

**AZ EGÉSZSÉGÜGY, BENNE A
FINANSZÍROZÁSI
REFORMELGONDOLÁSOK
MEGVALÓSÍTÁSA ÉS ENNEK HATÁSA
A KÖLTSÉGVETÉSI
FENNTARTHATÓSÁGRA**

MAGYAR GAZDASÁGKUTATÓ ZRT.

2023. SZEPTEMBER 22.

Tartalomjegyzék

1. Vezetői összefoglaló.....	2
2. A magyar egészségügyi rendszer felépítése és változások.....	13
3. A magyar egészségügyi rendszer jelenlegi finanszírozása és jövőbeni lehetőségei ...	24
4. A magánszolgáltatások szerepe a hazai egészségügyi ellátásban.....	39
5. Nemzetközi kitekintés	51
5.1. A V4 társországok egészségügyi rendszerei	52
5.1.1. Szlovákia	52
5.1.2. Csehország.....	56
5.1.3. Lengyelország	60
5.1.4. V4 összefoglaló értékelés	64
5.2. Európai helyzetkép a COVID-19 járvány kitörése után.....	69
5.3. Folyamatban lévő vagy megvalósított kórházreformok	84
5.3.1. A szlovákiai folyamatban lévő kórházreform	84
5.3.2. A német egészségügyi rendszer és a folyamatban lévő kórházreform	86
5.3.3. A dán egészségügyi rendszer és a megvalósult kórházreform.....	93
6. Következtetések, javaslatok.....	99



1. Vezetői összefoglaló

A magyar egészségügyi rendszer állapotára vonatkozó társadalmi megítélés már a 1990-es évek rendszerváltozása óta az egyik rendszeresen visszatérő téma. Az egészségügyi rendszer működésének társadalmilag negatív megítélését jelentősen javította a 2020 tavaszától indult COVID-19 világjárványban való helytállása. Ugyanakkor a pandémia rávilágított arra, hogy egyre aktuálisabb a tervezett fejlesztéseket megvalósítása. A Kormány 2019-ben egy kormányhatározatba¹n a már meghatározta a legfontosabb feladatokat, úgy mint a „valós költségekre épülő finanszírozási rendszer kidolgozása, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ fenntartása alá tartozó egészségügyi szolgáltatók felügyeletét és irányítását megalapozó kontrolling és monitoring rendszer kialakítása, a járó- és fekvőbetegszakellátásban minőségi indikátorok bevezetése, eredményalapú finanszírozási technikák, valamint az ellátási szinteken átívelő, integrált és betegközpontú, köteget típusú finanszírozási formák kidolgozása. A teljesség igénye nélkül néhány fontosabb fejlesztés, amelynek részletei az adott fejezetben érhetők el:

- + Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) folyamatos fejlesztése.
- + Az egészségügyben dolgozók bérrendezései.
- + A külföldről érkező orvosok integrációjának egyszerűsítése.
- + Az ügyeleti rendszer átalakítása.
- + Az egészségügyi irányítási rendszer átalakítása.
- + A háziorvosi és a védőnői rendszer átalakítása.
- + Az egynapos ellátás fejlesztése.
- + A krónikus betegek ápolási rendszerének átalakítása.
- + Az Országos Mentőszolgálat eszközparkjának fejlesztése.
- + A meddőségkezelési terület és a humán reprodukciós tevékenység átalakítása, ingyenessé tétele.

¹ 1798/2019 (XII.23.) Korm.határozat, elérése: <https://nit.hu/jogszabaly/2019-1798-30-22> (2022.09.18)

- + A kötelező, ingyenes újszülöttkori szűrővizsgálatok kiterjesztése, például: SMA-szűrés.
- + Innovációs megoldások, egyéb fejlesztések az egészségügyben: „ÉletMentő” mobil applikáció, telemedicinával kapcsolatos fejlesztések, egészségügyi skill-laborok országos hálózatának kidolgozása, a mesterséges intelligencia alkalmazása az egyes egészségügyi területeken, illetve a legmodernebb robotsebészeti eszköz (DaVinci robot) program elindítása az Országos Onkológiai Intézet és a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézetben, a Semmelweis Egyetemen, illetve a Pécsi Tudományegyetemen.

Az éves GDP és a GDP-arányos egészségügyi és állami egészségügyi kiadásokat összehasonlítva látható, hogy az egészségügyi és az állami egészségügyi kiadásokban egy viszonylagos állandóság van és nem követték a GDP-növekedés kilengéseit. A GDP-arányos egészségügyi kiadások a vizsgált 11 évben néhány kivételtől eltekintve (2016, 2017-2019) GDP hét százalék felett volt. A 2017-2019-es időszakban ez annak tudható be, hogy bár nominálisan nőtt az egészségügyi kiadások összege, azonban a magasabb GDP miatt összességében csökkent az egészségügyre fordított kiadás. A vizsgált 2010-2021-es időszakban az állami egészségügyi kiadás nagyobb mértékben nőtt, mint az összes egészségügyi kiadás. Míg 2010-ben a GDP-arányos teljes egészségügyi kiadás (7,4 százalék) és a GDP-arányos állami egészségügyi kiadás (5,0 százalék) között 2,5 százalékpont különbség volt, addig 2021-ben ez az eltérés 2,0 százalékpontra csökkent.

A nominálisan emelkedő egészségügyi kiadások mellett az egy főre jutó egészségügyi kiadás is nőtt. Az egy főre jutó egészségügyi kiadásokon belül az egy főre jutó állami kiadások nominálisan csak a 2012-es évben csökkentek.

Összehasonlítva az egy főre jutó egészségügyi kiadások növekedési ütemét az egy főre jutó állami egészségügyi kiadások növekedési ütemével, három időszak volt, amikor az egy főre jutó állami egészségügyi kiadások nagyobb mértékben nőttek. Ez a három időszak: 2013-2015, 2017-2016 és 2020-2021. Az utolsó időszak a COVID-19 világjárványhoz kötődik, ahol a magyar egészségügyi rendszernek egy teljesen ismeretlen és bizonytalan időszakig tartó bizonytalan túlzott terhelést

jelentő környezetben kellett eredményesen működnie. Ebben az időszakban az állami kiadások jelentősen megnöttek.

Az egészségügyi kiadásoknak a kormányzaton kívüli másik két alrendszer (önkéntes, háztartás) közül az egészségügyi kiadások második legnagyobb finanszírozója a háztartás, amely a teljes költség 24,6 és 29,4 százaléka között finanszírozta az egészségügyi kiadásokat. A háztartások a vizsgált időszak első öt évében növelték az egészségügyi kiadásokhoz való hozzájárulásukat, amely 2014-ben 28,4 százalék volt. A következő két évben (2015–2017) 27,3–27,7 százalék között ingadozott, majd 2018-ban 26,8 százalékon állt, amelyet a pandémia előtti évben 1 százalékponttal 27,8 százalékra emelkedett. A pandémia évében (26,1 százalék) és az azt követő évben (24,6 százalék) tovább csökkent az egészségügyi kiadásoknak a háztartások általi finanszírozása.

Az egészségügyi kiadások főbb (6-féle) tételeinél a három alrendszer (kormányzat, önkéntes, háztartás) által finanszírozott legnagyobb tételek között súlyponteltérés található.

- + A teljes egészségügyi kiadások esetében a legnagyobb tétel a gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás, amely a vizsgált időszakban 30 százalék között alakult a vizsgált időszakban. Ezt követte a gyógyszerkiadások, amely a 2020-ig 25,5–26,5 százalék között állt, majd pedig a pandémia évében (24,2 százalék) és a következő, 2021-es évben (21,7 százalék) tovább csökkent. A kiadások ranglistájának harmadik helyén a járóbeteg-ellátás volt, amely 22 százalék között mozgott a vizsgált öt évben.
- + A kormányzati alrendszer által finanszírozott egészségügyi kiadások esetében a legnagyobb arányt a gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás adta, amely 39,5–42,2 százalék között ingadozott 2017–2021 között. A második és a harmadik legnagyobb kiadási tétel (gyógyszer és járóbeteg-ellátás) mérete 18 százalék körül alakult 2017 és 2019 között, azonban 2020-ban és 2021-ben a gyógyszerkiadások nagyobb mértékben csökkentek.
- + Az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszer három legnagyobb kiadása itt már eltér az előző alrendszertől és mindhárom külön-külön 20 százalék körüli arányt képviseltek. 2017-ben a legnagyobb arányt

(25,1 százalék) a gyógyszerkiadás adta, amely 2021-re (19,6 százalék) minden évben csökkent. 2017-ben a második legnagyobb arányt (23,4 százalék) a prevenciós kiadások adták, amely 2021-re 22,6 százalékra csökkentek. A 2017-ben (22,7 százalék) a harmadik helyen a járóbeteg-ellátás állt, amely pandémia évében 26,2 százalék, majd 2021-ben 27,4 százalékra nőtt.

- + A háztartási alrendszer egészségügyi kiadásai esetében a legnagyobb kiadási arányt a gyógyszerkiadás adta, amely 2021-ig 47 százalék között mozgott. Ez a mutató 2021-ben 45,9 százalékra csökkent. A második legnagyobb kiadás a járóbeteg-ellátás volt, amely a 2019-es év kivételével minden évben emelkedett, így 2021-re 34,0 százalék lett. A kiadási ranglista harmadik helyén a gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás költségei szerepeltek, ez 2020. év kivételével 10–11 százalék között alakult. 2020-ban, a pandémia évében 8,5 százalékra csökkent, amely a pandémia miatt bevezetett egészségügyi korlátozásokra (kijárási tilalom, kórházak látogatási tilalma, nem sürgősségi beavatkozások elhalasztása stb.) vezethető vissza.

Az államháztartás kiadásainak funkcionális bontása alapján azt vizsgáltuk, hogy az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított arányának 2020. évi megugrása, ami miatt az OECD az e mutatóban három legmagasabb értéket elért országok között jegyezte hazánkat, mennyiben köszönhető a GDP csökkenésének, illetve a közkiadások növelésének. Számításaink szerint a mutató javulása döntő mértékben a ráfordítások bővülésének köszönhető. Az egészségügyi közkiadások 39 százalékos reálérték-növekedése olyan emelkedést jelentett, hogy a kiadások a 2021-es csökkenés után is 28 százalékkal haladták meg a járvány előtti, 2019-es szintet.

Az egészségügyi kiadások nemzetközi összehasonlítását három témában vizsgáltuk a V6 országokban, a 2010-2021 közötti időszakban:

- + Az állami (kötelező) és a magán (önkéntes) egészségügyi kiadásoknak az összes egészségügyi kiadáshoz viszonyított aránya az alábbi módon alakult: a V6 országok közül Csehországnál a legmagasabb 80 százalék feletti az állami kiadások aránya. A második legnagyobb arány 74,0–74,7 százalékkal 2013-ig Ausztriában volt, majd ezt követően 2014-től Szlovákia a 80 százalékos arányával megelőzte Ausztriát a rangsorban. A ranglista

harmadik helyén Szlovénia állt a 71,1–73,4 százalék között ingadozó állami egészségügyi kiadási aránnyal. Magyarország a vizsgált időszakban a V6 országok rangsorában az utolsó helyen állt, annak ellenére, hogy 2015-től – a 2019-es évet kivéve – folyamatosan emelkedett az állami egészségügyi kiadások aránya. Magyarországon az állami egészségügyi kiadás aránya 2015 előtt 65,5 és 67,1 százalék között mozgott, majd 2015-ben 68,2 százalékra nőtt, amely kisebb stagnálás után 2018-ban 69,6 százalékra emelkedett. Ugyan 2019-ben 0,9 százalékponttal 68,7 százalékra mérséklődött, azonban a pandémia első évében 70,8 százalékra, majd pedig 2021-ben 72,5 százalékra nőtt az állami egészségügyi kiadás aránya.

+ A GDP arányos egészségügyi kiadások:

- A GDP-arányos teljes egészségügyi kiadás

A COVID-19 világjárvány hatása a V6 országoknál megjelent, ugyanis Lengyelország kivételével valamennyi országban nőtt a GDP-arányos egészségügyi kiadás 2020-ban és 2021-ben. Ausztria a 10 százalék feletti GDP-arányos egészségügyi kiadással vezeti a V6 országok ranglistáját. A második helyen Szlovénia állt a 8 százalék feletti GDP-arányos egészségügyi kiadással. A ranglista harmadik helyén három ország (Csehország, Szlovákia, Magyarország) osztozik. Míg 2010 és 2014 között mindhárom országban 7,5 százalék között ingadozott a GDP-arányos egészségügyi kiadása. Majd 2014–2020-as időszakban Csehország ezen a 7,4-7,6 százalékos szinten maradt, viszont a másik két ország esetében kis mértékben, 6,7 és 7,0 százalék közötti értékre csökkent a mutató mértéke. Ezt követően 2020-ban és 2021-ben Csehországban erőteljes emelkedéssel a korábbi 7,5 százalék körüli mértékről 2020-ra 9,2 százalékra és 2021-re 9,5 százalékra emelkedett. A másik két ország esetében enyhébb növekedés volt megfigyelhető: 2020-2021-ben Magyarországon 7,3 és 7,4 százalékra, Szlovéniában pedig 7,1 és 7,8 százalékra nőtt a GDP-arányos egészségügyi kiadása mértéke. A V6 országok közül Lengyelországban a legalacsonyabb a GDP-arányos egészségügyi kiadás, amely 6,5 százalék körül ingadozott a vizsgált időszakban.

- A GDP-arányos állami (kötelező) és magán (önkéntes) egészségügyi kiadás

Ausztria kimagasodik mindkét mutató tekintetében, de leginkább a 7 százalék feletti GDP-arányos állami egészségügyi kiadásoknál szembetűnő. Ausztriában a GDP-arányos egészségügyi kiadás növekedése csak az állami egészségügyi kiadások növekedésének az eredménye. A GDP-arányos állami egészségügyi kiadások rangsorában a második helyén Csehország, a harmadik helyén pedig Szlovénia állt. Ugyanakkor ebben a két országban a magán (önkéntes) egészségügyi kiadásoknál Szlovénia 2013-tól a második helyen állt 2,5 százalék körüli értékével. Csehország pedig szintén 2013-tól 1,8-2,0 százalékos értékével a negyedik helyre szorult vissza. Érdekes, hogy Csehországban a GDP-arányos magánegészségügyi kiadás nem a pandémia időszakában, hanem korábban a 2016-2017 években nőtt meg 2,0 százalékra. Magyarországon a 2019-es év kivételével a GDP-arányos állami egészségügyi kiadás 5 százalék körül ingadozott, amellyel Lengyelország előtt az utolsó előtti helyen állt a V6 országok között. Ugyanakkor a másik mutató, a GDP-arányos magánegészségügyi kiadás mértéke Magyarországon a 2012-es erőteljes csökkenésbe fordult át. A kezdeti 2,6 százalékról 2021-re 2,0 százalékra mérséklődött.

- + Az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított egészségügyi kiadások
- A COVID-19 világjárvány hatására valamennyi vizsgált országban az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított állami és magánegészségügyi kiadások növekedtek. A teljes egészségügyi kiadások tekintetében Ausztria jelentős fölényrel vezeti a V6 országok ranglistáját. A második és harmadik helyen Szlovénia és Csehország állt a teljes vizsgált időszakban. A többi három országnál (Szlovákia, Lengyelország, Magyarország) három szakaszt különíthetünk el, kisebb mértékű eltérések vannak. A legjelentősebb eltérés 2010-2014 között ekkor a három ország rangsora Szlovákia, Magyarország és Lengyelország volt. Az almutatók (egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított állami és magán egészségügyi kiadások) esetében eltérő a

növekedési ütem. Míg az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított állami egészségügyi kiadások növekedési üteme lineárisan nő, addig az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított magánegészségügyi kiadásoknál Ausztria és Szlovénia kivételével elég változékonnyan ingadozott. Mindkét almutatónál V6 országok közötti rangsorában továbbra is Ausztria vezetett. A második helyen az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított állami egészségügyi kiadásoknál Csehország, a harmadik helyen pedig Szlovénia állt. Magyarország Lengyelországgal közösen az utolsó helyen szerepelt. A másik almutató (egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított magán egészségügyi kiadások) esetében az első helyen Ausztria, a második helyen Szlovénia és a harmadik helyen Magyarország állt.

A magyar magánegészségügyi piac méretét és dinamikáját a Heal Partners 2023. júniusi elemzésének feldolgozásával mutatjuk be, amely a szereplőket a magántulajdonú, döntően magánpiacra dolgozó egészségügyi szolgáltatók körével azonosította. A számítások szerint 2021-ben a magánegészségügyi magánkiadások 508,8 milliárd forintot tettek ki, aminek 9 százaléka volt önkéntes egészségügyi biztosítás, 91 százaléka a háztartások közvetlen kiadása. A NEAK-tól származó bevételekkel és a kimenőben lévő hálapánz becsült értékével korrigálva, a 2022-re várható növekedési ütem alapján a magyar magánegészségügyi piac becsült értéke több, mint 800 milliárd forintra bővült 2022-ben, ami négy év alatt 40 százalékos növekedést jelent. Okkal valószínűsíthető, hogy a hálapánz megszüntetéséből fakadó lakossági többletforrás jelentős része a magánegészségügyi rendszerben kötött ki. A legtöbb cég jövedelmezősége ugyanakkor a bevételnövekedés mellett is romlott. A magánegészségügyi piac a jelek szerint kezd beleütközni a „zsebből fizetés” korlátaiba.

Nemzetközi kitekintésünk első részében V4-es partnereink egészségügyi rendszereit mutatjuk be, és vetettük össze mutatóikat egymással, Magyarországgal és az EU27 átlagával. Az egészségügyi kiadások terén közös vonás a V4-ben, hogy euróban kifejezve és a GDP arányában is jelentős az elmaradás az EU27 súlyozott átlagához képest. A legközelebb Csehország áll hozzá, ahol az egy főre jutó kiadások vásárlóerő-paritáson az EU27 átlagának 67 százalék-át tették ki 2019-ben, míg Lengyelországban 45 százalék, Szlovákiában és Magyarországon

43 százalék volt az arány. A GDP-hez viszonyított arányban hasonló a sorrend, annyi eltéréssel, hogy Szlovákia némileg előzte Lengyelországot.

Az egészségügyi kiadásokon belül Lengyelországban kiugróan magas a kórházi kiadások aránya, ami „fejnehéz” rendszerre utal. A járóbeteg-ellátás részesedése kisebb szórást mutat, egymáshoz és az EU27-hez képest is. Lengyelország, Magyarország és leginkább Szlovákia esetében a tartós gondozás aránya jelentősen elmarad az uniós átlagtól. A prevenciós kiadásokban Magyarország teljesít a legjobban.

A közfinanszírozás aránya Csehországban és kisebb mértékben Szlovákiában haladja meg az uniós átlagot, Lengyelországban és különösen Magyarországon azonban jelentősen alatta marad. Csehországban az EU27-hez képest alacsonyabb a zsebből fizetés aránya, míg Szlovákiában jelentősen meghaladja az uniós átlagot. A zsebből fizetés aránya Lengyelországban is magas, míg Magyarországon közel kétszerese az EU27 átlagának. Az önkéntes magánbiztosítás kiadásai Lengyelországban jelentik a legnagyobb arányt, az uniós átlagot is meghaladva.

Az orvosi konzultációk és a kórházi ágyak száma mind a négy visegrádi országban meghaladja az uniós átlagot. A konzultációk magas száma a gyengén működő kapuőr-szerepre vezethető vissza, a magas kórházi ágyszám pedig arra utal, hogy azok is kórházi kezelést kapnak, akiket hatékonyabban működő rendszerben járóbeteg szakellátásban vagy tartós ápolás keretében látnának el.

A nemzetközi kitekintés második részében az OECD által az Európai Bizottsággal együttműködve készült Health at a Glance Europe 2022 jelentés alapján mutatjuk be a legfrissebb elérhető európai körképet. A járvány elleni küzdelem érdekében az EU országokban 2020-ban bővültek az egészségügy pénzügyi forrásai, a GDP jelentős csökkenése ellenére is. Az egy főre jutó kiadások átlagosan 5 százalékkal nőttek.

A 2020. évi egy főre jutó egészségügyi kiadásokban vásárlóerőparitáson a három legmagasabb értékkel rendelkező ország az EU-n belül Németország, Hollandia és Ausztria volt, míg a három legalacsonyabb értéket Bulgária, Horvátország és Románia mutatta fel. A lista eleje és vége között a különbség mintegy háromszoros. Magyarország az EU27-lista utolsó harmadában volt 2020-ban, 1672 euróval. Az EU27 átlaga 3159 euró volt.

Összevetve a kiadások járvány előtti és utáni reálérték-növekedési ütemét, az EU átlagában a növekedés 2013 és 2019 között 3,0 százalékos volt, míg 2020-ban 2019-hez képest 5,5 százalékos, ami 2004 óta a legnagyobb éves bővülés volt. A legnagyobb növekedést Bulgária mutatta fel, közel 20 százalékkal, majd Csehország következett 15 és Magyarország, 11 százalékkal. A lista végén Szlovákiában, Lengyelországban és Belgiumban ezzel szemben csökkentek az egészségügyi kiadások 2020-ban.

Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2020-ban az EU súlyozott átlagában elérte a 10,9 százalékot. A három legmagasabb arányt Németország, Franciaország és Svédország érte el, az EU27 átlaga alatt 21 ország szerepelt. A speciális gazdasági szerkezetű Luxemburgot és Írországot nem számítva a három utolsó helyen Szlovákia, Lengyelország és Románia szerepelt. Magyarország éppen előttük, a GDP 7,3 százalékaival.

A nemzetközi kitekintés harmadik részében bemutatjuk a Dániában 2007-ben elindított kórházreformot és tapasztalatait, valamint ismertetjük a Szlovákiában ennek mintájára kidolgozott reformterveket és a szintén hasonló célokat megfogalmazó német kormányzati törekvéseket.

Dániában az egészségügyi ellátórendszer strukturális átalakítása eredményeképpen 2019-re a kórházi ágyak száma mintegy megfeleződött, miközben a működés és ellátás hatékonysága javult. Az egészségügyi reformok célja nem a rendszerszintű ráfordítások csökkentése volt, így az egészségügyre fordított kiadások GDP-hez viszonyított aránya maradt a korábbi magas szinten. A fekvőbeteg-ellátáson megtakarított összeget a járóbeteg-szakellátás és a tartós ápolás fejlesztésére fordították, így változatlan költségen jobb ellátási hatékonyságot sikerült elérni.

Dániában a kezelhető okokból történő betegségek okozta halálozási arány 2018-ban határozottan az EU átlaga alatt volt. Bár a mutató az EU egészében is javult, az arány csökkenése 2011 és 2018 között az EU-ban 11 százalékos, míg Dániában 20 százalékos volt. Az EU-n belül Finnország mellett Dánia volt az az ország, ahol 2020-ban is nőtt a várható élettartam. A radikális szerkezet-átalakítás az egészségügy rendszermutatói és a lakosság egészségi állapota szempontjából is kedvező eredményeket hozott.

Szlovákiában a kórházi reformtervekről szakmai és politikai konszenzus alakult ki immár öt éve, de a gyakori kormányváltások miatt a megvalósításnak egyelőre csak az előkészítő lépéseiről született döntés. A reform háromszintű intézményrendszer létrehozását célozza meg a fekvőbeteg-ellátásban, meghatározva, hogy adott szinten milyen egészségügyi ellátást kell biztosítani a betegek részére, ehhez igazítva differenciáltan, minőségi mutatók alapján a finanszírozást is, átalakítva ezzel együtt egyben a betegutakat is. A 65 működő kórház nagyobb része az első szinten működne, és csak sürgősségi ellátást vagy alapvető műtéteket végeznének el. A második szinten, a regionális kórházakban látnák el a magasabb szintű beavatkozásokat, műtéteket – ilyenből 10 működne az országban. A harmadik szint a magasan specializált intézményeké, amelyből 2-3 lenne. A reformtervek fontos eleme az egészségügyi és a szociális rendszer integrációja, azzal a céllal, hogy szociális okból ne tartsanak fenn kórházi ágyakat, ugyanakkor biztosítsák a megfelelő ellátást az érintetteknek. Szintén fontos feltétele az új kórházi rendszer működésének a járóbeteg-ellátás színvonalának fejlesztése. A reformtervek alap gondolata nem a megtakarítás, hanem az adott költségvetési keretből történő minél nagyobb hatékonyság, a „value for money” elérése, így az egyes intézkedések során elért megtakarítások a rendszerben maradnának.

A 2022-ben elindított német kórházreform tervei három fő pillérré támaszkodnak: a kórházak minősítése, besorolása három kategóriába; a finanszírozási rendszer reformja; a valós szükségleten felüli kisebb kórházak bezárása, a kezelések átszervezése járóbeteg szakellátásba vagy nagyobb regionális kórházakba. A kormányzati tervek szerint az új finanszírozási rendszer 2024. januárjában lépne életbe.

A következtetések, javaslatok témában főbb megállapításaiként a következőket fogalmaztuk meg. A közfinanszírozású egészségügyi kiadások a COVID-járvány előtti évekhez képest jelentősen megnöttek Magyarországon, és az előterjesztések szerint maradnak továbbra is a járvány előttinél magasabb szinten. Ennek csökkentését összehasonlító elemzéseink alapján nem javasoljuk, tekintve, hogy a bővüléssel együtt is az EU27 utolsó harmadában vagyunk az egészségügyi kiadásokban, a magánfinanszírozás mértéke pedig ma is kiugróan magas. A ráfordítások csökkentését az sem teszi reális lehetőséggé, hogy az időközben

megemelkedett orvosi és szakdolgozói bérek tartósan beépültek az állandó költségek közé.

Tekintve az egészségügyi rendszerekben optimális esetben is meglévő implicit árfelhajtó hatásokat (mint az orvostudomány folyamatos fejlődését vagy a társadalom előregedését), még a színvonal és az ellátási biztonság fenntartásához is forrásbevonásra vagy gazdaságilag hatékonyabb működésre van szükség. Finanszírozási oldalon kedvező elmozdulást jelenthet, ha a magánforrások jelentős része a zsebből kifizetések helyett önkéntes biztosítási rendszereken keresztül csatornázódna be az egészségügybe. Ez nem csak a megtakarítási szintet bővítené az országban, hanem vonzóbb biztosítási csomagok megjelenéséhez is vezethet.

Szolgáltatói oldalon a nemzetközi tapasztalatok alapján jó esélyt látunk arra, hogy a kórházreform kormányzati kommunikáció alapján valószínűsíthető iránya – amely a dán rendszerrel, valamint a szlovák és német törekvésekkel mutat párhuzamot – hatékonyabb működéshez vezethet. Szintén megerősítik a nemzetközi tapasztalatok azt, hogy rendszerszinten a legkedvezőbb változás akkor várható, ha a „fejnehéz” kórházi rendszer átalakításával felszabaduló források az egészségügyben maradnak, és azokat a járóbetegellátás, valamint a tartós ápolás fejlesztésére lehet fordítani.

2. A magyar egészségügyi rendszer felépítése és változások

A Magyarországon működő egészségügyi rendszer része a kötelező társadalombiztosítási rendszernek, amely működését az Alaptörvény és további jogszabályok (törvények, kormányrendeletek és miniszteri rendeletek) határozzák meg. Az egészségügyi rendszer alapjait az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény IV. fejezete (75. paragrafustól) részletezi a megelőző ellátásokat és az egészségügyi ellátások rendszerét. Ez utóbbi biztosítja az alapellátást, a járóbeteg- és fekvőbeteg-szakellátást, illetve az egyéb egészségügyi ellátásokat (pl. mentés, ügyeleti ellátás, betegszállítás, ápolás, rehabilitáció, a haldokló beteg gondozását, a gyógyszerellátást, az orvostechnikai eszközellátást, az egyéb gyógyászati ellátásokat stb.²

Az egészségügyi rendszer állapotára vonatkozó társadalmi megítélés már a 1990-es évek rendszerváltozása óta az egyik rendszeresen visszatérő téma. Az egészségügyi rendszer működésének társadalmilag negatív megítélését jelentősen javította a 2020 tavaszától indult COVID-19 világvárványban való helytállása. Az egészségügyi rendszer, a benne dolgozó orvosok, ápolók, szakápolók és egyéb személyzet munkáját jelentősen elismerték. Az egészségügyi rendszerben tágabb értelemben is dolgozók tevékenysége jelentősen hozzájárult ahhoz, hogy az eddig nem tapasztalt a többszörös terhelés alatt az egészségügy nem roppant össze, működőképes maradt. Bár már a pandémia előtt elkezdődött az egészségügyi rendszer fejlesztése, azonban a világvárvány által generált tapasztalatok megerősítették a rendszer fejlesztését. Így az egészségügyi rendszer működésének korszerűsítése, fejlesztése erőteljesebb irányt vett.

Ezek alapján következőkben röviden összefoglaljuk az egészségügyi rendszer átalakítását célzó intézkedéseket és a már megvalósított feladatokat. Az egészségügyi terület fejlesztésével, átalakításával kapcsolatban 2019-ben a Kormány már meghatározta a legfontosabb feladatokat. Az erről szóló kormányhatározat az egyes egészségügyi kérdésekről szóló 1798/2019 (XII. 23.)

² Az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv. 75.§ (1) bek. 87-92.§, elérése: <https://nit.hu/jogszabaly/1997-154-00-00> (2022.07.06),

Korm.határozat³, amely meghatározta a terület fejlesztését érintő feladatokat, úgy mint a „valós költségekre épülő finanszírozási rendszer kidolgozása, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ fenntartása alá tartozó egészségügyi szolgáltatók felügyeletét és irányítását megalapozó kontrolling és monitoring rendszer kialakítása, a járó- és fekvőbeteg-szakellátásban minőségi indikátorok bevezetése, eredményalapú finanszírozási technikák, valamint az ellátási szinteken átívelő, integrált és betegközpontú, kötegetelt típusú finanszírozási formák kidolgozása”.

A következőkben a teljesség igénye nélkül röviden összefoglaljuk az egészségügyi területet érintő eddig megvalósított fejlesztéseket és a közeljövőben megvalósítandó feladatokat⁴

- + Az **Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT)**⁵: 2017. november 1-jén indult. Ez egy új e-egészségügyi rendszer, amelyhez először a háziorvosi szolgálatoknak, a járó- és fekvőbeteg-ellátó intézményeknek és az összes gyógyszerártnak kellett csatlakoznia. Ezt követő évben, 2018. november 1-éig az Országos Mentőszolgálat és a magánegészségügyi ellátók egy része is csatlakozott. A következő csatlakozási határidő 2020. január 1 volt, amikor is minden orvosi vagy fogorvosi működési engedéllyel rendelkező magánfinanszírozási egészségügyi szolgáltató csatlakozott. 2021. szeptember 1-jével pedig az ártámogatási szerződéssel rendelkező gyógyászati segédeszköz-forgalmazók is bekerültek a rendszerbe. A pandémia időszakában felgyorsultak a fejlesztések, elérhetővé váltak a telemedicinális háziorvosi ellátást támogató rendszerek (e-recept felírása, időpontfoglalás stb.), digitális karszalag a kórházakban, a vizsgálatok eredményei is megjelentek a rendszerben. 2023 tavaszán egy új telefonos applikáció (EgészségAblak⁶) is megjelent, ahol

³ 1798/2019 (XII.23.) Korm.határozat, elérése: <https://nit.hu/jogszabaly/2019-1798-30-22> (2022.09.18)

⁴ Források: MNB Versenyképességi Tükör 2020, 2022 és 2023 kiadványok, elérése: <https://www.mnb.hu/kiadvanyok/jelentesek/versenykepességi-tukor>, 1798/2019 (XII.23.) Korm.határozat, elérése: <https://nit.hu/jogszabaly/2019-1798-30-22>, Országos Kórházi Főigazgatóság (OKF) közleménye, elérése: <https://alapellatas.okfo.gov.hu/tajekoztato-korzethatar-modositas/> az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 630/2022. (XII.30) Korm. rendelet, elérése: <https://nit.hu/jogszabaly/2022-630-20-22.0#SZ13> (2023.09.20)

⁵ EESZT honlapja: <https://e-egeszsegugy.gov.hu/mi-az-eeszt>, (2023.09.18)

⁶ Az EgészségAblak mobilalkalmazás ismertetése, Portfólió 2023.05.11-i cikk: <https://www.economx.hu/magyar-gazdasag/szakrendelok-allamositasa-nem-idoszeru-kapacitas-okfo-egeszsegugy-betegellatas.771249.html> (2023.09.18.)

az EESZT-ben elérhető egészségügyi dokumentumokat, leleteket, laboreredményeket lehet elérni. A 2022 decemberében nyilvánosságra hozott Nemzeti Digitalizációs Stratégia (NDS)⁷ tartalmazza a rendszer továbbfejlesztési terveit, illetve a Smart Hospital rendszer kialakítását és a telemedicinával kapcsolatos feladatok bővítését 2030-ig. Az EESZT-t érintő tervekként szerepel a várólisták központi kezelése, a járóbeteg időpontrendszer és a betegirányítási rendszer integrálása, valamint a magánszemélyek által viselt okoseszközök adatainak tárolása, illetve a kiberbiztonság erősítése.

+ Az egészségügyben dolgozók bérrendezései:

- A 2020 őszén elfogadott új egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló törvény magába foglalta az orvosok jelentős béremelését, amellyel már évek, évtizedek óta adósa volt a mindenkori kormányzat. Az új szolgálati jogviszony számos változást hozott, ilyen változás például: 2023 év végétől megszűnnek a személyes közreműködői szerződések, 2023-tól az alapellátás kivételével a kórházakban megszűnt a szabad orvosválasztás joga; a beosztott orvos látja el a beteget, helyette más orvos nem igényelhető. Az új szolgálati jogviszony megteremtette a lehetőséget, hogy 2021 és 2023 között három lépcsőben, a Magyar Orvosi Kamara bértábla javaslata alapján jelentősen megemeljék az orvosok fizetését, amely az állami és az önkormányzati fenntartásban lévő fekvő- és járóbeteg intézményekben foglalkoztatott orvosokra, fogorvosokra és gyógyszerészeket érintett.
- Az egészségügyi szakdolgozók (OVSZ, OMSZ) és a védőnők négylépcsős béremelését 2019-ben jelentették be és 2020. január 1-én 14 százalékos, majd november 1-jén további 20 százalékos. illetve 2022 januárjában 30 százalékos béremeléssel folytatódott. Azonban ebből a béremelésből kimaradtak az alapellátásban dolgozó

⁷ NDS elérése, <https://kormany.hu/dokumentumtar/nemzeti-digitalizacios-strategia-2022-2030> (2023.09.18)

szakasszisztensek és ápolók. Az újabb ápolói béremelésre két lépcsőben kerül sor, 2023. július 1-jével és 2024. március 1-jével.⁸

- 2022. januárjától 20 százalékkal emelkedett a szociális és gyermekvédelmi szektorban dolgozók bére
- + **Külföldről érkező orvosok:** 2022 őszén egy törvénymódosítás keretében egyszerűsítették a külföldről érkező orvosok, fogorvosok és gyógyszerészek elhelyezkedését az egészségügyben. Így az ide érkező orvos, fogorvos, gyógyszerész az akkreditált egészségügyi szolgáltatónál először egy évig felügyelet mellett köteles dolgozni. A jogszabály módosítás indoka az volt, hogy a 2022 májusától az Ukrajnából érkező és egészségügyi szakképesítéssel rendelkező, menedékjogot szerzett szakemberek már a honosítási eljárás megkezdése után felügyelet mellett dolgozhassanak az egészségügyi rendszerben.
- + **Ügyeleti rendszer átalakítása:** 2023 februárjától indult el az egységes alapellátási ügyeleti rendszer, amelyet az OMSZ működtet. A bevezetésre vármegyénként fokozatosan kerül sor, Budapest még kimarad az új rendszerből. Az új ügyeleti rendszerben a házi orvosoknak nem szükséges az éjszakai ügyeleti ellátásban részt venniük, helyette délután 4-től este 10-ig a járási szakrendelőkben, illetve hétvégén és a munkaszüneti napokon 8-14 óra között felváltva ügyelnek a házi orvosok, akiknek a munkáját az OMSZ és a kiterjesztett hatáskörű ápolók segítik. A tartós sürgősségi ellátást a megyei kórházak látják majd el, míg a városi kórházaknak 0-24 órában kell biztosítani a befogadást.
- + **Az egészségügyi irányítási rendszer:** 2023 januárjától változott. Az állami kórházakban dolgozók munkáltatója a vármegyei irányító kórház lett, illetve a szerződés a változó telephelyre szól. A magasabb szintű ellátások fokozatosan a megyei kórházakba kerülnek átcsoportosításra, míg a városi kórházak szervezési szerepe erősödik. Az alapellátás (beleértve a házi orvost

⁸ Az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013(VII.5.) Korm.rendelet módosításáról szóló 181/2023 (V.16) Korm. rendelet, elérése: <https://njt.hu/jogszabaly/2023-181-20-22.0#PR> és Kormányzati bejelentés, elérése: <https://kormany.hu/hirek/2023-ban-tovabb-no-az-orvosok-es-az-apolok-bere> (2023.09.18)

és a védőnőt), a népegészségügyi prevenció és a központi ügyeletek átkerültek a városi kórházak feladatkörébe. A felsőoktatási modellváltás miatt a klinikai központok által irányított városi intézmények 2023 tavaszától az adott egyetem klinikai központjához kerültek.

