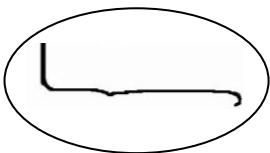


Az egészségipar és az egészségügyi  
rendszer szerepe és hozzájárulása  
a nemzetgazdaság teljesítményéhez  
Vezetői összefoglaló

2009



*Kató és Társa 2003. Tanácsadó Kft.*

## Tartalomjegyzék

Előszó .....	3
1 Egészség és egészségügyi rendszer fejlesztésének gazdasági indokoltsága .....	5
2 Az egészségügyi rendszer magyarországi jellemzői .....	13
2.1 Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés .....	13
2.2 Az egészségügyi ágazat teljesítménye, intézményrendszere, gazdálkodása .....	17
2.3 Egészségügyi rendszer költségei, finanszírozása .....	29
2.4 Magyarország egészségügyi rendszere nemzetközi összehasonlításban.....	34
3 A hazai egészségipar gazdasági teljesítménye, szerepe .....	38
3.1 Az egészségipar definíciója, lehetséges szerepe a gazdasági növekedésben .....	38
3.2 Az egészségipar statisztikailag mérhető ágazatainak GDP termelésben betöltött szerepe.....	41
3.2.1 Egészségipar ágazatainak GDP termelő képessége, jellemzői.....	43
3.2.2 GDP felhasználása, egészségügyre fordított kiadások.....	44
3.2.3 GDP jövedelem képződésének jellemzői.....	46
3.3 Az egészségügyi rendszer és az egészségipar foglalkoztatásban betöltött szerepe ...	47
3.3.1 Az egészségügy foglalkoztatási jellemzőiről .....	47
3.3.2 Egészségipar foglalkoztatási jellemzői és kölcsönhatásai.....	49
4 Az egészségipar ágazatai, mint lehetséges „húzóágazatok” ágazati komparatív előnyök	52
5 Következtetések, ajánlások .....	57



## Előszó

A tudomány és a technológia fejlődése mindent átalakít. Átalakul a termelés és a fogyasztás, a munka, a pihenés, a szabadidő és a szórakozás tartalma és eszköztára, átalakult a jogrendszer és a társadalom szerkezete, a boldogulás lehetőségei, átalakulnak az emberi kapcsolatok és szokások, átalakul az erkölcs, de ami talán a legfontosabb, átalakul az ember tudatának tartalma és szerkezete, mondhatnánk szótára és nyelvtana.

Az alábbi tanulmány ennek az átalakulásnak a sugárútjait, mellékutcait és még ismeretlen sövényeit taglalja. Keresi és elemzi az átalakulásból fakadó új összefüggéseket, az eddig figyelmen kívül maradt, vagy éppen most kialakuló keresztthatásokat. Célja és reménye az emberi egészség javát szolgáló eszköztár egészét egy olyan *rendszerbe foglalni*, amely képes a folyamatok gazdasági értelmét és következményeit felmérni, elemezni és életképes alapokra helyezni.

Nem az egészségügyről, hanem a kialakulóban levő élettudományról van szó. Arra az egyszerűnek látszó kérdésre keressük a választ, hogy miből áll mindenki számára elérhető egészséges élet, hogy annak megteremtéséért ki mit tesz, és ki mit tehet. Világossá vált ugyanis, hogy a feladat jelenlegi megközelítése – amely az élettudomány egészéből kiragadja az egészségügyet, majd az egészségügyből egy költségvetési kérdést, amiből aztán egy könyvelési tételt farag – csak a végeláthatatlan iszapbirkózáshoz vezet. Ma már azt is tudjuk, hogy az egységes közgazdaságtan egyre kevésbé egységes. Mennél inkább kerülünk egy adott gazdasági tevékenység közelébe, legyen az a mezőgazdaság vagy az energiatermelés és felhasználás, annál inkább láthatjuk, hogy az adott terület jelenségei sajátosak, eltérnek, vagy egyenesen ellent mondanak a közgazdaságtan általános törvényeinek. Az egészségügy kínálati oldala nem olyan, mint az autóiparé, vagy a gabonapiacé, hiszen a kínálat nem, vagy csak elenyészően reagál a pénzben kifejezett keresletre. A kereslet szintén nem értékelhető a kereslet/kínálat szokásos eszközeivel. Bármennyire is vágyik a vevő a legújabb luxus autóra, vágya csillapításához nem kell a mentőszolgálat segítsége. Valójában a gyógyítás elemzésére a piac létezésének feltételezése alaptalan, a szokásos piaci összefüggések alkalmazása rossz irányba vezet. A piac ugyanis önkéntes résztvevőkből áll össze, míg a gyógyítás a kényszer és az elhivatottság találkozásának sajátos gyümölcse. Egyáltalán nem tekinthető történelmi véletlennek, hogy a testi gyógyítás a lelki gyógyítással együtt évszázadokon át az egyházak kiemelt tevékenysége volt, hogy az egyházak jelenléte a mai napig még a legfejlettebb



országokban is gyakran jelentős, hogy a kettő közötti szoros kapcsolat napjainkban is a keleti gyógyászat alapja. Ez persze nem azt jelenti, hogy a gyógyítás gazdasági vonzatai nem kívánnak kiemelt figyelmet. Mint ahogy az tanulmányunkból is látható, az emberi egészséggel való törődés, mint ágazat a fejlett országok GDP-jének mára a legnagyobb részét jelentik. De azt igen, hogy ez a törődés nem csak kiadás, hanem hatalmas bevételek forrását is képi.

A tudás minden megnyilvánulása előbb utóbb vagyongyarapodást eredményez, az élettudomány rohamosan fejlődő tudáshalmaza pedig a modern gazdasági fejlődés egyik legfontosabb motorja. Értelmetlen lenne egyrészt a „tudásalapú társadalom” megteremtéséről beszélni, másrészt pedig annak talán legfontosabb alkotó elemét a sajnos elkerülhetetlen kiadások rovatába szorítani. A következő oldalak feltárják azokat az összefüggéseket, amelyek alapján az élettudomány a gazdasági és társadalmi fejlődés szerves részévé válhat.

Budapest, 2009. augusztus hó

Prof. dr. Róna Péter



# 1 Egészség és egészségügyi rendszer fejlesztésének gazdasági indokltsága

Az egészség a társadalom közjavainak egyike, hiszen fogyasztásából senki nem zárható ki, az egészséghez való jog az emberi jogok egyik alapköve, nemzeti szinten pedig alkotmányos jogként<sup>1</sup> biztosított. Ugyanakkor közgazdasági szempontból *az egészség egy különleges jószág, mert nem helyettesíthető árucikk*, hiánya lerombolja az egyén jövedelemtermelő képességét. Keresletét nem a fizetőképesség határozza meg, az egészség helyreállítása iránti igény tervezhető ugyan, de annak időpontja, minősége, időtartama nem.

Az egészség gazdasági jelentőségének felismerése több évtizedes folyamat eredménye, amely deklarált állomásaiként jeleníthetők meg a WHO és az EU dokumentuma:

- 2008-ban a WHO Európai Régiójának Tagállamai a Tallinni Kartában elfogadták és megerősítették a korábbi kartákban és deklarációkban (**Ottawa 1986, Jakarta 1997, Bangkok 2005**) megfogalmazott értékeket, miszerint *„a jó egészségi állapot egyúttal elősegíti a társadalmi jólétet a gazdasági fejlődésre, versenyképességre és termelékenységre kifejtett hatása révén. A jól teljesítő egészségügyi rendszer hozzájárul a gazdasági fejlődéshez és a jóléthez”*.<sup>2</sup> Ugyanakkor a dokumentum azt is kimondja, hogy **egészségügyi rendszer alatt kell érteni „mindazokat a tevékenységeket, amelyek más szektorok politikáira és intézkedéseire kísérelnek meg hatást gyakorolni, az egészséget meghatározó társadalmi, környezeti és gazdasági tényezők kezelése érdekében”**.<sup>3</sup>
- 1992-ben aláírt Maastrichti Szerződés 129. szakasza, valamint az 1997-es Amszterdami Szerződés 152. szakasza is tartalmazza az egészség védelmének és fejlesztésének szükségességét.
- 2007-ben a Lisszaboni Szerződés aláírásával a tagállamok döntést hoztak az egészségügy helyzetének uniós szintű megerősítésére. 2007-ben a „Fehér Könyv”-ben rögzítették, mely az Európai Unió egészségügyi stratégiáját, közösségi cselekvési programját képezi a 2008-2013 időszakban. A dokumentum második alapelve hangsúlyozza az egészség gazdasági jelentőségét, kiemeli, hogy a társadalmat a rossz

---

<sup>1</sup> A Magyar Köztársaság Alkotmányáról szóló 1949. évi XX. tv.

<sup>2</sup> WHO, 2008: Tallinni Karta: Egészségügyi Rendszerek az Egészségért és Jólétért

<sup>3</sup> WHO, 2008: Tallinni Karta: Egészségügyi Rendszerek az Egészségért és Jólétért



egészségi állapot miatt közvetlen és közvetett költségek terhelik, valamint, hogy az egészségre fordított kiadások a humán tőkébe való befektetésnek tekintendők.

Az egészség és a gazdasági növekedés kapcsolatát vizsgáló tanulmányok szerint a jó egészségi állapot, és ennek következtében megnövekedett várható élettartam jelentős mértékben hozzájárul a GDP növekedéséhez. Fogel<sup>4</sup>, aki Nobel-díjat kapott egészségügyi témakörben végzett kutatásaiért, 10 iparosodott ország 100-125 éves adatait elemezve arra a következtetésre jutott, hogy az egészségi állapot javulása 30-40%-kal járult hozzá a gazdasági növekedéshez. Bloom és Canning 1996-os kutatása szerint felnőttkori túlélési ráta egy százalékpontos emelkedése a munkaerő termelékenységének 2,8 százalékos növekedését eredményezi.<sup>5</sup> Bloom, Canning és Sevilla 2001-ben készített tanulmánya szintén igazolta az egészségbe való befektetés gazdaságra gyakorolt pozitív hatását. A várható élettartamot tekintették az egészségi állapot mércéjének és 104 ország 1960-1990 közötti időszakra vonatkozó gazdasági és egészségi adatait elemezték. Arra a következtetésre jutottak, hogy a várható élettartam 1 évvel történő meghosszabbodása 4%-os GDP növekedést eredményez. Barro 1996-os eredményei szerint, ha két ország minden egyéb tényező tekintetében megegyezik, csak a lakosság várható élettartamában különböznek, akkor abban az államban, ahol a várható élettartam 5 évvel magasabb, ott az évi GDP növekedése 0,3-0,5%-kal lesz magasabb.<sup>6</sup>

**A jó egészség elérése azonban társadalmi szinten új szemléletet igényel. Az egészségre ható tényezők együttesen eredményeznek jó egészségi állapotot, amely outputjai a gazdasági teljesítmény javulásában mérhetők.**

---

<sup>4</sup> FOGEL, ROBERT W. Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term processes on the making of economic policy (NBER Working Papers 4638, 1994a)

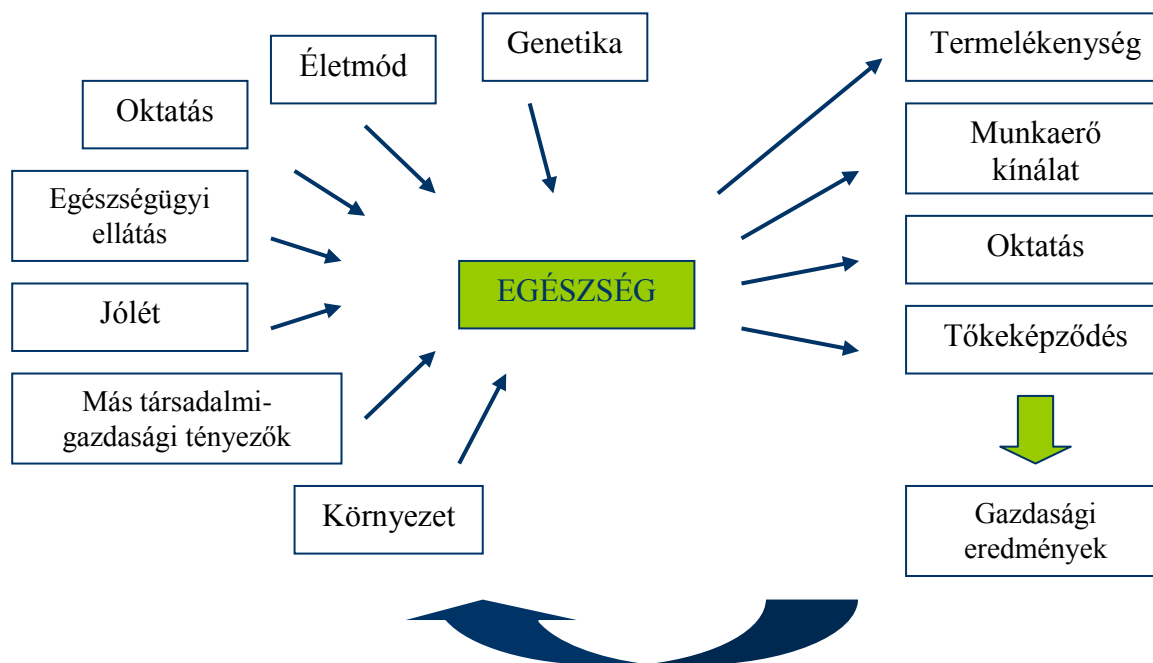
<sup>5</sup> Kollányi Zs. – Imecs O. 2007: Az egészségi állapot hatása a gazdasági teljesítőképességre és az életminőségre, Demos Magyarország Alapítvány

<sup>6</sup> Health & Consumer Protection DG, 2005: The contribution of health to the economy in the European Union, European Commission



1. sz. ábra

## Az egészség input- és output tényezői



Az egészségi állapotot meghatározó tényezők jelentősége, relatív súlya igen változatos képet mutat annak függvényében, hogy az egyes területeken az adott társadalom milyen eredményekkel rendelkezik. Az egészséget meghatározó tényezők többsége az egészségügyi szektor kompetenciáján kívül esik; és más ágazatok (oktatás, kultúra, környezetvédelem, közlekedés, földművelés és vidékfejlesztés, pénzügyi tervezés, gazdaság, ifjúságvédelem, sport, munka világa) hatáskörébe tartozik. Szakirodalmi becslések szerint például az egészségügyi rendszer súlya az egészségi állapot kialakításában 11 és 25% között van.<sup>7</sup>

**Nemzetközileg igazoltnak tekintik, hogy az egészségbe való befektetés magába foglalja mindazokat a kiadásokat, melyek fő célja az egészség helyreállítása, fenntartása, megőrzése és védelme,<sup>8</sup> s amely történhet akár az egészségügyi rendszer keretei között, vagy azon kívül. (Tallini Karta, Fehér Könyv)**

**Mindezek alapján fontos látni, hogy az egészségügy nem csak egy költségcentrum, mint ahogy azt sok kelet-közép-európai országban, köztük hazánkban is költségvetési**

<sup>7</sup> O'Hara, P (2005): Creating Social and Health Equity, ESPC Research

<sup>8</sup> Health & Consumer Protection DG, 2005: The contribution of health to the economy in the European Union, European Commission



**reformok idején kezelik.** Holott Magyarországon is nagyon fontos az egészség befektetési területként való azonosítása,<sup>9</sup> mert az elmúlt 30 évben jelentősen romlottak az életkilátások, csökkenő a születésszám, az előregedéssel együtt a krónikus betegségek olyan **költségrobbanást** okoznak, melyeket a felzárkózó gazdaságok minden valószínűség szerint nem tudnak elviselni. Ráadásul olyan **új keresleti minták** vannak kialakulóban, melyek a jóval gazdagabb nyugat-európai államok egészségügyi rendszereinek is az újragondolását igényli. **Az Európai Unió az egészség kulcstényezőként** való kezelését nem csak az emberi jogok legszélesebb értelemben való kiterjesztése miatti kötelezettségként, hanem jól felfogott gazdasági érdekből is teszi.

A haláloki tényezők alapján megállapítható, hogy nem csak Magyarországon, hanem az egész fejlett világban elsősorban az ún. civilizációs betegségek felelősek leginkább az idő előtti halálozásokért. Az említett betegségek kialakulásánál pedig szinte kivétel nélkül jelentős rizikófaktornak minősülnek olyan – az egészségügyi rendszertől többé-kevésbé független – külső tényezők, mint például az életmód, vagy a környezet.

Az életmódbeli változtatásban rejlő lehetőségek több iparág által előállított termékek és szolgáltatások irányába teremthetnek fizetőképes keresletet. Egyre inkább az egészségesek „gyógykezelése”, vagyis „egészségben tartása” kerül előtérbe, úgy tűnik az egészség „csinálható”, „fogyasztható”. **Összefüggésben a test új szemléletével, előtérbe került a „javíthatóság”, egyre fontosabb az egészség aktív megtartása. Már nem a betegség leküzdése, hanem az egészség fenntartása az a cél, amiért hatalmas apparátusok mozdulnak meg, új piacok, piaci szeletek, piaci terek nyílnak.** A társadalmi környezetben bekövetkező változások a fogyasztók magatartásának módosulását is eredményezik.

Az egészségügy egyre inkább „összenő” az élelmiszergyártókkal, a turizmussal, a divattal, a kozmetikai iparral, a wellness-szel, a kereskedelemmel, az IT-vel stb. Ráadásul Nefiodow<sup>10</sup> – szerint a hatodik Kondratyev-ciklus bázis-innovációi az egészségügy, mint mega-iparág területéről várhatók. Azért ez a fő favorit, mert benne a gyógyszeripar, a gyógyászati technika, a táplálkozással kapcsolatos iparágak, a környezettechnológia, a biotechnológia, a turizmus és szabadidőipar, ezen belül a szanatóriumok, a gyógyturizmus, az egészségügyi ellátás (biztosítók, rehabilitáció, pszichológiai tanácsadás, ápolás, gyógyítás stb.), és ezek

---

<sup>9</sup> Atun, R. – Fitzpatrick, S. 2005: Advancing Economic Growth: Investing in Health, Chatham House

<sup>10</sup> Leo A. Nefiodow: Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. Sankt Augustin; 2001





infrastruktúrája (gyógyszertár, könyvek, információk, tréningek, továbbképzés) fog átlag feletti ütemben fejlődni, és így számos területet magával húzni.

Ismerve a betegség okozta költségeket és az egyéb irányokba való kitörési lehetőségeket, **az egészségbe való befektetés messze nagyobb hozamokkal kecsegtet, mint bármely más területen végzett investíció<sup>11</sup>**. A várható élettartamok növekedésével (amennyiben az egészségben eltöltött évek száma nem növekszik) a tagországok egészségügyi és nyugdíjrendszerei egyaránt erőteljes nyomásnak lesznek kitéve. Ezt kellene kivédeni az egészségi állapot megőrzésére összpontosítva: prevencióval és szűrésekkel. Ezzel egyrészt csökkenthetők az egészségügyi rendszer költségei, mert a betegség korai stádiumban való diagnosztizálása lehetővé teszi a beteg megmentését, vagy sokkal alacsonyabb költséggel, illetve kevesebb idő alatt ad lehetőséget a gyógyításra. Ezek a lehetőségek ellensúlyozhatják az egészségügyben a diagnosztikai és terápiás területen is megfigyelhető költségnövekedést, továbbá lehetővé tennék a munkaerő-piacra való gyorsabb visszatérést. Másrészt azok az emberek, akik a megelőzést komolyan veszik, azok sokkal kisebb valószínűséggel lesznek betegek. Ezzel az egészségben eltölthető évek számának a növekedése érhető el, tovább lehetnek aktív munkavállalók az aktív korúak, és akár még az aktív kor is meghosszabbodhat. Így érhető el, hogy **a társadalom tagjainak egyre nagyobb csoportja mind a GDP termeléshez, mind pedig a gazdasági növekedéshez jelentős módon hozzájárulhat, a fogyasztásban fizetőképes keresletével megjelenhet, és továbbra is a társadalom teherviselő rétegének részévé válik, gyökeresen ellentétben azzal, mint ami a mai állapotra jellemző.**

Az egészségi állapot javulása a foglalkoztatottság növekedésével a szociális jellegű állami terhek csökkenéséhez járulna hozzá. Az egyének javuló jövedelmi helyzetén keresztül pedig a társadalmi egyenlőtlenségek mérséklődésével egészségesebb társadalmi szerkezet alakulhat ki. Ezt a relációt az Európai Unióban is kiemelik, s fontosnak tartják a tagországok között az egészségi állapotban meglévő különbségek mérséklését.

A növekvő termelékenység, valamint a tanulási képességek fejlődésével bekövetkező fizikális és mentális állapotbeli javulás az előzőekben felsoroltakkal együtt gazdasági biztonsághoz vezet, melynek kedvező következményei vannak a társadalmi folyamatok alakulására.

