. Szlovénia.....	52

## 1. Vezetői összefoglaló

Az Országgyűlés Hivatala, illetve a Költségvetési Tanács megbízásából jelen tanulmány keretében a Századvég Gazdaságkutató Zrt. azt vizsgálja, hogy az egészségügyi modernizációs lépések várhatóan hogyan hatnak majd az egészségügy államháztartási finanszírozására, valamint hogy hogyan alakult az államháztartási és a magán finanszírozás az eddigiek során.

Magyarország egyes jelenlegi (munkaerőhiány) és több jövőbeli (nyugdíjrendszer és egészségügy finanszírozása) problémája visszavezethető a kedvezőtlen demográfiai folyamatokra. A népességszám csökkenése nem az utóbbi években kezdődött, hanem az 1980-as évek óta tart, azonban eleinte a csökkenő születésszámot még ellensúlyozta a növekvő élettartam. Ennek ellenére az elmúlt közel negyven év során közel egy millió fővel 9,7 millió fő alá mérséklődött a népességszám. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézete szerint a népesség 2060-ig 8 millió fő alá csökkenhet, de az optimista becslés is további 1 millió fős mérséklődést vetít előre. A problémát azonban elsősorban nem a csökkenő népességszám, hanem a népesség korösszetételének eltolódása jelenti, amelynek köszönhetően jelentősen csökkenhet az egészségügyi befizetők száma és nőhet az azt nagyobb mértékben igénybevevőké. Számításaink szerint csak az öregedés következtében, minden más változatlansága mellett 2060-ig az egy főre jutó egészségügyi kiadás reál értéken 26,6 százalékkal emelkedhet, míg a teljes kiadás 2,3 százalékkal.

A demográfiai folyamatok hatásával a gazdaság egyes területeire az Európai Bizottság Ageing Report kiadványa foglalkozik. Ez alapján 2070-ig a GDP-arányos egészségügyi kiadások a 2016-os 4,9 százalékról 5,0-7,9 százalékra emelkedhetnek a különböző scenáriók esetében. Az egészségügyi kiadásokat az öregedésen túl az egészségben töltött évek száma, a jövedelem, a technológia, az intézményi rendszer és a munkaerő ellátottság befolyásolja. Az egészségben töltött évek számának növekedése, a megfelelő intézményi rendszer és munkaerő ellátottság jelentősen csökkentheti a kiadásokat, míg a technológiai fejlődés növeli azt, a jövedelem esetén pedig több ellentétes hatás is felmerül. Azonban számítások szerint ez utóbbi két tényező felelős az egészségügyi kiadások növekedésének akár 80 százalékáért.

A Kormány felismerve a demográfiai folyamatokban rejlő problémákat több intézkedést is tett a demográfiai folyamatok javítása érdekében, amelyek célja a hazai lakosság gyermekvállalási hajlandóságának növelése. Az intézkedéseket két csoportba lehet sorolni:

- **A munkavállalást támogató intézkedések:** GYED Extra, családi adókedvezmények, első házások kedvezménye, a bölcsődei és óvodai ellátás költségtérítése a cafeteria keretében és a Munkahelyvédelmi Akcióterv;

- **A családok jövedelmi helyzetét javító intézkedések:** az ingyenes tankönyvben és étkeztetésben részesülők körének a növelése, a részoruló gyermekek táboroztatása, a CSED bevezetése, a diákhitel-tartozás elengedése és a családi otthonteremtési kedvezmény.

Az egészségügyben a rendelkezésre álló források mennyisége és felhasználásuk hatékonysága alapvető meghatározó tényezői egy országban az életminőség alakulásának. Egy jól működő finanszírozási rendszer a szolgáltatások hatékonyságának, minőségének javításán keresztül, valamint a transzparencia és az elszámoltathatóság lehetőségével képes egy felelősségteljes, pénzügyileg szilárd alapokon nyugvó, az egészségügyi szolgáltatásokban minden beteg számára egyenlő hozzáférést biztosító, magas minőségű egészségügyi szolgáltató rendszert kialakítani.

Magyarországon az egészségügyi GDP-arányos kiadások értéke (7,4 százalék) az OECD országok átlaga (8,9 százalék) alatt alakul, azonban régiós összehasonlításban, a visegrádi országok között arányaiban hazánk fordítja a legtöbbet a vizsgált terület finanszírozására. A kormányzati kiadások aránya a teljes kiadáson belül 2016-ban 66,2 százalékon alakult, amely az OECD országok tekintetében és régiós (V4) összehasonlításban is az egyik legalacsonyabbnak számít (előbbi esetében az átlag 73,4, míg utóbbi esetében 74,6 százalék). A kormányzat forrásainak több mint 80 százalékát a fekvő- és járóbeteg-ellátásra, valamint gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök finanszírozására költi. A teljes kiadáson belül a fennmaradó részt jelentős mértékben a háztartások kiadásai teszik ki.

A születéskor várható élettartam hazánkban 2000 és 2016 között 71,9 évről 76,2 évre növekedett, azonban sem az OECD-átlag, sem a visegrádi országok tekintetében nem sikerült érdemi konvergenciát elérni. A hazai lakosok egészségügyi állapotában jelentős különbség figyelhető meg nemek és jövedelmi helyzet szerint is. A legjobb és a legrosszabb jövedelmi helyzetben lévők között a jó egészségi állapottal rendelkezők arányában 18,7 százalékpontos a különbség a magasabb jövedelmi csoportba tartozók javára.

A kormányzat 2019-ben várhatóan 1 711,4 milliárd forintot fordít éves szinten az egészségügy finanszírozására, amelynek 51,4 százalékát a kórházi tevékenységekre és szolgáltatásokra fordított kiadások fogják jelenteni, míg 32,6 százalékot csoportosítanak egyéb egészségügyi szolgáltatások finanszírozására. A háziorvosi és gyermekorvosi szolgálatra 8,9 százalékot, a rendelői, orvosi, fogorvosi ellátásra 4,8 százalékot, a közegészségügyi tevékenységekre és szolgáltatásokra pedig 2,2 százalékot különített el az állam a teljes kiadásból.

A magyar egészségügyi rendszer továbbra is jelentős mértékben kórházközpontú, vagyis az ellátás egyéb szintjei (például az alapellátás, a gyógyító és rehabilitációs és egynapos ellátás, valamint a járóbeteg-ellátás) kevésbé töltnek be definitív szerepet, amely hatékonyságvesztéshez vezet a rendszerben. A probléma gyökerét az alapellátásnál kell keresnünk, ezért az országos háziorvosi hálózat kiterjedtségének növelésével, a háziorvosi

pálya vonzóbbá tételével és így a betöltetlen praxisok számának csökkentésével, valamint az alapellátási definitív ellátási és prevenciók kompetenciák (a kapuóri szerep) fejlesztésével, lehet tehermentesíteni a járó- és fekvőbeteg-ellátást.

A jelenlegi tapasztalatok szerint a munkaerő-állomány folyamatosan idősödik, miközben a fiatal orvosok és ápolók mobilitása megnövekedett, amelynek következtében jelentős számban elhagyták az országot a külföldi munkavállalás lehetőségéért. Ez a növekvő tendencia az utóbbi két évben megfordult, azonban éves szinten továbbra is 1 500 fő felett alakul a külföldi munkavállaláshoz szükséges hatósági bizonyítványt igénylők száma.

Az államilag finanszírozott egészségügyi intézmények mellett egyre nagyobb szerep jut Magyarországon a magán-szolgáltatóknak. A hazai magán egészségügyi szektorban elköltött összegek értéke 2014 és 2017 között 788 milliárd forintról 904 milliárd forintra növekedett és várhatóan 2021-re, továbbra is évi 4-5 százalékos növekedés mellett, elérheti az 1100 milliárd forintot is. A magyar lakossági megkérdezések alapján évről évre egyre többen vesznek igénybe magán szolgáltatásokat. A legnépszerűbb szolgáltatások közé tartoznak a fogászati beavatkozások, a plasztikai és rekonstrukciós műtétek, a képekalkotó és laborvizsgálatok, valamint a szülészeti-nőgyógyászati és bőrgyógyászati beavatkozások. Ugyanakkor jelenleg feltörekvő szolgáltatások közé tartoznak többek között az érzékszervekkel kapcsolatos vizsgálatok és beavatkozások is.

Az egészségügyi rendszerek hatékonyságának összehasonlítására a HAQ Indexet használtuk, amely 0-100-as skálára vetítve azt mutatja meg, hogy az adott országban hány olyan haláleset történik, amely hatékonyan működő egészségügy (100-as érték) esetén elkerülhető lenne. Magyarország 2016-ban 82,1 pontot ért el az indexben, amely az egyik legalacsonyabb az OECD országok között. A HAQ Index és a GDP-arányos kiadások között közepesen erős pozitív kapcsolat van, vagyis a kiadások emelkedésével egy bizonyos pontig javul az egészségügy hatékonysága. Ezzel szemben a kormányzati kiadások részaránya és az Index értékei között közepesnél erősebb pozitív kapcsolat van, vagyis azok az országok rendelkeznek hatékony egészségügyi rendszerrel, amelyeknél az elsősorban állami forrásokból van finanszírozva.

A nemzetközi példák bemutatásához azokat az országokat választottuk ki, amelyek hatékonyabb egészségügyi rendszerrel rendelkeznek és valamilyen szempontból relevánsak Magyarország esetében. Csehország esetében a szempont a hasonló GDP-arányos kiadások, míg Szlovénia esetében a kormányzati források hasonló aránya az egészségügy finanszírozásán belül volt a fő szempont. Ezzel szemben Izland a HAQ Index alapján a leghatékonyabb egészségügyi rendszerrel rendelkezik, míg Ausztria fejlettségbeli utolérése vagy megközelítése többször hangsúlyozott kormányzati cél.

Az osztrák egészségügyi rendszer:

- Ausztriában az egészségügyi rendszer decentralizált, a kórházi ellátás kivételével az egészségügyet a társadalombiztosítási intézmények és a kamarák szerződesei szabályozzák, míg a kórházi ellátásában a tartományok kapnak jelentős szerepet;
- Az állami egészségügyi rendszerben 19 biztosító kínál egészségbiztosítást (9 tartományi, 4 foglalkozási és 6 vállalati). A szociális biztosítási hozzájárulás kulcsa a munkavállalók számára 7,65 százalék (3,83 százalék terheli a munkavállalót), míg a nyugdíjasok számára 5,1 százalék, amelyből az egészségügy döntő hányadát finanszírozzák.
- Ezzel szemben a kórházakat az áfa, a jövedelemadó és a dohánytermékek jövedéki adójából finanszírozzák. A fekvőbeteg ellátás abból a szempontból is különleges Ausztriában, hogy a tartományi tulajdonban lévő kórházak irányítását kiszervezték erre szakosodott vállalatoknak, amelyek tevékenységét törvény szabályozza.
- A biztosítás az egészségügyi szolgáltatások széles körére kiterjed, azonban az egészségügy több részében is megjelenik a költségmegosztás, amely alól egyes társadalmi csoportok (szociális alapon) mentesülnek. Ilyen költségmegosztás például az elektronikus kártya díj, a kórházi ellátás napi díja vagy a gyógyszer vásárlásonkénti egyszeri díjtétel.
- Ausztriában az általános orvosokat esetszám és szolgáltatás szerint (FFS), a járóbeteg-ellátást aszerint, hogy szabadonálló vagy kórházi, FFS vagy költségvetési keretben, míg a kórházakat DRG-rendszerben finanszírozzák.
- Emellett kiemelten fontos szerepe van a tervezésnek az egészségügyen belül. Előre meghatározzák a rendszer alapelveit és a várható szükségleteket, amelyeket utána minden egyes stratégiai és beruházási döntést megelőzően figyelembe vesznek.

A cseh egészségügyi rendszer:

- Csehországban 7 biztosítási alap működik, amelyek az egészségügyi szolgáltatásokat finanszírozzák, azonban számukra tiltott a nyereség elérése és a jelentkezők visszautasítása. Az alapok között minimális eltérés van csak, egyedül a VZP emelkedik ki, amely mint a legnagyobb alap eltérő feladattal rendelkezik: védőhálót biztosít a csődöt jelentő alapok számára és kockázati alapon újraosztja a források egy részét.
- Az alapok az egészségügyi szolgáltatókkal hosszú távú szerződéseket (általában 5 vagy 8 év) kötnek, amelyet az Egészségügyi Minisztérium felügyel.
- Az egészségügy fő forrása a kötelező bér alapú befizetés. A munkavállalók a bruttó bérük után 4,5 százalékot (a munkáltatók 9 százalékot) fizetnek, az egyéni vállalkozók a profitjuk felének 13,5 százalékát, míg a szociálisan hátrányos helyzetben lévők (munkanélküliek, gyerekek, nyugdíjasok, szegénységi küszöb alatt élők) után az állam fizeti a hozzájárulást.

- Az egészségügyben meghatározásra kerültek azok a kezelések, gyógyszerek, orvosi és fogászati segédeszközök, amelyeket fedez a biztosítás, míg a nem engedélyezett kezelések estén a részleges fizetés nem engedélyezett. A vizitdíjat és a kórházi díjat viszont eltörölték Csehországban, csak a rendelési időn kívüli ambuláns ellátás esetén kell a betegeknek különdíjat fizetniük.
- A körzeti orvosok esetében korrigált fejkvóta és FFS alapján, a járóbeteg-ellátásban szolgáltatás szerint, míg a kórházi ellátásban felülről korlátolt DRG, illetve FFS és költségvetési keretben történik a finanszírozás. A forrásokat az egészségügy számára az alapok egy hónapra előre fizetik, míg a különbözetet egy év elteltével rendezik.

Az izlandi egészségügyi rendszer:

- Az izlandi egészségügyi rendszer centralizált, az egészségügy finanszírozásáért, ellátásáért és a szabályozásáért is a minisztérium felel. A minisztérium belül a feladatok 5 intézmény között lett szétosztva.
- A minisztérium nevezi ki ezen felül az egészségügyi intézmények vezetőit és ellenőrzi azok működését és amennyiben a költségek emelkednek beavatkozik azok működésébe.
- Izlandon nincs külön adónem meghatározva az egészségügy finanszírozására. A kormány az adókat a költségvetési tervezés során osztja újra a társadalombiztosítási rendszer egyes alágai között.
- A befizetés mértékétől függetlenül mindenki biztosított a szigetországban. A biztosítás a kórházi fekvőbeteg-ellátást, az otthon-szülést és az otthoni ápolást teljes mértékben fedezi. Ezzel szemben az alapellátásban és a szakellátásban a biztosítottaknak felhasználói díjat kell fizetniük, míg a gyógyszereket csak részben finanszírozza a biztosítás. Mindkét esetben a díjtételeket úgy határozták meg, hogy azok akik leginkább igénybe veszik az egészségügyi szolgáltatásokat kisebb költséggel szembesüljenek.
- A kórházi ellátásban Izlandon költségvetési keretet határoznak meg, míg az általános orvosok kivételével szolgáltatás szerinti finanszírozás van érvényben. Az alapellátásban ellenben a rendelési idő után az állam bért fizet az orvosoknak, míg az azon kívül végzett tevékenységet FFS rendszerben finanszírozza.

A szlovén egészségügyi rendszer:

- Szlovéniában egyetlen állami biztosító (HIIS) van, amely kötelező, univerzális egészségbiztosítást kínál. Emellett három magánvállalat kínál önkéntes egészségbiztosítást, amely elsősorban társfinanszírozási céllal rendelkezik, de emellett kiegészítő szolgáltatást is nyújt. A HIIS feladata a szerződések megkötése az egészségügyi szolgáltatókkal, illetve felügyeleti és adminisztratív feladatokat is ellát.



- A helyi önkormányzatok a tőkebefektetésekért, valamint a magán egészségügyi intézmények számára nyújtott koncessziókért felelősek. Azonban az önkormányzati rendszer felaprózódása miatt a beruházásokhoz szükség van állami támogatásra is.
- A biztosítottak mindenféle megkötés nélkül választhatnak háziorvost, nőgyógyászt, illetve fogorvost, azonban az egészségügyi rendszer többi szintjéhez beutaló szükséges. Meghatározták azokat a kezeléseket, amelyeket a biztosítás teljes egészében finanszíroz és azokat, amelyek esetén szükség van társfinanszírozásra. A gyógyszer-támogatásban ellenben három listát határoztak meg, amely megadja az állami támogatás arányát.
- A befizetések mértékének meghatározásához a biztosítottakat 25 kategóriába sorolták. A munkavállalók számára 6,36 százalék az adómérték (a munkáltatói hozzájárulás 7,09 százalék), míg a szociálisan hátrányos helyzetben lévők után, hasonlóan Csehországhoz az állam hajtja végre a befizetéseket. A HHS a minisztériumokkal együtt minden évben meghatározza az egészségügyi kiadások felső határát.
- Az alapellátásban fejkvóta és FFS rendszer van érvényben, valamint figyelembe veszik a kiadott beutalók számát. A járóbeteg ellátásban ellenben tisztán FFS rendszer van érvényben, amely azonban jelentős visszaélésekre ad lehetőséget a szolgáltatók részéről. A kórházi ellátásban ellenben DRG rendszer működik, míg a fekvőbeteg ellátásban eset alapú a finanszírozás.

A hazai egészségügyi rendszer javítása érdekében az alábbi javaslatokat tesszük:

- **Az egészségügy központosításának csökkentése:** a nemzetközi példák alapján látható, hogy az országméret növekedésével a hatékony egészségügyi rendszerrel rendelkező országok esetében csökken a központosítás mértéke;
- **Egészségügyi intézmények felvétele a TAO-rendszerbe:** javasoljuk, hogy a társasági adó terhére nyújtható kedvezményt lehessen egészségügyi intézmények számára is felajánlani;
- **A kormányzati költsék arányának növelése:** javasoljuk az egészségügy finanszírozásán belül a kormányzati kiadások részarányának és mértékének növelését, legalább a visegrádi országok átlagának eléréséig (74,6 százalék, 2017-es előzetes adatok);
- **A kórházi ellátás súlyának csökkentése:** a szakorvosi ellátás körének a szélesítése, mivel a kórházi ellátás jelenleg túlterhelt. Jelentős kapacitásokat lehetne felszabadítani, ha a tartós betegek egy része a kórházi ellátásból erre szakosodott intézményekbe kerülne átirányításra. Emellett az alapellátásban kellene növelni a definitív eljárásokat;

- **Az egészségbiztosítás cafeteria elemként:** javasoljuk az egészségbiztosítást, mint kedvezményesen adózó elemet a cafeteria rendszerében megtartani, illetve szűnjön meg a célzott támogatás kitétele az egészségpénztárak esetében, vagyis hogy a cégek egyes meghatározott juttatásként csak célzott szolgáltatásra fizethetnek a cafeteria keretéből;
- **Az egészségügyi dolgozók további béremelése:** megfontolandónak tartjuk az egészségügyi dolgozók bérét a nemzetgazdasági átlagbérhez kötni. Ennek köszönhető az egészségügyben könnyebben tervezhetővé válnának a bérfolyamatok.

## 2. Demográfiai folyamatok és hatásuk az egészségügyi ellátórendszerre

A fejezet keretében először bemutatjuk a hazai demográfiai folyamatokat és a várható népességszám alakulását. Ezt követően az Európai Bizottság tanulmánya alapján a demográfiai folyamatok egészségügyre gyakorolt hatásait szemléltetjük, majd a fejezet végén röviden ismertetjük a kormányzat eddigi intézkedéseit a demográfiai folyamatok javítása érdekében.

### 2.1. A demográfia alakulása Magyarországon

Egyre több helyen hangoztatott téma, hogy Magyarország egyik legnagyobb problémája a kedvezőtlen demográfiai folyamat, így egyes jelenlegi (munkaerőhiány) és több jövőbeli gazdasági probléma (nyugdíj-, egészségügy finanszírozása) is erre vezethető vissza.

Magyarország népessége az 1980-as évek óta folyamatosan csökken. A KSH adatai alapján 1980-ban még 10,7 millióan laktak hazánkban, azonban 2011-re ez a száma 10 millió fő alá, míg 2017-re 9,8 millió fő alá mérséklődött. A csökkenés elsődleges oka a természetes fogyás, az élve születések és a halálozások száma közötti különbség volt, amelynek következtében 2000 óta évente átlagosan közel 37 ezer fővel mérséklődött Magyarország lakossága, azonban ezt még részben ellensúlyozta a bevándorlás, aminek köszönhetően a népesség csupán átlagosan 19,2 ezer fővel csökkent évente. A probléma gyökerét az adja, hogy a teljes termékenységi arányszám<sup>1</sup> már 1960-ban sem érte el a népességszám fenntartásához szükséges 2,1-es értékét. Az arányszám a 2000-es évek elejére 1,3-ra csökkent, de mélypontját 2011-ben érte el, amikor is mindösszesen 1,23 gyerek jutott minden szülőképes korú nőre. 2011 óta a Kormány családpolitikája és a gazdasági konjunktúra következtében az arányszám lassan, de növekszik, 2017-ben már 1,5 gyerek jutott minden szülőképes korú nőre. Alapvetően a teljes termékenységi arányszám magyarországi alakulása gyorsabb népességszám csökkenést indukálna, azonban a vizsgált időszakban folyamatosan nőtt a születéskor várható élettartam. Az 1960-ban született férfiak és nők még várhatóan 65,9, illetve 70,1 éves korukig élnek majd, míg 2016-ra a két csoportban rendre 72,4, illetve 79,2 évre emelkedett a születéskor várható élettartam.

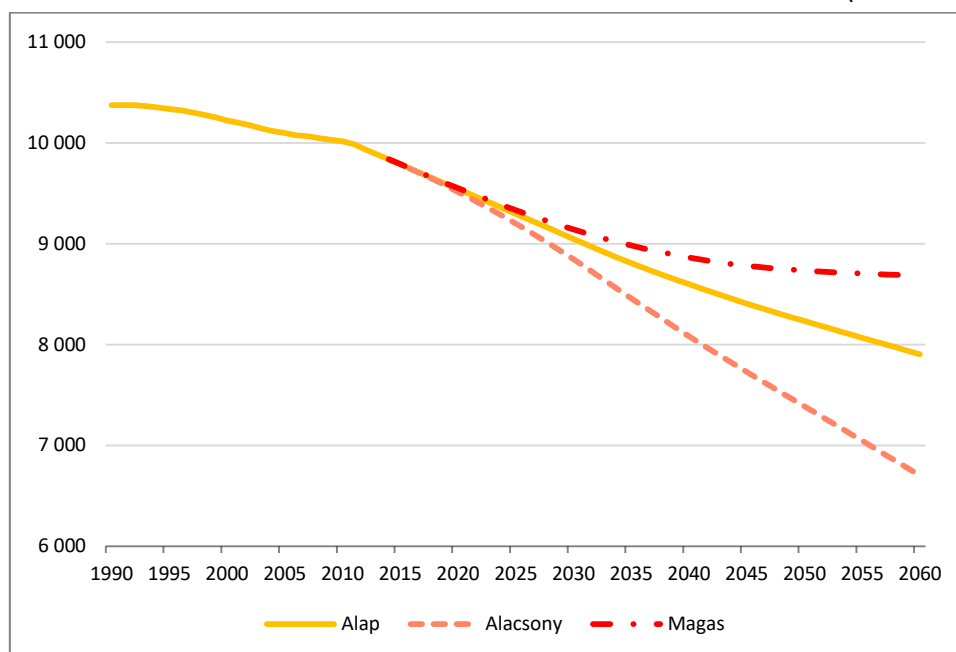
A népességszám jövőbeli alakulásával Magyarországon elsősorban a KSH Népeségtudományi Kutatóintézetében foglalkoznak. A 2015-ös előreszámításban három pályát határoztak meg a kutatók: egy alacsony, egy magas, illetve egy alappályát. Azonban mindhárom pálya esetében a népességszám tovább csökken 2060-ig. Az alacsony pálya

---

<sup>1</sup> „A teljes termékenységi arányszám azt fejezi ki, hogy az adott év kor szerinti születési gyakorisága mellett egy nő élete folyamán hány gyermeknek adna életet.” (KSH)

mentén, amely 1,45-ös termékenységi rátával, a férfiak esetén 82,5, a nők esetén pedig 85 éves várható élettartammal, illetve 7 500 fős kivándorlással számol 2060-ra, a népesség 6,7 millió főre csökken. Az alappályán a termékenységi ráta 1,6-ra, a férfiak várható életkora 84,8-ra, míg a nőké 88,7-re emelkedik, valamint évente 7 500 fővel meghaladja a bevándorlás a kivándorlást. Ekkor a népességszám 2060-ig 7,9 millió főre mérséklődik. Ezzel szemben a legkedvezőbb magas hipotézis esetén a termékenységi ráta 1,75, a férfiak és a nők születéskor várható élettartama rendre 87,1, illetve 92,4 év, míg a ki-, illetve bevándorlás egyenlege 17 500 fő lesz, amelynek köszönhetően a népességszám 8,7 millió fő körül stabilizálódik.

