

# **Az egészségügyi átalakítás összefüggése az államháztartási finanszírozással, az állami és a magán ellátással**

2019. szeptember 27.



# Tartalom

<b>1. Vezetői összefoglaló .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Gyógyszerár-támogatási rendszer .....</b>	<b>3</b>
2.1. Egészségbiztosítási Alap .....	3
2.2. A gyógyszerkassza.....	10
<b>3. Magánegészségügyi kiadások, források és szerepük az egészségügyben .....</b>	<b>19</b>
3.1. Az egészségügy finanszírozása .....	19
3.2. Hazai egészségügyi alrendszerek és finanszírozásuk.....	23
3.3. A háztartások által finanszírozott egészségügyi (magánegészségügyi) kiadások .....	28
3.4. A magánegészségügyi piac szereplői .....	33
3.5. Magánegészségügyi szolgáltatások igénybevevői.....	38
<b>4. Egészségértés (Health Literacy) és az egészségügyi ellátórendszer összefüggése .....</b>	<b>41</b>
4.1. Az egészségértés szintje más európai országokban .....	42
4.2. Egészségértés Magyarországon.....	46
4.3. Digitális egészségértés .....	49
4.4. Az egészségértési szint növelésének lehetséges módjai .....	50
4.5. Az egészségértési szint növekedésének lehetséges finanszírozás csökkentő hatásai	54
<b>MELLÉKLET .....</b>	<b>56</b>
<b>ÁBRAJEGYZÉK .....</b>	<b>60</b>

# 1. Vezetői összefoglaló

## GYÓGYSZERÁR-TÁMOGATÁSI RENDSZER

A gyógyszerkassza kiadásainak csökkentésére számos intézkedés történt a 2010-es évtized eleje óta. A gyógyszerkassza kiadása az elmúlt években szinte folyamatosan nőtt: a 2015-ös 326 milliárd forintról 2019-ben 362 milliárd forintra. Azonban megfigyelhető, hogy a növekedés üteme lassul és mind a teljes Egészségbiztosítási Alaphoz, mind a természetbeni juttatásokhoz viszonyított aránya csökkent. A természetbeni ellátásokhoz viszonyított aránya 23,8 százalékról 20,8 százalékra, míg a teljes Egészségbiztosítási Alaphoz viszonyított 16,7 százalékról, 14,8 százalékra. Ezzel egyidejűleg csökkent a gyógyszerkassza esetében az előirányzat és a tényleges kiadás közötti különbség is az évek folyamán, hiszen 2016-ban közel 15 százalékos eltérés volt tapasztalható, míg ez 2018-ra 6 százalékra csökkent.

A gyógyszerkassza kiadáscsökkentését 2010 óta több intézkedéssel igyekeztek a döntéshozók elérni, ezek a változások jellemzően a következő csomópontok köré összpontosulnak:

- támogatás felülvizsgálat;
- elvárt ár, hatósági árscsökkentés;
- vaklicit szabályozásának módosításai;
- terápiaeredményesség, beteg-együtműködés.

## MAGÁNYEGÉSZSÉGÜGY VOLUMENE, SZEREPE

A háztartások által fizetett egészségügyi kiadások a visegrádi országok közül Magyarországon a legmagasabbak. Ez hazánkban a teljes egészségügyre fordított kiadás negyedét teszi ki, míg a többi országban az ötöde vagy ennél is kisebb arányú. Magyarországon ez azt jelenti, hogy 500 dollár feletti az átlagos, egy főre jutó, háztartások által egészségügyre fordított kiadás összege. A kiadások legnagyobb részét, közel 50 százalékát gyógyszerre, harmadát járóbeteg-ellátásra fordítják a háztartások.

Magyarországon a magánegészségügyi piac folyamatosan bővül. Nő az igénybevevők köre, a piaci szereplők száma, a szolgáltatások köre, az igénybevételt biztosító lehetőségek száma és a háztartások erre fordított kiadásainak összege is. A magánegészségügy egyre nagyobb szerepet kap és vállal a magyar társadalom egészségügyi igényeinek kielégítésében.

## HEALTH LITERACY – EGÉSZSÉGÉRTÉS

Az egészségértés az emberek alapvető egészségügyi információkhoz való hozzáférési, feldolgozási és megértési képessége. Ez a képesség ahhoz szükséges, hogy az egyén helyes döntéseket tudjon hozni a saját egészségével és az egészségügyi szolgáltatásokkal

kapcsolatban. Egy jobb egészségértésű egyén egészségesebben él, jobban betartja a kezelési előírásokat, kevesebb krónikus betegségben szenved, egészségesebbnek érzi magát és tovább él. Az egészségértés tehát segíthet a kezelési eredmények és az egészségügyi ellátás hatékonyságának javításában. A rosszabb egészségértéssel rendelkező betegek esetleg később fordulnak orvoshoz, amikor a kezelésük már nehezebben megoldható és költségesebb. Becslések szerint magasabb egészségértési szinttel az egészségügyi költségek 3–5 százaléka megtakarítható lenne, ez Magyarországon megközelítőleg 54–90 milliárd forintot jelentene éves szinten.

Az egészségértés szintjének növelésének módjai a következők lehetnek:

1. *Az egészségügyi információkhoz való hozzáférés támogatása:* annak átgondolása és megtervezése, hogy milyen anyaghoz, milyen formában és hogyan férhetnek hozzá az emberek.
2. *Társadalmi egyenlőtlenség figyelembe vétele a fejlesztések során:* a társadalmi egyenlőtlenségek kezelése során kiemelten kell foglalkozni az egészséggel kapcsolatos ismeretek fejlesztésével, valamint az egészségügyi anyagok kidolgozásakor figyelembe kell venni a kulturális és nyelvi különbségeket.
3. *Új fejlesztési modellek kialakítása:* új stratégiákat kell kialakítani az alacsonyabb egészségértési szinttel rendelkező emberekkel való kommunikációra, és ezeket az állami- és magánszolgáltatók számára prezentálni, illetve biztosítani kell egyfajta követhető modellként, ezzel elősegítve a kommunikációt az egészségügyi szolgáltatók és a betegek között.
4. *Az egészségügyi oktatás és a szakmai színvonal növelése:* Az általános- és középiskolákban egy olyan egészségügyi oktatás kialakítása szükséges, amellyel elsajátítják az alapvető fogalmakat, információkat, melyek ahhoz szükségesek, hogy az egészségügyben történő kommunikáció hatékony legyen, és a megfelelő kockázatok ismeretében legyenek képesek meghozni döntéseiket.

## 2. Gyógyszerár-támogatási rendszer

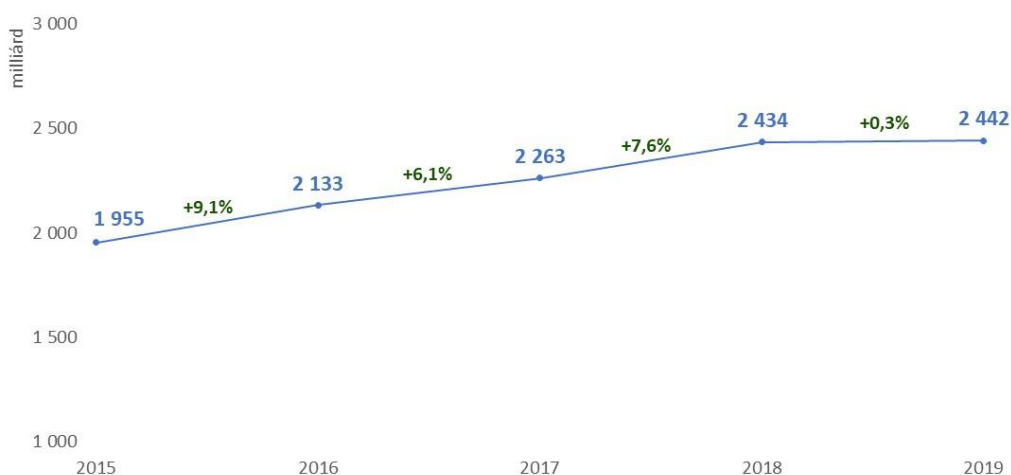
A gyógyszerár-támogatási rendszer az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldalán jelenik meg, így az elemzésünknek ki kell térnie az Egészségbiztosítási Alap (EA) kiadási oldalának vizsgálatára, a gyógyszerár-támogatás ebben elfoglalt helyzetére, az EA-hoz viszonyított arányára, idősoros áttekintésben.

### 2.1. Egészségbiztosítási Alap

Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének kiadási oldalán jelenik meg a gyógyszerár-támogatás, a természetbeni ellátások között. Ahhoz, hogy megértsük a kiadások volumenét és időbeni változását, ennek a 3 adatnak az idősoros változásait, valamint egymáshoz képest számított arányait elemezzük.

Az Egészségbiztosítási Alap kiadásait vizsgálva elmondható, hogy 2015 óta folyamatosan nő az erre fordított összegek nominális értéke. 2015-ben közel 2 000 milliárd forint volt az Egészségbiztosítási Alap kiadása. Ez az összeg 9,1 százalékos növekedéssel 2016-ra 2 133 milliárd forintra nőtt. A következő évben a kiadás 6,1 százalékkal emelkedett és meghaladta a 2 200 milliárd forintot. Az utolsó pénzügyileg lezárt évben, 2018-ban 2 434 milliárd forintos kiadással zárt az Egészségbiztosítási Alap, ami 7,6 százalékos növekedést jelent az előző évi záró egyenleghez képest. 2019-re vonatkozó záró adatok természetesen még nem állnak rendelkezésre, így az előirányzatot tudjuk csak megvizsgálni. Ez alapján elmondható, hogy jelentős növekedéssel nem számolnak a költségvetés tervezői, hiszen 2 442 milliárd forinttal, mindössze 0,3 százalékos növekedést terveztek a költségvetés összeállítói. Feltételezhetjük, hogy a tényleges szám ennél magasabb lesz, hiszen a korábbi években is tapasztalható volt, hogy az előirányzathoz képest növekedett a tényleges kiadási egyenleg, de ez a növekedés soha nem haladta meg a 10 százalékot.

## Egészségbiztosítási Alap költségvetésének pénzforgalmi teljesítése - KIADÁS



Forrás: NEAK

A 2019-es adat előirányzat

1. ábra: Egészségbiztosítási Alap költségvetésének pénzforgalmi teljesítése – KIADÁS<sup>1</sup>

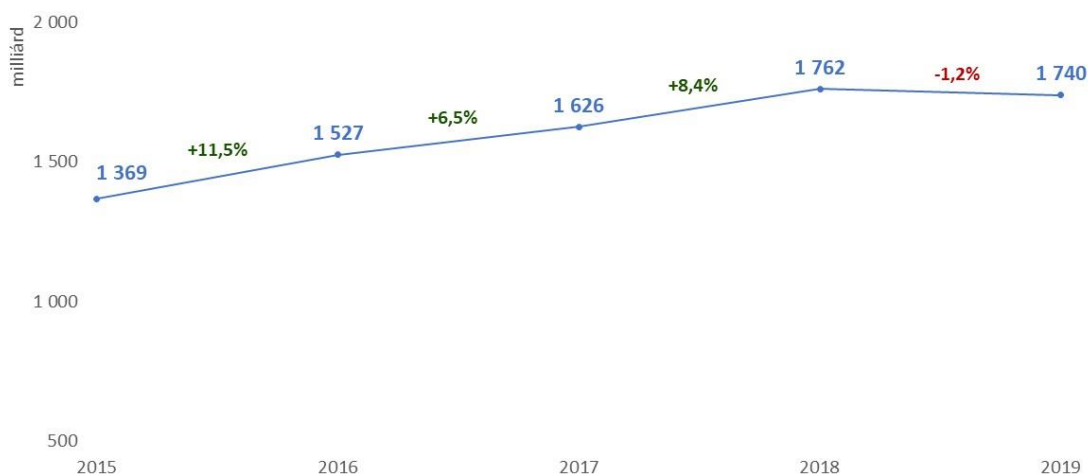
A természetbeni kiadások képezik az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak legnagyobb hányadát, ezért kiemelten fontos ennek a változásait vizsgálni. Az idősoros elemzés során nagyon hasonló tendenciákat látunk, mint az Egészségbiztosítási Alap esetében: 2015 óta folyamatosan nő a természetbeni ellátásokra szánt összeg nominális értéke, mely csak 2018-ról 2019-re mutat csökkenést, igaz 2019-ben egyelőre csak az előirányzattal tudunk számolni, a tényleges kiadási összegeket nem ismerjük.

2015-ben 1 369 milliárd forint volt a természetbeni juttatásokra szánt összeg, ez 11,5 százalékos, jelentős növekedéssel 2016-ban már meghaladta a 1,5 ezer milliárdot. 2017-re a bővülés nem állt meg, csak annak mértéke csökkent, hiszen ekkor a növekedés 6,5 százalékos volt. Így 2017-ben a természetbeni ellátásokra fordított összeg elérte az 1 626 milliárd forintot. Ezt ismét egy nagyobb kiadásnövekedés követte: 2018-ra 1 762 milliárd forintra nőtt az Egészségbiztosítási Alap e sorának a kiadási egyenlege, ami az előző évhez képest 8,4 százalékos emelkedést jelent. A növekedési trend azonban 2019-re megállni látszik, ugyanis az előirányzat szerint ebben az évben csökkenni fog a természetbeni ellátásokra fordított összeg, mivel a tervezett kiadás 2019-ben 1 740 milliárd forint, ami 1,2 százalékkal kevesebb, mint a 2018-as záró egyenleg. Itt is figyelembe kell venni, hogy a korábbi években az előirányzathoz képest a tényleges záró egyenleg mutatott eltérést: 2016-ban és 2017-ben ez meghaladta a 10 százalékot. Azonban, ahogy az Egészségbiztosítási Alap

<sup>1</sup>[http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/rolunk/kozerdeku\\_adatok/gazdalkodasi\\_adatok/koltsegvetes\\_beszamolok/EAlap\\_bevetel\\_kiadas/havi\\_jelentes\\_archivum.html](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/gazdalkodasi_adatok/koltsegvetes_beszamolok/EAlap_bevetel_kiadas/havi_jelentes_archivum.html) Letöltés:2019.08.30.

esetében is, itt is elmondható, hogy az első 6 hónap adatait figyelembe véve az erre az időszakra vonatkozó előirányzathoz képest a tényleges kiadások nem érik el a tervezettet.

### Egészségbiztosítási Alap költségvetésének pénzforgalmi teljesítése – TERMÉSZETBENI ELLÁTÁSOK



Forrás: NEAK

**2. ábra: Egészségbiztosítási Alap költségvetésének pénzforgalmi teljesítése – TERMÉSZETBENI ELLÁTÁSOK<sup>2</sup>**

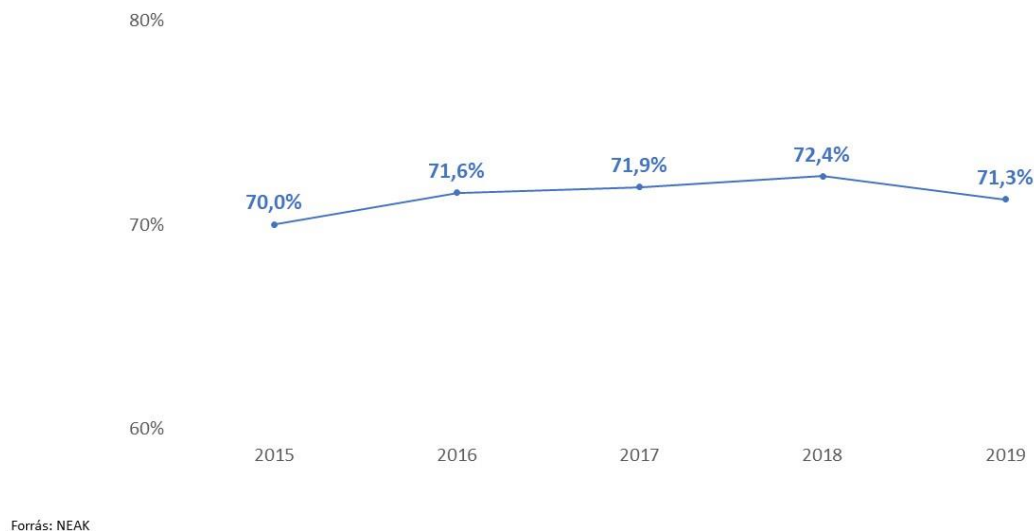
Ahogy láttuk, a természetbeni ellátások az Egészségbiztosítási Alap legjelentősebb kiadási sora. Azonban érdemes megvizsgálni, hogy idősorosan ennek súlya hogyan változott, ami témánk szempontjából azért is fontos kérdés, mert a természetbeni juttatások körébe tartozó gyógyszer támogatás súlyát is jelzi az Egészségbiztosítási Alap kiadásai között.

Láttuk, hogy egészen 2018-ig mind az Alap, mind a természetbeni juttatások nominális összege nőtt, de a természetbeni juttatások nagyobb arányban változtak évről évre, mint a teljes Alap kiadásai. Ennek megfelelően alakult a természetbeni juttatások súlya a teljes kiadási oldal összegében. 2015-ben a természetbeni juttatások a 70 százalékát képezték az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak. 2016-ra ez az arány 71,6 százalékra emelkedett, majd a növekedési tendencia megmaradt, de annak mértéke csökkent, így 2017-re 71,9 százalékot tett ki a természetbeni juttatások aránya. 2018-ra 72,4 százalékra nőtt ez a ráta, ami úgy tűnik, hogy időszakos csúcsnak tekinthető, hiszen a 2019-es előirányzatokat figyelembe véve a természetbeni juttatások aránya a 2016-os szint alá, 71,3 százalékra csökken. Ez utóbbi érték természetesen változhat a tényleges adatok megismerése után.

<sup>2</sup>[http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/rolunk/kozerdeku\\_adatok/gazdalkodasi\\_adatok/koltsegvetes\\_beszamolok/EAlap\\_bevetel\\_kiadas/havi\\_jelentes\\_archivum.html](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/gazdalkodasi_adatok/koltsegvetes_beszamolok/EAlap_bevetel_kiadas/havi_jelentes_archivum.html) Letöltés: 2019.08.30.



## A természetbeni ellátás és az Egészségbiztosítási Alap aránya



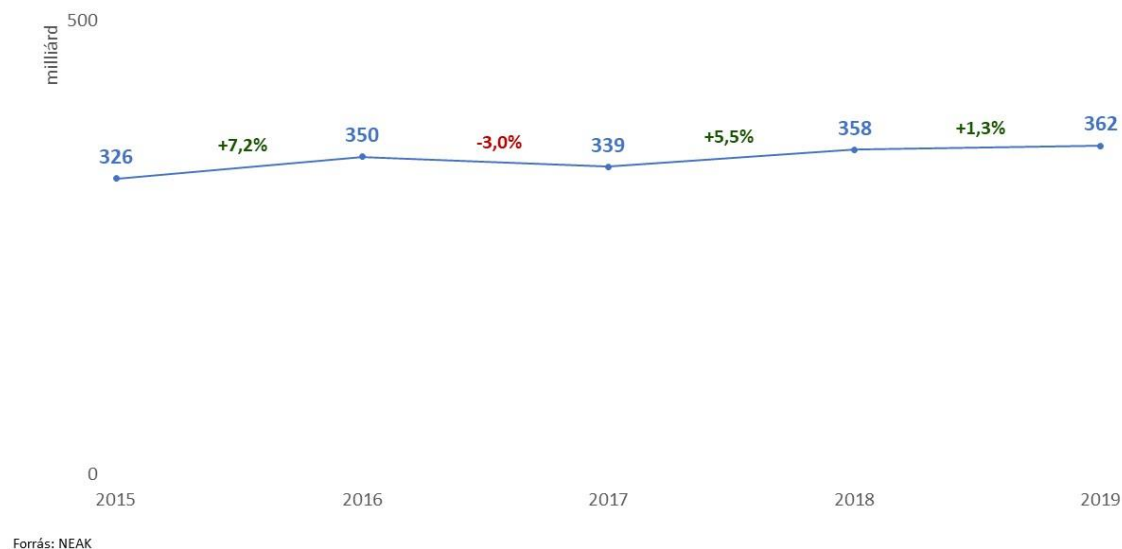
3. ábra: A természetbeni ellátás és az Egészségbiztosítási Alap aránya<sup>3</sup>

A gyógyszerkassza kiadásainak csökkentésére számos kísérlet történt az elmúlt időszakban. Emiatt láthatóan a kiadás volumene ingadozott, de elmondható, hogy mind az Egészségbiztosítási Alaphoz, mind a természetbeni juttatásokhoz képest kisebb amplitúdójú változások figyelhetők meg, és ezek sem mutatnak egyértelmű trendeket.

2015-ben gyógyszer-támogatásra 326 milliárd forintot fizetett ki az Egészségbiztosítási Alap. Ezt egy jelentősebb növekedés követte 2016-ban, mivel 7,2 százalékkal nőttek az erre fordított költségek, és így átlépték a 350 milliárd forintot. Ez után egy 3 százalékos kiadáscsökkenés történt, ami azt eredményezte, hogy 2017-ben 339 milliárd forintot fizettek ki a gyógyszerek támogatására. Ezt újabb emelkedés követte, és ismét 350 milliárd forint feletti összeget láthatunk a záró egyenlegben. 2018-ra így 5,5 százalékos emelkedés után 358 milliárd forintos összeg került elszámolásra gyógyszerek támogatás után. Ahogy korábban is kiemeltük, 2019-ben még csak az előirányzat számait ismerjük, ez alapján elmondható, hogy enyhe, 1,3 százalékos emelkedéssel, 362 milliárd forintos kiadással számolnak a költségvetés tervezői. Itt az első 6 hónap adatai nem annyira pozitívak, mint azt a korábbi két esetben láttuk, hiszen az első félévben a kiadások közel 2 százalékkal meghaladták az időarányosan tervezett szintet. Így feltételezhetjük, hogy ebben az évben is magasabb lesz a kiadás a tervezetthez képest.

<sup>3</sup>[http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/rolunk/kozerdeku\\_adatok/gazdalkodasi\\_adatok/koltsegvetes\\_beszamolok/EAlap\\_bevetel\\_kiadas/havi\\_jelentes\\_archivum.html](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/gazdalkodasi_adatok/koltsegvetes_beszamolok/EAlap_bevetel_kiadas/havi_jelentes_archivum.html) Letöltés:2019.08.30.

