

GKI Gazdaságkutató Zrt.

**A KÖLTSÉGVETÉSI FENNTARTHATÓSÁG ÉS AZ
EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSÁNAK ÁTALAKÍTÁSA,
TEKINTETTEL AZ ÁLLAMI-NEM ÁLLAMI
SZOLGÁLTATÁSOK ARÁNYÁNAK ELMOZDULÁSÁRA, A
MAGÁNBIZTOSÍTÁS MEGJELENÉSÉRE**

Készült a Költségvetési Tanács Titkársága megbízásából

A kutatást vezette és az összefoglaló tanulmányt írta: Udvardi Attila

A kutatásban részt vett:

Dr. Karsai Gábor

Dr. Molnár László

Udvardi Attila

Budapest, 2022. július 15.

GKI Gazdaságkutató Zrt.

1092 Budapest, Ráday u. 42-44.

1461 Budapest, Pf. 232.

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

Tel: 318-1284; Fax: 799-0456

gki@gki.hu

Készült a KVT/19-1/2022 szerződés alapján

© **GKI Gazdaságkutató Zrt.**

Tartalomjegyzék

Tartalom

Bevezetés.....	4
1. Vezetői összefoglaló	6
2. Az egészségügy finanszírozása	14
2.1. Finanszírozási modellek	14
2.2. A magyar finanszírozás rendszere	15
2.3. Jogszabályi háttér	18
3. Az egészségügyi kiadások alakulása nemzetközi összehasonlításban	19
4. Az egészségügy finanszírozását befolyásoló tényezők alakulása	21
4.1. Demográfiai tényezők.....	21
4.2. Életmód.....	22
4.3. Fő betegségek és halálokok	26
4.4. Jövedelmek	28
4.5. Árak	30
4.6. Szabályozás	31
4.7. Technológiai fejlődés	31
5. Finanszírozási struktúra.....	32
5.1. A forrásszerkezet változása	33
5.2. Állami források.....	34
5.3. Európai Unió források.....	39
6. Magánfinanszírozás az egészségügyben	44
6.1. Az egészségügyi magánszektor fejlődése.....	44
6.2. A magánegészségügy piaca	47
6.2.1. A magánkiadások aránya a hivatalos statisztikákban	47
6.2.2. A tényleges magánegészségügyi szolgáltatás piacának becslése	50
6.2.3. Piaci szereplők	52
6.3. Jelen és várható jövőbeli trendek.....	53
7. Az egészségügy finanszírozási problémái.....	55
8. Az egészségügy finanszírozásának átalakítási lehetőségei	62
9. Függelék	67
9.1. Szakirodalmi források.....	67
9.2. Jogszabályok és más hivatalos dokumentumok	71
9.3. Rövidítések	74

Bevezetés

E tanulmány célja az egészségügy finanszírozásának kritikai elemzése, kiindulva a finanszírozás rendszerének bemutatásából, a jogszabályi háttéréből, valamint a fontosabb mutatók nemzetközi összehasonlításából. Bemutatásra kerülnek az egészségügy finanszírozását befolyásoló tényezők (demográfia, életmód, morbiditás, halálozás, jövedelmek, árak, szabályozás, technológiai fejlődés), az egészségügy finanszírozási szerkezete és ennek változása a finanszírozás három pillére alapján, melyből kiemelt hangsúlyt kap a magánegészségügy. Végül bemutatjuk az egészségügy finanszírozási problémái és javaslatokat fogalmazunk meg az egészségügy finanszírozásának átalakítási lehetőségeire.

A tanulmány **aktualitását** különösen az egészségügyi ágazat egyes finanszírozási pillérei szerkezeti arányainak változása, ezzel egyidejűleg a szerkezet magánszektor irányába történő gyorsuló elmozdulása adja, miközben a költségvetés terhei is emelkednek.

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

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

A kutatás, illetve **a tanulmány felépítését** meghatározták a megrendelő szempontjai, követelményei, amelyeket igyekeztünk érvényesíteni. A vezetői összefoglalót követő **második fejezet** az egészségügy finanszírozási modelljeit, a magyar finanszírozás rendszerét és jogszabályi háttérét mutatja be. A **harmadik fejezet** nemzetközi összehasonlításban értékeli a magyar egészségügyi kiadások alakulását, a **negyedik fejezet** pedig az egészségügy finanszírozását befolyásoló tényezők alakulását veszi számba. Az **ötödik fejezet** az egészségügy finanszírozási szerkezetét és ennek változását mutatja be a finanszírozás pillérei alapján, a **hatodik fejezet** a magánegészségügy térnyerését és fejlődési potenciálját vizsgálja, a **hetedik fejezet** az egészségügy finanszírozási problémáit veszi számba, a **nyolcadik fejezet** pedig javaslatokat fogalmaz meg az egészségügy finanszírozásának átalakítási lehetőségeire. A tanulmányt a szakirodalmi forrásokat, a jogszabályokat és más hivatalos dokumentumokat, valamint a rövidítéseket tartalmazó függelék zárja. A téma kutatása során vált egyértelművé, hogy a tanulmány **súlyponti részét** az **5.-8. fejezet** alkotja, míg a 2., a 3. és a 4. fejezet súlya és jelentősége az említettekhez képest csekélyebb.

A tanulmány megírásakor arra törekedtünk, hogy az egyes fejezetek önmagukban is érthetőek legyenek, megállják a helyüket. Ebből adódóan lehetnek átfedések az egyes fejezetek között annak ellenére, hogy mindent megtettünk azok elkerülésére.

Az anyagban szövegek közötti hivatkozásokat alkalmaztunk a tanulmány végén található szakirodalmi forrásokra (érdemi elemzéseket tartalmazó szakirodalmi források, illetve jogszabályok és más hivatalos dokumentumok bontásában). Itt az elérési út feltüntetésével jelöltünk meg olyan online forrásokat, amelyek a mondanivaló megértését elősegítő tényszerű vagy számszerű információkat tartalmaznak.

1. Vezetői összefoglaló

Az egészségügyi rendszer része minden olyan tevékenység, amelynek elsődleges célja az egészség előmozdítása, helyreállítása vagy megőrzése. Fő funkciói közé tartozik az irányítás, az ellátás és a finanszírozás. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához, az erőforrások rendelkezésre állásához szükséges forrást elő kell teremteni, a szolgáltatás fedezetét pedig az azt nyújtó rendelkezésére kell bocsátani. Tökéletes, optimális finanszírozási technika nem létezik, mindegyik esetben vannak pl. az érdekeltséget, tevékenységet, adminisztrációs költséget érintő előnyök és hátrányok. Az egészségügyi finanszírozás a világ bármely egészségügyi rendszerében felfedezhető problémát hordoz magában.

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

Magyarország egészségügyi rendszere többszereplős rendszerként határozható meg, melynek biztos szereplője a finanszírozó. Az egészségügyi ellátások igénybevételét az állam különböző feltételek megvalósulása esetén támogatja a központi vagy önkormányzati költségvetésből vagy az Egészségbiztosítási Alapból, azzal, hogy létezik olyan ellátás, amely külön térítési vagy kiegészítő térítési díj ellenében vehető igénybe. További lehetőség a rászoruló személy gyógyító-megelőző kezeléseivel kapcsolatos kiadásainak csökkentése érdekében a közgyógyellátás terhére történő igénybevétel.

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

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

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

A magyarországi halálozások mintegy feléért az **életmóddal összefüggő kockázati tényezők** felelősek. 2019-ben a lakosság egynegyede napi szinten dohányzott, mely a harmadik legmagasabb arány az EU-ban. A lakosság egynegyede elhízott, mely aránnyal az EU27 országok közül szintén a harmadik helyet foglaljuk el. Utóbbit a helytelen táplálkozási szokások részben megmagyarázzák. 2019-ben a felnőttek kevesebb mint 60%-a számolt be arról, hogy jó az egészségi állapota, mely elmarad az uniós átlagtól (70%). **2019-ben a felnőttek 40%-a legalább egy krónikus betegséggel élt**, mely arány magasabb, mint az EU-tagállamokban átlagosan (36%). A keringési betegségek - melyek a halálozások több mint felét teszik ki - SHH¹ mutatója 2019-ben az ötödik legmagasabb volt az EU tagállamok között. **A rosszindulatú daganatos megbetegedések Magyarországon a halálozások közel egynegyedéért felelősek**. E betegségek SHH mutatója 2011 után 2019-ben is a **legmagasabb volt az EU tagállamok között**. 2022 májusáig a **COVID19** több mint 46 ezer halálesetet okozott Magyarországon, mely egymillió lakosra vetítve 4,8 ezer fő és a második legmagasabb érték az EU-ban.

A közgazdászok és az egészségügyi szakértők jellemzően egyetértenek abban, hogy **gazdasági súlyunkhoz képest nem költünk eleget az egészségügyre**. Magyarországon az ezredfordulót követően fokozatosan csökkent az **egészségügyi kiadások GDP-hez mért aránya**, 2003-ban még 8,1%-ot tett ki, mely **2019-re 6,3%-ra csökkent**. Míg az **egészségügyi kiadások 2003-as bázison** nominál értelemben megduplázódtak, addig **reál értelemben mindössze 15%-kal bővültek**. Az egészségügyi kiadásokból az egyes alrendszerek aránya csak kis mértékben változott, a kormányzati költés az összes kiadás 71%-ról 68%-ára csökkent 2003 és 2019 között, a háztartások 2019-ben 28%-ot finanszíroztak (2 százalékponttal többet, mint 2003-ban), az önkéntes pénztárak 4%-ot (szintén 2 százalékponttal többet, mint 2003-ban). **Magyarországon az egészségügyi**

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

kiadások mintegy harmadát magánforrások fedezik (értékben 2019-ben 956 milliárd Ft-ot tett ki), mely arány az EU tagállamok közül a felső harmadban található. Az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek (egészségpénztárak) képviselték 2019-ben az egészségügy finanszírozásának 4%-át (106 milliárd Ft). A 2020-as és 2021-es egészségügyi béremelések a központi költségvetés súlyát jelentősen megemelte, de erre még nincsenek hivatalos adatok.

Fentiekből részben adódik, hogy a **kormányzati egészségügy kiadások GDP-hez viszonyított aránya Magyarországon lényegesen elmarad az EU átlagától**, 2010 óta jellemzően 2,3-2,7 százalékponttal alacsonyabb volt annál. Ezen belül 2017-19-ben 2,7 százalékpontos volt a magyar elmaradás, az EU-országok átlagos aránya 7-7,1% körüli, Magyarorszáigé 4,5-4,7%. A COVID-járvány időszakában, 2020-ban pedig az EU-ban 8%-ra, Magyarországon 6,4%-ra emelkedett a ráta, ami a különbség 1,6 százalékpontra szűkülését eredményezte. Az a tény, hogy a járvány előtti időszakban az egészségügyi kiadások arányában lényegesen nagyobb a magyar lemaradás, mint az államháztartási kiadások egészében, a magyar egészségügy fejlettségével nem magyarázható.

A **háztartások jövedelme az ezredforduló óta közel 3,5-szeresére bővült**, mely reál értelemben is közel 60%-os bővülést jelent. Ezen belül is főként a 2015 utáni időszakban tapasztalható jelentős jövedelemkiáramlás, **mely megfelel a magánegészségügyi piac bővülésének**. A háztartások 2010-ben átlagosan a jövedelmük 4,9%-át, míg 2020-ban már 5,4%-át költötték az egészségügyre. **Az ezredforduló óta az egészségügyi szolgáltatások ára összességében több mint háromszorosára emelkedett**, miközben az összes szolgáltatás áremelkedése 2,3-szeres volt.

Az Egészségbiztosítási Alapba irányuló közvetlen kormányzati kifizetések növekvő aránya lehetővé tette a Kormány számára, hogy szabadon határozza meg prioritásait és nagyobb ellenőrzést gyakoroljon a kiadások felett, ugyanakkor ez nem oldotta meg az egészségügyi rendszer finanszírozásának örökölt instabilitását. Másrészt a COVID19-világjárvány idején ez a rendszer lehetővé tette a Kormány számára, hogy további forrásokat biztosítson az egészségügyi rendszer számára. Az ún. Védekezési Alapnak a finanszírozása nagyrészt más minisztériumoktól származó költségvetési átcsoportosításokból történt. Ez az alap fedezte a COVID19-járvánnyal kapcsolatos költségeket, beleértve az egészségügyi dolgozóknak nyújtott egyszeri rendkívüli juttatást is. A COVID19-világjárvány idején kezdeményezett reformok részeként a kormány további bérjellegű többletfinanszírozást juttatott a praxisközösségeket létrehozó házi orvosok számára.

A COVID pandémia hatására az egészségvédelem és az egészségügy, mint támogatási célterület fontossága a 2021-2027-es EU-s tervezési ciklusra számottevően felértékelődött. Ennek eredményeként **„Az EU az egészségügyért” uniós program** elsődlegesen jóval nagyobb büdzből gazdálkodhat. Ezt egészíti ki az Európában valaha finanszírozott legnagyobb ösztönző csomag alkotóeleme, a helyreállításra irányuló ideiglenes **Next Generation EU eszköz (helyreállítási alap)**. Az eszköznek

köszönhetően a COVID járvány utáni Európa újjáépítésének egészségügyi céljait Uniós szinten összesen 7,7 milliárd euró támogatja. Utóbbi az egyes tagállamok számára akkor elérhető, amennyiben az EU elfogadja ezek helyreállítási tervét.

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

A **technológiai innováció** nagy jelentőséggel bír az egészségügyben és az egészségügyi kiadások egyik legfontosabb mozgatórugójának tekinthető. A technológia számos úton befolyásolta az egészségügyi szolgáltatásnyújtás módját: a kezelhető betegségek számának növelésével, a kezelésre alkalmas betegkör szélesítésével, egy kezelési/ellátási módszer javításával, helyettesítésével, megváltoztatásával, intenzitásának növelésével. A magyar egészségpolitikában stratégiai célkitűzés a digitalizáció. Rendelkezésre állnak ugyan a korszerű műszerek, informatikai rendszerek, felhőalapú alkalmazások, a kórházak gazdálkodása terén ugyanakkor nem érzékelhető gyors fejlődés, korszerűsítés, a költség-elszámolási, nyilvántartási, megosztási problémák fennmaradtak. (Ennek oka részben a **túlzott adminisztratív elvárásoknak** való megfelelési kényszer.)

A fentiekben felsorolt kérdésekre és problémákra az állami egészségügy csak részben tud választ adni. **Az egészségügy szervezeti és érdekeltségi rendszere, kínálati struktúrája, valamint az erre hivatott állami szervezet gyakran módosul, a rendszerszemlélet hiánya, a stratégiai gondolkodás adminisztratív módszerekkel, túlzottással való helyettesítése alapvető probléma.** Az orvosfizetések emelése és a **hálapénz visszaszorítása** megoldott részproblémákat, de egy általános **egészségügyi reform híján** csak részeredményekhez vezetett, miközben **új feszültségeket** is létrehozott. A **szakdolgozói fizetésrendezés elmaradása** továbbra is akadályozza a kapacitások kihasználását (például hiányoznak a műtősök). **Az orvosok** a hálapénz megszűnése következtében, mivel megemelt fizetésük nem függ például a műtétek számától és bonyolultságától, **nem érdekeltek az operációk elvégzésében.** A kórházak nem érdekeltek a teljesítmény növelésében, kapacitásaik kihasználásában, a minőségi munkában. **Minőségi követelményekre** – például küszöbszámok az utóvérzésekre, kórházi fertőzésekre stb. – lenne szükség az intézményekkel és az intézményeken belül az orvosokkal szemben is.

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

A magánegészségügy finanszírozására sokféle modell létezik Európában. Van, ahol ez kiegészítő biztosítás, van, ahol a magánbiztosítók a teljes egészségügyi ellátást finanszírozzák, és van olyan is, hogy mindez jövedelemfüggő. A hazai magánszolgáltatók a következő formákban vannak jelen: informális magánrendelés állami intézményben, magánrendelő, csoportpraxisok, magánintézmények (rendelőintézetek, kórházak, diagnosztikai központok), magán-egészségügyi szolgáltató hálózata (pl. foglalkozás-egészségügy). A fentieket kiegészítendő nem mehetünk el a Magyarországon korábban mély társadalmi gyökerekkel rendelkező hálapénz intézménye mellett sem, mely 2020 óta formálisan megszűnt.

A magánszférában és az állami finanszírozásban pont ellentétes szempont érvényesül. Míg az állami kiadások a kórházi ellátásra helyezik a hangsúlyt, addig a magánszférában a járóbeteg-rendelések finanszírozása a kimagasló. Ez egyáltalán nem véletlen, a fő ok **a kettős finanszírozás tilalma.** Emiatt egy ellátást Magyarországon ma vagy állami, vagy magánforrásból lehet finanszírozni, a közös finanszírozást büntetik. Emiatt a

beteg jelentős része csak a relatíve olcsóbb járóbeteg-ellátás költségeit képes saját forrásból kifizetni, a legalább egy nagyságrenddel drágább, 200 ezer forintnál kezdődő kórházi ellátást csak sokkal kevesebben engedhetik meg maguknak.

2012 és 2018 között a legális, számlázó magánegészségügyi szolgáltatók árbevétele éves átlagban 10%-os ütemet meghaladóan tudott növekedni, miközben a hálapénz és a lakásrendelők (tehát a szürke-fekete része a piacnak) változó mértékben ugyan, de visszaszorultak. Azaz, **jelentősen fehéredett a magánegészségügyi szolgáltatók piaca**. A magánegészségügyi piac ugyanakkor **koncentrálódik**, mivel a magánegészségügy keretei közt egyre teljesebb ellátást nyújtani tudó komplex intézményekkel a lakásrendelők (vagyis az egyorvosos magánrendelők) nehezen tudnak lépést tartani akár a drága és korszerű eszközök magas ára, akár a betegút-menedzsment kidolgozatlansága miatt. A lakásrendelőknek, szembe kell nézniük az egyre szigorodó adókönyvezettel, az egyre nagyobb betegelvárásokkal, miközben már nem tudják megszerezni az állami ellátás diagnosztikáját, műtéti kapacitását, hiszen az átjárást lezárták. A többszakmásmagán járóbeteg-ellátóknál is egyre égetőbb feladat a fekvőbeteg-ellátás megoldása. Eközben az igények egyre inkább arra ösztönzik ezeket az ellátókat is, hogy specializálódjanak, működjenek együtt. A lakásrendelők túlélését a nagy cégekbe olvadás jelentheti. Mindez azonban **a verseny korlátozódásával jár**, ami előre vetíti a növekvő árakat.

A magánellátás iránti növekvő igény egyik legnagyobb felhajtója az állami ellátás iránti bizalmatlanság, amit a kiszámíthatatlanság is súlyosbít. Szintén a privátszolgáltatók mellett szól, hogy a legújabb technológiákat gyorsan, rugalmasan hasznosítják. A COVID-járvány is sok páciens terelt a magánellátók felé. Míg korábban csak egy szűk réteg vette igénybe a laborvizsgálatokat, illetve szűrőcsomagokat, a járvány felbukkanását követően a páciensek jelentős hányada a PCR- és antigéntesztek elvégzése miatt fordult magánszolgáltatókhoz. Később a kórházak lezárásával, a műtétek elhalasztásával, a várólisták meghosszabbodásával egyre többen fordultak komolyabb beavatkozások miatt is az ellátókhoz. Így a magánellátások igénybevétele egyre kevésbé csak a legmódosabb családok kiváltsága, mivel **mind szélesebb tömegek kényszerülnek rá, hogy magán-egészségügyet fizessenek**. Ezzel párhuzamosan **egyre nagyobb a munkaerő beáramlás is a területre**. Az orvosok egy része részben az állami, részben a magánszférában dolgozik, mivel az utóbbi szektorban a bevétel előre meghatározott százalékát kapják munkadíjként. Ennek eredménye, hogy bizonyos szakterületeken már most is várólista alakult ki a magán szolgáltatóknál. Nem véletlen, hogy már a **magán-egészségügyben** is megjelentek a **kapacitáskorlátok**, s az árak is gyors ütemben emelkedésnek indultak a megugró kereslet miatt. Mivel a társadalom döntő hányada sem a jelenben, sem a jövőben nem lesz képes megfizetni a magánegészségügy szolgáltatásait (főként nem a komolyabb beavatkozásokat), **kiemelt fontossággal bír a költségvetési forrásokból megvalósuló egészségügyi ellátások finanszírozásának biztosítása, ráadásul a jelenlegihez képest magasabb színvonalon.**

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

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

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

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

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

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

új megoldásokat, amelyek akár üzleti keretek között engednek hozzáférést a közfinanszírozott egészségügyi kapacitásokhoz (pl. kiegészítő egészségbiztosítás). Egy ilyen megoldás a társadalom részére is előnyökkel járhat, mivel a többletbefizetés az ellátórendszer fejlesztésére fordítható.

Nem mehetünk el amellett, hogy a Kormány által az egészségügy megreformálását érintő, helyes irányba mutató változtatások (**házi orvosi praxisközösségek, sürgősségi ellátás fejlesztése, digitalizáció**) is kiegészítő finanszírozást igényelnek. Mindezek részletesen kibontva Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Tervében szerepelnek, illetve finanszírozásuk e Terv elfogadása esetén is EU-s forrásból lesz (ideiglenesen) megoldva.

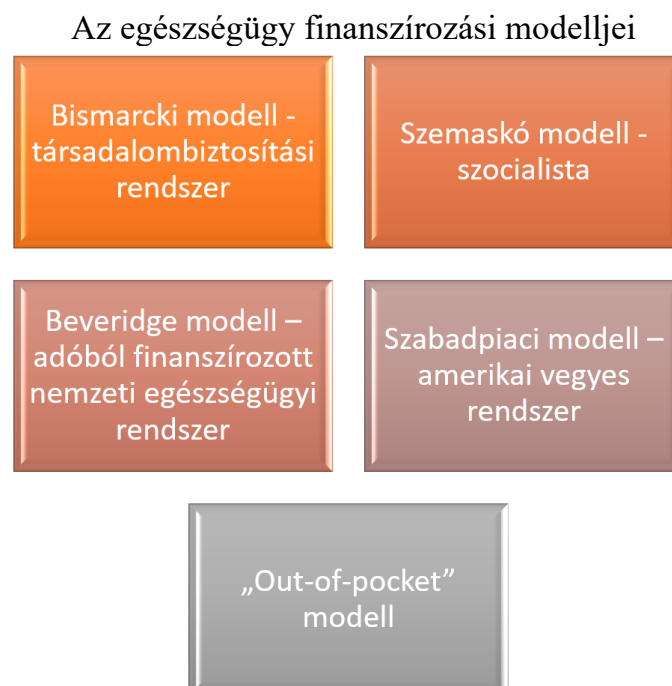
Fontos lenne az áttérés a valós gazdálkodásra, amelynek alapja a valós működési költségek elismerése. Ennek keretében az egészségügyi beruházások esetében is **el kellene ismerni az amortizációt költség elemként**, amelyből a kórházak és szakrendelők, de a házi orvosi praxisok is biztosíthatnák eszközbeszerzéseiket. Ez javítaná az eszközök kihasználtságát is (mivel megnőne az érdekeltség ebben).