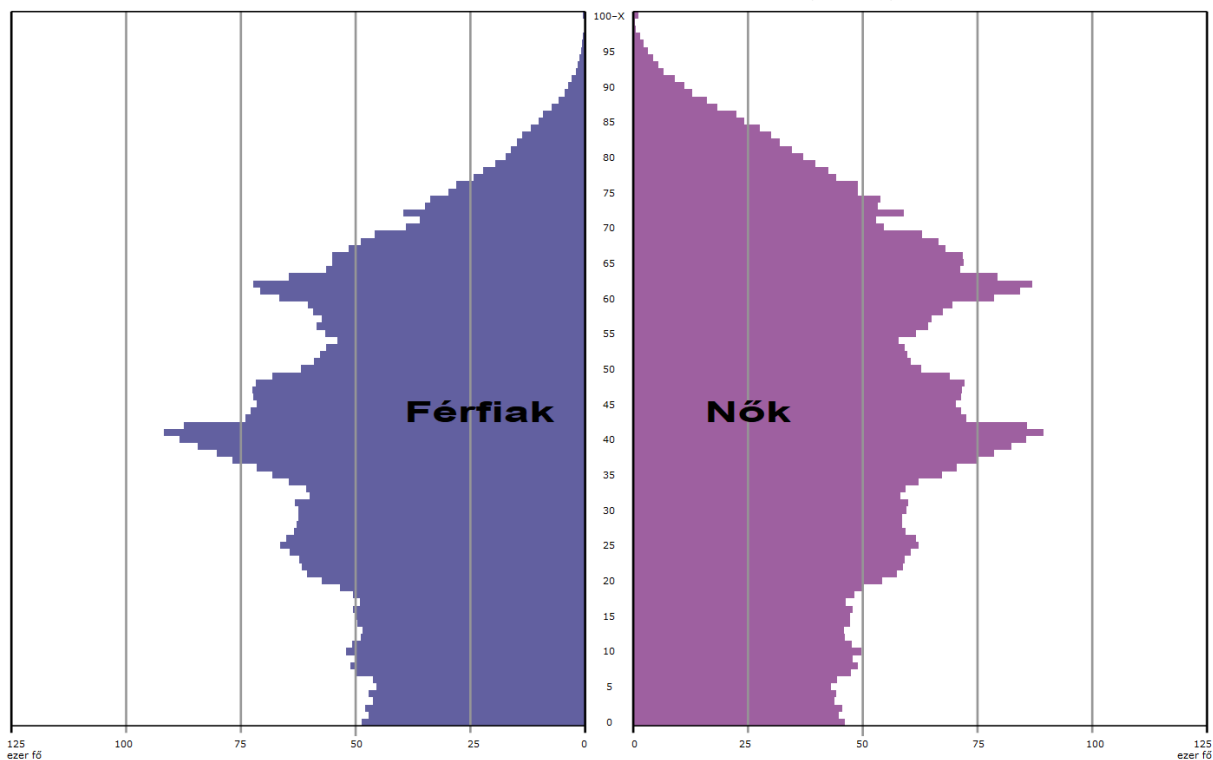
1. ÁBRA: MAGYARORSZÁG NÉPESSÉGÉNEK VÁRHATÓ ALAKULÁSA (EZER FŐ)



Forrás: KSH Népességtudományi Kutatóintézet

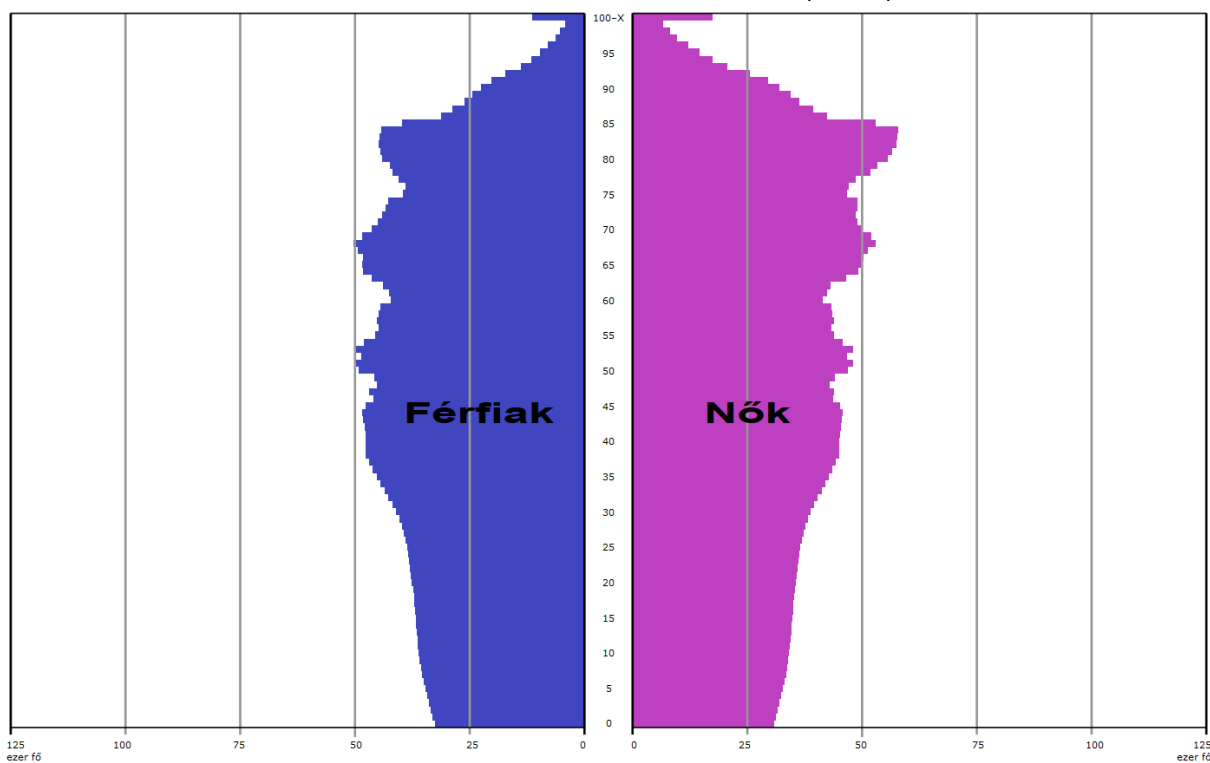
A demográfiai folyamatok esetén azonban a legnagyobb problémát nem a csökkenő népességszámban, hanem annak összetételében kell keresni, amelyet Magyarország korfája ábrázol. A 2017-es adatok alapján a 15-64 éves korosztály, vagyis a munkaképes korúak, jelenleg a teljes népesség 66,6 százalékát adják, amely arány az alappálya mentén várhatóan 2060-ig 54 százalékra csökken (az alacsony és a magas pálya mentén nincs lényeges eltérés), míg számuk 6,5 milliőról 4,3 millióra esik vissza. Ezzel egyidejűleg a nyugdíjas korúak (64 év felettiek) részaránya a 2017-es 18,9 százalékról fokozatosan 33 százalékra emelkedik. Ez az egészségügyi rendszer szempontjából első körben az egészségügyi szolgáltatási járulék (közismert nevén TB járulék) visszaesésében fog megjelenni. A jelenlegi jogszabályok értelmében a munkavállalók fizetéséből a munkáltatók automatikusan levonják a TB járulék mértékét, azonban a nyugdíjasoknak (és többek között a nappali rendszerű oktatásban résztvevőknek) mentesülnek a TB fizetési kötelezettség alól, amely a kedvezőtlen demográfiai folyamatok miatt egyre nagyobb terhet ró majd az egészségügyi kasszára.

2. ÁBRA: MAGYARORSZÁG KORFÁJA (2017)



Forrás: KSH<sup>2</sup>

3. ÁBRA: MAGYARORSZÁG KORFÁJA (2060)



Forrás: KSH

<sup>2</sup> [https://www.ksh.hu/interaktiv\\_korfa](https://www.ksh.hu/interaktiv_korfa) (2018.07.24.)

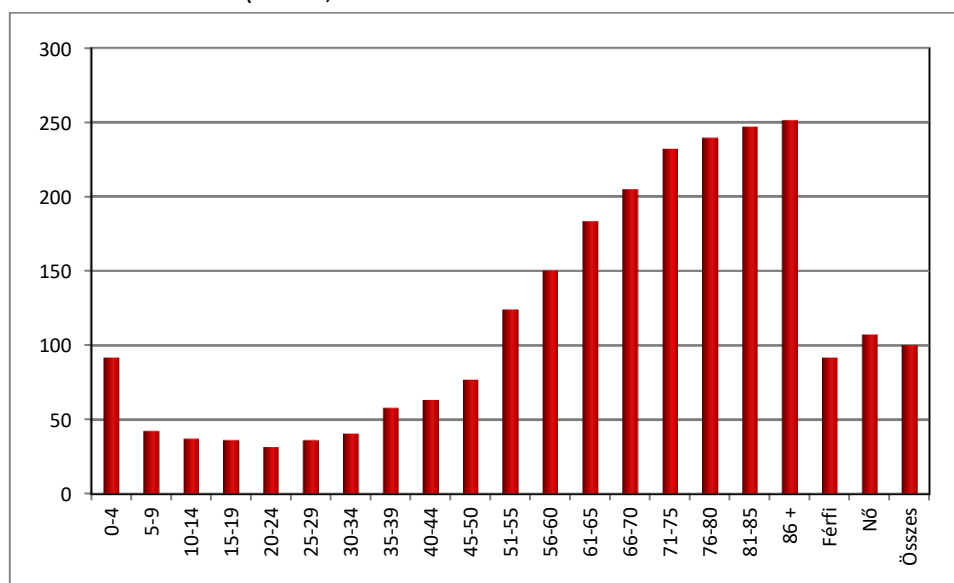
A jelenlegi tendencia különösen nagy problémát jelent, ha figyelembe vesszük, az időskorúak és a munkavállalók eltérő egészségügyi szükségleteit.

## 2.2. A demográfia hatása az egészségügy kiadásaira

A demográfiai változások költségvetési hatásaival az Európai Bizottság Ageing Report<sup>3</sup> kiadványa foglalkozik részletesen, amelynek keretében 3 évente becslik az öregedő társadalom hatását a nyugdíjkiadásokra, az egészségügyi kiadásokra, az oktatásra és a munkanélküliségi segélyekre vonatkozóan. A számszerű hatások becslését megelőzően a tanulmányban először az egészségügyre ható fontosabb tényezőket (demográfia, egészségügyi állapot, jövedelem, technológiai, intézményi háttér) és az azokhoz kapcsolódó kutatásokat vették számba.

Az egészségügyi kiadások egyénekre vetítve a születést követően, valamint idős korban magasak. Így a demográfiai helyzet elöregedő társadalom esetén jelentős terhet jelent az egészségügyi ellátó rendszerre. Ennek ábrázolására szolgál az egészségügyi kiadások korprofilja, amelyet az MNB az Egészségbiztosítási Alap 2012-es adatai alapján számított<sup>4</sup>.

4. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP EGY FŐRE ESŐ TERMÉSZETBENI KIADÁSAINAK KORPROFILJA (2012, AZ EGY FŐRE JUTÓ ÁTLAGOS KIADÁS SZÁZALÉKÁBAN)



Forrás: MNB<sup>5</sup> (2013)

Az adatok alapján az egészségügyi kiadások mértéke a legkisebb gyerekek esetén (0-4 éves korosztály) közelíti meg az országos átlagot, azonban ezt követően az egyének egészen

<sup>3</sup> [https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en) (2018.07.09.)

<sup>4</sup> Az Ageing Report keretében ugyanezt 2016-os adatokon ábrázoltak, azonban az adatsor bizalmas

<sup>5</sup> MNB (2013) Elemzés az államháztartásról 2013. Február. Kivetítés a költségvetési egyenleg és az államadósság alakulásáról (2013-2027)

50 éves korukig az országos átlagnál kevésbé veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Ezt követően azonban gyorsan emelkedik az egy főre jutó kiadás, azonban 75 éves kort követően jelentősen lassul a növekedés. Hazánk esetében nem, de több európai országban is megfigyelhető jelenség, hogy a kör előrehaladásával csökken az egy főre jutó egészségügyi kiadás. Ennek oka, amely magyarázhatja a lassuló növekedést, hogy idősebb korban sem a betegek, sem az orvosok nem kezdenek bele olyan eljárásokba vagy kezelésekre, amelyek ugyan meghosszabbíthatnák a betegek életét, azonban jelentős fájdalommal vagy kockázattal járhatnak, így inkább csak a tüneteket kezelik.

Az egy főre jutó egészségügyi kiadások alapján végeztünk egy egyszerű, azonban szemléletes számítást, amellyel be tudjuk mutatni az elöregedő társadalom hatását az egészségügyi kiadásokra. Azzal a feltételezéssel éltünk, hogy az adott korosztályra vonatkozó egészségügyi kiadások időben nem változnak, vagyis nem nő sem a lakosság egészségügyi állapota, sem nem csökkennek a költségek, azonban az elöregedő társadalom miatt egyre többen veszik igénybe nagyobb hányadban az egészségügyi szolgáltatásokat. Mivel az adatsor a 2012-es népszépi adatokra lett számítva, így első lépésként a 2012 és 2018 közötti változást számítottuk ki. A vizsgált 6 év során az elöregedés következtében az egy főre jutó átlagos kiadás 3,26 százalékkal emelkedett, azonban a népességszám több mint 150 ezer fővel csökkent, így a teljes egészségügyi kiadás mindösszesen 1,66 százalékkal nőtt a 6 év alatt reálértéken számolva.

A 2060-as adatok esetében a korábban bemutatott három demográfiai scenárióval (alap, magas, alacsony) számoltunk. Az alappálya mentén az egy főre jutó átlagos kiadás 2018 és 2060 között átlagosan 26,6 százalékkal emelkedne, míg a teljes kiadás csupán 2,3 százalékkal emelkedne, amelynek oka elsősorban a közel 1,9 millió fővel csökkenő népesség. A magas és az alacsony pálya esetén az egy főre jutó átlagos kiadás növekedése érdemben nem tér el az alappályán számolttól (rendre 26,3, illetve 29,0 százalék), azonban a teljes költés esetében előbbi scenárió esetén 12,2 százalékos növekedés, míg utóbbi esetében 11,6 százalékos csökkenés adódik. A jelentős eltérés magyarázata, hogy előbbi pálya mentén a népesség közel 1,1 millió fővel, míg utóbbi pálya mentén közel 3,1 millió fővel csökkenne, amely így ellensúlyozná az egy főre jutó kiadások növekedését. Azonban mindhárom scenárió esetében kérdéses a kiadások finanszírozása, valamint hogy a számításból kihagyott tényezők hogyan hatnak az egészségügyi kiadásokra.

1. Táblázat: Az egészségügyi kiadások alakulása 2060-ban az egyes demográfiai scenáriók mentén

		Alap	Magas	Alacsony
<b>2012-höz viszonyítva</b>	Egy főre jutó átlagos kiadás	30,7%	30,5%	33,2%
	Teljes kiadás	4,0%	14,1%	-10,1%
<b>2018-hoz</b>	Egy főre jutó átlagos	26,6%	26,3%	29,0%

viszonyítva	kiadás			
	Teljes kiadás	2,3%	12,2%	-11,6%

Forrás: Századvég-számítás

Ahogy bemutattuk az öregedő társadalom alapvetően a kiadások emelkedését eredményezi, azonban több olyan tényező is adódik, amelyek kedvező irányba fordíthatják a jelenlegi folyamatokat. Az egyik ilyen tényező az egészségben eltöltött idő. Amennyiben az életkorral együtt párhuzamosan nő az egészségben töltött idő, akkor a kedvezőtlen demográfiai folyamatok nem járnak majd a kiadások arányos növekedésével. Az Ageing Report tanulmány a várható egészségügyi állapotról három hipotézist mutat be, azonban kiemelik, hogy a szakirodalomnak eddig egyik hipotézist se sikerült alátámasztani vagy elvetnie:

- **Expansion of morbidity:** az elhalálozási ráta csökkenése elsősorban a betegségek halálozási rátájának csökkenése miatt következik be, nem pedig a növekvő megelőzés eredményeként, így folyamatosan emelkedik a betegségben töltött idő;
- **Compression of morbidity:** a betegségben töltött idő kezdete egyre inkább az életciklus vége felé koncentrálódik, aminek köszönhetően az egyén átlagosan nem csak hosszabb ideig, hanem egészségesebben is él;
- **Dynamic equilibrium:** a betegségek csökkenő halálozási rátája és így hosszabb várható élettartam, azonban adott betegség több egyént érint lassabb lefolyással.

Az első és a harmadik hipotézis esetén várhatóan nőne, míg a második esetén csökkenne a kiadás, ez utóbbi esetében viszont a kiadás jobban koncentrálódna a társadalom legidősebb rétegére.

A tanulmányban az elöregedés és az egészségben töltött idő után harmadik tényezőként a jövedelmet említik meg, amely befolyásolhatja az egészségügyi kiadásokat egyéni és nemzeti szinten egyaránt. Getzen (2000<sup>6</sup>) megfogalmazásában egyéni szinten az egészségügy létszükségleti jószág, míg nemzeti szinten luxus jószág, vagyis előbbi esetében az egészségügyi kiadások jövedelemrugalmassága nem éri el az egyet, sőt akár negatív is lehet, utóbbi esetében meghaladja azt. Azonban hozzá kell tennünk, hogy az egyén esetében a jövedelemrugalmasság csak abban az esetben merül fel, amennyiben az egészségügy finanszírozásában megjelenik a magánszektor is. Az alacsony, illetve negatív jövedelemrugalmasság magyarázata lehet az egészségügyben, hogy a magasabb jövedelem miatt jelentősen átalakulhat az egyén életvitele, növelheti az drágább, de egészségesebb ételek fogyasztását, illetve csökkenhet a káros javak (dohányzás, alkohol) fogyasztása, amelynek köszönhetően javul az egészségügyi állapot és csökkennek az egészségügyi kiadások.

<sup>6</sup> Getzen, T. E. (2000). Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures. *Journal of health economics*, 19(2), 259-270.



Nemzeti szinten ellenben az egészségügy bevételeinek fedeznie kell a kiadásokat, azonban ez utóbbit erősen befolyásolja a politika szerepe és irányultsága. Ennek ellenére a legtöbb tanulmány így is 1 százalék feletti jövedelemrugalmasságot mér nemzeti szinten az egészségügyi kiadásokra vonatkozóan (Getzen, 2000). Vagyis minél gazdagabb egy ország, annál többet költ az egészségügy finanszírozására.

A negyedik tanulmányban felsorolt tényező a technológia szerepe. Smith<sup>7</sup> és társai (2009) számítása szerint 1960 óta az egészségügyi kiadások növekedésének 27-48 százalékát a technológia fejlődése okozta, a tanulmány hasonló értéket mért a jövedelem esetén is (29-43 százalék), míg a fennmaradó 5-19 százalékos részt az egységárak emelkedése adta. Az új technológia bevezetése két csatornán keresztül növelheti az egészségügyi kiadásokat egyrészt amennyiben egy régi és költségesebb kezelést vált ki és így bővül a kezelésben részesülők köre és így a kiadások is, másrészt új eljárásokkal olyan betegségek is kezelhetővé válhatnak, amelyeket korábban az orvostudomány nem tudott kezelni, így tovább emelkedhetnek a költségvetési kiadások.

Az egészségügyi kiadásokat ezen felül jelentősen befolyásolja az adott ország intézményi berendezkedése, az hogy az egészségügy milyen módon és milyen forrásokból (kormányzati vagy magán) van finanszírozva. Emellett tovább emelheti a kiadások mértékét a munkaerő ellátottság, mivel az egészségügy a gazdaság egyik leginkább munkaerő-intenzív ágazata.

Az egészségügyi kiadásokra vonatkozó előrejelzést a legutóbbi 2018-as kiadásban az Európai Bizottság 2070-ig végezte el összesen 12 scenárió alapján, amelyekben a fent bemutatott tényezők szerepét különböző mértékben vették figyelembe. A scenáriók mentén Magyarországon a GDP-arányos egészségügyi kiadás a 2016-os 4,9 százalékról 0,1–3,0 százalékponttal emelkedhet 2070-ig, ez a növekedés közel megegyezik az Európai Unió átlaggal. A legnagyobb növekedés Máltán (1,7–5,9 százalékpont) és Portugáliában (1,5–4,8 százalékpont) várható, míg a demográfiai folyamatok legkevésbé Észtországban (–0,3–2,1 százalékpont), Spanyolországban (0,1–2,2 százalékpont), valamint Olaszországban (0,2–2,0 százalékpont) emelik majd a GDP-arányos egészségügyi kiadásokat.

Amint látható, az egészségügyi kiadások várható alakulása erőteljesen függ az egyes scenáriók feltevéseitől. Az alappálya mentén (a tanulmányban *demographic scenario*) az a feltételezés, hogy a kor-specifikus egészségügyi kiadások nem változnak, amely esetén a scenárióban 1,1 százalékkal nőnek a GDP-arányos kiadások úgy Magyarországon, mint az Európai Unióban. A legkisebb kiadásbővülés a harmadik scenárió mentén (*healthy ageing scenario*) következik be, ekkor a feltevés, hogy a betegségben töltött évek száma állandó marad, amelynek köszönhetően a várható életkor emelkedésével nő az egészségben töltött évek száma, így az egészségügyi kiadások csak lassú ütemben nőnek (egyres országokban csökkennek). A legnagyobb növekedés ezzel szemben a *non-demographic determinants*

---

<sup>7</sup> Smith, S., Newhouse, J. P., & Freeland, M. S. (2009). Income, insurance, and technology: why does health spending outpace economic growth?. *Health Affairs*, 28(5), 1276-1284.

*scenario* esetében alakul ki. Ezen scenárió mentén az egészségügyi kiadásokat meghatározó, de a demográfiához közvetlenül nem köthető tényezők hatását vették figyelembe, ilyen tényező lehet, ahogy bemutattuk a technológia, a jövedelem vagy az intézményi környezet.

### **2.3. A demográfiai fordulatért tett eddigi intézkedések**

A kedvezőtlen demográfiai folyamatok megoldásának alapvetően két lehetősége van, azonban mindkét lehetőségnek egyaránt vannak előnyei és hátrányai. Az első lehetőség, hogy külföldről magasabb termékenységi rátával rendelkező egyének letelepítésével növeljük a hazai ráta értékét, így csökkentve a hazai természetes fogyás mértékét. A másik lehetőség, hogy különböző kormányzati programok segítségével emelni kell a lakosság gyermekvállalási hajlandóságát.

Alapvetően előbbi program gyorsabb és biztosabb megoldást jelent a demográfiai problémák orvoslása szempontjából, azonban társadalmi szempontból a különböző népcsoportok együttélése jelentős feszültségeket kelthet. A bevándorló népesség asszimilációja nehézségekbe ütközhet, amely így jelentős terhet jelenthet a költségvetés részére (nyelvoktatás biztosítása, társadalmi juttatások). Emiatt Magyarországon a Kormány az utóbbi csoportba tartozó intézkedések meghozatala mellett döntött, a hazai termékenységi ráta növelése érdekében tett lépéseket.