- + **A háziiorvosi rendszer:** Az átalakítás 2023-tól indult, azonban a háziiorvosok és a házi gyermekorvosok praxisközösségekbe való szerveződésének támogatása már 2021-ben elindult. 2023-tól a háziiorvosok az Országos Kórházi Főigazgatósághoz (OKF) tartoznak. A főigazgatóság keretében létrejött a Nemzeti Praxiskezelő, amely a praxisjogok kezelését vette át az önkormányzatoktól, valamint a tartós betöltetlen körzetek ellátására háziorvost jelölhet ki, illetve új körzethatárokat is meghatározhat. Ezen túlmenően 2023 nyarától a 2028-ig bezárólag elindult az 1 200 fő alatti háziiorvosi praxisok fokozatos megszüntetése. A tervek szerint a háziiorvosi praxisokat még jobban be fogják vonni a szűrővizsgálatok szervezésébe, így például 2025-től a vastag- és végbélszűrések szervezésébe és lebonyolításába.
- + **A védőnői rendszer:** Az átalakítás keretében 2023 júliusától a rendszert központosították, így a védőnők már nem az önkormányzatokhoz, hanem a helyi kórházakhoz tartoznak és a munkájukat az Országos Kórházi Főigazgatóság felügyeli. Emellett a védőnői jogviszonyok egységesedtek, azonban a védőnői körzethatárok még nem változtak.
- + **Az egynapos ellátás:** A Belügyminisztérium adatai szerint 2022-ben az egynapos ellátás keretében megközelítették a 100.000 darab ellátást. Emellett átlagosan a diagnózistól számított 40 napon belül kerül sor a beavatkozásra. A Széchenyi 2020 program keretében az ERFA támogatásával 11 városban összesen 19 helyszínen alakítottak ki egynapos ellátóhelyeket, ahol önálló, multidiszciplináris és legalább négy szakmát érintő egynapos sebészeti részlegek kialakítása történt meg.

- + **A járóbeteg szakellátás:** Bár a tervek között szerepelt az önkormányzati fenntartásban lévő járóbeteg szakellátásoknak az állami tulajdonban vétele 2023 júliusától, azonban ez most jelenleg elmarad.⁹
- + **Krónikus betegek ápolása (hosszú távú ápolási rendszer):** 2023-tól fokozatosan átkerül a szociális területre, amellyel az állandó orvosi ügyeletet nem igénylő tartós betegek ápolását biztosítják. A változással az aktív ellátást nyújtó kórházak tehermentesülnek. Az átalakulás keretében, 2023. júliusától az első ütemben 6 ilyen intézmény lesz. Az eddigi kórházak által fenntartott ápolási osztályok (összesen 334 ápolási ágygal) helyszínváltoztatás nélkül szociális szakápolási központtá alakulnak. Az újonnan létrehozott szakápolási centrumok látják majd el a folyamatos orvosi felügyeletet nem igénylő krónikus betegek ápolását. Ezekben az intézményekben a személyi térítési díjat az időotthonokra vonatkozó szabályok szerint állapítják majd meg.¹⁰
- + **A fekvőbeteg szakellátás:** 2023-tól új finanszírozási rendszer lépett életbe, valamint új szakmai minősítések kerültek bevezetésre a közfinanszírozott járó- és fekvőbeteg szakellátásban.
- + **Az Országos Mentőszolgálat (OMSZ):** többkörös fejlesztésekre, korszerűsítésekre került sor az elmúlt években. 2019. év végétől az eddig bérelt osztrák mentőhelikoptereket magyar tulajdonú mentőhelikopterek váltották fel. A cseréhez 9 db norvég mentőhelikopter beszerzésre került. 2021 nyarán 62 db új mentőautót kapott az OMSZ, így a mentők átlagéletkora 4,8 évre változott. 2023-ban további 34 db mentőautót kapott az OMSZ. Emellett a Pécs-Pogányban lévő légi bázist felváltotta a Szekszárdon átadott új légimentő-bázis, amely jóval nagyobb területet fed le.

⁹ A témához kapcsolódó cikkek: Economx 2023.05.15-i cikk: <https://www.economx.hu/magyar-gazdasag/szakrendelok-allamositasa-nem-idoszeru-kapacitas-okfo-egeszsegugy-betegellatas.771249.html> és Kecsup oldalán 2023.09.14-i cikk: <https://kecsup.hu/2023/09/egvelore-nincs-allamositas-a-jarobeteg-szakellatasban-de-ha-az-allamtitkaron-mulna- lenne/> (2023.09.18.)

¹⁰ A szakápolás átalakításához szükséges intézményi kijelölésekről szóló 14/2023 (V.31.) BM rendelet, elérése: <https://nit.hu/jogszabaly/2023-14-20-0A> (2023.09.18.)

- + 2019. január 1-étől bevezetésre került a gyermekek otthonápolási díja (GYOD), amely a gyermek életkorától függetlenül az önellátásra nem képes gyermekek szülei kapják.
- + 2020. február 1-jétől egy EMMI rendelet révén ingyenessé váltak a teljes körű meddőségi kivizsgálások.¹¹
- + 2020. július 1-jétől egységes szakmai elveken alapuló, állami finanszírozású **meddőségkezelési ellátórendszer** jött létre. Ezzel együtt a mesterséges megtermékenyítési eljárások és a kezeléshez használt gyógyszerek ingyenessé váltak. Ennek előzménye, hogy 2019-ben egy kormányrendelet alapján a Magyar Állam meddőségi kezeléseket végző egészségügyi magánintézményeket vásárolt, amely felett akkor az Állami Egészségügyi Ellátó Központ gyakorolta a tulajdonosi jogokat.
- + 2022 nyarától a humán reprodukciós tevékenységek már csak az állami meddőségi klinikákon érhetők el. Ezt a területet is az Országos Kórházi Főigazgatóság, azon belül is a Humánreprodukciós Igazgatóság felügyeli. Emellett létrejött a Gyermekekút Módszertani Központ, amely a születéstől az iskoláskorig támogatást nyújt az eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermekek ellátásának segítésében.
- + **A betegségek megelőzése, a betegségek korai felismerése:**
 - 2022. január 1-jétől kibővült a kötelező újszülöttkori anyagcsere-szűrések típusai. Emellett 2022. november 1-jétől ingyenessé vált az SMA-szűrés is.
 - Elindult egy telefonos és online formában is elérhető „Egészségvonal”¹² (1812) nevű szolgáltatás, ahol hiteles és gyors egészségügyi információkhoz lehet jutni.

¹¹ Az egyes egészségbiztosítási tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról szóló 2/2020. (I.30.) EMMI rendelet, elérése: <https://njt.hu/jogszabaly/2020-2-20-5H.0#CI> (2023.09.18.)

¹² Egészségvonalról információ: <https://egeszsegvonal.gov.hu/>, Behír/MTI: <https://behir.hu/az-1812-es-hivoszamu-egeszsegvonal-valtja-a-koronavirus-zoldszamot>, Telekom 2023.07.26-i információja: <https://www.telekom.hu/lakossagi/ugyintezes/gyakori-kerdesek/2770/mikor-es-hogyan-vehetem-igenybe-az-egeszsegvonal-szolgaltatasait-?appid=tudasbazis&tudasbazis-eventType=8> (2023.09.18.)

- A rendszeres sportolás népszerűsítése érdekében 2023 tavaszán indult először egy „Millió lépés az iskoláért” elnevezésű kihívás, amelynek keretében 11 hét végén 100 iskola nyerhetett sporteszközök vásárlására 1 millió forintot. A kihívás indulását követő két nap alatt 60 ezer letöltést ért el a „MillióLépés” applikáció, amellyel az Apple Store-ban és a Google Playben az ingyenesen letölthető alkalmazásoknál az első helyre kerültek. A program 2023 őszén tovább folytatódik.¹³

+ **Központosító intézkedések:**

- 2022 tavaszától szigorú ellenőrzés alá kerültek a gyógyászati segédeszközök felírása és ellenjegyzése.
- 2023 tavaszán megjelent egy kormányrendelet, amelyben a központosított közbeszerzés kibővül az Országos Kórházi Főigazgatóság fenntartása alá tartozó, aktív fekvőbeteg-ellátást nyújtó fővárosi és vármegyei költségvetési intézmények ingatlanüzemeltetési szolgáltatásokkal.¹⁴
- 2023 tavaszán a betegbiztonság érdekében változtak az orvosésztétikai beavatkozások törvényi előírásai. A változtatás egyértelművé teszi, hogy az egészségügyi szolgáltatás körébe tartoznak a plasztikai helyreállító és az esztétikai, plasztikai beavatkozások is.
- 2023-tól központosításra kerülnek a kórházi laborvizsgálatok, amelyeket sok esetben magáncégek végeztek. Az új rendszerben a Nemzeti Orvoslaboratóriumi Diagnosztikai Kft felel a laborvizsgálatok elvégzéséért. Egységesítik a gépparkot és a reagenseket központi közbeszerzés hatáskörébe vonják be. Az EESZT-n belül létrejövő Ágazati Labor Információs Rendszer (ÁLR) biztosítja majd a minták

¹³ A program honlapja és az új verseny indulásáról szóló hír: <https://milliolepes.hu/2023/09/19/indul-az-oszi-kihivas-nyerj-egymillio-forintot-az-iskoladnak/> (2023.09.21)

¹⁴ A központosított közbeszerzési rendszerről, valamint a központi beszerző szervek feladat- és hatásköréről szóló 168/2004 (V.25.)Korm. rendelet és a Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóságról szóló 250/2014 (X.2.) Korm. rendelet módosításáról szóló 83/2023 (III.16)., elérése: <https://nit.hu/jogszabaly/2023-83-20-22.0> (2023.09.19.)

nyomonkövethetőségét, az egységes minőségű adatokat, a távvalidálást, illetve az országos reagens gazdálkodást.

+ **Egyéb fejlesztések, innovatív megoldások:**

- 2020 januárjában elindult az „ÉletMentő” nevű mobilapplikáció, amely egyszerűbbé és gyorsabbá tette a mentőhívást. Emellett az alkalmazásban elérhető a legközelebb eső gyógyszerár, kórház és defibrillátor helye, illetve egy elsősegélynyújtó és anno egy koronavírus-járványról szóló tájékoztató is. Az alkalmazás 2020-ban elnyerte az „Év digitalizációs projektje” címet.
- Egy pilot projekt keretében a soproni és a bécscsújhelyi kórház patológiai részlegei között elindult a telekonzultációs és a távleletezési együttműködés.
- A Szegedi Tudományegyetem pszichológiai klinikáján 2021 óta jól működik egy online pszichoterápiás osztály.
- A Szegedi Tudományegyetemen 2022 tavaszán zárult egy telemedicinával kapcsolatos projekt.
- 2023 tavaszán, a Széchenyi 2020 program uniós támogatásával fejeződött be az **egészségügyi skill-laborok országos hálózat**ának kiépítése. Ennek eredményeképpen 19 oktatókórházi laborban megvalósulhat a diagnosztikus, terápiás és életmentő beavatkozások gyakorlati oktatása szimulációs környezetben. Emellett a fejlesztés keretében egy egységes képzési program és oktatói hálózat is megvalósításra került.
- Megkezdődött a **mesterséges intelligencia (MI) alkalmazása** az egészségügyben.
 - Az OMSZ az életmentési és a betegszállítási feladatokra készített havi előrejelzésekhez MI-n alapuló modellt használ.
 - A Semmelweis Egyetem 2022 tavasza óta működtet MI alapú teledermatológiai rendszert. Minden esetben bőrgyógyász szakorvos hagyja jóvá az MI által felállított diagnózist.

Ugyanakkor a rendszer segíti a munkát, mivel prioritálja a bejövő eseteket és differenciál diagnózist készít.

- A Semmelweis Egyetemen a stroke ellátás MI alapú központi támogató rendszere 2022 ősze óta működik, amely jelentősen lerövidíti a diagnózis felállításának a folyamatát. Ez egy hosszabb távú fejlesztés eredménye, mivel 2018-ban az Egyetem Neurológiai Klinikájának lehetősége volt hét hónapig kipróbálni, egy a stroke ellátást segítő mesterséges intelligencia alapú szoftvert, amely tovább javította a betegellátást.¹⁵
- A Synlab Okoslelet szolgáltatás széles körben elérhetővé vált. Ez egy magyar fejlesztésű, mesterséges intelligencia-alapú szoftver, amelyet a Synlab a Debreceni Egyetem Klinikai Központjával közösen dolgozott ki.¹⁶
- A **robotsebészet** tekintetében is előrelépés történt: Egy 2020-as uniós projekt keretében az Országos Onkológiai Intézet és a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és rendelőintézetben indult el a robotsebészeti program¹⁷. Emellett 2021-ben a Semmelweis Egyetemen volt az első robotsebészeti műtét, amelyet a társadalombiztosítás finanszírozott. Ezzel pedig a komplex robotsebészeti program is elindulhatott a Semmelweis Egyetemen.¹⁸ 2022 őszén Pécsen adták át az első vidéki robotsebészeti eszközt, a DaVinci robotot, amely jelenleg a legfejlettebb eszköz a technológiában. A pécsi kórház így nőgyógyászati, sebészeti, urológiai, fül-orr-gégészeti és fej- és nyaksebészeti, illetve szívsebészeti beavatkozásokat is el tud végezni ezzel az új robotsebészeti

¹⁵ Semmelweis Egyetem 2020.01.07-i híre: <https://semmelweis.hu/hirek/2020/01/07/mesterseges-intelligenciaval-javithato-a-stroke-betegek-akut-ellatasa/> (2023.09.21)

¹⁶ Az új fejlesztésről szóló 2022.10.25-i cikk: <https://index.hu/belfold/2022/10/25/okoslelet-mesterseges-intelligencia-labordiagnosztika-vervizsgalat-kockazatelemzes-betegsegek/> (2023.09.21)

¹⁷ Országos Onkológiai Intézet tájékoztatója: <https://onkol.hu/robotsebeszet-bevezetese-magyarorszagon/> (2023.09.19)

¹⁸ Semmelweis Egyetem 2022.05.26-i híre: <https://semmelweis.hu/mediasarok/2022/05/26/siker-es-volt-az-orszag-elso-robotsebeszeti-epemutete-a-semmelweis-egyetemen/> (2023.09.19)

eszközzel.¹⁹ Tervek szerint a Szegedi és a Debreceni Egyetem Klinikáin is meg fog jelenni a robotsebészeti eszköz.²⁰ A robotterápiás egészségügyi eljárások finanszírozásával kapcsolatban 2023 augusztusában jelent meg egy BM rendelet, amely lehetővé teszi a magyar egészségügyi rendszerben a tb által finanszírozott robotsebészeti eszközök alkalmazását.²¹

- A Szegedi Tudományegyetemen jött létre Magyarország legmodernebb biobankja, amely alkalmas a vírusos betegségekben szenvedő páciensek mintáinak tárolására is. Emellett a Biobank a magyar rákkutatásban is fontos szerepet kap.²²
- Az ügyelet- és gyógyszerértékesítő surgossegi.info weboldal 2022 tavaszán indult el.
- 2021 nyarán került átadásra a Fiumei úton lévő Baleseti Központban az új hibrid műtőt, amelyben a szükséges képzett vizsgálatok a beteg mozgatása vagy szállítása nélkül elvégezhetők.

¹⁹ Pécsi Tudományegyetem 2023.04.04-i cikke: <https://aok.pte.hu/hu/hirek/hir/15832> (2023.09.19)

²⁰ A témához kapcsolódó 2023.04.04-i cikk: <https://index.hu/belfold/2023/04/04/robotsebeszet-da-vinci-orvostudomany-innovacio/> (2023.09.19)

²¹ Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú miniszteri rendeletek innovatív diagnosztikai és terápiás eljárások finanszírozásával összefüggő módosításról szóló 33/2023 (VIII.24). BM rendelet, elérése: <https://njt.hu/jogszabaly/2023-33-20-0A.0#PR> (2023.09.19)

²² A SZTE-n működő biobank honlapja: <https://u-szeged.hu/szakk/dermall/szolgalatasok/biobank> <https://semmelweis.hu/biobank/rolunk/>, a SzTE 2021. májusi cikke: <https://u-szeged.hu/mediafigyelo/2021/kozep-europai-regio> és a fejlesztésről szóló szakmai cikk: <https://www.biobanking.com/university-of-szegeds-new-biobank-storage-systems-are-now-in-operation/> (2023.09.21)

3. A magyar egészségügyi rendszer jelenlegi finanszírozása és jövőbeni lehetőségei

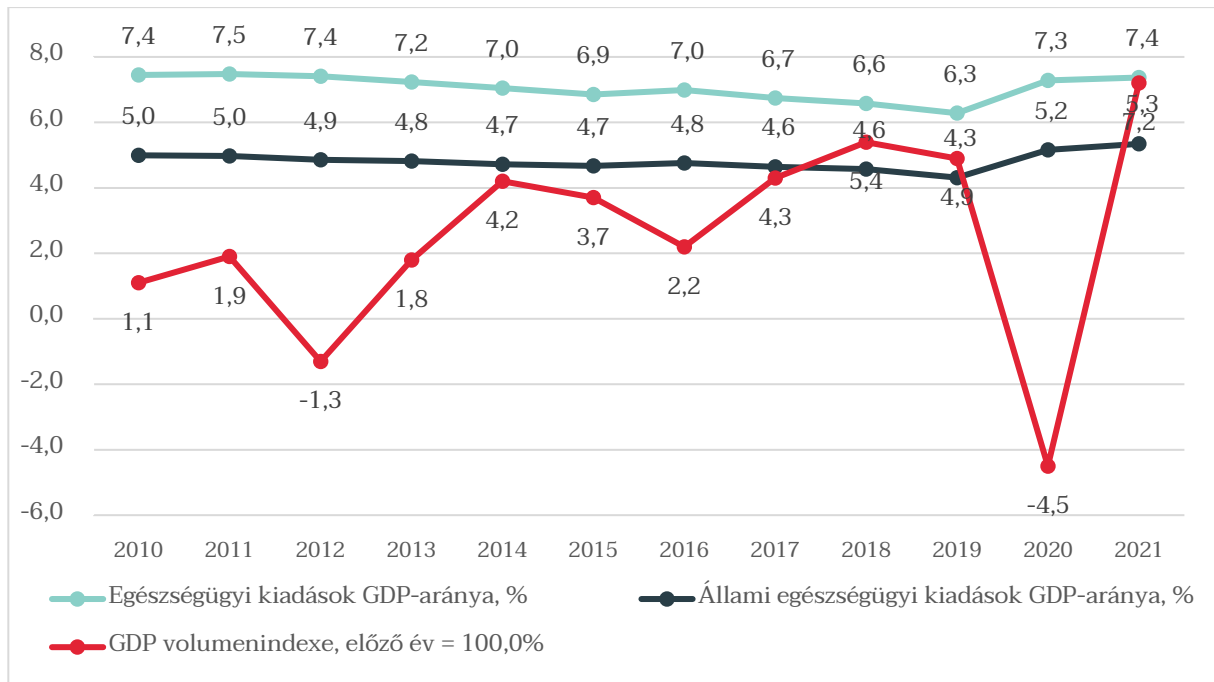
Ebben a részben egyrészt a magyar egészségügyi rendszer finanszírozási szerkezetét, másrészt az államháztartás kiadásainak funkcionális bontása alapján az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított arányának 2020. évi megugrását vizsgáltuk meg.

A magyar egészségügyi finanszírozási szerkezetének bemutatásakor először a GDP arányos kiadásokat, az egy főre jutó egészségügyi kiadásokat tekintjük át, majd pedig az egyes alrendszerek (kormányzat, önkéntes, háztartás) által finanszírozott költségeket mutatjuk be.

Az alábbi ábrán a bruttó hazai termék (**GDP**) arányos egészségügyi és állami egészségügyi kiadásokat szemléltetjük az éves szintű GDP-vel együtt. Az első legszembeűnőbb, hogy a GDP-nek a kilengéseit az egészségügyi és az állami egészségügyi kiadások nem követték, hiszen ezek a kiadások jelentős része állandó. A GDP-arányos teljes egészségügyi kiadás a 2010 évi 7,4 százalékról 2015-ig (6,9 százalék) folyamatosan csökkent, majd a 2016-os enyhe felugrás (7,0 százalék) követően 2019-ig folyamatosan csökkent a GDP-arányos egészségügyi kiadás: 2017-ben 6,7, 2018-ban 6,6 és 2019-ben 6,3 százalékon érte el a legmélyebb pontját. A COVID-19 évében 7,3 százalékra ugrott fel a GDP-arányos egészségügyi kiadás mértéke, amely a következő évben, a pandémia második évében 7,4 százalékra emelkedett. A vizsgált 2010-2021-es időszakban az állami egészségügyi kiadás követte az összes egészségügyi kiadás ütemét, azonban a GDP-arányos állami egészségügyi kiadás mértéke 2013-tól folyamatosan évente növekedett. Míg 2010-ben a GDP-arányos teljes egészségügyi kiadás (7,4 százalék) és a GDP-arányos állami egészségügyi kiadás (5,0 százalék) között 2,5 százalékpont különbség volt, addig 2021-ben ez az eltérés 2,0 százalékpontra csökkent. 2012-ben még kis mértékben (2,6 százalékpont) csökkent a GDP-arányos állami egészségügyi kiadások mértéke, de már a következő évben nőtt. A GDP-arányos egészségügyi kiadások az elmúlt 11 évben néhány év (2016, 2017-2019) kivételével GDP hét százalék felett volt. 2016-ban az alacsonyabb GDP mellett fordítottak kicsit kevesebbet az egészségügyre. Ugyanakkor a másik (2017-2019) időszakban

az alacsonyabb GDP-arányos egészségügyi kiadás oka a magasabb GDP-nek volt köszönhető, mert bár nominálisan nőtt az egészségügyi kiadások összege, azonban a magasabb GDP miatt összességében csökkent az egészségügyre fordított kiadás.

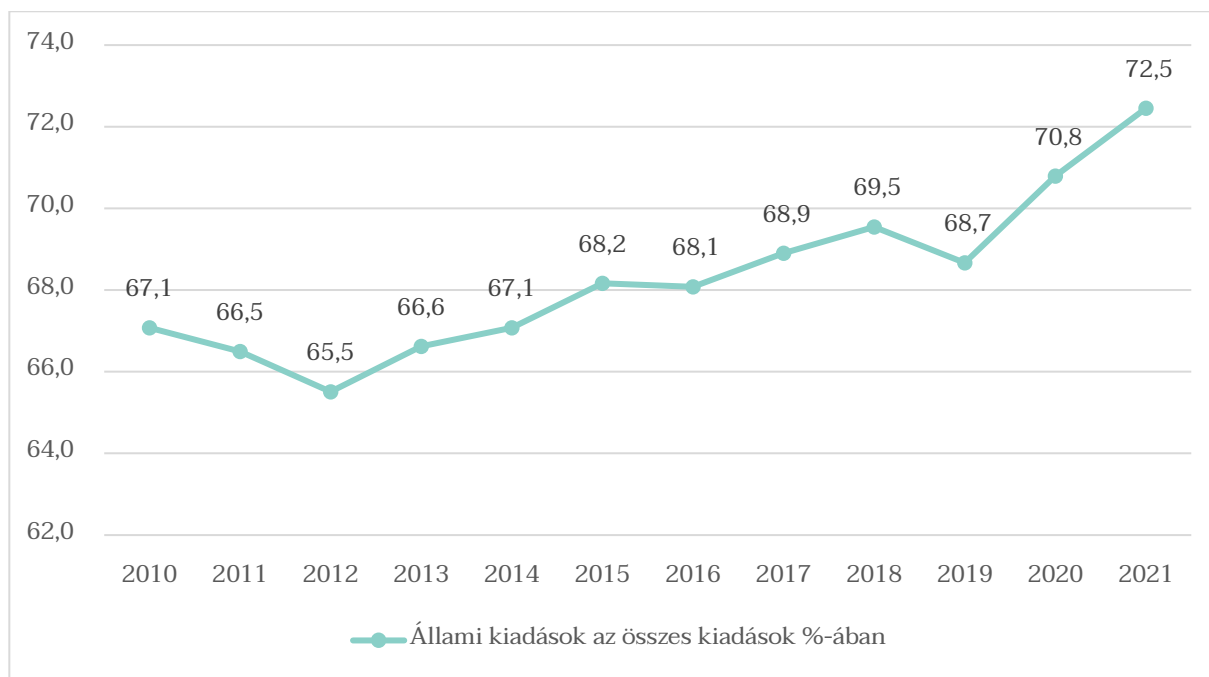
1. ÁBRA: A GDP-ARÁNYOS EGÉSZSÉGÜGYI ÉS AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK ÉS A GDP MÉRTÉKE, 2010-2021 (SZÁZALÉK)



Forrás: KSH, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

A GDP-arányos egészségügyi és az állami egészségügyi kiadás mellett fontosnak tartjuk a **teljes egészségügyi kiadásoknak az állami kiadások arányának** a bemutatását. A következő ábra ezt mutatja. A teljes egészségügyi kiadásokon belül 2012 év kivételével 2019-ig folyamatosan nőtt az állami kiadások aránya és 2020-tól meghaladta a 70 százalékot, amelyben szerepet játszott a 2020 tavaszán megjelent COVID-19 világitörvény és az azt követő évben pedig az vakcináknak köszönhetően az elmaradt egészségügyi vizsgálatok, kezelések pótlása.

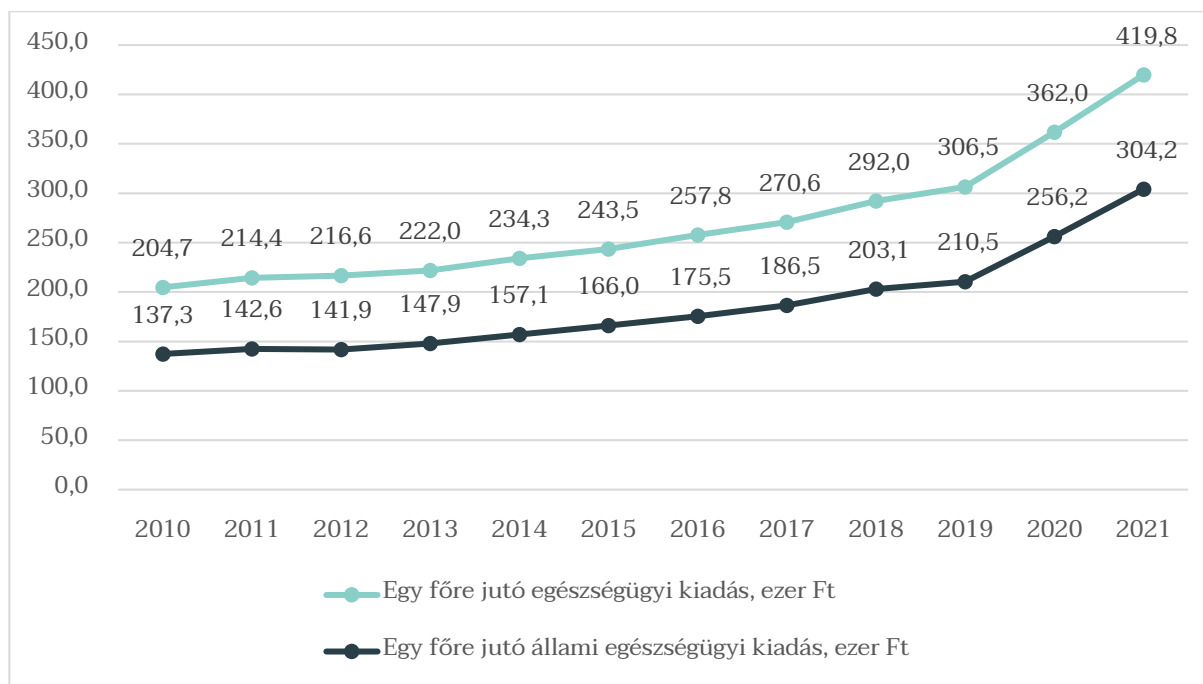
2. ÁBRA: AZ ÁLLAMI KIADÁSOK ARÁNYA AZ ÖSSZES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSON BELÜL, 2010-2021 (SZÁZALÉK)



Forrás: KSH, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

A következő ábra az **egy főre jutó egészségügyi és az azon belül az állami egészségügyi kiadásoknak** a vizsgált 11 évi alakulását mutatja. A nominálisan emelkedő egészségügyi kiadások mellett az egy főre jutó egészségügyi kiadás is nőtt. Az állami kiadások esetében – ahogy korábban is – csak a 2012-es évben csökkent az egy főre jutó állami kiadások nominális értéke. Összehasonlítva az egy főre jutó egészségügyi kiadások és az egy főre jutó állami egészségügyi kiadások növekedési ütemét, három időszak volt, amikor az egy főre jutó állami egészségügyi kiadások nagyobb arányban nőttek, mint a teljes egészségügyi kiadáshoz kapcsolódó egy főre jutó egészségügyi kiadások. Az első ilyen időszak 2013-2015-ig tartott, ahol 0,7 és 1,7 százalékponttal nagyobb mértékű volt az egy főre jutó állami kiadások növekedési üteme. A második 2017-2018-ban volt, ekkor 1,3 és 1,0 százalékponttal magasabb növekedési ütemet ért el az egy főre jutó állami kiadások mértéke. Az utolsó, harmadik időszak pedig a pandémiához köthető 2020-2021-es időszak, ekkor 3,6 és 2,7 százalékponttal volt magasabb az egy főre jutó állami kiadások növekedési üteme, mint a teljes egészségügyi kiadásnak az egy főre jutó része.

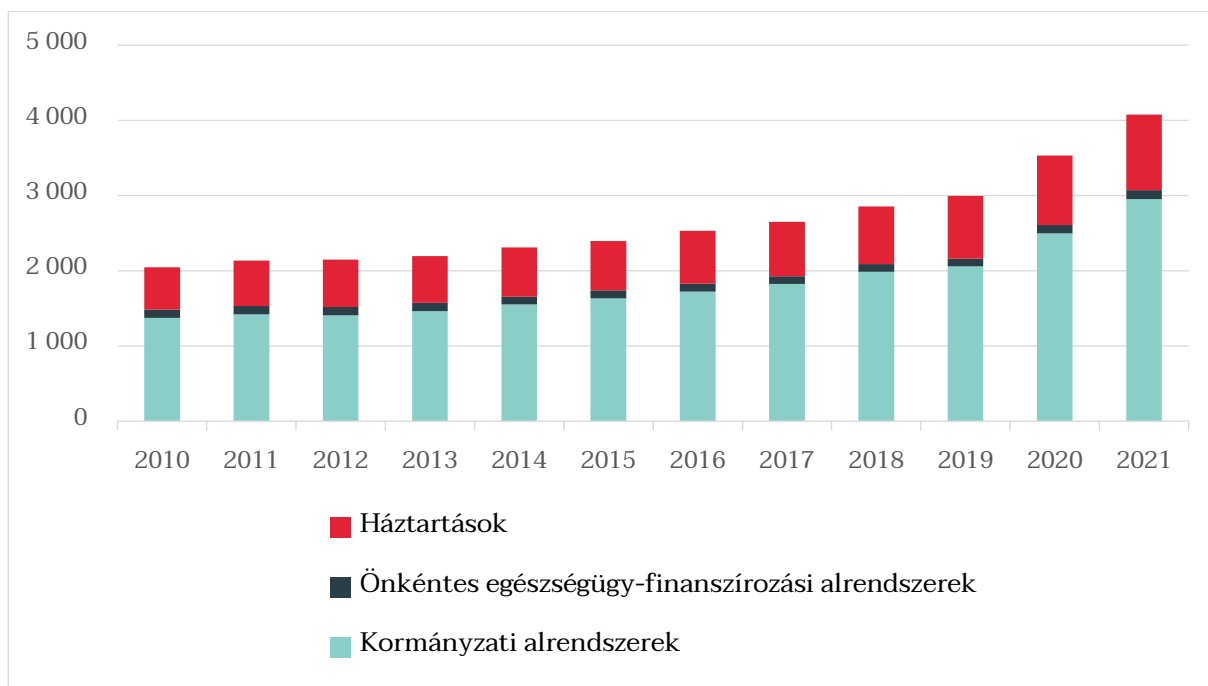
**3. ÁBRA: AZ EGY FŐRE JUTÓ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI
KIADÁSOK MÉRTÉKE, 2010-2021 (EZER FORINT)**



Forrás: KSH, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

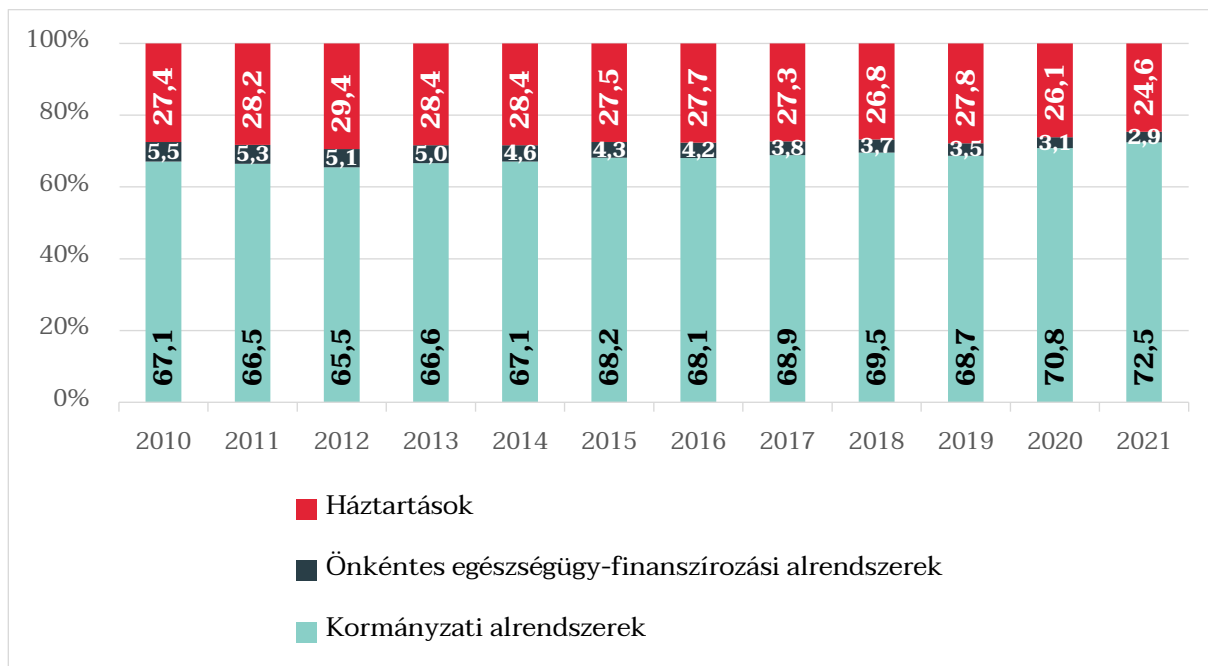
A következő két ábra az **egészségügyi kiadásoknak a három alrendszerhez (kormányzat, önkéntes és háztartás) kapcsolódó változását és arányát** ábrázolja. Az előzőekben már bemutattuk, hogy a kormányzati (állami) egészségügyi kiadások aránya milyen mértékben növekedett. Így most a másik két alrendszer változására térünk ki. Az egészségügyi kiadások második legnagyobb finanszírozója a háztartás, amely a teljes költség 24,6 és 29,4 százaléka között finanszírozta az egészségügyi kiadásokat. A háztartások a vizsgált időszak első öt évében növelték az egészségügyi kiadásokhoz való hozzájárulásukat, mivel a 2010. évi 27,4 százalékról 2014. évben 28,4 százalékra emelkedett az egészségügyi kiadásoknak a háztartások által finanszírozott aránya. Ez az arány 2015-től 2017-ig 27,3–27,7 százalék körül ingadozott, majd 2018-ban kis mértékben (26,8 százalék) csökkent, amely a következő évben 1 százalékponttal 27,8 százalékra nőtt. A pandémia évében 26,1 százalékra, majd pedig a 2021. évre 24,6 százalékra csökkent az egészségügyi kiadásoknak a háztartások által finanszírozott aránya.

4. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK A HÁROM ALRENDSZER SZERINT, 2010-2021 (MILLIÁRD FORINT)



Forrás: KSH, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

5. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK ARÁNYA A HÁROM ALRENDSZER SZERINT, 2010-2021 (SZÁZALÉK)

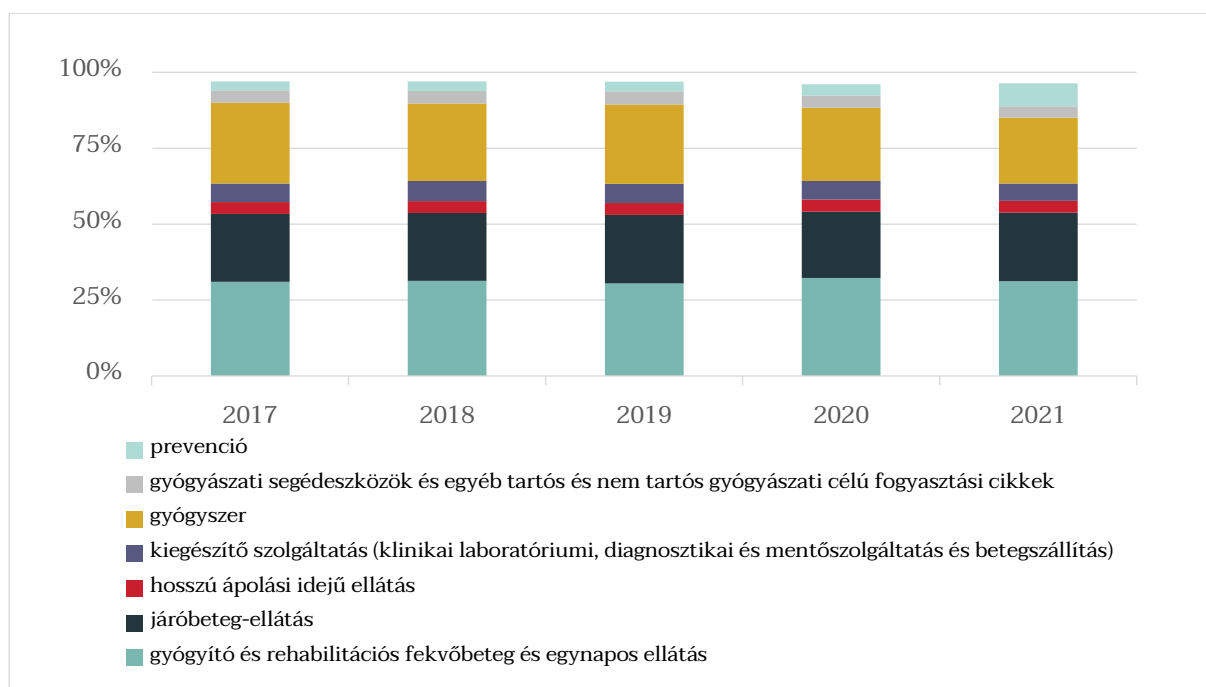


Forrás: KSH, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

A következő részben az **egészségügyi kiadásoknak a 6 főbb tételeit** mutatjuk be, az egyes alrendszerük figyelembevételével is. Az elemzéshez használt KSH adatoknál 2016-ban revízió történt, így a részletes adatok összehasonlítása korlátozottan tehető meg, azonban az aggregált értékeket nem érintette. Tekintettel arra, hogy ebben a részben a részletes adatokat vizsgáljuk meg, így csak 2017–2021-es időszakot tekintjük át.

A teljes egészségügyi kiadások tételeinek és az egyes alrendszerük tételeinek a súlypontja eltér. Az alábbi grafikon a teljes egészségügyi kiadásokat hat főbb tételre bontotta, ahol a legnagyobb arányt három tétel adja, amelyeknek a súlya nagyságrendileg azonos. A legnagyobb tétel a gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás, amely a vizsgált időszakban 30 százalék között alakult a vizsgált időszakban: A legnagyobb érték a 2020-ban (32,3 százalék), a legkisebb érték pedig 2019-ben (30,4 százalék) volt. 2021-ben 31,2 százalékon állt a mutató. A második legnagyobb tételként jelentek meg a gyógyszerkiadások. Ez a kiadás 2017-ben 26,5 százalék volt, amely a következő évben 1 százalékponttal 25,5 százalékra csökkent. Érdekes, hogy 2019-ben a mutató ismét megugrott (26,2 százalék), majd pedig a COVID-19 világjárvány időszakában (24,2 százalék) és a következő, 2021-es évben (21,7 százalék) tovább csökkent. A 2020–2021 időszakban a gyógyszerkiadások csökkenése váratlannak tűnhet, a pandémia megjelenése miatt. A kiadások ranglistájának harmadik helyén a járóbeteg-ellátás volt, amely 22 százalék között mozgott a vizsgált öt évben. A legmagasabb érték (22,6 százalék) 2019-ben és 2021-ben volt, míg a legalacsonyabb (21,8 százalék) 2020-ban.

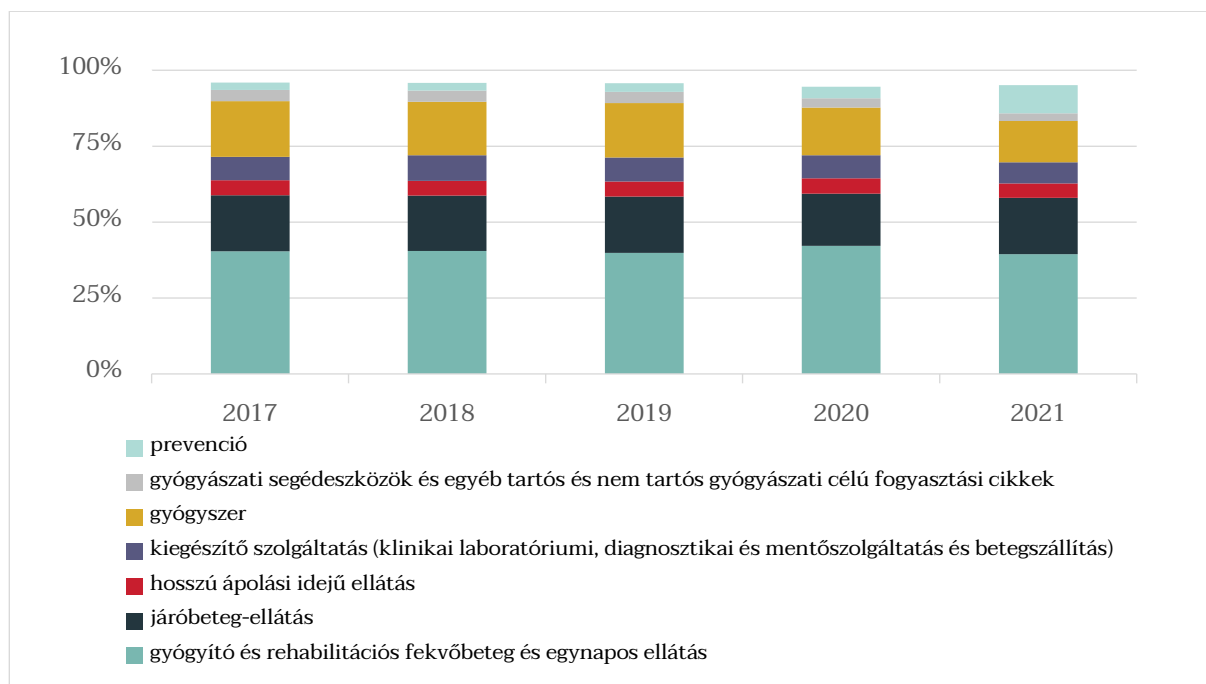
6. ÁBRA: A TELJES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁS FŐBB TÉTELEI, 2017-2021 (SZÁZALÉK)



Forrás: KSH, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

A következő ábra a **kormányzati alrendszer által finanszírozott** ugyanazon 6 tétel megoszlását ábrázolja. A kormányzati alrendszerben ugyanazon három kiadási tétel a legjelentősebb, mint a teljes egészségügyi kiadás esetében, azonban más arányokkal. Tehát a kormányzat által finanszírozott egészségügyi kiadások legnagyobb arányát a gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás adta, amely 39,5–42,2 százalék között ingadozott 2017–2021 között. A legnagyobb arány (42,2 százalék) 2020-ban, míg a legkisebb (39,5 százalék) 2021-ben volt. A második és a harmadik legnagyobb kiadási tétel (gyógyszer és járóbeteg-ellátás) mérete 18 százalék körül alakult 2017 és 2019 között, azonban 2020-ban és 2021-ben a gyógyszerkiadások nagyobb mértékben csökkentek. A gyógyszerkiadás 2020-ban 15,7 százalék, 2021-ben pedig 13,6 százalék volt. A járóbeteg-ellátás pedig 2020-ban az előző évhez képest 17,1 százalékra mérséklődött, majd 2021-re 18,5 százalékra emelkedett.

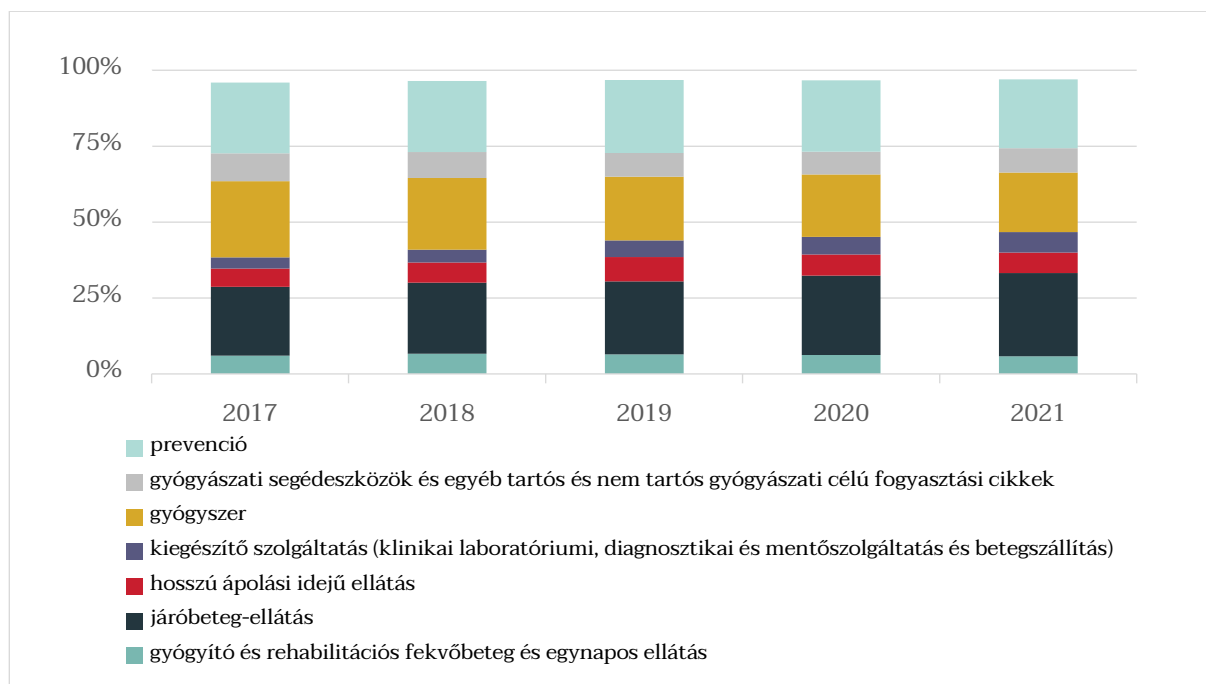
7. ÁBRA: A KORMÁNYZATI ALRENDSZER EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSÁNAK FŐBB TÉTELEI, 2017-2021 (SZÁZALÉK)



Forrás: KSH, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

Az **önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszer** három legnagyobb kiadása itt már eltér az előző alrendszertől és mindhárom külön-külön 20 százalékos körüli arányt képviseltek. A gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás helyett itt megjelenik a prevenció, míg a másik kettő (gyógyszer, járóbeteg-ellátás) szintén magas arányt képvisel a kiadások között. 2017-ben a legnagyobb arányt (25,1 százalékos) a gyógyszerkiadás adta, amely 2021-re (19,6 százalékos) ért el és minden évben csökkent. 2017-ben a második legnagyobb arányt (23,4 százalékos) a prevenció kiadások adták. Ez a prevenció kiadás legnagyobb értéke (24,0 százalékos) 2019-ben volt, amely a következő két évben mérséklődni kezdett és 2021-re 22,6 százalékosra csökkent. A 2017-es adatok (22,7 százalékos) alapján a kiadási ranglista harmadik helyén a járóbeteg-ellátás volt. Ez a mutató 2017-et követően minden évben folyamatosan emelkedett. A pandémia évében 26,2 százalékos, majd 2021-ben 27,4 százalékosra nőtt.

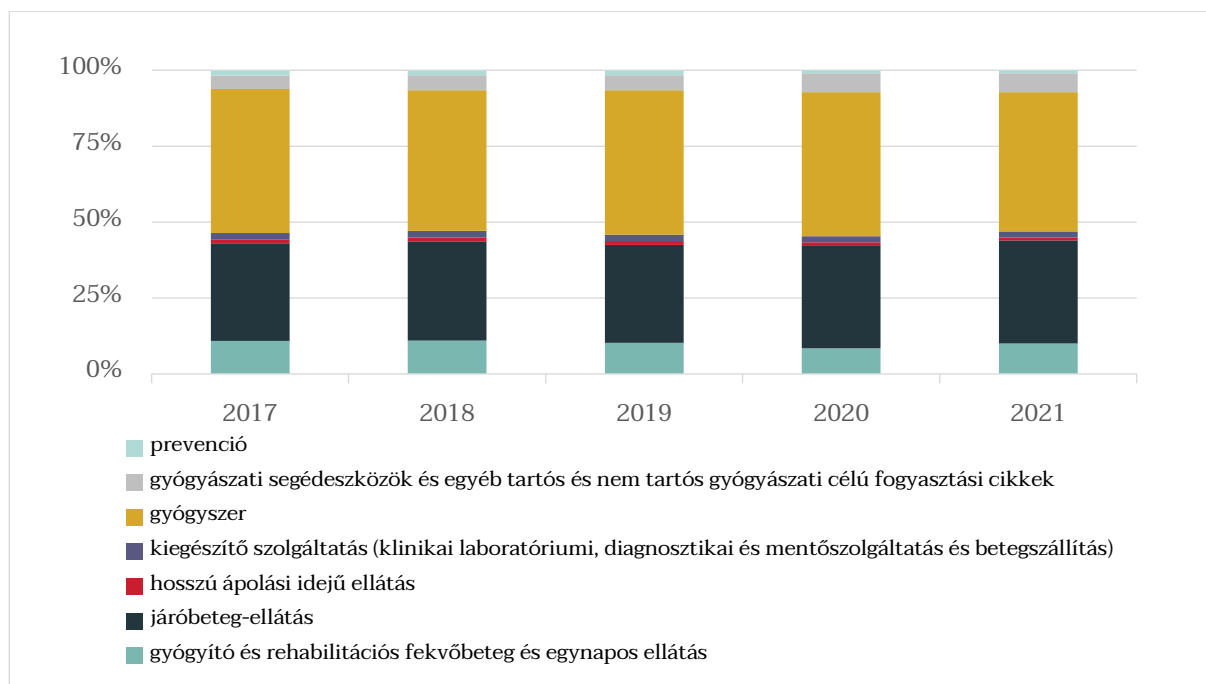
8. ÁBRA: AZ ÖNKÉNTES EGÉSZSÉGÜGYI FINANSZÍROZÁSI ALRENDSZER EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSÁNAK FŐBB TÉTELEI, 2017-2021 (SZÁZALÉK)



Forrás: KSH, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

A témához kapcsolódó utolsó ábra a **háztartási alrendszer egészségügyi kiadásait** szemléleti. A háztartások esetében a legnagyobb kiadási arányt a gyógyszerkiadás adta, amely 2021-ig 47 százalék között mozgott. Ez a mutató 2021-ben 45,9 százalékra csökkent. A második legnagyobb kiadás a járóbeteg-ellátás volt. Ez a kiadási tétel 2019-től (32,3 százalék) eltekintve minden évben emelkedett. Míg 2017-ben 32,2 százalék volt, addig 2021-re 34,0 százalék lett. A kiadási ranglista harmadik helyén a gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás költségei szerepeltek, ez 2020 év kivételével 10–11 százalék között alakult. A mutató 2020-ban, a pandémia évében 8,5 százalékra csökkent, amely nem meglepő, mivel a pandémia miatt egészségügyi korlátozásokat vezettek be (kijárási tilalom, kórházak látogatási tilalma, nem sürgősségi beavatkozások elhalasztása stb.), azért, hogy az egészségügyi rendszer az ismeretlen világvárvány miatt megnövekedett ellátást hatékonyan tudja kezelni.

9. ÁBRA: A HÁZTARTÁS ALRENDSZER EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSÁNAK FŐBB TÉTELEI, 2017-2021 (SZÁZALÉK)



Forrás: KSH, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

Következőekben az államháztartás kiadásainak funkcionális bontása alapján az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított arányának 2020. évi megugrását vizsgáltuk meg.

Tanulmányunk nemzetközi kitekintésének második részében mutatjuk be az *OECD Health at a Glance Europe 2022* című kiadványát, amely kiemeli, hogy **Magyarország a harmadik helyen** van azon országok között az **Európai Unióban**, amelyek 2020-ban, a COVID-járvány kitörésének évében **jelentősen növelték az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított arányát**. Ezzel az önmagában is fontos mutatóval kapcsolatban elsősorban **két kérdés** merülhet fel. Az egyik az, hogy mivel abban az évben – más országokhoz hasonlóan – Magyarországon is csökkent a bruttó hazai termék, **a mutató növekedése** elsősorban a **GDP csökkenésének vagy a kiadások növelésének** köszönhető? Másik fontos kérdés, hogy a **magasabb ráfordítási szint kitartott-e 2020 után** is? Ez utóbbi azért is kulcskérdés, mert 2021-ben jelentős orvosi béremelés, majd szakdolgozói bérrendezés történt, ami vagy a teljes

egészségügyi közkiadások egészét emeli meg a járvány előtti szinthez képest, vagy az egészségügy más területeiről kell hozzá forrásokat elvonni.

Ezekre a kérdésekre kerestük a választ az adott évi **költségvetési törvény**, illetve amely évben ez már rendelkezésre áll, a **végrehajtási törvény** előterjesztéseinek indoklási részéhez tartozó mellékletek alapján, ahol megtalálhatjuk az **egészségügyre fordított államháztartási kiadásokat konszolidált funkcionális bontásban**. Fontos megjegyezni, hogy az ennek során elemzett adatok az egészségügyi kiadásoknak csak a közfinanszírozású részét jelentik, míg az OECD a hivatkozott jelentésében a magánkiadásokkal is számolt. Így ha elemzésünk nem is a teljes nemzeti szintű ráfordítást tükrözi, a kormányzati szándékot és annak megvalósulását jól mutatja.

Először nézzük meg, hogyan változtak 2018-tól az **egészségügyi kiadások** (itt és a továbbiakban is a közfinanszírozású kiadások) **az államháztartás, illetve a GDP arányában**. A 2018-2021 adatokat, mint tényadatokat, a releváns költségvetési törvény végrehajtási törvényének előterjesztéséből²³, a 2022-2024-es adatokat, mint előirányzatokat, a releváns költségvetési törvények előterjesztéséből²⁴ merítettük, mindegyik esetben az indoklás mellékletei között található „Az államháztartás konszolidált funkcionális kiadásai” táblázatból.

²³ 2018-as és 2019-es adatok: T/13098. sz. törvényjavaslat Magyarország 2019. évi központi költségvetéséről szóló 2018. évi L. törvény végrehajtásáról

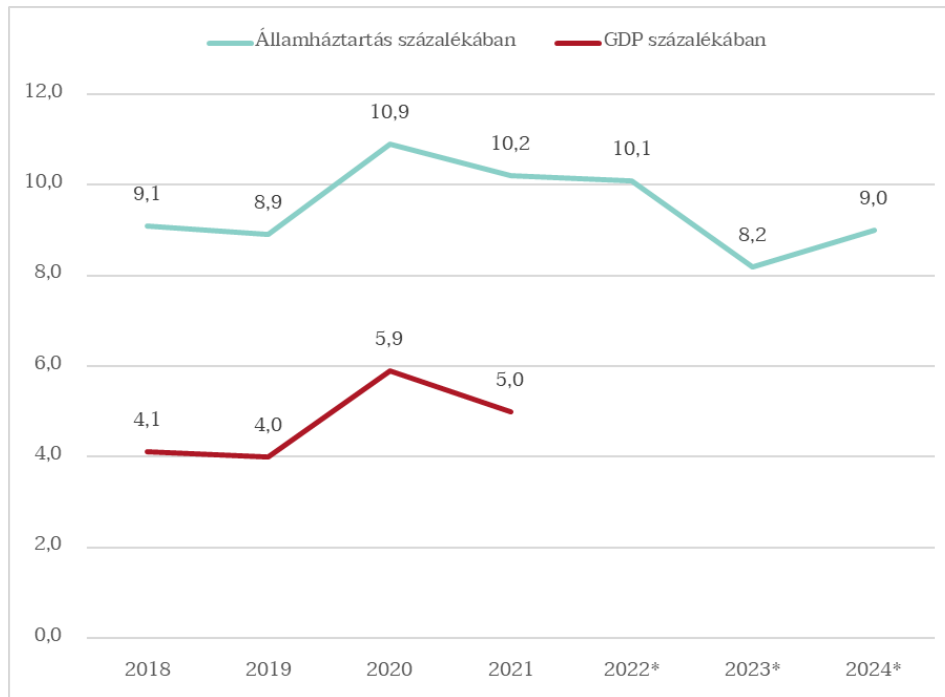
2020-as adatok: T/17188. sz. törvényjavaslat Magyarország 2020. évi központi költségvetéséről szóló 2019. évi LXXI. törvény végrehajtásáról

2021-es adatok: T/1877. sz. törvényjavaslat Magyarország 2021. évi központi költségvetéséről szóló 2020. évi XC. törvény végrehajtásáról

²⁴ 2022-es adat: T/152. sz. törvényjavaslat Magyarország 2023. évi központi költségvetéséről

2023-as és 2024-es adatok: T/4181. sz. törvényjavaslat Magyarország 2024. évi központi költségvetéséről

10. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK AZ ÁLLAMHÁZTARTÁS KONSZOLIDÁLT FUNKCIONÁLIS KIADÁSAI SZERINT



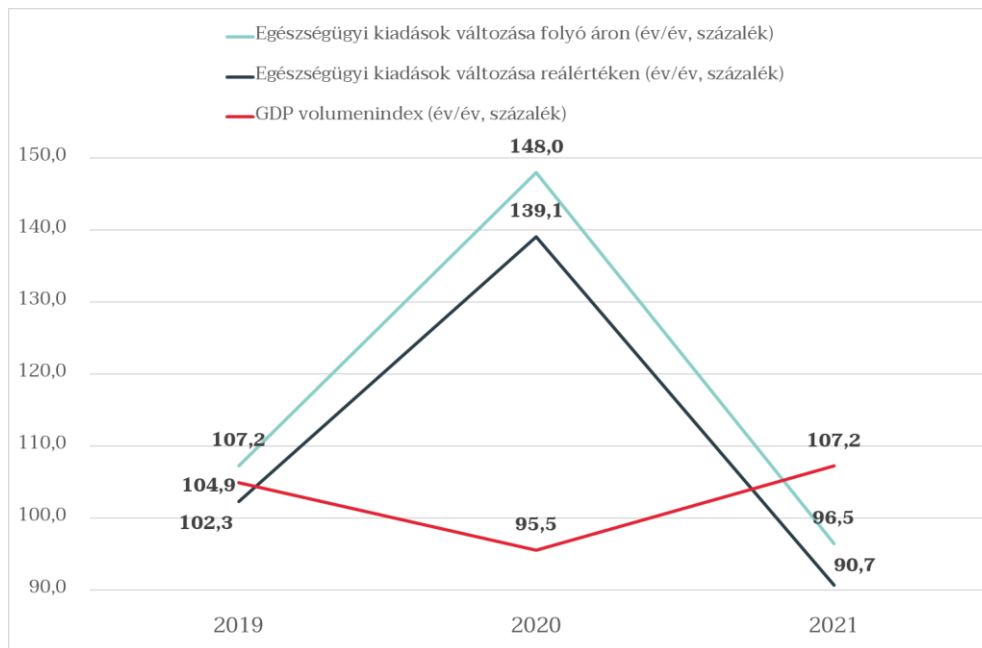
Forrás: költségvetési és végrehajtási törvények

Az adatok azt mutatják, hogy **2020-ban**, a COVID-járvány kitörésének évében jelentősen, **2 százalékponttal nőtt az egészségügyi kiadások aránya az összes kiadáshoz képest**, és **közel 2 százalékponttal bővült a GDP-hez képest** is. A GDP-arányosan **5,9 százalékos részesedés 2021-ben** ugyan **5,0 százalékra csökkent 2021-ben**, azonban ez is **lényegesen, 1 százalékponttal meghaladja** a járvány előtti utolsó év, **2019 hasonló adatát**.

Következő lépésben összevetettük az **egészségügyi kiadások változását** a járvány előtti utolsó évtől 2021-ig, ugyanennek az időszaknak az **éves GDP-változásokkal**. Az egészségügyi kiadások adatainak forrása megegyezik az előző grafikonhoz használtakkal. Deflátorként a KSH által megadott **GDP implicit árindexet** használtuk²⁵, **2018-as árszintre** vonatkoztatva.

²⁵ Forrás: KSH - 21.1.1.1. A makrogazdaság főbb adatai, elérés: https://www.ksh.hu/stadat_files/gdp/hu/gdp0001.html (letöltés: 2026.06.30.)

11. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK ÉS A GDP ÉVES VÁLTOZÁSA, 2019 – 2021

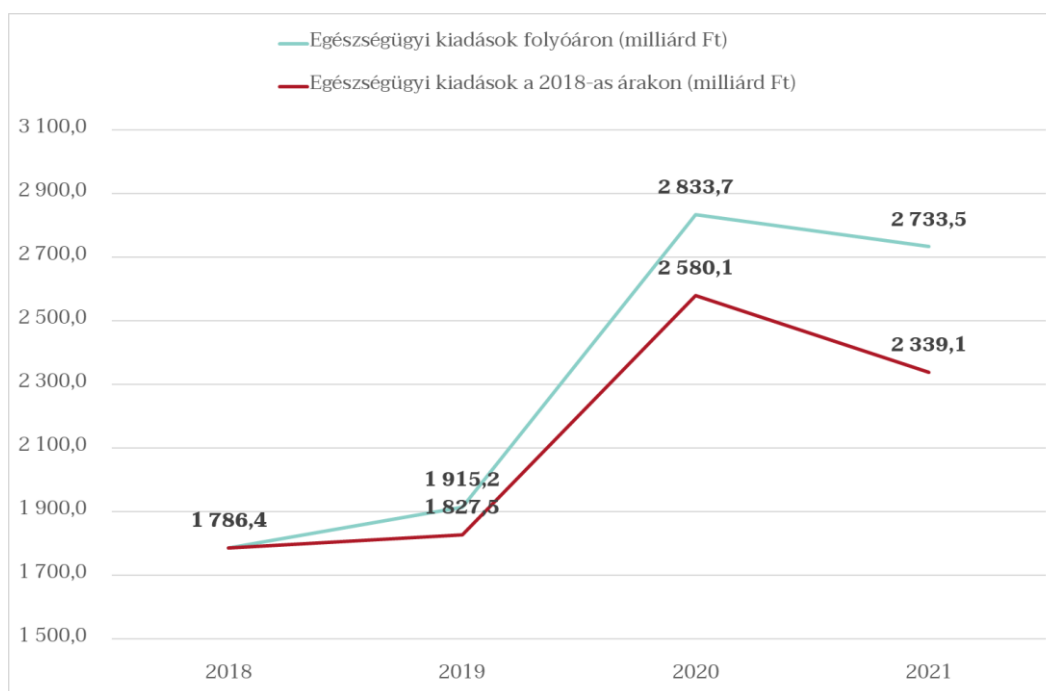


Forrás: költségvetési végrehajtási törvények, KSH, számítás: Magyar Gazdaságkutató

Látható, hogy az egészségügyi kiadások jelentős növekedése a GDP csökkenésének évében következett be, a COVID-járvány kitörésének hatására. A változás mértékéből ugyanakkor az is látszik, hogy az egészségügyi kiadások növekedése lényegesen nagyobb arányú volt 2020-ban (folyó áron 48 százalékkal, reálértékben 39 százalékkal), mint a GDP csökkenésének aránya (4,5 százalék, így **a kiadások GDP-hez viszonyított arányának növekedése csak kismértékben tulajdonítható a GDP csökkenésének, a döntő szerepet a ráfordítások bővülése** töltötte be.

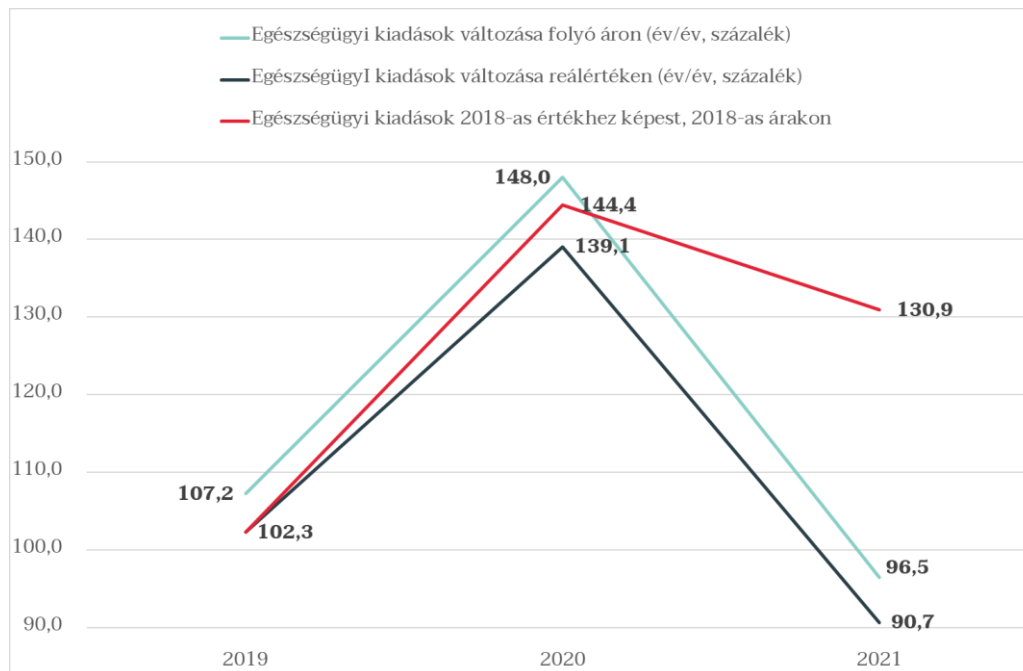
2021-ben a GDP újra növekedésnek indult, az **egészségügyi kiadások** ugyanakkor **az előző évhez képest csökkentek**. Kérdés, hogy a nagyarányú növekedés és az ahhoz képest visszaesés után **milyen szinten voltak 2021-ben az egészségügyi kiadások a 2019. évihez képest**. Ennek érdekében kiszámoltuk az adott évi kiadások összegét 2018-as árakra vetítve, valamint összevetettük az éves változásokat a 2018-as szinthez viszonyított aránnyal.

12. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK FOLYÓÁRON ÉS 2018-AS ÁRAKON



Forrás: költségvetési végrehajtási törvények, KSH, számítás: Magyar Gazdaságkutató

13. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK VÁLTOZÁSA ÉVES ALAPON ÉS 2018-HOZ KÉPEST



Forrás: költségvetési végrehajtási törvények, KSH, számítás: Magyar Gazdaságkutató

A 2018-hoz viszonyított változás mértéke jól mutatja, hogy **a 2020. évi magas bázishoz képest 2021-ben ugyan kevesebb állami forrás jutott az**

egészségügyre, ez azonban így is lényegesen meghaladta a járvány előtti éveket. 2021-ben a kiadások mértéke 31 százalékkal volt több a 2018. évinél, és **28 százalékkal 2019,** a járvány előtti utolsó év **értékénél.**

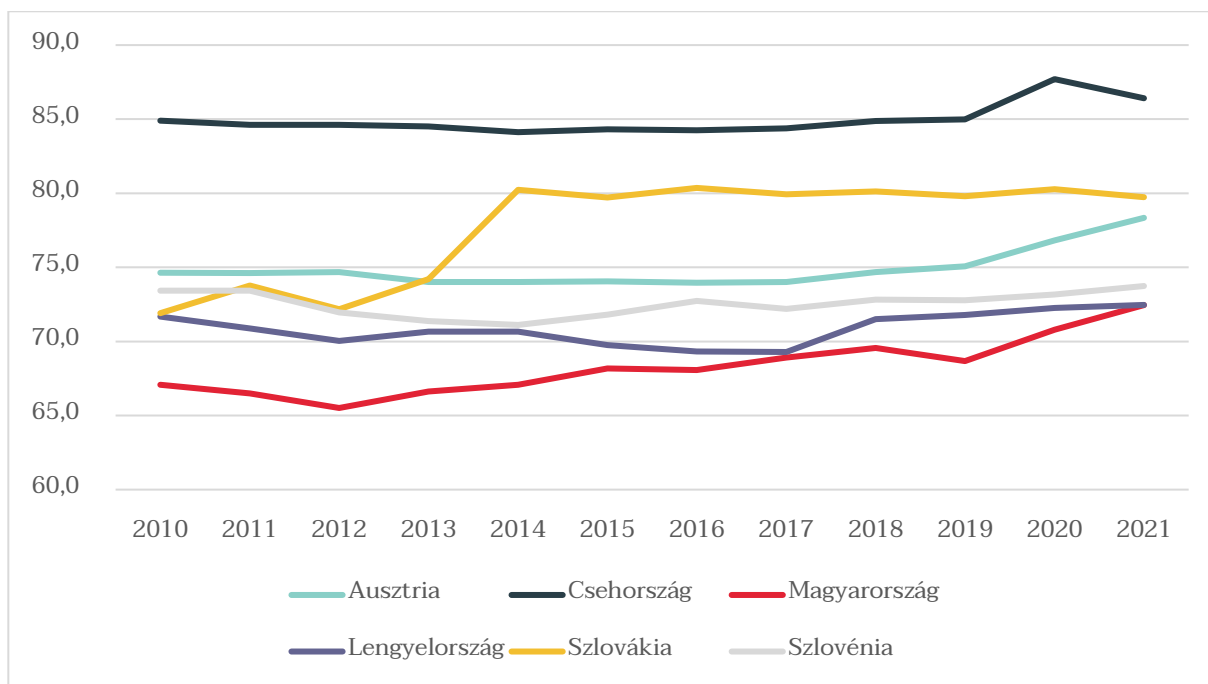
4. A magánszolgáltatások szerepe a hazai egészségügyi ellátásban

Ebben a részben a V6 országokhoz viszonyítva vizsgálunk meg az egészségügyi kiadásokat, majd pedig a magyar magánegészségügyi piac méretét és dinamikáját a Heal Partners 2023. júniusi elemzésének feldolgozásával mutatjuk be.