2. Az egészségügy finanszírozása

2.1. Finanszírozási modellek

A WHO (Egészségügyi Világszervezet) definíciója szerint az egészségügyi rendszer része „minden olyan tevékenység, amelynek elsődleges célja az egészség előmozdítása, helyreállítása vagy megőrzése”. **Az egészségügy legfontosabb funkciói közé tartozik** a természetbeni vagy pénzben történő ellátás, az egészségpolitika vagy irányítás, valamint a **finanszírozás**. Ezt egészíti ki a szakemberképzés, illetve a szakmai szervezetek tevékenysége is. Annak ellenére, hogy a fejlett országokban az egészségügyi rendszerek minden esetben sokszereplősek, az államnak különböző felelősség és jogkörei vannak, melyek részben az országgyűléshez, a kormányhoz, az egészségügyi (vagy ha ilyen éppen nincs, egyéb) miniszterhez, a szakigazgatási szervekhez, az önkormányzatokhoz, valamint az egészségbiztosítási szervekhez, az ellátórendszerhez és a betegekhez kapcsolódnak. **Az egészségügyi ellátások működéséhez szükséges forrást elő kell teremteni, a szolgáltatások elvégzésekor felmerülő költségét pedig a szolgáltatást végző rendelkezésére kell bocsátani.**

Az egészségügyi rendszereket több ismérv mentén csoportosíthatjuk, melyek közül a leggyakrabban a **finanszírozási jellemzők szerinti csoportosítást használják**. A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy minden modell alkalmazza a többi modell egy-egy elemét, tehát valamelyest hibrid rendszerekről beszélhetünk. A legtöbb szakirodalmi forrás az alábbi ábrán található öt fő modellt különbözteti meg (Állami Számvevőszék 2019).



Forrás: Dr. Karner Cecília: Nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek és az állam szerepvállalása

A rendszereken belül az alábbi finanszírozási módok léteznek:

- Intézményfinanszírozás (kötségvetés alapján definiált) vagy teljesítményfinanszírozás (általában valamilyen teljesítmény mutatószám alapján meghatározott), valamint e két módszer kombinációja.
- Fix (tevékenység mennyiségétől és minőségétől független) vagy változó (valamilyen mennyiségi vagy minőségi mutatóhoz kötött) finanszírozás.
- Retrospektív (költségeket utólagosan térítő) vagy prospektív (előretekintő, előre meghatározott arányokon, viszonyszámokon alapuló) finanszírozás.
- Input rendszerű (előre meghatározott feladat és ehhez kapcsolódó erőforrás szerinti) vagy output rendszerű (elvégzett teljesítményen alapuló) finanszírozás.

Az egészségügy input-output rendszerű finanszírozási technikái

Input rendszerű finanszírozás

- Kapacitás-finanszírozás (pl. ágyszámhoz kötötten)
- Feladat-finanszírozás

Output rendszerű finanszírozás

- Tételes finanszírozás
- Normatív finanszírozás

Forrás: Állami Számvevőszék 2019

Optimális finanszírozási technika nem létezik, mindegyik típusnak vannak előnyei vagy hátrányai, melyek pl. a szereplők érdekeltségét, az elvégzett tevékenységeket, vagy éppen az adminisztrációs költségeket érintik.

2.2. A magyar finanszírozás rendszere

A magyar egészségügyi rendszer a II. Világháborúig a bismarcki egészségbiztosítási modellt alkalmazta, melyet ezután több jelentős átalakítás követett. Az ötvenes évektől az SZTK-s rendszer, az ágazati biztosítók helyett egységes szakszervezeti intézmény, a Szakszervezetek Társadalombiztosítási Központja működött, majd a hetvenes évektől az egészségügyi ellátást állami feladatként definiálták és a központi költségvetésből finanszírozták, melynek eredményeként az egészségbiztosítás megszűnt. Az egészségügyi ellátás finanszírozása a kilencvenes évek elejétől ismét a társadalombiztosítás részévé vált. Az ekkor létrejött és azóta is fennmaradt

Egészségbiztosítási Alap egy ideig önkormányzati, majd később állami irányítás alá került.

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

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

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

A magyar forrásteremtés és finanszírozás modellje



Forrás: Surján 2019

Az egészségügy közfinanszírozása megvalósulhat adókból, valamint társadalombiztosítási hozzájárulások teljesítéséből. A finanszírozási modellek alapelveit tehát - sok egyéb országhoz hasonlóan - vegyesen alkalmazzák. Az egészségügyi kiadások domináns részét a közkiadások képviselik, mely legnagyobb részben a fekvőbeteg-szakellátáshoz kapcsolódik. A közkiadások mintegy négyötöd részét az NEAK (korábban OEP) kassza biztosítja, ezért ezt tekinthetjük a legfontosabbnak a ráfordítások szempontjából (Nagy-Ritter 2018). A NEAK által fedezett ellátási csomagról központi szinten döntenek a gyógyszerek pozitív listája és az orvosi eljárások negatív listája révén. Míg a fekvőbeteg ellátásra fordított kiadások nagy része közfinanszírozott, a járóbeteg- (ambuláns) ellátás, a járóbeteg ellátás keretében rendelt gyógyszerek, a gyógyászati segédeszközök és a fogászati ellátás állami fedezete sokkal szűkebb. Részen ez magyarázza az ezekre a tételekre fordított viszonylag magas közvetlen lakossági hozzájárulásokat (State of Health 2021).

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

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

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

Magyarország egészségügyének finanszírozása komplex rendszert alkot. A finanszírozás megvalósulását finanszírozási pillérek teszik lehetővé. Négy ilyen pillért különböztethetünk meg, amely **a társadalombiztosítás, az üzleti- és betegbiztosítás,**

az önkéntes kölcsönös egészségpénztár, valamint a közvetlen lakossági finanszírozás. A társadalmi fejlődéssel nem csupán a betegségek megfelelő kezelése iránt nőtt az igény, hanem a kezelésre fordított költségek, valamint a betegségek következtében kiesett jövedelmek pótlására egyaránt (Dr. Lukács 2013).

2.3. Jogsabályi háttér

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

Az egészségügy működésének alapjait az állam az éves költségvetési törvényekben jóváhagyott keretek alapján az egészségügy finanszírozásával biztosítja. További törvények és rendeletek határozzák meg az egyéb kapcsolódó előírásokat. Az ide tartozó főbb jogsabályok listáját a tanulmány jogsabályjegyzéke tartalmazza.

Az egészségügy finanszírozásának jogsabályi rendszere



Forrás: Állami Számvevőszék

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

A 2006. évi CXXXII. tv. pontosan meghatározza, hogy mi minősül egészségügyi közszolgáltatásnak. A törvény értelmében közszolgáltatás az, amelyet hazánk a központi költségvetés vagy az Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) terhére finanszíroz.

Ennek ellenére a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) meghatároz olyan egészségügyi ellátásokat, amelyek függetlenek a páciens biztosítási státuszától, ugyanis kizárólag abban az esetben vehetők igénybe, ha külön térítési díjat fizet. (Nagy, Ritter 2018)

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

137/2012. (VI. 29.) Kormányrendelet szabályozza az Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozás részletes szabályait. A 2012-es év számos változást eredményezett, de a finanszírozás szemszögéből a legfontosabb az, hogy a szolgáltató által jelentett adat nem azonos a finanszírozási tétellel, valamint kizárólag a ténylegesen elvégzett beavatkozást finanszírozzák.

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

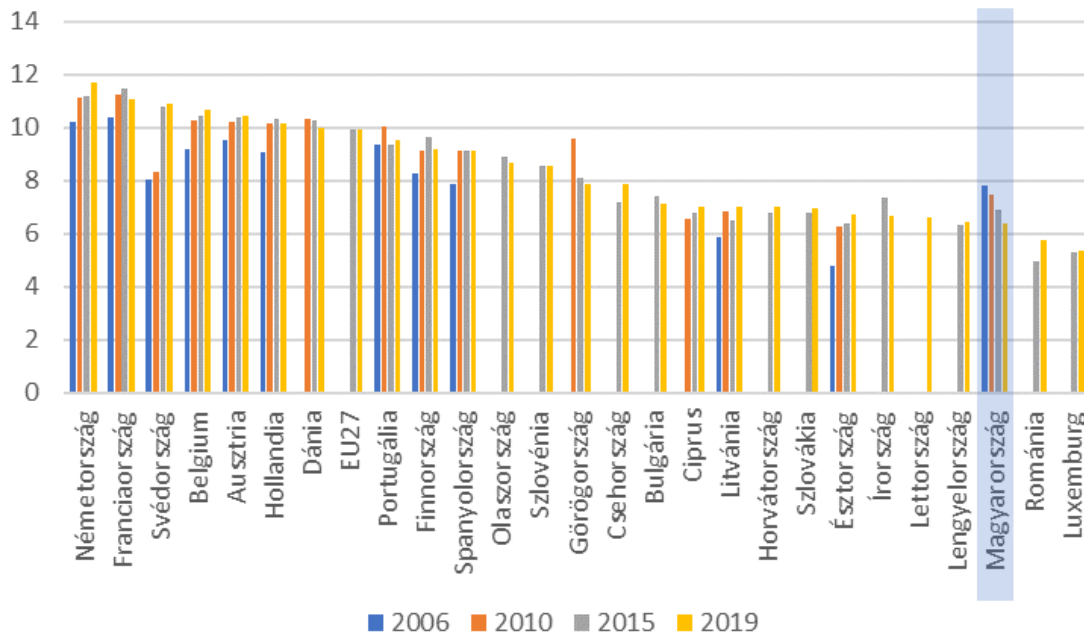
3. Az egészségügyi kiadások alakulása nemzetközi összehasonlításban

A közgazdászok és az egészségügyi szakértők többé kevésbé egyetértenek abban, hogy gazdasági súlyunkhoz képest nem költünk eleget az egészségügyre. **2006-ban a GDP 7,8%-át fordítottuk az egészségügyre**, mely 2010-re 7,5%-ra, 2015-re 6,9%-ra, **2019-re pedig 6,4%-ra csökkent. Utóbbi az EU-tagállamok közül a harmadik legalacsonyabb**, 3,6 százalékponttal marad el az EU27 országok átlagától.

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

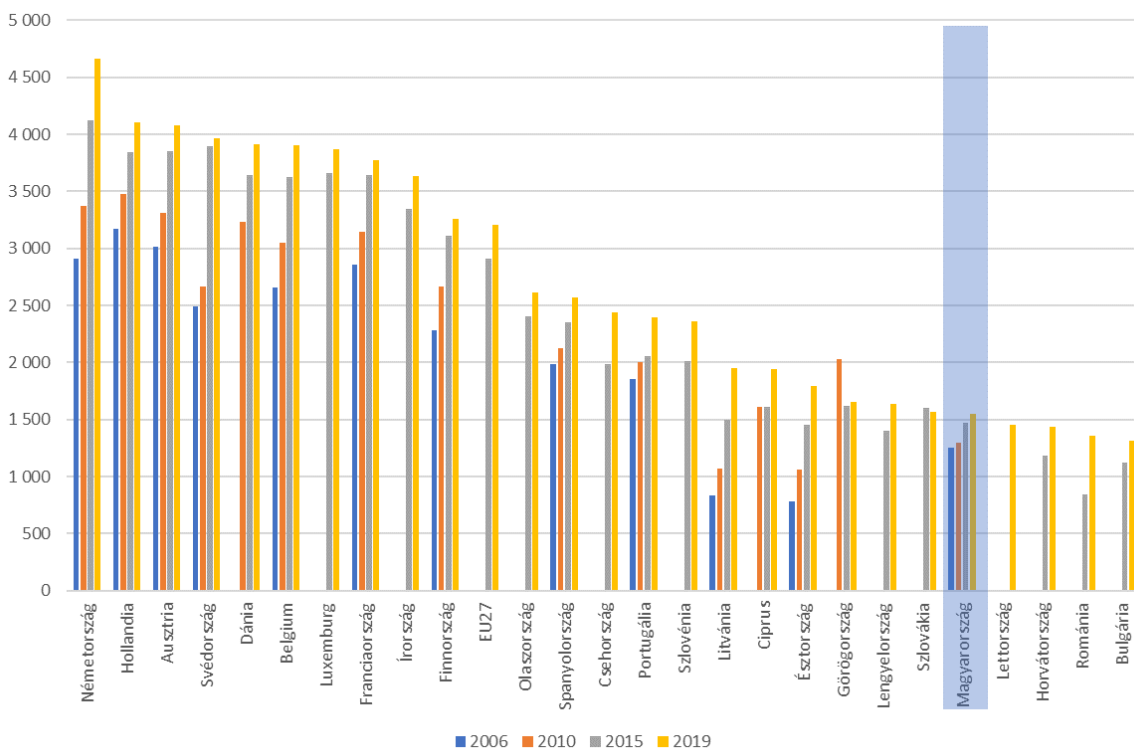
Mindezzel párhuzamosan a **vásárlóerőparitáson számított egy főre jutó egészségügyi kiadás** 24%-kal emelkedett ugyan, de még ezzel is csak 4 országot (Lettország, Horvátország, Románia, Bulgária) előzünk meg, az EU27 átlagának még a felét sem (48%) érjük el.

Egészségügyi kiadások a GDP arányában 2006-2019 (%)



Forrás: Eurostat

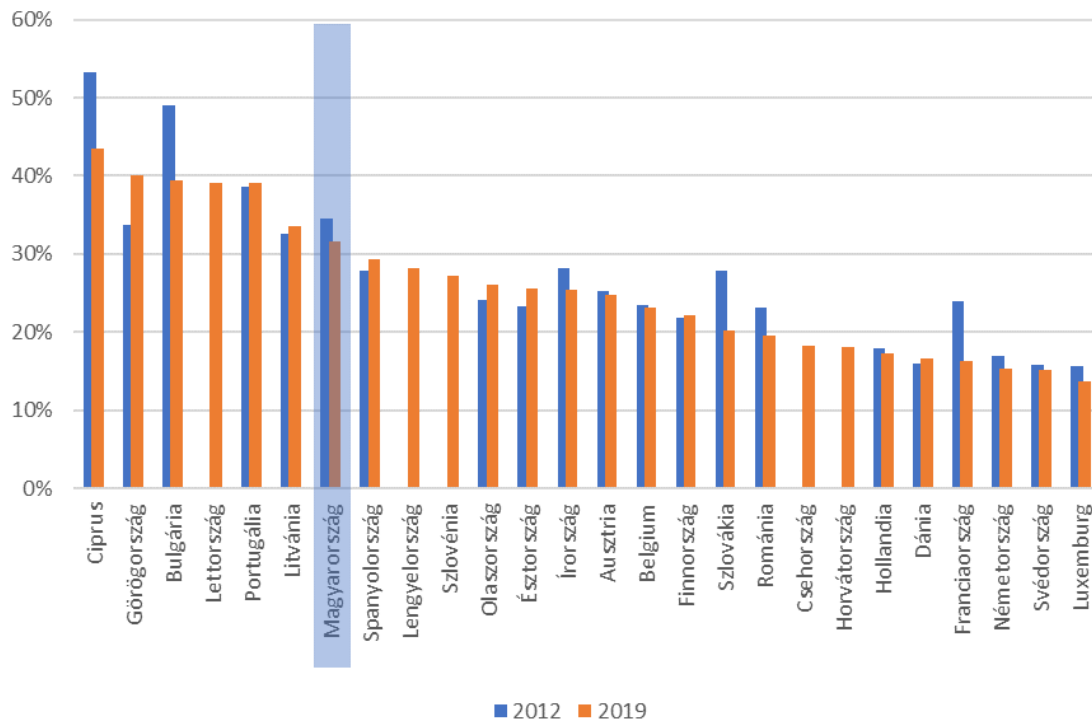
Egy főre jutó egészségügyi kiadások vásárlóerő paritáson 2006-2019 (PPS)



Forrás: Eurostat

Annak ellenére, hogy 34%-ról 32%-ra csökkentek, a **magán egészségügyi kiadások relatíve magas arányt képviselnek az összes egészségügyi kiadásból, mellyel az EU tagállamok felső negyedébe tartozunk.**

Magán egészségügyi kiadások az összes egészségügyi kiadás arányában 2012-2019 (%)



Forrás: Eurostat

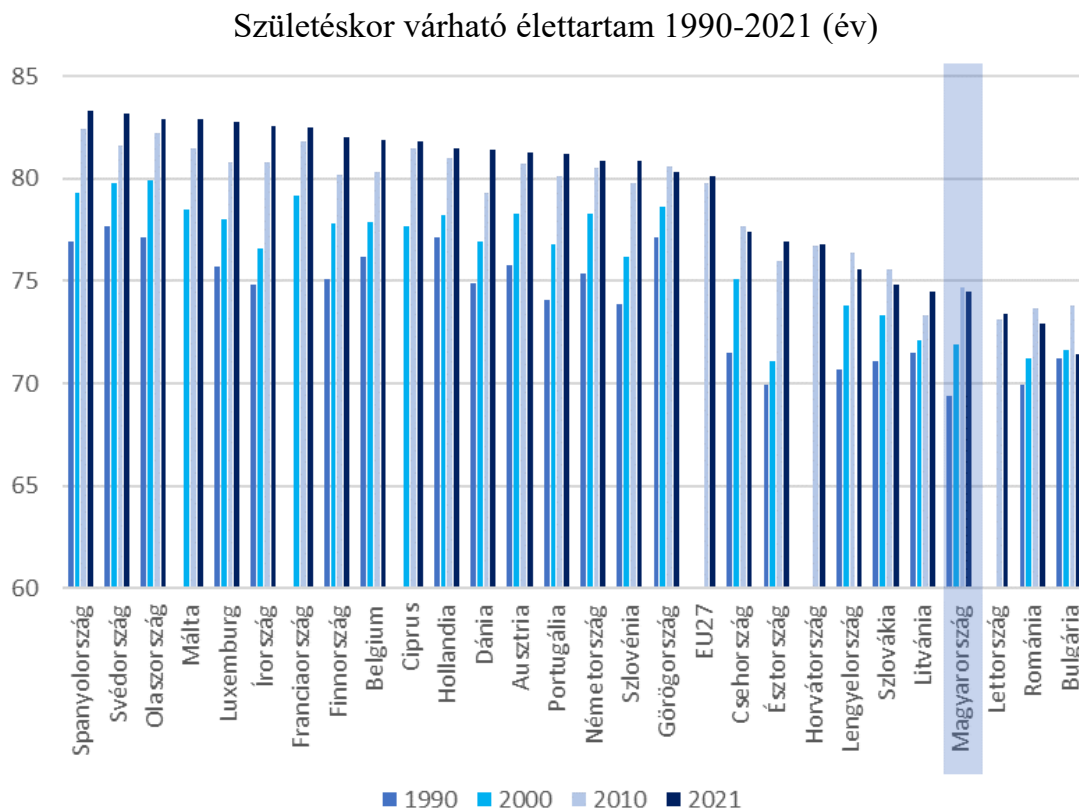
4. Az egészségügy finanszírozását befolyásoló tényezők alakulása

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

4.1. Demográfiai tényezők

Magyarországon a születéskor várható élettartam 2000 és 2021 között 71,9 évről 74,5 évre nőtt. Ennek ellenére **2021-ben a születéskor várható élettartam több mint öt évvel elmaradt az EU egészének átlagától**, és alacsonyabb volt például, mint a hasonló gazdasági és társadalmi fejlődési pályát bejáró Csehországban, Lengyelországban vagy

Szlovákiában. A COVID19-világjárvány következtében a várható élettartam 2019 és 2021 között közel egy évvel csökkent, amely összhangban van az uniós átlag változásával. **A magyar nők átlagosan majdnem hét évvel tovább élnek, mint a férfiak.** Ez a nemek közötti különbség nagyobb, mint az EU egészében és nagyrészt annak tudható be, hogy a férfiak jobban ki vannak téve különböző kockázati tényezőknek, különösen a dohányzásnak vagy a túlzott alkoholfogyasztásnak, d akár a munkahelyi ártalmaknak is.