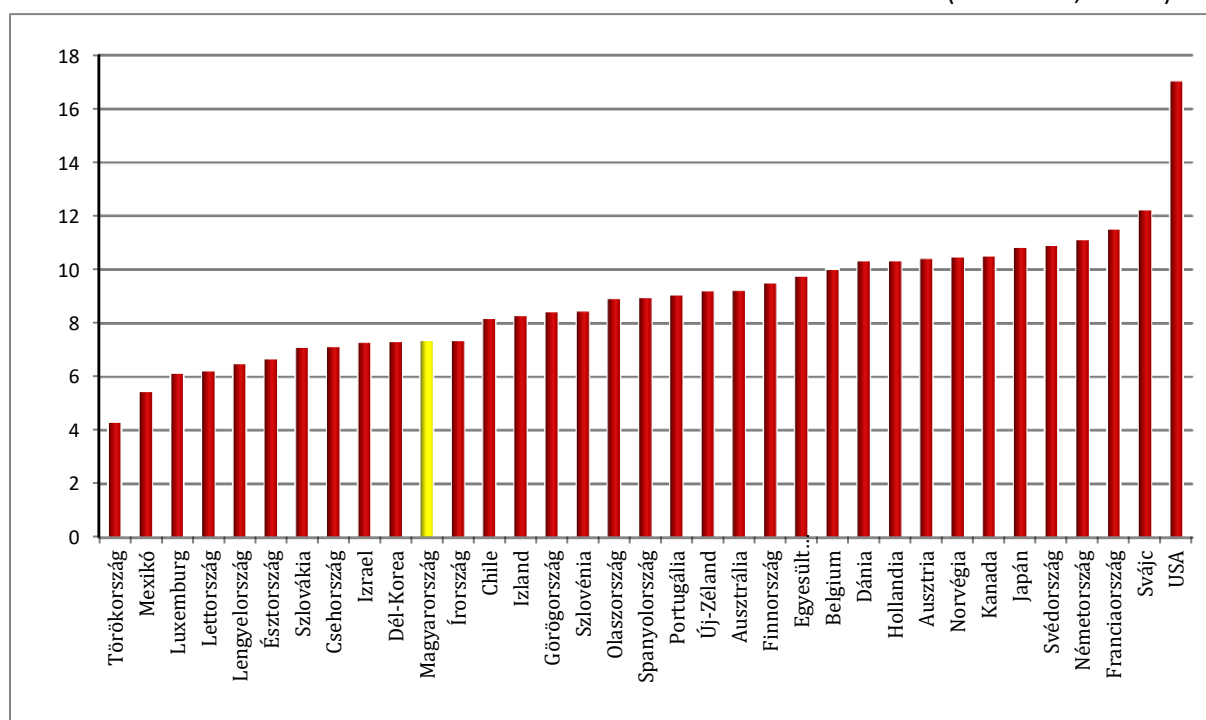
Az intézkedéseket két csoportra lehet osztani: az első csoportba a munkavállalást támogató, illetve ösztönző, míg a második csoportba a családok jövedelmi helyzetét javítani szándékozó kormányzati lépések sorolhatóak. Az első csoportba tartozik a GYED Extra bevezetése, amely lehetővé teszi, hogy a gyermek egy éves kora után a támogatás folyósítása mellett is dolgozhasson a szülő, akár teljes állásban is, a családi adókedvezmények, valamint az első házások kedvezménye, vagy a bölcsődei és óvodai ellátás költségtérítése a cafeteria keretében, de ide sorolható még a Munkahelyvédelmi Akcióterv is. Az intézkedések célja, hogy a családnyáknak ne kelljen a gyermekvállalás és a karrier között választaniuk és lehetővé váljon a kétkeresős családmodell. Ezzel szemben utóbbi csoport intézkedései közül a teljesség igénye nélkül az ingyenes tankönyvben és étkeztetésben részesülők körének bővítését, a rászoruló gyermekek táboroztatását, a CSED (csecsemőgondozási díj) bevezetését, a diákhitel-tartozás elengedését valamint a családi otthonteremtési kedvezményeket kell kiemelnünk.

### 3. Állami- és magánforrások az egészségügyben

Az OECD az egészségügy finanszírozását alapvetően három nagyobb csoportra bontja, a kormányzati kötelező jellegű finanszírozásra, az önkéntes jellegű finanszírozási alrendszerekre és a háztartások általi finanszírozásra. Előbbi csoportba tartozó finanszírozási formákban közös, hogy kötelező a teljes népességre vagy annak egy törvényben meghatározott csoportjára vonatkozóan (például munkavállalóknak). A finanszírozás formája ezen belül azonban jelentősen eltérhet, az OECD megkülönböztet biztosítási formában működtetett megtakarítási számlát és befizetés alapú finanszírozást. Ezzel szemben az utóbbi két csoportban a közös, hogy teljes mértékben önkéntes, ezen belül is meg lehet különböztetni non-profit szervezetek általi finanszírozást, egészségbiztosítási finanszírozást, vállalati biztosítást vagy szolgáltatás igénybevételéért való fizetést.

A teljes egészségügyi kiadások értékének GDP-hez viszonyított aránya 2016-ban az OECD országok közül az Egyesült Államokban volt a legmagasabb (17,1 százalék), míg Törökországban alakult a legalacsonyabb szinten (4,3 százalék). A vizsgált országok átlagosan a GDP 8,9 százalékát költötték egészségügyi kiadásra. Magyarország 7,4 százalékos GDP-arányos egészségügyi kiadásával 1,5 százalékponttal elmarad az OECD-átlagtól, azonban a visegrádi országokat tekintve hazánk fordította a bruttó hazai termék legnagyobb arányát az egészségügy finanszírozására 2016-ban.

5. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYRE FORDÍTOTT KIADÁSOK A GDP ARÁNYÁBAN (SZÁZALÉK, 2016)

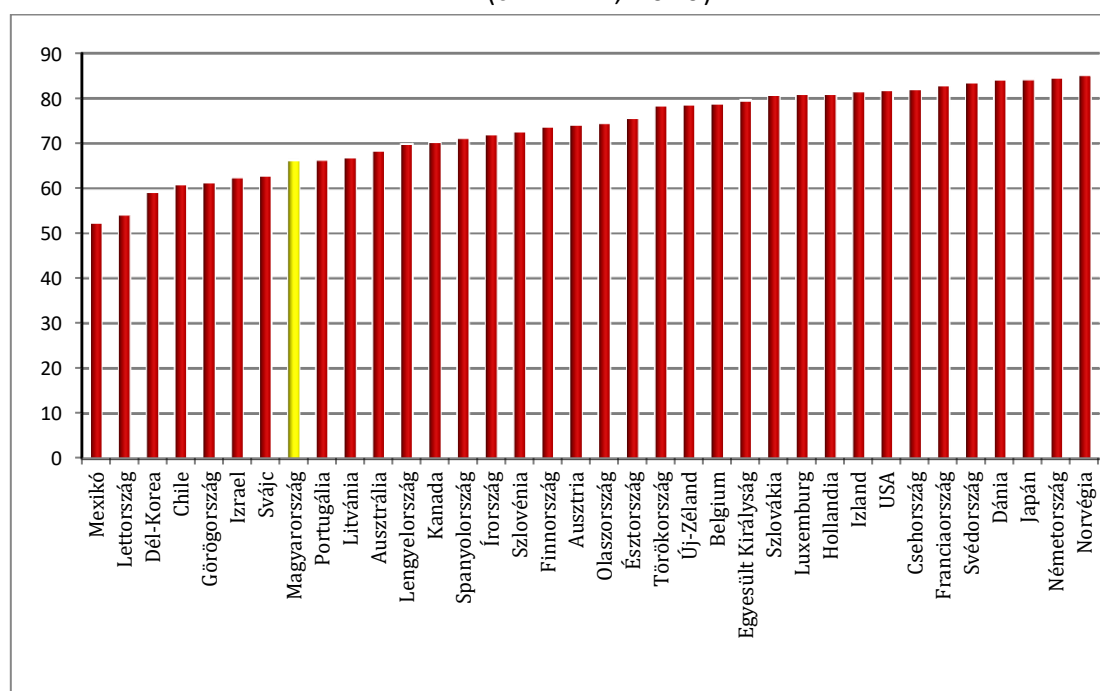


Forrás: OECD

A vizsgált adatok az OECD által kidolgozott és az Eurostat által jogszabályban is elfogadott, nemzetközileg összehasonlítható aggregált finanszírozási értékeket tartalmaznak. A kormányzati befizetések felméréséhez az államháztartásról készült beszámolókat, valamint az egészségügyi intézményeket felügyelő minisztériumoktól származó adatokat használják fel. Az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek adatait az egészségpénztárak, valamint a gazdasági szervezetek egészségügyi kiadásként költött összegeiből számítják. A háztartások költségeinél elsősorban olyan adatfelvételekre támaszkodnak, mint a háztartási költségvetési és életkörülményekre vonatkozó adatfelvételek, valamint a nem költségvetési formában működő egészségügyi szolgáltatók által közölt adatok.

A kötelező befizetéseknek a legnagyobb szerepe Norvégiában van, ahol ennek a finanszírozási formának a részaránya eléri a 85,1 százalékot, de Németországban, Japánban és Dániában is megközelíti azt. A másik véglet Mexikó, ahol a két finanszírozási forma közel egyforma szerepet tölt be. Magyarország ebben a tekintetben is az átlag (73,4 százalék) alatt szerepel, a kormányzati kötelező jellegű források részaránya az egészségügyi finanszírozáson belül 66,2 százalékot tett ki, amely az egyik legalacsonyabb érték a régióban. Azonban Magyarországnál sokkal fejlettebb országokban (Dél-Korea, Svájc vagy Izrael) még kisebb a kormányzati források szerepe, így nem jelenthető ki, hogy a fejlettebb, gazdagabb országokban magasabb a kormányzati szerepvállalás az egészségügy finanszírozásában, míg a GDP-arányos kiadásokban egyértelműen látszik a kelet-közép-európai régió lemaradása.

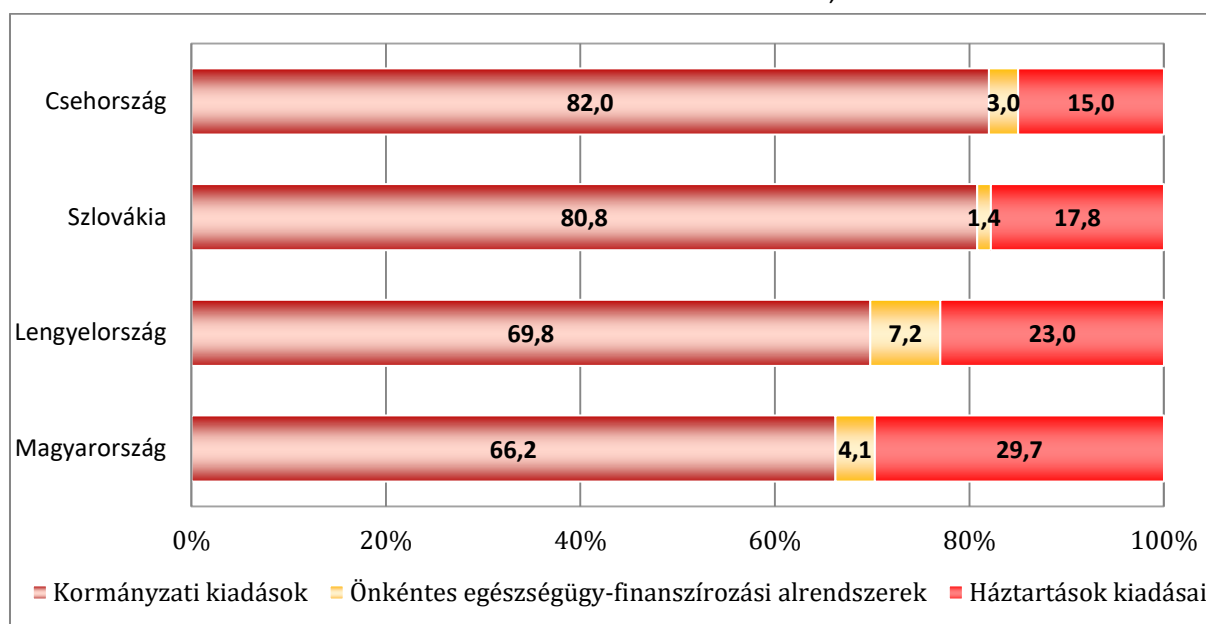
6. ÁBRA: KORMÁNYZATI KÖTELEZŐ FORRÁSOK AZ EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSÁN BELÜL (SZÁZALÉK, 2016)



Forrás: OECD

A visegrádi országokat tekintve Csehországban a legmagasabb (82 százalék) a kormányzati kiadások aránya a teljes egészségügyi kiadásokon belül. Őt követi Szlovákia (80,8 százalékkal), Lengyelország (69,8 százalékkal), végül Magyarország, 66,2 százalékos aránnyal. Az egyéb finanszírozási formákon (önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszereken, háztartások kiadásain) belül elköltött összegek aránya így hazánkban alakult a legmagasabb értéken (33,8 százalék). A háztartások közvetlen egészségügyi kiadásai 29,7 százalékot tettek ki, ami kiemelkedően magasnak számít a V4-országok között.

7. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK MEGOSZLÁSA AZ EGYES FINANSZÍROZÁSI FORMÁK KÖZÖTT A VISEGRÁDI ORSZÁGOKBAN, 2016



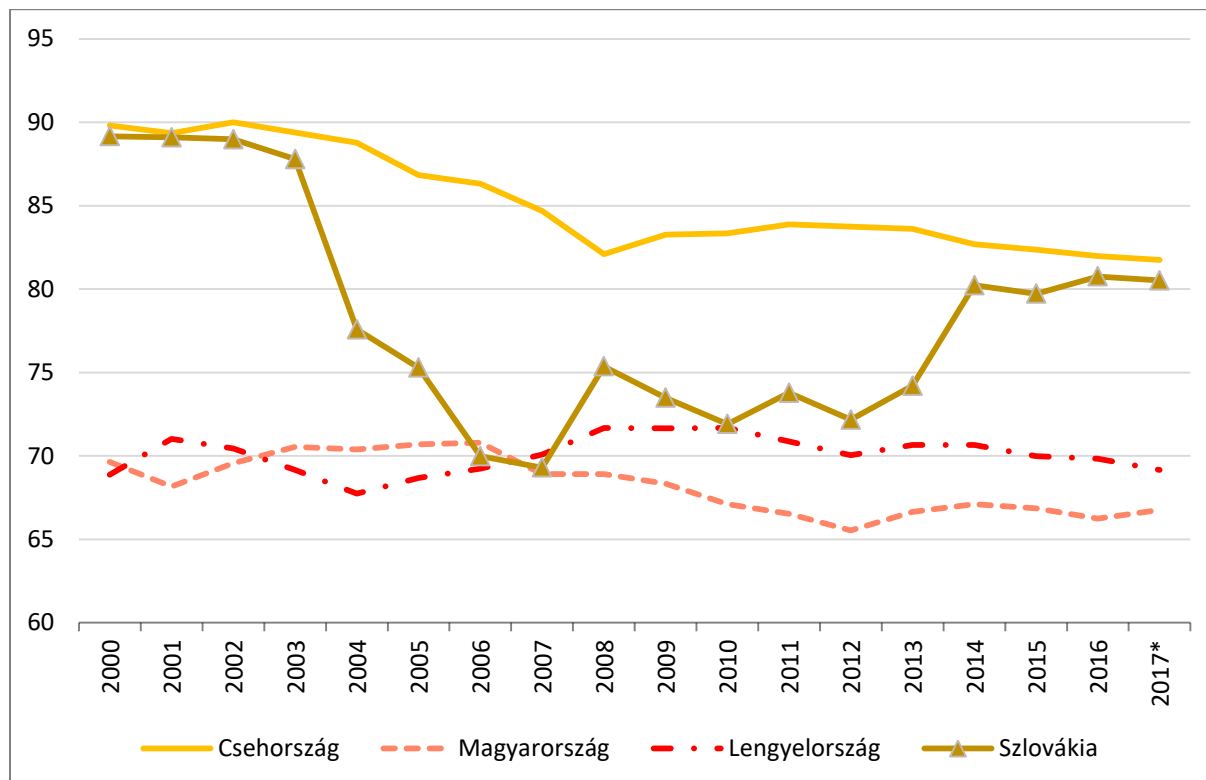
*Forrás: OECD*

Érdeemes nem csak egy adott évre, hanem idősorosan is vizsgálni a kormányzati források alakulását az egészségügy finanszírozásán belül. Ehhez kapcsolódóan a visegrádi országok adatait vizsgáltuk meg 2000 és 2017 között. Magyarországon 2001 és 2006 között kis mértékben emelkedett az kormányzati finanszírozás részaránya. Ezt követően folyamatosan nőtt a magánforrások szerepe és csökkent az állami szerepvállalás, a trendfordulót a 2012-es év jelentette, amikortól is ismét emelkedni kezdett a kormányzati források részaránya, azonban még így sem sikerült elérni a 2006-os szintet. Ezzel szemben Csehországban 2008-ig folyamatosan csökkent az állami szerepvállalás, azonban azóta összességében stagnálás jellemzi a cseh egészségügyet. A csökkenés ellenére a vizsgált időszak egészében Csehországban volt a legmagasabb a kormányzati források aránya.

Szemben Csehországgal, Lengyelországban 2008-ig fokozatosan csökkent a magánforrások aránya az egészségügyben, majd ezt követően lassan ismét növekedni kezdett és 2016-ra megközelítette a magyar értéket. A vizsgált időszakban a legnagyobb volatilitást a szlovák adatok mutatták: a 2000-es évek elején a kormányzati források aránya közel megegyezett a régióból legmagasabb cseh adattal, majd ezt követően három év alatt a lengyel-magyar

szintre mérséklődött. Egy újabb trendváltást követően Szlovákiában a kormányzati finanszírozás aránya 10 százalékponttal emelkedett és ismét megközelítette a csehországi adatot.

8. ÁBRA: KORMÁNYZATI FINANSZÍROZÁS ARÁNYA AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN (SZÁZALÉK)



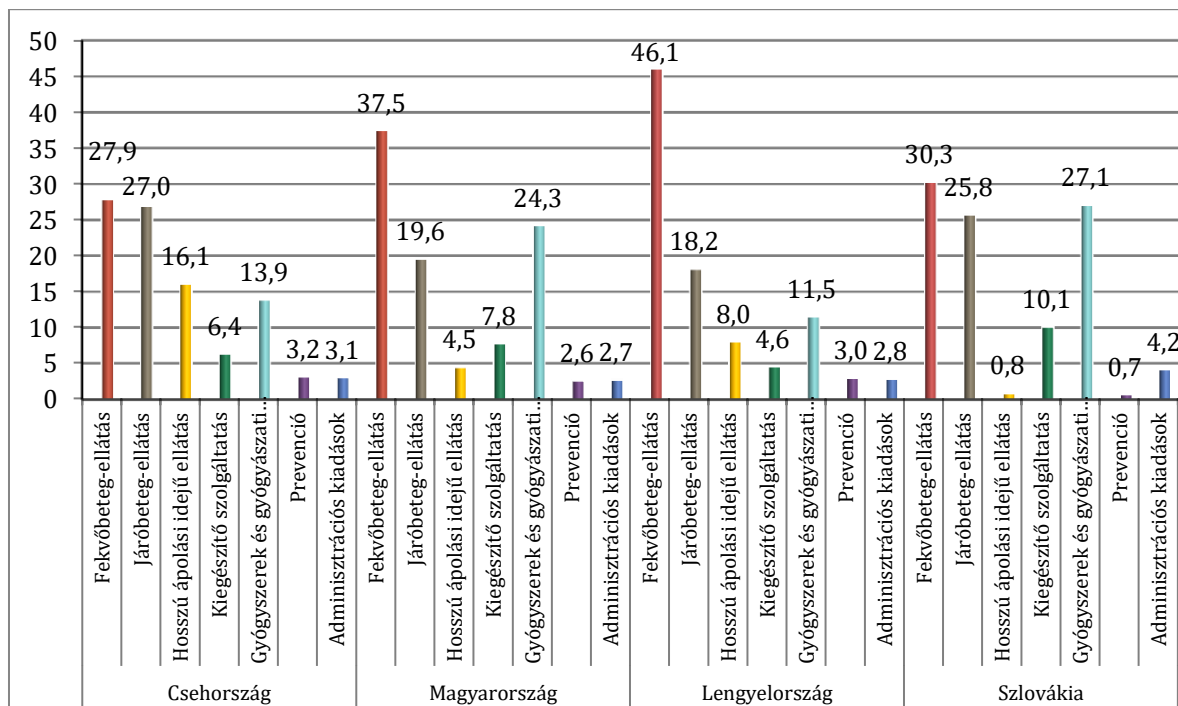
Forrás: OECD

Megjegyzés: A 2017-es adatok az OECD által becsült értékek.

A kormányzati kiadások részletes vizsgálatával megállapítható, hogy a visegrádi országok mindegyikére általánosan jellemző a források döntő többségének a 7 nagyobb szolgáltatáscsoportból csupán 2-3 kategóriára fordítása, egyenként átlagosan 26 százalékos éves ráfordítási aránnyal. A legjelentősebb mértékben finanszírozott szolgáltatás a fekvőbeteg-ellátás, amelyre arányaiban Lengyelország költi a legtöbbet (46,1 százalék), öt követi Magyarország (37,5 százalékkal) és Szlovákia (30,3 százalékkal), végül Csehország (27,9 százalékkal). A második legnagyobb arányban finanszírozott szolgáltatás kategóriája azonban már eltér az egyes országok között: Csehországban és Lengyelországban a járóbeteg-ellátás (27, illetve 18,2 százalékos finanszírozási aránnyal), míg Magyarországon és Szlovákiában a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök finanszírozása (24,3 és 27,1 százalékos ráfordítási aránnyal). A harmadik legnagyobb arányban finanszírozott kategória Csehországban eltér az imént említett szolgáltatáscsoportoktól, ugyanis ott 16,1 százalékos aránnyal a hosszú ápolási idejű ellátások jelentik a harmadik legjelentősebb csoportot, míg Lengyelországban ennek a kategóriának csupán 8 százalék, Magyarországon 4,5 százalék, Szlovákiában pedig mindössze 0,8 százalék a részesedése a teljes kormányzati kiadásokból. Prevencióra minden ország 3 százalék körüli ráfordítást különít el – Szlovákia

kivételével, mivel ott csupán 0,7 százalék ez az arány. Az adminisztrációs kiadások Magyarországon és Lengyelországban közel azonosak (2,7 és 2,8 százalék), Csehországban már kissé magasabb (3,1 százalék) és Szlovákiában a legmagasabb (4,2 százalék).

9. ÁBRA: A KORMÁNYZATI EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK MEGOSZLÁSA AZ EGYES SZOLGÁLTATÁSOK KÖZÖTT A VISEGRÁDI ORSZÁGOKBAN, 2016 (SZÁZALÉK)



Forrás: OECD

## 4. A magyar egészségfinanszírozás helyzete

Egy ország lakosainak egészségügyi helyzetét jelentős mértékben meghatározza a fennálló egészségügyi rendszer és annak forrásai. Az erőforrások és az eredmények közötti kapcsolat egy ország egészségügyi rendszerének értékelése során meghatározó tényezőnek számít (Elola és szerzőtársai, 1995<sup>8</sup>, idézi Jaba és szerzőtársai, 2014<sup>9</sup>). Kutzin (2013<sup>10</sup>) szerint a finanszírozás minden országban központi szerepet játszik az egészségügyben kitűzött célok elérésében. Egy jól működő finanszírozási rendszer a szolgáltatások hatékonyságának, minőségének javításán keresztül, valamint a transzparencia és az elszámoltathatóság lehetőségével képes egy felelősségteljes, pénzügyileg szilárd alapokon nyugvó, az egészségügyi szolgáltatásokban minden beteg számára egyenlő hozzáférést biztosító, magas minőségű egészségügyi szolgáltató rendszert kialakítani.