Az állami (kötelező) és a magán (önkéntes) egészségügyi kiadásokat az összes egészségügyi kiadás arányában, továbbá az összes és a két alrendszer szerinti egészségügyi kiadást a bruttó hazai termék (GDP) arányában, illetve az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított egészségügyi kiadásokat vizsgáljuk meg a V6 országok tekintetében.

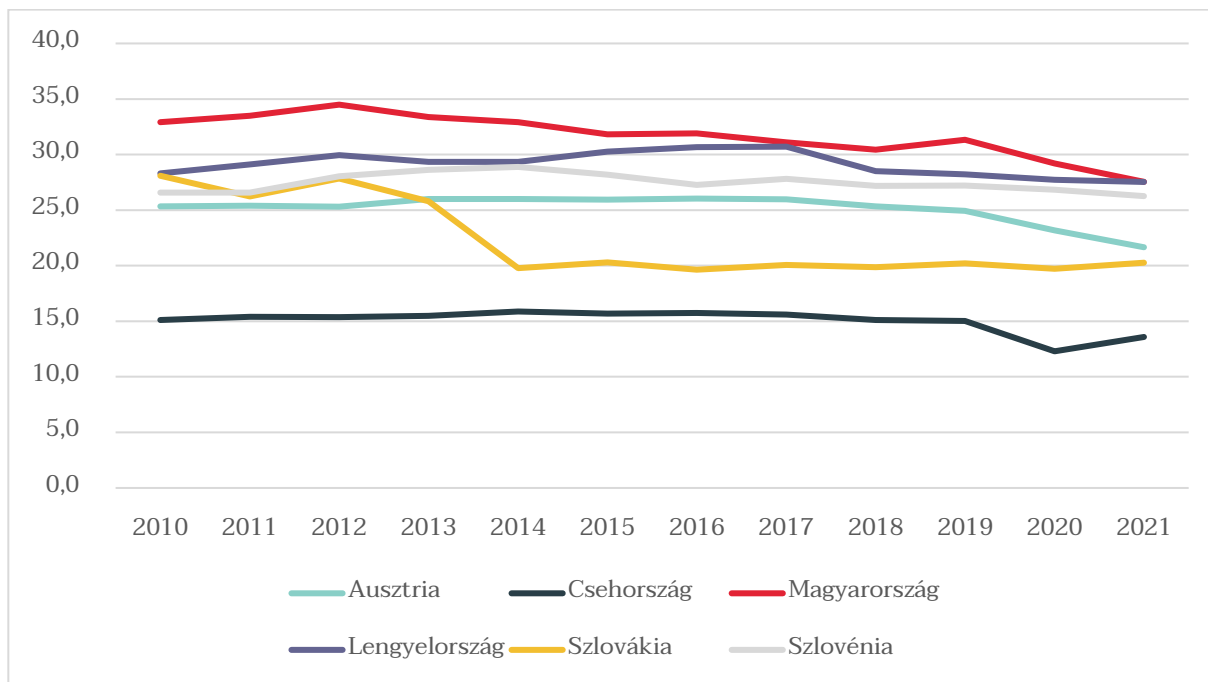
Az alábbi két ábra az **állami (kötelező) és a magán (önkéntes) egészségügyi kiadásoknak az összes egészségügyi kiadás arányának** alakulását ábrázolja. A V6 országok közül Csehországnál a legmagasabb az állami kiadások aránya és így a legalacsonyabb a magán egészségügyi kiadások aránya. Az állami egészségügyi kiadások 2010-től 2019-ig 85 százalék körül alakult, majd pedig 2020-ban – a pandémia évében – 87,7 százalékra emelkedett és ezt követő 2021-es évben pedig 86,4 százalékra mérséklődött. Az állami egészségügyi kiadások tekintetében a második legnagyobb arány 2013-ig Ausztriában volt, amikor is 74,0–74,7 százalék között mozgott, majd ezt követően 2014-től Szlovákia megelőzte Ausztriát a rangsorban. Szlovákiában 2014-től 80 százalék körül ingadozott az állami egészségügyi kiadások aránya. A ranglista harmadik helyén Szlovénia állt a 71,1–73,4 százalék között ingadozó állami egészségügyi kiadási aránnyal. Magyarország a V6 országok tekintetében az utolsó helyen állt a vizsgált időszakban, annak ellenére, hogy 2015-től – a 2019-es évet kivéve – folyamatosan emelkedett az állami egészségügyi kiadások aránya. Magyarországon az állami egészségügyi kiadás aránya 2015-ig 65,5 és 67,1 százalék között mozgott, 2015-ben 68,2 százalékra emelkedett, amely szintet 2016-ban is megtartotta. A mutató 2017-ben 68,9 százalékra, 2018-ban 69,6 százalékra emelkedett, majd 2019-ben 0,9 százalékpontos csökkenéssel 68,7 százalékra mérséklődött. Ezt követően a pandémia első évében 70,8 százalékra, majd 2021-ben 72,5 százalékra növekedett.

14. ÁBRA: AZ ÁLLAMI (KÖTELEZŐ) KIADÁSOK ARÁNYA AZ ÖSSZES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSON BELÜL, 2010-2021 (SZÁZALÉK)



Forrás: OECD, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

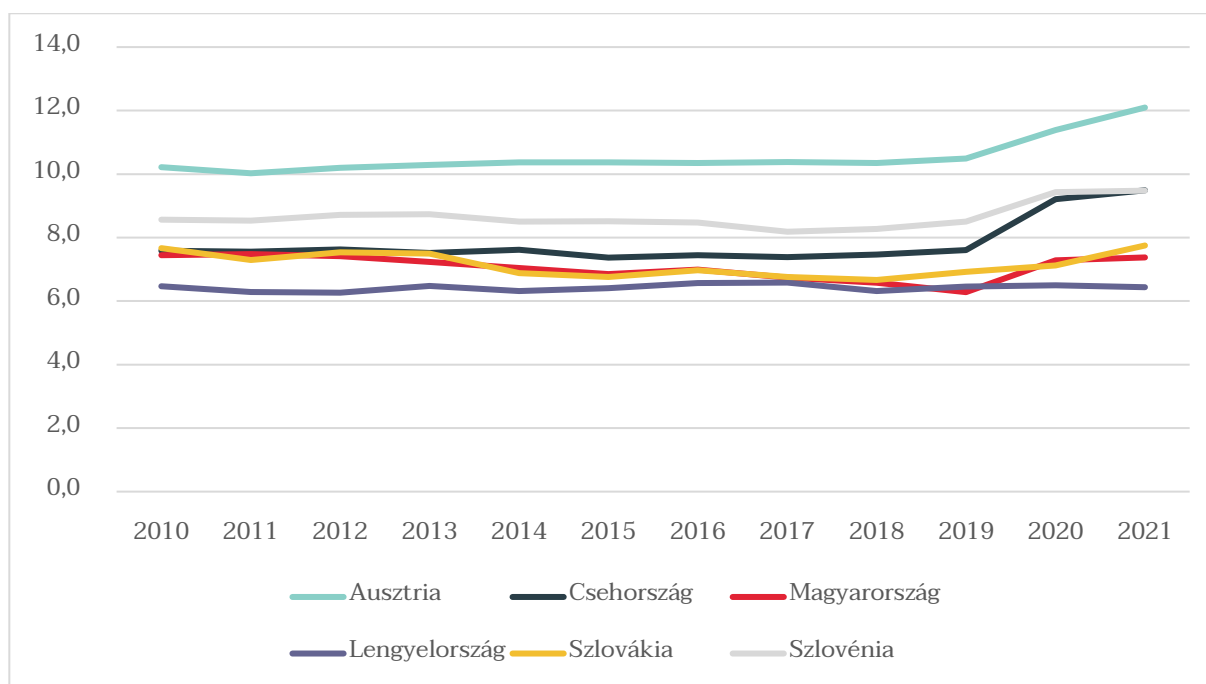
15. ÁBRA: AZ ÖNKÉNTES (MAGÁN) KIADÁSOK ARÁNYA AZ ÖSSZES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSON BELÜL, 2010-2021 (SZÁZALÉK)



Forrás: OECD, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

Az alábbi három ábra a GDP arányos egészségügyi kiadásokat **vizsgálja a teljes, az állami és a magán egészségügyi kiadások** területén. A COVID-19 világjárvány hatása a V6 országoknál megjelent, ugyanis Lengyelország kivételével valamennyi országban nőtt a GDP-arányos egészségügyi kiadás 2020-ban és 2021-ben. Ausztria a 10 százalék feletti GDP-arányos egészségügyi kiadással vezeti a V6 országok ranglistáját. Ausztria a pandémia évében (11,4 százalék) és az azt követő 2021-es évben (12,1 százalék) tovább növelte az egészségügyi kiadásainak GDP-hez viszonyított arányát. A ranglista második helyén Szlovénia állt a 8 százalék feletti GDP-arányos egészségügyi kiadással. Szlovéniában 2019-ben még 8,5 százalékon állt a GDP-arányos egészségügyi kiadás, amely 2020-ra 9,4 százalékra és 2021-re 9,5 százalékra nőtt. A ranglista harmadik helye már nem annyira egyértelmű. 2010-2013 között a 7 százalék feletti GDP-arányos egészségügyi kiadást három ország (Csehország, Szlovákia, Magyarország) érte el. 2010 és 2014 között mindhárom országban 7,5 százalék között ingadozott a GDP-arányos egészségügyi kiadás, azonban míg 2014–2020-as időszakban a GDP-arányos egészségügyi kiadás Csehország ezen a 7,4-7,6 százalékos szinten maradt, addig a másik két ország esetében kis mértékben, 6,7 és 7,0 százalék közötti értékre csökkent. Majd a GDP-arányos egészségügyi kiadás 2020-ban és 2021-ben Csehországban nagyobb mértékben (több mint 1,5 százalékponttal) nőtt, mint a másik két országban. Míg a GDP-arányos egészségügyi kiadás Csehországban a korábbi 7,5 százalék körüli mértékről 2020-ra 9,2 százalékra és 2021-re és 9,5 százalékra emelkedett; addig ugyanezen mutató 2020-2021-ben Magyarországon 7,3 és 7,4 százalékra, Szlovéniában pedig 7,1 és 7,8 százalékra nőtt. A V6 országok közül Lengyelországban a legalacsonyabb a GDP-arányos egészségügyi kiadás, amely 6,5 százalék körül ingadozott a vizsgált időszakban.

**16. ÁBRA: A GDP-ARÁNYOS ÖSSZES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁS, 2010-2021
(SZÁZALÉK)**



Forrás: OECD, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

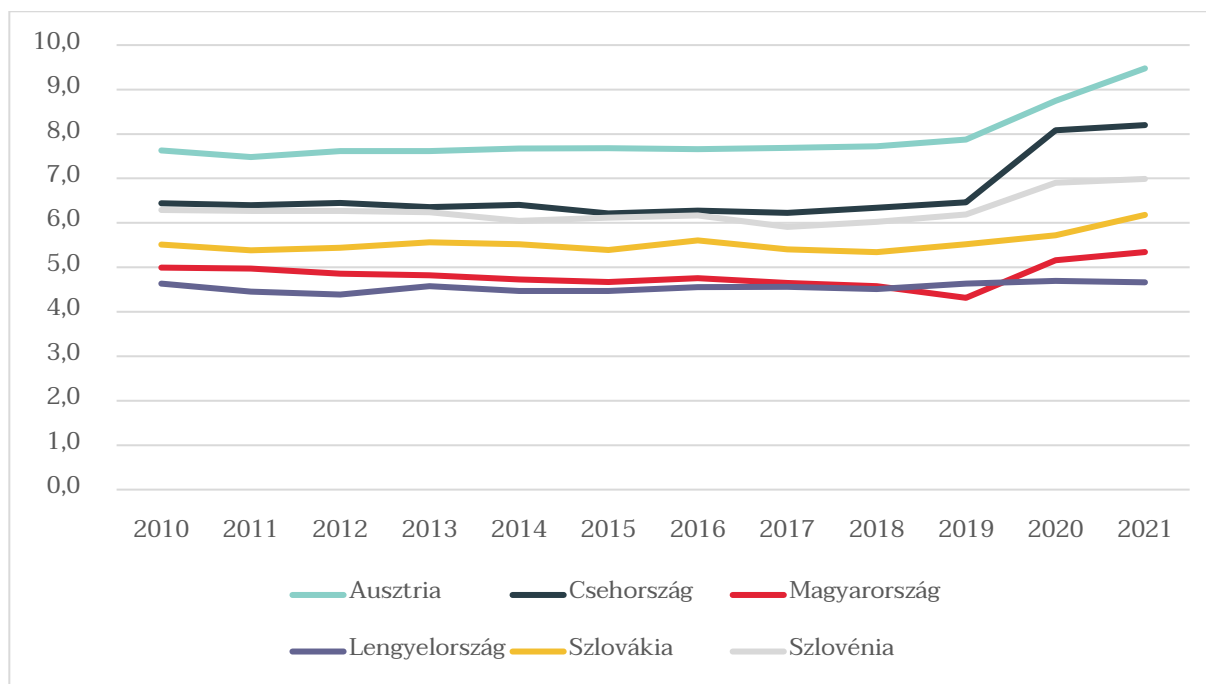
A következő két ábra az állami (kötelező) és a magán (önkéntes) egészségügyi kiadásokat ábrázolja GDP-arányosan. A **GDP-arányos állami (kötelező) egészségügyi kiadásoknak** a V6 országok közötti rangsora egyértelmű, míg a **GDP-arányos magán (önkéntes) egészségügyi kiadások** esetében jelentős eltérések vannak.

Mindkét esetben Ausztria dominanciája érzékelhető, de ez leginkább a GDP-arányos állami egészségügyi kiadásoknál hangsúlyosabb, amely 2019-től még erőteljesebben növekedett. A GDP-arányos *állami* egészségügyi kiadás Ausztriában 2019-ig 7,5-7,7 százalék között ingadozott, majd 2019-ben 7,9, 2020-ban 8,7 és 2021-ben 9,5 százalékra nőtt. Ugyanakkor a GDP-arányos *magánegészségügyi* kiadások 2,6 százalékos mértéke nem változott. Tehát a GDP-arányos egészségügyi kiadás csak az állami egészségügyi kiadások növekedése idézte elő.

A GDP-arányos *állami* egészségügyi kiadások rangsorában a második helyen Csehország, a harmadik helyen pedig Szlovénia állt. 2019-ig a két ország fej-fej mellett haladt a 6,5 százalék közötti aránnyal. Majd 2020-ban Csehország

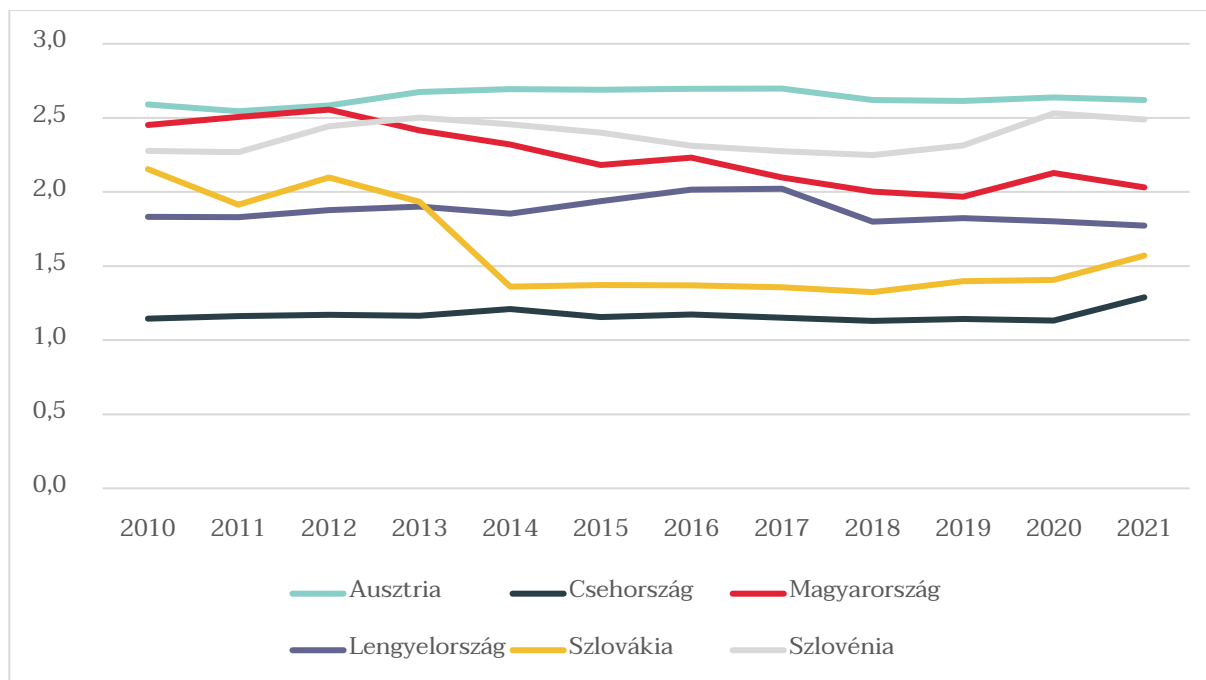
1,6 százalékponttal 8,1 százalékra, majd 2021-ben 8,2 százalékra növelte a GDP-arányos állami egészségügyi kiadását. Ebben a két országban a *magán* (önkéntes) egészségügyi kiadások az állami egészségügyi kiadások tendenciájától eltérően alakultak. Szlovéniában 2019-ig 2,3 százalék, majd pedig a pandémia első és második évében 2,5 százalékra emelkedett a GDP-arányos *magán* egészségügyi kiadás, amellyel 2013-tól a GDP-arányos *magán* egészségügyi kiadás szerinti ranglista második helyére került. Csehországban a vizsgált időszak alatt 1,8–2,0 százalék között alakult a GDP-arányos *magán* egészségügyi kiadás mértéke. Érdekes, hogy Csehországban a pandémia időszakában nem nőtt, hanem változatlan maradt 1,8 százalékon a GDP-arányos *magán* egészségügyi kiadás. Ugyanakkor Csehországban ez a mutató 2016-2017 években emelkedett 2,0 százalékra. Magyarországon a 2019-es év kivételével a GDP-arányos *állami* egészségügyi kiadás 5 százalék körül ingadozott, amellyel Lengyelország előtt az utolsó előtti helyen állt a V6 országok között. Ugyanakkor a másik mutató, a GDP-arányos *magán* egészségügyi kiadás mértéke Magyarországon 2012-től erőteljesen csökkent, amellyel a GDP-arányos *magán* egészségügyi kiadás rangsorában a harmadik helyen állt. A mutató értéke 2010-2011-ben 2,5 százalék volt, amely 2012-ben 2,6 százalékon tetőzött; ezt követően minden évben folyamatosan csökkent, majd 2021-re 2,0 százalékon állt.

17. ÁBRA: A GDP-ARÁNYOS ÁLLAMI (KÖTELEZŐ) EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁS, 2010-2021 (SZÁZALÉK)



Forrás: OECD, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

18. ÁBRA: A GDP-ARÁNYOS MAGÁN (ÖNKÉNTES) EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK, 2010-2021 (SZÁZALÉK)

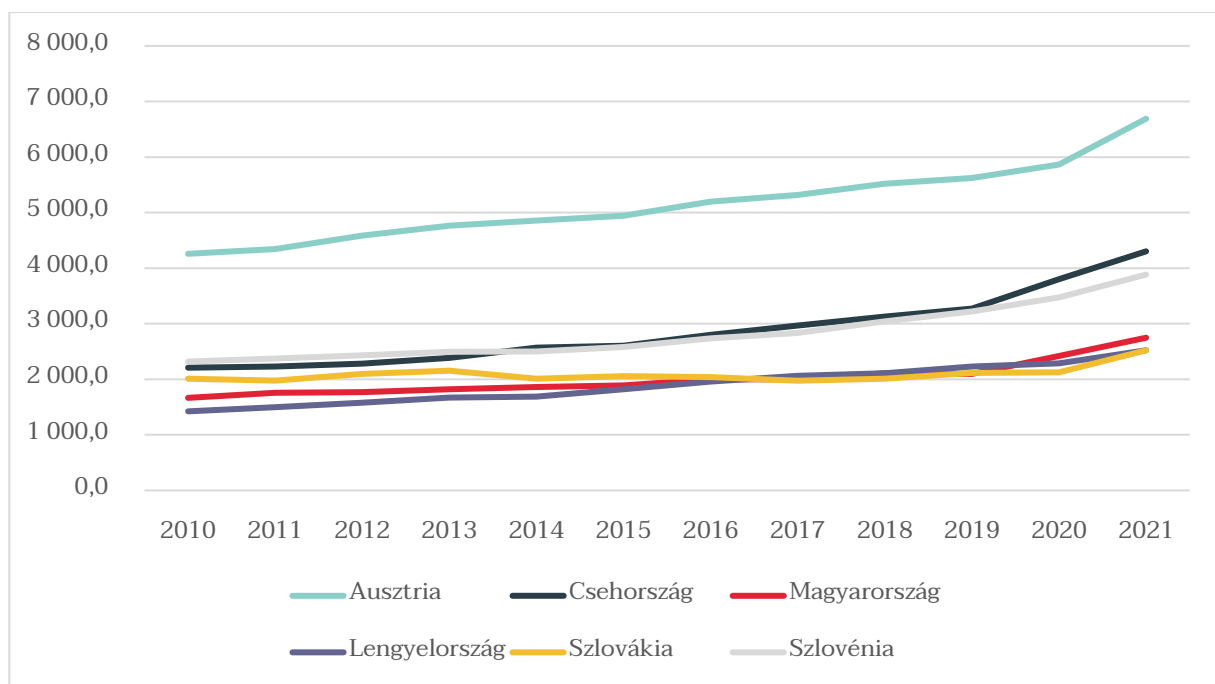


Forrás: OECD, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

Az alábbi három ábra az **egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított egészségügyi kiadásokat** ábrázolja. Az első ábra az összes egészségügyi kiadást, majd pedig az állami és utána a magán egészségügyi kiadások alakulását ábrázolja. A COVID-19 világjárvány hatására valamennyi vizsgált országban az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított állami és magán egészségügyi kiadások növekedtek.

A **teljes egészségügyi kiadások** tekintetében Ausztria jelentős fölényvel vezet a V6 országok ranglistáját. A második és harmadik helyen Szlovénia és Csehország állt a teljes vizsgált időszakban. A többi három ország (Szlovákia, Lengyelország, Magyarország) tekintetében három szakaszt különíthetünk el. 2010-2014 között nagyobb eltérés volt a három ország között és ekkor Szlovákia, Magyarország és Lengyelország volt a rangsor. 2015-2020 között nagyságrendileg azonos volt az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított egészségügyi kiadások. A harmadik időszak a pandémia és az azt követő 2021-es év, amikor már érzékelhető eltérés van a három ország között, ekkor a rangsor Magyarország, Lengyelország és Szlovákia volt.

19. ÁBRA: AZ EGY FŐRE JUTÓ VÁSÁRLÓERŐPARITÁSON (USD) SZÁMÍTOTT ÖSSZES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁS, 2010-2021 (SZÁZALÉK)

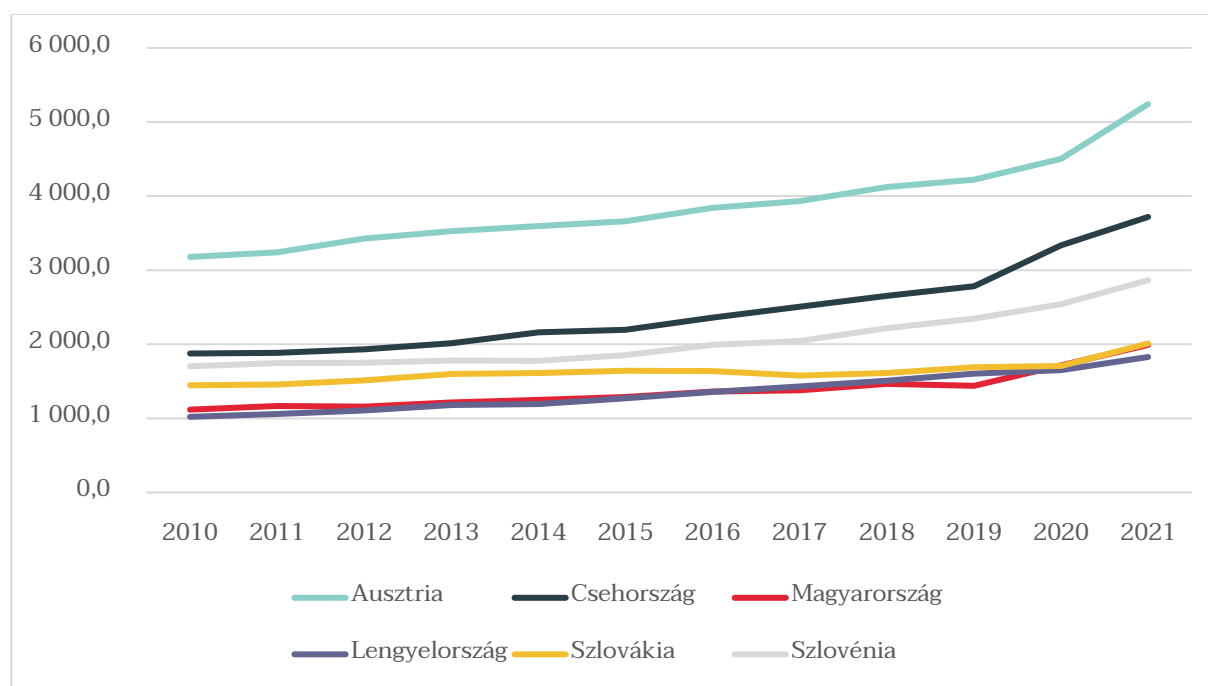


Forrás: OECD, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

Az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított állami és magán egészségügyi kiadások esetében eltérő a növekedési ütem. Míg az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított állami egészségügyi kiadások növekedési üteme lineárisan nő, addig az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított magán egészségügyi kiadásoknál Ausztria és Szlovénia kivételével elég változóképpen ingadozott.

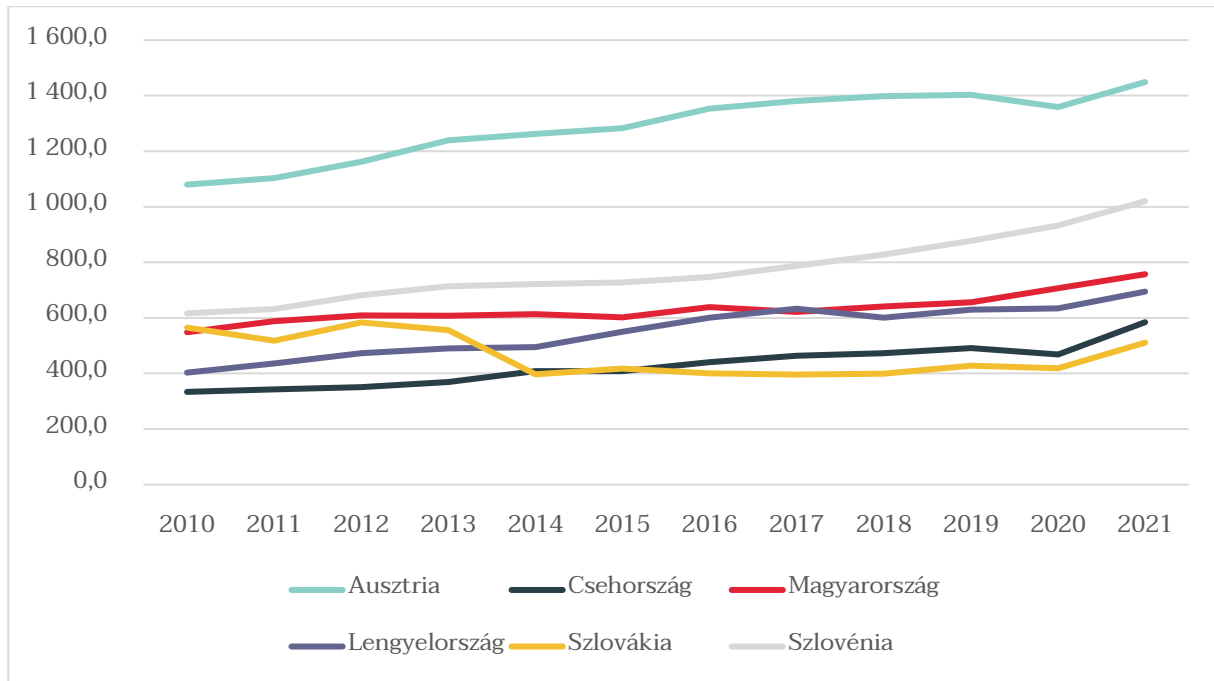
Az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított állami és magán egészségügyi kiadások V6 országok közötti rangsorában továbbra is Ausztria vezetett. A második helyen az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított állami egészségügyi kiadásoknál Csehország, a harmadik helyen pedig Szlovénia állt a teljes vizsgált időszakban. A vizsgált időszakban az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított állami egészségügyi kiadások vonatkozásában Magyarország Lengyelországgal közösen az utolsó helyen állt. A másik mutató, az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson (USD) számított magán egészségügyi kiadások rangsorában az első helyen Ausztria, a második helyen Szlovénia és a harmadik helyen Magyarország állt a 2010-2021 között.

20. ÁBRA: AZ EGY FŐRE JUTÓ VÁSÁRLÓERŐPARITÁSON (USD) SZÁMÍTOTT ÁLLAMI (KÖTELEZŐ) EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁS, 2010-2021 (SZÁZALÉK)



Forrás: OECD, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

**21. ÁBRA: AZ EGY FŐRE JUTÓ VÁSÁRLÓERŐPARÍTÁSON (USD) SZÁMÍTOTT
MAGÁN (ÖNKÉNTES) EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁS, 2010-2021 (SZÁZA)**



Forrás: OECD, Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés

A következő részben a **magyar magánegészségügyi** piac méretét és dinamikáját mutatjuk be a Heal Partners 2023. júniusi elemzésének feldolgozásával.

A versenyszféra – más piacgazdaságokhoz hasonlóan – Magyarországon is megjelent és tért hódított a rendszerváltás után az egészségügyben. Az üzleti szereplőknek szánt szerep, illetve az, ami ebből és a vállalkozások terveiből megvalósult, az évtizedek során gyakran, nagy kilengésekkel változott. A trend azonban mindezzel együtt is növekvő súlyt jelez az ellátásban és a finanszírozásban egyaránt.

A magyar magánegészségügyi piac méretét és dinamikáját a *Heal Partners* 2023. június 29-én közzétett elemzése²⁶, valamint a szerzők sajtóban megjelent, e kutatásra épülő szakmai cikkei alapján²⁷ jellemezzük. A magánegészségügyi piac

²⁶ Heal Partners: Baljós árnyak – A magyar magánegészségügy a 2022-es számok tükrében; 2023. június 29. <https://healce.com/mars-hasab/baljos-arnyak-a-magyar-maganegeszsegugy-a-2022-es-szamok-tukreben> (letöltés: 2023.08.16.)

²⁷ Karli Péter, Vály Zsófia: 800 milliárdos üzlet lett a magyar magánegészségügy – Gyorsan felszippantotta a rendszer a hálapénzeket; 2023. augusztus 03.

szereplőit a kutatás a **magántulajdonú, alapvetően magánpiacra dolgozó egészségügyi szolgáltatók** körével azonosította, benne **járóbetegellátást és fekvőbetegellátást**, vagy **fogászati ellátást**, illetve **labor vagy diagnosztikai szolgáltatásokat** nyújtó cégekkel. A számítások során figyelembe kell venni azt is, hogy a magánegészségügyi szolgáltatók egy része adott tevékenységekre közfinanszírozásban is részesül a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőn (NEAK) keresztül.

A **piacméret** meghatározásához a szerzők a **KSH** nyilvános statisztikájából indultak ki, amely **három alrendszer**et különít el **finanszírozási oldalon**: a **kormányzati** alrendszereket, az **önkéntes finanszírozási** rendszereket, illetve a **háztartások** kiadásait (az elemzéskor legfrissebb adatok 2021-esek voltak). A magánegészségügy szempontjából az **önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek és a háztartások költségei** a meghatározók. A KSH összesített értékei tartalmaznak olyan tételeket is, amelyek a magánegészségügy szempontjából nem relevánsak, így például a gyógyszerekhez és a gyógyászati segédeszközökhöz köthető ráfordításokat, amelyeket az elemzők kivontak a végösszegekből, így maradtak a **fekvőbeteg-, a járóbeteg- és a kiegészítő ellátásokra** fordított kiadások. Mindezeket figyelembe véve, a számítások szerint **2021-ben a magánegészségügyi magánkiadások összesen 508,8 milliárd forintot** tettek ki, amiből az **önkéntes egészségügyi finanszírozás 47,4 milliárd** forintot, a **háztartások kiadásai 461,4 milliárd** forintot jelentettek. A szerzők azzal számoltak, hogy bár a **hálapénzt** 2021-ben kivezették, az abban az évben kismértékben még jelen lehetett (a háztartások kiadásai között), így annak becsült összegét (60-70 milliárd forint) **kivonták** az összes magánkiadásból. **Hozzáadták** ugyanakkor a **magánszolgáltatók NEAK-tól származó bevételeit**, becslésük szerint 250 milliárd forintot.

Mivel ezek még a 2021-es adatokon alapultak, a **2022-es adatokat** a nagyobb szereplők növekedési adatai alapján **becsülték** meg, figyelembe véve az elmúlt

<https://www.portfolio.hu/gazdasag/20230803/800-milliardos-uzlet-lett-a-magyar-maganegeszsegugy-gyorsan-felszipantotta-a-rendszer-a-halapenzeket-631467> (letöltés: 2023.08.14.)

Karli Péter, Vály Zsófia: Honnan jön a 800 milliárd? - Így nőtt valójában a magyar magánegészségügy; 2023. augusztus 15.

<https://www.portfolio.hu/gazdasag/20230815/honnan-ion-a-800-milliard-igy-nott-valojaban-a-magyar-maganegeszsegugy-633557> (letöltés: 2023.08.16.)

évek trendjeit. Ez alapján a kutatás úgy számolt, hogy **2022-ben a magyar magánegészségügyi piac értéke több, mint 800 milliárd forintra bővült**, ami a 2018-ban más szerzők által kalkulált 580 milliárd forinthez képest **40 százalékos növekedést jelentett négy év alatt**, éves átlagban 9 százalékost.

A szerzők felhívják rá a figyelmet, hogy a **hálapénz kivezetésével nem csökkentek a háztartások kiadásai**, sőt, tovább bővültek. Ebből, valamint a magánszolgáltatók bevételelnövekedésének mértékéből okkal lehet rá következtetni, hogy a **hálapénz megszüntetéséből** fakadó lakossági többletforrás **jelentős része a magánegészségügyi rendszerben kötött ki**. A folyamatot tovább erősítette, hogy a COVID-járvány alatt romlottak a közegészségügy ellátási körülményei, a várólisták meghosszabbodtak, így a betegek készek voltak – immár legálisan – zsebükből fizetni a jobb körülményekért vagy a kevesebb várakozásért.

A piac bővülésével együtt a **koncentráció is fokozódott**: a Heal Partners számításai szerint **a legnagyobb 20 szereplő 2018 óta 180 százalékkal növelte bevételeit**, ami a 40 százalékos teljes piaci bővüléshez képest jelentős különbséget jelent. Ebben szerepet játszott az is, hogy a legnagyobb 3-5 szereplő országos terjeszkedésbe kezdett. A **keresletnövekedés legnagyobb nyertesei** azok voltak, akik nem féltek **jelentősebb beruházásokba** fogni, **vidéki központokkal is** rendelkeznek és **fekvőbetegellátást is** nyújtanak.