## Egészségbiztosítási Alap költségvetésének pénzforgalmi teljesítése - GYÓGYSZERTÁMOGATÁS



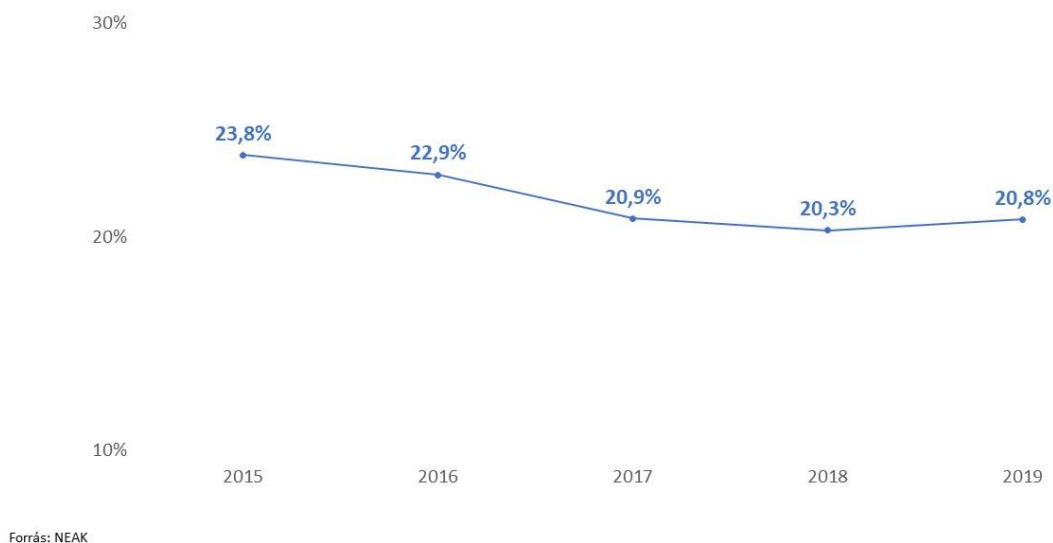
4. ábra: Egészségbiztosítási Alap költségvetésének pénzforgalmi teljesítése – GYÓGYSZERTÁMOGATÁS<sup>4</sup>

A gyógyszerátogatás aránya a természetbeni juttatásokra szánt kiadások között, valamint a teljes Egészségbiztosítási Alap kiadási összegét figyelembe véve megmutatja, hogy mekkora a súlya a gyógyszerátogatásnak ebben a szegmensben.

A természetbeni juttatások között a gyógyszerátogatás súlya csökkenő tendenciát mutat. 2015-ben 23,8 százalékos volt ez az érték, azaz közel minden negyedik forint a gyógyszerátogatásra ment el a természetbeni juttatások közül. 2016-ra az arány 22,9 százalékra csökkent és egy jelentős esést követően 2017-ben már csak 20,9 százalékot mutatott. 2018-ra a gyógyszerátogatásra fordított kiadások 20,3 százalékát tették ki a természetbeni juttatások ráfordításainak, ami azt jelenti, hogy a korábbi minden negyedik forint után 2018-ban már csak minden ötödik forint fordítódik gyógyszerátogatásra a természetbeni juttatások kiadásából. Az előirányzatok alapján ez az arány valamelyest nő 2019-re, hiszen a tervek szerint 20,8 százalék lesz, és amennyiben figyelembe vesszük, hogy a gyógyszerátogatások feltehetőleg meghaladják az előirányzatot, míg a természetbeni juttatások közelítenek a tervezetthez, akkor a várható arány magasabb lehet a tervezetthez képest.

<sup>4</sup>[http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/rolunk/kozerdeku\\_adatok/gazdalkodasi\\_adatok/koltsegvetes\\_beszamolok/EAlap\\_bevetel\\_kiadas/havi\\_jelentes\\_archivum.html](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/gazdalkodasi_adatok/koltsegvetes_beszamolok/EAlap_bevetel_kiadas/havi_jelentes_archivum.html) Letöltés:2019.08.30.

## A gyógyszerfinanszírozás és a természetbeni ellátás aránya

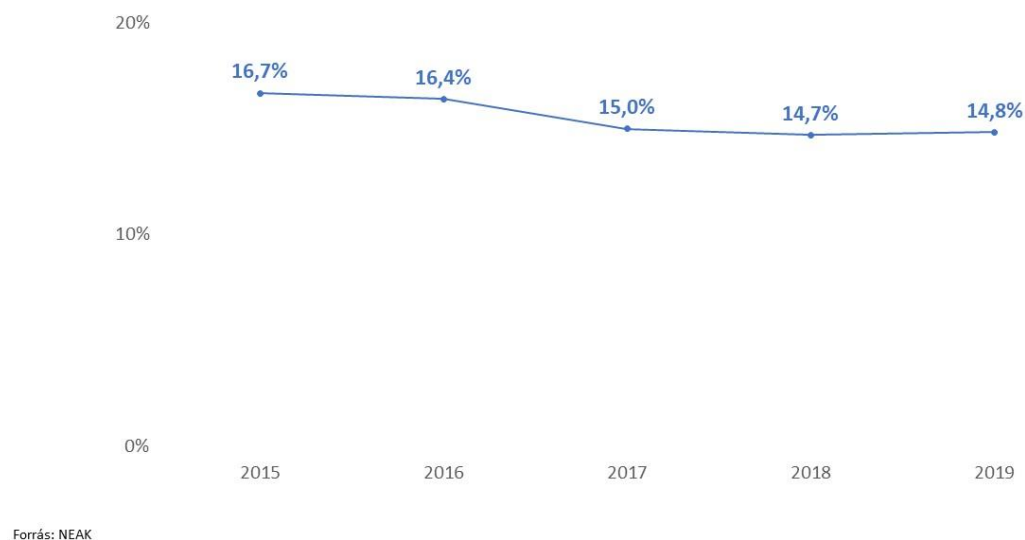


5. ábra: A gyógyszerfinanszírozás és a természetbeni ellátás aránya<sup>5</sup>

Milyen összefüggés mutatkozik a gyógyszerfinanszírozás és az Egészségbiztosítási Alap kiadásai között? 2015 és 2018 között egyértelmű csökkenés figyelhető meg. 2015-ben a teljes kiadás 16,7 százalékát tették ki a gyógyszerfinanszírozásra kifizetett összegek. 2016-ban közel azonos szinten maradt ez az arány, 16,4 százalékot ért el. Ezután következett be egy jelentősebb esés, mivel 2017-ben csak 15 százalékot tett ki a gyógyszerfinanszírozás aránya az Egészségbiztosítási Alap teljes kiadási összegéből. Ezt a csökkenést már nem követte hasonló arányú visszaesés, csak enyhébb mérséklődés: 2018-ra 14,7 százalékra módosult a gyógyszerfinanszírozás aránya. Az előirányzat szerint 2019-ben is hasonló a két kiadás közötti arány (14,8 százalék), ami, ahogy azt korábban is jeleztük, még változhat a tényleges kiadások ismeretében.

<sup>5</sup>[http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/rolunk/kozerdeku\\_adatok/gazdalkodasi\\_adatok/koltsegvetes\\_beszamolok/EAlap\\_bevetel\\_kiadas/havi\\_jelentes\\_archivum.html](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/gazdalkodasi_adatok/koltsegvetes_beszamolok/EAlap_bevetel_kiadas/havi_jelentes_archivum.html) Letöltés:2019.08.30.

## A gyógyszer támogatás és az Egészségbiztosítási Alap aránya



6. ábra: A gyógyszer támogatás és az Egészségbiztosítási Alap aránya<sup>6</sup>

Sok szó esett már az előirányzatok és a tényleges év végi záró adatok eltéréséről. Ezek különbsége mutatja meg, hogy év közben milyen változtatások, kiadásnövekedések vagy -csökkenések realizálódtak a korábbi tervekhez képest. Az adatokból jól látható, hogy minden esetben magasabbak lettek a tényleges kiadások, mint a korábban tervezett összegek, azonban évenként és kiadási soronként is jelentősen eltér a kettő érték közötti arány.

Az Egészségbiztosítási Alap esetében 2015-ben szinte alig mutatott eltérést az előirányzat és a tényleges záró összeg. Mindössze 2,3 százalékkal haladta meg a tényleges adat a korábban tervezettet. 2016-ban már jelentősebb differencia mutatkozott: 8,6 százalékkal haladta meg a kifizetett összeg a korábban előirányzott mértéket. Az eltérés 2017-re tovább nőtt és megközelítette a 10 százalékot. Mérséklődés ebben csak a legutóbbi lezárt évben tapasztalható, ahol 5 százalék alá esett ez az érték és 4,9 százalékot ért el.

A természetbeni juttatások esetében is tág határok között mozog az eltérés: míg 2015-ben 3,5 százalékos arányt mutatott, addig 2016-ra 10 százalék fölé, 11,5 százalékra nőtt. A differencia növekedése 2017-ben is kitartott és ekkor elérte a 12,8 százalékot. A tendencia 2018-ra megfordult, és az eltérés csökkent, igaz, még ekkor is 7,7 százalékot mutatott.

A gyógyszer támogatásnál a 2015-ös 9,4 százalékos érték – ami abban az évben a legmagasabb volt a 3 vizsgált terület közül – 2016-ra 14,7 százalékra nőtt. Ez utóbbi nemcsak abban az évben emelkedett ki a többi terület hasonló értékéből, hanem a vizsgált időszak abszolút

<sup>6</sup>[http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/rolunk/kozerdeku\\_adatok/gazdalkodasi\\_adatok/koltsegvetes\\_beszamolok/EAlap\\_bevetel\\_kiadas/havi\\_jelentes\\_archivum.html](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/gazdalkodasi_adatok/koltsegvetes_beszamolok/EAlap_bevetel_kiadas/havi_jelentes_archivum.html) Letöltés: 2019.08.30.

legmagasabb értéke is egyben. 2017-ben ismét 10 százalék alá csökkent az eltérés, 8,4 százalékra, és ez az első év, ahol a tervezett és tényleges természetbeni juttatások differenciája magasabb, mint a gyógyszerátogatások esetében tapasztalt arány. 2018-ban újabb mérséklődés következett, így a vizsgált utolsó évben 6 százalékos eltérést mutatott a tényleges kiadás és az előirányzatban meghatározott összeg.

Összességében elmondható, hogy 2016-ban és 2017-ben volt a legnagyobb differencia az előirányzatok és a tényleges kifizetések között, míg 2015-ben még alacsonyabb értékekkel lehetett találkozni. Továbbá úgy tűnik, hogy 2018-ban ismét pontosabbak lettek a tervezett összegek, hiszen mindhárom terület esetében sikerült 10 százalék alá szorítani az eltérést.

### Az adott évi teljesítés és az eredeti előirányzat eltérése (%)



Forrás: NEAK

7. ábra: Az adott évi teljesítés és az eredeti előirányzat eltérése (%)<sup>7</sup>

## 2.2. A gyógyszerkassza

### 2.2.1. A gyógyszerek árának képzése

A gyógyszerár-képzés módszeréről a Magyar Gyógyszergyártók Országos Szövetségének (MAGYOSZ) honlapján olvasható összefoglaló szerint<sup>8</sup> a gyógyszerátogatási rendszer felépítése szempontjából a gyógyszerek két nagy csoportját különböztetjük meg: a támogatott és a nem támogatott gyógyszerek körét.

<sup>7</sup>[http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/rolunk/kozerdeku\\_adatok/gazdalkodasi\\_adatok/koltsegvetes\\_beszamolok/EAlap\\_bevetel\\_kiadas/havi\\_jelentes\\_archivum.html](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/gazdalkodasi_adatok/koltsegvetes_beszamolok/EAlap_bevetel_kiadas/havi_jelentes_archivum.html) Letöltés:2019.08.30.

<sup>8</sup><https://www.magyosz.org/hu/oldal/a-gyogyszerek-ararol> Letöltés:2019.09.03.

Az alapvető különbség a két csoport között abban van, hogy

1. a nem támogatott gyógyszerek ára szabadon megállapítható, azt a vásárló fogyasztói áron vásárolhatja meg;
2. a támogatott gyógyszereket a páciens térítési díjon kapja, a fogyasztói árat szigorú befogadási szabályok határozzák meg, azaz a térítési díj a fogyasztói ár és a támogatási összeg különbsége.

### 2.2.2. A támogatott gyógyszerek ára

A jelenlegi gyógyszerár-támogatási rendszer alapjai a nyolcvanas évek végén alakultak ki – a korábbi ún. fix térítési díjas rendszert a százalékos-alapú támogatás váltotta fel. Ez azt jelenti, hogy az egészségbiztosító a gyógyszerek fogyasztói árához meghatározott, százalékos mértékű támogatást nyújt, melynek feltételeit és a maximálisan adható százalékos mértékét miniszteri rendelet határozza meg.

A gyógyszerek támogatásáról és a támogatási feltételek meghatározásáról szóló döntések során figyelembevevett egészségpolitikai alapelvek, azaz a szakmai megalapozottság, a költségvetési keretek figyelembevétele, a finanszírozhatóság, az áthatóság, az ellenőrizhetőség, a számíthatóság, a nyilvánosság, az érdekviszonyok átláthatósága, a szükséglet alapú megközelítés és a költséghatékonyság igazodnak az Európai Unióban megfogalmazott elvekhez.

A törzskönyvezett (forgalomba hozatalra engedélyezett) gyógyszerek fő szabály szerint akkor részesíthetők társadalombiztosítási támogatásban, ha azokat az OEP egy hatósági eljárás során a támogatásba befogadta.

A gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásba történő befogadása

1. a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól (a továbbiakban: Gyftv.) szóló 2006. évi XCVIII. törvény alapján<sup>9</sup>, valamint
2. a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet (továbbiakban: TD rendelet)<sup>10</sup> 1. számú melléklet táblázatában feltüntetett, maximálisan adható százalékos mértékeket alapul véve történik.

<sup>9</sup> <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0600098.TV> Letöltés:2019.09.27.

<sup>10</sup> <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0400032.ESC> Letöltés:2019.09.27.

**Az Egészségbiztosítási Alapból támogatott gyógyszerek az alábbi támogatási kategóriákba sorolhatók be:**

### ***I. Indikációhoz<sup>11</sup> kötött támogatás***

1. kiemelt 100 százalék – általában folyamatos vagy élethossziglan tartó kezelést igénylő krónikus betegségek és rendellenességek legeredményesebb és leghatékonyabb kezelésére, illetve megelőzésére szolgáló gyógyszerek támogatására;
2. emelt 90 százalék, 70 százalék, 50 százalék – általában folyamatos vagy élethossziglan tartó kezelést igénylő krónikus betegségek és rendellenességek, vagy középsúlyos, krónikus betegségek, vagy súlyos, de rövidebb ideig tartó betegségek leghatékonyabb kezelésére szolgáló gyógyszerek támogatására.

### ***II. Normatív támogatás***

1. átlagon felüli, normatív 80 százalék – népegészségügyi szempontból kiemelkedően fontos súlyos, krónikus betegségek és rendellenességek leghatékonyabb kezelésére szolgáló gyógyszerek támogatására);
2. átlagos támogatási kategória, normatív 55 százalék – közepesen súlyos, krónikus betegségek és rendellenességek hatékony kezelésére szolgál, amely betegségek, illetve rendellenességek kezelésére szolgáló gyógyszerek támogatására;
3. átlag alatti támogatási kategória, normatív 25 százalék – krónikus betegségek és rendellenességek eredményes és hatékony kezelésére szolgáló mindazon gyógyszerek támogatására, amely betegségek, illetve rendellenességek az önellátó képességet részlegesen és tartósan rontják;
4. támogatási érték nélküli kategória, 0 százalék – a kizárólag az egészségügyi szolgáltatók számára rendelhető, illetve kiadható gyógyszerek, illetve azon gyógyszerek, melyeket az OEP támogatási érték nélkül fogad be.<sup>12</sup>

Az OEP félévente vaklicités eljárást alkalmaz az azonos hatóanyagú és hatáserősségű készítményekre, ahol a piaci szereplők úgy licitálnak a saját termékeik árára, hogy nem látják a versenytársakét. A vaklicités célja a generikussá vált készítmények árának és ezáltal a gyógyszerkassza kiadásainak csökkentése.

### **Árképzés a nem támogatott gyógyszerkörben**

Célszerű azt is megvizsgálni, mi történik gyógyszerár-ügyben a készítmények másik, nem támogatott csoportjánál. Ezeknél a termékeknél a szabad verseny érvényesül, azaz nincsenek árképzési szabályok, sőt még a gyógyszergyártó sem szólhat bele abba, hogy mennyiért is

---

<sup>11</sup> Valamely kórtünethez, betegséghez kötött támogatás

<sup>12</sup> További részletes információk a gyógyszerár-támogatás és gyógyszerbefogadás témakörében az alábbi linken érhetők el: <http://bit.ly/oep-gyogyszerartamogatás>

adják a patikák a készítményét. 2010 előtt a forgalmazónak lehetősége volt arra, hogy ezeknél a nem támogatott szereknél meghatározza a kiskereskedelmi forgalmazás során érvényesíthető legmagasabb eladási árat.

Sok gyártó élt ezzel a törvény adta lehetőséggel, ugyanis így meg tudták védeni a fogyasztókat attól, hogy a készítményeiket extrém magas áron kínálják a betegeknek. 2010-től már nem él ez a szabály, mivel a jogalkotó úgy látta, hogy az korlátozza a verseny szabadságát. A nem támogatott gyógyszerek piacán tehát szabad a verseny, szabadon meghatározható az ár, azaz a kereslet-kínálat egyszerű törvénye érvényesül. A patikus így annyiért adja a készítményt, amennyiért azt megveszik.

### 2.2.3. A vaklicitről

A vaklicit célja, hogy a generikus<sup>13</sup> készítmények árának csökkentésével a gyógyszerkassza kiadásai is csökkenjenek.

A vaklicitről szintén a MAGYOSZ honlapján találunk leírást. Ez alapján a vaklicit folyamata az azonos hatóanyagú és azonos hatáserősségű termékek esetében egyszerűsítve az alábbiak szerint zajlik<sup>14</sup>.

A vaklicit során a következő fogalmakat kell ismerni ahhoz, hogy megértsük a folyamatot:

- **Fogyasztói ár:** termelői ár+nagykereskedelmi árrés+patikai árrés +5% ÁFA.
- **Támogatás:** az az összeg, melyet a társadalombiztosítás fizet a gyógyszer fogyasztói árából.
- **Térítési díj:** Ezt fizeti a beteg a gyógyszertárban, ami a fogyasztói ár és a társadalombiztosítási támogatás különbözete.

A versenytársak úgy licitálnak a saját termékük árára, hogy nem ismerik a többi piaci szereplő által megadott árat. A licit során csak a jelenlegi árat csökkentő licitet tehetnek a gyártók. A licit végeztével a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (korábban OEP) megállapítja a legalacsonyabb árat, és ennek a terméknek az árához viszonyítva határozza meg az azonos hatóanyagú és hatáserősségű termékek esetén a támogatási szintet, vagyis ezáltal a termékek árát. A támogatási szint és ármegállapítás a következőképpen történik:

- A legalacsonyabb árnál maximum 15 százalékkal magasabb árkategóriába tartozó termékek a preferált árkategóriába sorolják, amelyeknek a támogatási szintje megegyezik a legolcsóbb termék támogatási szintjével.

<sup>13</sup> Az originális készítmények esetében nincs az egyes termékeknek versenytársa.

<sup>14</sup> <http://www.magysz.org/hu/vaklicit> Letöltés:2019.09.03.



- A preferált ársávon kívüli termékek (+15 és +100 százalék között) 15 százalékkal csökkentett ártámogatást kapnak.
- Akik a legolcsóbb termék áránál legalább 100 százalékkal magasabb árat adnak meg, azok elvesztik támogatásukat, azaz delistázódnak, és így a fogyasztóknak a teljes fogyasztói árat ki kell fizetniük e termékek esetében.

#### 2.2.4. A gyógyszer-támogatási rendszer szabályozása

Ahogy korábban láttuk, a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásba történő befogadását két jogszabály szabályozza.

Az egyik a 2006 októberében kihirdetett 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól. E törvény IV. fejezetének 22§-a a következőképpen fogalmaz:

*„Ha törvény ettől eltérően nem rendelkezik, társadalombiztosítási támogatásban akkor részesíthető gyógyszer, tápszer, illetve gyógyászati segédeszköz, ha:”*

- azt a gyártó kérelmezi;
- a termék biztonságosságát és hatásosságát elismerték és forgalomba hozatalát engedélyezték;
- költséghatékonysága igazolt;
- felhasználása gazdaságos és célszerű;
- vállalják a vonatkozó szabályok betartását;
- a szükséges társadalombiztosítási forrás rendelkezésre áll, illetve biztosítható;
- a készletben tartásra kötelezettséget vállalnak.<sup>15</sup>

A támogatási szabályokról a 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet rendelkezik. Ezt a korábbi árképzésről foglalkozó részben már tárgyaltuk.

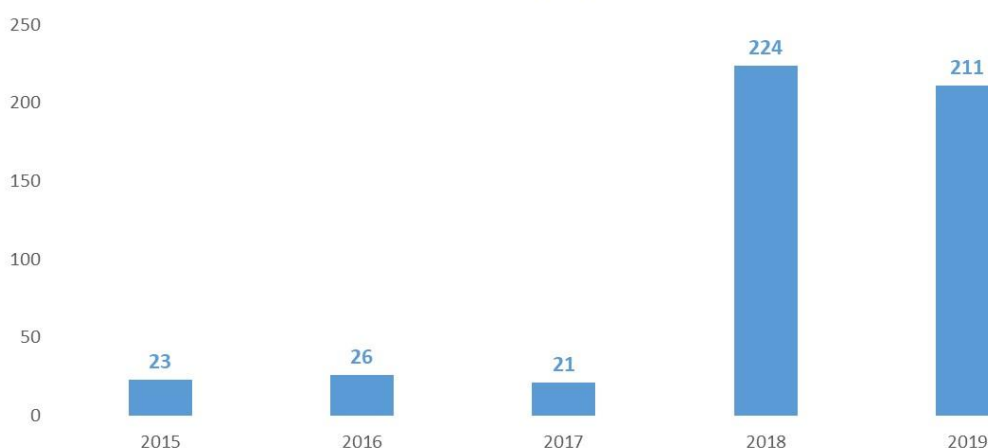
<sup>15</sup> <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0600098.TV> Letöltés:2019.09.03.

## 2.2.5. Engedélyezett gyógyszerek és az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézetben iktatásra került és folyamatban levő forgalomba hozatali engedélyezési kérelmek száma

Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) nyilvántartása<sup>16</sup> szerint 2015. január 1-je óta 505 darab forgalomba hozatali engedélyezési kérelem került iktatásra. Ezek évenkénti eloszlása érdekes képet mutat.