Forrás: Eurostat

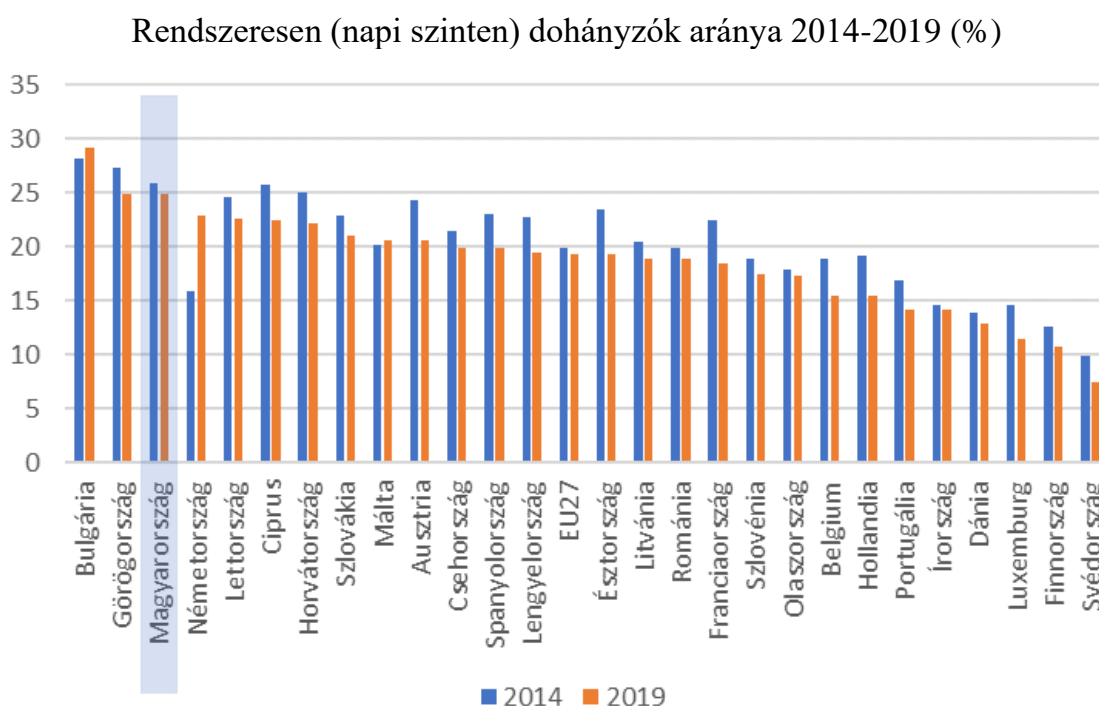
Az élettartam növekedése és ezzel párhuzamosan az idősebb korosztályok arányának emelkedése a finanszírozási szükségleten keresztül egyre nagyobb terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre. Főleg igaz ez annak tükrében, hogy hiába emelkedik a várható élettartam, nem mindegy, hogy az idős korosztályok egészségben vagy betegségben élik meg ezeket az éveiket. **A születéskor egészségesen várható élettartam** 2020-ban a férfiak esetében 61,7 év, mely 5,2 évvel magasabb, mint 2010-ben, 63,6 év a nőknél, 4,7 évvel magasabb, mint 10 évvel korábban (KSH). A 65 évesen egészségesen várható átlagos élettartam a férfiak esetében 7,3, míg a nőknél 8 év volt 2020-ban (2010-ben 5,5, illetve 6 év). Amennyiben a várható élettartam emelkedése az egészségben várható élettartam növekedésével párhuzamosan megy végbe, az ellátórendszerre nem kerül pótlólagos teher.

4.2. Életmód

A magyarországi halálozások mintegy félelert az életmóddal összefüggő kockázati tényezők felelősek. Más uniós országokhoz képest Magyarországon viszonylag magas a **túlzott alkoholfogyasztás** mind a serdülők, mind a felnőttek körében. Az elhízott felnőttek aránya szintén meghaladja az uniós átlagot (State of Health in the EU Magyarország Egészségügyi országprofil 2021, továbbiakban State of Health 2021).

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

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



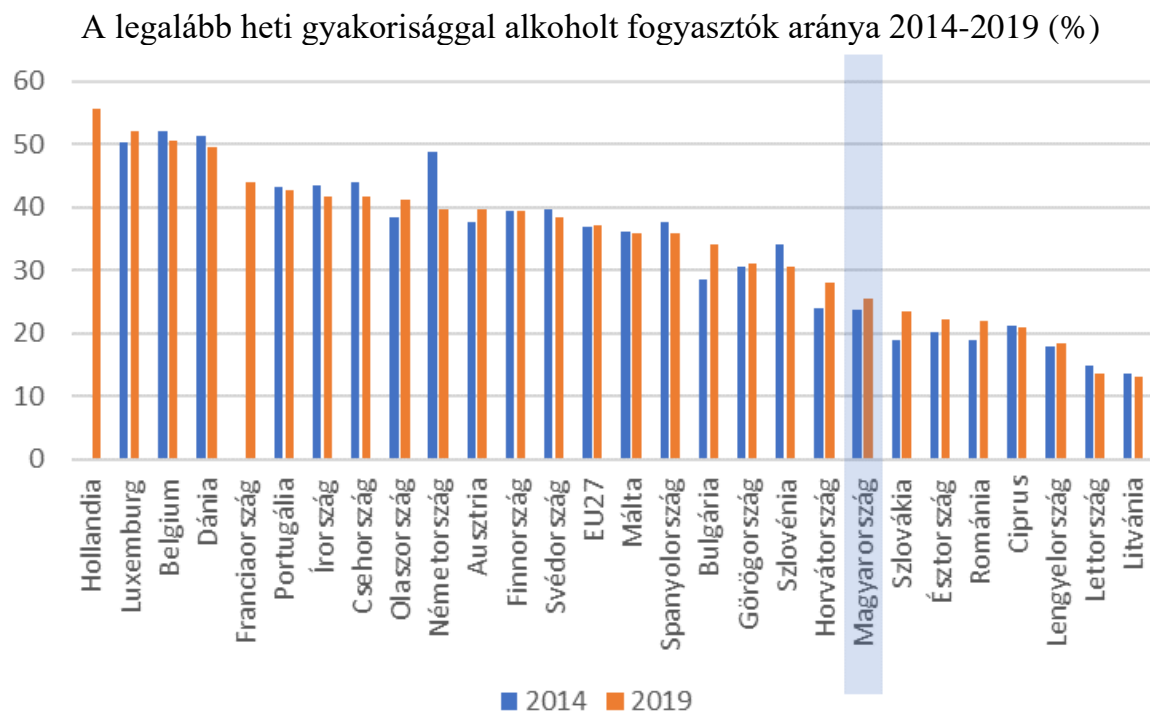
Forrás: Eurostat

A dohányzók aránya az elmúlt két évtizedben lassabban mérséklődött Magyarországon, mint a legtöbb uniós országban. Magyarországon e hányados jelentős különbségeket mutat a nemek szerint: a magyar férfiak közel egyharmada naponta dohányzott 2019-

ben, szemben a nők körülbelül egyötödével. A kamaszok körében szintén magas a dohányzók aránya: 2018-ban a 15 évesek 23%-a számolt be arról, hogy az elmúlt hónapban dohányzott, ami meghaladja a 18%-os uniós átlagot (State of Health 2021).

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

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



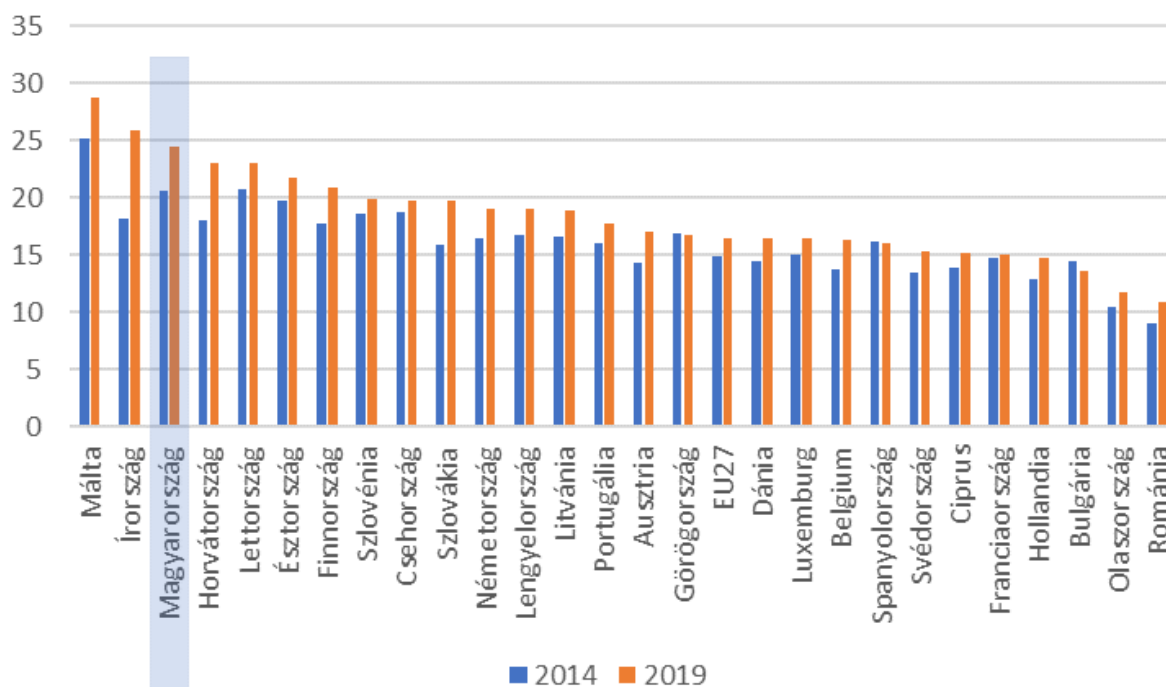
Forrás: Eurostat

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

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

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

Az elhízottak aránya 2014-2019 (%)



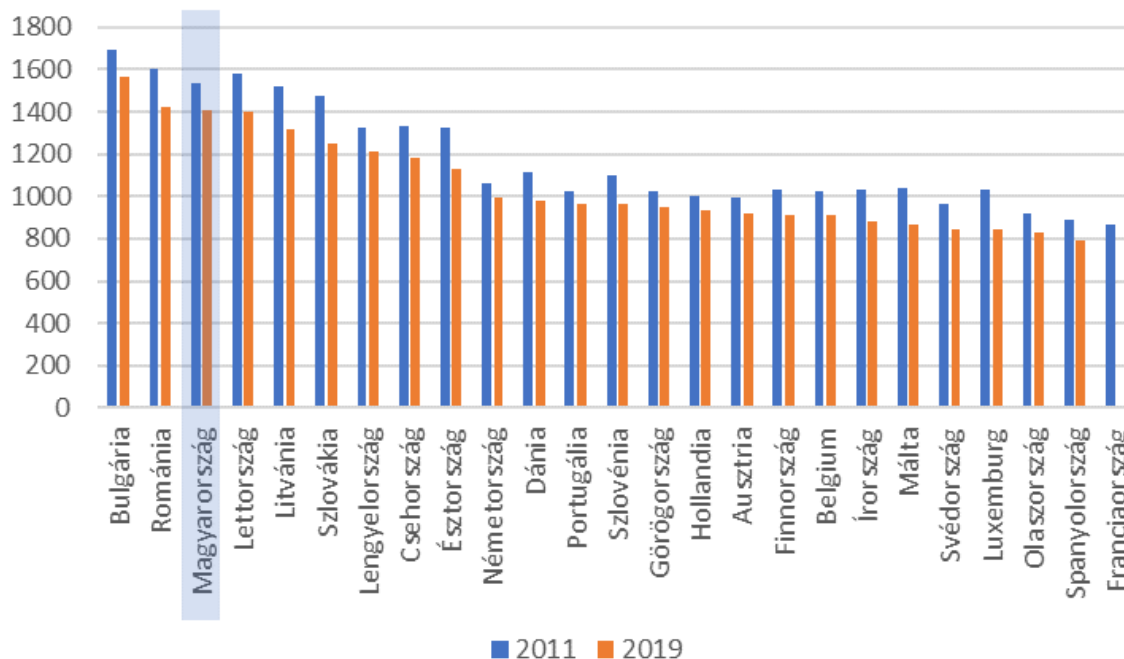
Forrás: Eurostat

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

4.3. Fő betegségek és halálokok

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

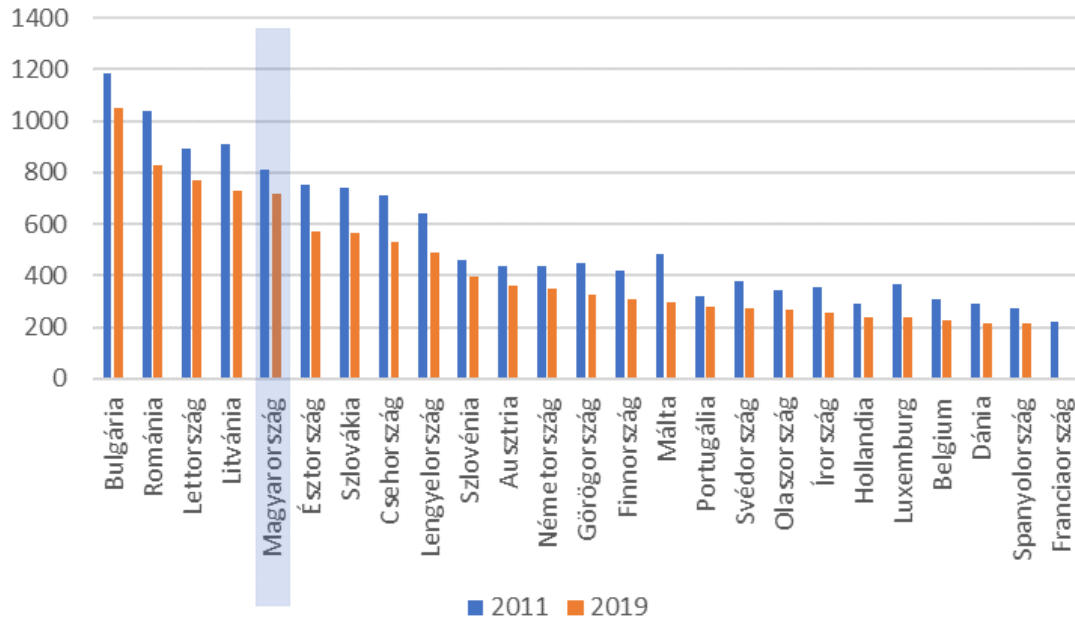
Standardizált halálozási hányados 2011-2019 (százezer lakosra)



Forrás: Eurostat

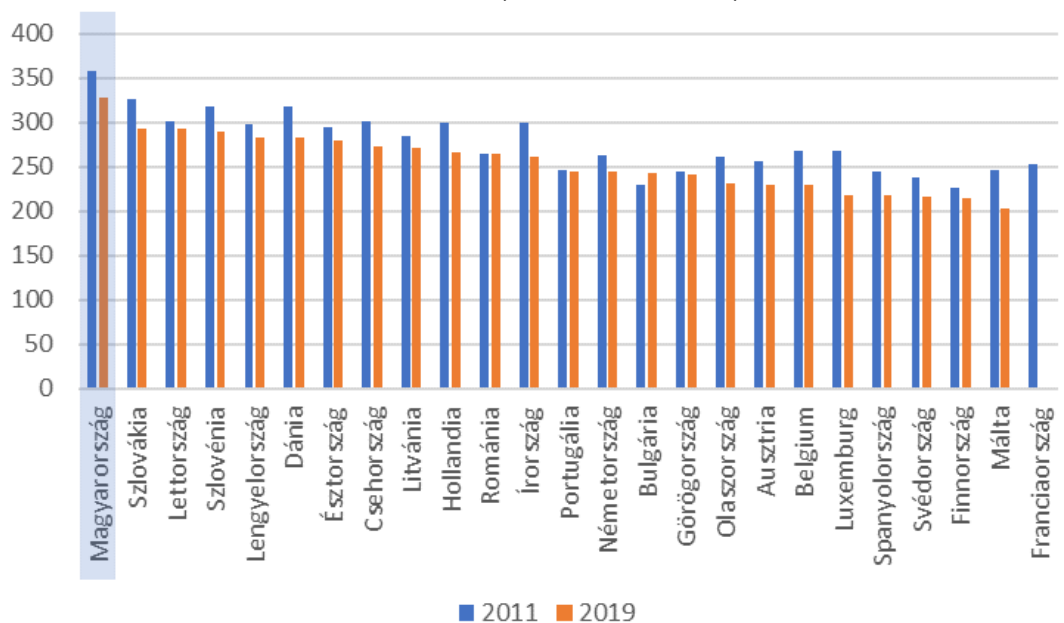
A keringési betegségeknek - melyek a halálozások több mint felét teszik ki - az SHH mutatója 2019-ben az ötödik legmagasabb (715) volt az EU tagállamok között. 2011-hez képest itt 12%-os csökkenés következett be, mely alacsonyabb, mint az EU tagállamokban átlagosan mért 22%-os mérséklődés.

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



Forrás: Eurostat

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



Forrás: Eurostat

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

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

2022 májusáig COVID19 több mint 46 ezer halálesetet okozott Magyarországon, mely egymillió lakosra vetítve 4,8 ezer fő. Bulgária után ez a második legmagasabb érték az EU-ban (Worldometres COVID19 coronavirus pandemic statistics). Az előző évek adatai alapján általában várható összes okból bekövetkezett halálozás és a ténylegesen tapasztalt halálozás közötti többlet, valamint a járvány kifutásának bizonytalansága azt jelzi, hogy a COVID19 közvetlen és közvetett halálos áldozatainak tényleges száma a fenti számnál még magasabb lesz.

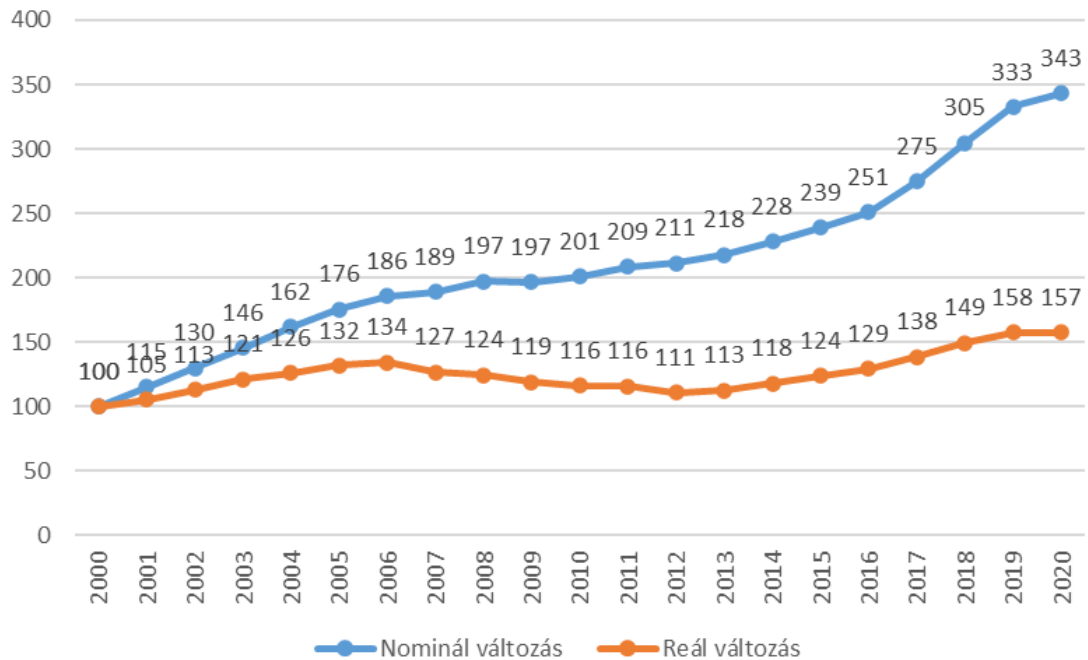
Az IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) Global Health Data Exchange adatbázisa szerint 2019-ben az összes haláleset közel egynegyede (24%) táplálkozási kockázatok miatt következett be, mely magasabb, mint az EU-ban átlagosan (17%). A dohányzás, beleértve az aktív és a passzív dohányzást is, az összes haláleset további 21%-át okozta (EU-ban átlagosan 17%), míg a halálesetek 7%-a az alkoholfogyasztásnak (EU-ban átlagosan 6%), 2%-a pedig a mozgásszegény életmódnak volt tulajdonítható. A légszennyezés, mely a legtöbb esetben a keringési és légzőszervi megbetegedésekhez, valamint a rák bizonyos típusaihoz kapcsolódik az összes haláleset 7%-át okozta 2019-ben, mely az EU-átlagnál (4%) jóval magasabb arány.

4.4. Jövedelmek

A háztartások kiadásainak önálló alrendszerét a hazai lakosság közvetlen „out of pocket” kiadásai (ide tartozik a mára jogszabályban betiltott hálapénz is), valamint az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerekhez transzferált pénzek jelentik. **A háztartások jövedelmének bővülése ezen kívül egyre nagyobb teret biztosít a magánegészségügyi ellátások piacának.** Egyes közfinanszírozott egészségügyi ellátások igénybevételi nehézségei, a várólisták növekedése egyre inkább a magánegészségügy felé terelik azokat a főként idősebb korosztályokat, akik jövedelmükből egyre inkább tudnak és hajlandók erre áldozni. **A háztartások**

jövedelme az ezredforduló óta közel 3,5-szeresére bővült, mely reál értelemben is közel 60%-os bővülést jelent. Ezen belül is főként a 2015 utáni időszakban tapasztalható jelentős jövedelemkiáramlás, mely megfelel a magánegészségügyi piac bővülésének.

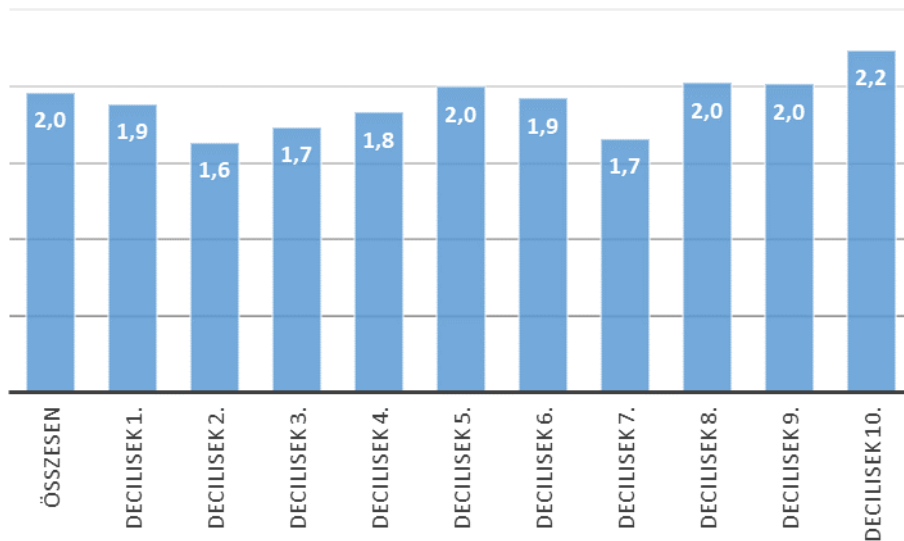
A háztartások jövedelmének alakulása 2000-2020 (2000=100)



Forrás: KSH, GKI számítás

A magyar háztartások a KSH COICOP nomenklatúra szerinti besorolás alapján 2010-ben átlagosan a jövedelmüknek a 4,9%-át, míg 2020-ban már az 5,4%-át költötték az egészségügyre. Ennél a 0,5 százalékpontos emelkedésnek több mint kétszerese (1,2 százalékpont) zajlott le a legmagasabb jövedelmi tizedhez tartozók esetében. Utóbbiak egy főre vetítve 147 ezer Ft-ot költöttek 2020-ban egészségügyre, mely 2,3-szerese a 2010-es költségnek (66 ezer Ft / fő). E bővülés gyorsabb volt, mint a háztartások 70%-os nominális jövedelemnövekedése 2010 és 2020 között.