A **fogászatban** az egészségügyi ellátás más területeihez képest a magánellátások felfutása jóval korábban, az ezredforduló körül vett nagy lendületet. Ebben szerepet játszott a szakterület korai magánosodása, valamint a viszonylag alacsony piaci belépési korlát, és az is, hogy a magyar fogászatok árszínvonala nyugati versenytársaikhoz képest alacsony, így jelentős súlyú fogászati turizmust tudott kialakulni Magyarországon. A Heal felmérése szerint **2022-ben a fogászatok árbevételei növekedtek legnagyobb mértékben**, mintegy 50 százalékkal, amiben közrejátszott a **fogászati turizmus** lezárásokat követő visszatérése is. A **labor és diagnosztikai cégeknél** ugyanakkor **2022-ben csökkenés** történt, pontosabban: a laboros cégek szenvedtek el visszaesést, míg a diagnosztikai szolgáltatók továbbra is jól szerepeltek. Ebben szintén döntő szerepet játszott a

COVID, mivel sok laborszolgáltatónál hozott kiemelkedő bevételnövekedést a tesztelés 2020-21-ben, ami 2022-ben értelem szerűen visszaesett.

A Heal Partners tanulmánya ugyanakkor felhívja rá a figyelmet, mindhárom ágazattal kapcsolatban, hogy a kivételesen jó **árbevétel növekedésekben** a megemelkedett lakossági igény mellett **jelentős szerepet játszott a bérinfláció** és a **megnövekedett költségterhek kompenzálása** is. Ezért fontos a cégek **jövedelmezőségét is** megvizsgálni, amely téren kevés vállalatnál lehet látni szignifikáns növekedést, **a legtöbb cég jövedelmezősége, profittermelő képessége** a bevételnövekedés mellett is **romlott**.

2022-ben az év folyamán **fokozatos lassulás** következett be, amiben az országos lefedettséggel rendelkező cégek játszottak döntő szerepet. Az elemzés **szerint az átlagon felüli árbevétel-növekedéshez leginkább a fekvőbeteg-ellátás tud hozzájárulni**, ugyanakkor **nyereségesség szempontjából ez a terület lehet a nehéz idők vesztese**. A **lakosság csökkenő fizetőképessége és vásárlóereje** miatt a nagyobb értékű beavatkozásokat egyre kevesebben tudják kifizetni. A lakosságot sújtó infláció, ami miatt a kiadások visszafogása kereslet oldali problémához vezethet, valamint a szolgáltatók megnövekedett költségterhei növekedési féket jelenthetnek 2023-ban. **Középtávon** ugyanakkor, ha a jövedelmi inga visszaleng, **a fekvőbeteg-ellátás lehet újra a növekedés motorja**, mivel az állami ellátásból kiszoruló igénye továbbra is jelen lesz.

Az elemzés szerint **a magánegészségügyi piac kezd beleütközni a „zsebből fizetés” korlátaiba**. A hálapénz megszüntetéséből fakadó lakossági többletforrás egyszeri bevételnövekedési lehetőséget jelentett, a 2021-2022-ben ennek köszönhetően a betegeknek maradt pénzt már felszívta a magánpiac növekedése. Az állami ellátás csökkenő hozzáférhetősége miatt **a magánegészségügyet igénybe vevők potenciális köre folyamatosan szélesedik**, ez a szélesebb kereslet ugyanakkor **a korábbi igénybe vevőknél jóval árérzékenyebb**. Ez megteremheti az igényt és a keresletet a **„value for money” típusú szolgáltatásokra**. Mindent egybevetve, a közeljövőben a **magánegészségügyi piac erőteljesebb szegmentálódására**, a prémium szolgáltatók és az árversenyt folytató szereplők körének elkülönülésére lehet számítani.

5. Nemzetközi kitekintés

A Költségvetési Tanács részére 2022-ben készített „A költségvetési fenntarthatóság és az egészségügy finanszírozásának átalakítása” c. tanulmányunk nemzetközi kitekintésében bemutattuk az egészségügyi rendszerek modelljeit és azok jellemzőit, valamint nyolc ország egészségügyi rendszerét, köztük Magyarországot. Az akkori bemutatásba akkor nem került be három „visegrádi” (V4) társországunk, ezúttal viszont rájuk fókuszálunk. Az egyes országok rendszereinek leírását – az egységesség érdekében – az OECD, a *European Observatory on Health Systems and Policies* és az Európai Bizottság közös kiadványsorozata, a *State of Health in the EU – Country Health Profile, 2021* alapján végeztük el az **5.1.** alfejezetben. Ezekben az utolsó feldolgozott adatok 2019-ből, a COVID előtti utolsó „békeévből” származnak.

A 2020. év a COVID-19 járvánnyal nagymértékben átrajzolta az Európai Unió országainak egészségügyi rendszerjellemzőit is, országonként eltérő módon és mértékben. Ezeket a változásokat mutatjuk be az **5.2.** pontban, az OECD és az Európai Bizottság közös kiadványa, a *Health at a Glance Europe 2022* alapján.

A szlovák rendszer bemutatásához kapcsolódva indokoltnak láttuk, hogy a 2019-es állapotokat tükröző leírás mellett kitérjünk a nagy vitákat kavart, ezzel együtt is bevezetésre váró kórházreformra. Ezt az **5.3.** pontban tettük meg, és mivel egészen friss fejleményekről van szó, javarészt sajtóhírek alapján. Mivel a szlovák reform kapcsán a dán modell volt a hivatkozási alap, a dán egészségügyi rendszert is bemutatjuk ezen alfejezetben, a *Health in the EU – Country Health Profile, 2021* alapján. (Ez esetben már korábban megvalósított reformokról van szó, amelyek a 2019-es adatlezárás idején is évek óta működtek.) Németországban szintén olyan kórházreformokat indított el a szövetségi kormány, amely meg nem nevezve ugyan a dán modellt, de fő vonásaiban azt tükrözi vissza. Mivel itt is friss eseményekről van szó, szintén elsősorban sajtóanyagokra támaszkodtunk. E három ország reformja azért is érdekes, mert magyar kormányzati megbízásra ugyanaz a tanácsadó cég dolgozik az egészségügyi reformon, mint Szlovákiában, így – és erre az eddig tett államtitkári nyilatkozatok is határozottan utalnak – jó eséllyel hazánkban is hasonló törekvésekre lehet számítani.

5.1. A V4 társországok egészségügyi rendszerei

5.1.1. Szlovákia

Egészségügyi rendszer jellege, biztosítottság

Szlovákia egészségügyi rendszere²⁸ **kötelező társadalombiztosításon** (*compulsory social health insurance, SHI*) alapul, erős kormányzati szerepvállalással. A kötelező biztosítási rendszerben **három, egymással versenyző biztosító** működik, amelyekből **egy állami, kettő magántulajdonban** van. Ezek a biztosítók **tárgyalnak az egészségügyi szolgáltatókkal** a szerződésekről, amelyek meghatározzák az elvárt **szolgáltatási minőséget**, az **árakat** és a **volumeneket**. Az **Egészségügyi Felügyeleti Hatóság** független testületként látja el az **ellenőrzési feladatokat** az egészségügyi ellátás, az egészségügyi biztosítások és a beszerzések piacán.

Az **Egészségügyi Minisztérium**nak döntő szerepe van a **szabályozásban**, amelynek során meghatározza az **ellátási csomagokat**, a maximális **várakozási időt**, megállapítja azon kórházi és járóbetegellátást végző **szolgáltatók minimális számát**, amelyek hálózatával a biztosítóknak szerződnieük kell, valamint szabályozza a **gyógyszerárakat** és az egészségügyi szolgáltatások **igénybevételi díját**. A szabályozás során **kockázatkiegyenlítési rendszert** alkalmaznak, amelyik igazodik a népességen belüli társadalmi, gazdasági, demográfiai és általános egészségi állapotbeli különbségekhez. A Minisztérium ezen felül egyedüli **tulajdonosa** az állami, egyben legnagyobb egészségügyi biztosítónak, az **Általános Egészségügyi Biztosító Társaságnak** (*Všeobecná zdravotná poisťovňa, VšZP*), amely a lakosság mintegy **60 százalékát** fedi le.

A szlovákiai kötelező társadalombiztosítási rendszer **univerzális ellátást** biztosít, lefedve elvileg a teljes népességet. Ugyan (2019-es adat szerint) a lakosság mintegy 5 százaléka nem fizet járulékot és nincs biztosítási lefedettsége sem, ők jellemzően külföldön élnek és dolgoznak, a fogadó ország által meghatározott biztosítottsági fedezettséggel.

²⁸ OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission: State of Health in the EU – Poland Country Health Profile, 2021; https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/poland-country-health-profile-2021_e836525a-en; letöltés: 2023.07.06.

A kötelező **egészségbiztosítás forrásait** elsősorban a bérekhez kapcsolódó munkáltatói és munkavállalói **járulékok**, az összes kiadás mintegy **kétharmadát** fedezve. A többi **egyharmadot** általános **adóbevételekből** fedeznek, amit meghatározott csoportok, mint az eltartott családtagok, a diákok és a nyugdíjasok javára használnak fel.

Egészségügyi kiadások és finanszírozásuk európai összehasonlításban

Szlovákia **egy főre** számítva, **vásárlóerő-paritáson** az EU-s átlag felénél kevesebbet költ egészségügyre – 2019-ben **1.513 eurót**, szemben az *uniós* 3.521 euróval. A kiadások a COVID-járványt megelőző tíz évben viszonylag stabil szinten voltak, 2019-ben a **GDP 7,0 százalékával**, ami az *EU* 9,9 százaléka alatt van. A kiadások közel **79,8 százaléka közfinanszírozott**, az *uniós* átlagot (79,7 százalék) éppen hogy meghaladva, míg a **zsebből történő kifizetések** (*out-of-pocket payments, OOP*) az *EU* 15,4 százalékánál határozottan nagyobb, **19,2 százalék**-ot tesznek ki. Az **önkéntes magánbiztosítók** (*Voluntary Health Insurance, VHI*) részesedése a finanszírozásból alig **1 százalék**os.

Az **egészségügyi kiadások megoszlását** tekintve a **járóbetegellátás 33 százalékot** (az *EU*-s átlag 30 százalék), a **kórházi ellátások 30 százalékot** (*EU27: 29,9 százalék*), a **gyógyszerek és gyógyászati eszközök 32 százalékot** (*EU27: 18,6 százalék*), a **tartós gondozás 2,3 százalékot** (*EU27: 18,2 százalék*), a **megelőzés 0,8 százalékot** (*EU27: 2,9 százalék*) tett ki 2019-ben. Míg tehát a járóbetegellátás és a kórházi ellátás az uniós átlaghoz közeli arányban részesedik a ráfordításokból, addig gyógyszerekre lényegesen többet, míg megelőzésre, még inkább a hosszútávú gondozásra csak az EU-átlag töredékét költötték Szlovákiában. A közbeszédben a legnagyobb tartós aggodalmat a **gyógyszerkiadások magas aránya** jelenti (az EU-ban csak Bulgáriában magasabb arány), amihez hozzá kell tenni, hogy ez egy uniós viszonylatban csekély nagyságú összkiadáson belüli részesedést jelent, így az egy főre számított gyógyszerkiadások ezzel együtt is az EU27 átlaga alatt vannak.

A kiadások terén a **közfinanszírozás a járóbetegellátások 98 százalékát** fedezi (*EU27: 75 százalék*), a **kórházi ellátások 86 százalékát** (*EU27: 89 százalék*), a **fogászati kezelések 51 százalékát** (*EU27: 31 százalék*), a **gyógyszerkiadások 68 százalék-át** (*EU27: 57 százalék*), a **terápiás**

készülékek 36 százalékát (EU27: 37 százalék) fedezte 2019-ben. A **zsebből fizetések (OOP)** legnagyobb részét, több mint **40 százalékát** a kórházakon kívüli **gyógyszerkiadások** (a vényköteles gyógyszerek árának saját része, valamint a nem vényköteles készítmények piaci ára) tette ki 2019-ben, amit a szolgáltatási díjak és a társadalombiztosítás által nem fedezett szolgáltatásokért történő közvetlen fizetések követnek a sorban. Felmérések szerint a jelentett **egészségügyi ellátatlanság** (*reported unmet needs for medical care*) eseteinek alig ötödét okozzák pénzügyi okok, ami arra utal, hogy a magánkiadások a vártnál megfizethetőbbnek számítanak, ugyanakkor az alacsony jövedelműek között ugyanez érthetően jelentősebb akadályt jelent.

A magánkiadásokból magas arányban részesedő **ambuláns gyógyszerek árának önrésze** (*co-payment*) arányaiban nem emelkedett számottevően az elmúlt években, a kormányzat pedig igyekszik védeni e téren a legsérülékenyebb csoportokat. A **térítéssel támogatott gyógyszerek** (*reimbursable medicines*) listája alapján ingyen vagy támogatott áron biztosítják a gyógyszeripari termékeket a biztosítottaknak (a támogatott gyógyszerek harmadánál önrész sincs). A lakosság pénzügyi védelme érdekében 2018 óta negyedévenként meghatározott **ársapkákat** határoznak meg, az önrész nélküli gyógyszerekhez szükséges jogosultsági kritériumokat pedig módosították 2021-ben.

Egészségügyi ellátórendszer

Az egészségügyi **ellátórendszer decentralizált**, és egyaránt részt vesznek benne **állami és magánszereplők**. A **házi orvosok „kapuórként”** is szolgálnak, ezt ugyanakkor a gyakorlatban a szereplők **nem veszik szigorúan**, így semmi komolyabb következménye nincs annak, ha a páciensek a szakorvosokat beutaló nélkül keresik fel. Ennek is köszönhető, hogy a járóbetegek által évente igénybe vett **orvosi konzultációk** egy főre eső **száma (11,1) az egyik legmagasabb Európában**, miközben az uniós átlag 6,7 volt (2019-es adat). Szintén meghaladja az EU átlagát (5,3) az **ezer főre jutó kórházi ágyak száma (5,8)**. Az elmúlt évtizedben több intézkedés is történt az egészségügyi rendszer hatékonyságának javítására, ami a kórházi ágyak számának némi csökkenéséhez vezetett. Ezzel együtt a járvány előtt, 2018-ban az **ágykihasználtság mindössze 66,9 százalék** volt, az EU 73,5 százalék-os átlagos értékéhez képest. A COVID

idején ugyanakkor ez azt is jelentette, hogy az ágyszám kevésbé jelentett szűk keresztmetszetet, mint az egészségügyi dolgozók száma.

Szlovákiában a kötelező egészségbiztosítás alkotmányos jogként biztosít **széleskörű ellátási csomagot** (*benefits package*) a biztosítottaknak. A **magán egészségügyi biztosításokat** kínáló társaságok ugyan többlétszolgáltatásokat kínálnak biztosítási díjfizetés ellenében, ez azonban a gyakorlatban csak **szerény mértékben** működik.

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés jónak mondható Szlovákiában. A jelentett esetek alapján a **népesség 2,7 százaléka szembesült ellátatlansággal** (*unmet medical care*) a COVID-járvány előtt (2019-es adat) pénzügyi okok, földrajzi elérhetőség vagy hosszú várólisták miatt, míg az EU-s átlag 1,7 százalék volt. Ugyanakkor – más országokhoz hasonlóan – a járvány kitörése után sokan számoltak be orvosi kezelések elhalasztásáról, felmérés szerint az első 12 hónapban a lakosság 23 százaléka. (Ez a V4 átlagában 25 százalék, az EU átlagában 21 százalék volt.) A telemedicina elterjedése ugyanakkor a második hullámban sokat segített a hozzáférés fenntartásában.

A nemzeti rendszer sajátosságai, reformok

Szlovákia **2005-ben** hajtott végre **átfogó egészségügyi reformot**, ami elsősorban a **finanszírozás** gyakorlatát érintette. Ennek keretében a **biztosítók külön-külön szerződéseket** kötnek az állami vagy magánkézben lévő intézményekkel, és **utólag ellenőrzi**, hogy a megvalósult ellátásokat figyelembe véve elegendő volt-e az a pénzkeret, amit az intézmény a finanszírozásra kapott (retrospektív rendszer). Ennek eredményeképpen **a volumenkorlát lefelé és felfelé is elmozdulhat**. A ma működő – az előző pontokban bemutatott – rendszer az akkori reformok eredményeképpen jött létre, amiben a következő másfél évtizedben csak kisebb módosítások voltak.

A következő nagyobb horderejű reformelképzelés 2018-ban került az asztalra, a **kórházi rendszer átalakításának** céljával. Ezt a döntéselőkészítési folyamatban lévő reformot az **5.3.1. pontban** mutatjuk be.

Bár Szlovákiában a **marginalizált közösségek** tagjai is államilag biztosítottak, a gyakorlatban **gyakran ütközik korlátokba az ellátáshoz való**

hozzáférésük. A lakosság mintegy 8 százalékát alkotó **roma népesség** egészségi állapota lényegesen rosszabb, mint a lakosság többi részéé. Az egészségügyi szolgáltatások alacsonyabb mértékű igénybevétele mögött információs korlátok, diszkrimináció, kulturális korlátok és a megfizethetőséggel kapcsolatos problémák álltak. Az ellátásbeli rés csökkentésére az Egészségügyi Minisztérium alá rendelt intézmény, az **Egészséges Régiók** 2017 óta **az Egészséges Közösségek Nemzeti Programján** keresztül **célzott szolgáltatásokat** biztosít a roma közösségek részére.

A **gyógyszerkiadások magas aránya** régóta jelent komoly aggodalmat Szlovákiában, annak ellenére, hogy nagymértékben támaszkodnak az ellátásban a generikumokra. Az EU 2020-as gyógyszerészeti stratégiájával összhangban **jogszabályi reformokat** vezettek be a gyógyszerekhez megfizethető áron való hozzáférés érdekében. Létrehoztak egy **nyilvánosan elérhető nemzeti regisztert** is a **gyógyszerhiány** online követésére, ami alapján adott gyógyszerekre **akár export-tilalmat is** bevezethetnek. A gyógyszeripari cégek büntetésre számíthatnak, ha adott időszakon belül nem tudják biztosítani újra a szükséges kínálatot.

5.1.2. Csehország

Egészségügyi rendszer jellege, biztosítottság

Csehország egészségügyi rendszere²⁹ a '90-es évek eleje óta **társadalombiztosítási alapon** működik, erős kormányzati szabályozással. A biztosítási rendszer **hét állami egészségbiztosítási pénztárból** áll, amelyek felelősek a beszerzésekért és az egészségügyi ellátást biztosító kifizetésekért. Az **Egészségügyi Minisztérium szakpolitika-alkotási** és **szabályozó** szerepet tölt be a rendszerben.

A **biztosítási piac** koncentrált: a legnagyobb egészségpénztár, a **VZP** (*Všeobecná zdravotní pojišťovna, Általános Egészségbiztosító Társaság*) a **lakosság 56 százalékát** biztosítja. A társaságok közötti **verseny korlátozott**. Az **egészségbiztosítás kötelező**, az egészségügyi **ellátás univerzális**. Mivel a

²⁹ OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission: State of Health in the EU – Czechia Country Health Profile, 2021; https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/czech-republic-country-health-profile-2021_8b341a5e-en; letöltés: 2023.07.06.

rendszer eleve **széles körű ellátási csomagot** biztosít, a biztosítók közötti verseny a kiegészítő szolgáltatások terén zajlik (pl. nem kötelező védőoltások). Az egészségbiztosítás kötelező jellege miatt **a biztosítási lefedettség** Csehországban **teljeskörű**.

A cseh egészségbiztosítási rendszerben a **fő bevételi forrást a tb-járulékok** teszik ki, vagyis a bérekhez kötött munkaadói és munkavállalói járulékok, az önfoglalkoztatottak bevétel-függő járulékai, valamint az állam által fizetett járulékok a speciális helyzetű csoportok vagy gazdaságilag inaktívak javára. Az egészségügy társadalombiztosításon kívüli forrásait az **állami vagy helyi költségvetések** transzferei, az **Európai Unió támogatásai** és a **magánkiadások** jelentik.

Egészségügyi kiadások és finanszírozásuk európai összehasonlításban

Csehország egészségügyi kiadásai messze a **legmagasabb a V4 országok között**, az Európai Unió országainak átlagától ugyanakkor így is jelentősen elmarad. **Egy főre** számítva **vásárlóerőparitáson 2.362 EUR** (EU27: 3.521 EUR) volt 2019-ben, ami a **GDP 7,8 százalékát** tette ki (EU27: 9,9 százalék). Ezen belül ugyanakkor **a közfinanszírozás aránya hagyományosan magas** Csehországban: 2019-ben **81,8 százalék** volt, míg az EU27 súlyozott átlaga **79,7 százalék**. A közfinanszírozás döntően a kötelező biztosítási rendszeren keresztül érvényesül, ugyanakkor a COVID-járvány idején jelentősen megnőtt a közvetlen költségvetési hozzájárulás mértéke a járványkezeléssel összefüggő kiadások fedezésére.

Az egészségügyi kiadások legnagyobb részét, **34 százalékot járóbeteg-ellátásra** (EU27: 30,2 százalék) fordították 2019-ben, míg **kórházi ellátásra 26 százalékot** (EU27: 29,9 százalék), **gyógyszerekre és gyógyászati eszközökre 18 százalékot** (EU27: 18,6 százalék), **tartós gondozásra 14 százalékot** (EU27: 18,2 százalék), **megelőzésre 2,5 százalékot** (EU27: 2,9 százalék). Tartós gondozásra ilyen módon arányaiban is messze a legtöbbet fordított Csehország a visegrádi országok körében, de a prevenció terén is közelíti az uniós átlagot. Előbbi magas mutató ugyanakkor részben annak a statisztikai módszertani változásnak is köszönhető, hogy 2011-től a szociális ellátó intézményekben biztosított gondozást is az egészségügyi kiadások között tartják számon. A prevenció – bár a ráfordítás aránya közelít az uniós átlaghoz – a közegészségüggyel együtt elhanyagolt

területnek számít, és uniós viszonylatban az egészségügyi ismeretek is alacsony szinten állnak az országban.

A **zsebből történő (out-of-pocket) kifizetések** aránya Csehországban **14,2 százalék** volt 2019-ben, ami alacsonyabb volt az *EU* súlyozott átlagánál (*15,4 százalék*), így ez az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést jelentősen nem korlátozza. A **magánkifizetések közel fele (47 százalék) gyógyszerkiadásokra** megy, a támogatott termékek önrészére vagy nem vényköteles gyógyszerekre. Az **önkéntes magánbiztosítások** az egészségügyi kiadások **4,0 százalékát** fedezik.

Egészségügyi ellátórendszer

Csehországban az ellátórendszerben egyaránt találunk **állami, regionális és önkormányzati intézményeket**, valamint **magánszolgáltatókat**. Az állam elsősorban az oktatókórházakat és specializált centrumokat tartja fenn.

Az **alapellátásban** dolgozó orvosoknak Csehországban **nincs kapuőrszerepük**. A páciensek közvetlenül fordulhatnak a szakorvosokhoz, és ezen kívül is kevés akadállyal kell szembenézniük a szakorvosi konzultáció terén (pl. járóbeteg-ellátásban nincs szolgáltatási díj), aminek döntő szerepe van abban, hogy uniós viszonylatban is **kiemelkedő** az egy évre és egy főre jutó **orvosi konzultációk száma**: 8,2 az *EU* 6,7-es átlagával szemben. Az előkészítés alatt álló **alapellátási reform** célja az alapellátást végző **orvosok kompetenciájának** kiterjesztése, valamint **kapuőri** szerepük erősítése.

Csehország **sűrű kórházhálózattal** rendelkezik, ami Európában az egyik legmagasabb ágyszámot jelenti a lakosság méretéhez képest: **6,6 ágyat ezer főre** számítva, míg az *EU* átlagában ez 5,3 volt a 2019-es adatok szerint. Ezeknek az ágyaknak egy jó részét 2020-ban és 2021-ben ideiglenesen a COVID-járványkezelés céljára fordították.

A **kórházi szektor sokszínű, több speciális célú létesítménnyel** országszerte, beleértve az olyan speciális kezelésekre szakosodott intézményeket, mint az onkológiai vagy stroke központok. Ezeket a **2008 és 2011 közötti reformfolyamat** részeként hozták létre. A 2021-es helyreállítási és reziliencia-

tervben Csehország megcélozta a rehabilitációs kezelésekre történő befektetések növelését.

Bár Csehország a legtöbb EU-tagállamnál kevesebbet költ az egészségügyre, így is **széleskörű ellátási csomagot** nyújt a biztosítottaknak. A jelentett **ellátatlansági esetek száma** (ami pénzügyi korlátokból, földrajzi távolságból vagy hosszú várakozási időből fakadhat) **alacsony**, 2019-ben alig **0,5 százalékot** tett ki, ami jóval kevesebb volt az 1,7-es uniós átlagnál, és az egyik legjobb értéket jelenti az EU-ban. A COVID-járvány első hulláma az ellátó rendszert kevésbé károsította, mint az EU nagy részében, és a cseheknek csupán 16 százalékának kellett szembenéznie valamely egészségügyi ellátásuk halasztásával. Az eseti ellátatlanság természetesen magasabb arányú az alacsony, mint a magas jövedelműek között, a jövedelmi helyzet szerinti rés ugyanakkor kisebb, mint a legtöbb uniós országban.

A nemzeti rendszer sajátosságai, reformok

Az egészségügy fejlesztésének 2030-ig szóló stratégiai keretrendszerét (*Strategic Framework for Developing Healthcare in Czechia to 2030*), a röviden **Health 2030** néven említett stratégiai dokumentumot **2019-ben** fogadták el, majd aktualizálták **2020-ban** a COVID-19 járványt is figyelembe véve. A Health 2030 építkezik a korábbi stratégiákra és releváns akciótervekre, a Nemzeti e-Egészségügyi Stratégiára, az Alapellátás Reformjára és a Pszichiátriai Kezelések Reformjára. Az előző hasonló fejlesztési stratégia, a Health 2020 értékelése jelenleg még folyamatban van, de a Minisztérium egy 2017-es időközi értékelése szerint az előrelépés csak szerény mértékű volt, elsősorban az elégtelen finanszírozás miatt.

A Health 2030 **három stratégiai célra** fókuszál, amely alá **hét speciális célkitűzést** rendel. Ezek a következők:

- A lakosság egészségi állapotának javítása
 - Az alapellátás reformja
 - Betegségmegelőzés, egészségfejlesztés, az egészségügyi tájékozottság javítása
- Az egészségügyi rendszer optimalizációja
 - Az ellátórendszerek integrációja, az egészségügyi és szociális ellátások integrációja, a mentális egészségügy reformja

- Az egészségügyi dolgozók megtartása és fejlesztése
- Digitalizáció
- A fizetési rendszerek optimalizációja
- A tudomány és a kutatások támogatása
 - A tudomány és a kutatások bevonása az egészségügyi szektor prioritizált céljainak megvalósításába

A Health 2030 végrehajtásáért az Egészségügyi Minisztérium és az általa felügyelt szervezetek felelősek.

5.1.3. Lengyelország

Egészségügyi rendszer jellege, biztosítottság

Lengyelországban az **univerzális egészségügyi rendszer** alapja a **kötelező egészségbiztosítás**.³⁰ Az **Egészségügyi Minisztériumnak** központi szerepe van az egészségügyi szektor **szabályozásában** és **irányításában**, ugyanakkor **az ellátásban a felelősséget megosztja** a területi közigazgatás három szintjével:

- a **települési önkormányzatok** felügyelik az **alapellátást**;
- a **megyék** felelősek a **kiseb kórházakért**;
- a **vajdaságok** (régiók) felelősek a **nagyobb általános kórházakért**;
- a **Minisztérium** a magasan **specializált kórházakat** és intézményeket felügyeli.

Az egészségügyi rendszer irányításának tagoltsága jelentős nehézségeket jelent a tevékenységek hatékony koordinációjában, bár az elmúlt években történtek erőfeszítések a helyzet javítására.

Magánszolgáltatók többnyire a járóbetegellátásban működnek, míg a kórházi kezelések döntő része közkórházakban történik.

A lengyel egészségügyi rendszerben a **Nemzeti Egészségpénztár** (*Narodowego Funduszu Zdrowia, NFZ*) az **egyetlen szolgáltatás-vásárló**. Az NFZ az

³⁰ OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission: State of Health in the EU – Slovakia Country Health Profile, 2021; https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/slovak-republic-country-health-profile-2021_4ba546fe-en; letöltés: 2023.07.06.

egészségügyi szolgáltatások finanszírozását **a 16 vajdaságban saját regionális kirendeltségén keresztül** valósítja meg, területi illetékesség szerint.

A **kötelező egészségbiztosítás** gyakorlatilag **teljeskörű**, bár formálisan csak a népesség 91 százalék-át fedi le. A biztosítatlan 9 százalék ugyanakkor jellemzően külföldön dolgozik, még ha lengyelországi rezidensként is szerepel a nyilvántartásokban, biztosítottságuk így a fogadó országban valósul meg. Csak nagyon kevesen maradnak ki a rendszerből atipikus munkaszerződés vagy a szürkegazdaságban foglalkoztatottság miatt. Néhány olyan csoport, mint a várandós anyák vagy a 18 év alatti gyermekek biztosítottsági helyzetüktől függetlenül jogosultak a közfinanszírozású egészségügyi ellátásra, valamint a biztosítatlanok is hozzájuthatnak a sürgősségi és alapellátáshoz.

A kötelező egészségbiztosítási rendszer **bevételei** döntően a **bérekhez kötődő célzott adókból** származnak.

Egészségügyi kiadások és finanszírozásuk európai összehasonlításban

Az elmúlt évtizedekben a lengyel **egészségügyi kiadások jelentősen az EU átlagos szintje alatt** voltak, euróban kifejezve és GDP-hez viszonyított arányában is. Az **egy főre** jutó egészségügyi kiadás **vásárlóerőparitáson** kifejezve **1.582 euró** volt 2019-ben, szemben az *EU* súlyozott átlagát jelentő *3.521 euró*val. A GDP-hez viszonyított arány 6,5 százalékot tett ki, míg az EU27 átlagában ez 9,9 százalék volt.

Az egészségügyi **kiadások 71,8 százalék-a** volt **közfinanszírozású** 2019-ben (*EU27: 79,7 százalék*), míg a **zsebből fizetett** magánkiadások **20,1 százalékot** tettek ki (*EU27: 15,4 százalék*), a legnagyobb részt **gyógyszervásárlásra** fordítva. A **magánbiztosítások** a kiadások **8,1 százalék-át** fedezték. Ezek jellemzően csoportos biztosítási csomagokat kínálnak, amelyek a munkaadók által az alkalmazottaknak vásárolt foglalkozás-egészségügyi és más egészségügyi szolgáltatásokat fedeznek. Az önkéntes magánbiztosítások iránti igény ugyanakkor megnőtt a COVID-járvány következményeként, amikor széles körben okozott nehézséget az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés.

Az **egészségügyi kiadásokban** a legnagyobb részt, **37 százalékot a kórházi ellátások** tették ki (*EU27: 29,9 százalék*), ami az Európai Unióban a negyedik

legnagyobb arányt jelenti Románia, Bulgária és Görögország után. **Járóbetegellátásra 31 százalékot** fordítottak (EU27: 30,2 százalék). Erre a két legnagyobb tételre fordított összegek ugyanakkor euróban, vásárlóerőparitáson kifejezve alig a felét teszik ki az uniós átlagnak. A **tartós gondozás** aránya és értéke szintén alacsony, az egészségügyi kiadások **7 százalékával** (EU27: 18,2 százalék). A **megelőzés** aránya **2 százalék** volt 2019-ben (EU27: 2,9 százalék), ami egy főre számítva euróban alig harmada volt az uniós átlagnak.

A **közfinanszírozás** aránya a **kórházi ellátásban 93 százalék**-ot tett ki 2019-ben (EU27: 89 százalék), a **járóbetegellátásban 69 százalék** volt (EU27: 75 százalék), a **fogászati kezeléseken 34 százalék** (EU27: 31 százalék), a **gyógyszer-kiadásokban 36 százalék** (Bulgária után a legalacsonyabb érték az EU-ban; EU27: 57 százalék), a **terápiás készülékek** esetében **37 százalék** (EU27: 37 százalék) volt. A **zsebből történő fizetések** legnagyobb részét, **63 százalékát az ambuláns gyógyszervásárlások** teszik ki, ami a fő hajtóereje a magánkiadások magas arányának.

Egészségügyi ellátórendszer

A lengyel egészségügyi ellátórendszerben **jelentős az egyensúlytalanság**, mivel az és erőforrások és az infrastruktúra **kiugró arányban koncentrálódik a kórházi szektorban**, miközben a járóbetegellátás, a diagnosztika és a tartós ápolás ellátása elégtelen, és gyenge a koordináció a kórházi kezeléseken, valamint a más szinten megvalósuló kezeléseken és a szociális ellátás között. A **kórházi ágyak száma** európai viszonylatban **magasnak** számít, **ezer főre 6,2** az EU 5,3-as átlagához képest. A jelenlegi reformtervek az akut kórházi ágyakat nem megszüntetni, hanem átalakítani akarják más típusúra, leginkább tartós ápolási ágyakká.

Az **alapellátásban** dolgozó orvosok általában **kapuőrként** szolgálnak a szakorvosi ellátás felé, bár bizonyos szakorvosi kezelésekhöz (pl. nőgyógyászat, szülészet, onkológia, pszichiátria, fogászat) nem szükséges beutaló. A háziorvosi specializáció hagyományosan nem számított népszerű választásnak az orvosi pályán, ez azonban változott az elmúlt években, és túljelentkezés alakult ki ezekre a képzésekre. A kormányzat pedig lehetővé tette belgyógyászok és gyermekgyógyászok részére is, hogy az alapellátásban dolgozzanak. További

könnyítésként 2019 óta fiatal orvosok az államvizsga letétele után már dolgozni kezhetnek az alapellátásban. Ennek ellenére, **az alapellátásban dolgozó orvosok aránya** az összes orvoshoz képest **a második legalacsonyabb az EU-n belül: 9 százalék** a 21 százalékos uniós átlaghoz képest.

Az **egészségbiztosítás által lefedett szolgáltatások köre széles**, magába foglalva az alapellátást, a járóbeteg szakellátást és a kórházi szolgáltatásokat. Az alapellátáshoz való **hozzáférés ingyenes**, és tekintettel a kiterjedt közfinanszírozásra, a kórházi ellátásnál sincs önrésszel járó költségmegosztási kötelezettség. Néhány sérülékeny csoport további ellátásokhoz is hozzáférhet, mint pl. a kisgyerekek a fogászati kezelésekhöz. Mindazonáltal a kórházon kívüli **gyógyszerek és gyógyászati eszközök, a fogászati kezelés vagy a tartós ápolás terén jelentős hiányok vannak a lefedettségben**, utóbbinál erősen támaszkodva az informális gondozásra.

A COVID-járvány előtti utolsó évben, 2019-ben a lengyel népesség **4,2 százaléka** jelentett **orvosi ellátatlanságról** a költségek, távolságok vagy várakozási idők miatt, ami a legmagasabb érték volt a V4-országok között, jelentősen meghaladva az EU 1,7-es átlagát. Jövedelmi szinttől függően természetesen szórással: a legalacsonyabb jövedelmi ötödben 5,7 százalék volt az ellátatlanság, míg a legmagasabban 3,3 százalék. A helyzet járvány alatti további romlását a telefonos konzultációkkal sikerült megelőzni, ugyanakkor a nem-COVID-os betegek szakorvosi ellátáshoz való hozzáférése erősen korlátozott lett.

A nemzeti rendszer sajátosságai, reformok

2016-ban a lengyel kormányzat **mentesítési mechanizmusokat** dolgozott ki a **kórházi ellátáson kívüli vényköteles gyógyszerek díjaira**, többek közt ingyenessé téve a gyógyszerek széles körét az idős emberek számára. 2020 óta a **várandós nőknek** ingyenessé tették a hozzáférést bizonyos gyógyszerekhez. Ezzel együtt is, a **legsebezhetőbb csoportokban** – mint az alacsony jövedelmű háztartások vagy a krónikus betegeket – a **pénzügyi védő mechanizmusok gyengék**, az ambuláns gyógyszerek pedig különösen költségesek a nyugdíjasoknak, a fogyatékkal élőknek vagy a távoli vidéki háztartásoknak. Egy 2016-os statisztikai felmérés szerint a háztartások 7,5százalék-a jelezte, hogy gyakran vagy néha nem volt képes kiváltani a felírt gyógyszert.

