Orosz Éva

Meghiúsult felzárkózás, félresiklott rendszerváltozás

Látlelet a magyar egészségügy közelmúltjáról

Orosz Éva

Meghiúsult felzárkózás, félresiklott rendszerváltozás

Látlelet a magyar egészségügy közelmúltjáról

Budapest, 2026

A kötet megjelenését az Eötvös Loránd Tudományegyetem Oktatási és Képzési Tanácsának tankönyv- és jegyzettámogatási pályázata támogatta.

© Orosz Éva, 2026

Aktualizált kiadás

ISBN 978-963-489-952-5
ISBN 978-963-489-953-2 (pdf)

ELTE EÖTVÖS KIADÓ
Az ELTE hivatalos könyvkiadója

ELTE TáTK
TÁRSADALOMTUDOMÁNYI KAR

eltebook.hu

Felelős kiadó: az ELTE Társadalomtudományi Kar dékánja
Kiadói szerkesztő: Fodor Zsuzsa
Projektvezető: Egresi Nóra
Tördelés: Szalontai Attila
Borítóterv: Balogh Katalin
Nyomdai munkák: Multiszolg Bt.

Tartalomjegyzék

Ábrák és táblázatok jegyzéke 13
Előszó 17
Köszönetnyilvánítás 21

1. A magyar népesség egészségi állapotára és az egészségügyi rendszer átalakulására ható globális és hazai kihívások és kormányzati válaszok 23
1.1. Megatrendek és globális kockázatok az egészség nézőpontjából 26
1.1.1. A technológiai változások hatása az egészségi állapotra és az egészségügyi rendszerekre 26
1.1.2. A társadalmak idősödése 30
1.1.3. Környezeti kockázatok, klímaváltozás 38
1.1.4. Az egyenlőtlenségek tartós növekedése 44
1.1.5. Az egyenlőtlenségek – mint a megatrendek, globális kockázatok kölcsönhatásainak csomópontja 51
1.2. Az egészségpolitikák nemzetközi trendjei 53
1.2.1. Az állam szerepére vonatkozó nézetek változása 53
1.2.2. Egészségpolitikai korszakváltás az 1970-es évek közepén 55
1.2.3. Hangsúlyeltolódás az 1980-as évek végén: a hatékonyság és a minőség javítására törekvő reformok 56
1.2.4. Az egészségegyenlőtlenségek újbóli előtérbe kerülése 57
1.2.5. A 2010-es és 2020-as évek új kihívása: az egészségügyi rendszerek rezilienciája 59
1.3. A magyar kormányzatok válaszai a népesség egészségi állapotára és az egészségügyi rendszer átalakulására ható globális és hazai kihívásokra 61
1.3.1. Politikai és gazdasági kontextus 61
1.3.2. A kormányzatok válaszai az egészségegyenlőtlenségek kihívásaira 72
1.3.3. A kormányzatok válaszai az idősödés kihívásaira 77
1.3.4. A magyar egészségpolitika és egészségügyi rendszer alkalmazkodása a technológiai kihívásokhoz 82
1.4. Összegzés 87

2. A felzárkózás kudarca: a magyarországi egészségügyi kiadások, a várható élettartam és az elkerülhető halálozás trendjei 89
2.1. Az egészségügyi közkiadások trendjei nemzetközi összehasonlításban 90
2.1.1. Az egészségügyi közkiadások hosszú távú trendjei 90
2.1.2. A COVID-19 járvány hatása az egészségügyi kiadásokra 104
2.2. A magyarországi várható élettartam és elkerülhető halálozás trendjei nemzetközi összehasonlításban 105
2.2.1. Az egészségi állapot főbb trendjei 107
2.2.2. A születéskor és 40 éves korban várható élettartam alakulása 109
2.2.3. A COVID-19 járvány okozta halálozások és hatásuk a várható élettartamra 114
2.2.4. Az elkerülhető halálozás alakulása 116

3. Az államszocializmus öröksége. Kihívások a rendszerváltáskor 125
3.1. Az egészségügyi rendszer válságának összetevői 126
3.2. Krónikus forráshiány. Az egészségügyi rendszer kapacitásai és a pénzügyi erőforrások közötti diszkrepancia 128
3.3. A szükségletek és a szolgáltatások hozzáférhetősége és minősége közötti szakadék 129
3.3.1. A szolgáltatási rendszer krónikus problémái 130
3.3.2. A szolgáltatók finanszírozása: a hatékonysággal ellentétes ösztönzők 131
3.3.3. Az irányítási rendszer: túlzott centralizáció és dezorganizáció 131
3.4. Duális rendszer 133
3.5. Összegzés: kihívások a rendszerváltozáskor 134

4. A reformok elindulása (1986–1990) 137
4.1. Gazdasági és politikai feltételek 137
4.2. Reformmunkálatok az 1980-as évtizedben 138
4.3. Kormányzati intézkedések 141
4.4. Mérleg 143

5. A nyugat-európai egészségügyi rendszerekkel konform makrokeretek kialakítása (1990–1994) 147
5.1. Gazdasági és politikai feltételek 147
5.2. A reform fő irányának a kialakulása 148

5.3. Irányítási, szabályozási rendszer 151
5.3.1. Koncepciók 151
5.3.2. Tényleges folyamatok 151
5.4. Szolgáltatások finanszírozása 156
5.4.1. Koncepciók 156
5.4.2. Tényleges folyamatok 157
5.5. A szolgáltatási szektor (intézményi, szolgáltatási struktúra) 160
5.5.1. Koncepciók 160
5.5.2. A háziorvosi ellátás bevezetése 161
5.5.3. Világbanki hitelprogram a szolgáltatási szektor modernizálására 164
5.6. Az egészségügy piaci szektorának a kialakulása 165
5.6.1. A gyógyszerpiac és gyógyszerellátás radikális átalakulása 165
5.6.2. Privatizáció az egészségügyi szolgáltatói szektorban 166
5.6.3. Privatizáció a finanszírozás területén 169
5.7. Mérleg 170

6. Az átfogó reform (folytatása) helyett tűzoltás (1994–98) 175
6.1. Gazdasági és politikai feltételek 175
6.2. Átfogó reform helyett korlátozó intézkedések 177
6.3. Törekvések a kórházi struktúra modernizálására 180
6.4. Feszültségenyhítés: Kórházi adósságrendezés 185
6.5. Ellentmondásos tendenciák az egészségügyi rendszer szabályozásában 187
6.6. A minőségügyi rendszer jogi kereteinek a megteremtése 190
6.7. Kitérő: A minőség és a minőségügyi rendszer értelmezése 192
6.8. A privatizáció kormányzati ösztönzése 194
6.9. Koncepciók harca a kormányzaton belül 195
6.10. Mérleg 197

7. Kormányzati kiadáskorlátozás és „magánkezdeményezés” az egészségügyi rendszer modernizációjára (1998–2002) 201
7.1. Gazdasági és politikai feltételek 201
7.2. A kormányzati egészségpolitika általános jellemzői 203
7.3. Felszámoló intézkedések 204
7.4. Kísérlet a biztosítási rendszer átalakítására 205
7.5. A háziorvosi „praxisprivatizáció” 206
7.6. Privatizációs törekvések a kórházi szektorban 207

7.7. Kitérő: A beruházások finanszírozása 210
7.8. „Magánkezdeményezés" az alapellátás reformjára: az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) 212
7.9. Feszültségek kiéleződése és tűzoltó intézkedések 215
7.10. Mérleg 216

8. Irányváltás a piaci és népegészségügyi megközelítés között (2002–2006) 219
8.1. Gazdasági és politikai feltételek 219
8.2. A kormányzati egészségpolitika általános jellemzői 221
8.3. Átmeneti feszültségenyhítést követő korlátozások 222
8.4. Törekvések a szakrendelők és kórházak rugalmasabb működtetési formáinak kialakítására 223
8.5. „Leplezett" kísérlet az üzleti biztosítók bevonására a kötelező biztosítás menedzselésébe 226
8.6. A 21 lépés programja és a nemzeti szakmai programok 227
8.7. Az Európai Uniós fejlesztések tervezési folyamata 228
8.8. Piaci folyamatok 229
8.9. Mérleg 230

9. Két párhuzamos reformtörekvés (2006–2010) 233
9.1. Gazdasági és politikai feltételek 233
9.2. A kormányzati egészségpolitika általános jellemzői 235
9.3. Az egészségügy átalakítása a Konvergenciaprogram részeként 237
9.4. A vizitdíj bevezetése 241
9.5. Kísérlet az üzleti biztosítók bevonására a kötelező egészségbiztosítás működtetésébe 244
9.6. Az egészségügy mint a pártpolitikai küzdelem terepe: a „szociális népszavazás" 252
9.7. Az IBR felszámolása 254
9.8. Piaci folyamatok 255
9.9. Mérleg 256

10. Az egészségügy a radikális közigazgatási centralizáció és az opportunista költségvetési politika fogságában (2010–2019) 261
10.1. Gazdasági és politikai feltételek 261
10.2. A kormányzati egészségpolitika általános jellemzői 264
10.3. Harc a kormányzaton belül az egészségügy átalakításáért 267

10.4. Az egészségügyi szakigazgatás radikális átalakítása, alárendelése a közigazgatás centralizációjának 268
10.4.1. A minisztériumi szintű irányítás felszámolása 269
10.4.2. Az ÁNTSZ egységes országos szervezetének a szétverése 270
10.4.3. Az OEP egységes országos szervezetének és szolgáltatásvásárló funkciójának a felszámolása 272
10.4.4. A háttérintézmények centralizációja 273
10.5. A finanszírozási rendszer átalakítása 274
10.5.1. A kötelező egészségbiztosítás felszámolása 274
10.5.2. A pénzügyi források allokációja 279
10.6. A szolgáltatási szektor főbb folyamatai 283
10.6.1. Központi irányító szerv létrehozása a kórházak „kézivezérlésére" 284
10.6.2. Kórházi struktúra: elszalasztott lehetőség a modernizációra 286
10.6.3. Kitérő: Az Egészséges Budapest Program (EBP) kudarca 289
10.6.4. Háziorvosi ellátás: szakmai reformtörekvések, hiányzó politikai akarat 294
10.6.5. Szervezeti innováció a népegészségügy területén: egészségfejlesztési irodák 296
10.7. A szakmai struktúra fejlesztését célzó programok 298
10.8. A betegjogi intézményrendszer államosítása 302
10.9. Radikális szemléletváltás a közszféra és a magánszféra kapcsolatában 303
10.10. Feszültségek kiéleződése és „tűzoltás" 308
10.11. Mérleg 313

11. A sikertelen centralizáció „gyógyítása" a centralizáció fokozásával (2020–2025) 319
11.1. Gazdasági és politikai feltételek 319
11.2. A kormányzati egészségpolitika általános jellemzői 322
11.3. Kormányzati válaszok a COVID-19 járványra 325
11.3.1. A COVID-19 járvány főbb nemzetközi és hazai adatai 326
11.3.2. Szakmai helyett „háborús" stratégia 327
11.3.3. Védőoltások: illúziók és realitás 330
11.3.4. „Háborús" döntések az ellátórendszerben – a következmények mérlegelése nélkül 332
11.3.5. A transzparencia hiánya 333

11.4. Az egészségügyi szakigazgatás „militarizálása” 335
11.5. A szolgáltatások finanszírozása 336
11.6. Béremelés és egészségügyi szolgálati jogviszony 339
11.7. Alapellátás: a kormány szerepének erősítése az önkormányzatok rovására 342
11.7.1. A háziorvosi praxisközösségek létrehozása 344
11.8. A kórházak megyei szintű integrációja 346
11.9. Törekvés az orvosszakma képviseletének a helyreállítására 351
11.10. A magánszolgáltatók további kiszorítása a közfinanszírozású ellátásból 353
11.11. Mérleg 356

12. A köz- és magánszektor kapcsolata a magyar egészségügyben 361
12.1. A köz és magán mix összetevői 362
12.2. Nemzetközi tapasztalatok: legfontosabb tanulságok 366
12.2.1. A magánszektor szerepe az EU-országok egészségügyi rendszereinek a finanszírozásában 366
12.2.2. A magánszektor szerepe az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában az EU-országokban 372
12.3. Kormányzati törekvések a magánszektor szerepének az alakítására 378
12.4. A köz- és magánszektor szerepe a magyar egészségügy finanszírozásában 382
12.4.1. Főbb trendek 383
12.4.2. A háztartások közvetlen kiadásai 389
12.4.3. Az önkéntes egészségbiztosítás 391
12.5. A közintézmények és magánszolgáltatók szerepe a szolgáltatások nyújtásában 393
12.5.1. A köz és magán mix szerkezetének alapvető adatai 393
12.5.2. A magánszolgáltatók piacának főbb jellemzői 395
12.5.3. A szolgáltatási szektor szegmenseinek fő jellemzői 399

13. Az egészségügyi rendszer átalakulása – funkcionális nézőpontból 413
13.1. A makrostruktúra átalakulása: összegzés 413
13.2. Az egészségügyi kormányzás jellemzői, kritikus pontjai 419
13.2.1. A kormányzás fogalma 419
13.2.2. Információ/tudás 420
13.2.3. Egészségpolitikai jövőkép és stratégia 423

13.2.4. Átláthatóság/transzparencia....427
13.2.5. Számonkérhetőség 428
13.2.6. Partnerség, részvétel....429
13.2.7. Szabályozás és jogalkotás 432
13.2.8. Szervezeti kapacitás és integritás....433
13.2.9. Multiszektoriális együttműködés 434
13.3. A finanszírozási rendszer kritikus pontjai....435
13.3.1. Méltányos/igazságos teherviselés....437
13.3.2. Védelem a betegség pénzügyi kockázatától....438
13.3.3. A finanszírozás makrogazdasági és pénzügyi fenntarthatósága....442
13.3.4. A pénzügyi források hatékony felhasználása 444
13.4. A szolgáltatási szektor átalakulásának kritikus pontjai 449
13.4.1. Az egészségügy kapacitásainak főbb problémái 450
13.4.2. A magyar egészségügy munkaerő és kórházi kapacitásai nemzetközi összehasonlításban 456
13.4.3. A kórházak tulajdoni és működési formáiban bekövetkezett változások....461
13.4.4. Az ellátás koordinációja/integrációja 465
13.4.5. Következmények: a hozzáférés és minőség sokdimenziós problémái....473

14. Milyen tényezők akadályozták meg egy jól működő egészségügyi rendszer kiépülését? 487
14.1. Bevezetés: a kihívások és akadályozó tényezők áttekintése....487
14.2. Kevés kivételtől eltekintve hiányzott a kormányzatok elkötelezettsége az egészségügy átfogó reformja iránt....494
14.3. Jól működő egészségügyi rendszer kiépítéséhez szükséges pénzügyi források hiánya 496
14.4. A kormányzat és az ellenzék közötti „politikai árkok” 497
14.5. Az egészségügyi kormányzat szakmai kapacitásainak a problémái....498
14.6. Más alrendszerek prioritásai és/vagy átalakításának a szempontjai felülírták az egészségügy szakmai szempontjait.... 501
14.7. Harc a kormányzaton belül az egészségügyi reform fő irányára vonatkozóan 502
14.8. A szakmai szervezetek és szakszervezetek gyenge befolyása....503

14.9. Az egészségügy szereplői közötti érdekellentétek 505
14.10. A piaci folyamatok hatása a közszektor reformjára 507
14.11. A társadalmi nyomásgyakorlás gyengesége 508
14.12. Záró megjegyzések 509

15. Utószó 511

1. Melléklet. Koncepcionális keretek a magyar egészségügy átalakulásának az elemzéséhez 515
M.1. Az egészségi állapot és az egészségügyi rendszer összefüggései a társadalmi jólléttel, fenntartható gazdasági fejlődéssel és a környezeti fenntarthatósággal 515
M.2. Az egészségügyi rendszer szerepe az egészségi állapot alakulásában 517
M.3. Megközelítések a magyar egészségügyi rendszer átalakulásának az elemzéséhez 521

2. Melléklet. Módszertani megjegyzések 533

Irodalom 535

Ábrák és táblázatok jegyzéke

Ábrák

1.1. ábra. A 40 éves korban várható élettartam iskolázottság szerinti egyenlőtlenségei nemzetközi összehasonlításban, 2017 49
1.2. ábra. A globális gazdasági, környezeti, geopolitikai, társadalmi és technológiai kockázatok közötti kölcsönhatások 52
2.1. ábra. Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások relatív értékének alakulása a visegrádi országokban (EU14 =100%) 92
2.2. ábra. Az egy főre jutó egészségügyi kiadások reálértékének növekménye 2005 és 2019, valamint 2019 és 2024 között (%) 94
2.3. ábra. Az egészségügyi közkiadások részesedése a GDP felhasználásából (V4 országok, EU10- és EU14-átlag) 97
2.4. ábra. Az egészségügyi közkiadások reálértékének alakulása a V4 országokban a (saját) 2005-ös szinthez viszonyítva (2005 =100%) 99
2.5. ábra. Az egészségügyi kiadások részesedése a kormányzati kiadásokból 2005, 2024 101
2.6. ábra. A magyar egészségügyi kiadások és a GDP reálértékének alakulása a 2005-ös szinthez viszonyítva (2005=100%) 102
2.7. ábra. A magyar férfiak 40 éves korban várható élettartamának hosszú távú trendje nemzetközi összehasonlításban 111
2.8. ábra. Az egymillió lakosra jutó többlethalálozás alakulása, 2020–2022 115
2.9. ábra. A kezelhető okok miatti halálozás alakulása az EU-országokban 2002, 2023 117
2.10. ábra. A megelőzhető okok miatti halálozás alakulása az EU-országokban 2002, 2023 117
2.11. ábra. A szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő megelőzhető és kezelhető halálozás 1995, 2020 120
12.1. ábra. A köz és magán mix főbb szegmensei 364
12.2. ábra. Az önkéntes finanszírozási alrendszerek és a háztartások kiadásainak aránya az összes egészségügyi kiadáson belül az EU-országokban, 2023 370
12.3. ábra. A háztartások közvetlen kiadásainak és az önkéntes biztosításnak az aránya a magánkiadásokon belül (Összes magánkiadás = 100%), 2023 370

12.4. ábra. Az egészségügyi magánkiadások, a közkiadások és az összes kiadás reálértékének az alakulása 386
13.1. ábra. A dolgozó orvosok számának megoszlása korcsoportok szerint 453
13.2. ábra. Az ellátás integrációjának a szintjei 468
14.1. ábra. Az egészségügy alulfinanszírozásának a hatásai 491
14.2. ábra. A magyar egészségügy eredményes reformfolyamatát akadályozó tényezők 492
M.1. ábra. A társadalmi jóllét és az egészségi állapot összefüggései 516
M.2. ábra. Az egészségügyi rendszer hatása az egészségi állapotra 519
M.3. ábra. Az OECD teljesítményértékelési keretrendszere 523
M.4. ábra. A WHO/European Observatory on Health Systems and Policies teljesítményértékelési keretrendszere 524
M.5. ábra. Az egészségügyi rendszer működésének a folyamata 527
M.6. ábra. A kormányzati beavatkozások típusai és kontextusa 530

Táblázatok

1.1. táblázat. A vélt egészség két indikátora iskolai végzettség szerint [%], 2019..... 50
1.2. táblázat. A kormányzati kiadások szerkezetének változása 2000 és 2023 között 69
2.1. táblázat. Az egészségügyi közkiadások alapvető indikátorai (V4 országok, EU14- és EU10-átlag) 92
2.2. táblázat. Az egészségügyi magánkiadások és az összes kiadás főbb indikátorai, 1992–2025 95
2.3. táblázat. A magyarországi egy főre jutó egészségügyi közkiadás és összes kiadás relatív értékei, 1992–2025 96
2.4. táblázat. A születéskor és 40 éves korban várható élettartam alakulása a V4 országokban 110
2.5. táblázat. A várható élettartam és a halálozások néhány alapvető indikátorának alakulása 113
2.6. táblázat. A magyarországi kezelhető és a megelőzhető halálozás relatív értékei, 2002–2023 118
5.1. táblázat. Az egészségügyi rendszer átalakulásának főbb lépései, 1987–94 150
6.1. táblázat. A minőségmenedzsment tevékenységek célcsoportjai és lehetséges stratégiái/tevékenységei 193
12.1. táblázat. Néhány példa a térítési díjak alkalmazására megfelelő pénzügyi védelmet nyújtó finanszírozási rendszerekben 371

12.2. táblázat. A köz- és magánszektor szerepe a közfinanszírozású egészségügyi ellátásban az EU-országokban 373
12.3. táblázat. Kormányzati törekvések a magánszektor szerepének alakítására (1990–2025) 381
12.4. táblázat. Az összes egészségügyi kiadás megoszlása a finanszírozási alrendszerek között 384
12.5. táblázat. Az egészségügyi kiadások nagysága és GDP-hez viszonyított aránya finanszírozási alrendszerenként, 2024 385
12.6. táblázat. Az egészségügyi magánkiadások, közkiadások és az összes kiadás alapvető indikátorai 2005, 2019 és 2024 387
12.7. táblázat. A közkiadások és a magánkiadások funkcionális struktúrájának alakulása 388
12.8. táblázat. A köz- és magánkiadások aránya az ellátás főbb kategóriáira fordított kiadásokon belül 389
12.9. táblázat. A köz- és magánszektor aránya a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozásában és szolgáltatásában, 2019, 2023 394
12.10. táblázat. A gyógyító-megelőző ellátásra fordított köz- és a magánkiadások megoszlása a köz- és a magánszolgáltatók között, 2019, 2023 394
12.11. táblázat. A 25–50 legnagyobb árbevétellel rendelkező magánszolgáltató árbevételének alakulása, 2016–2023 398
12.12. táblázat. A legnagyobb árbevétellel rendelkező 15 egészségügyi magánvállalkozás árbevételének növekedése 2016 és 2024 között 399
13.1. táblázat. Az egészségügy makrostruktúrájának átalakulása az 1980-as évek végétől a 2020-as évek közepéig 416
13.2. táblázat. A finanszírozási és szolgáltatási rendszer átalakítására vonatozó koncepciók/stratégiák az egyes kormányzati ciklusokban 424
13.3. táblázat. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek szerkezete, 1993–2024 438
13.4. táblázat. Az egészségügyi ellátásra nem jogosultak száma és aránya a népességen belül 440
13.5. táblázat. Az alapvető finanszírozási módszerek potenciális és a magyar egészségügyben érvényesülő ösztönző hatásai 447
13.6. táblázat. A havi bruttó átlagkeresetek alakulása az egészségügyben, 2000–2024 455
13.7. táblázat. Tízezer lakosra jutó orvosok és ápolók száma 458
13.8. táblázat. Tízezer lakosra jutó, a kórházakban foglalkoztatott orvosok és ápolók száma 459

13.9. táblázat. A kórházi ellátás alapvető indikátorai nemzetközi összehasonlításban 460
13.10. táblázat. A kórházi szektor kapacitásaiban, tulajdoni/működtetési viszonyaiban és finanszírozásában bekövetkezett főbb változások, 1990–2025 462
13.11. táblázat. A hozzáférés és minőség néhány indikátora nemzetközi összehasonlításban, 2022–2023 476
13.12. táblázat. A 60 napot meghaladóan várakozók száma és az átlagos várakozási idő a térdprotézis- a csípőprotézis- és a szürkehályog-műtétek esetében 481
13.13. táblázat. Az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségének és minőségének társadalmi percepciója (2024) 485

Előszó

A magyar egészségügy válságjelenségeivel nap mint nap szembesülhetünk: hosszú a várakozási idő, megengedhetetlenül nagyok a különbségek az ellátás minőségében, bizonytalan vagy szünetel az ellátás az orvos- és szakdolgozóhiány miatt, eladósodottak a kórházak stb. E jelenségek mögött két hosszabb távú folyamat húzódik meg: a felzárkózás és a rendszerváltozás kudarca. A magyar egészségügy számos alapvető jellemzőjét tekintve (pl. egészségügyi közkiadások, elkerülhető halálozás) leszakadó pályára sodródott nemcsak a fejlett EU-országokhoz, hanem a többi visegrádi országhoz képest is. 1992-ben a visegrádi országok közül még nálunk volt a legmagasabb az egy főre jutó közkiadások értéke, 24%-kal haladta meg a csehországit; 2024-ben azonban már csak annak 57%-át érte el. A magyar férfiak szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő – hatékony prevencióval és jó minőségű ellátással elkerülhető – halálozása 1995-ben 2,6-szerese, 2020-ban már 4-szerese volt az EU14-átlagnak. Hosszan lehetne sorolni a hasonló adatokat. A rendszer átalakulását tekintve: az 1990-es évek elejének biztató kezdete után a reformfolyamat az évtized második felében megtorpant; kezdeti eredményei erodálódtak, deformálódtak. 2010 után pedig radikális változások következtek be, amelyek felszámolták az egészségügy 1990-es évek elején általános elfogadottságot élvező intézményi modelljének még megmaradt elemeit, és visszaállították a központi utasításokon alapuló irányítási rendszert. Számos posztszocialista ország egészségügye azt mutatja, hogy ez nem volt szükségszerű.

A kutatókat, a gyakorlati szakembereket és a laikusokat egyaránt foglalkoztatja a kérdés: milyen okok, milyen folyamatok vezettek a jelenlegi helyzethez? Sokan hajlamosak magyarázatként egy-egy okot kiemelni, például: az egészségügy súlyosan alulfinanszírozott, vagy az egészségügy nem volt prioritása egyetlen kormányzatnak sem. Azonban ezekkel a tényezőkkel kapcsolatban is feltehető a „miért?" kérdése: a kormányzatok miért nem fordítottak több pénzt az egészségügyre, miért nem tekintették azt prioritásnak? A könyv egy lehetséges magyarázatot rajzol meg, amelynek a vizsgált időszakon áthúzódó általános tendenciák mellett az egyes kormányzati periódusokra jellemző sajátos összetevői is vannak. Ezért tartottam fontosnak az egészségügy történéseit, a jelenlegi helyzethez vezető folyamatokat kormányzati periódusonként számba venni. Mivel az egészségügyi rendszer átalakulása nem érthető meg a társadalmi, gazdasági és politikai környezet hatásainak az elemzése nélkül, a rendszer lényegi vonásait, meghatározó történéseit e tágabb

kontextusba helyezve vizsgáltam. Így előfordulhat, hogy önmagukban fontos, de az összképet kevéssé befolyásoló részletek leírása elnagyolt lett, vagy el is maradt. Negyven év történetének áttekintése közben lehetetlen elkerülni a leegyszerűsítéseket és a kihagyásokat.

Három nézőpontból törekedtem a folyamatok elemzésére. Vizsgáltam, hogy a kormányzati beavatkozások milyen együttese határozta meg az egyes kormányzati periódusok arculatát. Be kívántam mutatni, hogyan jelentek meg a kormányzati beavatkozásokban az egészségügyi rendszerek Európában általánosan elfogadott teljesítménykritériumai, alapvető céljai: egyenlő hozzáférés a jó minőségű szolgáltatásokhoz, betegközpontúság, hatékonyság, transzparencia, számonkérhetőség, finanszírozhatóság és nem utolsósorban a reziliencia. Továbbá elemeztem, hogy a kormányzati intézkedések hogyan érintették az egészségügyi rendszer struktúrájának három szintjét, nevezetesen a makrostruktúráját, a szakmai és a mikrostruktúráját.

Az egészségügy tényleges folyamatait, a kormányzat és más szereplők döntéseit az előzőekben felsorolt célokon kívül, vagy azokat megelőzve, számos egészségügyön kívüli és belüli tényező befolyásolta, például a költségvetési hiány vagy az általános közigazgatás átalakítása. Az egyes kormányzati ciklusok elemzése bemutatja ezeket, a kormányzati döntéseket ténylegesen befolyásoló tényezőket és a kormányzati beavatkozások alapvető jellemzőit. Egy-egy időszakban a beavatkozások típusainak sajátos kombinációja volt jelen, sajátos arculatot adva a periódusnak. A kormányzati beavatkozások következő típusait különböztettem meg: fejlesztő/kapacitásbővítő, korlátozó és feszültségenyhítő intézkedések, reformkoncepciók kidolgozása (és „versenye"), struktúraalakító intézkedések (szervezeti innovációk), „visszarendeződés", látszatintézkedések, valamint az intézkedések hiánya. Azt, hogy egy adott időszakban mely típusok voltak jelen, és közülük melyik volt a domináns, alapvetően befolyásolták az egészségügy szereplőinek a törekvései, valamint a gazdasági, társadalmi és politikai környezet jellemzői.

A harmadik elemzési szempont az egészségügyön belül három strukturális szintet különböztet meg: (i) *makrostruktúrák* (az irányítás, finanszírozás és szolgáltatás *intézményi keretei*); (ii) *szakmai struktúrák* (pl. az ellátás folyamataihoz kapcsolódó gazdasági és minőségügyi szabályozás); és (iii) *mikrostruktúrák* (a szereplők közötti kapcsolatok nem intézményesített jellemzői, mintázatai, pl. az orvos-beteg kapcsolat jellemzői, a hálapénz, az orvosok közötti informális hierarchia). A makrostruktúra átalakítható egy jogszabállyal, egy új intézmény néhány hónap alatt felállítható, a működőképes szakmai struktúra kialakítása, átalakítása azonban több évet, a mikrostruktúra átalakulása pedig még hosszabb időszakot igényelhet. Az 1990-es évek elején a makrostruktúrában bekövetkezett változások nyilvánvalóan nem

hozhattak gyors megoldást az egészségügyi rendszer működésének alapvető problémáira. Ehhez egyrészt a közkiadások növelésére, másrészt új szakmai struktúrák kiépítésére, a mikrostruktúra hosszabb időt igénylő átalakulására is szükség lett volna. A fejezetek bemutatják, hogy ezek meghiúsulása visszahatott a makrostruktúrára is.

A könyv az előzőekben vázolt nézőpontokból elemzi a magyar egészségügyben végbement folyamatokat, fókuszálva egyrészt az átalakulás fő trendjeire, másrészt a felzárkózás és a rendszerváltozás kudarcának meghatározó okaira. A COVID19-járványnak a korábbi trendeket megtörő sokkhatása miatt a 2010-től 2025 közepéig tartó periódust nem kormányzati ciklusonként, hanem két időszakra: a COVID előtti és a COVID-járvány alatti és utáni időszakra bontva mutatom be.

Az 1. fejezet szélesebb kontextusba helyezi a könyv többi fejezetét: az egészségi állapot és az egészségügyi rendszer nézőpontjából elemzi, hogy a magyar kormányok milyen válaszokat adtak egyrészt a globális kihívásokra (a technológiai változásra, a globalizációra, a társadalmak idősödésére, a klímaváltozásra és a társadalmi egyenlőtlenségek tartós növekedésére), másrészt a politikai rendszerváltás jelentette hazai kihívásokra. A 2. fejezet bemutatja, hogy Magyarország az egészségügyi kiadások és az egészségi állapot számos alapvető indikátorát tekintve leszakadó pályára sodródott nemcsak a fejlett EU-országokhoz, hanem a többi posztszocialista EU-tagállam átlagához és a többi visegrádi országhoz képest is. A 3. fejezet összefoglalja az államszocialista egészségügyi rendszertől örökölt fő problémákat. A 4.-től a 11. fejezetig a könyv kormányzati ciklusonként elemzi a kormányzati törekvéseket és a tényleges változásokat, a kormányzati döntéseket befolyásoló tényezőket és a kormányzati beavatkozások alapvető jellemzőit. Törekedtem arra is, hogy az elemzéseknek részben „történetmesélés" jellege is legyen, azaz az egyedi jellemzők, véletlen események is figyelmet kaptak. A könyv a kormányzati intézkedések mellett – az azokkal kölcsönhatásban lévő – piaci folyamatokat is tárgyalja, a 12. fejezetben. A történeti fejezetek után a 13. fejezet keresztmetszeti megközelítésben összegzi az irányítási, finanszírozási és szolgáltatási szférákban történteket; a 14. fejezet pedig a felzárkózás és rendszerváltás kudarcának a fő okait. A könyv melléklete azokat a koncepcionális kereteket, elméleti alapokat foglalja össze, amelyek megközelítésmódokat, szempontokat szolgáltattak a magyar egészségügyi rendszer átalakulásának az elemzéséhez – az elméleti kérdések iránt érdeklődők akár bevezető fejezetként is olvashatják.

A könyv megírásakor arra törekedtem, hogy átfogó képet nyújtsak a magyar egészségügy 1980-as évek vége óta eltelt évtizedeiről. Nem törekedtem arra, hogy minden fontos kérdésre kiterjedő képet adjak. A könyv alapvető kérdései, a felzárkózás és a rendszerváltozás szempontjából szelektáltam az események közül. Tudatában

vagyok, hogy a folyamatok bonyolultsága és időbeli közelsége miatt a tévedés és egyoldalúság kockázata is jelentős. Ugyanakkor nem csak Magyarország és az egészségügy esetére igaz, hogy csak részlegesen megértett folyamatok résztvevői és elszenvedői vagyunk. A jobb megértést segítheti az egymásra figyelő, az eltérő véleményekre is nyitott, szakmai párbeszéd. Bízom benne, hogy egyenetlenségei és esetleges tévedései ellenére is könyvem hozzájárulhat ehhez.

A könyv aktualizált kiadása – az első kiadáshoz hasonlóan – a 2025 nyaráig bekövetkezett eseményeket dolgozza fel, az ezt követő időszak eseményeit azonban már nem tartalmazza. A 2. fejezet ábrái és táblázatai ugyanakkor az időközben elérhetővé vált frissebb OECD- és Eurostat-adatok alapján frissültek.

Köszönetnyilvánítás

A könyv megírásához nagy segítséget jelentettek az egyes fejezetekhez és az előzményüket jelentő, az utóbbi néhány évben megjelent tanulmányaimhoz nyújtott vélemények, javaslatok, továbbá néhány kolléga által a nyilvánosan nem elérhető előadásaiknak a rendelkezésemre bocsátása. Segítségükért ezúton is köszönetet mondok Csáki Györgynek, Csáki Tamásnak, Domány Andrásnak, Dózsa Csabának, Fadgyas-Freyler Petrának, Kaló Zoltánnak, Kapócs Gábornak, Kelemen Eszternek, Kollányi Zsófiának, Kucsera Csabának, Őri Károlynak, Sinkó Eszternek, Somlai Péternek és Weltner Jánosnak.

Köszönöm Antal Tibornak az ELTE TáTK munkatársának és az ELTE Eötvös Kiadó munkatársainak a könyv megjelenéshez nyújtott segítséget.

Végül, de nem utolsósorban köszönettel tartozom az ELTE Társadalomtudományi Kar vezetésének és az ELTE Oktatási és Képzési Tanácsának a könyv megjelenését lehetővé tevő anyagi támogatásért.

1. A magyar népesség egészségi állapotára és az egészségügyi rendszer átalakulására ható globális és hazai kihívások és kormányzati válaszok

Az 1980-as évek végén Magyarország egyik legsúlyosabb társadalmi problémája a társadalom rossz egészségi állapota és az egészségügyi rendszer válsága volt. A rendszerváltás és az Európai Unióhoz való csatlakozás történelmi esélyt jelentett arra, hogy elinduljon a felzárkózás a fejlett nyugat-európai országokhoz – a gazdaságot, a társadalmi jóllétet, ennek részeként a társadalom egészségi állapotát és az egészségügyi rendszer működését tekintve is. A felzárkózás helyett azonban leszakadás, egy jól működő egészségügyi rendszer kiépítése helyett tartós válság alakult ki az egészségügyben. Az idevezető folyamatok jellemzőinek és összetett okainak a megértése szélesebb kontextust igényel. Ennek megrajzolása jelenti az 1. fejezet célját.

A társadalmak egészségi állapotára és az egészségügyi rendszerekre ható technológiai, gazdasági, politikai, társadalmi és környezeti tényezők, folyamatok között összetett kölcsönhatás van – lokális, országos, európai és globális szinten is. Az elmúlt évtizedek globális folyamatait egyrészt fokozatosan kibontakozó, hosszú távon ható strukturális változások (megatrendek), másrészt váratlanul kitörő megrázkódtatások, sokkok (a 2008-as pénzügyi válság, a COVID-járvány és az Ukrajna elleni orosz agresszió) alkották. A technológia rohamos fejlődése és a globalizáció egyrészt a gazdaság és az anyagi jólét növekedését eredményezte, ami az egyik tényezője volt (az egészségügyi technológia fejlődése, az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és az iskolázottsági szint emelkedése mellett) a várható élettartam jelentős növekedésének. Ugyanakkor a 20. századra jellemző technológiai fejlődés és gazdasági növekedés a természeti környezet állapotának a romlásához, klímaválsághoz, továbbá az országokon belüli társadalmi egyenlőtlenségek drasztikus növekedéséhez vezetett. Napjainkban ezeknek a folyamatoknak a kockázatai dominálnak, ami környezeti válságokkal fenyeget, és veszélyezteti a társadalmak jóllétét és egészségi állapotát. A globális megatrendek és kölcsönhatásaik – összefonódva a sajátos, országspecifikus politikai, gazdasági és társadalmi folyamatokkal – alkották/alkotják a magyar kormányzatok közpolitikájának, ennek részeként

az egészségpolitikájának és az egészségügyi rendszer átalakulásának a szélesebb kontextusát.

Ebből a megközelítésből kiindulva, a fejezet középpontjában a következő kérdések[1] állnak:

- Melyek – az egészségi állapot és az egészségügyi rendszerek szempontjából – a technológiai és gazdasági változásoknak, a társadalom idősödésének, a klímaváltozásnak és a társadalmi egyenlőtlenségek növekedésének a fő jellemzői európai/globális szinten?
- A fenti megatrendek és a hazai, országspecifikus gazdasági, politikai és társadalmi folyamatok – egymással összefonódva – hogyan befolyásolták a magyar társadalom egészségi állapotára ható kockázati tényezőket és az egészségügyi rendszer átalakulását?
- A magyar kormányok milyen válaszokat adtak az egészségi állapotot és az egészségügyi rendszert érintő európai/globális és hazai kihívásokra: hogyan interpretálták azokat, milyen stratégiákat fogalmaztak meg, és mi jellemezte a gyakorlatukat?

A fejezet bevezetőként és háttérként szolgál a könyv többi fejezetéhez, amelyek fókusza a magyar egészségügyi rendszeren belüli folyamatoknak az elemzése. Első ránézésre meglehetősen távolinak tűnhet a magyar egészségügyi rendszer átalakulásának az elemzéséhez a globális megatrendeket és globális kockázatokat választani kiindulópontként. Azonban a könyv központi kérdésének – a felzárkózás és rendszerváltozás kudarcának az egészségügyben – a jellemzői alapvetően függnek a kormányzatoknak a rendszerváltozás óta eltelt évtizedekben a globális és hazai kihívásokra – a politika, gazdaság és társadalompolitika szférájában – adott válaszaitól. Ezért a szélesebb horizont szükséges ahhoz, hogy megfelelően tudjuk értelmezni egyrészt a magyar népesség egészségi állapotának a trendjeit, másrészt az egészségügyi rendszerben történteket. Az egészségügy hosszú ideje válságos állapotának az okaiként általában a kormányzati prioritás hiányát, az alulfinanszírozást, a hosszú távú stratégia és az önálló egészségügyi minisztérium hiányát szokták megjelölni. Szélesebb horizontról nézve ezek a tényezők egyszerre okok és okozatok (következmények). Ha ezeknél a tényezőknél megállunk az egészségügy válságának az interpretálásával, akkor tévútra kerülhetünk. Az egészségügyet érintő kihívásokra

1 Fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy a fejezetnek nem volt célja a megatrendek átfogó elemzése, így számos fontos kérdésnek a tárgyalása kimaradt belőle. Továbbá a fejezet a globális trendek elemzésekor elsősorban a magas jövedelmű országokra fókuszál (a Világbank besorolása szerint az összes EU-ország idetartozik); a csak az alacsony és közepes jövedelmű országokra jellemző problémákkal nem foglalkozik.

adott kormányzati válaszok ugyanis összefüggtek azzal, hogy az ország fejlődésének az egészét tekintve mi jellemezte a kormányoknak a globális és a rendszerváltás generálta hazai kihívásokra adott válaszait. Az egészségügyi rendszerre vonatkozó – sokszor érthetetlennek tűnő – kormányzati magatartással kapcsolatban nap mint nap feltett „miértekre" nem adható megfelelő válasz, ha nem ebben a szélesebb kontextusban tekintjük a folyamatokat, és nem a közpolitika egészét vizsgáljuk. Továbbá az egészségügyön belüli folyamatokat nemcsak a kormányoknak, hanem az egészségügy többi szereplőjének (a piaci szereplőknek, az orvosoknak, a társadalom különböző csoportjainak stb.) a globális/európai és hazai kihívásokhoz való alkalmazkodása is befolyásolta. (Ez utóbbi kérdéskörre a könyv csak abban az esetben tért ki, ha a kormányzati beavatkozás interpretálásához az feltétlen szükséges volt.)

Az általános megatrendek (Artuso és Guijt, 2020; Garretsen et al., 2025; Klein et al., 2017; Naughtin et al., 2024; Vesnic-Alujevic et al., 2023) közül az egészségi állapotra és az egészségügyi rendszerek működésére elsősorban az innováció és technológiai változás, a globalizáció, a demográfiai szerkezet eltolódása (társadalmak idősödése), a klímaváltozás és a társadalmi egyenlőtlenségek tartós növekedése hatott (illetve várhatóan hat a jövőben is). Garretsen et al. (2025) szerint: „*A modern történelem során ez az öt irányzat mindig is szerepet játszott. Ami most másnak tűnik, az a trendek közötti interakció, az összekapcsolódás módja és mértéke, ami által összetett visszacsatolási hurkokat és több dimenzió mentén helyi hatásokat hoznak létre*" (Garretsen et al., 2025. 9).

A globális folyamatok jövőbeli elemzésének egy másik – a megatrendekkel részben összefüggő – megközelítése a globális kockázatok elemzése. A Világgazdasági Fórum (World Economic Forum) 2005 óta minden év januárjában megjelenteti az adott évre vonatkozó *The Global Risk Report* kiadványt, amely az előző év őszén készített – széles körű (az üzleti, kormányzati, tudományos és civil szektorból származó) szakértői véleményeken alapuló – *Global Risks Perception Survey* (GRPS) felmérésnek az eredményeit, és ezekhez kötődő elemzéseket tartalmazza. A felmérések során a szakértők a globális kockázatok öt fő csoportjába (gazdasági, környezeti, geopolitikai, társadalmi és technológiai) tartozó 30–35 kockázat különböző időtávokon várható bekövetkezését és a lehetséges hatásuknak a súlyosságát valószínűsítik.[2] A jelentések célja, hogy felhívják a döntéshozók figyelmét a globális kockázatokra, és elősegítsék az országok közötti együttműködést a válaszok megtalálásában. Hasonló céllal adta közre 2024-ben az Európai Bizottság Joint Research Centre intézete az arra vonatkozó elemzését, hogy az Európai Uniónak milyen kockázatokkal kell szembenéznie a következő évtizedekben (European Commission, Joint Research Centre, 2024).

2 2 és 10 éves időtáv (1-től 5-ig vagy 1-től 7-ig terjedő skálát használva).

1.1. Megatrendek és globális kockázatok az egészség nézőpontjából

A fejezet egyrészt a technológiai és gazdasági változásoknak, a társadalom idősödésének, a klímaváltozásnak és a társadalmi egyenlőtlenségek növekedésének azokat a legfontosabb aspektusait vázolja, amelyek a társadalmak egészségi állapotára az elmúlt évtizedekben jelentős hatást gyakoroltak, és amelyek a jövőben is veszélyeztetik a társadalmak jóllétét és egészségét. Másrészt a fejezet ezen folyamatok magyarországi érvényesülésének a legfontosabb jellemzőit tárgyalja.

1.1.1. A technológiai változások hatása az egészségi állapotra és az egészségügyi rendszerekre

Technológiai változások hatása az egészségi állapotra

Az elmúlt évtizedekben az innovációk és technológiai változások – különösen az automatizáció és robotizáció, a digitalizáció, a mesterséges intelligencia (AI) térnyerése és az adatrobbanás, az internet révén a hiperkapcsolódás – radikális változásokat hoztak a gazdaságok és a munkaerőpiacok szerkezetében, működésének a jellemzőiben, a társadalmak és az egyének életének szinte minden szférájában. Az egészségügy azon ágazatok közé tartozott, ahol különösen jelentős, rohamos technológiai fejlődés ment végbe. A technológia gyors változása közvetett módon – a gazdaságban és a társadalomban generált változásokon keresztül – is hatást gyakorol az egészségi állapotra, beleértve a mentális egészséget is.

A technológiai fejlődés a gazdasági növekedés hajtóerejét jelentette; ugyanakkor a domináns jellemzői a klímaváltozásnak, a környezeti ártalmaknak és a társadalmi egyenlőtlenségek növekedésének, a mentális egészség növekvő problémáinak az egyik előidézői is voltak (Garretsen, 2025; World Economic Forum, 2019). A jövőre vonatkozó várakozások is ellentmondásosak. Pozitív trend például, hogy az új technológiai megoldások (pl. a fajlagos erőforrás-felhasználás csökkentésével, az ellátási láncok nagyobb hatékonyságával stb.) segíthetnek az erőforrások szűkösségének a kezelésében (Artuso és Guijt, 2020). Ugyanakkor a kockázatok számosak. A technológiai innovációk a nemzetközi politikai konfliktusokban a kibertámadások növekvő gyakoriságához vezethetnek; növekedhet a biológiai fegyverek alkalmazásának a kockázata (World Economic Forum, 2025). A termelés automatizálása következtében bizonyos munkahelyek elvesztése tovább növelheti a társadalmi egyenlőtlenségeket, a polarizációt. A digitális műveltség hiánya sokakat (különösen a szegénységben élőket, alacsony iskolázottságúakat) kizárhatja a digitális

technológia előnyeiből, ami szintén fokozhatja a társadalmi polarizációt (Garretsen, 2025). A társadalmi egyenlőtlenségek növekedése pedig az egészségegyenlőtlenségek növekedésének, a mentális egészség problémáinak az egyik fő kockázati tényezője.

Az adatrobbanás új kockázatokat generált a digitális biztonsággal és a magánélet védelmével kapcsolatban is (Artuso és Guijt, 2020). A közösségi média és egyéb digitális platformok használatának és a mesterséges intelligencia által generált tartalom mennyiségének a rohamos növekedésével a félretájékoztatás és dezinformáció, a gyűlölködés és a verbális bántalmazás is egyre elterjedtebb. A digitalizáció megkönnyítheti a kormányok számára az egyének ellenőrzését. Mindezek a tendenciák alááshatják az egyéneknek az intézményekbe és az információkba vetett bizalmát (World Economic Forum, 2025). A digitális technológiának ezek a negatív jellemzői az egyének életében növekvő bizonytalanságot, bizalmatlanságot és a kontrollvesztés érzetét idézhetik elő, ezáltal negatívan hathatnak az egyének mentális egészségére, a társadalmak pszichológiai állapotára (World Economic Forum, 2019). A digitális technológia hatása a társas kapcsolatokra (az egészségi állapot szempontjából alapvető fontosságú szociális tőkére) ellentmondásos: bizonyos körülmények között megkönnyítheti a kapcsolatteremtést, ugyanakkor más esetekben társadalmi izolációhoz és elmagányosodáshoz vezethet. Egyre nagyobb figyelmet kap a digitális technológiának a gyermekek fejlődésére, mentális egészségére gyakorolt negatív hatása[3] (WEF, 2019).

Az országok különböző mértékben tudtak alkalmazkodni a technológiai fejlődés kihívásaihoz. Garretsen et al. (2025) hangsúlyozza: „*Míg a technológia gyors globális elterjedése lehetővé tette egyes feltörekvő gazdaságok számára […] jelentős gazdasági előrelépést, mások olyan strukturális kihívásokkal néznek szembe, mint például a gyenge intézmények, a nem megfelelő infrastruktúra és a tőkéhez való korlátozott hozzáférés, amelyek megakadályozzák őket abban, hogy teljes mértékben integrálódjanak a globális gazdaságba. Ezek az akadályok »közepes fejlettségi csapdát« hozhatnak létre, ahol az országok kezdeti növekedést tapasztalnak, de a termelékenység és az innováció stagnálása miatt nem tudnak átállni a magas jövedelmi szintre*" (Garretsen et al., 2025. 4). A 2010-es évek közepétől több közgazdász is rámutatott annak veszélyére, hogy Magyarország hasonló jellemzőket mutató fejlettségi csapdába[4] kerülhet (Bartha, 2024). Erre a kérdésre az 1.3. alfejezetben visszatérek.

3 Például a cyberbullying; továbbá a digitális eszközök (korai és nem megfelelő) használata a személyes interakciók helyett károsan befolyásolhatja olyan alapvető képességek fejlődését, mint a koncentrációs képesség, a priorizálás képessége és a reakciók kontrollálása.

4 Magyarország a Világbank besorolása szerint a fejlett országok közé tartozik, ezért nem lenne pontos „közepes fejlettségi csapdát" mondani.

Technológiai változások az egészségügyben

A 20. század közepétől az egészségügyi technológiák fejlődése jelentősen hozzájárult a várható élettartam növekedéséhez – ennek fontos komponenseiként a csecsemőhalálozás és a szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő halálozás csökkenéséhez. Az egészségügyi technológiák rohamos és szerteágazó fejlődésének két fő hajtóereje volt: az általános tudományos és technológiai fejlődés, valamint a közpolitikai ösztönzők. A biotechnológia, géntechnológia, képalkotás, biokibernetika és a digitalizáció pozitívan hatott az egészségügyi technológiák, elsősorban a biológiai gyógyszerek és génterápiák, a precíziós orvoslás, a minimál-invazív műtéti eljárások (lézersebészet, endoszkópos, laparoszkópos eljárások), a robotműtétek, képalkotó rendszerek, telemedicina kutatás-fejlesztésére. A jövőre vonatkozó várakozások[5] között szerepel, hogy a mesterséges intelligencia (AI) számos területen felgyorsíthatja az egészségügyi technológiák kutatás-fejlesztését. Az AI azáltal, hogy valós időben elemezhet hatalmas mennyiségű adatot, optimalizálhatja az ellátást, csökkentheti a hibás makroszintű és betegágy melletti egyéni döntéseket is. Az egyének által viselhető technológiák (pl. okosórák és testszenzorok stb.) és a digitális applikációk terjedése az egészségtudatosság erősödését és az egyéneknek a krónikus betegségüknek a menedzselésében való aktív részvételét is segítheti. A digitalizáció növeli az információ hozzáférhetőségét és ezen keresztül lényegesen csökkentheti az információs aszimmetriát. A mai beteg már nem csak az orvostól származó információtól függ a saját terápiájával kapcsolatban, amely összességében javíthatja az esélyegyenlőséget és csökkentheti a polarizációt. A közpolitikai ösztönzők például a ritka betegségek vagy a daganatos megbetegedések területén jelentősen csökkentették az egészségügyi technológiák kutatás-fejlesztésének a költségét és növelték az „árva" és onkológiai gyógyszerek, a vakcinák megtérülését, és ezen keresztül vonzóvá tették az egészségipari befektetők számára jelentős, kielégítetlen szükséglettel bíró területeket.

A technológiai fejlődés az egészségügyi kiadások növekedésének fő hajtóereje. A kiadások növekedését azonban nem önmagában a technológia, hanem annak a kormányzatok, az egészségügyi szolgáltatók és a betegek általi alkalmazásának a jellemzői befolyásolják. Ezek számos tényezőtől függenek: az adott ország jövedelmi szintjétől, a fogyasztói igényektől, az egészségügyi ellátórendszer jellemzőitől (rendelkezésre álló pénzügyi erőforrások, a szolgáltatók és szolgáltatások finanszírozásának módszerei által generált ösztönzők stb.) (OECD, 2017).

5 https://www.weforum.org/stories/2025/01/the-3-megatrends-that-will-shape-the-future-of-health/ (2025. 01. 22).