A háztartások egészségügyre fordított jövedelmének alakulása 2010 és 2020 között
jövedelmi tizedek szerint (2010=1)

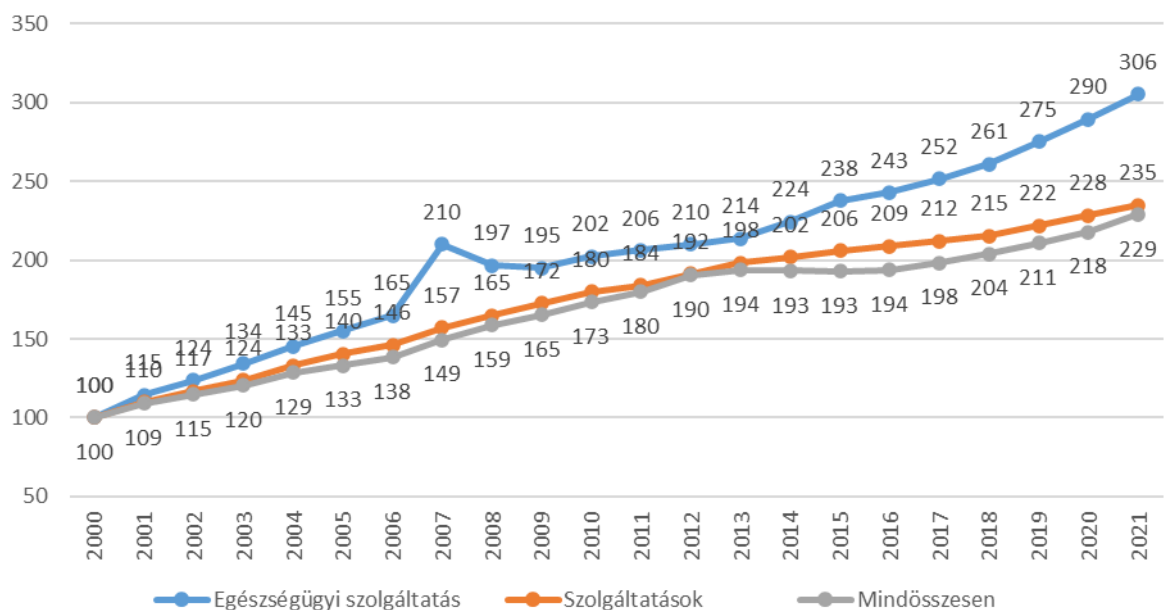


Forrás: KSH, GKI számítás

4.5. Árak

A fogyasztói árak alakulása számottevően befolyásolja az egyes termékek és szolgáltatások, ezen belül is pl. az egészségügyi szolgáltatások iránti mindenkori keresletet. **Az ezredforduló óta az egészségügyi szolgáltatások ára összességében több mint háromszorosára emelkedett**, miközben a szolgáltatások áremelkedése 2,3-szeres volt (ugyanekkora infláció mellett). Különösen 2013 után nőtt az ütemkülönbség az egészségügyi szolgáltatások „javára”.

A fogyasztói árak alakulása 2000 és 2021 között (2000=100)



Forrás: KSH, GKI számítás

4.6. Szabályozás

Az állam intézkedései alapján folyamatosan biztosított az egészségügyi ellátás. Megalkotta az egészségi állapot megőrzésének és javításának összetett feltételrendszerére, az egészségügyi ellátások finanszírozására vonatkozó szabályozásokat.

Az egészségügyre vonatkozó szabályozások köre szerteágazó, összetett, a jogszabályok sokszor módosultak. A jogszabályok gyakori módosítása nehezíti a jogszabályi környezet átláthatóságát, miközben a változáskezelés további korrekciókat igényelne. Az ellátási rendszer és a finanszírozás struktúrájában nem történt a költséghatékonyságot és a minőséget átfogóan javító módosítás, miközben ez stratégiai követelmény volt (Állami Számvevőszék 2019). A helyzet érdemben azóta sem változott.

4.7. Technológiai fejlődés

Annak ellenére, hogy a technológiai innováció nagy jelentőséggel bír az egészségügyben és az egészségügyi kiadások egyik legfontosabb mozgatórugójának tekinthető, Sorenson és munkatársai (2013) rámutattak arra, hogy **viszonylag kevés olyan kutatás lelhető fel, amelyek az orvosi technológia egészségügyi kiadásokhoz való hozzájárulását vizsgálták.** Ennek hátterében egyrészt az ok-okozati összefüggések bonyolultsága, másrészt a megfelelő adatok hiánya áll. A rendelkezésre álló, szűk számú tanulmányból arra lehet következtetni, hogy az egészségügyi kiadások növekedését befolyásoló tényezők közül a technológia hatása 25-75% közé, átlagosan 50%-ra tehető (Boncz, Csákvári, Kovács, Zemlényi 2018).

A technológia számos úton befolyásolta az egészségügyi szolgáltatásnyújtás módját:

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

A technológia befolyásának tanulmányozása más tényezők hatására is rámutat a kiadások növekedése vonatkozásában. **A népesség idősödése például a vártnál kisebb hatást fejt ki, míg az orvosi gyakorlatban bekövetkezett változások nagymértékben befolyásolják a kiadások növekedését** (de Meijer, C. et al. 2013, Dormont, Grignon, Huber 2006 in Boncz, Csákvári, Kovács, Zemlényi 2018). Az emelkedő egyéni és nemzetgazdasági szintű jövedelem a fokozódó kereslet (biztosítási piac bővülése) és

kínálat révén erősen hozzájárult a kiadások növekedéséhez (Smith, Newhouse, Freeland 2009 in Boncz, Csákvári, Kovács, Zemplényi 2018). Ez a kölcsönhatás dinamikus és összetett.

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

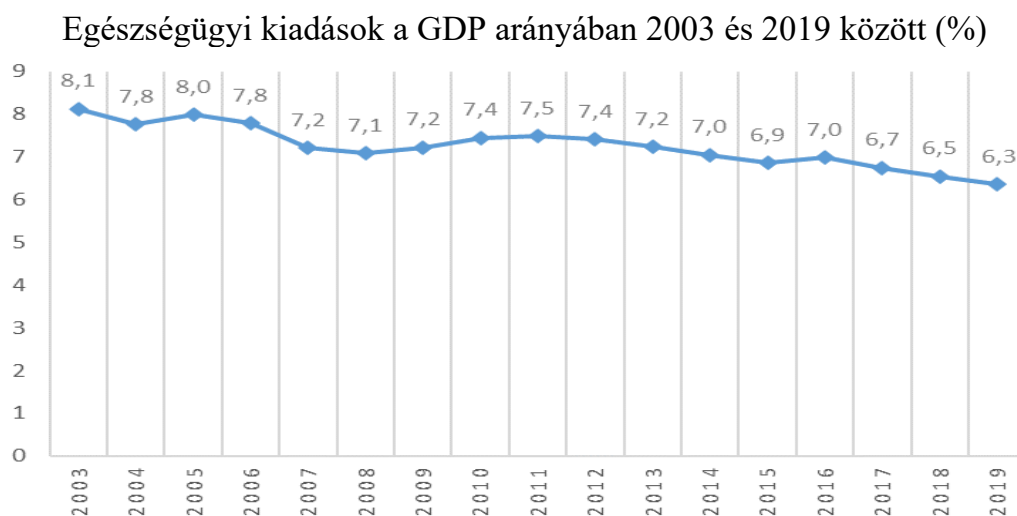
Az egészségügyi rendszer jellemzői, mint például az erőforrások szűkössége, a költségvetés, valamint a finanszírozási módszerek szintén befolyásolják, hogy az innovatív technológia mennyire terjed el a gyakorlatban (Lambooy, Engelfriet, Westert 2010). A technológiák használatához kapcsolódó díjazás és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

A magyar egészségpolitikában stratégiai célkitűzés a digitalizáció, E-egészségügy kiépítése, működtetése, amelynek teljesítése folyamatban van. Kettősség tapasztalható ugyanakkor e területen. Rendelkezésre állnak pl. a korszerű műszerek, a betegforgalommal és gyógyítási tevékenységgel összefüggő informatikai rendszerek, van felhőalapú alkalmazás, biztosított a betegadatokhoz történő hozzáférés az Ügyfélkapun keresztül. A kórházak gazdálkodása terén ugyanakkor nem érzékelhető gyors fejlődés, korszerűsítés. A korábban kifejtett költség-elszámolási, nyilvántartási, megosztási problémák fennmaradtak. A beavatkozások, ellátások szélesebb körű igénybe vevőinek nyomon követése a teljesítményfinanszírozásban elszámolt kezelések valódiságának és átláthatóságának biztosításához, a valótlán elszámolás kockázatának csökkentéséhez is hozzájárulna. (Medvegy, 2019) Az „m-egészségügyi” alkalmazások (a jóllét érdekében az egyéni egészségi állapot javítása mobileszközök /mobiltelefonok, tabletek, betegfigyelő eszközök és más vezeték nélküli készülékek/ segítségével) terén a lehetőségek kihasználása lassan halad (Állami Számvevőszék 2019).

5. Finanszírozási struktúra

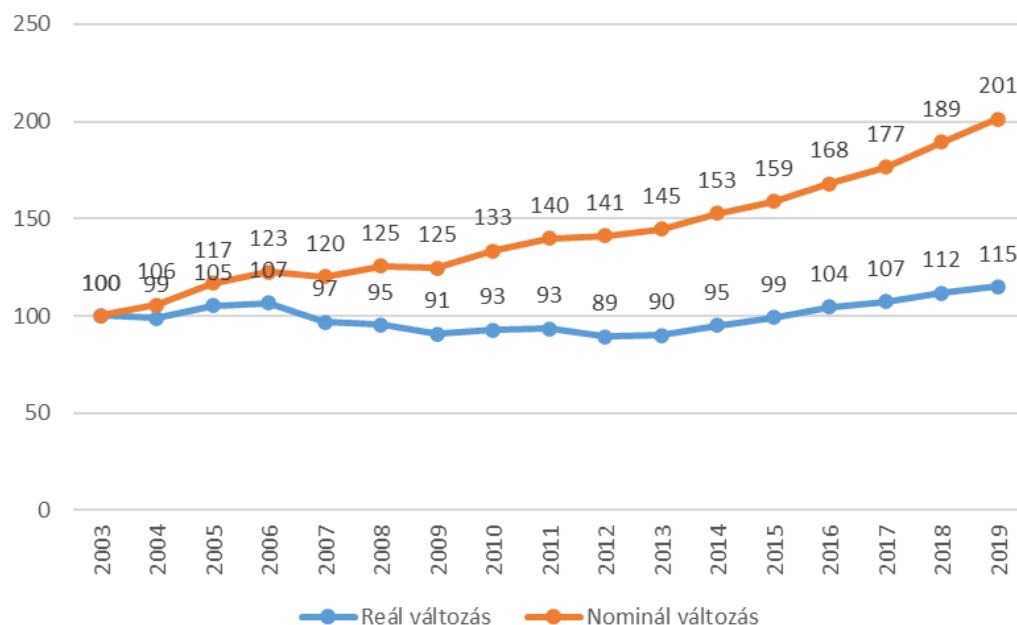
5.1. A forrászerkezet változása

Magyarországon az ezredfordulót követően fokozatosan csökkent az egészségügyi kiadások GDP-hez mért aránya. Még 2003-ban 8,1%-ot tett ki ez az arány, majd 2010-re 7,4%-ra, 2015-re 6,9%-ra, végül 2019-re 6,3%-ra csökkent. Míg az egészségügyi kiadások 2003-as bázison nominál értelemben megduplázódtak, addig **reál értelemben mindössze 15%-kal bővültek** úgy, hogy 2007 és 2015 között a reál változás alatta maradt a 2003-as bázis évnek.



Forrás: KSH, GKI számítás

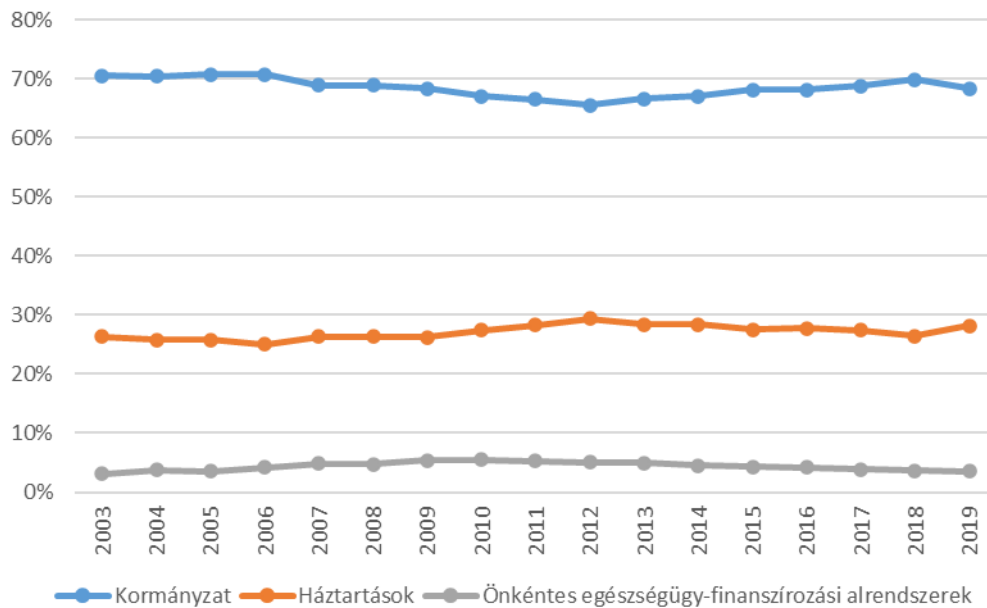
Egészségügyi kiadások alakulása nominál és reál értelemben 2003 és 2019 között (2003=100)



Forrás: KSH, GKI számítás

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

Egészségügyi kiadások megoszlása alrendszerek szerint 2003 és 2019 között (%)



Forrás: KSH, GKI számítás

A következő alfejezetekben bemutatjuk az egészségügy finanszírozásának alakulását a finanszírozás pillérei mentén. Az állami és magánfinanszírozási pillérek mellett, bár ez idáig jelentőségük az előbbiekhöz mérten kis mértékű, az Európai Unióból származó források is ismertetésre kerülnek. Emellett, mivel **a magánfinanszírozás jelen tanulmány szempontjából kiemelkedő jelentőséggel bír, ezért ennek külön fejezetet szentelünk.**

5.2. Állami források

E fejezet először a magyar államháztartási kiadások, bevételek és hiány alakulását elemzi az EU és a kelet-közép-európai régió átlagához viszonyítva. Ezt a magyar kormányzat GDP-arányos egészségügyi kiadásainak időbeli és nemzetközi összehasonlítás alapján végzett elemzése, az egész költségvetés-elfogadási folyamat áttekintése követi. A legrészletesebben a központi alrendszer funkcionális kiadási szerkezetének, ezen belül az egészségügyi kiadások helyének vizsgálatára kerül sor, bemutatva az **egészségügy helyzetének számszerű és strukturális jellemzőit.**

Az **államháztartás GDP-arányos kiadása** 2017-2019 során kissé csökkent, rendre 46,9%, 46,1% és 46% volt, majd 2020-ban (a járvánnyal is összefüggésben) 51,2%-ra ugrott, hogy az EU becslése szerint 2021-ben 47,9%-ra mérséklődjön (Európai Bizottság 2022). Eközben az EU átlaga rendre 46,7%, 46,5% és 46,5% volt, ami 2020-ra 53%-ra ugrott, majd 2021-ben az EU becslése szerint 51,6% lehetett. **A járvány előtti években az EU GDP-arányos kiadásai jellemzően 0,5 százalékponttal haladták meg a magyart.** Ez a **fejlettebb** (gazdagabb) országok magasabb közkiadásának a következménye, amit jól mutat, hogy ebben az időszakban az euróövezetben mintegy 0,5 százalékponttal magasabb volt a kiadások aránya, mint az egész EU-ban. A **COVID-válság idején, 2020-2021-ben ez az olló markánsan tovább** (1,8, illetve 2021-ben az EU-becslése szerint 3,7 százalékpont) **nyílt**, ami a fejlettség, a nagyrészt a válságkezelésre fordítható több forrásnak volt a következménye. A **régióban**² a magyar kiadási arány 2019-ben a **második**, 2020-21-ben pedig a **harmadik legmagasabb** volt.

Az államháztartás GDP-arányos bevételei, vagyis a magyar **adócentralizáció az elmúlt években magas, de csökkenő volt.** Vagyis a magyar kormányzati szektor GDP-arányos adó- és járulékbévételei az elmúlt években lassan, de folyamatosan csökkentek. 2017-től rendre 44,1%, 44%, 43,9%, és 43,4% volt ez az arány. Az EU becslése szerint 2021-ben 41,1% volt az adócentralizáció mértéke, ami már érdemi mérséklődést jelent (Európai Bizottság 2022). Ezek az arányok természetes módon lényegesen alacsonyabbak a fejlettebb országokra jellemzőnél, például 2020-ban az euróövezet átlaga 46,5% volt. Ugyanakkor a magyar adócentralizáció az elmúlt években nemcsak **regionálisan** volt magas (például 2020-ban Horvátország és Szlovénia után a **harmadik legmagasabb**), de **alig volt kedvezőbb a 2011. évi, egyszer már elért 44% körüli aránynál.** (2012 és 2015 között az adócentralizáció jelentősen emelkedett.) Ugyanakkor 2021-ben a régióban már feltehetőleg javult a magyar pozíció. A 2022-es „extraprofit adó” révén újra 46% lesz a mérték.

A magyar GDP-arányos államháztartási hiány évek óta nagyon, regionálisan kiugróan magas, 2017-2021 között rendre -2,5%, -2,1%, -2,1%, -7,8%, -6,8%. A COVID-járvány előtti években, 2017-2019-ben a deficit ugyan a GDP bővös 3%-a alatt maradt, azonban jellemzően így is Románia után a második legmagasabb volt az EU-ban, miközben az EU átlaga szufficites volt. 2020-ban a járvány következtében világszerte megugrott a hiány. Ekkor a magyar deficit az EU27 országai közül (Szlovéniával holtversenyben) a 9-10., a régióban pedig Románia után a 2-3. legmagasabb volt. 2021-ben az EU-ban feltehetőleg a 7., a régióban pedig (Románia és Lettország után) a harmadik legnagyobb volt a magyar GDP-arányos államháztartási hiány (Európai Bizottság 2022).

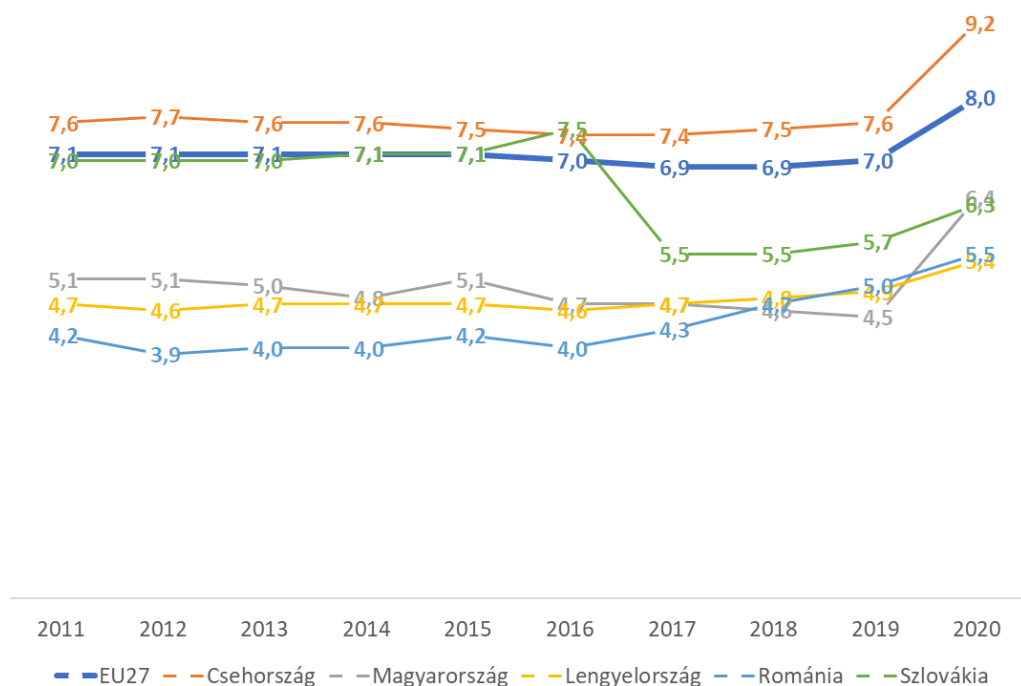
Összességében tehát **a magyar államháztartás GDP-arányos kiadásai és bevételei regionálisan a legmagasabbak között vannak.** Ez nem kedvező, mert jellemzően a

² A régióba sorolt 11 EU-tagország a következő: Bulgária, Csehország, Észtország, Horvátország, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Magyarország, Románia, Szlovénia, Szlovákia,

gazdagabb (fejlettebb) országok engedhetik meg maguknak versenyképességi szempontból a nagyarányú állami újraelosztást. Ezért természetes, hogy a magyar államháztartási bevételek és kiadások nem érik el az EU átlagát. Kifejezetten **kedvezőtlen viszont, hogy a magyar deficit a legmagasabbak között van az EU-ban.**

A **kormányzati egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya** Magyarországon lényegesen elmarad az EU átlagától, 2010 óta jellemzően 2,3-2,7 százalékponttal alacsonyabb annál (T/17188. számú törvényjavaslat a Magyarország 2020. évi központi költségvetéséről szóló 2019. évi LXXI. törvény végrehajtásáról és Eurostat Government expenditure on health). Ezen belül 2017-19-ben 2,7 százalékpontos volt a magyar elmaradás, az EU-országok átlagos aránya 7-7,1% körüli, Magyarországé 4,5-4,7%. A COVID-járvány időszakában, 2020-ban pedig az EU-ban 8%-ra, Magyarországon 6,4%-ra emelkedett a ráta, ami a különbség 1,6 százalékpontra szűkülését eredményezte. Az a tény, hogy a járvány előtti időszakban az egészségügyi kiadások arányában lényegesen nagyobb a magyar lemaradás, mint az államháztartási kiadások egészében, a **magyar egészségügy gazdasági fejlettségével nem magyarázható.** A 2020-21-es egészségügyi béremelések tartósan növelik a vizsgált arányt 2022-23-ban.