A **2012-ben** bevezetett **árkontroll** csökkentette a kormányzati és a magánkiadásokat is, ugyanakkor nagy különbségeket hozott létre a Lengyelországban és más európai országokban fizetendő árakban, ami növekvő számban **több gyógyszernél is párhuzamosan** eredményezett **exportot és hiányt**. A 2017-ben bevezetett ellenintézkedések korlátozták a legális exportot, ugyanakkor az **illegális export** lehetősége fennmaradt. **Fordított ellátási lánc** alakult ki, amelyben gyógyszer-kiskereskedők nagykereskedőknek adtak el gyógyszerészeti és gyógyászati termékeket, akik exportálták azokat. A **hiánnyal fenyegetett gyógyszerek** száma a 2017-es 178-ról 2019-ben 388-ra nőtt. A probléma megoldására a kormányzat 2019-ben büntetőügyi felelősséget vezetett be az illegális gyógyszerexportra, és továbbfejlesztette a gyógyszerkereskedelem monitoringját.

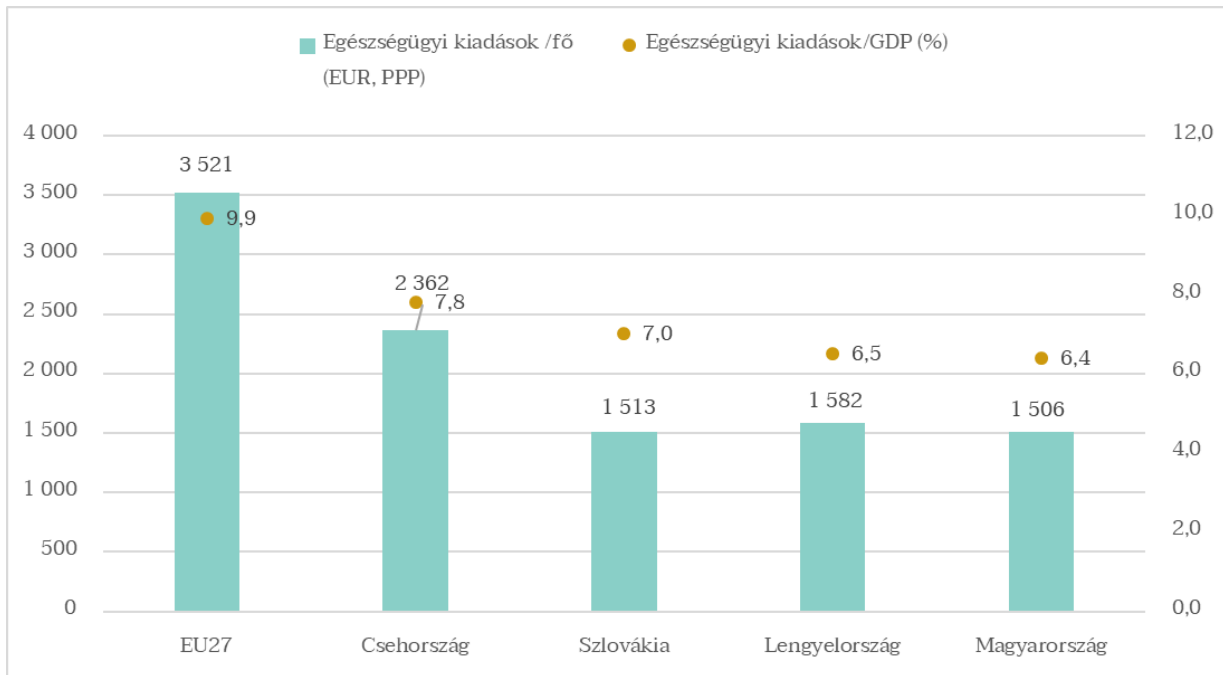
Az **egészségbiztosító által fedezett gyógyszerek száma jelentősen nőtt** az elmúlt években: 2017 és 2019 között 66 új hatóanyagot regisztráltak ártámogatásra. Ugyanakkor a visszatérítés bonyolult folyamata és az egészségbiztosító szűkös finanszírozása miatt még mindig 2-3 évre van szükség azután, hogy az Európai Gyógyszerügynökség regisztrálta az új hatóanyagot, ahhoz, hogy az bekerüljön a lengyel ellátási csomagba.

5.1.4. V4 összefoglaló értékelés

Az **egészségügyi kiadások** terén közös vonás a visegrádi országok (V4) körében, hogy mind euróban kifejezve, mind a GDP arányában **jelentős az elmaradás az EU27 súlyozott átlagához képest**. A **legközelebb Csehország áll hozzá**, ahol az egy főre jutó kiadások vásárlóerő-paritáson az EU27 átlagának 67 százalékát tették ki 2019-ben, míg Lengyelországban 45 százalék, Szlovákiában és Magyarországon³¹ 43 százalék volt az arány, ha az EU-s átlagot vesszük 100 százalék-nak. A GDP-hez viszonyított arányban hasonló a sorrend, annyi eltéréssel, hogy Szlovákia némileg előzte Lengyelországot.

³¹ OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission: State of Health in the EU – Hungary Country Health Profile, 2021; https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hungary-country-health-profile-2021_482f3633-en; letöltés: 2023.07.18.

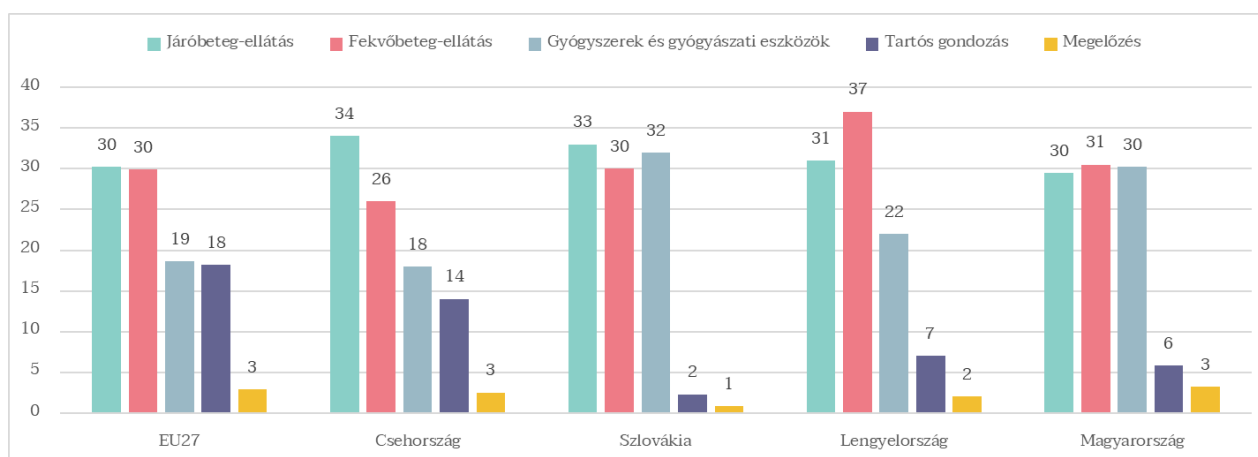
22. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK EGY FŐRE JUTÓ ÉRTÉKE ÉS GDP-HEZ VISZONYÍTOTT ARÁNYA, 2019



Forrás: State of Health in the EU – Country Health Profiles, 2021; szerkesztés: Magyar Gazdaságkutató

Az **egészségügyi kiadások megoszlása** terén Lengyelországban kiugróan magas a **kórházi kiadások** aránya, ami „fejnehéz” rendszerre utal. A **járóbeteg-ellátás** részesedése kisebb szórást mutat a V4—en belül és az EU27-hez képest egyaránt. Lengyelország, Magyarország és leginkább Szlovákia esetében a **tartós gondozás** aránya jelentősen elmarad az uniós átlagtól, ami vagy a kórházi költségeket növeli (akkor is kórházban marad a beteg, ha az egészségügyi okból nem feltétlenül indokolt), vagy a magánkiadásokat terheli aránytalanul (informális vagy alulfizetett otthoni ápolás). A **prevenációs** kiadások terén Magyarország teljesít a legjobban.

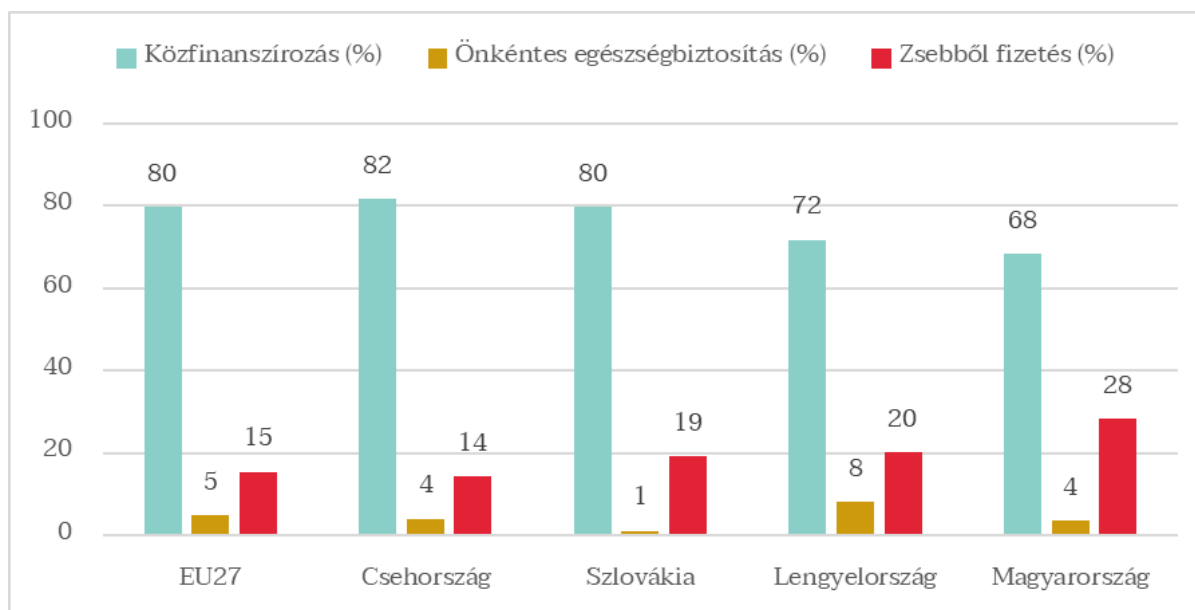
23. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK MEGOSZLÁSA FUNKCIÓK SZERINT, 2019



Forrás: *State of Health in the EU – Country Health Profiles, 2021*; szerkesztés: Magyar Gazdaságkutató

A **közfinanszírozás aránya** Csehországban és – kisebb mértékben – Szlovákiában meghaladja az uniós átlagot, Lengyelországban és különösen Magyarországon azonban jelentősen alatta marad. Csehországban ezzel összhangban az EU27-hez képest alacsonyabb a **zsebből fizetés** (*out of pocket payment*) aránya, míg Szlovákiában – a magas közfinanszírozáshoz képest első látásra ellentmondásosan – jelentősen meghaladja az uniós átlagot (aminek magyarázata lehet az önkéntes magánbiztosítások alacsony mértéke). A zsebből fizetés aránya Lengyelországban is Szlovákiához hasonlóan magas, míg Magyarországon közel kétszerese az EU27 átlagának. Az **önkéntes magánbiztosítás** útján finanszírozott szolgáltatások Lengyelországban jelentik a legnagyobb arányt a V4-ek körében, az uniós átlagot is meghaladva.

24. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK MEGOSZLÁSA FINANSZÍROZÁS SZERINT, 2019

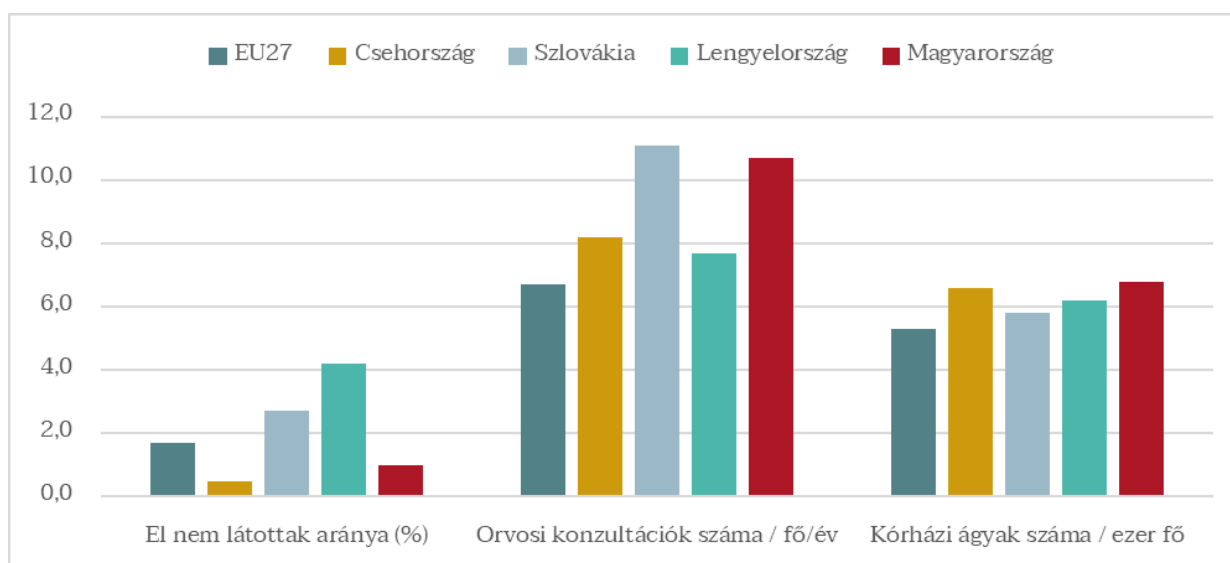


Forrás: *State of Health in the EU – Country Health Profiles, 2021* ; szerkesztés: Magyar Gazdaságkutató

Az egészségügyi rendszer mind a négy visegrádi országban univerzális, az egészségbiztosítás kötelező, a biztosítással való lefedettség – leszámítva az életvitelszerűen külföldön élőket, dolgozókat – gyakorlatilag teljes, a **hozzáférés** minden rezidensnek biztosított. Ezzel együtt a népesség egy része a felmérésekben arról számol be, hogy adott évben nem jutott hozzá a megfelelő egészségügyi szolgáltatáshoz (*reported unmet need for medical care*) pénzügyi okok, várólisták vagy a földrajzi távolság miatt. Ennek mértéke a V4-országokban eltérő. Mivel a COVID-19 minden országban felborította a megszokott gyakorlatot, a járvány előtti utolsó év, 2019 adatai jól jelzik a normál körülmények közötti **ellátatlanságot**. A legjobb értékkel Csehország rendelkezett, az EU27 átlagánál lényegesen kedvezőbb mutatóval. Magyarország mutatója szintén kedvezőbb volt az uniós átlagnál. Rosszabb volt az érték ugyanakkor Szlovákiában és különösen Lengyelországban.

Az **orvosi konzultációk** és a **kórházi ágyak** száma mind a négy visegrádi országban meghaladja az uniós átlagot, ami rendszerszintű problémát jelez. A konzultációk magas száma a gyengén működő kapuőr-szerepre vezethető vissza, a magas kórházi ágyszám pedig arra utal, hogy azok is kórházi kezelést kapnak, akiket hatékonyabban működő rendszerben járóbeteg szakellátásban vagy tartós ápolás keretében látnának el.

25. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS NÉHÁNY MUTATÓJA



Forrás: State of Health in the EU – Country Health Profiles, 2021 ; szerkesztés: Magyar Gazdaságkutató

Összefoglalóan meg lehet állapítani a V4 országok mindegyikére, hogy **az egészségügy finanszírozásának mértéke elmarad az EU27 átlagától**, euróban kifejezve és GDP-arányosan egyaránt. **A mezőny** azonban ezen belül **kettészakad**, mivel Csehország mutatói lényegesen jobbak a másik három országnál. A **közfinanszírozás aránya** Csehországban és Szlovákiában az EU-s átlag körül van, Lengyelországban és Magyarországon jelentősen elmarad attól. A finanszírozásban ugyanakkor nem csak a ráfordítások mértéke fontos kérdés, hanem a **felhasználás hatékonysága** is. Mivel makrogazdasági és adóstratégiai okok miatt az egészségügyi források jelentős bővülésével nem lehet reálisan számolni, **különösen fontos az adott költségkeretek között elérhető legjobb eredmény**. E tekintetben a **strukturális problémák** eltérő mértékben és módon, de mindegyik országban jelen vannak. Összességében elmondható, hogy **a kezelések aránytalanul nagy része folyik a legdrágább szinten, a fekvőbeteg-ellátásban**. A visegrádi társországok tapasztalataiból és törekvéseiből kikövetkeztethető **lehetséges megoldást** – munkahipotézisként megfogalmazva – az **alapelletés és a szakellátás fejlesztése, a kapuőrszerep megerősése, a betegutak ennek mentén történő átszervezése, a prevenció kiterjesztése, valamint az egészségügyi és a szociális ellátórendszer integrációja** jelentheti.

5.2. Európai helyzetkép a COVID-19 járvány kitörése után

A Költségvetési Tanács részére 2022-ben készített „A költségvetési fenntarthatóság és az egészségügy finanszírozásának átalakítása” c. tanulmányunkban bemutattuk az OECD „*Health at a Glance 2021*” kiadványát³² és annak kutatásunk tárgya szempontjából legfontosabb megállapításait. Ebben a legfrissebb feldolgozott adatok 2019-esek voltak, vagyis a COVID-járvány előtti „utolsó békeév” adatai. A világjárvány drámai átrendeződést hozott a társadalom és a gazdaság szinte minden szegmensében, magától értetődően a közvetlenül érintett egészségügyben és annak finanszírozásában is. Globális kitekintéssel rendelkező Health at a Glance kiadvány azóta nem jelentet meg, ugyanakkor 2022-ben az **OECD** az **Európai Bizottsággal** együtt elkészült a ***Health at a Glance Europe 2022*** (továbbiakban: HaGE 2022) jelentést, amelyben a 2020-as adatokra támaszkodva már a COVID-19 járvány hatása is megjelenik. A következőkben a kiadvány finanszírozásra vonatkozó megállapításait vesszük górcső alá.

A HaGE 2022 rámutat, hogy a járvány drámaian változtatta meg az emberek életét Európában, több mint egy évvel rövidítve meg a várható élettartamot az EU27 országai átlagában. 2022 októberéig a kiadvány szerint több, mint 1,1 millió ember halt meg jelentések alapján a járvány miatt a tagországokban, ami valószínűleg alábecsült adat, a valós érték 300 ezer áldozattal több lehet. A lezárások és az erőforrások járvány elleni küzdelemre koncentrációja romboló hatást fejtett ki az alapellátásra, a rákszűrésre, az elektív (nem sürgős) orvosi beavatkozások halasztást szenvedtek, de akadályozta az ellátás folytonosságát a krónikus esetek kezelésében is. Egyetlen kedvező hatást a telemedicina gyors fejlődése jelentett. A járvány elleni küzdelem érdekében **az Európai Unió országaiban 2020-ban bővültek az egészségügy pénzügyi forrásai**, a GDP jelentős csökkenése ellenére is. Az **egy főre jutó kiadások átlagosan 5 százalékkal nőttek az EU27-ben**, ugyanakkor **Bulgáriában, Csehországban és Magyarországon** a bővülés a **10 százalékot is meghaladta**. A járvány felszínre hozta az egészségügyi rendszerek számos gyengeségét, sérülékenységét is, mindenekelőtt a munkaerőhiányt. **A kiadások szerkezetében is változás következett be.** Bár

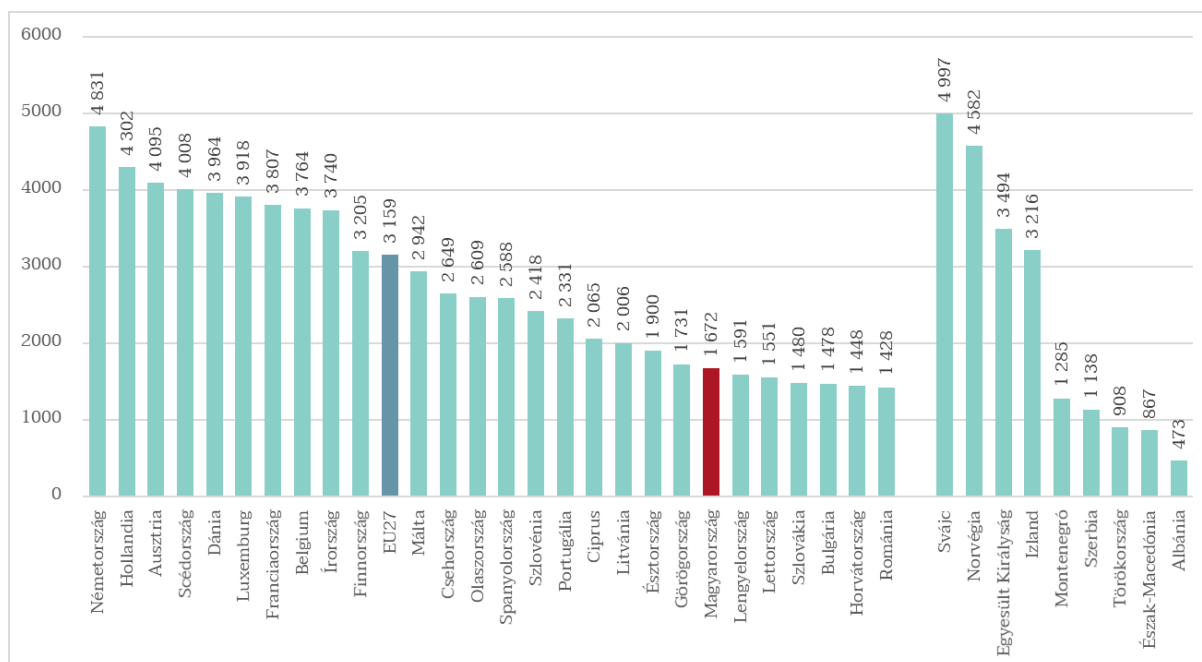
³² OECD, European Commission: Health at a Glance Europe 2022. 2022. december 5.; https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en; letöltés: 2023.06.23.

korábban is rendre terítékre került a megelőzésre fordítandó összegek arányának növelése, a kiadásokból való részesedése alig változott az évek alatt. 2020-ban azonban drámaian **megnőtt a megelőzés súlya** a nagyszabású tesztelési, nyomonkövetési és tájékoztatási programokkal, valamint a tömeges védőoltásokkal. Utóbbiak becslések szerint csak 2021-ben 250 ezer életet mentettek meg az EU országokban.

A továbbiakban az egészségügyi kiadásokat jellemző adatokat vizsgáljuk meg részletesen a HaGE 2022 alapján. A publikált kutatási eredmények az EU27 országa mellett kiterjednek az Egyesült Királyságra, az EFTA országaira és EU-tagjelöltekre is, az *OECD Health Statistics 2022*, a *Eurostat Database* és a *WHO Global Health Expenditure Database* adataira támaszkodva. Grafikonjainkat a hivatkozásként megadott **OECD-adatforrások alapján** készítettük el, adott esetben – ezt a megfelelő helyen jelezzük – módosítva a példaképpen ábrázolt országok körét a tanulmányunkban bemutatott országokra. A szöveges leíráshoz a forrásként felhasznált táblázatokból saját kimutatásokat készítettünk

A 2020 évi **egy főre jutó egészségügyi kiadásokat** az OECD az összehasonlíthatóság érdekében **euróra átszámítva, vásárlóerőparitáson** adta meg, az EU27 esetében súlyozott átlagként. Az eredményt az alábbi ábra mutatja.

26. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK EGY FŐRE SZÁMÍTVA, VÁSÁRLÓERŐPARITÁSON, 2020 (EUR, PPP)

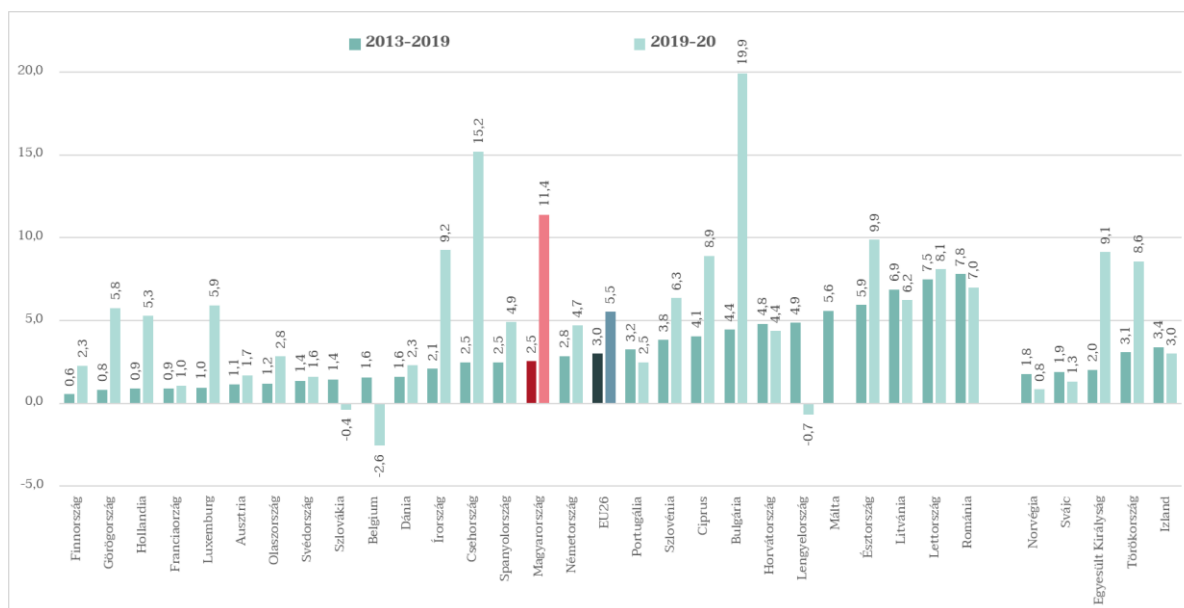


Forrás: Health at a Glance: Europe 2022, <https://stat.link/2agu6e>, utolsó letöltés: 2023. 09.15.

A **három legmagasabb értékkel** rendelkező ország az EU-n belül **Németország, Hollandia és Ausztria** volt (rendre 4831, 4302 és 4095 euróval), míg a **három legalacsonyabb** értéket **Bulgária, Horvátország** és a sor végén **Románia** mutatta fel (rendre 1478, 1448 és 1428 euróval), a **3159 eurós EU-átlag** kevesebb, mint felével. A lista eleje és vége között a különbség mintegy háromszoros. (A nyugat-balkáni tagjelöltek esetében a lemaradás még drámaibb.) **Magyarország** az EU27-lista utolsó harmadában volt 2020-ban, **1672 euróval**.

Az adott évi érték mellett tanulságos a **reálérték növekedési ütemét** is összevetni egyfelől a járványt megelőző években, másfelől annak kitörése után.

27. ÁBRA: EGY FŐRE JUTÓ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK REÁLÉRTÉKÉNEK ÉVES VÁLTOZÁSA (SZÁZALÉK)

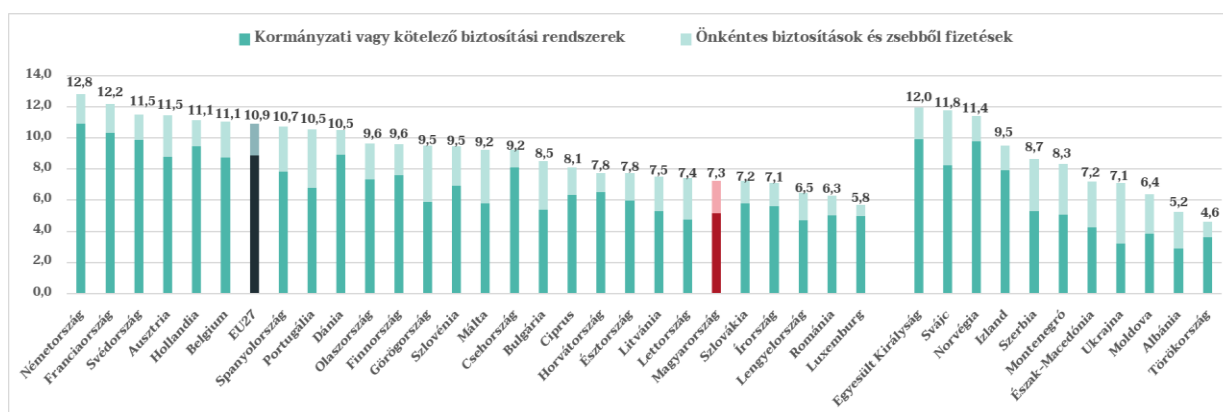


Forrás: Health at a Glance: Europe 2022, <https://stat.link/1j325k>, utolsó letöltés: 2023. 09.15.

Az **Európai Unió átlagát** tekintve az **átlagos kiadásnövekedés 2013 és 2019 között 3,0 százalékos** volt, míg **2020-ban 2019-hez képest 5,5 százalékos**, ami 2004 óta a legnagyobb éves bővülés volt. Ezen belül a **legnagyobb növekedést Bulgária** mutatta fel, 19,9 százalékkal, majd **Csehország** következett 15,2 százalékkal, harmadik helyen **Magyarország**, 11,4 százalékkal. A **lista végén álló Szlovákiában, Lengyelországban és Belgiumban** a trenddel ellentétben **csökkentek** az egészségügyi kiadások 2019-hez képest, rendre 0,4, 0,7 és 2,6 százalékkal.

Az **egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya** a 90-es évektől a 2008-2009-es gazdasági válságig évről-évre jellemzően nőtt az EU országaiban, ekkor azonban megtorpant ez a folyamat. **A COVID megjelenése óta** ugyanakkor ismét **megnőtt** a GDP-hez viszonyított arány, így az **EU súlyozott átlaga** elérte **2020-ban** a korábban nem látott **10,9 százalékot**.

28. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK A GDP ARÁNYÁBAN, 2020 (SZÁZALÉK)

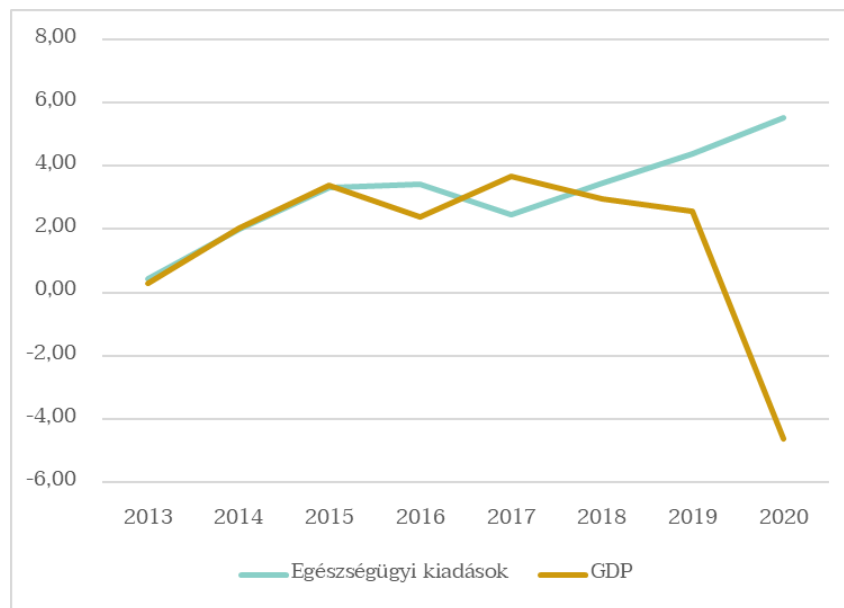


Forrás: Health at a Glance: Europe 2022, <https://stat.link/ghc7r5>, utolsó letöltés: 2023. 09.15.

A **három legmagasabb arányt Németország, Franciaország és Svédország** érte el **2020-ban**, rajtuk kívül még Ausztria, Hollandia és Belgium szerepelt az EU27 átlaga fölött, míg 21 ország alatta. A **lista végén** ugyanakkor **Luxemburg és Írország** helyezése meglepetéskeltető, a kiugróan magas GDP miatt (ami Írország esetében a sajátos gazdaság szerkezetéből is fakad, a GNI-hoz viszonyítás más képet mutatna). Ha őket nem számítjuk, akkor a három utolsó helyen **Szlovákia, Lengyelország és Románia** szerepel. **Magyarország** éppen előttük, a GDP **7,3 százaléka**val.

2013 és 2019 között az egy főre jutó egészségügyi kiadások, valamint a GDP-növekedése trendszerűen együtt mozgott, éves átlagban körülbelül 2,5 százalékkal. Ennek megfelelően a kiadások nemzeti szinten nagyjából állandó arányt képviseltek a GDP-hez képest, az EU átlagában 10 százalék körül. A **COVID megjelenése után** ugyanakkor drámai változást eredményezett, az olló szétnyílt: **csökkenő GDP mellett nőtt az egészségügyi kiadások mértéke**, így utóbbiak GDP-hez viszonyított aránya nagymértékben nőtt. Az EU27 súlyozott átlaga 2019-ről 2020-ra a GDP tekintetében közel 5 százalékkal csökkent, míg az **egészségügyi kiadások** értéke 5,5 százalékkal nőtt. A két mozgás eredőjeként utóbbiak **GDP-hez viszonyított aránya 1 százalékponttal, 10,9 százalékra** emelkedett.

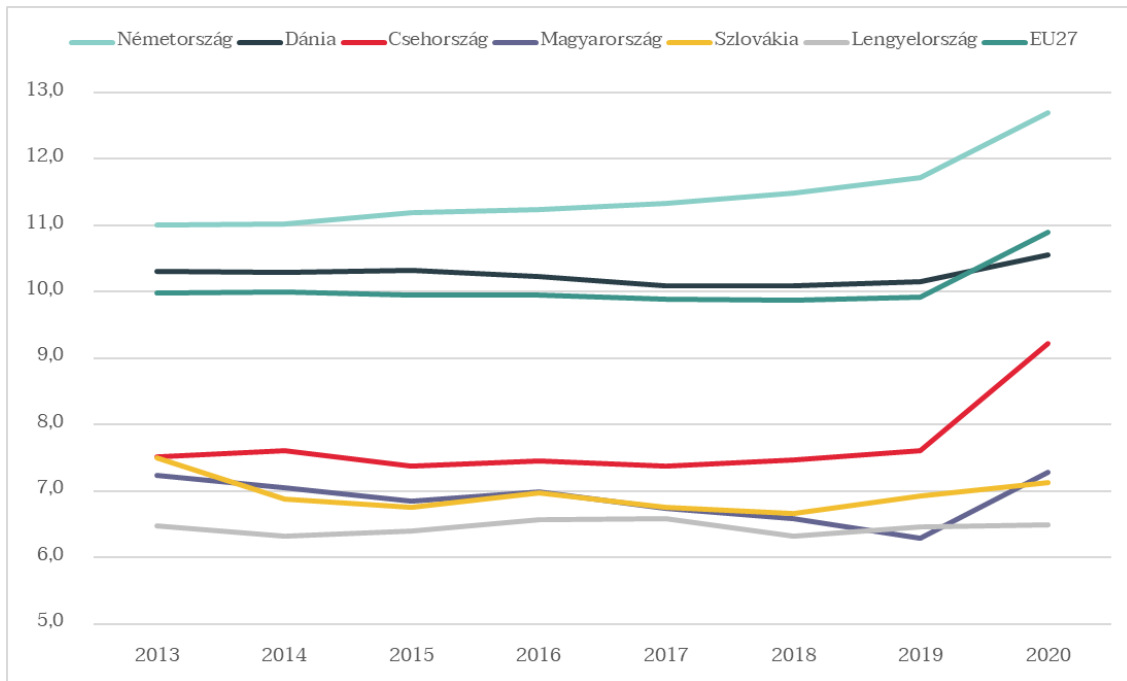
29. ÁBRA: AZ EGY FŐRE JUTÓ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK ÉS AZ EGY FŐRE ESŐ GDP ÉVES VÁLTOZÁSA (EU27, SZÁZALÉK)



Forrás: Health at a Glance: Europe 2022, <https://stat.link/n39ugk>, utolsó letöltés: 2023. 09.15.

A következő ábrán az EU27 súlyozott átlaga mellett feltüntettük azoknak az országoknak (a **V4 mellett Németország és Dánia**) országok mutatóinak alakulását is, amelyek rendszereit és reformjait jelen tanulmányban bemutatjuk. Látható, hogy bár eltérő szinteken, de a **dinamika hasonló**: 2019-ről 2020-ra mindegyik vizsgált országban megugrott az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya.