### 4.1. Az egészségügyi rendszer eredményessége

Az egészségügyi rendszerek működésének értékelésére többféle mutatót is használnak. Megkülönböztethetünk olyan mutatószámokat, amelyek az életminőség alakulását reprezentálják, de a finanszírozási rendszerek hatékonysága is értékelhető, például a Healthcare and Access Quality (HAQ) Index által. Az életminőség értékelésére használt egyik legelterjedtebb mutatószám a születéskor várható élettartam. Magyarországon ennek a mutatónak az értéke 2000 és 2016 között 71,9 évről 76,2 évre növekedett. A pozitív tendencia ellenére a megfigyelt időszak alatt az OECD átlagtól vett lemaradásunk stabilan 5 év körül mozog, érdemi konvergenciát nem értünk el az elmúlt 16 év alatt. A vizsgált időszakban – a legtöbb OECD országhoz hasonlóan – a GDP-arányos egészségügyi kiadások is növekedtek (6,8 százalékról 7,4 százalékra). Empirikusan is bizonyított tény, hogy azonos földrajzi elhelyezkedésű és hasonló jövedelmi helyzetű országok között az egészségügyi ráfordítások összegében fellelhető különbségekkel szignifikánsan magyarázhatók az egyes országokban megfigyelt egészségügyi rendszerek eredményessége (Jaba és szerzőtársai, 2014)

Az alábbi ábrán látható, hogy a visegrádi országok közül Magyarországon volt a legalacsonyabb a születéskor várható élettartam 2000-ben, ugyanakkor GDP-arányosan

<sup>8</sup> Elola, J., Dapone, A., Navarro, V. (1995): Health Indicators and the Organization of Health Care Systems in Western Europe. *American Journal of Public Health*. 85(10). 1397-1401. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615621/?page=1>

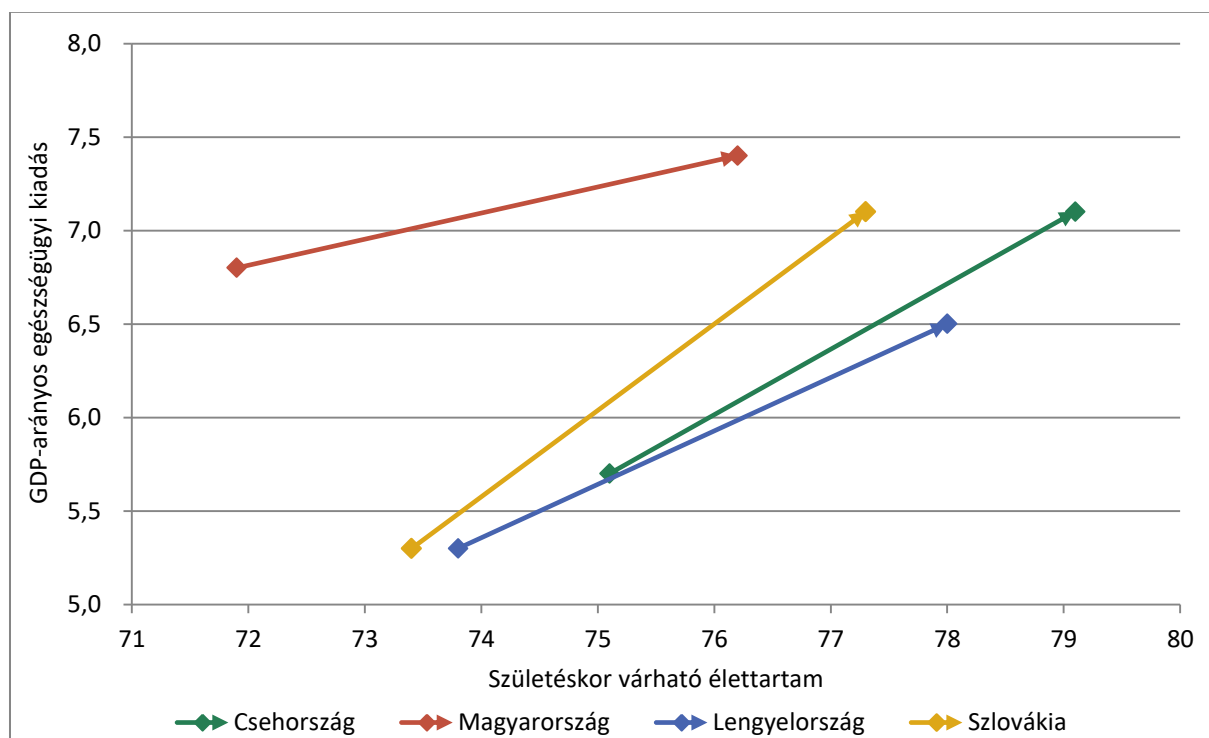
<sup>9</sup> Jaba E., Balan C. B., Robu I-B. (2014): The Relationship between Life Expectancy at Birth and Health Expenditures Estimated by a Cross-country and Time-series Analysis. *Procedia Economics and Finance*. 15. 108-114. Letöltve innen: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212567114004547>

<sup>10</sup> Kutzin, J. (2013): Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 91. 602-611. <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113985/en/>



többet költöttünk egészségügyre a csoport másik három tagjához képest. Az azóta eltelt 16 évben a születéskor várható élettartam terén a hátrányunkat mindegyik visegrádi országgal szemben sikerült mérsékelni, bár a legjelentősebb különbségcsökkenés – amely Szlovákiával szemben történt – is csupán 0,4 év volt. Eközben a többi ország – főként Szlovákia és Csehország – jelentős mértékben növelte a GDP-arányos egészségügyi kiadásait, azonban továbbra is Magyarország költ a bruttó hazai termék legnagyobb arányában egészségügyre.

10. ÁBRA: A SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÉLETTARTAM ÉS A GDP ARÁNYOS EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK ALAKULÁSA 2000 ÉS 2016 KÖZÖTT A V4 ORSZÁGOKBAN



Forrás: OECD

Megjegyzés: A nyilak a 2000 és a 2016 közötti változás irányát jelölik.

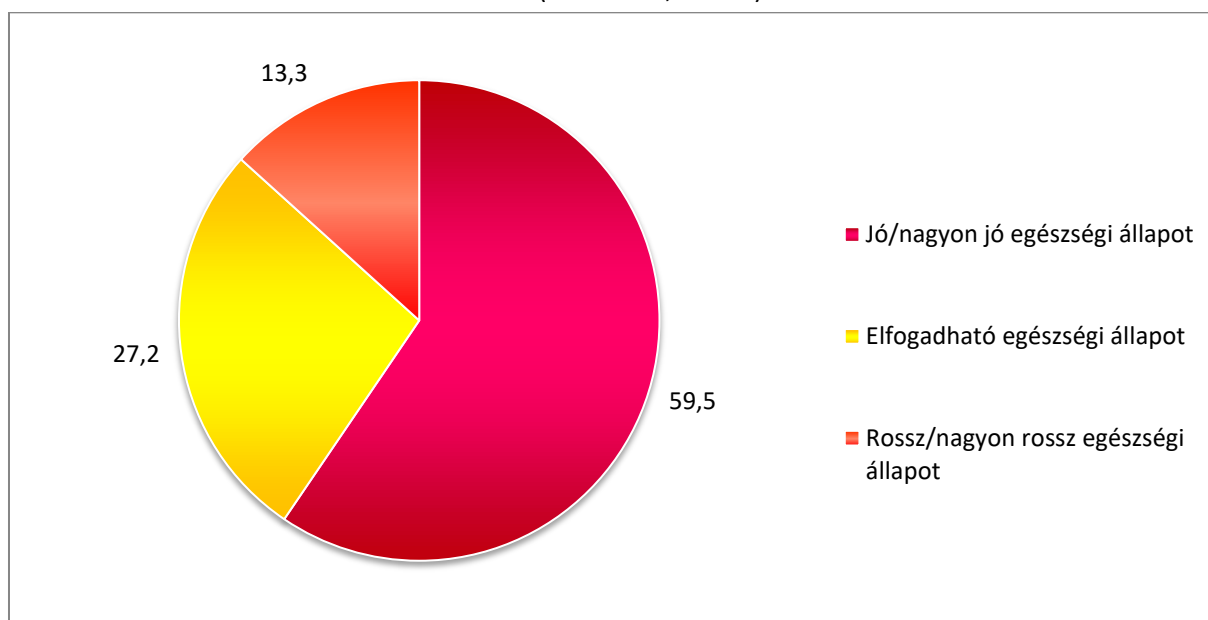
Az OECD (2017)<sup>11</sup> szerint Magyarországon belül a nemek és az egyes társadalmi-gazdasági csoportok szerint jelentős különbségek figyelhetők meg az egészségügyi állapotban, amelynek okai egyrészt a kockázati tényezőknek való nagyobb mértékű kitettségben, másrészt az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeiben keresendők. A férfiak esetében Magyarországon a várható élettartam 7,1 évvel volt alacsonyabb, mint a nőknél (72,6 év szemben a nők 79,7 évével). A 15 évnél idősebb teljes lakosság közel 60 százalékának jó vagy nagyon jó az egészségi állapota, 27,2 százalék rendelkezik elfogadható (se nem jó, se nem rossz) egészségi állapottal, míg 13,3 százalékuk tartozik a rossz vagy nagyon rossz állapotban lévők közé. Ha a lakosságot jövedelmi helyzetük szerint 5 egyenlő részre (kvintilisekre) osztjuk, akkor a legjobb és a legrosszabb jövedelmi helyzetben lévők között a jó egészségi állapottal rendelkezők arányában 18,7 százalékpontos

<sup>11</sup> OECD (2017): *Magyarország Egészségügyi országprofil 2017., State of Health in the EU*. OECD Publishing, Párizs.

a különbség a magasabb jövedelmi csoportba tartozók javára. Az iskolai végzettség és az egészségügyi helyzet között szintén pozitív összefüggést találunk: a felsőfokú végzettségű, jó egészségi állapottal rendelkező állampolgárok aránya 30,2 százalékponttal volt magasabb 2016-ban, mint az alacsonyabb végzettséget szerettekénél mért érték. A különbség a nők esetében jelentősen magasabb (37 százalékpont), mint a férfiaknál (19,6 százalékpont).

A feltárt különbségek olyan kockázati tényezőkre vezethetők vissza, mint a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, valamint az elhízás magasabb előfordulási gyakorisága, amelyek miatt magasabb a szív- és érrendszeri megbetegedésekből és a rákból eredő halálozás. A hátrányos helyzet ugyanis növeli a felsorolt kockázati tényezőknek való kitettséget, ami a relatíve rosszabb élet- és munkakörülményekből, illetve az egészségtelenebb életvitelből fakad (OECD, 2017).

11. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI 15 ÉVNÉL IDŐSEBB LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA  
(SZÁZALÉK, 2016)



Forrás: OECD

A magyar egészségügyi rendszer eredményességével kapcsolatban a 2010-ben történt kormányváltás után alakult új kormány 2011-ben adta ki első átfogó fejlesztési tervét, a *Semmelweis-tervet*, amelyben kinyilvánított célként jelent meg az ellátórendszer hatékonyságának növelése, azaz olyan jó minőségű szolgáltatásnyújtás, amely a kor technikai fejlettségét is tükrözi, emellett javítja az esélyegyenlőséget a szolgáltatásokhoz való hozzáférés területén. A *Semmelweis-terv* rávilágított a magyar egészségügyi rendszer központi teljesítményproblémájára, vagyis az erőforrások allokációjából és az ehhez kapcsolódó jövedelemelosztás torzulásaiból eredő hatékonysági deficitre. A *Semmelweis-tervet* úgy alakították ki, hogy az illeszkedjen a kormányprogramhoz és az *Új Széchenyi Terv*hez. A kormányprogramban az ágazatba történő forrásbevonás és a nagyobb állami

felelősségvállalás is szükséges eszközként jelent meg az egészségügy megmentése és újjáépítése érdekében.

A kormány 2015-ben adta ki az *Egészséges Magyarország 2014-2020* nevű ágazati stratégiai tervet, amelyben a legfontosabb kormányzati célkitűzés a lakosság egészségi állapotának folyamatos javítása lett, amelyhez a megelőzés jelentőségén túl a betegek gyógyulási esélyeinek javítása is kiemelt célként jelent meg. Ezek elérése érdekében a kormány állami fenntartásba vette az eladósodott egészségügyi intézmények jelentős részét, hogy garantálni tudják a hatékonyabb, hosszú távon is biztonságos működésüket.

A kormányzat egyik fő politikai és társadalmi célja a munkaalapú társadalom kialakítása, amelynek megteremtésében nélkülözhetetlen az egészségügyi ágazat részvétele, ugyanis a foglalkoztatottak számának növekedése, valamint a foglalkoztatottak egészségi állapotának javulása elengedhetetlen a társadalombiztosítás finanszírozási és teherbíró képességének növelésében.

A Magyar Nemzeti Bank által 2018 júliusában kiadott, 180 lépést tartalmazó versenyképességi javaslatcsomagban a magas színvonalú egészségügyre vonatkozóan 22 darab javaslatot fogalmaztak meg a szakemberek. A jegybank szerint a fenntartható felzárkózás érdekében tett lépések két nagyobb csoportra oszthatók: egyrészt az életminőség javításáért tett intézkedésekre, amik magában foglalják a magas színvonalú egészségügy biztosítását is, másrészt pedig a gazdaságilag és társadalmilag stabil, erős Magyarország kialakítására. A szakemberek elemzése szerint a jelenlegi helyzetben a lakosság egészségi állapota versenyképességi hátrányt jelent az országnak, ezért három fő célt jelöltek ki:

- a háztartások közvetlen egészségügyi kiadásai arányának csökkentése a visegrádi országok szintje alá a teljes kiadások összegén belül;
- az egészségesen várható élettartam legyen a legmagasabb a visegrádi országok között;
- évente legalább egy darab, nemnek, korcsoportnak és kockázati tényezőknél megfelelő szűrővizsgálat.

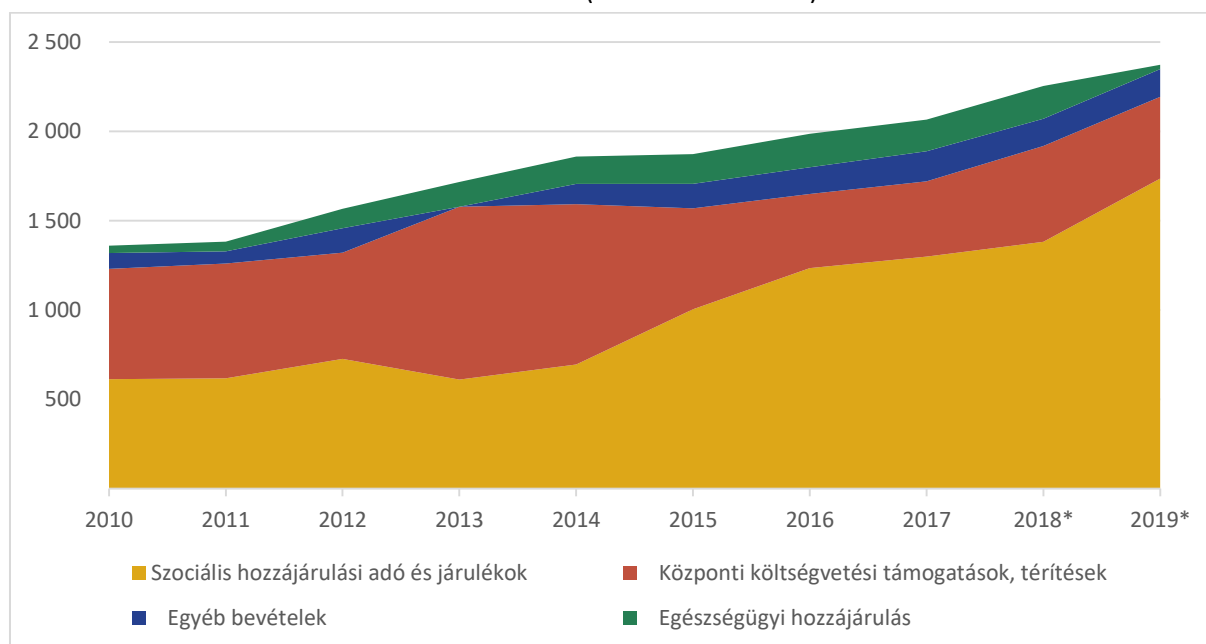
Ezen célok eléréséhez a jegybank szerint egyfelől pénzügyi revízióra van szükség az egészségügy területén, ami egyaránt jelent valós költségeken alapuló állami finanszírozási rendszer kialakítást, átlátható bérezési rendszer megalkotást, továbbá a szakmai és pénzügyi ellenőrzés szigorítást. Emellett szükség van az állami ellátás javítására, racionalizálására, amelyben jelentős szerepet játszik az alapellátás, azon belül is a háziorvosi rendszer funkcióinak erősítése, az egynapos aktív ellátások, valamint a rehabilitációs és hosszú távú ellátások kapacitásainak növelése is. A jegybank szorgalmazza továbbá a közvetlen háztartási

kiadások egy részének átirányítását intézményesített (magánbiztosítási, pénztári) formába, valamint a leghatékonyabb megoldásnak, a prevenciós tevékenységeknek az erősítését.<sup>12</sup>

## 4.2. A magyar egészségfinanszírozási rendszer

A magyar egészségügyi rendszerben központi szerep jut a kormányzatnak, ugyanis szinte kizárólagos hatáskörrel rendelkezik a stratégia meghatározása és a szabályozás terén is. A bevételek beszedésének szigorú ellenőrzése mellett elkészíti az egészségügyi finanszírozás költségvetését, és meghatározza a források allokációját is. A magyar államháztartásban az egészségügyi finanszírozási alapot a társadalombiztosítási alapokon belül az Egészségbiztosítási Alap adja, amelyet 1993 óta az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kezel. Ez az intézmény 2017-től az Emberi Erőforrások Minisztériumába tartozik és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő nevet viseli. A vezető egészségügyi szolgáltató intézmény 2015 óta – a centralizációs folyamatok során létrejött – Állami Egészségügyi Ellátó Központ, amely a kórháztervezésért, az ellátásszervezésért, az egészségügyi stratégiák végrehajtásáért, valamint a nemzetközi kutatószervezetekkel való kapcsolattartásért is felel.

12. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP FŐBB BEVÉTELEINEK ALAKULÁSA 2010 ÉS 2019 KÖZÖTT (MILLIÁRD FORINT)



Forrás: MÁK

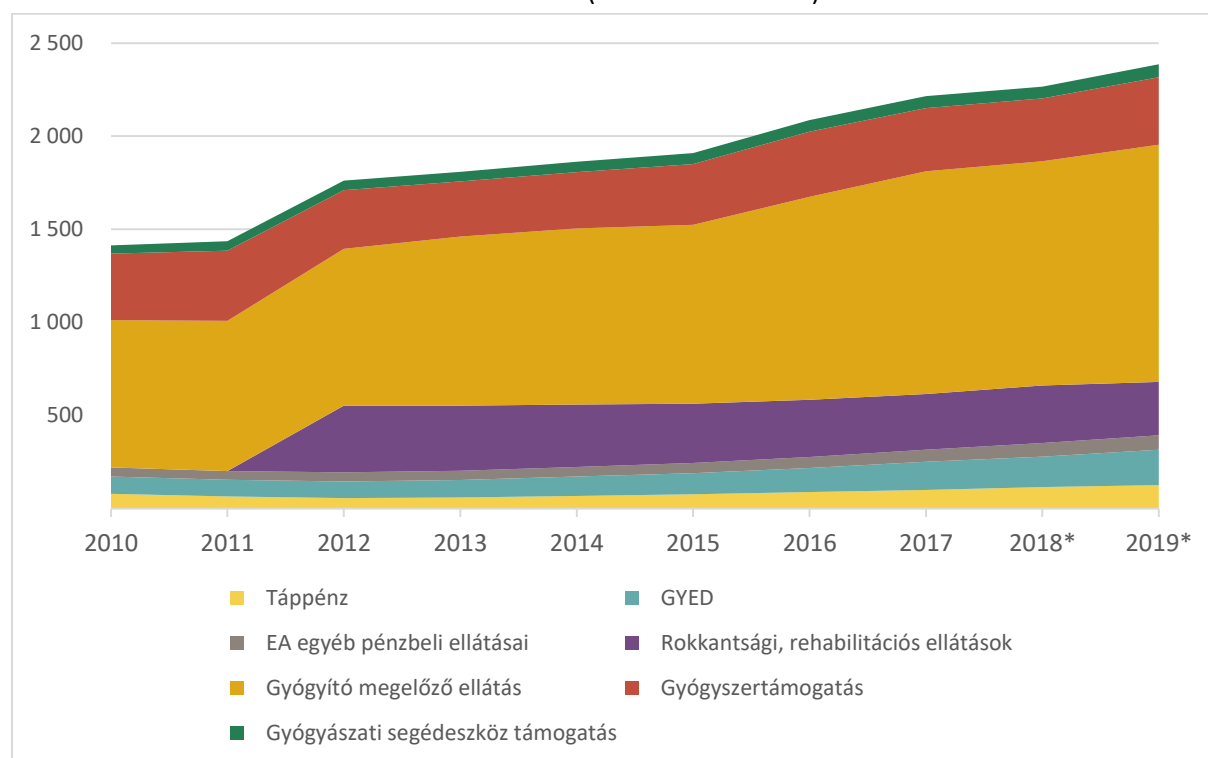
Megjegyzés: A 2018-as és a 2019-es adatok előirányzatok, a többi tényadat.

Az Egészségbiztosítási Alap bevételei folyó áras adatok szerint 2010 óta évente fokozatosan növekednek. 2014 és 2015 között ez a pozitív tendencia megtorpant, azonban 2016-tól már tovább folytatódott, és várhatóan 2019-ig tovább fog folytatódni és csaknem eléri majd a

<sup>12</sup>MNB (2018): 180 lépés a magyar gazdaság fenntartható felzárkózásáért. <https://www.mnb.hu/letoltes/mnb-180-pontja.pdf> (2018.07.26.)

2500 milliárd forintot. A bevételek szerkezetét tekintve a vizsgált időszak első 4 évében a központi költségvetési támogatások, térítések kategória adta a bevételek jelentősebb részét (évente átlagosan 45 százalékát), majd 2015-től kezdődően a szociális hozzájárulási adó és járulékok lettek az Alap fő bevételi forrásai. A költségvetési előirányzat szerint 2019-re az utóbbi kategóriából származó bevételek értéke elérheti a teljes bevétel 71 százalékát. Az egészségügyi hozzájárulás és az egyéb bevételek tételek 2014 óta stabilan a bevételeknek átlagosan 8, illetve 7 százalékát adják évente.

13. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP FŐBB KIADÁSAINAK ALAKULÁSA 2010 ÉS 2019 KÖZÖTT (MILLIÁRD FORINT)



Forrás: MÁK

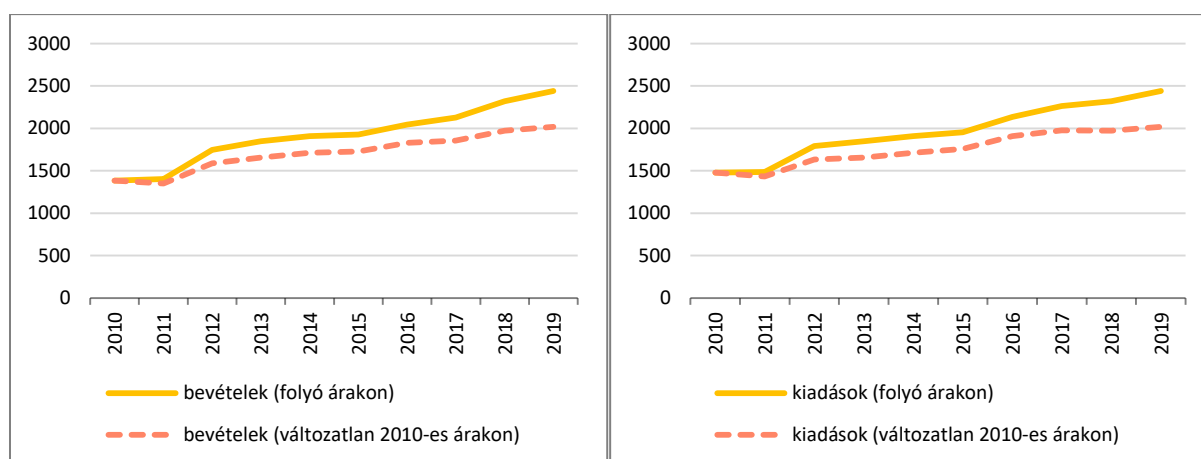
Megjegyzés: A 2018-as és a 2019-es adatok előirányzatok, a többi tényadat.