Az egészségügyi technológia vívmányainak pozitív hatásai mellett mára már nyilvánvalóvá váltak a technológiával kapcsolatos problémák is. Többek között a nagy egészségpolitikai prioritással bíró területeken a felgyorsított kutatás-fejlesztési folyamat és a felpuhított regisztrációs követelmények miatt sokszor nem áll rendelkezésre szilárd tudományos bizonyíték az újonnan bevezetett technológiák mögött (Nestler-Parr et al., 2018; Pittelkow et al., 2024; Pontes et al., 2018). A diagnosztikus és kezelési lehetőségek bővülése azt is eredményezi, hogy sok technológiát szükségtelenül és helytelenül alkalmaznak, amelyre példa az antibiotikum-technológia több évtizedes nem megfelelő használata[6], és az ebből származó antimikrobiális rezisztencia (AMR) kialakulása. Problémát jelent, hogy sok esetben az orvosok kevésbé bíznak a generikus és biohasonló gyógyszerekben, és ezért – elsősorban az alacsonyabb jövedelmű országokban – a gyógyszerek szabadalomvesztése ezekben az esetekben nem vezet jelentős megtakarításhoz a közfinanszírozó számára (Harsányi et al., 2020). Sok esetben az új, magas költségű technológiák tb-támogatásba történt befogadásának az indokoltsága az elérhető egészségnyereség és költséghatékonysági szempontok alapján is megkérdőjelezhető (Kaló, 2018). Az alkalmazásukban azonban a gyártók és sokszor az orvosok is érdekeltek, az általuk nyújtott információ pedig jelentős befolyást tud gyakorolni a betegek elvárásaira, a finanszírozó szervezetek döntéshozóira.

Jelenleg már a gazdag országokban is növekvő kihívást jelent – a rohamosan dráguló[7] terápiás lehetőségek és a korlátozott források közötti feszültség miatt – új, magas költségű technológiák finanszírozása, az esélyegyenlőség biztosítása az ellátáshoz való hozzájutásban (Kaló et al., 2024). Számos elemzés mutat rá, hogy Európán belül az egyes országok között jelentős az egyenlőtlenség az új, drága gyógyszerek elérhetőségében, például a gén- és sejtterápiáknak, a ritka betegségek gyógyszereinek és bizonyos onkológiai gyógyszereknek a közfinanszírozásba való befogadásában (Hofmarcher, et al., 2023). A közepes és alacsony jövedelmű országok helyzetét nehezíti, hogy a gyártók az új technológiák árképzési stratégiáiban a legjelentősebb piaci potenciállal bíró fejlett országok pénzügyi feltételeit, lehetőségeit veszik figyelembe.

Az új technológiák hatékony alkalmazása az elégséges pénzügyi források mellett változásokat igényel az orvosok, egészségügyi szakdolgozók képzésében és tovább-

6 Az AMR kialakulásához hozzájárult az antibiotikumoknak az állattenyésztésben való, megelőzésre és növekedésserkentésre irányuló széles körű alkalmazása is (Rahman és Hollis, 2023).

7 Például *„a ritka betegségek számos új génterápiás gyógyszerének egyszeri költsége […] meghaladja az egymillió eurós lélektani határt”* (Kaló, 2025).

képzésében, az egészségügyi intézmények fizikai jellemzőiben, az ellátórendszer intézményi struktúrájában, az intézmények működésében és finanszírozásában. Az egészségügyi kormányzatok számára jelentős kihívás ezeknek a változásoknak (szervezeti innovációknak) a koncepciójának a kialakítása, a megvalósítás tervezése, a megfelelő ösztönzők kialakítása, az érintett szereplőkkel (szolgáltatók, egészségügyi dolgozók) való egyeztetés, a korábban kialakult szervezeti kultúrának, attitűdöknek a változtatása. A nemzetközi színtéren is általános probléma, hogy a technológia hatékony alkalmazásához szükséges szervezeti innovációk sokkal nehezebben, lassabban és korlátozottabban valósultak meg, mint az új technológiáknak az egyedi beavatkozásokban történő alkalmazása. Példa erre az ellátás integrációja, a szolgáltatók közötti kooperáció, a betegút menedzselése, aminek a koncepciója már az 1990-es évek elején nagy hangsúlyt kapott, az elmúlt két évtizedben számos országban fejlesztettek ki különböző modelleket, de napjainkig sem vált széles körben, általánosan elterjedt gyakorlattá (OECD, 2023a). (Azzal a kérdéssel, hogyan alkalmazkodott a magyar egészségpolitika és egészségügyi rendszer a technológiai kihívásokhoz, az 1.3.4. alfejezet foglalkozik.)

1.1.2. A társadalmak idősödése

A második világháború óta eltelt évtizedekben az életkörülmények javulásának, az iskolázottság növekedésének és nem utolsósorban az egészségügyi ellátás (egészségügyi technológia) fejlődésének, továbbá mindezekkel összefüggésben a csecsemőhalálozás csökkenésének köszönhetően a születéskor várható élettartam jelentősen növekedett,[8] ami a társadalmi-gazdasági fejlődés fontos eredményének tekinthető. Ugyanakkor a várható élettartam növekedésének és a termékenység (születési arányszám) csökkenésének az együttes hatásaként a társadalmak idősödése megy végbe: jelentősen növekedett a medián életkor és a 65 éven felüliek (ezen belül pedig különösen a 80 éven felüliek) aránya a népességen belül. A népesség idősödése az elmúlt évtizedekben szerteágazó hatást gyakorolt, és a jövőre nézve is alapvető, komplex kihívást jelent a fejlett országok gazdasága, munkaerőpiaca, társadalma, nyugdíjrendszere, szociális és egészségügyi ellátórendszere számára, továbbá a generációk közötti szolidaritásra, a társadalmi attitűdökre is.

8 A születéskor várható élettartam növekedésében a COVID-19 járvány átmeneti törést (csökkenést) okozott az EU-országokban, de 2023-ban már visszatértek az adatok a járvány előtti szintre.

A demográfiai változásokat tükrözik a következő adatok:[9]

- Az EU-ban a 2014 és 2024 közötti időszakban a 65 éven felüliek aránya 18,7%-ról 21,6%-ra; Magyarországon pedig 17,5%-ról 20,7%-ra növekedett a népességen belül. (Magyarországon a 65 évesnél idősebbek 1980-ban a népesség 13,5%-át tették ki.)
- Az idősek között növekedett a nagyon idősek aránya. 2004-ben az EU lakosságának 3,8%-a, a magyar népességnek pedig 3,2%-a volt 80 évnél idősebb. 2024-ben az EU lakosságának már 6,1%-a, a magyar népességnek pedig 4,6%-a.
- Az EU népességének mediánéletkora 2024-ben 44,7 év volt; 2,2 évvel hosszabb, mint 2014-ben. A magyar népesség mediánéletkora ebben az időszakban 3,1 évvel növekedett és 43,9 év volt 2024-ben.
- Az idős népesség eltartottsági rátája[10] az EU népességét tekintve 2004 és 2024 között 24,4%-ról 33,9%-ra, a magyar népességet tekintve pedig 22,6%-ról 31,9%-ra növekedett. (1980-ban 20,9% volt a magyarországi adat.)
- Egyre több 65 év feletti ember él egyedül: 2021-ben a 65 év feletti nők 39,8%-a, a férfiaknak pedig 20%-a (European Commission, 2023a). A nemek közti különbséget elsősorban a várható élettartam különbsége magyarázza.
- A 65 éves korban várható élettartam az EU14-országok átlagát tekintve 1990 és 2023 között 4 évvel, Magyarországon 2,9 évvel növekedett. 2000 és 2023 között 2,7 év volt a növekmény az EU14-országokban és ehhez hasonló (2,8 év) az EU10- (Magyarországon kívüli posztszocialista) országokban. Magyarország ezt az indikátort tekintve is lemaradt: a 65 éves korban várható élettartam növekedése csupán 1,7 év volt.[11]

A gazdaság nézőpontjából az egyik alapvető kihívás a munkaképes korú népesség számának (arányának) a csökkenése. Ez részben ellensúlyozható a magas munkaerőpiaci részvétellel, a munkával töltött életszakasz meghosszabbításával és a termelékenység javításával. A jóléti rendszerek és a költségvetések azzal a kihívással szembesülnek, hogy az egyik oldalon a nyugdíjrendszernek és a jóléti programoknak megelőzni/csökkenteni kellene az idősödést kísérő gazdasági és társadalmi kockázatokat (az időskori szegénység és az időkori elmagányosodás stb. kockázatát);

9 Adatok forrása: az 1980-ra vonatkozó adatok: KSH; a többi adat: Eurostat https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_pjanind__custom_18792476/default/table ; https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing

10 A 65 évesnél idősebb népesség aránya a 15–64 éves népességhez viszonyítva (65+/15–64 ×100).

11 A 65 éves korban várható élettartam az EU14-országokban 1990-ben 16,7 év és 2023-ban 20,7 év volt. Magyarországon 1990-ben 13,9, 2023-ban pedig 16,8 év. Adatok forrása: Eurostat.

a másik oldalon pedig biztosítani kellene, hogy a nyugdíjrendszer és az egészségügyi és szociális ellátórendszerek hosszú távon is finanszírozhatóak maradjanak.[12] Az időskorúak egészségügyi és szociális ellátás iránti szükségleteinek a növekedése nemcsak költségvetési forrásokat igényel, hanem fokozza a munkaerő iránti igényt az egészségügyi és szociális ellátásban, ahol jelenleg is az egyik legfőbb gond a munkaerőhiány. Ezen szakmák anyagi elismerésének és társadalmi presztízsének a növelése nélkül az idősödésből eredő kihívások nem kezelhetők.

A legfontosabb jóléti kihívást a nyugdíjrendszerek finanszírozhatósága jelenti (Kucsera, 2025). A nyugdíjrendszerekre gyakorolt hatások összetettek, nem egyszerűsíthetők le csupán az idősödésből eredő terhekre; továbbá az egyes országok munkaerőpiaci és társadalompolitikái jelentősen befolyásolhatják az érvényesülésüket.

A munkaerőpiacra és nyugdíjrendszerekre gyakorolt negatív hatást[13] mérsékelheti, hogy a nyugdíjkorhatár emelésének következtében az idősödő korosztályok egyre tovább dolgoznak. Magyarországon is növekedett a tényleges (effektív) nyugdíjkorhatár, aminek következtében a munkaerőpiacról történő átlagos kilépési életkorban várható további élettartam a húsz évvel korábbihoz képest nem növekedett, hanem csökkent. 2003-ban 20,5 év, 2022-ben pedig 18,0 év volt (Boros és Gál, 2024).

Az idősek munkaerőpiaci részvételét, valamint a szociális és egészségügyi ellátás iránti igény növekedésének a mértékét is alapvetően befolyásolja, hogy az idősek mennyi ideig tudnak aktívak, egészségesek, önálló életvitelre képesek maradni. Az idősek nagyobb munkaerőpiaci részvétele az egészséges és aktív idősödést igényli, ami pedig olyan közpolitikákat, amelyek már a fiatalabb életkorban ösztönöznek az egészség megőrzésére és az egész életen át tartó tanulásra.

Az idősödésnek a biológiai, pszichológiai és szociális aspektusai kölcsönösen hatnak egymásra. Az időskor előrehaladtával növekszik a krónikus betegségeknek, a fogyatékosságnak és a demenciának a kockázata. Az időskorúak körében a krónikus betegségek közül a leggyakoribbak: a mozgásszervi, szív- és érrendszeri, daganatos és emésztőrendszeri megbetegedések, a központi idegrendszeri elváltozások és az immunrendszer gyengülése. Az egyik legnagyobb problémát a demencia (ezen belül az Alzheimer-betegség) prevalenciájának a növekedése jelenti. 2025-ben az EU-ban 7,9 millióra becsülték a demenciával élők számát; ez a szám 2050-re becslések szerint

12 A fenntartható finanszírozás alatt azt értjük, hogy ezek a programok hosszabb távon sem vonnak el aránytalanul sok forrást más társadalmi céloktól, illetve a jövő generációktól.

13 A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a munkaerőpiaci problémát a migráció csökkentheti, ugyanakkor a migránsok integrációjával kapcsolatos problémák társadalmi és politikai feszültségeket szülhetnek a befogadó országokban.

14,3 millióra emelkedik.[14] A becslések szerint 2021-ben az EU-ban a 70 év felettiek több mint 9%-a élt demenciával. Az előfordulás az életkorral meredeken nő: a 70–74 évesek körében 3% a 80 év felettiek körében pedig 18% volt az arány.[15] A KSH (2024) adatai szerint Magyarországon 2023-ban a nyilvántartott Alzheimer-betegek száma 12 964 volt, 94%-uk 65 évesnél idősebb. (1999-ben 5663 Alzheimer-beteget tartottak nyilván). A tényleges betegek száma a nem diagnosztizált esetek miatt ennél jóval nagyobb lehet.

A tartós betegséggel vagy egészségi problémával élők aránya az életkorral növekszik. 2024-ben az EU27-ben[16] a 65–74 évesek esetében 54,9%, 75–84 évesek esetében 65,2%, a nagyon idős (85 éves vagy idősebb) emberek körében pedig 74,7% volt ez az arány. Magyarországon lényegesen rosszabb a helyzet: a 65 és 74 évesek 71,3%-a, a 75–84 évesek 81,8%-a, a nagyon idős (85 éves vagy idősebb) embereknek pedig 88,0%-a élt krónikus betegséggel vagy egészségi problémával. Ez sokszor nem egyetlen betegséget jelent csak. Jellemző, hogy idős korban egyszerre többféle krónikus betegséggel élnek együtt az emberek (pl. magas vérnyomás és diabétesz). A krónikus betegségek gondozásában ez (a multimorbiditás) jelenti az egyik legnagyobb kihívást.

2005 és 2023 között a 65 éves korban várható egészséges évek száma az EU27-ben 8,3 évről 9,4 évre növekedett.[17] (Ez a 65 éves korban várható élettartam 46,5%-a volt.) Magyarországon a 65 éves korban várható egészséges élettartam ugyanebben az időszakban 5,1 évről 7,5 évre növekedett (ami a 65 éves korban várható élettartam 44,6%-a volt).[18] A 65 éves korban várható egészséges évek számát tekintve a magyar adat az EU27 rangsorában a hatodik legalacsonyabb volt.

Az egészségpolitikai gondolkodásban általánosan teret nyert, és még napjainkban is domináns nézet, hogy a társadalmak idősödése (azaz az időskorúak arányának a növekedése) össztársadalmi szinten szükségszerűen az egészségügyi kiadások jelentős növekedéséhez vezet és az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságát

14 Forrás: KSH: Alzheimer világnap 2024. szeptember 21. https://www.ksh.hu/infografika/2024/alzheimer-vilagnap_2024_hun.pdf

15 https://ec.europa.eu/newsroom/sante/items/868843/en

16 Adatok forrása: Eurostat https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_04__custom_19014549/default/table

17 Adatok forrása: Eurostat https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hlye__custom_19014564/default/table

18 2023-ban a 65 éves korban várható élettartam az EU27-ben 20,2 év; Magyarországon 16,8 év volt. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec__custom_19014570/default/table

veszélyezteti. Az egészségügyi kiadások alakulását befolyásoló tényezők összességére[19] vonatkozó empirikus vizsgálatok azonban azt mutatták, hogy az egészségügyi kiadások növekedésének a fő hajtóerői a lakosság jövedelmének a növekedése, az egészségügyi technológia fejlődése és az egészségügyi szolgáltatások árainak a növekedése voltak; a társadalmak idősödésének pedig a kiadások növekedésének csak néhány százaléka volt tulajdonítható (Cutler és Sheiner, 1998; Chernichovsky, D. és Markowitz, 2004; Medeiros, J. és Schwierz, C. [2013]). Már a 2000-es évek elején számos tanulmány rámutatott az idősödés hatásának a komplexitására, és megkérdőjelezte azt a közhiedelmet, hogy a társadalom öregedésével automatikusan, szükségszerűen jelentősen nőnek az egészségügyi kiadások (Mahal és Berman, 2001; Rosenberg, 2000). Számos elemzés arra a következtetésre jutott, hogy az egészségügyi ellátás költségeinek növekedését elsősorban a halálhoz való közelség befolyásolja, az egészségügyi kiadások az elhalálozást megelőző egy évben koncentrálódnak (Zweifel-Felder és Meiers,1999; *Economic Policy Commitee*, 2001). Az általános egészségi állapot javulása pedig kitolhatja ennek az időszaknak a bekövetkezését. Egyes tanulmányok szerint az elhalálozást megelőző egy év egészségügyi kiadásai a fiatalabb időskorúak esetében magasabbak voltak, mint a nagyon idősek esetében (Cutler és Sheiner, 1998). Az elmúlt években született elemzések szintén arra a következtetésre jutottak, hogy téves az a feltételezés, hogy az idősödő társadalmak egészségügyi rendszerei fenntarthatatlanok (Greer, 2022). Ugyanakkor ez nem jelenti azt, hogy az idősödés – különösen a demencia és a LTC (long-term care)[20] szolgáltatások iránti szükséglet növekedése – ne jelentene növekvő kihívást az egészségügyi és szociális ellátórendszerek, a közpolitikák számára. Továbbá az egészségügyi kiadások növekedésére ható tényezők szerepének az arányai a jövőben változhatnak – azaz növekedhet a demográfiai tényezők szerepe. Ez a következtetés vonható le az Európai Bizottság Gazdasági és Pénzügyi Főigazgatósága által – a 2024 Ageing Report részeként – az egészségügyi és a LTC-közkiadásoknak a 2022 és 2070 közötti alakulására végzett előrejelzéséből (European Commission, 2024). Több szcenáriót dolgoztak ki. Az alapszcenárió szerint az EU-átlagot tekintve az egészségügyi közkiadások részesedése a GDP-ből 0,4 százalékponttal emelkedhet (a GDP 6,9%-ról 7,7%-ára). Az idősödés hatása a GDP-részarányt 0,2 százalékponttal

19 Az egészségügyi kiadások növekedését a tényezők sokasága befolyásolja: az egészségügyi technológia fejlődése és orvosi gyakorlat változása, a demográfiai jellemzők, a társadalom életmódjának és az egészségügyi ellátás iránti elvárásainak a változása, az egészségügyi rendszer strukturális jellemzői, a gazdasági helyzet és a kormányok egészségpolitikája.

20 Long-term care: Hosszú idejű ápolás. Mivel Magyarországon is széles körben használják az angol kifejezést, a könyv az egyszerűség kedvéért a „LTC" rövidítést használja.

emelheti meg. Az alapszcenárió szerint a LTC-kiadások részaránya 0,8 százalékponttal emelkedhet (a GDP 1,7%-ról 2,5%-ára).

Fontos megjegyezni, hogy az idősek arányának a növekedését nem csak a várható élettartam befolyásolja, hanem a termékenységi ráta alakulása is, amire a közpolitikák csak korlátozott mértékben képesek hatni. (Továbbá kisebb mértékben a migrációs egyenleg, azaz az el- és bevándorlás eredője is.)

Az idősödésből és a krónikus betegségekből eredő kihívások az egészségügyi és szociális ellátórendszer számára

Az ellátórendszerekkel szembeni egyik legfontosabb kihívás: új, innovatív beteg/kliens-központú, koordinált/integrált ellátási modellek kialakítása a krónikus betegségek megelőzésére és kezelésére, valamint a tartós ápolást igénylő időskorúak ellátására. A krónikus betegségek problémája szorosan összefügg, de nem azonosítható a társadalmak idősödésével. A krónikus betegségek aránya növekszik az életkor előrehaladtával, de érinti a fiatalabb népességet is. A krónikus betegségek vezető okai közé a szív- és érrendszeri betegségek, a mentális betegségek, krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), az asztma, a cukorbetegség, a mozgásszervi betegségek és egyes daganatos betegségek tartoznak (Nolte et al., 2014a). Az EU-ban 2024-ben a 16 éves és idősebb emberek 35,3%-ának volt legalább egy hosszabb ideje fennálló betegsége vagy egészségi problémája.[21] Magyarországon 2022-ben a népesség 39,1%-ának volt valamilyen krónikus betegsége. A 45–54 éves korcsoportban 31,2%, az 55–64 évesek között 52,6%, a 65–74 évesek között 72,8%, a 75 éves és idősebb korcsoportban pedig 86,6% volt az arányuk.[22] A halálozásokat tekintve, az EU-ban 2022-ben a vezető halálokokat a keringési rendszer betegségei (az összes haláleset 32,7%-a), a daganatos betegségek (22,3%), és a légzőszervi betegségek (7%) jelentették. Ezt követték a COVID-19 miatti halálozások (az összes haláleset 6%).[23]

A krónikus betegségek jelentős költségeket jelentenek az egyének és a nemzetgazdaságok számára is. A társadalmi költségek részben az egészségügyi ellátás közvetlen költségeiből származnak, részben pedig a szerteágazó közvetett költségekből – elsősorban a betegség következtében megnövekedett munkahelyi hiányzásokból, a munkahelyi termelékenység csökkenéséből, az informális tartós

21 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Self-perceived_health_statistics#Chronic_morbidity:_long-standing_illnesses_or_health_problems

22 Adatok forrása: https://www.ksh.hu/s/helyzetkep-2023/#/kiadvany/egeszsegugy

23 Forrás: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics

idősgondozást végzők (többségében nők) munkaerőpiaci helyzetének megváltozásából (részmunkaidő, vagy teljes időszakos kiválás, karriermegszakítás stb.).

A krónikus betegséggel élők ellátásának célja az életminőség javítása (a funkcionális állapot javítása, a tünetek minimalizálása, az esetleges progresszió lassítása) és az élettartam meghosszabbítása (Grumbach, 2003). Ezek a célok alapvetően más ellátási modellt igényelnek, mint az akut betegségek, amelyek esetében a kezelés célja a betegek egészségének a helyreállítása (Holman és Lorig, 2000). A fejlett országok egészségügyi rendszereinek hagyományos modelljeiben az ellátórendszer működésére a fragmentáltság, a kooperáció hiánya jellemző – az ellátás egyes szintjei, az egyes egészségügyi intézmények, valamint az egészségügyi és szociális szféra között is. Ezek a szervezeti és működési körülmények nem csak az optimális betegutakat akadályozzák[24], hanem rontják a krónikus betegségek kezelését célzó új gyógyszerek, diagnosztikai és gyógyító eljárások alkalmazásának az eredményességét is.

Az új ellátási modellekre vonatkozó koncepciók változást tartanak szükségesnek a betegek és orvosok közötti viszonyban, valamint az ellátórendszer jellemzőiben is. A krónikus betegségek eredményes menedzselése akkor lehetséges, ha a beteg informált és aktívan részt vesz az egészségi állapotának menedzselésében, ebben támogatja a családi és helyi közösség. A szolgáltatási rendszerben az orvosok, egészségügyi dolgozók munkáját információs és döntéstámogatási rendszerek segítik, a finanszírozás és irányítás pedig ösztönzi a kooperációt és integrációt (Wagner, 1996). Az elmúlt évtizedekben számos törekvés és kísérlet zajlott a fejlett országokban az ellátás integrációjának a kialakítására (OECD, 2023). A kooperációt, az új, integrált ellátási modellek kialakítását azonban számos tényező akadályozza: az irányítás és finanszírozás jellemzői, különálló szervezeti és szakmai kultúrák stb.

Az ellátórendszerrel szembeni másik kihívás a tartós ápolási (LTC-) rendszerek kialakítása: azaz a személyes önellátásban és mindennapi életvitelben segítségre szoruló egyéneknek ellátást nyújtó integrált szociális és egészségügyi ellátási formák rendszerének a kialakítása. A 2010-es évek eleje óta az Európai Bizottság több kezdeményezéssel is próbált reagálni az idősödés kihívásaira. 2011-ben indította el (az „Európa 2020" stratégia részeként) az „Európai Innovációs Partnerség az Aktív és Egészséges Idősödésért" kezdeményezést[25], amelynek a céljai, intézkedései között szerepelt, például: az egészséges életévek átlagos számának (HLY) kettő évvel való növelése 2020-ig; az idős emberek fizikai és kognitív képességei hanyatlásának megelőzése és korai diagnózisa; az innovatív eszközökre és szolgáltatásokra építő

24 Beleértve ebbe a szolgáltatások közötti átfedéseket (felesleges szolgáltatásokat) és a kielégítetlenül maradt szükségleteket (szolgáltatások fehér foltjait).

25 https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/eip-aha

integrált gondozási rendszerek kapacitásának kiépítése; továbbá olyan infokommunikációs megoldások kifejlesztése, amelyek segítségével az idős emberek tovább maradhatnak önállóak és aktívak. Az EU a 2010-es évek elejétől számos elemzést készített a LTC területén mutatkozó problémákról (kielégítetlen szükséglet, egyenlőtlen hozzáférés, munkaerőhiány, informális szektor problémái stb.), azonban hivatalos LTC-stratégiát csak 2022-ben fogadott el – részben annak hatására is, hogy a COVID-19 járvány kiélezte a LTC-ellátás számos régóta fennálló problémáját, és rávilágított a súlyos munkaerőhiányra (European Commission, 2021a).

Becslések szerint az EU-ban 2019-ben a személyes önellátásban vagy háztartási tevékenységek ellátásában súlyos nehézségekkel küzdőknek csak körülbelül egynegyede részesült formális (az ellátórendszer által nyújtott) otthoni ápolásban/gondozásban.[26] Az EU-országokban a LTC-szolgáltatásokhoz való hozzáférésnek – országonként eltérő kombinációban és mértékben – számos (egymással összefüggő) akadálya van, elsősorban: a jóléti rendszerek nem vagy csak részlegesen foglalják magukba a LTC-szolgáltatásokat; ennek hiányában az egyének számára magasak a szolgáltatások költségei; nagy a munkaerőhiány (a megterhelő munka, kevés sikerélmény, alacsony fizetés és társadalmi presztízs hiánya miatt); hiányzik a szolgáltatások kínálata vagy nagyok a kínálat területi egyenlőtlenségei; a szolgáltatások minősége nem megfelelő; jelentős az információhiány az elérhető szolgáltatásokról; továbbá hiányzik a támogatás az informális gondozók számára (European Commission, 2021a). Magyarországon mindezek a problémák fokozottan érvényesülnek.

A 2022-ben elfogadott „European Care Strategy for caregivers and care receivers" ajánlásokat fogalmazott meg a tagállamok LTC stratégiájának a kidolgozásához, illetve felülvizsgálatához – a szolgáltatások hozzáférhetősége és a LTC-ellátásban dolgozók jobb munkakörülményeinek a biztosítása érdekében. Továbbá elhatározta a tagállamok stratégiáinak rendszeres monitorozását a European Semester koordinációs mechanizmus részeként.[27]

Az idősödésből eredő, előzőekben vázolt gazdasági, társadalmi és jóléti rendszereket érintő kihívások új megközelítéseket, komplex stratégiákat igényelnek nemzetközi, országos és lokális szinten is. A 2000-es évek elejétől a nemzetközi szervezetek (EU, WHO, OECD) tevékenységében, ajánlásaiban előtérbe került az aktív idősödés *(Active and healthy aging)* koncepciója, amelynek legfontosabb célkitűzései között szerepel (többek között): az idősekkel szembeni sztereotípiák, előítéletek és diszkrimináció csökkentése; olyan környezet (lokális közösségek,

26 https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/social-protection/long-term-care_en

27 The European Semester.

városok, fizikai környezet stb.) kialakítása, ami biztonságot nyújt, és lehetővé teszi az aktivitást, közösségi részvételt; az idősek szükségleteire szabott, koordinált egészség- és szociális ellátás biztosítása; továbbá megfelelő minőségű LTC-szolgáltatások (beleértve a méltóság megőrzését) azok számára, akik tartós ápolást igényelnek; továbbá az aktív idősödést elősegítő készségeknek, kompetenciáknak megőrzése és erősítése. Ezeknek a törekvéseknek újabb ösztönzést adott a COVID-19 járvány. 2020 decemberében az ENSZ elindította az *Egészséges idősödés évtizede 2021–2030* programját.[28] Az EU 2021-ben közreadta a *Zöld könyv az idősödésről. A generációk közötti szolidaritás és felelősség előmozdítása* című konzultációs dokumentumát, amelynek középpontjában az aktív idősödés, a munkaerőpiaci részvétel, a digitális kompetenciák fejlesztése, az időskori szegénység megakadályozása, a méltányos és fenntartható nyugdíjrendszer, az egészségmegőrzés és időskorúak szükségleteihez igazodó szociális, egészségügyi és LTC-ellátás kialakítása áll (European Commission, 2021c). (A magyar kormányzatok válaszaival az idősödés kihívásaira az 1.3.3. alfejezet foglalkozik.)

1.1.3. Környezeti kockázatok, klímaváltozás

A gazdaságnak, a termelésnek a jelenlegi egyoldalúan növekedésorientált módja – ami elsőbbséget ad a gazdasági növekedésnek a társadalmi jólléttel és a környezet állapotával szemben, és gyakran figyelmen kívül hagyja a környezeti és társadalmi következményeket – a fenntartható fejlődést kockáztatja: a környezet szempontjából fenntarthatatlan, a társadalmi következményei pedig negatívak, károsak (Coscieme, et al., 2019; Kallis et al., 2025). A természeti erőforrások felélése három formában történik (Bartus, 2020): egyre több terület kisajátítása a természet (az ökoszisztémák) rovására; a természeti erőforrások átalakítása termékekké, szennyezésekké és hulladékokká; és az emberi beavatkozások következtében kialakult és súlyosbodó klímaváltozás. Az elmúlt évtizedekben pozitív trendek is kibontakoztak (Garretsen, 2025; IPCC, 2023): például a megújuló energiára és a zöld technológiákra való átállás, az éghajlatváltozással szemben ellenálló infrastruktúrába történő beruházások. Ezek hatása azonban egyelőre nem módosította a negatív trendeket.

A klímaváltozás és környezetszennyezés súlyos globális kockázatot jelentenek a gazdaságra, a politikai stabilitásra, a társadalmak jóllétére és az egészségi állapotra (IPCC, 2023; Kallis et al., 2025; Kemp et al., 2022; Lancet Countdown, 2024). A problémák évtizedek óta ismertek. Ezt tükrözi például, hogy a World Economic

28 https://www.decadeofhealthyageing.org/

Forum (WEF) jelentéseiben a 2000-es évek végétől folyamatosan a legsúlyosabb kockázatok között szerepelnek a környezeti kockázatok:[29] az extrém időjárási események (hőhullámok, erdőtüzek, áradások stb.), a környezetszennyezés, a biodiverzitás csökkenése, az ökoszisztéma összeomlásának a kockázata, a természeti erőforrások (víz, élelmiszer) hiánya és a nem időjárásfüggő természeti katasztrófák (földrengések, vulkánok). Az OECD becslése[30] szerint a klímaváltozás által okozott szélsőséges éghajlati események (hőhullámok, áradások, heves viharok, hosszú aszályok, kiterjedt erdőtüzek) által okozott gazdasági károk globális szinten a 2000-es évek elejéhez képest a 2010-es évek végére megkétszereződtek.[31] Az European Academies Science Advisory Council (EASAC) 2025. évi jelentése szerint az emberiség számára a biztonságos működési teret meghatározó kilenc „bolygóhatár" közül már hat esetében túlléptük a biztonságos szintet.[32]

A nemzetközi szervezetek – elsősorban az ENSZ[33] és az EU – és a kormányok eddigi törekvései azonban mindmáig elégtelennek bizonyultak. Szélesedik a szakadék a fenntartható jövő által objektíve igényelt változások és a megfelelő intézkedések meghozatalához szükséges politikai és társadalmi akarat, elszántság között[34] (EASAC, 2025; IPCC, 2023; Lancet Countdown, 2024). Ennek fő okai – az EASAC jelentése szerint – a rövid távú érdekek által vezérelt kormányzati ciklusok, az autokrácia térnyerése, a magántőke és az üzleti élet rövid távú szemlélete és a politikai polarizáció. Mindezek akadályozzák, hogy a környezet megóvásához és a fenntartható gazdaság kialakításához szükséges paradigmaváltás és transzformatív változások bekövetkezzenek (EASAC, 2025).

A Római Klubnak[35] *A növekedés határai* című jelentése már több mint fél évszázaddal ezelőtt előrejelezte, hogy az egyoldalúan, a növekedésen alapuló gazdasági modell hosszabb távon fenntarthatatlan, a környezeti és társadalmi rendszerek

29 A globális kockázatok rangsorában a felmérésben szereplő hat környezeti kockázat közül 2015-ben még csak egy szerepelt az első tíz között, 2020-ban és 2025-ben pedig már öt (World Enonomic Forum 2015, 2020, 2025).

30 https://www.oecd.org/en/topics/climate-adaptation-and-resilience.html

31 Ezek a károk a 2015-2019 közötti időszakban átlagosan évi 200 milliárd USD-t értek el.

32 Ezek a következők: az éghajlatváltozás, a bioszféra integritása, a szárazföldi rendszer és az édesvíz változása, a biogeokémiai áramlások és az új entitások megjelenése. Csak három folyamat maradt a határértéken belül: az óceánok savasodása (növekvő tendencia és közel van a határhoz), a légköri aeroszol-terhelés (csökkenő globális trend) és a sztratoszférikus ózonréteg csökkenése (EASAC, 2025).

33 Lásd https://unfccc.int/

34 However, the world is increasingly off-track from meeting the goals of the Paris Agreement.

35 https://www.clubofrome.org/

összeomlásához vezethet (Meadows et al., 1972). Az utóbbi két évtizedben több olyan elméleti irányzat (elsősorban a *wellbeing economy, doughnut economics,*[36] *post-growth* és *degrowth*[37]) is megerősödött, amelyek hangsúlyozzák a paradigmaváltás szükségességét: a növekedésorientált gazdasági modellről az áttérést olyan alternatív gazdasági modellre, amelynek középpontjában a társadalom jólléte, a jólét és a vagyon méltányos elosztása és a környezeti fenntarthatóság áll. Ezek az irányzatok – többek között – koncepciókat és konkrét javaslatokat fogalmaznak meg alternatív gazdasági modellekre (pl. körforgásos gazdaság, helyi gazdaságfejlesztés, közösségi gazdaság stb.) és a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésének eszközeire (pl. jövedelmek és vagyonok újraelosztása, a munka egyenlőbb elosztása, a közszolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés stb.); továbbá kulturális, szemléleti változásokra (pl. a fogyasztási javaknak a társadalmi státuszban betöltött központi szerepe helyett a kulturális és közösségi értékek előtérbe helyezése stb.) (Antal, 2021; Boyce, C. et al., 2020; Janoo, 2019). Egyelőre azonban még adósak olyan konkrét stratégiáknak a megfogalmazásával, amelyek arra vonatkoznak, hogy a valóságban hogyan lenne megvalósítható a paradigmaváltás (az átmenet az alternatív modellre). Alapvető problémát jelent, hogy a jóléti állam jelenlegi modellje a növekedésre épül; továbbá a jelenlegi gazdasági és politikai rendszerek rövid távú stabilitása is a növekedéstől függ; a stagnálás munkanélküliséget, egyenlőtlenséget és eladósodást okozhat, ami társadalmi és politikai instabilitáshoz vezethet (Kallis et al., 2025).

A növekedésorientált gazdasági paradigmával szorosan összefügg, hogy a kormányok a gazdasági növekedés mutatóját, az egy főre jutó GDP-t az országok társadalmi-gazdasági fejlettségének, jólétének is a fő (sokszor kizárólagos) mutatójának tekintik és a kormányok sikeres működésének legfontosabb mutatójaként használják. A 2000-es évektől egyre inkább teret nyert az az álláspont, hogy az egy főre jutó GDP alakulása meglehetősen korlátozott információt nyújt csak a gazdaság állapotáról, fejlődési potenciáljáról és a társadalom jóllétéről (Stiglitz et al., 2010)[38]. Nem csak az előbb említett alternatív gazdasági irányzatok tartják a szemléletváltozás,

36 „Fánkgazdaságtan"; ld. (Raworth, 2017). A fánkgazdaság koncepciójának a középpontjában két koncentrikus gyűrű áll: a társadalmi alap (amely biztosítja az alapvető szükségletek kielégítését mindenki számára), és az ökológiai plafon (külső gyűrű), amelyen túl a kritikus bolygódegradáció található. https://doughnuteconomics.org/doughnut

37 A post-growth és a degrowth irányzatok központi kérdése: hogyan tarthatják fenn a fejlett országok a magas jóllétet gazdasági növekedés nélkül és a bolygóhatárokon belül maradva.

38 A GDP nem különbözteti meg, hogy hasznos vagy káros gazdasági tevékenységek (bűnözés növekedése miatti biztonsági intézkedések stb.) növelték-e a GDP-t, nem veszi figyelembe a gazdasági termelés okozta környezeti károkat, továbbá nem méri a jóllét fontos dimenzióit (jövedelmi egyenlőtlenségek, egészség, oktatás stb.) Lásd: https://www.oecd.org/en/networks/oecd-world-forums-on-well-being.html

a paradigmaváltás alapvető elemének a GDP mint a jólét indikátorának felváltását a jóllét komplexebb mérései módszereivel, hanem a jelenlegi gazdasági modellt nem megkérdőjelező nemzetközi szervezetek – az ENSZ[39], az OECD és az EU – is. A 2000-es évektől az OECD és több nemzetközi nonprofit szervezet is alternatív koncepcionális kereteket és indikátorrendszereket dolgozott ki (és folyamatosan fejleszti azokat) a jóllét és a társadalmi fejlődés mérésére (OECD Better Life Index,[40] Global Social Progress Index[41] stb.).

A környezetkárosítás és a klímaváltozás hatása az egészségi állapotra

A klímaváltozás, a rendkívüli időjárási események egyrészt közvetlenül is előidézhetik az egészségi állapot romlását[42] (pl. hőhullámok súlyosbíthatják a szív- és érrendszeri megbetegedéseket), másrészt veszélyeztetik az egészséget befolyásoló szociális és környezeti tényezőket: a levegő minőségét, a biztonságos ivóvizet (vízbázisok biztonságát), az elegendő és megfelelő minőségű élelmiszerhez való hozzáférést (a terméshozamokat és az élelmiszerdiverzitást), a biztonságos lakáskörülményeket. Globális szinten növekedtek az alultápláltság, a hőhullámok, az árvizek, a viharok, a tűzesetek és az aszályok miatt bekövetkező halálozások, betegségek és sérülések (Lancet Countdown, 2024).

A 2024. évi *Lancet Countdown on health and climate change* jelentés[43] szerint a klímaváltozással kapcsolatos egészségügyi kockázatokat, expozíciókat és hatásokat figyelő 15 mutató közül tíz új rekordokat döntött 2024-ben. Például a 65 év felettiek hőséggel összefüggő halálozása 167%-kal nőtt az 1990-es évekhez képest. A hőségnek való kitettség egyre inkább befolyásolja a fizikai aktivitást és az alvás minőségét is, ami kihat a fizikai és mentális egészségre is. 1961-90 és 2014-2023 között a globális szárazföldi terület 61%-án nőtt a szélsőséges csapadékos napok száma, ami növeli az árvizek, a fertőző betegségek terjedésének és a vízszennyezésnek a kockázatát. Ezzel párhuzamosan a globális szárazföldi terület 48%-át 2023-ban legalább 1 hónapig

39 Az ENSZ első alkalommal 1990-ben adta közre a Human Development Index koncepcióján alapuló jelentését. https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI

40 https://www.oecdbetterlifeindex.org/#/11111111111

41 https://www.socialprogress.org/social-progress-index

42 Különösen az időskorúak esetében, mivel a szervezet hőháztartás-menedzselő képessége gyengül idősebb korban. Pl. a 2003-as európai hőhullámban (ami felkészületlenül érte a szociális és egészségügyi rendszereket is) sok ezer idős halt meg, különösen Franciaországban.

43 A *Lancet Countdown: tracking progress on health and climate change* nemzetközi programot a Párizsi Klímaegyezmény hatályba lépése után azzal a céllal hozták létre, hogy monitorozza az egyezmény megvalósításának egészségi hatásait, továbbá évente felmérjék az éghajlatváltozás által az egészségi állapotra gyakorolt hatások alakulását globális, regionális és nemzeti szinten.

szélsőséges aszály érintette, ami 1951 óta a második legnagyobb érintett terület volt; ez 124 országban növelte meg azoknak a számát, akik 2022-ben közepes vagy súlyos bizonytalanságot tapasztaltak az élelmiszerhez való hozzájutásban. Továbbá a fosszilis tüzelőanyagok felhasználása számtalan súlyos egészségügyi hatással jár: a légszennyező anyagok légzőszervi tüneteket, szív- és érrendszeri betegségeket, a rák fokozott kockázatát és koraszülést okozhatnak. Mindezeknek a kockázatoknak való kitettségben súlyos egyenlőtlenségek vannak globális szinten a fejlett és kevésbé fejlett országok között, továbbá országokon belül is a magasabb és alacsonyabb jövedelmű társadalmi csoportok között (Lancet Countdown, 2024).

A COVID-19 járvány ráirányította a figyelmet, hogy a természeti rendszerek pusztítása, a biodiverzitás csökkenése – más tényezőkkel (pl. urbanizációból és globalizációból eredő kockázatok) együtt – világjárványokat idézhet elő. A jelenlegi tendenciák folytatódása mellett növekszik az új járványok, a zoonózisok (állatról emberre terjedő betegségek) kitörésének a kockázata. Ez előtérbe hozta a *One Health* („Egy egészség") interdiszciplináris irányzatot, amely szerint az emberi egészség nem választható el az állatvilág és a természeti környezet egészségi állapotától, ezért a kormányzati politikákban és gyakorlatban ezeket együtt, összehangoltan kell kezelni (McKee, 2021). Négy nemzetközi szervezet – WHO, FAO, WOAH és UNEP – 2022-ben közös stratégiát fogadott el a *One Health* megközelítésnek a gyakorlatba ültetése érdekében – globális, regionális és országos szinteken[44] (FAO, UNEP, WHO és WOAH, 2022). Ugyanakkor nagy a kockázata, hogy a „pánik-elhanyagolás ciklus" következik be. „*Ahogy a COVID-19 lekerül a címlapokról a jövőbeli világjárványokra és más globális egészségfenyegetésekre való felkészülésben beköszönt az önelégültség. Az egészségügyi rendszerek a dolgozók kiégésével és hiányokkal néznek szembe, a fiskális konszolidáció pedig máshová tereli a figyelmet és az erőforrásokat. A következő évtizedben a fertőző betegségek gyakoribb és szélesebb körű kitörése, háttérben a krónikus betegségekkel a kudarc szélére sodorhatják a kimerült egészségügyi rendszereket szerte a világon*" (WEF, 2023. 35).

Magyarország a földrajzi elhelyezkedésének sajátosságai miatt Európában az éghajlatváltozás kedvezőtlen hatásainak egyik legjobban kitett országává vált (Bartus, 2020). A jelenleg érvényes 5. Nemzeti Környezetvédelmi Program szerint: „*Az éghajlatváltozás következtében fellépő hőhullámok évente átlagosan 700–800 ember halálozásához járulnak hozzá, ami a jövőben jelentősen emelkedhet megfelelő alkalmazkodás hiányában. […] 2021-2050 között kb. 2000 esetszám várható*" (Technológiai és Ipari Minisztérium, 2022. 47). Továbbá „*a hőhullámos napok alatt*

44 Magyarországon a *One Health* megközelítés egyelőre csak a kutatásokban és oktatásban jelent meg.

a napi halálozás a nyári hűvösebb napok országos átlagához viszonyítva kb. 15%-kal emelkedik meg" (NKE, 2023. 115).

Az NKE[45] (2023) elemzése[46] szerint Magyarországon 2019-ben az összes betegségteher mintegy 10,4%-a volt környezeti kockázati tényezőknek tulajdonítható (ami alacsonyabb volt a 14,28%-os globális átlagnál). Az EU Egészségügyi Országprofil jelentése (EU, OECD, European Observatory on Health Sytems and Policies, 2023) szerint 2019-ben a légszennyezés az összes haláleset kb. 7%-át okozta, ami az uniós átlagnál (4%) jelentősen magasabb arány. A légszennyezés főként a szív- és érrendszeri, a daganatos és a krónikus légzőszervi betegségekhez járul hozzá. Különösen veszélyeztetettek a csecsemők, a kisgyermekek és a 65 évnél idősebbek és a krónikus betegséggel élők. A légszennyezést tekintve legsúlyosabb problémánk a szilárdanyag (PM10- és PM2,5-) kibocsátás növekedése. Az EU átlagában ez a szennyezés tartósan, 2000 és 2019 között 25%-kal csökkent. Magyarországon a csökkenő trend 2007 után megfordult és jelentősen növekedett (a 2010-es évek végén meghaladta a 2000-es szintet) és az EU-ban az ötödik legmagasabb volt (Bartus, 2020). További környezeti problémánk a hulladékok nem megfelelő kezelése, elhelyezése, ami potenciális közvetlen és közvetett veszélyt jelent az emberre és a környezetre is. *„Magyarországon húszezer hátrahagyott szennyezett ipari területet, telephelyet tartanak nyilván. A szennyezett talaj és/vagy talajvíz környezet- és egészségkárosodást okozó hatása különösen veszélyezteti a hátrányos helyzetű társadalmi csoportokat"* (NKE, 2023. 115).

A klímaváltozás egyre növekvő kihívásokat okoz az egészségügyi ellátórendszerek számára is: új betegségek megjelenése, a betegstruktúra megváltozása, a betegforgalom, különösen a sürgősségi ellátást igénylő esetek betegforgalmának növekedése, valamint – nem megfelelő infrastrukturális körülmények esetén – az éghajlatváltozás és a rendkívüli időjárási események veszélyeztethetik az egészségügyi intézmények működőképességét is (Antal Z. et al., 2020).

A 2018-ban elfogadott Második Nemzeti Éghajlatváltozási Stratégia az egyik középtávú cselekvési irányként hangsúlyozza: *„Egészségügyi ellátórendszerek megerősítése abból a célból, hogy fel tudjanak készülni a klímaváltozásból eredő veszélyekre, különös tekintettel az extrém időjárási helyzetekre. A közegészségügy belső szervezeti és működési rendszerének felülvizsgálata szükséges az éghajlati alkalmazkodás követelményeinek átfogó integrálása érdekében. Az épületek hőszigetelésének, hűtésének modernizálásával az egészségügyi intézmények átalakítása a sikeres adaptáció érdekében"* (181). Ezek a célok azonban nem jelentek meg sem az azóta készült

45 Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete.

46 https://www.nnk.gov.hu/index.php/nepegeszsegugyi-strategiai-egeszsegfejlesztesi-es-egeszsegmonitorozasi-foosztaly/a-foosztalyrol/nemzeti-nepegeszsegugyi-program-tervezet-2023-2033.html

egészségügyi stratégiában *(Egészséges Magyarország 2021–2027)*, sem a kormányzat tényleges tevékenységében. Ezt tükrözte az is, hogy 2024 nyarán a kórházak jelentős részében nem volt vagy nem működött a klímaberendezés.

1.1.4. Az egyenlőtlenségek tartós növekedése

Az elmúlt ötven évben a globalizáció komplex és ellentmondásos módon befolyásolta az országok közötti és országokon belüli jövedelmi és vagyoni egyenlőtlenségeket: az országok közötti egyenlőtlenségeknek a csökkenésére hatott, ugyanakkor az 1980-as évektől a fejlett országokon belüli egyenlőtlenségek növekedését idézte elő. Az OECD-országok összességét tekintve, a 2010-es években a társadalom felső 10%-ának a vagyoni szintje reálértéken 13%-kal, a következő 50% vagyona pedig 6%-kal nőtt; miközben az alsó 40%-nak a vagyona átlagosan több mint 12%-kal csökkent. Azaz a leggazdagabb 10%-nak a vagyoni részesedése a háztartások fennmaradó 90%-ának a rovására nőtt. A 2020-as évek elején az OECD-országok jövedelmi egyenlőtlensége az elmúlt fél évszázad legmagasabb szintjét érte el. A 2010-es évek végén az OECD-országok átlagát tekintve a vagyon több mint felét (52%) a háztartások legvagyonosabb 10%-a birtokolta. A legtöbb országban a vagyoneloszlás alsó felében lévő háztartások nettó vagyonnal alig vagy egyáltalán nem rendelkeztek (OECD 2021).[47]

A vagyonnak az elit kis csoportja kezében történő koncentrálódásának a súlyos következményei megnyilvánulnak a társadalmi tőke és kohézió eróziójában, ami alááshatja a társadalmi és politikai stabilitást.[48] A növekvő egyenlőtlenségek meggyengíthetik a közintézményekbe vetett bizalmat, szítják a társadalmi elégedetlenséget; és a politikai polarizáció és populizmus fő mozgatórugói. A nagymértékű egyenlőtlenségek korlátozhatják a gazdasági növekedést is: az aggregált kereslet korlátozásával, mivel a gazdagabbak inkább megtakarítanak a jövedelmükből, továbbá az instabilitás csökkentheti a befektetői bizalmat. Az egyenlőtlenségek növekedése gátolhatja a humántőke fejlődését is, mivel a hátrányos helyzetű csoportok

47 A háztartások 40%-a csupán a háztartások teljes vagyonának 3%-át birtokolta. Egyes országokban ezek a háztartások még negatív nettó vagyonnal is rendelkeztek, vagyis adósságuk meghaladta vagyonuk összértékét (OECD 2021).

48 The OECD már a 2010-es évek elején hangsúlyozta: *„rising income inequality creates economic, social and political challenges. [...] Inequality of opportunity will inevitably impact economic performance as a whole [...] Inequality [...] generates political instability. It can also fuel populist, protectionist and anti-globalisation sentiments. [...] People will no longer support open trade and free markets if they feel that they are losing out while a small group of winners is getting richer and richer"* (OECD, 2011. 40).

kevésbé férnek hozzá a jó oktatáshoz és egészségügyhöz, valamint a munkaerőpiaci részvételük is akadályozott.

Az előző alfejezetekben tárgyalt technológiai, környezeti és gazdasági-társadalmi megatrendek összefonódnak: a jövedelmi és vagyoni egyenlőtlenségek növekedése, a társadalmi státuszvesztés, a gyors és az egyének számára kiszámíthatatlan technológiai, környezeti és gazdasági változások miatti növekvő bizonytalanság, harag és kontrollvesztés érzete súlyos következményekkel jár a társadalmak és az egyének pszichológiai állapotára, mentális egészségére (WEF, 2019).

Az EU-ban már a COVID-19 világjárvány előtt is minden hatodik ember mentális egészségügyi problémákkal élt[49], aminek költsége – a gazdasági hatásokat is figyelembe véve – a GDP 4%-át tette ki (European Commission, 2023b). A COVID-19 járvány tovább súlyosbította a helyzetet; hosszú távú hatással van a mentális egészségre, különösen a veszélyeztetett csoportok, például a gyermekek, a fiatalok, az idősek és a már mentális egészségügyi problémákkal küzdők körében. Az alacsonyabb jövedelműek körében magasabb a mentális problémák aránya, például a depresszió előfordulási gyakorisága háromszor magasabb. Az Eurobarometer 2023-as felmérése szerint, az EU átlagát tekintve a válaszadók közel fele (46%) tapasztalt a felmérést megelőző 12 hónapban érzelmi vagy pszichés problémát (például depresszió vagy szorongás), a magyar válaszadóknak pedig 56%-a (European Commission, 2023b).

Magyarországon a piacgazdaságra való áttérést kísérő, 1989 és 1993 között kibontakozó transzformációs válság következtében a GDP drámai módon (18%-kal) csökkent (mint minden átalakuló gazdaságban). A gazdasági visszaesést nagyarányú munkanélküliség kialakulása, a társadalom polarizációja, a szegénység növekedése, a biztonság megrendülése kísérte. Az egyenlőtlenségek növekedése a 2010 utáni időszakban is megfigyelhető. A jövedelmi egyenlőtlenségek növekedésének mélyebb vizsgálatához Kasnyik Márton és Hajdu Miklós (a szokásos tizedek helyett) száz részre osztották a magyar lakosságot és az európai országok jövedelemeloszlását is és összevetették az egyes magyar jövedelmi századokba tartozók pozícióját a magyarországi és európai jövedelemeloszlásban. A legfelső jövedelmi századba tartozó magyarok *„2010-ben még az európai jövedelemeloszlás 80. százalékánál voltak, mostanra [2016-ra] viszont sikerült egészen a 93. százalékig felszaladni. […] a legszegényebb százezer magyar […] az uniós eloszlás 2,2 százalékáról a 0,7 százalékára csúszott vissza, az abszolút legszegényebbek közé.*" [50] Gábos és Tátrai szerint:

49 Ennek főbb típusai: a depresszió, a szorongás, bipoláris zavarok, skizofrénia, alkohol- és drogfüggőség.

50 https://g7.hu/kozelet/20180406/a-szazezer-leggazdagabb-magyar-betort-az-europai-elitbe-a-felmillio-legszegenyebb-lecsuszott/

„A jövedelmek a legutóbbi években egyre inkább feltorlódtak a mediánjövedelem 60 és 70%-a közötti sávban, miközben a szegénységben élők egyre távolabb kerülnek a sáv alsó határától. Ezzel párhuzamosan, a magyar társadalomban növekszik a mélyszegénységben élők (tehát az ekvivalens mediánjövedelem 40%-ánál kevesebb jövedelemmel rendelkezők) aránya" (Gábos és Tátrai, 2022. 250).