**30. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK VÁLTOZÁSA A GDP ARÁNYÁBAN
(SZÁZALÉK)**



Forrás: Health at a Glance: Europe 2022, <https://stat.link/n39ugk>, utolsó letöltés: 2023. 09.15.
OECD adatbázis: <https://stats.oecd.org/Index.aspx>, letöltés: 2023. 09.15.

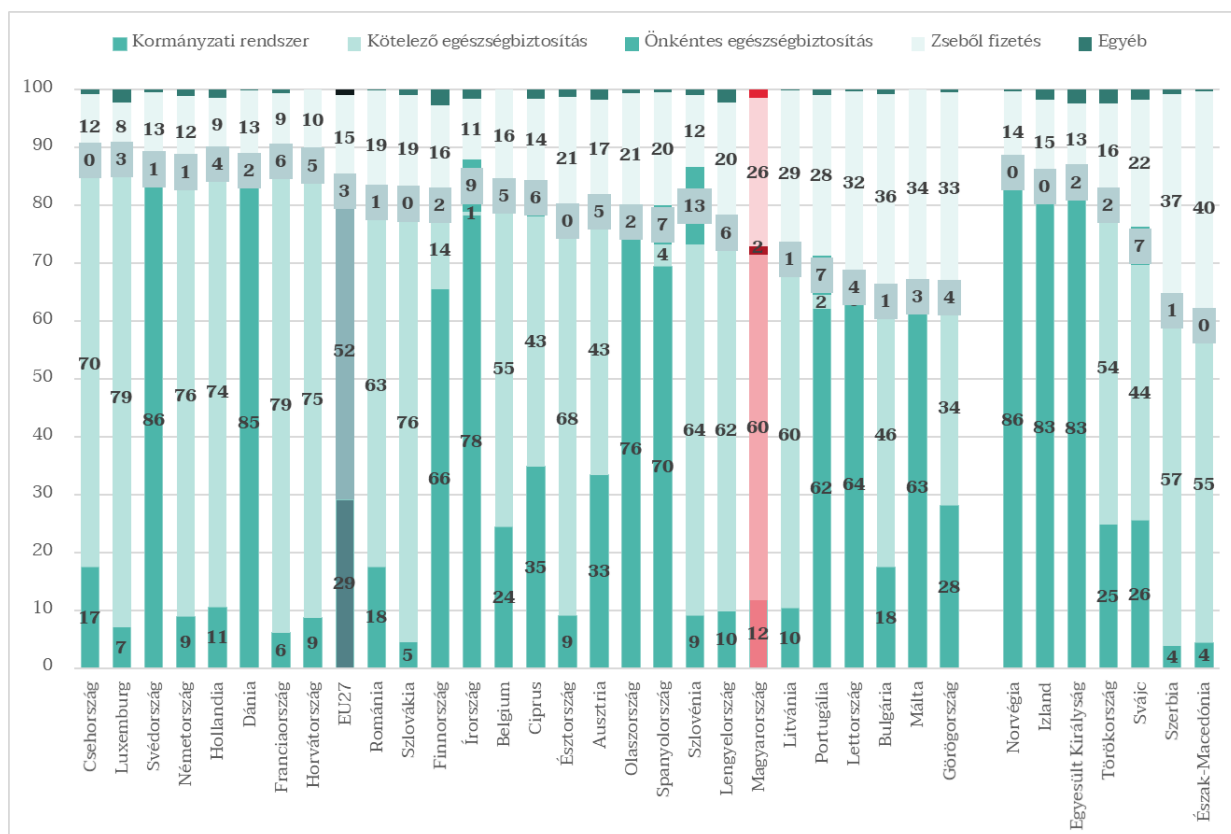
Ahogy azt 2022-ben készített tanulmányunkban bemutattuk, az egyes országok nagymértékben különbözhetnek egymástól **egészségügyi rendszereik finanszírozásának módja** és a finanszírozási módok aránya szerint, az Európai Unión belül is. A **közösségi finanszírozás** történhet **állami rendszerben** (adóbevételekből) **vagy kötelező biztosítási rendszerben** (járulékokból), utóbbi esetben a kötelező biztosítást egyes országokban az állam mellett magánbiztosítók is szolgáltatathatják. **A finanszírozás döntő többségét Európában ez teszi ki.** Országoként eltérő mértékben játszik szerepet a **magánfinanszírozás** is, ami megvalósulhat közvetlen **zsebből fizetés**ként (*out-of-pocket payment*) vagy **kiegészítő önkéntes biztosítás**ként. A kiegészítés utóbbi esetben lehet részleges térítés kötelezően biztosítandó ellátásokhoz (*complementary*), vagy olyan szolgáltatások vásárlása, amelyeket a kötelező biztosítási rendszer nem finanszíroz (*supplementary*).

Az EU27-ben 2020-ban az egészségügyi kiadások 81 százalékát fedezte a kormányzat vagy kötelező biztosítási rendszer (súlyozott átlag). A két kategória együttes aránya **Csehországban volt a legmagasabb**, 86 százalékkal,

majd 85 százalékkal következnek **Luxemburg, Svédország, Németország, Dánia és Franciaország**, és még az EU-átlag fölött, 84 százalékkal Horvátország. A **sor végén Bulgária, Málta és Görögország** áll, rendre 63, 63 és 62 százalékkal. **Magyarország 71 százalékkal** a 21. helyen áll.

A **zsebből fizetések** terén az **EU súlyozott átlaga 15 százalék** volt 2020-ban. Nem meglepő módon, az előző lista szinte fejreállva tükröződik. Az arány **Bulgáriában a legmagasabb**, 36 százalékkal, amit **Málta és Görögország** követ, 34 és 33 százalékkal – vagyis a kiadások egyharmadot meghaladó részével. **Magyarország 26 százalékkal a 6. helyen** áll. A **legalacsonyabb arányt Luxemburg, Franciaország és Hollandia** mondhatja magáénak, rendre 8, 9 és 9 százalékkal. Egyik előbbi listával se korrelál ugyanakkor az **önkéntes magánbiztosítások** aránya szerinti rangsor. A szektor részesedése eleve alacsony, az **EU súlyozott átlaga 3,5 százalékkal. 10 százalék fölötti mutatója** egyedül **Szlovéniának** van, 13 százalékkal. A dobogón **Írország és Portugália** következnek, 9 és 7 százalékkal. Az EU átlaga kivételesen medián-közeli helyet is jelent: 13 országban magasabb, 14-ben alacsonyabb a részesedés.

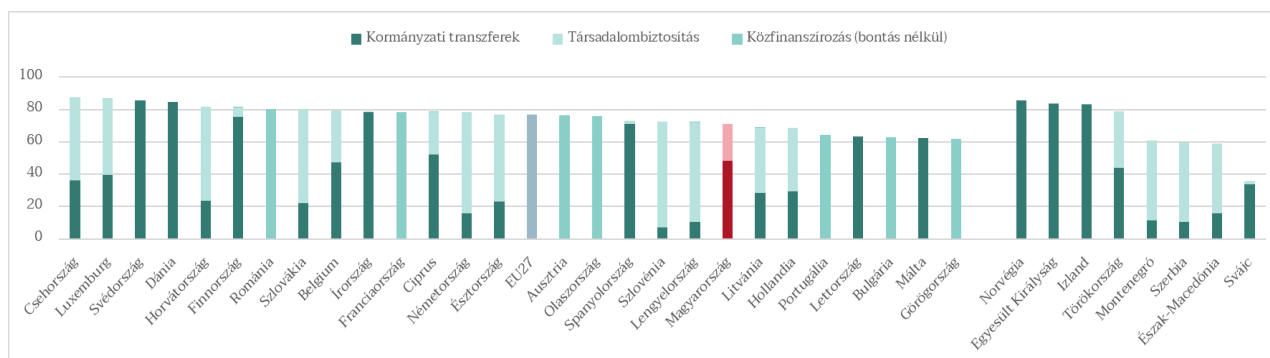
31. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK MEGOSZLÁSA A FINANSZÍROZÁS MÓDJA SZERINT (A TELJES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁS SZÁZALÉKÁBAN), 2020



Forrás: Health at a Glance: Europe 2022, <https://stat.link/xszdnl>, utolsó letöltés: 2023. 09.15.

Némileg eltérő képet kapunk, ha figyelembe vesszük, hogy **egyes országokban** (mint Németország, Franciaország vagy Svájc) **a kötelező modellben igénybe vett magánbiztosítók magánforrásokat is** bevonnak. **Ezzel korrigálva a közfinanszírozás aránya az EU27-ben 77 százalékot** tett ki 2020-ban. Az első három és az utolsó három ország nem változott, ugyanakkor az említett Németország, Franciaország és Svájc lényegesen hátrébb került a listán. **Magyarország** itt a 20. hely helyett a 21-en áll, ugyanúgy **71 százalékkal**, megelőzi ugyanis Hollandiát, amely 85 százalék helyett csak 69 százalékot mutathat fel.

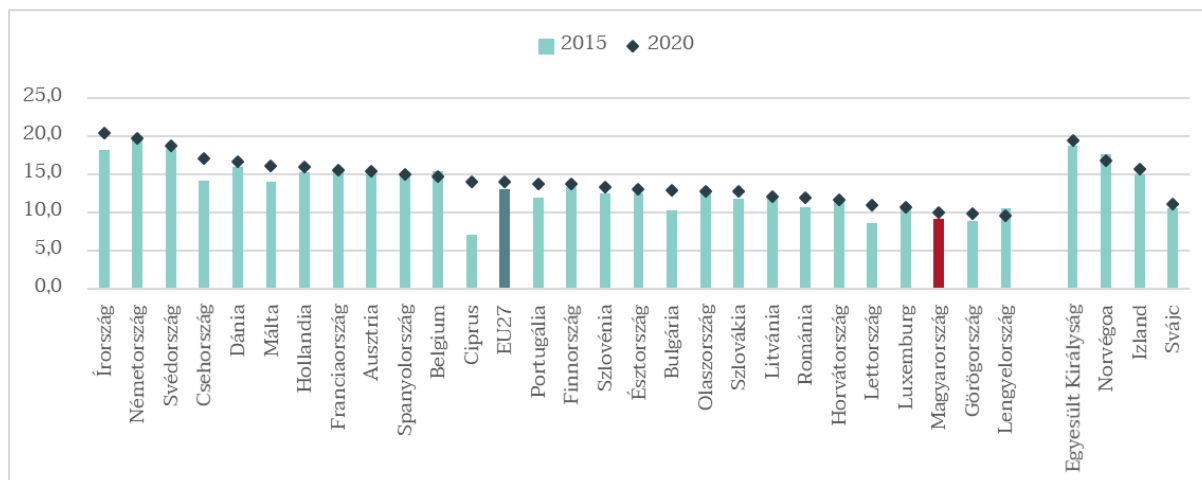
32. ÁBRA: KÖZFINANSZÍROZÁSÚ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK A TELJES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK ARÁNYÁBAN, 2020 (SZÁZALÉK)



Forrás: Health at a Glance: Europe 2022, <https://stat.link/rw39pi>, utolsó letöltés: 2023. 09.15.

A **2020-ban** megnövekedett egészségügyi kiadásokban az EU-n belül **a többléte jellemzően a közfinanszírozás hozta be**. A zebből finanszírozás és az önkéntes biztosítások aránya ugyanakkor csökkent, a sok elhalasztott elektív egészségügyi szolgáltatás miatt. Az alábbi ábra a **közfinanszírozás arányának változását** mutatja a teljes **állami kiadásokon belül**, 2015 és 2020 adatainak összehasonlításával. A **közfinanszírozású** egészségügyi kiadások részesedése az összes közkiadásból **Cipruson, Csehországban és Bulgáriában emelkedett a legnagyobb mértékben**, rendre 7,0, 3,0 és 2,6 százalékponttal, míg **Litvániában, Olaszországban, Belgiumban és Lengyelországban csökkent**, utóbbiban 1 egész százalékponttal. Az **EU átlaga 1 százalékponttal nőtt**, az államháztartás arányában 13-ról **14 százalékra**. A 2020-as adatokat tekintve az **első három helyen Írország, Németország és Svédország** áll rendre 20, 20 és 19 százalékkal (az EU-ból kilépett Egyesült Királyságban az arány szintén 19 százalék), az **utolsó háromon pedig Magyarország, Görögország és Lengyelország**, egyaránt (kerekítve) **10 százalékkal**.

33. ÁBRA: KÖZFINANSZÍROZÁSÚ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK AZ ÁLLAMHÁZTARTÁSI KIADÁSOK ARÁNYÁBAN, 2015-BEN ÉS 2020-BAN (SZÁZALÉK)

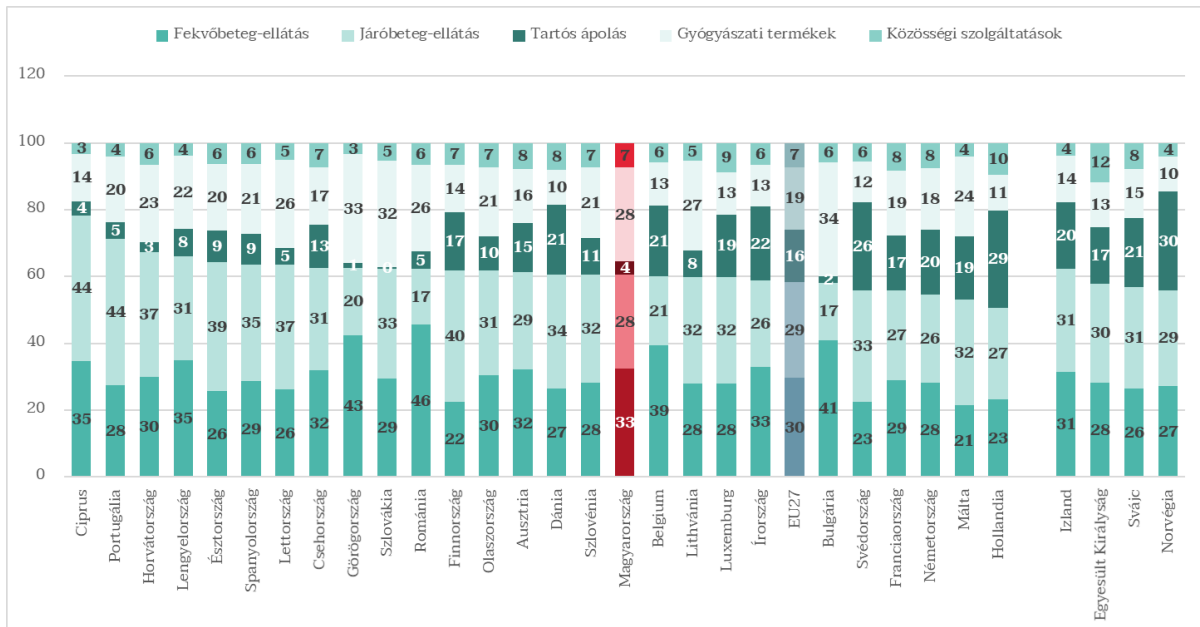


Forrás: Health at a Glance: Europe 2022, <https://stat.link/e3y7k6>, utolsó letöltés: 2023. 09.15.

Az egészségügyi kiadások **funkciók szerinti megoszlását** tekintve az adatok szerint az **Európai Unióban** 2020-ban átlagosan (súlyozott átlag) a kiadások **59 százalékát** fordítottuk **gyógyászati és rehabilitációs kezelésekre** – ebből 30 százalék a **fekvőbeteg-ellátás**, 29 százalék a **járóbeteg-ellátás**. **Tartós ápolásra** a kiadások 16 százalékát, **gyógyszerekre és gyógyászati termékekre** a 19 százalékát³³, míg **közösségi szolgáltatásokra** – mint a közegészségügy, megelőzés, egészségügyi adminisztráció – a 7 százalékát.

³³ Módszertani megjegyzés: több országban nehézséget okoz a kórházi kezelések során alkalmazott gyógyszerek költségeinek szétválasztása, így az nem a gyógyszer-, hanem a kórházi kiadások között jelenik meg. Ilyen esetben a gyógyszerekre fordított kiadások a valóságnál kisebbek, a fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátásra fordított összegek magasabb értékkel jelenhetnek meg a statisztikákban.

34. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK FUNKCIÓK SZERINTI MEGOSZLÁSA, 2020
(SZÁZALÉK)



Forrás: Health at a Glance: Europe 2022, <https://stat.link/a9toqy>, utolsó letöltés: 2023. 09.15.

A kiadások **szolgáltatások szerinti megoszlásának** arányában erős a szórás az EU-n belül. **Gyógyászati és rehabilitációs kezelésekre az arányaiban legtöbbet** költő három ország **Ciprus, Portugália és Horvátország** volt 2020-ban, rendre 78, 71 és 67 százalékkal. A **legkisebb arányban Németország, Málta és Hollandia** költött, rendre 55, 53 és 51 százalékkal. **Magyarországon** ez az arány az EU-átlaghoz közeli, **60 százalék** volt. Ezen belül **fekvőbeteg-ellátásra** arányaiban **legtöbbet Románia, Görögország és Bulgária** költött, rendre 46, 43 és 41 százalékkal, míg a **legkevesebbet Svédország, Finnország és Málta**, rendre 23, 22 és 21 százalékkal. **Magyarország** a nyolcadik legnagyobb aránnyal rendelkezett, **33 százalékkal**.

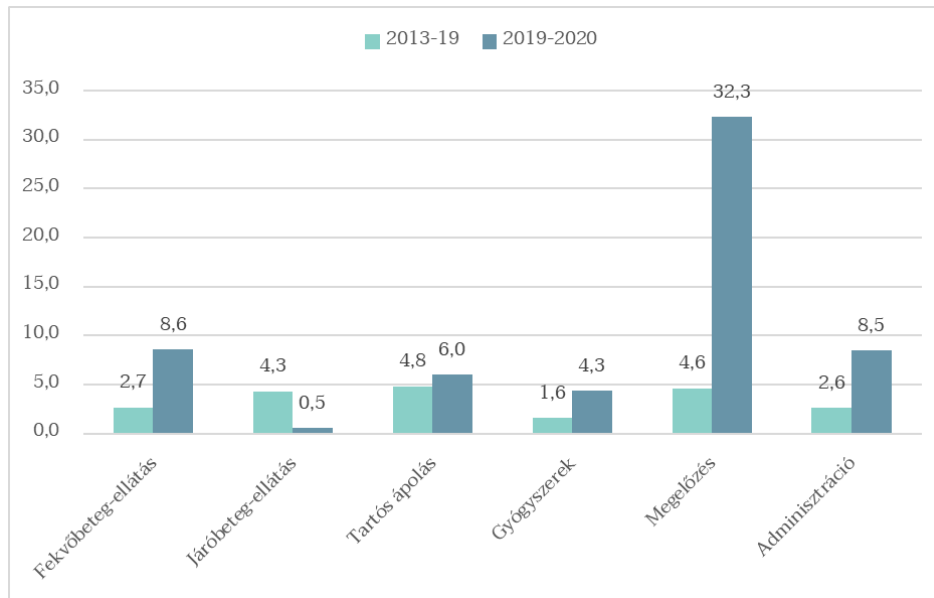
A **fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátás egymáshoz viszonyított arányában** hasonlóan **nagy szórás** látunk. Az EU-ban 2020-ban 16 ország költött többet járóbetegellátásra, mint fekvőbeteg-ellátásra – a legnagyobb különbség Finnország, Portugália és Észtország esetében volt, rendre 17, 16 és 13 százalékponttal. A lista másik végén Görögország, Bulgária és Románia állt, ahol a kórházi ellátások kiadásai rendre 23, 24 és 29 százalékponttal haladták meg a járóbeteg-ellátását. Magyarország szintén ebben a mezőnyben van, 5 százalékponttal volt nagyobb a

fekvőbeteg-ellátás aránya. Az EU27 súlyozott átlagában a megoszlás aránya a két kiadáscsoport között közel fele-fele.

Az egészségi okú **tartós ápolás** terén **még nagyobb eltérésekkel** találkozhatunk. Ez a kiadáscsoport **Hollandiában, Svédországban és Írországbán** rendelkezett 2020-ban **a legnagyobb** aránnyal, rendre 29, 26 és 22 százalékkal, míg **Bulgáriában, Görögországban és Szlovákiában** **a legkevesebbel**, rendre 2, 1 és (kerekítve) 0 százalékkal (0,43). **Magyarország** a 23. helyen állt, **4 százalékkal**.

Tanulságos összevetni, hogy hogyan változott évről évre az **egy főre jutó kiadások aránya szolgáltatási csoportonként**, a COVID előtt és annak kitörése után. **2013 és 2019 között** az EU átlagában évente átlagosan 2,7 százalékkal nőttek a fekvőbeteg-ellátások, 4,3 százalékkal a járóbeteg-ellátásoké, 4,8 százalékkal a tartós ápolásé, 1,6 százalékkal a gyógyszerkiadások, 4,6 százalékkal a megelőzésre fordított összegek, és 2,6 százalékkal az adminisztrációs költségek. **A növekedési arányok 2019-ről 2020-ra erősen felborultak.** A fekvőbeteg-ellátás kiadásai 8,6 százalékkal, a járóbetegellátásé 0,5 százalékkal, a tartós ápolásé 6,0 százalékkal, a gyógyszereké 4,3 százalékkal, a megelőzésé 32,3(!) százalékkal, az adminisztrációé 8,5 százalékkal nőttek. Vagyis a járvány előtti időszakhoz képest **nagyságrenddel nőttek a megelőzésre fordított kiadások, többszörösére nőtt a fekvőbeteg-ellátás,** a gyógyszerkiadások és az adminisztráció növekedési üteme, míg a **járóbetegellátásé szinte szinten maradt,** miután jelentősen csökkent a korábbi évekre jellemző növekedési üteme.

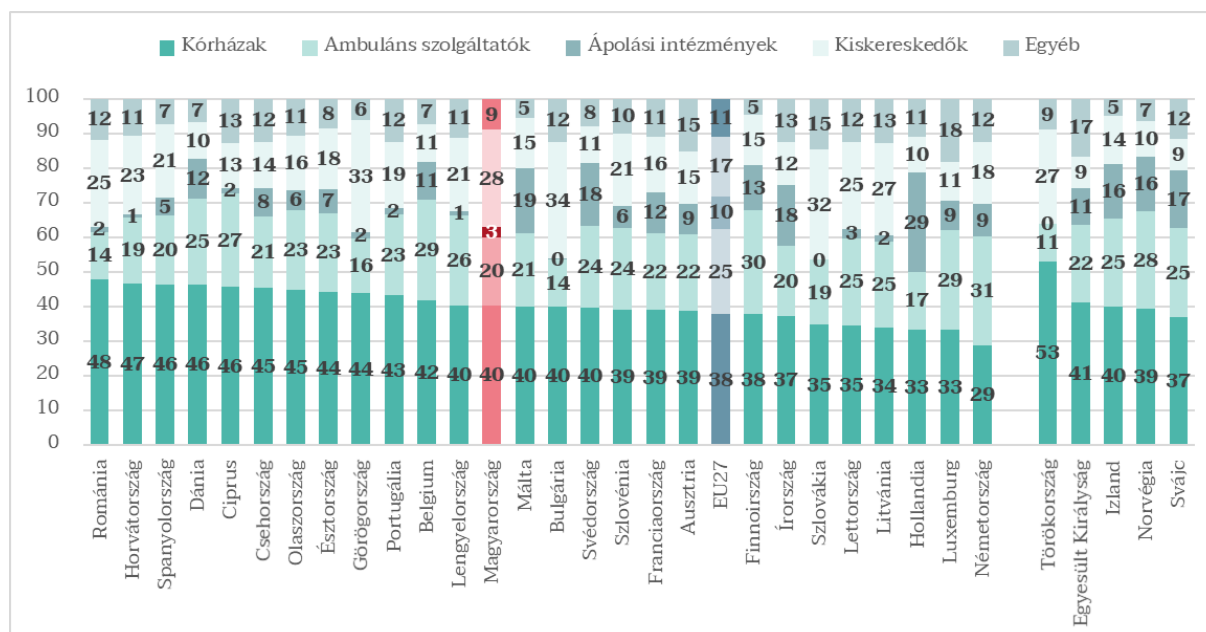
35. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK REÁLÉRTÉKÉNEK ÁTLAGOS VÁLTOZÁSA FUNKCIÓK SZERNT, AZ EU ÁTLAGÁBAN (SZÁZALÉK)



Forrás: Health at a Glance: Europe 2022, <https://stat.link/wr6d7s>, utolsó letöltés: 2023. 09.15.

Az **egészségügyi szolgáltatókat** az OECD az *Egészségügyi számlák rendszere (System of Health Accounts)* alapján a következőképpen csoportosítja: **kórházak**, bentlakásos **tartós ápolási** intézmények, **ambuláns szolgáltatók** (háziorvosi és szakorvosi rendelők, fogászati rendelők, járóbeteg-ellátó központok, otthoni egészségügyi szolgáltatást nyújtók), **kiegészítő szolgáltatók** (pl. mentők, betegszállítók, laboratóriumok), **kiskereskedők** (pl. gyógyszertárak), **megelőzést** biztosító szolgáltatók (pl. népegészségügyi intézmények).

36. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK MEGOSZLÁSA SZOLGÁLTATÓK SZERINT, 2020 (SZÁZALÉK)



Forrás: Health at a Glance: Europe 2022, <https://stat.link/wix7fd>, utolsó letöltés: 2023. 09.15.

A szolgáltatói kategóriák közül szinte minden EU-tagállamban a **kórházak** hasították ki a **legnagyobb arányt** a kiadásokból 2020-ban, az **EU27 súlyozott átlagában 38 százalékot**. A **legnagyobb arányt Romániában, Horvátországban és Spanyolországban** képviselik, rendre 48, 47 és 46 százalékkal, míg a **legkisebbet Hollandiában, Luxemburgban és Németországban**, rendre 33, 33 és 29 százalékkal. **Magyarországon** ez az érték **40 százalék**, valamivel az EU-átlag fölött.

A második legnagyobb részesedéssel az **ambuláns szolgáltatók** bírtak 2020-ban, az **EU27 súlyozott átlaga 25 százalék** volt. A **legnagyobb arányt Németországban, Finnországban és Belgiumban** képviselték, rendre 31, 30 és 29 százalékkal, míg a **legkisebbet Görögországban, Bulgáriában és Romániában**, rendre 16, 14 és 14 százalékkal. **Magyarország** jelentősen elmaradva az EU átlagától, **20 százalékkal a 21. helyen** áll.

A legkisebb részesedést az **EU27 átlagában a bentlakásos tartós ápolási intézmények** képviselték 2020-ban, **10 százalékos** értékkel. A **szórás rendkívül nagy**. Míg az éllovas **Hollandia, Málta és Svédország** esetében a részesedés rendre 29, 19 és 18 százalék, addig a sereghajtó **Horvátország**,

Bulgária és Szlovákia esetében az 1 százalékot sem éri el. Magyarországon ez az arány 3 százalékot tesz ki.

Az egészségügyi **kiskereskedelmi forgalom** az **EU27** súlyozott átlagában 17 százalékot, **Magyarország** esetében 28 százalékot tesz ki. Az **egyéb** kategória az **EU**-ban átlagosan 11 százalékot, **Magyarországon** 9 százalékot képvisel.

A **kórházak funkciói** országonként jelentősen eltérhetnek. Túlnyomó részt fekvőbeteg-ellátást biztosítanak, de fontos szerepük lehet a járóbeteg-ellátásban is. A *Health at a Glance Europe 2022* szerint **Németországban, Görögországban és Bulgáriában** nagyjából **egyfunkciósak** a kórházak, a kiadások több, mint 90 százalékát **fekvőbeteg-ellátásra** költve, addig **Portugáliában, Finnországban, Dániában és Svédországban** a 40 százalékot is meghaladja a **járóbetegellátás** aránya.

A COVID-19 járvány következményeként a kormányzatok több országban többletforrásokat juttattak a kórházaknak, a teljes egészségügyi kiadásokból való részesedésük az EU27 átlagában fél százalékponttal nőtt 2020-ban 2019-hez képest. A járvány következményekkel járt a kórházi ellátások összetételére is. Mivel az egynapos elektív sebészeti eljárások jelentős részét elhalasztották 2020-ban, az ambuláns ellátások aránya fél százalékponttal csökkent, míg a fekvőbetegellátásé 1 százalékponttal nőtt.

5.3. Folyamatban lévő vagy megvalósított kórházreformok

5.3.1. A szlovákiai folyamatban lévő kórházreform

Szlovákia egészségügyi rendszerét az 5.1.1. pontban mutattuk be. Ebben a részben azt a kórházi reformtervet mutatjuk be³⁴, amelyről ugyan szakmai és politikai

³⁴ Csiki Gergely: Szlovákia megoldja: szokatlan módon teszik rendbe az egészségügyet - 2018. szeptember 11. <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20180911/szlovakia-megoldja-szokatlan-modon-teszik-rendbe-az-egeszsegugyet-297316> ; letöltés: 2023.07.24.

Csiki Gergely: Szlovákiában elbukott a szokatlan egészségügyi átalakítás - Mit tanulhat ebből Magyarország? - 2020. július 28.

<https://www.portfolio.hu/gazdasag/20200728/szlovakiaban-elbukott-a-szokatlan-egeszsegugyi-atalakitas-mit-tanulhat-ebbol-magyarorszag-442552> ; letöltés: 2023.07.24.

Érsek M. Zoltán: Egészségügyi reform I. - Szlovákiai káosz – magyar tanulságok - 2020. november 18.

<https://azuzlet.hu/egeszsegugyi-reform-i-szlovakiai-kaosz-magyar-tanulsagok> ; letöltés: 2023.07.24.

Egészségügyi reform II. – Szlovákia után szabadon - 2020. november 19.

konszenzus alakult ki immár öt éve, de a gyakori választások és kormányváltások miatt a megvalósításnak egyelőre csak az első, előkészítő jellegű lépéseiről született döntés.

A **kórházi rendszer átalakítását** célzó, nagyléptékű **reformelképzelés 2018-ban** került a kormányzati tervezői asztalra. Az Egészségügyi Minisztérium terve **háromszintű intézményrendszer** létrehozását célozta meg a **fekvőbeteg-ellátásban**, meghatározva, hogy az **adott szinten milyen egészségügyi ellátást** kell biztosítani a betegek részére, ehhez igazítva differenciáltan, minőségi mutatók alapján a **finanszírozást** is, átalakítva ezzel együtt egyben a **betegutakat** is. (A szakmai előkészítő munkában külső tanácsadóként az a **Boston Consulting Group** is részt vett, amely *2020 óta a magyar kormány részére is* egészségügyi reformjavaslatokat dolgoz ki.) Az előzetes elképzelések szerint a **65 működő kórház nagyobb része az első szinten** működne. Ezek a kisebb, **lokális kórházak** csak sürgősségi ellátást és alapvető műtéteket végeznének el. A **második szinten**, a **regionális kórházakban** látnák el a magasabb szintet igénylő beavatkozásokat, műtéteket – ilyenből a **tervek szerint 10** működne az országban. A **harmadik szint** a magasan specializált intézményeké, **nemzeti kórházaké**, amelyből **2-3** lenne az országban. A reformtervek fontos eleme az **egészségügyi és a szociális rendszer integrációja**, azzal a céllal, hogy szociális okból ne tartsanak fenn kórházi ágyakat, ugyanakkor biztosítsák a megfelelő ellátást az érintetteknek. Szintén fontos feltétele a vázolt új kórházi rendszer működésének a **járóbeteg-ellátás színvonalának fejlesztése**.

A **reformtervek alap gondolata nem a megtakarítás, hanem** az adott költségvetési keretből történő minél **nagyobb hatékonyság, a „value for money”** elérése, vagyis az egyes intézkedések során elért megtakarítások a rendszerben maradnának. A tervek **nem azonnali bevezetésről** szóltak, a döntés utáni első év feladata elsősorban az információgyűjtés. **A döntést** ennek

<https://azuzlet.hu/egeszsegugyi-reform-ii-szlovakia-utan-szabadon> ; letöltés: 2023.07.24.

Küszöbön az egészségügyi reform - 2021. augusztus 10.

<https://ma7.sk/aktualis/kuszobon-az-egeszsegugyi-reform> ; letöltés: 2023.07.24.

Eldölt a kórházak sorsa Szlovákiában - 2022. december 30.

https://www.magyarhirlap.hu/haron_tul/20221230-eldolt-a-korhazak-sorsa-szlovakiaban; letöltés: 2023.07.24.

ellenére – bár szinte teljes szakmai és politikai konszenzus volt mögötte – a közelgő 2020-as választások miatt **2019 decemberében elhalasztotta** a kormány. Az átalakítás ugyanakkor nem került le a napirendről, és **2022. decemberében az Egészségügyi Minisztérium közzétette a kórházak felosztását** fentebb említett három szint szerint. A lista ugyanakkor még nem végleges.

5.3.2. A német egészségügyi rendszer és a folyamatban lévő kórházreform

Egészségügyi rendszer jellege, biztosítottság

A **német egészségbiztosítási rendszer**³⁵ (*social health insurance, SHI*) a **világ legrégebbi társadalombiztosítási rendszere**. Az egészségügyi rendszer **bőkezű ellátási csomagot** és **univerzális hozzáférést biztosít** minden németországi rezidensnek a jó minőségű és hatékony ellátáshoz.

Az egészségügyi rendszerben a **döntéshozatal megoszlik a szövetségi és tartományi szintek** között, emellett jelentős szerepe van az **önkormányzó testületeknek** is. Ebben az összetett irányítási struktúrában a **szövetségi kormány** csak a **jogi keretrendszert** alkotja meg, míg a **szabályozás részleteit** a **Szövetségi Vegyes Bizottság** (*Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA*), az ország legmagasabb önkormányzó döntéshozó testülete által kiadott irányelvek határozzák meg. A Bizottságban részt vesznek az egészségbiztosítók, az orvosok, a fogorvosok és a kórházak szövetségeinek képviselői, három független tag, valamint egy betegjogi képviselő, szavazati jog nélkül. A **G-BA dönt** az **egészségügy társadalombiztosítási ellátások, a visszatérítések rendszere** és a **minőségbiztosítás** ügyében.

A **tartományok felügyelik a regionális önkormányzó testületeket**, valamint **felelősek a kórházi tervezésért és befektetésekért**, ahogy az **orvosképzésért** is. Szintén a tartományi kormányzatok felelnek a **közegészségügyért** és annak szervezetéért.

³⁵ OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission: State of Health in the EU – Germany Country Health Profile, 2021 ; https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/germany-country-health-profile-2021_e4c56532-en ; letöltés: 2023.07.26.

Szövetségi Egészségügyi Minisztérium honlapja: The German healthcare system ; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschuere_n/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_EN.pdf ; letöltés: 2023.07.28.

Az **egészségbiztosítás kötelező**, ugyanakkor egy bizonyos jövedelmi küszöb fölött, vagy meghatározott szakmacsoportokban (pl. önfoglalkoztatók, köztisztviselők) **lehetőség van az állami rendszerből való kiserződésre**, és bejelentkezni helyette egy helyettesítő (*substitutive*) **magán-egészségbiztosítóba** (*private health insurance, PHI*). 2019-es adatok szerint **a népesség 11 százaléka választotta a kiserződést**, míg **89 százalék az SHI rendszerben** maradt. Az elviekben **teljes lefedettség** a gyakorlatban is szinte hiánytalanul megvalósul, mindössze 0,1 százalék marad ki pénzügyi vagy adminisztratív akadályok miatt. A több-kifizetőhelyes (*multi-payer*) egészségbiztosítási rendszer **103 állami egészség-biztosítóból**³⁶ és **41 magánbiztosítóból** áll. A három legnagyobb egészség-biztosító a lakosság egyharmadát fedi le.

Egészségügyi kiadások és finanszírozásuk

Németország az **egy főre jutó egészségügyi kiadásokban** és ezek **GDP-hez viszonyított arányában** egyaránt **első helyen** áll az **Európai Unióban**. Vásárlóerőparitáson számolva az egy főre jutó egészségügyi kiadás **4.505 euró** volt 2019-ben, ami 28 százalékkal volt magasabb a **3.523 eurós EU-átlagnál**. Az egészségügy **GDP-arányos kiadásai 11,7százalékot** tettek ki, szemben az **EU 9,9 százaléka**val.