Kormányzati egészségügyi kiadások GDP-hez mért aránya 2011 és 2022 között (%)



Forrás: KSH, GKI számítás

A régióban a magyar egészségügyi kiadások aránya kirívóan alacsony, ráadásul 2010-19-ben csökkenő volt. Míg az időszak elején jellemzően három országnak volt kisebb az államháztartásból egészségügyre fordított kiadási aránya, 2019-ben már csak egynek (Lettországnak). A járvány idején, 2020-ban már öt régióbeli országot sikerült

megelőzni. Feltűnő, hogy az államháztartási és ezen belül az egészségügyi kiadások regionális rangsorában Magyarország **éppen fordított helyezést ért el**, ami az egészségügy háttérbe szorítását jelenti. **Magyarország más országokhoz képest fejlettségéhez és jövedelemcentralizációjához viszonyítva kifejezetten keveset költött az egészségügyre.**

Az éves költségvetések szakmailag megalapozott kidolgozásához, megvitatásához és elfogadásához a nemzetközileg szokásosnál mintegy félévvel korábbi benyújtás elmúlt években kialakult hazai gyakorlata miatt **hiányoznak a szükséges adatok.** A következő évre előirányzott államháztartási bevételek és kiadások **realitásának megítélését korlátozza**, hogy a költségvetési törvényjavaslatok mellékleteiben levő táblázatok **előzményként csak a tárgyévet megelőző esztendő előirányzatait tartalmazzák**, vagyis az előző évi (előzetes) tény, illetve az adott év ténylegesen várható adatait sem. Ezek az adatok nemcsak a képviselők számára ismeretlenek, de a korai időpont miatt az előterjesztő számára is bizonytalanok. Mivel azonban a kormányzat parlamenti döntés nélkül, pusztán rendelettel is dönthet új kötelezettségvállalásról valamilyen kiadási előirányzat terhére, a kívülről évek óta áttekinthetetlen és ellenőrizhetetlen államháztartás csak folyamatos belső korrekciók révén tud a maga sajátos módján alkalmazkodni a változó helyzethez. Az előirányzatok és valóság eltérését jól mutatja, hogy 2020-ban a pénzforgalmi deficit az előirányzott 359 milliárd forint helyett ennek **tizenháromszorosa**, 4716 milliárd forint lett, s 2021-ben is **csaknem három és félszerese** (1491 helyett 5101 milliárd forint lett.) Az előirányzatok bizonytalanságát jól mutatja, hogy bár például az egészségügyre előirányzott 2021-22. évi arányok a törvényjavaslatok elfogadásakor (2020 kora nyarán) még **növekedésnek tűnhettek** (az előző évi előirányzatokhoz képest), a **tényleges teljesítéshez képest valójában aránycsökkenést** tartalmaztak. A táblázatokban levő 2021-22. évi előirányzatokkal tehát túlhaladottságuk miatt ez az elemzés nem foglalkozik.

A központi alrendszer konszolidált funkcionális kiadásainak megoszlása
(pénzforgalmi szemléletben, százalékban), 2016-2022

Funkció	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*
Állami működési	17,5	18,1	18,3	19,4	19,7 (18,5)*	19,4	18,1
Jóléti	58,8	57,2	58,4	56,4	54,1 (55,8)*	57,7	55,2
- Ebből: Oktatási	10,6	10,8	11,8	11,0	10,3 (9,8)*	10,1	8,5
- Ebből: Egészségügy	9,8	9,6	9,9	9,8	11,7 (9,4)*	9,6	11,3
- Ebből: Tb és jóléti	32,3	30,3	30,4	29,3	24,8 (30,4)*	32,0	28,9
Gazdasági	15,7	17,5	16,7	18,0	20,7 (16,9)*	17,1	18,9
Adósságkezelés	7,9	7,1	6,5	6,2	5,5 (6,1)*	4,8	5,3

*Törvényi előirányzat Forrás: Költségvetési és zárszámadási törvényjavaslatok

A fenti táblázat alapján a 2016-20 közötti öt évben **jelentősen emelkedett az állam működési és gazdasági funkcióira fordított kiadások aránya**, rendre 2,2, illetve 5 százalékponttal. Ezek az adatok egy **államközpontú modell** jellemzői. Ehhez forrást részben az **adósságkezelésre fordított kiadások 2,4 százalékpontos csökkenése**

biztosított (az egész világgazdaságra és ezen belül Magyarországra is jellemző kamatcsökkenésnek köszönhetően). A másik fő forrás a **jóléti kiadások arányának** 4,7 százalékpontos **csökkenése** volt. Ezen belül az **oktatási kiadások** 2016-19 között némi hullámváz mellett kissé emelkedtek, majd 2020-ban – a Covid-válság évében, amikor éppenséggel emelésük lett volna indokolt az online oktatásra való áttérés költségei miatt – a 2016. évi arány alá estek. Még markánsabb a **társadalombiztosítási és jóléti kiadások** 2020. évi arányvesztése, ez az előző évhez képest 4,5, 2016-hoz képest 7,5 százalékpont, valóságos **zuhanás**. S mindez a járvány által leginkább sújtott 2020-ban.

Az **egészségügyi kiadások** aránya 2016-19 során meglehetősen stabil, 9,8% körüli volt. Ez a Covid-járvány kezdő évében 11,7%-ra ugrott. Ez az 1,9 százalékpontos emelkedés azonban jóval elmarad a gazdasági funkciók 2,7 százalékpontos emelkedésétől. Ráadásul az egyes funkciókon belüli kiadási szerkezet is nagyon kedvezőtlen volt: az egészségügyben például az utólag feleslegesnek bizonyult lélegeztetőgép-vásárlások, a gazdasági funkciókon belül pedig egyes vállalatok kiugró támogatása miatt (például a szállodafejlesztéseknél).

Az egészségügyre fordított kiadások jellemzően alacsony volta mellett **strukturális problémákra** utal, hogy a 2020. évi adatok szerint az egészségügyi kiadásokon belül a **kórházi ellátásra** fordított magyar államháztartási kiadások kissé még meg is haladták az EU átlagát (3,5, illetve 3,4%) (Európai Bizottság 2022). Ugyanakkor az egészségügyi intézmények tartozásállománya folyamatosan újratermelődik. Egyes tevékenységek – például hospice, otthoni szakápolás – finanszírozása 2017 óta változatlan, miközben a költségek, az egészségügy más területein dolgozók bére emelkedett.

2019-ben Magyarország az egészségügyi kiadások 30,5%-át fordította fekvőbeteg-ellátásra, 29,5%-át járóbeteg-ellátásra, 30,2%-át pedig gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre. A fekvőbeteg- és a járóbeteg-ellátásra fordított kiadások aránya nagyjából megegyezik az uniós átlagokkal, de a **gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre fordított kiadások több mint 10 százalékponttal magasabbak**. A kiadások e viszonylag magas szintje az egészségügyre fordított alacsony összkiadásokat tükrözi. Ezzel szemben a tartós ápolás-gondozásra fordított kiadások Magyarországon, ahogy a visegrádi négyek többi országában is, jelentősen elmaradnak az uniós átlagtól.

A járóbeteg-szakellátók díjazása szolgáltatásonkénti díjtételek alapján történik, ahol minden egyes eljárásához meghatározott számú pont tartozik, és a szolgáltatók közvetlenül az egészségbiztosítótól igénylik a pontok kifizetését. Néhány konkrét beavatkozás kivételével az egészségbiztosító az akut fekvőbeteg ellátás esetében homogén betegcsoportok (HBCS) alapján fizet, a krónikus fekvőbeteg-szakellátást pedig az eset összetettségével korrigált napidíj alapján téríti. A kormány a NEAK-on keresztül erős kontrollt gyakorol az egyes egészségügyi szolgáltatók költségvetése felett. **Az egészségügyi ágazat azonban nehezen tud a megállapított költségvetési korlátok között működni, így az adósságfelhalmozódás és a fizetési hátralékok**

problémát jelentenek. A krónikus humánerőforrás-hiány, valamint a finanszírozási és mennyiségi korlátozások rontják az ellátáshoz való hozzáférést és az ellátás minőségét.

A COVID19-világjárvány idején ezeket a finanszírozási technikákat ideiglenesen felfüggesztették, és fix összegű költségvetési kifizetésekkel helyettesítették. A COVID19-világjárvány idején a kormány további forrásokat csoportosított az egészségügyi rendszer számára. 2020 áprilisában a kormány 663 milliárd Ft összegű, **járvány elleni védekezési alap létrehozását** jelentette be az egészségügyi rendszer támogatására. Ennek az alapnak a finanszírozása nagyrészt más minisztériumoktól származó költségvetési átcsoportosításokból történt. Ez az alap fedezte a COVID19-járvánnyal kapcsolatos költségeket, beleértve az egészségügyi dolgozóknak nyújtott egyszeri rendkívüli juttatást is. A COVID19-világjárvány idején kezdeményezett reformok részeként a kormány további bérjellegű többletfinanszírozást juttatott a praxisközösségeket létrehozó házi orvosok számára. Ezért a házi orvosi szolgáltatások finanszírozásának domináns formáját a fix összegű költségvetési kifizetések jelentik. A szorosan együttműködő praxisközösségek nagyobb összegű finanszírozásban részesülnek.

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

5.3. Európai Unió források

Magyarország, mint minden más Európai Unió tagállam közvetlen és közvetlen uniós támogatásban részesül. Előbbit az EU Bizottság kezeli, rendszerint az uniós szakpolitikák valamelyikéhez kapcsolódó egyedi projektekhez nyújtott támogatásokról van szó. Az ilyen típusú finanszírozás megszerzéséért pályázati felhívások keretében lehet pályázni. A közvetett támogatásokat nem az EU, hanem nemzeti és regionális hatóságok kezelik. Ilyen, segélynek is nevezett finanszírozásért nemzeti szinten lehet pályázni.

A **közvetlen támogatásokról** az Európai Unió költségvetésben adatok a tanulmány készítésekor 2020-ig álltak rendelkezésre. Az egészségügyi szempontok közvetlenül és közvetve jelennek meg a költségvetési kiadások között. A 2007-2013-as Európai Unió költségvetési ciklusban a „Citizenship, Freedom, Security and Justice” pillér 3.2.1-es számú „Public health and consumer protection programme” alprogramja összesen 520 millió eurót fordított egészségügyi célokra, melynek 1,9%-a, 9,7 millió euró a magyar egészségügyet támogatta. Az ezt követő 2014-2020-as tervezési ciklus „Security and

Citizenship” pillérének 3.0.9 Union action in the field of health (Health Programme) alprogramja 402 millió eurót fordított egészségügyre, ennek 0,7%-át, 2,8 millió eurót a magyar egészségügyre.

Az Európai Unió költségvetéséből Magyarország számára egészségügyi célra kifizetett összeg 2007 és 2020 között (millió euró)



Forrás: Európai Bizottság

Az Európai Unió költségvetéséből Magyarország számára egészségügyi célra kifizetett összeg aránya a teljes egészségügyi kiadásból 2007 és 2020 között (%)



Forrás: Európai Bizottság

A **közvetett támogatások** keretében az egészségügyi ellátórendszer modernizációját, az újonnan létrejövő struktúra kialakítását, fejlesztését, illetve a lakosság egészségi állapotának javítását célzó Új Magyarország Fejlesztési Terv, valamint az Új Széchenyi Terv keretösszege a 2007-2013 közötti időszakban összességében **több mint 470 milliárd Ft-ot tett ki**. A 2007-2013 közötti időszak alapvető célkitűzése volt az egészségügy infrastrukturális hátterének megerősítése és strukturális átalakítása, valamint a népegészségügyi rendszer revitalizációja, alkalmassá tétele arra, hogy a legfontosabb népegészségügyi kihívásainak adekvát válaszokat tudjon adni európai uniós támogatások hatékony felhasználásával. Az egészségügy infrastrukturális fejlesztései területileg döntően a vidéki, nagy részben hátrányos helyzetű területekre koncentráltak, kiegyenlítve a meglévő területi egyenlőtlenségeket az ellátó rendszerben.

A 2007-2013 közötti időszakban Egészségügyre vonatkozó intézkedések alapvetően a Társadalmi Megújulás Operatív Programból (TÁMOP foglalkoztatási, oktatási, szociális és egészségügyi programok és fejlesztések, TÁMOP 6 prioritás kerete: 70,7 milliárd Ft) részesülhettek támogatásban, míg a fizikai beruházásokat a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP 2 prioritás kerete: 316 milliárd Ft), valamint a Regionális Operatív Programok (ROP-ok) támogatták. (Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia 2015)

A Kopint-Tárki által vezetett konzorcium az egyes szakterületeken belül az egyes konstrukciók előrehaladását vizsgálta 2021-2022-ben a **2014 és 2020 közötti tervezési időszakra** vonatkozóan. A vizsgálatba 23 db egészségügyi konstrukció fejlesztését célzó konstrukció került bevonásra az előzetes egyeztetések alapján. Ez összességében 930 egészségügyi projektet takar, melynek **keretösszege 180 milliárd Ft**. A szerződött támogatás összege 150 milliárd Ft. A szakterületre rendelkezésre álló keret jelentős részben (2021. májusban 76,1%-ban, októberben 83,4%-ban) lekötésre került. A megvalósítást forráshiány nem akadályozta, hiszen az egészségügy fejlesztése terén a szerződött támogatás 62%-át, a tervezett összköltség több mint 55%-át megkapták előleg formájában a pályázók. A vizsgált időpontig elsősorban a kifizetett előlegek felhasználása történt meg, egyéb számlás kifizetés elszámolására csak kismértékben került sor. A lehívott előleggel az egészségügy területén 79%-ban számoltak el a pályázók 2021. október 7-ig (Kopint-Tárki 2022).

A források megoszlása a különböző szakmai területek között az alábbiak szerint alakult: az egészségügyi szolgáltatások terén a támogatási keret 23,4%-át, illetve a leszerződött támogatások 25,3%-át az egyéb egészségügyi fejlesztésekre allokálták, ami az elektronikus egészségügyi ágazati fejlesztésekhez (skill-laborok, orvostechikai infrastruktúra fejlesztése), illetve az egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztéséhez kapcsolódó két kiemelt projektre összpontosult. Az egészségügy strukturális átalakulására a vizsgált projektek esetében a leszerződött támogatások 20,6%-a, a keret 30,4%-a jutott, az egészségügyi alapellátás infrastrukturális

fejlesztésére a leszerződött támogatások 26,3%-a jutott, és a tervezett támogatási keret 22,2%-át allokálták erre a célra. A népegészségügy fejlesztéséhez kapcsolódó felhívások a források 20,4%-át, a humánerőforrásra jutó konstrukciók pedig a leszerződött támogatások 7,3%-át fedték le.

A források abszorpciója konstrukciónként eléggé eltérő, és csak részben függ attól, hogy az egyes konstrukciók mikor lettek meghirdetve. Az egészségügyi szolgáltatások területén vizsgált felhívások esetében az előleg és a számlás kifizetések a leszerződött támogatás összesen 71,8%-át tették ki májusban, míg októberre ez az arány 74,4%-ra emelkedett, az előleg elszámolást és a számlás kifizetéseket együttesen vizsgálva a leszerződött támogatásokhoz viszonyítva ez az arány 56,2% volt májusban, októberben már 61,4%. Ez utóbbi adat jobban mutatja, hogy mennyi forrást sikerült 2021 májusáig, illetve októberéig ténylegesen felhasználni (Kopint-Tárki 2022).

A COVID pandémia hatására az egészségvédelem és az egészségügy, mint támogatási célterület fontossága a 2021-2027-es EU-s tervezési ciklusra számottevően felértékelődött. Ennek eredményeként **„Az EU az egészségügyért” uniós program elsődlegesen jóval nagyobb büdzből gazdálkodhat, mint az előző kettő.**

Az EU 2021/522 rendeletével létrehozott „EU az egészségügyért” program az EU válasza a COVID járványra. A program túlmutat a válságelhárításon és célja, hogy ellenállóbbá tegye az egészségügyi rendszereket. Finanszírozást fog nyújtani az uniós országok vagy a programhoz társult nem uniós országok támogatható szervezetei, egészségügyi szervezetei és nem kormányzati szervezetei számára. Az „EU az egészségügyért” program keretében az EU folyó áron 5,3 milliárd eurót fektet be olyan tevékenységekbe, amelyeknek uniós hozzáadott értéke van, kiegészítik az uniós országok szakpolitikáit, és megvalósítják a program egy vagy több célkitűzését, melyek az alábbiak:

- Az egészségügy javítása és előmozdítása az Unióban.
- A határokon áttérjedő egészségügyi veszélyek elhárítása.
- A gyógyszerek, orvostechikai eszközök és a válság szempontjából releváns termékek rendelkezésre bocsátása és megfizethetővé tétele.
- Az egészségügyi rendszerek, rezilienciájuk és erőforrás-hatékonyságuk megerősítése.

Az „EU az egészségügyért” program végrehajtása éves munkaprogramokon keresztül történik. A 2021. évi munkaprogramot elfogadták. Az „EU az egészségügyért” program teljes költségvetése Uniós szinten a 2021-2027-es időszakra 2018-as áron 1,7 milliárd euró. Az éves összeg a fenti időszakban a 2021-es év 20 millió eurójáról fokozatosan 2027-re évi 520 millió euróra emelkedik.

Ezt egészíti ki az Európában valaha finanszírozott legnagyobb ösztönző csomag alkotóeleme, a helyreállításra irányuló ideiglenes **Next Generation EU eszköz**

(helyreállítási alap). Az eszköznek köszönhetően a COVID járvány utáni Európa újjáépítésének egészségügyi céljait Uniós szinten összesen 7,7 milliárd euró támogatja. Utóbbi az egyes tagállamok számára akkor elérhető, amennyiben az EU elfogadja ezek helyreállítási tervét (a magyar tervet a tanulmány elkészültekor még nem fogadták el).

Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Tervének „H” Komponense képviseli az az egészségügy területét. A tervben részletezett egészségügyi intézkedések átfogó célja egy modern, a XXI. század kihívásaira reagálni képes, hatékony ellátórendszer működtetése, a különböző ellátási szinteket érintő fejlesztésekkel az elérhető egészségnyereség maximalizálása érdekében. Fő elemei az alábbiak:

- Alapellátás fejlesztése a házi orvosok szerepének erősítésére, a lakóhelyközeli szolgáltatások bővítésére és a szakellátás tehermentesítésére – reform
- A XXI. századi egészségügy feltételeinek kialakítása – beruházás
- Az orvosok jövedelemviszonyainak rendezése, a hálapénz kivezetése – reform
- Az egészségügy digitális átállásának támogatása – reform
- Az önellátásra korlátozottan képes emberek biztonságát és életvédelmét szolgáló digitalizációs program – reform (Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve 2021)

A terv egészségügyi részének becsült költsége nettó 857 milliárd forint. Az Európai Bizottság prognózisai és a helyreállítási alap jogszabálya alapján azonban az előzetesen várt összegből 2021-2026 között az összes célra (melynek csak egyike az egészségügy) mintegy 18%-kal kevesebbet kaphatunk az eredeti összeghez képest. A magyar GDP szintje 2021 végére magasabb lett, mint a 2019 végi kiinduló állapot, ezért a 30%-nyi elkülönített rész ezen részére nem vagyunk jogosultak (Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve 2021).

A Helyreállítási és Ellenállóképességi Eszköz segítségével komoly előnyhöz jut az a tagállam, amelyik hamarabb kap finanszírozási lehetőséget. Ez alkalmassá teszi a támogatott országok cégeit a válságot követő gazdasági helyreállítás során további piacszerzésre, egyúttal versenyhátrányba hozza a magyar cégeket, amelyek a kifizetések csúszása miatt nem jutnak ebből a forrásból uniós támogatáshoz. Ezt a kiesést a Kormány a magyar gazdaság helyreállítása és a versenyképesség fenntartása érdekében állami költségvetésből finanszírozza. A Kormány ezen intézkedése gazdasági szempontból indokolt lépés, ugyanakkor költségvetési kockázatot jelent (Pénzügyi szemle 2021).

6. Magánfinanszírozás az egészségügyben

6.1. Az egészségügyi magánszektor fejlődése

A huszadik század második felében jelentősen megváltozott az egészségügyi ellátás. Az ebben az időszakban publikált prognózisok értelmében a társadalom igényei szerinti egészségügyi ellátás megvalósítása az egészségügy helyzet javulásával problémamentesen megoldódik. E prognózis nem igazolódott be, mivel folyamatosan új igények jelentek meg. A korábban gyógyíthatatlan betegségek kezelése előrehaladt, közben új betegségek jelentek meg, ismét terjedtek a rossz szociális helyzethez köthető megbetegedések, illetve az élettartam növekedésével megjelentek az idős kor krónikus megbetegedései.

Ezzel párhuzamosan **megnőtt a kereslet a színvonalas egészségügyi ellátás iránt.** Növekedett a technológiai eszközök száma és az egészségügyi ellátó személyzet. A növekedés következtében a rendszer egyre nehezebben átlátható. A felmerülő problémák hatására, egyre gyakrabban kerül előtérbe a privatizáció kérdése, mint az egészségügy finanszírozási válságára adható lehetséges megoldás.

Az egészségügy privatizációjánál megkülönböztethetünk **funkcionális privatizációt** és **igazi privatizációt**. Az előbbi az orvosok számára biztosítja annak lehetőségét, hogy közalkalmazotti jogviszony helyett kvázi vállalkozóként folytassák a tevékenységüket. Ez a tulajdon jövedelmet csak az orvos személyes munkájában használt eszközjellel termel, a jövedelemtermelés az orvos személyes munkájától nem szakadhat el. (Magyarországon háziiorvosi praxist 1992-től lehetséges vállalkozási formában működtetni, s a vállalkozó háziiorvosnak lehetősége van az NEAK-kal közvetlenül szerződni.) Utóbbi esetén viszont a tőke működtetésében a tőke tulajdonosának nem szükséges személyes munkájával részt vennie. **A funkcionális és az igazi privatizáció közötti különbség abban áll, hogy az előbbi munkatulajdon, a másik tőketulajdon.** A munkatulajdon korlátozott tulajdon: bár eladható, de a vevő csak olyasvalaki lehet, aki e tulajdon működtetésére felhatalmazást szerzett, és e működtetésnek személyes munkájával kell eleget tennie. E tulajdon bérbe sem adható. A tőketulajdonra mindez nem érvényes: a működtetés elszakadhat a tőke tulajdonosától. A tőketulajdon profitorientált, a munkatulajdon munkajövedelem orientált (Botos, Schlett, Halmosi 2015).