2015-ben mindössze 23 darab kérelmet iktattak, ez a szám 2016-ban sem változott érdemben, 26 kérelem került a rendszerbe. 2017-ben sem történt áttörés, és a vizsgált időszak legalacsonyabb értéke, 21 darab engedély került iktatásra. 2018-ban azonban jelentősen növekedett a benyújtott kérelmek száma, ekkor már 224 kérelem érkezett be. 2019-ben nem tudunk teljes évet vizsgálni, de elmondható, hogy az év eddigi részében is hasonlóan magas a benyújtott kérelmek száma, 211, ami már most megközelíti az előző teljes év értékét. Ebből arra lehet következtetni, hogy 2019-ben jóval több ilyen kérelem érkezhetsz az OGYÉI-hez, mint egy évvel ezelőtt.

### OGYÉI-ben iktatásra került és folyamatban levő forgalomba hozatali engedélyezési kérelmek száma (db)



Forrás: OGYÉI

8. ábra: OGYÉI-ben iktatásra került és folyamatban levő forgalomba hozatali engedélyezési kérelmek száma (db)

A fent ismertetett, iktatásra került kérelmek száma azonban nem tükrözi, hány gyógyszer került forgalomba az egyes években, mivel az engedélyezési kérelmek beadása és a tényleges

<sup>16</sup> <http://www.ogyei.gov.hu/dynamic/PublikusOGYEBLista20150101-20190901.xls> Letöltés: 2019.09.06

engedélyezés között akár évek is eltelhetnek. Az adott évben engedélyt kapott gyógyszerek számáról az OGYÉI honlapján megtalálható gyógyszer-adatbázis<sup>17</sup> ad képet.

2015-ben 767 gyógyszer kapott engedélyt. Ez a szám 2016-ra 811-re emelkedett, ami a vizsgált időszak legmagasabb értéke. Ezután csökkenő tendencia figyelhető meg: 2017-ben 621 engedélyt adtak ki, míg 2018-ban 587-re mérséklődött a kiadott engedélyek száma. 2019-ben természetesen nincs teljes évre vonatkozó adat, de augusztus végéig 311 darab engedélyezés történt. Amennyiben az év végéig nem változik az ez évben tapasztalható tendencia, akkor 2018 után újabb csökkenés következik be a kiadott engedélyek számában.



Forrás: OGYÉI

9. ábra: Engedélyezett gyógyszerek száma (db)

### 2.2.6. Intézkedések és lehetőségek a gyógyszerkassza kiadáscsökkentéséért

Áttekintve az elmúlt évek szabályozás-változásait, elmondható, hogy a bevezetett módosítások folytatása, valamint finomítása nyújthat segítséget a gyógyszerkassza kiadásainak további csökkentésében. Ezért érdemes kitérni rá, hogy milyen változások bevezetésével igyekeztek a törvényhozók mérsékelni a gyógyszerkassza kiadásait.

<sup>17</sup> <https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/> Letöltés:2019.09.06

2010-ben a 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM-rendelet módosításának részleteivel a Medical Online foglalkozott részletesen<sup>18</sup>. Ez alapján a módosítások részeként bevezették a már támogatott gyógyszerek támogatásának felülvizsgálatra irányuló eljárások főbb szabályait, valamint rendelkeztek arról, hogy az OEP dolgozzon ki új finanszírozási protokollokat a stroke, a prosztataadaganatok, valamint az asztma és a COPD kezelésére használt gyógyszerek kapcsán. Ezek alapján meghatározásra kerülnek az úgynevezett „elvárt árak”. Ahogy a weborvos.hu-n lehet olvasni ezzel kapcsolatban: *„A finanszírozási eljárásrendben az adott csoportban legkedvezőbb árú készítmény kerül az első helyre, azaz a protokoll kihirdetését követően ezt a medicinát alkalmazzák majd az orvosok a leggyakrabban. A legköltségesebb készítményt csak abban az esetben finanszírozza majd az OEP, ha az adott beteg esetében az elsősorban alkalmazandó készítmények nem nyújtják az orvosilag elvárható hatást.”*<sup>19</sup>

Emellett a módosítás foglalkozik a fix dózisú orális kombinációk (egy tablettában vagy kapszulában két hatóanyagot tartalmazó gyógyszerek) befogadásának és támogatásának szabályaival. Ez alapján a kombinációk napi terápiás költsége nem haladhatja meg a külön-külön vett hatóanyagok napi terápiás költségeinek összegét.

A Széll Kálmán terv a 2012 és 2014 közötti időszakra a gyógyszerkassza 120 milliárd forintos csökkentését célozta meg. Bár némi mérséklődés megvalósult, az eredeti célkitűzést nem sikerült elérni. Ennek egyik fő eleme a hatósági árcsökkentés volt, ami mérsékli a gyártók profitját, a nagykereskedők és a patikák árrés-bevételét és ezzel együtt a támogatások összegét, valamint a betegek által fizetett térítési díjat is.<sup>20</sup>

2012-ben a cukorbeteg és a prosztatarákban szenvedők gyógyszereinek szabályozását alakították át. Ennek keretében *„egyes gyógyszerek árának támogatásánál életbe lép a terápia eredményességén alapuló szabályozás, így a jövőben a cukorbetegeknek és a prosztatarákban szenvedőknek gyakrabban kell orvosi felülvizsgálatra menniük.”* Ez azt jelenti, hogy a szakorvosi javaslat érvényessége a korábbi egy évről fél évre módosult.<sup>21</sup> A fenti változtatás két csatornán keresztül hathat a gyógyszerkassza kiadásaira: egyrészt a gyógyszerek hatásosságáról az orvos előbb kap visszajelzést, másrészt pedig az olyan betegek, akik nem együttműködőek, elesnek a támogatástól.

2017. január 1-jétől *„abban az esetben, ha egy adott gyógyszer forgalomba hozatali engedélyének jogosultja a gyógyszer forgalmazását Magyarország területén felfüggeszti vagy a továbbiakban nem forgalmazza azt, és ahelyett más gyógyszer is beszerezhető, a*

<sup>18</sup> [http://medicalonline.hu/cikk/uj\\_rendelet\\_a\\_gyogyszerkassza\\_egyensulyaert](http://medicalonline.hu/cikk/uj_rendelet_a_gyogyszerkassza_egyensulyaert) Letöltés: 2019.09.06.

<sup>19</sup> <https://weborvos.hu/gyogyszerpiac/gyogyszerek-az-oep-által-elvart-ar-173716> Letöltés: 2019.09.09.

<sup>20</sup> [http://medicalonline.hu/eu\\_gazdasag/cikk/gyogyszerkassza\\_mibol\\_jon\\_ossze\\_a\\_120\\_milliard](http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/gyogyszerkassza_mibol_jon_ossze_a_120_milliard) Letöltés: 2019.09.06.

<sup>21</sup> <https://www.egeszsegkalauz.hu/gyogymodok/gyogyszerterapia/figyelem-gyogyszertamogatás-valtozas-cukorbeteg-prosztatarakban-szenvedok/4lkeey5> Letöltés: 2019.09.06.

*helyettesítő gyógyszer automatikusan megkapja a hiánycikké vált termék társadalombiztosítási támogatását.”<sup>22</sup>*

Összegezve a fentieket, a gyógyszerkassza kiadáscsökkentését 2010 óta több intézkedéssel igyekeztek a döntéshozók elérni. Ezek a változások jellemzően a következő csomópontok köré összpontosultak:

- támogatás felülvizsgálat;
- elvárt ár, hatósági árcsökkentés;
- vaklicit szabályozásának módosításai;
- terápiaeredményesség, beteg-együttműködés.

---

<sup>22</sup><https://www.hirado.hu/2017/01/01/tobb-valtozas-lesz-iden-is-az-egeszsegugyben/> Letöltés: 2019.09.06.

### 3. Magánegészségügyi kiadások, források és szerepük az egészségügyben

Az elmúlt években a magyar egészségügy és az ellátórendszer finanszírozásában is jelentős változások mentek végbe: folyamatosan nőtt az egészségügy magánfinanszírozásának mértéke, a magánegészségügyi piacon újabb szereplők jelentek meg, a lakosság pedig egyre nagyobb összegeket költött a magánegészségügy szolgáltatóinál, egyre többen vettek igénybe ilyen jellegű szolgáltatást. Emellett a piacon egyre több szolgáltató és egyre több szolgáltatási konstrukció jelent meg: többek között megjelentek a magánegészségügyi biztosítások, mellyel egyre szélesebb rétegek számára válnak elérhetővé a magánegészségügy keretében igénybe vehető szolgáltatások.

Elemzésünkben kitérünk az egészségügy finanszírozásának volumenére, a magánegészségügyi kiadások összegének és annak súlyának változására, a magánegészségügyi piac szereplőire, az oda újonnan belépő szereplőkre és a lakosság magánegészségüggyel kapcsolatos attitűdjeire is.

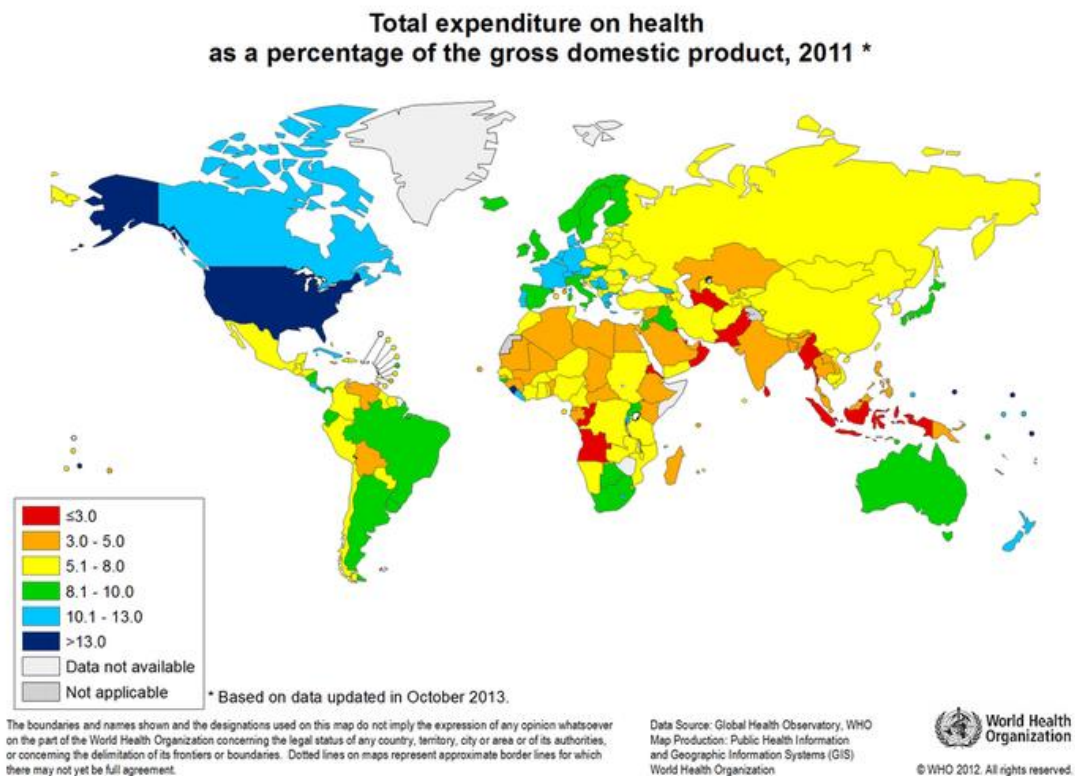
#### 3.1. Az egészségügy finanszírozása

Az egészségügyi kiadásokra vonatkozó adatok 2013 óta az egészségügyi számlák nemzetközi módszertanának 2011-es változata szerint készülnek hazánkban (az adatokat az összehasonlíthatóság miatt 2003-ig visszamenőleg korrigálták a módszertannak megfelelően). Ezek alapján az egészségügyi kiadások három alrendszerből tevődnek össze az alábbiak szerint<sup>23</sup>:

- kormányzati alrendszerek: a kormányzati és önkormányzati egészségügyi kiadások, valamint az Egészségbiztosítási Alap kiadásai;
- önkéntes finanszírozási alrendszer: az egészségpénztárak, lakosságot segítő non-profit vállalkozások, illetve a vállalkozások egészségügyi kiadásai;
- háztartások: a háztartások közvetlen egészségügyi kiadásai.

A 2011-es adatokat vizsgálva láthatjuk, hogy Magyarország világviszonylatban a középmezőnyben helyezkedik el a GDP arányában egészségügyi kiadásokra fordított összeg tekintetében.

<sup>23</sup> <https://www.ksh.hu/docs/hun/modsz/modsz24.html> Letöltés: 2019.09.11.

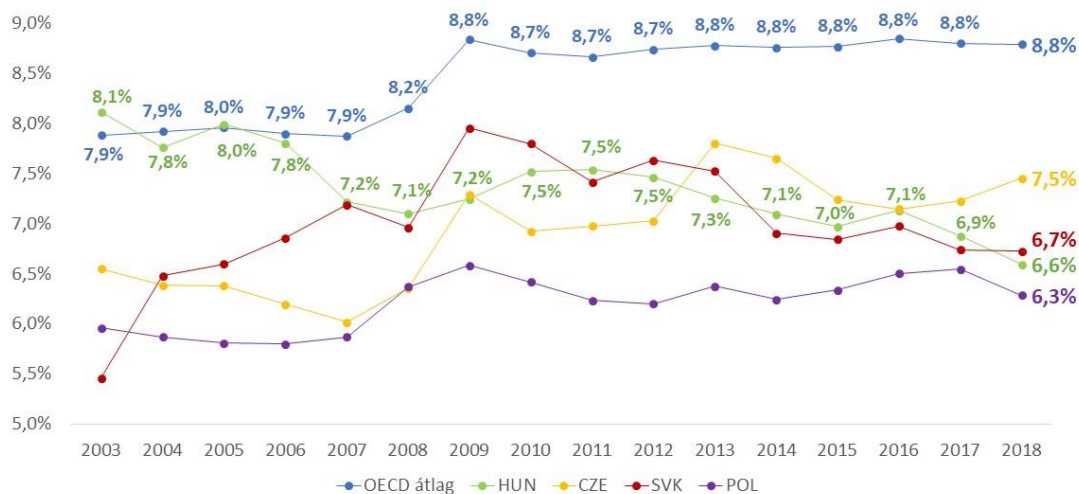


10. ábra: A világ országainak egészségügyi kiadása a GDP arányában, 2011<sup>24</sup>

Európát részletesebben megvizsgálva láthatjuk, hogy a tőlünk nyugatra és északra lévő országok nálunk többet költenek az egészségügyre. Ebben a tekintetben Európa keleti részéhez és Oroszországhoz hasonlóan teljesítünk. Az Egyesült Államokban a nyugat-európai átlagnál is magasabb a GDP arányában az egészségügyre fordított összeg. Kanadában hazánknál többet, a nyugat-európai szinttel megegyező mértékben fordítanak az egészségügyre a GDP arányában. Kínában az erre fordított összegek GDP-arányosan a hazánkban tapasztalt mértéket értek el. A világméretű kitekintést követően egy szűkebb terjedelmű nemzetközi összehasonlítással folytatjuk, melyben a visegrádi országok eredményeit vetjük össze hazánk eredményeivel.

<sup>24</sup> [https://www.who.int/health-accounts/expenditures\\_maps/en/](https://www.who.int/health-accounts/expenditures_maps/en/) Letöltés: 2019.09.11.

## Egészségügyi kiadás a GDP arányában



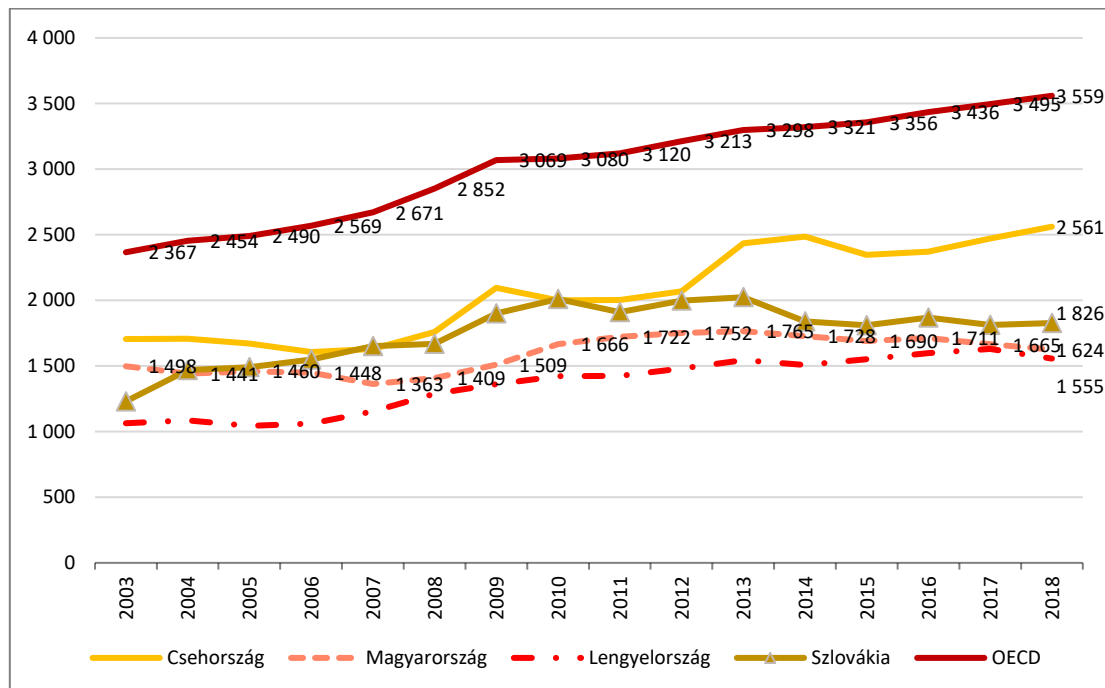
Forrás: OECD

### 11. ábra: Egészségügyi kiadás a GDP arányában

Magyarország GDP-arányos egészségügyi kiadása összességében csökkenő tendenciát mutat. A legfrissebb, 2018-as adat szerint az ország a GDP mindössze 6,6 százalékát költi az egészségügy finanszírozására, ami jelentősen elmarad az OECD országok 8,8 százalékos átlagától. A visegrádi országok között ezzel az értékkel a harmadik helyet foglaljuk el. Az OECD országok átlagát vizsgálva láthatjuk, hogy 2003 és 2007 között 8 százalék körül stagnált, amit egy erőteljesebb növekedés követett, majd 2009-től évről évre újra stabilan 8,8 százalék körül alakul. A 2007 és 2009 között látható növekedés a visegrádi országok esetében is végbement, kivéve hazánkat, ahol ekkor volt az egészségügyre fordított összeg egyik mélypontja. Szlovákia egészségügyi kiadásai a GDP arányában erőteljes növekedést mutattak 2009-ig, azóta azonban hazánkhoz hasonlóan csökkenő a tendencia. Nálunk a 2008-as mélypont után, 2010 és 2012 között 7,5 százalékon stabilizálódott, azóta azonban folyamatosan mérséklődik. A legjobban teljesítő visegrádi ország Csehország, ahol 2018-ban a legmagasabb volt ez az arány (7,5 százalék). Csehország az idősoros adatokat vizsgálva meglehetősen változó képet mutat, azonban a négy közül ez az egyetlen ország, amely az utóbbi néhány évben növekedést produkált. Az egészségügyi kiadások GDP-arányos vizsgálata mellett fontos megnézni az egészségügyi kiadások egy főre jutó nominálértékének alakulását is, melyet az alábbi diagram mutat.

Az egészségügyi kiadások GDP-arányos vizsgálata mellett fontos megnézni az egészségügyi kiadások egy főre jutó reálértékének alakulását is, melyet az alábbi diagram mutat.

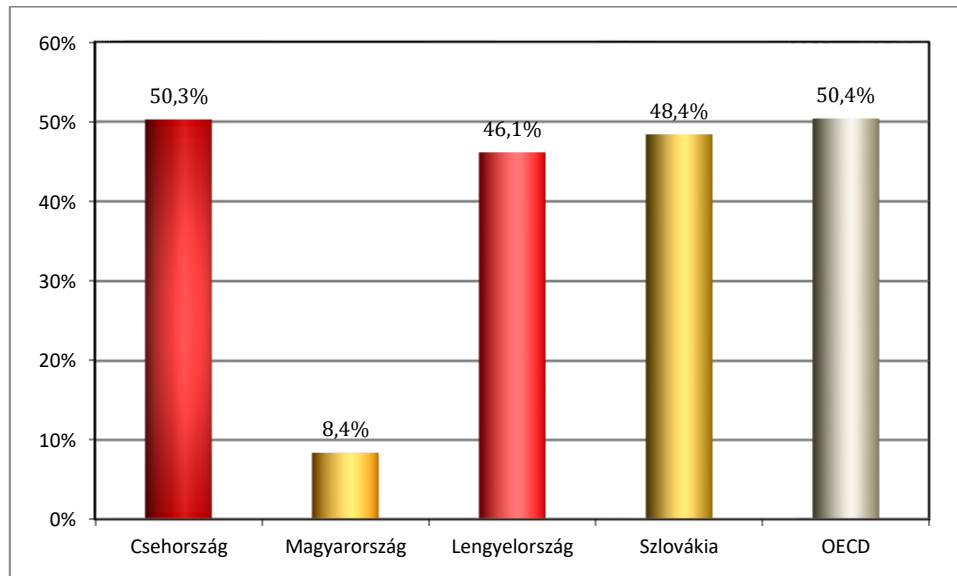




12. ábra: Egy főre jutó egészségügyi kiadás (2010=100%, USD) vásárlóerő paritáson.

Forrás: OECD

Az egy főre jutó egészségügyi kiadásokat vásárlóerő-paritáson, 2010-es árakon számolva látható, hogy az OECD országok átlaga töretlenül növekszik. 2018-ban 3 559 dollár volt. Hosszú távon mind a négy visegrádi ország esetében növekvő tendencia tapasztalható, azonban hazánkban a legkisebb mértékű az emelkedés. 2018-ban a vásárlóerő-paritáson és 2010-es árakon mért, egy főre jutó egészségügyi kiadás tekintetében Csehország (2 561 dollár) és Szlovákia (1 826 dollár) megelőzte Magyarországot (1 624 dollár), míg Lengyelország (1 556 dollár) kismértékben elmaradt a magyar szinttől. Látható tehát, hogy a Visegrádi négyek közül Csehország állt az első helyen, míg hazánk a harmadik volt a rangsorban. A változatlan áras adatsor alapján megállapítható, hogy Magyarországon 2013 óta kismértékben csökkent az egy főre jutó egészségügyi kiadás vásárlóerő-paritáson mért értéke, amelyhez hasonló tendenciát csak Szlovákia esetében tapasztalunk. Az egészségügyi kiadások egy főre jutó időbeli változását vásárlóerő-paritáson vizsgálva jól szemlélteti a 2003 és 2018 közötti növekedési arány, melyet az alábbi diagram mutat be.