---

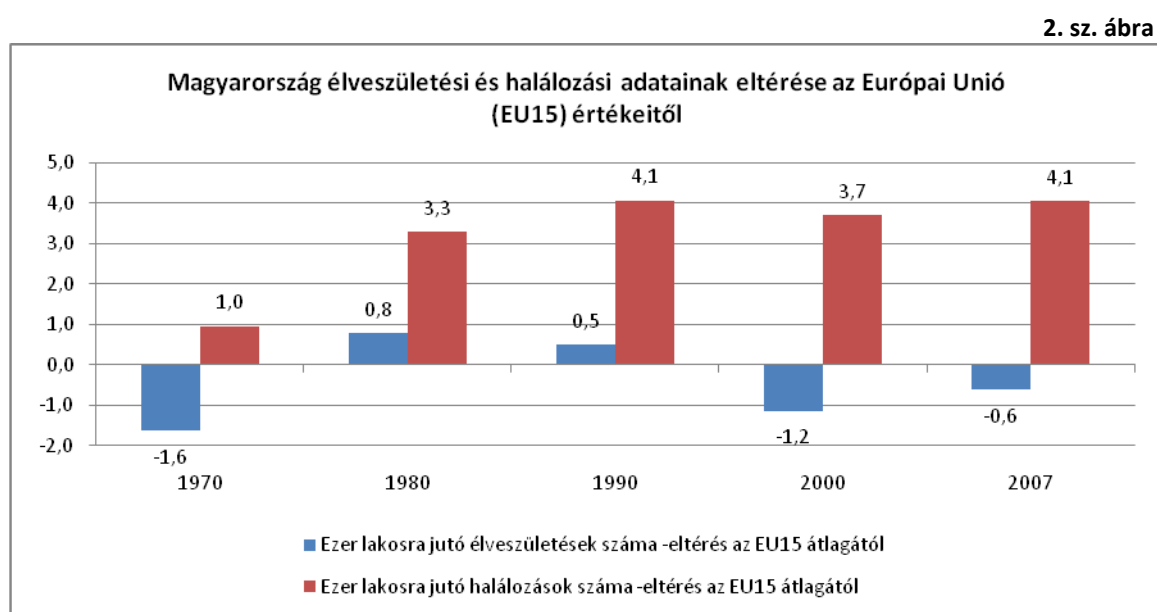
<sup>11</sup> Kollányi Zs. – Imecs O. 2007: Az egészségi állapot hatása a gazdasági teljesítőképességre és az életminőségre, Demos Magyarország Alapítvány



Ráadásul az egészségügy jövőbeni kiadásai – melyek minden becslés szerint exponenciálisan fognak növekedni – nagymértékben a jelenlegi befektetésektől függenek.<sup>12</sup>

**Az egészség gazdasági szerepének egyre általánosabb elismertsége és a magyarországi egészségi adatok komoly ellentmondást hordoznak.** Magyarországon a tényleges egészségi állapot, a hasonló fejlettségű államokhoz viszonyítva lényegesen rosszabb. A rosszabb egészségi állapotot több ponton és módon mérhető, igazolható:

- népesség fogyás okait kutatva is látható, hogy a halálozási adatok nemzetközi átlagokat meghaladó mértéke az elsődleges tényező, míg az élveszületések lényegesen kisebb mértékben maradnak el a nemzetközi tendenciáktól.



Forrás: Eurostat, 2009

- fő halálóki tényezőket áttekintve látható, hogy Magyarországon az EU15; EU27 átlagához képest a standardizált halálozási mutatók lényegesen kedvezőtlenebb képet mutatnak, a szív és érrendszeri betegségek esetében közel kétszeres, daganatos betegségek esetében 40%-kal magasabb, emésztőrendszer betegségeinél 2,2-2,5-szörös a standardizált halálozási arányszám. Egyedül a légző rendszeri betegségek esetében kedvezőbb a kép, az EU 27 átlagánál, és alig haladja meg az EU 15 átlagának értékeit.

**Összességében** az uniós átlaghoz képest *rövidebb várható élettartamok*, és a halálozási valószínűségek által kimutatott *aktív életkorban történő gyakoribb halálozás* – egy olyan

<sup>12</sup> Health & Consumer Protection DG, 2005: The contribution of health to the economy in the European Union, European Commission



kedvezőtlen párosítás, melynek már rövidtávon is súlyos társadalmi és gazdasági következményei vannak.

1. sz. táblázat

Éves GDP veszteség az egészségi állapottal összefüggésben (2007)

Megnevezés	Elvesztett munkanapok (nap)	Elvesztett munkaórák (óra)	Kiesett GDP (eFt)	A GDP %-ában
Aktív korú halálozás	8 080 992	58 829 623	71 784 641	0,28
Táppénz	61 394 752	446 953 793	545 378 606	2,15
Rokkantság	97 527 422	709 999 630	866 350 423	3,41
<b>Összesen</b>	<b>167 003 166</b>	<b>1 215 783 046</b>	<b>1 483 513 670</b>	<b>5,84</b>

A betegség, rossz egészségi állapot gazdasági következményeinek becslésnél alkalmazott módszertan kiforratlansága mellett is, a kieső GDP nagyságrendjét jelentősnek kell minősíteni. A kieső GDP mellett azonban a negatív társadalmi hatások közérzetre, életminőségre gyakorolt hatásáról sem szabad elfeledkezni.

A fenti hazai adatok valamint az a tény, hogy az egészséggel kapcsolatos ágazatok, és az egészségügy, mint mega-iparág a gazdasági ciklus bázis-innovációjának hordozói lehetnek. Ez indokolja az egészségügy, mint ágazat, valamint az egészséggel kapcsolatba hozható ágazatok vizsgálatát. **Az egészség helyreállításában résztvevő ágazatok nagymértékben kapcsolódnak egymáshoz, és ez döntően az egészségügy teljesítményén keresztül érvényesül.**

**Ezért a vizsgálatot az alábbi alaphipotézisek mentén végeztük el:**

- az egészségügyi rendszer által nyújtott teljesítmény és forrásfelhasználás nem azonosítható csak az államháztartási kiadások felhasználójaként. Nyújtott teljesítményével részben, mint ágazat, **részt vesz GDP előállításában**, az államháztartás forrásainak létrehozásában,
- **rendelkezik olyan komparatív előnyökkel**, amely a gazdasági növekedésben szerepet játszik,
- másrészt az **állampolgárok egészségének helyreállításával**, megőrzésével a  **nemzetgazdaság teljesítményét növeli**,
- az „egészségipar” ágazatai Magyarországon **kellő gazdasági erővel rendelkeznek**,
- ezen ágazatok olyan termelési, verseny sajátosságokkal rendelkeznek, amely komparatív előnyként értékelhetők, amelyre alapozva a  **gazdasági növekedés húzóágazatává fejleszthetők**,



- az „egészségipar” ágazatai olyan **innovációs képességekkel rendelkeznek**, amely a tudás alapú társadalom fejlesztésében kiemelkedő szerepet biztosíthat a gazdaság ezen ágazatainak.

**A hipotézisek igazolása vagy elvetése érdekében megvizsgáltuk:**

- az egészségügyi rendszer teljesítményének, finanszírozásának, költségeinek alakulását, összefüggéseit, az államháztartási kiadásokból való részesedését,
- azonosítottuk az egészségipar ágazatait és a nemzeti számlák felhasználásával megvizsgáltuk a szerepüket a GDP előállításában,
- az ágazati elemzések és gazdasági kapcsolatokat leíró Ágazati Kapcsolatok Mérlege alapján a gazdasági növekedés, versenyképesség szempontjából az egészségipar ágazatainak komparatív előnyeit azonosítottuk.
- vizsgáltuk az egészségipar ágazatainak humán erőforrás felhasználását a foglalkoztatás mennyiségi és minőségi jellemzői alapján.



## 2 Az egészségügyi rendszer magyarországi jellemzői

### 2.1 Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

A Magyar Köztársaság alkotmányának indoklása kimondja:<sup>13</sup> „A legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog jogosultságként meghatározott alkotmányi követelmény érvényesülést, azaz az államnak azt a kötelezettségét jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva, olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához és életviteléhez”

Az egészségügyi ellátáshoz való tényleges hozzáférés az 1975 és 2007 közötti időszakban tekinthető homogénnek, a jogosultság módja azonban változott.

Az 1975. évi II. tv. értelmében 1975. július 1-jétől az egészségügyi ellátásokat állampolgári jogon lehetett igénybe venni, társadalombiztosítási megkötések nélkül. Ugyanakkor a betegségi és anyasági ellátások (ún. pénzbeli ellátások) a társadalombiztosítási ellátások körében maradtak.”<sup>14</sup>

1992-ben jelentősen módosult a társadalombiztosítási törvény. **Ettől az időponttól kezdve már nem állampolgári jogon jár az egészségügyi ellátás.** A társadalombiztosítás keretében egészségügyi ellátásra a biztosítottak, a biztosítottak eltartott hozzátartozói jogosultak, továbbá azok, akiket a tv. tételesen felsorol, mint egészségügyi szolgáltatásra jogosultakat.<sup>15</sup>

Az egészségügy, mint közfeladat makrogazdasági finanszírozási keretei

Az egészségügyi ellátórendszer finanszírozása 1989 előtt a központi költségvetésből történt, 1980-ban a tisztán egészségügyi kiadások a költségvetési szervi kiadások mintegy 14,8%-át tették ki. 1985. évi egészségügyi ellátásra fordított kiadásait az 1980. évhez viszonyítjuk a növekedés 54%-os, azaz évente a 10%-ot meghaladja. Ilyen viszonyok között az egészségügyi és szociális intézmények feladatainak ellátására 1985-ben 39,3 Md Ft-ot fordítottak.

A rendszerváltást követően az egészségügy, mint **közfeladat finanszírozása döntően az államháztartás<sup>16</sup> elkülönült alapján - E. Alapon - keresztül történik, kivéve Ebtv<sup>17</sup>-ben**

<sup>13</sup> 1990. évi LX. tv. 47.§.(2)

<sup>14</sup> Forrás: Ocskay Gabriella: „A táppénz főbb szociális és gazdasági összefüggései” (Doktori értekezés, Kaposvár 2008.)

<sup>15</sup> Jogosult, aki járulékfizetésre nem kötelezett, a törvény értelmében a járulékkerhét a központi költségvetés viseli.)

<sup>16</sup> Az államháztartás az állam által nyújtott szolgáltatások fedezetét biztosító erőforrások koncentrációját és a közszolgáltatások nyújtásához, vagy azok megszervezéséhez szükséges fedezetet biztosítja.

<sup>17</sup> 1997.évi LXXXIII. tv. a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól



**állami feladatként nevesített, döntően közegészségügyi, járványügyi, prevenciósi feladatokat.**

A közfeladatokat az alrendszerek szereplői jogszabályokban kialakított munkamegosztás alapján látják el, az állami feladatok ellátásához és finanszírozásához az egyes alrendszerek az éves költségvetési alkuk és az így kialakult lehetőségek függvényében járulhatnak hozzá. Ez hihetetlen **kemény korlátot** jelent mivel minden évben újra és újra meg kell küzdeni a makro pálya nyújtotta elosztási lehetőségekkel és ezt követően az egyes minisztériumok működési és fejlesztési igényeivel. Hosszú távú gondolkodásra kevésbé van mód, bár az államháztartási törvény megengedi az éven túli kötelezettségvállalást bizonyos határok között, ugyanakkor az éves költségvetési keret bekorlátozott. Az államháztartás kiadásokból való részesedés mértéke jelzi, hogy az érdekérvényesítés ténylegesen milyen forrást biztosított az egészségügy számára.

2. sz. táblázat

Egészségügyre fordított kiadások az éves költségvetésekben

Megnevezés	Egészségügyre fordított konszolidált kiadás az összes államháztartási kiadás %-ban	Egészségügyre fordított konszolidált államháztartási kiadás a GDP %-ában
2000	9,1	4,2
2001	9,2	4,2
2002	9,0	4,6
2003	10,4	4,9
2004	10,3	5,1
2005	10,2	5,2
2006	9,7	5,2
2007	9,0	4,6

**Összegzésül megállapítható,** hogy az éves gazdasági és állami feladatellátási cél tömegében az egészségügy társadalmi fontossága nagyon nagy, azonban csak egy szelet az „állami feladatok tortájában” és amint az látható, évről-évre újraelosztási harcra kerül sor. **Az éves áttekintések során látható, hogy az aktuális költségvetési prioritás rendszerint megelőzte az egészségügyet az éves tervezések során.**

A konvergencia program elemzése rávilágít arra, hogy *a költségvetési pálya 2006. és 2010. között az egyes ágazatok (funkcionális alcsoportok) közül az egészségügy területén irányozza elő a harmadik legmagasabb GDP arányos kiadásmérséklés megvalósítását.*



Ez azt jelenti, hogy az elsődleges kiadásokban 11%-os súllyal szereplő egészségügyre hárul **az elsődleges kiadások tervezett csökkentésének közel 20%-a.**<sup>18</sup>

### Egészségbiztosítási Alap

Az Egészségbiztosítási Alap nyújt fedezetet az egészségbiztosítás körében tartozó pénzbeli és természetbeni ellátásokra.

**Fő bevételi forrását a járulékokból származó bevételek jelentik**, melyet 1999. óta az APEH szed be. A **járulékok mértékét és megoszlását** az egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási alapok között az **Országgyűlés törvényben határozza meg**.

Magyarországon a rendszerváltást követően a gazdasági növekedés nem járt együtt munkahelyteremtéssel, és ez különösen súlyosan érintette az E Alapot, amelynél – a reformra kerülő nyugdíjrendszerrel ellentétben – jelentős járulékcsökkenésre került sor. *A járulékok meghatározásánál nem az egészségügyi rendszer forrásigénye és pénzügyi egyensúlya lett a meghatározó szempont, hanem egyre inkább a foglalkoztatáspolitikai célok elérésének és a nyugdíjrendszer keresztfinanszírozásának rendelték alá az egészségbiztosítási járulék mértékének és szerkezetének alakítását.* Az élömunka terheinek csökkentését az egészségügyi járulékok csökkentése révén kívánják mérsékelni. A járulékreformok alakítását és az Egészségbiztosítási Alapok finanszírozási forrásainak alakítását a mai napig ez a gondolat vezérli.

*Az egészségügyi járulékok mértéke, nemzetközi összehasonlításban, azon európai országokkal összevetve, ahol társadalombiztosítási rendszer működik, alacsonynak tekinthető, szemben a nyugdíjjárulékok mértékével. A hazai járulékszint egészségügyi járulékok mértékét tekintve a 9., míg a nyugdíjjárulék esetében 1. a fenti országok rangsorában.* Az E. Alap hiányának pótlásával, a központi költségvetési befizetésekkel együtt, az állami részesedés nagyon jelentősen megnőtt a források biztosításában, **döntő mértékben a járulékcsökkenés következtében kieső bevételek miatt.**

Míg a munkáltatók szerepvállalása jelentősen csökkent a források előteremtésében, addig a lakosság terhelése pedig jelentősen megnőtt. Még nagyobb lenne az aránytalanság, ha a lakosság által fizetett önrészt is figyelembe vennénk. **A központi költségvetés hozzájárulásának elvi alapjai áttekinthetetlenek és nehezen ellenőrizhetőek, így a pénzügyi kormányzat teljesen a saját szempontrendszer szerint alakíthatja az egészségügyi forrásteremtést,** amivel súlyos károk keletkeznek az ellátó rendszer

<sup>18</sup> Csaba-Orosz-Dózsa (2007)



színvonalának közép és hosszú távú fenntarthatóságában. **A járulékreformok, mint az egészségügyi hozzájárulás bevezetése, vagy a járulékkulcsok csökkentése valójában a finanszírozási források előteremtésével kapcsolatos terhek átrendezését jelentették anélkül, hogy az Egészségbiztosítási Alap költségvetési egyensúlyát, vagy az egészségügyi ellátások finanszírozási helyzetét javították volna.**

Az Egészségbiztosítási Alap nyújt fedezetet az egészségbiztosítás körébe tartozó pénzbeli és természetbeni ellátásokra.<sup>19</sup> Funkcióját tekintve tehát az E-Alap kiadási szerkezetében csak a természetbeni ellátások, értelmezhetők az egészségügyi rendszerre fordított kiadásokként.

A kötelező egészségbiztosítás általános elvei közé tartozik - hasonlóan a társadalombiztosítás egyéb ágaihoz -, hogy az ellátásokhoz való hozzájutást végső soron az állam garantálja. Ez az állami garancia megnyilvánul a kötelező egészségbiztosításra vonatkozó jogszabályok megalkotásában, az egészségbiztosítás elkülönült pénzalapjával való gazdálkodás és az alapot kezelő szervezet állami felügyeletében, valamint abban a kötelezettségvállalásban, hogy az ellátásokat az állam akkor is szavatolja, ha ezekre a döntően járulékbefizetésekből gazdálkodó, elkülönült egészségbiztosítási pénzalap nem nyújt fedezetet.

Az **E. Alap növekedését összehasonlító áron vizsgálva** 1994-hez képest csak 7,1%-os növekedés tapasztalható, azaz *reál-értéken* a 2007. évi 1.648.612 milliárd Ft, csak 426.206 milliárd Ft felhasználást jelentett az egészségbiztosítás körébe tartozó pénzbeli és természetbeni ellátásokra. Az E. Alap szerkezeti arányaiban csak 1990-es évek közepén történt jelentősebb szerkezeti változás:

- *Természetbeni ellátások kiadásainak aránya* 1994 és 1998 között *60%-ról 70%-ra* nőtt. Ez követően az arányok stabilak maradtak.
- *2007-től a nyugdíjalap költségvetésében jelentek meg a korhatár alatti rokkantnyugdíj kiadások.* Az ellátások folyósításában változás nem történt, hiszen már korábban is a nyugdíjalap adminisztrációja folyósította az ellátásokat. Arányait tekintve ugyanakkor ez változtatás azt is jelentette, hogy *70%-ról 80%-ra* nőttek a természetbeni kiadások az Egészségbiztosítási Alapon belül.

---

<sup>19</sup> 1997. évi LXXXIII. tv. a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (Ebtv.) A **természetbeni szolgáltatások** tekintetében a meghatározó alapelvként fogalmazta meg, hogy a biztosítottak és az egészségügyi szolgáltatásra jogosultak között a **befizetés jövedelem-, és nem kockázat - arányos, a szolgáltatás pedig az adott kereteken belül szükség szerinti.** A törvény alapelvként kezeli, hogy az ellátási listán csak olyan ellátások szerepeljenek, amelyek a biztosítottak számára szakmai és finanszírozási szempontból jó eséllyel nyújthatók.

A kötelező egészségbiztosítás terhére járó **pénzbeli ellátások** (táppénz, terhességi-gyermekágyi segély) esetében a szabályozás ötvözi a társadalombiztosítás két meghatározó elvét: a biztosítási és szolidaritási elvet. Ezért **mértékük a járulékfizetés alapjául szolgáló jövedelmekhez arányosított.**





A természetbeni ellátásokra fordított társadalombiztosítási kiadások reálértékben 16,6%-kal voltak magasabbak 2007-ben a bázis évnél tekintett 1994-es évvel összevetve.

A természetbeni kiadásokon belül az arányok a gyógyszer és gyógyászati segédeszközök javára tolódtak el tekintettel arra, hogy lényegesen meredekebben emelkedtek a kiadások ezen a területen 2007-ig. Az eltolódás mértéke igen jelentős, hozzávetőleg tíz százalékos volt.

*A gyógyító-megelőző ellátások esetében* az egyes ellátások közti arányok viszonylag stabilak voltak, nagy átrendezésre nem került sor.

## **2.2 Az egészségügyi ágazat teljesítménye, intézményrendszere, gazdálkodása<sup>20</sup>**

### **2.2.1.1 Népegészségügy**

A rendszerváltás időszakában az új egészségügyi rendszer *állami feladatként* deklarálta a közegészségügyi, járványügyi és egészségvédelmi tevékenység irányítását és felügyeletét, valamint az egészségügyi ellátás felügyeletét.