A bevételek mellett a kiadások is folyamatosan növekedtek 2010 és 2017 között, és ez a tendencia várhatóan az idei és a következő évben sem változik majd. A kiadások legnagyobb részét (évente átlagosan 51 százalékát) a gyógyító megelőző ellátásokra fordított összegek jelentik. A második legnagyobb kategória a gyógyszertámogatásokra költött összegekből (évente átlagosan 18 százalék) tevődik össze. A kiadási kategóriák közül a legkevesebbet a gyógyászati segédeszköz támogatásokra, valamint az Egészségbiztosítási Alap egyéb pénzbeli ellátásaira költi a kormányzat. A kormánynak a 2014 és 2020 közötti időszakra vonatkozó specifikus ágazati gazdálkodási céljai között első helyen áll a fenntartható forrásmenedzsment kialakítása, ami elsősorban az Egészségbiztosítási Alap bevételei és kiadásai egyensúlyának megteremtését és a költségvetési egyensúly biztosítását jelenti. Mivel a rendelkezésre álló források szabják meg az egészségügyi ágazatban a mozgásteret, a

fejlesztési lehetőségeket, valamint a környezeti lehetőségek kihasználásának szintjét, ezért az egyensúly megteremtése javítja a hatékonyságot és elősegíti az egységesebb elosztást. A 2010-ben még 92 milliárd forint veszteséggel záró Alap egyenlegét 2013-ra sikerült egyensúlyba hozni. 2015-től azonban újra negatívba fordult az Alap év végi egyenlege, ami 2017-ben 137 milliárd forint deficittel zárt.

Ha változatlan 2010-es áron átszámoljuk az Egészségbiztosítási Alap bevételeit és kiadásait, akkor – ahogy az alábbi ábrán látható – mindkét tétel esetében egy mérsékeltbb növekedés ment végbe a vizsgált időszakban. A bevételek folyó áron számítva évente átlagosan 6,7 százalékkal növekedtek, azonban 2010-es áron számítva a növekedés 4,4 százalékos volt. A kiadásoknál is hasonló folyamat figyelhető meg: a folyó áras adatok szerinti éves átlagos növekedés 5,9 százalék volt, míg a rögzített árak szerint 3,6 százalék. A rögzített áras bevételek és kiadások különbségéből adódó egyenleg értékei kedvezőbben alakultak a vizsgált időszakban a folyó értékeknél.

14. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP BEVÉTELEINEK ÉS KIADÁSAINAK FOLYÓ ÁRON ÉS 2010-ES ÁRAKON SZÁMÍTOTT ÉRTÉKEI KÖZÖTTI KÜLÖNBSÉG



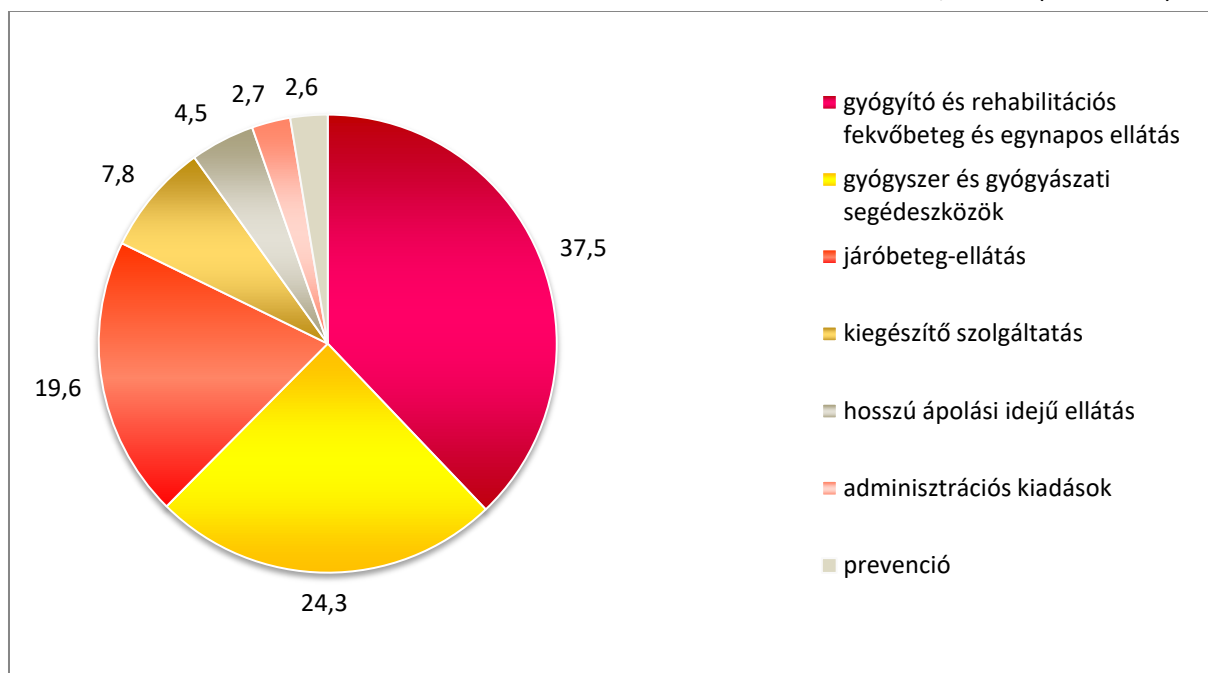
Forrás: Századvég-számítás MÁK adatok alapján

Az államháztartás pénzforgalmi szemléletű, konszolidált funkcionális kiadásai szerint egészségügyre 2019-ben 1 711,4 milliárd forintot tesz ki az éves előirányzat, ami nominális értékben 7,1 százalékkal haladja meg az idei éves előirányzat összegét. A kiadások 51,4 százalékát a kórházi tevékenységekre és szolgáltatásokra fordított kiadások fogják jelenteni, míg 32,6 százalékot csoportosítanak egyéb egészségügyi szolgáltatások finanszírozására. A háziorvosi és gyermekorvosi szolgálatra 8,9 százalékot, a rendelői, orvosi, fogorvosi ellátásra 4,8 százalékot, a közegészségügyi tevékenységekre és szolgáltatásokra pedig 2,2 százalékot különített el az állam a teljes kiadásból.

A Magyarországra vonatkozó 2016. évi OECD adatok alapján a kormányzati alrendszerek kiadásainak legnagyobb részét (37,5 százalék) a gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátásra költi az állam, de jelentős kiadási tétel a gyógyszer és gyógyászati segédeszközökre költött összegek aránya (24,3 százalék), valamint a járóbeteg-ellátás

finanszírozása is (19,6 százalék). Az olyan kiegészítő szolgáltatásokra, mint a klinikai, laboratóriumi, diagnosztikai szolgáltatások, a mentőszolgáltatás és a betegszállítás, 2016-ban a teljes összeg 7,8 százaléka jutott. A hosszú ápolási idejű ellátásra jutó kiadások 4,5 százalékot tettek ki. A kormányzati forrásokból megelőzésre közel olyan arányú összeg jutott, mint a rendszer adminisztrációs kiadásaira.

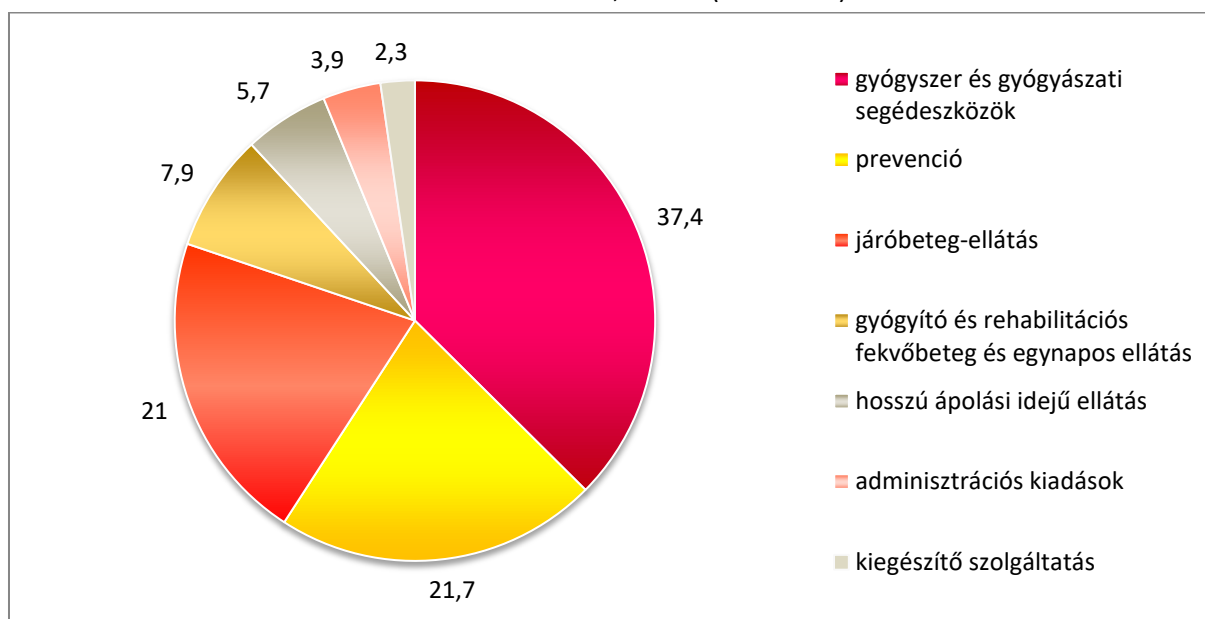
15. ÁBRA: A KORMÁNYZATI ALRENDSZEREK KIADÁSAINAK MEGOSZLÁSA, 2016 (SZÁZALÉK)



Forrás: OECD

A kormányzati alrendszerekkel szemben az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek esetében a források legjelentősebb részét (37,4 százalékát) gyógyszerre és gyógyászati segédeszközök vásárlására fordítják a rendszerek tagjai. A második legnagyobb kategória a betegségek megelőzésére fordított kiadások aránya (21,7 százalék). A prevenció mellett a források további 21 százaléka köthető járóbeteg-ellátáshoz és közel 8 százaléka pedig a gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátásokhoz. Hosszú ápolási idejű ellátásra, adminisztrációs kiadásokra, valamint kiegészítő szolgáltatásokra összesen a teljes kiadásnak alig több mint egytizedét fordították 2016-ban.

16. ÁBRA: AZ ÖNKÉNTES EGÉSZSÉGÜGY-FINANSZÍROZÁSI ALRENDSZEREK KIADÁSAINAK MEGOSZLÁSA, 2016 (SZÁZALÉK)

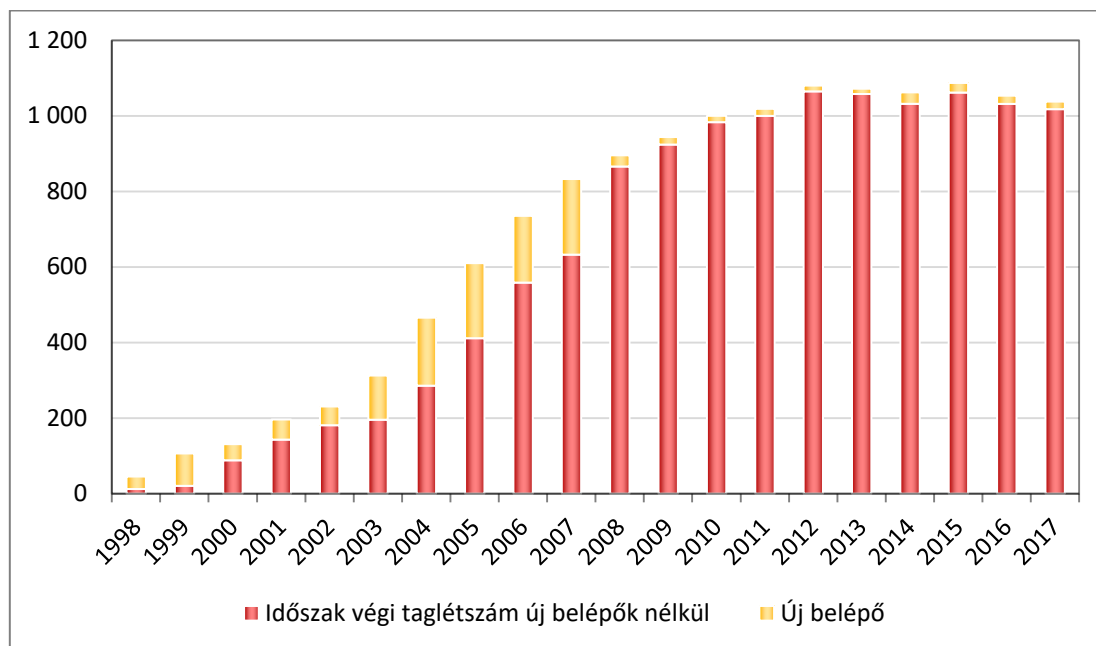


Forrás: OECD

Az önkéntes egészségügy-finanszírozási rendszeren belül az egészségpénztárak szerepe kiemelkedő jelentőségű. Jelenleg Magyarországon több mint 1 millióan rendelkeznek egészségpénztári tagsággal. A tagok számának a növekedése 2000 és 2007 között volt a legmeredekebb, azonban 2008 óta, az új belépők éves száma 20 ezer fő körül mozog, miközben az új belépők nélkül számított év végi taglétszám 2015 óta csökken. Az MNB statisztikája alapján az egészségpénztárakból felhasznált összegek évente felét gyógyszervásárlási célokra használják fel, 20 százaléka gyógyászati ellátást finanszíroz, további húsz százaléka pedig gyógyászati segédeszközök beszerzését. Az egyéb kiegészítő és az életmódjavító (preventív és sportolási célú) szolgáltatásokra egyre szűkülő, minimális keretfelhasználás történik, azonban az utóbbi években fokozatosan nagyobb arányban használják a tagok az egészségpénztári befizetéseiket gyermek születéséhez kapcsolódó ellátások finanszírozására.



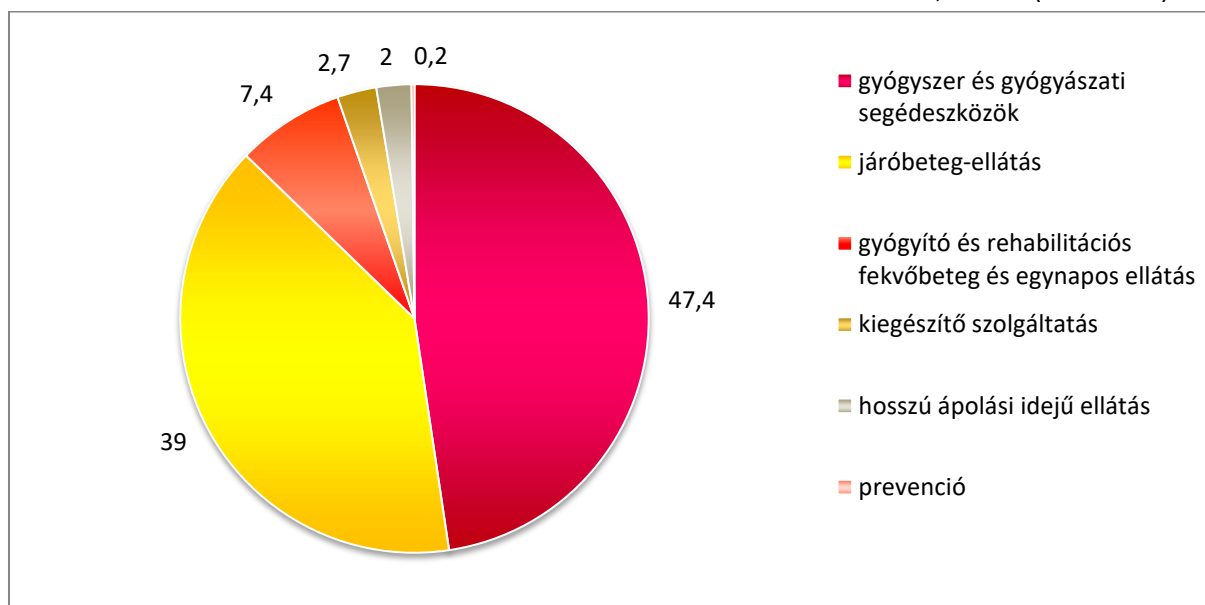
17. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRAK TAGLÉTSZÁMÁNAK ALAKULÁSA ÉS ÖSSZETÉTELE (EZER FŐ),  
1998-2017



Forrás: MNB

A háztartások egészségügyi kiadásainak közel felét (47,4 százaléka) gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök vásárlását teszi ki. Emellett a források további 39 százalékát a járóbeteg-ellátás finanszírozására, 7,4 százalékát pedig gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátásra fordítják a háztartások. Kiegészítő szolgáltatások igénybevételére 2,7 százalék, hosszú ápolási idejű ellátásra 2 százalék, a betegségek megelőzésével kapcsolatos kiadásokra pedig csupán a kiadások 0,2 százaléka jut.

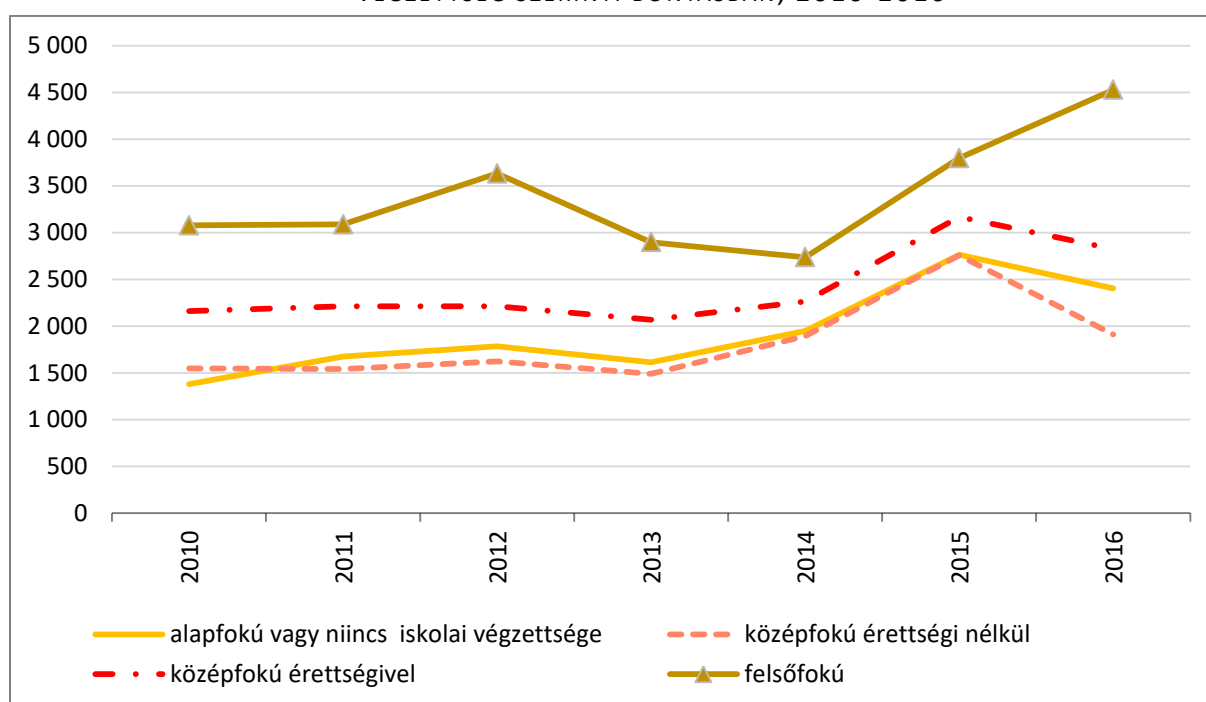
18. ÁBRA: A HÁZTARTÁSOK EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSAINAK MEGOSZLÁSA, 2016 (SZÁZALÉK)



Forrás: OECD

Ahogy már a nemzetközi összehasonlításból kiderült, Magyarországon az összes egészségügyi kiadás 29,7 százalékát adták a háztartások kiadásai 2016-ban, ami régiós szinten is kiugróan magas eredménynek számít. Ezek a kiadások magukba foglalják a közkiadásokból finanszírozott ellátások esetében felmerülő önrész értékét, a szolgáltatási csomagba nem tartozó ellátásokért fizetendő díjakat, valamint a paraszolvenciát. Utóbbi már az 1950-es évek óta megfigyelhető a magyar egészségügyben a gyorsabb hozzáférés és a jobb minőségű ellátás biztosításának informális eszközeként, és a becslések szerint értéke az összes egészségügyi kiadásnak legalább 2,1 százalékát éri el, ami magasabb, mint a legtöbb uniós országban becsült eredmény (OECD, 2017). A paraszolvencia azért jelent problémát, mert összességében gyengíti az egészségügy hatékonyságát és a szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés lehetőségét. A hatékonyság csökkenését az okozza, hogy ezáltal több figyelmet fordítanak a „fizető” betegekre, emiatt a többi betegre kevesebb kezelési idő jut. Az egyenlőségi problémát pedig az a tény okozza, hogy a legszegényebb réteg számára a paraszolvencia nagy eséllyel nem opció, ami miatt az alsó és a felső jövedelmi osztályba tartozók ellátásának hatékonysága közötti különbség nő.<sup>13</sup>

19. ÁBRA: AZ EGY FŐRE JUTÓ ÉVES HÁLAPÉNZ KIADÁSOK MAGYARORSZÁGON, ISKOLAI VÉGZETTSÉG SZERINTI BONTÁSBAN, 2010-2016



Forrás: KSH

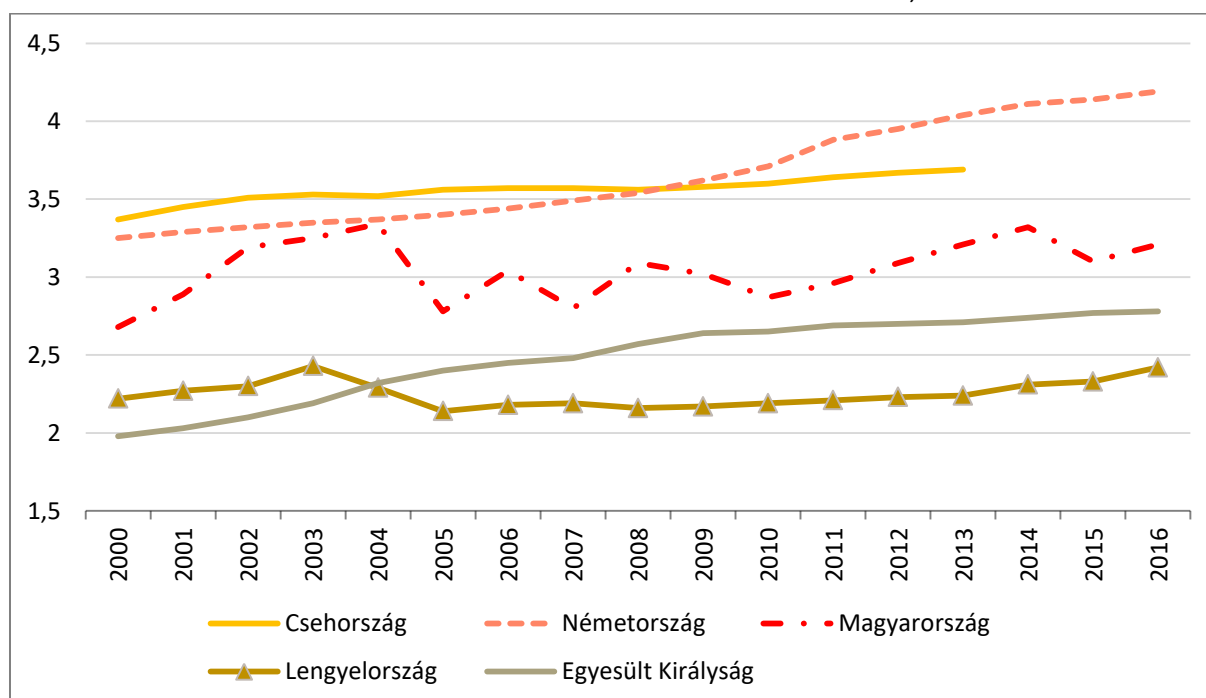
A KSH által publikált éves szintű hálapénz kiadások alapján látható, hogy az iskolai végzettség és ezáltal a jövedelmi helyzet hogyan határozza meg a hálapénzként elköltött összegek mértékét. A felsőfokú képzettséggel rendelkezők között az egy főre jutó éves hálapénz

<sup>13</sup> Cohen, N. (2011): Informal Payments for Health Care – The Phenomenon and its Context. *Health Economics, Policy and Law*. 7(3). 1-24.

kiadás átlagosan kétszerese az alapfokú vagy középfokú, de érettségi nélküli végzettséggel rendelkezőkének és 1,4-szerese a középfokú érettségivel rendelkezők által fizetett összegnek. A különböző iskolai végzettséghez tartozó adatok a 2010-2015 közötti időszakban együtt mozogtak azonban a 2016-os eredmények esetében, míg a felsőfokú végzettségűek csoportjában mért egy főre jutó hálapénzre költött összeg az előző évhez képest növekedett, a többi kategóriában csökkent.