A **kiadási struktúrát** tekintve Németország **valamennyi kategóriában több pénzt** költ, mint az EU27 átlaga. **Fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátásra** ugyanakkor az összkiadáson belül **aránylag kevesebbet** költ, mint az *EU27* átlaga: **27-27 százalék** az uniós *29,1* és *29,5 százalék*-kal szemben. **Arányaiban is többet** költenek ugyanakkor **tartós ápolásra**, a kiadások **19 százalékával**, szemben az *EU27 16 százalékával*. **Gyógyszerekre és gyógyászati eszközökre** hasonló arányban költenek (Németország **19 százalék**, *EU27 18 százalék*), míg **megelőzésre** az *EU27-es 3 százalékhoz* hasonlóan megegyező arányban **3százalékot**. A tartós ápolás kiadásainak növekedése a 2017-es reformcsomagnak köszönhető, amely egyrészt kiterjesztette az ellátási csomagot, másrészt bővítette

³⁶ A német *Krankenversicherung* szó szerint betegbiztosítót jelent, az angol terminológia is részben a tükörfordítást követi: *sickness fund*, vagyis betegségi-pénztár. Tartalmilag az egészségbiztosítónak felel meg, magyar szövegben ezért ezt a fordítást javasoljuk.

az ellátásra jogosultak körét. A tartós ápolási szolgáltatásokra külön kötelező állami biztosítás vonatkozik.

Az **egészségügyi kiadások** döntő többségben, **84,6 százalék-ban közfinanszírozásúak**, beleértve a kötelező társadalombiztosítás (SHI) helyett választott helyettesítő magánbiztosítók (PHI) kifizetéseit is. Az EU-ban ennél magasabb közpénz-arányt csak Luxemburg (85,0 százalék) és Svédország (84,9 százalék) biztosított 2019-ben. 2020-ban és 2021-ben az egészségügyi szektor állami támogatása a COVID-19 járvány miatt tovább emelkedett. A **zsebből kifizetések** (*out-of-pocket (OOP) payments*) aránya 2019-ben **12,7 százalék** volt, az EU27 **15,4 százalékos** aránya alatt. Az **önkéntes magánpénztárak** részesedése a kifizetésekből **2,7 százalék** volt. Az **OOP-kiadások 35 százalék-a tartós ápolásra** fordítódott, amely magas arányt magyarázza, hogy az SHI csak 50 százalékban finanszírozza az intézményi tartós ápolást. Az **OOP 19,6 százalékát gyógyszerkiadások** teszik ki, nagyrészt vény nélkül kapható gyógyszerekre fordítva. A **terápiás eszközök** (pl. szemüveg, hallókészülék) **15,7 százalékot**, a **fogászat 13,4 százalékot** tett ki. A **járóbeteg-szakellátás** OOP-kiadásai (**12,6 százalék**) olyan egyéni egészségügyi szolgáltatásokat fedeznek, amelyek gyógyászati hatását az SHI nem tekinti bizonyítottak. A PHI-szerződésnek ugyanakkor része lehet az ilyen ellátás is.

Egészségügyi ellátórendszer

Az **egészségügyi ellátórendszert a szövetségi és tartományi kormányok**, illetve az 1. pontban említett **önkormányzó szervezetek működtetik**, megosztva egymás között a döntési jogköröket. Az egészségügyi intézmények a társadalombiztosítási egészségbiztosítással (SHI) és a helyettesítő magánbiztosítással (PHI) rendelkezőket egyaránt ellátják, **a biztosítók ugyanazt az ellátórendszert veszik igénybe.**

Németországnak rendkívül **nagy kórházi rendszere** van, **7,9 kórházi ágygal** 1000 lakosra – ami a legmagasabb arány az EU-ban, és 50 százalékkal haladja meg az EU27 **5,3-as átlagát**. Szakértők **régóta bírálják hatékonysági alapon ezt a magas ágykapacitást**, és rendre felhívják annak szűkítésére. Az ágykapacitás ugyan 13 százalékkal csökkent 2000 óta, ugyanakkor ebben az időszakban Finnország és Dánia több, mint 40 százalékkal szűkítette azt. A COVID-19 idején

ugyanakkor átmenetileg fordult a kocka, mert a nagy német ágykapacitás könnyebben lehetővé tette a megnövekedett betegszámmal való megbirkózást.

Németországban szintén **magas az orvosok és ápolók száma**, a lakossághoz viszonyított arányukat és létszám-növekedésüket tekintve is. A **diagnózis-függő kifizetési rendszer** (*diagnosisrelated group (DRG)-based payment system*) 2004-es bevezetése óta a kórházakban dolgozó orvosok száma 42 százalékkal nőtt, a járóbetegellátásban pedig 25 százalékkal. Ezzel együtt, paradox módon, a magas ágyszám miatt az **orvosok ágyszámhoz viszonyított aránya** EU-s viszonylatban alacsony.

Németországban a **jelentett ellátatlansági esetek** (*reported unmet needs for medical care*) száma Európában a legalacsonyabbak közé tartozott, az össznépesség **0,3 százalékát** érintve. Az alacsonyabb jövedelműek között természetesen magasabb volt a szám, mint a magas jövedelműek között, de a rés is kisebb volt, mint az EU-ban általában.

Az állami vagy magánbiztosítókön keresztül megvalósuló **kötelező egészségbiztosítás gyakorlatilag teljeskörű** (99,9 százalékos), **univerzális ellátást** biztosít minden németországi rezidensnek. A rendszerből kimaradó csekély létszám nagy része önfoglalkoztató vagy munkanélküli. A biztosítatlanok körét 2013-ban és 2018-ban jogszabályi eszközökkel is szűkítették, aminek eredményeképpen 2015 és 2019 között 23 százalékkal csökkent a létszámuk.

A nemzeti rendszer sajátosságai, reformok

A német kórházakban meglévő **nővérhiány orvoslására 2019-ben törvényt** hoztak (*Nursing Staff Empowerment Act*), amivel felhatalmazták az önkormányzó testületeket, hogy zárják ki az ápolói bérköltéseket a DRG-alapú finanszírozásból. **2020 óta az ápolói fizetéseket közvetlenül az egészségbiztosítók finanszírozzák**, míg a többi működési költség maradt a DRG-rendszerben. Az ápolói létszám bővítésének másik eszköze az **egy ápolóra jutó betegek létszámának maximalizálása** volt a különösen ápolásigényes részlegeken, mint az intenzív vagy geriátriai osztályokon.

A **gyógyszerekkel való jó ellátottság** fontos eszköze Németországban a **generikumok részesedésének növelése** a vényre felírt gyógyszerek között. A

német gyógyszerpiacon belüli generikum-részesedés a legmagasabb Európában, 2019-ben mennyiségét tekintve 83 százalék, a közfinanszírozott gyógyszerek közötti piaci részesedése pedig 32 százalékot tett ki. A gyógyszerárak visszafogását **kötelező árkedvezmények** és **referenciaárak** alkalmazása is segíti. A legtöbb országgal ellentétben Németországban nincs pozitív lista a tb-támogatott gyógyszerekről, mivel **minden vényre felírt gyógyszerre részleges térítést** adnak, akár a legdrágábbakra is, ha az megfelel az összehasonlító hatékonyság-értékelésnek. Mindennek eredményeképpen azoknak az aránya, akik pénzügyi okokból nem tudnak hozzáférni valamilyen gyógyszerhez, a lakosság 3,7százalékát teszik ki, ami jóval kevesebb az EU27 6,2 százalék-os átlagánál.

A 2022-ben indított kórházreform³⁷

2022. május 2-án *Karl Lauterbach* professzor, német szövetségi egészségügyi miniszter bejelentette: **2023-tól kezdve az egészségpolitika prioritása az átfogó kórházi reform** megvalósítása lesz. A reform céljaként nevezte meg a sürgősségi ellátás javítását, a nővérhiány orvoslását, valamint a kórházi tervezés és finanszírozás szerkezeti átalakítását. Az ajánlások megfogalmazására **új kormányzati bizottságot** hoztak létre a **korszerű és szükségletalapú kórházi ellátások** jegyében (*Government Commission for Modern and Needs-Based Hospital Care*).

A minisztérium reformtervei **három fő pillérre** támaszkodnak:

- A **kórházak minősítése, besorolása** három kategóriába.
- A **finanszírozási rendszer** reformja.

³⁷ Germany: Planned reform to hospitals - 2023. május 16.

<https://www.lightning.health/news/germany-planned-reforms-to-hospitals> ; letöltés: 2023.07.28.

Extensive reforms could change the face of German healthcare - 2023. január 19.

<https://home.healthcarebusinessinternational.com/blog/extensive-reforms-could-change-the-face-of-german-healthcare> ; letöltés: 2023.07.28.

Joe Quiruga: The German hospital reforms have become a farce - 2023. május 26.

<https://www.healthcarebusinessinternational.com/the-german-hospital-reforms-have-become-a-farce> ; letöltés: 2023.07.28.

Imogen Goodman: Explained: What Germany's new hospital reform plans mean for patients - 2023. július. 11.

<https://www.thelocal.de/20230711/explained-what-germanys-new-hospital-reform-plans-mean-for-patients> ; letöltés: 2023.07.28.

Hospital Associations Disappointed in German Hospital Reform ; 2023. július. 24.

<https://www.medscape.com/viewarticle/994706?form=fpf> ; letöltés: 2023.07.28.

- A valós szükségleten felüli **kisebb kórházak bezárása**, a kezelések átszervezése járóbeteg szakellátásba vagy nagyobb regionális kórházakba.

Az **új besorolási rend** szerint a kórházakat **három ellátási szint** szerint kategorizálnák, ami **finanszírozásukat is** befolyásolná. Az intézmények **fix összegű fenntartási díjat** kapnának, amelynek mértéke ugyanakkor a **besorolásuktól függ**. A minősítés szerinti kategóriák a következők lennének:

- **Alapellátást biztosító kórházak** (*primary care hospitals*), amelyek alapvető orvosi, ápolási és sebészeti ellátást nyújtanának.
- **Általános és szakkórházak** (*regular and specialist care hospitals*) az összetettebb kezelések biztosítására.
- **Maximális ellátást biztosító kórházak** (*maximum care hospitals*), mint amilyenek az egyetemi klinikák.

Németországban **a kórházak jelenleg bármilyen ellátás nyújtására jogosultak**, méretüktől függetlenül. A következő öt évben ugyanakkor a várakozások szerint olyan átalakuláson mennének át **a reform megvalósulása esetén**, ami után **csak a megfelelő specializáció és felszereltség birtokában** kezelnének betegeket. A minisztérium szerint a követelmények és feltételek eddig elég homályosak voltak. **A tervezett szigorúbb szabályozás és a besorolások miatt a kisebb kórházak egyes ellátásokat már nem tudnának finanszírozható módon ellátni**, ami miatt **szűkíteniük kell majd szolgáltatási palettájukat**, ha el akarják kerülni a bezárást. A maximális ellátást biztosító **egyetemi kórházak** ugyanakkor **extra térítést** kapnának, hogy megbirkózhassanak az összetett esetek kezelésének terhelésével.

A javaslat szerint **regionálisan kell megtervezni**, hogy **mely intézmények biztosítsanak járó- vagy fekvőbetegellátást** annak érdekében, hogy a vidéki lakosság hozzáférhessen a magas szintű szolgáltatásokhoz. Kritikus vélemények szerint ugyanakkor a kisebb helyi kórházak valójában ápolási otthonok lennének, ami egyes vidékeket a jelenleginél is rosszabb helyzetbe hozna.

A reformtervek szerint **módosítanának a finanszírozáshoz szükséges kritériumokon** a kezelésekbeli elmaradások csökkentése és az egyes kezelésekre

vonatkozó egységes, következetes, konzisztens szabványok megerősítése érdekében.

A kórházak finanszírozása **jelenleg az általuk kezelt esetek száma alapján** történik, ami Lauterbach szerint „mókuserék-hatáshoz” vezet, amikor **a kórházak a lehető legtöbb beteget veszik fel**, és olyan kezeléseket is elvégeznek, amelyekben nem biztos, hogy megfelelő szakértelemmel rendelkeznek. Máskor a korai hazabocsátást ösztönözheti, amikor a betegek még mindig ellátásra szorulnának, vagy a szükséges, de nem jövedelmező szakterületek, például a gyermekgyógyászat bezárásához vezethet. A „túlműködést” ösztönző **diagnózis-függő átalánydíj** (*flat rate DRG (diagnosis related group) tariff*) irányából a **reformtervek szerint az elmozdulást** az jelentené, ha **a fókusz a mennyiségről a minőségre** irányulna. Ennek érdekében a kórházak az általuk nyújtott ellátások alapján kapnák a finanszírozást – feltéve, ha képesek az adott ellátást az ahhoz szükséges szabványok szerint nyújtani. **A kórháznak, amennyiben az adott kezelés-típust biztosítani akarja, akkor ehhez bizonyítania kell, hogy rendelkezik a szükséges felszereléssel, személyzettel és tapasztalattal.** A minisztériumi várakozások szerint ez abba az irányba vezethet, hogy a kisebb kórházak szűkítik az ellátási kínálatuk szélességét, annak érdekében, hogy az alapvető ellátásokban magasabb szabványoknak tudjanak megfelelni. Ez egyfelől utazási többletet jelenthet a pácienseknek, amennyiben összetettebb kezelésekre van szükségük, ugyanakkor ezt megbízhatóbb szinten kapják majd meg.

A reform **politikailag legérzékenyebb részét az esetleges kórházbezárások** jelentik. Bajorország kormánya már 2022-ben jelezte, hogy **a szövetségi kormánynak nincs jogosultsága bezárni kórházakat a tartományi kormányok engedélye nélkül.** Ebben kódolva van a nyilvánvaló **politikai ellentét a szövetségi és tartományi szint között**, mivel a tartományi kormányok jobban függenek a helyi szavazóktól, a kórházbezárás pedig népszerűtlen intézkedés, ami szavazatvesztéssel jár.

A **kórházbezárási hullám** ugyanakkor nem új jelenség, **a reformoktól függetlenül is elindult. 1991-ben még 2.400 kórház volt, ami 2010-re 2.000-re, majd 2023-ra 1700-ra csökkent.** 2022-ben a kórházak 20 százalékát

fenyegette bezárás. *Lauterbach miniszter szerint* abban lehet bízni, hogy a reformok legalább fékezik ezt a hullámot, és *az új finanszírozási rendszer egyfajta túlélési garanciát* biztosíthat a vidéki kórházaknak. Az intézmények bezárásában vagy tovább-működtetésében ugyanakkor a minisztériumnak korlátozottak a lehetőségei, **a döntés a tulajdonosoké**. A kormányzat abban tud segíteni, hogy kedvezőbb feltételeket biztosítson a további működéshez.

A strukturális és finanszírozási reformokat egészíti ki az ún. **átláthatósági törvény** kidolgozása, amely **teljes áttekintést biztosít** majd a pácienseknek a **régióbeli kórházakról** és az általuk **biztosított ellátásokról**. A beteg rá tud keresni az adott kezelések elérhetőségére és minőségére, valamint a várakozási időre és a kezelt emberek számára annak megítéléséhez, hogy hol számíthat a legjobb ellátásra.

A szövetségi egészségügyi minisztérium, valamint a tartományok szaktárcái **2023. július 10-én** hosszas vita után **konszenzusra jutottak a kórházreformmal kapcsolatos állaspontról**. Ez azonban nem jelentett teljeskörű egyetértést: a 16 tartományból csak 14 támogatta, míg **Bajorország ellene szavazott**, Schleswig-Holstein pedig tartózkodott. Az álláspont erős kritikákat váltott ki, a kórházi szövetségek képviselői például értelmetlennek, céltalannak minősítették.

A szövetségi és tartományi kormányzati konszenzus szerint a kórházaknak **nemzeti szinten meghatározott minőségi kritériumoknak** kell megfelelniük. Ezeknek a kritériumoknak mentén **a tartományi kormányzatoknak kell elvégezniük a besorolást** minden kórházra a területükön, hozzájuk rendelve a megfelelő szolgáltatási csoportokat, a korábban ellátott esetek jelentette leterheltség és azok súlyossága alapján.

A transzparencia-törvény benyújtására ősszel kerülhet sor a szövetségi parlamentben. A kormányzati tervek szerint *az új finanszírozási rendszer és az átláthatósági törvény 2024. januárjában* lépne életbe.

5.3.3. A dán egészségügyi rendszer és a megvalósult kórházreform

Egészségügyi rendszer jellege, biztosítottság

Dániában **univerzális ellátást** biztosító **nemzeti egészségügyi rendszer** működik, **adóbevételekből** finanszírozva, **decentralizált**

szervezetrendszerrel.³⁸ Mivel a dán adórendszerre az **erősen progresszív adózás** jellemző a személyi jövedelemadóztatásban, a jellemzően lineáris járulékfizetéssel szemben **a magasabb jövedelműek** nem csak abszolút értékben, hanem jövedelmükhöz képest **arányosan is nagyobb mértékben járulnak hozzá** a finanszírozáshoz.

A **központi kormány** feladata a **szabályozás** és a **felügyelet**, valamint a **minőségbiztosítás** és a **nemzeti szintű tervezés**. Az **öt régió** felelős a saját területükön megvalósuló **egészségügyi ellátások biztosításáért** és a **regionális szintű tervezésért**. Az **önkormányzatok** felelőssége az **egészségügyi promóció**, a **betegség-megelőzés**, a **rehabilitáció**, az **otthoni ápolás** és a **tartós intézményi ápolás** biztosítása. A rendszer eredendően is decentralizált volt, a tervezés és szabályozás fokozatosan haladt a centralizáció felé.

A nemzeti egészségügyi rendszer **minden dániai rezidens egészségügyi ellátását** biztosítja. A **bevételek** döntő része az **állami jövedelemadókból**, kisebb részben az **önkormányzati adókból** származnak. A **kormány allokálja a forrásokat** a régiók és az önkormányzatok felé, figyelembe véve a **demográfiai és foglalkoztatottsági** viszonyokat. A **regisztrált bevándorlókat és menedékkérőket** a dán állampolgárokhoz hasonlóan látják el, míg az **okmányokkal nem rendelkező migránsok** csak sürgősségi ellátásra jogosultak.

Egészségügyi kiadások és finanszírozásuk

Dániában az **egészségügyi kiadások** némileg meghaladják az Európai Unió átlagát: a **GDP arányában 10,0 százalékot** tett ki 2019-ben (közelítve a svéd és norvég arányt), míg az *EU27* körben ez *9,9 százalék* volt. Az **egy főre jutó** egészségügyi kiadások vásárlóerő-paritáson **3.786 eurót** tettek ki, meghaladva az *EU27* *3.521 eurós* átlagát. 2015 és 2019 között az egészségügyi kiadások reálértéken átlagosan 2 százalékkal bővültek évente, míg a COVID-19 hatására 2020-ban 5 százalékkal nőttek, 2 százalékos GDP-csökkenés mellett.

³⁸ OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission: State of Health in the EU – Denmark Country Health Profile, 2021 ; https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/denmark-country-health-profile-2021_2dce8636-en ; letöltés: 2023.07.27.

A kiadások növekedését több lábon álló rendszer fékezi, beleértve a régiók és önkormányzatok részére biztosított éves költségvetést, a kollektív beszerzéseket, a gyógyszerek generikus helyettesítését, valamint az arra irányuló ösztönzőket, hogy a betegeket lehetőség szerint kórházi ellátás helyett járóbeteg-szakellátásban kezeljék.

A kiadások strukturális megoszlása markánsan eltér az Európai Unióban jellemző mintázatoktól. Míg **kórházi ellátásokra lényegesen kevesebbet** fordítanak, az összes kiadás **25 százalék**-át az EU27 29,1 százalékához képest, addig **járóbeteg-ellátásra** lényegesen többet: **35 százalékot**, szemben az EU27 29,5 százalékával. A **tartós ápolásra** fordított kiadások arány **25 százalék**, ami szintén jelentősen haladja meg az EU27 16 százalékos átlagát. **Gyógyszerekre és gyógyászati eszközökre** ugyanakkor arányaiban kevesebbet költenek, **11 százalékot** az EU27-es 18 százalékkal szemben, míg **megelőzésre** valamivel kevesebbet, **2,5 százalékot** (EU27: 3 százalék).

A közkiadások aránya 2019-ben **83,9 százalék** volt, ami magasabb volt az EU 79,7 százalékos arányánál, és **nagyfokú stabilitást** mutatott az elmúlt évtizedben.

A zsebből kifizetések aránya alacsony: 2019-ben **14,2 százalék** volt, valamivel kevesebb, mint az EU27 15,4 százalékos átlaga. Az **alapellátásban és a kórházi kezeléseknél nincs önrész-fizetés (co-payment)**, ahogy a **járóbeteg-szakellátásban** sem, ha az háziorvosi beutalóval történik. **Önrészt** kell fizetni ugyanakkor a kórházi ellátáson kívüli **gyógyszerekért**, a **fogászati kezelésért** és a **fizioterápiáért**. Bár ezekre is jár állami támogatás, a dánok kb. 40 százaléka rendelkezik **kiegészítő helyettesítő (complementary) önkéntes biztosítással**, míg közel harmaduk olyan **kiegészítő (supplementary) biztosítással**, olyan szolgáltatások igénybe vételére, amelyek kívül esnek az az állami lefedettség területén (pl. magánintézmények, választható szolgáltatások). Ez utóbbiakat jellemzően a munkáltatók kötik alkalmazottjaikra, bérkiegészítésként. Mindezekkel együtt az **önkéntes egészségbiztosítások** a teljes egészségügyi kiadásoknak mindössze **2,5 százalékát** fedezik, ami alig fele az EU27 4,9 százalékos arányának.

Strukturálisan nézve, az **állami támogatottság aránya** az a **fekvőbeteg-ellátásban (89 százalék)** közel van az *EU 89 százalékos* átlagához (2019-es adatok). **Járóbeteg-ellátásban** jelentősen meghaladja azt: **91 százalék** az *EU-s 75 százalékhoz képest*. A **fogászati kezeléseken** jelentősen kisebb a közfinanszírozás aránya (**19 százalék** a *31 százalékhoz képest*), ahogy a **gyógyszereknél** is (**43 százalék** az *57 százalékhoz képest*). **Gyógyászati eszközök** esetében némileg meghaladja az EU átlagát (**41 százalék** a *37 százalékhoz képest*). A fogászati kezeléseket és a **gyógyszereket** viszonylag alacsony közfinanszírozottsága magyarázza, hogy **a zsebből kifizetések 44 százaléka** ebben a két kategóriában merül fel.

Egészségügyi ellátórendszer

A fekvőbeteg-ellátások alacsony részesedése a kiadásokból összhangban van a kórházi ágyakkal való ellátottság mutatójával: **ezer lakosra 2,6 kórházi ágy** jutott 2019-ben, ami kevesebb, mint fele az *EU 5,3-as* átlagának. A kórházban töltött idő átlagos hossza 5,7 nap, szintén jóval az EU-s átlag alatt. Az európai átlagértékektől lényegesen elmaradó mutatók **a 2006-ban elindított reformoknak az eredménye**, aminek során **a betegellátás jelentős részét a járóbeteg-szakellátásba, valamint a tartós ápolás rendszerébe** irányították át. A szűk ágykapacitás ellenére a kórházi rendszer megbirkózott a COVID-19 alatti megnövekedett igénybevétellel is – igaz, hogy a nem sürgős és választható kezeléseket jó részének halasztásával. Az **orvoslátogatások száma** szintén a *6,7-es EU-s átlag* alatt van: **4,0 fejenként és évente** (2019-es adatok).

Az **egészségügyi ellátórendszerért**, annak megszervezéséért és működtetéséért Dániában a **regionális hatóságok** felelnek. Főszabály szerint a páciensek a **házi orvosnál** jelennek meg először, akik **kapuőr-szerepet** töltenek be a rendszerben: a kórházi kezeléseket és a járóbeteg-szakellátásokat nagy részéig **házi orvosi beutaló** szükséges. Lehetőség van ugyanakkor olyan biztosításra is az állami rendszeren belül, ami beutaló nélkül is lehetővé teszi a szakorvosi ellátást, önrész fizetése mellett (ezt a lakosság kb. 2 százalék-a választja). A házi orvosok nagy része (46százalék) önfoglalkoztató.

A fekvőbeteg-ellátást végző intézmények döntő többségét (a kórházi ágyak 94 százalékával) **a regionális hatóságok működtetik** és tulajdonolják. A

fennmaradó kisebb részt kisebb, specializált magánkórházak teszik ki. A **járóbeteg-szakellátás** nagy részét a **kórházak ambuláns részlegei** végzik, a közkórházak orvosaival, kisebb részt önfoglalkoztató magánorvosok, magánintézményekben. Dániában **az orvosok és nővérek** lakossághoz viszonyított **száma egyaránt magas**, valamivel az EU átlaga fölött, ugyanakkor **házi orvosokból hiány** van.

A COVID-19 járványt megelőzően, 2019-ben a **lakosság 2 százaléka** számolt be **egészségügyi ellátatlanságról** pénzügyi, földrajzi vagy várakozási okokból – nagyobb részt a várakozási idő miatt. A magas és alacsony jövedelműek között e téren meglévő rés kisebb, mint átlagosan az EU egészében. A COVID alatt az ellátatlanság mértéke szintén az uniós átlag alatt maradt. A **fogászati kezeléseknél** ugyanakkor magasabb volt az ellátatlansági arány, a **lakosság 4,7 százalékát** érintette, főleg pénzügyi okokból.

Dániában **jelentős fejlesztéseket** hajtottak végre a **digitális egészségügy** területén, széles körben elérhetővé téve az e-egészségügyi és telemedicinás megoldásokat, ami tovább javította az ellátásokhoz való hozzáférést, különösen a járvány-időszakban.

A nemzeti rendszer sajátosságai, reformok

Dániában **2007-ben nagyszabású közigazgatási reformot** hajtottak végre, amely kiterjedt önkormányzatok és régiók összevonására, valamint az **egészségügyi ellátórendszer strukturális átalakítására** is. A változások fő motiváló ereje az az aggodalom volt, hogy a kisebb kórházak nem tudják biztosítani a magas színvonalú egészségügyi szolgáltatásokat. **A reform eredményeképpen 2019-re a kórházi ágyak száma mintegy megfeleződött**, miközben **a működés és ellátás hatékonysága javult**. Az egészségügyi reformok célja nem a rendszerszintű ráfordítások csökkentése volt, így **az egészségügyre fordított kiadások GDP-hez viszonyított aránya maradt** a korábbi magas szinten, ami abszolút értékben **stabil reálérték-növekedést** tett lehetővé évről évre. A fekvőbeteg-ellátáson **megtakarított összeget** az egészségügyi kormányzat **a járóbeteg-szakellátás és a tartós ápolás fejlesztésére** fordította. A változásoknak köszönhetően **változatlan költségen jobb ellátási hatékonyságot** sikerült elérni.

A kisebb kórházak bezárásával az egészségügyi ellátások és azok elérhetősége nem romlott, inkább javult. Az időben történő és hatékony egészségügyi ellátásoknak is köszönhetően **a kezelhető okokból történő betegségek okozta halálozási arány** (*mortality rate from causes deemed treatable*) 2018-ban határozottan az **EU átlaga alatt** volt. Bár a mutató az EU egészében is javult, **az arány csökkenése 2011 és 2018 között** az EU-ban 11százalékos, míg **Dániában 20** százalékos volt. A **várható élettartam** 2020-ban **81,6 év** volt Dániában, egy évvel az EU-átlag fölött. **Finnország mellett Dánia volt az az ország az EU-n belül, ahol a COVID-19 kitörése után, 2020-ban is nőtt a várható élettartam.** Összességében elmondható, hogy a **radikális szerkezet-átalakítás** mind az **egészségügy rendszermutatói,** mind **a lakosság egészségi állapota** szempontjából **kedvező eredményeket** hozott.

6. Következtetések, javaslatok

A magyar egészségügyi kiadások a COVID-járvány kitörésének évében, 2020-ban ugrásszerűen megnőttek, majd a magas bázis miatti relatív visszaesés után is a járvány előtti szinten maradtak. Ezzel azonban **Magyarország még mindig az utolsó harmadban van az Európai Unió országai között az egészségügyi célú kiadásokban,** és ezen belül is – európai összevetésben – **kimagaslóan nagy,** hosszútávon egyharmad körül ingadozó mértékű **a magánforrások aránya.** Az **egészségügyre fordított állami források csökkentését** a szolgáltatási biztonság sérülése nélkül **nem tartjuk reálisan indokolható célnak.** Amennyiben a költségvetés helyzete lehetővé teszi, egy hatékonyabban működő rendszerben a forrásbővítés inkább indokolható lenne annak a célnak a jegyében, hogy ne csak a gazdasági mutatókban, hanem az életminőségben is közelítsünk az európai élvonalhoz.

A kiadások tervezésénél, a mozgástér vizsgálatánál fontos figyelembe venni, hogy 2021 óta a lényegesen megnőtt orvosi fizetések, valamint az azóta történt szakdolgozói béremelések immár folyamatos költségtöbbletként jelennek meg az egészségügyi rendszer kiadási oldalán. A járvány előtti szinthez való közelítés esetén a forráscsökkenés mellett a korábbinál lényegesen nagyobb bérterhek miatt a működés dologi kiadásaiban és a fejlesztésekben a forrásszűke halmozottan jelentkezne, ami már rövid távon is a rendszer eredményes működését veszélyeztetné.

Közgazdasági szempontból, tekintve a humántőke napjainkban a korábbinál is magasabbra értékelt szerepét a gazdasági fejlődésben, **az egészségügyre fordított kiadások nem csak költséget jelentenek** az államháztartásnak, **hanem befektetést is** a nemzeti humántőkébe, ezen keresztül a versenyképességbe.

Tekintve, hogy **az egészségügyi rendszerben** még világjárvány nélkül is **folyamatosan emelkedő költségekkel** kell számolnunk az orvostudomány fejlődése és a társadalom elöregedése miatt, amihez várhatóan a tartósan magas energiaárak is társulnak, **a szolgáltatási biztonságnak és színvonalnak még a szinten tartásához is forrásbővítésre van szükség.** A kormány által

képviselt gazdasági és társadalmi értékek tükrében az egészségügyi járulék és a szociális hozzájárulási adó emelését nem tartjuk reális lehetőségnek. Ugyanakkor **figyelemre méltó tapasztalat** az elmúlt évekből, hogy a hálapénz 2021. évi, mindenképpen üdvözlendő kivezetése ellenére nem csökkentek a háztartások közvetlen kifizetései, vagyis **a korábban hálapénzre fordított összegek jelentős része továbbra is egészségügyi célú kiadás maradt**, immár legális keretek között, a **magánegészségügyi szektorban**. Ez arra utal, hogy ha – tekintve ma is jelentős súlyát – a magánforrások növekvő bevonására csekély mozgásteret látunk, a szinten tartásra meglehet a megfelelő társadalmi hajlandóság.

Fontos cél lehet ugyanakkor, hogy **a magánforrásokon belül** csökkenjen a zsebből kifizetések aránya, és **növekedjen** az állampolgári megtakarítást és annak egészségügyi felhasználását lehetővé tevő **egészségpénztári és önkéntes egészségbiztosítási szolgáltatások súlya**. Az állami és magánegészségügy éles szétválasztására irányuló kormányzati törekvést figyelembe véve **a magánforrások elsősorban a magán egészségügyi szolgáltatóknál** köthetnek ki továbbra is. Bár ez **közvetlenül nem csökkenti az államháztartás terheit**, egy megerősödött és – ami nagyon fontos – szélesebb rétegek számára is megfizethető magánegészségügy **jelentős terheket vehet le a közfinanszírozású egészségügyi ellátórendszerrel**, hozzájárulva annak fenntartható működéséhez. **A magánszolgáltatók** ugyanakkor nem számolhatnak még egy olyan egyszeri lökessel a bevételi oldalon, mint amit a hálapénz kivezetése jelentett, így **szélesebb elérhetőséget akkor tudnak elérni**, ha egyrészt a prémium szolgáltatók mellett megnő a kedvező árú törekvő vállalkozások súlya, másrészt **a pénztárak és biztosítók vonzó egészségügyi csomagokat tudnak kínálni** az alsó-középosztálynak is.

A magánszolgáltatók és magánbiztosítók szerepének változását **elsősorban a piaci logika** mozgatja. Ugyanakkor **az állam szerepe is jelentős a szabályozás**, adott esetben a közvetett finanszírozás révén is. Ez utóbbi ma is megvalósul az egészségpénztári és nyugdíjpénztári megtakarítások, valamint a nyugdíjbiztosításra fizetett összegek **adókedvezményével**. Megfontolandó lehet ennek **kiterjesztése** a ma még csak szűk körben elterjedt

egészségbiztosításokra is, ami egyben a versenyhelyzetre is kedvezően hatna. Az adókedvezmény 20 százalékos mértékét nem tartjuk indokoltnak emelni, ugyanakkor a **kedvezményre jogosító jövedelemrész maximumának emelése** indokolt lehet, különös tekintettel a meghatározása óta bekövetkezett árszínvonal-változásra. Ez egyben a magasabb értékű egészségügyi szolgáltatások elérhetőségét is szélesebb körben tenné lehetővé.

Szintén érdemes megvizsgálni annak lehetőségét, hogy a **vállalatok** miképpen ösztönözhetőek **egészségügyi biztosítási csomagok** szélesebb körű biztosítására cafeteria-juttatásként, ami úgy bővítené a bevonható magánforrásokat, hogy nem jelentene többletterhet a munkavállalóknak. Ez azonban **szintén feltételezi az egészségbiztosítási piac szélesedését, kínálatának sokszínűbbé válását**, ami jótékonyan hatna a kínálati versenyre, árban, minőségben, ár-értékben.

Az egészségügyi reformok egyik fontos tere lehet a kórházi rendszer újratervezése és átalakítása, gazdaságilag és egészségügyileg is hatékonyabb működése. Összevetve ugyanakkor a **szlovák és német kórházreformterveket**, valamint a mintául szolgáló **dán modell eddigi tapasztalatait**, megállapíthatjuk: **a változások reálisan elérhető célja rendszerszinten nem a pénzügyi megtakarítás, hanem a hatékonyabb működés**. Az egészségügy eredményességének szinten tartására ugyanis akkor van esély, ha a **fekvőbeteg-ellátásban megtakarított forrásokat** egyfelől **az alapellátás és a járóbeteg szakellátás fejlesztésére**, másrészt **a tartós ápolást biztosító rendszerek bővítésére** fordítjuk. A **betegutak újratervezése** és aszerinti megszervezése szintén többletforrásokat igényel, elsősorban a **betegszállító és mentőszolgálat** fejlesztésében. **Az államháztartásra gyakorolt hatás** ugyanakkor **ebben az esetben is kedvező**. Tekintettel arra, hogy a **kórházak a jelenlegi rendszerben évről évre jelentős tartozásokat halmoznak fel**, az ezt orvosló kórházmentő csomagok rendszeresen a tervezett mértéken felüli többletkiadást okoznak a költségvetésben. **Az új rendszer megfelelő kialakítása** – ami az ellátórendszer struktúrájának átalakításával együtt a finanszírozást is a **pénzügyi fenntarthatóság jegyében** tervezi újra – **esélyt adhat a kórházi adósságok újratermelődésének megelőzésére**.

Amennyiben **a hatékonyabb működés az egészségügyi kiadások szinten tartása mellett** valósul meg, azt – az ellátási színvonal javítása mellett – azért is **jelentős eredménynek** tekinthetjük, mert az egészségügyben **legalább két tényező** akkor is **a folyamatos költségnövekedés irányába hat**, ha minden mást változatlanul tekintünk. Az egyik a **társadalom elöregedése**, ami egyrészt a járulék- és adófizetők arányának csökkenését okozza, másrészt a növekvő arányt jelentő idős korosztály gyakrabban szorul az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásaira. A másik az **orvostudomány folyamatos fejlődése**, amely egyre nehezebben kezelhető betegségekre kínál olyan innovatív megoldásokat, amelyek alkalmazása lényegesen nagyobb ráfordítást igényel, mint a ma már rutinszerűen kezelt megbetegedéseké. **Dinamikus szemléletben** ezért az egészségügyi rendszer költségeit úgy indokolt tekinteni, mint amely változatlan működési rendszerben folyamatosan növekvő trendet mutat. Ebben a szemléletben **a szinten tartott kiadások valójában folyamatos megtakarítást** jelentenek.