A privatizáció szempontjából különbséget kell tennünk finanszírozó és szolgáltató között: **az egészségpolitika számára nem az az igazán meghatározó, hogy a szolgáltatást nyújtó privatizált-e vagy sem, hanem az, hogy az egészségügyi ellátás forrása privatizált-e.** A döntő kérdés, hogy a szolgáltatásokért a közösség vagy a beteg fizet. A forrásoldal privatizálása a dolog logikájából következően elkerülhetetlenül széles rétegek kiszorulását, az egyenlő hozzáférés, az esélyegyenlőség elvének sérelmét jelentené.

A többi volt szocialista európai országokhoz hasonlóan Magyarország egészségügyét is a rendszerváltás előtt a Szemaskó-modellhez híven erős állami jelenlét jellemezte, amely egyben a szolgáltatók tulajdonosa, fenntartója és finanszírozója is volt. 1990 után a rendszer reformon esett át, és a többi európai országhoz hasonlóan a Bismarck-modell alapjaira épülő ágazatot kezdtek el kiépíteni. Ennek értelmében az alanyi jogosultság helyett megjelent a társadalombiztosítási jogviszony fogalma. Finanszírozás tekintetében jelentős változásként a társadalombiztosítási kassza kiválása említhető a költségvetésből, valamint az eddigi bázisfinanszírozás helyett már a teljesítmény határozta meg az egyes szolgáltatóknak járó összeget.

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

Az egészségügyi rendszer számos formában szerveződhet. A tulajdonosi és szervezeti forma szerinti, hatékonyságbéli különbségek kimutatásával számos példát találunk a nemzetközi szakirodalomban. Magyarországon is születtek tanulmányok a működési formák szerinti bontásban az ellátók vizsgálatára. A magánszektor megjelenése az egészségügy piacán nemzetközi szinten igen elterjedt forma. Jelenlétük többek szerint elengedhetetlen egy lakosság igényeit kielégítő, magas szintű ellátás biztosításához, legyen szó magánellátók, befektetők vagy pénztárak működéséről. Guillén és Petmesidou a magánoldal piacra kerülését a szabályozás, finanszírozás és szolgáltatás oldala szerint osztotta szét.

A magánszereplők megjelenésének lehetséges formái

Irányító, szabályozó oldal

- Az állam mellett gazdasági társaságok (pl. Németország) és magán piaci szereplők (pl. USA).

Finanszírozói oldal

- Kiegészítő vagy akár helyettesítő jelleggel magánbiztosítók, egészségpénztárak.
- Co-payment, out-of-pocket finanszírozás (pl. hálapénz).

Szolgáltatói oldal

- Privát for-profit és non-profit szolgáltatók megjelenése az ellátás egyes szintjein (pl. művese kezelés, labor stb.).
- Egyes feladatok kiszervezése magánkézbe (pl. ügyelet, takarítás stb.).

Forrás: Guillén és Petmesidou

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

Az állami és magánszféra kapcsolatát vizsgálhatjuk a finanszírozói, valamint a szolgáltatói oldalon is. **Attól függően, hogy a két feladatkört mely szektor látja el döntő többségben, az alábbi kategóriák alakíthatók ki:**

- Szolgáltatók állami tulajdonban, közfinanszírozással (pl. fekvőbeteg-szakellátás);
- Szolgáltatók magántulajdonban, közfinanszírozással (pl. betegszállítás);
- Szolgáltatók állami tulajdonban, magánfinanszírozással (pl. részleges térítéssel igénybe vehető ellátások, hálapénz);
- Szolgáltatók magántulajdonban, magánfinanszírozással (pl. magánrendelők, magánklinikák).

A hazai magánellátók/szolgáltatók a következő formákban vannak jelen, Rékassy csoportosítása alapján:

- informális magánrendelés állami intézményben;
- magánrendelők;
- csoportpraxisok;
- magánintézmények (rendelőintézetek, kórházak, diagnosztikai központok)
 - o egészségbiztosítóval szerződésben álló, közfinanszírozott ellátást is végző;
 - o kizárólag magán-egészségügyi szolgáltatást végző;

- magán-egészségügyi szolgáltató hálózata (pl. foglalkozás-egészségügy)³.

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

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

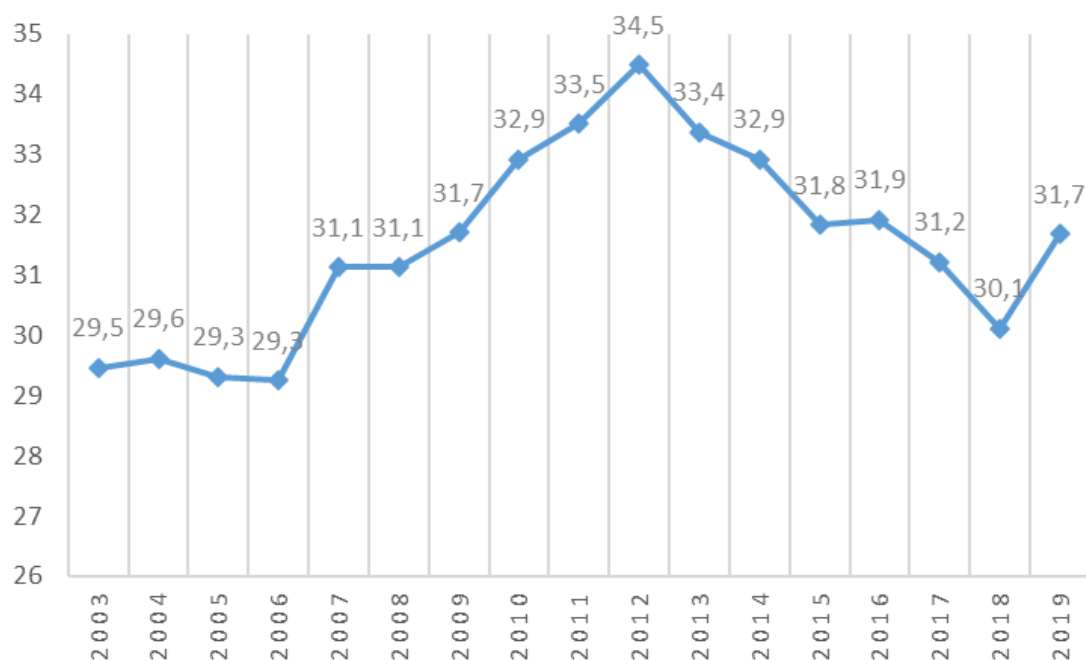
6.2. A magánegészségügy piaca

6.2.1. A magánkiadások aránya a hivatalos statisztikákban

Magyarországon az egészségügyi kiadások mintegy harmadát magánforrások fedezik. Ez az arány a duplája az OECD-átlagnak, és az EU tagállamok közül a felső harmadban található. Ugyanis az alacsony mértékű állami finanszírozás és az alacsony GDP együttes következménye az, hogy Magyarországon az egy főre jutó egészségügyi közkiadás a jómódú országok kiadásainak harmadát sem éri el, az OECD-átlagnak a fele. Ennyiből nem lehet mindenki számára minden igényt kielégítő állami egészségügyet működtetni.

³ Rékassy in Boncz, Csákvári, Kovács, Zemplényi 2018

Egészségügyi magánkiadások aránya 2003 és 2019 között (%)

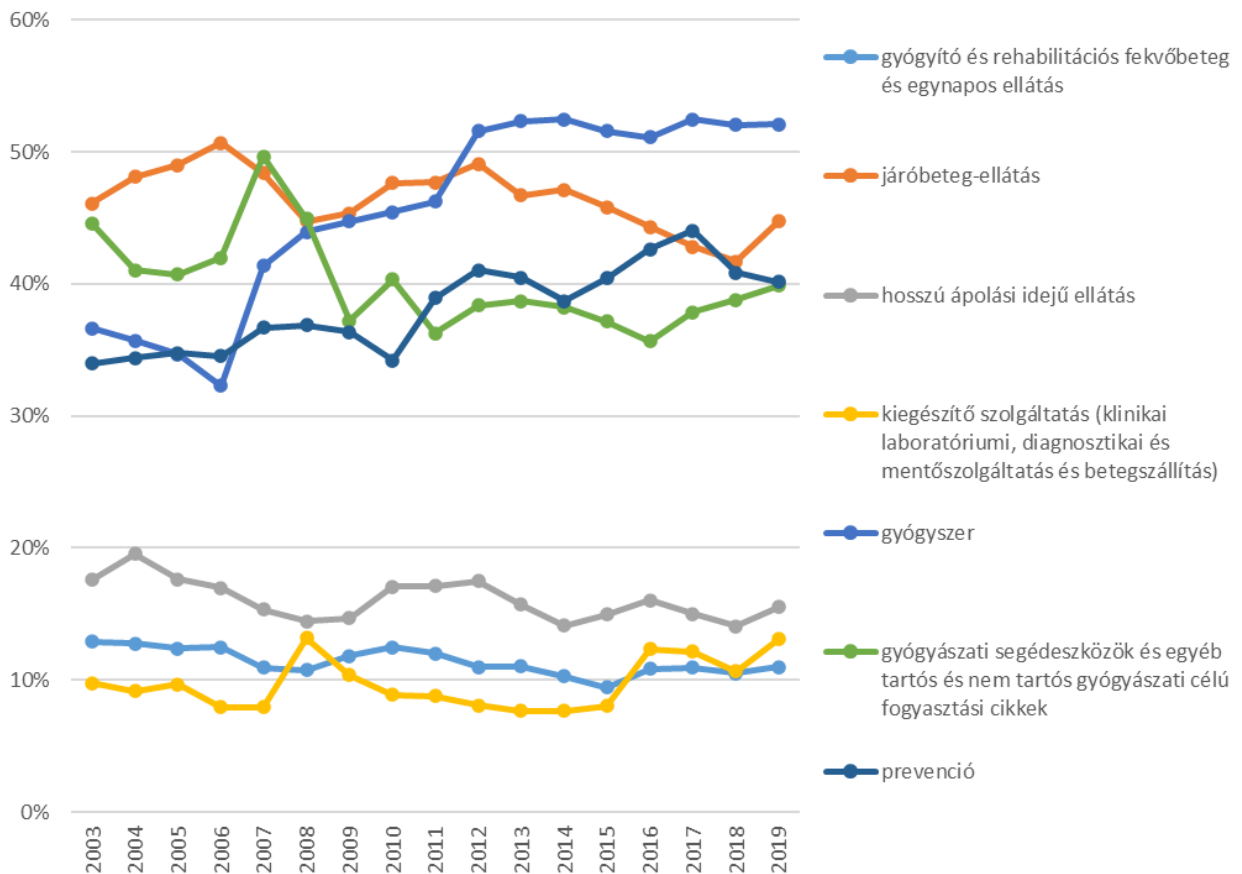


Forrás: KSH, GKI számítás

Az Egészségbiztosítási Alap egyensúlya és az állami szerepvállalás mértéke (az ingyenesen biztosított ellátáscsomag) összefüggenek. Az egészségügyi ellátási csomag szűkítése egyensúlyjavító, bővítése egyensúlyrontó hatású. **A jelenlegi állami ellátási csomag mellett is a magyar egészségügyi rendszerben már markánsan megjelenik a nem állami egészségügyi kiadás (2019-ben 956 milliárd Ft).** Az egészségügyi magánkiadások aránya alrendszerenként vizsgálva a legmagasabb, **50% feletti a gyógyszerellátásban** (2019-ben 409 milliárd Ft). Ezt követi a **járóbeteg szakellátás**, melynél a magánkiadások 2019-ben elérték a **45%-ot** (309 milliárd Ft). Jelentősebb jelenléte mérhető a prevenció és a gyógyászati segédeszközök és egyéb tartós és nem tartós gyógyászati célú fogyasztási cikkek kategóriákban (40%-40% 2019-ben), míg a többi alrendszer esetében 10 és 20% közötti arányt képvisel. A gyógyszer és járóbeteg-ellátás mellett az egyéb rendszerek magánkiadásai összesen 234 milliárd Ft-ot tettek ki 2019-ben.

Az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek képviselték 2019-ben az egészségügy finanszírozásának 4%-át (106 milliárd Ft). Utóbbiak legjelentősebb részét az 1993-tól működő egészségpénztárak adják. Az egészségügyi magánkiadásokon belül az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek közül a prevenció képviseli a legmagasabb arányt, igaz e részesedés a 2003 óta trendjében stagnál vagy csökken. Éppen ellentétesen mozog a hosszú ápolási idejű ellátás, illetve a kiegészítő szolgáltatás (klinikai laboratóriumi, diagnosztikai és mentőszolgáltatás és betegszállítás) aránya, mivel itt egyre emelkedik az egészségpénztárak szerepe.

Egészségügyi magánkiadások aránya alrendszerenként 2003-2019 (%)

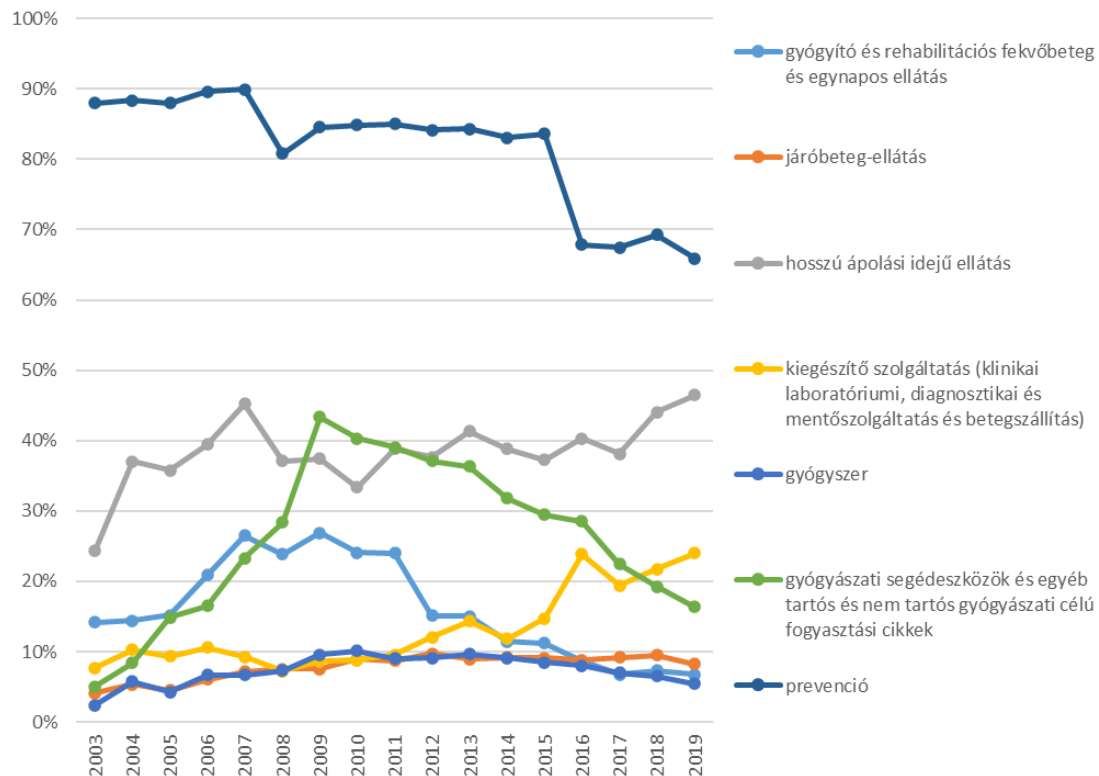


Forrás: KSH alapján GKI számítás

A gyógyászati segédeszközök és egyéb tartós és nem tartós gyógyászati célú fogyasztási cikkek esetében a 2009-es csúcsot követően fokozatosan csökken az önkéntes egészségügy-finanszírozás aránya (tíz év alatt 43-ról 16%-ra mérséklődött). A gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás, a járóbeteg-ellátás és a gyógyszerellátás esetében ez az arány tartósan 10% alatt maradt a vizsgált periódusban. Forintban mérve az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek közül a járóbeteg-ellátás és a prevenció esetében a pénztárak 26-26 milliárd Ft-tal, míg a gyógyszerellátás esetében 22 milliárd Ft-tal járultak hozzá az összes kiadáshoz.

A magánszférában és az állami finanszírozásban pont ellentétes szempont érvényesül. Míg az állami kiadások a kórházi ellátásra helyezik a hangsúlyt, addig a magánszférában a járóbeteg-rendelések finanszírozása a kimagasló, négyszerese a magánkórházi kiadásoknak. Ez egyáltalán nem véletlen, a fő ok a kettős finanszírozás tilalma. Emiatt egy ellátást Magyarországon ma vagy állami, vagy magánforrásból lehet finanszírozni, a közös finanszírozást büntetik. Emiatt a betegek jelentős része csak a relatíve olcsóbb járóbeteg-ellátás költségeit képes saját forrásból kifizetni, a legalább egy nagyságrenddel drágább, 200 ezer forintnál kezdődő kórházi ellátást csak sokkal kevesebben engedhetik meg maguknak.

Egészségügyi magánkiadásokon belül az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek aránya 2003-2019 (%)



Forrás: KSH alapján GKI számítás

6.2.2. A tényleges magánegészségügyi szolgáltatás piacának becslése

A ténylegesen a magánszektor által fizetett szolgáltatási díjak becslése a fentiekhez képest sokkal bonyolultabb. 2018-ban Kiss és Lantos szerzőpáros kísérletet tett annak becslésére, hogy mekkora lehet a tényleges magánegészségügyi kiadások mértéke. Ehhez azokat a tételeket ki kell szűrni, amelyeknek végsősoron a NEAK a forrása. Ennél részletesebb és pontosabb becslés erre vonatkozóan nem létezik.

Az eltelt évtizedekben kialakult egy szolgáltatói kör, amellyel **NEAK közvetlenül szerződött szolgáltatói feladatokra**. Ide tartoznak a felnőtt és gyermek házi orvosok, valamint az állami feladatokat ellátó, ezért az NEAK-kal szerződött fogászatok. Ezek egyértelműen közfinanszírozott tevékenységek, jóllehet magánvállalkozók vállalkozási bevételeként jelentkeznek. Ide tartoznak mindazok az egészségügyi szolgáltatások is, amelyeket magántulajdonú profitorientált (vagy éppen egyházi, alapítványi vagy nonprofit társasági) formában működtetnek, és tevékenységükért a NEAK-tól kapnak kifizetéseket. A vese dialízist döntő részben ilyen szerződésekkel végzik. Hasonlóan jelentős a szerepe a szerződött magánvállalatoknak a labordiagnosztikában, vagy éppen a nagy értékű képalkotó diagnosztika területén (pl. PET CT). Ezeket a NEAK-tól származó bevételeket le kell vonni a magáncégek bevételeiből.

A közvetlen NEAK finanszírozáson kívül szerteágazóan jelen van a **közvetett (indirekt) NEAK finanszírozás** is, amelyet viszont rendkívül nehéz statisztikailag megfigyelni és így számba venni. Közvetett NEAK finanszírozás alatt azt értjük, amikor valamilyen közszereplő (pl. költségvetési intézmény, önkormányzat, állami egyetem, kórház) szerződik az adott feladatra a NEAK-kal, ám a tevékenység egy részét (vagy egészét) egy (vagy több) magánszolgáltatóval végezteti. Ekkor a magánszolgáltató egyfajta kiszervezett tevékenységet végez, amelyért a kifizetést áttételesen szintén a NEAK-tól kapja, nem pedig magánpiaci igényt elégít ki. Ezeket tehát le kell vonni, mivel itt nem a háztartások (továbbá egészségbiztosítók, cégek, vállalatok, vagy önkéntes egészségpénztárak) a végső forrásai ezen árbevételnek – hanem közösségi forrásból származnak. Valójában a direkt és az indirekt NEAK finanszírozáson keresztül összekeveredik a magán és a közösségi egészségügy. Szintén belekeveredhetnek az ellátók bevételébe gyógyszerértékesítéssel és egyéb nem egészségügyi szolgáltatással kapcsolatos tételek.

Magánegészségügyi árbevétel becslésének módszertana



Forrás: Kiss és Lantos 2018

A keresleti oldalon ennek az összegnek meg kell egyeznie a háztartások egészségügyi kiadásaival, miután megtisztítjuk őket a paraszolvenciától és a lakásrendelők kiszámlázatlan szolgáltatásaitól. Kiss és Lantos becslése szerint **2018-ban az egészségügyi magán szolgáltatók 447 milliárd Ft bevételt realizáltak**, melyből 282 milliárd Ft-ot tett ki a magánszolgáltatók számlára végzett tevékenysége, 126 milliárd Ft-ot a lakásrendelők bevétele, valamint a KSH szerint 38 milliárd Ft-ot a hálapénz.

A becslést nehezítik a magánegészségügyben létező ellátási láncok, az egymásra épült vállalkozók, alvállalkozók, közreműködők, amelyek egymásnak nyújtanak szolgáltatásokat. Másrészt az egészségügyi szolgáltatók közül sok nem kizárólagosan, vagy még csak nem is feltétlenül dominánsan foglalkozik egészségügyi szolgáltatás nyújtásával. Sok olyan egy vagy több orvos által tulajdonolt mikro- és kisvállalat létezik, amelynél a cég árbevételének valamely más szolgáltatás vagy éppen az egészségüghöz kapcsolódó termék értékesítés teszi ki a fő hányadát. Mindezek alapján **Kiss és Lantos**

úgy véli, hogy a 282 milliárd Ft-os legális piacméret egyfajta maximumként is felfogható, amelyet valójában még csökkentenek tételek, amelyekre nincs pontos becslés.