A hazai egészségügyi finanszírozási rendszer és a hatékonyság szempontjából is az egyik kiemelkedő jelentőségű kérdés az ellátást végző megfelelő számú és kellően képzett szakemberek rendelkezésre állása.

20. ÁBRA: AZ 1000 FŐRE JUTÓ GYAKORLÓ ORVOSOK SZÁMA, 2000-2016

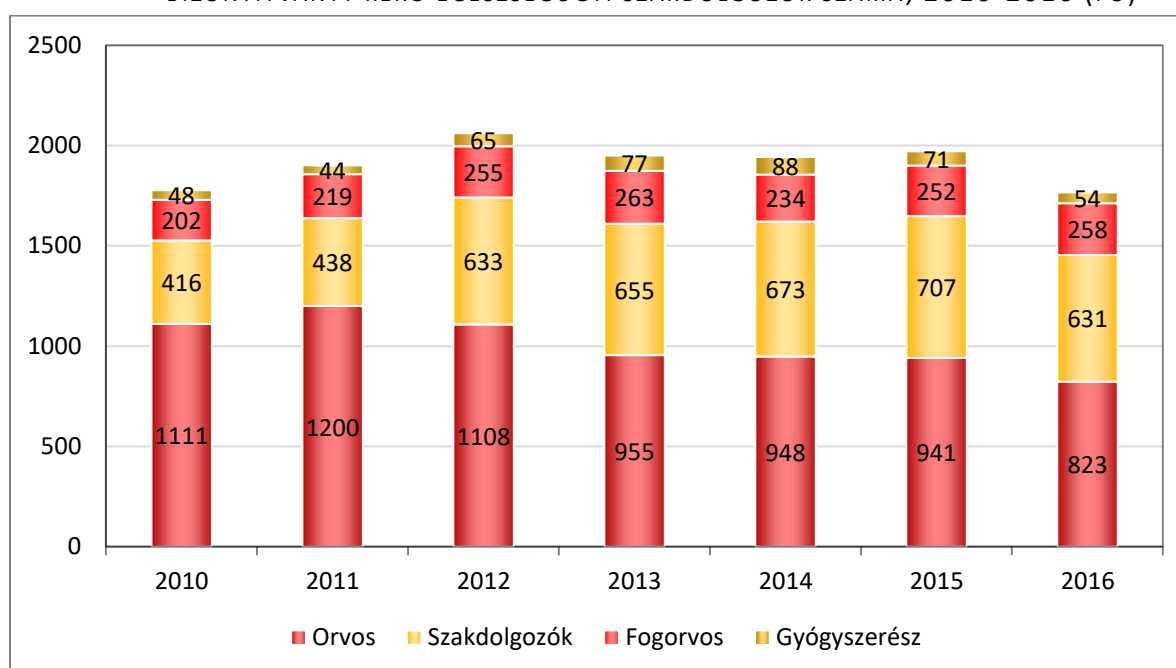


Forrás: OECD

Magyarországon az ezredforduló óta eltelt 16 évben 1000 főre átlagosan 3,1 hivatását aktívan gyakorló orvos jutott (beleértve a rezidenseket is), ami meghaladja a Lengyelországban és az Egyesült Királyságban mért értékeket (2,3 fő és 2,5 fő), ugyanakkor elmarad a cseh és német eredményektől (3,6 fő és 3,7 fő). Az adatok idősorait tekintve megállapítható, hogy Magyarországon volt a leginkább volatilis a mutató értékének alakulása: míg 2000 és 2004 között folyamatosan növekedett, elérve a németországi értéket, az uniós csatlakozás után jelentős csökkenés következett be és csak 2014-re érte el újra mutató a 2004-es szintet. Németországban és az Egyesült Királyságban egy stabil növekedési tendenciát láthatunk, míg Csehországban 2003 és 2008 között gyakorlatilag stagnált a mutató értéke, Lengyelországban pedig a 2003 és 2005 közötti jelentősebb csökkenés óta először 2014-ben következett be érdemi növekedés, ami 2016-ig tovább folytatódott.

A jelenlegi tapasztalatok szerint a munkaerő-állomány folyamatosan idősödik, miközben a fiatal orvosok és ápolók mobilitása megnövekedett, amelynek következtében jelentős számban elhagyták az országot a külföldi munkavállalás lehetőségéért. A munkaerőhiány elsősorban a kormányzati finanszírozású egészségügyi intézményeket érintette, ugyanis az utóbbi években egyre bővülő magánszektor továbbra is vonzza magához a szakembereket, amelynek hatására azonban a közzférában még erőteljesebben érzékelhetővé válik a munkaerőhiány. A megfelelő számú egészségügyi szakember biztosítása a vidéki területeken már most is kihívást jelent, különösen a közeljövőben nyugdíjba vonuló háziorvosok pótlása esetén (OECD, 2017).

21. ÁBRA: A SZAKKÉPESÍTÉSÜK KÜLFÖLDÖN TÖRTÉNŐ ELISMERÉSE CÉLJÁBÓL HATÓSÁGI BIZONYÍTVÁNYT KÉRŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK SZÁMA, 2010-2016 (FŐ)



Forrás: ÁEEK

Az elérhető adatok alapján évente átlagosan 1 910 fő egészségügyi szakdolgozó kért a szakképesítésének külföldön történő elismeréséért hatósági bizonyítványt az Állami Egészségügyi Ellátó Központtól. Ez nem azt jelenti, hogy évente ennyi egészségügyi szakember hagyta el az országot külföldi munkavállalás céljából, de a számok jól tükrözik azt, hogy nagyságrendileg hány szakembert foglalkoztatott komolyabban ez az opció. A legtöbb kérelmet (2 061 darabot) 2012-ben adták ki, míg a legkevesebbet (1 766 darabot) 2016-ban. A vizsgált időszak első két évében a kérelmezők közel kétharmada orvos volt, míg a szakdolgozók (ápolók, szülésznők, egyéb) aránya 23 százalék, a fogorvosoké 11 százalék, a gyógyszerészeké pedig 2 százalék volt. 2011 után a bizonyítványt kérelmező orvosok aránya fokozatosan csökkent, a szakdolgozóké viszont növekedett, vagyis arányaiban kevesebb orvos, de több ápoló, szülésznő és egyéb szakdolgozó tervezte a külföldi munkavállalást.

A külföldi munkavállalás elsődleges oka a magasabb jövedelem elérésének lehetősége. A legfrissebb, 2016-os OECD adatok alapján a szakorvosok jövedelme az Egyesült Királyságban 6-szorosa, Németországban pedig 5,8-szerese a magyar fizetésnek. A visegrádi országokat tekintve a szlovák szakorvosi éves jövedelem 28,3 százalékkal, a cseh pedig 23,6 százalékkal haladta meg a magyarországi jövedelmet, ugyanakkor a lengyel szakorvosok 34,5 százalékkal kevesebbet keresnek éves szinten, mint magyar kollégáik.

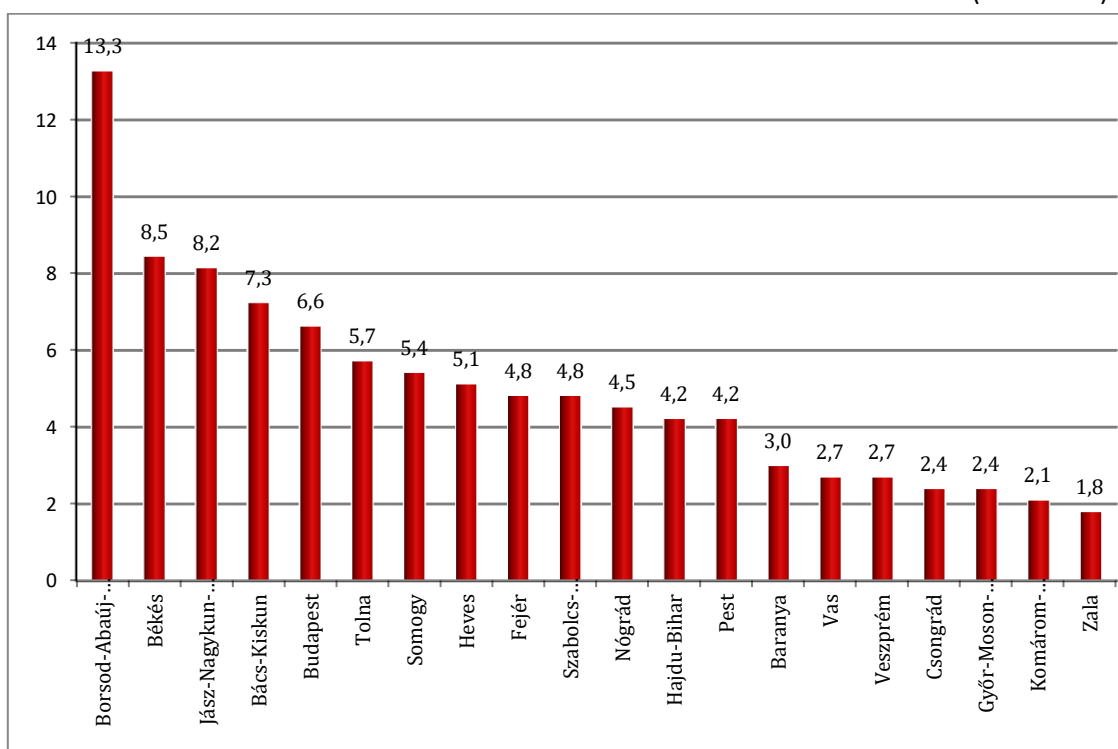
A magyar kormány felismerve a problémát 2011-től folyamatosan olyan szakpolitikai intézkedéseket vezetett be, amelyekkel az egészségügyben dolgozó munkaerő negatív tendenciáját megfordította. Az első ilyen intézkedés a Rezidens Támogatási Program Ösztöndíj, ami az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzésben résztvevő kiemelt szakorvosi szakmát folytató szakorvosjelöltek számára biztosít többletforrást, akik a pályázat elnyerése esetén, a támogatásért cserébe kötelezettséget vállalnak a közszférában való elhelyezkedésre a szakvizsga megszerzése után. Az ösztöndíj-program bevezetése óta több mint 4 000 szakorvosjelölt részesült. A fiatal szakemberek hazai foglalkoztatásának ösztönzése mellett az államilag finanszírozott egészségügyi intézményekben munkát vállalók bérét, különösen az orvosok esetében 2010 óta több körben is emelte a kormány. 2012 és 2013 után 2016-ban újabb többéves béremelési program indult el, amelynek során több mint 97 ezer egészségügyi foglalkoztatott részesült magasabb jövedelemben. Az egészségügyi szakdolgozók négy lépcsős béremelése során 2016 szeptemberétől átlagosan 26,5, 2017 novemberétől 12, 2018 januárjától pedig 8 százalékos béremelésben részesültek, és 2019-ben pedig újabb 8 százalékos emelésre számíthatnak a szakszervezetekkel kötött megállapodás szerint. A szakorvosok és kórházi szakgyógyszerészek 107 ezer forintos, illetve 100 ezer forintos alapbéremelést kaptak 2016-ban és 2017-ben, a rezidensek pedig 50 ezer forintos emelésben részesültek. Mindezek az intézkedések hozzájárultak ahhoz, hogy az egészségügyben a munkaerő változásában tapasztalható negatív tendenciát megfordítsák. A bevezetett intézkedések többletköltséget jelentenek az államháztartás számára, ezért a kormány olyan új adónemet vezetett be (a népegészségügyi termékadót az egészségtelennek tartott élelmiszerekre és italokra), amely mérsékli a növekvő kiadásokat. Az OECD (2017) szerint habár nehéz pontosan mérni az intézkedéseknek a szakemberek elvándorlására gyakorolt hatását, az imént felsorolt, munkafeltételek javítását célzó erőfeszítések hatására kevesebb orvos választja a külföldi munkavállalást, mint a szakpolitikai intézkedések bevezetése előtt.

Az előzővel összefüggő, de mégis más problémára a jelentős arányú kórházi tevékenységekre és szolgáltatásokra fordított kormányzati kiadások hívják fel a figyelmet. Ez pedig az a tény, miszerint az országban az egészségügyi ellátás még mindig erősen kórházközpontú (OECD, 2017). Az 100 ezer lakosra jutó összes kórházi ágyak száma Magyarországon 700 darab volt 2016-ban, míg az európai uniós átlag 490 darab ágy. A magyar betegek 2015-ben átlagosan 9,5 napot töltöttek kórházban, ami az egyik leghosszabb időszaknak számít az Európai Unión belül. A probléma kiindulópontja az alapellátáshoz kötődik. Az *Egészséges Magyarország*

2014-2020 ágazati stratégia szerint az alapellátás terén hatékonyságnövekedésre van szükség, ami egyaránt jelenti az országos háziiorvosi hálózat kiterjedtségének növelését a háziiorvosi pálya vonzóbbá tételével és így a betöltetlen praxisok számának csökkentésével, valamint az alapellátási definitív ellátási és prevenciós kompetenciák (a kapuőri szerep) fejlesztésével, amelyek segítségével tehermentesíteni lehet a járó- és fekvőbeteg-ellátást.

A 2018. júliusi állapot szerint összesen 331 tartósan betöltetlen háziiorvosi körzet van Magyarországon. Ha a megyei adatokat nézzük, akkor látható, hogy a hátrányos helyzetű régiókban magasabb a háziorvos nélküli körzetek száma.

22. ÁBRA: A TARTÓSAN BETÖLTETLEN HÁZIORVOSI KÖRZETEK MEGOSZLÁSA (SZÁZALÉK)



Forrás ÁEEK

Jelenleg az egészségügyi alapellátás biztosítása a települési önkormányzatok feladata, amelyek körében gondoskodnia kell

- a háziiorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról;
- a fogorvosi alapellátásról;
- az alapellátáshoz kapcsolódó háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ügyeleti ellátásról;
- a védőnői ellátásról;
- az iskola-egészségügyi ellátásról.

Az alapellátást főként a háziorvos nyújtja, akik közül a számukra megfelelő a betegek szabad orvosválasztás útján választhatják ki, és lehetőségük van évente egyszer háziorvost váltani is.

A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező orvosok ugyanakkor nem utasíthatják el a körzetükbe tartozó betegeket. A 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról a háziorvosok feladatainak újradefiniálásával, a prevenciós tevékenységek előtérbe helyezésével megkísérelte az alapellátás megerősítését, ugyanakkor a definitív ellátásra való törekvés az ágazatban továbbra is alacsony, amelynek eredményeképp a betegek szakorvosi ellátásra, valamint kórházakba való beutalása továbbra is magas (OECD, 2017).

A magyar egészségügyben a rendszerváltás óta az eddigi legjelentősebb fejlesztés a 2017-ben indult Egészséges Budapest Program, amelynek keretében várhatóan 2026-ig 700 milliárd forintot költenek a főváros és pest megyei kórházak fejlesztésére: 25 kórházban és 7 önálló szakrendelőben lesznek fejlesztések. Mivel a fővárosi intézményhálózat több mint 4 millió ember ellátását végzi, a program elsődleges célja a hatékonyság növelése. A program keretében három nagy centrumkórház és hozzájuk tartozó társkórházak kerülnek majd kialakítása a jobb munkaszervezés és az ellátások szakmai bővítése érdekében.<sup>14</sup>

Az államilag finanszírozott egészségügyi intézmények mellett egyre nagyobb szerep jut Magyarországon a magán szolgáltatóknak. A hazai magán egészségügyi szektorban elköltött összegek értéke 2014 és 2017 között 788 milliárd forintról 904 milliárd forintra növekedett és várhatóan 2021-re, továbbra is évi 4-5 százalékos növekedés mellett, elérheti az 1100 milliárd forintot is. A hazai magán egészségügyi piacon 2016-os adatok alapján az árbevétel egyharmada a szürke zónában keletkezik, továbbá a piac nagyon heterogénnek mondható, mivel a 15-20 nagy piaci szereplőnél a teljes árbevételnek csupán 10-15 százaléka jelentkezik, a fennmaradó közel összeg több ezer praxisközösség, mikroszolgáltató és lakásrendelő között oszlik meg.

A lakosság magán egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáállásában történt változást mutatja, hogy míg 2014-ben a budapesti és pest megyei lakosság körében 49 százalék nyilatkozott úgy, hogy igénybe vesz magán szolgáltatást, addig 2016-ra ez az arány már 60 százalékra növekedett. A magán szektorban a stabilan népszerű szolgáltatások közé tartoznak a fogászati beavatkozások, a plasztikai és rekonstrukciós műtétek, a képpalkotó és laborvizsgálatok, a szülészeti-nőgyógyászati, valamint a bőrgyógyászati beavatkozások. A jelenleg feltörekvő szolgáltatások között található a szemészeti, fül-orr-gégészeti, kardiológiai, gasztroenterológiai, gyermekgyógyászati, urológiai, ortopédiai és reumatológiai szolgáltatások, valamint a terhesgondozás.<sup>15</sup> Összességében a kormányzat számára van még tér az egészségügyi finanszírozás és szabályozás kapcsán a hatékonyság és az egyenlőbb

<sup>14</sup> Forrás: <http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/egeszseguyert-felelos-allamtitkarsag/hirek/2018-ban-tobb-penz-meg-tobb-korhazfejleszt-es-ujabb-beremeles-lesz-az-egeszseguyben>

<sup>15</sup> Forrás: Leitner György (2017): Milyen színű a magyar magánegészségügy? A 2017. évi Pénztár-konferencián elhangzott előadás diasora alapján. Letöltve: 2018.07.25. URL: [http://docs.wixstatic.com/ugd/3a3c06\\_5badb3420c984793bde00e6024bdfb7.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/3a3c06_5badb3420c984793bde00e6024bdfb7.pdf)

hozzáférés, ezáltal pedig az életminőség javításának ösztönzésére. Az eddig leírtak alapján a magyar egészségügyi rendszer főbb problémái:

- Az OECD átlaghoz képest továbbra is alacsony a GDP-arányos egészségügyi kiadások értéke, és hosszú távon sem látható érdemi konvergencia a hazai mutató és az OECD-átlag között;
- A születéskor várható élettartam habár az ezredforduló óta növekedett, továbbra is elmarad az OECD-átlagtól és a visegrádi országokban mért értékektől;
- Az egyes társadalmi-gazdasági csoportok szerint továbbra is jelentős különbségek figyelhetők meg az egészségügyi állapotban, amelynek okai a szegényebbek esetén a kockázati tényezőknek való nagyobb mértékű kitettségben és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeiben találhatók;
- A visegrádi országok között kiugróan magas eredménynek számít a háztartások kiadása a teljes egészségügyi finanszírozáson belül, amelyben továbbra is jelentős szerepet játszik a paraszolvencia jelensége;
- A hazai egészségügyi rendszerben a munkaerő-állomány folyamatosan idősödik, miközben a fiatal orvosok és ápolók mobilitása megnövekedett, amelynek következtében jelentős számban elhagyták az országot a külföldi munkavállalás lehetőségéért. Az utóbbi két évben habár a külföldi munkavállalást választó egészségügyi dolgozók száma csökkent, azonban éves szinten továbbra is 1 500 fő felett alakul a külföldi munkavállaláshoz szükséges hatósági bizonyítványt igénylők száma;
- A magyar egészségügyi rendszer továbbra is jelentős mértékben kórházközpontú, az alapellátásnak és az egynapos gyógyító és rehabilitációs ellátásnak, valamint a járóbeteg-ellátás kevésbé tölt be definitív szerepet.

A főbb fejlesztési irányok:

- az egészségügyi ellátás első lépcsőfokának számító alapellátásnak – azon belül pedig a háziorvos szerepének és tevékenységének –, valamint a gyógyító és rehabilitációs egynapos és járóbeteg-ellátás fejlesztése;
- a finanszírozási rendszer felülvizsgálata a hatékony és egyenlőbb felhasználás jegyében;
- a megelőzésre fordított erőforrások növelése az életminőség javítása érdekében.



## 5. Nemzetközi kitekintés

A fejezet keretében megvizsgáljuk azokat a nemzetközi gyakorlatokat az egészségügy finanszírozásában, amelyek átvétele javíthatna a hazai egészségügy helyzetén. Ehhez először megvizsgáljuk a finanszírozási rendszer és az egészségügy hatékonysága közötti kapcsolatot, majd kiválasztjuk és bemutatjuk azokat az egészségügyi rendszereket (Ausztria, Csehország, Izland és Szlovénia), amelyek véleményünk szerint relevánsak a magyar egészségügyi helyzet viszonyában.

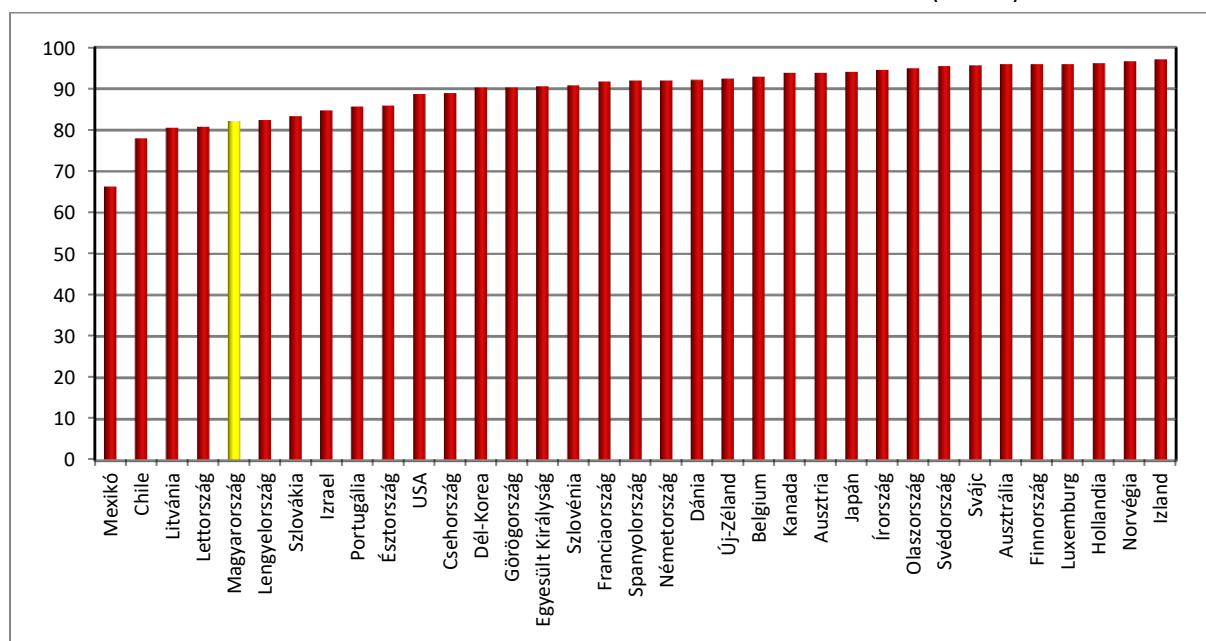
### 5.1. Az egészségügy helyzetének értékelése

A korábbi fejezetekben bemutattuk, hogyan alakult az egészségügy finanszírozása az OECD tagállamokban, azonban a legjobb gyakorlatok megtalálása érdekében szükség van az egyes finanszírozási formák hatékonyságának összehasonlítására. Ehhez a Healthcare and Access Quality (HAQ) Indexet vettük alapul. Az index 32 halálokot vizsgál, amelyeknek nem kellene megjelenniük hatékonyan működő egészségügyi rendszerben. Az index a halálozási számok alapján egy 0 és 100 közötti értéket rendel minden egyes vizsgált országhoz, ahol a 100-as érték jelenti az optimális egészségügyet, amelyben nem merülnek fel elkerülhető halálesetek. A 2016-os adatok alapján a legmagasabb HAQ Index értékkel Izland (97,1) rendelkezett, őt Norvégia (96,6) és Hollandia (96,1) követte. A lista másik végén a Közép Afrikai Köztársaság (18,6), Szomália (19,0) és Bissau-Guinea (23,4) állt. Hazánk 82,1 pontot ért el az Indexben 2016-ban, amely közel megegyezik Lengyelország (82,4) és Szlovákia (83,3) adatával, de jelentősen elmarad Csehországtól (89,0). 2000-hez viszonyítva, a magyar és a cseh adat 7,6 pontot, míg a szlovák 9,7, a lengyel pedig 11,6 pontot emelkedett, vagyis az előrelépés ellenére a régiós rangsorban Magyarország hátrébb került.