A társadalmi egyenlőtlenségeknek csak egyik dimenzióját jelentik a jövedelmi egyenlőtlenségek. Kovách (2024) a társadalmi egyenlőtlenségek jellemzésére három rétegződési dimenziót használ: társadalmi integrációs modell, a polgárosodás csoportok és a foglalkozási osztályok. *„A polgárosodás csoportok megoszlása a magyar társadalom civilizációs és életminőségi állapotáról még a szegénység mértékénél is komorabb állapotot mutat. […] A magyar társadalom mintegy harmada él a minimális civilizációs és életminőség szinten, ami közel kétszerese a mostanság kimutatott szegénység nagyságának. További 37%-nak valamivel jobbak az életkörülményei, de […] éppen csak el tudják kerülni az alsó egyharmadba csúszást"* (Kovách, 2024. 24).

A társadalmi problémáink közül az egyik legsúlyosabb a társadalmi mobilitás megrekedése, amiben alapvető szerepet játszanak az oktatási rendszer problémái. Az Egyensúly Intézet (2021) elemzése szerint 2020-ban a felsőoktatásba bejutó hátrányos helyzetű tanulók az összes hallgató mindössze 1,4%-át tették ki – vagyis a legszegényebb gyerekeknek alig van esélyük a diplomára. Az iskolázottság egyenlőtlenségeinek egyik széles körben használt indikátora az iskoláskorú, de az oktatásban nem részt vevő gyermekek aránya (a középfokú oktatás korhatárát alapul véve).[51] 2022-ben Magyarország azon kevés EU-ország közé tartozott, ahol romlott a helyzet: a 2013-as 8%-ról 2019-re 12%-ra emelkedett ez az arány. 2022-ben 11% volt, miközben az EU(25)-átlag 6%, a csehországi pedig 4%. 2022-ben csak Romániában és Bulgáriában volt rosszabb a helyzet mint Magyarországon.

Az Egyensúly Intézet (2021) elemzése szerint 2020-ban a 18 és 24 év közötti fiataloknak a 12,1%-a legfeljebb alapfokú iskolai végzettséggel rendelkezett, szemben a többi visegrádi ország 6,8%-os átlagával. Ezeknek a fiataloknak szinte semmi esélyük nem marad a felemelkedésre. A rossz helyzethez jelentősen hozzájárult a tankötelezettségi korhatár 2012-ben történt leszállítása 18-ról 16 évre. Az alacsony iskolai végzettség egyik meghatározó tényezője a szegénység újratermelődésének, a munkaerőpiaci részvétel korlátainak, a rossz egészségi állapotnak. Mindezek a problémák fokozottan érintik a roma népességet.

51 OECD Chart: Trends in out-of-school rates for children at upper secondary level
A felső középfokú iskolából kimaradók aránya a felső középfokú oktatás hivatalos korosztályába tartozó, iskolába nem beiratkozott gyermekek százalékos aránya.

Egészségegyenlőtlenségek

Az egészségügy egyenlőtlenségei sokdimenziós jelenséget alkotnak, amelynek fő összetevői: (i) az egészségi állapot egyenlőtlenségei és a (ii) a szűkebben értelmezett egészségügyi rendszer (kapacitások, hozzáférés, minőség stb.) egyenlőtlenségei. Ebben az alfejezetben csak az egészségi állapot egyenlőtlenségeiről lesz szó. A társadalmi egyenlőtlenségek közül az egyik legsúlyosabb, hogy az alacsonyabb státuszú társadalmi csoportoknak lényegesen rövidebbek az életkilátásai, mint a jobb helyzetű társadalmi csoportoké és a rövidebb élettartamukat is rosszabb egészségi állapotban élik le. Az iskolázottság, az életkörülmények és jövedelmek egyenlőtlenségei egymással összefonódva fokozzák az egészségi állapot egyenlőtlenségeit. Az iskolázottság jelentősen befolyásolja az egyének egészségtudatosságát és képességét is az aktív részvételre az egészségi állapotuk befolyásolására (pl. egészségük megőrzésében, krónikus betegségük menedzselésében stb.); továbbá az egészségügyi rendszerben való tájékozódásra. Az egészségegyenlőtlenségek nem csupán a legszegényebbeknek, a legkevésbé iskolázottaknak a problémája, ugyanis a társadalmi létra mentén lefelé haladva fokozatosan rosszabb az egészségi állapota, életkilátása az alacsonyabb iskolai végzettségű, jövedelmi és foglalkozási státuszú csoportoknak.[52]

A fejlett országokban a várható élettartamnak, a halálozási viszonyoknak – az 1.1.2. alfejezetben tárgyalt – javulását az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek a növekedése kísérte. Long et al. (2023) 14 EU-országra vonatkozó tanulmánya a halálozás iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségeinek a növekedését mutatta ki az 1971-2015 közötti időszakra: „*Az időszak-perspektívát tekintve a halálozás iskolai végzettség szerinti abszolút egyenlőtlenségei általában változatlanok voltak, vagy csökkentek, míg a relatív egyenlőtlenségek többnyire növekedtek. A kohorszok szerint vizsgálva, mind az abszolút, mind a relatív egyenlőtlenségek nőttek a közelmúltbeli születési kohorszokban […]. Az egymást követő születési kohorszokban a magas iskolai végzettségűek körében csökkent a halálozási arány […]. Az alacsony iskolai végzettségűek körében a halálozási arány változatlan maradt vagy növekedett az 1930-as évek óta született kohorszokban, különösen a szív- és érrendszeri betegségek, a tüdőrák, a krónikus obstruktív tüdőbetegség és az alkohol okozta halálozás tekintetében*" (Long et al, 2023. 400). Magyarország esetében mind az abszolút, mind a relatív egyenlőtlenségek növekedtek az időszak és a kohorsz megközelítés esetében is.

Egészségegyenlőtlenségek Magyarországon

A magyar népesség kedvezőtlen egészségi állapota és annak részeként a súlyos egészségegyenlőtlenségek az egészségügy 1980-as években kibontakozott válságának az egyik

52 Ezt nevezi a szakirodalom *health-gradient*nek, egészséglejtőnek.

fő összetevőjét képezték. A magyar társadalomtudományi kutatásokban az egészségi állapot és az egészségügy egyenlőtlenségeinek különböző aspektusai az 1980-as évek eleje óta jelen vannak – így számottevő kutatási eredmény halmozódott fel az elmúlt évtizedekben. (A teljesség igénye nélkül lásd Ádány és Sándor, 2019; Bíró et al., 2019; 2025; Győri, 2022; Hablicsek, 2007; Józan, 1986; 1994; Kollányi, 2025; Kovács, 2007; 2012; Kósa és Kőmüves, 2019; Losonczi, 1989; Orosz, 1990; Orosz és Kollányi, 2016 stb.). Az egészségegyenlőtlenségek témaköre a politikai elit köreiben, az egészségügyi szakigazgatásban, az orvostársadalomban és a közvéleményben azonban jelentőségéhez képest mindmáig csekély figyelmet kapott.

A társadalmi rétegződés elemei (iskolázottság, foglalkozási státusz és jövedelem) komplex módon függnek össze egymással és – az egészségre ható kockázati tényezők (táplálkozás, egészségkárosító szokások stb.) közvetítésével – együttesen befolyásolják az egyének egészségi állapotát és az egészségkockázatokkal, valamint rossz egészségi állapottal való megküzdési képességüket. Győri (2022) szerint a társadalmi-gazdasági státusznak fiatal felnőttkorban (a 18–34 évesek csoportjában) volt a legkisebb hatása az egészségi állapotra; a 35–54 évesek csoportjában mindegyik mutatóval szignifikáns összefüggést mutatott az egészségi állapot; a legidősebb kohorszban (55 évnél idősebbek) pedig a vagyoni helyzetnek volt a legnagyobb hatása az egészségi állapotra (a tartós betegségek előfordulására).

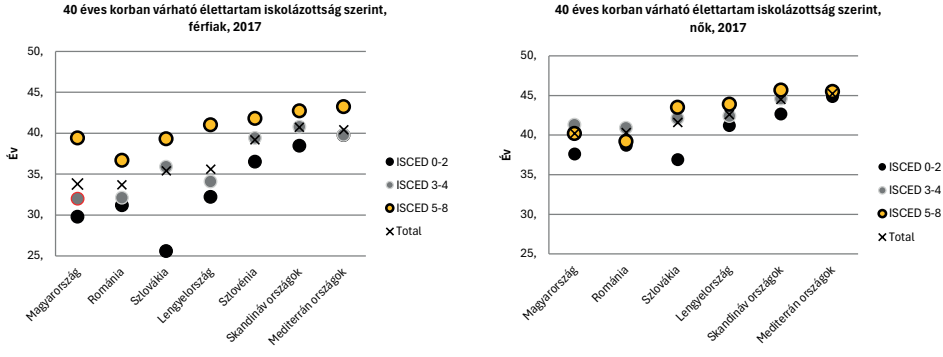
Az egészségegyenlőtlenségek számos összetevőjükben növekedtek a rendszerváltozás óta eltelt évtizedekben. A várható élettartam javulását az életkilátások jövedelem szerinti egyenlőtlenségeinek növekedése kísérte: a 1992-1993 és 2022-2023 közötti időszakban a férfiak körében állandósultak a várható élettartam jövedelmi egyenlőtlenségei, a nők körében pedig a korábbinak több mint a kétszeresére emelkedtek (Bíró et al., 2025). Az iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségeket tekintve: míg az 1980-as évek végén az érettségivel rendelkező férfiak 30 éves korban várható élettartama 5,7 évvel, a nőké 2,1 évvel haladta meg az érettségivel nem rendelkezőkét, addig a 2000-es évek közepére az érettségizett férfiak előnye 8,7, a nőké 5,6 évre nőtt (Hablicsek, 2006; Orosz és Kollányi, 2016). A 2010-es évek végén a várható élettartam jövedelem szerinti egyenlőtlenségeinek körülbelül a fele az elkerülhető halálokokra volt vezethető, azaz jelentősen befolyásolták azokat az egészségi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei (Bíró et al., 2019).

A magyarországi egészségegyenlőtlenségek a várható élettartamban, a mortalitásban, a morbiditásban és a szubjektív egészség mutatóiban is jelentősek;[53] és számos

53 Az önértékelt morbiditásra és egészségi állapotra az Európai lakossági egészségfelmérésekből származó adatok és elemzések szolgáltatnak információt https://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html

összetevőben lényegesen nagyobbak, mint a fejlett nyugat-európai országokban. A 40 éves korban várható élettartam iskolázottság szerinti különbségeit mutatja az 1.1. ábra.

1.1. ábra. A 40 éves korban várható élettartam iskolázottság szerinti egyenlőtlenségei nemzetközi összehasonlításban, 2017



Forrás: Eurostat.[54] (*Megjegyzés:* ISCED 0-2: érettséginél alacsonyabb végzettség; ISCED 3-4: érettségi; ISCED 5-8: felsőfokú végzettség.)

2017-ben a magyar férfiak 40 éves korban várható élettartama 6,5–7 évvel volt kevesebb, mint a legjobb helyzetű skandináv vagy a mediterrán országokban. Az alacsonyan képzett férfiak esetében 9-10 év, ugyanakkor a magasan képzettek esetében csak 3-4 év volt a lemaradásunk. Az országokon belüli különbségeket tekintve: Magyarországon az alacsonyan képzettek 40 éves korukban 9,6 évvel rövidebb további élettartamra számíthattak, mint a magasan képzettek; a skandináv országokban 4,3 a mediterrán 3,5 év volt ez a különbség. A nők esetében jóval kisebbek a különbségek – mind a magyarországi népességen belül, mind a fejlett országokhoz viszonyítva. Mindebből az is következik, hogy a nyugat-európainál lényegesen alacsonyabb magyarországi élettartam jelentős mértékben az egészségi állapot iskolázottság szerinti egyenlőtlenségeinek volt betudható. A posztszocialista országokhoz hasonlítva nem egyértelmű a kép: nagyobbak a magyarországi iskolai végzettség szerinti különbségek, mint Romániában és Lengyelországban, de kisebbek, mint Szlovákiában.

54 Erre az indikátorra csak 14 EU-tagállamra érhetők el adatok. Ezért az összehasonlításhoz két országcsoportot képeztem (skandináv országok: Dánia, Svédország és Finnország átlaga; mediterrán országok: Görögország, Olaszország és Portugália átlaga.)

Az emberek életminőségét napi szinten befolyásoló szubjektív egészségi állapotban is jelentősek az iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségek (1.1. táblázat). 2019-ben a 16 évesnél idősebb népességen belül a legfeljebb alapfokú végzettséggel rendelkezők 20%-a érezte úgy, hogy rossz vagy nagyon rossz az egészségi állapota; a felsőfokú végzettségűek esetében csak 3,5%-uk.[55] Továbbá a legalacsonyabb iskolai végzettségűek 48%-a súlyosan vagy mérsékelten korlátozott volt a mindennapi tevékenységekben; a felsőfokú végzettségűeknek csak 26%-a.

1.1. táblázat: A vélt egészség két indikátora iskolai végzettség szerint [%], 2019

	Együtt				
	Legfeljebb alapfokú	**Középiskola érettségi nélkül**	**Érettségi**	**Felsőfokú végzettség**	**Együtt**
Vélt egészség					
Nagyon jó vagy jó	48,2	50,6	67,3	74,4	61,5
Kielégítő	31,4	36,4	27,1	22,1	28,8
Rossz vagy nagyon rossz	20,4	13,0	5,6	3,5	9,7
Együtt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Korlátozottság a mindennapi tevékenységekben					
Súlyos	13,9	8,0	3,7	2,4	6,4
Mérsékelt	24,0	22,8	18,4	13,6	19,3
Nincs	62,1	69,2	77,9	84,0	74,3
Együtt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Forrás: https://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html

A rossz egészségi állapot súlyosbíthatja a társadalmi egyenlőtlenségeket. A rossz egészségi állapotú emberek nagyobb valószínűséggel veszítik el az állásukat és szegényednek el. Az életminőségük romlása pedig hozzájárulhat az egészségi állapotuk további romlásához – ezáltal a rossz egészségi állapot és szegénység között egymást erősítő visszacsatolás (ördögi kör) keletkezhet.

55 Sajnos nem állnak rendelkezésre olyan adatok, amelyek a korcsoportokon belüli iskolai végzettség szerinti megoszlásokat is mutatnák.

Az egészségegyenlőtlenségekre jellemző, hogy néhány társadalmi csoport különösen kritikus helyzetben van – esetükben nemcsak mennyiségi különbségekről van szó (egy főre jutó jövedelemben, egészségi állapot mutatói stb.), hanem kirekesztettségről, leszakadásról a többségi társadalomtól. Az egészséget veszélyeztető kockázatok szempontjából különösen sérülékeny társadalmi csoportok: a telepszerű körülmények között élő, részben roma lakosság és a szegénységben élő gyermekek (Ádány és Sándor, 2019; Kósa, 2007).

1.1.5. Az egyenlőtlenségek – mint a megatrendek, globális kockázatok kölcsönhatásainak csomópontja

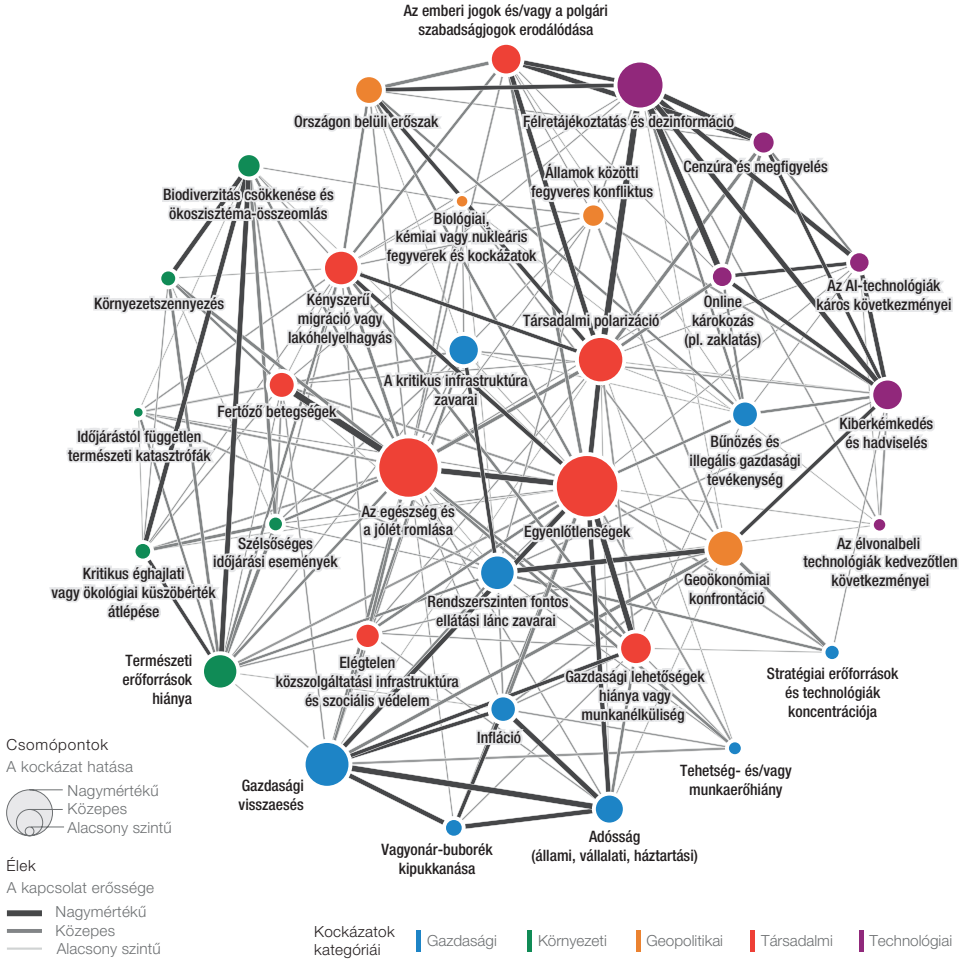
A gazdasági, környezeti, geopolitikai, társadalmi és technológiai változásokhoz (megatrendekhez) kötődő kockázatok olyan helyzeteket (csomópontokat) hoznak létre, amelyekben nagyszámú kockázat kölcsönhatásai sűrűsödnek össze. A World Economic Forum (WEF, 2025) elemzése szerint ebből a szempontból a társadalmi kockázatok a legsúlyosabbak (1.2. ábra). A World Economic Forum (WEF) *Global Risk Report* (GRR) kiadványai[56] két megközelítésben is elemezték a megkérdezett szakértőknek a globális kockázatokra vonatkozó várakozásait: az egyes kockázatok várható hatását mennyire jelentősnek (súlyosnak) értékelik; továbbá az egyes kockázatok milyen más kockázatokkal állnak kölcsönhatásban. Ez utóbbi a kockázatok együttes hatásának, következményeinek a súlyosságát tükrözi.

A 2000-es évek végétől folyamatosan a legsúlyosabb kockázatok[57] között szerepeltek azok a környezeti és társadalmi kockázatok, amelyek – más hatásaik mellett – közvetlenül vagy közvetve jelentősen befolyásolják az egészséget: az extrém időjárási események, a biodiverzitás csökkenése és ökoszisztéma összeomlásának a kockázata, a jövedelmi és vagyoni egyenlőtlenségek, fokozódó társadalmi polarizáció. A 2020-as években az „egyenlőtlenségek” – ami egyaránt következménye és oka is más

56 A GRR-kiadványok a Global Risks Perception Survey (GRPS) felmérésnek az eredményeit és elemzéseket tartalmaznak. A felmérések során a szakértők széles köre a globális kockázatok öt fő csoportjába (gazdasági, környezeti, geopolitikai, társadalmi és technológiai) tartozó 30–35 kockázatnak különböző időtávokon jelentkező bekövetkezését és a hatásuknak a súlyosságát valószínűsítik 2 és 10 éves időtávon (1-től 5-ig vagy 1-től 7-ig terjedő skálát használva).

57 2025-ben sorrendben a következő kockázatok szerepeltek az első 10 legsúlyosabb hatású kockázatok között: 1. extrém időjárási események, 2. a biodiverzitás csökkenése és az ökoszisztéma összeomlásának a kockázata, 3. kritikus változások a természeti rendszerekben; 4. természeti erőforrások hiánya, 5. félretájékoztatás és dezinformáció, 6. az MI-technológiák káros következményei, 7. a jövedelmi és vagyoni egyenlőtlenségek, 8. fokozódó társadalmi polarizáció, 9. kiberkémkedés és hadviselés; 10. környezetszennyezés (WEF, 2025).

1.2. ábra. A globális gazdasági, környezeti, geopolitikai, társadalmi és technológiai kockázatok közötti kölcsönhatások



Forrás: World Economic Forum (2025)

kockázatoknak – folyamatosan emelkedtek a globális kockázatok ranglétráján és 2025-ben már a 7. helyre kerültek. Az egyenlőtlenségek elsősorban (de nem kizárólag) a gazdasági kockázatok (gazdasági visszaesés, hitelválság, infláció stb.) következményei; ugyanakkor (más kockázatokkal összefonódva) előidézői politikai és más társadalmi kockázatoknak – veszélyeztetik a társadalmi és politikai stabilitást, az egyéni és kollektív jólétet és a gazdasági termelékenységet is.

A kockázatok közötti kapcsolatokat, kölcsönhatásokat – azaz más társadalmi, technológiai, környezeti, gazdasági kockázatok együttes következményeit – tekintve

a WEF legutóbbi jelentései a társadalmi kockázatokat értékelik a legsúlyosabbaknak (1.2. ábra). A gazdasági, környezeti és technológiai kockázatok súlyos társadalmi következményekkel fenyegetnek: az egyenlőtlenségek növekedését, társadalmi polarizációt, a jólét és egészségi állapot romlását idézhetik elő. A bizonytalanság, a soktényezős válsághelyzet miatt növekvő stressztényezők (mint pl. erőszak, szegénység és magány stb.) negatívan befolyásolják a mentális egészséget.

A szakértők várakozása, hogyha a jelenlegi trendek folytatódnak, akkor a társadalmi egyenlőtlenségek növekedése – párosulva a környezeti kockázatokkal – a jóllét és az egészségi állapot romlását idézhetik elő a következő évtizedben.

Az 1.2. ábra jól érzékelteti annak a globális helyzetnek a komplexitását (és ezen belül a társadalmi egyenlőtlenségeknek a jelentős szerepét), ami a magyar egészségügy jelenének és a következő évtizedeknek a nemzetközi kontextusát jelenti. A kockázatok egy része közvetlenül is hathat a magyar népesség egészségi állapotára (pl. klímaválság, járványok, dezinformáció stb.), a kockázatok másik csoportja pedig a magyarországi gazdasági és társadalmi folyamatok közvetítésével befolyásolhatja a népesség egészségi állapotát (pl. kedvezőtlen világgazdasági folyamatok).

1.2. Az egészségpolitikák nemzetközi trendjei

A rendszerváltás egyik alapvető kihívása az állam és a piac, valamint a civil (nonprofit/harmadik) szektor optimális szerepének, kapcsolatának a megtalálása volt a nemzetgazdaság minden szférájában, beleértve az egészségügyi szektort is. Az 1980-as évek közepén indult reformvitákban az egyik alapvető kérdés az volt, milyen szerepet játsszon az állam és a piac egy jólműködő egészségügyi rendszerben. Az erre vonatkozó nézeteket és a rendszerváltozás utáni kormányzati koncepciókat is jelentősen befolyásolták a nemzetközi színtéren domináns nézetek és a fejlett országokban zajló egészségügyi reformok. Ezért fontosnak tartottam az egészségpolitikáknak az elmúlt négy-öt évtizedben jelentősen változó, több korszakra bontható nemzetközi trendjeinek az áttekintését, és ehhez kapcsolódva az állam szerepére vonatkozó nézetekben bekövetkezett változásoknak a bemutatását.

1.2.1. Az állam szerepére vonatkozó nézetek változása

A második világháború után a jóléti állam fogalmával illetett társadalombiztosítási és szociális programok bonyolult rendszere (amely jól kapcsolódott a keynesiánus

ihletésű kiterjedt állami gazdasági tevékenységhez) – annak minden problémájával együtt – a modern nyugati társadalmak alapvető intézményévé, az emberek mindennapi életének a részévé vált. Az 1960-as évek során a jóléti állam és a gazdasági növekedés viszonya harmonikusnak tűnt: az a nézet uralkodott, hogy a jóléti állam nemcsak biztonságot teremt, hanem – mindenekelőtt a munkaerő újratermelésében játszott szerepe révén – a gazdasági növekedést is elősegíti. Az 1970-es évek közepén – a gazdasági növekedés megtorpanásának, az infláció és az államadósság növekedésének, továbbá a világgazdaságban bekövetkező változásoknak[58] a hatására – az állam szerepének radikális átértékelése következett be. Az 1970-es évek közepére kiéleződött a feszültség a nemzetközivé váló gazdaság és a kormányok korábbi – alapvetően nemzeti keretekre szabott – gazdaság és társadalomszervező tevékenysége között. A tudományos-technikai korszakváltásban, a világpiac alapvető szerkezeti átalakulásában, a gazdaság rohamos nemzetköziesedésében, a nemzetközi pénzügyi rendszer gyökeres átalakulásában megtestesülő új kihívások a piaci tényezők, eszközök felértékelődését eredményezték. Mindezek következtében előretört és uralkodóvá vált a – Reagan és Thatcher[59] nevével fémjelzett – neoliberális politikai ideológia és gazdaságpolitikai gyakorlat.[60] A világgazdasági struktúraváltáshoz történő alkalmazkodás azonban számos társadalmi problémát súlyosan kiélezett: növekedett a munkanélküliség és az elszegényedés mértéke, fokozódtak a jövedelmi különbségek, depressziós gazdasági térségek alakultak ki, s ezekkel együtt fokozódott a nagyvárosok szociális problémáinak megoldatlansága. Az 1990-es évtizedben egyre érzékelhetőbbé váltak a globalizáció természeti környezetre és társadalomra gyakorolt negatív hatásai. Láthatóvá vált, hogy nem teljesült a neoliberális gazdaságpolitikának az az ígérete, hogy a gazdasági növekedés jótékony hatásai „leszivárognak" a gazdagoktól a szegényekhez is; és nyilvánvalóvá vált, hogy a gazdasági növekedés nem jár szükségszerűen együtt a jólét, életminőség társadalmi méretű javulásával. Továbbá az is nyilvánvalóvá vált, hogy a társadalmi polarizáció, dezintegráció, a politikai szélsőségek erősödése nemcsak az egyének jólétét, biztonságát, közérzetét veszélyeztetik, hanem a hosszú távú gazdasági fejlődést és politikai stabilitást is (OECD 2011). Ugyanakkor láthatóvá vált az is, hogy az egyes országok kormányzatainak az eszközei korlátozottak – a globalizálódó gazdaság nemzetközi méretű szabályozására lenne szükség. A 2008-as gazdasági

58 Amelyek egyik eleme volt a sokat emlegetett olajválság.

59 Ronald Reagan, az USA elnöke 1981-89 között, Margaret Thatcher, az Egyesült Királyság miniszterelnöke 1979-1990 között.

60 Az egyes európai országok gazdasági és jóléti politikájában – az általános tendenciák mellett – természetesen jelentős különbségek is megfigyelhetők.

válság okozta megrázkódtatás hatására dominánssá váltak azok a nézetek, hogy erősebb állami szabályozásra (pl. a pénzügyi szektor felett), és a gazdasági visszaesés idején pedig stabilizáló szerepre (a gazdaságban keresletélénkítésre, továbbá a jóléti rendszerek megerősítésére) van szükség. A COVID-19 járvány tovább erősítette az állam gazdasági válságkezelő szerepére és a közfinanszírozott egészségügyi és szociális rendszerek megerősítésére vonatkozó nézeteket. Újra megerősödött az a nézet, hogy a jó gazdasági teljesítmény és a (megfelelően kialakított) jóléti állam kölcsönösen erősítheti egymást.

1.2.2. Egészségpolitikai korszakváltás az 1970-es évek közepén

A gazdasági és politikai folyamatokkal párhuzamosan a nyugat-európai országok egészségpolitikáiban is radikális változások mentek végbe az 1970-es évek közepén. A második világháború utáni évtizedekben az egészségpolitika első számú célja az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlő (az egyének jövedelmi helyzetétől független) hozzáférés biztosítása volt – a kötelező biztosítás kiterjesztésével vagy az állami egészségügyi szolgálatok létrehozásával. További cél volt az erőforrások földrajzi, területi elhelyezkedésében mutatkozó nagymértékű egyenlőtlenségek csökkentése, ennek érdekében állami kórházépítési programok révén a kórházi infrastruktúra fejlesztése, modernizálása. Ezen célok elérése érdekében az 1970-es évek közepéig tartó expanziós szakaszt az egészségügyi közkiadások látványos növekedése jellemezte: az OECD-országok átlagát tekintve az egészségügyi kiadások 40%-kal gyorsabban növekedtek, mint a GDP. Az 1970-es évek közepétől egészségpolitikai fordulat következett be: a kiadások korlátozása vált az egészségpolitikák fő céljává. A hirtelen fordulatot, azaz az egészségügyi kiadások korlátozásának a középpontba kerülését (gyakran az egészségpolitika napirendjéről minden mást lesöprő kérdéssé válását) külső okok magyarázták. Az egyik külső ok a gazdasági növekedés megtorpanása volt.[61] A másik külső ok pedig annak az illúziónak a vége, hogy a jóléti állam önmaga képes minden szociális probléma megoldására.

61 Ez a magyarázat arra is, hogy miért beszéltek egyforma „hevességgel" a finanszírozás válságáról a relatíve (a GDP-ből való részesedést tekintve) keveset költők (pl. Anglia) és az egészségügyre a legtöbbet fordítók (pl. USA).

1.2.3. Hangsúlyeltolódás az 1980-as évek végén: a hatékonyság és a minőség javítására törekvő reformok

Az 1980-as évtized második fele a reformtörekvések új hullámát hozta Európában. Nyilvánvalóvá vált, hogy a bizonyos értelemben sikeres kiadáskorlátozó stratégiák a szolgáltatók hatékonyságra ösztönzését nem oldották meg. Továbbá a pénzügyi megszorítások miatt kiéleződtek a feszültségek a szolgáltatók és a finanszírozó(k) között és növekedtek a kiadáskorlátozás politikai költségei (a lakosság elégedetlensége) is. Az egyik oldalon az egészségügyi kiadások növekedését ösztönözte az orvostechnika fejlődése, a lakossági elvárások növekedése, a népesség öregedése, ugyanakkor a gazdaság oldaláról továbbra is a közkiadások csökkentésre irányuló nyomás nehezedett az egészségügyi szektorra. Ezeknek a feszültségeknek a csökkentése érdekében az 1980-as évek közepétől a reformkoncepciók súlypontja a *hatékonyság növelése, minőség javítása* lett (Abel-Smith et al., 1996; OECD, 1995; 1996; Mossialos és Le Grand, 1999). Ezt az 1980–1990-es évek fordulóján és az 1990-es évek elején megfogalmazott reformkoncepciók többsége a finanszírozók és a szolgáltatók közötti viszony alakításával kívánta elérni: elsősorban a piaci mechanizmusok alkalmazásával, a szolgáltatók közötti verseny ösztönzésével; a finanszírozó szerepének, mozgásterének a növelésével (a korábbi szabályozás csökkentésével) – azaz a *szabályozott verseny megteremtésével a szolgáltatás szférájában*.

Azt, hogy az 1980-as évek közepétől az egészségügyi reformkoncepciókban meghatározó volt a piac szerepének növelése nemcsak (és nem elsősorban) az egészségügyön belüli folyamatok idézték elő, hanem az egészségügyi rendszer szélesebb kontextusát képező gazdasági és társadalmi folyamatok. Az 1980–1990-es évtized fordulóján az állam szerepét nemcsak a fejlett országok többségében neoliberális politikát követő kormányzatok ideológiája, hanem a szocialista rezsimek összeomlása is megkérdőjelezte. A demokratikus politikai mechanizmusok, a választók szavazatáért folyó verseny azonban inkább ellentétes irányba, a jóléti rendszerek radikális piacosítása ellen hatott.[62] A nyugat-európai országokban a lakosság többségének elvárása az volt (és maradt), hogy a kormányzat biztosítsa az alapvető egészségügyi ellátást (Mossalios, 1997; Ranade, 1998). Ugyanakkor lényeges társadalmi változások is bekövetkeztek: erősödtek a fogyasztói magatartás jegyei, a középosztálybeli fogyasztóknak a több választás, a magasabb minőség iránti elvárásai, ami az egészségügy piaci szektorának a bővülését ösztönözte.

62 Ezek a gazdasági, ideológiai és társadalmi tényezők Magyarországon is erőteljesen hatottak az 1990-es években.

Az 1990-es évek második felére már érzékelhetővé váltak a piaci eszközök alkalmazásának korlátai, illetve problémái is – egyre több kérdőjel fogalmazódott meg a piaci ösztönzők alkalmazásával kapcsolatban és az egészségpolitikai célok és eszközök között újra megjelent a kooperáció és tervezés[63] (Ovretveit, 1993; Ranade, 1998). A piac szerepének negatív hatásai közül az egyik legvitatottabb az orvosi szakmára gyakorolt hatás volt. A piac térnyerésével konfliktus keletkezett az orvosi hivatás hagyományos értékei és az üzleti érdekek között. „*A pénzügyi ösztönzők és ellenösztönzők, amelyek a piacot motiválják elkerülhetetlenül részévé válnak a szakemberek (orvosi szakma) kultúrájának, mentalitásának. Fennáll a kockázata annak, hogy a piaci mentalitás előnyben részesít olyan értékeket, amelyek károsak az egészségügyi ellátásra*" (Cribb, 1995. 180).

1.2.4. Az egészségegyenlőtlenségek újbóli előtérbe kerülése

A nemzetközi színtéren az egészségpolitikai vitákban a 2000-es évek elejétől – hosszú elfelejtettség után – ismét fokozott figyelmet kaptak az egészségegyenlőtlenségek (Marmot és Wilkinson eds., 2000). Ugyanakkor ez nem jelentette azt, hogy a hatékonyság és minőség növelése lekerült volna az egészségpolitikák napirendjéről. Az egészségegyenlőtlenségek iránti növekvő figyelem mögött számos tényező együttes hatása húzódott meg. A növekvő társadalmi és politikai feszültségek láthatóvá tették, hogy az 1980-as és 1990-es években végbement gazdasági növekedés egyáltalán nem vezetett a jólét általános növekedéséhez, hanem azt a társadalmi egyenlőtlenségek – ennek részeként az egészségegyenlőtlenségek – növekedése kísérte. A demográfiai változások, a gazdaságilag aktív népesség arányának csökkenése is ráirányította a figyelmet a gazdasági növekedés emberi tényezőire.

A negatív folyamatokat és kockázatokat felismerve, a 2000-es évek közepétől szemléletváltás bontakozott ki a fejlett országok egészségpolitikájában: növekvő figyelmet kaptak az egészségegyenlőtlenségek és azok társadalmi meghatározói. Ezt tükrözte, például a WHO *Commission on Social Determinants of Health* 2008-ban közreadott jelentése (WHO, 2008); továbbá az is, hogy az egészségegyenlőtlenségek helyzete és csökkentését célzó lehetséges stratégiák képezték a fő témáját a brit EU-elnökségnek 2005-ben,[64] valamint az Európai Bizottság *Szolidaritás az*

63 Ezek a folyamatok is azt mutatják, hogy nem az a kérdés, hogy állam *vagy* piac, hanem hogy milyen feladatmegosztás célszerű a közületi és a magánszektor között. Az állam és a piac együttélése dinamikus folyamat – időről időre változó hangsúlyokkal.

64 http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100202100434/http://www.eu2005.gov.uk/servlet/Front?pagename=OpenMarket/Xcelerate/ShowPage&c=Page&cid=1115139187056

Egészségügyben: az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban (*COM (2009) 567 végleges)* című 2009-ben kiadott közleménye is. Az ehhez készített háttértanulmány szerint az egészségegyenlőtlenségek csökkentését elsősorban a következő tényezők akadályozták: a politikai figyelem és prioritás hiánya az egyes EU-országokban; az ismeretek hiányosságai mind az egyenlőtlenségeket meghatározó tényezőkre, mind a hatásos politikákra vonatkozóan (pl. rendszeres, összehasonlítható adatok hiánya); továbbá az Európai Bizottság is kevéssé képes a tagországok politikáinak a befolyásolására (Impact Assessment accompanying the COM (2009) 567). 2009-ben az EU-országok kb. felében egyáltalán nem szerepeltek a politika napirendjén az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek a kérdései. Nagyon kevés országban volt átfogó program, még kevesebb országban értékelték ezek hatását (Impact Assessment accompanying the COM (2009) 567).

A 2010-es évek eleje óta az EU fokozottan igyekezett változást elérni a tagállamok kormányainak a szemléletében mind az egészség és egészségügy hosszú távú társadalmi-gazdasági fejlődésre gyakorolt hatását, mind az egészségegyenlőtlenségek jelentőségét, társadalmi és gazdasági költségeit tekintve – annak érdekében, hogy a tagállamok politikájában prioritást kapjon az egészségegyenlőtlenségek csökkentése. A 2010-es spanyol EU-elnökségnek kiemelt témája volt az egészségegyenlőtlenségek – különös tekintettel a egyenlőtlenségekre vonatkozó tudásbázisnak és az intézkedések monitorozására alkalmas módszereknek a fejlesztése.[65] A 2013-ban elfogadott *Szociális beruházás a növekedés és a kohézió érdekében* dokumentum (European Commission, 2013) a gazdasági fejlődést elősegítő humántőkébe való beruházások részeként hangsúlyozza az egészségügyre fordított kiadások fontosságát. A 2017-ben elfogadott *European Pillar of Social Rights* stratégia szélesebb kontextusba helyezi az egészségegyenlőtlenségeket: egyrészt a célok többsége az egészségegyenlőtlenségek társadalmi meghatározóit is jelenti, másrészt a 16. alapelv megerősíti, hogy: „*Mindenkinek joga van arra, hogy megfelelő időben hozzájusson a megfizethető és jó minőségű megelőző és gyógyító egészségügyi ellátáshoz.*" Ennek a célnak a megvalósítását az EU a tagállamok egészségpolitikáinak az elemzésével, az egyenlő hozzáférést akadályozó tényezőknek az elemzésével is igyekezett elősegíteni. A European Social Policy Network (ESPN) (2018) elemzése[66] szerint az ellátáshoz való egyenlő hozzáférést a következő tényezők akadályozzák (az egyes országokban különböző mértékben): az egészségügyi közkiadások elégtelensége; a lakosságnak

65 Az EU eszközei között az adatgyűjtés, elemzések, állásfoglalások mellett nagy szerepet kap a tagállamok együttműködésén alapuló projektek és kutatási programok finanszírozása is.

66 *Inequalities in access to healthcare. A study of national policies 2018*

a társadalombiztosítás általi nem teljes lefedettsége; a tb-csomagba tartozó ellátások körének a hiányosságai; a betegek által fizetendő magas térítési díjak, különösen a gyógyszerek esetében; a kiszolgáltatott társadalmi csoportoknak a térítési díjakkal szembeni hiányos védelme; a várólisták prioritásai meghatározásának az átláthatatlansága; a szolgáltatások nem megfelelő elérhetősége (különösen a vidéki területeken és a kiszolgáltatott csoportok számára); az egészségügyi szakemberhiány.

1.2.5. A 2010-es és 2020-as évek új kihívása: az egészségügyi rendszerek rezilienciája

A 2008-as gazdasági válság és a COVID-19 világjárvány megmutatta az egészségügyi rendszerek sérülékenységét, felkészületlenségét a váratlan sokkokra (OECD, 2023). Ez új kérdéseket állított az egészségpolitikák és a nemzetközi szervezetek napirendjére: milyen változások szükségesek az egészségügyi rendszerekben ahhoz, hogy a várható újabb – de konkrét időpontját nem tudható – krízisek[67] hatásaira jobban, kevesebb veszteséggel tudjanak reagálni. A rendszereknek ezt a képességét nevezzük rezilienciának, ami az OECD megfogalmazásában: *„[…] az egészségügyi rendszerek azon képessége, hogy ne csak felkészüljenek a sokkokra, hanem minimalizálják azok negatív következményeit, a lehető leggyorsabban felépüljenek és a tapasztalatokból tanulva úgy alkalmazkodjanak, hogy javuljon a teljesítményük és a felkészültségük*."

Az egészségügyi rendszerek rezilienciájának erősítésére az OECD (2023c) három átfogó pillért határozott meg:

- A társadalom egészségének a fokozott védelme. A megelőzésre fordított kiadások növelése.
- Az egészségügyi rendszerek infrastrukturális és technológiai alapjainak megerősítése.[68]
- Az egészségügyi munkaerő megtartásának és toborzásának előmozdítása (az egészségügyi munkaerőhiány jelenti az egyik legnagyobb kockázatot a rendszer rezilienciájára).

67 Ilyen – lokális, országos és globális méretű – sokkok lehetnek: egy újabb világjárvány; az antimikrobiális rezisztencia növekedése; szélsőséges időjárási események; pénzügyi válság; kibertámadás; környezeti katasztrófák; és társadalmi zavargások (OECD, 2023c).

68 Az egészségügyi szolgáltatások és termékek ellátási láncainak az ellenálló képessége megerősítése. Az adatgyűjtés és -felhasználás előmozdítása: a megfelelő adatok hiányában a döntéshozók „vakon repülnek".

Összefoglalva: az 1950-es évek óta eltelt évtizedekben a nyugat-európai közfinanszírozású egészségügyi rendszerek folyamatos alkalmazkodásra kényszerültek – és miközben az adott egészségpolitikai beavatkozás enyhítette a kiéleződött konfliktusokat, egyben új problémákat is generált. Az egészségügyi kiadások gyors növekedése és a gazdasági növekedés megtorpanása által kiváltott problémákra az 1980-as években a kormányok a kiadások korlátozásával válaszoltak, a kiadások korlátozása által kiváltott túlzott feszültségeket pedig az 1990-es években a hatékonyság és minőség javítására irányuló reformokkal, ezek részeként a piaci ösztönzők adaptálásával törekedtek korrigálni. Ezek a reformok azt is megmutatták, hogy nem az a kérdés, hogy állam vagy piac, hanem hogy milyen feladatmegosztás a célszerű a közszektor és a magánszektor között. Az 1990-es évtizedben a növekvő társadalmi egyenlőtlenségek újra az egészségpolitika napirendjére tették az egészségegyenlőtlenségeket és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek a csökkentését. A 2008-as gazdasági válság és a COVID-19 járvány nyomán pedig az egészségügyi rendszerek rezilienciája vált az egészségpolitikák egyik központi kérdésévé.

Az egészségügyi rendszerek akkor nyújthatnak jó teljesítményt egy adott időszakban, ha az előzőekben vázolt egészségpolitikai célok (egyenlő hozzáférés, minőség, hatékonyság, reziliencia stb.) mindegyike megfelelő mértékben érvényesül. Ennek elérése több szempontból is alapvető kihívást jelent az egészségpolitikák számára. Az egészségügy szereplői (kormány, egészségbiztosító, kórházi menedzsment stb.) által kezdeményezett beavatkozások nem tudják közvetlenül a hatékonyságot, minőséget megcélozni, hanem a beavatkozások az egészségügyi rendszer (vagy egészségügyi intézmény) strukturális elemeit, kapacitásait, pénzügyi forrásait érintik, azzal a feltételezéssel, hogy a beavatkozások által előidézett változásoknak az eredőjeként javul a hozzáférés, minőség, hatékonyság stb. Ez azonban egyáltalán nem szükségszerű: egy adott beavatkozás a deklarált céllal ellentétes hatást is eredményezhet. Továbbá a különböző célok eltérő intézkedéseket igényelhetnek: például a finanszírozhatóság javítása érdekében hozott intézkedések veszélyeztethetik a szolgáltatások minőségét; a hatékonyság javítása érdekében hozott intézkedések nehezíthetik a szolgáltatásokhoz való hozzáférést. A fejezetben áttekintett általános trendek érvényesülése mellett a különböző országok egészségpolitikai prioritásaiban – az egyes országok egészségügyi rendszerei problémáiban és a kormányaik értékrendszerében mutatkozó eltérések következtében – jelentős különbségek is lehettek/lehetnek.

A 3. fejezettől kezdve a 11. fejezettel bezárólag láthatjuk majd, hogy a magyar kormányok egészségpolitikája mennyire követte, illetve tért el a fejezetben vázolt trendektől.

1.3. A magyar kormányzatok válaszai a népesség egészségi állapotára és az egészségügyi rendszer átalakulására ható globális és hazai kihívásokra

1.3.1. Politikai és gazdasági kontextus

A könyv központi témája: a felzárkózás és rendszerváltás kudarcának a folyamatai, jellemzői, okai, ellentmondásai az egészségügyben. Mindezeket alapvetően befolyásolták a kormányzatoknak a rendszerváltozás óta eltelt évtizedekben a globális és hazai kihívásokra a politika, gazdaság és társadalompolitika szférájában adott válaszai – amelyek elemzése nélkül nem érthetjük meg az egészségügyet érintő kihívásokra adott kormányzati válaszok fő problémáit sem. Ezek (pl. a politikai prioritás és hosszú távú stratégia hiánya, a gazdasági lehetőségekhez képest is alulfinanszírozás) ugyanis összefüggtek azzal, hogy az ország fejlődésének az egészét tekintve mi jellemezte a kormányoknak a globális kihívásokra és a rendszerváltás generálta hazai kihívásokra adott válaszait.

A rendszerváltás és az Európai Unióhoz való csatlakozás történelmi esélyt jelentett Magyarország politikai és gazdasági berendezkedésének, az európai politikai erőtérben elfoglalt helyének a radikális megváltoztatására: a piacgazdaság és a demokratikus politikai rendszer kiépítésére, a nyugat-európai országokhoz való közeledésre/felzárkózásra.[69] Az 1990-es évek elején a rendszerváltozás egyik alappilléreként kiépültek a jogállam intézményi keretei: a hatalommegosztás, a fékek és ellensúlyok rendszere a központi közigazgatásban, a területi önkormányzati rendszerben és a szakigazgatásban (oktatás, egészségügy stb.). A demokratizálódás fontos elemei voltak és az egészségügyi rendszert is sok szálon érintették a civil társadalom szerveződéseinek, az információszabadság jogi alapjainak és a független médiának a kiépülése.

A jogállami kereteknek, alapjogoknak a kiépítése elősegítette a piacgazdaság kiépülését, ugyanakkor a piacgazdaságra való áttérés társadalmi költségei, az 1990-es évek elején kibontakozó transzformációs válság (gazdasági visszaesés, nagyarányú munkanélküliség megjelenése stb.) erodálta a rendszerváltás alapvető értékeinek (demokrácia, szabadság stb.) a legitimitását, társadalmi támogatottságát. Az 1990-es évek második felének a gazdasági növekedése és 1998 elején az EU-hoz való csatlakozási tárgyalások megkezdése és a csatlakozási követelmények érdekében tett lépések újra pozitív várakozásokat generáltak.

A 2000-es évek közepén azonban megtorpant a magyarországi átalakulás: egyre inkább kiéleződtek a gazdasági és társadalmi problémák és a politikai konfliktusok.

69 Felzárkózás alatt a távolság folyamatos csökkenése és nem az utolérés értendő.

Az okok sokrétűek voltak (pl. az egyoldalú neoliberális gazdaságpolitika, felemás reformok, hosszú távú fejlesztési koncepciók hiánya, a gazdasági felzárkózás humán tőke feltételeinek figyelmen kívül hagyása stb.), és az egyes elemzők is máshová teszik a hangsúlyokat (Ágh, 2024; Mellár, 2017; Tölgyessy, 2017). A rendszerváltáskor a magyar kormányok és a hozzájuk kötődő politikai elit és tanácsadói körök nem voltak felkészülve arra (nem rendelkeztek megfelelő koncepcióval), hogy a követni kívánt nyugati intézményi minták adaptálásakor (a gazdaságban, közigazgatásban, egészségügyben stb.) a magyar körülményeket, feltételeket is megfelelően figyelembe vegyék. Ágh (2024) szerint az új politikai elit nem rendelkezett kellő tudással sem a nyugati fejlődésről, sem az átalakításhoz szükséges rendszerszemlélettel. Tévesen feltételezték, hogy a *„gazdasági növekedés eredményei az egész társadalomban maguktól lecsurognak, másfelől a demokratikus intézmények formális-jogi kiépítése pedig automatikusan elterjeszti […] a demokráciát* (Ágh, 2024. 12). A kormányzatok – az uralkodó neoliberális ideológiát követve – azt feltételezték, hogy csak monetáris és fiskális politikára van szükség és nem törekedtek olyan hosszabb távú fejlesztéspolitika kialakítására, amely a gazdasági szerkezet átalakítását, a technológiai fejlődésbe való bekapcsolódást, az oktatásnak a magasan képzett munkaerő megteremtéséhez szükséges fejlesztését célozta volna (Mellár, 2017). Ez hozzájárult, hogy nem sikerült a gazdaság termelékenységének, hatékonyságának, versenyképességének a felzárkózáshoz szükséges mértékű növelése. A külföldi tőke számára elsősorban az alacsony bérek jelentették a vonzóerőt, így a tőke beáramlása nem jelentett technológiai transzfert a gazdaság egésze számára, továbbá a külföldi nagyvállalatok nem váltak szerves részévé a hazai gazdaságnak (nem kapcsolódott hozzájuk széles körű beszállítói kör).

A stabil gazdasági felzárkózást akadályozták a kormányzatok rövid távú politikai prioritásai: a magyar költségvetési politikát az úgynevezett stop–go („húzd meg–ereszd meg") ciklusok jellemezték: a választási években az állam túlköltekezett – aminek a nyilvánvaló oka a „szavazatvásárlás" volt. Ennek következtében megingott az államháztartás egyensúlya, ami a választások után szükségszerűen kikényszerítette a restrikciót. Ez a gazdaságpolitika közvetlenül kihatott az egészségügyre is: a stop–go költségvetési ciklusoknak az egyik fő vesztese volt, mivel a választási költekezésből nem részesedett, de a restrikciónak az egyik fő áldozata volt.

A „stop–go" kormányzati politika volt az oka annak is, hogy a 2008-as gazdasági válság sokkal súlyosabban érintette a magyar gazdaságot, mint számos hasonló fejlettségű EU-országot, ugyanis a gazdasági restrikció már a válság kitörése előtt, 2007-ben elindult. A válságból való lassú kilábalás után 2013 és 2019 között stabil növekedés jellemezte a magyar gazdaságot – jelentős mértékben az EU-s forrásoknak köszönhetően. Ez az időszak – elvileg – kedvező gazdasági feltételeket jelentett az oktatás és az egészségügy pénzügyi helyzetének a korrekciójára – ekkor azonban a politikai szándék hiányzott.

A COVID-19 járvány a gazdaság számára is sokkhatást jelentett, ami a korábban vázolt strukturális problémákkal és az elhibázott gazdaságpolitikával együttesen a gazdaság megtorpanását eredményezte, amiből azóta sem tudott kilábalni a magyar gazdaság. Ahogy arra az 1.1.1. alfejezet már utalt, több közgazdász véleménye szerint is a magyar gazdaság a közepes fejlettségi csapdához hasonló jellemzőket mutat (Bartha, 2024).