13. ábra: Egy főre jutó egészségügyi kiadás (2010=100%, USD) növekedési aránya 2003 és 2018 között vásárlóerő-paritáson.

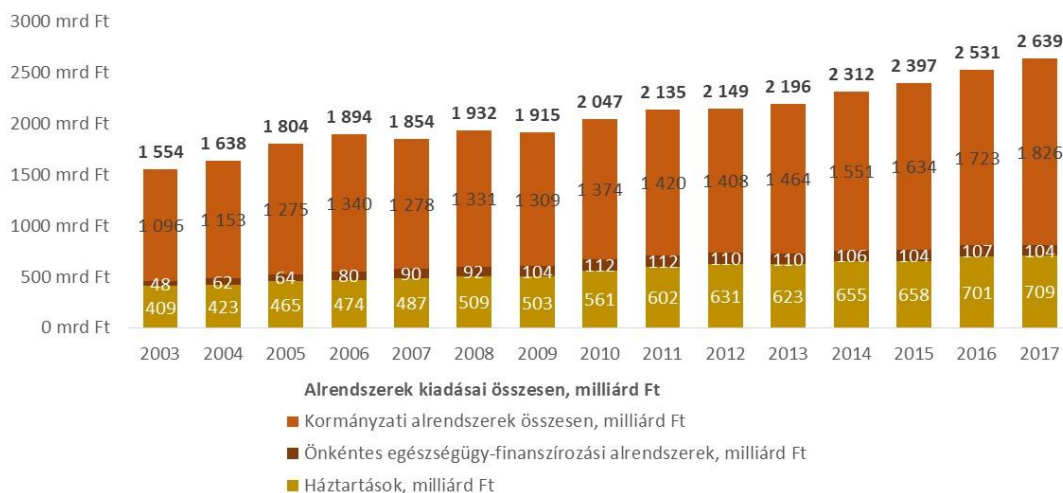
Forrás: OECD

Az OECD országok átlagos növekedése a vizsgált évek között 50,4 százalékos volt, amely átlagot kizárólag Csehország közelítette meg 50,3 százalékos növekedéssel. Lengyelország és Szlovákia esetében kismértékben maradt el az egy főre jutó egészségügyi kiadások vásárlóerő-paritáson mért növekedése, rendre 46,1 és 48,4 százalékos értéket értek el. Ellenben Magyarország tekintetében, bár emelkedett az egy főre jutó egészségügyi kiadás, a növekedés mértéke érdemben elmaradt az OECD átlagtól, illetőleg a többi visegrádi ország adatától 8,4 százalékos értékével.

### 3.2. Hazai egészségügyi alrendszerek és finanszírozásuk

Ahogy azt korábban említettük, a hazai egészségügyi rendszer finanszírozása három alrendszerből tevődik össze: kormányzati, önkéntes, háztartások. Ebben a fejezetben ezeket az alrendszereket fogjuk részletesen megvizsgálni, fókuszban a háztartások kiadásaival.

## Hazai egészségügyi kiadások összetétele (milliárd Ft)

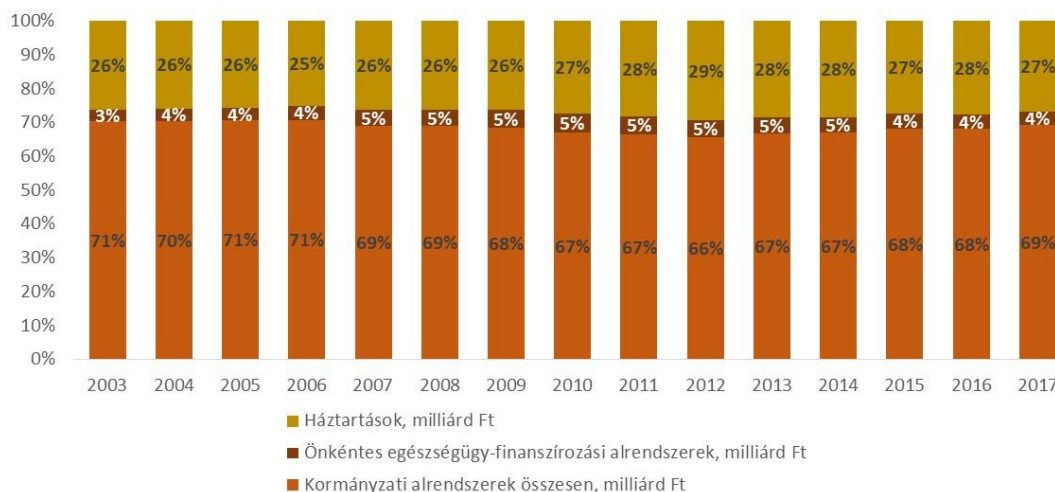


Forrás: KSH

### 13. ábra: Hazai egészségügyi kiadások összetétele

A hazai egészségügyi kiadások nominálértékét vizsgálva látható, hogy az egészségügyre fordított összeg évről évre folyamatosan növekszik. A 2003-as 1 554 milliárd forintról 2017-re több mint 1 000 milliárd forinttal, 2 639 milliárd forintra emelkedett az egészségügyre fordított összeg. A kiadások jelentős része állami, kormányzati kiadás, melynek összege szintén növekvő tendenciát mutat. A 2003-as 1 096 milliárd forintról 2017-re 1 826 milliárd forintra emelkedett, ez 67 százalékos növekedést jelent, ami a 2003 és 2017 között az egészségügyi szolgáltatások árindexét figyelembe véve, reál értéken közel 15 százalékos csökkenést mutat. Az önkéntes egészségügyi finanszírozási alrendszerek szerepe igen csekély, azonban ezen a területen történt a legmagasabb arányú, 115 százalékos emelkedés (2003-as 48 milliárd forintról 2017-re 104 milliárd forintra), ami reálértéken 10 százalékos növekedés. A háztartások egészségügyre fordított kiadásairól elmondható, hogy a vizsgált években összesen 73 százalékkal emelkedett, ami jelentősebb növekedés, mint a kormányzati kiadások esetében (2003-as 409 milliárd forintról 2017-re 709 milliárd forintra), reálértéken ez 12 százalékos csökkenést jelent.

## Hazai egészségügyi alrendszerek kiadásainak aránya az összes egészségügyi kiadáson belül



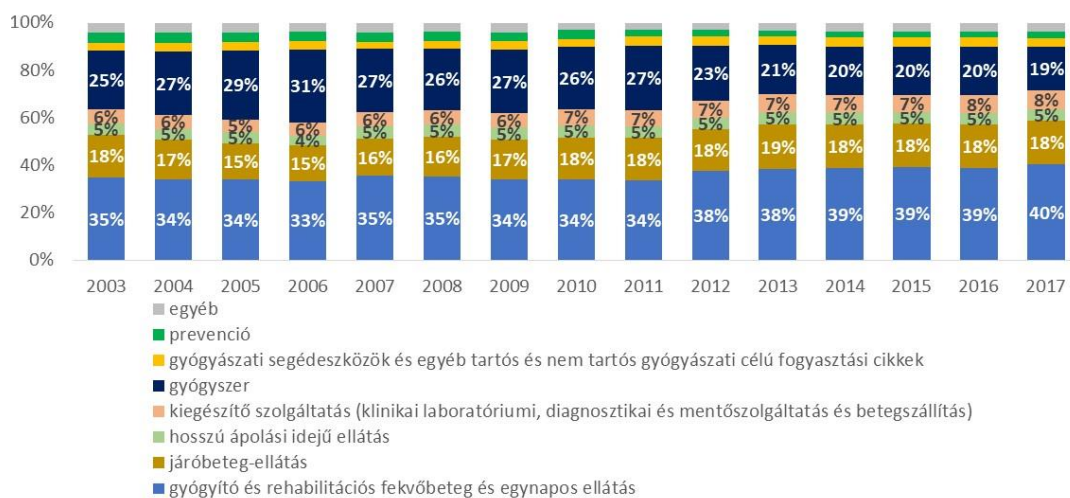
Forrás: KSH

14. ábra: Hazai egészségügyi alrendszerek kiadásainak aránya az összes egészségügyi kiadáson belül

A fenti diagramról jól látható, hogy az egészségügyi kiadások jelentős részét állami, kormányzati forrásból finanszírozzák, azonban igen jelentős a háztartások, tehát a magánemberek által finanszírozott egészségügyi ellátás is. Az önkéntes finanszírozási alrendszer mindössze 4–5 százalékát teszi ki az összes egészségügyi kiadásnak. Ha az adatokat idősoros összehasonlításban vizsgáljuk, láthatjuk, hogy az egyes alrendszerek súlyát illetően nem történt komoly változás az eltelt évek alatt. Az állami finanszírozás mértéke 2003-ban 71 százalékról indult, mélypontja 2012-ben 66 százalékon volt. Ezt követően újra emelkedésnek indult és 2017-re visszaállt a 2007-es, 2008-as 69 százalékos szintre. A háztartások kiadásainak aránya 2003 és 2009 között 26 százalék körül stagnált, majd növekedésnek indult. Csúcspontja egybe esik a kormányzati kiadások mélypontjával, ami 2012-ben volt, ekkor a háztartások kiadásai az egészségügyi kiadások 29 százalékát tették ki. Ezután enyhe csökkenés következett, a háztartási ráfordítások aránya 2017-ben 27 százalék volt.

A következőkben megmutatjuk, hogy milyen dimenziókból tevődnek össze, hogyan épülnek fel az egyes alrendszerek. Elsőként a kormányzati alrendszert vizsgáljuk meg részletesebben.

## Kormányzati egészségügyi kiadások összetétele

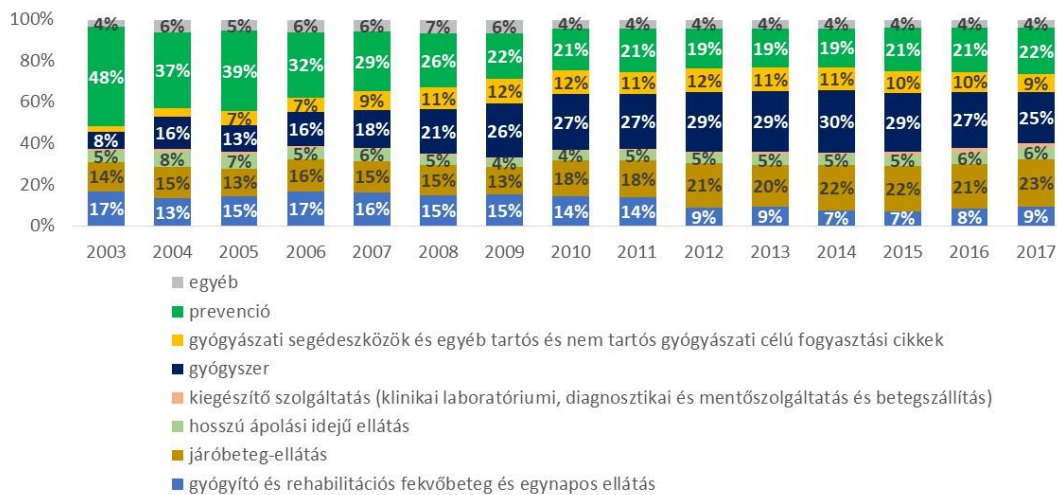


Forrás: KSH

### 15. ábra: Kormányzati egészségügyi kiadások összetétele

A kormányzati alrendszer kiadásainak jelentős hányadát a gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás teszi ki, valamint számottevő a gyógyszer költség is. A harmadik kiemelkedő terület a járóbeteg-ellátás. A hosszú ápolási idejű ellátás, a kiegészítő szolgáltatások, a gyógyászati segédeszközök és prevenció 10 százalékos alatti arányokat tesznek ki. A legjelentősebb, fekvőbeteg és egynapos ellátásra költött összeg a vizsgált években enyhe emelkedést mutat. 2003-ban az erre költött összeg a teljes költség 35 százalékát jelentette, míg 2017-ben már 40 százalékát. A mélypont 2003-ban 33 százalék volt. A második legjelentősebb terület, a gyógyszerre fordított kiadások 2006 óta csökkenő tendenciát mutatnak. 2003 és 2006 között növekedett az erre fordított összeg aránya, 25 százalékról 31 százalékra. Ez utóbbi értékről 2017-re 19 százalékra csökkent, amely jelentős visszaesés a gyógyszerekre fordított összeg tekintetében. A harmadik legjelentősebb terület a járóbeteg-ellátás. Az erre fordított összeg 2003-ban a teljes költség 18 százalékát tette ki, mely 2005-re 15 százalékra esett vissza. Enyhe emelkedést követően 2010-ben visszaállt a 18 százalékos szintre, melyet azóta is tart. A hosszú ápolási idejű ellátásra a teljes költség mindössze 5 százaléka jut. Az olyan kiegészítő szolgáltatásokra, mint a klinikai laboratóriumi és diagnosztikai vizsgálatok, mentőszolgáltatás és betegszállítás a teljes költség 8 százalékát költötték 2017-ben. Ez egy elhúzódó, lassú növekedés eredménye. 2003-ban még csak a költségek 6 százalékát fordították erre a területre.

## Önkéntes egészségügyi kiadások összetétele



Forrás: KSH

16. ábra: Önkéntes egészségügyi kiadások összetétele

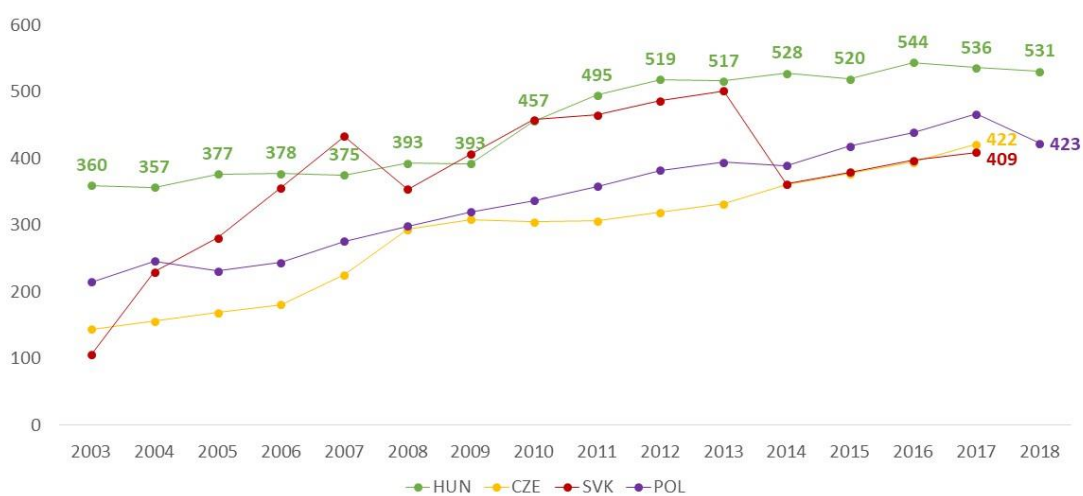
Az önkéntes egészségügyi kiadások összetétele egészen más képet mutat, mint a kormányzati kiadásoké. Itt a legjelentősebb a járóbeteg-ellátásra, a gyógyszerre és a prevencióra fordított összeg. Ez utóbbi terület esetén látható a legnagyobb változás a vizsgált időszakban. Míg 2003-ban még az önkéntes egészségügyi kiadások 48 százalékát fordították prevencióra, addig 2017-ben ez az arány mindössze 22 százalék volt. A mélypontot 2012-ben érte el a prevencióra fordított összeg, ekkor mindössze 19 százalékot tett ki. Az enyhe növekedés 2015-ben indult meg. A prevenció helyét láthatóan a járóbeteg-ellátásra és a gyógyszerre fordított összeg vette át. Esetükben ellentétes tendencia látható, az ezen területekre fordított összeg aránya növekedést mutat. 2003-ban még csak a teljes költség 8 százalékát fordították gyógyszerre, míg ez az arány 2017-ben már 25 százalék volt. A csúcspontot 2014-ben érte, akkor az önkéntes egészségügyi kiadások 30 százalékát fordították gyógyszerekre. A járóbeteg-ellátásra fordított összeg aránya 2003-ban 14 százalékot tett ki. Némi hullámzást követően 2010-től kezdődően emelkedést mutat az erre a területre fordított összeg aránya, ami 2017-re elérte a 23 százalékot. A hosszú idejű ápolásra fordított kiadások aránya 2011 óta 5–6 százalék körül stagnál. A gyógyászati segédeszközök finanszírozására a teljes költség 11–12 százalékát költötték 2008 és 2014 között. Ez az arány 2017-ra 9 százalékra csökkent.

A háztartási alrendszer összetételét a következő, magánegészségügyi kiadásokat tárgyaló fejezetben ismertetjük részletesen.

### 3.3. A háztartások által finanszírozott egészségügyi (magánegészségügyi) kiadások

Nemzetközi összehasonlításban érdemes megvizsgálni a háztartások által finanszírozott egészségügyi kiadások alakulását, amely jól tükrözi a magánegészségügy szerepét a vizsgált országokban. Az alábbi diagram az egy főre jutó háztartási egészségügyi kiadások értékét mutatja amerikai dollárban, összehasonlítva a visegrádi országokat.

#### Egy főre jutó háztartási egészségügyi kiadások (USD)



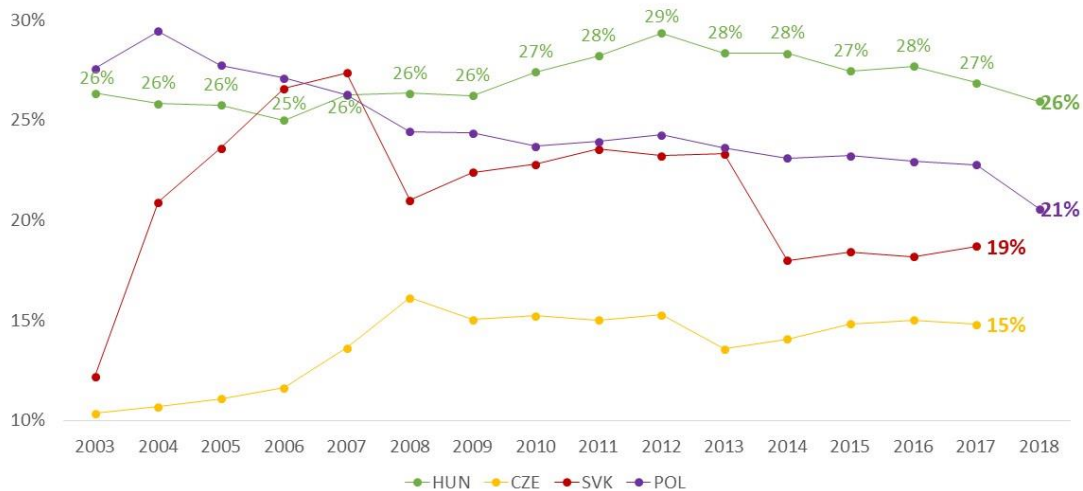
Forrás: OECD

17. ábra: Egy főre jutó háztartási egészségügyi kiadások (USD) vásárlóerő paritáson

A négy országot összehasonlítva látható, hogy hazánk háztartásai költenek a legtöbbet egészségügyre vásárlóerő-paritáson mérve. Magyarországon az egy főre jutó háztartási egészségügyi kiadások tekintetében vásárlóerő-paritáson mérve növekvő trendet láthatunk. A háztartási egészségügyi kiadások növekedése Lengyelország és Csehország esetében is megfigyelhető, ám az összeg koránt sem éri el a hazánkban tapasztalhatókat. Szlovákia háztartásainak egy főre jutó egészségügyi kiadásai hullámzó képet mutatnak, kiadásai értéke az utóbbi években jelentősen elmaradt a hazánkban mérttől.

A háztartások egészségügyi kiadásait tovább vizsgálva érdemes megnézni, hogy ezek a magán jellegű költségek milyen arányt képviselnek a teljes egészségügyre fordított kiadásokból, melyet az alábbi diagramon láthatunk.

## Háztartások által finanszírozott egészségügyi kiadások aránya a teljes egészségügyre fordított kiadásokból



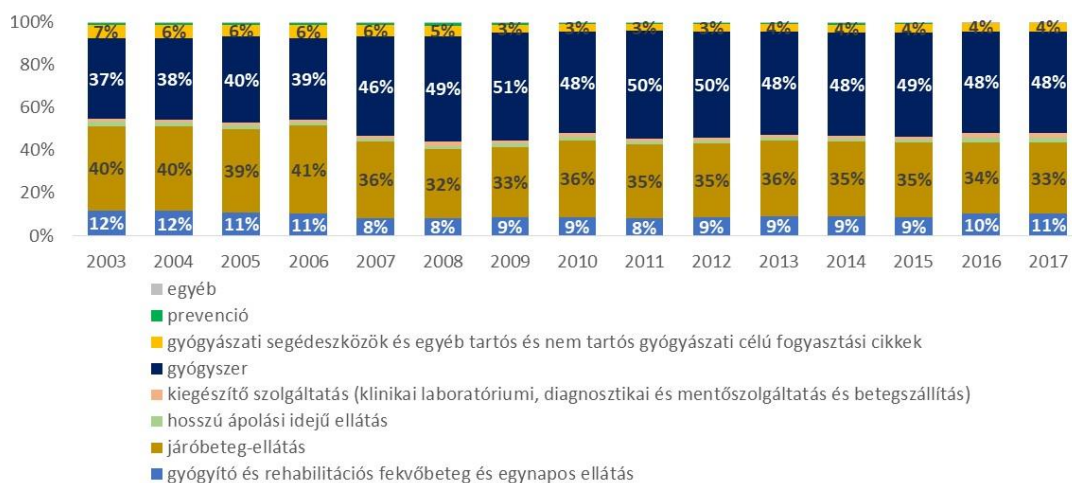
Forrás: OECD

18. ábra: Háztartások által finanszírozott egészségügyi kiadások aránya a teljes egészségügyre fordított kiadásokból

Jól látható, hogy 2007 óta a visegrádi országok közül hazánkban a legmagasabb a háztartások által finanszírozott egészségügyi kiadások teljes kiadáshoz viszonyított aránya. A teljes vizsgált időszakban az ilyen magánfinanszírozás az összes kiadás legalább negyedét jelentette. A mélypont 2006-ban 25 százalék, a csúcspont pedig 2012-ben 29 százalék volt. Habár hazánkban 2012 óta csökkenést mutat ez az arány, a vizsgált országok közötti vezető szerepét továbbra is stabilan őrzi. Lengyelországban egy fokozatosan csökkenő tendenciát láthatunk, mely rövidebb stagnáló időszakokkal tarkítva, de 2004 óta tart. Szlovákia esetében a háztartások által finanszírozott egészségügyi kiadások aránya nagyon hullámzó képet mutat. 2003 és 2007 között egy meredek emelkedés látható, 2006-ban és 2007-ben hazánkat is megelőzte. Ezután egy meredek zuhanást követő, kismértékben emelkedő időszak következett 2008 és 2013 között. 2014-ben újabb jelentős visszaesés látható, az érték pedig 18–19 százalék körül stabilizálódni látszik. Csehország áll az utolsó helyen a négy vizsgált ország közül, náluk a legalacsonyabb a háztartások által finanszírozott egészségügyi kiadások aránya. 2003 és 2008 között emelkedés látható, majd egy kismértékű visszaesés utáni stabilizáció 15 százalék körül. 2013-ban, újabb kismértékű mérséklődést követően, két év alatt visszaállt a korábbi 15 százalékos szintre, melyet három éve stabilan tart. Az adatok arra engednek következtetni, hogy a visegrádi országok közül hazánkban a legnagyobb a magánegészségügy szerepe, míg Csehországban a legkisebb.