A **közegészségügy területén** az elmúlt évtizedekben jelentősen változtak a prioritások, amelyek közül kiemelendő az 1970-ben megalakult a humángenetikai munkacsoport és irányítása alá került *a világviszonylatban első országos rendellenesség nyilvántartási rendszer* (1962) a Veleszületett (fejlődési) Rendellenességek Országos Nyilvántartása (VRONY). *Ez a nyilvántartási rendszer teszi lehetővé a környezeti ártalmak okozta genetikai mutációk kutatását, és megelőzését, a fejlődési rendellenességek kiszűrését.*

**A járványügy területén a védőoltással megelőzhető fertőzőbetegségek területén Magyarország olyan eredményeket ért el melyre joggal lehet büszke, a 99 százalék körüli átoltottsággal, valamint a sporadikus szintre szorított védőoltással megelőzhető gyermekkori fertőző megbetegedésekkel.**

Az ÁNTSZ a kibővült funkciójának megfelelően több népegészségügyi program koordinálására kapott felhatalmazást:

- „A hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről szóló program: a népegészségügy prioritásai az ezredfordulóig”<sup>21</sup> 1994-ben
- „Egészségünk jövője: az egészség megőrzés stratégiája 2010-ig”<sup>22</sup>

<sup>20</sup> Az egészségügyi szolgáltatások rendszerének vizsgálata 1975 - 2007. évekre, mint statisztikailag feldolgozott utolsó évre vonatkozik, kivételt képeznek a nemzetközi adatok, ahol általában 2006. év az utolsó feldolgozott időszak. Az egészségügy teljesítmény adatai 1995-ig az első szakstatisztikai évkönyv megjelenéséig rendkívül szegényesek. A szakstatisztikákban megjelenő adatbázisok sem minden esetben összehasonlíthatók, a módszertani változások visszamenőleges érvényesítése csak rövid időszakokra történt meg, másrészt az egyes adatkezelők (OEP, KSH) adattartalma eltér egymástól.

<sup>21</sup> A Kormány 1030/1994 (IV. 29.) Korm. határozata a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről



- „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010”<sup>23</sup>, amely részeként népegészségügyi (célzott) szűrővizsgálati programok indultak<sup>24</sup>. (Magas vérnyomásmérés; emlőrák szűrés 2003-ban {a 45-64 év közötti nőknek 80%-a vett részt vizsgálaton a 2000. évi 51 %-kal szemben}; méhnyakrák szűrés {a 25 és 44 év közötti nők háromnegyede volt az elmúlt két évben, az 55-64 évesek között ez az arány azonban csak 48%.})

A szűrések hatékonysága szempontjából kiemelkedően fontos volt, hogy 2005. év februárjában elkészült Országos Szűrési információs Rendszer (OSZR, azonban a lakossági **átszűrési lista minőségét** tovább kell javítani, mivel a folyamatos egyeztetés ellenére, **alig javult**. A hibaszázalék így sem csökkenthető 9-10% alá. A szűrési rendelet 2006. január 1-jétől hatályos módosítása az életkor és az egyénnél fennálló kockázati tényezők együttese alkotta teljes (abszolút) kockázatot felmérést írja elő, és ez alapján határozza meg a szűrővizsgálatok ismétlésének a gyakoriságát. A szűrővizsgálatok irányítása, a vizsgálati eredmények összegzése elsősorban a háziorvosok a feladatává vált.

A meghirdetett programok célkitűzéseinek megvalósulása azonban több tényező együttes hatásaként, alatta maradt az elvárhatónak.

Az egészséget meghatározó tényezők jelentős része, népegészségügyi feladatként is értelmezhető. Fontos tehát, hogy **eredményes és hatékony ágazatközi együttműködések** **alapulva fogalmazódjanak meg és valósuljanak meg az egészségügyön kívüli ágazatok népegészségügyi vonatkozású fejlesztési irányai, feladatai.** Az egészségorientált multiszektorális egészségpolitika iránti igény felértékeli az állam azon funkcióját, amely az egészséget közvetett módon befolyásoló társadalmi és egyéni tényezők feltételrendszerének, kockázatának vizsgálatát, **szabályozását, befolyásolását végezheti a társadalom jobb egészsége érdekében.**

---

<sup>22</sup> Egészségünk jövője (FACT Intézet) - készült a Népjóléti Minisztérium megbízásából

<sup>23</sup> 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat

<sup>24</sup> 1997. évi CLIV. törvény szerint a célzott szűrővizsgálat – olyan a céllakosság meghatározott korcsoportjaira kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott, az egészségügyi ellátó rendszer által kezdeményezett népegészségügyi tevékenység, amely az egészségügyi ellátó rendszerbe integráltan, központi költségvetésből finanszírozottan működik.



### 2.2.1.2 Gyógyító, megelőző ellátások

A rendszerváltozást követően az ellátás-szervezésben lényegi kérdés **az ellátási kötelezettség**, mely az Alkotmányban és az Önkormányzati törvényben<sup>25</sup> deklarált jog és kötelezettség. Magyarországon ma az egészségügyi alapellátás megszervezésért a települési önkormányzatok a felelősek, szakellátás tekintetében pedig a városi, kerületi, megyei, fővárosi önkormányzatnak van intézmény-fenntartási kötelezettsége, kötelező vagy önként vállalt feladatként. Az egészségügyi szolgáltatók az OEP-pel kötött kapacitás-lekötési és finanszírozási szerződés szerint – a területi ellátási kötelezettség alapján – részesülnek működési finanszírozásban.

A mai magyar egészségügyben mind az alapellátásban, mind a szakellátásban alapvetően a **területi ellátási elv érvényesül**, amelyet a beteg oldaláról a szabad orvosválasztás elve módosít(hat).

**Az egészségügyi ellátásban meghirdetett reform eddig az alap-ellátást érintette, illetve a szakellátásnál a teljesítményelvű finanszírozás bevezetését jelentette.** Az elmúlt két évtizedben az egészségügy pénzügyi erőforrásai évről-évre viták középpontjába kerültek, ezért az átfogó reform helyett a fő kérdéssé az E. Alap és a kórházak gazdálkodási hiányának a menedzselése, valamint a kórházi kapacitások csökkentése vált.

**A reform első lépéseként bevezetett új finanszírozási rendszer után további stratégiai fontosságú lépések elmaradtak, nem volt ösztönzés:**

- a **definitív ellátások arányának növelésére** a progresszivitás alacsonyabb szintjein. (Az 1990 és 2007 között időszakban az egy házi orvosra jutó diagnosztikai beutalások 2,5-szeresére, a nem diagnosztikai szakrendelésre utalások száma 3,5-szeresére emelkedett, a kórházba utalások száma pedig 71%-kal nőtt.)
- az orvosi technológia gyors fejlődése által lehetővé **tett rövidebb ellátási idők, és/vagy a progresszivitás alacsonyabb fokán is ellátható esetek rendszerszerű bevezetésére**, amely az ellátórendszer stratégiai, irányítói pontjain teszik pazarlóvá az ellátórendszert.

A **változtatási irányok az intézményi, strukturális reformokra szűkültek.** A '90-es évek második felétől az aktív ágyszám több lépésben 10-18-25%-kal csökkent. A 2007. április elsejétől hatályos 25%-os aktív ágyszám csökkentés egy része - az ellátási igényeknek megfelelően - a krónikus fekvőbeteg szakellátásra került átcsoportosításra.

<sup>25</sup> 1990. évi LXX. tv. a helyi önkormányzatokról



Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény alapkonceptiója, filozófiája szerint az egészségügyi fekvőbeteg-szakellátás biztosítása csak a *progresszivitás elve* alapján alakítható ki és működtethető költséghatékonyan. A törvény nevesítette azokat az intézményeket, melyek ún. súlyponti kórházak, széles szakmai profiljukkal és felszereltségükkel biztosítják nagyobb terület, (megye, régió) lakosságának speciális ellátását is. **A vizsgált 30 év alatt a kórházi össz-ágyszám – a 2007. drasztikus csökkentés után –éri el az EU-s átlagot**, nagyságrendjét jól jellemzi, hogy még 2006-ban is meghaladta az Unió 1990 évi adatait. A 2007. évi változások következtében **a 100 ezer lakosra jutó aktív ágyszám 413,4-re csökkent, amely 4,5%-kal magasabb az Unió 2006. évi átlagánál.**

**Megállapítható, hogy összességében a 30 év alatt, noha a kapacitások csökkentek, a kórházi ágyak aránya régiós szinten állandó maradt a régiónkénti ágyszámok még mindig nem kellően igazodnak a szükségletekhez.**

A szükséglet-alapú és szolgáltatás-elvű egészségügyi ellátás nem tudott eddig kellően megvalósulni. Az alap-, és szakellátásban a struktúra és működtetés terén megállapítható hiányosságok, belső ellentmondások közül kiemeljük:

- 1) **A háziorvosi ellátásban** a számbeli hiány és a területi hozzáférés egyenlőtlensége fokozódik (évek óta betöltetlen körzetek, a nyugdíj-korú orvosok egyre nagyobb száma, és az utánpótlás hiánya, a háziorvosi praxisok átadásának megoldatlansága); a feladat-ellátásban a definitív ellátás hiánya, a kapuőr-funkció hiányossága, a szakmai szinten-tartás problematikáját tapasztaljuk.
- 2) **A gondozói-ellátás** esetszám csökkenését nem követte feladatainak, szerepének „újragondolása”, míg a jelenlegi morbiditásnak, azaz a civilizációs betegségeknek (szív-érrendszeri megbetegedés, hypertonia, diabetesz, COPD, mozgásszervi-megbetegedések, stb.) megfelelő esetek gondozása nem kellően megoldott.
- 3) **A járóbeteg-szakellátásban a klinikai szakterületeken** az esetszám az évek során alig változik, nem változik a szakmapolitikai deklaráció ellenére sem, mely szerint a kórház helyett, ezen a szinten kell(kellene) a definitív szakellátást biztosítani.
- 4) **Az egynapos sebészeti, a nappali kórházi és kúraszerű ellátások** szabályozása nagyon merev és rugalmatlan, számos ponton tisztázatlan ezen ellátási formák valódi szakmai tartalma, pedig lényeges „tartalék” van ezeken a területeken. (Ezt jelzik a nemzetközi összehasonlításban is alacsony értékek ezen ellátási formákban)



- 5) *A járóbeteg-szakellátásban a diagnosztika* (ezen belül elsősorban a laboratóriumi vizsgálatok száma) többszörösére emelkedett. A laboratóriumi esetszámok stagnálása, csökkenése ( 1995. évi 15 millió eset - 2005-2006.év 14;-13,5 millió eset) mellett a beavatkozások az 1995. évi 65 millióról 2005-2006-ra több, mint két és félszeresére emelkedett. Meg kell jegyezni, hogy a **képalkotó diagnosztika** (a CT, MRI) területén – a nemzetközi összehasonlítás szerint – nagy elmaradottságaink vannak.
- 6) *A kórházi aktív-ágyszám* megállapításánál sokkal fontosabb a szakmailag szükséges profilnak megfelelő ágyszám, a területi hozzáférés biztosítása, egyes szakmákban a kompetencia szint meghatározása, a kiegészítő diagnosztikai és műtéti technológia megléte. Számos *betegségcsoport kezelésében* még mindig jelentős területi egyenlőtlenségek és hiányok tapasztalhatók, bár a 10 ezer lakosra jutó engedélyezett ágyak országos adatától a régiós értékek átlagos eltérései csökkentek.<sup>26</sup>
- Az onkológia esetében a növekedés ellenére – a 10 ezer lakosra jutó ágyszám 0,6 ágyról 1,9 ágyra nőtt - a területi különbségek nem csökkentek. Közép Dunántúl 0,7 ágy és Észak Magyarország -1,3 ágy - eltérése az országos átlagtól még mindig rendkívül nagy.
- 7) *A krónikus ellátásra kijelölt ágyszám* területi megoszlása és szintjei még nem megfelelőek. Több osztály egyáltalán nem felel meg a rehabilitációs minimumfeltételeknek, nincs elég szakember, körülményes a beutalás, illetve a hozzájutás.
- 8) *A sürgősségi ellátás* szolgáltatási szintjeinek és helyeinek meghatározása - gyakorlati szempontok alapján javasolt átdolgozni az alapellátási ügyelet és a kórházi sürgősségi ellátás szakmai minimum-feltételeit, valamint jogi és finanszírozási eszközökkel támogatni a szakmailag indokolt és szükséges integrációt.
- 9) Nem lehet kihagyni a felsorolásából az *egészségügyi informatikai hálózat kiépítésének* szükségességét. Égető hiány mutatkozik az egészségügyi ellátást átfogó és összekötő rendszer iránt. Ez hozná az egyik leglátványosabb megtakarítást, mind idő-megtakarításban, mind pedig a feleslegesen végzett, megismételt vizsgálatok anyagi ráfordításainak kiküszöbölésével.

---

<sup>26</sup> Belgyógyászat 1980 évi 4,02 ágyról 2007-re 1,82 ágyra  
Sebészeti 1980 évi 1,53 ágyról 2007-re 0,71 ágyra  
Szülészeti-nőgyógyászat 1980 évi 0,95 ágyról 2007-re 0,29 ágyra  
Csecsemő és gyermekgyógyászat 1980 évi 1,99 ágyról 2007-re 0,67 ágyra  
Ideggyógyászat 1980 évi 0,97 ágyról 2007-re 0,47 ágyra.



10) **A foglalkozás-egészségügyi ellátás** 1995-től már nem a társadalombiztosítás által finanszírozott. Vizsgálva a kompetenciáját és az ellátás forgalmi, illetve a statisztikai adatait, felmerül egy foglalkozási ágazatokat tömörítő foglalkozás-egészségügyi biztosító létrehozásának szükségessége.

Az egészségügyi rendszerben az igazságosságot nem feltétlenül az azonos kapacitás-kvóták biztosítják, mert eltérőek a korstruktúrából és a megbetegedési viszonyokból fakadó szükségletek. **A progresszivitás**, a kiemelt ellátások vonzás-körzetei nem követik pontosan a régiós határokat, ezeken átnyúló feladatokat is ellátnak. **Az eddig kialakult betegutak, mind egyéni, mind társadalmi szinten nem tekinthetők tervezettnek és szervezettnek.**

**A reform folyamat tovább fejlesztésének elmaradása eredményezte a jelenlegi ellentmondások** - definitív ellátás, a szakellátásban a járó- és fekvő-szakellátás aránya illetve a szakmákon/szakmacsoportokon belüli kapacitás arányok **megerősödését, feszítővé válását.** Az egészségügyi ellátók és az ellátást igénybe vevők számára nem alakultak ki azok a transzferek, amelyek az egészségmegőrzést („az egészség érték”) alapú szemléletet, a szűrési, prevenció feladatokat helyezik előtérbe.

### 2.2.1.3 Az egészségügyi ellátórendszer gazdálkodási jellemzői

Az ellátórendszer döntő részét a költségvetési intézményként működő, állami/önkormányzati tulajdonú intézményrendszer biztosítja.

#### **Működési bevételek, kiadások**

A költségvetési szervként működő egészségügyi szolgáltatók gazdálkodási adatai<sup>27</sup> alapján az intézményrendszer gazdálkodásában is az ellátórendszer jelenlegi feladatellátása, struktúrája és az elégtelen források közti ellentmondást igazolja:

- Az OEP bevétel működési bevételekhez viszonyítottan a 85-86%-os nagyságrendet is eléri, azaz **az intézmények működési pozícióit alapvetően a betegellátási teljesítményükért realizált OEP bevétel határozza meg.**
- **A felügyeleti szervi támogatás**, amely működési és felhalmozási célokat szolgálhat összességében csökkenő részarányt képvisel a vizsgált intézményrendszerek esetében. Szakágazatok között a legmagasabb részaránnyal a járóbeteg szakágazat (alap és

<sup>27</sup> Önkormányzati, központi költségvetési szervek, orvosegyetemek 1999-2007. évi beszámoló adatai alapján. Nem tartalmazza a BM, HM, IM intézményeinek adatait, valamint a költségvetési körből kikerült 100%-os önkormányzati tulajdonú társaságok adatait. A vizsgált intézményi kör beszámoló adattartalmának eltérése, illetve időbeni változása miatt a szükséges homogenizálás információvesztést eredményezett. Forrás: MÁK



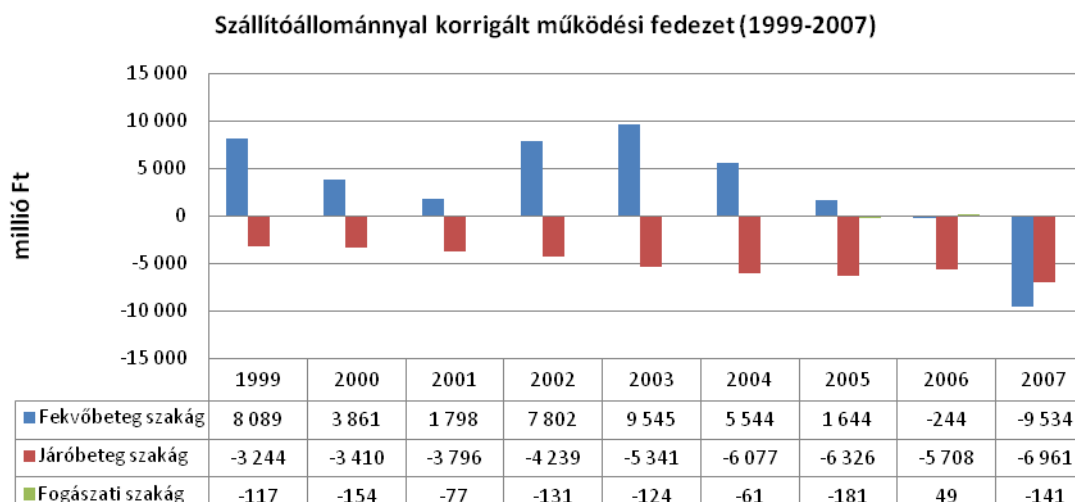
szakellátás) rendelkezik. Szektoronként vizsgálva látható, hogy **az önkormányzati szektor esetében legalacsonyabb a részaránya és csökkenő tendenciájú.**

- Kiadásokat vizsgálva egyértelműen az **alulfinanszírozottság jegyei mutathatók ki:**
  - o A működési kiadások részaránya fokozatosan emelkedik, 2007-re 94,9%-a a költségvetési kiadásoknak, a felhalmozási kiadások részarányának csökkenésével párhuzamosan.
  - o A működési kiadásokon belül a személyi kiadások részaránya a 2002. évi 50%-os béremelés teljes éves hatását tükröző 2003. évben megugró részarányai minden szakágazatban folyamatos csökkenést mutatnak, A beszámoló adatok alapján, a költségvetési intézményi körben 1999 és 2007 között az önkormányzati szektorban 23,6%-kal, a központi költségvetési szerveknél 23,4%-kal csökkent a foglalkoztatottak átlagos létszáma.
  - o Dologi kiadások részaránya 1999 és 2007 között 2,6% pontot csökkent, 6,4%-os évi átlagos növekedés mellett is, valamint szerkezetében bekövetkezett változások is ezt támasztják alá. (Gyógyszerkiadások, közüzemi kiadások arányának növekedése, szakmai anyag, karbantartási szolgáltatások részarányának csökkenése)

A likviditási problémák miatt, az intézmények dologi felhasználásukat részben a beszállítókkal finanszíroztatják, tekintettel arra, hogy az intézményeknek hitel felvételi lehetősége nincs. Az intézmények működési fedezete (működési bevétel-működési kiadás) jelzi, hogy a rendelkezésre bocsátott források, milyen mértékben fedezik az ellátott feladatok ráfordítás igényét. A valós felhasználások kimutatása érdekében a működési kiadásokat a szállítói állományváltozással korrigáltuk és ennek alapján határozzuk meg a korrigált működési fedezetet, amely alapján látható vált az intézmények likviditási helyzetének jelentős romlása.



3. sz. ábra



Az adatok alapján jól látható a fekvőbeteg szakágazat eladósodási periódusai, amely 2006-tól a szakág negatív korrigált működési fedezetének növekedését mutatja. Ez egyben azt is kifejezi, hogy **nem egyszerűen intézményi szintű gazdálkodási problémák okozzák az eladósodási periódusokat, hanem rendszerszerű problémák lehetetlenítik el a szakág működését, hasonlóan a járóbeteg szakághoz.**

### ***Felhalmozási kiadások***

A költségvetési szerveknél eszközeik pótlására, új eszközök beszerzésére nem képződnek források, az amortizáció, csak elszámolási tétel, mérleg valódiságot biztosító kategória. A felhalmozás fedezetének biztosítása a tulajdonos v. tulajdonosi jogokat gyakorló felügyeleti szerv feladata a jelenlegi duális finanszírozási rendszerben. Az eszközök állományának bővítése két alapvető technikával történhet:

- intézményi saját beruházás, felújításként, amely esetében a beruházás forrását az intézmény működési kiadásaiból átcsoportosítva, felügyeleti szervei támogatásból vagy egyéb forrásból biztosítja
- térítésmentes átadásként, a felügyeleti szerv, fejlesztési kötelezettségének - elsősorban a nagyobb értékű beruházások esetén - úgy tesz eleget, hogy a beruházás lebonyolítását a tulajdonos végzi, és térítésmentes átadással adja át az intézménynek. Ebben az esetben csak a vagyonnövekedés regisztrálható, felhalmozási kiadásként nem mutatható ki.





A felhalmozási kiadások a 2002. évi kiugró értékek után folyamatosan csökkent, majd 2006-2007 évben 35 milliárd körüli értéken stagnált. Felhalmozásra az intézmények csökkenő arányban költöttek, a költségvetési kiadások 5%-a körüli értéken stagnál 2002. év óta.