A rendszerváltozás utáni időszak egészét tekintve, az egy főre jutó GDP alapján Magyarország relatív helyzete javult, csökkent a lemaradása az EU15- és EU27-átlagtól is. Kertész (2022) elemzése szerint Magyarország az 1990-es évek elején-közepén az EU-átlag körülbelül 50%-át érte el, 2019-ben pedig a 73%-át. Az Eurostat adatait tekintve 2023-ban pedig a 77%-át. A gazdasági felzárkózás azonban nem ítélhető meg egyedül az egy főre jutó GDP alapján. Ahogy arról már az 1.1.3. alfejezetben szó volt: a GDP nem nyújt megfelelő információt a gazdaság fejlődési potenciáljáról és a társadalom jólétéről.[70] Ez a helyzet a magyar gazdaság felzárkózását tekintve is: az egy főre jutó GDP alapján levont következtetéstől eltérő képet kapunk, ha a gazdasági teljesítmény komplex mutatóját, a versenyképességi indexet tekintjük. A svájci *International Institute for Management Development* (IMD) intézet[71] 1989 óta adja közre (jelenleg) 67 ország versenyképességi indexét.[72] Az 1997 és 2024 közötti időszak egészét tekintve Magyarország helyezése a versenyképességi rangsorban 17 helyet romlott. Ezzel szemben Lengyelország 2 hellyel Csehország pedig 4 hellyel javított a helyezésén. 1997-ben Csehország csak 4 hellyel állt előttünk, 2024-ben pedig már 25 hellyel. 1997-ben Magyarország 6 hellyel megelőzte Lengyelországot, 2024-ben pedig már 13 hellyel elmaradt mögötte.[73] Győrffy (2025) által számított felzárkózási (százalék) mutató azt fejezi ki, hogy az egyes

70 Ebből a megfontolásból kiindulva fogadták el 2007-ben az EU, az OECD, az ENSZ és a Világbank képviselői az *Istanbul Declaration* dokumentumot, amiben kinyilvánították szándékukat a társadalmi fejlődést megfelelően mérő módszerek, indikátorok kidolgozására. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/networks/oecd-well-being-world-forums/2wf/2nd-OECD-World-Forum-27-30-Jun-2007-Istanbul-Declaration.pdf/_jcr_content/renditions/original./2nd-OECD-World-Forum-27-30-Jun-2007-Istanbul-Declaration.pdf

71 https://www.imd.org/centers/wcc/world-competitiveness-center/?ref=nav

72 A versenyképességi index 4 fő komponensből, ezek mindegyike 5 alkomponensből, az alkomponensek pedig együttesen 330 egyedi mutatóból állnak. A 20 alkomponens esetében külön kalkulálják az országok sorrendjét és ezeket egyenlő súllyal véve kalkulálják a versenyképességi indexet. A főkomponensek: gazdasági teljesítmény, a kormányzat teljesítménye, üzleti szektor teljesítménye, infrastruktúra. Az infrastruktúra egyik alkomponense az egészségügy & környezet, valamint az oktatás is. https://imd.widen.net/content/rjlc6fl2jl/pdf/booklet_wcy_2024.pdf

73 A többi posztszocialista országra 2006-tól közöl az IMD versenyképességi indexet. Az elmúlt közel 20 évben Lengyelország tudott javítani, Csehország, Románia, Horvátország helyezése lényegében változatlan, Szlovákia, Bulgária és Magyarország helyezése pedig lényegesen romlott.

posztszocialista országoknak a 2004-es lemaradásukból hány százalékot sikerült behozniuk az EU-átlaghoz képest. Magyarország teljesítménye (35%-kal) az egyik legrosszabb a 11 posztszocialista EU-tagállam között.[74] Ezek az adatok azt is jelzik, hogy Magyarország azon országok közé tartozik, amelyek kevésbé tudták kihasználni az elmúlt évtizedekben végbement technológiai fejlődés előnyeit.

A rendszerváltozást kísérő transzformációs gazdasági válság következtében a társadalom széles rétegeinek egyik napról a másikra megszűnt az egzisztenciális biztonsága: számukra a rendszerváltozás „hozadékát" a tartós munkanélküliség, drasztikus társadalmi egyenlőtlenségek, növekvő szegénység jelentették. A közpolitika prioritásai között ezek a súlyos, mélyülő – és a társadalom egészségi állapotára is kiható – társadalmi problémák azonban nem szerepeltek (Ferge, 2017). A kormányokat elsősorban a költségvetési kényszerek, a gazdasági és társadalmi feszültségek (rövid távú) enyhítése és saját (a hatalom megtartására irányuló) rövid távú érdekeik motiválták. Hiányzott a kormányzati elkötelezettség a hosszabb időtávot, több kormányzati ciklust igénylő és kisebb rövid távú politikai haszonnal járó programok (az oktatási rendszer modernizálása, a mélyszegénység és gyerekszegénység csökkentése, multiszektoriális népegészségügyi programok) iránt. Időnként születtek koncepciók/stratégiák, de ezek kevés hatást gyakoroltak a költségvetési forráselosztásra, a tényleges kormányzati cselekvésre.

A jogállam kiépülését számos probléma terhelte. Az új jogi kereteknek több olyan eleme is volt, amelyek 2010 után megkönnyítették az autokratikus berendezkedés kialakítását (az aránytalan választási rendszer, a köztársasági elnök gyenge pozíciója stb.) (Gadó et al., 2024). A rendszerváltó politikai elit számára is nyilvánvaló volt az az ellentmondás, ami a jogállam, demokratikus politikai berendezkedés intézményei és a magyar közigazgatás, valamint társadalom történelmi öröksége között húzódott (a demokratikus hagyományok hiánya, a civil társadalom gyengesége, az intézményekbe vetett bizalom hiánya stb.). Az is nyilvánvaló volt, hogy a jogállam, demokrácia megerősödése azt igényelné, hogy a kormányzás és a társadalom mentalitásában, mikrostruktúráiban változás következzen be. Azonban a rendszerváltó politikai elit köreiben nem volt határozott törekvés azoknak az eszközöknek a keresésére, amelyekkel ez a folyamat elősegíthető lett volna (pl. oktatásban, kommunikációban, a civil kontroll intézményeinek kiépítésében stb.). Sokak várakozása az volt, hogy az intézmények (a demokratikus makrostruktúra) működésének következtében hosszabb időtávon a mikrostruktúrákban is végbemennek a kívánatos változások.

74 Szlovákia teljesítménye hasonló, és csak Szlovénia teljesítménye rosszabb, aminél azonban figyelembe kell venni, hogy Szlovénia már a csatlakozáskor a legközelebb állt az EU-átlaghoz.

Az egészségügyi rendszer szempontjából fontos külső tényezőt jelentettek az önkormányzati rendszer jellemzői. Pálné Kovács (2020) szerint az önkormányzati rendszer kialakításában nagyobb szerepe volt a múlt tagadásának, a nyugati demokráciák intézményi mintáinak és időhiánynak (ami akadályozta a szakmai javaslatok kiérlelését és megfontolt törvénykezést), mint a racionális szakmai modellnek. Rendkívül elaprózott önkormányzati rendszer jött létre, aminek a hatékony működését az egyes elemeket összekötő középszintű koordináció (társulás, megye, fővárosi szint) gyengesége is gátolta. A közigazgatás regionális átszervezésének a célja 2002-ben és 2006-ban is a kormány napirendjén szerepelt, de a parlamenti támogatást nem sikerült megszereznie (Pálné Kovács, 2016). A közigazgatás modernizációjára vonatkozó koncepciókban a régiók kiépítése régóta visszatérő elem volt, továbbá az EU-hoz való csatlakozás is ösztönzött fejlesztési régiók kialakítására. Ugyanakkor a magyar közigazgatási gyakorlatban nem volt regionális tradíció, ellenben a megyék erős identitást jelentettek és erős politikai érdekek kötődtek hozzájuk. Az egészségügy szempontjából különösen jelentős lett volna a közigazgatás regionális szintjének a kialakítása. Ugyanis az egészségügy jellemzőiből eredően a regionális szint (1-2 millió lakos) jelenti az optimális stratégiai fejlesztési/tervezési szintet.

Az egészségügyi rendszer reformja – általános értelemben – a régi struktúrák felszámolását és új struktúrák kiépítését jelenti. Az 1990-es évek elején indult reformoknak a régi rendszernek a következő intézményeit kellett (volna) megszüntetnie: az egészségügy alárendeltségét a közvetlen gazdasági/termelési érdekeknek (az ennek következtében kialakult krónikus forráshiányt); az állam kizárólagos szerepét a formális szektorban és az érem másik oldalaként az egészségügy fekete/informális gazdaságát (a hálapénzt); a központi utasításon alapuló irányítási rendszert; a szolgáltatási szektorban pedig a szükségletek és szolgáltatás-kínálat közötti szakadékot. A reformokat meghatározó – széles körű elfogadottságot élvező – modell alappillérei a döntéshozatalnak (hatalomnak) és felelősségnek az egészségügy szereplői közötti megosztása (azaz a többszereplős kormányzás modellje), és a szabályozott verseny mechanizmusain alapuló ösztönzés voltak. Ebben a modellben a kormányzat (Egészségügyi Minisztérium) elsősorban szabályozó szerepet tölt be, nem vesz részt közvetlenül az intézmények működtetésében és finanszírozásában. A döntések azon a szinten történnek, ahol azokhoz az információk leginkább rendelkezésre állnak. A kormányzati döntések a különböző érdekek egyeztetésén alapulnak, amihez szabályozott intézményi keretek és mechanizmusok állnak rendelkezésre. Ezeken a működési elveken alapulva indult el az 1990-es évek elején az egészségügy következő elemekből álló struktúrájának a kiépítése: a kötelező egészségbiztosítás (jelentős autonómiával rendelkező finanszírozó), ezáltal a finanszírozó és a szolgáltató szerepek szétválasztása; a vegyes tulajdoni viszonyok (önkormányzati tulajdon,

nonprofit intézmények, magánvállalkozások); a háziorvosi rendszer; a szolgáltatók (kórházak, rendelők stb.) közötti versenyt célzó új teljesítmény-finanszírozási módszerek; az önkéntes kiegészítő egészségbiztosítás különböző formái (önkéntes pénztárak és üzleti biztosítók által kínált konstrukciók); továbbá a betegjogok intézményesítése. Azonban az egészségügyi rendszer új intézményi kereteinek a kiépítése is ellentmondásosan indult: mire 1993-ban létrejött az Egészségbiztosítási Önkormányzat, a kormányon belül már elkezdődött az önkormányzati irányítás koncepciójának az átértékelése, elindultak az új intézmények gyengítését, felszámolását célzó törekvések is. Az egészségügyre fordított közkiadásokat tekintve pedig a vizsgált évtizedekben mindvégig fennmaradt az egészségügy alárendeltsége a rövid távú politikai és gazdasági érdekeknek.

A Fidesz-kormányok időszaka: radikális fordulat

A Fidesz 2010-es hatalomra kerülése után mélyreható változások következtek be a kormányzat alapvető nézeteiben, céljaiban és intézkedéseiben a gazdaságot, a társadalmi folyamatokat és az ország nemzetközi orientációját tekintve. A kormányzat szembefordult az EU alapvető politikai és társadalmi értékeivel, normáival, beleértve a politika, a piacgazdaság és a civil társadalom viszonyára vonatkozó elveket is. 2010 után minden más koordinációs mechanizmus alárendelődött a hatalmi-politikai integrációnak (Tölgyessy, 2017) amely szerint: *„a piac és a nyilvánosság alárendelt eszköz, hatalmi manipuláció tárgya. A jogalkotás pedig a politikai akarat puszta instrumentuma, a hatalom szolgálólánya*" (12). A kormány(fő) lépéseinek középpontjában a politikai és gazdasági hatalom koncentrációja és hosszú távú megtartásának érdekében a gazdaság és társadalmi alrendszerek minden szférájában (média, oktatás, kultúra, egészségügy stb.) a kormányzat által kontrollált struktúrák és a kormányzathoz közelálló, lojális új elit megteremtése állt.

Radikális fordulatot hajtott végre a jogállam alapjait jelentő intézményekben, a központi és területi közigazgatásban: felszámolta a fékek és ellensúlyok rendszerét,[75] drasztikus centralizációt valósított meg, felszámolta az autonómiákat – figyelmen kívül hagyva az egyes területek (oktatás, egészségügy stb.) szakmai sajátosságait. Radikálisan csökkent az önkormányzatoknak a közszolgáltatásokban betöltött szerepe, forrásai, mozgástere. Az egészségügyet tekintve, a kormány elvette az önkormányzatoktól a kórházakat és egyetlen országos irányító szervezet

75 Ennek főbb lépései, például: az Alaptörvény elfogadása, a médiahatóság függetlenségének felszámolása, a médiapiac koncentrálása, az Alkotmánybíróság és Állami Számvevőszék jogköreinek módosítása és élükre a kormányfőhöz lojális vezetők kinevezése stb. Azok az intézmények, amelyeknek a feladata a kormányzat működésének ellenőrzése lenne, a kormányzat kiszolgálójává váltak (Gadó et al., 2024).

alá centralizálta azokat – azaz a tulajdonviszonyok és az intézményirányítás irracionális mértékű centralizációját valósította meg. Gadó et al. (2024) szerint: *„[…] folyamatosan zajlott az autokratikus stabilizáció folyamata: a társadalmi élet legkülönbözőbb szféráinak – gazdaság, média, oktatás, tudomány stb. – uralmi alávetése […] a törvények primátusát felváltotta a politikai érdek primátusa a joguralommal szemben. A törvények általi kormányzást felváltotta a rendeleti kormányzás*[76]*”* (Gadó et al., 2024. ix). Kerekes (2024) hangsúlyozza, hogy *„A veszélyhelyzetre hivatkozó kormányrendeletek, amelyekkel alkotmányos jogokat szabályozó törvényeket lehet szabadon felülírni, jogokat korlátozni, a törvények mellett mintegy párhuzamos normákat képeznek. Az így előálló jogi káosz révén megszűnt a jogbiztonság”* (55).

Radikális fordulat következett be az egészségi állapot kockázati tényezői és az egészségegyenlőtlenségek szempontjából fontos szakpolitikákban (oktatás, szociálpolitika, környezetvédelem, egészségügy) is. A kormány megkérdőjelezte, elvetette a szociális védelemnek és a jóléti államnak az Európai Unióban domináns céljait, értékeit és meghirdette a munkaalapú társadalom ideológiáját (Ferge, 2017; Szikra, 2025). Ennek fő elemei, hogy a munkanélküli segélyt felváltotta a max. 3 hónapig tartó álláskeresési járadék (ami az EU-ban a legrövidebb), az aktív munkaerőpiaci programokat megszüntették. A jóléti rendszeren belül növekedett a pénzbeli ellátások és az adórendszer szerepe, a szociális szolgáltatásokra fordított kiadások aránya pedig csökkent. A pénzbeli ellátások az átlagnál jobban kereső munkavállalókat preferálják, és egyúttal kirekesztik vagy rosszabb helyzetbe hozták az alacsony jövedelmű társadalmi csoportokat. A családpolitika nem a hagyományos újraelosztáson, hanem az adórendszeren vagy hitelezési konstrukciókon keresztül valósítja meg a pénzbeli ellátások jelentős részét.

A konkrét intézkedésekben ez az ideológia, a családpolitika előtérbe állítása, továbbá a választások előtti „szavazatvásárlás” ötvöződött. Ezek következtében az adórendszer és a pénzbeli elosztások területén történt (2025-ben a következő évekre vonatkozóan elfogadott) változások részben inverz elosztást valósítanak meg a magasabb és az alacsonyabb jövedelműek között (pl. az egykulcsos adó és a többgyermekeseknek járó adóvisszatérítés a magasabb jövedelműeknek előnyös), részben szétzilálják az adórendszert és horizontálisan is indokolatlan különbségeket idéznek elő (pl. 2026 januárjától a 30 év alatti és 30 év feletti egygyermekes anyák között stb.). Ugyanakkor a szegény családokat sújtja, hogy a családi pótléknak 2008 óta változatlan a nominális értéke (a reálértéke pedig közel 50%-kal alacsonyabb volt 2025-ben). Mindezek következtében a piacgazdaság által generált egyenlőtlenségeket

76 Ennek megvalósítására a kormányfő a válsághelyzeteket (menekültválság, COVID-19 járvány, az Ukrajna elleni orosz agresszió) használta ki.

a magyarországi jóléti rendszer nem enyhíti, hanem számos aspektusában tovább fokozza.

Az Egyensúly Intézet (2021) szerint: *„A magyar közoktatás erősíti, ahelyett, hogy kiegyenlítené a társadalmi esélykülönbségeket; nem látja el a majdani munkavállalókat a munka világában való boldoguláshoz elengedhetetlen tudással és készségekkel; ahogy a tudatos állampolgári léthez elengedhetetlen képességekkel sem. […] önálló cselekvés helyett engedelmességre, kezdeményezőkészség helyett passzivitásra és beletörődésre neveljük gyermekeinket"* (6). Ezeket a több évtizedes problémákat tovább súlyosbította az oktatásirányítás 2010 utáni átalakítása. Miközben az oktatási rendszer irányításában az elmúlt fél évszázadban a domináns trend a kormányzás strukturális átalakulásának fő iránya a decentralizáció volt (Radó, 2010), Magyarországon az oktatásban is az irracionális mértékű centralizáció ment végbe. Az oktatási rendszer problémáinak egyik tényezője a pedagóguspálya alacsony presztízse és az ezzel összefüggő pedagógushiány, aminek a hátterében a jövedelmeknek más, felsőfokú végzettségű pályákétól való nagymértékű lemaradása áll. Nemzetközi összehasonlításban, az (adatot közlő 18) EU-országokban 2023-ban a tanárok keresete nálunk maradt el legjobban a felsőfokú végzettségűek átlagos keresetétől. Az általános és középiskolában dolgozó tanárok keresete 2023-ban a felsőfokú végzettségűek átlagos keresetének csupán 49%-át érte el, miközben az EU24-átlag 82% volt[77] (OECD, 2024, Figure D.3.1.).

Az előzőekben vázolt kormányzati prioritásoknak, politikai céloknak rendelődött alá az állami költségvetés allokációja is – aminek következtében az állami költségvetés szerkezete radikálisan átalakult és jelentősen eltér az EU14- és EU10-országok költségvetésének szerkezetétől is. Ennek a folyamatnak az egyik fő vesztese az egészségügy volt. A többi EU-országhoz és a korábbi magyarországi költségvetési szerkezethez képest is aránytalanul nagy hányada fordítódik az államigazgatásra és a gazdasági ügyekre, másrészt aránytalanul kis része az egészségügyre és a szociális kiadásokra (1.2. táblázat). Az egészségi állapotot és egészségügyi rendszert érő, korábban vázolt kihívásokra adott kormányzati válaszokra fordított pénzügyi erőforrások fő összetevői: az oktatási, egészségügyi és szociális (jóléti) kiadások. Ezek együttes aránya az állami költségvetésen belül 2010 és 2023 között 42%-ról 30%-ra csökkent. Ezzel szemben az EU27-átlag változatlan (42%) maradt.

A 2010-es évek elején az előzőekben vázolt politikai változásoknak rendelődött alá az egészségügyi szakigazgatás átalakítása is. A tényleges folyamatokat nem az egészségügyre vonatkozó szakmai koncepciók, hanem a kormányzat (kormányfő) hatalmi és gazdasági törekvései alakították. A hatalom koncentrációjának, a közigazgatás

77 *OECD Chart (Figure D3.1. Actual salaries of lower secondary teachers and school heads relative to earnings of tertiary-educated workers, 2023)*

1.2. táblázat: A kormányzati kiadások szerkezetének változása 2000 és 2023 között

	Magyarország				Szlovákia				EU27				HU-EU27		
	2000	2010	2019	2023	2000	2010	2019	2023	2000	2010	2019	2023	2010	2019	2023
százalék, Összes kormányzati kiadás =100															
Általános közszolgáltatások, védelem, közrend és közbiztonság	27,4	25,2	24,4	27,9	30,7	20,7	21,3	18,9	22,9	20,1	18,5	18,2	5,1	6,2	9,7
Gazdasági ügyek	13,7	12,0	18,5	18,6	18,0	11,4	12,2	15,4	10,3	11,3	10,1	11,8	0,7	6,7	6,8
Környezetvédelem, lakás- és településfejlesztési ügyek	3,2	2,5	3,2	4,5	4,6	3,7	3,1	3	3,4	3,1	2,9	4,1	-0,6	-0,9	0,4
Egészségügy	11,1	10,2	9,8	8,2	10,6	18,6	14,3	13,6	12,8	14,2	14,9	14,8	***-4,0***	***-5,0***	***-6,6***
Szabadidő, sport, kultúra és vallásügyek	2,8	3,6	6,5	5,2	2,1	3,2	2,8	2,4	2,4	2,5	2,5	2,4	1,1	4,1	2,8
Oktatás	11,2	11,2	10,2	10,6	7,1	10,7	10,9	10,3	10,1	9,9	10,0	9,6	1,3	0,6	1,0
Szociális védelem, kivéve nyugdíj	19,1	20,5	13,6	11,1		15,7	17,4	18,0		18,6	18,8	17,9	1,9	***-4,3***	***-6,8***
Nyugdíj	11,7	14,8	13,8	13,8		16,1	18,0	18,4		20,2	22,4	21,3	***-5,4***	***-7,5***	***-7,5***
Összesen	100	100	100	100		100	100	100		100	100	100			
Kormányzati kiadások a GDP százalékában															
Egészségügy	5,2	5,0	4,5	4,4	5,6	7,3	5,7	6,4	5,4	6,4	6,1	6,7	-1,4	-2,2	-2,3
Szociális védelem, kivéve nyugdíj	9,1	10	6,4	6,7		7,5	6,7	7,8		8,3	7,2	7,3	1,7	-0,9	-0,6

Forrás: Eurostat adatbázis: General government expenditure by function (COFOG)

centralizációjának részeként a kormány radikálisan felszámolta a rendszerváltozástól a 2000-es évek végéig fennálló egészségügyi makrostruktúrának az alappilléreit és meghatározó elemeit: a kötelező egészségbiztosítás jogi alapjait, önálló pénzügyi és intézményi kereteit, a kórházak relatív autonómiáját (a települési önkormányzatok tulajdonosi szerepét és a kórházvezetés alapvető döntési jogköreit), a betegjogi képviselet önálló intézményi kereteit. Ezek a változások nem csak az irányítási rendszernek, a finanszírozásnak és a kórházak működésének a szervezeti kereteit alakították át, hanem a döntéshozatali, működési mechanizmusokat, az ösztönzőrendszereket és az egész szervezeti kultúrát. Felszámolták az egészségügyön belül – a minisztérium, az OEP, az ÁNTSZ és a települési önkormányzatok között kialakított – „fékek és ellensúlyok" rendszerét, azaz az egészségügyön belüli hatalommegosztást. A többszereplős kormányzási modell megszüntetése visszatérést jelentett az állam mindenható (szabályozó, finanszírozó és szolgáltató) szerepéhez. Ennek messzemenő következményei lettek (vannak) az egészségügy szakmai és mikrostruktúrájára is. Továbbá ezzel a Fidesz-kormány letérítette a magyar egészségügyet a nyugat-európai rendszerekkel konform fejlődési pályáról. A folyamatok ellentmondásosságát mutatja, hogy egyes szakpolitikai kérdésekben – az EU-források megszerzése érdekében készültek az EU-elvárásoknak megfelelni kívánó stratégiák (pl. *Egészséges Magyarország 2021–2027*: az Egészségügyi ágazati stratégia, a Tartós ápolásra-gondozásra vonatkozó stratégia stb.) Ezek megvalósítása – az EU-források elmaradása után – alig vagy nem haladt előre.

A jogállam felszámolásának részét képezte a szakszervezetek, szakmai kamarák és a civil szervezetek gyengítése – azaz mindazoké az ágenseké, amelyek a társadalomnak az egészségüggyel (és a jóléti rendszer más összetevőivel) kapcsolatos elégedetlenségét is képviselni tudták volna.[78] Szikra (2025) szerint: *„[…] a szakszervezetek, a civil társadalom és a szakértők beleszólása minimálisra csökkent a jóléti rendszerrel kapcsolatos döntésekben is. A statáriális, hirtelen megoldások és az átláthatatlan döntéshozatali folyamatok, csakúgy mint a gyakori átszervezések, lehetetlenné teszik a tervek követését, megvitatását. […] a sérülékeny csoportok gyakorlatilag képviselet nélkül maradtak"* (Szikra, 2025. 137). Az egészségügy területén jellemző példa volt a feketeruhás nővér mozgalmának[79] lejáratása, 2024-ben pedig a kötelező orvoskamarai tagság

78 A szakszervezetek jogait korlátozó törvények (pl. sztrájkjog stb.) mellett a 2010-es évek elejétől a kormány sorozatos kampányokat indított mindazoknak a szervezeteknek (civilszervezetek, szakszervezetek, érdekvédelmi szervezetek, kamarák) a gyengítésére, hitelességének az aláásására, megfélemlítésére, amelyek kormánykritikus véleményeket fogalmaztak meg.

79 *A fekete ruhás nővér (Sándor Mária) 2015-ben az RTL Klub Házon kívül* című műsorában a ki nem fizetett túlórákra és a nővérek rossz anyagi és munkakörülményeire, valamint túlterheltségére hívta fel a figyelmet, és arra szólította fel a nővéreket, hogy egy megadott napon tiltakozásként fekete ruhában jelenjenek meg a munkahelyükön; majd több demonstrációt is szervezett.

megszüntetése, arra való reakcióként, hogy a MOK elnöksége kritikus véleményt fogalmazott meg az ügyeleti rendszer átszervezésével kapcsolatban.

A társadalmi tényezők hatása

A jól működő piacgazdaságnak, demokratikus politikai rendszernek, a jó teljesítményt nyújtó oktatási és egészségügyi rendszereknek a kiépítésében bekövetkezett kudarcnak – a kormányzatok és a hozzájuk kötődő politikai és gazdasági elitek meghatározó szerepe mellett – társadalmi tényezői is voltak. A középosztály polgárosulásának a gyengesége, a társadalom államfüggősége (Szalai, 2020), a szakszervezetek és civil társadalom intézményeinek a gyengesége, a szolidaritáshiány és a társadalomban domináns értékrendszer és attitűdök (Tóth, 2017) egymással összefüggő tényezői voltak[80] annak, hogy 2010 után az előbb vázolt változások komolyabb ellenállás nélkül végbemehettek. A TÁRKI 2009-ben végzett értékvizsgálata szerint a magyar társadalom erősen bizalomhiányos (mind más egyénekkel, mind az intézményekkel szemben); érzékeli és elítéli a korrupciót, de hajlamos az élet részének tekinteni; a gazdaságban való érvényesülés fő eszközének nem a teljesítményt tekinti, hanem a kiskapukat és a normaszegést; erősen államfüggő (jobban támogatja az állami megoldásokat, mint a piaci technikákat).[81] Ezzel szemben a fejlődéshez, a globális kihívásokhoz való sikeres alkalmazkodáshoz a nyitottság, a befogadás, a kreativitás, az innováció értékeinek a dominanciájára lenne szükség (Tóth, 2017).

Összefoglalva: *„A régiós összehasonlításban Magyarország […] kirívó példa, felzárkózási teljesítménye minden dimenzióban csalódást keltő. Esete jól illusztrálja Acemoglu–Robinson [2019] tézisét arról, hogy az állam korlátainak a lebontása ellehetetleníti a fenntartható fejlődést"*[82] (Győrffy, 2025. 137). A gazdaságpolitika

80 További politikai tényező volt az ellenzékbe kerülő pártok összeomlása, tartós támogatásvesztése.

81 Továbbá: *„A bizalomhiány, az igazságtalanságérzet, a szelektív normaértelmezés és a paternalizmus egészen biztosan jó terepet ad azoknak a politikusoknak, akik nem megszabadulni szeretnének ezektől az attitűdöktől, hanem használni azokat"* (Tóth, 2017. 43).

82 Acemoglu és Robinson (2012) szerint a nemzetek társadalmi-gazdasági jóléte vagy elszegényedése elsősorban az intézményi, hatalmi struktúráktól függ. Az „inkluzív" (bevonó) típusú politikai intézményrendszer a hatalom gyakorlását beépített fékekkel korlátok közé szorítja; továbbá jellemzően inkluzív gazdasági intézményrendszerrel jár együtt. Az „extraktív" (elvonó, kizsákmányoló) politikai rendszer megszünteti a pluralista politikai berendezkedést és a politikai hatalmat egy szűk elit gyakorolja; ez extraktív gazdasági intézményi rendszerrel párosul, ami elvonja az erőforrásokat a társadalomtól az elit egy szűk csoportja számára.

és a kormányzás hibái mellett a rendszerszintű korrupció[83] is alapvető tényezője annak, hogy Magyarországot az EU többi posztszocialista országához képest gyengébb felzárkózás vagy számos tekintetben a leszakadás jellemzi. A Korrupció Érzékelési Index esetében 180 ország rangsorában 2012-ben Magyarország a 46. helyen állt, 2024-ben pedig már a 82. helyen; az EU-országai között pedig az utolsó helyen (Transparency International Magyarország, 2024).

1.3.2. A kormányzatok válaszai az egészségegyenlőtlenségek kihívásaira

Az államszocialista időszakban (az 1960-as évek második felétől) a magyar népesség halálozási viszonyainak, várható élettartamának a nyugat-európai országokétól elkanyarodó, csak a szocialista országokra jellemző – abszolút értelemben véve is romló – trendje alakult ki (Józan, 1994; Orosz, 1990). Az 1980-as évek végén a kedvezőtlen egészségi állapot egyik összetevője az egészségi állapot társadalmi és területi egyenlőtlenségei voltak. A korábbiakban már szó volt róla, hogy a rendszerváltozás utáni évtizedekben az egyenlőtlenségek tovább növekedtek.

Az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentése olyan hosszú távú stratégiát, kormányzati ciklusokon átívelő közpolitikát igényelt volna, amely erősíti a társadalmi integrációt, csökkenti az esélyek egyenlőtlenségeit az oktatásban és a munkaerőpiacon. Továbbá olyan egészségpolitikai stratégiát, ami tudatosította volna a politikai elit, az egészségügyi szakma és a széles közvélemény körében az egészségegyenlőtlenségek problémáját; ösztönözte volna olyan multiszektoriális, ágazatközi együttműködések kialakulását, amelyek az egészségegyenlőtlenségek társadalmi meghatározóit befolyásolják; továbbá törekedett volna az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek csökkentésére.

Az előbb vázolt politikai, gazdasági és társadalmi folyamatok és az egészségügy szereplőinek az egészségegyenlőtlenségek iránti közönye következtében a valóságban ezzel éppen ellentétes folyamatok történtek. Az olyan hosszú távú, választási ciklusokon átívelő kormányzati stratégiát igénylő területeknek, mint a környezet állapota vagy a népegészségügy a kormányzatok tényleges tevékenységében, nem volt jelentőségük. Nem törekedtek olyan hosszabb távú jövőkép, stratégia

83 Transparency International Magyarország: *„A mélyrepülés másik oka a korrupció és az uralkodó elit által elfoglalt, kirekesztő intézményrendszer."* Ehhez a bázist az intézmények foglyul ejtése *(state capture)* szolgáltatja, ami már az elmúlt évtized közepére végbement. A cél a kormányzó elitnek, az oligarcháknak és a haveri, lojális köröknek a mértéktelen gazdagodása (Transparency, 2025. 38).

kialakítására, amit az egymás után következő kormányok a gyakorlatban követhettek volna. Ennek nem mond ellent, hogy a WHO és az EU követelményeinek való megfelelés miatt szinte minden kormányzati periódusban készültek hosszú távú népegészségügyi programok. Ezek azonban a kormányzatok gyakorlati tevékenységét nem vagy alig befolyásolták, a tényleges kormányzati cselekvést a legtöbb esetben ad-hoc döntések, kényszerek, vagy hagyományok alakították.

Ezek a programok önmagukban nem is lettek volna alkalmasak arra, hogy az alapját képezzék az egészségegyenlőtlenségeket csökkentő kormányzati cselekvésnek. Ugyanis, igaz, hogy a rendszerváltás óta elfogadott népegészségügyi programok céljai között szerepelt (a szükségesnél kisebb hangsúllyal) az egészségegyenlőtlenségek (többnyire csak a területi egyenlőtlenségek) csökkentése, de sem az okok elemzését, sem megfelelő multiszektoriális stratégiát, sem cselekvési tervet nem tartalmaztak (Gyebnár és Vokó, 2011). A népegészségügyi programok súlytalanságát jól mutatja, hogy vagy a kormányzati ciklusok végén készültek (pl. 1994 áprilisában és 1998 januárjában) vagy az elkészült stratégiákról hosszú ideig nem történt kormányzati döntés.[84] Az is jellemző, hogy az előző kormányzat által elfogadott programot a következő kormányzat nem vitte tovább, hanem „elfelejtette", és az esetleges módosítás helyett új önálló programot dolgozott ki (a kormányzati ciklus végére, ami hasonló sorsra jutott). Fontos megjegyezni, hogy a kormányok általában kétféle programot készítettnek az egészségügy területén: a kormányzati ciklus elején készült kormányprogramok egészségügyi fejezetét vagy önálló egészségügyi programot, amelyeknek a középpontjában a finanszírozás és az ellátórendszer kérdései álltak. Ettől különállóak voltak (és más időszakban készültek) a társadalom egészségi állapotával és a megelőzés különböző területeivel foglalkozó a népegészségügyi programok.

Az 1.3. táblázat összefoglalja a közpolitikák fő jellemzőit, problémáit az egészségegyenlőtlenségek nézőpontjából: az első oszlop egy optimális közpolitika lehetséges jellemzőit, a második oszlop pedig a magyarországi közpolitikák domináns jellemzőit vázolja.

84 Például, a BM Egészségügyi Államtitkárságának megbízásából a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete (NKE) 2023-ban elkészítette a *Nemzeti népegészségügyi programtervezet 2023–2033* javaslatot, ami felkerült a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ honlapjára, de még 2025 közepéig nem került a kormány napirendjére.

1.3. táblázat: A közpolitikáknak az egészségegyenlőtlenségek csökkentése szempontjából optimális és az elmúlt évtizedekben érvényesülő, tényleges jellemzői

Az egészségegyenlőtlenségek csökkentését célzó közpolitika követelményei, lehetséges összetevői	Az egészségegyenlőtlenségek szempontjából releváns magyar közpolitikák domináns vonásai
Az Európai Szociális Modell alapértékein (szolidaritás, demokrácia, egyenlőtlenségek csökkentése, emberi méltóság, társadalmi befogadás) nyugvó kormányzati közpolitika (koncepciók, jogszabályok és cselekvés).	1990 és 2010 között a kormányzati dokumentumok az Európai Szociális Modell elveit tükrözték. A gyakorlatban hiányzott a koherens stratégia, a sokszor kormányzati ciklusokon belül is ellentmondásos döntésekben a rövid távú szempontok dominálnak. 2010 után a Fidesz-kormány explicit módon szakított a jóléti állam európai modelljével és a munkaalapú társadalom ideológiáján alapulva korlátozta a jóléti rendszerekre fordított kiadásokat, másrészt a forráselosztást elsősorban politikai szempontok (köztük a közép- és felsőközéposztálybeli családok támogatása) és nem az egyenlőtlenségek csökkentése befolyásolták. Sőt a kormány jóléti intézkedései növelték az egyenlőtlenségeket.
Foglalkoztatás- és vállalkozásbarát, kiszámítható gazdaságpolitika.	A stop–go ciklusok: a választások előtt a leköszönő kormányok túlköltekeztek („szavazatvásárlási" céllal), amit a választások után költségvetési kiigazítások, megszorítások követtek.
Komplex programokon alapuló foglalkoztatáspolitika és gazdasági ösztönzők (különös tekintettel a fiatalokra, az alacsony iskolai végzettségűekre és a romákra).	Az 1990-es években a kormányzatok törekedtek az aktív munkaerőpiaci eszközök alkalmazására. A 2000-es években ezek szerepe jelentősen csökkent (Frey, 2008). 2010 után a foglalkoztatáspolitika egyoldalúan a közmunkarendszereket részesítette előnyben a komplex foglalkoztatáspolitikai programok helyett. Ugyanakkor 2016-tól már jelentősen csökkent a közfoglalkoztatottak száma.
Olyan adózás és szociális juttatások, amelyek hozzájárulhatnak a jövedelmi egyenlőtlenségek csökkentéséhez. A társadalom leghátrányosabb helyzetű csoportjaira fókuszáló szociálpolitikai programok.	A 1990-es és 2000-es években a kormányzati célokban a progresszív adórendszer és a célzott szociális juttatások szerepeltek; azonban a hatásukat jelentősen torzították az adóelkerülés változatos formái és a fekete- és szürkegazdaság. 2010 után az egykulcsos jövedelemadó és a jóléti rendszer „fordított újraelosztást" valósít meg.
Az alapkészségek fejlesztésére és az egyenlőtlenségek mérséklésére összpontosító közoktatás. Stratégia az oktatási rendszernek a társadalmi egyenlőtlenségeket növelő jellemzői csökkentésére.	A magyar oktatási rendszer (az EU-ban a legnagyobb mértékben) tovább erősíti a gyermekek családi hátteréből adódó szociális hátrányokat.

A leghátrányosabb helyzetű kistérségek helyzetének javítása komplex foglalkoztatási, lakhatási, oktatási és egészségügyi programokkal. Ezek a programok a romák helyzetén is javíthatnának.	2002 után az EU-s pénzek megjelenésével növekedtek a romák helyzetének javítására fordítható források és programok. A források felhasználásának (sokszor korrupcióval terhelt) problémái is hozzájárultak, hogy a romák társadalmi esélyei nem javultak, számos területen romlottak (Farkas, 2017). 2010 után fokozottan érvényesült a közforrások önkormányzatok közötti elosztásának átláthatatlansága és a politikai szempontok érvényesülése.
A gyermekszegénység csökkentését és az érintett gyermekek befogadását célzó integrált kezdeményezések; a korai fejlesztési programokhoz való hozzáférés javítása, a gyermekjóléti és családsegítő szolgáltatások megerősítése a mélyszegénységgel jellemzett településeken.	A 2000-es évek elején a családi pótlék szerepének (összegének) növelése a gyermekszegénység elleni politikában. A „Legyen jobb a gyermekeknek!" Nemzeti Stratégia (2007–2032)[85]. A végrehajtása már 2008-tól háttérbe szorult. 2010 után a gyermekszegénység lekerült a kormányzat napirendjéről. A családpolitika eszközei a magasabb jövedelműeket preferálják; a családi pótlék összege 2008 óta változatlan.
A közfinanszírozott egészségügyi rendszerben a szükségletekhez igazodó forráselosztás; az ellátáshoz való hozzáférésben és a szolgáltatások minőségében tapasztalható szélsőséges különbségek csökkentése. A társadalom minden csoportját, különösen a leghátrányosabb helyzetű csoportokat elérő és hatékony egészségfejlesztő és prevenciós szolgáltatások.	Az egészségügyi kiadások részesedésének csökkentése a kormányzati kiadásokból (szemben a domináns EU-trenddel). Az egyenlőtlenségek csökkentése nem szerepel a kormányzat napirendjén. Hatékony egészségfejlesztési és prevenciós stratégia és tevékenység hiánya
Az eredményes (a fenti célok érdekében dolgozó) kormányzás működésének alapelvei: átláthatóság, elszámoltathatóság, részvétel, integritás[86] és kapacitás (Greer, 2019)	A 1990-es és 2000-es évtizedben a kormányzati egészségpolitikai elképzeléseket vitára bocsátották; azonban a politikai árkok mélyülésével erodálódott a nyitottság a szakmai ellenvélemények mérlegelésére. 2010 után: A kormányzati működésre a transzparencia hiánya, a döntéshozatali folyamatok átláthatatlansága, a dialógus, érdekegyeztetés hiánya, a kormányzaton kívüli vélemények, javaslatok elutasítása jellemző.

Megjegyzés: Orosz és Kollányi, 2014 tanulmányban szereplő táblázat kiegészített változata.

85 47/2007. (V. 31.) OGY-határozat

86 A szervezeteknek és a munkaköröknek világos definíciói vannak; az eljárások, döntéshozatali mechanizmusok szabályozottak és egyértelműek.

Az egészségügyi rendszer egyenlőtlenségei

Az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek a mérsékléséhez az egészségpolitika közvetlenül az egészségügyi kapacitások szükségletekhez igazodó allokálásával (a pénzügyi és humán erőforrásokban, infrastruktúrában meglévő területi egyenlőtlenségek és szakmai aránytalanságok mérséklésével), valamint az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés biztosításával (illetve a hozzáférés pénzügyi, területi és kulturális akadályainak a mérséklésével) tud hozzájárulni. Összefoglalóan megállapítható, hogy az egészségügyi rendszer egyenlőtlenségeit tekintve, a kormányprogramok általában deklarálták az ellátáshoz való egyenlő hozzáférést, mint az egészségpolitika egyik alapvető célját; továbbá az egészségügyi kapacitások területi egyenlőtlenségeinek a csökkentését. Ezek a deklarációk a kormányzati cselekvést azonban kevéssé befolyásolták – azaz a kormányzatok a tényleges tevékenységükben lényegében ignorálták az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeit. Alapvető probléma, hogy megfelelő indikátorrendszer és rendszeres elemzések hiányában nincs megfelelő képünk az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeiről. A statisztikákban szereplő adatok (pl. 1000 lakosra jutó orvosok számában és az 1000 lakosra jutó kórházi ágyak számában mutatkozó megyék közötti különbségek nem mutatják a területi egyenlőtlenségek kritikus pontjait (pl. a high-tech kapacitásokban meglévő területi különbségek).

Nem csak a politikai és gazdasági elit volt közömbös a társadalmi egyenlőtlenségek, így az oktatásban, egészségügyben mutatkozó egyenlőtlenségek iránt. Nem volt olyan szakmai vagy társadalmi ágens, amely az egészségegyenlőtlenség problémát a politika napirendjére kívánta volna tűzni. Az orvosok, az egészségügyi dolgozók jelentős része relatív vesztese volt a piacgazdasági átalakulásnak: az 1990-es évtizedben a hivatalos egészségügyi jövedelmek leszakadása következett be nemcsak a piaci bérekhez viszonyítva, hanem még az állami szektoron belül is. (A hálapénz pedig valószínűleg az orvosoknak csak a kisebb részénél kompenzálta ezt.) Ez a társadalmi feszültség az orvosoknak a követendő egészségpolitikára vonatkozó nézeteit, attitűdjét is alapvetően befolyásolta: az orvosok/egészségügyi dolgozók számára az elsődleges cél a saját jövedelmi helyzetük javítása volt, a lakosság egészségi állapotának javítása (beleértve az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentését) nem kapott megfelelő figyelmet az orvosok többségétől. Ezt az attitűdöt erősítette az egészségügyi szolgáltatások piaci szektorának az erősödése is. A népegészségügyi szakembereknek (akik „hivatalból" foglalkoznak a lakosság egészségi állapotával, egészségvédelemmel) a presztízse, egészségpolitikaformáló súlya, továbbá a közgondolkodásra való befolyása pedig már az 1980-as években jelentősen csökkent, az 1990-es évektől pedig ez a tendencia tovább folytatódott. A társadalmat, a betegeket (illetve potenciális betegeket) pedig elsősorban az ellátórendszer problémái, az ellátáshoz való hozzáférés kérdései foglalkoztatták. Ugyanez igaz a közvéleményt

megjelenítő médiára is. Így a kormányzatra nem nehezedett arra irányuló szakmai és társadalmi nyomás, hogy az egészségegyenlőtlenségek csökkentését célzó hosszú távú stratégiát alakítson ki.

1.3.3. A kormányzatok válaszai az idősödés kihívásaira

A közpolitikák számára a társadalmak idősödéséből eredő legfontosabb kihívások: az aktív időskor és önálló életvitel elősegítése; a krónikus betegségek megelőzése vagy minél későbbi életkorban való megjelenésének elősegítése; a krónikus betegségek (beleértve a demencia) adekvát menedzselése (szűrés, korai diagnózis, kezelés, gondozás); és a jó minőségű tartós ápoláshoz való hozzáférés biztosítása. A kormányzatok válaszait ezekre a kihívásokra – az 1.3.1 alfejezetben vázolt politikai prioritás és forráshiány mellett – az egészségügyi és szociális szektoron belül is több tényező motiválta: a kórházi ellátás problémáinak a kiéleződése, a munkaerőhiány, az EU-nak (a pénzügyi forrásokhoz való hozzáféréshez is kötődő) szakmai elvárásai, a piaci szektor szereplőinek kezdeményezései és az egészségügyi és szociális szakembereknek egyes részterületekre vonatkozó szakmai elképzelései. Kormányzati periódusonként és ellátási formánként is eltérő volt, hogy ezeknek a tényezőknek milyen kombinációja érvényesült, illetve melyik volt a domináns tényező. A szükségletek és a szolgáltatások elérhetősége, kapacitásai közötti szakadékra vonatkozó hazai és nemzetközi adatok és elemzések azt mutatják, hogy a magyar kormányok nem tudtak megfelelő választ adni az idősödésből eredő kihívásokra. A kormányzati lépések részlegesek, hiányosak és ellentmondásosak voltak. A „kormányzati kudarc" jellemző példája, hogy az 1990-es évek eleje óta minden kormány által megfogalmazott probléma, nevezetesen a szociális és egészségügyi szektor közötti koordináció hiánya, elégtelensége több mint három évtized után is az egyik legfontosabb probléma. Az alábbiakban csak a legfontosabb kormányzati stratégiák és intézkedések főbb jellemzőit vázolom.[87]

Kormányzati stratégiák

A 2000-es évek második felében a magyar kormány – szakértők széles körű bevonásával – kidolgozta a 2034-ig szóló Idősügyi Nemzeti Stratégiát (INS), amit az Országgyűlés 2009 végén fogadott el,[88] és (papíron) jelenleg is érvényben van. Az INS két ütemterv kidolgozását irányozta elő: az I. ütemterv 2010–2022-ig, a II. ütemterv

87 Az alfejezetnek nem célja, hogy részletes képet adjon az időskorúak szociális és egészségügyi problémáinak és ellátásának a helyzetéről.

88 81/2009. (X. 2.) OGY-határozat

pedig 2023–2034-ig szólt volna. Az INS szemléletében, koncepciójában, céljaiban kompatibilis volt a 2000-es évek elejétől a nemzetközi szervezetek (EU, WHO, OECD) tevékenységében, ajánlásaiban előtérbe került *Active and healthy aging* koncepcióval. A dokumentum helyzetelemzése hangsúlyozta: *„Az aktív idősödés eszménye – Magyarországon hiánycikk."* A változtatás érdekében a stratégia prioritásai a következők voltak: elősegíteni az idősödő és idős emberek aktivitását (munkaerőpiacon maradását stb.) és függetlenségét, társadalmi presztízsét; a biztonság és megfelelő életminőség megőrzését; a betegségek kockázatának alacsony szinten tartását, az emberi méltóság megőrzését és a funkcionális önállóság megőrzését; továbbá a társadalmi, kulturális, civil életben való aktív részvételt. Még a 2010-es kormányváltás előtt, a Bajnai-kormány elfogadta a 2010–2012-re szóló, rövid távú cselekvési tervet[89], amit már nem követett sem annak monitorozása, sem az INS-ben előirányzott ütemtervek kidolgozása.

Az Orbán-kormány „elfeledkezett" az INS-ről, a napirendjére nem került fel az aktív idősödés komplex problémája. A 2011-ben elfogadott Semmelweis Tervben csak az intézményrendszer problémái szerepeltek, hiányzott a szükségletorientált megközelítés. A fő hangsúlyt az kapta, hogy a kórházi kapacitásokat jelentős mértékben csak szociális ellátást igénylő betegek kötik le. Az alapellátás fejlesztésére vonatkozó programtervben pedig szerepelt a háziorvosi csoportpraxisok kialakítása és a háziorvosi ellátás, a házi szakápolás és szociális szolgáltatások közötti együttműködés erősítése. A csoportpraxisok kialakítására gyakorlati lépések csak egy évtizeddel később történtek, a szociális ellátással való koordináció pedig elmaradt.

A 2022. évi L. törvény Magyarország biztonságát szolgáló egyes törvények módosításáról a jogszabályokban is rögzítette a kormányzatnak az állam szerepére vonatkozó (2010-től kibontakozó), a korábbi kormányokétól (és a 2010 előtti Alkotmánytól) jelentősen eltérő koncepcióját (és gyakorlatát). A tv. újraszabályozta a szociális felelősség sorrendjét: ha az egyén nem képes önmagáról gondoskodni, akkor a hozzátartozók kötelesek segíteni, majd a települési önkormányzatok és legvégén következik csak az állam felelőssége.

Az EMMI 2021-ben adta közre a *Tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia 2030*[90] dokumentumot, aminek a BM által 2024-ben kiegészített változatát 2025 januárjában fogadta el a kormány. A stratégia kidolgozásának az alapvető motiválója az EU-s forrásokhoz való hozzájutás szándéka volt. A stratégia számos elemét tekintve jelentős előrelépést jelent (pl. a részletes helyzetelemzés, az ellátási

89 087/2010. (IV. 9.) Korm. határozat

90 https://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/ossze_kell_hangolni_a_szocialis_es_egeszsegugyi_ellatast (2021. 12. 23).

formák és azokat nyújtó intézmények világos elhatárolása és a különböző ellátási formák fejlesztésére vonatkozó célkitűzések stb.). A stratégia azonban nem tartalmaz a megvalósítást orientáló részletes, konkrét cselekvési tervet, felelősöket, határidőket.[91] Például a *4.3. Intézményrendszer és a szolgáltatások fejlesztése* fejezet célként fogalmazza meg a nappali intézmények kapacitásának a növelését (szerepelnek benne a jelenlegi kapacitási adatok), arra vonatkozó számokat azonban nem tartalmaz, hogy mennyivel kellene növelni az egyes ellátási formák kapacitásait (pl. a demenciával élők nappali ellátásának a férőhelyeit stb.). További probléma, hogy a stratégiában dominál az intézménycentrikus megközelítés és csak kevéssé szerepel benne az időskorúak szükségleteiből kiinduló szükségletorientált megközelítés. Ennek következtében nem foglalkozik számos fontos szakmai kérdéssel: pl. a geriátriai ellátás megoldatlanságával, a minőségbiztosítás kérdéseivel stb.

Tényleges folyamatok

Az aktív idősödés támogatása komplex probléma, számos összetevője van, továbbá nemcsak kormányzati beavatkozásokat, hanem az önkormányzatok és civil szervezetek tevékenységét, társadalmi méretű szemléletváltozást (beleértve az érintett egyének és szűkebb környezetüket) igényel. A kormányzati beavatkozás ösztönzőket, pénzügyi forrásokat nyújthat, vagy épp ellenkezően, a civil szféra és önkormányzatok szerepének az általános korlátozásával, nehezítésével erre a területre is kihathat. 2010 után épp ez utóbbi jellemző a magyarországi viszonyokra.

A *United Nations Economic Commission for Europe* (UNECE) által kidolgozott Aktív Idősödés Indexe (AAI) az országok teljesítményét 4 fő összetevőben méri: foglalkoztatottság; társadalmi részvétel/aktivitás (beleértve: a családi kapcsolatokat is); önálló, egészséges és biztonságos életvitel feltételei és képessége; az aktív idősödést támogató környezet és egyéni képességek. Az UNECE 2018-as 2008 és 2016 közötti időszakra vonatkozó jelentése szerint az összesített AAI-értéke 2008-ban Magyarországon volt a legalacsonyabb az EU-ban. Az ország relatív helyzete – a foglalkoztatásban történt jelentős javulás következtében kismértékben javult – és 2016-ban az EU-országok (az akkori EU28) rangsorában a 25. helyre került (megelőzve Görögországot, Romániát és Horvátországot). Az összesített AAI javulása mögött ellentétes folyamatok láthatók: az időskorúak foglalkoztatása nálunk javult a legnagyobb mértékben (részben a munkaerőhiány miatt tett kormányzati ösztönző intézkedéseknek, részben a korai/korkedvezményes nyugdíjazási lehetőségeknek

91 A pénzügyi terv tartalmazza az egyes komponensek forrásigényét, de az „Intézményrendszer és a szolgáltatások fejlesztése" komponensben szereplő19 konkrét feladat közül csak kettő esetében szerepel a fejlesztés mértékére vonatkozó konkrét adat.

a megszüntetése (2012-ben), továbbá az ekkor már folyamatban lévő nyugdíjkorhatár-emelésnek a következtében. Az „idősödést támogató környezet és az egyének képességei" komponensben szintén javult a relatív helyzetünk. Ugyanakkor a társadalmi részvétel helyzete és az önálló, egészséges és biztonságos életvitel helyzete[92] romlott és a romlás mértéke nálunk volt a legnagyobb. Ezekben a komponensekben az utolsó helyet foglaltuk el Európában. Ez utóbbi adatok egyik (de nem kizárólagos) oka, hogy hiányzik az időskorúak komplex igényeinek megfelelni akaró kormányzati cselekvés (az INS megvalósítására irányuló kormányzati szándék).