## Háztartások egészségügyi kiadásainak összetétele



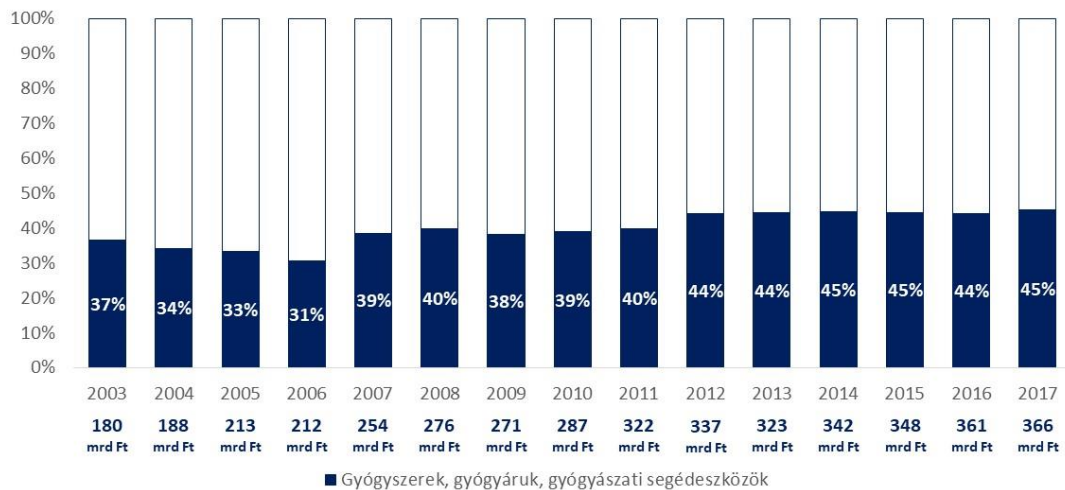
Forrás: KSH

19. ábra: Háztartások egészségügyi kiadásainak összetétele

A háztartások egészségügyi kiadásainak összetétele 2003 óta nem ment át jelentős változáson. A magyar háztartások járóbeteg-ellátásra az egészségügyi kiadásaik 40 százalékát költötték 2006-ig. Gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátásra a teljes költség 11–12 százalékát fordították, emellett a gyógyszerkiadások sem érték el a 40 százalékot. 2007-ben következett be jelentősebb változás: 36 százalékra csökkent a járóbeteg-ellátás fordított költsége aránya és ezzel egyidejűleg 46 százalékra nőtt a gyógyszerkiadások részesedése. A járóbeteg-ellátásra fordított összegek aránya 2008-ban 32 százalékos részesedéssel érte el a minimumát, innen ismét növekedésnek indult és kisebb ingadozásokkal 34 százalék körül stabilizálódott. A gyógyszerre fordított összegek aránya 2009-ben érte el maximumát, ekkor abszolút többségbe került az erre fordított összegek aránya (51 százalék), majd ezután enyhén csökkent és 48 százalékos szinten található az utolsó két évben. Gyógyászati segédeszközre a vizsgált időszakban folyamatosan csökkenő arányban költöttek a háztartások, a 2003-as 7 százalékos szintről 2017-re 4 százalékra csökkent az erre felhasznált összegek aránya. Amennyiben az egészségügyi szolgáltatásra (gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás; járóbeteg-ellátás; hosszú ápolási idejű ellátás; kiegészítő szolgáltatás [klinikai laboratóriumi, diagnosztikai és mentőszolgáltatás és betegszállítás]) fordított összegeket együttesen vizsgáljuk, akkor ezzel kapcsolatban is elmondható, hogy 2007-ben találunk egy fordulópontot. Ekkor ezek aránya a teljes kiadások között a korábbi 50 százalék feletti értékről 47 százalékra csökkent, ami 2008-ban érte el a minimumát 44 százalékkal. Innen lassú növekedéssel 2017-re 48 százalékra nőtt a lakosság egészségügyi kiadásainak aránya a teljes egészségügyre elköltött forintok között.

A háztartások egészségügyi kiadásait érdemes részletesebben is megvizsgálni, különös tekintettel bizonyos területekre. Elsőként a gyógyszerekre, gyógyárakra és gyógyászati segédeszközökre költött kiadásokat vizsgáljuk meg a teljes ilyen típusú kiadás arányában.

### A háztartások kiadásai az összes kiadás arányában Gyógyszerek, gyógyárak, gyógyászati segédeszközök



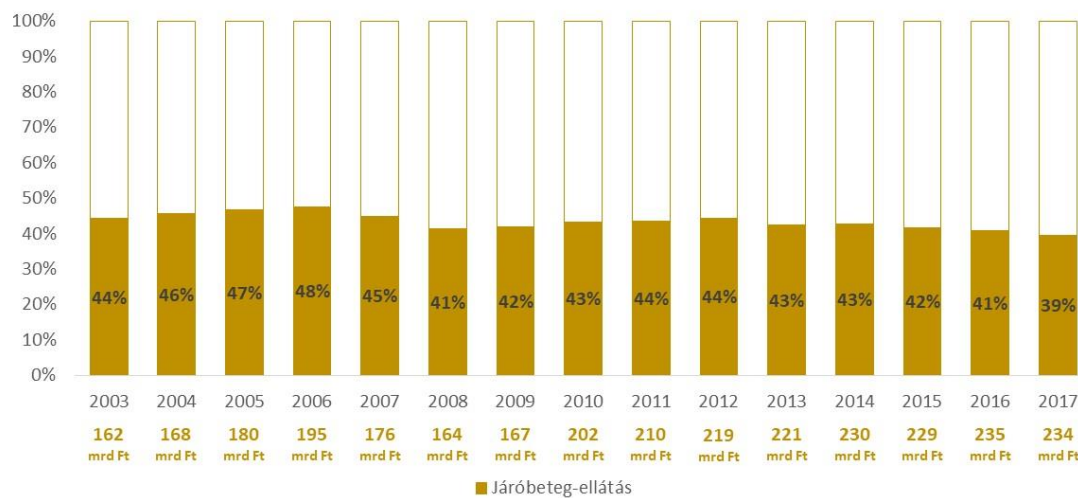
Forrás: KSH

20. ábra: A háztartások kiadásai az összes kiadás arányában - gyógyszerek, gyógyárak, gyógyászati segédeszközök

A gyógyszerekre, gyógyárakra és gyógyászati segédeszközökre fordított lakossági költés évről évre növekszik. A vizsgált időszakban szinte végig a teljes, erre a célra fordított kiadások több mint harmadát jelentették a magánkiadások. A 2006-os 31 százalékos mélypontról 2012-re 44 százalékra emelkedett. Azóta 44–45 százalék körül stagnál a gyógyszerekre, gyógyárakra és gyógyászati segédeszközökre fordított háztartási kiadások teljes kiadáson belüli aránya.

A lakosság magánkiadásainak következő vizsgált aspektusa a járóbeteg-ellátásra fordított összeg. Ez a terület jelenti a magánegészségügyi ellátás jelentős részét, az erre fordított összeg időbeli változását mutatja a következő diagram.

## A háztartások kiadásai az összes kiadás arányában Járóbeteg-ellátás

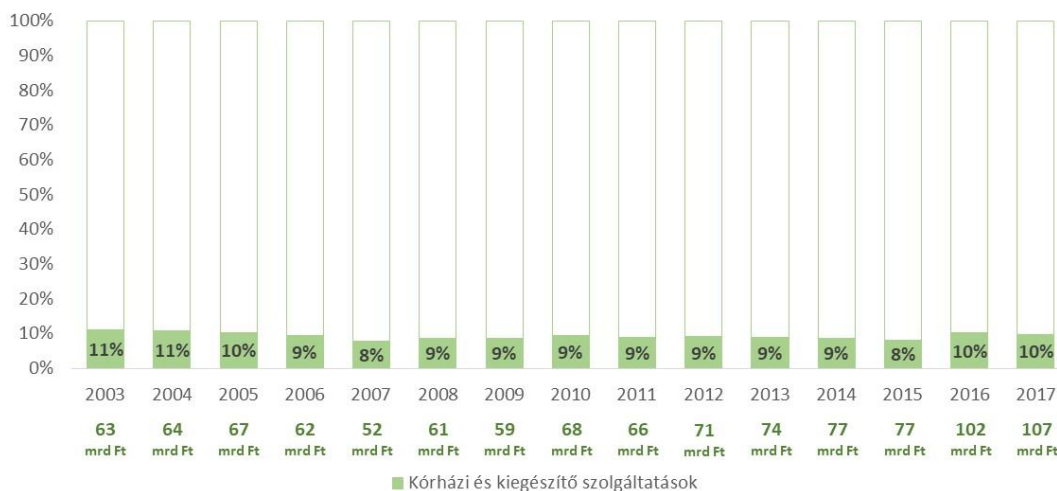


Forrás: KSH

21. ábra: A háztartások kiadásai az összes kiadás arányában - járóbeteg-ellátás

A járóbeteg-ellátásra fordított magánkiadások nominálértéke 2008 óta növekvő tendenciát mutat. 2003-ban még 162 milliárd forintot költöttek a háztartások járóbeteg-ellátásra, míg ez az összeg 2017-ben már 234 milliárd forint volt: ez reálértéken számolva 27 százalékos csökkenés. 2006-ban a járóbeteg-ellátásra fordított összeg közel 50 százalékát a háztartások finanszírozták, ez volt a csúcspont. Ezután valamelyest mérséklődött ez az arány, azonban egészen 2016-ig 40 százalék felett volt a magánfinanszírozású járóbeteg-ellátás aránya. 2017-ben 39 százalékot tett ki, ami még mindig több mint a kiadások harmadát jelenti.

## A háztartások kiadásai az összes kiadás arányában Kórházi és kiegészítő szolgáltatások



Forrás: KSH

### 22. ábra: A háztartások kiadásai az összes kiadás arányában - kórházi és kiegészítő szolgáltatások

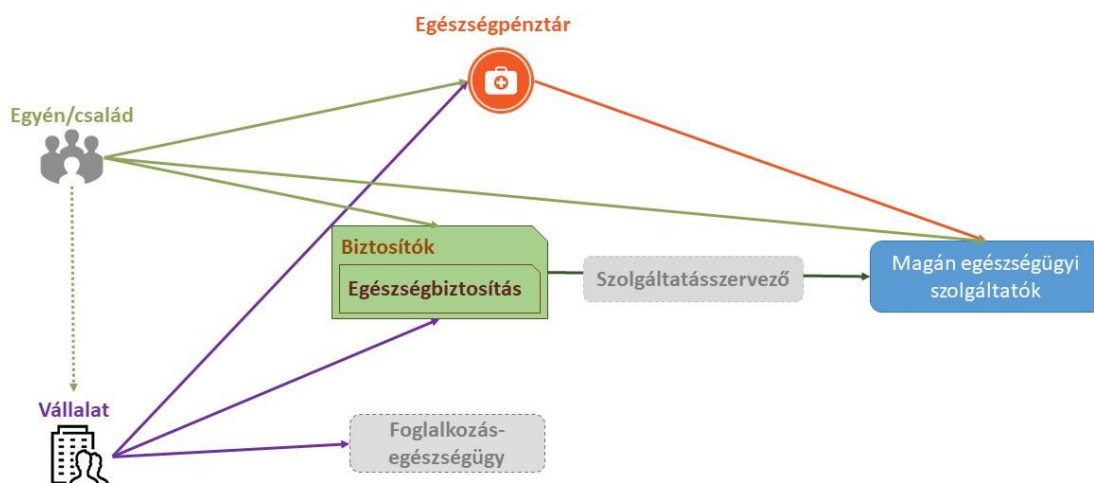
A háztartások egészségügyi kiadásainak harmadik jelentős szegmense a kórházi és kiegészítő szolgáltatásokra fordított összeg. A háztartások kiadásai ebben az esetben kevésbé markánsan jelennek meg a teljes erre fordított kiadásokon belül, mint a járóbeteg-ellátás esetében, azonban 2007 óta az erre fordított kiadások is növekedést mutatnak. Míg 2003-ban még csak 63 milliárd forint volt a kórházi és kiegészítő szolgáltatásokra költött magánkiadások összege, addig ez 2017-ben már 107 milliárd forintot ért el. Reálértéken ez közel 14 százalékos csökkenés. A mélypontot a 2007-es 52 milliárd forint jelentette. A kórházi és kiegészítő szolgáltatásokra fordított összeg körülbelül 10 százalékát a háztartások finanszírozzák. Ez az arány a vizsgált időszakban alig változott, szinte állandónak mondható.

## 3.4. A magánegészségügyi piac szereplői

A magánegészségügyi piacon egyre több szereplő jelenik meg. Evidensnek tűnik, hogy a szolgáltatást igénybe vevő magánszemély, valamint a szolgáltatást nyújtó magánegészségügyi szolgáltató (kórház, rendelő, stb.) a szereplői ennek a szektornak.

Amennyiben a piac csak kétszereplős lenne (magánszemély, szolgáltató), akkor ez közvetlen kapcsolatot feltételezne a két szereplő között, azonban ennél bonyolultabb a jelenlegi szolgáltatási struktúra ebben a szektorban, és az új belépőkkel egyre bonyolultabb finanszírozási konstrukciók jönnek létre. Az alábbi ábra a jelenlegi szereplőket és kapcsolódásaikat vázolja fel.

## A magán egészségügyi piac szereplői



23. ábra A magánegészségügyi piac szereplői

Forrás: Szinapszis Kft.

Jelenleg a magánszemélyek nem csak közvetlenül saját maguk vehetnek igénybe magánegészségügyi szolgáltatásokat, hanem közvetetten, biztosítás formájában családtagjaik számára is elérhetővé tehetik ezeket a szolgáltatásokat. A közvetlen igénybevételén kívül lehetőség van a már hosszú idő óta létező egészségpénztárakon összegyűlt összegekből finanszírozni az igénybe vett magánegészségügyi szolgáltatást. Az egészségpénztári számlákon az egyéni befizetésekből, valamint a munkáltató által fizetett juttatásokon keresztül gyarapodhat a felhalmozott összeg. Ennek felhasználása meghatározott piaci szereplőknél és meghatározott szolgáltatásra, eszközre lehetséges.

A **foglalkozás-egészségügyi** vizsgálatok elvégzettetése a munkáltatók törvényben előírt kötelezettsége, melynek finanszírozása is a munkáltatót terheli.

A **magánegészségügyi szolgáltatók** a piac kulcsszereplői, hiszen ők biztosítják azokat a szolgáltatásokat, melyeket a magánszemélyek igénybe vesznek. Ezek a szolgáltatások a prevenciótól egészen a gyógyításig terjednek. Ennek költségét a magánszemélyek fedezik akár közvetlenül, akár egészségpénztáron vagy a piacon új szereplőként megjelenő biztosítókon keresztül, melyek a magánegészségügyi szolgáltatásokat biztosítják.

Az **egészségbiztosítók** különböző biztosítási csomagokat garantálnak a velük szerződők részére, akik lehetnek magánszemélyek vagy munkáltatók. A biztosítási díjat a velük szerződők fizetik, a munkáltatók esetében ez juttatásként jelenik meg a munkavállaló felé. Az ellátást biztosítók biztosítják a magánegészségügyi szolgáltatóknál ellátásszervezők segítségével.

Az **ellátásszervezők** a biztosítók és a szolgáltatók között megjelenő szereplők. Közvetlen kapcsolatban állnak az igénybevevőkkel, a felmerülő igényeknek megfelelően megszervezik az

ellátást. Feladataikat a biztosítók megbízásából, de a biztosítók számára befizetett díjából finanszírozva végzik.

Szereplő	Funkció	Finanszírozás / Forrás
<b>Magánegészségügyi szolgáltatók</b>	Egészségügyi szolgáltatás nyújtása; prevenció és gyógyítás	Beteg közvetlenül vagy magánbiztosításon, ill. egészségpénztáron keresztül
<b>Egészségpénztár</b>	Forrásgyűjtés, előtakarékoskodás az egészségügyi kiadások finanszírozására	Munkáltató vagy a pénztártag által befizetett összegek, melyek felhasználása kötött
<b>Foglalkozás-egészségügy</b>	Munkáltató jogszabályi kötelezettsége: munkavállalók munkaköri alkalmassági vizsgálata, foglalkozási megbetegedések vizsgálata és ellátása	Munkáltató finanszírozza
<b>Ellátásszervezők</b>	Megszervezi a biztosítottak ellátását, jellemzően a magánbiztosítók megbízásából	Az ügyfelek által befizetett díjon keresztül a biztosítók finanszírozzák
<b>Egészségbiztosítók</b>	Biztosítási csomagok összeállítása, szerződés az ügyfelekkel, az ellátás biztosítása az ellátásszervezőkön keresztül	Beteg közvetlenül, vagy munkáltató finanszírozza

1. táblázat A magánegészségügyi piac szereplői, funkciójuk, finanszírozásuk<sup>25</sup>

A magánegészségügyi piacon viszonylag új szereplőnek számítanak a magánegészségbiztosítók, akik különböző biztosítási csomagok keretében biztosítanak a szerződő félnek (magánszemély vagy munkáltató) magánegészségügyi szolgáltatást. Az alábbi táblázat összefoglalja, hogy mi a különbség az egészségpénztárak és a magánegészségbiztosítások között.

Az egészségbiztosítások két alaptípusát különböztetjük meg. Az összegbiztosítás a bekövetkezett esemény után a szerződésben foglaltak szerinti fix összeget biztosítja a károsult részére. A másik típus a szolgáltatás-finanszírozó biztosítás, mely a szerződésben

<sup>25</sup> <https://mabisz.hu/magan-egeszsegbiztositasok/> Utolsó hozzáférés:2019.09.27.

meghatározott szolgáltatásokat nyújtja a szerződő félnek, mely lehet rendszeres szűrővizsgálat, valamilyen egészségügyi probléma esetén felmerülő diagnosztikai eljárás vagy akár kórházi kezelés. Az ellátásokat a biztosító ellátásszervezőn keresztül biztosítja ügyfelei számára.

Szempont	Egészségpénztár	Egészségbiztosítás	
		Összebiztosítás	Szolgáltatás-finanszírozó
<b>Miből költhető?</b>	A pénztári számlára a munkáltató vagy a tag által befizetett pénzből.	A befizetett díj alapján előre meghatározott biztosítási összegből.	A befizetett díj alapján járó szolgáltatások vehetők igénybe, a ténylegesen nyújtott szolgáltatás költsége általában pénzben nem kerül kifejezésre.
<b>Mikor költhető?</b>	Bármikor, ameddig tart a keret.	Ha bekövetkezik a biztosítási esemény, a biztosítónak valamennyi dokumentum benyújtásra került és a káreseményt pozitívan elbírálták.	Ha bekövetkezik a biztosítási esemény, az ellátásszervező segítségével.
<b>Mennyi költhető?</b>	A pénztártag számláján rendelkezésre álló összeg.	Az előre rögzített biztosítási összeg kerül kifizetésre.	Szükséglet felmerülésének, valamint az előre rögzített fedezetek, esetleg limitek függvénye.
<b>Mire költhető?</b>	A jogszabályban meghatározott termékekre, szolgáltatásokra.	Szabadon eldönthető, hogy a kifizetett biztosítási összeget a biztosított milyen költségek fedezetére használja fel. Nem szükséges az egészségügyben elkölteni.	A biztosítási feltételekben meghatározott szakellátásra, aminek költségét a biztosító téríti.
<b>Hol lehet elkölteni?</b>	A jogszabályban meghatározott szolgáltatóknál, ill. termékértékesítőknél.	Szabadon eldönthető, hogy a kifizetett biztosítási összeget a biztosított milyen költségek fedezetére használja fel. Nem szükséges az egészségügyben elkölteni.	Jellemző módon a biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatóknál.

## 2. táblázat A magán biztosítás és az egészségpénztárak különbségei<sup>26</sup>

A legfőbb különbség az egészségpénztárak és a biztosítók között, hogy az egészségpénztárak esetében a számlán összegyűlt összeget szabadon fel lehet használni meghatározott célra, míg a biztosítás esetében csak a szerződésben szereplő biztosítási kört finanszírozza a biztosító, vagy az itt meghatározott összeget fizeti ki.

A felhasználás időpontja az egészségpénztárak esetében kötetlen, amennyiben rendelkezésre áll az összeg a számlán, az igénybe vehető. Ezzel szemben a biztosítás csak az esemény bekövetkezésekor használható fel.

Az elkölthető összeg az egészségpénztárak esetében a számla egyenlegéig szabadon felhasználható, míg a biztosítás esetében meghatározott összeget utal a biztosító, vagy a meghatározott szolgáltatást finanszírozza.

A felhasználhatóság az egészségpénztárak esetében a szerződött szolgáltatóknál és termékértékesítőknél lehetséges, ez a biztosítók esetében a biztosítóval szerződésben álló szolgáltatók valamelyikénél lehetséges. Az összegbiztosítás esetében nincs meghatározva az átutalt összeg felhasználhatósági köre, azt nem szükséges egészségügyi szolgáltatónál, értékesítőnél elkölteni.

A magánszolgáltatókat Rékassy (2014) 6 csoportra osztja:

1. „Klasszikus” hálapénzes rendelés – ez jellemzően a közellátásban dolgozó orvos informális magánrendelése.
2. Egyszemélyes orvosi rendelő – Saját vállalkozásban működtetett rendelő, döntően készpénzes forgalommal, számlaadás nélkül. Jellemzően bőrgyógyász, nőgyógyász, fogorvos, belgyógyász rendelések.
3. Csoportpraxis – A betegellátást végző orvosok közös tulajdona, inkább átmeneti forma, ami továbbfejlődhet, de sok esetben kudarcba is fulladhat a vállalkozás.
4. Specializált orvoscsoport magánszolgáltatása – korábbi szakmai együttműködésből létrejött vállalkozás. Gyakran speciális szaktudású orvoscsoport által létrehozott közösség.
5. Privát rendelőintézet vagy kórház – Jellemzően szakmai vagy pénzügyi befektető által létrehozott, professzionális szervezett, mely szakmai munkáját háttérszemélyzet is segíti.