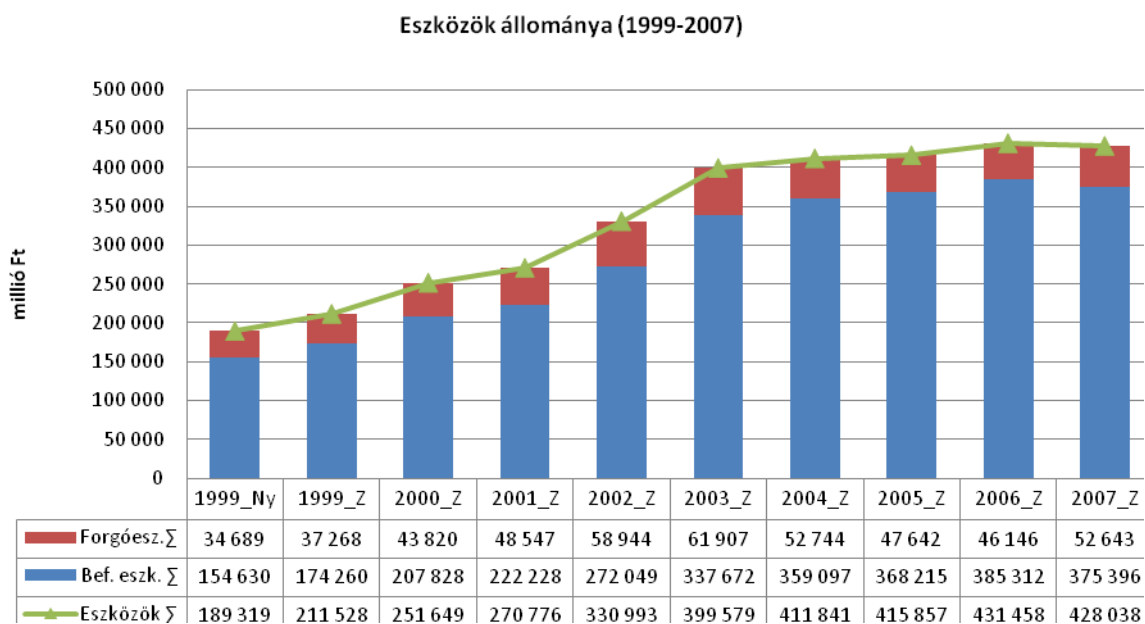
A felhalmozási kiadások az orvosegyetemek esetében a legmagasabb – 8,8-11,2% részarányúak. Az önkormányzati intézmények esetében folyamatosan csökkenő részarányt képviselnek a felhalmozási kiadások, az 1999. évi 5,4% részarány 2007. évre 3,8%-ra csökkent úgy, hogy voltak évek, amikor a részarány ennél is alacsonyabb volt.

A központi költségvetési intézmények esetében 2005. évig az egészségügyben magasnak tekinthető 7% körüli érték látható, ez azonban 2007-re az önkormányzati intézmények szintjére süllyedt.

### Vagyoni helyzet

A vizsgált intézményi kör<sup>28</sup> vagyona az 1999 és 2007 közötti időszak utolsó évében csökkent.

4. sz. ábra



A mérlegadatok közül a jelentősebb tételeket kiemelve a vagyon csökkenés okai megállapíthatók.

Az **ingatlanok** tárgyi eszközök között az egyetlen vagyonelem, amelynek a záró állományi értéke magasabb, mint az előző évben volt. Az ingatlanok műszaki állapota,<sup>29</sup> minősége jelentősen szóródik. Az adatok alapján **legrosszabb minőségű épületállománnyal az**

<sup>28</sup> Orvosegyetemek nélkül

<sup>29</sup> Az adatok az EMKI felé adott jelentési kötelezettség beérkezett adatainak feldolgozását tartalmazzák, nem fedi le a teljes intézményi kört.



**egyetemek**, az egyéb intézmények és a fővárosi önkormányzat kórházai rendelkeznek. (Meg kell azonban jegyezni, hogy az egyetemek szanálendő épületei nem közvetlen betegellátó funkciót látnak el, **a szanálendő épületekben lévő betegágyak 79%-a az önkormányzati intézményekben található.**)

A folyamatos ráfordítás, állagmegóvás hiányában újratermelődnek a műszaki szükségességből indokolttá váló felújítási, rekonstrukciós igények, amelyet a 2005. évi ÁSZ jelentés<sup>30</sup> adataival összevetve is láthatók. (Nőtt a rekonstrukcióra, felújításra szoruló épületek részaránya az önkormányzati intézményeknél, a szanálendő épületek aránya azonban csökkent.

A **gépek, berendezések** – melyek az orvosi gép-műszereket is fedik – aránya az 1999-es 25%-os szintről mintegy 14%-ra süllyedt és 2007-ben 52 milliárd forintnyi értéket képvisel. Ez 2006-hoz képest 16,7%-os csökkenés, de a 2005-ös értékez képest is nominálisan 11,6%-os vagyon csökkenést jelentett. Azaz a gép műszer állomány növekménye nem volt képes pótolni a gép- műszer állomány értékében bekövetkezett csökkenést, azaz a „O”-ra leírt eszközállomány növekedését. Az előregedő eszköz állomány és az alacsony színvonalú karbantartás együttesen negatívan befolyásolja a szakmai tevékenységet.

A gép műszer állományának a csökkenése az önkormányzati szektorban 2005-ben kezdődött, amely 2007-ben vált jelentőssé. A 2007. évi gép műszer állomány 2003. év állományi értékét sem éri el, hasonlóan a központi költségvetési szektorhoz, ahol a visszaesés a 2002 évi záróállományhoz közelítő értéket eredményezett. A mérleg adatok által látható tendenciák mellett azonban a ténylegesen használt eszközök állapota ennél kedvezőbb. **Nyilvántartási hiányosságok miatt az intézményekben használatra átvett eszközökről nincs valós kép**, de a használatra átvett eszközök minden intézményben megtalálhatók. A gép műszer ellátottság természetes adatai a pénzügyi adatokat támasztják alá.

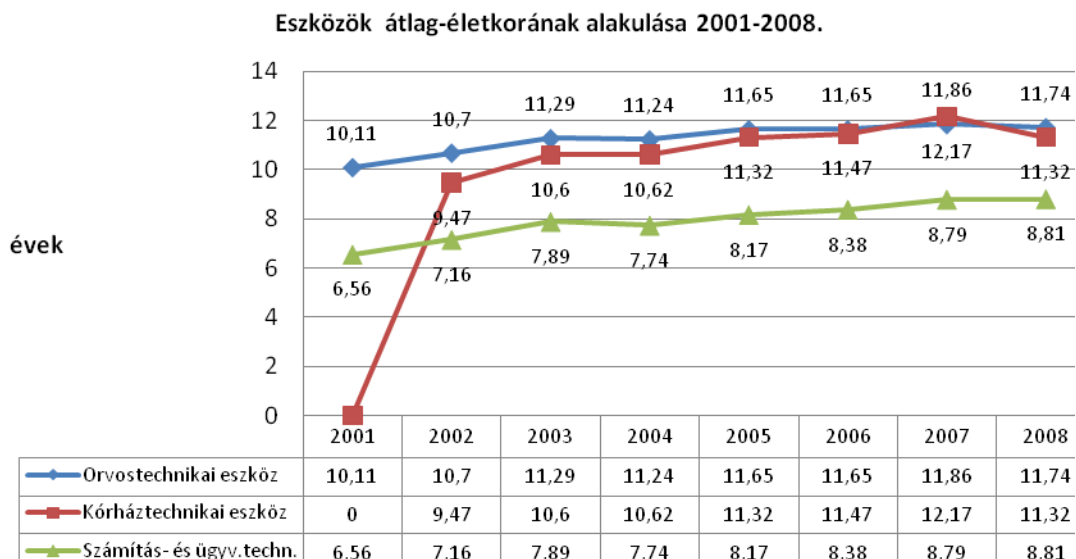
Az orvostechnikai eszközök számának növekedése ellenére az eszközök átlagos életkora tovább romlott, hasonlóan a kórháztechnikai és számítástechnikai eszközökhöz.

---

<sup>30</sup> 0523 ÁSZ JELENTÉS a címzett támogatásból finanszírozott egészségügyi beruházások, rekonstrukciók ellenőrzéséről



5. sz. ábra



Az életkor adatokat összehasonlítva a *nemzetközileg elfogadott* alábbi *maximális élettartamokkal* jól látható, hogy eszközeink „túlkorosak” voltak 2001-ben is és ez a szakadék tovább növekedett.<sup>31</sup>

A rendelkezésre álló eszközállomány korszerűségét közelítő mutató a „O”-ra leírt eszközök arányának 61%-ról 67%-ra emelkedett, a számítástechnikai eszközök esetében ez az arány 82%-ról, 89%-ra nőtt

Egyes nagy értékű eszközökkel való ellátottság sem mutat kedvezőbb képet. A CT, MRI készülékek/millió fő adatai nemzetközi összehasonlításban, az adatot közlő országok között Magyarország 2006. évi adatai a rangsor utolsó előtti helyein található. (2007. évre az eszközök száma nem változott.)

Az adatok által felrajzolt képnél a betegellátás szempontjából kedvezőbb a helyzet. Az egészségügyi intézményekben számos nagy értékű, olykor nem is az intézmény tulajdonában található eszköz (gép, műszer) is található, például különböző „jogcímenen”<sup>32</sup>: (bérelt vagy lízingelt eszköz; használatba adás (pl. labor készülékek), ahol a használatba adó nyeresége a szükséges üzemeltetési anyagok (pl. reagensek) folyamatos szállításából adódik, alapítvány, orvos tulajdona az eszköz, amelyet használatba vagy bérbe adnak az intézményeknek. stb.)

<sup>31</sup>(orvostechnikai eszközök esetében morálisan 5 év, fizikailag 10 év; számítás- és ügyvitel-technikai eszközöknél morálisan 1-2 év, fizikailag 3 év.)

<sup>32</sup> az adatszolgáltatás csak a saját eszközökre terjed ki



Az utóbbi évek fejlesztései mellett is az **egészségügy eszközellátottságának legnagyobb problémája a magas átlagéletkor, amely a felhalmozási forráshiány legszembetűnőbb kifejezője.** Ennek legfontosabb oka, hogy **a működés és fejlesztés elkülönült, duális finanszírozású.** Az új eszközök beszerzése esetleges, véletlenszerű, hosszabb távra tervezetlen, pályázatokhoz, eseti adományokhoz kötődő. Az esetlegesség azonban nemcsak a források esetlegességében érhető tetten, az intézmények saját fejlesztési politikája sok esetben nem alkalmazkodik a szakmai követelményekhez, az intézmény ellátási hierarchiában betöltött szerepéhez. A progresszivitási szintet meghaladó színvonalú, kapacitású eszközök magasabb működési költségei a folyamatos betegellátás elől von el forrásokat, másrészt a szűkös fejlesztési források miatt egyenetlen ellátást generál.

A forgóeszközök meghatározó elemének, a készleteknek a nagyságrendje csökkent. Ezt részben javuló készlet hatékonyság okozta, a készletek forgási sebessége 11 napról 6 napra csökkent, másrészt a készletszint csökkenésben szerepet játszott részben az, hogy a beszállítók szállítási készsége nagyon kedvezően változott, másrészt a likviditási problémák is a készletszint csökkentésére kényszerítették az intézményeket.

A források között gazdálkodási szempontból meghatározó szerepük a rövid lejáratú kötelezettségeknek van. **A rövid lejáratú kötelezettségek (45 099 836) értéke 45 milliárd forint,** s szinte teljes mértékben áruszállításból és szolgáltatásból keletkezett. A rövid lejáratú kötelezettségek szintje nominálisan 1999-hez képest 336%-al növekedett meg. **A jelentős növekedés mutatja a beszállítói szektor által ellátott finanszírozói szerepet.**

**Össességében a vagyoni helyzet változása, szerkezetében bekövetkezett változások is jelzik,** hogy az intézményrendszer pozíciói 1999 és 2007 év között romlottak, likviditási problémák periodikusan jelentkeznek, az adósság konszolidációs programok tartós eredményt nem hoztak. Az eszközállomány, különösen a gép műszer állomány csökkenése az eszközpark műszaki leromlása a működési költségeket is növelné. **A likviditási problémák miatt azonban olyan öngerjesztő spirál kialakulása várható, amely a betegellátás színvonalát, hatékonyságát is veszélyeztetheti.** A működőképesség fenntartásának kényszere olyan beszerzési (használati) konstrukciókat kényszerít ki, amely az ésszerű gazdálkodás követelményeinek nem felel meg.



### 2.3 Egészségügyi rendszer költségei, finanszírozása

Az egészségügyi kiadások forrása kettős: részben a közkiadások részben pedig az állampolgárok, vállalatok által finanszírozzák. Az egészségügyi számlák módszertanának figyelembe vételével, a rendelkezésre álló inhomogén adatbázisok felhasználásával készítettük el a becslést az 1975 és 2007. évekre.<sup>33</sup>

Az egészségügy esetében közfinanszírozásban csak az a szolgáltatás részesíthető, amelyik valós, orvos-szakmailag megalapozott szükségletet elégít ki. A magánfinanszírozás szerepe alapvetően két különböző célt szolgál. Egyrészt – jogszabályok által előírtan – kiegészíti azt a szűkös forrást, amit a társadalom a beteg ember gyógyítási szükségletére fordít, illetve tud fordítani. A jelenlegi rendszerben ennek egyik legfőbb eleme a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök beteg által fizetendő térítési díjai. Ide sorolhatjuk a magánszolgáltatóknál igénybe vett szolgáltatás díját is.

Ettől élesen elkülöníthető az egészségügyi ellátásban a „szabad” orvosválasztás, illetve szolgáltatásválasztás lehetősége. Az esetek többségében a szolgáltatások egy részét hallgatólagosan elfogadva, „feketén” vásárolja meg a beteg.

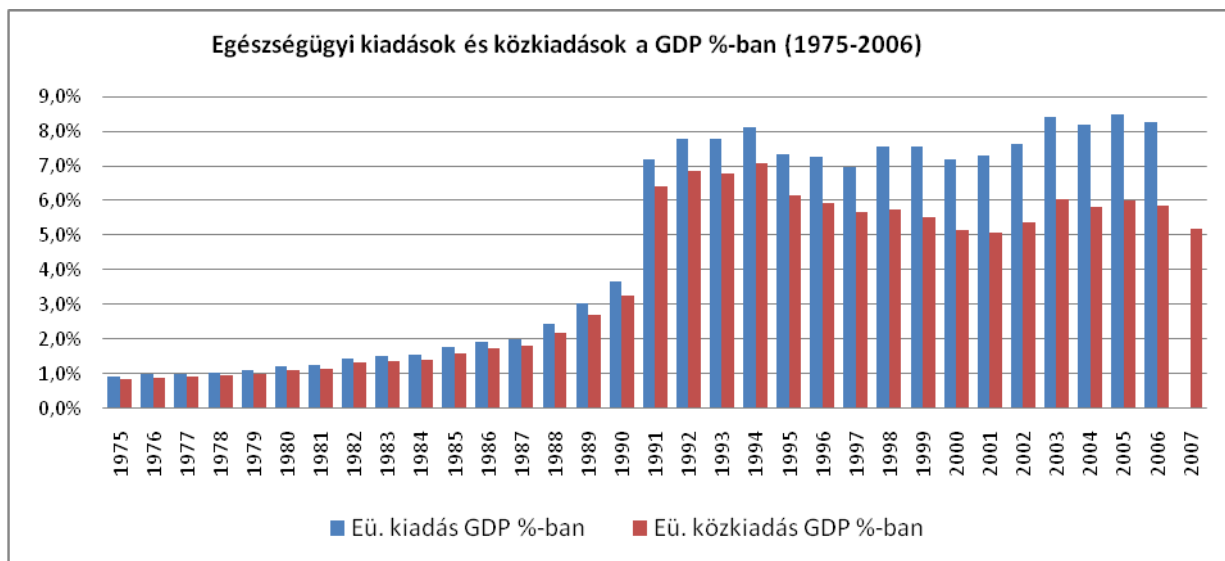
Az alábbi ábra a teljes vizsgált időszak<sup>34</sup> (egészségügyre fordított kiadás nagyságát mutatja be. Nagyságrendjéből adódóan az 1990 előtti időszak magánkiadásai kevésbé láthatóak.

6. sz. ábra

<sup>33</sup> Az egészségügyi kiadások becslése több megközelítésben, vetületben történhet. A nemzeti számlákon alapuló egységes módszertan, az Egészségügyi Számlák rendszere, tekinthető teljes körűnek és olyan – nemzeti sajátosságokat összehasonlíthatóvá tevő módszernek, amely legpontosabban közelíti a tényleges ráfordításokat. A Magyar Nemzeti Egészségügyi Számlák, amelynek adatbázisát a KSH rendszeresen továbbítja az OECD felé, hazai publikálására 2002 után nem került sor. Az aktuális adatbázist a KSH külön kérésre rendelkezésünkre bocsátotta.

<sup>34</sup> kivéve 2007. Erre vonatkozóan nem állnak rendelkezésre OECD magánkiadási adatok)





Az egészségügyi kiadások GDP %-ában kifejezett értéke 1975-től (0,93%) 1994-ig (8,13%) folyamatosan emelkedett. A GDP egyre nagyobb hányadát fordították egészségügyre. 1991-ben egy hatalmas ugrás látható, ennek több oka van, egyrészt 1991-ben nagyon drasztikusan visszaesett a GDP mértéke, másrészt az elszaladó infláció, amely az egészségügyi fogyasztás esetében meghaladta a fogyasztói árindexet.

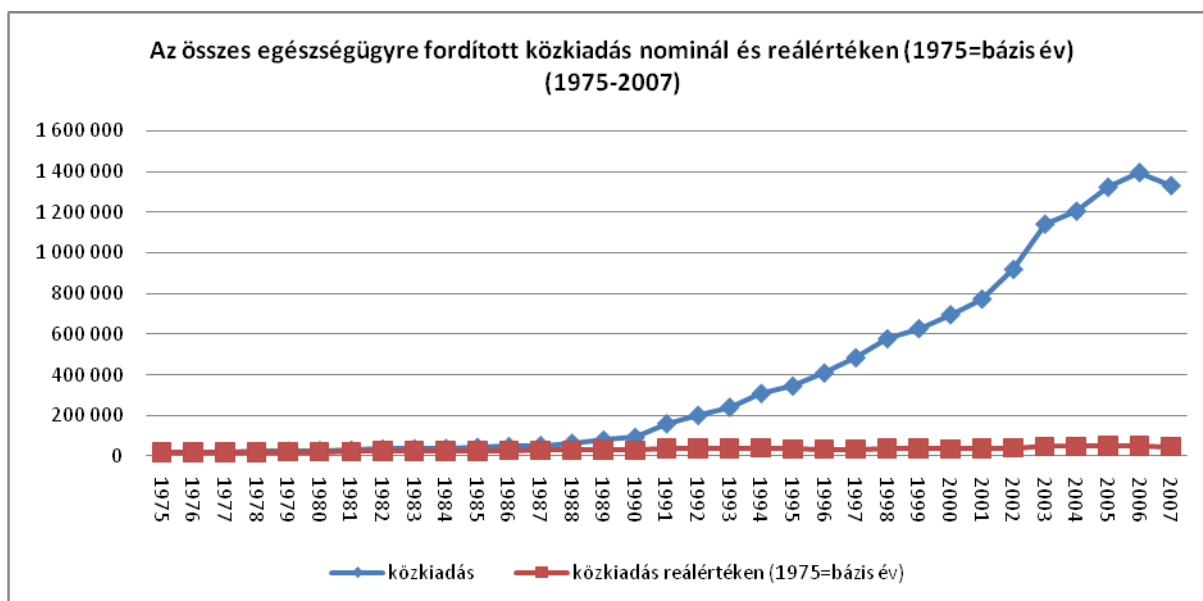
Az egészségügyi kiadásokban a közkiadások aránya fokozatosan csökkenő ugyan, de változatlanul meghatározó nagyságrendet képvisel, míg a GDP enyhén növekedett folyó áron, addig az egészségügyre fordított közkiadások csökkentek.

Sokkal többet mutat azonban az egészségügyre fordított közkiadások reálértékének alakulása a vizsgált időszakban. GDP deflátorral<sup>35</sup> az inflációs hatásokat kiküszöbölve láthatjuk a közkiadások viszonylagos ingadozását, tehát ez a nominális értékváltozással ellentétben már nem mutat egyértelmű növekedést.