A tartós ápolás-gondozást (LTC) tekintve, optimális esetben a kormányzati lépések törekszenek rá, hogy összeegyeztessenek két megközelítést: az időskorúak szociális és egészségügyi szolgáltatások iránti szükségleteinek a kielégítését és az ellátórendszer problémáinak a kezelését. A szükségletorientált személet az időskorúak állapotából, szükségleteiből, azok hosszabb távon várható változásából kiindulva határozza meg, hogy a krónikus betegségek és/vagy a fizikai és kognitív képességek csökkenésének különböző szintjén az ellátások milyen kombinációjára lehet szükség és ez a különböző szakemberek és intézmények milyen együttműködését, az ellátások milyen koordinációját igényli. Az intézménycentrikus megközelítés egy adott intézmény (pl. kórházak) egy adott időpontban meglévő problémáinak a megoldására koncentrál; és csak ebből a nézőpontból foglalkozik a különböző intézmények közötti koordináció kérdésével.

A szociális szektort tekintve, a kormányzatok prioritásai között nem szerepelt sem a (személyes gondoskodást nyújtó) szociális szolgáltatások egésze, sem az időskorúak szükségleteinek a kielégítése. A korábbi évtizedekre (a szociális szolgáltatások egészére és a tartós gondozás-ápolás területére is) jellemző alapvető problémák a 2010 utáni időszakban tovább mélyültek: a hosszú távú stratégia hiánya, a forráshiány, a pénzügyi források elosztásának az anomáliái, a szakemberhiány és a szakmai irányítás zavarai. A szolgáltatások lefedettsége sok területen hiányos, a kapacitások elosztása egyenetlen, az ellátórendszerben a kliensutak tisztázatlanok (Meleg, 2025). Az egészségügy területén az 1990-es évek elején fontos lépés volt a házi szakápolás kiépülése és a tb-finanszírozásba való befogadása. Ez nem a kormányzat kezdeményezésének, hanem a piaci szereplők törekvéseinek volt köszönhető.[93] 2019-ben az egészségbiztosításnak a házi szakápolásra fordított kiadásainak 87,5%-át magánvállalkozások által nyújtott szolgáltatások tették ki.

92 A társadalmi részvétel 5 országban, az önálló, egészséges és biztonságos életvitel pedig 6 országban romlott az EU-ban.

93 Az 1990-es évek elején a piaci szereplők profitábilis ágazatnak látták az időskorúak szükségleteinek kielégítését szolgáló szolgáltatások (házi szakápolás) és intézmények (pl. idősek otthona) létesítését.

Mind a finanszírozásnak, mind a szolgáltatásnyújtásnak alapvető problémája – a forrás és szakemberhiány mellett – a szociális és egészségügyi ágazat közötti koordináció, integráció hiánya, elégtelensége. Már a rendszerváltáskor készült koncepciókban szerepelt, hogy az időskorúak komplex egészségügyi (ápolási) és szociális szükségletei a szociális és egészségügyi ágazatok közötti koordinációt igényelné. Ezt a problémát a kormányzatoknak azonban több mint három évtized alatt nem sikerült megoldaniuk. A németországi tapasztalatok által inspirálva többször felmerült az ápolásbiztosítás gondolata is; szakértői anyagok is készültek, de nem kerültek a kormányzatok napirendjére. A koordináció megoldatlanságának az okai sokrétűek: irányítási, intézményi, finanszírozási, munkaerő és kulturális (attitűdbeli) összetevői is vannak.

A tartós ápolás kérdése 2016-ban került újra a kormányzat napirendjére.[94] A kormányzat a fő problémának azt tekintette, hogy az aktív kórházi ágyakon sokszor csak ápolást igénylő betegek voltak; ebből kiindulva a fő cél az volt, hogy a kórházi osztályok helyett a szociális szektorban ápolási otthonokba/szakápolási otthonokba kerüljenek ezek az időskorúak. A kormányzati intézkedés azonban leszűkült a krónikus kórházi osztályokon fizetendő térítési díj bevezetésére (amivel a szociális otthonok választását törekedtek ösztönözni).

A *Tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia 2030* megvalósítása érdekében eddig egy lényeges kormányzati lépés történt: a szakápolási központok kialakításának megkezdése. (Ez olyan idősek otthona, amelyik szakápolást is nyújt.) 2023-ban indult el az a folyamat, hogy a szakápolási központok átveszik az állami fenntartású kórházaktól azokat az időseket, akik csak tartós ápolást-gondozást igényelnek; vagy azok a kórházi osztályok, amelyek korábban tartós ápolást-gondozást végeztek szakápolási központtá alakulnak (a szociális ágazat részeként). Ez azonban jelentheti azt is, hogy a betegek a kórházból nem költöznek át egy másik épületbe, idősotthoni környezetbe, hanem csak szervezetileg a kórházaktól a szakápolási központokhoz kerülnek. A kórházi környezet pedig valószínű, hogy nem tudja kielégíteni a szakápolási központra vonatkozó szakmai követelményeket.

Jelenleg az időskorúak ellátását végző szolgáltatások minden formája jelentősen elmarad a szükségletektől. *Az EU Social Protection Committee* elemzése szerint a magyarországi *„[…] hosszú távú gondozási rendszer (LTC) fő kihívása a kielégítetlen szükségletek – azaz az időskori életminőség –, nem pedig a pénzügyi fenntarthatóság. […] a LTC-rendszer továbbra is intézményközpontú. A bentlakásos gondozásra*

94 Az akkori egészségügyi államtitkár a krónikus ellátásban történő paradigmaváltást hangsúlyozott. https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/__most_van_lehetoseg_a_kronikus_ellatasban_paradigmavaltasra (2016. 04. 22).

fordított kiadások aránya a LTC-re fordított közkiadásokon belül 74%, az egyik legmagasabb arány az Európai Unióban. Az időskori LTC iránti igények egyenlőtlenül oszlanak meg. Átlagosan egy felsőfokú végzettséggel rendelkező személy több mint egy évtizeddel később válik gondozásra szorulóvá, mint egy azonos korú, legfeljebb alsó középfokú végzettséggel rendelkező személy" (European Commission, 2022b. 256).

Az EU-SILC 2019-es felmérésben a 65 éves és idősebb válaszadók 24,7%-a számolt be nehézségekről az önellátásban vagy a háztartási tevékenységekben. Ez kb. 452 ezer főt jelentett. Ezzel szemben 2018-ban összesen 328 500 ember részesült valamilyen formában állami tartós gondozási szolgáltatásban, minden szolgáltatástípust együttesen (beleértve az otthoni gondozás különböző formáiban fennálló esetleges átfedéseket is) a következő bontásban: körülbelül 84 ezer otthoni gondozásban, 142 ezer szociális étkeztetésben, 20 ezer riasztórendszeren alapuló otthoni segítségnyújtásban, 32 ezer nappali ellátásban és 50 500 bentlakásos otthonban. (European Commission, 2022b. 261). Azonban az átfedések miatt a szolgáltatásban részesülők száma ennél kisebb lehet. A valós kielégítetlen gondozási igények meghatározása komplexebb felmérést igényelne.

A szakemberek és a kormányzati stratégia szerint is a tartós ápolás-gondozás területén az egyik legjelentősebb probléma a munkaerőhiány. Ennek mértékére azonban nem érhetők el adatok. A kormányzati stratégia is csak a foglalkoztatottak számára közöl adatok, de arra nem szolgáltat információt, hogy egyrészt mekkora a betöltetlen álláshelyek száma, továbbá, hogy – a tervezett fejlesztéseket is figyelembe véve – mennyivel több szakemberre lenne szükség.

1.3.4. A magyar egészségpolitika és egészségügyi rendszer alkalmazkodása a technológiai kihívásokhoz

A rendszerváltozás óta eltelt évtizedekben jelentősen javult a magyar egészségügyi ellátórendszer technológiai színvonala: az innovatív gyógyszerek, a modern berendezések, diagnosztikai és gyógyító eljárások jelen vannak a magyar egészségügyben.[95] Arról azonban – megfelelő indikátorrendszer és azon alapuló elemzések hiányában – nincs megbízható képünk, hogy a modern orvostechnológiához való hozzáférésben, a technológia adekvát alkalmazásában mekkorák a különbségek az

95 A fejezet csak az egészségügyi szolgáltató rendszer technológiai színvonalával foglalkozik. Az egészségügyi technológiai fejlesztések magyarországi helyzetével és a magyarországi egészségiparral (gyógyszergyártás, gyógynövényipar, orvostechnikai eszközök fejlesztése, nano- és biotechnológiai kutatások, egészségügyi IT-technológia stb.) kapcsolatos kérdések nem tartoznak a fejezet és a könyv témakörébe.

egyes ellátási területek és az egyes intézmények között.[96] A technológiai modernizációt a piacgazdaságra való áttérés tette lehetővé, a hajtóereje pedig a multinacionális piaci szereplők (gyógyszergyártók, egészségügyi berendezések gyártói és forgalmazói, továbbá a multinacionális egészségügyi magánszolgáltatók stb.) és az orvosszakma voltak. 1991-ben az importkorlátozások általános feloldásával radikálisan megváltozott a magyarországi gyógyszerpiac: egy csapásra szabad gyógyszerpiac keletkezett. Ezt jelzi, hogy 1990-ben csak 1223 gyógyszerkészítmény volt forgalomban, 1994-ben már 3449 (GVH, 2003). Az egészségügy technológiai modernizációjához, beleértve a digitalizációt is jelentősen hozzájárultak az EU-s források is. (Ezzel a 10. és 11. fejezetek részletesebben foglalkoznak.)

Az elmúlt évtizedekben – hasonlóan a gazdaság és társadalom szinte minden területéhez –látványos változások következtek be az egészségügy területén is a digitalizációban: elsősorban a betegek és egészségügyi dolgozók információszerzésének és alkalmazásának a módjában és a betegellátásban alkalmazott technológiákban (beleértve a dokumentációs és szervezési eljárásokat is).

Az 1990-es években a digitalizáció fő területei a képalkotó rendszerek (CT, MRI, digitális röntgen és ultrahang), a labordiagnosztika és (elsősorban a sürgősségi és intenzív ellátásban) a betegmonitorozó rendszerek, továbbá a kórházi informatikai rendszerek kiépítése jelentette. Ezt követte a – mind az orvosok, mind a betegek által használt – mobil és hordozható eszközök terjedése. Az elmúlt évtizedben pedig a telemedicina és távkonzultáció, valamint az ellátás szervezésében (e-recept, időpontfoglalás) is jelentős volt a fejlődés. A mesterséges intelligenciának (MI) a betegellátásban való alkalmazásával kapcsolatban számos fejlesztés van folyamatban,[97] de a mindennapi betegellátásban jelenleg még csak néhány területen és többnyire kísérleti jelleggel alkalmazzák az egyetemeken és néhány magánvállalkozás esetében.

Az elmúlt évtized egyik legfontosabb innovációja az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) és ennek részeként az E-recept és az Egészség Ablak alkalmazás kialakítása volt. Az EESZT – a jelenlegi problémái ellenére – minőségi változást hozott a betegek, az orvosok és az egészségügyi irányítás számára is az információszerzés lehetőségének a szempontjából. A lehetőségek kihasználása érdekében a kormányzati célok között szerepelt az EESZT adatok összekötése a kórházak adatbázisával és a NEAK finanszírozási adataival (Fadgyas-Freyler, 2024). Az Egészségvonal honlap (egeszsegvonal.gov.hu) létrehozása pedig segíti az állampolgárokat

96 A MÉRTÉK (2017) adatai szerint például 2015-ben 6-7-szeres különbség volt a megyék között a 10 ezer lakosra jutó MRI-óraszám-kapacitásokban.

97 A Mesterséges Intelligencia Nemzeti Labor fejlesztéseinek egyik kiemelt területét az orvosi és egészségügyi alkalmazások jelentik.

az ellátórendszerre és a betegségekre (valamint azok kezelésére) vonatkozó információk elérésében.

Az a terület, ahol a legkevésbé látható a digitalizáció pozitív hatása: az egészségügyi kormányzat szabályozó és irányító tevékenysége. A magyarországi egészségügyi adatvagyon – elsősorban a finanszírozási és kórházi adatbázisok – lehetőséget adna az egészségügyi rendszer folyamatainak, teljesítményének a monitorozására, értékelésére, az ellátórendszer átalakítására vonatkozó döntések megalapozására és a változtatások hatásainak az elemzésére. Ennek alapvető elemét jelentené az ellátórendszer egyes főbb területeire, a főbb népegészségügyi problémák (pl. daganatos betegségek) ellátására és az egészségügyi rendszer teljesítményének egyes összetevőire (pl. hozzáférés, technikai hatékonyság stb.) vonatkozó indikátorok és elemzések készítésére és közzétételére. Ehhez 1993 óta rendelkezésre áll a finanszírozási adatbázis, amelyet a teljesítményfinanszírozás (HBCS- és járóbeteg-pontrendszer módszerek alapján történő finanszírozás) bevezetése és működtetése érdekében alakítottak ki. A magyar egészségügyi irányításnak ezen a téren való óriási lemaradását[98] jól mutatja például, ha összehasonlítjuk az angol NHS honlapján elérhető statisztikai információkat[99] az Országos Kórházi Főigazgatóság honlapján elérhető információval.[100]

Szisztematikus adatok és elemzések hiánya miatt nem tudunk átfogó képet alkotni arra vonatkozóan, hogy az egészségügyi rendszer egészének technológiai színvonalát tekintve hogyan alakult, illetve jelenleg milyen a relatív helyzetünk a fejlett EU-országokhoz vagy a többi posztszocialista EU-országhoz képest. Továbbá hiányoznak az arra vonatkozó információk is, hogy Magyarországon belül az egyes régiók és intézmények között milyen különbségek vannak a technológiai színvonalban. Néhány fontos indikátor arra ad csak lehetőséget, hogy bizonyos jellemzőket valószínűsítsünk.

A kezelhető halálozás[101] alakulása az egészségügyi rendszer teljesítményének átfogó mutatója, amit egyrészt a pénzügyi források nagysága, másrészt az erőforrások

98 Az elmúlt évtizedekben két kezdeményezés is történt a teljesítmény-indikátorrendszer kialakítására: 2008-ban az Egészségbiztosítási Felügyelet által kidolgozott kórházi indikátorrendszer, majd a 2014-ben indult, a teljesítményértékelési rendszer kialakítását célzó projekt keretében (2017-ben megjelent *A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelési jelentése 2013–15* dokumentum). A 10. fejezet bemutatja, hogy az egészségügyi irányítás miért állította le ezeket a kezdeményezéseket.

99 https://www.england.nhs.uk/ourwork/ és https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/

100 https://okfo.gov.hu/Szakmai_informaciok

101 A kezelhető okok miatti halálozás az elkerülhető halálozás egyik összetevője, azokat a halálokokat veszi figyelembe, amelyek esetében optimálisan működő ellátással, időben elérhető, adekvát terápiával elkerülhető a korai halálozás. A nemzetközi statisztikák jelenleg a 75 évesnél fiatalabbak halálozását tekintik korainak. (Az elkerülhető halálozás másik komponense a megelőzhető

felhasználásának a módja befolyásol. Mindkettő kapcsolatban van az ellátás technológiai színvonalával – így a kezelhető halálozás az egészségügynek a szélesebb értelemben vett technológiai színvonalát is tükrözi.[102] 2002-ben a magyarországi kezelhető halálozás 2,2-szerese volt az EU14-átlagnak, 2022-ben pedig már 2,7-szerese (2.5. táblázat). Az elmúlt évtizedekben az egészségügyi technológiai fejlődés egyik legfontosabb területe a szív- és érrendszeri betegségek voltak – az ezekből eredő elkerülhető halálozás nálunk is javult, de lényegesen kisebb mértékben, mint az EU14-országokban. A magyar férfiak szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő kezelhető halálozása 1995-ben 2,6-szerese, 2020-ban pedig már a 3,9-szerese volt az EU14-országokénak. (A nők esetében 2,9-szeres, illetve 4,1-szeres a megfelelő adat.) A többi visegrádi országhoz képest is romlott a relatív helyzetünk: Lengyelországhoz és Szlovákiához képest kismértékben, Csehországhoz képest pedig jelentősen (2.11. ábra). A kezelhető halálozásban való lemaradásunk növekedése alapján az a feltételezés fogalmazható meg, hogy az egészségügyi technológiai vívmányait kevésbé voltunk képesek kihasználni, mint az EU14-országok és a többi visegrádi ország, azaz – a rendszer egészét tekintve – a technológiai színvonalban is növekedett a lemaradásunk.

A technológiai fejlesztésre fordított kiadások egyik elemét jelentik a beruházásokra fordított kiadásoknak (aminek a nagysága azt mutatja, hogy milyen volumenű fejlesztés vagy felújítás valósult meg egy adott évben). 2022-ben az EU27-átlagot tekintve az egészségügyi beruházások a GDP 0,6%-át tették ki. Magyarországon 0,27%-át (OECD, 2024). Azaz az egészségügyi beruházásokra fordított kiadások GDP-hez viszonyított aránya kisebb volt az EU-átlag felénél. (Az egy főre jutó érték még ennél is jobban elmaradt az EU27-átlagtól). A beruházásokon belül magas volt az építés aránya, különösen 2005 és 2014 között, amikor a beruházások 65–70%-át tette ki. (2015 és 2020 között pedig a 40–50%-át.). Ezen adatok alapján is az feltételezhető, hogy a technológiai színvonalban is növekedett az EU14-országokhoz viszonyított lemaradásunk.

Az új gyógyszerekhez való hozzáférés számos területen korlátozottabb, mint a fejlett nyugat-európai országokban, továbbá a hasonló fejlettségű posztszocialista országokhoz viszonyítva is, ennek egyik indikátora a gyógyszerek késleltetett befogadása az ártámogatási rendszerbe, a másik a támogatási rendszerbe befogadott gyógyszerek korlátozott használata. Borsi (2024) által közölt adatok szerint kiemelt egészségpolitikai prioritással bíró területeken (onkológia, hematológia stb.) közül

okok miatti halálozás pedig azokat a halálokokat veszi figyelembe, amelyek esetében eredményes megelőzéssel elkerülhető a korai halálozás.)

102 Magyarország relatív helyzete lényegesen rosszabb a kezelhető halálozást tekintve, mint az összes – azaz az egészségügyön kívüli tényezők által is befolyásolt – halálozás esetében (2. fejezet, 2.5. táblázat).

az EU-ban Magyarországon volt a legnagyobb azoknak a készítményeknek a száma (25 készítmény), amelyek nem voltak a formális támogatási keretekbe (társadalombiztosításba) befogadva.[103] A többi posztszocialista országban 11 alatt volt a számuk (Csehországban 4, Lengyelországban pedig 3 ilyen készítmény volt). Hofmarcher et al. (2023) az Európai Gyógyszerügynökség által 2011 és 2020 között engedélyezett 51 rákellenes gyógyszer 124 indikációját vizsgálták 2022-ig a visegrádi országokban. A tb-térítés Csehországban a 124 indikációnak a 64%-ára, Lengyelországban 51%-ára, Magyarországon 40%-ára, Szlovákiában pedig 19%-ára terjedt ki. Az ártámogatási döntésig tartó medián várakozási idő Lengyelországban 27 hónap, Magyarországon pedig 37 hónap volt.

A támogatási rendszerbe befogadott drága gyógyszerek alkalmazása a kelet-európai, és így a magyar piacon is erősen korlátozott. A hozzáférési korlátok jelentős része nem transzparens, érintik a felíró orvosokat (pl. restriktív finanszírozási protokollok, intézményi volumen korlátok gyógyszerekre vagy a szükséges diagnosztikára), a betegeket (pl. várólista a szükséges szakorvosi vizitekre vagy diagnosztikára, egyedi méltányossági kérelmek lassú adminisztrációja, felírhatóság korlátozása regionális centrumokba) és a gyártókat (pl. ár-volumen megállapodások) (Inotai et al., 2020).

A gyógyszerek és más technológiák hatékony alkalmazásának alapvető eszköze a technológiaértékelés (HTA). Az 1990-es években Magyarországon is elindultak az egészségügyi technológiaértékelések és az egészséggazdaságtani elemzések, aminek fontos állomása volt a Technológiaértékelő Iroda létrehozása és az irányelveknek a szakemberek széles körű bevonásával történt kidolgozása. Azonban hasonlóan sok más szakmai törekvéshez – az egészségpolitikai elkötelezettség és a rendszer működtetési forrásainak elapadása miatt – a 2010-es évek elején az egészségügyi technológiaértékelés fejlődése is megtorpant (Kaló, 2015). Kaló (2023) szerint: *„A gyógyszerek és orvostechnológiai eszközök támogatási rendszere kézi vezérlésen és non transzparens alkukon alapul, amelyben még azt sem tudhatják az egészségügyi dolgozók és a páciensek, hogy a gyártók milyen betegkörre adtak be tudományos bizonyítékokat és mekkora egészségnyereséget ígértek nekik a közfinanszírozási befogadás kapcsán"* (Kaló, 2023. 18).

A magyar egészségügyi rendszer minden fő összetevőjében – az információszolgáltatásban, az irányításban, finanszírozásban és szolgáltatási szektorban – súlyos problémák nehezítik, hogy az ellátórendszer (a rendszer egészét és az egyes

103 A képet árnyalja, hogy Magyarországon számos innovatív gyógyszer a méltányossági ellátás keretében elérhető. Ugyanakkor ez számos ok miatt korlátozottabb hozzáférést jelenthet, mint a tb-támogatásba befogadott gyógyszerek esetében.

szolgáltatókat tekintve) megfelelő módon képes legyen a technológiai fejlődés követésére, az új technológiák befogadására, hatékony alkalmazására. A kormányzatok legfontosabb lehetséges eszközei az új technológiák hatékony alkalmazására: a stratégiai tervezés egyrészt az ellátóhálózat (elsősorban kórházhálózat) fejlesztésére, másrészt a legfontosabb népegészségügyi problémák (daganatos betegségek, szív- és érrendszeri betegségek stb.) megelőzését és kezelését szolgáló fejlesztésekre vonatkozóan; az egészségügy főbb szereplőinek a bevonásával. Továbbá a beruházások szabályozása; ösztönzőrendszerek (szolgáltatók finanszírozása), minőség-ellenőrzés és technológiaértékelés; a magánszolgáltatók közszolgáltatások nyújtásában való részvételének a megfelelő szabályozása. A magyar egészségügyben az egészségügyi kormányzatok nem voltak képesek (nem fordítottak figyelmet vagy nem volt meg a szakmai kapacitás stb.) ezeknek az eszközöknek a hatékony alkalmazására. Ha készültek is hosszabb távú tervek, azoknak a megvalósítása megtorpant vagy elmaradt. A beruházások hatékonysága szempontjából fontos eszköz, az amortizációnak a szolgáltatási díjakba való beépítésének a szükségessége az 1990-es évek eleje óta visszatérő elem volt a kormányzati célokban – de nem valósult meg. (Utoljára a Semmelweis Tervben és a 2019-ben elfogadott kormányhatározatban is szerepelt.) Fennmaradt az 1990 előtti rendszer: a beruházások nagyobb részét központi költségvetési támogatásokból, és 2012-ig kisebb részben pedig a tulajdonos önkormányzatok költségvetéséből finanszírozták. Mivel az állóeszköz pótlását nem a szolgáltatások utáni bevételből kellett finanszírozni, a kórházi menedzsment nem volt érdekelt az állóeszközökkel való racionális gazdálkodásban. Nem volt arra ösztönözve/kényszerítve, hogy a lehető legjobban kihasználja az eszközeit (orvosi berendezéseket stb.); hogy meggondolja, valóban szüksége van-e az új beruházásra. A másik oldalon, a központi döntéshozókat pedig semmi sem ösztönözte a hatékonyság szempontjának a mérlegelésre (nem is rendelkeztek megfelelő információval ahhoz). Az egyik következmény, például, hogy az EU-s forrásokból korábban megvalósult eszközfejlesztés pótlására az intézményeknél nem képződnek források.

1.4. Összegzés

Az előzőekben tárgyalt kihívások egyszerre, egymással összefonódva hatnak és sokszor egymástól eltérő, a forrásokért egymással versengő kihívásokat jelentenek a közpolitikák számára. Például az egészségegyenlőtlenségek növekedése a hátrányos helyzetű társadalmi csoportokra, leszakadó térségekre koncentráló komplex fejlesztési programokat igényelne, a klímaváltozás hatásainak enyhítése a nagyvárosok

működésének komplex átalakítását, az egészségügyi technológia követése az egészségügyi rendszerben a high-tech hatékony alkalmazására képes centrumok kialakítását stb. A kormányoknak képesnek kellett volna lenniük megfelelő válaszokat adni a kihívások együttesére – a koncepcióalkotásban, stratégiai tervezésben, forráselosztásban, a megvalósításhoz szükséges humán kapacitásban és eszközökben (szabályozás/ösztönzés, érdekegyeztetési intézményi keretek/mechanizmusok, monitorozási/értékelési rendszerek, kommunikáció). A fejezetek vázolták, hogy – elsősorban az EU elvárásainak és a források megszerzése követelményeinek a nyomására számos stratégia született (például a társadalmi felzárkózás, a fenntartható fejlődés, az egészségügy és a tartós ápolás-gondozás területén). Ezek hosszú távú céljai mögött azonban nem volt politikai elkötelezettség, és a kormányzatok nem teremtették meg (a kormányzati struktúrában vagy ahhoz kapcsolódva) azokat az ágenseket, amelyeknek (mint intézményeknek, az azokban dolgozó embereknek) alapvető érdekeltsége (feladata) lett volna a stratégiák megvalósítása (a megvalósítás monitorozása és értékelése).

A „kormányzati kudarcok" negatív következményei szerteágazóak a gazdasági és társadalmi helyzetünkben; a társadalmi költségei kifejeződnek a népességnek a gazdasági fejlettségünk alapján lehetségesnél rosszabb egészségi állapotban (ennek következtében évente tízezrek korai halálozásában). A következményeket egyaránt tükrözik az emberek mindennapi problémái, a társadalmon belüli feszültségek, az intézményekbe vetett bizalom alacsony foka és a makroszintű adatok is. A jelenlegi helyzetünk szinte minden dimenzióban elmarad a rendszerváltozáskor hasonló helyzetben lévő visegrádi országokétól.

A „kormányzati" kudarc egyik (habár nem a legfontosabb) oka és következménye is a kormányzati tevékenységre vonatkozó megfelelő információk, adatok és értékelések hiánya; a 2010-es évek közepétől pedig a már akkor is gyenge transzparencia fokozott, szándékos leépítése.[104] Például 2010-ben az EMMI a Semmelweis Tervet közzétette és szakmai vitára bocsátotta; ezzel szemben 2020-ban a BM megrendelésére született, a Boston Consulting Group (BCG) tanácsadó cég által készített reformjavaslatot a kormány titkosította.

Az 1. fejezet a szűkebb értelemben vett egészségügyi rendszerben történteknek csak néhány elemét (és azt is csak átfogó módon) vázolta. A 3. fejezettől kezdve a 11. fejezettel bezáróan a könyv kormányzati ciklusonként tárgyalja a kormányzatok törekvéseinek és tényleges lépéseinek a fő jellemzőit.

104 Ez nem azt jelenti, hogy ne lennének adatok az egészségügyre vonatkozóan (pl. a KSH és OEP/NEAK adatbázisaiban). Ami hiányzik: olyan indikátorok rendszere, ami alkalmas lenne az egészségügyi rendszer teljesítményében (hozzáférés, minőség stb.) bekövetkező változások értékelésére. Az erre a célra 2014-ben létrehozott MÉRTÉK-programnak az első jelentését követő felszámolásával a 10. fejezet részletesebben foglalkozik.

2. A felzárkózás kudarca: a magyarországi egészségügyi kiadások, a várható élettartam és az elkerülhető halálozás trendjei

Az államszocialista rendszer „társadalmi költségeként" a magyar népesség egészségi állapotában a fejlett nyugati országokétól elkanyarodó, súlyos demográfiai válságot jelentő trend alakult ki. A népesség várható élettartama az 1960-as évek közepétől stagnált, a férfiak születéskor és 40 éves korban várható élettartama pedig csökkent[105] (Orosz és Kollányi, 2016). Az 1980-as és 1990-es évek fordulóján bekövetkezett rendszerváltozás történelmi esélyt jelentett arra, hogy elinduljon a felzárkózás a fejlett nyugat-európai országokhoz – a gazdaságot, a társadalmi jóllétet, ennek részeként a társadalom egészségi állapotát és az egészségügyi rendszer működését tekintve is. Az egészségi állapot és az egészségügyi kiadások átfogó elemzése azt mutatja, hogy felzárkózás helyett leszakadás következett be: számos alapvető indikátorban növekedett a lemaradásunk nem csak a fejlett EU-országoktól, hanem a többi visegrádi országtól és az EU posztszocialista tagállamainak az átlagától is. A fejezet ennek a folyamatnak a bemutatására fókuszál: az első része az egészségügyi kiadásoknak, a második része pedig az egészségi állapot néhány alapvető indikátorának az elemzésével. Szemléletesen szólva: a fejezet „fekete dobozként" kezeli az egészségügy működését. Az első részben a „fekete doboznak" az egyik inputjáról (az egészségügyi kiadásokról), a második részben pedig a „fekete doboznak" az eredményéről (az egészségi állapotnak elsősorban az egészségügyi rendszer által befolyásolt összetevőiről) lesz szó.

Felzárkózás alatt nem az utolérés, hanem a távolság csökkenése értendő. A felzárkózás kudarca alatt pedig az, hogy a lemaradásunk mértéke nagyobb volt a vizsgált időszak végén (a 2010-es évek végén, illetve a 2020-as évek közepén), mint a rendszerváltás időszakában (az 1980-as és 1990-es évek fordulóján). Az egészségügy egyes részterületein ellentétes irányú (azaz felzárkózó és lemaradó) trendek is

105 A férfiak 40 éves korban várható élettartama 1989-ben 3,9 évvel alacsonyabb volt, mint 1966-ban, a születéskor várható élettartama pedig 2,1 évvel. (A nők 40 éves korban várható élettartama stagnált, a születéskor várható élettartama pedig minimális mértékben növekedett ebben az időszakban.)

történhettek, továbbá az elmúlt három és fél évtized különböző szakaszokra is osztható. Ez azonban nem módosít azon, hogy az időszak egészét tekintve egyértelműen kirajzolódik a felzárkózás kudarca.

2.1. Az egészségügyi közkiadások trendjei nemzetközi összehasonlításban

Az elemzésekben az összehasonlítás egyik alapját az EU14-országcsoport átlaga jelenti (az EU 2004-es bővítése előtti országok, az Egyesült Királyság kivételével). Az összehasonlítás másik alapját pedig a Magyarországon kívüli visegrádi országok, azaz Csehország, Lengyelország és Szlovákia (V3-országok), továbbá az EU10-átlag[106] képezik – amit a hasonló államszocialista örökség indokol. A COVID-19 járvány világszerte drasztikus sokkot jelentett a gazdaság, társadalom, oktatás és egészségügyi rendszer számára is és törést okozott a hosszabb távú trendekben (csökkenést a várható élettartamban, kiugróan magas kiadásokat stb.). Ezért a hosszabb távú trendek elemzésekor az időszak végpontját a 2019-es év jelenti. A 2020–2025-ös adatok pedig egyrészt a COVID-járvány átmeneti, rövid távú hatásait mutatják, másrészt már jelzik a poszt-COVID időszak eltérő tendenciáit is.

2.1.1. Az egészségügyi közkiadások hosszú távú trendjei

Jól működő egészségügyi rendszerhez a szükségleteknek megfelelő kapacitások (humán, infrastrukturális és technológiai feltételek), ezek működtetéséhez elégséges pénzügyi források, továbbá az egyedi orvosi és intézményi döntésekre ható megfelelő ösztönző és ellenőrző mechanizmusok szükségesek. Az 1980-as évek végén ezek egyike sem állt rendelkezésre a magyar egészségügyben. A kritikus pontokat a megfelelő technológia (a modern berendezések, műtéti kapacitások, nyugati gyógyszerek stb.) hiánya és az egészségügy krónikus alulfinanszírozása jelentették. Ennek következtében a rendszerváltáskor – az egészségügy pénzügyi erőforrásai szempontjából – a kihívást nem csupán a fejlett nyugat-európai országoktól való lemaradás csökkentése jelentette, hanem az egészségügynek a kormányzati prioritásokban és a makrogazdaságban elfoglalt alárendelt pozíciójának a megváltoztatása, az alárendelt pozíció intézményi és szemléleti okainak a megszüntetése is.

106 Az EU posztszocialista tagállamai Magyarország kivételével.

Az egészségügyi kiadások trendjeinek az elemzéséhez, nemzetközi összehasonlításához több indikátor együttes figyelembevétele szükséges. A fejezet a következő indikátorok alakulását vázolja:

- az egy főre jutó egészségügyi kiadások,
- a kiadásoknak a GDP-hez (bruttó hazai össztermékhez) viszonyított aránya,
- a közkiadások aránya az állami költségvetésen belül,
- a közkiadásoknak és magánkiadásoknak a részaránya az összes egészségügyi kiadáson belül.

A nemzetközi statisztikák különválasztják a folyó – azaz adott évben igénybe vett szolgáltatásokra és termékekre fordított – egészségügyi kiadásokat és az állóeszköz-felhalmozást (beruházásokat). A fejezetben az egészségügyi kiadásokra vonatkozó adatok – a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően – a folyó egészségügyi kiadásokra vonatkoznak. Az ábrák és táblázatok adatainak a forrása: OECD Data Explorer (Health); kivéve az ettől eltérően jelölt adatokat.

Az egy főre jutó egészségügyi kiadások

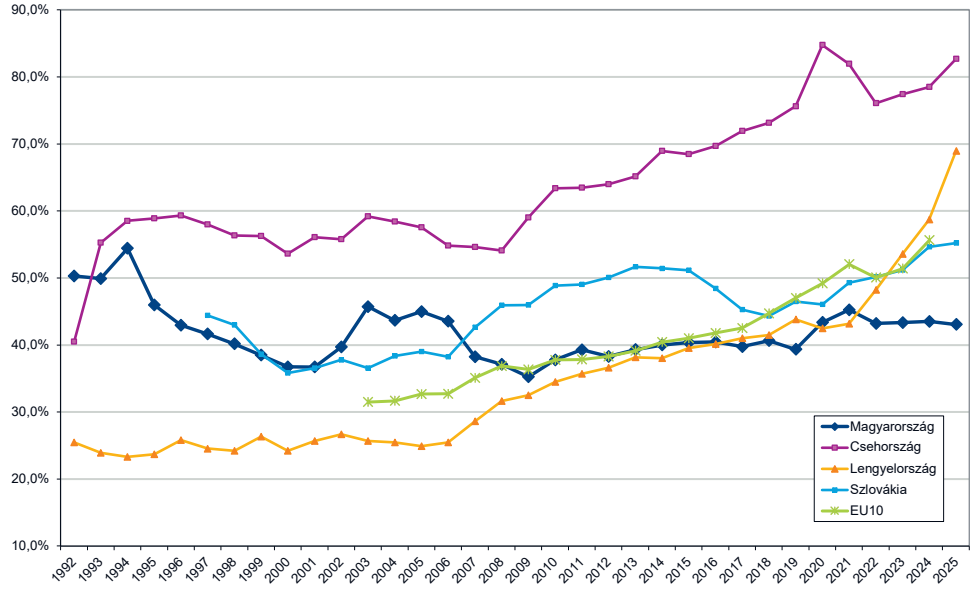
Az egy főre jutó egészségügyi kiadások azt mutatják meg, hogy milyen volumenű (mennyiségű és minőségű) szolgáltatásokhoz és termékekhez (gyógyszerekhez, gyógyászati segédeszközökhöz) jut hozzá egy ország lakossága egy adott évben. Ahogy az országok gazdasági fejlettségét az egy főre jutó GDP-vel szoktuk jellemezni, az egészségügyi rendszer fejlettsége jellemezhető az egy főre jutó egészségügyi kiadás (illetve egészségügyi közkiadás) nagyságával. Az EU-országokban az ellátás finanszírozásában domináns a társadalombiztosításnak és a kormányzati forrásoknak a szerepe, ezáltal a szolgáltatások széles köréhez a szolidaritási elven való hozzáférés. Ezen szolgáltatások volumenét jellemzik az egy főre jutó közkiadások.[107] Tekintettel arra, hogy a kormányzati döntések a közkiadások alakulására gyakorolnak közvetlen hatást, a felzárkózás, illetve leszakadás kérdésének a vizsgálatakor a közkiadások alakulása áll az elemzések középpontjában.

Az 1992 és 2019 közötti adatok összehasonlítása mutatja, hogy az egy főre jutó egészségügyi közkiadásokat tekintve jelentősen növekedett a távolság nemcsak

107 A „közkiadás" és „magánkiadás" az OECD és Eurostat (és ezekkel összhangban lévő KSH) statisztikákban használt fogalmakhoz képest pontatlan, de az olvasók számára jól érthető fogalmak. Ezért a fejezetben ezeket használom. A közkiadás esetében a pontos kategória a következő: kormányzati és kötelező egészségbiztosítás alrendszerei; a magánkiadások esetében pedig: önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek és a háztartások közvetlen kiadásai.

Magyarország és az EU14- országok[108] között, hanem Magyarország és az EU10-átlag, valamint Magyarország és a többi visegrádi ország (V3) között is (2.1. ábra, 2.1. táblázat). Eközben a V3-országok és az EU14-országok közötti távolság, valamint az EU10-átlag és az EU14-átlag közötti különbség is csökkent.

2.1. ábra. Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások relatív értékének alakulása a visegrádi országokban (EU14=100%)



2.1. táblázat. Az egészségügyi közkiadások alapvető indikátorai (V4-országok, EU14- és EU10-átlag)

		HU	CZ	PL	SK	EU10	EU14
Egészségügyi közkiadás a kormányzati kiadások %-ában	1995	10,4	13,8	4,1	n.a.	9,9	11,3
	2005	11,5	16,3	10,0	n.a.	12,8	14,2
	2019	9,8	18,4	11,7	14,3	14,2	15,2
	2021	12,3	21,2	13,1	14,5	15,6	15,8
	2024	10,0	21,1	12,4	14,6	15,1	15,5

108 Az „EU14-országok", „EU10-országok" és a „V3-országok" kifejezések alatt ezen országok adatainak a súlyozatlan átlaga értendő.

		HU	CZ	PL	SK	EU10	EU14
Egészségügyi közkiadás a GDP %-ában	1992	5,9	3,7	4,2			5,6
	2005	5,7	5,5	4,0	5,0	4,6	6,6
	2019	4,3	6,4	4,6	5,5	5,1	7,2
	2021	5,3	7,9	4,7	6,1	6,1	8,0
	2025	4,8	7,6	6,9	6,4	6,2	7,6
Egy főre jutó egészségügyi közkiadás (EU14 =100%)	1992	50,3%	40,3%	25,5%			100%
	2005	45,0%	57,5%	24,9%	39,0%	32,7%	100%
	2019	39,4%	75,6%	43,8%	46,5%	47,0%	100%
	2021	45,2%	82,0%	43,2%	49,3%	52,1%	100%
	2025	43,1%	82,7%	68,9%	55,2%	57,2%	100%
A közkiadások részesedése az összes egészségügyi kiadásból	1992	86,9%	94,7%	84,9%			76,4%
	2005	70,7%	86,8%	68,7%	75,3%	72,7%	75,4%
	2019	68,7%	84,9%	71,8%	79,8%	73,3%	76,3%
	2021	72,5%	86,8%	73,2%	79,7%	75,7%	77,9%
	2025	73,8%	85,5%	78,1%	79,0%	76,0%	77,5%

Megjegyzés: HU: Magyarország, CZ: Csehország, PL: Lengyelország, SK: Szlovákia.

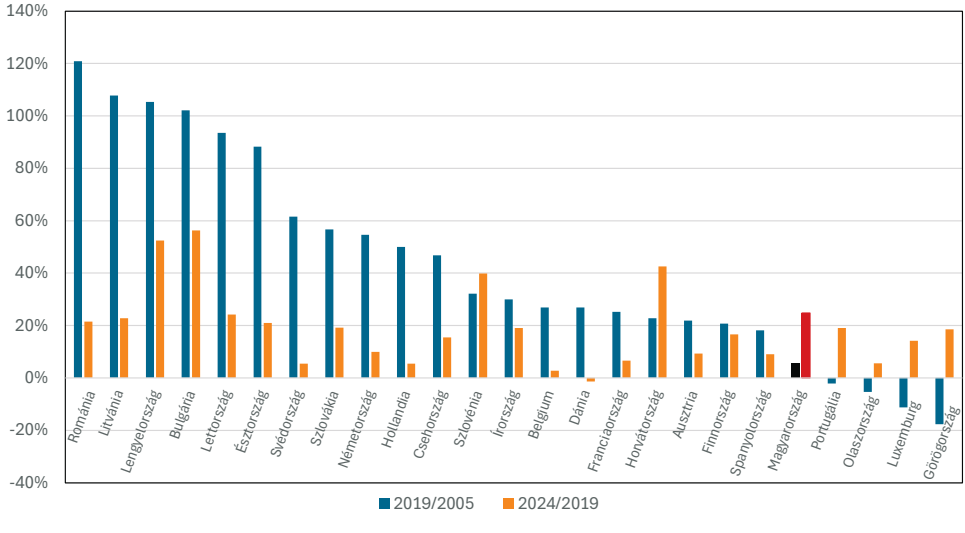
1992-ben a magyar egy főre jutó közkiadások az EU14-országok szintjének az 50,3%-át érték el, 2019-ben pedig már csak a 39,4%-át. Eközben Csehország 1992-ben az EU14 átlagának 40,3%-át, 2019-ben pedig már 75,6%-át érte el. 1992-ben még nálunk volt a legmagasabb az egy főre jutó közkiadások értéke a visegrádi országokban: 24,4%-kal meghaladta a csehországit, 2019-ben pedig annak már csak az 52%-át érte el; a lengyelországinak 1992-ben közel a kétszeresét tette ki, 2019-ben pedig már a lengyel kiadások 11,3%-kal meghaladták a magyar értéket. A magyar egy főre jutó közkiadások 2005-ben még 38%-kal meghaladták az EU10-országok átlagát, 2019-ben pedig csak a 84%-át érték el. A 2.1. ábrán jól látható, hogy nem csupán mennyiségi különbségekről, hanem eltérő fejlődési pályákról van szó: Magyarország az EU14-országoktól leszakadó pályára került, a többi V3-országra és az EU10-átlagra is a felzárkózó trend volt jellemző. A kedvezőtlen magyar trend mögött az ellátáshoz való hozzáférés és az ellátás minőségének a súlyos problémái húzódnak meg.

A magyarországi kiadások és az összehasonlítás alapjául szolgáló országok/országcsoportok közötti különbség mértékét két trend alakította: egyrészt az egy főre jutó közkiadások növekedési üteme ezekben az országokban, másrészt a magyarországi kiadások növekedési üteme. A 2.2. ábra azt szemlélteti, hogy

2019-ben hány százalékkal volt magasabb az egy főre jutó közkiadások reálértéke, mint 2005-ben, továbbá, hogy 2024-ben hány százalékkal volt magasabb, mint 2019-ben. Az ábra mindegyik ország 2019-es adatát a saját 2005-ös szintjéhez viszonyítja, azaz a két időpont közötti növekmény mértékének a különbségeit szemlélteti, de nem mutatja az országok kiadási szintjeinek egymáshoz viszonyított értékét. (Ez utóbbit a 2.1. ábra szemlélteti.)

A különbségek megdöbbentőek: 2019-ben a 11 posztszocialista EU-ország közül 7 országban 50–100%-kal magasabb volt az egészségügyi közkiadások reálértéke, mint 2005-ben, 3 országban 23–47%-kal volt magasabb. Ezzel szemben a magyar egy főre jutó közkiadások reálértéke csupán 6%-kal volt magasabb 2019-ben, mint másfél évtizeddel korábban. Az ábrán jól látható, hogy a 2005 és 2019 közötti időszakot tekintve három dél-európai ország és Magyarország teljesen elkülönült, leszakadt a többi EU-tagállamtól. A másik oszlop azt mutatja, hogy 2024-ben hány százalékkal volt magasabb a 2019-es szintnél az egy főre jutó közkiadások reálértéke: azaz elsősorban a COVID-19 járványnak a hatását mutatja. Ebben az időszakban Magyarországon volt az egyik legnagyobb mértékű a kiadások növekedése (25%) – a COVID-19 járványnak és az orvosbérek jelentős növelésének a következtében. A kiadások növekedése csak átmeneti volt és 2020–2021-es évekre koncentrálódott; 2024-ben a kiadások reálértéke már 4%-kal kisebb volt, mint 2021-ben. (Ezt a 2.4. ábra mutatja.) A 2.1. táblázat adataiból látható, hogy ez az átmenti jelentős kiadásnövelés a relatív helyzetünkön nem változtatott.

2.2. ábra. Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások reálértékének növekménye 2005 és 2019, valamint 2019 és 2024 között (százalék)



2.2. táblázat: Az egészségügyi magánkiadások és az összes kiadás főbb indikátorai 1992–2025

		HU	CZ	PL	SK	EU10	EU14
Egy főre jutó összes egészségügyi kiadás (EU14 =100%)	1992	45%	33%	23%			100%
	2005	48%	50%	28%	39%	34%	100%
	2019	45%	69%	48%	45%	50%	100%
	2021	50%	75%	47%	49%	55%	100%
	2025	46%	76%	70%	55%	59%	100%
Összes egészségügyi kiadás a GDP %-ában	1992	6,8	3,9	5,0			7,3
	2005	8,0	6,3	5,8	6,6	6,3	8,8
	2019	6,2	7,5	6,4	6,9	6,9	9,4
	2021	7,3	9,2	6,5	7,6	8,1	10,2
	2025	6,5	8,9	8,9	8,1	8,2	9,7
Egy főre jutó egészségügyi magánkiadás (EU14 =100%)	1992	27%	8%	16%			100%
	2005	59%	28%	36%	41%	36%	100%
	2019	64%	48%	61%	42%	59%	100%
	2021	67%	49%	61%	49%	64%	100%
	2025	57%	52%	72%	55%	65%	100%
Egészségügyi magánkiadás a GDP %-ában	1992	0,9	0,2	0,8			1,7
	2005	2,3	0,8	1,8	1,6	1,7	2,2
	2019	2,0	1,1	1,8	1,4	1,9	2,2
	2021	2,0	1,2	1,7	1,5	2,0	2,2
	2025	1,7	1,3	1,9	1,7	2,0	2,2
Magánkiadás az összes egészségügyi kiadás %-ában	1992	13%	5%	15%			23%
	2005	29%	13%	31%	25%	27%	24%
	2019	31%	15%	28%	20%	27%	23%
	2021	28%	13%	27%	20%	24%	22%
	2025	26%	14%	22%	21%	24%	22%

2.3. táblázat: A magyarországi egy főre jutó egészségügyi közkiadás és összes kiadás relatív értékei, 1992–2025

Egy főre jutó közkiadás							
		1992	**2005**	**2010**	**2019**	**2021**	**2025**
HU/EU14	(EU14=100%)	50%	45%	38%	39%	45%	43%
HU/EU10	(EU10=100%)		138%	100%	84%	87%	75%
HU/CZ	(CZ=100%)	124%	78%	60%	52%	55%	52%
HU/PL	(PL=100%)	197%	181%	110%	90%	105%	62%
HU/SK	(SK=100%)		115%	77%	85%	92%	78%
Egy főre jutó összes kiadás							
		1992	**2005**	**2010**	**2019**	**2021**	**2025**
HU/EU14	(EU14=100%)	45%	48%	44%	45%	50%	46%
HU/EU10	(EU10=100)%		144%	111%	90%	91%	78%
HU/CZ	(CZ=100%)	135%	96%	76%	64%	66%	60%
HU/PL	(PL=100%)	193%	175%	117%	94%	106%	66%
HU/SK	(SK=100%)		123%	83%	98%	101%	83%

A közkiadások, közszolgáltatások elégtelenségét a magyar társadalom egy része – az ellátás bizonyos területein – „zsebből" igyekezett kompenzálni. A magyarországi egy főre jutó magánkiadások jelentősen közeledtek az EU14-országok szintjéhez: 1992-ben az EU14-országok 27%-át tették ki, 2019-ben pedig már elérték a 64%-át (2.2. táblázat). A közkiadásokkal éppen ellentétesen az egy főre jutó magánkiadások 2019-ben nálunk voltak a legmagasabbak a visegrádi országok között. 2019-ben a magánkiadásoknak a 49%-át a gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre, 51%-át pedig a magánszolgáltatásokra fordított kiadások tették ki. (2024-ben 54% és 46% volt a megfelelő adat). Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a magánszolgáltatásoknak a körébe elsősorban (de nem kizárólag) a járóbeteg-ellátás, fogászat, diagnosztikai szolgáltatások és gyakoribb, elektív (tervezhető) műtétek tartoznak. A magánszolgáltatások az alacsonyabb jövedelmű társadalmi csoportok számára nem (vagy csak nagy anyagi áldozatok árán) jelentenek alternatívát. A közkiadások korlátozását, a közszolgáltatások elégtelen finanszírozását a népegészségügyi szempontból legfontosabb betegségek (szív- és érrendszeri megbetegedések, daganatos megbetegedések stb.) ellátásában nem tudja ellensúlyozni a magánszektor által nyújtott ellátás, a magánkiadások növekedése.

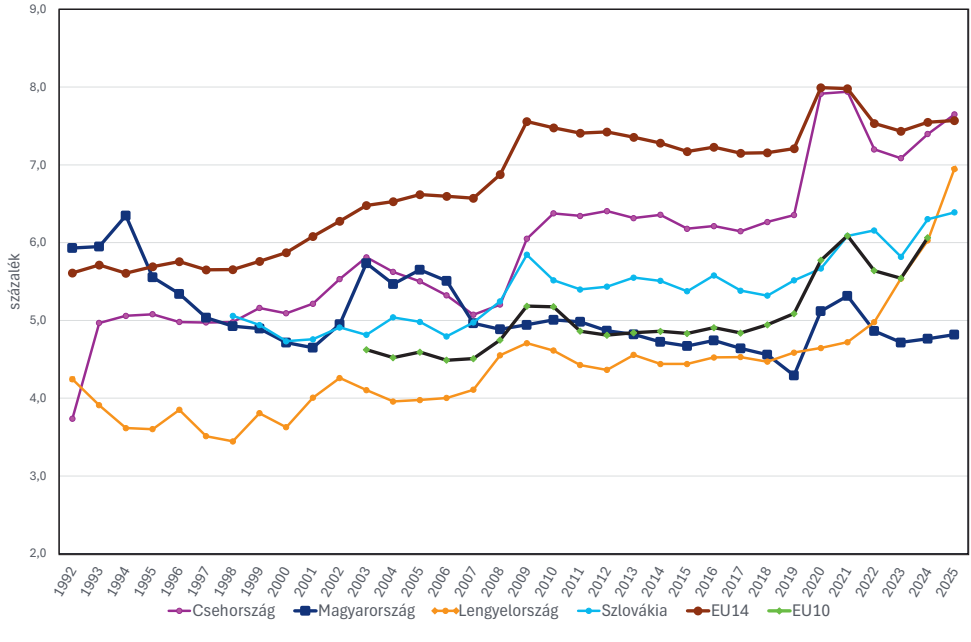
Annak következtében, hogy a közkiadások esetében növekedett, a magánkiadások esetében pedig csökkent a lemaradásunk az EU14-országoktól, az összes egészségügyi kiadást tekintve lényegében változatlan maradt a relatív helyzetünk: az egy főre jutó magyarországi összes egészségügyi kiadás 1992-ben és 2019-ben is az EU14 szintjének 45%-át (2025-ben pedig 46%-át) érte el.