2012 és 2018 között a **legális, számlázó magánegészségügyi szolgáltatók árbevétele éves átlagban 10%-os ütemet meghaladóan tudott növekedni, miközben a hálapénz és a lakásrendelők** (tehát a szürke-fekete része a piacnak) változó mértékben ugyan, de **egyértelműen visszaszorultak**. Azaz jelentősen fehéredett a magánegészségügyi szolgáltatók piaca.

A legnagyobb szereplők kiugróan magas növekedését könnyen magyarázhatja a piac koncentrációja, amely során a legnagyobb szereplők terjeszkedése részben a kisebbek beolvasztásával, piacuk elnyerésével magyarázható. Tehát történt egy egyértelmű, jól látható belső szerkezeti változás (Kiss, Lantos 2020).

6.2.3. Piaci szereplők

A tényleges magánegészségügyi kiadások megismeréséhez a vállalatok árbevétele nem egy tiszta mérőszám, mivel számos más tétel is belekeveredik, amely torzíthatja a növekedési mutatókat. Kiss és Lantos három kategóriába sorolta be a felső, valamivel több mint 300 céget, annak mentén, hogy a direkt NEAK kifizetéseken túli árbevételük (árbevétel-különbözet) milyen arányban származhat közvetett támogatásokból.

- **Magán csoport:** Az árbevétel-különbözet döntő részben a magánpiacról származik, azaz nem állami / önkormányzati megrendeléseket elégítenek ki. Ide tartozik a Medcover, a Róbert Károly Magánkórház, a DMC, a Dr. Rose, a Maternity, a Firstmed, a Rózsakert Medical, a Budai Egészségközpont Kft, valamint ebben a csoportban található a fogászatok legnagyobb része is.
- **Állami csoport:** Az árbevétel-különbözet döntő részben közvetetten a NEAK-tól származik. Ide olyan, döntően közösségi (pl. önkormányzati) tulajdonban álló nonprofit szakrendelők, illetve azok a jellegzetes szakmai magánszolgáltató-csoportok tartoznak, mint pl. a betegszállítók, orvosi ügyeletet nyújtók, nagyobb megyei kórházak és egyetemi klinikák állandó beszállítói (közreműködői).
- **Vegyes csoport:** Jelentős a NEAK által közvetetten finanszírozott közreműködői (vagy más néven kiszervezett) tevékenység, de egyértelműen beazonosítható, hogy szignifikáns magánfinanszírozású bevétellel is rendelkezik a cég. Ide tartozik a ScanoMed, a Swiss Medical és a Kardirex, a B.Braun Avitum és az FMC Dialízis Center.

A vizsgálat a 2018-ban 200 millió Ft fölötti árbevételű, humán-egészségügyi ellátást végző (TEÁOR 86-os főtevékenységű) cégekre terjedt ki. 2020-ban árbevételt tekintve a 23 legnagyobb szolgáltató közül az első négy adta ezek árbevételének 52%-át, vagyis

a koncentráció erős. A legnagyobb cégek sorrendben a Medcover, a Budai Egészségközpont, az Affidea Diagnosztika és a Róbert Magánkórház 5 milliárd Ft-nál nagyobb árbevétellel, majd ezeket követi 2-5 milliárd Ft közötti árbevétellel a Swiss Medical, a Doktor24, a Dr. Rose Magánkórház, a Da Vinci és a Duna Medical.

A szektor eredménytermelő képessége romlott a 2020-as évben, ez nem is meglepő a járvány, az emelkedő munkaerőköltségek, a plusz egyszeri költségelemek, valamint a terjeszkedési stratégiák fényében. Az esetek jelentős többségében viszont nyereséget termelt az üzlet: 2020-ban a vizsgált 22 cég közül csupán 7 szenvedett el veszteséget (2019-ben ez az arány 4 volt a 23 esetből) (Kiss és Lantos 2018).

2021-ben az előzetes adatok szerint a magánegészségügyi cégek árbevételének átlagos növekedési üteme 45% volt (medián 35%), ami sokkal gyorsabb, mint a megelőző két év növekedési dinamikája. A két legaktívabb, országos hálózatát jelenleg építő szereplőnél, a Doktor24-nél és a TritonLife-nál hatalmas növekedési ütem tapasztalható. Utóbbi a harmadik helyre jött fel 11,5 milliárd Ft-os, előbbi a negyedik helyre 10 milliárd Ft-ot meghaladó árbevételével (136%-os növekedési ütemmel). A legnagyobb növekedési ütemet a Waberer Medical Center érte el, 1 milliárd Ft-ról 3,2 milliárd Ft-ra bővült⁴.

6.3. Jelen és várható jövőbeli trendek

Ahogy bármely más európai országban is, Magyarországon az állami (köz)költség mértéke és aránya továbbra is meghatározó, de elkezdett kialakulni egy olyan felső szolgáltatói réteg, amely joggal lehet bázisa egy kialakuló új struktúrának, amely magánfinanszírozás dominanciája mellett egy strukturált co-payment rendszer kialakítását nem csupán lehetővé teszi, ám egyben kínálati verseny fokozásával indokolttá is teheti. Azonban a legújabb fejlemények azt mutatják, hogy Magyarország nem ezt az utat választja, hanem a magán és közösségi szektor teljes elválasztását veszi célba, amely valószínűleg teljesen felborítja az eddig kialakult struktúrát. Azt, hogy ez mit fog jelenteni a jelenlegi szereplők számára, azt nagy bizonytalanság övezi⁵.

A magánellátás iránti növekvő igény egyik legnagyobb felhajtója az állami ellátás iránti bizalmatlanság. Szintén a privátszolgáltatók mellett szól, hogy **a legújabb technológiákat – mesterséges intelligencia, telemedicina, 3d technika – gyorsan, rugalmasan hasznosítják. A COVID19 járvány is sok pácienszt terelt a magánellátók felé.** Míg korábban csak egy szűk réteg vette igénybe a laborvizsgálatokat, illetve szűrőcsomagokat, a járvány felbukkanását követően a páciensek jelentős hányada a PCR- és antigéntesztek elvégzése miatt fordult magán szolgáltatókhoz. Később a kórházak lezárásával, a műtétek elhalasztásával, a várólisták meghosszabbodásával egyre többen fordultak komolyabb beavatkozások

⁴ Csiki Gergely 2022. június portfolio.hu

⁵ Kiss, Lantos 2018

miatt is az ellátókhöz. Míg 2019-ben egy csípőprotézis-műtétre 291 nap volt az átlagos tervezett várakozási idő országosan, 2020 májusában 324 nap, 2021 januárjában 371 nap, mely 2022 júniusára 144 napra csökkent (NEAK 2022). (Ez utóbbi részben azért csökkent, mert a várakozók egy része időközben már meghalt, vagy magánszolgáltatók látták el.)

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

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

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

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

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

- az ellátás minőségének bizonyítása,
- a digitális eszközök használata, akár kényszerből is,
- a megfelelő minőségi munkaerő biztosítása,
- a köz-, és a magánellátást együttműködése,

- valamint a biztosítói szektor lassú növekedése.

7. Az egészségügy finanszírozási problémái

Az egészség nemcsak az egyéni élet szempontjából fontos, hanem kiemelkedő jelentőségű társadalmi és gazdasági kérdés (Stiglitz 2000 in Nagy-Ritter 2018). A közgazdasági szakirodalom is rámutat arra, hogy a gazdasági növekedésnek négy hajtóereje van az emberi erőforrások, a természeti erőforrások, a tőke, a technológiai fejlődés és az innováció (Lentner 2007 in Nagy-Ritter 2018). Az emberi erőforrások fejlesztése és megőrzése során az oktatás mellett megkerülhetetlen az egészségügyi ellátás is, mivel csak a szakképzett és egészséges munkaerő képes hatékonyan használni a tőkejavakat és biztosítani a termelékenységet (Samuelson-Nordhaus 2012 in Nagy-Ritter 2018).

Egészségügyi rendszerünkről megállapítható, hogy többszörösen hátrányos helyzetű (Lentner 2007 in Nagy-Ritter 2018), azonban ez a helyzet nem kizárólag Magyarországra jellemző, hiszen az **egészségügy a világon szinte mindenhol finanszírozási problémák közepette működik**. Magyarországon e problémák már az 1997. évi LXXXIII. törvény indoklásában is megjelennek, mely a finanszírozási problémák sürgős megoldását szorgalmazza.

A rendszer átalakításához szükséges intézkedések, reformok bevezetése kiemelkedően fontos feladat a mindenkori kormány számára. A társadalmi szükségletek megfelelő kielégítéséhez méltányossági alapon mindenki számára elérhetőnek kell lennie az egészségügyi szolgáltatásoknak. Az elmúlt évtizedekben folyamatosan felmerülő kérdéskör és vitatéma az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának problémája, melyhez az egyes társadalmak más és más megközelítést alkalmaznak.

Az egészségügy finanszírozásával kapcsolatban számos dilemma jelentkezik. A ma is aktuális kihívásokból – alapvetően közpénzügyi, a lényegét szem előtt tartó elemzői megközelítésből – az Állami Számvevőszék 2019-es jelentése az egészségügy finanszírozásáról a következőket emeli ki:

- A gazdaság, a versenyképesség növelése egészségesebb munkaerőt igényel. Ha az ehhez szükséges egészségügyi ellátások fedezete adó, járulék emelésekkel teremthető meg, akkor az a gazdasági növekedés ellen hat.
- Elsősorban az új gyógyszerek, terápiák, műszerek megjelenésének, a megelőzési (prevenciós) programok, szűrések szélesedésének hatására nőtt az emberek átlagéletkora. A lakosság előregedése és a technológiai robbanás pedig mindenütt jelentős finanszírozási többletigénnyel jár.

- Az azonnali beavatkozások nem vészhelyzeti esetekre is kiterjedő elvárása (várólista, érdemi várakozás nélküli ellátás) olyan emberi és tárgyi kapacitásokat igényelne, ami jellemzően már teljesíthetetlen.
- Egyes egészségügyi szükségletek kielégítésének igényéhez és követelményéhez nem mindig kapcsolható racionális forrásfelhasználás.
- A technikai, technológiai lehetőségek intenzív fejlődése mellett az élő kapacitás (orvos, nővér) a döntő, és esetenként a „szűk keresztmetszet”.
- A kórházak gyakori felvetése – etikai megközelítésre, a beteg érdekére utalva –, hogy korlátozhatja, halaszthatja-e az intézmény az életmentő ellátásokat amiatt, hogy a kapcsolódó megrendelésekkel nem tartja be az Áht., Ávr. és az Alaptörvény előírásait.
- Létező közgazdaságtani elmélet szerint minden kifejezhető pénzben (így az emberi élet és egészség is), de a közgazdaságtan keretei között nem megválaszolható gyakorlati és erkölcsi kérdések vetődnek fel.
- Nincsenek egyértelmű, nem vitatott definíciók a fenntarthatóság makroszintű, társadalmi, pénzügyi szempontú ágazati megközelítésű meghatározására (ÁSZ jelentés 2019).

A következőkben **a teljesség igénye nélkül kísérletet teszünk, hogy száma vegyük mindazokat a folyamatokat, amelyek kedvezőtlen előjellel hatnak a magyar egészségügy finanszírozására, illetve nehezítik azt.** Ezeket az alábbiak szerint foglalhatjuk össze:

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

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

Az **egyre kevesebb kapuőr** (házi orvos) az ellátás felsőbb szintjeire ró nagyobb terhet. Az alapellátásnál jóval költségesebb járóbeteg és fekvőbeteg ellátás terhelésének növekedése magában hordozza az egészségügyi kiadások növekedését, függetlenül attól, hogy azt az állami vagy a magánszolgáltatások rendszere biztosítja.

A 2022. január elsejei adatok szerint 508 településen összesen **645 betöltetlen házi orvosi praxis van Magyarországon**, melyből 27 közel 15 éve, 69 több mint 10 éve, 187 pedig több mint 5 éve betöltetlen. Ez nem csak azt jelenti, hogy a 6350 praxis közül minden tizedik betöltetlen, de azt is, hogy sok esetben hosszú éveket kell várni, mire egy-egy praxist újra betöltenek, annak ellenére, hogy a praxisjog eladható és hitelt is fel lehet venni a vásárlásra. Ez a szám házi orvosok, házi gyermekorvosok magas átlagéletkora miatt, valamint a hátrányos helyzetű kistérségekben, az elnéptelenedő kistérségekkel, az elszigetelt zsákfalvakkal, a nagyrészt mélyszegénységben élők lakta településekkel rövid időn belül jelentősen tovább fog növekedni (GKI 2022).

A házi orvos kapuőri funkciója egyaránt fontos a minőségi és a hatékony betegellátás megvalósítása érdekében, különösen abban az esetben, amikor a hosszúak a szakellátásban az előjegyzési- és várólisták, illetve a rendelkezésre álló erőforrások nem elegendők a szükségletek kielégítéséhez. Az alapellátás jelenti az egészségügyi ellátórendszer első lépcsőjét, így az ellátórendszer átalakítása nem képzelhető el az alapellátási tevékenységeknek a jelenkor kihívásaira reagáló újragondolása nélkül. A 2019-es EU-s országajánlásban foglaltakkal összhangban kiemelten fontos az alapellátás megerősítése, a lakóhelyközeli, betegközpontú ellátások irányába történő elmozdulás.

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

Az egészségügyi intézmények kikerültek az egyetemes energia szolgáltatási körből, melynek következtében a megemelkedett energiaárak miatt jelentős többletkiadással és további finanszírozási nehézségekkel szembesülnek. Egy 2022-ben publikált görög tanulmány szerint a görögországi kórházakban 2019-ben átlagosan 4,5% volt az energiaköltség aránya az összes működési költségből (Zaza, Sepetis, Bagos 2022). Azt feltételezzük, hogy Magyarországon ez az arány a rosszabb épületállomány és az eltérő fűtési szükséglet miatt 2-3 százalékponttal magasabb. A GKI becslése szerint piaci árak alkalmazása esetén mintegy négyszeresére nőnek az energiaköltségek.

Az egészségügyi kiadások gyors emelkedését az elmúlt években jelentősen gyorsította az **ápolók és az orvosok bérének rendezése**. A gyakorlati időt figyelembe vevő orvosi

béremelés 2021-ben kezdődött és 2023-ig tart, érinti az orvosokat, szakorvosokat, fogorvosokat, szakfogorvosokat, gyógyszerészeket, szakgyógyszerészeket, a kormányrendeletben meghatározott munkakörben egészségügyi szolgálati jogviszonyban foglalkoztatottakat is. A házi orvosokra is kiterjesztik az orvosi béremelést, de esetükben a növekedés mértéke attól is függ, hogy a doktor szorosabb vagy lazább praxisközösséget vállal. Folyamatos a szakdolgozói béremelés is, mely 2019 és 2022 között több lépcsőben valósul meg (mértéke összesen 72%⁶). Mindemellett az egészségügyi dolgozók egyszeri 500 ezer Ft-ot kaptak a vírusvédelemmel járó többletnehézségek elismeréseként.

A GKI becslése szerint a következő egy évben az energiaköltségek, a bérköltségek, valamint az egyéb költségek emelkedésének következtében **az egészségügyi intézmények finanszírozási szükséglete mintegy felével emelkedik.**

Az egészségügy már hosszú évek óta küzd a **kettős finanszírozás** problémájával. A beruházások, eszközpótlások rendszere sokkal rosszabbul működik, mint a működési költségek finanszírozása.

A kórházak finanszírozása kapcsán nem felejtkezhetünk el arról, hogy **az egészségbiztosítási alap csak a működési költségek fedezetét tartalmazza.** A fejlesztések, beruházások, eszközpótlások problematikája a fenntartó feladata, melyeknek részleteit az alábbiak szerint lehet összefoglalni:

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

A gazdasági problémák jelentős része ebből a körből kerül ki, és növeli a működés finanszírozási gondjait. Az elhasznált eszközök nagyrészt működési pénzekből pótlódnak. A **működtetés jelenlegi finanszírozási rendszere ugyanis az amortizációra nem nyújt fedezetet.** Sajátos, nem eszközarányos allokációt jelent az uniós és hazai fejlesztési célú támogatások rendszere. Az uniós és hazai fejlesztési célú támogatásokból, saját erőből, vagy más szervezetek, magánszemélyek pénzbeli adományából megvalósított fejlesztéseknél, illetve az adományként kapott eszközöknél is kiemelt szempontként jelenik meg a fenntarthatóság (működtetés és pótlás) biztosítása. Komoly problémát jelent az egészségügy számára, hogy a HBCS

⁶ A KSH adatai szerint **az átlagkereset ugyanezen időszakban 53%-kal nőtt**, vagyis a felzárkózás csekély a keresetekben. Ráadásul az emelés az alapbérrre vonatkozik, nem a teljes keresetre, így a teljes kereset emelkedés ennél jóval kisebb arányú. https://www.ksh.hu/stadat_files/mun/hu/mun0046.html

változásával együtt jár a forráskivonás, továbbá az, hogy a HBCS-súlyszám nem tartalmazza az amortizációt. Az amortizáció beépítésével könnyen javítható lenne az intézményekre jellemző alulfinanszírozottság.

Az amortizációs költségek elismerésének hiánya azonban nagyobb problémát is okoz. A hatékonyság megkívánja, hogy minden költségnek meglegyen a hozadéka. Közvetlenül is a bevételben, de közvetve a betegellátásban is. Amíg az eszközbeszerzés költsége nem költség, nem várható el a megkívánt hozadéka sem. Ez a nagyon szűkösen rendelkezésre álló eszközökkel való felelőtlen bánásmódot jelenti. **A tőkeköltségek (elsősorban az amortizáció) elismerésének a hiánya jelenleg a legnagyobb akadálya a hatékony eszközfelhasználásnak.**

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

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

Az egészségpolitikában fokozatosan megjelenő **új prioritások rövid- és középtávon kiadásnövelő hatásúak.**

- Jelenleg ennek egyik fő eleme a **praxisközösségek** ösztönzésére létrehozott pótlólagos háziorvosi finanszírozás, mely az elöregedő háziorvosi állomány veszélyeire kíván választ adni. A megelőző szemléletű, mindenki számára jól hozzáférhető, hatékony egészségügyi ellátás kulcseleme az erős alapellátás. A pandémia szükségessé tette, a kormány pedig erre válaszul országossá tette a korábban pilotprogramként futó praxisközösségek létrehozásának programját. Az új modellben a praxisközösségek szoros együttműködésben dolgoznak a helyi járóbetegellátókkal, egy napos sebészeti központokkal, városi kórházakkal és az egészségfejlesztési irodákkal az ott élők egészségének fejlesztése, megőrzése, a betegutak gyorsítása, lerövidítése és optimalizálása érdekében. **Ugyanakkor az elvárások túlzottak: a hiányzó háziorvosok problémáját éppúgy nem kezeli, mint a háziorvosi kar elöregedését. Úgy kíván többletfeladatokat róni az alapellátó rendszerre, hogy az már most sem képes megfelelően ellátni a meglévő feladatait sem.**

- A **digitális egészségügyi fejlesztések** (pl. orvos-beteg, orvos-orvos telekonzultációk rendszerének kialakítása) segítik növelni az alapellátásban definitív ellátást kapó betegek számát. A digitális megoldások hozzájárulnak az orvos-beteg találkozók számának csökkenéséhez és kényelmesebbé, adatvezéreltté és ezáltal megbízhatóbbá teszik egészségügyi ellátás teljes spektrumát.
- A **kórházi infrastruktúra és eszközpark fejlesztés** az egynapos sebészet további fejlesztését, a kórházban töltendő idő csökkentését és a pandémia által fokozott igényként megjelenő betegizolálási lehetőségek javítását, a kórházi fertőzések további visszaszorítását is elősegíti. Ezzel együtt a korszerű technológiai megoldások javítják a betegellátás eredményességét. A kritikus orvosi eszközökkel való megfelelő ellátás és az infrastruktúra biztosítása az egészségügyi rendszer ellenálló képességének fokozása érdekében is elengedhetetlen.

A COVID járvány okozta veszélyhelyzet következtében **2021-től új rendszerbe szervezte a kormány a magyar kórházak jelentős részét és az országos intézeteket**, valamint az új struktúrához igazították a finanszírozási szabályokat. Centrumkórházak kerültek kialakításra, amelyek alá a korábban önálló kórházak besorolásra kerültek. A finansziális kórház-integráció során a kórház, vagy kórházrendszer anyagi forrásainak és kiadásának racionalizálása a célja, megtakarítások elérése céljából. Alapvetően a támogatások egységesítése az egyik eszköze pozitív oldalról, illetve az intézmények egynemű szükségleteinek egységes kezelése. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy ez a forma igyekszik egy fenntartó, vagy egy fenntartói szövetség kezében koncentrálni a finanszírozást. A kiadások kezelésére, pedig gyakran egyetlen egységes gazdasági társaságot hoznak létre. **A finanszírozás egyszerűsödése komoly munkamegtakarítást jelent**, mivel az ilyen integrált rendszerbe tartozó intézményeknek egyetlen gazdasági apparátust kell csak működtetniük, illetve csak egy fenntartó felé kell elszámolniuk. **Az igazi megtakarítás azonban a kiadási oldalon keletkezik.** A már említett ellátásért felelős gazdasági társaság sokkal jobb alku pozícióban van, a beszállítókkal szemben (élelmiszer, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz stb.), mint az egyes intézmények külön-külön. Ugyanez igaz a hitelezőkkel szemben, ami a magyar kórházak szempontjából egy nagyon fontos kérdés, hisz köztudott a súlyos mértékű közüzemi és lejárt gyógyszer-ellátási tartozások és hitelek állománya. Egy ilyen holdingszerű gazdasági társaság kiválóan tud fellépni ilyen esetekben, hiszen tőkeereje, hitelképessége és piaci jelentősége is sokkal komolyabb. Ezt a formát hívják ezért, egészségügyi-holdig modellnek is, számos gyakorlati példája van itthon és külföldön egyaránt, melyből néhányat ismertetünk a fejezet későbbi részében (Gulyás 2012). **Az optimista várakozások ez esetben is megalapozatlanok. A GYEMSZI létrehozása során ugyanilyen előnyöket várt a fenntartó, amelyből szinte semmi sem valósult meg, ellenben az adminisztrációs terhek tovább emelkedtek.**

A **közgyógyellátással** kapcsolatos mindenkori szabályok keretet biztosítanak a jogosultak körére, valamint az ellátások finanszírozási feltételeire. Az ilyen típusú ellátás a rászoruló személy gyógyító-megelőző kezeléseivel kapcsolatos kiadásainak csökkentése érdekében vehető igénybe. A 284/1997. (XII. 23.) Kormányrendelet az igénybevételi díjak összegét, valamint tájékoztatásra irányadó szabályokat pontosan meghatározza. Megjegyzendő, hogy **évről évre szűkül a közgyógyellátást igénybe vevők köre és az egy főre jutó összege is**, mert a szabályozás folyamatosan szorít ki betegeket az igénybevételből.