7. sz. ábra

<sup>35</sup> Adatok forrás: Worldbank





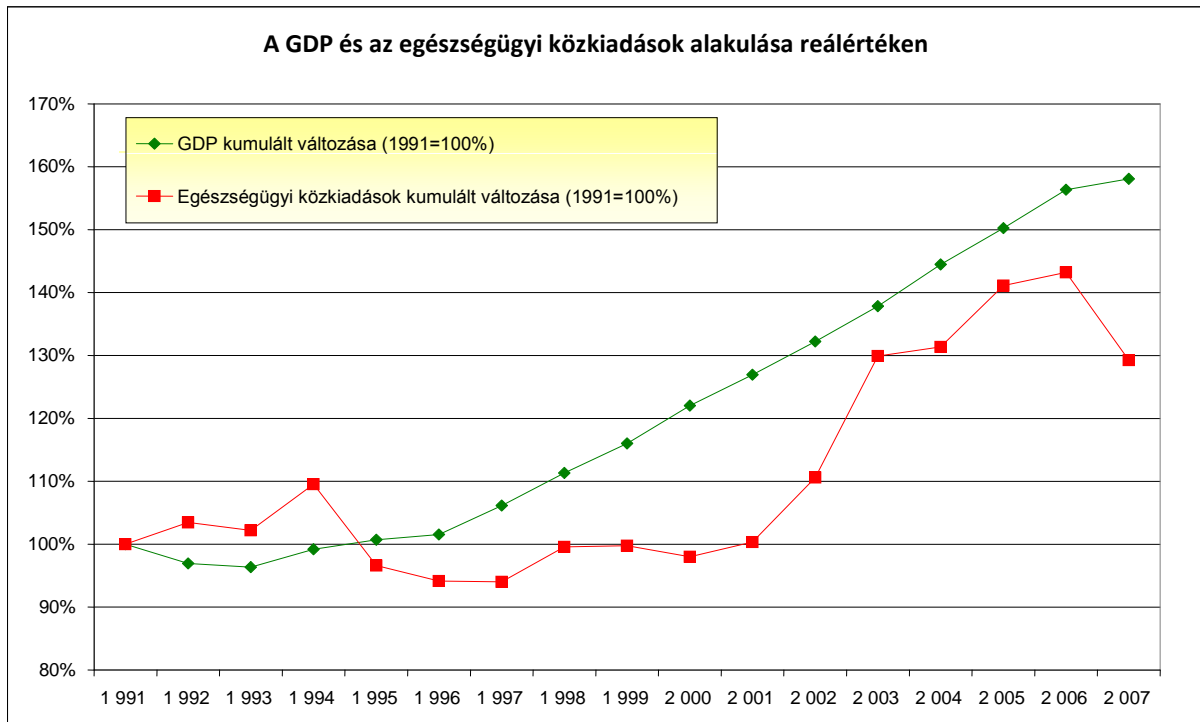
Az idősorra lineáris trendvonalat alkalmazva, megfigyelhető egy laposabb növekedési ütem a vizsgált 30 évben. Jól látható az 1990-es évben egy jelentős reálérték csökkenés, amely a nagyon magas inflációnak is betudható többek között, majd az 1994/95-ös stabilizációs politikának köszönhetően újabb jelentős reálérték visszaesés volt egészen 1997-ig, amikor is a gazdaság új növekedési pályára állt. Azonban ezt nem követte jelentős reálérték növekedés az egészségügyi kiadásokban a későbbiekben felvázolt okokból kifolyólag, egészen 2002-ig a kormányzati bérintézkedések bevezetéséig. 2007-től a nominális egészségügyi közkiadások csökkenéséből kifolyólag reálértéken is csökkentek az államháztartás egészségügyre fordított kiadásai. Az egy főre jutó közkiadások hasonló tendenciát mutatnak.

Makrogazdasági kontextusban megvizsgálva az egészségügyi közkiadásokat, – az értékek 1991-es szinthez kerültek viszonyításra – ez a GDP jelentős visszaesése következtében kialakult helyzetet jellemzi.

A GDP 2007-ben mintegy 60%-kal haladta meg az 1991-es szintet, a 2007-es egészségügyi közkiadások csupán ennek felével, 30%-kal növekedtek 1991-hez képest, de ha csak a 2006-os közkiadásokat nézzük (2007-ben jelentős mértékben csökkentek a közkiadások – főként az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak lefaragása miatt), akkor is messze elmaradva a GDP növekedési ütemétől az 1991-es szintet csak 43%-kal haladja meg.

8. sz. ábra





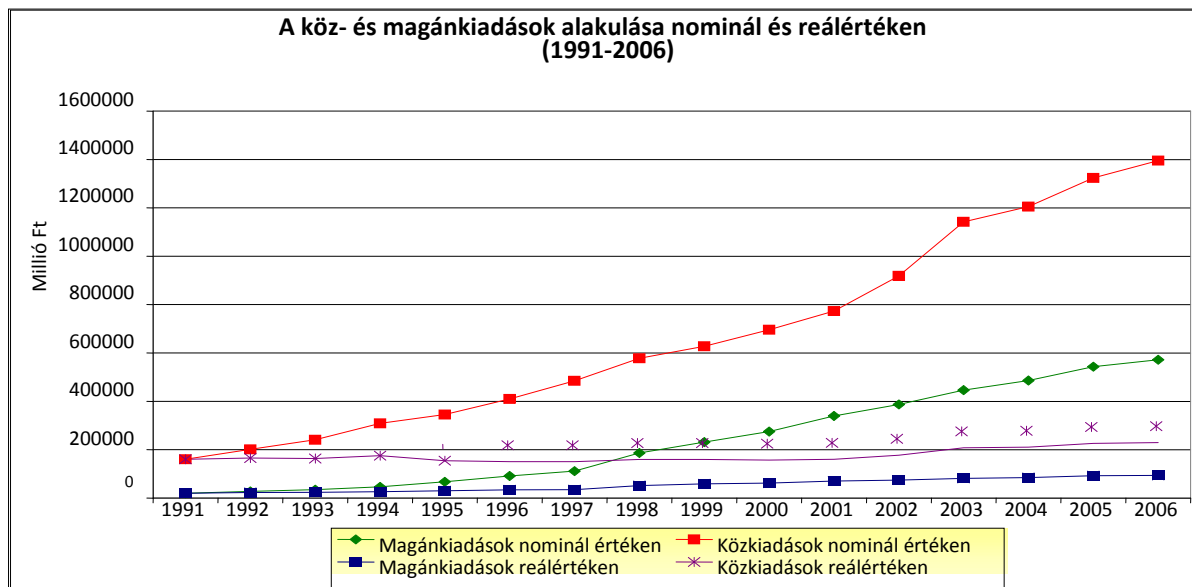
A magánkiadások esetében rendszerváltás előtti időszak esetében kevésbé összetett helyzettel állunk szemben. Az 1975-1990 közötti időszakban a háztartások közvetlen kifizetéseit (gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök térítési díjaira fordított kiadások, illetve a hálapénz) vettük alapul.<sup>36</sup> Vásárolt gyógyászati magánszolgáltatás a rendszer jellegéből adódóan elenyésző.

9. sz. ábra

<sup>36</sup> A rendszerváltás előtt az egészségügyi kiadások finanszírozásában az egészségpénztárak, biztosítóintézetek, non-profit és for-profit intézmények, vállalatok nem játszottak meghatározó szerepet az egészségügy területén,







Amennyiben konkrétan megvizsgáljuk a köz- és magánkiadások reálértékének alakulását, akkor láthatjuk, hogy a vizsgált 16 éves időszakban a magánkiadások megötszöröződtek, míg a közkidadások másfélszeresére nőttek 1991-hez képest. (A magánkiadások OECD Health Database adatai alapján kerültek meghatározásra<sup>37</sup> Becslésének legproblematisabb területe a hálapénz. A legfontosabb megállapításunk ezen a területen, hogy a probléma társadalmi súlyához képest igen kevés valid ismeretanyaggal rendelkezünk ezen a területen. Alapvetően eltérő metodikájú – más kutatás melléktermékeként előállt – felmérések adataira és szakértői becslésekre, spekulatív levezetésekre hagyatkozhatunk. A hálapénz nagyságrendjére vonatkozó kutatások évek óta tág határok között mozgó értékeket becsülnek: 30 milliárd forinttól 80–100 milliárd forintig.<sup>38</sup>

<sup>37</sup> Tartalmazzák: háztartások közvetlenül egészségügyre fordított kiadásait; az egészségügyi biztosítások felhasználási adatai; vállalati ráfordítások (pl. foglalkozás-egészségügy) adatait.

<sup>38</sup> Hálapénz becsült éves összege a különböző felmérésekben:

1999: 33 milliárd forint (Kornai és társai, TÁRKI)

2002: 40,6 milliárd forint (KSH NESZ)

2003: 28,7 milliárd forint (OLEF)

2005: 58,7 milliárd forint (KSH NESZ)

2006: 63 milliárd forint (Szonda- Ipsos- ESKI)

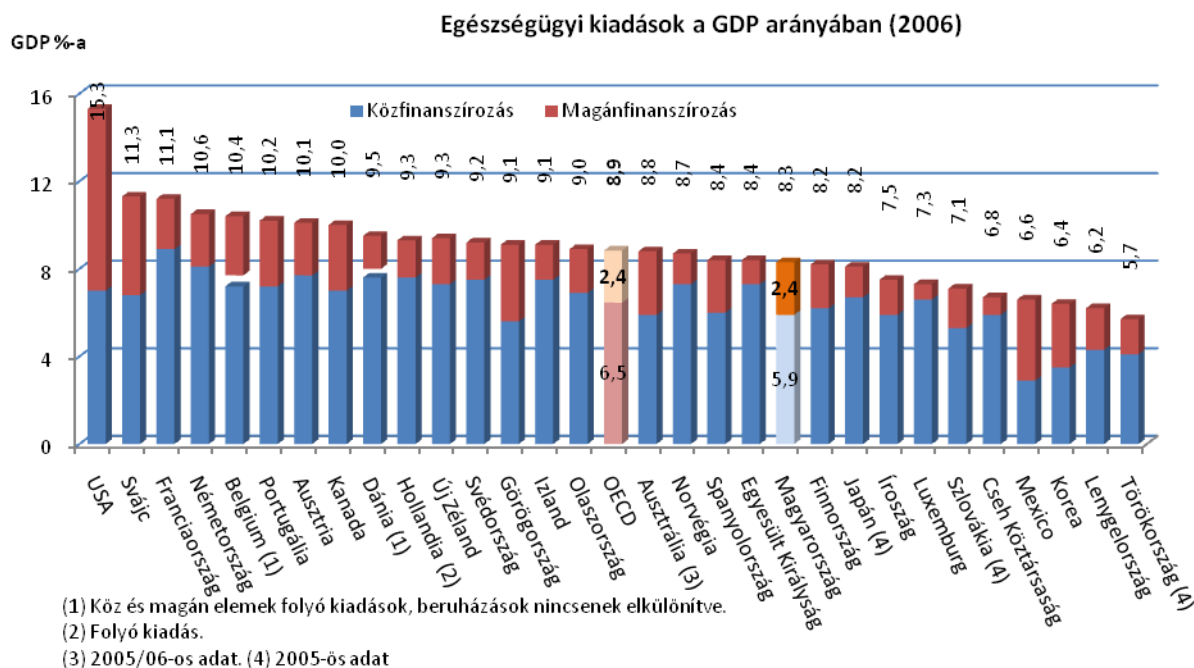
2006: 100 milliárd forint (Zöld Könyv)



## 2.4 Magyarország egészségügyi rendszere nemzetközi összehasonlításban

Magyarországon a 2006-os adatok alapján hogy az egészségügyre fordított kiadások mind a GDP-hez viszonyított nagyságrend, mind a szerkezete alapján lényegében megfelel az OECD átlagnak.

10. sz. ábra



Forrás: OECD Health Data 2008,

1970-től az egyes országok a kiadásainak növekedése mindenhol megfigyelhető függetlenül attól, hogy mely országban milyen egészségügyi rendszer működik, de a fenti növekedési tendencia tapasztalható a kelet-közép-európai államok esetében is, bár itt csak az 1990-es évektől állnak rendelkezésre információk.

1991. évi GDP arányos egészségügyi kiadás:

- csak Finnországban csökkent 8,3 %-ra,
- 3 ország esetében 1% pontos vagy kisebb;
- 13 ország esetében 1-2% pont közötti,
- 8 országban 2-3% pont, 1 ország esetében 3,8% pont növekedés regisztrálható.  
(Magyarország esetében 1,5% pontos növekedés látható)



A finanszírozók szerinti arányok esetében a **társadalombiztosítási rendszerben működő** országokhoz képest a magyar egészségügyi rendszerben:

- jelentősebb a **kormányzati szerepvállalás**, mint a kelet-közép-európai társak esetében,
- igen meglepő ugyanakkor a társadalombiztosítási rendszer ellenére a magánkiadások nagysága:

- o A **magánbiztosítások** szerepe nem túl nagy (1,36%), azonban Lengyelországgal vagy Csehországgal összevetve a különbség 3-7-szeres.
- o Ami még ennél is elgondolkodtatóbb, az a háztartások magánkiadásainak nagysága. Magyarországon ez a finanszírozói csoport az egészségügyi kiadások 23,3%-át finanszírozza. Ennél magasabb értéket csak, a hasonló rendszert működtető Lengyelországban (27,1%), valamint Svájc (30,1%) esetében figyelhetünk meg. A vásárlóerő paritáson Magyarországon a háztartások 339,17 USD-t költenek egészségügyre, ezek az adtok még a német számokat (309 USD) is meghaladják.
- o További sajátosság a vizsgált országok körében Magyarországon a legjelentősebb a háztartásokat segítő non-profit intézmények szerepe (4,14%).

A hasonló kiadású struktúrával rendelkező országok kiadási szerkezetének vizsgálata alapján a következő megállapítások tehetők:

**Gyógyító és rehabilitációs ellátásokra** fordítják a kiadások valamivel több, mint 50%-át. 2003-2006 között a kiadások részaránya nem változott, azonban Magyarországon 51%-ról 47,8% esett vissza. Ausztriában ez 38% volt. Ugyanakkor kiemelkedően magas Magyarországon erre az ellátásra fordított háztartási magánkiadás nagysága, amely az összes kiadás 12%-át jelenti, míg ez Hollandiában, Csehországban 2-3%, Lengyelországban 7,8%, Németországban is csak 4,3%.

A **gyógyszerekre, gyógyászati termékekre** költés Magyarországon és Lengyelországban kiemelkedően magas. Magyarországon ez az érték a 2003-as 32%-ról 2006-ra 36% fölé emelkedett, míg a fejlettebb országok esetében 16-20% között mozog. Vásárlóerő paritáson számolva, 2006-ban fejenként 528 USD-t költünk gyógyszerekre, ill. egyéb egészségügyi termékekre. Svédországban 520 USD, Németországban 628 USD az egy főre jutó ilyen típusú kiadás. A jelentős gyógyszerkiadásokhoz nagyarányú közfinanszírozású kiadás is társul. Csehországban és Magyarországon a teljes egészségügyi kiadáshoz mérten gyógyszerekre és egészségügyi termékekre közkiadásban nagyságrendileg 20%-os, magánfinanszírozásban



8-11%-os a kiadások nagysága. Lengyelországban azonban a magánkiadások képviselik a 18,8%-ot és a közkiadások a 12%-ot. Mindeközben a régi uniós tagállamok esetében a gyógyszerkiadások nominálisan nem alacsonyabbak, mint a kelet-közép-európai térségben, azonban a teljes egészségügyi kiadásokhoz mérten jóval kisebb arányt képviselnek.

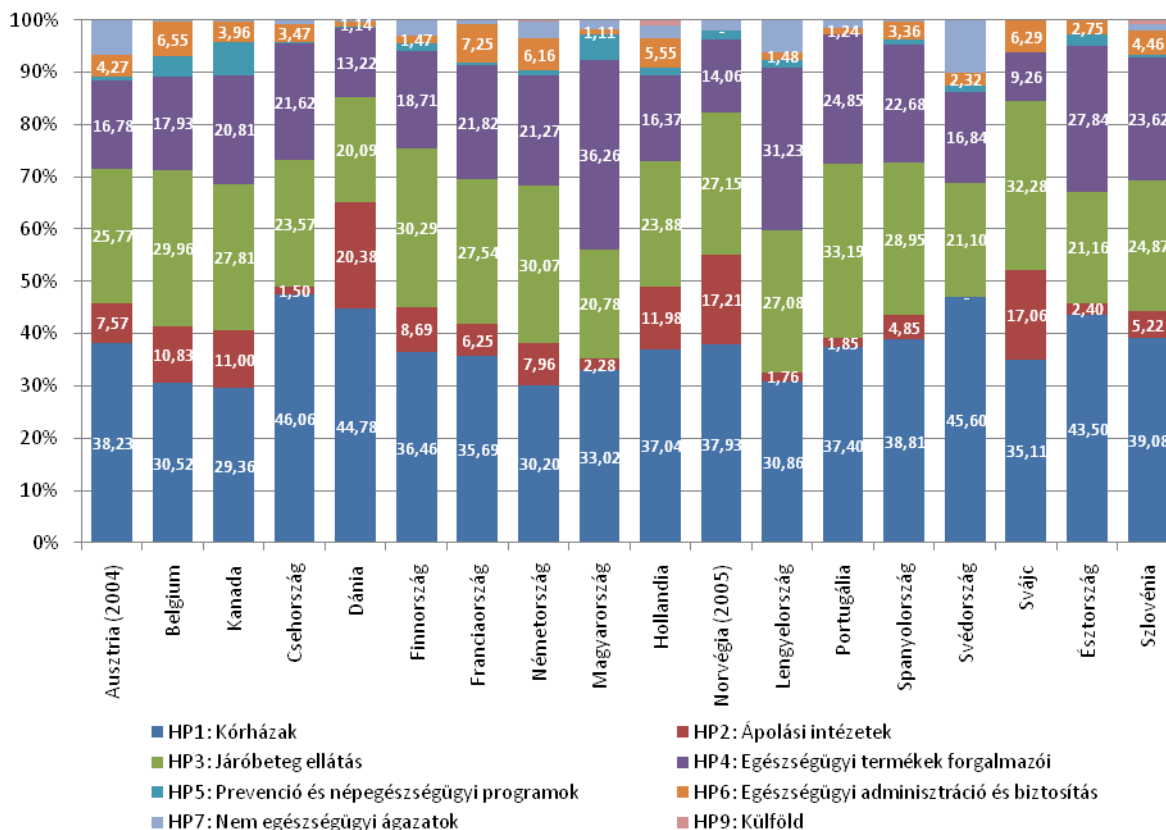
A **prevenció és népegészségügyi** területen az adatok alapján, nemzetközi összehasonlításban Magyarországon kiemelkedően magasnak látszik ez ilyen célra fordított összegek nagysága. Az egészségügyi adminisztráció költsége viszont igen alacsony (1,2%).

Az egészségügyi szolgáltatók szerinti adatokat bemutató táblán látható:

- a kórházakkal kapcsolatos kiadások nemzetközi összehasonlításban inkább alacsonynak mondhatók, ami a lakosság arányos ágyszámában lévő különbségek miatt a fekvőbeteg szakág alulfinanszírozottságát magyarázzák.
- a járóbeteg ellátás kiadásai (20,8%) jelentősen elmaradnak az európai átlagtól.
- A hosszú ápolási idejű ellátásra jóval kevesebbet fordítanak a kelet-közép-európai térségben, mint a fejlettebb országokban.

11. sz. ábra

Egészségügyi kiadások egészségügyi szolgáltatók szerint (ICHA-HP) (2006)



A **kórházi ellátás a vizsgált országok esetében szinte teljes mértékben közfinanszírozásban** valósul meg. Hollandiát kivéve, ahol magán biztosítás aránya a kórházi ellátásban a teljes egészségügyi kiadások 7,7%-a. A magánfinanszírozás jóval kisebb szerepet tölt be, maximum 3-4%-a a teljes kórházi kiadásoknak, azonban Magyarországon (2,6%) A vizsgált rendszerek esetében is arányaiban Magyarországon a legmagasabb ez a tétel.

A **járóbeteg ellátásban a magánkiadások már jóval nagyobb szerepet töltenek be.** Itt is igaz az a megállapítás, hogy régi tagállamokban a magánfinanszírozás inkább biztosítás formájában történik, az átlagos arány a teljes kiadáshoz viszonyítva 3-4%, Magyarországon 0,01%. A háztartások kiadásai Magyarországon arányaiban ezen a területen is a legmagasabbak (9,4%), s még a térségbeli társakhoz viszonyítva is. (Csehország 2,4%, Lengyelország 7,6%)

A **magánfinanszírozás szerepvállalása** az egészségügyi kiadásokból az OECD átlaggal megegyező mértékű. Az európai uniós országok viszonylatában azonban inkább magasnak mondható, s nem is az ott jellemző biztosítási formában kerül be a rendszerbe. A kórházi ellátások finanszírozásában a térségbeli átlagot meghaladó mértékű, s szélesebb körbeli összevetésben is magasnak mondható. A forrás eljuttatásának módja pedig nagy mértékben hálapénz jellegű, amely a felhasználás hatékonyságát jelentős mértékben rontja.