<sup>26</sup> [https://mabisz.hu/magan-egeszsegbiztositasok/ Utolsó hozzáférés:2019.09.27.](https://mabisz.hu/magan-egeszsegbiztositasok/Utolsó%20hozzáférés:2019.09.27.)



6. Hálózat, ellátásszervező – Nagyobb vállalkozás, több telephellyel, ami „*hálózatszerűen működő, sokkal inkább menedzsment, értékesítő és marketing szervezet-, és másodsorban csak egészségügyi szolgáltató modell*”. A szerződő és az igénybevevő eltérhet (foglalkozás-egészségügy, vállalati egészségbiztosítás).

### A magán egészségügyi szolgáltatók fő típusai



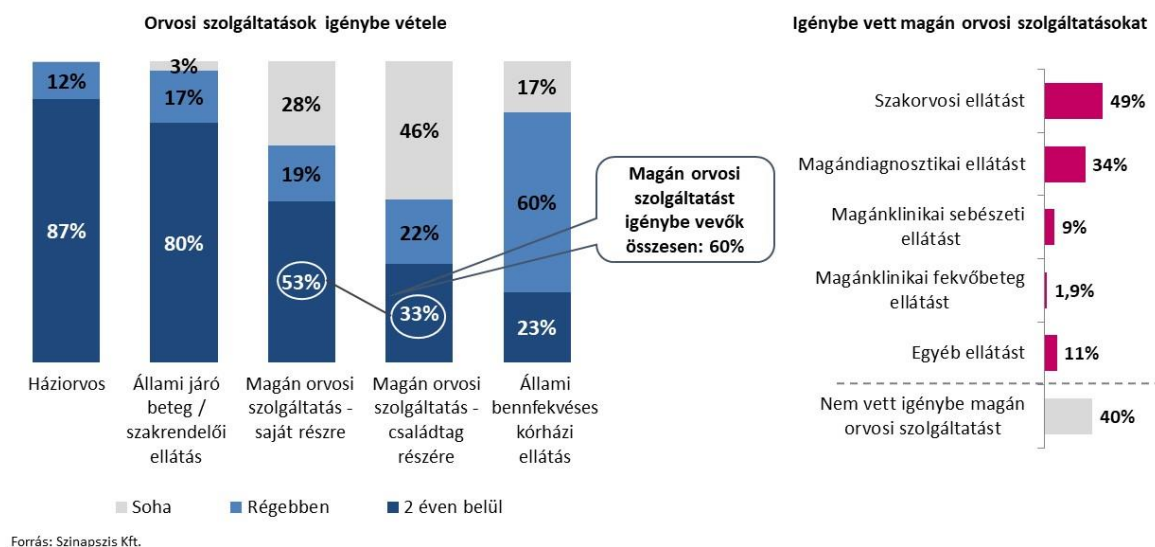
24. ábra A magánegészségügyi szolgáltatók fő típusai<sup>27</sup>

## 3.5. Magánegészségügyi szolgáltatások igénybevevői

A következőkben áttekintjük, hogy kik veszik igénybe a magánegészségügyi szolgáltatásokat, és melyek ezek a szolgáltatások. A Szinapszis Kft. által végzett 2016-os online kutatásból kiderül, hogy a budapestiek 60 százaléka igénybe vett valamilyen magánegészségügyi szolgáltatást az elmúlt 2 évben. 53 százalék saját részre igényelte az ilyen jellegű egészségügyi szolgáltatást.

<sup>27</sup> Rékassy B. (2014): *Virágozzék minden virág? A hazai magánegészségügyi szolgáltatók tipizálása és jövőképe (IME XIII. évf. 10. sz. 2014. december) alapján*

## A magán egészségügyi szolgáltatások igénybevétele



25. ábra A magánegészségügyi szolgáltatások igénybevevői

A kutatás eredményei alapján elmondható, hogy míg a legfiatalabbak (18–35 évesek) 69 százaléka, addig a legidősebbek szignifikánsan alacsonyabb aránya, 48 százaléka vett igénybe fizetős orvosi ellátást. Emellett kiderül a kutatás eredményeiből, hogy az ESOMAR-státusz szintjének emelkedésével – tehát az iskolai végzettség szintjének növekedésével, a jövedelmi helyzet javulásával – nő az igénybevevők aránya. (ESOMAR A+B státusz: 77 százalék, C státusz: 53 százalék, D+E státusz: 28 százalék). Míg a 18 éven aluli gyermekkel rendelkezők 72 százaléka, addig a gyermektelenek jelentősen kevesebb aránya, 55 százaléka igényelt ilyen szolgáltatást.

Legnagyobb arányban, közel minden második (49 százalék) budapesti felnőtt lakos szakorvosi ellátást vett igénybe magán finanszírozású körben az elmúlt 2 évben. A harmada a felnőtt népességnek magánegészségügyi ellátás keretében diagnosztikai ellátásért fizetett valamilyen formában. Sebészetet 9, fekvőbeteg ellátást 2 százalék vett igénybe az elmúlt 2 évben a magánellátás keretében. Ezek alapján látható, hogy a szakorvosi ellátás és a diagnosztika az a két terület, ami húzóágazata a magánellátásnak.

Milyen okok vezetnek oda, hogy a magánegészségügy szolgáltatásai felé fordulnak az emberek? Általánosságban elmondható, hogy a bizalom, a biztonságérzet és az idő, kényelem az, ami miatt a háztartások pénzt áldoznak arra, hogy az egyébként a járulékfizetés miatt ingyenes szolgáltatás helyett térítés ellenében vegyenek igénybe valamilyen egészségügyi szolgáltatást.

A Szinapszis kutatása erre is kitért, ahol interjúk alapján a következő okok szerepelnek a magánegészségügyi szolgáltatások igénybevétele mellett:

- Rossz tapasztalatok az állami ellátásban – nem partneri orvos-beteg kapcsolat;
- Nincs várólista – rugalmas rendelési idő;
- Nincs várakozás a rendelésen;
- Egyénre szabott kezelés lehetősége;
- Megfelelő, részletes tájékoztatás.

Össességében elmondható, hogy a magánellátás szerepének növekedésében több tényező is közrejátszik:

- az állami rendszerben tapasztalható **szakemberhiány és várakozási idők**;
- az **állami ellátás színvonala nem emelkedik**;
- a lakosság körében nő az **egészségtudatosság**;
- bővül az **egészségpénztári rendszer** (ami a számlaadást, tehát a piac kifehéredését is ösztönzi);
- 2012 óta a kiegészítő **egészségbiztosítás**, mint vállalati juttatás adókedvezményvel adható a munkavállalóknak. (Az egészségbiztosítási piac becsült forgalma kb. 10 milliárd forint volt 2016-ban.)

## 4. Egészségértés (Health Literacy) és az egészségügyi ellátórendszer összefüggése

Az egészségértés – vagyis a képesség arra, hogy valaki hozzájusson, megértse, feldolgozza és megfelelően alkalmazza az alapvető egészségügyi információkat és szolgáltatásokat<sup>28</sup> – több tényező miatt egyre fontosabbá válik, mivel a társadalom egészségértési szintje komoly hatással lehet a gazdaságra is, valamint fertőző és nem fertőző betegségek is visszaszoríthatóak a megfelelő ismeretekkel.

Az egészségértés fogalma egy több dimenziós koncepció<sup>29</sup>, Sørensen és szerzőtársai (2012) így fogalmazták meg: egy személy tudása, motivációja és képessége arra, hogy hozzáférjen, megértse, feldolgozza és használja az egészségügyi információkat, annak érdekében, hogy ítéleteket és döntéseket hozzon a mindennapi egészségügyi problémák terén, valamint betegségeket előzhessen meg és egy egészséges életmódot követhessen, ezzel teljes élete alatt fenntartva és fejlesztve életminőségét.

Összefoglalva, *„az egészségértés az emberek alapvető egészségügyi információkhoz való hozzáférési, feldolgozási és megértési képessége. Ez a képesség ahhoz szükséges, hogy az egyén helyes döntéseket tudjon hozni a saját egészségével és egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban.”*<sup>30</sup>

Ahogy az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete fogalmaz, *„egy jobb egészségértésű egyén egészségesebben él, jobban betartja a kezelési előírásokat, kevesebb krónikus betegségben szenved, egészségesebbnek érzi magát és tovább él. Az egészségértés tehát segíthet a kezelési eredmények és az egészségügyi ellátás hatékonyságának javításában.*

*Ezzel szemben a rossz, nem megfelelő egészségértés a megelőző ellátások és a krónikus betegségek kezelésének alacsonyabb szintű használatával, és magasabb mortalitással jár. Olyan problémák is felmerülnek, mint a hiányos szolgáltató-beteg kommunikáció miatti diagnózis- és gyógyszerelési hibák, rossz adherencia, újabb kórházi kezelések és egyéb komplikációk. A rosszabb egészségértéssel rendelkező betegek esetleg később fordulnak orvoshoz, amikor a kezelésük már nehezebben megoldható és költségesebb. Becslések szerint magasabb egészségértési szinttel az egészségügyi költségek 3–5 százaléka megtakarítható lenne, ez Magyarországon megközelítőleg 54–90 milliárd forintot jelentene éves szinten.”*<sup>31</sup>

<sup>28</sup> <https://health.gov/communication/literacy/issuebrief/> Utolsó hozzáférés:2019.09.27.

<sup>29</sup> Sørensen, K. – Van den Broucke, S. – Fullam, J. – Doyle, G. – Pelikan, J. – Slonska, Z. – Brand, H. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12.80.

<sup>30</sup> Szinapszis Kft. Letölthető: <http://aipm.hu/hu/egeszsegertes/egeszsegertes-kutatas/kutatasi-eredmenyek>

<sup>31</sup> Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete. <http://aipm.hu/hu/egeszsegertes>

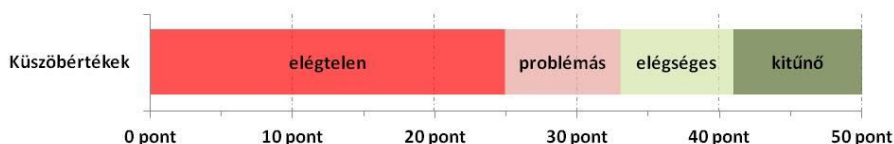
## 4.1. Az egészségértés szintje más európai országokban

Az egészségértés fogalma először Amerikában és Kanadában jelent meg és utána vált nemzetközileg használt fogalommá. Azonban sokáig ismeretlenek maradtak az adatok arra vonatkozólag, hogy az európai országok milyen egészségértési szinttel rendelkeznek. Ezen kívánt változtatni a HLS-EU felmérés konzorcium kutatócsoportja egy összehasonlító felméréssel.

A HLS-EU kutatásban résztvevő 8 országban – Ausztria, Bulgária, Görögország, Írország, Hollandia, Lengyelország, Németország<sup>32</sup> és Spanyolország – 1000 fős reprezentatív mintán vizsgálták az egészségértést, módszertanát és mintavételét a korábbi Eurobarometer kutatássorozat standardjai alapján alakították ki.<sup>33</sup>

47 item alapján különböző indexeket hoztak létre. Az indexek (egyenként 15–16 item) összesítve mutatják meg a válaszok alapján az egyén és a társadalom egészségjártassági, egészségértési szintjét. Az indexeket egy standardizált skálára vetítették, amelynek minimuma 0, maximuma 50 (= a lehető legjobb egészségértési szint). A 8 főbb indexre nemzetközi küszöbértékek kerültek meghatározásra.

### Az egészségtudatossági indexek értékei



**Elégtelen** = 25 vagy kevesebb pont

(a kérdések legalább 50%-át nagyon nehéznek vagy nehéznek találták)

**Problémás** = több, mint 25, maximum 33 pont

**Elégséges** = több, mint 33, maximum 42 pont

**Kitűnő** = több, mint 42, maximum 50 pont

elégtelen + problémás = korlátozott egészségjártasság, egészségértés = kevesebb, mint 33 pont

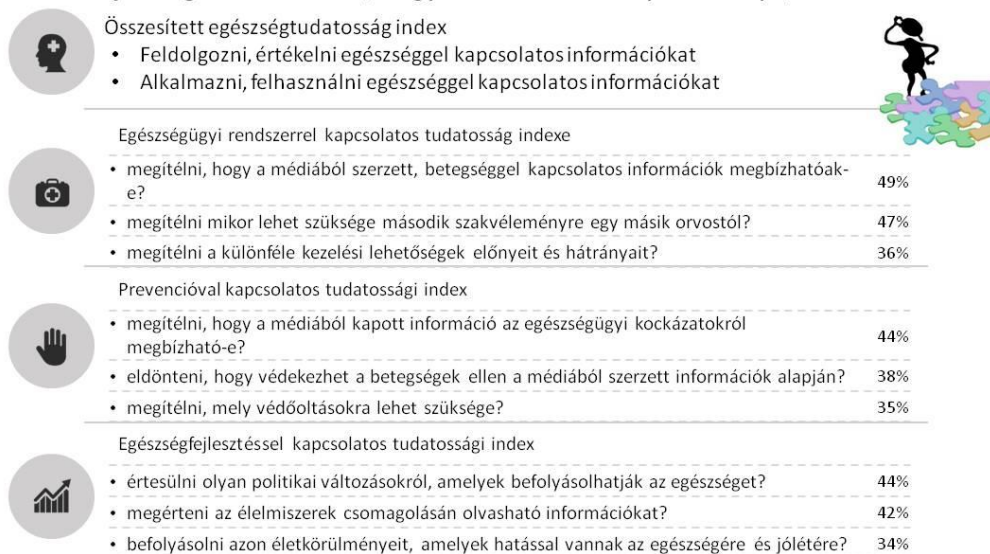
26. ábra: Az egészségtudatossági indexek értékei

<sup>32</sup> Németországban csak Észak-Rajna-Vesztfália tartományra reprezentatív a felmérés.

<sup>33</sup> Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). 2015. április 5.

## Néhány példa a 47 itemre

„Kérem adja meg ezen a skálán, hogy ön szerint mennyire könnyű, illetve nehéz...”



27. ábra: Néhány példa a 47 itemre (az állítás melletti százalékok jelentése: akik szerint inkább nehézséget okoz)

A kutatócsoport által kidolgozott, integrált modellben az egészségértés 12 dimenzióját különböztették meg, amelyek két tengely mentén írhatók le. Az egyik tengelyt az élethelyzeteket leíró indexek teszik ki, mint az egészségügy, a prevenció és az egészségfejlesztés, a másikat az információhoz jutást, feldolgozást leíró indexek alkotják: az elérés, a megértés, az értékelés és az alkalmazás.<sup>34</sup> Az élethelyzeteket leíró indexeket a következőképpen fogalmazták meg:

### 1. Egészségügyi rendszer kompetencia alindex

Az egészségüggyel kapcsolatos információk beszerzésével, illetve az itt szerzett vagy az egészségügyi szereplőktől kapott információk megértésével, befogadásával és az ezekkel kapcsolatos döntések meghozatalával kapcsolatban milyen szintű kompetenciával rendelkezik a válaszadó.

### 2. Betegség megelőzés, prevenció alindex

A válaszadó milyen szintű kompetenciákkal rendelkezik az akut vagy krónikus, hosszú távú betegségek megelőzésében. (A betegség megelőzéssel kapcsolatos információszerzés, információ feldolgozás és befogadás, valamint az ezekkel kapcsolatos döntések meghozásával kapcsolatos kompetenciák.)

<sup>34</sup> Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). (HLS-EU Consortium) 2015.

### 3. Egészségfejlesztési alindex

Az egészségmegőrzésről, az egészséges életmódról szóló információk beszerzésével, azok megértésével, feldolgozásával, az ezekből következő döntések meghozatalával kapcsolatban milyen szintű kompetenciával rendelkezik a válaszadó.

A fő index, az Egészségértés index azt mutatja meg, hogy összességében mennyire kompetensek a válaszadók az egészséggel kapcsolatos különböző témakörökben, vagyis az alindexekben vizsgáltak összességével kapcsolatban milyen szintű a kompetenciája a válaszadónak.

A következő táblázatban látható a kialakított 8 index és 12 dimenzió:

<b>Egészség- értés index</b>	<b>OI-Index (13 kérdés) Hozzájutni egészséggel kapcsolatos információhoz</b>	<b>UI-Index (11 kérdés) Megérteni egészséggel kapcsolatos információkat</b>	<b>PI-Index (12 kérdés) Feldolgozni, értékelni egészséggel kapcsolatos információkat</b>	<b>AI –Index (11 kérdés) Alkalmazni, felhasználni egészséggel kapcsolatos információkat</b>
<b>HC-HL Index (16 kérdés) Egészségügy</b>	1) Képesség az orvosi vagy kórházi információkhoz való hozzájutásra (4 kérdés) 1-4 itemek	2) Képesség, hogy megértse és értelmezzen orvostól származó információkat (4 kérdés) 5-8 itemek	3) Képesség, hogy értelmezze és értékelje az orvosi információkat (4 kérdés) 9-12 itemek	4) Képesség, hogy orvosi ügyekben megalapozott döntéseket hozzon (4 kérdés) 13-16 itemek
<b>DP-HL Index (15 kérdés) Prevenció</b>	5) Képesség az egészségügyi rizikótényezőkkel kapcsolatos információkhoz való hozzájutásra (4 kérdés) 17-20 itemek	6) Képesség, hogy megértse és értelmezzen rizikófaktorokkal kapcsolatos információkat (3 kérdés) 21-23 itemek	7) Képesség, hogy értelmezze és értékelje az egészségügyi rizikófaktorokat (5 kérdés) 24-28 itemek	8) Képesség, hogy egészségügyi rizikófaktorokkal kapcsolatban megalapozott döntéseket hozzon (3 kérdés) 29-31 itemek
<b>HP-HL Index (16 kérdés) Egészségfejlesztés</b>	9) Képesség, hogy naprakész legyen a társas és pszichés környezetben a meghatározó egészségügyi információkkal kapcsolatban (5 kérdés) 32-36 itemek	10) Képesség, hogy a társas és pszichés környezetben megértse és értelmezze az egészséggel kapcsolatos meghatározó információkat (4 kérdés) 37-40 itemek	11) Képesség, hogy a társas és pszichés környezetben értelmezze és értékelje az egészséggel kapcsolatos meghatározó információkat (3 kérdés) 41-43 itemek	12) Képesség, hogy a társas és pszichés környezetben megalapozott döntéseket hozzon az egészséggel kapcsolatos meghatározó információkról (4 kérdés) 44-47 itemek

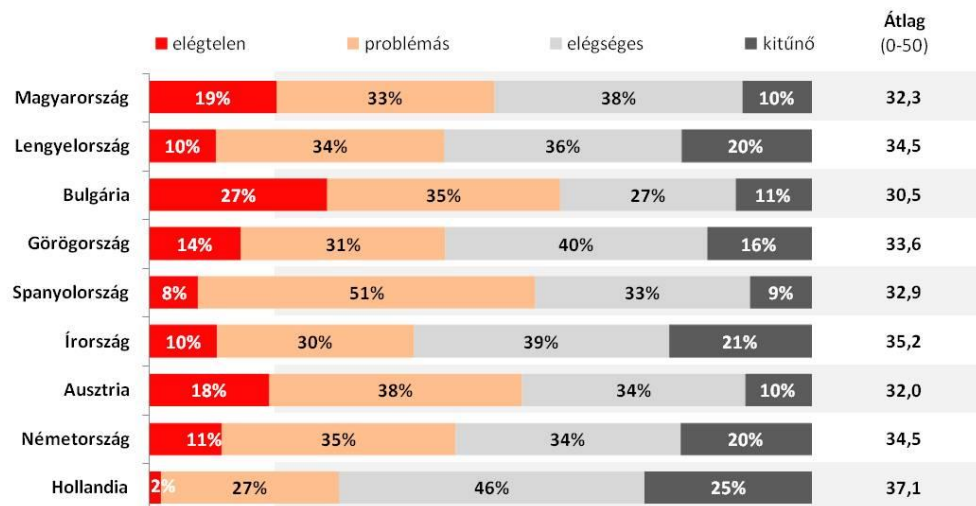
Forrás: Szinapszis Kft.

#### 3. táblázat Egészségértés Index felépítése

A felmérés eredményei azt mutatják, hogy országonként nagyon eltérő lehet az egészségértés szintje. A teljes mintában minden 10 emberből legalább 1-nek elégtelen lett az

egészségértése, de az országok közötti különbség nagy lehet: Bulgáriában 26,9 százalék rendelkezik elégtelen egészségértési szinttel, míg Hollandiában csak 1,8 százalék. A 8 vizsgált országban majdnem minden második ember (47,6 százalék) korlátozott (tehát elégtelen vagy problémás) egészségértési szinttel rendelkezik.<sup>35</sup>

### A különböző országok egészségértési szintje



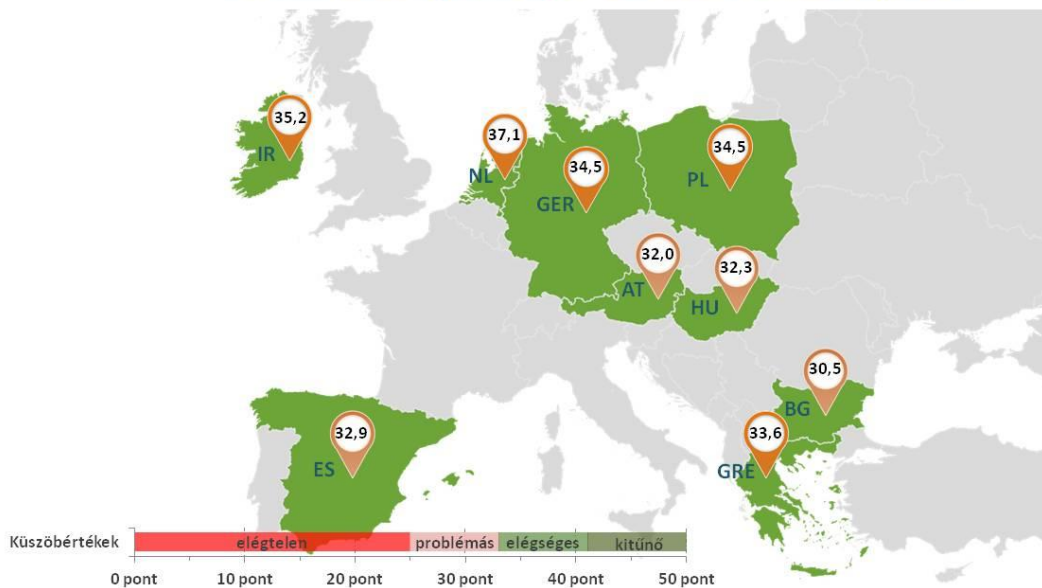
28. ábra: A különböző országok egészségértési szintje

A 28. ábra: A különböző országok egészségértési szintje látható a különböző országok összehasonlítása egészségértésük szintjének tekintetében. Az országos átlagok értelmében Magyarország, Anglia, Spanyolország és Ausztria korlátozott egészségértési szintet értek el, de egyik ország szintje sem esik a problémás szint alá. A legkitűnőbb egészségértési szinttel Hollandia rendelkezik, 37,1-es átlaggal, a válaszadók 71 százalékának legalább elégséges az egészségértési szintje. A legalacsonyabb egészségértési szintet pedig Bulgária érte el 30,5-ös átlaggal, a válaszadók mindössze 38 százaléka érte el legalább az elégséges szintet. Magyarország 32,3-as átlagánál Bulgárián kívül csak Ausztria ért el rosszabb eredményt 32,0-es átlaggal.