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

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

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

Az államháztartás GDP-arányos funkcionális kiadásainak (konszolidált, pénzforgalmi szemléletű adatok) szerkezete az elmúlt években kedvezőtlen irányba változott, **államközpontú és nem tudásalapú gazdaságfejlesztési koncepciót, a társadalom differenciálódásával nem foglalkozó társadalompolitikát** tükrözött. Ráadásul az állami bürokrácia növelése és egyes piaci szereplők kiemelt állami támogatása **versenyképességi szempontból kifejezetten kedvezőtlen**. Más oldalról a magán ellátások igénybevétele egyre kevésbé csak a legmódosabb családok kiváltsága, mivel **mind szélesebb tömegek kényszerülnek rá**, hogy magán-egészségügyet fizessenek; akár erejükön felül, mert az állami ellátás színvonala vagy kapacitáshiánya erre

kényszeríti őket. A Covid-járvány alatt különösen jól látszott az egészségügyben ez a fajta mechanizmus. Nem véletlen, hogy már a **magán-egészségügyben** is megjelentek a **kapacitáskorlátok**, s az árak is gyors ütemben emelkedésnek indultak a megugró kereslet miatt.

Az egészségügy szervezeti és érdekeltségi rendszere, kínálati struktúrája, valamint az erre hivatott állami szervezet gyakran módosul, a rendszerszemlélet hiánya, a stratégiai gondolkodás adminisztratív módszerekkel, tűzoltással való helyettesítése alapvető probléma. Az orvosok külföldre áramlását a magánszférába való átmenetel váltotta fel, ami kikényszeríti a betegek ennek megfelelő átáramlását. A hálapénz helyébe a magánszférában fizetendő legális díjazás lépett. Az **orvosfizetések** emelése és a hálapénz visszaszorítása megoldott részproblémákat, de egy általános **egészségügyi reform híján** csak részeredményekhez vezetett, miközben **új feszültségeket** is létrehozott. A szakdolgozói fizetésrendezés elmaradása továbbra is akadályozza a kapacitások kihasználását (például hiányoznak a műtősök). Az orvosok a hálapénz megszűnése következtében, mivel megemelt fizetésük nem függ például a műtétek számától és bonyolultságától, nem érdekeltek az operációk elvégzésében. Egyidejűleg van jelen az **állami szféra terjeszkedése** – legújabbban például a mesterséges megtermékenyítés esetében – és színvonalának **leromlása**. A kórházak nem érdekeltek a teljesítmény növelésében, kapacitásaik kihasználásában, a minőségi munkában. **Minőségi követelményekre** – például küszöbszámok az utóvérzésekre, kórházi fertőzésekre stb. – lenne szükség az intézményekkel és az intézményeken belül az orvosokkal szemben is.

Az ÁSZ vizsgálata szerint a minőség érvényesítésének szabályozását kialakították, azonban a kapcsolódó teljesítménycélokat nem fogalmazták meg. A minőségi szempontok megfelelő érvényre juttatása a jelenlegi finanszírozási rendszerbe nem épült be.

Stratégiai célkitűzés a digitalizáció, az E-egészségügy kiépítése, működtetése, amelynek teljesítése folyamatban van. Kettősség tapasztalható e területen, mivel rendelkezésre állnak pl. a korszerű műszerek, betegforgalomhoz kapcsolódó informatikai rendszerek, működik felhőalapú alkalmazás. Ugyanakkor a gazdálkodás támogatása, az egyes ellátások költségeinek megfelelő szétválasztása, figyelése nem megoldott. Az „m-egészségügyi” alkalmazások lehetőségeinek kiaknázásához figyelemmel kell lenni az adatvédelmi követelményekre és a mindenkori technológiai változásokra (ÁSZ 2019).

8. Az egészségügy finanszírozásának átalakítási lehetőségei

Az egészségügyi ellátórendszer legfőbb célkitűzései közé tartozik, hogy a megelőzés és a betegellátás hatékonyságának és az ellátásokhoz való hozzáférésnek a növelésével javítsa a lakosság egészségi állapotát, ezáltal szolgálja a gazdaság versenyképességét

(gyorsabb visszatérés a munka világába) és járuljon hozzá az idősök életminőségének, önellátási képességének javulásához. Amint az a korábbi fejezetekből is kiderült, hogy bár gyerekcipőben jár még, de az egészségügy finanszírozásából a jövőben egyre nagyobb rész kerül át a magánszektorhoz. Mivel a társadalom döntő hányada sem a jelenben, sem a jövőben nem lesz képes megfizetni a magánegészségügy szolgáltatásait (főként nem a komolyabb beavatkozásokat), kiemelt fontossággal bír a költségvetési forrásokból megvalósított egészségügyi ellátások finanszírozásának biztosítása, ráadásul a jelenlegihez képest magasabb színvonalon.

A korábbi fejezetekben részletezett nagyon széleskörű problémahalmazból kiindulva első körben komplex átalakítási javaslatok megfogalmazása lenne célszerű. Az egészségügyi rendszer eredményesebb működését ösztönözheti a **nyújtott ellátások minőségének mérése, és annak beépítése az egészségügyi finanszírozás szabályozásába, rendszerébe**. A mért ellátási kiadások képezhetik az alapját annak, hogy az egészségügyi rendszert érintően hol szükséges a változtatás, vagy új irány bevezetése a fenntarthatóság érdekében.

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

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

A COVID járvány egyik tanulsága, hogy az egészségügyi rendszernek időnként pótlólagos finanszírozásra van szüksége, melyre a létrehozott alapba a békeidőkben beáramló és felhalmozódó tartalékok biztosíthatnak teljes vagy részleges fedezetet. A tényleges vészhelyzeti esetekhez kapcsolódó ellátás folyamatos fenntartásának, finanszírozásának szükségessége vitathatatlan. Az Alaptörvény gazdálkodási alapelveinek érvényesítése szükséges a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatóknál és a finanszírozási rendszer egészét tekintve is.

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

A tartós és fenntartható egyensúly irányába ható lépés lehet az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek növelése is. A múlt tapasztalataiból kiindulva fontos megemlíteni, hogy ezzel kapcsolatban vannak kiszámíthatóságot rontó tényezők, mint pl. a bevételi oldalon a szociális hozzájárulási adó csökkentése, de az Alap költségvetésének végrehajtása során keletkező hiány nem jelent önmagában a rendszer fenntarthatóságát érintő kockázatot, mivel a hiány kezelése a közvetlen állami transzferek révén biztosított. Igaz, amennyiben utóbbira kerül sor, az azt bizonyítja, hogy a bevételi oldal megtervezésébe hiba csúszott vagy valami nem várt esemény következett be.

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

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

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

További megoldandó feladat a **telemedicina ellátások finanszírozása** szabályainak lefektetése. Távkonzultáció és távmonitoring ellátások esetében az ellátás teljes

költségére nem állnak rendelkezésre olyan naprakész becslések, amelyek azok közfinanszírozásba fogadását kellően megalapoznák. Jóllehet nem is lehetséges általános becsléssel élni, az ellátás költségét meghatározó elemek betegcsoportonként, akár betegségenként is eltérőek lehetnek. Ezt a hiányt az új digitális csatornákon közvetített ellátások használata miatt mielőbb pótolni kell.

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

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

Nem mehetünk el amellett, hogy a Kormány által az egészségügy megreformálását érintő – egyébként helyes irányba mutató – változtatások is kiegészítő finanszírozást igényelnek. Mindezek részletesen kibontva Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Tervében szerepelnek, illetve finanszírozásuk e Terv elfogadása esetén EU-s forrásból lesz megoldva. Az egészségügyet érintő legfontosabb változtatásokat az alábbiakban foglaljuk össze.

A megelőző szemléletű, mindenki számára jól hozzáférhető, hatékony egészségügyi ellátás kulcseleme az erős alapellátás. Az alapellátás orvoshiányának megoldása lehet a Kormány által prioritásként kezelt és támogatott **házi orvosi praxisközösségek** országos kialakítása, melyekben több házi orvos együttműködve, a korábban EU-s forrásból kialakított Egészségfejlesztési Irodák hálózatán keresztül plusz egészségügyi szakdolgozók bevonásával (dietetikus, egészségpszichológus, gyógytornász) tud ellátni több házi orvosi körzetet. A kiterjesztett alapellátás szereplőinek a jelenleginél nagyobb szerep jutna az egészségfejlesztési, szűrési és gondozási tevékenységekben is. Kiemelt szerepük lenne a krónikus betegség menedzsmentben, a krónikus betegek gondozásának koordinálásában. A telemedicinális tevékenységek alapellátási kiterjesztése szignifikánsan hozzá tud járulni a fentebb bemutatott tevékenységek megvalósításához (pl. távmonitorozás, távvizit, távkonzultáció). Az alapellátás szereplőinek tulajdonképpen egy egészségszervező funkciója is kialakul a fentiekben keresztül, hiszen a gondozási, betegségmenedzsmenti tevékenységek keretében az ő feladatuk lesz a páciensek koordinálása az ellátórendszeren belül, a megfelelő ellátásba irányítás. Ez

hozzájárul az átlátható és nyomon követhető betegutak kialakításához is. Az elérhető hasznok maximalizálása érdekében a szakmai profilbővítéshez hatáskörbővítés is kapcsolódik a diagnosztika és a gondozás területén. Ez a járó- és fekvőbeteg szakellátásra nehezedő nyomás csökkentését, és az indokolatlan hospitalizáció elkerülését szolgálja. A jövőben a háziorvosok beutalhatják a betegeiket bizonyos, eddig szakorvosi beutalóhoz kötött vizsgálatokra vagy felírhatnak eddig csak szakorvosi javallatra kiváltható gyógyszereket is.

További kormányzati terv a sürgős esetek számára a sürgősségi ellátórendszer hozzáféréseinek további erősítése (az országos mentőszolgálat hálózatának további pillérekkel való fejlesztése az elérési idő javítására), a sürgősségi, traumatológiai ellátóhelyek műszerparkjának, infrastruktúrájának fejlesztése. Az alapellátásban teljeskörűen nem ellátható betegek, a tervezhető kórházi ellátást igénylő vizsgálatok, beavatkozások, műtétek és kezelések hatékonyságának javításához a műszerezettség további fejlesztése, korszerűsítése, a betegbiztonságot és kényelmet korszerűen támogató, fenntartható és környezettudatos üzemeltetésű kórházi infrastruktúra kialakítása, a meglévő ilyen irányú továbbfejlesztése a terv. A kórházi rendszer egységes irányítása biztosítja a fekvőbeteg ellátóhelyek közti feladatmegosztás pontos szabályozását, a korábbi széttagoltság felszámolását. Ehhez az ellátórendszer minden progresszivitási szintjét és az ország teljes területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer ellenállóképességét javító, rendszerszintű beavatkozások megvalósítására kerül sor infrastrukturális fejlesztések és eszközbeszerzések révén, új mentőállomások építésével, illetve felújításával.

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

9. Függelék

9.1. Szakirodalmi források

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

ANNEX to the Commission Implementing Decision on the financing of the Programme for the Union's action in the field of health ('EU4Health Programme') and the adoption of the work programme for 2021; European Commission, Brussels, 24.6.2021
https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-06/wp2021_annex_en_0.pdf

AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS (EU) 2021/522 RENDELETE (2021. március 24.) a 2021–2027-es időszakra szóló uniós egészségügyi cselekvési program (az „EU az egészségért program”) létrehozásáról és a 282/2014/EU rendelet hatályon kívül helyezéséről
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:32021R0522&from=HU>

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

Dr. Botos Katalin, Dr. Schlett András, Dr. Halmosi Péter: Államháztartástan, Szegedi Tudományegyetem Gazdálkodástudományi Kar 2015

Communication from the Commission to the European Parliament, the European Council, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the regions the eu budget powering the recovery plan for europe; European Commission Brussels, 27.5.2020
https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/about_the_european_commission/eu_budget/1_en_act_part1_v9.pdf

Csiki Gergely: Rendkívüli év után, új szakasz előtt a magyar magánegészségügy. portfolio.hu 2021. augusztus 12.
<https://www.portfolio.hu/gazdasag/20210812/rendkivuli-ev-utan-uj-szakasz-elott-a-magyar-maganegeszsegugy-496040#>

Csiki Gergely: Nagyot dobbantottak a magyar magánklinikák! - Mégis mitől nőnek ennyire? 2022. június 20.

<https://www.portfolio.hu/gazdasag/20220620/nagyot-dobbantottak-a-magyar-maganklinikak-megis-mitol-nonek-ennyire-551033>

de Meijer, C. et al. (2013), “The Effect of Population Aging on Health Expenditure Growth: A Critical Review”, European Journal of Ageing, Vol. 10, No. 4.

Dormont, B., M. Grignon and H. Huber (2006), “Health Expenditure Growth: Reassessing the Threat of Ageing”, Health Economics, Vol. 15, No. 9, pp. 947-963.

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

Eurostat Government expenditure on health

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

EU Budget Programme Statements 2021, HEADING 3: Security and citizenship Union action in the field of health (Health Programme)

https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/about_the_european_commission/eu_budget/db_2021_programme_statement_union_action_in_the_field_of_health_health_programme.pdf

Európai Bizottság, „Az EU az egészségügyért” (2021–2027) – uniós program az egészségesebb Európai Unióért

https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_hu

Gábos András, Nagy Katalin, Dózsa Csaba, Cseh Borbála, Farkas Zsombor: Az egészségügyi és szociális közszolgáltatások fejlesztését célzó intézkedések értékelése Egészségügyi közszolgáltatások ÉRTÉKELÉSI JELENTÉS KOPINT-TÁRKI Konjunktúrakutatási Intézet Zrt. Budapest, 2022. május 15.

GKI Gazdaságkutató Zrt. 2022. január: 2022 elején a háziiorvosi praxisok 10%-a betöltetlen Magyarországon;

<https://www.gki.hu/wp-content/uploads/2022/01/Betoltetlen-haziorvosi-praxisok.pdf>

Gulyás Dávid: A kórházintegráció folyamata V. évfolyam konzulens: dr. Homicskó Árpád, egyetemi docens 2012

https://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/bitstream/handle/123456789/4350/04_gulyas_david.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Helyzetfeltáró értékelés Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve kapcsán 2021. október 09.

<https://www.penzugyiszemle.hu/hu/fokuszban/helyzetfeltaro-ertekeles-magyarorszag-helyreallitasi-es-ellenallokepességi-terve-kapcsan>

Dr. Karner Cecília (2008): Nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek és az állam szerepvállalása

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

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

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

Dr. Kónya Judit: Az alkoholfogyasztás veszélyei (2018)
<https://www.webbeteg.hu/cikkek/szenvedelybetegseg/1805/az-alkoholfogyasztas-veszelyei>

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

LENTNER Csaba: A magyar nemzetgazdaság versenyképességének új típusú tényezői. In: Lentner Csaba (szerk.): Pénzügypolitikai stratégiák a XXI. század elején: prof. dr. Huszti Ernő DSc. egyetemi tanár a pénzügyi intézményrendszer, a tudomány és a felsőoktatás szolgálatában: tiszteletkötet 75. születésnapja alkalmából. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2007, 271–297.

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

Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve 2021
<https://www.palyazat.gov.hu/magyarorszag-helyrelltsi-s-ellenllkpeessgi-terve>

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

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

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

Paraskevi N. Zaza, Anastasios Sepetis, Pantelis G. Bagos: Prediction and Optimization of the Cost of Energy Resources in Greek Public Hospitals, January 2022 Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland.

Paul A. SAMUELSON–William D. NORDHAUS: Közgazdaságtan. Akadémiai Könyvkiadó, Budapest, 2012, 454–457.

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

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

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

Smith, S., J. Newhouse and M. Freeland (2009), “Income, Insurance and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?”, Health Affairs, Vol. 28, No. 5, pp. 1276-1284.

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

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

Statistical Annex European Economic Forecast – Spring 2022

https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ecfin_forecast_spring_2022_statistical_annex_en.pdf

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

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

T/17188. számú törvényjavaslat a Magyarország 2020. évi központi költségvetéséről szóló 2019. évi LXXI. törvény végrehajtásáról (728. old.)

Joseph E. STIGLITZ: A kormányzati szektor gazdaságtana. KJK-KERSZÖV Kft., Budapest, 2000, 308.

Szabó Dániel: Az állami mellett a magánegészségügyben is hónapos várólisták alakultak ki. napi.hu 2022. február 13.

<https://www.napi.hu/magyar-gazdasag/maganegeszsegugy-ellatas-orvos-varolista-kezeles-dragulas.746013.html>

Udvardi Attila (2019): Az egészségügy helyzete Magyarországon nemzetközi összehasonlításban; GKI Gazdaságkutató Zrt.

9.2. Jogsabályok és más hivatalos dokumentumok

Törvények

Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)

1997. évi CLIV. törvény Az egészségügyről

1997. évi LXXX. törvény A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről

1997. évi LXXXIII. törvény A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

2000. évi II. törvény Az önálló orvosi tevékenységről

2006. évi CXXXII. törvény Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről

2006. évi XCVIII. törvény A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól

2007. évi CXXVII. törvény Az általános forgalmi adóról

2011. évi CXCV. törvény Az államháztartásról

2011. évi CXXXIII. törvény Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetésének végrehajtásáról

2011. évi LXVI. törvény Az Állami Számvevőszékről

2012. évi CLV. törvény Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről szóló 2010. évi CLXIX. törvény végrehajtásáról

2013. évi CXCI. törvény Magyarország 2012. évi központi költségvetéséről szóló 2011. évi CLXXXVIII. törvény végrehajtásáról

2014. évi LXII. törvény Magyarország 2013. évi központi költségvetéséről szóló 2012. évi CCIV. törvény végrehajtásáról

2015. évi CLXXII. törvény Magyarország 2014. évi központi költségvetéséről szóló 2013. évi CCXXX. törvény végrehajtásáról

2015. évi CXXIII. törvény Az egészségügyi alapellátásról 2016. évi CXXII. törvény Magyarország 2015. évi központi költségvetéséről szóló 2014. évi C. törvény végrehajtásáról

2017. évi C. törvény Magyarország 2018. évi központi költségvetéséről

2017. évi CLXX. törvény Magyarország 2016. évi központi költségvetéséről szóló 2015. évi C. törvény végrehajtásáról

2018. évi L. törvény Magyarország 2019. évi központi költségvetéséről

2018. évi LII. törvény A szociális hozzájárulási adóról

Kormányrendeletek

- 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról
- 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet Térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet A várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól
- 364/2010. (XII. 30.) Korm. rendelet Az egészségügyi szolgáltatók gyógyszerrendelésének és kiszolgáltatásának értékeléséről, valamint a háziorvosi és a gyógyszerügyi érdekeltségi rendszer kialakításáról
- 368/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet Az államháztartásról szóló törvény végrehajtásáról
- 38/2012. (III. 12.) Korm. rendelet A kormányzati stratégiai irányításról
- 4/2013. (I. 11.) Korm. rendelet Az államháztartás számviteléről
- 438/2013. (XI. 19.) Korm. rendelet A finanszírozott egészségügyi szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók adósságának rendezésére fordítható konszolidációs támogatásról
- 184/2014. (VII. 25.) Korm. rendelet A finanszírozott egészségügyi szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók adósságának rendezésére fordítható működési támogatásról
- 290/2014. (XI. 26.) Korm. rendelet A kedvezményezett járások besorolásáról
- 386/2016. (XII. 2) Korm. rendelet Az egészségbiztosítási szervekről
- 388/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet Az egészségügyi szakellátást nyújtó közfinanszírozott szolgáltatók működési támogatásáról
- 352/2017. (XI. 29.) Korm. rendelet az egészségügyi szakellátást nyújtó közfinanszírozott szolgáltatók gazdálkodását segítő intézkedésekről
- 241/2018. (XII. 13.) Korm. rendelet Az egészségügyi szakellátást nyújtó közfinanszírozott szolgáltatók gazdálkodását segítő intézkedésekről

Miniszteri rendeletek

- 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
- 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet Az iskola-egészségügyi ellátásról
- 48/1997. (XII. 17.) NM rendelet A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető fogászati ellátásról

- 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról
- 6/1998. (III. 11.) NM rendelet Az egészségügyi ellátásban használt szakmai kódrendszerek és finanszírozási paraméterek karbantartásának jogi szabályozásáról
- 19/1998. (VI. 3.) NM rendelet A betegszállításról
- 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet A háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről
- 16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendelet Az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
- 5/2006. (II. 7.) EüM. rendelet A mentésről
- 9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet Az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról
- 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet A gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható homogén betegségcsoportok kódolási és besorolási szabályairól
- 11/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet Az Egészségbiztosítási Alapból a 959A-L, valamint 9511-9515 homogén betegségcsoportok szerint finanszírozott daganatellenes terápiákról

Kormány határozatok

- 1039/2015. (II. 10.) Korm. határozat Az „Egészséges Magyarország 2014–2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia elfogadásáról
- 1534/2016. (X. 13.) Korm. határozat A „Nemzeti Népegészségügyi Stratégia 2017-2026” kidolgozásához és végrehajtásához szükséges intézkedésekről

Uniós jogszabályok

- 282/2014/EU rendelet AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2014. március 11-i 282/2014/EU RENDELETE az egészségügyre vonatkozó harmadik uniós cselekvési program (2014-2020) létrehozásáról és az 1350/2007/EK határozat hatályon kívül helyezéséről

9.3. Rövidítések

E. Alap	Egészségbiztosítási Alap
EESZT	Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér
EMMI	Emberi Erőforrások Minisztériuma
GDP	Bruttó hazai termék (Gross Domestic Product)
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
HBCS	Homogén betegségcsoport
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MNB	Magyar Nemzeti Bank
NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Gazdasági Együttműködés és Fejlesztés Szervezete)
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
SHH	Standardizált Halálozási Arányszám
TVK	Teljesítményvolumen korlát
WHO	World Health Organization - Egészségügyi Világszervezet