**Összefoglalóan** megállapítható, hogy az egészségügyi rendszer, a kimutatható fejlődés ellenére is, **struktúráját, ellátási formáit, tekintve lényegében nem változott a rendszerváltás óta.** A kórház-centrikus egészségügyi ellátórendszer, tartja belső hierarchiáját és a kihívásokra nem, vagy alig reagáló merev szerkezetét és szervezetét. A változatlanosság mindenképpen összefügg a jelenlegi jogi szabályozás rendszerével, színvonalával. A hatályos jogszabályok végrehajtása a bennük fellelhető ellentmondások miatt nehézségekbe ütközik, vagy a szabályozás hiányosságai miatt lehetetlen. Nincsenek meg bennük – a ma már elengedhetetlen - minőségbiztosítási elemek. A kompetenciák meghatározása (bővítése és lehatárolása) napi igény mind az ellátók, mind az igénybevevők részéről. A jelenlegi struktúra, szakmai szervezési gyakorlat ellehetetlenülését a **gazdálkodási, finanszírozási adatok mellett a nemzetközi összehasonlítás adatai is alátámasztják, jelzik, hogy az egészségügyi válság jelenségek csak rendszerszintű megoldásokkal kezelhetők.**



### 3 A hazai egészségipar gazdasági teljesítménye, szerepe

#### 3.1 Az egészségipar definíciója, lehetséges szerepe a gazdasági növekedésben

Egy olyan iparág szerveződésének lehetünk tanúi, melyet egészségipar néven illetnek. Egy olyan iparág, amelynek jelentőségét nagyra becsülik, amely a XXI. század vezető iparága lehet, mely a világgazdaság motorja lesz és a következő, hatodik Kondratyev-ciklus alapja.<sup>39</sup>

Ezen ciklusok alapvetően hosszú távú, átlagosan 50-60 éves ciklusok, melyek a piacgazdaság logikájából következően, annak természetes velejárói. A hosszú távú trendeket rövid és középtávú ciklusok tarkítják: a hosszú hullámok emelkedése idején a prosperitás évei a számosabbak, míg a lejtmenet esetében a depressziós időszakok a dominánsabbak.

A hosszú távú ciklusok alapja mindig valamilyen bázis-innováció, amely már az előző ciklus depressziós időszakában rendelkezésre áll, de még nem éri el azt a kritikus tömeget, amellyel a felhasználása széles körben elterjedne, miközben az előző ciklus kifulladásában van, mert a korábbi felfedezések alkalmazási lehetőségei kimerülőben vannak. *A bázis-innováció léte önmagában még nem elegendő, hiszen felhasználása csak egyik oldalról technológiai kérdés. Természetesen szükséges, hogy az alapvető újítással egyidejűleg, ahhoz kapcsolódóan kiemelkedjenek olyan technológiák, melyek felhasználják azt, de szükséges, hogy a gazdasági és társadalmi feltételek is támogassák a bázis-innováció alkalmazását.*

Ezen hosszú távú ciklusok egyrészt a gazdasági fellendülések és visszaesések sorozata, másrészt *ilyenkor* nyílik lehetőségek alapvető társadalmi változások megvalósulására is. A bázis-innovációk elfogadása általában alapos társadalmi átrendeződéshez vezet. Változnak alapvető értékek, a társadalom szerveződésének mintái, a kommunikáció és szórakoztatás új formái jelennek meg, a törvénykezéssel és biztonsággal szemben új elvárások alakulnak ki. Az oktatásban új tanulási metódusok alakulnak ki, új ismeretek átadása kerül a középpontba, a munkaerőpiacon számos új szakma iránt alakul ki kereslet és az operatív munka szervezésében is új vezetési és szervezési elvek honosodnak meg.

Az 1973-as olajválságtól kezdődően a világban folyamatos és jelentős társadalmi változás figyelhető meg. A növekedés ugyanis már nem biztosítható többlet energia felhasználással, mint ahogy a korábbi ciklusokban megfigyelhető volt. Minden bázis-innováció alapvetően az

<sup>39</sup> Nefiodow, L. A. 2006: Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. Sankt Augustin



energia és az információ felhasználásnak egy újabb formájára épül. A következő bázis-innováció technológiai szempontból a **biotechnológia** területén keresendő, míg a **pszichoszociális egészség** a társadalmi oldalról. A biotechnológia forradalmasítja a test kezelését, míg a pszicho-szociális kutatások eredményei a mentális állapot javítását teszik lehetővé.

**Az egészség azért kulcstényező, mert a növekedésméletek szerint a gazdasági növekedés következő forrása nem valamely gép, áru vagy szolgáltatás lesz, s nem is a tőke vagy a munkaerő, hanem termelékenység-növekedés, a minőség.** Ahogy a negyedik Kondratyev-ciklusban a kognitív képességek játszottak kulcs szerepet, úgy a következő fázisban a produktivitást alapvetően meghatározó tudás és versenyképességi faktorok kapnak vezető szerepet. A versenyképesség biztosításában a hatékonyságnövekedésnek fontos szerepe lesz, amelynek egy igen fontos aspektusa a már korábban bemutatott egészségi állapot. *A vállalatok és gazdaságok versenyében az emberek, mint erőforrások egészsége (ahol az egészség a test egészségén túl magába foglalja a mentális, pszichológiai, szociális, ökológiai szempontokat is és az ily módon értelmezett általános jóllétet jelenti) lesz döntő fontosságú.*

Az egészség fogalmának az értelmezése alapvető változáson megy keresztül. Az emberek az egészséget egyre inkább aktívan szeretnék megtartani, már a fő cél nem a betegségek leküzdése, hanem azok elkerülése. **Az egészség – a fenntartásához és javításához szükséges szolgáltatások és termékek megvásárlásán keresztül – fogyaszthatóvá válik.** A korábbi páciensek fogyasztókká lépnek elő, akik egyre több terméket és szolgáltatást vásárolnak meg, amelyek hozzásegíthetik őket ahhoz, hogy egészségesebbek, „fitt”-ebbek, fiatalosabbak maradjanak. A fogyasztók egyre inkább egészség- és környezettudatosabbá válnak, egyes kutatások szerint az Egyesült Államokban számuk a 30%-ot is eléri, Nyugat-Európában is számottevő az arányuk. Ezáltal az egészségügy „összenő” egy sor olyan szegmensevel, mint az élelmiszergyártók, a turizmus, a divat, a kozmetikai ipar, a wellness, a kereskedelem, az IT stb.

A technológiai és társadalmi változásokkal együtt a világgazdaság növekedési iránya és sebessége is megváltozik. Új termékek, szolgáltatások és piacok jelennek meg, s a társadalmi változásokkal együtt új keresleti minták alakulnak ki. A bázis-innovációval kapcsolatban álló iparágak növekedése jelentősen gyorsabb, mint a hagyományos iparágaké, új piacok alakulnak ki. Az új iparág pedig a növekedő mérete és potenciálisan gyorsabb növekedési rátája miatt hosszú távon képes biztosítani a gazdasági növekedést. A biotechnológia alatt a jelenlegi állapotokat tekintve 95%-ban orvosi biotechnológiát kell értenünk.



A szektor világviszonylatban kiemelkedő, átlagosan 20%-os éves növekedést produkál. Az itt képződő innovációk fő felhasználói pedig azok az iparágak, melyek már most is közvetlen kapcsolatban állnak az egészség „előállításával, fenntartásával”. Mindezek mellett olyan iparágak is kapcsolatba kerülnek az egészséggel, mint üzleti lehetőséggel, melyek önmagukban is a következő ciklus motorjai lehetnének: a környezetvédelmi iparág, a megújuló energiák felhasználása, az informatika stb.

Az egészségiparban rejlő lehetőségek és annak jelentősége ellenére definiálása még nemzetközi szinten sem egyértelmű. Egyes szerzők az egészségipart az egészségüggyel azonosítják csupán, mások hozzáveszik a beszállítókat is, és vannak olyanok is, akik igen széles körben értelmezve ide számítanak minden fajta tevékenységet, ami valamilyen módon kapcsolatba hozható az egészséggel (pl. az USA-beli értelmezés szerint még a kozmetikai ipar is az egészségipar körébe tartozik). **Abban azonban látszik az egyetértés, hogy az egészségügyet iparági kontextusban kell értelmezni.** Ennek okait a következőkben látják: a fejlett országok egészségügyi rendszerei a nemzeti jövedelem jelentős felhasználói, a foglalkoztatásban igen fontos részt vállalnak, ráadásul egy egyéb iparági kapcsolatokon keresztül több iparág teljesítményéhez is alapvetően hozzájárulnak. A demográfiai trendek, a technikai fejlődés, a magasabb fogyasztói elvárások már igen rövidtávon, mind az egészségügyi kiadások növekedéséhez vezetnének, így minden szereplő érdekelt abban, hogy az egészség lehetőleg kitolódjon akár „élethossziglan” és egyre széles körben legyen „elérhető” mindenki számára.

Az egészségipar fogalmának több féle értelmezése lehetséges. Véleményünk szerint az egészségipar nem más, mint az egészség fenntartására és az életminőség megővésére, illetve helyreállítására szolgáló eszközök/szolgáltatások előállítására és eljuttatására szakosodott nemzetgazdasági ágazatok, iparágak, szervezetek és egyének összessége, valamint a közfinanszírozású és a fizetőképes keresletre támaszkodó egészségügy gyógyító-megelőző szolgáltatásai. **Ezek alapján az egészségipar körébe tartoznak az alábbi szegmensek:**

- a gyógyító-megelőző egészségügyi alap- és szakellátási szolgáltatások köre;
- a gyógyászat kiszolgáló ágazatai, beleértve a gyógyszeripart, az orvostechnikai eszközök gyártását;
- a gyógyító tudományok és az ahhoz kapcsolódó alap kutatás és oktatás, az egészségügyi és gyógyászati eljárások fejlesztése, mint a modern biogenetikára és mikrobiológiára támaszkodó humán biotechnológia;





- a rehabilitációs és rekreációs tevékenységek és az erre épülői turisztikai és vendéglátás;
- egészségtudatos életmódhoz kapcsolódó szolgáltatások és termékek gyártása, forgalmazása.

A tágan értelmezett egészségipar produktivitása a fejlett gazdaságok GDP-jének 15%-át is elérheti. Az OECD 2000. évi jelentése szerint "az egészségipar hozzájárulása egy ország nemzeti össztermékéhez tehát nagyságrendekkel meghaladhatja azt a mértéket, amit a nemzeti számlák a szűk értelemben vett egészségügyi szolgáltatásoknál képződött jövedelmek formájában kimutatnak."

### **3.2 Az egészségipar statisztikailag mérhető ágazatainak GDP termelésben betöltött szerepe**

Az egészségipar – beleértve az egészségügyi szolgáltatásokat is – gazdasági szerepének megítéléséhez elengedhetetlen a gazdaság teljesítményéhez való hozzájárulásának vizsgálata. A vizsgálatot két tényező indokolta: egyrészt az **egészség gazdasági szerepének felismerése**, aminek jelentőségét mind a nemzetközi, mind a hazai szakirányú dokumentumok kiemelik, különösképpen annak az információnak az ismeretében, hogy a hazai morbiditási és mortalitási mutatók gazdasági fejlettségünkhöz képest kedvezőtlenek. Ez a tény Magyarországon kiemelten fontossá teszi az egészséget szolgáló ágazatok (egészségipar) várható növekedési lehetőségeinek kiemelten kezelését, másrészt a Kondratyev-féle ciklusok elmélete alapján, a **világgazdaság következő várható bázis növekedési elemét, az egészségipar ágazatai adhatják**, hiszen a fejlett világban egyre inkább felismerik a hosszabb és egészségesebben eltöltött életévek gazdasági teljesítményre gyakorolt kedvező hatását.

A gazdaság teljesítményének mérésére legáltalánosabban elfogadott, nemzetközi standardizált módszertan alapján számított mutató a bruttó hazai termék (GDP). Az egészségipar ágazatai gazdaságban betöltött szerepének értékelésére azért tartottuk alkalmasnak, mivel a nemzeti számlák módszertana és ráépülő egyéb módszerek relatíve komplex elemzésre alkalmasak.

Az egészségipar gazdasági teljesítményének meghatározása a vizsgált időszak statisztikai rendszere alapján lehetséges. Az ágazatok teljesítményeinek bemutatására csak az ágazatok TEAOR'03 négy számjegyű azonosításával, értékeinek becsléssel történő meghatározásával volt mód, azokban az esetben, ahol becsléshez rendelkezésre álló adatok ezt lehetővé tették.<sup>40</sup>

<sup>40</sup> A KSH nemzeti számlák rendszerére épülő adatbázisok esetén a módszertani változások miatt az adatok csak 2000-2007 közötti időszakban álltak rendelkezésre. A 2000. évi adatok esetében a módszertani változások teljes



Ezek alapján az egészségipar statisztikailag mérhető ágazatai:

- Egészségügy,
- Gyógyszeripar,
- Gyógyszer és gyógyászati cikk kereskedelem (gyógyszertári hálózat, gyógyszer nagykereskedelem és a gyógyászati cikkek kis és nagykereskedelme)
- Orvosi gép műszer,
- Egészségturizmus,
- Kutatás-fejlesztés (műszaki kutatás),
- Egészséges életmód termékei, szolgáltatásai (szabadidő és sport tevékenység).

Az egészségiparba sorolható ágazatok, de gazdasági teljesítménye nem volt számszerűsíthető:

- egészséges életmód termékei közül a hagyományos élelmiszerek e kategóriába sorolható csoportjai,
- orvos szakmai anyagok,
- oktatás (összesen 21 371 hallgató egészségügyi képzésben. A teljes felsőoktatási hallgatói létszám 5,4%-a. Ebből nagyságrendileg 3 ezer fő külföldi hallgató. A külföldi hallgatók negyede egészségügyi képzésben tanul. Közoktatásban 6021 diák részesült a 2007/'08-as tanévben egészségügyi képzésben. Közöttük a külföldiek száma nem szignifikáns)
- egészséges életmódra nevelésben szerepet játszó média reklám, könyvkiadás stb. (A gyógyászat - gyógyhatású készítmények reklámköltsége pl a hirdetési piac 8,2%-a szépségápolás esetében pedig 9%-át, tette ki. )

Az egészség multiszektorális hatásai miatt – a tágan értelmezett egészségipar körébe sorolható – és az egészség által generált keresletnek és ebből következően közvetetten GDP növekedést generál:

- a pénzügyi szolgáltatások körébe tartozó biztosítási szolgáltatások közül az önkéntes egészségpénztárak szolgáltatásait kell ebben a körben megemlíteni. A tagok létszáma folyamatosan emelkedik 2008-ban 842 ezer fő, a foglalkoztatottak 21%-ának felel meg. A felhalmozott vagyon 47 milliárd forint, a vásárolt szolgáltatás 40 milliárd forint volt.

---

körűen nem kerültek átvezetésre, ebben az esetben az elemzések csak 2005-2007. évekre terjedtek ki. Az ágazati szerkezet vizsgálatát tovább nehezítette, hogy a publikált adatok csak a TEAOR'03 kétszámjegyű bontását tartalmazzák, amely olyan nagy aggregátumokat tartalmaz, amely a téma szempontjából értelmezhetetlen információkat jelentett. Az adatbázisok egyedi módszertani sajátosságait az elemzés során jeleztük, az összehasonlíthatóság korlátaival együtt.



– környezetvédelem stb.

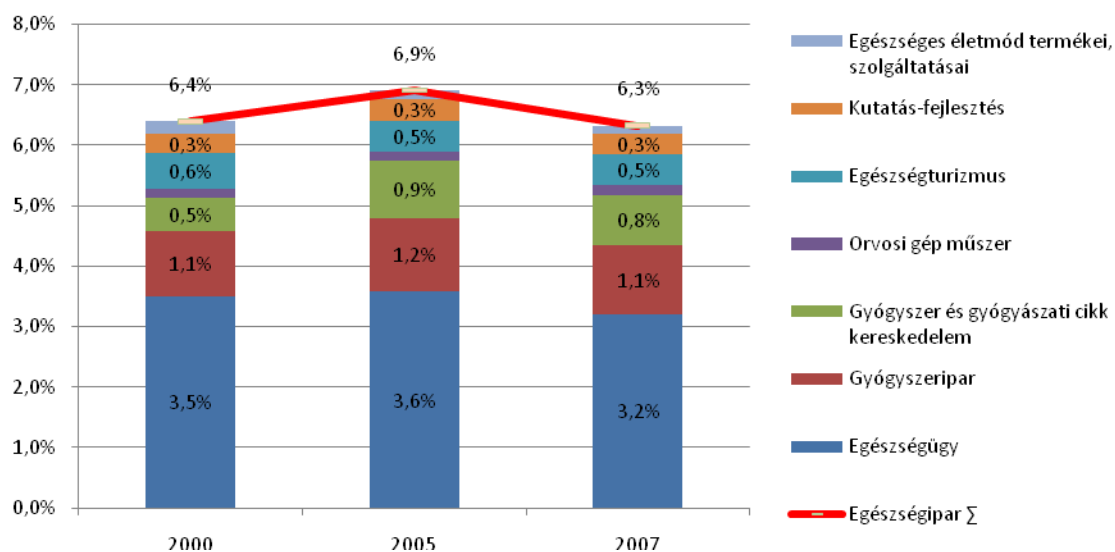
Tehát a végzett számítások eredményei az egészségipar **minimális gazdasági teljesítményét** tartalmazzák, amelynél **a tényleges teljesítmény magasabb**, hiszen a nem számszerűsíthető ágazatok is az egészségipar részét képezik, csak a vizsgált időszak információs forrásai (KSH) szolgáltatata adatok birtokában nem becsülhető.

### 3.2.1 Egészségipar ágazatainak GDP termelő képessége, jellemzői

**Az egészségipar statisztikailag mérhető teljesítménye**, az ágazatok bruttó hozzáadott értéke – 2000 és 2007 között – 739,3 milliárd Ft-ról 1378,5 milliárd Ft-ra nőtt folyó áron. **Ez a teljesítmény a nemzetgazdaság bruttó hozzáadott értékének 6,4% (2000-ben), 6,9% (2005-ben), illetve 6,3%-a (2007-ben) volt.**

12. sz. ábra

Az egészségipar ágazatainak részesedése a nemzetgazdaság bruttó hozzáadott értékéből (2000-2007)



A 2007. évi bruttó hozzáadott érték csökkenését az egészségügy teljesítménycsökkenése, az aktív ágyszám csökkenéshez kapcsolódó teljesítmény csökkenés okozta bevétel csökkenés eredményezte, amely a beszállító iparágak (gyógyszer és orvosi műszer) teljesítményének visszaesését is okozta.

Az egészségipar ágazati között a kormányzati szektor szerepe az egészségügyi és a K+F ágazatban meghatározó. Ezek azok a területek, ahol a költségvetési források nagysága – a jelen szabályozás mellett – az ágazat teljesítményét elsődlegesen meghatározza.



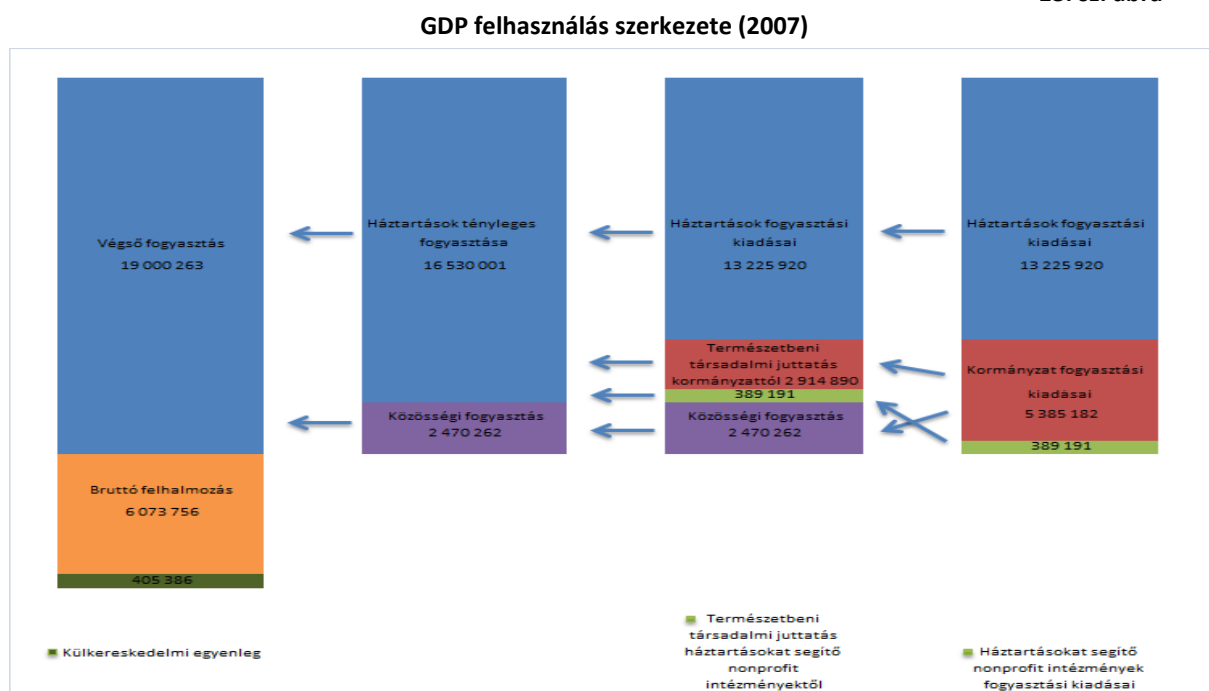
Az egészségipar többi ágazatában a nem pénzügyi szektor szerepe a meghatározó, a gyógyszeriparban kizárólagosan, míg a többi ágazatban döntő mértékben.