Az egészségügyi kiadások és a HAQ Index közötti kapcsolat szorosságának mérésére korrelációs mutatót számítottuk<sup>16</sup>. Ez alapján a GDP-arányos egészségügyi kiadások és a HAQ Index között közepesen erős, pozitív irányú kapcsolat van, mivel a korrelációs együttható értéke 0,496. Vagyis a növekvő GDP-arányos kiadások csak egy ideig képesek javítani az egészségügy hatékonyságán. Példának okáért a legmagasabb HAQ pontszámmal rendelkező Izland, mindösszesen a GDP-je 8,6 százalékát költi egészségügyre, míg például Németországban 11,3 százalékos GDP-arányos kiadással mindösszesen 92,0 pontos HAQ Index értéket sikerült elérni, de egy másik szemléletes példa az USA, ahol a legmagasabb kiadási arányhoz (17,1 százalék), egy relatíve alacsonyabb (88,7) pontszám párosul.

<sup>16</sup> Mivel a HAQ Index csak 2016-ra áll rendelkezésre, ezért a 2016-os kiadási adatokkal vetettük össze, nem ped

23. ÁBRA: HAQ INDEX ÉRTÉKE AZ OECD ORSZÁGOKBAN (2016)



Forrás: Fullman és társai (2018)

Ezzel szemben, ha a kormányzati kiadások arányát vesszük össze a HAQ Index-szel, kis mértékben erősebb 0,577-es korrelációs értéket kapunk a 35 ország adata alapján. Tehát a kormányzati kiadások aránya és az egészségügy hatékonysága között is közepesen erős pozitív kapcsolat van, vagyis a kormányzati kiadások hatékonyabbak a magánkiadásoknál az egészségügyben. Ezt támasztja alá, hogy ha a kormányzati kiadásokat GDP-arányosan vesszük össze a HAQ Index-szel, akkor közepesnél erősebb pozitív kapcsolat adódik (0,698-as korrelációs együttható), míg a magánforrások esetén -0,107-es korrelációs érték, vagyis szinte semmilyen kapcsolat, vagy enyhén negatív adódik. Hasonló eredményre jutott Haugen<sup>17</sup> (2014) is, ő három finanszírozási formát (az adóból finanszírozott általános egészségbiztosítást, a foglalkozáshoz kapcsolódó egészségbiztosítást és a magán egészségbiztosítást) hasonlította össze OLS modellkeretben és arra az eredményre jutott, hogy az előbbi két modell sikeresebben csökkentette a szív- és érrendszeri megbetegedésekhez kapcsolódó halálozást az OECD országokban 1960 és 2011 közötti adatok alapján.

## 5.2. Nemzetközi jó gyakorlatok

A nemzetközi jó gyakorlatok kiválasztásához azokat az országokat igyekeztük kiválasztani, amelyek valamilyen szempontból relevánsak lehetnek a magyar egészségüggyel kapcsolatban. Csehország a hasonló GDP-arányos kiadás, míg Szlovénia a kormányzati források hasonló szerepe következtében került kiválasztásra, amellett hogy mindkét

<sup>17</sup>T. M. W. Haugen (2014): *The Politics of Health Care Financing Models*, Master's Thesis <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/40275/Haugen---Master.pdf?sequence=1> (2018.06.25.)

országban az adatok alapján hatékonyabb az egészségügy működése. Izland ezzel szemben, mint leghatékonyabb egészségügyi rendszer lett kiválasztva, míg Ausztria esetén a kormányzati cél, a nyugati szomszédunk gazdasági fejlettségben való utolérése 2030-ig játszotta a döntő szerepet. Az egyes egészségügyi rendszerek és azok finanszírozásának bemutatásához a Health Systems in Transition<sup>18</sup> (HiT) tanulmányaiból indultunk ki, azonban az abban lévő adatokat, amennyiben rendelkezésre állt frissítettük, illetve további tanulmányok megállapításaival egészítettük ki az egyes országok esetében. A HiT tanulmányok több előnnyel is rendelkeznek: összehasonlítható keretben mutatják be az egyes országok egészségügyi rendszerét, az elemzések készítésében az European Observatory munkatársai mellett az adott ország szakértői is részt vesznek, emellett kiemelten a gazdaságpolitikai döntéshozatal támogatására készültek.

## 2. Táblázat: A kiválasztott nemzetközi jó gyakorlatok (2016-os adatok)

	GDP-arányos kiadás	Kormányzati kiadás aránya	HAQ Index
<b>Ausztria</b>	10.4%	74.1%	93.9
<b>Csehország</b>	7.1%	82.0%	89.0
<b>Magyarország</b>	7.4%	66.2%	82.1
<b>Izland</b>	8.3%	81.5%	97.1
<b>Szlovénia</b>	8.5%	72.7%	90.8

Forrás: OECD

### 5.2.1. Ausztria

Ausztriában, hazánkhoz viszonyítva jelentősen több forrást, a GDP 10,4 százalékát biztosítanak az egészségügy finanszírozására 2016-ban. Ezen belül is magasabb volt a kormányzati források aránya (74,1 százalék), aminek is köszönhetően jóval kevesebben haltak meg megfelelő egészségügyi rendszerben elkerülhető betegség következtében (93,9 HAQ Index pontszám). Emellett még azért választottuk Ausztriát jó gyakorlatként, mert többször hangoztatott kormányzati cél is Magyarországon az osztrák fejlettség elérése 2030-ig. Példának okáért a Magyar Nemzeti Bank is az Ausztriához viszonyított fejlettségünk alakulásával szemléltette a 180 pontos versenyképességi javaslatcsomagját<sup>19</sup>.

Hazánkkal szemben Ausztriában az egészségügyi rendszer decentralizált, a tartományoknak jelentős szerepük van az egészségügy működésében. Nyugati szomszédunk esetén az egészségügy csúcsán a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium áll, ő felel a szabályozásért és a törvények betartatásáért, azonban a különböző érdekképviseletek tanácsadóként részt

<sup>18</sup> <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits> (2018.07.20.)

<sup>19</sup> <http://www.mnb.hu/sajtoszoba/sajtokozlomenyek/2018-evi-sajtokozlomenyek/a-magyar-nemzeti-bank-ujabb-javaslatokat-mutatott-be-a-versenykepessseg-javitasara> (2018.07.18.)

vesznek a döntéshozatalban. A tartományok és a helyi hatóságok ellenben a végrehajtásban és a felügyeletben játszanak döntő szerepet, emellett ők felelnek a megfelelő kórházi kapacitás rendelkezésre állásáért. Ezen felül a tartományok felelnek a közegészségügyi szolgáltatásokért, a szociális ellátások adminisztrációjáért és a megelőző szolgáltatások nyújtásáért.

Mind a 9 tartományban található egy tartományi egészségügyi alap, amelyek az egészségügy általános tervezésért, irányításáért és finanszírozásáért felelősek. Az egészségügyi alapok irányításában a tartományi vezetésen felül, a kormányzat, a kórházak és az orvosok képvisellete, valamint a betegek képvisellete is részt vesz. A kórházi ellátás kivételével egészségügyi ellátást a társadalombiztosítási intézmények és az orvosi kamarák szerződésai szabályozzák, alakítják. A szakmai képviselletekben az orvosok, a fogorvosok, a gyógyszerészek és a szülésznők számára kötelező a részvétel.

A kórházak esetén ellenben szövetségi szinten csak az alapkövetelményeket határozták meg, az egyedi szabályozás megalkotása tartományi hatáskörbe került, így az egyes tartományoknak kell biztosítaniuk a megfelelő kórházi ellátást.

A Health Systems in Transition kiadványa alapján 22 biztosító kínál társadalombiztosítást Ausztriában, amelyek közül 19 kínálja az állami egészségügyi biztosítást. A 19 biztosító közül 9 az egyes tartományokat képviseli, 4 darab foglalkozási csoportokat (farmerek, egyéni vállalkozók, közalkalmazottak, vasúti munkások és bányászok), míg 6 vállalat a saját munkavállalói számára kínál egészségbiztosítást. Az alapokból nem lehetséges kilépni, azonban több foglalkozás esetén (pl. orvosok, gyógyszerészek, ügyvédek, közjegyzők) engedélyezték, hogy a kötelező alap helyett az egyéni vállalkozókéba lépjenek át vagy a kamarákon keresztül magán biztosítást kössenek. A tartományi alapoknak lehetőség van saját hatáskörben többlet szolgáltatásokat nyújtaniuk, például a betegségmegelőzés területén, azonban az eltérés inkább a felhasználói díjak alóli mentességben jelenik meg.

2011-ben mindenki rendelkezett egészségbiztosítással Ausztriában, sőt a foglalkozási alapban lévők 31 százaléka rendelkezett regionális alappal is. Ennek oka egyrészt a több foglalkoztatást űzők, másrészt az eltartott gyerekek, akik több alapban is lehetnek egyszerre. Azonban a tagok csupán 76,2 százaléka volt közvetlen befizető, a népesség közel negyede az ő társbiztosított eltartottjuk volt (főleg gyerekek és házasársak). Az alapok hasonló módon működnek, kizárólag az egyéni vállalkozókat tartalmazó alap (GSVG) tér el a többitől. A GSVG-ben biztosítottak számára meghatároztak egy jövedelem szintet, amely alatt természetbeni egészségügyi ellátásra, míg afölötti pénzbeli ellátásra jogosultak, vagyis fizethetnek az egészségügyi ellátásért magánforrásból, amelyet az alap legfeljebb 80 százalékgig visszatérít.

A szociális biztosítási hozzájárulás kulcsa 7,65 százalékos Ausztriában, amelyet a bruttó jövedelem után kell befizetni. A kulcsok megoszlása eltérhet társadalmi csoportonként, a munkavállalók például 3,83 százalékos kulccsal adóznak (a munkáltatók 3,82 százalékos

befizetése mellett), míg a közalkalmazottak csupán 3,55 százalékos kulccsal. Eltérés mutatkozik még a nyugdíjasok esetében, akiknek csupán a jövedelmük 5,1 százalékát kell biztosítás formájában befizetniük. A befizetéseknek van felső korlátja, a munkavállalók például csak havi 5 130 eurós jövedelemig kell befizetéseket végrehajtaniuk. A szociális hozzájárulásokat minden esetben az alapok gyűjtik.

A szociális biztosítási hozzájáruláson felül más források is szerepet játszanak az osztrák egészségügyi rendszer finanszírozásában. A kórházak finanszírozását áfából és jövedelemadókból, valamint a dohánytermékek jövedéki adójának kétharmadából (egyharmadot megelőzésre és az egészséges életmód népszerűsítésére fordítanak) fedezik. Az egészségügy finanszírozásában ezen felül fontos szerepe van a források újraelosztásának, amelyhez külön alapokat hoztak létre Ausztriában. Az egyik ilyen alap a *Health Insurers' Structural Fund*, amelyet adókból finanszíroznak és a célja, hogy biztosítsa az egyes egészségügyi alapok működését. A másik fontos alap az *Interregional Health Insurance Equalization Fund*, amely a tartományi alapok között osztja újra a források egy részét. Az alapba minden évben, minden tartományi alap befizeti a szociális hozzájárulási adóból származó bevételének 2 százalékát. Az alap ezt követően a biztosítottak kockázati szerkezete, a likviditás, a közkórházak működtetése és egyedi tényezők (mint egy természeti katasztrófa) alapján újra osztja a forrásokat a tartományok között.

A biztosítás az egészségügyi kiadások széles körét fedi: ambuláns és speciális ellátás, fizioterápia, pszichoterápia, diagnosztikai vizsgálatok, fogászat, kórházi ellátás, otthoni ellátás, egészségmegőrzés, rehabilitáció és gyógyszerek. A különböző kezeléseket esetében a szakmai bizottság határozza meg és teszi közé az egyes betegségek esetén ajánlott kezelési módot. Ezzel szemben a gyógyszer-támogatások esetében meghatározták a támogatható gyógyszerek körét, azonban ezek esetében is szigorú árazási szabályokat vezettek be.

A tartományi tulajdonban lévő közkórházak irányítását Bécs kivételével kiszervezték különböző erre szakosodott vállalatoknak, amelyek tevékenységét törvény szabályozza, emellett több kórház is egyházi irányítás (katolikus és evangélikus) alatt áll. Korábban a tartós betegellátás is tartományi irányítás alatt állt, azonban 2012 januárja után az adminisztráció és a finanszírozás szövetségi hatáskörbe került.

A biztosítók és az egészségügyi szolgáltatók közötti kapcsolatot három különböző típusba lehet sorolni:

- Integrált szolgáltatók: a járóbeteg-klinikák, a baleseti és sürgősségi kórházak, valamint a gyógyító- és rehabilitációs intézmények egy része az alapok tulajdonában áll, így a finanszírozásuk teljes mértékben integrált;
- Kollektív szerződések: minden fekvőbeteg-ellátó intézmény (állami és magán) szerződésben áll a társadalombiztosítási alapokkal. A hozzájárulás mértékét évente határozzák meg a tartományok és a szövetségi hatóságok;

- **Szelektív szerződés:** az ambuláns ellátásban ellenben kollektív szerződést kötnek az alapok és a szakmai képviselői szervezetek között. Azonban a szerződések nem érvényesek minden orvosra, csak azokra akik szerepelnek a személyzeti tervben (*staffing plan*). Az ebben nem szereplő orvosokhoz forduló betegek is visszaigényelhetik a költségük egy részét.

A magánforrások elsősorban a költségmegosztásban jelennek meg az osztrák egészségügyi rendszeren belül. A költségmegosztás alól azonban több csoport is mentesül, ilyenek például a nyugdíjasok, a gyerekek, a közalkalmazottak és a szociális szempontból hátrányos helyzetűek (pl. alacsony keresetűek). Az egyik ilyen díj az éves elektronikus kártya díj, amelynek értéke 10 euró, amely szükséges az ambuláns ellátásban. A kórházi ellátásban maximum 28 napig, napi 11,6-19,4 eurós díj van érvényben, amelyen belül a társbiztosítási arány 10 százalék. Ellenben az gyógyszerek esetében vásárlásonként 5,4 eurós díjtétel kerül felszámolásra, amely éves szinten azonban nem haladhatja meg a biztosított jövedelmének 2 százalékát. Az egészségügyi termékek esetén is szükség van társfinanszírozásra (10 és 20 százalék között, alaptól függően), azonban ezen termékek esetében meghatároztak egy minimálárát, amelyet a biztosítottak kell fizetnie.

A magánbiztosítóknak ellenben csak marginális szerepük van, általában csak kiegészítő funkcióval rendelkeznek, például lehetővé teszik az orvosválasztást, vagy nagyobb kényelmet biztosítanak a kórházakban. A hálapénzt viszont szintén létező probléma az osztrák egészségügyi rendszerben, elsősorban a várólisták rövidítése céljából veszik igénybe a biztosítottak. A probléma ellen a kormányzat több módszerrel is igyekszik küzdeni: növelték az átláthatóságot, az orvosok számára magatartás kódexet hoztak létre.

Az egészségügyi intézmények finanszírozása ellátás függvényében jelentősen eltér. Alapvetően négy típusú finanszírozást lehet megkülönböztetni:

- **Fejkvóta (*capitation*):** a körzeti orvosok finanszírozása az alájuk rendelt egyének számától függ, akár igénybe veszik az általuk nyújtott szolgáltatást, akár nem.
- **Diagnózis szerinti csoportok (*diagnosis-related groups, DRG*):** az egészségügyi intézmény az alapján kap költségtérítést, hogy milyen betegségeket látnak el. Azon betegségek kerülnek egy finanszírozási csoportba, amelyek kezelése nagyságrendileg azonos teljesítményértékkel rendelkezik, azaz közel azonos a szakmai-technikai ráfordítás igénye, illetve a csoportba sorolás orvosi szempontból is elfogadható (a magyar megfelelője a HBCs, homogén betegcsoportok).
- **Szolgáltatás szerinti finanszírozás (*fee-for services, FFS*):** Az egészségügyi szolgáltató díjazása az általa nyújtott (elvégzett) szolgáltatások alapján történik. A finanszírozó minden térítés alá eső, betegnek nyújtott szolgáltatást tételesen, meghatározott díjtételek alapján fizet ki.

- **Költségvetési keret (Global budget, GB):** A kórházak és a biztosítók megállapodhatnak egy költségvetési keretben, amely a korábbi költségeket és szolgáltatásokat veszi figyelembe, azonban ezeknek a szerepe folyamatosan csökken a DRG előretörésével.

Ausztriában az általános orvosokat és a szakorvosokat részben FFS, részben esetszám alapján finanszírozzák. A két finanszírozási típus megoszlásában eltérés mutatkozik annak függvényében, hogy a biztosított a regionális alapba (vagy vállalati alapban) vagy foglalkozási alapba tartozik. A szabadonálló járóbeteg-ellátásban ellenben FFS, míg a kórházi járóbeteg-ellátásban költségvetési keret kerül meghatározásra.

A magánkórházakban és az alapok által irányított kórházakban ellenben DRG-rendszerben történik a finanszírozás, míg a gyógyszertárak esetében meghatározták a maximális haszonkulcs mértékét. A kórházak finanszírozásában a legnagyobb súlya a biztosítási alapoknak van (kb 43 százalék), azt követik a tartományi források (33 százalék), míg a szövetségi (14 százalék) és az önkormányzati források (10 százalék) szerepe jóval kisebb. A különböző források összegyűjtését a *Hospital Finance Equalization Fund* végzi.

Végezetül fontos hangsúlyoznunk, hogy Ausztriában a tervezésnek jelentős szerepe van. Az *Austrian Structural Plan for Health* keretében határozzák meg az alapelveket, amelyre a tartományi tervezés épül, valamint az egészségügy várható szükséges mennyiségét területekre lebontva. Ezt követően minden egyes stratégiai döntés és beruházás ezekre a tervekre épül, azonban ebben a tartományok már szabad kezet kapnak.

### 5.2.2. Csehország

Csehországban a kormányzati források aránya az egyik legmagasabb az egészségügyi forrásokon belül, azonban GDP-arányos egészségügyi kiadásuk közel megegyezik a hazai adattal. Ennek ellenére a cseh egészségügyi rendszer univerzális és a rendelkezésre álló adatok alapján sokkal hatékonyabb.

Az egészségügyi kiadásokat Csehországban elsősorban a kötelező bér-alapú egészségügyi hozzájárulásból finanszírozzák az egészségbiztosítási alapokon keresztül, amelyet emellett adókból és magánforrásokból egészítenek ki. Minden cseh állampolgárnak kötelező egészségbiztosítási alapot választania. Az alapok olyan önálló irányítású, kvázi-állami szervek, amelyek egyszerre finanszírozzák és vásárolják az egészségügyi szolgáltatásokat.

A *Health Systems in Transition* kiadványa alapján 2014-ben 7 alap működött Csehországban. Az alapok számára törvényileg tiltott a nyereség elérése, valamint minden egyes jelentkezőt el kell fogadniuk. A biztosítottak szabadon válthatnak alapot évente, azonban az egyes alapok között nincs jelentős eltérés, általában az egyes egészségügyi intézmények az összes régiós alappal szerződésben állnak. Az alapok közötti különbség egyedül a különböző bónuszokban jelenik meg (pl. hozzájárulás sporttevékenységekhez). A biztosítottak széles körű egészségügyi szolgáltatást vehetnek igénybe az alapokon keresztül. Külön törvénybe

foglalták azokat az ellátásokat Csehországban, amelyeket nem fedez a biztosítás, ilyen például az abortusz, a munkáltató által kérvényezett vizsgálatok vagy a szépészeti beavatkozások, összességében azok, amelyek célja nem az egyén egészségügyi állapotának megőrzése vagy annak javítása. Emellett meghatározásra kerültek azok a kezelések, gyógyszerek, orvosi és fogászati segédeszközök, amelyeket fedez a biztosítás. A részleges fizetés a nem engedélyezett kezelések vagy gyógyszerek esetén, vagyis a biztosítottak nem kérhetnek olyan speciális szolgáltatást, amelyet a biztosítás nem finanszírozás csak egy hasonló jellegűt és a különbözetet magánforrásból pótolnák. Azonban az alapok nyújthatnak támogatást olyan tevékenységek finanszírozásához, amelyek a megelőzést szolgálják (pl. vitaminok vagy sport tevékenység).

Az alapok ugyanazon szabályozás mellett, ugyanazon feladatért működnek, egyedül a VZP (*General Health Insurance Company of the Czech Republic*) emelkedik ki közülük. A VZP a 7 közül a legnagyobb alap, Csehország összes régiójában jelen van, míg egyes alapok csupán egy régióban vagy egy céget képviselnek (pl. Škoda Employee Insurance Company), emiatt a VZP biztosítja a védőhálót a lakosság számára, amennyiben valamelyik másik alap bezárna vagy csődbe menne. Emellett a VZP osztja újra a kockázat-kiigazítási rendszer forrásait. A rendszerre azért van szükség, mert az alapokban lévő biztosítottak összetétele eltér (kor és nem), így az alapok kiadásai is eltérhetnek, emiatt szükségessé válik a források elosztásának korrekciója. A VZP vezetése 30 főből áll, amelyből 10-et az egészségügyi miniszter nevez ki, míg a maradékot a Képviselőházban helyet foglaló pártok. A többi alap esetén a vezetőséget egyenlő arányban nevezi ki a kormányzat, a munkáltatói képviselet és a szakszervezetek. Az alapokat ezen felül egy felügyelő bizottság ellenőrzi. Az alapoknak minden év őszén részletes pénzügyi és működési tervezetett kell készíteniük a következő évre vonatkozóan, amelyet az Egészségügyi Minisztérium és a Pénzügyminisztérium véleményez, majd a Képviselőház fogad el. Az alapok pénzügyi működését negyedévente ellenőrzik, amennyiben az Egészségügyi Minisztérium problémát lát, irányítása alá vonhatja az alapokat vagy visszavonhatja azok engedélyét, ez utóbbi esetben a tagok átkerülnek a VZP-hez. Új alap indítását az Egészségügyi Minisztériumban kell kérvényezni, amely 180 napon belül kerül elbírálásra. Az alapítást követő egy év elteltével az új alapnak legalább 50 ezer taggal kell rendelkeznie, vagy az alap elveszti a működési engedélyét.