Ugyanakkor az összes egészségügyi kiadást tekintve is növekedett a lemaradásunk a többi visegrádi országhoz és az EU10-átlaghoz képest is (2.3. táblázat). A magyarországi egy főre jutó összes egészségügyi kiadás 2005-ben még 44%-kal magasabb volt, mint az EU10-átlag, 2025-ben azonban már csak a 78%-át érte el. 1992-ben még 35%-kal magasabb volt a magyarországi egy főre jutó kiadás a csehországinál, 2025-ben már csak a 60%-át érte el.

Az egészségügy részesedése a GDP felhasználásából

Az egészségügyi közkiadásoknak a GDP-hez viszonyított aránya azt mutatja meg, hogy mekkora a lakosság által igénybe vett – a társadalombiztosítás, az állami és önkormányzati egészségügyi programok körébe tartozó – egészségügyi szolgáltatásoknak és termékeknek a részesedése a GDP felhasználásából. Másképp fogalmazva: az adott évben megtermelt bruttó hazai termék „tortájából” mekkora szelet jut

2.3. ábra. Az egészségügyi közkiadások részesedése a GDP felhasználásából (V4-országok, EU10- és EU14-átlag)



a közfinanszírozott egészségügyi ellátásra. Ennek az aránynak az alakulását egyrészt a GDP-nek, másrészt az egészségügyi közkiadásoknak a növekedési üteme befolyásolja; ez utóbbi pedig alapvetően a kormányzati prioritások függvénye. Ha a kormányzat az egészségügyi közkiadásokat a GDP növekedésével megegyező ütemben növeli, akkor az arány változatlan marad, ha a GDP növekedését meghaladó mértékben, akkor növekszik az egészségügyi kiadások részesedése a GDP-ből (és fordítva). Az elmúlt fél évszázadban a fejlett országokban a domináns trendet az egészségügyi közkiadásoknak a GDP-hez hasonló vagy azt meghaladó növekedési üteme jelentette. Az EU14-átlagot tekintve: 1992-ben a közkiadások a GDP 5,6%-át tették ki, 2019-ben pedig 7,2%-át (2.1. táblázat). A növekedés visszafogott mértéke ugyanakkor azt is tükrözi, hogy a kormányzatok képesek voltak az egészségügyi kiadások növekedésének a kontrollálására. A relatív helyzetünket ebben a mutatóban is a fejlett országoktól való leszakadás jellemzi: amíg 1992-ben Magyarországon az EU14-átlaghoz hasonló (5,9%) volt a közkiadások részesedése a GDP-ből, 2019-ben már csupán 4,3%, ami drasztikusan (közel 3 százalékponttal) elmaradt az EU14 szintjétől (2.3. ábra).

Az időszak egészét tekintve a magyar kormányok a GDP növekedési üteménél kisebb mértékben növelték az egészségügyi közkiadásokat.[109] Egyrészt a gazdasági nehézségek, válságok idején drasztikusan csökkentették az egészségügyi közkiadásokat, másrészt a gazdasági növekedés periódusaiban a gazdasági lehetőségeknél kisebb mértékű forrásokat fordítottak az egészségügyre. Különösen igaz ez a 2013 és 2019 közötti időszakra, amikor a stabil gazdasági növekedés lehetőséget adott volna az egészségügy súlyos alulfinanszírozásának a korrekciójára. A magyar trenddel ellentétben, a többi V3-országban – a domináns nemzetközi trendekhez hasonlóan – növekedett az egészségügyi közkiadásoknak a GDP-ből való részesedése. A magyar közkiadások részesedése a GDP-ből 1992-ben még jelentős mértékben meghaladta a cseh és lengyel értékeket; ezzel szemben 2019-ben már jelentősen elmaradt a cseh és a szlovák szinttől és kismértékben Lengyelország értékétől is (2.1. táblázat).

Az összes egészségügyi kiadás GDP-hez viszonyított aránya 2019-ben mind az EU14, mind a V3-országokban – annak következtében, hogy mind a közkiadások, mind a magánkiadások GDP-hez viszonyított aránya növekedett – jelentősen meghaladta az 1992-es szintet. (2.2. táblázat). Ezzel szemben Magyarországon az összes egészségügyi kiadásnak is alacsonyabb volt a GDP-ből való részesedése 2019-ben mint 1992-ben. (A COVID-járvány időszakában történt átmeneti növekedés után, 2025-ben újra az 1992-es szint alatt volt ez a mutató.) Ez teljesen egyedülálló

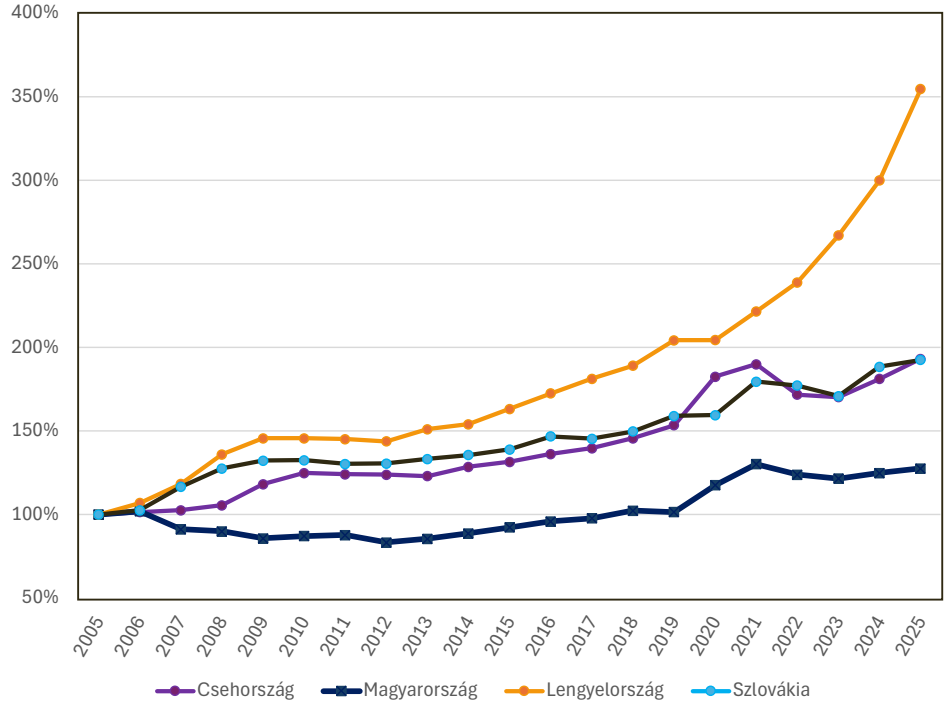
109 Kivéve néhány átmeneti időszakot: 2002–2003-ban a közalkalmazotti béremelés, 2020–21-ben pedig a COVID-19 miatti kiadások és az orvosbérek emelése következtében az egészségügyi közkiadások növekedése jelentősen meghaladta a GDP növekedését.

trend – egyetlen más EU-országra[110] sem volt jellemző. 1992-ben az összes egészségügyi kiadások GDP-ből való részesedése az EU14-országokban 7,3%, Magyarországon 6,8% volt, azaz a különbség 0,5 százalékpont volt. 2019-ben és 2025-ben is már 3,2 százalékpont volt a különbség.

Az egészségügyi közkiadások növekedési üteme 2005 és 2025 között a V4-országokban

Magyarország és a többi visegrádi ország között különösen a 2000-es évek közepétől nyílt szét az olló – ezért a fejezet ezt az időszakot részletesebben is elemzi (2.4. ábra). A 2.4. ábra a saját 2005-ös szintjéhez viszonyítja a 4 ország egészségügyi közkiadásának a növekedését. Azaz a növekedési ütemek különbségeit szemlélteti, de nem mutatja az országok kiadási szintjeinek egymáshoz viszonyított értékét. (Ez utóbbit a 2.1. ábra szemlélteti.)

2.4. ábra. Az egészségügyi közkiadások reálértékének alakulása a V4-országokban a (saját) 2005-ös szinthez viszonyítva (2005 =100%)



110 Pontosabban az elemzésben szereplő EU25-ország közül egyetlen országra sem. (Málta és Ciprus adatai nem szerepeltek az elemzésekben.

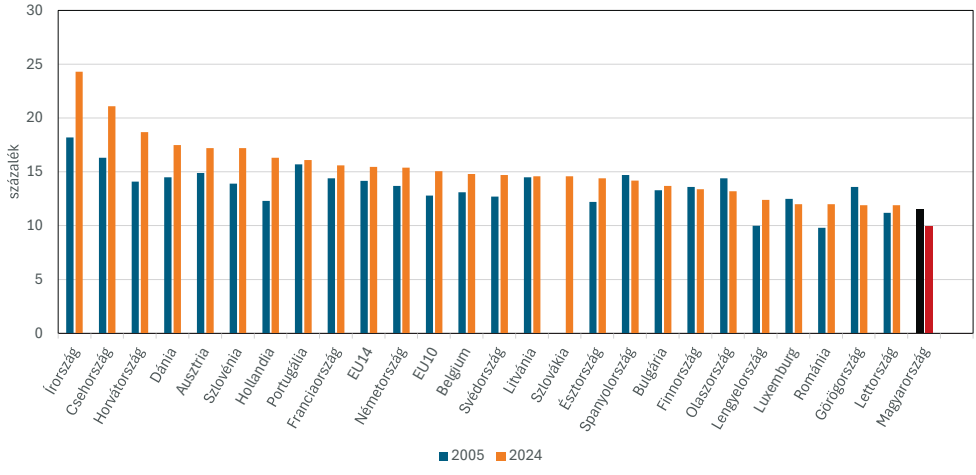
A magyar közkiadások reálértéke 2006 és 2012 között drasztikusan csökkent a 2007-es költségvetési konszolidáció és a 2008-as gazdasági válság elhúzódó hatása következtében: 2012-ben 18,8%-kal alacsonyabb volt, mint 2006-ban. Ezután a reálérték lassú növekedése történt, de csak 2018-ban érte el a 2005-ös szintet. Az ábra jól szemlélteti Magyarország és a többi V3-ország egészségügyi közkiadásainak a növekedési üteme közötti megdöbbentő különbséget, ami a kormányzati prioritások eltérését is tükrözi. A többi V3-országban nem következett be reálérték-csökkenés és a jelentős növekedés hatására 2019-ben Szlovákiában 59%-kal, Csehországban 53%-kal volt magasabb, az egészségügyi közkiadások reálértéke a 2005-ös szintjüknél, Lengyelországban pedig több, mint a 2-szerese volt. Ezzel szemben Magyarországon 2019-ben a közkiadások reálértéke csupán 1,4%-kal haladta meg a 2005-ös szintet. A 2.4. ábra szemlélteti a COVID-19 járvány hatását is, amire a későbbiekben külön pontban térek ki.

Az egészségügyi közkiadások részesedése a kormányzati kiadásokból

A kormányzati prioritások, beavatkozások elemzése szempontjából kitüntetett jelentősége van az egészségügyi közkiadások részesedésének a kormányzati kiadásokból – ugyanis a vizsgált mutatók közül ez a tétel képezi a tényleges kormányzati döntéseknek a tárgyát. A nemzetközi statisztikákban a „kormányzati kiadások" fogalma tartalmazza a központi költségvetés, az önkormányzatok és a kötelező egészségbiztosítás kiadásait is. A magyar kormányok 1995-ben a kormányzati kiadások 10,4%-át, 2019-ben pedig 9,8%-át fordították az egészségügyre (2.1. táblázat). 1995-ben az EU14-átlag (11,3%) csak kismértékben haladta meg a magyar értéket az EU10-átlag (9,9%) pedig alacsonyabb volt. Ezzel szemben 2019-ben a vizsgált 25 ország közül Magyarországon volt a legalacsonyabb az egészségügy részesedése a kormányzati kiadásokból – messze elmaradva az EU14- és EU10-átlagtól (2.1. táblázat, 2.5. ábra). A 2.5. ábra a posztszocialista országok EU-hoz való csatlakozásának az időszakát hasonlítja össze a 2024-es helyzettel. 2005-ben Lengyelországban, Lettországban és Romániában is alacsonyabb volt az egészségügy részesedése a költségvetésből, mint Magyarországon. Ezzel szemben 2024-ben a magyarországi részesedés már lényegesen elmaradt ezeknek az országoknak a szintjétől. 2005-ben a magyar részesedés (11,5%) 1,3 százalékponttal maradt el az EU10-átlagtól és 2,7 százalékponttal az EU14-átlagtól. 2024-ben egyértelműen látszik Magyarország leszakadása a többi 24 országtól. Kirívóan alacsony (10%) az egészségügy részesedése a kormányzati kiadásokból; a lemaradás pedig az EU10-átlaghoz viszonyítva 5,1 százalékpont, az EU14-átlaghoz viszonyítva 5,5 százalékpont volt.

Az egészségügyi kiadások kormányzati kiadásokból való részesedésének a trendjei nem csupán mennyiségi különbségeket, hanem eltérő kormányzati prioritásokat

2.5. ábra. Az egészségügyi kiadások részesedése a kormányzati kiadásokból 2005, 2024



is tükröznek. A 2000-es évek elejétől az EU-országok többségében – az 1990-es évek kiadáskorlátozó politikái után – nagyobb prioritást kapott az egészségügyi ellátás fejlesztése. Egyre inkább teret nyert az a szemlélet, hogy az egészségügy nem csak a lakosság egészségi állapota, jólléte szempontjából fontos, hanem a gazdaság hosszú távú fejlődése szempontjából is: az egészségügyre fordított kiadások beruházást jelentenek a humán tőkébe (European Commission, 2013). A magyar kormányzatok esetében azonban nem következett be ez a szemléletváltozás.

A közkiadások és magánkiadások részesedése az összes egészségügyi kiadásból

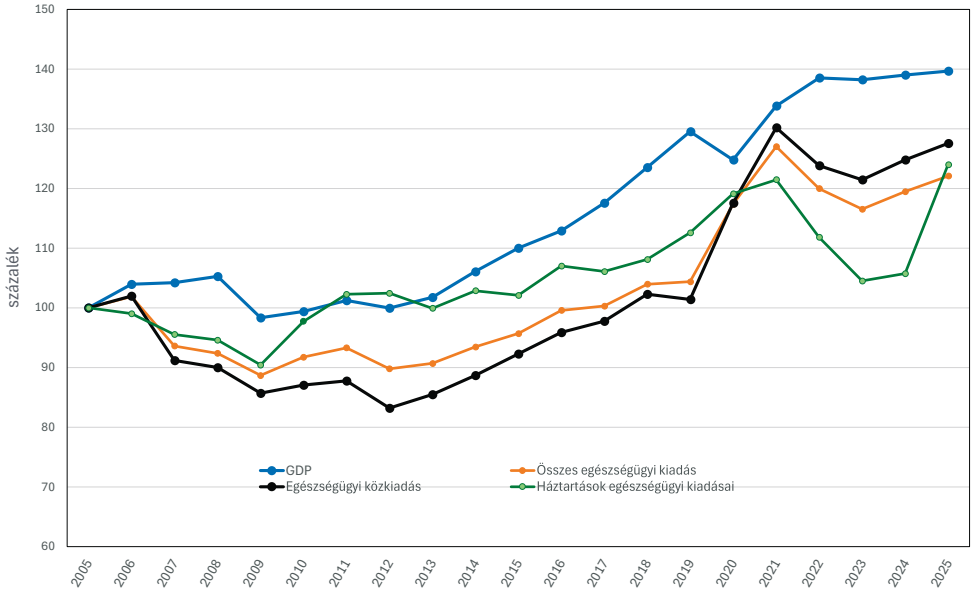
A közkiadások alacsony részaránya az összes kiadáson belül az ellátáshoz való hozzáférés pénzügyi nehézségeinek, egyenlőtlenségeinek az egyik indikátora (OECD, 2024; WHO, 2023). Ugyanis a népesség jelentős részének súlyos anyagi terhet jelent, ha arra kényszerül, hogy a magánszektorban vásároljon szolgáltatásokat, vagy nagymértékű hozzájárulást kell fizetnie a társadalombiztosítás csomagjába tartozó ellátáshoz (pl. gyógyszerekhez). A közkiadások részesedését több tényező befolyásolja: a szolgáltatások milyen széles köre tartozik bele a kötelező egészségbiztosítás szolgáltatáscsomagjába; az ellátórendszer kapacitásai és finanszírozása mennyire biztosítják a tényleges hozzáférést a jó minőségű ellátáshoz; továbbá milyen mértékű hozzájárulást kell fizetni az egészségbiztosítás szolgáltatásainak az igénybevételekor. A magyar kötelező egészségbiztosítás szolgáltatáscsomagja széles körű, azonban a tényleges hozzáférés súlyosan korlátozott – így a betegek sokszor a magánellátásban vásárolnak olyan szolgáltatásokat is, amelyekre az egészségbiztosítás alapján is jogosultak lennének.

Az elmúlt három évtizedben az EU14-országokban a közkiadások részaránya 75% és 78% között ingadozott (2.1. táblázat). A V4-országokban a rendszerváltozás hatására a közkiadások aránya jelentősen csökkent az 1990-es években. Ennek egyik oka, hogy lehetővé váltak a magánvállalkozások, a magánszolgáltatások nyújtása, a másik oka pedig, hogy növekedett a társadalombiztosítás által nyújtott szolgáltatásokhoz, elsősorban a gyógyszerekhez igényelt hozzájárulás mértéke. Magyarországon 1992-ben a közkiadások tették ki az összes egészségügyi kiadás 86,9%-át, 2019-ben pedig már csak a 68,7%-át érték el. Csehországban 2019-ben a közkiadások az összes egészségügyi kiadás a 84,9%-át, Szlovákiában 79,8%-át, Lengyelországban pedig a 71,8%-át tették ki.

A „forráskivonás" mértéke

A 2.6. ábra az egészségügyi kiadások főbb kategóriáinak és a GDP-nek az alakulását (növekedési ütemét) hasonlítja össze (mind a négy mutató esetében 100-nak véve a 2005. évi szintjüket). A trendvonalak egyértelműen mutatják, hogy az egészségügyi közkiadások reálértékének a 2006 utáni visszaesése mélyebb volt, a felzárkózás pedig lassabb, mint amit a gazdaság alakulása lehetővé tett volna. A 2012 utáni gazdasági fellendülés lehetőséget adott volna arra, hogy az egészségügy prioritást

2.6. ábra. A magyar egészségügyi kiadások és a GDP reálértékének alakulása a 2005-ös szinthez viszonyítva (2005=100%)



kapjon és az egészségügyre fordított közkiadások a GDP-t meghaladó ütemben növekedjenek. Nem ez történt: a közkiadásoknak a GDP-ből való részesedése 2012 és 2019 között tovább csökkent (4,9%-ról 4,3%-ra).

Az előzőekben már szó volt róla, hogy az elmúlt évtizedekben a domináns nemzetközi trend az egészségügyi közkiadásoknak a GDP növekedését meghaladó mértékű növekedése volt. Ezért a nemzetközi trendekkel konform szcenárió nálunk is az lett volna, hogy legalább fennmaradjon az egészségügyi közkiadások GDP-hez viszonyított aránya. „Forráskivonás" alatt ezért azt értem, hogy ez nem valósult meg, hanem csökkent az egészségügy „szelete" (részesedése) a GDP „tortájából". Leegyszerűsítve mondhatjuk, hogy a 2.6. ábrán a GDP trendvonala és a közkiadások trendvonala közötti terület szemlélteti a forráskivonást. A „forráskivonás" mértékének a becsléséhez a bázist (minden évben) az az összeg jelenti, ami akkor jutott volna az egészségügynek, ha változatlan marad a közkiadás/GDP arány; ennek az összegnek és a közkiadások tényleges nagyságának a különbsége adja az adott évi forráskivonás összegét. A közkiadások/GDP arány 2005-ben 5,7% volt, 2019-ben pedig már csak 4,3%. Ha 2005 és 2019 között fennmaradt volna a 2005-ös (5,7%) arány, akkor a 2005 és 2019 közötti 14 éves időszak egészét tekintve (folyó áron) kb. 3900 milliárd forinttal több forrás jutott volna az egészségügyi ellátásra. Másképp fogalmazva: a 2005 és 2019 közötti 14 évben végbement „forráskivonás" nagysága kb. 3900 Mrd Ft-ra becsülhető. Továbbá, ha fennmaradt/helyreállt volna a közkiadások 5,7%-os részesedése a GDP-ből, akkor 2019-ben 652 Mrd Ft-tal (32%-kal) magasabb lehetett volna a közkiadásoknak az értéke (2057 Mrd Ft helyett 2709 Mrd Ft). A 2005 és 2025 közötti időszakot tekintve: a 20 éves periódusban végbement „forráskivonás" nagysága (folyó áron) kb. 7060 Mrd Ft-ra becsülhető.[111] Ha fennmaradt/helyreállt volna a közkiadások 5,7%-os részesedése a GDP-ből, akkor 2025-ben 725 Mrd Ft-tal (17%-kal) magasabb lehetett volna a közkiadásoknak az értéke (4193 Mrd Ft helyett 4918 Mrd Ft). Szükséges hangsúlyozni, hogy a fenti számítások a közkiadás/GDP aránynak a 2005-ös szinten maradásához viszonyították a tényleges értékeket, a nemzetközi trend pedig a közkiadás/GDP aránynak a növekedése volt; továbbá a magyar gazdasági feltételek is lehetővé tették volna a közkiadások GDP-ből való részesedésének a növekedését.

111 A számok mögött emberek vannak: az egészségügyben dolgozók a jövedelmükben és munkakörülményeikben közvetlenül is érzékelték a pénzügyi források tartós hiányát; a lakosság, a betegek pedig az egészségügy mindennapos működési zavarait, az ellátáshoz való hozzáférés súlyos korlátozottságát. (2021-ben csak az orvosok jövedelmében következett be lényeges változás.)

2.1.2. A COVID-19 járvány hatása az egészségügyi kiadásokra

A COVID-19 járvány világszerte drasztikus sokkot jelentett a gazdaság, társadalom, oktatás és egészségügyi rendszer számára is. A COVID-19 járvány hatására 2020–2021-ben az EU-országok túlnyomó többségében (20 országban) a kormányok 5%-ot meghaladó mértékben, közülük 12 országban pedig kiugróan nagy (8%-ot meghaladó mértékben) növelték az egészségügyi közkiadásokat. Ez utóbbiak közé tartozott Magyarország is: 2020–2021-ben éves átlagban 13,3% volt a közkiadások éves átlagos növekedési üteme (míg 2010 és 2019 között csupán 1,6%). A kiugróan magas növekedés elsősorban a korábbi szocialista országokban és a Dél-Európai országokban volt tapasztalható, ahol az ellátórendszereknek a fejlett nyugat-európai országokétól szűkebb kapacitásai és rosszabb teljesítménye kikényszerítette a források radikális növelését ahhoz, hogy a járvánnyal jól-rosszul meg tudjanak birkózni. (Természetesen a domináns mintázat alól vannak kivételek is.)

A magyarországi közkiadások 2020–21-ben tapasztalható (részben az orvosbérek emelése miatti) kiugró növekedése (amit szemléltet a 2.4 és a 2.6. ábra is) átmenetileg mérsékelte lemaradásunkat egy főre jutó egészségügyi kiadásokban az EU14-országoktól: 2021-ben az egy fő jutó egészségügyi közkiadás az EU14-nek a 45,2%-át érte el. Azonban ez csak átmeneti, tűzoltó jellegű feszültségcsökkentés volt, nem jelentette egy felzárkózó trend elindulását. Ezt mutatják a következő tények:

- A közkiadások reálértéke a járvány alatti átmeneti jelentős növekedés után 2022-ben és 2023-ban is csökkent és 2024-ben 4,1%-kal, 2025-ben pedig 2%-kal alacsonyabb volt, mint 2021-ben (2.6. ábra).
- 2022-től (kismértékben) újra növekedett a lemaradásunk az EU14-átlagtól. Az egy főre jutó közkiadásnak az EU14-hez viszonyított 2025-ös értéke (43,1%) nem érte el sem az 1992-es, sem a 2005-ös szintet. Azaz a 2020–2021-ben történt jelentős kiadásnövelés ellenére is 2025-ben nagyobb volt az EU14-országoktól a lemaradásunk, mint az 1990-es évek elején (2.1. táblázat, 2.1. ábra).
- Az egészségügyi kiadásoknak a kormányzati kiadásokon belüli részaránya 2020-ban elérte a kormányzati kiadások 12,4%-át, 2021-ben a 12,3%-át. Azonban 2022-ben már újra csak 10,4%-át, 2024-ben pedig 10,0%-át. Ez tükrözi, hogy a kormányzat (kormányfő) prioritásaiban a COVID-19 járvány tapasztalatai nem idéztek elő változást (2.1. táblázat, 2.5. ábra).
- A közkiadások 2021-ben a GDP 5,3%-ára növekedtek, de 2022-ben már újra csak a 4,9%-át, 2025-ben pedig 4,8%-át érték el, ami alacsonyabb volt, mint az 1990-es évek elején (2.1. táblázat, 2.3. ábra).

Ha 2024-ben az egészségügyi közkiadások részesedése az állami költségvetésből nem a legalacsonyabb (10,0%) lett volna az EU-ban, hanem elérte volna az EU-országok (2.5. ábra) alsó harmadának az átlagát (12,6%-ot), akkor kb. 1010 Mrd forinttal több jutott volna az egészségügynek. Ha ez a növekmény teljes egészében az Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) természetbeni kiadásaira fordítódott volna, akkor ezek kb. 30%-kal nagyobbak lehettek volna a tényleges kiadásoknál. Ebben az esetben az egészségügyi közkiadások pedig a GDP 6,0%-át tették volna ki, ami még mindig nem érte volna el sem a visegrádi országok szintjét, sem az EU10-átlagot (2.1. táblázat).

A fentiekből következően nemcsak a 2019-ig tartó, hanem az egész vizsgált időszakról elmondható, hogy Magyarország és a többi visegrádi ország, valamint Magyarország és az EU10-átlag között az egészségügyi közkiadások trendjeit, jellemzőit tekintve nem csupán mennyiségi a különbség, hanem eltérő fejlődési pályákról van szó: a V3-országok és az EU10-átlag közelebb kerültek az EU14-országokhoz, ezzel szemben Magyarország leszakadó pályára került mind az EU14-, mind a V3-országokhoz viszonyítva, továbbá az EU10-átlaghoz viszonyítva is. A magyar adatok önmagukban véve is megdöbbentőek: az egészségügyi közkiadások reálértéke 2006 és 2012 között folyamatosan csökkent és az azt követő lassú növekedés hatására csak 2018-ban érte el a 2005-ös szintet. A járvány alatti átmeneti jelentős növekedés után 2022-ben és 2023-ban ismét csökkent az egészségügyi közkiadások reálértéke és 2025-ben 28,0%-kal volt magasabb a 2005-ös szintnél (2021-ben még 30%-kal). Ugyanakkor a GDP reálértéke 2025-ben 40%-kal haladta meg a 2005-ös szintet. A fejezet második része – többek között – bemutatja, hogy a közkiadások rendkívül alacsony növekedésének és az egészségügyi rendszer strukturális problémáinak a következményei emberéletekben mérhetők: az elkerülhető halálozásban is romlott Magyarország relatív helyzete.

2.2. A magyarországi várható élettartam és elkerülhető halálozás trendjei nemzetközi összehasonlításban

Az egészségügyi közkiadásoknak az előzőekben elemzett trendjeinek következtében az egészségügynek[112] az évtizedek óta jellemző alulfinanszírozása, a krónikus

112 Beleértve a népegészségügyi rendszert is, amelynek a fő funkciói az egészségfejlesztést és a betegségek megelőzését célzó tevékenységek.

forráshiány jelenti az egyik fő okát,[113] hogy az egészségi állapot alapvető fontosságú átfogó mutatóiban Magyarország relatív helyzete rosszabb volt a 2023–2024-es években, mint az 1980-as évek végén, illetve a 2000-es évek elején. A fejezet középpontjában az EU14-, EU10- és a V3-országokhoz viszonyított relatív helyzetünknek az elemzése áll – a születéskor és 40 éves korban várható élettartamot és az elkerülhető halálozást (annak két összetevőjét, a megelőzhető és a kezelhető halálozást) tekintve.

Egy ország lakossága egészségi állapotának és a társadalom különböző csoportjai közötti egészségegyenlőtlenségeknek az alakulását befolyásoló tényezők három nagy csoportba sorolhatók (Solar és Irwin, 2010; WHO, 2008):

1. Strukturális és környezeti tényezők (gazdasági, társadalmi, szociálpszichológiai tényezők és az ezeket befolyásoló kormányzati cselekvés, továbbá a népesség jövedelem, iskolázottság, foglalkozás szerinti rétegződése).
2. Az egyének egészségi állapotára közvetlenül ható – a strukturális tényezők által befolyásolt – kockázati tényezők (munkahelyi és lakóhelyi környezeti ártalmak, stressz, táplálkozás, egészségkárosító szokások stb.), másrészt az egyének és közösségeik képessége ezen tényezőkkel való megküzdésre.
3. Az egészségügyi rendszer működése (beleértve az egészségügyre fordított kiadások nagyságát is).

A várható élettartam alakulása ezen tényezők eredőjét, együttes hatását tükrözi, így az ország társadalmi-gazdasági és politikai folyamatainak komplex „eredményindikátoraként" is értelmezhető. Ugyanakkor a várható élettartamnak az országok közötti különbségei nem alkalmasak annak a jellemzésére, hogy milyen különbségek vannak az egyes országok egészségügyi rendszerének a teljesítményében, a népesség egészségi állapotára gyakorolt hatásában. Erre a célra dolgozták ki az elkerülhető halálozás koncepcióját és indikátorait: annak a kérdésnek az elemzésére, hogy az egészségügyi rendszer működése, teljesítménye hogyan befolyásolja a népesség egészségi állapotát (European Commission, 2023b; Mackenbach et al., 1990; Nolte és McKee, 2004). Az elkerülhető halálozás a korai (idő előtti) halálozások közül a kezelhető és a megelőzhető okok miatti halálozásokat foglalja magában. A jelenlegi OECD és Eurostat statisztikákban a 75 évesnél fiatalabbak halálozását tekintik korainak. Az elkerülhető halálozás két összetevője közül a kezelhető okok miatti halálozás indikátora azokat a halálokokat veszi figyelembe, amelyek esetében optimálisan működő ellátással, időben elérhető, adekvát terápiával elkerülhető a halálozás,

113 A másik okot a rendelkezésre álló erőforrások eredményes (hatékony) felhasználásának a problémái jelentik.

a megelőzhető okok miatti halálozás pedig azokat, amelyek esetében eredményes megelőzéssel elkerülhető a halálozás.[114]

Az elkerülhető halálozás széles körben használt átfogó indikátora az egészségügyi rendszerek teljesítményének. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy az egészségügyi rendszer hatása a népesség egészségi állapotára ennél komplexebb. Az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és minősége nemcsak a halálozást befolyásolják, hanem a krónikus betegséggel élők életminőségét, szubjektív egészségi állapotát és munkaképességét is. (Ezeket hatásokat nem tükrözik a várható élettartamnak és halálozásnak az adatai.)

Az egészségügyi rendszer hatásait elemezve meg kell különböztetni két komponenst: a népegészségügyi rendszer hatását az előzőekben említett kockázati tényezőknek a csökkentésére (azaz az egészségmegőrzésre és a betegségek megelőzésére) és a szűkebb értelemben vett egészségügyi rendszer szolgáltatásainak a hatását. Számos publikáció rámutatott, hogy a fejlett országokban a várható élettartamnak az elmúlt évtizedekben végbement növekedésben jelentős szerepe volt az egészségügyi kiadásoknak (egészségügyi ellátásnak). Például, az OECD 1991 és 2003 közötti időszakra vonatkozó empirikus elemzése azt mutatta, hogy az egészségügyi kiadások növekedése magyarázta a férfiak születéskor várható élettartama növekedésének 46%-át, a nőkének pedig 39%-át (Joumard et al., 2008).

2.2.1. Az egészségi állapot főbb trendjei

A várható élettartam és az elkerülhető halálozás trendjeinek szélesebb perspektívába helyezése érdekében fontosnak tartottam a trendek bemutatása előtt összefoglalni a magyar népesség egészségi állapotának – az alapvető indikátorok elemzése és a szakirodalom alapján (Bálint és Kovács, 2021; Hablicsek és Kovács, 2007; Orosz és Kollányi, 2016) megrajzolható – átfogó trendjeit:

- A magyar népesség egészségi állapota (várható élettartama stb.) az egyik legrosszabb volt mind az 1980-as évek, mind a 2010-es évek végén (továbbá a 2020-as évek közepén is) a jelenlegi EU-országokat tekintve.
- Az 1990-es évek közepétől az egészségi állapot számos alapvető mutatója javult; de a javulás mértéke kisebb volt, mint az EU14- és a V3-országokban. Ezért a 2010-es évek végén a magyar népesség életkilátásait (születéskor és 40 éves korban várható élettartamát) tekintve nagyobb volt a lemaradásunk az

114 A módszernek természetesen vannak limitációi: pl. a betegségek besorolása a két összetevőbe, a 75 éves korhatár stb.

EU14-átlagához és a többi visegrádi országhoz képest[115] is, mint amekkora az 1980-as évek végén volt. Továbbá az EU10-átlagtól való lemaradásunk is kismértékben növekedett.

- A főbb indikátorok között a csecsemőhalálozás jelenti a kivételt: az EU14-átlaghoz képest jelentősen javult Magyarország relatív helyzete. (Az 1980-as évek végén 89%-kal magasabb volt a magyarországi csecsemőhalálozás az EU14-átlagnál, 2024-ben pedig 18%-kal volt rosszabb annál.)
- A népesség egészségi állapota rosszabb, mint ami az ország gazdasági fejlettsége alapján elvárható lenne.
- Az egészségegyenlőtlenségek számos összetevőjükben növekedtek a rendszerváltozás óta. A várható élettartam javulását az életkilátások jövedelem szerinti egyenlőtlenségeinek növekedése kísérte: a 1992-1993 és 2022-2023 közötti időszakban a férfiak körében állandósultak a várható élettartam jövedelmi egyenlőtlenségei, a nők körében pedig a korábbinak több mint a kétszeresére emelkedtek (Bíró et al., 2025).
- Az iskolai végzettség szerinti egészségegyenlőtlenségek is jelentősen növekedtek és a 2010-es évek közepén[116] nagyobbak voltak, mint az 1980-as évek végén. Továbbá a 2020-as évek elején is lényegesen nagyobbak voltak, mint az EU14 átlagában.
- Relatív helyzetünk különösen rossz az egészségügyi rendszer teljesítményét jelző elkerülhető (megelőzhető és kezelhető okok miatti) halálozásban.
- Az elmúlt két évtizedben az elkerülhető halálozást tekintve is nőtt a lemaradásunk mind az EU14- és többi visegrádi országhoz képest, továbbá kismértékben az EU10-átlaghoz képest is. (A legkorábban elérhető adatok 2000-től állnak rendelkezésre.)
- A COVID-19 járvány következtében 2020–2022-ben a magyarországi többlethalálozás 2-4-szerese volt a legjobb helyzetű EU-országokénak. Ugyanakkor a súlyos többlethalálozást elszenvedő posztszocialista országok között Magyarország a relatíve a jobb helyzetűek közé tartozott (2.8. ábra).

115 A fejezetben szereplő adatok forrása: a várható élettartam esetében az Eurostat Database, a többi indikátor esetében az OECD Data Explorer (Health), kivéve a 2.11. ábrát.

116 A legutóbbi elemzések erre az időszakra állnak csak rendelkezésre.

2.2.2. A születéskor és 40 éves korban várható élettartam alakulása

Az 1980-as évek vége és 2024 között eltelt három és fél évtizedben a magyar népesség születéskor várható élettartama 6,6 évvel növekedett (70,2 évről 76,8 évre), a 40 éves korban várható élettartam pedig az 1980-as évek vége és 2024 között 4,9 évvel (33,1 évről 38,0 évre) (2.4. táblázat). Csupán ezen adatok alapján arra a következtetésre juthatnánk, hogy kedvező folyamatok mentek végbe a népesség egészségi állapotában. Más megvilágításba kerülnek azonban ezek az adatok, ha nemzetközi összehasonlításba helyezzük őket. A vizsgált időszakban az EU14-országokban és a V3-országokban (különösen Csehországban) és az EU10-átlagot tekintve is nagyobb mértékű volt a javulás a születéskor várható és a 40 éves korban várható élettartamban is, mint Magyarországon. Ez azt jelenti, hogy 2024-ben nagyobb volt a lemaradásunk – mind az EU14- és EU10-átlaghoz, mind a V3-országhoz képest –, mint az 1980-as évek végén[117] (2.4. táblázat). A magyar népesség 40 éves korban várható élettartama az 1980-as évek végén 4,7 évvel, 2023-ban pedig 5,6 évvel maradt el az EU14-átlagtól. Jelentően nőtt a lemaradásunk Csehországhoz képest is: az 1980-as évek végén 0,8 évvel, 2023-ban pedig 3,1 évvel rövidebb volt a 40 éves korban várható magyarországi élettartam.

Az adatok részletesebb elemzése alapján az 1980-as évek vége óta eltelt évtizedek három szakaszra bonthatók:

- Az 1990-es évek közepéig folytatódott az 1960-as évek második felében indult leszakadás a nyugat-európai országoktól.
- Az 1990-es évek közepe és a 2010-es évek eleje között a várható élettartam nagyobb mértékben javult, mint az összehasonlításban szereplő országokban. Ennek következtében az 1990-es évek közepéhez képest javult a relatív helyzetünk, de rosszabb maradt, mint az 1980-as évek végén volt.
- A 2010-es évek elejétől a felzárkózó trend megtorpant és kimértékben ismét növekedett a lemaradásunk. Ebben a folyamatban átmeneti nagymértékű romlást idézett elő a COVID-19 járvány.

Ennek a három szakasznak az eredője a 2.4. táblázat által mutatott helyzet: a lemaradásunk 2023–2024-ben a 40 éves korban várható élettartamban jelentősen, a születéskor várható élettartamban pedig kismértékben nagyobb volt, mint az 1980-as évek végén. A fenti három szakaszt is szemlélteti a 2.7. ábra.

117 2024-ben az EU-ban a születéskor várható élettartam csak Romániában, Lettországban és Bulgáriában volt alacsonyabb a magyarországinál; a 40 éves korban várható élettartam pedig csak Lettországban és Bulgáriában.

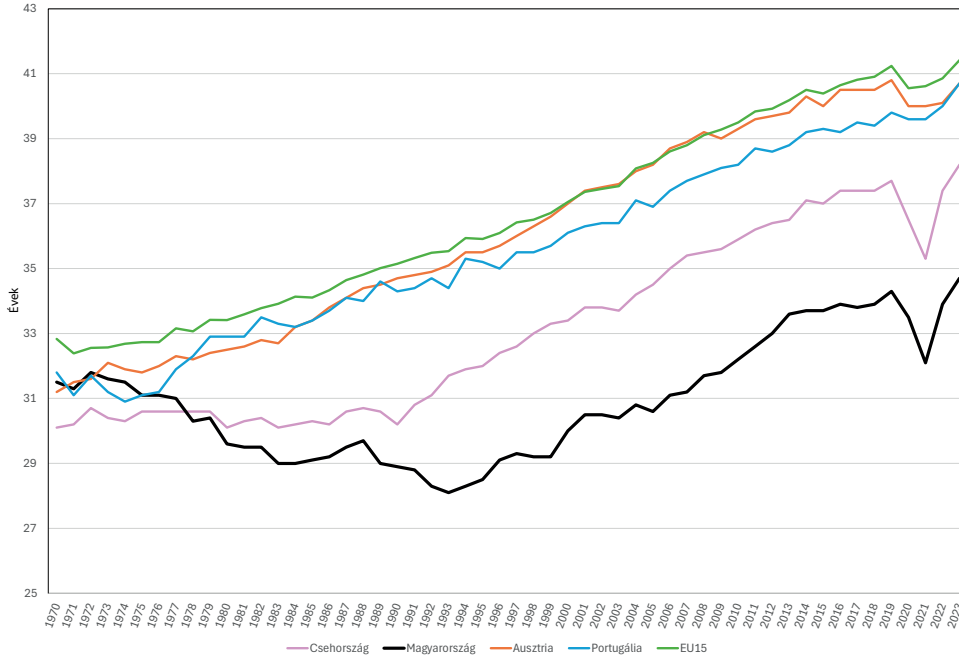
2.4. táblázat: A születéskor és 40 éves korban várható élettartam alakulása a V4 országokban

	1988(a)	2019(b)	(b)-(a)	2021	2024(c)	(c)-(a)	1988(a)	2019(b)	(b)-(a)	2021	2024(c)	(c)-(a)
	Születéskor várható élettartam (évek)						40 éves korban várható élettartam (évek)					
EU14	75,8	82,2	6,5	81,8	82,6	6,9	37,8	43,1	5,3	42,7	43,6	5,8
EU10	71,4	77,7	6,3	75,4	78,5	7,1	34,3	38,9	4,6	36,7	39,6	5,3
Magyarország	70,2	76,3	6,1	74,1	76,8	6,6	33,1	37,4	4,3	35,3	38,0	4,9
Csehország	71,8	79,2	7,4	77,2	80,1	8,3	33,9	40,3	6,4	38,2	41,1	7,2
Lengyelország	70,7	77,9	7,2	75,4	78,5	7,8	34,0	39,2	5,2	36,8	39,9	5,9
Szlovákia	71,4	77,7	6,3	74,6	78,4	7,0	33,9	39,1	5,2	36,0	39,9	6,0
	A magyar születéskor várható élettartam eltérése az EU14 és V3 országokétól (évek)						A magyar 40 éves korban várható élettartam eltérése az EU14 és V3 országokétól (évek)					
HU-EU14	–5,6	–5,9		–7,7	–5,8		–4,7	–5,7		–7,4	–5,6	
HU-EU10	–1,2	–1,4		–1,3	–1,7		–1,2	–1,5		–1,4	–1,6	
HU-CZ	–1,6	–2,9		–3,1	–3,3		–0,8	–2,9		–2,9	–3,1	
HU-PL	–0,5	–1,6		–1,3	–1,7		–0,9	–1,8		–1,5	–1,9	
HU-SK	–1,2	–1,4		–0,5	–1,6		–0,8	–1,7		–0,7	–1,9	

Adatok forrása: Eurostat Database: mortality statistics. (Last update: 04/06/2026). Lengyelország: 1990-es adat

A magyar népesség várható élettartama rendszerváltozás utáni trendjeinek a mélyebb megértését segíti, ha nagyobb időtávot tekintünk és figyelembe vesszük, hogy a magyarországi várható élettartamnak, halálozási viszonyoknak az 1960-as évek második felétől a nyugat-európai országokétól elkanyarodó, csak a szocialista országokra jellemző – abszolút értelemben véve is romló – trendje alakult ki (Józan, 1994; Orosz, 1990). A fejlett országokétól elkanyarodó trend nem csak azt jelentette, hogy az 1960-as évek közepétől növekedtek a különbségek Magyarország és a nyugat-európai országok között, hanem a magyar népesség várható élettartamának a növekedése megtorpant és közel három évtizeden keresztül stagnált. A legsúlyosabb problémát a középkorú férfiak halálozási viszonyainak a romlása jelentette: a férfiak 40 éves korban várható élettartamában abszolút értékben is csökkenő trend alakult ki, a nők 40 éves korban várható élettartama pedig stagnált.

2.7. ábra. A magyar férfiak 40 éves korban várható élettartamának hosszú távú trendje nemzetközi összehasonlításban



Ez a folyamat elkanyarodást jelentett a fejlett országokra jellemző demográfiai trendektől – a népesség egészségi állapotát tekintve a fejlett világ perifériájára szorultunk. Ez a folyamat az 1990-es évek közepéig tovább folytatódott és 1993-ban érte el a mélypontját. A 2.7. ábra a férfiak 40 éves korban várható élettartamának az esetében szemlélteti ezeket a trendeket. Az összehasonlításhoz az EU15-átlag mellett három olyan (népességszámát tekintve hasonló méretű) ország szerepel, amelyekkel 1970-ben a magyar férfiak 40 éves korban várható élettartama megegyezett. 1970-ben az EU15-átlag 1,3 évvel volt magasabb a magyarországi értéknél. A következő trendek rajzolódnak ki:

- 1970-ben a magyar és az osztrák férfiak 40 éves korban várható élettartama megegyezett egymással. Az 1980-as évek végén a különbség már 4,7 év volt, 1994-ben pedig 7,2 év. Az 1990-es évek közepétől a lemaradásunk csökkent és 2013-ban 6,2 év volt. Azonban a 2010-es évek második felében ismét növekedett a különbség; majd a COVID-19 sokkja után, 2023-ban a különbség 6,0 év volt – 1,3 évvel nagyobb, mint az 1980-as évek végén.
- Nagyon hasonlóan alakult a relatív helyzetünk Portugáliával összehasonlítva. 1970-ben a magyar és a portugál férfiak 40 éves korban várható élettartama

megegyezett egymással; 1994-ben pedig már 7,0 év volt a különbség. Az 1990-es évek közepétől a lemaradásunk csökkent, majd a 2010-es évek második felétől ismét növekedett; 2023-ban 6,0 év volt a különbség (1,7 évvel nagyobb, mint az 1980-as évek végén).

- Csehországgal az összehasonlítás azért is fontos, mert a várható élettartam megtorpanása és stagnálása Csehországra is jellemző volt. 1988-ban a magyar férfiak 40 éves korban várható élettartama 1 évvel maradt el a cseh férfiakétól, 2023-ban már 3,5 évvel.

Vallin és Meslé (2004) a várható élettartam hosszú távú trendjeiben az országok között mutatkozó különbségek alakulását a divergencia-konvergencia ciklusok paradigmájának bevezetésével értelmezi. Ennek középpontjában a széles értelemben vett egészségügyi technológiák alkalmazásában (beleértve nem csak az új, innovatív gyógyszereket, orvostechnológiát, hanem az egyéni egészségmagatartásra ható prevenciós programokat is) mutatkozó különbségek állnak. A várható élettartam hosszú távú trendjeinek elemzése alapján három divergencia-konvergencia ciklust azonosítottak: a fertőző betegségek legyőzése, a szív- és érrendszeri forradalom, végül az öregedés elleni küzdelem. Ezek a szakaszok országonként (országcsoportonként) különböző időszakokban következtek be; és az egyes országok új szakaszba léphettek anélkül, hogy az előzőn túljutottak volna. Az elméletük szerint a betegségek megelőzésére és kezelésére jelentősen ható új technológiák megjelenése először divergencia folyamatot eredményez, mivel *„[…] egyes országok jobban felkészültek, mint mások, mivel gazdaságaik vagy politikai és társadalmi struktúráik erősebbek ahhoz, hogy ezt az eszközt a teljes lakosság javára alkalmazzák*." Bizonyos késéssel a lemaradók is képesek az új technológiák alkalmazására és az élenjárókhoz való közeledésre/felzárkózásra. *„Így az egészségügyi átmenetet a divergencia-konvergencia ciklusok egymásutánján keresztül lehet szemlélni, amelyek az új egészségügyi eszközök elérhetőségéből és azok eltérő megvalósítási sebességéből fakadnak"* (Meslé és Vallin, 2017. 616). Vallin és Meslé elmélete egy lehetséges magyarázatát adja annak, hogy az 1960-as évek közepén miért volt olyan közel a magyarországi várható élettartam az EU14-országokéhoz, másrészt, hogy az 1960-as évek közepétől milyen tényezőknek tudható be a leszakadásunk. Az első ciklus, a fertőző betegségek elleni küzdelem esetében az 1960-as évek közepére a kelet-európai országok fel tudtak zárkózni a nyugat-európai országokhoz – ez tükröződik a viszonylag kis különbségekben a várható élettartamban. A második ciklust „a szív- és érrendszeri forradalom" jelentette, ami az 1960-as évek közepén kezdődött a fejlett nyugati országokban és szakadékot eredményezett Nyugat-Európa és Közép-Kelet-Európa halálozási viszonyaiban. A „szív- és érrendszeri forradalmat" eredményező

2.5. táblázat: A várható élettartam és a halálozások néhány alapvető indikátorának alakulása (az EU14-átlaghoz és a V3-országokhoz viszonyítva)

	HU/EU14 vagy HU-EU14		HU/CZ vagy HU-CZ		HU/PL vagy HU-PL		HU/SK vagy HU-SK	
	1988	**2024***	**1988**	**2024**	**1988**	**2024**	**1988**	**2024**
Csecsemőhalálozás (1000 élve születettre) aránya	189%	118%	144%	165%	79%	106%	119%	64%
Születéskor várható élettartam különbsége (évek)	–5,6	–5,8	–1,6	–3,3	–0,5	–1,7	–1,2	–1,6
A 40 éves korban várható élettartam különbsége (évek)	–4,7	–5,6	–0,8	–3,1	–0,9	–1,9	–0,8	–1,9
Halálozási ráta (összes ok miatt, standardizált) aránya	138%	157%	100%	128%	107%	119%	n.a.	116%
Rosszindulatú daganatok miatti halálozás	124%	143%	99%	131%	125%	118%	n.a.	123%
Emlőrák miatti halálozás	100%	133%	102%	153%	150%	122%	n.a.	115%
Vastagbél- és végbél daganatokból eredő halálozás	144%	214%	89%	165%	196%	149%	n.a.	132%
Tüdőrák miatti halálozás	133%	187%	102%	191%	116%	143%	n.a.	210%
A keringési rendszer betegségei miatti halálozás	163%	283%	96%	158%	106%	155%	n.a.	119%
Akut miokardiális infarktus (AMI)** miatti halálozás	119%	190%	75%	220%	150%	175%	n.a.	128%
Megelőzhető halálokok miatti halálozás, <75 évesek ***	2,25	2,33	1,57	1,75	1,50	1,44	1,32	1,49
Kezelhető halálokok miatti halálozás, <75 évesek ***	2,14	2,72	1,20	1,62	1,34	1,31	0,98	1,08
Elkerülhető kardiovaszkuláris megbetegedések miatti halálozás – férfiak (1995, 2020)	2,57	3,97	1,12	1,88	1,52	1,59	1,04	1,24
Elkerülhető kardiovaszkuláris megbetegedések miatti halálozás – nők **(1995, 2020)**	2,89	4,27	1,15	2,14	1,52	1,83	0,99	1,34
Elkerülhető kardiovaszkuláris megbetegedések miatti halálozás – nők **(1995, 2000)**	2,89	4,27	1,15	2,14	1,52	1,83	0,99	1,34

*/A halálozási ráták esetében néhány EU14-ország esetében 2023-as adat; **/ 2023-as adat; ***/2002 és 2023

innovatív egészségügyi eszközök elsősorban a következők voltak: új gyógyszerek és terápiás beavatkozások; az ellátás megszervezésének új és hatékonyabb módjai, mint például a multidiszciplináris stroke egységek vagy integrált szűrőprogramok bevezetése, valamint az egyéni viselkedés (különösen az étkezési szokások) megváltoztatását célzó prevenciós programok.

A szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő halálozások rátája Magyarországon is csökkent, de a javulás mértéke lényegesen kisebb volt, mint az EU14- és a V3-országokban: az 1980-as évek végén 63%-kal volt magasabb az EU14-átlagnál, 2024-ben már a 2,8-szerese volt (2.5. táblázat). Csehországhoz viszonyítva: az 1980-as évek végén hasonló volt a helyzetünk, 2024-ben pedig 58%-kal magasabb volt a magyarországi keringési megbetegedésekből eredő halálozás. (A szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő elkerülhető halálozásról a 2.2.4 alfejezetben lesz szó.)

2.2.3. A COVID-19 járvány okozta halálozások és hatásuk a várható élettartamra

A 2020 elején kitört COVID-19 járvány[118] súlyos veszteséget okozott emberéletekben és sokkhatást gyakorolt az egészségügyi rendszerre, a gazdaságra, oktatásra és a társadalomra. Mindezek szerteágazó és hosszabb távon is ható közvetlen és közvetett hatást gyakoroltak az emberek egészségi állapotára (beleértve a mentális egészséget is). Magyarországon a Worldometers adatai[119] szerint a járvány kezdetétől 2023. május 5-ig 2 201 824 regisztrált COVID-19 eset és ebből 48 849 halálozás következett be. Az 1 millió lakosra jutó halálozás a járvány kitörése és 2024. április 12 között 5105 volt. Ez az EU-ban (Bulgária után) a második legrosszabb érték volt, a földrajzi Európa esetében is csak Izland és Belarusz adatai voltak kedvezőtlenebbek.