<sup>35</sup> Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). (HLS-EU Consortium) 2015.



## Összesített egészségértési indexek Európában



29. ábra: Összesített egészségértési indexek Európában

Ahogy a térképen is látható, az északabbra elhelyezkedő országok egészség tudatosabbak, magasabb az egészségértési szintjük. Görögország 33,6-os, elégséges szintet elérő eredményével azonban kiemelkedik a délebben fekvő országok közül, a népességnek több mint a fele (56 százalék) elégséges vagy kitűnő szintet ért el.

## 4.2. Egészségértés Magyarországon

A Magyarországon végzett egészségértési kutatás mind a módszertani, mind mintavételi szempontból a HLS-EU nemzetközi kutatás folytatásának tekinthető. A Szinapszis Kft. az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületének megbízásából végezte el a kutatást, konzultálva a HLS-EU Consortium több szakemberével. A 3. European Health Literacy Konferencián a magyar eredményeket is ismertették.

Koltai és Kun<sup>36</sup> 2016-ban a HLS-EU kutatás eredményei alapján azt állapították meg, hogy a 16 évesnél idősebb magyarok korlátozott egészségértési szinttel rendelkeznek, amely megnyilvánulhat abban, hogy nincsenek tisztában az alapvető egészségügyi fogalmakkal és testük működésével, nem képesek a kockázatokat értelmezni az egészségügyi döntések meghozatalakor, valamint nincsenek tisztában azzal, hogy már esetlegesen meglévő betegségeik mivel járnak, és mi a kezelés módja.<sup>37</sup>

<sup>36</sup> Koltai Júlia Anna – Kun Eszter (2016): A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. 2016, Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 3. szám.

<sup>37</sup> <https://health.gov/communication/literacy/issuebrief/>

Ahogy a nemzetközi eredményekben is látható volt, Magyarország összességében a mezőny alján helyezkedik el az egészségértési szint tekintetében. Az elégséges szinthez szükséges 33-as átlag alatt teljesített, 32,3-s értékkel. 19 százaléknak elégtelen az egészségértési szintje, 33 százaléknak problémás, 38 százaléknak elégséges és csak 10 százaléknak kitűnő.

A különböző alindexek eredményeiről a tanulmányban megállapítják, hogy az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex átlaga valamivel meghaladja az összesített egészségértés index átlagát: a magyar lakosság a 0–50-es skálán átlagosan 34-es értéket ért el, ez az érték is illeszkedik a többi országnál látható trendekbe. A prevenció alindexének magyarországi átlaga – amely megegyezik az összesített egészségértés indexével – csupán a bulgáriai átlagnál jobb szignifikánsan és statisztikailag nem különbözik az Ausztriában mértektől. Az egészségfejlesztési alindex átlaga egy kicsivel az összesített egészségértés index alatt van (31-es átlag). Az egészségfejlesztés szempontjából Magyarországhoz képest Németországban, Írországban és Hollandiában tapasztalhatunk magasabb átlagértéket.<sup>38</sup>

A magyar társadalom erősen szegmentált, ha az egészségügyi témákban való tájékozódási igényt vesszük figyelembe.<sup>39</sup> Van olyan, jól körülhatárolható része a társadalomnak, akik csak nagyon korlátozott készségekkel, képességekkel rendelkeznek. Ugyanakkor a szükséges megértési és információ keresési készségekkel a társadalom egy része rendelkezik, és ezeket ki is használja. Az már más kérdés, hogy a megszerzett információt feldolgozni, értékelni és önmagukra vonatkoztatva alkalmazni már jóval kevesebben képesek.

A társadalom információigénye egyértelmű. Ezt olyan tényezők is alátámasztják, mint hogy még egy egyszerű, vény nélkül kapható szer választásakor is legalább 2 információforrást vesznek igénybe, differenciálnak hitelesség és tartalom szerint különböző csatornák között (az online tartalmak között is – hitelesség szerint). Emellett aktívan használják az internetet egészségügyi információszerzésre – még a 60 év feletti korosztály is, panasszal élnek, ha úgy érzik, nem tájékoztatták őket megfelelően egészségügyi ellátás során, valamint hajlandóak fizetni a magánegészségügyi ellátásért, hogy ott részletesen foglalkozzanak velük és megválaszolják kérdéseiket.

Azoknak, akiknek nem elégséges az egészségtudatosságuk:

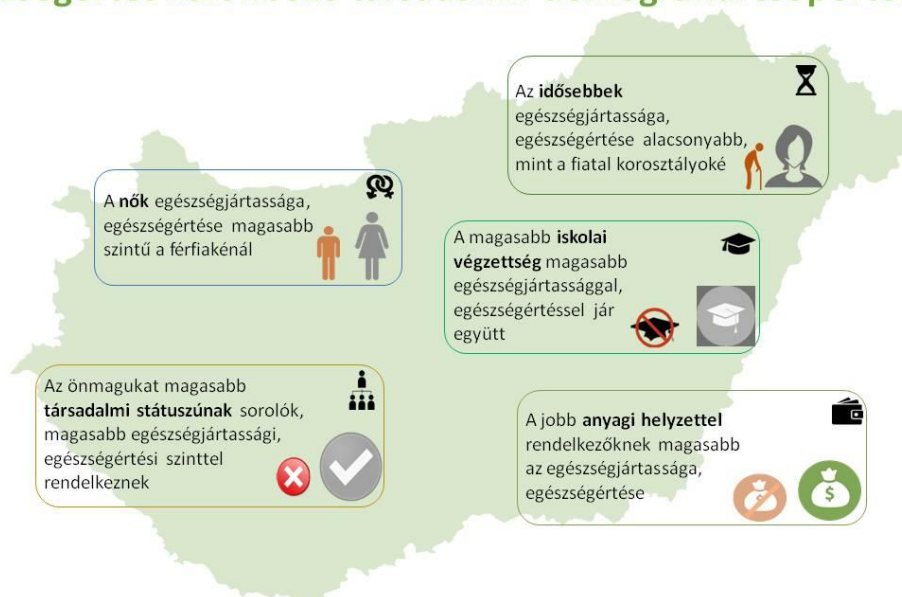
- Több mint 80 százalékuknak komoly nehézséget jelent egészséggel kapcsolatos információk megtalálása;
- Több mint 60 százalékuknak komoly nehézséget jelent a megszerzett információ megértése;

<sup>38</sup> Koltai Júlia Anna – Kun Eszter: A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. 2016, Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 3. szám.

<sup>39</sup> Szinapszis Kft.

- Több mint 90 százalékuk képtelen értékelni, feldolgozni az egészséggel kapcsolatos információkat;
- Több mint 70 százaléka képtelen alkalmazni, felhasználni azokat.

## Egészségértés különböző társadalmi-demográfiai csoportokban



30. ábra: Egészségértés különböző társadalmi-demográfiai csoportokban

Vannak olyan társadalmi csoportok, melyek a legkiszolgáltatottabbak, vagyis nem jutnak hozzá, nem értik meg vagy nem képesek feldolgozni és hasznosítani az egészségügyi információkat.<sup>40</sup> Ilyenek a nyugdíjasok és a tartósan rokkantak – a legkiszolgáltatottabbak 40 százaléka 60 évnél idősebb. Ugyancsak ide tartoznak az elváltak vagy özvegyek, valamint a községben élők, akik 38 százalékát teszik ki a mintának.

A kiszolgáltatottak fele maximum 8 általános iskolával rendelkezik, vagyis hiányosak lehetnek írástudási és szövegértési készségeik. Veszélyeztetettek azok is, akik nehéz anyagi helyzetben vannak, magukat pedig a társadalmi skála alján látják: az egészségügyi információ hiányában lévők 57 százalékának gondjai voltak a számlák kifizetésével, és több mint 40 százaléknak gondot okoz a gyógyszerköltségek fedezése, negyedének pedig már az is, hogy eljusson az orvoshoz. A rossz egészségi állapotúak is ide tartoznak: 46 százalék krónikus problémáktól szenved, és felülreprezentáltak a kiszolgáltatottak körében azok, akik 6 vagy több alkalommal jártak orvosnál vagy kórházban az elmúlt évben.

<sup>40</sup> Szinapszis Kft.

### 4.3. Digitális egészségértés

A digitális egészségértés a digitális egészségügyi információk hozzáférésére, megértésére, feldolgozására és megfelelő alkalmazására vonatkozik, ami az egészségügyi rendszerek egyre nagyobb mértékű digitalizálódásával egyre fontosabbá válik.

Amerikában képzést indítanak a digitális egészségértés növelésére. A program célja olyan ismeretek biztosítása, melyek ahhoz szükségesek, hogy a ma technológiáját használjuk arra, hogy egészségesebb holnapot élhessünk meg.<sup>41</sup>

Európában is szerepet kapott a digitális egészségértés problémája. Az EU Horizon 2020 program részeként indult kezdeményezés (IC Health<sup>42</sup>) célja<sup>43</sup>, hogy az európai unió polgárai könnyebben hozzáférjenek, megértsék és használják az online elérhető egészségügyi információkat, és ezzel könnyebben részt vehessenek a róluk szóló egészségügyi döntésekben is. Célja még, hogy magasabb szintre fejlődjön a betegségek megelőzése, az egészséges életmód követése, és jobbák legyenek az egészségügyi eredmények.

5 olyan célcsoportot határoztak meg, akiknek a digitális egészségértés területén különleges szükségleteik vannak, olyan szempontból, hogy több forrásból érkezik hozzájuk komplex, esetenként összezavaró egészségügyi információ:

1. Gyermekek (10–13 éves);
2. Serdülők (14–18 éves);
3. Várandós és szoptató kismamák;
4. Idősek (60 év feletti);
5. A cukorbetegség által érintettek vagy arra hajlamosak (1-es és 2-es típusú).

Ebben az 5 célcsoportban 8 országban<sup>44</sup> végeztek kérdőíves felmérést, melyben digitális írástudásukat, egészségértésüket és digitális egészségértésüket vizsgálták, valamint Spanyolországban és Olaszországban 8 fókuszcsoportos vizsgálatra is sor került a témában. Az eredmények azt mutatják, hogy magas arányban használnak internetet mindegyik korcsoport esetén, viszont az egészségértés a várandós és szoptató kismamák esetében a legmagasabb. Hasonlóan minden korcsoport magas arányban használja az internetet egészségügyi információk keresésére, de leginkább a kismamák csoportja. Az idősek rendelkeznek a legalacsonyabb digitális egészségértési szinttel. A kérdőívből az is kiderül, hogy legtöbben ismerik a tömeges nyílt online kurzus, az MOOC (Massive Open Online Courses) működését. Ezekhez a kurzusokhoz nyílt és korlátlan hozzáférést biztosítanak internet segítségével. A

<sup>41</sup> <https://www.digitalhealthliteracy.org/> Utolsó hozzáférés:2019.09.27.

<sup>42</sup> <https://ichealth.eu/> Utolsó hozzáférés:2019.09.27.

<sup>43</sup> Improving Digital Health Literacy in Europe. IC Health Final Conference, 2018. október 18.

<sup>44</sup> Belgium, Dánia, Németország, Olaszország, Hollandia, Spanyolország, Svédország, Egyesült Királyság.

projekt egyik legfontosabb célja egy olyan, közhasznot növelő digitális platform kialakítása (MOOC), amely segít abban, hogy felhasználói széleskörű egészségügyi ismereteket sajátíthassanak el.

Ezek után „profilok” készülnek minden csoport számára, melyben figyelembe veszik az alapvető igényeket, a csoport tagjai által kialakított igényeket, a digitális ismereteket, az egészségértés szintjét és a digitális egészségértés szintjét. Ez alapján a megfelelő módon tudják felvenni a kapcsolatot a csoportok tagjaival és megkezdeni a számukra megfelelő módon a digitális egészségértési szint fejlesztését különböző szöveges, videó-, képi anyagok és vizuális ábrázolások, kvízek, közös dokumentumok segítségével.

#### **4.4. Az egészségértési szint növelésének lehetséges módjai**

Különböző minták állíthatók fel arra, hogy melyek azok a társadalmi-, etnikai- és korcsoportok, amelyek alacsonyabb egészségértési szinttel rendelkeznek, azonban minden csoport esetében kiemelkedően fontos az alapvető – már meglévő betegségek esetén konkrét – egészségügyi információk ismeretének és a kockázat felismerésének támogatása.

Az ismeretek terjedésében fontos szerepe van az internetnek, hiszen a legtöbb ember különböző egészség- vagy orvosi fórumokról tájékozódik az egészségügyi információkról és szolgáltatásokról. A felelősség azonban nagyrészt azokon az egészségügyi döntéshozókon van, akik kompetensek az ügyben, akik tudnak tenni az egészségértés szintjének növeléséért. Az amerikai U.S. Department of Health and Human Services (HHS) ez alapján több szükséges rendszerszintű intézkedést határoz meg az egészségértési szint növelésének érdekében:<sup>45</sup>

##### **1. Az egészségügyi információkhoz való hozzáférés támogatása**

Annak átgondolása és megtervezése, hogy milyen anyaghoz, milyen formában és hogyan férhetnek hozzá az emberek. A HHS 3 lényeges pontra bontja: az információhoz való egyetemes hozzáférés, a nyomtatott anyagok érthetővé és befogadhatóvá tétele, illetve az egészségügyi szolgáltatók támogatása és ösztönzése arra, hogy ezeket a megtervezett anyagokat továbbítsák, biztosítsák betegek számára.

##### **2. Egyenlőtlenségek kezelése az egészségértés növelésében**

A társadalmi egyenlőtlenségek kezelése során kiemelten kell foglalkozni az egészséggel kapcsolatos ismeretek fejlesztésével, valamint az egészségügyi anyagok kidolgozásakor figyelembe kell venni a kulturális és nyelvi különbségeket.

##### **3. Az arra alkalmas szervek ösztönzése új fejlesztési modellek kialakítására**

<sup>45</sup> [https://health.gov/communication/literacy/issuebrief/ Utolsó hozzáférés:2019.09.27.](https://health.gov/communication/literacy/issuebrief/Utolsó%20hozzáférés:2019.09.27.)

A HHS szerint Amerikában közbiztosítókra lenne szükség, hogy új stratégiákat alakítsanak ki az alacsonyabb egészségértési szinttel rendelkező emberekkel való kommunikációra és ezeket az állami- és magánszolgáltatók számára prezentálják, illetve biztosítsák egyfajta követhető modellként, ezzel elősegítve a kommunikációt az egészségügyi szolgáltatók és a betegek között.

#### 4. Az egészségügyi oktatás és a szakmai színvonal előmozdítása

Az általános- és középiskolákban egy olyan egészségügyi oktatás kialakítása szükséges, amellyel elsajátítják az alapvető fogalmakat, információkat, melyek ahhoz szükségesek, hogy az egészségügyben történő kommunikáció hatékony legyen, és a megfelelő kockázatok ismeretében legyenek képesek meghozni döntéseiket. A másik oldalról is fontos a kezdeményezés, hogy az egészségügyi szakiskolákban oktassanak olyan kommunikációs formát, mely akár az alacsonyabb egészségértési szinttel rendelkezők számára is megérthető és felhasználható információkat biztosít. Több kezdeményezés indult már az egészségügyi oktatás és a szakmai színvonal előmozdítására a világon, valamint Magyarországon is találhatunk rá példát.

Ausztráliában támogatják, hogy az emberek aktívan részt vegyenek egészségük karbantartásában<sup>46</sup>, egészségértésük pedig nagyban befolyásolja azt, hogy ezt mennyire hatékonyan teszik. A kezdeményezés két fő komponense az egyéni egészségértés és az egészségértési légkör. Az egyéni egészségértés a személlyel foglalkozik, hogy elérje, befogadja, feldolgozza és hasznosítsa az egészségügyi információkat, például képes legyen kitölteni egészségügyi adatlapokat vagy eligazodjon az egészségügyi szolgáltatás rendszerében. Az egészségértés légköre az infrastruktúrára, egészségügyi szereplőkre, döntéshozókra és azoknak az egészségüggyel való kapcsolatára, valamint az ellátás koordinálására és a kórház kialakítására terjed ki.

A 2009-es ausztrál kutatás, a Health Literacy Survey eredményei szerint az ausztráliai felnőttek 41 százaléka volt olyan egészségértési szinten, amely lehetővé tette számukra, hogy megbirkózzanak a mindennapos egészségügyi problémákkal. Az ABS 2016-os Survey of Health Care kutatása nem mérte közvetlenül az egészségértést, azonban tartalmazott erre vonatkozó kérdéseket. A válaszadók 95 százaléka szerint szakorvosa érthető módon vázolja fel előtte a kezelési lehetőségeket, valamint 88 százaléka szerint általában vagy mindig bevonja őket orvosuk a saját egészségükre vonatkozó döntésekbe.

Az ausztrál szemlélet az egészségértés fejlesztéséhez 3 csoportra bontja a szükséges intézkedéseket:

<sup>46</sup> Australia's Health 2018. 2018, Canberra, Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare, Australia's health series no. 16. AUS 221.

1. Jogsabályok: az egészségügyi ismeretek beépítése az egészségügyi rendszerekbe; például jogsabályok révén, politikák, tervek, szabványok, finanszírozási mechanizmusok és oktatási tantervek formájában.
2. Kommunikáció: a szolgáltató és a betegek közötti kommunikáció fejlesztése, beleértve a személyek közötti információt, írott információt, illetve bármilyen promóciós anyagot.
3. Oktatás: egészségértés oktatása felnőttek és gyermekek körében, valamint az egészségügyi szolgáltatók kommunikációs fejlesztése.

Konkrét intézkedésként például egy online eszköz van a betegek segítségére, ahol kiválaszthatnak olyan kérdéseket, amelyeket majd a találkozó során feltesznek az orvosnak, illetve felkészülhetnek olyan kérdésekre, amelyeket az orvos tehet fel nekik. Ez segíti azt, hogy a betegek jobban részt tudjanak venni az egészségük fenntartásában és informáltabban dönthessenek az őket érintő kérdésekről. Egy másik konkrét intézkedés egy információs füzet, amely eligazítja a betegeket az egészségügyi rendszerekben, de a kórházi távozás utáni gondozásban is segítséget nyújt.

Az ausztrál egészségértés fejlesztésében az egyik probléma az, hogy az utolsó, konkrétan egészségértést felmérő kutatás 2006-ban volt, és ugyan terveznek kutatást, de az eredmények általános értékelésének módszere sincs kialakítva, hogy az új módszerek hatékonyságát mérni lehessen. A továbbiakban fontos lépés lesz a módszer kialakítása és minél pontosabb adatok begyűjtése.

Az egyik fontos ok, amiért szükséges az egészségértés szintjének növelése, a betegségek megelőzése. Szamoában a WHO<sup>47</sup> indított egy kezdeményezést 2015-ben az alapvető, nem fertőző betegségek (népbetegségek) kezelésére.<sup>48</sup> A program 7 faluban indult el, ahol megfigyelték a falu lakosait, és helyi segítők, illetve egészségügyi dolgozók segítségével adatot gyűjtöttek az egészségi állapotról és életmódról. Abból indultak ki, hogy egy 2013-as kutatás alapján Szamoa felnőtt népességének a felénél magas a nem fertőző betegségek kialakulásának kockázata. A kutatás középpontjában a magas vérnyomás, cukorbetegség, szívroham, stroke, májkárosodás megelőzése, a tüdőbetegségek és asztma megfelelő kezelésének kialakítása, valamint a női mell- és méhnyakrák megbetegedések számának csökkentése áll.

A kezdeményezés egyik fontos eleme az egészségértés szintjének növelése. A programban résztvevő falvak lakosai oktatást kaptak arról, hogy mik azok a tényezők, amelyek növelik a nem fertőző betegségek kialakulásának esélyét, és kockázatfelmérést végeztek a lakosokon,

<sup>47</sup> World Health Organization

<sup>48</sup> Adapting the WHO package of essential noncommunicable disease interventions, Samoa. Bull World Health Organ 2018; 96:578–583.

akik aztán ennek tudatában változtathattak egészségkultúrájukon. Fontos része volt, hogy a számukra érthető nyelvezetre legyenek lefordítva az információk, ezáltal könnyebben elsajátíthatóak. A lakosság körében korábban gondolt állításon, mely szerint csak az beteg, aki annak érzi magát, ugyancsak túlléptek a lakosok, annak hatására, hogy megismerték, hogy több fennálló betegségnek nincsen tünete a korai szakaszában.

A kezdeményezés hatására, amellett, hogy a lakosok megismerték egészségi helyzetüket és azt, hogy hogyan tudják egészségi állapotukat megőrizni, megerősödött a kapcsolat az egészségügyi szolgáltatók és a társadalom között, és egy „emberközpontúbb” egészségügyi szolgáltatás kialakítása indult meg. A betegek számára jobban átlátható lett az egészségügyi rendszer működése, ezáltal együttműködésük is valószínűbb kezelőorvosukkal. Szamoában nincs kialakítva digitalizált egészségügyi rendszer, azonban a megfelelő adatkezeléssel fejleszthető lenne az adherencia mértéke is.

Egy újabb külföldről hozott példa a megelőzés fontosságára ugyancsak a WHO tevékenysége alá tartozik. Közép-Amerikában 8 országon keresztül ívelő kezdeményezés indult a 2000-es években,<sup>49</sup> melynek céljaként a malária megelőzését és terjedésének megállítását tűzték ki. A kezdeményezés lényege egy olyan életmód kialakítása volt, amelyben a lakosok távol tartják a szúnyogokat lakóhelyüktől, lakókörnyezetüktől. Közös takarításokat szerveztek környezetükben: utcákon, erdős területeken, folyópartokon. Megtanulták, hogy a vizet fedett tárolókban és ne a szabadban, otthonaik körül tárolják. Három év alatt 60 százalékkal lecsökkent a maláriás esetek száma és 86,2 százalékkal azon maláriás megbetegedéseké, melyeket a plasmodium falciparum, vagyis a legsúlyosabb lefolyású maláriás megbetegedést okozó baktérium okoz.