Az egészségügyi intézmények regisztrációját ezzel szemben a helyi hatóságok végzik, amelynek során a szolgáltatónak tisztázni kell, hogy milyen szolgáltatásokat, milyen eszközökkel kívánnak nyújtani, annak érdekében, hogy elkerülhető legyen a szolgáltatás duplikálódása egy régió belül. Emellett szigorú szabályozási előírás is vonatkozik az egészségügyi szolgáltatókra, amely kiterjed a technikai feltételeken át, a minimális munkavállalói létszámon keresztül a higiéniai követelményekig. A szabályozás következtében Csehországban az állami és a magántulajdon elfér egymást mellett: 2012-ben a 188 kórház közül 71 volt teljes mértékben magánkézben, ezek adták az összes betegágy 50,3 százalékát. Az alapok és az egészségügyi szolgáltatók hosszú távú (általában 5 vagy 8 éves)



szereződéseket kötnék a biztosítottak ellátásáról, amelyet az Egészségügyi Minisztérium felügyel.

A hazai egészségügy egyik problémája, az újratermelődő adósság és a nem megfelelő elszámoltatási mechanizmusok már 2003-ban felmerültek Csehországban. Ezért több kórház regionális irányítás alá került, illetve megváltozott többnek is a jogi formája. A korábbi *contributory budgetary organizations*<sup>20</sup> forma helyett részvénytársaságként működtek, azonban döntő részben továbbra is a régió tulajdonában maradtak.

Az egészségügy finanszírozása legnagyobb részben (74 százalék a 2012-es adatok alapján), a kötelező, bér-alapú befizetésekből történik. Ezeket a biztosítási alapok gyűjtik a munkáltatóktól, a munkavállalóktól, az egyéni vállalkozóktól és azoktól, akiket az állam nem biztosít. Az előbbi két csoport esetén a befizetés alapja a munkavállaló bére, amely után a munkáltató 9 százalékos, míg a munkavállaló 4,5 százalékos adókulcs mellett adózik. Ezzel szemben az egyéni vállalkozók esetén az adóalap az éves profitjuk fele, amely után szintén 13,5 százalékot kell befizetniük. A befizetés alsó határa minden esetben a bruttó minimálbér 13,5 százaléka, míg a felső határt 2012 után eltörölték, annak érdekében, hogy növeljék az alapok bevételeit. Az inaktívok egy része helyett (gyerekek, hallgatók, szülési szabadságon lévők, nyugdíjasok, a munkanélküliek, szegénységi küszöb alatt élők) az állam fizeti a hozzájárulást. 2012-ben az összes befizetés 23,9 százalékát az állam adta a lakosság 57 százaléka után, míg csupán 250 ezer főnek, az összes biztosított 2 százalékának kellett inaktívként befizetést végrehajtania.

Ezen felül több olyan terület van, amelyeket költségvetési forrásból finanszíroznak Csehországban, azonban a 2012-es adatok alapján ezek csak a teljes kiadás 4,5 százalékát tették ki. Ide tartoznak az állami irányítású intézmények beruházásai, a kutatóintézetek, a posztgraduális képzések, a szakosodott intézmények, valamint a légi mentőszolgálat. Önkormányzati forrásokból a helyi irányítás alatt álló intézmények beruházásait finanszírozzák, azonban lehetőség van támogatás igénylésére az Egészségügyi Minisztériumtól, illetve EU-s források igénybevételeire is.

Csehországban korábban volt vizitdíj és kórházi díj is, azonban ezeket a díjakat 2015-től kivezették, így ma már csak a rendelési időn kívüli ambuláns ellátás esetén kell a betegeknek külön díjat fizetniük (90 cseh korona, kb. 1 000 forint). Az egyéni befizetések ezen kívül a fogászati kezelések során jelennek meg, valamint amikor a betegek a fedezett eljárásnál jobb minőségű szolgáltatásra tartanak igényt. Ellenben a Health Systems in Transition kiadványa alapján sem a hálapénz, sem az önkéntes biztosítás nem elterjedt Csehországban. Előbbi csupán bizonyos területeken (pl. nőgyógyászat és szülészeti) jelenik meg, míg utóbbi csak a külföldre utazás során kerül előtérbe.

---

<sup>20</sup> Cseh jogi forma, a non-profit cégekre, amely közérdeket képvisel. A cégek jogi szempontból függetlenek, azonban a költségvetésük a saját forrásaik mellett az állami költségvetéstől függenek.

A források kifizetése Csehországban minden esetben egy hónappal előre történnek, míg az esetleges hiányokat vagy többleteket, egy év elteltével rendezik az alapok és az egészségügyi szolgáltatók. A körzeti orvosok esetében korrigált fejkvóta (a lakosok életkora alapján) és szolgáltatás szerinti finanszírozás van érvényben Csehországban, míg a járó beteg ellátásban csak FFS. Az aktív fekvőbeteg-ellátásban ellenben felülről korlátolt DRG és FFS/GB rendszer, a krónikus fekvőbeteg-ellátásban FFS napi díj rendszerben, míg a kórházi járóbeteg-ellátásban FFS vagy GB. A fogorvosok költségtérítése FFS formában zajlik, míg a mentőszolgálat kilométer alapú korlátolt FFS keretében.

A gyógyszerek esetében ezzel szemben két tényezőt vesznek figyelembe: a maximális fogyasztói ár a három legalacsonyabb ár átlaga az EU-ban, illetve a maximálisan meghatározott. Emellett feltétel, hogy minden gyógyszercsoportban legyen legalább egy támogatott gyógyszer (a gyakorlatban több is van). Az alapok igyekeznek egy pozitív lista elkészítésével csökkenteni a gyógyszertárak költségeit, amelyeken szereplő gyógyszerek felírására az orvosok pénzügyileg is ösztönzik.

### 5.2.3. Izland

Habár Izland az egyik legkisebb ország Európában, de több szempontból is érdemesnek tartjuk bemutatni a helyi egészségügyi rendszert és annak finanszírozását. Nemzetközi összehasonlításban nem magasak a GDP-arányos egészségügyi kiadások (8,3 százalék), míg a magánfinanszírozási arány inkább alacsonynak mondható (18,5 százalék). Azonban ennek ellenére a legmagasabb HAQ Index pontszámot (97,1) érte el 2016-ban az OECD országok között.

Izlandon az egészségügy erősen centralizált, az egészségügy finanszírozásáért, ellátásáért és szabályozásáért is a *Ministry of Welfare (MoW)* felelős, vagyis Magyarországhoz hasonlóan Izlandon is egy minisztérium felelős a családpolitikáért, az egészségügyért és szociális jólétért. A MoW-on belül 5 intézmény felelős az egészségügy megfelelő működésért: a *Directorate of Health (DH)*, az *Icelandic Medicines Agency (IMA)*, az *Icelandic Radiation Safety Authority (IRSA)*, az *Icelandic Medicine Pricing and Reimbursement Committee (IMPRC)* és az *Icelandic Health Insurance Agency (IHI)*. Ezek közül az IMA a gyógyszer-engedélyeztetéssel, az IMPRC a gyógyszerár meghatározásával és a gyógyszer kiadások megtérítésével, míg az IRSA a radioaktív egészségügyi termékek kezelésével foglalkozik.

A DH feladata ezzel szemben az egészségügyi szolgáltatások ellenőrzése és nyomon követése, az előírások és irányelvek meghatározása, a közegészségügyi intézkedések végrehajtása, az egészségügy fejlesztése, valamint az adatok gyűjtése és feldolgozása. Az IHI ellenben az egészségügyi szolgáltatások vásárlásáért és finanszírozásáért felelős, valamint a kapcsolattartásért az egészségügyi szolgáltatókkal (állami és magán). Emellett az IHI feladata az egészségügy hatékonyságának folyamatos fejlesztése.

Izlandon 7 darab egészségügyi régió került kialakításra, minden régióban egy vagy két egészségügyi szervezet (HCOs) található, amelyek az egészségügyi szolgáltatások tervezésért és nyújtásáért felelősek. A HCOs-k vezetőjét a miniszter nevezi ki és alá tartoznak az egészségügyi intézmények. A MoW ellenőrzi az egyes egészségügyi intézmények működését és amennyiben a költségek több mint 4 százalékkal meghaladják az előzetes tervben meghatározott értéket kötelezően beavatkozik a működésbe. Ezen felül a minisztérium felel az egészségügyi beruházásokért, amelyek mindegyik engedélyköteles a szigetországban.

Az egészségügyet legnagyobb részben adókból és kisebb részben felhasználói díjakból finanszírozzák. Viszont Izland különleges abból a szempontból, hogy nincs külön az egészségügy finanszírozására bevezetett adónem. Hasonlóan a legtöbb európai országhoz az izlandi munkáltatók a munkavállalók bruttó bére után szociális hozzájárulási adót fizetnek (ennek mértéke jelenleg 8,65 százalék), azonban ez nincs közvetlenül az egészségüghöz pántlikázva. Az IHI a forrásait a költségvetésből szerzi, amely az összegyűjtött adókat osztja újra a társadalombiztosítási rendszer különböző alágai között.

Izlandon mindenki biztosított, aki legalább 6 hónapja az országban él. A biztosítás révén mindenki egyforma egészségügyi szolgáltatásra jogosult, függetlenül a befizetett összegtől. A biztosítás révén a kórházi fekvőbeteg-ellátás és az ahhoz kapcsolódó gyógyszeres kezelés, az otthon-szülés, valamint az otthoni ápolás teljes mértékben biztosított. Ezzel szemben az alapellátás és a szakellátást is fedezi az IHI, azonban a biztosítottaknak felhasználói díjat kell fizetniük, azonban ennek mértéke társadalmi csoportonként jelentősen eltérhet. A fogorvosi kezelést ellenben az IHI csak az idősek, a gyerekek és szellemi fogyatékkal élők számára téríti meg. Ezen felül az állam az egészségügyi eszközöket teljes mértékben, míg a gyógyszereket részben finanszírozza.

A közös finanszírozás célja az izlandi egészségügyben, hogy csökkentse a költségeket azok számára, akik az egészségügyi szolgáltatásokat leginkább igénybe veszik, így az alapellátásban felhasználói díjat, míg a gyógyszerek esetén társfinanszírozást vezettek be.

A felhasználói díj az alapellátásban az ellátás módjától és a társadalmi csoporttól függ. A 18-64 éves biztosítottak számára például a háziorvos látogatása rendelési időben 1 200 koronába (kb 3 ezer forint), míg azon kívül 3 100 koronába, míg az idősek és a fogyatékkal élők számára 600, illetve 1 500 koronába kerül és csak a gyerekek számára ingyenes. Hasonlóan díjat számolnak fel a kórházi sürgősségi ellátás és a rákszűrés után. A havi befizetések felső határa a 18-64 éves korosztályban 25 100 korona, míg az idősek esetében 16 700 korona. A felső korlát elérését követően az előbbi csoport havi szinten 4 183 koronát, míg utóbbi csoport 2 783 koronát fizet.

A gyógyszereket ezzel szemben az IMPRC két csoportba, 'G' és 'O' sorolja, és csak az előbbieket veszi figyelembe a támogatás során. A biztosított az adott évben 22 ezer koronáig a teljes költséget fizeti, ezt követően 87 ezer koronáig a költség 15 százalékát, majd 490,3 ezer koronáig a gyógyszerek árának 7,5 százalékát fizeti. Amennyiben adott évben a

biztosított ennél nagyobb értékben vásárolt vényre kapott gyógyszer esetén a teljes összeget megtéríti az IHI. A 67 év feletti idősök, illetve a 22 év alatti fiatalok esetében a határok ezzel szemben 14 500 korona, 57 000 korona és 325 333 korona. Viszont a kórházi ellátás keretében kapott gyógyszerek térítésmentesek.

A HiT tanulmánya alapján Izlandon egyáltalán nincs hálapénz az egészségügyen belül.

Az egészségügy egyes alrendszerének finanszírozásában két típus a költségvetési keret és a szolgáltatás szerinti finanszírozás jelenik meg. Előbbi azonban csupán a kórházi ellátásban érvényesül, azon belül is csak a fekvőbeteg ellátás esetén. A költségvetési keretet a minisztérium határozza meg és finanszírozza. A kórházi járóbeteg-ellátásban, a fogorvosi kezelésben, az ambuláns ellátásban ellenben FFS rendszer van érvényben és a forrás az IHI-n keresztül érkezik. Az általános orvosok ezzel szemben a rendelési időben végzett munkájukért bért kapnak, míg a rendelési időn kívüli munkavégzést az IHI szolgáltatás szerinti finanszírozás alapján téríti meg. Azonban ezt a rendszert többször is kritika érte, mivel, ahogy nőtt az FFS szerepe az orvosok jövedelmén belül, nem maradt semmilyen ösztönző a hatékonyság növelésére a rendelési időn belül.

#### 5.2.4. Szlovénia

Szlovéniában 2016-ban a GDP 8,5 százalékát költötték egészségügyre, vagyis 1,1 százalékponttal többet, mint Magyarországon. A kormányzati kiadások aránya ellenben 72,7 százalék volt, amely kis mértékben magasabb, mint a hazai adat (66,2 százalék), azonban a HAQ Index értéke jelentősen, 8,7 ponttal magasabb, így véleményünk szerint érdemes megvizsgálni, hogy magasabb kiadás mellett, de hasonló szerkezetben, hogyan működik az adatok alapján hatékonyabb szlovén egészségügyi rendszer.

Szlovéniában egyetlen állami biztosító, a Health Insurance Institute of Slovenia (HIIS) kínál kötelező, univerzális egészségbiztosítást. Emellett a HIIS képviseli a betegeket az egészségügyi szolgáltatási programok tárgyalása és végrehajtása során. A HIIS mellett három magánvállalat (Adriatic-Slovenica, Triglav és Vzajemna) kínál önkéntes egészségbiztosítást, amely elsősorban társfinanszírozási céllal rendelkezik a betegek számára, de kiegészítő vagy párhuzamos szolgáltatást is nyújt. A lakosság döntő többsége, 71 százaléka (2014 végén) rendelkezett kiegészítő biztosítással a három cég valamelyikében, amelyek közel egyforma csomagot kínálnak. A három vállalat finanszírozta 2016-ban az összes kiadás 14,3 százalékát. A szabályozói szerepet Szlovéniában az Egészségügyi Minisztérium tölti be, amely egyben tulajdonosa is az állami kórházaknak és intézményeknek.

A HIIS non-profit szervezet, amelynek felügyeletét a munkavállalókat és munkáltatókat egyaránt képviselő közgyűlés vezeti. A HIIS vezetőjét a közgyűlés javaslatára a parlament nevezi ki. A biztosító feladata a biztosítások kiadása, a szerződések megkötése az egészségügyi szolgáltatókkal, felügyeleti és adminisztratív feladatok ellátása, jogi és szakmai segítségnyújtás, statisztikai adatkezelés valamint a biztosítottak érdekképviselete.

A helyi önkormányzatok a másik fontos szereplő a szlovén egészségügyben. Ők felelnek a tőkebefektetések finanszírozásáért az alapellátásban és a gyógyszertárakban, valamint a koncessziók nyújtásában a magán egészségügyi intézmények részére. Koncesszió azoknak az egészségügyi intézményeknek van szüksége, akik a HHS-ből kívánnak forráshoz jutni. A koncesszió megszerzését követően a magán egészségügyi intézménynek szerződést kell kötnie a HHS-sel, aminek következtében ugyanazok a jogok illetik meg, mint az állami szolgáltatókat, egyedül tőkebefektetésekre nem lesznek jogosultak. A koncesszió nélkül működő orvosok vagy egészségügyi ellátók száma minimális, ők általában speciális szolgáltatásokat nyújtanak, illetve akkor kerülnek előtérbe, amikor a betegek túlságosan hosszúnak ítélik a várólistákat. Azonban hozzá kell tennünk, hogy az önkormányzati rendszer szétaprózódása miatt az önkormányzatok csak kis részben képesek finanszírozni a szükséges befektetéseket önállóan. Ez alapján elmondható, hogy az egészségügyi rendszer erősen központosított Szlovéniában, a helyi szervezetek elsősorban végrehajtási feladattal rendelkeznek. Az egészségügyi rendszerben emellett szakszervezetek, NGO-k (nem kormányzati szervezetek), valamint szakmai szervezetek (pl. kamarák) vesznek részt, azonban elsősorban érdekképviselési szerepben.

Az egészségbiztosítás minden lakosra kiterjed Szlovákiában. A biztosítottak jogosultak szabadon mindenféle területi vagy adminisztratív megkötések nélkül háziorvost, nőgyógyászt és fogorvost választani, azonban az egészségügy többi részéhez az alapellátásban kell beutalóért fordulni. Viszont beutaló birtokában a szabad választás joga a másodlagos és a tercier (hosszú távú kezelés) ellátásban is érvényesül. A törvény 25 kategóriába sorolja a biztosítottakat, amely meghatározza a havi befizetendő összeg mértékét. A munkavállalók esetén a kötelező egészségügyi biztosítási hozzájárulás alapja Szlovéniában is a bruttó jövedelem, amely után a munkavállalók 6,36, míg a munkáltatók 7,09 százalékos adókulcs mellett adóznak, vagyis a teljes adómérték 13,45 százalék. Ezzel szemben a munkanélküliek után a *National Institute for Employment*<sup>21</sup>, a jövedelem nélküliek után az állam vagy az önkormányzatok, míg a nyugdíjasok után a *Pension and Disability Insurance Institute*<sup>22</sup> fizet hozzájárulást. Az adót minden esetben a HHS gyűjti, ebből finanszírozzák az állami egészségügyi kiadások 95 százalékát. A szervezetnek emellett nem adójellegű bevételekből, tőkejövedelmekből és támogatásokból származik forrása. A HHS, az Egészségügyi Minisztérium és a Pénzügy Minisztérium közreműködésével minden pénzügyi tervezés során meghatározza a gyűjtött források felső határát, azt az összeget, amelyet az adott évben maximálisan az egészségügy finanszírozására fordíthat. A magán biztosítók esetén ellenben nincs meghatározva felső korlát, azonban a kockázat kezelése érdekében a három vállalat között az Egészségügyi Minisztérium irányításával újraosztják negyedévente a források egy részét, hogy az megfeleljen a biztosítottak összetételének kockázati alapon (életkor és nem).

<sup>21</sup>Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat szlovén megfelelője

<sup>22</sup>Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság szlovén megfelelője

A HIIS-t a biztosítottak az alapellátásban, a másodlagos és a terciér ellátásban, a gyógyszerek és az orvosi segédeszközök vásárlása esetén, a 30 napon túli betegszabadság során, valamint az utazási költségtérítésként az egészségügyi intézményekbe vehetik igénybe, azonban egyes biztosítási csoportok számára lehetnek kivételek. Emellett meg van határozva, hogy mely kezeléseket fedezi teljes mértékben a biztosítás és melyek esetén van szükség társfinanszírozásra. A HIIS teljes mértékben fedezi a gyerekek és a 26 év alatti hallgatók ellátását, a családtervezést, a fertőző betegségek megelőzését, kezelését és diagnosztizálását, meghatározott betegségek kezelését, a szervátültetéshez kapcsolódó tevékenységeket, a sürgősségi ellátást, beleértve a betegszállítást, a kötelező védőoltásokat és a hosszú távú ápolást.

Ellenben a gyógyszertámogatásban a HIIS a különböző gyógyszereket és gyógyászati segédeszközöket három csoportba sorolja: a pozitív listára kerülnek azok a termékek, amelyek teljes mértékben vagy 70 százalékban támogatottak (pl. gyermekgyógyszerek vagy a cukorbetegséget és a rákot kezelő gyógyszerek), a köztes listára azok kerülnek, amelyek után 10 százalékos támogatás jár, míg a negatív listán szereplők termékek nem vásárolhatóak a biztosítás terhére. A szemészeti beavatkozásokat ezzel szemben legfeljebb 50 százalékban, a nem sürgősségi betegszállítást legfeljebb 60 százalékban, míg például a termékenységvel kapcsolatos beavatkozásokat és a fogorvosi kezelést legalább 80 százalékban fedezi a kötelező biztosítás.

Szlovéniában egyáltalán nem elterjedt a hálapénz rendszere, azonban kis mértékben előfordul az alapellátásban és a járóbeteg-ellátásban.

A HIIS és az egészségügyi szolgáltatók minden évben újratárgyalják a korábbi megállapodást az egészségügyi szolgáltatások nyújtásáról. Minden javaslatot csak akkor fogadnak el, ha mindkét fél támogatja, míg a gyakran fennmaradó nézetkülönbségeket a Kormány rendezzi.

Az alapellátásban a finanszírozás félig fejkvóta, félig FFS rendszerben történik, azonban több ösztönzőt is bevezettek a hatékony ellátás érdekében. A házi orvosok növelhetik a számukra juttatott források mértékét, amennyiben az általuk kiadott beutalók száma elmarad a nemzeti átlagtól, míg ha meghaladja azt, akkor 2-4 százalékkal csökkenhet a forrásuk. Emellett figyelembe veszik a szolgáltatók tevékenységét a megelőző szolgáltatások nyújtásában. Panteli és társai (2015<sup>23</sup>) az alapellátás hibájaként azt emelik ki, hogy a fejkvóta esetén nem megfelelő a korrekció a lakosság korösszetétele alapján (az idősek túl kicsi, míg a fiatalok túl nagy súly kapnak) és nincsenek megfelelő ösztönzők az egészségügyi hatékonyságának növelésére.

A kórházak által biztosított járóbeteg-szakellátás ellenben FFS rendszer van érvényben. A finanszírozás során egy pontrendszer van érvényben, amelyet a HIIS által kiadott Zöld Könyv

---

<sup>23</sup> Panteli D et al. (2015). Slovenia: purchasing and payment review. Ljubljana, Ministry of Health (Report commissioned by the Government of Slovenia, Ministry of Health)

(*Green Book*) részletez. A pontrendszer figyelembe veszi többek között a szolgáltatást nyújtók fizetését, az anyagi kiadások mértékét és részarányát, azonban csak ritkán kerül frissítésre, valamint több lehetőség is van a visszaélésre a szolgáltatók részéről, például kreatív számlázással vagy a szükségesnél több vizsgálat előírásával (Panteli és társai, 2015).

A 26 darab közkórházban végzett fekvőbeteg-ellátás döntő hányadában ezzel szemben DRG rendszer van érvényben Szlovéniában, vagyis a betegek diagnózisa, illetve a kezelés típusa alapján kerül meghatározásra az egészségügyi szolgáltatás díjtétele. A modellt 2004-ben vezették be az ausztrál DRG (AR-DRG) mintájára, majd 2013 után felülvizsgálták, azonban még így is több probléma is adódik. A kórházak általában az év vége előtt elérik a költségvetési plafont (a dialízisre, a transzplantációra és a ráksebészetre nem vonatkozik), azonban szolgáltatást ezután is nyújtanak, így adósságot halmoznak fel. Amennyiben a gazdasági kondíciók megfelelőek és a bérek a vártnál gyorsabban emelkednek a HHS újra szokta tárgyalni a megállapodásokat, azonban többször is előfordult, hogy a költségvetésnek kellett átvállalni a kórházak adósságát. Több fekvőbeteg-ellátásban ellenben esetszám alapján történik a finanszírozás, ide tartozik például a pszichiátriai kezelés vagy a rehabilitációs ellátás. A sürgősségi, a fogorvosi, valamint a gyógyszerészeti ellátásban viszont a járóbeteg-ellátáshoz hasonlóan FFS rendszer működik.

Thomas és társai, 2015<sup>24</sup> azonban több problémát is kiemelnek a szlovén egészségügyi rendszerrel kapcsolatban, amelyeket érdemes lenne hazai viszonylatban is megvizsgálni. Az első, hogy az egészségügy finanszírozása szinte teljes egészében a szociális hozzájárulási adóra támaszkodik, csak minimális az egyéb költségvetési források aránya, így erőteljesen kitett a demográfiai változások hatásának. A finanszírozásban nincsenek automatikus stabilizációs mechanizmusok, a jelenlegi rendszer erőteljesen kontra-ciklikus és a felhalmozott adósságot nem tudja kezelni, gyakran szükség van a kormányzat beavatkozására. Ennek ellenére a rendszer hatékonyan tudja biztosítani az egyenlőséget és az univerzalitást, megjelenik benne a progresszivitás és hatékony egészségügyet biztosít.

---

<sup>24</sup>Thomas, S., Evetovits, T. & Thomson, S. (2015) Evaluating Health Financing Final Report