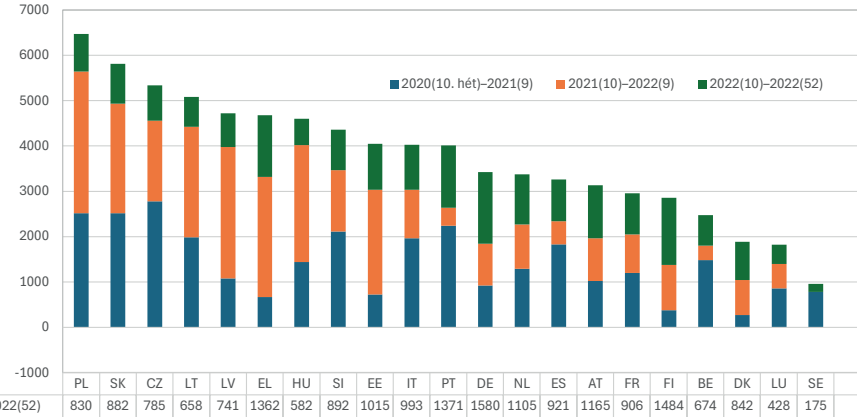
Az egyes országok gyakorlatában lehettek eltérések abban, hogy milyen esetben minősítettek egy halálesetet COVID-19 miatti halálesetnek. Ezért a járvány hatásának elemzéséhez és az egyes országok összehasonlításához megbízhatóbbnak tekinthetjük a többlethalálozás adatait. A COVID-19 járvány időszakára vonatkozó többlethalálozás mutatója a 2015-2019 közötti öt év átlagához viszonyított teljes

118 A COVID-19 vírus terjedését a WHO 2020. január 30-án nemzetközi horderejű közegészségügyi szükséghelyzetnek deklarálta, és csak március 11-én minősítette világjárványnak; világjárvány végét pedig 2023 május. 5-én deklarálta.

119 https://www.worldometers.info/coronavirus/country/hungary/. A honlapon 2024. április 12-i volt a legutolsó Magyarországra vonatkozó adat: 2230232 eset és 49048 halálozás.

halálozási többletet mutatja, azaz nem csak a COVID-19 miatt közvetlenül, hanem a közvetve okozott növekményt és egyéb esetleges hatásokat is. Az EU(OECD)-országok[120] szélsőséges különbségeket mutatnak (2.8. ábra[121]): a 2020 márciusa és 2022 decembere közötti időszakban a legrosszabb helyzetű Lengyelország többlethalálozása (6471 fő 1 millió lakosra) 6,7-szerese volt a legjobb helyzetű Svédországénak (960 fő 1 millió lakosra). 11 országban (köztük Magyarországon is) a többlethalálozási ráta meghaladta a 4000-et: ezek a korábbi szocialista és a dél-európai országok voltak, Spanyolország kivételével. A magyar többlethalálozási ráta (4602 egy millió lakosra) a 7. legmagasabb volt az EU(OECD)-országok között. Ez a fejlett nyugat-európai országokhoz hasonlítva kedvezőtlen, ugyanakkor a posztszocialista országok csoportján belül pedig viszonylag kedvezőnek tekinthető érték.

2.8. ábra. Az egymillió lakosra jutó többlethalálozás alakulása, 2020–2022



	PL	SK	CZ	LT	LV	EL	HU	SI	EE	IT	PT	DE	NL	ES	AT	FR	FI	BE	DK	LU	SE
2022(10)–2022(52)	830	882	785	658	741	1362	582	892	1015	993	1371	1580	1105	921	1165	906	1484	674	842	428	175
2021(10)–2022(9)	3126	2414	1774	2442	2900	2648	2575	1351	2305	1074	396	922	975	513	946	854	996	318	775	540	0
2020(10. hét)–2021(9)	2515	2518	2782	1984	1079	670	1444	2115	729	1963	2244	925	1296	1828	1023	1198	379	1483	271	857	785

A COVID-19 járvány miatti többlethalálozásnak a nyugat-európai és a posztszocialista országok között mutatkozó különbségei 2020-ban és 2021-ben drámai módon megnövelték a „Kelet–Nyugat szakadékot" a várható élettartamban. 2019 és 2021 között az EU14-országokban (Görögország kivételével) stagnált vagy minimális (egy évnél kisebb) mértékben csökkent a várható élettartam; ezzel szemben

120 Az EU-nak azok a tagállamai, amelyek az OECD-nek is tagjai.

121 A 2.8. ábra – figyelembe véve a járványhullámokat – három időszakra bontva mutatja a többlethalálozás alakulását: 2020. március–2021. február; 2021. március–2022. február; 2022. március–2022. december.

a posztszocialista országokban (Szlovénia kivételével) a csökkenés drasztikus mértékű (2–3 év) volt. A magyar népesség várható élettartama 2019 és 2021 között 2,2 évvel (76,3 évről 74,1 évre) csökkent (2.4. táblázat). A születéskor várható élettartam az EU14-országokhoz képest 2019-ben 5,9 évvel, 2021-ben pedig 7,7 évvel volt rövidebb. A várható élettartam visszaesése azonban csak átmeneti volt: 2022-től – az EU-országok túlnyomó többségéhez hasonlóan – már újra növekedett a magyar népesség várható élettartama: a 2024-es érték (76,8 év), már meghaladta a 2019. évi szintet és az EU14-országoktól való lemaradásunk lényegében visszaállt a járvány előtti szintre.

2.2.4. Az elkerülhető halálozás alakulása

Ahogy korábban szó volt róla, az elkerülhető halálozás koncepcióját az egészségügyi rendszer egészségi állapotra gyakorolt hatásának az elemzésére alakították ki az 1980-as években. A korai (idő előtti) halálozások közül a kezelhető és a megelőzhető okok miatti halálozásokat foglalja magában. A megelőzés szélesen értendő: olyan népegészségügyi és multiszektoriális kormányzati beavatkozásokat jelent, amelyek az egészségi állapotra közvetlenül ható kockázati tényezőket (környezeti ártalmak, táplálkozás, egészségkárosító szokások stb.) törekednek befolyásolni.

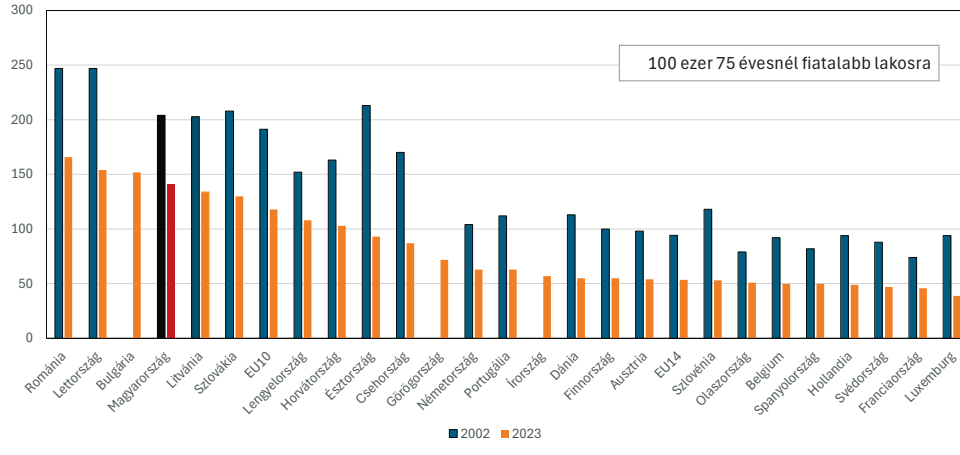
Az EU, az OECD és a WHO publikációi[122] is a kezelhető okok és a megelőzhető okok miatti halálozás indikátorait használják az egészségügyi rendszerek eredményességének az átfogó jellemzésére. Magyarország relatív helyzete lényegesen rosszabb az elkerülhető halálozás mutatóinak az esetében, mint az összes – azaz az egészségügyön kívüli tényezők által is befolyásolt – halálozás esetében (2.5. táblázat). 2024-ben az összes halálokot tekintve a magyar (standardizált) halálozási ráta 1,6-szorosa volt az EU14-országok halálozási rátájának, a kezelhető okok miatti halálozási ráta (2023-ban) 2,7-szerese, a megelőzhető halálozás rátája pedig 2,3-szerese. Azaz kiugróan magas a magyarországi halálozás azokban a halálokokban, amelyeket alapvetően az egészségügyi rendszer működése befolyásol. Hasonló képet kapunk a V3-országokkal való összehasonlításban: az összes halálokot tekintve a 2023-ban kismértékben volt csak rosszabb a helyzetünk. Ugyanakkor a megelőzhető halálozás esetén mind a három országhoz viszonyítva, a kezelhető

122 Az EU, OECD és European Observatory együttműködésében készített *State of Health in the EU. Country Health Profile* kétévente megjelenő kiadványok. https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_en

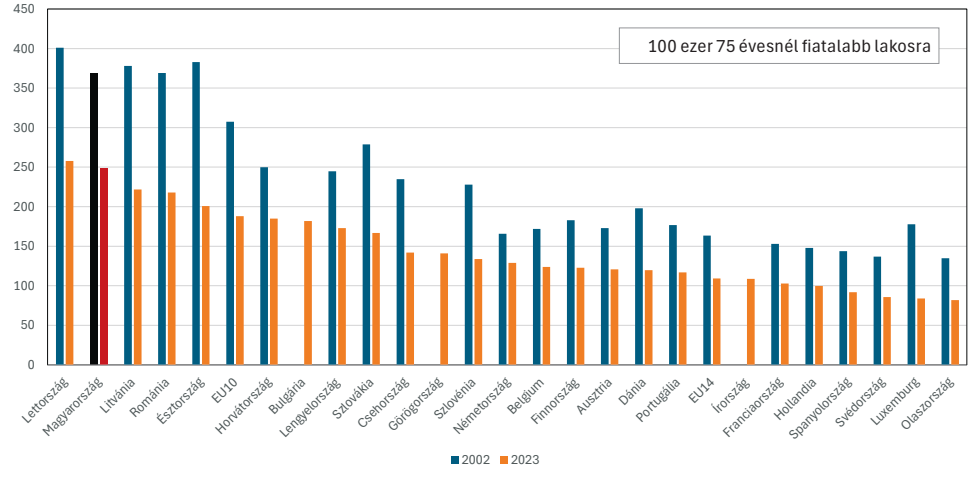
halálozás területén pedig Csehországhoz és Lengyelországhoz viszonyítva lényegesen rosszabb volt a helyzetünk.

A megelőzhető és kezelhető halálozásra az OECD adatbázisban 2000-től állnak rendelkezésre adatok, továbbá a legfrissebb adatok pedig 2023-ra. Így a 2.9. és 2.10. ábra, valamint a 2.6. táblázat a relatív helyzetünk alakulását a 2002 és 2023 közötti időszakra mutatja. Az ábrák a 100 ezer lakosra jutó megelőzhető és kezelhető halálozás értékeit mutatják, míg a táblázat Magyarország relatív értékeit az EU14- és EU10-átlaghoz, továbbá a többi visegrádi országhoz viszonyítva.

2.9. ábra. A kezelhető okok miatti halálozás alakulása az EU-országokban 2002, 2023



2.10. ábra. A megelőzhető okok miatti halálozás alakulása az EU-országokban 2002, 2023



2.6. táblázat: A magyarországi kezelhető és a megelőzhető halálozás relatív értékei, 2002–2023

	Megelőzhető halálozás				Kezelhető halálozás			
	2002	2019	2021	2023	2002	2019	2021	2023
HU/EU14	2,25	2,44	3,15	2,33	2,14	2,59	2,99	2,72
HU/EU10	1,21	1,32	1,28	1,32	1,05	1,15	1,12	1,19
HU/CZ	1,57	1,69	1,61	1,75	1,20	1,46	1,52	1,62
HU/PL	1,50	1,44	1,36	1,44	1,34	1,29	1,30	1,31
HU/SK	1,32	1,39	1,22	1,49	0,98	1,08	0,93	1,08

A 2002 és 2023 közötti két évtizedben az EU14-átlaghoz és Csehországhoz viszonyítva jelentősen romlott a relatív helyzetünk mind a kezelhető, mind a megelőzhető okok miatti halálozást tekintve.[123]

A kezelhető halálozást tekintve 2002-ben 2,1-szerese volt az EU14-átlagnak, 2023-ban pedig már 2,7-szerese. Csehországhoz viszonyítva: 2002-ben 20%-kal volt magasabb a kezelhető halálozás, 2023-ban pedig már 62%-kal. Ez annak a következménye, hogy a kezelhető halálozásban Magyarországon lényegesen kisebb mértékű volt a javulás, mint az EU14-országokban, illetve Csehországban. A kezelhető halálozás rátája 2002 és 2023 között az EU14-országokban 43%-kal csökkent, míg a magyarországi csökkenés ennél jóval kisebb mértékű (csak 31%) volt. Az EU10-átlaghoz és Szlovákiához viszonyítva kismértékben romlott, Lengyelországhoz viszonyítva kismértékben javult a relatív helyzetünk, de a lengyel értéknél 2023-ban is 31%-kal magasabb volt a magyarországi kezelhető halálozás.

A megelőzhető halálozást tekintve is romlott a relatív helyzetünk, de kisebb mértékben, mint a kezelhető halálozás esetében. A megelőzhető halálozást tekintve a vizsgált két évtizedben hasonló mértékű (33%-os, illetve 39%) volt a javulás mértéke az EU14- és EU10-országok átlagát tekintve; a magyarországi megelőzhető halálozás pedig 32%-kal csökkent.

123 Az EU-ban a kezelhető halálozások 77%-a következő hat haláloknak tulajdonítható (csökkenő fontossági sorrendben): ischaemiás szívbetegségek, cerebrovasculáris betegségek, a vastag- és végbél rosszindulatú daganatai, mellrák, magasvérnyomás-betegségek és tüdőgyulladás. Az ischaemiás szívbetegségek tették ki a kezelhető halálozásoknak a 31%-át. A megelőzhető halálozás több mint 73%-a következő okoknak tulajdonítható (csökkenő fontossági sorrendben): ischaemiás szívbetegségek, tüdőrák, balesetek, alkohollal összefüggő betegségek (kivéve ún. külső okok), vastag- és végbél rosszindulatú daganatai, szándékos önártalom, mellrák. (Azokat a halálokokat, amelyeket mind a két kategóriába besorolnak a számításokban 50-50%-ban veszik figyelembe.)

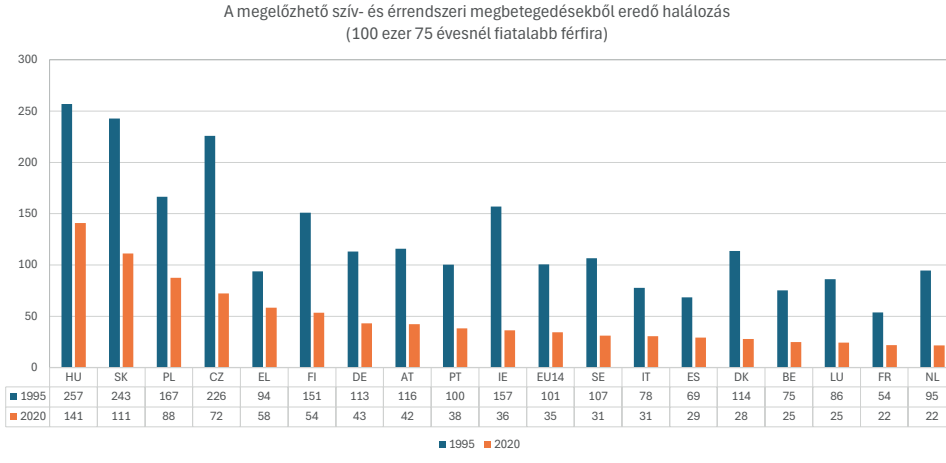
Ismét fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy meg kell különböztetnünk a magyar adatok önmagában vett alakulását és Magyarország relatív helyzetének az alakulását. A leggyakoribb elkerülhető halálokok esetében a magyar adatok önmagában vett alakulása általában javulást mutatott, míg a relatív helyzetünk romlott vagy változatlan maradt. Ennek az az oka, hogy az EU14- és a V3-országokban lényegesen nagyobb mértékben csökkent az elkerülhető halálozás, részben annak következtében, hogy lényegesen több pénzt fordítottak az egészségügyi ellátásra, így feltételezhetően jobban ki tudták használni az egészségügyi technológia nyújtotta lehetőségeket a betegségek megelőzésében és kezelésében (beleértve a hatékony terápiákhoz való jobb hozzáférést is); részben azért is, mert feltételezhetően számos területen hatékonyabban működik az egészségügyi rendszerük (beleértve a betegségek megelőzését is).

Különösen kedvezőtlen a relatív helyzetünk alakulása a szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő elkerülhető halálozásban. Cherla et al. (2024) az EU-országokra vonatkozóan a szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő elkerülhető halálozásoknak az 1995 és 2020 közötti trendjeit elemezte (a férfiak és a nők esetében).[124] A cikk mellékletében közölt adatok felhasználásával vizsgáltam Magyarország relatív helyzetének alakulását (2.11. ábra). A magyar férfiak szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő megelőzhető halálozása 1995-ben 2,6-szerese volt, 2020-ban pedig már a 4-szerese az EU14-országokénak. (A kezelhető halálozás esetében 1995-ben 2,6-szerese, 2020-ban pedig már 3,9-szerese volt.) A nők esetében is hasonló mértékű volt a relatív helyzetünk romlása (2.5 táblázat). A többi visegrádi országhoz képest is romlott a relatív helyzetünk: Lengyelországhoz és Szlovákiához képest kismértékben, Csehországhoz képest pedig jelentősen.

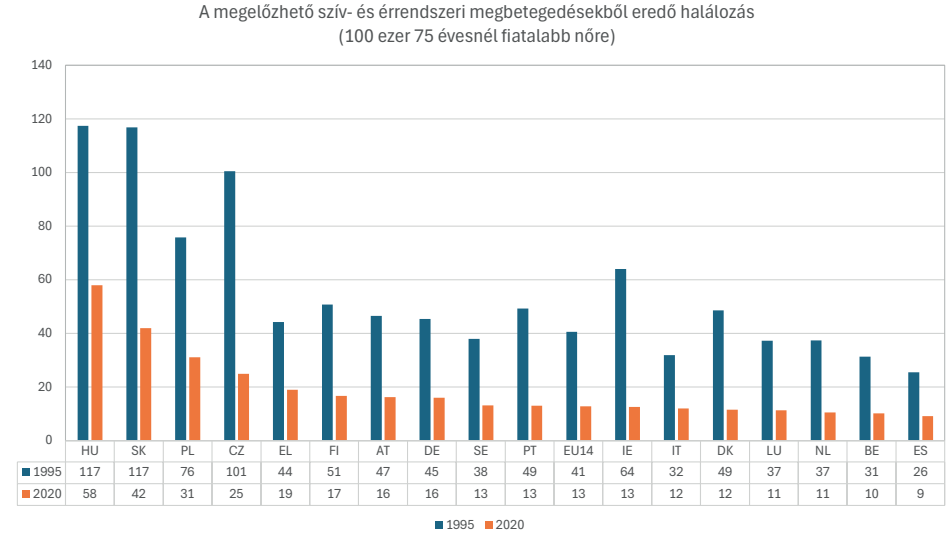
A vizsgált 25 éves periódusban a szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő megelőzhető és kezelhető halálozás az EU14-országok átlagában 64–68%-kal csökkent, Csehországban pedig 67–75%-kal, azaz Csehországra a konvergencia volt jellemző. Ezzel szemben Magyarországon sokkal szerényebb (45–54%-os) volt a javulás mértéke. Az szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő elkerülhető halálozás országok közötti eltérő trendjei több tényezőre vezethetők vissza. A megelőzhető halálozás esetében elsősorban a kockázati tényezők csökkentését célzó népegészségügyi tevékenységek (pl. a környezeti ártalmak csökkentése, az étkezési szokásoknak, fizikai aktivitásnak és egészségkárosító szokásoknak a befolyásolását célzó

124 2022-ben az EU-ban a megelőzhető és a kezelhető szív- és érrendszeri megbetegedésekből (elsősorban az ischaemiás szívbetegségből, a cerebrovascularis betegségekből, hipertóniás betegségekből) eredő halálozás tette ki az elkerülhető halálozások 24%-át (ezen belül a kezelhető halálozások 35%-át, a megelőzhető halálozásoknak pedig 19%-át).

2.11. ábra: A szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő megelőzhető halálozás 1995, 2020



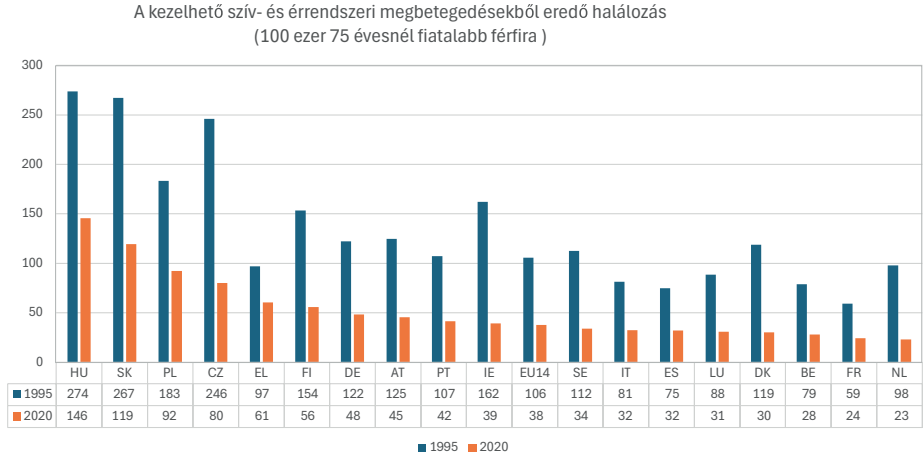
	HU	SK	PL	CZ	EL	FI	DE	AT	PT	IE	EU14	SE	IT	ES	DK	BE	LU	FR	NL
1995	257	243	167	226	94	151	113	116	100	157	101	107	78	69	114	75	86	54	95
2020	141	111	88	72	58	54	43	42	38	36	35	31	31	29	28	25	25	22	22



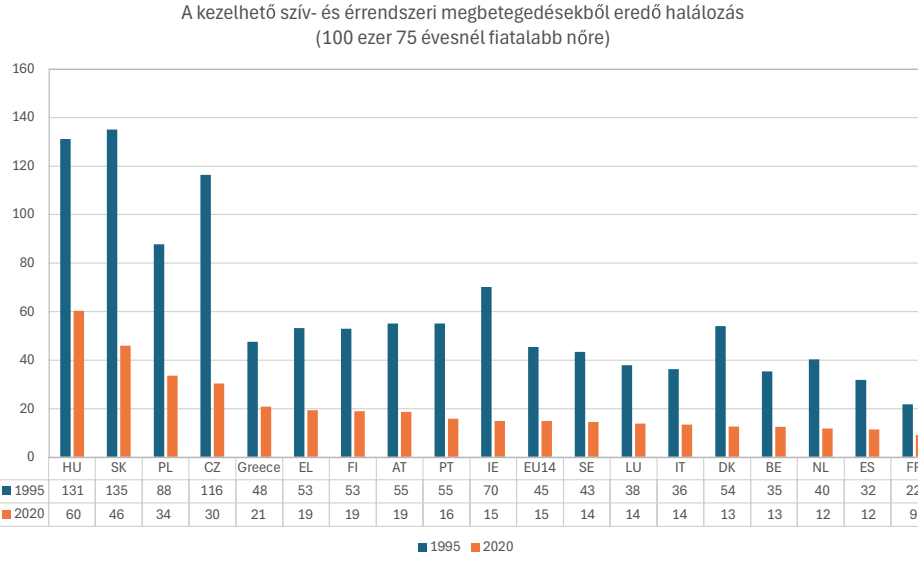
	HU	SK	PL	CZ	EL	FI	AT	DE	SE	PT	EU14	IE	IT	DK	LU	NL	BE	ES
1995	117	117	76	101	44	51	47	45	38	49	41	64	32	49	37	37	31	26
2020	58	42	31	25	19	17	16	16	13	13	13	13	12	12	11	11	10	9

tevékenységek stb.) eredményességében meglévő különbségekre. A kezelhető halálozások esetében pedig az új gyógyszerekhez és terápiás eljárásokhoz való hozzáférésben, az ellátás megszervezésének új és hatékonyabb módjaiban, továbbá a betegek terápiakövetését javító módszerekben meglévő különbségekre. A magyarországi elkerülhető halálozásban bekövetkezett csökkenés azt jelzi, hogy mindezeken a területeken történtek pozitív változások; ugyanakkor nemzetközi összehasonlítás (különösen Csehországgal való összehasonlítás) azt mutatja, hogy a javulás mértéke messze elmaradt a lehetségestől. A szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő

2.11. ábra: Folytatás. A szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő kezelhető halálozás 1995, 2020



	HU	SK	PL	CZ	EL	FI	DE	AT	PT	IE	EU14	SE	IT	ES	LU	DK	BE	FR	NL
1995	274	267	183	246	97	154	122	125	107	162	106	112	81	75	88	119	79	59	98
2020	146	119	92	80	61	56	48	45	42	39	38	34	32	32	31	30	28	24	23



	HU	SK	PL	CZ	Greece	EL	FI	AT	PT	IE	EU14	SE	LU	IT	DK	BE	NL	ES	FR
1995	131	135	88	116	48	53	53	55	55	70	45	43	38	36	54	35	40	32	22
2020	60	46	34	30	21	19	19	19	16	15	15	14	14	14	13	13	12	12	9

elkerülhető halálozásban 2020-ban a lemaradásunk nemcsak az EU14, hanem a többi visegrádi országhoz képest is nagyobb volt, mint az 1990-es évek közepén volt.

A közölt adatokkal kapcsolatban két módszertani megjegyzést fontos megemlíteni. Az OECD és az Eurostat kezelhető és megelőzhető halálozásra vonatkozó adatai kismértékben eltérnek egymástól. Az OECD adatbázis használata mellett az szólt, hogy 2000-től vannak adatok, amíg az Eurostat adatbázisban csak 2011-től. Ugyanakkor az egyes országok közötti arányokban minimális az eltérés a két

adatbázis között; a tendenciák mindkét esetben ugyanazt a képet mutatják. A másik megjegyzés: az Eurostat adatbázisban közölt EU27-átlagok az egyes országok adatainak a népességszámmal súlyozott átlagait jelentik. Az ebben a fejezetben szereplő átlagok pedig az egyes országok adatainak a súlyozatlan átlagait. Ugyanis a vizsgált kérdések (az EU14- és a V3-országokhoz viszonyított relatív helyzet) szempontjából a súlyozatlan átlag tekinthető relevánsabbnak.

A lemaradásunk emberéletekben is kifejezhető. A 2018 és 2022 közötti öt éves időszakban a magyarországi elkerülhető halálozások száma 252 ezer volt.

- Ha a magyar elkerülhető halálozások rátája megegyezett volna az EU14-átlaggal, akkor 155 ezerrel, 62%-kal kevesebben haltak volna meg a 75 évesnél fiatalabb honfitársaink közül.
- Ha a magyar ráta megegyezett volna a csehországival, akkor 95 ezerrel, 38%-kal kisebb lett volna a magyarországi elkerülhető halálozás.

A fejezet célja annak a bemutatása volt, hogy a rendszerváltozáskor remélt felzárkózás helyett leszakadás következett be: az egészségi állapot és az egészségügyi kiadások számos alapvető indikátorában növekedett a lemaradásunk nem csak a fejlett EU-országoktól, hanem a többi visegrádi országtól és az EU posztszocialista tagállamainak az átlagától is.

Az egészségügyi közkiadások alacsony szintje (a forráshiány), a munkaerőhiánnyal és az egészségügyi rendszer strukturális problémáival együttesen – a szolgáltatásokhoz való hozzáférésen és a szolgáltatások minőségén keresztül – gyakorolnak hatást a társadalom egészségi állapotára.

Ahogy a fejezet bevezetőjében már szó volt róla, az egészségi állapot kedvezőtlen tendenciáit környezeti és strukturális (társadalmi, gazdasági és közpolitikai) tényezők és az általuk befolyásolt közvetlen kockázati tényezők, továbbá az egészségügyi rendszer hatásai alakították. A strukturális tényezőkkel az első fejezet részletesen foglalkozott. (A közvetlen kockázati tényezőknek az elemzése nem képezte a könyv tárgyát.)

Az EU, az OECD és a *European Observatory on Health Sytems and Policies* által 2017 óta kétévente minden EU-tagországra elkészített *State of Health in the EU Country Health Profile* sorozat Magyarországra vonatkozó 2023-as tanulmánya szerint 2019-ben Magyarországon a halálesetek mintegy fele az életmódbeli kockázati tényezőkkel volt összefüggésbe hozható. Az összes haláleset közel egynegyede (24%) az egészségtelen étrendnek volt tulajdonítható, ami meghaladta az uniós átlagot (17%); a halálozások 21%-a a dohányzásnak (beleértve az aktív és a passzív dohányzást is), 7%-a az alkoholfogyasztásnak, 2%-a pedig a mozgásszegény életmódnak volt tulajdonítható. Ezek az egészségkárosító tényezők között átfedés van,

mert sokaknál a kockázatok együttese van jelen. A légszennyezés önmagában az összes haláleset mintegy 7%-áért volt felelős, ami az uniós átlagnál (4%) jelentősen magasabb arány. A kiadvány hangsúlyozza: *„Csaknem minden más uniós országhoz hasonlóan Magyarországon is számos életmódbeli kockázati tényezőről elmondható, hogy jellemzően társadalmi-gazdasági gradienst követ”* (EU, az OECD, European Observatory, 2023. 8).

Az elmúlt évtizedben több átfogó dokumentum jelent meg, amelyek részletesen foglalkoztak az egészségi állapotot veszélyeztető közvetlen kockázati tényezők[125] magyarországi helyzetével, továbbá részletes javaslatokat fogalmaztak meg a népegészségügyi rendszerben szükséges változtatásokra. Kormányzati felkérésre készült 2016-ban az akkori Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet[126] átfogó elemzése és 2023-ban Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete által készített *Nemzeti Népegészségügyi programtervezet 2023–2033* dokumentum. Mindkét dokumentum részletes helyzetelemzést és konkrét javaslatokat tartalmazott multiszektoriális népegészségügyi stratégiára és a népegészségügyi intézményrendszer megújítására. Az Egyensúly Intézet 2022-ben jelentette meg szakpolitikai javaslatait a népegészségügyi rendszer reformjára (Egyensúly Intézet, 2022). A Népegészségügy 3.0 (a Magyar Népegészségügy Megújításáért) Egyesület 2023-ban adta közre az *Alapvetések az egészség és jóllét javításához. Fehér könyv a Magyar Népegészségügy 21. századi megújításáról* javaslatait. Ezek a dokumentumok – kormányzati szándék esetén – elégséges alapot adhatnának konkrét kormányzati cselekvési tervek kidolgozásához és szisztematikus kormányzati cselekvéshez (beleértve egy modern népegészségügyi intézményrendszer kiépítését és interszektoriális programok kialakítását is).

125 A közvetlen kockázati tényezők: a viselkedéses kockázatok (dohányzás, alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód) és ezekkel összefüggő metabolikus szindróma (elhízás, hipertónia és diabétesz), a munka- és lakáskörülmények, továbbá a pszicho-szociális tényezők (krónikus stressz stb.).

126 Az EMMI népegészségügyi módszertani háttérintézménye volt, amit 2017-ben megszüntettek.

3. Az államszocializmus öröksége. Kihívások a rendszerváltáskor

Az 1990-es évek elején három különböző típusú kihívással kellett egyszerre szembenéznie a kormányzatnak és az egészségügyi rendszer más szereplőinek:

- fenntartani az egészségügyi rendszer működőképességét;
- felszámolni, lebontani az államszocialista egészségügyi rendszer struktúrájának alapvető elemeit; és nem utolsósorban;
- kiépíteni egy jól működő – a demokratikus politikai rendszerrel és a piacgazdasággal kompatibilis – egészségügyi rendszer intézményeit.

Ezek a feladatok sokszor ellentmondásba kerülhettek egymással – az átmenet megoldhatatlan nehézsége volt, hogy egyszerre kellett volna mind a három kihívásnak megfelelni. Napjainkból visszatekintve: az 1990-es évek elején a régi struktúrák megszüntetésére és az új struktúrák kiépítésére irányuló törekvések csak részleges, és számos esetben, csak átmeneti változásokat eredményeztek – elsősorban az irányítás és finanszírozás területein. Az ellátórendszernek (szolgáltatói szektornak) az 1980-as évekre jellemző strukturális problémái pedig – *egy magasabb technológiai szinten* – lényegében fennmaradtak. Ennek következtében az egészségügy számos jelenlegi, súlyos problémájának a gyökerei a 4–5 évtizeddel korábbi időszakra nyúlnak vissza. Ezért az államszocialista időszak örökségének az áttekintése nemcsak történeti szempontból releváns, hanem a közelmúlt folyamatainak a jobb megértéséhez is hozzájárulhat.

A magyar gazdaságnak és társadalomnak a szocialista gazdasági szisztémából (és az 1970-es évek elejének világgazdasági válságára adott rossz válaszokból eredő) súlyos problémái az 1970-es évek közepétől egyre inkább érzékelhetővé váltak. A társadalmi problémák közül a szakmai és laikus közvéleményben is növekvő figyelmet kapott mind a magyar népesség egészségi állapotának a drámai helyzete (Boján, 1993; Józan, 1986,1994; Losonczi, 1979, 1989), mind az egészségügyi rendszer válságos állapota, működési zavarai (Gosztonyi,1980; Levendel, 1978; Losonczi, 1986; Orosz, 1987; 1992; Szalai, 1986). Az egészségügy működésével szembeni társadalmi elégedetlenség hozzájárult a politikai rendszer legitimációjának az erodálódásához is.

3.1. Az egészségügyi rendszer válságának összetevői

Az államszocialista egészségügyi rendszer ígérvénye a mindenki számára ingyenesen elérhető, a szükségleteknek megfelelő egészségügyi ellátás volt.[127] Ezzel szemben a valóságot a krónikus hiány, az egyének szükséglete/igénye és a rendszer által nyújtott szolgáltatások közötti szakadék jellemezte. A krónikus hiány szükségszerűen következett a szocialista egészségügyi rendszer kialakításának a módjából: a 1940-es évek végén az egészségügyi ellátásra való jogosultság (kereslet) kiterjesztése a feltételeknek (kínálati oldalnak) a megfelelő mennyiségi és minőségi bővítése nélkül történt meg (Ádám, 1986; Levendel, 1978; Losonczi, 1986; Szalai, 1981; 1986). Az államszocialista gazdasági berendezkedésből, az 1950-es évek gazdaságfejlesztési stratégiájából szükségszerűen következett, hogy az egészségügyi ellátás kínálati oldalán elmaradt a bővülés. Az 1950-es években az erőltetett iparosításhoz a bérek alacsonyan tartásával és az „ingyenes" társadalmi juttatások alulfinanszírozásával biztosították a forrásokat. Az 1960-as évek közepén – az új gazdasági mechanizmus előkészítésének az időszakában – a kormányzat választás elé került: az életszínvonalat elsődlegesen a természetbeni juttatások (azaz az oktatás és az egészségügy) színvonalának a javításával vagy a pénzügyi juttatások emelésével javítsa-e. A választás az utóbbira esett, így az egészségügy ennek az időszaknak is a vesztese volt. Ebben az időszakban alakult ki az a kormányzati magatartás, amely az egyének által a „saját zsebükön" keresztül közvetlenül érzékelhető, rövid távon egyértelműen politikai nyereséget hozó pénzbeli jóléti juttatásokat preferálta és nem ismerte fel (vagy rövid távú politikai megfontolásokból figyelmen kívül hagyta) az egészségügynek és oktatásnak az ország hosszabb távú fejlődésében játszott alapvető jelentőségét.

127 Az 1930-as évek végén kevesebb mint 3 millió volt az egészségbiztosítással rendelkezők száma. Ez az 1940-es évek végén közel 4 millióra, az 1950-es évek elejére pedig 5 millióra növekedett (Boncz és Sebestyén, 2015). A társadalombiztosítás intézményrendszere szakmák szerint rendkívül széttagolt volt (több mint 30 biztosítóintézet működött). Az egészségbiztosítás intézményi rendszerének egységesítése a 1940-es évek végén megtörtént, a biztosítás kiterjesztése pedig a népesség majdnem teljes egészére az 1960-as évek közepére. Az állampolgári jogosultságot az 1972-es egészségügyi törvény hozta létre. Az egészségügyi rendszert az állami költségvetésből finanszírozták. Az intézmények állami tulajdonban voltak, a működtetésük a tanácsok (megyei, városi és községi) feladata volt. Kivételt képeztek az orvosi egyetemek és országos intézetek, amelyeknek a működtetője az Egészségügyi Minisztérium volt. A szakmai irányítás az Egészségügyi Minisztérium feladata volt, amit a megyei tanácsok egészségügyi osztályait vezető megyei főorvosokon keresztül gyakorolt. Az egészségügyi szolgáltatások az igénybevételnél ingyenesek voltak, a gyógyszerek egy részéért fizetett hozzájárulás mértéke az akkori jövedelmekhez viszonyítva alacsony volt.

Az 1980-as évek elejére manifesztálódott az egészségügyi rendszer válsága, aminek a fő összetevőit a krónikus forráshiány és a rendszer kapacitásainak, a szolgáltatási struktúrának, az *irányítási, ösztönzési és ellenőrzési rendszernek* – egymással összefüggő – következő súlyos problémái jelentették:

- *A szükségletek és az egészségügyi ellátás struktúrája (szolgáltatáskínálata) közötti szakadék mélyülése – mind a társadalom, mind az egyének nézőpontjából*. A változó társadalmi szükségletekkel és fogyasztói elvárásokkal szemben az egészségügyi ellátás alkalmazkodásra képtelen struktúrája és működési módja állt. (Például a krónikus betegségek nagyarányú növekedésével szemben nem fejlesztettek ki hatékony megelőzési és gondozási tevékenységet.)
- Az állam kizárólagos szerepét (mint tulajdonos, finanszírozó, szolgáltató és a szükségleteket definiáló ágens) biztosítani hivatott túlcentralizált, merev intézményi rendszer és utasításos irányítás mellett a valóságos folyamatok egyre inkább ellenőrizhetetlenekké, kezelhetetlenekké váltak.[128]
- Az egészségügyi rendszer egészét évtizedeken át krónikusan alulfinanszírozták, ugyanakkor az egyes intézmények finanszírozásának a módszere (éves költségvetés, amely nem kötődött a teljesítményekhez) pazarlásra ösztönzött. Így a rendszerben egyszerre volt jelen a hiány és a pazarlás.
- Az alulfinanszírozásból eredő krónikus hiányhelyzetek egyrészt gátolták az orvosok munkáját és a jó minőségű, adekvát szolgáltatásokhoz való hozzáférést, másrészt az állam és a társadalom által hallgatólagosan elfogadottá vált hálapénz miatt az orvosok egyes csoportjainak az érdeke is volt a hiány fenntartása.
- A hálapénz következtében kiépült egy duális struktúra: a hivatalos egészségügy mellett létezett egy eltorzított, szabályozatlan és nehezen befolyásolható „piaca" az egészségügyi szolgáltatásoknak.
- Szélesebb horizontról nézve, a rendszer egyik fő ellentmondását jelentette, hogy miközben a lakosság halálozási viszonyai az 1960-as évek közepétől romlottak, az egészség megőrzése, a betegségek megelőzése az egészségügy egyetlen szereplőjének sem jelentette a *közvetlen, rövid távú* érdekét. A kormány fő szempontja az egészségügyi kiadások fékentartása volt, ezzel szemben a szolgáltatók a kapacitásaik (bevételeik) növelésében voltak érdekeltek. A társadalom széles rétegei pedig csak az egészséget veszélyeztető módon voltak képesek (vagy kísérelték meg) az életszínvonaluk javítására, illetve az 1980-as évtizedben pedig az életszínvonaluk drasztikus csökkenésének a megakadályozására.

128 Lényegében ennek a jelenségnek vagyunk a tanúi napjainkban is.

- Miközben a lakosság egészségi állapotának romlásában jelentős szerepet játszottak az egészségügyön kívüli tényezők, az egészségpolitika csak a (betegségek gyógyítását végző) ellátórendszer működtetésére koncentrált, nem volt képes multiszektoriális – az egészségügyön kívüli tényezőket is figyelembe vevő – stratégia kialakítására.

A következőkben az államszocialista egészségügy fenti jellemzői közül néhányat részletesebben is elemzek.

3.2. Krónikus forráshiány. Az egészségügyi rendszer kapacitásai és a pénzügyi erőforrások közötti diszkrepancia

A magyar egészségügy rendszerváltás előtti fejlődési pályája az egészségügyi kiadások trendjét tekintve is alapvetően eltért a fejlett nyugat-európai országokétól. Az 1960-as és 1970-es években a magyar egészségügy pénzügyi forrásaiban nem ment végbe a nyugat-európai országokhoz hasonló expanzió. A népesség egészségi állapotának és az egészségügy fejlesztésének a szempontjai alárendelődtek a közvetlen gazdasági/termelési érdekeknek. Ehhez – a korábban vázolt okok mellett – az is hozzájárult, hogy az egészségügyet (oktatást, jóléti szolgáltatásokat) „nem termelő" ágazatoknak tekintette az uralkodó ideológia. Ez a szemlélet az 1950-es években alakult ki, amikor az erőltetett iparosításhoz a bérek alacsonyan tartásával és az „ingyenes" társadalmi juttatások alulfinanszírozásával biztosították a forrásokat. A fennmaradását erősítette, hogy a nemzetközi színtéren az 1980-as és 1990-es évek domináns neoliberális felfogása elsősorban költségvetési teherként értelmezte ezeket az ágazatokat és ebből következően a kormányzatok számára a fő teendőnek a jóléti (egészségügyi) kiadások korlátozását tartotta.

Az államszocialista kormányzatok az egészségügyi ágazat teljesítményét elsősorban az inputok mennyiségi növekedésében (orvosok és kórházi ágyak számában) mérték. Az input és mennyiségi szemléletű fejlesztési politika következtében a nem-pénzbeli kapacitások (orvosok, kórházi ágyak száma) 1990-ig folyamatosan bővültek, ami – a rendszer egészét tekintve, mennyiségi értelemben – felesleges kapacitások kialakulásához és fenntartásához vezetett. Ugyanakkor a megfelelő technológia (a modern berendezések, műtéti kapacitások, nyugati gyógyszerek stb.) hiánya súlyos problémát, a kapacitások kritikus pontját jelentette (Varró, 1982).

Az egészségügy krónikus alulfinanszírozása következtében egyre jobban nőtt a diszkrepancia a meglévő kapacitások (illetve a megfelelő működtetésük

forrásigénye) és a ténylegesen rendelkezésre álló pénzügyi források között. Ennek következtében egyrészt az orvosok és az egészségügyi személyzet fizetése nagyon alacsony maradt és más foglalkozási csoportokkal összehasonlítva, relatív pozíciójuk romlott; másodsorban az infrastruktúra állapota romlott és az egészségügyi technológia színvonala számos területen jelentősen elmaradt a fejlett országokéhoz képest. A hiányhelyzetekhez, ellátási feszültségekhez – a pénzügyi források és a korszerű technológia hiánya mellett – a szolgáltató intézmények inadekvát struktúrája, az ellátás koordinációjának a hiánya és a szolgáltatások finanszírozása által generált rossz ösztönzők is hozzájárultak. Ezek következtében az egészségügy a rendelkezésre álló forrásokat is alacsony hatékonysággal használta fel.

3.3. A szükségletek és a szolgáltatások hozzáférhetősége és minősége közötti szakadék

Az egyének, a társadalom legközvetlenebbül a szükségletek és a közfinanszírozású rendszer által nyújtott szolgáltatások közötti szakadékot érzékelték, továbbá a nagy társadalmi és területi egyenlőtlenségeket[129] a szolgáltatások elérhetőségében és minőségében (Losonczi, 1989; Orosz, 1989; 1990). A betegek nem vagy későn jutottak hozzá a szükséges ellátáshoz; nem ott (az ellátórendszernek nem azon a szintjén) és nem azt a szolgáltatást kapták, amit az állapotuk igényelne; esetleges volt, hogy ki és milyen ellátáshoz jutott hozzá. Sokszor az is hosszú „bolyongás" után derült ki, hogy egyáltalán mi a baja az egyénnek (Antal, 1987). Miközben a szív- és érrendszeri és a daganatos megbetegedések a vezető halálokokká váltak, hiányoztak vagy esetlegesek voltak a krónikus betegségek korai felismerését és kezelését szolgáló szűrőprogramok és gondozás. Mindezek a problémák, továbbá a szabad orvos- és intézményválasztás hiánya (adminisztratív korlátozása) miatt a betegek kiszolgáltatottnak érezték magukat (Losonczi, 1986). Az egészségügy problémáira a betegek egy része a hálapénz révén kereste az egyéni megoldásokat – így a betegek fizetőképességének az egyenlőtlenségei alapvetően befolyásolták az ellátáshoz való hozzájutást. Ezeknek a válságjelenségeknek a szolgáltatási, finanszírozási és irányítási rendszer – egymással összefonódó – strukturális problémái jelentették az okát.

129 Fordított kapcsolat állt fenn a szükségletek és az erőforrások területi eloszlása között: az egy lakosra jutó egészségügyi kiadások azokban a megyékben voltak alacsonyabbak, ott volt kevesebb orvos (különösen szakorvos), ahol a lakosság egészségi állapota kedvezőtlenebb volt (azaz az ellátás több erőforrást igényelt volna).

3.3.1. A szolgáltatási rendszer krónikus problémái

Ahogy korábban már szó volt róla, a közfinanszírozású ellátórendszernek ezek a *strukturális problémái* – egy magasabb technológiai szinten – lényegüket tekintve napjainkig fennmaradtak.

- A szolgáltatási rendszer fejlesztésének a szemlélete silószemléletű volt: az egyes intézményi szintek – alapellátás, kórházi ellátás stb. – problémáira fókuszált, miközben a társadalmi szükségletek (az egészségmegőrzés, a betegségek megelőzése, a krónikus betegségek természete, eredményes ellátása stb.) páciens/betegség centrikus szemléletet igényelt volna.[130]
- A krónikus (szív- és érrendszeri, daganatos stb.) megbetegedések és az időskorúak arányának növekedésére nem reagált az egészségügy. A magyar egészségügyben nem ment végbe a fejlett országok egészségügyi ellátásában az 1970-es években kibontakozott „kardiovaszkuláris forradalom" (széles értelemben vett technológiai fejlődés). Hiányzott a krónikus betegségek megelőzése, gondozása és a törekvés az egészségügyi és szociális ellátás közötti koordináció kialakítására. Az ellátórendszerben alapvető fontosságú szolgáltatások háttérbe szorultak, elavult módszerekkel dolgoztak, vagy csaknem teljesen hiányoztak (mint például a fogyatékossággal élők, az alkoholbetegek, drogfüggők ellátása).
- Az intézményrendszer és egészségügyi ellátás túlzottan kórházcentrikus volt[131] – a másod- és harmadlagos megelőzés (szűrővizsgálatok, korai stádiumban történő gondozás) és az ellátás többi formájának (járóbeteg-szakellátás, alapellátás, háziápolás) rovására. Ez megnyilvánult a finanszírozásban, a humán erőforrásokban és a gyógyítási folyamatokban is.
- Az alapellátás nem volt képes a funkcióinak a megfelelő ellátására (definitív ellátás a kompetenciájába tartozó esetekben; krónikus betegek gondozása, betegutak menedzselése stb.).
- A kórházi kapacitások nem alkalmazkodtak eléggé a technológia és a szükségletek változásához:[132] az 1980-as évek végén a kapacitások (a kórházak és

130 Az intézménycentrikus szemlélet helyett beteg/betegség centrikus szemléletet, amelynek a fókusza olyan ellátórendszer kialakítása, amely biztosítja a főbb betegségcsoportok (szív- és érrendszeri megbetegedések, daganatos betegségek stb.) koordinált ellátását (az ellátási szintek, intézmények és szakmák közötti koordinációt). Ez természetesen megfelelő finanszírozási ösztönzők kialakítását is igényelte volna.

131 A kórházcentrikusság és silószemlélet egyik fő oka a nyugati medicina és az orvostechnológia jellemzőiben keresendő – így nem magyar sajátosság.

132 A technológia fejlődése következtében egyrészt számos betegség nem igényel kórházi ellátást, másrészt a költséges technológia és speciális szakértelem koncentrációt igényel. A kórházhálózatnak

a kórházi ágyak számát tekintve is) túlzottak voltak, továbbá a kórházi hálózat térben szétaprózódott és ebből is adódóan korszerűtlen volt. Mindez felesleges költségeket generált. A kórházi beruházások (beleértve a felújításokat is) túlzottan „betoncentrikusak" voltak a technológia fejlesztésének a rovására.

A következő fejezetekben látni fogjuk, hogy – számos reformtörekvés és intézkedés ellenére – miért nem sikerült orvosolni ezeknek a problémáknak a jelentős részét.

3.3.2. A szolgáltatók finanszírozása: a hatékonysággal ellentétes ösztönzők

A szolgáltatók finanszírozásában a hatékonysággal ellentétes ösztönzők működtek: a szolgáltató intézmények tevékenysége és bevétele között nem volt kapcsolat – mivel az éves költségvetésük megállapításakor az alapot az előző éves költségvetésük jelentette. Ez nem tette szükségessé a teljesítmény mérését, azaz annak a számbavételét, hogy milyen szolgáltatásokat és milyen költséggel nyújtottak a kórházak. Egy adott betegség kezelésének költségeiben többszörös különbség volt az intézmények között (ami a hatékonysági problémák egyik kifejeződése). Mindezeknek és a szolgáltató szektor (előzőekben tárgyalt) strukturális problémáinak a következtében egyszerre volt jelen a forráshiány és alacsony hatékonyság mind mikro-, mind makroszinten.

3.3.3. Az irányítási rendszer: túlzott centralizáció és dezorganizáció

Az egészségügy irányítási rendszere része volt az államszocialista közigazgatásnak – így annak a jellemzői érvényesültek az egészségügyben is. Az államszocialista egészségügy alapvető pillérei voltak: az államnak a formális szektorban érvényesülő kizárólagos szerepe, az érem másik oldalaként pedig az egészségügy fekete/informális gazdasága (hálapénz); továbbá a központi utasításon alapuló irányítási rendszer, az érem másik oldalaként pedig az informális alkuk az erőforrások allokációjában.

Az állam (kormányzat) kizárólagos szerepe, a túlcentralizált tervezési és irányítási rendszer nem egyszerűen az erőforrások elosztásának a technikája volt, hanem az egészségügy szereplői közötti sajátos viszony:[133] az érdekegyeztetés, konszenzusteremtés

a megváltozott technológiához való igazítása az 1980-as évek vége óta megoldatlan kihívás a kormányok számára.

133 A mikrostruktúrának ezek a jellemzői befolyásolták az egészségügy szereplőinek a rendszerváltozás utáni reformokra való reagálását is.

intézményi kereteinek és szabályozott mechanizmusainak a hiánya. Sem maga az egészségügy (a nemzetgazdaságon belül), sem az egészségügy fő szereplői, intézményei nem rendelkeztek elégséges autonómiával. Hiányoztak azok a szervezeti keretek, működési mechanizmusok, amelyeken keresztül az eltérő érdekek, törekvések nyíltan, szabályozott keretek között kifejeződésre juthattak volna, megütközhettek volna egymással. A központi utasításokon alapuló irányítás szerves része volt az az attitűd, amely szerint az egészségügyi minisztérium feladata (a minisztérium rendelkezik a megfelelő tudással ahhoz), hogy megadja a megfelelő válaszokat a problémákra, a többi szereplő feladata pedig a minisztériumi döntéseknek a végrehajtása. Ez az attitűd szerint a végrehajtás során azután a problémák rendre abból fakadtak, hogy a többi szereplő (városi/megyei tanácsok, intézményi vezetők, orvosok, lakosság stb.) rosszul hajtották végre a központi irányítás jó döntéseit. Az 1960-as évek közepétől az irányítási rendszer klasszikus jellemzői „felhígultak", az 1980-as években pedig egyre inkább bomlásnak indult a rendszer. A központi utasítások mellett/helyett jelentős mértékben – a központi kormányzat és a megyei tanácsok közötti és az egészségügyi bürokrácia és a befolyásos orvosok közötti – informális alkumechanizmusok határozták meg a döntéseket. Azaz az egészségügy irányítási, igazgatási szegmense mikrostruktúrájának fő jellemzőjét az informális alkuk jelentették. Ezekben azonban az egyéni (intézményi vagy személyes) előnyökért folyt a harc/az alku és nem az egészségügyi rendszer problémáinak a kezelését célzó intézkedésekért.