Az egészségipar ágazataiban a nem pénzügyi szektor szerepének növekedése nyomon követhető a vállalatok számának növekedésével, ami együtt járt a háztartások gazdasági szerepének csökkenésével, azaz az egyéni vállalkozás típusú vállalkozások csökkenése a társas vállalkozások növekedésével járt együtt. Ez alapján feltételezhető, hogy a vállalkozások üzemmérete növekedett, illetve az egészségügyben létrejöttek és növekedni képesek teljesen, vagy részben piaci alapon működő vállalkozások.

### 3.2.2 GDP felhasználása, egészségügyre fordított kiadások

A GDP termelése mellett az előállított GDP felhasználásának szerkezetét is vizsgálnunk kell mivel az a GDP előállításának keresleti oldalaként értelmezhető.

13. sz. ábra



A 2000 és 2007 közötti időszakban a GDP felhasználást (változatlan áron) jellemezte:

- a végső fogyasztás nagyságának 1% pontos növekedése, amely 2007-re elérte GDP 74,1%-t, ez mind a **háztartások, mind a kormányzati szektor esetében** növekedést jelentett.
- a bruttó állóeszköz-felhalmozás 1,3% pontos csökkenése, amely 2007-re a GDP 21%-ának felhasználását jelentette.



- erősödött a külpiacoktól való függés, mind az export, mind pedig a hazai fogyasztásban az import szerepének növekedésével.

### Végső fogyasztás

**A háztartások fogyasztási szerkezete** jelentős mértékben nem tér el az uniós adatoktól, az eltérések az alacsonyabb jövedelmi szinttel hozhatók összefüggésbe:

- élelmiszerre és lakásfenntartásra költünk többet,
- szabadidős és kulturális tevékenységre viszont kevesebbet.

**Egészségügyre szinte azonos arányban költünk, mint az EU15-ökben.** (Az EU15-ben az egészségügyi kiadások aránya 3,4%, míg Magyarországon 3,6% (2007).) **A GDP felhasználása az egészséggel kapcsolatos termékek és szolgáltatások igénybevételére mind abszolút, mind relatíve magasabb az unió átlagában, mint hazánkban,** hozzáátéve hogy a kifejezetten egészségkárosító termékek fogyasztása háromszoros részarányt (9,45%) képvisel a hazai fogyasztási szerkezetben.

**A háztartások kiadási szerkezetében az egészségügyre fordított kiadások aránya jelentősen megváltozott:**

- a gyógyszer kiadások folyó és változatlan áron jelentősen növekedtek, részaránya az egészségügyi kiadásokból 40,7%-ról közel 50%-ra növekedett, elsődlegesen a támogatási rendszer változása miatt
- az összes többi kiadás elem részaránya viszont visszaesett, összefüggésben az egészségügyi rendszerben alkalmazott teljesítménykorláttal.

Az egészségügyre fordított **kormányzati kiadások** a kormányzat természetbeni juttatásai között kerülnek kimutatásra. A kormányzati kiadásokban 2005-ig növekedés, azt követően visszaesés mutatható ki, a nemzetgazdaságban alkalmazott prioritásoknak megfelelően. A társadalmi juttatások részaránya a GDP arányosan is növekedett a 2000. évi szinthez képest (10,9%-ról 11,4%-ra). A növekvő társadalmi juttatásokon belül az egészségügy pozíciói jelentősen megváltoztak:

- 2005-ig növekvő, 2007-re pedig jelentősen visszaesett, részarányában 42,25 % (2005-ben) 40,8%-ra folyó áron.
- Az oktatás, sport, közlekedési ártámogatás csökkenő részarányúak,
- A szociális ellátások és a kultúra tudta pozícióit növelni.

A természetbeni társadalmi juttatások a non profit szektortól elenyésző arányúak (GDP 1,5%-a), amelyből egészségügyre növekvő arány fordítódott ugyan, mértéke azonban 10% alatti.



### **Felhalmozási kiadások**

Az egészségipari adatai csak 2005 és 2007 évre álltak rendelkezésre. Ezen időszak alatt a bruttó felhalmozás 3,2%-kal bővült, azonban ez a bővülés az egészségipar ágazataiban ellentétes tendenciák eredőjeként végül is jelentős csökkenésként érzékelhető:

- **A gyógyszeriparban 28,3%, az egészségügyben 13,5% a csökkenés mértéke, azonban továbbra is a két terület adja az egészségipari beruházások több mint 50%-át**, amelyet az egészségügyben a kormányzati szektor forrás csökkenése okozott.
- **egészségturizmus 61,3%-os növekedése**, amelyet csökkenő kormányzati szerepvállalás mellett ért el.
- **K+F területén kismértékű, orvosi gép műszer, esetén jelentősebb növekedés tapasztalható** (a K+F ágazatban a kormányzati szerepvállalás kismértékű csökkenése mellett).

### **3.2.3 GDP jövedelem képződésének jellemzői**

A GDP végső soron a termelési folyamatban résztvevőknél képződő jövedelmeket jelenti. A termelési tényezők tulajdonosai a részvételért jövedelmeket kapnak, amelyek a folyamatban betöltött szerep alapján lehetnek:

- Munkavállalói jövedelmek, melyeket a munkavállalók kapnak azért, mert a termelési folyamatban a munkaerejüket rendelkezésre bocsátották. A munkavállalói jövedelmek magukba foglalják a béreket és fizetéseket, valamint a munkavállalók által fizetett társadalombiztosítási hozzájárulást, valamint a munkaadók társadalombiztosítási hozzájárulásának az összegét.
- A bruttó működési eredmény a tőketulajdonosok jövedelmeinek forrása, azaz a hitelezők kamatjövedelmei, a tulajdonosok osztalékai, valamint a fel nem osztott profit.

A nemzetgazdaságban keletkezett **munkavállalói jövedelemből** az egészségipar részesedése a 2000. évi 7,5%-ról 8,3%-ra növekedett, amely a 2005 évi értékhez képest 0,2% pontos visszaesés:

- az egészségügyben a 2002. évi 50%-os béremelés hatásaként 2005 évig növekedett, 2005 és 2007 között azonban stagnált a munkavállalói jövedelem növekedése,
- az egészségipar más ágazataiban a munkavállalói jövedelmek növekedése folytatódott.



A **bruttó működési eredmény** 2000 és 2007 között 5,2%-ról 3,9%-ra csökkent:

- az egészségügyben tapasztalt teljesítmény csökkenés következtében közel 20%-os a bruttó működési eredmény csökkenése 2000. évhez képest.
- az egészségipar egyéb ágazatai közül a gyógyszeriparban a tulajdonosi jövedelem megduplázódása, a gyógyszer, gyógyáru kereskedelemben 2,5-szeres növekedés figyelhető meg,
- a többi ágazatban folyamatos, de a nemzetgazdasági átlag növekedésénél alacsonyabb a bruttó működési eredmény növekedés regisztrálható.

**Az egészségipar ágazataiban keletkezett, jövedelmek szektorok szerinti vizsgálata is igazolja, hogy az egészségügyben csökken a kormányzati szektor szerepe:**

- a munkavállalói jövedelmekben az aránya 82%-ról 67,5%-ra csökkent, míg a nem pénzügyi vállalatok 10,5%-os részaránya 17,1%-ra nőtt ebben a kategóriában.
- az egészségipar más ágazataiban a jövedelmek előállításában a kormányzati szektor szerepe elhanyagolható, kizárólag a K+F szektorban látható dinamikus jövedelem növekedés.

### **3.3 Az egészségügyi rendszer és az egészségipar foglalkoztatásban betöltött szerepe**

#### **3.3.1 Az egészségügy foglalkoztatási jellemzőiről**

Az egészségügyben foglalkoztatottak száma európai mércével mérve még átlagosnak mondható, azonban a tendenciák (és egyes területeken az ellátottság) éppen ellentétesek. Míg az Unióban növekszik az orvos és szakdolgozói ellátottság, addig hazánkban mindkét területen csökkenő foglalkoztatás figyelhető meg.

3. sz. táblázat

Orvosok száma 100 000 főre vetítve Magyarországon és az EU-ban (2000-2007)

Évek	Magyarország	EU27	EU15	EU12
1990	280	289	303	244
1995	296	285	294	254
2000	313	307	321	258
2001	316	312	327	260
2002	319	316	330	265
2003	325	318	331	267
2004	334	321	336	265
2005	278	320	338	253
2006	304	321	338	256
2007	278	322		253

Forrás:WHO



A szakdolgozók esetében 78 nővér jut 10 000 betegre, a magyar adat az EU (és társult országok) középátlagában van.

A humán erőforrás problémák leginkább a részletes struktúravizsgálat során kerülnek a felszínre. Óriási területi egyenlőtlenségek figyelhetők meg az orvos és ápolóellátottságban:

- A háziorvosi ellátottságban, valamint az alapellátó egység számát tekintve jelentős a lemaradás az európai átlaghoz képest. Növekszik a betöltetlen praxisok száma, a háziorvosok korfája előregedő, a területi egyenlőtlenségek különösen itt jelentenek nagy problémát.
- A fekvőbeteg ellátásban a kapacitások csökkenésének megfelelően csökken mind az orvosok, mind az ápolók száma. Az orvos létszámban visszaesés csak 2006-ban figyelhető meg (egy év alatt 1000 fő csökkenés). A 2007-ben a teljes szakdolgozói állomány 50%-a dolgozott a fekvőbeteg-szakellátásban, az arány 2000-ben még 57,3% volt. *Az ápoló ellátottság az uniós átlagtól jelentősen elmarad.*
- A járóbeteg ellátásban ugyanekkor a létszámok bővülése figyelhető meg.
- A területi egyenlőtlenségek lényegében nem változtak, az orvos egyetemmel rendelkező területek jobb ellátottsága alacsonyabb életkorú orvos létszámmal párosul.
- A hiányszakmák esetében az átlagéletkor általában magasabb, mint az átlag, illetve ez még területi egyenlőtlenségekkel is társul.

A rendelkezésre álló humán erőforrás elegendő és megfelelő szerkezetben rendelkezésre álló nagyságát egyre erőteljesebben veszélyezteti az erősödő, gazdagabb uniós államok felé történő elvándorlás.

A bérezésben rejlő ellentmondások az egészségügy egyik legnagyobb problémája, a szerkezet változtathatóságát, a szervezés nem megfelelő hatékonyságának, a humán erőforrás tervezésének javítását akadályozó tényező. A képzési rendszer nem megfelelősége, merevsége szintén jelentős mértékben hozzájárul a struktúrában megfigyelhető ellentmondások kialakulásához. A rezidensi program, a szakorvossá válási kényszer a mobilitás kialakulása ellen ható tényezők, amely már jelenleg is rengeteg probléma forrásául szolgál.

Az ápolói, szakdolgozói képzések hiánya pedig a szakdolgozói létszám utánpótlását hiúsítja meg, holott ezen a területen igen jelentős a pályaelhagyás, elvándorlás, s a bérezés elégtelensége is kevésbé kompenzálható.





Az ágazati humánerőforrás politikában nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a nagyobb egészségügyi intézmények térségükben a legnagyobb munkáltatók közé tartoznak, amely a jelenlegi hazai alacsony foglalkoztatottsági szint mellett kiemelt jelentőségű.

### 3.3.2 Egészségipar foglalkoztatási jellemzői és kölcsönhatásai

Az egészségipar – jelen információk bázison a statisztikailag számszerűsíthető ágazataiban – a magyar, gazdaságilag aktív népesség:

- legkevesebb 6,7%-át foglalkoztatta 2007-ben (262 694 fő),
- alkalmazásban álló munkavállalók legkevesebb 9,5%-nak adott munkahelyet.

Ez az érték jelentősen alulbecsült:

- hiszen csak az egészségipar számszerűsíthető részét tartalmazza. (Az egészséges életmóddal kapcsolatos hagyományos élelmiszeripari termékek, szolgáltatások és az orvos szakmai anyagok előállításával foglalkozó ágazatok, oktatás stb. által alkalmazott munkaerő nagysága tehát ezen felül értendő.)
- Továbbá alulbecsült a létszám azért is, mert a kalkulációban statisztikai, módszertani okokból nem szerepelnek a nem alkalmazotti formában foglalkoztatottak.<sup>41</sup>

#### 4. sz. táblázat

Az egészségipar ágazatainak hozzájárulása a foglalkoztatáshoz és az állami bevételekhez 2007-ben

	Alkalmazásban állók statisztikai állományi létszáma	Termelékenység (Bruttó hozzáadott érték/fő)	Átlagkereset (Bruttó bér/fő/hó)	SZJA befizetés (év) (millió Ft)	Járulékbefizetés (év) (millió Ft)
Egészségügy	175 161	2 328 031	176 613	78 822	189 857
Gyógyszeripar	16 015	10 208 459	306 835	16 201	29 975
Gyógyszer kereskedelem	18 059	7 069 834	218 299	11 637	24 499
Orvosi gép-műszergyártás	7 101	4 215 955	150 139	2 045	6 621
Kutatás-fejlesztés	11 058	1 806 050	272 051	9 753	18 687
Egészségturizmus	35 300	3 815 274	155 762	11 310	33 983
Egészségipar összesen	262 694	3 241 263	187 918	129 561	300 653
Nemzetgazdaság összesen	2 760 672	6 350 758	185 017	1 361 563	3 159 589
Egészségipar aránya	9,50%	51,00%	101,60%	9,50%	9,50%

<sup>41</sup> A foglalkoztatottak és az alkalmazásban állók két eltérő munkaügyi kategória. A **foglalkoztatott** a teljes gazdaságilag aktív népesség azon része, aki az adott héten legalább egy órányi, jövedelmet biztosító munkát végzett, illetve rendelkezett olyan munkahellyel, ahonnan átmenetileg (betegség, szabadság stb. miatt) volt távol. Ez a fogalom kerül felhasználásra akkor is, amikor a munkanélküliség nagyságának a mérése történik. Szükségszerűen tágabb kategória, mint az **alkalmazásban állók létszáma**, akik azon a munkavállalók, akik a munkáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban állnak, s munkaszerződésük, munka-megállapodásuk alapján havi átlagban, munkadíj ellenében legalább 60 munkaóra teljesítésére kötelezettek, függetlenül attól, hogy foglalkoztatásuk munkáltatónál főállásban vagy ún. további munkaviszonyban történik.



Az egészségipar ágazataiban foglalkoztatottak mellett a foglalkoztatási hatásként kell kimutatni az egészségipar által más ágazatok felé generált kereslet foglalkoztatási hatásait is. A termelési beszállítási kapcsolatokon keresztül összesen 1,44-szor annyi bruttó hozzáadott értéket generált 2007-ben, mint ami a végső szolgáltatást közvetlenül nyújtó ágazataiban keletkezett. A termelési kapcsolatokon keresztül realizálódó GDP termelés létszám vonzatára nem rendelkezünk adatokkal, de **belátható, hogy egy egészségipari foglalkoztatott, más ágazatokban is többletfoglalkoztatást eredményez.**

A statisztikailag kimutatható foglalkoztatási arányokat:

- a magyar, gazdaságilag aktív népesség **6,7%-át,**
- az alkalmazásban álló munkavállalók **9,5%-át meghaladó a foglalkoztatásban betöltött szerepe.**

A táblázatban szereplő számok bizonyos egyszerűsítő feltételek mellett számított értékek,<sup>42</sup> ezért semmiképpen sem a 2007. évi pontos költségvetési sorokkal megegyező értékekkel találkozunk, de a számok közelítik a tényleges értékeket. Az egészségipar bizonyos ágazataiban (gyógyszeripar, gyógyszer-kereskedelem) a termelékenység a nemzetgazdasági átlagot meghaladó mértékű. Az egészségügy esetében nem tehetünk ilyen összehasonlítást, mivel olyan szolgáltatásról beszélünk, amely az ellátás biztonsága miatt előírt létszám feltételek (minimum feltételek) mellett végez munkaigényes tevékenységet.

Az átlagkereset az egészségiparban 1,6%-al meghaladja a nemzetgazdasági átlagot, a jövedelmek között azonban jelentős különbségek vannak. Az egészségügyben, az orvosi gépműszergyártásban, valamint az egészségutizmus szektoraiban a legalacsonyabbak a bérek, ráadásul a nemzetgazdasági átlag alatt maradnak. A legmagasabb jövedelmek a gyógyszeriparban, valamint az egészségipari kutatás-fejlesztés területén figyelhetők meg, amit a magas képzettségi követelmények is magyaráznak.

A bérekkel kapcsolatos anomáliák, amelyek az egészségügy területén közismertek, nem csak a jövedelmek reális számszerűsítését nehezítik meg, hanem az ágazat strukturális problémáinak egyik okaként is megjelölhetők.

Az egészségipar szektorai a foglalkoztatás kedvező gazdasági hatásain túl az állami kiadások fedezéséhez szükséges költségvetési bevételek (SZJA és járulékbévételek) jelentős részét adják.

<sup>42</sup> Mivel átlagbérek alapján számított értékekről van szó, így a magasabb jövedelmi kategóriában arányaiban magasabb adó- és járulékfizetési kötelezettség tömege csökken. Az adófizetés átlagosan két gyermekre járó adókedvezmény feltételezésével készült, illetve egyéb, egyéni jellemzők figyelembe vétele nem lehetséges.



A számítások szerint **2007-ben az egészségiparban foglalkoztatottak 130 milliárd forintnyi személyi jövedelemadó, valamint a munkáltatókkal együtt 300 milliárdnyi járulék befizetés becsülhető.** Mivel az iparágban jellemzően az átlagos jövedelemszint feletti béreket fizetnek ki, ezért arányaiban nagyobb a hozzájárulása is az államkassza bevételi oldalához, mint az alacsonyabb jövedelemszintű ágazatok, iparágak esetében. (Természetesen az egyes szektorokban, a foglalkoztatás területén jelentkező problémák elmaradt bevételeket jelentenek (ennek hatásával nem kalkuláltunk), ugyanakkor az egyéb munkavállalási formák a számításokhoz képest pótlólagos állami bevételeket eredményeznek.) Az iparág állami bevételeket generáló hatása az egyéb beszállító ágazatokban indukált munkaerő foglalkoztatásából származó befizetésekben is megjelenik.

Az egészségiparon belüli ágazatok nagymértékben kapcsolódnak egymáshoz, s jellemző, hogy ez az egészségügy teljesítményén keresztül történik. Ezért az egész iparág kibocsátása, GDP előállítás, valamint munkahely teremtő képessége is igen erőteljesen attól függ, hogy az egészségügy milyen teljesítményt nyújt, milyen keresletet generál az iparág többi szektorában.

Az egészségügy teljesítménye az első fejezetben ismertetett módon a lakosság egészségi állapotán keresztül ugyan hat a gazdasági teljesítményre, de a foglalkoztatással, annak változásával az egészségügy teljesítményének közvetlen gazdasági következményei jóval gyorsabban és felmérhetőbb módon hatnak.

Az egészségügyben foglalkoztatott egészségügyi dolgozók állományában **szerkezeti problémák**, egyes területeken **hiányjelenségek** figyelhetők meg. Az egészségügyben dolgozó nem egészségügyi szakemberek alkalmazása nagymértékben szervezetfüggő kategória, azonban az ő esetükben is csökkenő tendencia a jellemző.