Magyarországon jelenleg is folyik egy kezdeményezés a Semmelweis Egyetem (SOTE) vezetése alatt.<sup>50</sup> A balassagyarmati dr. Kenessey Albert Kórház és Rendelőintézettel való együttműködés során balassagyarmati középiskolákban egészségügyi ismereteket oktatnak a diákoknál nem sokkal idősebb orvosjelöltek, és próbálják vonzóbbá tenni a szakmát a fiatalabbak számára.

A SOTE Általános Orvostudományi Karának dékánja, Prof. dr. Hunyady László azt mondta a programról, hogy *„a most [2018. március] induló hároméves programsorozat három pillérre épül: cél egyrészt a 9. és 10. osztályos tanulók egészségnevelése az önkéntes egyetemisták bevonásával, a különböző betegségek megelőzésére összpontosítva, másrészt a témakörökhöz kötődő internetes ismeretterjesztő anyagokkal gazdagítják a fiatalok tárházát, harmadsorban pedig igyekeznek felkelteni az érdeklődést az egészségügyi pályák iránt. A hallgatók havonta egy alkalommal látogatnak el az érintett középiskolákba.”*

<sup>49</sup> [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/Utolsó hozzáférés:2019.09.27.](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/Utolsó%20hozzáférés:2019.09.27.)

<sup>50</sup> [https://www.nool.hu/kozelet/helyi-kozelet/egyuttmukodesben-balassagyarmati-korhaz-es-semmelweis-orvostudomanyi-egyetem-2160821/Utolsó hozzáférés:2019.09.27.](https://www.nool.hu/kozelet/helyi-kozelet/egyuttmukodesben-balassagyarmati-korhaz-es-semmelweis-orvostudomanyi-egyetem-2160821/Utolsó%20hozzáférés:2019.09.27.)



A bemutatott amerikai elmélet, illetve az ausztráliai, szamoai, közép-amerikai és magyar gyakorlat alapján látható, hogy az egészségértési szint növelésének legfontosabb eleme az egészségügyi ismeretek terjesztése és könnyebben befogadhatóvá tétele. A példák közül az is látszik, hogy fontos az egészségügyi szolgáltatók és az abban résztvevő egyének kommunikációs oktatása, hogy az alacsonyabb egészségértési szinten lévő betegeket is érthetően tudják tájékoztatni, ezzel esélyt adva nekik, hogy részt vegyenek a saját betegségükre vonatkozó döntésben. A harmadik fontos állomás az egészségértés szintjének növelésében pedig a döntéshozók és az egészségügyi szereplők megfelelő motiválása és támogatása, hogy munkájukkal hozzáadjanak a terület fejlesztéséhez.

#### **4.5. Az egészségértési szint növekedésének lehetséges finanszírozás csökkentő hatásai**

Az alacsony egészségértési szint – több kutatás alapján – a kórházi kezelés költségeinek növekedését és a kórházi kezelés szükségességének emelkedését okozhatja, valamint gyakrabban van szükség orvosi vizsgálatra is. Az alacsony egészségértés krónikus betegségek, mint például a 2. típusú diabétesz kialakulásához vezethet. Ha valaki nem rendelkezik egészségügyi ismeretekkel vagy nem képes azokat hasznosítani, nem képes hatékonyan használni az egészségügyi szolgáltatásokat és az ellátási költségei is magasabb lesznek.<sup>51</sup>

*„... Az utóbbi időben európai szinten nagy figyelmet kapott egészségértés és egészségtudatosság fontosságának hangsúlyozása, mely nemcsak az egyén szintjén jár előnyökkel, hanem jelentősen csökkentheti az egészségügyi rendszer kiadásait és leterheltségét. A rossz, nem megfelelő egészségértés a megelőző ellátások és a krónikus betegségek kezelésének alacsonyabb szintű használatával, és magasabb mortalitással jár. Olyan problémák is felmerülnek, mint a hiányos szolgáltató-beteg kommunikáció miatti diagnózis és gyógyszerelési hibák, rossz adherencia, újabb kórházi kezelések és egyéb komplikációk. A rosszabb egészségértéssel rendelkező betegek jellemzően később fordulnak orvoshoz, amikor a kezelésük már nehezebben megoldható és költségesebb.”<sup>52</sup>*

A Nemzetközi Diabétesz Szövetség becslése szerint 2014-ben 144,3 billió dollárt költöttek diabéteszes betegek ellátására az európai régióban, míg Észak-Amerikában és a Karib-térségben 310 billió dollárt. A diabétesz betegségnek magas a halálozási aránya és a morbiditási aránya, okozhat akár végtag amputációt, vesebetegséget, szív- és érrendszeri betegségeket és számos egyéb szövődménye lehet. A betegség miatt kiadott költségek csökkentése úgy érhető el, ha egyre nagyobb arányban kerül megakadályozásra a

<sup>51</sup> Doyle, G. – Gibney, S. – Quan, J. – Martensen, U. – Schillinger, D. (2017): Health Literacy, Health Care Utilization, and Direct Cost of Care Among Linguistically Diverse Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. HLRP: Health Literacy Research and Practice. Vol. 1, No. 3, 2017

<sup>52</sup> [http://aipm.hu/data/upload/files/AIPM\\_eves\\_jelentes\\_0510\\_final-1.pdf](http://aipm.hu/data/upload/files/AIPM_eves_jelentes_0510_final-1.pdf) Letöltés:2019.09.27.

szövődmények és társbetegségek kialakulása, valamint hatékonyabbá válik az egészségügyi ellátás a betegség terén.

Ugyan korábbi tanulmányok egyértelmű kapcsolatot mutattak ki az alacsony egészségértési szint és az ezzel járó alacsony önmenedzsment és a krónikus betegségek kialakulása között, azonban Doyle és társai (2017) inkonzisztensek tartják az eredményeket.<sup>53</sup> Szerintük fontos figyelembe venni a kulturális-társadalmi tényezőket is. Ahogyan korábban a magyar egészségértés kutatásban is különbségek voltak a különböző kulturális-társadalmi csoportok között, úgy Doyle és társai előző eredményekre hivatkozva feltételezik, hogy a magas és közepes jövedelmű országokban az etnikai kisebbségek körében magasabb a kockázata a diabétesz kialakulásának. Ennek oka lehet, hogy alacsonyabb minőségű egészségügyi ellátáshoz férnek hozzá, de ugyanúgy kulturális és nyelvi akadályai is lehetnek. Abban az esetben, ha az orvos nem beszéli a beteg anyanyelvét és a beteg sem az orvosét, a fizikai kommunikáció is lehet az alacsony egészségértés oka, mivel a beteg nem képes hozzáférni az egészségügyi információhoz, befogadni, feldolgozni és hasznosítani azt.

---

<sup>53</sup> Doyle, G. – Gibney, S. – Quan, J. – Martensen, U. – Schillinger, D. (2017): Health Literacy, Health Care Utilization, and Direct Cost of Care Among Linguistically Diverse Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. HLRP: Health Literacy Research and Practice. Vol. 1, No. 3, 2017

# MELLÉKLET

## 1. sz. Melléklet: Az Egészségbiztosítási Alap, a gyógyszerkassza és a természetbeni juttatások kiadásai (2015-2019)

		előző évi teljesítés	adott évi eredeti előirányzat	adott évi módosított előirányzat	adott év előzetes teljesítés (2019. I-VI. havi teljesítés)	adott év teljesítés - adott évi módosított előirányzat (2019. I-VI. havi teljesítés - 2019. I-VI. havi módosított előirányzat)	adott évi teljesítés százaléka	adott évi telj. az eredeti ei. százalékában (2019:időarányos: 50,0 %)
		1	2	3	4	5=4-3	6=4/3*100	7=4/2
<b>Egészségbiztosítási Alap</b>	2015	1 907 209 665	1 910 840 100	1 957 892 554	1 955 323 709	-2 568 845	99,90%	102,30%
	2016	1 956 140 918	1 963 706 300	2 107 598 528	2 133 144 991	25 546 463	101,20%	108,60%
	2017	2 133 771 361	2 059 121 800	2 269 533 948	2 262 771 074	-6 762 874	99,70%	109,90%
	2018	2 262 853 151	2 319 092 000	2 450 234 963	2 433 800 325	-16 434 638	99,30%	104,90%
	2019	2 434 120 123	2 442 068 200	2 457 033 509	1 214 914 127	-13 602 628	98,90%	49,70%
<b>Gyógyszerkassza</b>	2015	302 303 952	298 114 000	326 341 100	326 247 556	-93 544	100,00%	109,40%
	2016	326 242 548	305 100 000	350 400 000	349 825 892	-574 108	99,80%	114,70%
	2017	349 821 753	313 000 000	340 483 400	339 190 744	-1 292 656	99,60%	108,40%
	2018	339 190 742	337 400 000	361 000 000	357 803 923	-3 196 077	99,10%	106,00%
	2019	357 803 925	362 325 600	362 325 600	188 215 630	7 052 830	103,90%	51,90%
<b>Természetbeni juttatások</b>	2015	1 325 520 671	1 323 424 600	1 368 110 600	1 369 442 417	1 331 817	100,10%	103,50%
	2016	1 369 436 774	1 369 650 500	1 526 316 500	1 526 864 687	548 187	100,00%	111,50%
	2017	1 526 859 757	1 441 126 400	1 625 662 600	1 625 987 388	324 788	100,00%	112,80%
	2018	1 626 025 146	1 636 306 800	1 764 980 873	1 762 051 262	-2 929 611	99,80%	107,70%
	2019	1 762 049 433	1 740 363 000	1 752 803 013	864 815 834	-11 585 672	98,70%	49,70%

2. sz. Melléklet: Egészségügyi kiadások alakulása (2003–2017)

Megnevezés	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Kormányzati alrendszerek összesen, milliárd Ft</b>	<b>1 095,9</b>	<b>1 152,8</b>	<b>1 275,3</b>	<b>1 340,4</b>	<b>1 277,8</b>	<b>1 330,9</b>	<b>1 308,9</b>	<b>1 373,8</b>	<b>1 420,3</b>	<b>1 408,2</b>	<b>1 463,5</b>	<b>1 551,1</b>	<b>1 634,2</b>	<b>1 723,0</b>	<b>1 826,2</b>
ebből:															
gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás	382,4	394,2	432,5	447,5	453,2	470,7	445,8	466,9	478,1	528,4	559,9	600,1	641,8	669,4	737,1
járóbeteg-ellátás	197,7	190,8	196,8	202,0	202,8	219,4	217,6	244,3	252,6	251,2	277,7	284,1	297,5	317,4	336,3
hosszú ápolási idejű ellátás	50,7	52,3	57,4	53,3	63,5	68,8	66,9	70,0	67,4	65,0	74,1	84,5	82,3	78,1	88,3
kiegészítő szolgáltatás (klinikai laboratóriumi, diagnosztikai és mentőszolgáltatás és betegszállítás)	63,9	67,4	70,0	76,4	75,4	81,6	80,5	93,6	97,3	103,5	109,7	112,2	117,0	134,4	141,8
gyógyszer	271,5	306,4	368,6	410,0	343,8	345,4	347,9	357,7	387,1	325,7	303,6	315,4	330,8	348,8	338,2
gyógyászati segédeszközök és egyéb tartós és nem tartós gyógyászati célú fogyasztási cikkek	35,0	43,0	44,1	48,5	36,6	41,9	49,5	47,3	54,5	54,9	55,0	59,5	62,6	65,9	68,1
prevenció	51,1	49,0	52,9	53,1	49,5	50,8	47,6	52,1	43,9	36,2	36,5	38,3	38,6	45,6	44,9
<b>Önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek, milliárd Ft</b>	<b>48,2</b>	<b>61,9</b>	<b>64,0</b>	<b>79,6</b>	<b>89,7</b>	<b>91,7</b>	<b>104,0</b>	<b>112,1</b>	<b>112,3</b>	<b>109,5</b>	<b>109,6</b>	<b>105,5</b>	<b>104,1</b>	<b>107,1</b>	<b>103,6</b>
ebből:															
gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás	8,0	8,3	9,3	13,3	14,7	13,5	16,0	16,0	15,6	9,8	10,4	7,9	7,5	9,0	9,8
járóbeteg-ellátás	6,9	9,4	8,5	12,5	13,6	13,4	13,6	19,8	20,0	23,5	21,8	23,2	22,8	22,9	23,7
hosszú ápolási idejű ellátás	2,6	4,7	4,4	4,3	5,2	4,3	4,3	4,8	5,4	5,2	5,7	5,4	5,4	6,0	6,1
kiegészítő szolgáltatás (klinikai laboratóriumi, diagnosztikai és mentőszolgáltatás és betegszállítás)	0,5	0,7	0,7	0,7	0,6	0,9	0,8	0,8	0,9	1,1	1,3	1,1	1,5	2,5	1,8
gyógyszer	3,8	9,8	8,3	13,0	16,2	19,7	26,9	30,1	29,9	31,4	32,2	31,7	29,9	29,2	25,6

gyógyászati segédeszközök és egyéb tartós és nem tartós gyógyászati célú fogyasztási cikkek	1,4	2,5	4,5	5,8	8,4	9,7	12,7	12,9	12,1	12,7	12,6	11,7	10,9	10,4	9,3
prevenció	23,1	22,7	24,8	25,1	25,8	24,0	23,0	23,0	23,8	21,2	20,9	20,1	21,9	23,0	23,2
<b>Háztartások, milliárd Ft</b>	<b>409,4</b>	<b>423,1</b>	<b>464,8</b>	<b>473,6</b>	<b>487,0</b>	<b>509,0</b>	<b>502,5</b>	<b>561,3</b>	<b>602,4</b>	<b>631,1</b>	<b>622,7</b>	<b>655,1</b>	<b>658,2</b>	<b>701,0</b>	<b>709,1</b>
ebből:															
gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás	48,7	49,4	51,8	49,9	40,1	42,5	42,9	49,9	48,9	54,7	58,3	60,5	58,8	72,9	75,3
járóbeteg-ellátás	162,3	167,5	180,4	195,1	176,4	164,3	167,0	202,3	210,2	218,9	221,4	229,8	228,6	235,4	234,4
hosszú ápolási idejű ellátás	8,2	8,0	7,9	6,6	6,3	7,3	7,2	9,6	8,5	8,6	8,1	8,5	9,1	14,4	15,6
kiegészítő szolgáltatás (klinikai laboratóriumi, diagnosztikai és mentőszolgáltatás és betegszállítás)	6,4	6,1	6,8	5,9	5,9	11,5	8,5	8,3	8,5	8,0	7,8	8,2	8,7	15,1	16,2
gyógyszer	153,3	160,5	187,3	182,6	226,4	251,2	254,6	267,7	302,8	315,2	300,9	316,5	322,1	335,1	339,5
gyógyászati segédeszközök és egyéb tartós és nem tartós gyógyászati célú fogyasztási cikkek	26,7	27,4	25,8	29,3	27,7	24,5	16,6	19,1	18,9	21,5	22,1	25,1	26,1	26,1	26,0
prevenció	3,2	3,0	3,4	2,9	2,9	5,7	4,2	4,1	4,2	4,0	3,9	4,1	4,3	1,4	1,5
<b>Alrendszerek kiadásai összesen, milliárd Ft</b>	<b>1 553,5</b>	<b>1 637,7</b>	<b>1 804,1</b>	<b>1 893,6</b>	<b>1 854,4</b>	<b>1 931,6</b>	<b>1 915,4</b>	<b>2 047,2</b>	<b>2 135,0</b>	<b>2 148,8</b>	<b>2 195,8</b>	<b>2 311,6</b>	<b>2 396,5</b>	<b>2 531,1</b>	<b>2 638,8</b>
ebből:															
gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás	439,1	451,9	493,7	510,6	508,0	526,7	504,7	532,8	542,5	592,8	628,6	668,4	708,1	751,3	822,2
járóbeteg-ellátás	366,9	367,6	385,8	409,6	392,8	397,1	398,3	466,5	482,8	493,5	520,9	537,2	549,0	575,7	594,4
hosszú ápolási idejű ellátás	61,6	65,0	69,7	64,3	74,9	80,5	78,4	84,4	81,3	78,8	87,9	98,5	96,8	98,5	110,1
kiegészítő szolgáltatás (klinikai laboratóriumi, diagnosztikai és mentőszolgáltatás és betegszállítás)	70,8	74,2	77,5	83,0	81,9	94,0	89,8	102,7	106,7	112,6	118,9	121,5	127,2	152,0	159,8
gyógyszer	428,7	476,7	564,1	605,6	586,3	616,4	629,4	655,5	719,8	672,3	636,7	667,6	682,8	713,1	703,4

gyógyászati segédeszközök és egyéb tartós és nem tartós gyógyászati célú fogyasztási cikkek	63,1	72,8	74,5	83,6	72,8	76,1	78,8	79,4	85,5	89,1	89,7	96,3	99,6	102,5	103,4
prevenció	77,3	74,7	81,1	81,2	78,2	80,4	74,8	79,2	72,0	61,4	61,3	62,4	64,9	70,1	69,6
<b>Egészségügyi kiadások GDP-aránya, %</b>	<b>8,1</b>	<b>7,8</b>	<b>8,0</b>	<b>7,8</b>	<b>7,2</b>	<b>7,1</b>	<b>7,2</b>	<b>7,5</b>	<b>7,5</b>	<b>7,5</b>	<b>7,3</b>	<b>7,1</b>	<b>7,0</b>	<b>7,1</b>	<b>6,9</b>
Állami egészségügyi kiadások GDP-aránya, %	5,7	5,5	5,7	5,5	5,0	4,9	5,0	5,0	5,0	4,9	4,8	4,8	4,8	4,9	4,8
Egy főre jutó egészségügyi kiadás, eFt/fő	153,4	162,0	178,9	188,0	184,4	192,4	191,1	204,7	214,4	216,6	222,0	234,3	243,5	257,9	269,6
Egy főre jutó állami egészségügyi kiadás, eFt/fő	108,2	114,1	126,4	133,1	127,1	132,6	130,6	137,4	142,6	142,0	147,9	157,2	166,0	175,6	186,6
Állami kiadások az összes kiadások százalékában	70,5	70,4	70,7	70,8	68,9	68,9	68,3	67,1	66,5	65,5	66,6	67,1	68,2	68,1	69,2
Gyógyszergyártók és forgalmazók befizetései, milliárd Ft	–	8,9	23,1	21,2	31,4	38,8	43,6	50,9	59,7	75,1	58,7	57,4	65,3	71,6	77,6
<b>Egészségügyi beruházások, milliárd Ft</b>	<b>53,0</b>	<b>48,4</b>	<b>50,2</b>	<b>54,9</b>	<b>46,7</b>	<b>47,4</b>	<b>42,7</b>	<b>42,9</b>	<b>63,6</b>	<b>55,1</b>	<b>57,8</b>	<b>89,3</b>	<b>162,8</b>	<b>37,1</b>	<b>61,9</b>
ebből:															
államháztartás	46,4	40,2	43,1	48,6	34,4	39,0	32,6	32,4	52,8	44,6	48,4	74,8	151,1	22,1	<b>47,1</b>

## ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra: Egészségbiztosítási Alap költségvetésének pénzforgalmi teljesítése – KIADÁS .....	4
2. ábra: Egészségbiztosítási Alap költségvetésének pénzforgalmi teljesítése – TERMÉSZETBENI ELLÁTÁSOK .....	5
3. ábra: A természetbeni ellátás és az Egészségbiztosítási Alap aránya .....	6
4. ábra: Egészségbiztosítási Alap költségvetésének pénzforgalmi teljesítése – GYÓGYSZERTÁMOGATÁS .....	7
5. ábra: A gyógyszer-támogatás és a természetbeni ellátás aránya .....	8
6. ábra: A gyógyszer-támogatás és az Egészségbiztosítási Alap aránya.....	9
7. ábra: Az adott évi teljesítés és az eredeti előirányzat eltérése (%) .....	10
8. ábra: OGYÉI-ben iktatásra került és folyamatban levő forgalomba hozatali engedélyezési kérelmek száma (db) .....	15
9. ábra: Engedélyezett gyógyszerek száma (db) .....	16
10. ábra: A világ országainak egészségügyi kiadása a GDP arányában, 2011 .....	20
11. ábra: Egészségügyi kiadás a GDP arányában.....	21
12. ábra: Egy főre jutó egészségügyi kiadás (2010=100%, USD) vásárlóerő paritáson. ....	22
13. ábra: Egy főre jutó egészségügyi kiadás (2010=100%, USD) növekedési aránya 2003 és 2018 között vásárlóerő-paritáson. ....	23
14. ábra: Hazai egészségügyi kiadások összetétele .....	24
15. ábra: Hazai egészségügyi alrendszerek kiadásainak aránya az összes egészségügyi kiadáson belül.....	25
16. ábra: Kormányzati egészségügyi kiadások összetétele .....	26
17. ábra: Önkéntes egészségügyi kiadások összetétele.....	27
18. ábra: Egy főre jutó háztartási egészségügyi kiadások (USD) vásárlóerő paritáson .....	28
19. ábra: Háztartások által finanszírozott egészségügyi kiadások aránya a teljes egészségügyre fordított kiadásokból.....	29
20. ábra: Háztartások egészségügyi kiadásainak összetétele .....	30
21. ábra: A háztartások kiadásai az összes kiadás arányában - gyógyszerek, gyógyárak, gyógyászati segédeszközök .....	31
22. ábra: A háztartások kiadásai az összes kiadás arányában - járóbeteg-ellátás .....	32

23. ábra: A háztartások kiadásai az összes kiadás arányában - kórházi és kiegészítő szolgáltatások .....	33
24. ábra A magánegészségügyi piac szereplői .....	34
1. táblázat A magánegészségügyi piac szereplői, funkciójuk, finanszírozásuk .....	35
2. táblázat A magán biztosítás és az egészségpénztárak különbségei .....	37
25. ábra A magánegészségügyi szolgáltatók fő típusai .....	38
26. ábra A magánegészségügyi szolgáltatások igénybevevői .....	39
27. ábra: Az egészségtudatossági indexek értékei .....	42
28. ábra: Néhány példa a 47 itemre (az állítás melletti százalékok jelentése: akik szerint inkább nehézséget okoz).....	43
3. táblázat Egészségértés Index felépítése .....	44
29. ábra: A különböző országok egészségértési szintje .....	45
30. ábra: Összesített egészségértési indexek Európában .....	46
31. ábra: Egészségértés különböző társadalmi-demográfiai csoportokban .....	48