Az egészségügyben megfigyelhető humán erőforrás problémák azonban nem csak az adott ágazatban járnak következményekkel. **Az egészségügyben csökkenő foglalkoztatás az egészségügyből kikerülő munkavállalók fogyasztói keresletének csökkenésén keresztül már önmagában a gazdasági növekedésre visszafogó hatást gyakorol.** Az egészségügyben csökkenő teljesítmény azonban a többi ágazatban is érezteti hatását mind a kibocsátás, majd pedig ezt követően a foglalkoztatás területén is. Természetesen a hatások nem állnak meg az iparágban, hanem tovább gyűrűznek az iparág beszállítóira is. **Megállapítható tehát, hogy az egészségügy jelenlegi kapacitásainak és tevékenységének beszűkülése a tovaterjedő hatásokon keresztül a gazdaság egészére negatív hatást gyakorolna.**



## 4 Az egészségipar ágazatai, mint lehetséges „húzóágazatok” ágazati komparatív előnyök

A nemzetközi adatok szerint az egészségipar GDP-hez való hozzájárulása magasabb, mint az egészségügyre fordított közkiadások. Ez Magyarország esetében is igaz, 2007 évben a statisztikailag vizsgálható egészségipari ágazatok **bruttó hozzáadott érték aránya 6,3%, szemben az egészségügyre fordított közkiadások 5,9%<sup>43</sup>-os mértékével.** Külön ki kell emelni, hogy az egészségügy által előállított bruttó hozzáadott érték a nemzetgazdaság teljesítményének 3,2%-a volt 2007-ben. Az egészségügy az egészségipar bruttó hozzáadott értékének közel felét állítja elő.

Az egészségipar ágazatainak **termelékenysége** a szolgáltató és ipari ágazatok együttese miatt a nemzetgazdaság átlagát ugyan nem éri el, de ágazatonként jelentős eltérések mutathatók ki:

- az ipari ágazatokban a **gyógyszeripar kiugró értékeket produkál, kétszerese a nemzetgazdaság átlagának**, úgy hogy az egészségipar ágazatai közül a második legnagyobb bruttó hozzáadott értékkel rendelkezik. A rendszerváltáskor széteső, majd kkv. struktúrában újjászerveződő orvosi gép műszer ágazat nem mérhető össze a nagyüzemi szervezeti kultúrában, szervezettségben működő gyógyszeriparral. A **termelékenységének növekedési üteme** azonban vizsgált időszakban **meghaladta a nemzetgazdasági átlagot.**
- A gyógyszer és gyógyászati cikk **kereskedelem nemzetgazdasági átlagot meghaladó** termelékenységi adatokkal rendelkezett a vizsgált időszakban.
- A szolgáltató ágazatok közel azonos nagyságrendű és növekvő értékű termelékenységi adatainál figyelembe kell venni, hogy **a szolgáltatások fokozottan élők munkai igényesek.** Az egészségügyi szolgáltatások esetében pedig a tevékenység gyakorlásának feltétele a biztonságos ellátáshoz előírt minimum feltétel szerinti létszám foglalkoztatása, tehát a „túl jó” termelékenységi mutató a szolgáltatás színvonalának nem megfelelőségét is jelezheti.

Az egészségipar ágazatainak hatékonysági jellemzői alapján vizsgálható, hogy az ágazatok rendelkeznek-e komparatív előnyökkel a nemzetgazdaság egészéhez képest.

<sup>43</sup> Egészségügyi nemzeti számlák alapján becsült adat



**Komparatív előnyök közé sorolható többek között, hogy:**

- az egészségipar ágazatainál halmozott bruttó hozzáadott érték hatás mutatható ki, azaz az ágazat, **oly mértékben beágyazódott a gazdaság szerkezetébe, hogy az ágazatai végső kibocsátásához más ágazatokban 1,47 (2000), illetve 1,35-ször (2005) annyi bruttó hozzáadott értéket generált.**

5. sz. táblázat

Ágazat	2000.	2005.	2007.
Egészségügy	1,29	1,28	1,38
Gyógyszeripar	1,58	1,23	1,24
Gyógyszer és gyógyászati cikk kereskedelem	1,56	1,35	1,40
Orvosi gép műszer*	1,61	1,54	1,45
Egészségturizmus	1,77	1,67	2,13
Műszaki kutatás	1,54	1,44	1,47
Egészséges életmód termékei, szolgáltatásai	2,56	2,94	3,00
Egészségipar ágazatai	1,47	1,35	1,44
<b>Nemzetgazdaság összesen</b>	<b>1,52</b>	<b>1,52</b>	<b>nem ért.</b>

\*Az orvosi gép műszer adatai nem értékelhetők a 2005. évi koefficiensek alapján, az ágazatban bekövetkezett szerkezeti változások miatt

Tehát az egészségipar ágazatainak fejlődése egyben más ágazatok bruttó hozzáadott értékét is növeli a beszállítói kapcsolatok révén. Az egészségipar átlagos indexei a nemzetgazdaság átlagos értékeinél (1,52) alacsonyabb volt a vizsgált időszakban. Az alacsonyabb értéket két tényező okozta:

- a gyógyszeripar indexe a 2000. évi nemzetgazdasági átlagnál magasabb értékről (1,58) visszaesett 1,24 értékre,
- az egészségügyi ágazat, mint döntő részben közszolgáltatást végző költségvetési szerv „fázis-késéssel” reagált a gazdaság egészére jellemző szolgáltatás vásárló tendenciára, amely az ágazatban csak 2005 és 2007 között vált jelentőssé,
- kiugróan magas, és növekvő indexű az egészségturizmus (2,13), amely az utóbbi évek erőteljes növekedésével és ágazati jellemzőkkel magyarázható.

**Összességében tehát az egészségipar ágazatainak termelési kapcsolatokon keresztül realizálódó hatásával együttes a bruttó hozzáadott érték aránya 8,3%. A fenti adatok az egészségipar statisztikailag számszerűsíthető hatásait mutatják, azaz a végzett számítások eredményei az egészségipar minimális gazdasági teljesítményét tartalmazzák, amelynél a tényleges teljesítmény magasabb, csak jelen információs források szolgáltatotta adatok birtokában nem becsülhető.**



Az egészségügy és az egészségipar ágazatának termelése olyan **hatékonysági mutatókkal jellemezhető, amely a magyar gazdaság fejlesztési irányjaival egybeesik.**

A nemzetgazdasági átlagnál alacsonyabb:

- Az ágazatok **anyagigényessége**, (kivételt képez az egészséges életmódhoz kapcsolódó szolgáltatások, amely a sportlétesítmények fenntartását is tartalmazza) Az egészségipar ágazataiban összességében az anyagigényesség csökkenő tendenciájú. (kivétel a K+F és egészségturizmus).
- A nemzetgazdaság átlagos halmozott importigényességéhez képest **az egészségipar minden ágazata (kivéve 2005-ben a gyógyszeripar) alacsonyabb import igényességi mutatóval rendelkezik:**
  - o Az egészségügy importigényessége a legalacsonyabb, bár növekvő tendenciájú. A növekedés a gyógyszer, szakmai anyag mellett az egyéb működést szolgáló anyagok esetében következett be.
  - o A többi ágazatban csökkenés tapasztalható, hasonlóan az ágazatok import felhasználásához.
- **Az egészségipar energiaigényessége a nemzetgazdaság átlagánál lényegesen alacsonyabb**, tendenciáját tekintve, a nemzetgazdasági átlagtól eltérően csökkenő tendenciájú. Kivételt képező ágazatok közül az egészségügy esetében a teljes energiaigényesség növekedését egyes ezen ágazatokba sorolt vegyi termékek felhasználásának a növekedése okozta, míg a „klasszikus” energiaigényesség növekedése a korszerűsödő eszközpark és az elmaradt energiakorszerűsítések kettős hatása okozza. Az orvosi gép műszer esetében a növekvő energiaigényesség a termelés szerkezeti módosulásai eredményezték, míg a K+F esetében vélhetően nem az élettanhoz kapcsolódó területeken következett be.

Az egészségipar **felhalmozása** a 2005, illetve 2007-ben minimális mértékben bővült, a bővülés azonban csak az egészségturizmushoz köthető, míg a meghatározó nagyságrendű két ágazat (gyógyszeripar és egészségügy) esetében a beruházások jelentős csökkenése regisztrálható. A csökkenés a gyógyszeripar gazdasági környezetének változásával (E. Alap befizetési kötelezettség) magyarázható, nem pedig a fejlesztési igény és szükségesség csökkenésével. Az egészségturizmus magas növekedése a fejlesztési programok eredménye, amely megteremti azt az infrastruktúrát, ami Magyarország gyógyvíz adottságainak kihasználását biztosíthatja.



A gazdasági növekedésben játszott szerepük mellett ki kell emelni a **foglalkoztatásban játszott szerepüket**. E területen kiemelkedő jelentőségű az **egészségügy**, amely a **szolgáltatásai iránt megnyilvánuló kereslete miatt, olyan foglalkoztatási stabilitás jellemzi, amely a piaci szektor hullámzásainak nincs kitéve**. Ennek különösen azért van jelentősége, mert az ágazat szolgáltatásai iránti lakóhely közeli elérhetőség egyenletesebb térbeni foglalkoztatást biztosít, mint a piaci szektor, ahol a telephelyválasztás más prioritások szerint történik.

**Az egészségipar foglalkoztatási sajátossága és komparatív előnyeként értékelhető, hogy ágazataiban jelentős arányt képviselnek a magas végzettségűek**, amely iránt jelentkező fokozott igény egyre nehezebben elégíthető ki. Hasonlóan a termelési tapasztalatokban felhalmozódó speciális tudásnak, amely elsődlegesen ugyan a gyógyszeriparra jellemző, de az orvosi gép műszer ágazatban is még felhasználhatók ilyen tapasztalatok.

Az egészségipar ágazataiban a **foglalkoztatás hatékonysága** – a bruttó hozzáadott érték alapján számított – termelékenysége az ágazatok sajátosságainak megfelelően szóródik a nemzetgazdasági átlag körül:

- az ipari ágazatok közül a meghatározó nagyságrendet képviselő gyógyszeripar termelékenysége kétszerese a nemzetgazdasági átlagnak, az orvosi gép- műszer növekvő mértékű és a nemzetgazdasági átlagot közelíti,
- a gyógyszer és gyógyászati cikk kereskedelem nemzetgazdasági átlagot meghaladó, az egészségügy, mint szolgáltató ágazat szükségszerűen alacsonyabb termelékenységi mutatókkal rendelkezik.

A versenyképesség szempontjából fontos szempont, hogy az egyes ágazatokban a **keletkező jövedelmek, valamint megoszlásuk a munkavállalók és tulajdonosok között**. Az egészségipar ágazataiban a 2000. évi szinthez képest növelték a részesedésüket a munkavállalói jövedelmekből, azonban a 2005. évi részarányhoz képest minimális visszaesés állapítható meg (8,5%-8,3%). A visszaesésnek egyértelműen - a döntően közfinanszírozott - egészségügyi ágazat teljesítmény és jövedelem visszaesés az oka, mivel az egészségipar piaci ágazataiban folyamatos növekedés regisztrálható.

A tulajdonosi jövedelmek (bruttó működési eredmény) hasonló polarizáció tapasztalható:

- az egészségipar piaci ágazatai közül a gyógyszeriparban a tulajdonosi jövedelem megduplázódása, a gyógyszer, gyógyáru kereskedelemben 2,5-szeres növekedés figyelhető meg 2000 és 2007 között. A többi piaci ágazatban folyamatos növekedés regisztrálható.



- az egészségügyben a tulajdonosi jövedelmek visszaestek.

Az egészségipar ágazataiban – **a gazdasági fejlődés alapját képező K+F tevékenység** – kiemelkedő jelentőségű. Az egészségipar ilyen szempontból meghatározó és generáló ágazata a **gyógyszeripar, amely K+F ráfordításai a feldolgozóiparban működő kutatóhelyek összes ráfordításának közel 30%-a, míg a nemzetgazdaság vállalkozó ráfordításainak 20%-t** kismértékben meghaladó arányt képvisel. A gyógyszeripar, biotechnológia K+F tevékenysége, stratégiai iparág szerepének felismerése fedezhető fel az utóbbi időszak kormányzati lépéseiben is. Az innovatív klasztercímet elnyert pályázók között magas az egészségiparban érdekelt klaszterek száma.

Komparatív előnyként értékelhető az a **természeti adottság is, amely a termálvíz**, mint gyógytényező esetében Magyarországot jellemzi, azzal a fürdőkultúrával és régebben jelentős kutatói szereppel együttesen, amelyre építve megteremthetők e területen is a magasabb hozzáadott értékkel bíró, bizonyítékon alapuló orvoslás teljes körű feltételei.

Az egészségipar egyes ágazatai között természetszerűleg különböző intenzitású kapcsolat mutatható ki. **A gyógyító tevékenységhez kapcsolódó ágazatok teljesítményét jelentős módon meghatározza az egészségügy közfinanszírozásának alakulása. A közfinanszírozás nagysága és szerkezete a gyógyszeripar és kereskedelem, orvosi gép műszer, és kismértékben az egészségturisztikai ágazat közvetlen teljesítményére is hatást gyakorol.**

A közfinanszírozás és magán finanszírozás aránya hazánkban nemzetközi összehasonlításban az uniós átlagnál magasabb a magánfinanszírozási arányt illetően. A hazai magánfinanszírozási formák azonban az egészségipar ágazatainak növekedését csak korlátozottan segíthetik. **A magán kiadások hálapénz része** – természeténél fogva - személyes fogyasztás forrása, amely megoszlik a nemzetgazdaság különböző ágazatai között és **elsődlegesen nem az egészségipar számára jelent új keresletet.**





## 5 Következtetések, ajánlások

A hipotézisek vizsgálata alapján megállapítható, hogy az egészség, mint gazdasági tényező stratégiai jelentőségű Magyarországon. A magyar állampolgárok egészségi állapota az ország gazdasági teljesítményt csökkentő tényező, amely javítási kényszerének külön hangsúlyt ad az egészség gazdasági szerepének nemzetközi felismerése, és az abból fakadó hazai kötelezettségek is.

A gazdasági növekedés bázis innovációjaként megjelölt egészségipar, mint mega iparág nemzetközi trendjéből eredő pozitív hatások kihasználása csak akkor lehetséges, ha Magyarország egészségiparba sorolható ágazatai rendelkeznek megfelelő gazdasági potenciállal és komparatív előnyökkel, amely alapot adhat a további gyors fejlődéshez. Ez azonban csak akkor lehetséges, ha paradigmaváltás történik:

- az egészség szemléletű multifunkciós gazdaságpolitika kialakításában, valamint
- az egészségügy hagyományos „államháztartási kiadások felhasználója” helyett az egészségipar meghatározó ágazataként történő kezelésében.

Ezt indokolja, hogy az egészségipar statisztikailag kimutatható ágazatai a bruttó hazai termék 6,3%-át (6,9%) állították elő 2007-ben (2005), amelynek:

- felét (3,2%) maga az egészségügyi rendszer szolgáltatta,
- gyógyszeripar 1,1%,
- gyógyszer és gyógyászati cikk kereskedelem 0,8%
- orvosi gép, műszer 0,16%
- egészségturizmus 0,5%
- kutatás-fejlesztés 0,3%
- egészséges életmód termékei és szolgáltatásai 0,14%-os részarányt képviselt.

Az előállított bruttó hazai termék 6,3%-val szemben az egészségügyre fordított közkiadások 5,9%-os felhasználást jelentettek. (A nem számszerűsíthető ágazati adatok (orvos szakmai anyag, oktatás, élelmiszeripar stb.) figyelembe vételével ez az érték ennél magasabb.)

**Az egészségipar statisztikailag kimutatható ágazatai közvetett GDP termelő hatását (az ágazatok végső kibocsátásához termelési kapcsolataikon keresztül más ágazatokban generált GDP) is figyelembe véve 8,3% az ágazatok bruttó hozzáadott értékének aránya.**

Az egészségipar ágazatai olyan ágazati sajátosságokkal rendelkeznek, amely versenyelőnyként értékelhető:



- Anyag energia és import igényessége az ágazatok többségének a nemzetgazdasági átlagnál alacsonyabb,
- Az ipari ágazatok termelékenysége, különösen a gyógyszeripar esetében kiugróan magas,
- Az „egészségipar” ágazatainak, a kutatás fejlesztésben betöltött szerepe kiemelkedő, a nemzetgazdaság K+F ráfordításának 40%-a, amelynek 40%-át a gyógyszeripar fordítja e célra. Külön kiemelendő, hogy a vállalatközi kutatóhelyek K+F ráfordításainak 30%-át a gyógyszeriparban költik el.
- Kiemelendő az egészségipar ágazatainak versenyelőnye a humán erőforrás felhasználásban. Az egészségügyi ágazat nemzetgazdasági szinten is jelentős foglalkoztatónak tekinthető a nemzetgazdaság foglalkoztatottak %-ának . Az egészségügyi szolgáltatások lakosság közeli követelménye miatt az egészségügyi ellátók a gazdaságilag nem kellően vonzó területeken biztosított foglalkoztatásával a térségek közti különbségeket mérsékeli. A humán erőforrás másik fontos jellemzője az egészségiparban, hogy a magas iskolai végzettségűek aránya a nemzetgazdasági átlagot meghaladó mértékű, amely a tudásalapú társadalom fejlesztéséhez elengedhetetlen.
- Az egészségipar ágazatai, különösen az egészségügy stabil „kereslettel” rendelkezik, amely a foglalkoztatáson, más ágazatok felé támasztott keresletével gazdaságstabilizáló hatású, amelynek különösen a kis nyitott gazdaságok esetében van jelentősége.

Mindezek alapján az egészségipar vizsgálatára **felállított hipotézisek véleményünk szerint igazoltak**, a gazdasági növekedésben betölthető szerepének megvalósításához azonban az egészség egyéni és gazdasági jelentőségét programok szintjén meghirdető **szakpolitikák helyett olyan paradigmaváltásra van szükség, amely az egészséget megőrző, javító komplex multiszektorális egészségpolitikát a gazdasági növekedés alapjának tekinti.**



**A paradigmaváltás megvalósulásának elengedhetetlen feltételének tartjuk:**

1. Az információs transzparencia biztosítását, a különböző adatgazdák, adatgyűjtők adattartalom, hozzáférhetőség szerinti egységesítésével. Az egységes elvek alapján kialakított differenciált adatgyűjtés kialakítása, valamint az adatszolgáltatók nagyobb fegyelme elengedhetetlen a megbízható információs bázisok létrehozásában. **Javasoljuk, hogy a Nemzeti Egészségügyi Számlák ne csak az OECD közvetítésével legyenek elérhetők, hanem a nemzeti statisztikai rendszerben rendszeresen publikálásra kerüljenek.**
2. Az ismert és bemutatott ellentmondások miatt a **magyar egészségügyi rendszer komplex elemzését, koncepcionális, szabályozási, strukturális és működési reformjának kidolgozását el kell végezni.** Csak ez biztosíthatja a XXI. század igényeinek megfelelő szükséglet és szolgáltatás elvű és finanszírozható egészségügyi rendszer minőségi jellemzőinek feltárását, a hozzá vezető út meghatározását és az egészségipar stabil fejlődését.
3. Az egészség, mint a gazdasági növekedés kulcstényezője megköveteli, hogy a nemzetgazdasági és államháztartási prioritások között, a nemzetgazdaság hosszú távú érdekeinek megfelelő súlyt kapjon. Szükséges az E. Alap járulékfinanszírozása és a járulék, mint a **versenyképességet befolyásoló munkaerő költség közötti ellentmondás** jogszabályban rögzített, hosszú távú feloldására, oly módon, amely az egészségügy finanszírozását nem a napi költségvetési korlátok között kezeli, hanem lehetővé teszi a hosszú távú célok szerinti forrás allokációt.
4. Az egészségipar fejlesztéséhez elengedhetetlen, hogy az egészségipar ágazatai számára olyan gazdasági környezetet kerüljön kialakítására, amely lehetővé teszi az **ágazatok komparatív előnyeinek kihasználását:**
  - a. biztosítja a komparatív előnyként megjelölhető versenyképes, magasan képzett munkaerő megtartását, képzését, amely mind a gyógyszeripar, egészségügy, K+F, orvosi gép, műszer fejlesztésének meghatározó feltétele



- b. a termálvíz vagyon megőrzését, védelmét és hosszú távú hatékony hasznosítását, beleértve a magasabb hozzáadott érték termelés feltételeit is (rehabilitációs ellátás nemzetközi szakmai feltételeinek kialakításával)
5. Az egészségipar kiemelkedő K+F tevékenységének további erősítését (gyógyszeripar, nem hagyományos élelmiszerek, biotechnológia) illetve olyan K+F tevékenységek feltételeinek kialakítását, támogatását, amely **az egészségipar ágazatainak a jelenleginél magasabb minőségű termékek, szolgáltatások létrehozását biztosítja.** (egészségturizmus)
6. Kiemelt fontosságú az egészségmegőrzés, prevenció szerepének az állampolgárok számára pozitív, érdekeltségi rendszeren keresztül történő közvetítése, az egészségtudatos életmódra nevelés és feltételeinek megteremtése, az esélyegyenlőség javítása, amely **keresletet támaszt az egészségipar ágazatai számára.**

**Az egészség szemléletű multiszektorális gazdasági stratégia biztosíthatja, hogy a gazdasági fejlődés bázis ágazatai, a nemzetközi trendek előnyeit kihasználva, gyorsítsák a gazdasági növekedést és az állampolgárok testi-lelki jólétének védelmét, javítását Magyarországon is.**

Budapest, 2009. augusztus hó