Az irányítási és ösztönzési (szolgáltatás-finanszírozási) rendszer előzőekben vázolt jellemzői és a krónikus alulfinanszírozás jelentik a fő okait annak, hogy az egészségügyi szolgáltató szektor problémái állandósultak, a rendszerből hiányzott az alkalmazkodóképesség ahhoz, hogy az ellátórendszer és a szolgáltatások struktúrája időben reagálni tudott volna a szükségletekben és feltételekben bekövetkező változásokra: mindenekelőtt a krónikus betegségek szerepének növekedésére és az egészségügyi technológia fejlődésére. Az alkalmazkodóképesség hiánya alatt nem csak az adekvát kormányzati beavatkozások hiányát értem, hanem az egészségügy szereplőinek (intézményvezetőknek, orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak, betegeknek) a reagálását is.

A célok és eszközök felcserélődése az egészségpolitikában

Tágabb értelemben véve a közpolitika/egészségpolitika feladata olyan fizikai és társadalmi környezet megteremtése, amely támogatja az egészség megőrzését és biztosítja a társadalom tagjainak – a betegségek megelőzését és gyógyítását szolgáló – egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást. Valójában nem ezek a célok adták az egészségügy működésének a fő hajtóerejét. Az egészségügyi rendszer eredményessége – a kormányzati kommunikációban – az „input" vagy a „termelés" mennyiségében mérődött: minél több orvos, minél több kórházi ágy, minél több

ápolási eset. Az egészségügy valójában „betegségügy" volt.[134] A kockázati tényezők csökkentése, az egészségmegőrzés, betegségek megelőzése frázisokká, retorikává degradálódott. Továbbá az egészségpolitika érzéketlen maradt a – nemzetközi szintéren már akkor figyelmet kapott – környezetszennyezés egészségkárosító hatásaival szemben is. A környezetegészségügyi tevékenységek presztízse nemcsak az orvosok között, hanem a politikai döntéshozók és a lakosság körében is alacsony volt.

3.4. Duális rendszer

A hálapénz[135] – az előzőekben tárgyalt folyamatokkal szorosan összefüggő – politikai rendszereken keresztül átívelő, alapvető strukturális jellemzője volt a magyar egészségügynek. Egyszerre igaz, hogy lényegét tekintve jogi nézőpontból megvesztegetés, szociológiai nézőpontból sajátos orvos-beteg viszony, közgazdasági nézőpontból pedig a formális gazdaságban uralkodó hiány miatt létrejött informális gazdaság.

Az államszocialista egészségügy azt biztosítani tudta, hogy az orvoshoz forduló páciensek (az igénybevételkor) térítésmentesen is hozzájuthattak bizonyos ellátáshoz. Ez megteremthette azt a viszonylagos biztonságérzetet, hogy a betegség nem okozhatja az egyén anyagi ellehetetlenülését. Ugyanakkor a hálapénz elősegíthette, hogy a beteg megfelelő időben jó minőségű ellátásban és páciensközpontú bánásmódban részesüljön. Az előzőekben vázolt hiányhelyzet miatt a hálapénz egyre kiterjedtebbé vált; a hálapénz következtében kiépült egy duális struktúra:[136] a hivatalos egészségügy mellett létezett egy eltorzított, szabályozatlan és nehezen befolyásolható piaci viszony. A hálapénz erőteljesebben befolyásolta azt, hogy ki milyen

134 Ez nem csupán magyar sajátosság. Az egyik fő okot a modern orvostudomány, az egészségügyi technológia fejlődési trendjei, az orvostudomány és ellátás specializációja jelentették. Ennek egyik következménye – leegyszerűsítve fogalmazva –, hogy a figyelem/ellátás középpontjában a „megjavítandó alkatrész" és nem a beteg ember áll.

135 A hálapénz kifejezés 1957-ben az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Küldöttközgyűlésén jelent meg, ahol heves vita után a Gazdasági Főtanács 1952-ben hozott döntésével – a „borravaló" részleges elfogadásával – hasonló álláspont alakult ki (Ádám, 1989). A Gazdasági Főtanács úgy döntött, hogy *„néhány évre engedjék meg a »borravaló« elfogadását, de… a) csak ott… ahol már eddig is volt, b) csak három évre, és utána a legszigorúbban tiltsák meg"* (Ádám, 1989. 13). Továbbá a „nem borravalós" szakmákban bevezették az „orvosi különpótlékot".

136 Ez a duális struktúra a rendszerváltás után is (a 2020-as évek elejéig) alapvető strukturális jellemzője maradt a magyar egészségügynek; és az egyik (de nem egyedüli) akadályát jelentette annak, hogy a makróstruktúra 1990-es évek elején történt lényeges változása ösztönző hatást tudjon gyakorolni az orvosi döntésekre.

színvonalú ellátásban részesülhetett, sőt lassan általános meggyőződéssé vált, hogy megfelelő orvosi ellátáshoz másként nem is lehet hozzájutni.

Az 1980-as években megerősödött az a nézet, hogy – paradox módon – nagymértékben a hálapénznek volt köszönhető az a tény, hogy az egészségügyi rendszer működőképessége úgy-ahogy fennmaradt. Losonczi (1986) szerint *„[…] a hálapénz az, ahol az orvos is, a beteg is kilép a rosszul rájuk szabott […] rendszerből […] a beteg, hogy jobban bánjanak vele, az orvos, hogy korrigálja a fizetését"* (Losonczi, 1986. 123). A hálapénz a hatalom és az orvostársadalom közötti sajátos „alkuként" is interpretálható volt, ami lehetőséget adott a béremelés elodázására is (Losonczi, 1986). A hálapénz szerteágazó következményei közül a legfontosabbak a szolgáltatások betegek közötti igazságtalan elosztása, az orvosi jövedelmek súlyos torzulásai (pl. hálapénzes és nem-hálapénzes szakmák, kezdő és befutott orvosok közötti aránytalanságok) voltak. Továbbá a deklarált ingyenesség és a hálapénz realitása közötti szakadék mélyülése alapvetően hozzájárult ahhoz, hogy az olyan értékek, mint társadalmi szolidaritás, az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzájutás hitelüket vesztették (Orosz, 1987). A hálapénzről széles körben folytak a viták a szakmai körökben és a médiában is. Ez utóbbinak sajátos „levezető szelep" funkciója is volt. Ezt nem utólag értékelhetjük csak így, hanem már az 1980-as években is megfogalmazódott. A *Népszabadság*ban 1984. őszén folyó vitában egy kórházi főorvos a következőket jegyezte meg: *„Itt van például a hálapénz. Évtizedek óta foglalkozunk már vele […] eredmény nélkül. […] az embernek néha már az az érzése, hogy nem is akarják megoldani, csak mindig valami formában és fórumon napirenden tartani"* (*Népszabadság,* 1984. 09. 12). Ez a jelenség végigkísérte az elmúlt évtizedeket is.

3.5. Összegzés: kihívások a rendszerváltozáskor

Az egészségügyi rendszer reformja – általános értelemben – a régi struktúrák felszámolását és új struktúrák kiépítését jelenti. Ahogy a bevezetőben vázoltam, ezt úgy kellett (volna) megvalósítani, hogy közben fennmaradjon a rendszer működőképessége.

Mit kellett volna megszüntetni?

Az egészségügy reformjának a régi rendszernek a következő intézményeit kellett (volna) megszüntetnie:

- Az egészségügy alárendeltségét a közvetlen gazdasági/termelési érdekeknek (krónikus forráshiányt).

- Az állam kizárólagos szerepét a formális szektorban (a szabályozás, finanszírozás és a szolgáltatás szférájában) – és az érem másik oldalaként az egészségügy fekete/informális gazdaságát (hálapénzt).
- A központi utasításon alapuló irányítási rendszert (hatékonyságra, minőségre ösztönzés hiányát) a formális szektorban – és az érem másik oldalaként az informális alkuk nagy szerepét.
- A szolgáltatási szektorban: a szükségletek és szolgáltatáskínálat közötti szakadékot. (A szolgáltató szektor alkalmazkodó képességének a hiányát.)
- Az egyének választási lehetőségének és beleszólásának a hiányát.

Mit kellett volna kiépíteni?

Jól működő – a piacgazdasággal és demokratikus politikai rendszerrel kompatibilis – egészségügyi rendszer a következő intézmények kiépítését igényelte volna:

- *Az egészségpolitika és irányítás új rendszerét, amelyben* olyan kormányzati (minisztériumi) szerep érvényesül, amely az ország egészség(ügy)e hosszú távú értékeit képviseli, multiszektoriális egészségpolitikát folytat; továbbá intézményi keretek és mechanizmusok működnek az egészségügy fő szereplői érdekeinek az összehangolására.[137]
- *A szabályozásnak és irányításnak olyan új többszereplős rendszerét, amely* a hatásköröknek (hatalomnak) a kormányzat és az egészségügy többi szereplője (finanszírozók, szolgáltatók, szakmai szervezetek stb.) közötti megosztásán alapul; továbbá olyan gazdasági és minőségügyi szabályozást működtet, amely a szolgáltatókat (kórházakat, orvosokat stb.) hatékony működésre és jó minőségű szolgáltatások nyújtására ösztönzi.
- *A finanszírozás új rendszerét*, amely képes összeegyeztetni a finanszírozhatóság makroökonómiai követelményeit és az egészségügy modernizálásának a források iránti igényét, továbbá képes összeegyeztetni a társadalmi igazságosság követelményéből fakadó közfinanszírozás dominanciáját és a magánfinanszírozásnak a társadalom differenciált igényeinek kielégítését szolgáló szerepét.
- *A szolgáltatási szféra olyan kapacitásait, új intézményi rendszerét, működési módját* (ezen belül a köz és magán új szerepét), amely összhangban áll a hatékonyság minőség és a páciensek igényeire való reagálóképesség követelményeivel. Ehhez szükséges (de nem elégséges) feltétel, hogy az irányítási

137 Ezek szükséges (de nem elégséges) feltételek (lettek volna) egy hosszú távú stratégia, továbbá politikai és társadalmi támogatottságot élvező egészségpolitikai gyakorlat kialakulásához.

és finanszírozási rendszer megfelelő információt, ösztönzést és szervezeti formákat nyújtson a szolgáltatók számára.
- Az egyének mint állampolgárok és mint betegek képviseletére alkalmas intézményeket.

Az államszocialista rendszer átalakításának a feladatát/problémáját nem elégséges úgy értelmezni, mint átmenetet az egyszektorú állami egészségügyből a többszektorú plurális egészségügybe. Az átmenet kihívása sokkal inkább úgy volt jellemezhető, mint a hivatalos állami egészségügy és a féllegális magánszektor által alkotott duális struktúra átalakítása olyan plurális rendszerré, ahol mind a magán, mind a közületi szektor legális, azaz a törvényes szabályozás keretében működik.

A következő fejezetek – kormányzati periódusonként tagolva – elsősorban arra keresik a választ, hogy ezekre a kihívásokra hogyan reagáltak a rendszerváltozás utáni kormányzatok.

Fontos hangsúlyozni, hogy jól működő egészségügyi rendszer kiépítése nem csak a makrostruktúra átalakítását és az új makrostruktúrát támogató szakmai struktúra kiépítését igényelte volna, hanem a mikrostruktúra átalakulását is. Ez utóbbi az egészségügyi rendszer szereplőinek az államszocialista rendszerben kialakult magatartásmintáinak a változását jelentette volna. Például az orvos-beteg viszonyban a hálapénz felváltását azzal a bizalommal, hogy a beteg a rendszer minden pontján megfelelő ellátáshoz juthat; az intézmények vezetőinek magatartásában az informális kapcsolatokon keresztüli érdekérvényesítés felváltását azzal a bizalommal, hogy az érdekegyeztetésnek a formális szektorban létrehozott fórumain keresztül is elérhetők a kívánatos változások. Továbbá a központi irányítás előzőekben vázolt attitűdjének a felváltását a partnerség attitűdjével. A következő részekben látni fogjuk, hogy az attitűdök változásához érzékelhetővé kellett volna válniuk a makrostruktúrában bekövetkezett változások pozitív hatásainak – amelyek kibontakozását azonban akadályozták, hogy a szakmai struktúrák kialakítása nem kapott elég figyelmet és energiát, valamint az is, hogy a régi magatartásminták, attitűdök egy része tovább élt.

4. A reformok elindulása (1986–1990)

Az egészségügy területén a rendszerváltozás első kormánya nemcsak súlyos problémákat örökölt, hanem az 1980-as évek végére – szakmai viták, elemzések és reformmunkálatok több éves folyamatában – kialakult és széles körű szakmai támogatottságot élvező reformstratégiát is. Az 1990-es évek elején bevezetett reformok koncepciójának, tényleges lépéseinek és ellentmondásainak a megértéséhez is hozzájárulhat az 1986 és 1990 közötti időszak áttekintése.

4.1. Gazdasági és politikai feltételek

Az 1980-as évek elejére az MSZMP és a kormány vezetői, valamint a szélesebb közvélemény számára is nyilvánvalóvá vált az ország súlyos gazdasági és társadalmi válsága, sokak számára pedig egyben az államszocialista rendszer csődje is. A kormányzaton belül és a kormányzaton kívüli szakmai körökben is újra elindultak a reformviták és reformmunkálatok (Antal et al., 1987). Az ebben vezető szerepet játszó közgazdászok körében dominánssá vált az a vélemény, hogy nem elégséges a gazdasági mechanizmusok átalakítása, hanem átfogó reformokra – az állam szerepének az átalakítására – van szükség a jóléti rendszerekben, közigazgatásban, politikai rendszerben is. Alapvető cél volt az állami újraelosztás mértékének a csökkentése, a piaci szektor, a civil szervezetek és az egyének (az öngondoskodás) szerepének növelése a szociális és egészségügyi ellátás iránti szükségletek kielégítésében. A gazdaság és az államháztartás reformjára közvetlen kényszerítő erőt jelentett, másrészt azonban a kormányzat mozgásterét jelentős mértékben szűkítette is a hatalmasra duzzadt államadósság és ennek következtében az adósságszolgálati kiadások magas aránya. Ezek a körülmények egyszerre jelentettek ösztönző és korlátozó feltételeket az egészségügy reformja számára is. Ösztönző (kényszerítő) hatást jelentett, hogy az Állami Tervbizottság 1986-ban hozott határozata kötelezte az egészségügyi kormányzatot egy (az egészségügy érdekeltségi rendszerének a korszerűsítésére vonatkozó) reformprogram kidolgozására. Ugyanakkor a mozgásterét korlátozta, hogy a gazdasági reformerek a jóléti szféra különböző területeinek a sajátosságait kevéssé vették figyelembe amikor az állam visszavonulására, a jóléti

kiadások csökkentésére vonatkozó célokat megfogalmazták. Az államnak a jóléti szektorban játszott szerepe átalakítására irányuló elképzeléseket a rövid távú, fiskális szemlélet jellemezte.

Az állam jóléti szerepének korlátozására irányuló törekvésre, a gazdasági és költségvetési reformokat kidolgozó közgazdászoknak a gondolkodására a nemzetközi trendek is hatottak. [138] Az 1970-es évek közepétől Nyugat-Európában – a világgazdaságban bekövetkező változásoknak (a rohamos nemzetköziesedésnek, az 1973-as olajválságnak stb.), a gazdasági növekedés megtorpanásának és a neoliberális politikai ideológia és gazdaságpolitikai gyakorlat előretörésének a hatására – az állam szerepének radikális átértékelése következett be. Ennek részeként az egészségpolitikák középpontjába a közkiadások növekedésének a korlátozása és a felhasználásuk hatékonyságának a növelése került. A kormányzatok az egészségügyi közkiadásokra mint költségvetési teherre tekintettek.

4.2. Reformmunkálatok az 1980-as évtizedben

A gazdasági-társadalmi válság részét képezte az egészségügyi rendszer egyre jobban manifesztálódó válsága: a szocialista egészségügy alapelvei és a valóság közötti szakadék a lakosság mindennapi tapasztalatává, kutatások tárgyává és a média (napilapok, TV) mindennapos témájává vált.[139] Az egészségügyről az 1980-as évek elejétől folyó szakmai vitáknak, publikációknak is az egyik meghatározó kérdése – hasonlóan a gazdasághoz és az egész jóléti rendszerhez – az állam szerepének az átalakítása volt. Jól érzékelteti az 1980-as évek elejének a helyzetét, az egészségügyi kormányzat „kettős lelkületét" Levendel László 1982-ben publikált írása: „*Az egészségügy területén a reformtörekvéseket inkább csak a tolakodó bajok ébresztgetik jelenleg. Ilyenek: az egészségügyi ellátás működési zavarai, a társadalom növekvő […] kritikája […] az orvosok és egészségügyiek elégedetlensége, mert erőfeszítésük nem arányos az elérhető eredménnyel […] A progresszív törekvéseknek [...] a konzervativizmus, a közönyösség, a belefáradás állja útját […]egy átfogó szociálpolitikai-népegészségügyi reform végrehajtására önmagában az egészségügyi kormányzat nincs*

138 Az 1.2.1. alfejezet részletesebben foglalkozott az állam egészségügyben játszott szerepének a változásával.

139 Ez az alfejezet a szerző *Tudománytörténeti adalékok az egészségügy jelenlegi válságának értelmezéséhez* című tanulmányán alapszik (*Esély* 2018. 5. 3–24).

felkészülve, nem is rendelkezik megvalósításának politikai, társadalmi, pénzügyi feltételeivel" (Levendel, 1982. 75).

Az egészségügyi reformok elindulásához valószínű, hogy nem lettek volna elégségesek a belső problémák, hanem kellett az újraindult gazdasági reformtörekvések jelentette külső lökés is. Az Állami Tervbizottság már említett határozata nyomán két fontos reformműhely alakult ki: az egyik az MTA Közgazdaságtudományi Intézetében[140] a másik pedig a Szociális és Egészségügyi Minisztérium (SZEM) szervezeti keretein belül 1986-ban létrehozott Egészségügyi Reformtitkárság volt. Mindkét műhely átfogó koncepciót dolgozott ki az egészségügy reformjára (Orosz, 2018).[141]

A két műhely között egyetértés volt abban, hogy átfogó reformra van szükség az egészségügy súlyos válsága miatt; továbbá, hogy a reform központi kérdése a modellváltás: a központi utasításokon alapuló működés helyett az áru- és pénzviszonyok logikáján alapuló működési mechanizmusok kialakítása. Ez a koncepció összhangban állt az akkori nyugat-európai reformtörekvésekkel,[142] amelyek dominánsa eleme volt a – közfinanszírozás megtartása mellett kialakítandó – *„belső piac" vagy „szabályozott piac" (internal market, quasi-market) koncepciója* (Ham, 1990; Le Grand, 1991). Ez a modell a szociális és piaci szempontok kompromisszumát jelentette: egyrészt fenntartotta a szolidaritási elvű finanszírozást[143] (a szolgáltatásokhoz való hozzáférés esélyegyenlőségének biztosítása érdekében), másrészt ezen a kereten belül a finanszírozók és a szolgáltatók közötti, valamint a szolgáltatók egymás közötti kapcsolatában, azaz *a szolgáltatás szférájában a piaci típusú intézményeket, ösztönzőket, a szolgáltatásvásárlás koncepcióját, a verseny alkalmazását* állította a középpontba. A modell elsősorban a piaci típusú ösztönzőktől várta a hatékonyság

140 Az MTA kutatás alapját az MTA és a SZEM között 1985-ben kötött kutatási megállapodás képezte, amelynek címe: *Gazdaságpolitikai lehetőségek és társadalomszervezési módszerek az egészségügy és a szociálpolitika jobb összekapcsolására, hatékonyságának növelésére* volt.

141 Az MTA Műhelynek a *Tézisek az egészségügy és a gazdaság kapcsolatának új alapokra helyezéséhez* című kutatási jelentése 1988-ban készült el (Alpár és Huszai, 1989). A SZEM Reformtitkárság hivatalos anyagát 1988 végén tárgyalta a Kormány Gazdaságpolitikai Bizottsága. A fontosabb javaslatai 1988 és 1989 folyamán több cikk keretében megjelentek az Egészségügyi Gazdasági Szemlében (Győrfi, 1988; 1989; Serfőző és Turján, 1988; Serfőző, 1989; Bordás, 1990).

142 Az 1980-as évek második fele inspiráló időszak volt az egészségüggyel foglalkozó kutatók és gyakorlati szakemberek (orvosok, az egészségügyi közigazgatásban dolgozók) számára. Számosan közülük személyes tapasztalatokat is szerezhettek – szakmai együttműködések, tanulmányutak, konferenciák keretei között – a nyugat-európai (angol, német, osztrák stb.) egészségügyi rendszerek működéséről.

143 Pontosabban az állami költségvetés vagy társadalombiztosítás dominanciáját (de nem kizárólagosságát) az egészségügy finanszírozásában.

és a minőség javulását.[144] Fontos hangsúlyozni, hogy a kvázi-piac koncepciója nem célozta az egészségügyi szektor tulajdonviszonyainak a megváltoztatását (azaz nem igényelte a köztulajdonban lévő egészségügyi intézmények privatizációját). A legfontosabb piaci típusú ösztönzőt a szolgáltatók teljesítményalapú díjazásának a bevezetése jelentette. A tervezett változások lényegét jól érzékelteti az angol reformkoncepciótól átvett szlogen: „a pénz követi a beteget". A szolgáltatások után történő finanszírozás radikális változást jelentett. Ugyanis az akkori inputalapú finanszírozási módszerben az intézmények (kórházak, szakrendelők) tevékenysége és bevétele között nem volt kapcsolat – mivel az éves költségvetésük megállapításakor az alapot az előző éves költségvetésük jelentette. A javasolt (outputalapú) finanszírozási módszerek alapvető célja volt, hogy az intézmények bevétele az általuk nyújtott szolgáltatásoktól (az intézmények teljesítményétől) függjön.

Abban is egyetértés volt a két reformműhely között, hogy a finanszírozási rendszerben (a forrásteremtésben és az intézményi rendszerben is) modellváltásra van szükség: át kell térni az adóbevételekből finanszírozott állami egészségügyi rendszerről a társadalombiztosítási rendszerre, amelyben (elvileg) az egészségbiztosítás elkülönült alapjának nagysága a járulékbevételektől függ, így nincs kitéve az éves költségvetési alkuknak. Továbbá ettől a lépéstől az egészségügy rövid távú gazdasági érdekeknek való alárendeltségének, alulfinanszírozottságának a megszüntetését is várták.[145] Az egészségbiztosítást működtető intézményrendszert tekintve az MTA kutatócsoportja mind a nemzetközi (német és osztrák) példák, mind az 1945 előtti magyar egészségbiztosítás alapján több biztosítóból álló, decentralizált modellt vázolt fel.[146] Ennek hangsúlyos eleme volt, hogy a biztosítóknak saját egészségügyi intézményei lettek volna, amelyek versenyt jelentettek volna a már meglévő állami intézményeknek. A SZEM Reformbizottság anyagaiban jelentős változás volt megfigyelhető, ami tükrözte, hogy a Minisztériumon belül nem volt egyetértés a társadalombiztosítás jövőbeli intézményrendszerének fő jellemzőit tekintve. 1989 végén még az volt a Minisztérium álláspontja, hogy *„a társadalombiztosítás keretében*

144 Ez a koncepció sokat módosult, finomodott a nemzetközi egészségpolitikai színtéren az 1990-es és 2000-es évek folyamán. A gyakorlatban és a koncepciókban is a tervezés és piaci típusú ösztönzők, a verseny és koordináció egyaránt jelen voltak/vannak az egészségpolitikai koncepciókban – országonként, illetve az egészségügy egyes részterületein más-más kombinációkban.

145 Az volt a feltételezés, hogy a járulékbevételek stabil bevételi forrást fognak jelenteni. Ezek a várakozások azonban az 1990-es évek megváltozott gazdasági körülményei között (nagyarányú munkanélküliség kialakulása, járulékfizetés elkerülésére irányuló törekvés stb.) megalapozatlannak bizonyultak.

146 A következő fejezetekben látni fogjuk, hogy az egészségbiztosítás intézményi rendszerének a kérdése 2007-ig a reformok vissza-visszatérő eleme volt.

betegbiztosítást nem csak az OTF[147] *végezhet"* (Szilos, 1990. 130). 1990 végére azonban ezzel ellentétes álláspont vált meghatározóvá: *„Az alapvető szolgáltatásokhoz tartozó állami garancia nem egyeztethető össze az egymással versengő, profitérdekeltségű szervezetekkel"* (Bordás, 1990. 338). A koncepció változásában szerepe lehetett annak is, hogy a Minisztérium ekkor már egyértelműen a szolgáltatók finanszírozási módszerének az átalakítására koncentrált.

A két műhelynek a gazdasági és az egészségügyi reform kapcsolatára vonatkozó elképzelései meglehetősen eltérek egymástól. Az MTA koncepciója szerint elkerülhetetlennek látszott az egészségügyi ágazat költségvetésének korlátozása, egészségügyi közkiadások visszafogása, a költségvetési reform részeként. Ez kétségtelenül reális várakozás volt, ugyanakkor szemben állt a műhelynek a társadalombiztosítás iránti várakozásaival, amitől az egészségügynek a költségvetésen belüli alárendelt pozíciójának a megváltozását remélték. A SZEM – a költségvetési reform szükségességének az elismerése mellett egyértelműen a kiadások növelése mellett érvelt: *„Feltétlenül indokolt az ágazatban a jelentős bérelmaradás pótlása […] E nélkül a reform sikere az ágazatban […] kudarcra van ítélve"* (Serfőző és Turján, 1988. 306).

4.3. Kormányzati intézkedések

Az 1980-as évek második felében a Minisztérium reformtörekvéseinek a középpontjába az egészségügyi intézmények finanszírozási módszerének a megváltoztatása került, az éves költségvetés felváltása olyan módszerrel, amelyben a „pénz követi a beteget", azaz a tevékenység és a bevétel között szoros kapcsolat van. Politikai jelentőségű is volt, hogy 1986-ban az Állami Tervbizottság elfogadta az egészségügy érdekeltségi rendszerének a korszerűsítésére készített program részeként, hogy az USA-ban a Yale Egyetemen az 1970-es évek folyamán kifejlesztett és a Medicare programban a kórházak finanszírozására 1983-ban bevezetett *Diagnosis Related Groups* (DRG) finanszírozási módszer (Busse et al., 2011)[148] adaptációja történjen meg a „szocialista" egészségügyben (Ajkay, 1987). A DRG-típusú finanszírozási reformok a nyugat-európai országokban is ekkor kerültek előtérbe. A DRG magyar

147 Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság

148 A DRG-módszer esetalapú finanszírozás, amelynek pozitívuma, hogy a rendszer elveiben költséghatékonysági és orvosszakmai szempontból is „értelmes" teljesítményelv érvényesül: az a szolgáltató kap több pénzt, aki több és bonyolultabb esetet lát el. (Az 5. fejezet konkrétabban is ismerteti majd a módszer alapvető jellemzőit.)

verziója a Homogén Betegség Csoportok (HBCS) finanszírozás volt, amelyet az aktív fekvőbeteg-ellátásban kívántak bevezetni. Fő cél: a gazdálkodás, finanszírozás és érdekeltség teljesítményekhez kapcsolódó módszereinek kidolgozása és az alkalmazásukhoz szükséges feltételek kialakítása volt. A bevezetés szakmai előkészítését a Tolna Megyei Tanács Kórház Rendelőintézetének Dokumentációs és Információs Központja (későbbi nevén GYÓGYINFOK[149]) végezte, amely később a Népjóléti Minisztérium intézményévé vált. 1987-ben 10 kórházban elindult a modellkísérlet a HBCS-finanszírozással (Jávor és Kovács, 1986; Bordás, 1990). A kísérlet során azonban kiderült, hogy a bevezetés sokkal nehezebb feladat lesz, mint gondolták. A fő problémát az jelentette, hogy kiderült, többszörös különbségek voltak az intézmények között abban, hogy ugyanannak a betegségnek (pl. vakbélgyulladás) a kezelése az adott kórházban ténylegesen mennyibe került (figyelembe véve az egy esetre jutó fix költségeket is). A döntéshozók féltek attól, hogy ha az „eredeti" formájában bevezetik a HBCS-finanszírozási módszert, akkor a kórházak jelentős része csődbe mehet.[150]

Az egészségügyön belüli érdekegyeztetés intézményeinek kialakítása szempontjából fontos lépés volt, hogy 1988-ban létrejött a Magyar Orvosi Kamara. Igaz, ebben nagyobb szerepe volt a Minisztérium Reformtitkárságának mint az orvosok önszerveződésének. A társadalombiztosítási finanszírozásra való áttérésre a végleges döntés csak 1989 végén született meg. A tényleges lépés azonban leszűkült arra, hogy az egészségügy finanszírozása átkerült a Társadalombiztosítási Alapba (TB. Alapba) és a korábban a TB. Alap részét képező családi pótlék átkerült az állami költségvetésbe. 1990. január 1-jén az egészségügyi ellátás a társadalombiztosítás részévé vált, az adók helyett a társadalombiztosítási járulékok váltak a finanszírozás fő forrásává, a finanszírozása pedig átkerült az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatósághoz (OTF), aminek korábban az alapvető feladata a nyugdíjbiztosítás működtetése volt. Ez – az egészségbiztosítás intézményi kereteit tekintve – a centralizált modell melletti döntést is jelentette.

Ugyanakkor más lényeges – az egészségbiztosítás rendszerének kialakításához szükséges – változások nem történtek meg; az egészségbiztosítási rendszer legtöbb

149 Gyógyító Ellátások Információs Központja

150 Az óvatosság indokolt volt és nem csak a magyar egészségügy vezetőire volt jellemző. A DRG-módszert – számos ok miatt (költségekre és beavatkozásokra vonatkozó részletes, nagytömegű adatigény, fejlett információs rendszer stb.) – a bevezetésében élen járó európai országokban több lépésben vezették be – először nem teljes körűen, hanem részlegesen. Például elsőként Portugáliában 1988-ban, az 1990-es évek elején Írországban és Norvégiában is a kórházak egy korlátozott körére. Több országban először csak a kórházak tevékenységének, teljesítményének a mérésére alkalmazták.

alapvető kérdése nyitva maradt: a jogosultság szabályozása, a biztosításba tartozó szolgáltatások köre, továbbá az egészségbiztosítás irányítási és intézményi rendszere. Nem különítették el a nyugdíj és egészségbiztosítási járulék mértékét a tb-járulékon belül, nem alakult ki az egészségbiztosítás önálló szervezeti kerete.

1989-ben a*z egészségügyi rendszer másik fontos összetevőjében, a szolgáltatások területén* a legfontosabb reformlépés az egészségügyi vállalkozások működésének a lehetővé tétele volt,[151] beleértve a gyógyszerészi magántevékenységet is.

4.4. Mérleg

A gazdaság és az államháztatás reformját célzó kormányzati törekvések részeként az 1980-as évek során az egészségügy reformjának jelentős mértékű szellemi előkészítése történt: a két korábban említett reformmunkálat mellett szakmai viták, a problémákat elemző kritikus publikációk sora járult hozzá, hogy széles körű egyetértés alakult ki a reform fő irányát tekintve. (Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a reform számos elemében ne lett volna vita.) Továbbá kialakult a gyakorlati szakembereknek (orvosoknak, az egészségügyi közigazgatásban dolgozóknak) és az egészségüggyel foglalkozó kutatóknak egy viszonylag jelentős – nemzetközi kitekintéssel, tapasztalatokkal és kapcsolatokkal rendelkező – köre, akik bázisát jelenthették a reformstratégiák kidolgozásának és megvalósításának. A Reformtitkárság létrehozása a Minisztériumon belül megteremtette a reformfolyamat ágensét.[152] A kormányzat reformkoncepciója, a kötelező egészségbiztosításra való áttérés, a szolgáltatóknak a teljesítményhez (outputhoz) kötődő finanszírozása és a magánvállalkozások működésének a lehetővé tétele olyan kezdeti lépéseknek tekinthetők, amelyek a nyugat-európai egészségügyi rendszerekkel konform makrostruktúra irányába mutattak. A HBCS-finanszírozásra vonatkozó kísérlet pedig

151 A magánszektor kialakulásában 1990 nem tekinthető „nulla pontnak" – az állami szektorbeli főfoglalkozás mellett lehetőség volt a magánpraxis fenntartására 1990 előtt is. Az 1980-as évek közepén kb. ötezer magánpraxis létezett: az orvosok fele fogorvos volt, a többiek elsősorban nőgyógyászként, sebészként és belgyógyászként dolgoztak. A magánszféra és a közületi szféra közötti kapcsolat jelentős lépése volt, hogy 1988-ban a magánorvosok által felírt gyógyszerre is kiterjesztették a társadalombiztosítási támogatást.

152 Az ágens olyan szervezetet (szervezeti egységet) jelent, amelynek elsődleges feladata, érdekeltsége az adott változás/terv/tevékenység sikeres megvalósítása. Ennek a hangsúlyozása azért fontos, mert az elmúlt évtizedek megmutatták, hogy az önálló ágens hiánya a sikeres reformok meghiúsulásának az egyik (de nem egyetlen) oka lehet.

a finanszírozásban az 1990-es évek elején megvalósított jelentős szervezeti innováció kezdeti lépésének tekinthető.

Ugyanakkor a tényleges folyamatokat számos ellentmondás terhelte. A változtatások leszűkültek arra, hogy az egészségügy finanszírozása átkerült a TB. alapba és szervezetileg az OTF hatáskörébe – azonban az egészségbiztosítás alapvető kérdéseinek a tisztázása nélkül. Ennek következtében az egészségügy finanszírozásában – az átalakulóban lévő makrostruktúra keretei között – fennmaradt a régi működési mód: az 1990 január 1-jével bevezetett egészségbiztosítás keretei között továbbra is a diszkrecionális módon (informális alkuk alapján) hozott központi döntések alakították az egészségügyi intézmények finanszírozását (az intézmények éves költségvetését). A következő fejezet részletesebben is foglalkozik ezzel a problémával.

Annak ellenére, hogy az egészségügy problémái közül az 1980-as évtizedben a hálapénz volt az egyik legtöbb figyelmet kapó kérdés[153] (mind a médiában, mind a szakcikkekben), a reformprogramokból kimaradt a hálapénz kérdése is. Ebben számos tényező játszott közre. Voltak, akik azt várták az új finanszírozási módszerektől, hogy az intézmények között a betegekért folytatott versenyt generálnak, ami elvezethet a hálapénz visszaszorulásához. Sokan gondolták úgy, hogy a hálapénznek köszönhetően volt még valamennyire működőképes az egészségügy és attól tarthattak, hogy a hálapénz elleni határozott fellépés a reformok támogatását veszélyeztetné. Továbbá – miközben az egészségügyi rendszer reformja a pénzügyi források bővítését igényelte volna – a gazdaság adott helyzetében és az állam szerepének csökkentésére irányuló gazdasági reformkoncepciók körülményei között az egészségi kiadások jelentősebb növelésére és a bérek emelésére nem volt politikai szándék.

Szélesebb horizontról nézve: számos – az 1980-as évek során nagy figyelmet kapott – hosszú távú kérdés nem került az egészségpolitika tényleges napirendjére. Az 1970-es évek végétől a kutatásokban, a szakmai vitákban és a médiában is növekvő figyelem irányult a népesség aggasztóan rossz egészségi állapotára és az egészségi állapotra ható társadalmi és közvetlen kockázati tényezőkre (Józan, 1986; Hablicsek et al., 1985; Losonczi, 1989; Orosz, 1986; 1990). A magyar társadalom egészségi állapotáról és az egészségügyi rendszer problémáiról folyó diskurzusok azonban jórészt egymással párhuzamosan zajlottak; a rendszerváltást megelőző évek kormányzati napirendjére pedig csak az egészségügyi rendszernek az átalakítása került. Elfelejtődött a multiszektoriális egészségpolitika gondolata is – az a megközelítés, hogy az egészségi állapot javításához olyan egészségpolitikára lenne szükség, amely az egészségre ható társadalmi és gazdasági tényezőknek a befolyásolására is törekedne.

153 Orosz (2018) a hálapénz okairól és következményeiről az 1980-as években – többek között a *Valóság folyóirat hasábjain –folytatott szakmai vitákat is áttekinti.*

E mögött az egyik tényezőt az 1980-as évtizednek az a napjainkig fennmaradt ellentmondása jelentette, hogy miközben a társadalom hosszú távú fejlődése a népesség egészségi állapota javítására koncentráló multiszektoriális kormányzati stratégiát és cselekvést (modern népegészségügyi rendszert) igényelt volna, egy ilyen stratégia az egészségügy egyetlen szereplőjének sem jelentette a rövid távú érdekét, közvetlen törekvését (Orosz, 1990; 1992). Az időszak további alapvető ellentmondása volt, hogy a piacgazdaságra való áttérés a nemzetgazdaságban keletkező jövedelmek költségvetési koncentrációjának és így a jóléti kiadások egészének a csökkentését igényelte. Ezt a törekvést a nemzetközi színtéren domináns neoliberális szemlélet is erősítette. Ugyanakkor a sikeres egészségügyi reform pedig az egészségügyre fordított közkiadások növelését igényelte volna.

Fontos hangsúlyozni, hogy ennek az időszaknak a pozitív eredményei következtében a rendszerváltozás első kormányának nem kellett a „nulla pontról" kezdeni a reformok kidolgozását. Az 1980-as évek végére széles körű szakmai egyetértés alakult ki a reform fő irányát tekintve, továbbá konkrét kísérletek indultak el a kórházak teljesítmény-finanszírozási módszereivel. Mindezek következtében az egészségügyi szakemberek körében jelentős volt a pozitív várakozás és bizakodó hangulat (és ezek által mozgósított szellemi energia, törekvés) az egészségügy reformjára vonatkozóan.

5. A nyugat-európai egészségügyi rendszerekkel konform makrokeretek kialakítása (1990–1994)

Az 1990-es évek elején az egészségügyi reformfolyamatban résztvevők nemcsak akkor gondolhatták úgy, hogy történelmi jelentőségű változások részesei, hanem napjainkból visszatekintve is úgy értékelhető, hogy egy történelmi útelágazásnál sikerült (igaz, ellentmondásokkal terhelten és nem véglegesen) a nyugat-európai rendszerek irányába tartó pályára állítani az egészségügyet. Ezért az egészségügyi rendszernek a rendszerváltáskori reformkoncepciója és az 1990-es évek közepére jellemző makrostruktúrája összehasonlítási alapot jelenthetnek a jelen időszak problémáinak a megértéséhez is. Továbbá az 1990-es évek közepe utáni kormányzati időszakok elemzésének is alapvető kérdése: milyen ügyekben folytatták, illetve milyen ügyekben tértek el az 1990-es évek elején széles körű elfogadottságot élvező reformkoncepciótól.

5.1. Gazdasági és politikai feltételek

Az 1990-es évek eleje ellentmondásos időszak volt. A rendszerváltás utáni első szabadon választott kormány, az Antall-kormány megalakulásakor egyrészt még hatott a rendszerváltásnak az 1988–89-es időszakra jellemző – az ország életének szinte minden területére kiható – eufóriája; beleértve a gazdaságra vonatkozóan azt a várakozást, hogy két-három nehéz év után felgyorsul a gazdasági fejlődés és elindul a felzárkózás a fejlett országokhoz. A gazdaság, az államháztartás és az intézményrendszer szinte minden területét (oktatás, tudomány, szociális ellátás, munkaügyi rendszer, egészségügy stb.) a reformtörekvések jellemezték. Ugyanakkor az 1990-es évtized első éveiben hamar nyilvánvalóvá vált, hogy a politikai rendszerváltás, a piacgazdaságra való áttérés társadalmi költségei lényegesen nagyobbak, a gazdasági válság lényegesen mélyebb és hosszabb, a kedvezőtlen társadalmi hatások lényegesen súlyosabbak, mint amit 1990-ben sokan vártak (Erlich és Révész, 1996; Ferge, 1998). Az 1980-as évek stagnálása után a piacgazdaságra való áttérést kísérő, 1989 és 1993 között kibontakozó transzformációs válság következtében a GDP drámai módon (18%-kal) csökkent. A gazdasági visszaesés súlyosabb volt, mint

amit a gazdaságtörténészek a 1929-33 közötti időszakra regisztráltak.[154] A gazdasági visszaesést nagyarányú munkanélküliség kialakulása, a társadalom polarizációja, a szegénység növekedése, a biztonság megrendülése kísérte. A kormányzatnak olyan időszakban kellett a jóléti kiadásokat korlátoznia, amikor a súlyosbodó társadalmi problémák a jóléti kiadások növelését igényelték volna. Mindez az 1980-as évek végén elindult egészségügyi reform folytatásához – az egészségügyi közkiadások szempontjából – szűk mozgásteret jelentett.

Az egészségügy pénzügyi feltételei

Az egészségügyi kiadások alakulását számos tényező befolyásolta: egyrészt az egészségügyi reformok – különösen a teljesítményfinanszírozás bevezetése –, a gazdasági liberalizáció hatása a gyógyszerpiacra, másrészt pedig a gazdasági visszaesés és annak következtében a költségvetési hiány drámai növekedése. Ez utóbbinak a hatása azonban csak 1994 után érvényesült. Paradox módon az egészségügy szempontjai – a finanszírozási reform forrásigénye – éppen a súlyos gazdasági visszaesés körülményei között érvényesültek. Az egészségügyi közkiadások reálértéke 1991 és 1994 között 12%-kal növekedett; a növekmény döntő része a teljesítményfinanszírozás bevezetéshez kapcsolódva 1994-re esett. Az egészségügyi közkiadások növekedésének és a GDP visszaesésének eredőjeként az egészségügyi kiadások részesedése a GDP-ből 1992 és 1994 között 5,9%-ól 6,3%-ra növekedett. A háztartások közvetlen kiadásai (elsősorban a növekvő gyógyszerkiadások miatt) 1992 és 1994 között nominális értéken 68%-kal (reálértéken 16%-kal emelkedtek), 1992-ben az összes egészségügyi kiadás 12%-át, 1994-ben pedig 14%-át tették ki.

5.2. A reform fő irányának a kialakulása

Az Antall-kormányzat egészségpolitikusai számára a fő kihívást az jelentette, hogy az 1980-as évek végén kidolgozott koncepció alapján kezdjenek-e hozzá az egészségügyi reformhoz, vagy radikálisan szakítsanak azzal és a gazdasági átalakuláshoz hasonlóan a szabadpiaci elveken alapulva alakítsák át az egészségügyi rendszert. Az egészségügyi reformmal szemben jelentős – és ugyanakkor egymástól sokszempontból különböző – várakozások voltak az egyes szereplők részéről: az egészségügyi dolgozók a jövedelmük jelentős növelését, a társadalom többsége

154 https://www.mnb.hu/kiadvanyok/elemzesek-tanulmanyok-statisztikak/infografikak/az-elmult-100-ev-legnagyobb-gdp-visszaesesei-magyarorszagon-mnb-infografika

a szolgáltatások minőségének érzékelhető javulását, az orvosoknak és a társadalom magasabb jövedelmű rétegeinek egy része a piaci viszonyok gyors kialakulását várta, míg a társadalom többsége továbbra is az állam feladatának tekintette, hogy biztosítsa mindenki számára az alapvető egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást. A pénzügypolitika irányítói, továbbá a munkáltatók pedig az adó- és járulékterhek csökkentésére törekedtek.

Az Antall-kormány megalakulását követő évnek fő jellemzője a *bizonytalanság, hezitálás* volt: szinte havonta változtak a Minisztérium és az OTF elképzelései – a reform alapvető koncepcióját és az egyes konkrét kérdéseit tekintve is (Orosz, 1992). A Népjóléti Minisztérium 1991 augusztusában közreadott – a tényleges döntéseket meghatározó – programja („Cselekvési Program") valójában sokkal inkább a kontinuitást jelentette az 1980-as évek végi elképzelésekkel, mint a diszkontinuitást. A reformprogram általános elveit – hasonlóan az 1980-as évek végén kidolgozott programokhoz – a „szabályozott piac" koncepciója jelentette.[155] A kontinuitást az 1980-as évek végén kidolgozott koncepcióval számos tényező magyarázta: 1991-ben a gazdasági recesszió és ennek következtében a költségvetési/társadalombiztosítási források szűkülése már érzékelhetővé vált, így fontos szemponttá vált az olyan intézkedések elkerülése, amelyek a kiadások nagyarányú, ellenőrizhetetlen növekedéséhez vezethettek volna. Az egészségügyön kívüli események (a taxisblokád, a kormány népszerűségének csökkenése stb.) nyomán jelentős volt a félelem egy radikálisabb reform lehetséges negatív társadalmi hatásainak a politikai következményeitől. Személyes elemek is hozzájárultak a kontinuitáshoz: az új kormány reformprogramját kidolgozó szakértők és az utolsó szocialista minisztérium Reformtitkárságának szakértői között jelentős volt az átfedés (például a Reformtitkárság vezetője lett az új Népjóléti Minisztérium közigazgatási államtitkára). Az is szerepet játszott, hogy már 1987-ben elindultak a kísérletek a DRG-típusú finanszírozási módszer[156] magyar verziójával, a Homogén Betegség Csoportokkal (HBCS); az új finanszírozási módszer bevezetésére a konkrét tervek és intézményi kapacitás (GYÓGYINFOK) is rendelkezésre álltak. Továbbá Nyugat-Európában is a reformok egyik fő irányát a DRG finanszírozási módszer bevezetése jelentette (Geissler et al., 2011) – így a magyar szakértőknek a nemzetközi szakmai együttműködésekbe való bekapcsolódása is ösztönzően hatott a megvalósításra.

155 Ennek lényegét az előző, *A reformok elindulása* című fejezet ismertette.

156 Az USA Medicare programjában a kórházak finanszírozására 1983-ban bevezetett *Diagnosis Related Groups* (DRG) finanszírozási módszer, amely az egyes betegségek kezelését (kórházi eseteket) szakmai tartalom és költségesség szempontjából homogén csoportokba sorolja és ezekhez a csoportokhoz előre meghatározott díjat (árat) rendel.

Reformintézkedések

A rendszerváltás utáni első két év hezitálása után 1992–1993-ban jelentős változások történtek:[157] 1992-ben létrejött a háziorvosi rendszer (ezáltal az alapellátásban elindult az úgynevezett „funkcionális privatizáció"), 1993-ban a járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátásban bevezették a teljesítmény-finanszírozást, továbbá megalakult az Egészségbiztosítási Önkormányzat és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (5.1. táblázat).

5.1. táblázat. Az egészségügyi rendszer átalakulásának főbb lépései, 1987–94

1987	Elindul a HBCS-modellkísérlet néhány kórházban
1988	A Magyar Orvosi Kamara megalakulása
1989	A Társadalombiztosítási Alap létrehozása, amelyhez 1990-ben átkerült az egészségügyi intézmények működési kiadásainak a finanszírozása (a fejlesztések finanszírozása költségvetési feladat maradt)
1989	Lehetővé vált az egészségügyi vállalkozások működése
1990	Az önkormányzatok tulajdonába kerültek a korábban a tanácsok által működtetett egészségügyi intézmények
1990	Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat létrehozása (a közegészségügyi és járványügyi feladatok mellett a vállalkozások engedélyezése, az egészségügyi ellátás szakmai ellenőrzése is az ÁNTSZ feladata lett)
1991	Országgyűlési Határozat *„a társadalombiztosítási rendszer megújításának koncepciójáról és a rövid távú feladatokról"*
1992	Bevezették a háziorvosi rendszert
1992	A társadalombiztosításról szóló tv. módosítása szabályozta az egészségügyi ellátásra való jogosultságot (megszűnt az állampolgári jogosultság)
1993	Kialakult a társadalombiztosítás önkormányzati igazgatása: létrejött az Egészségbiztosítási Önkormányzat és igazgatási szerveként az Országos Egészségbiztosítási Pénztár
1992-93	A finanszírozási rendszer átalakítása (a háziorvosi ellátásban a fejkvóta, a szakellátásban a teljesítmény-finanszírozási módszerek bevezetése)
1993	Lehetővé vált az önkéntes pénztárak (nyugdíjpénztár, egészségpénztár) létrehozása
1994	Elindul a korábban állami tulajdonban lévő közforgalmú gyógyszertárak privatizációja. (Új alapítású magángyógyszertárak létesítésére – bizonyos szakmai megkötöttségek mellett már 1990-től lehetőség volt.)

157 A változásokkal és az azokat övező vitákkal részletesebben foglalkozik: Orosz, 2001.

A következő alfejezetek azt tárgyalják, hogy ezek az intézkedések milyen változásokat indítottak el az egészségügyi rendszer egyes strukturális összetevőiben, nevezetesen az irányítási rendszerben, a finanszírozásban és a szolgáltatási szektorban. Először a változások hátterében álló koncepcióról, majd a tényleges folyamatokról lesz szó – lényegesen részletesebben, mint az 1994 utáni kormányzati periódusok többségének az intézkedéseiről. Ez a viszonylag részletes áttekintés szükséges a többi kormányzati periódus történéseinek a megértéséhez, továbbá az egészségügy 2020-as évek közepére jellemző helyzetének értelmezését is segíti, ha összevetjük azt a rendszerváltáskor megfogalmazott törekvésekkel és elindult változásokkal.

5.3. Irányítási, szabályozási rendszer

5.3.1. Koncepciók

Az 1980–1990-es évek fordulóján a domináns reformtörekvések a szabályozott piac koncepciója alapján a centralizált, központi kormányzati utasításokon alapuló irányítás helyett a döntéshozatalnak (hatalomnak) és felelősségnek az egészségügy szereplői közötti megosztását kívánták intézményesíteni. Nevezetesen: az Egészségügyi (Népjóléti) Minisztérium, Pénzügyminisztérium, az Egészségbiztosítási Önkormányzat, a helyi önkormányzatok, az egészségügyi intézmények vezetői (kórházigazgatók) és a szakmai szervezetek között.

Ebben a modellben a kormányzat (Egészségügyi Minisztérium) elsősorban szabályozó szerepet tölt be, nem vesz részt közvetlenül az intézmények működtetésében és finanszírozásában. A döntések azon a szinten történnek, ahol azokhoz az információk leginkább rendelkezésre állnak. A kormányzati döntések a különböző érdekek egyeztetésén alapulnak, amihez szabályozott intézményi keretek és mechanizmusok állnak rendelkezésre. Összhangban állt ezzel a koncepcióval a jelentős önállósággal rendelkező Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) létrehozása is.

5.3.2. Tényleges folyamatok

Ennek a koncepciónak a jegyében jött létre – jelentős hatáskörrel – az Egészségbiztosítási Önkormányzat és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (nagy önállósággal

rendelkező finanszírozó, „szolgáltatásvásárló" szervezet).[158] Korábban a kormány (illetve a tanácsok) töltötték be a finanszírozó és a szolgáltató szerepét is az egészségügyben. A „szabályozott piac" koncepciójának fontos eleme volt ezeknek a szerepeknek a szétválasztása, ezzel a szolgáltatások „vásárlójának" és „eladójának" a kialakítása. Beleillett ebbe a koncepcióba az is – habár az intézkedésnek az egészségügyön kívüli oka volt –, hogy az egészségügyi intézmények (az egyetemi klinikák és országos intézetek kivételével) a települési önkormányzatok tulajdonába kerültek. A kórházak főigazgatóit a tulajdonos önkormányzat nevezte ki, de a főigazgatók jelentős önállóságot kaptak az intézmények működtetésében. Elindult az egészségügyi menedzserképzés. Megalakultak a szakmai szervezetek, többek között a Magyar Orvosi Kamara, a Magyar Kórházszövetség, Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete, továbbá új szakszervezetek is szerveződtek. A betegeket képviselő számos szervezet alakult: betegjogi szervezetek és egyes betegségekben szenvedő betegek egyesületei. Az érdekegyeztetés általános keretét a jogalkotásról szóló törvény jelentette, ami megkövetelte az érintettek véleményének a kikérését. Az egészségügyre vonatkozó törvényeket – a jogalkotásra vonatkozó szabályozás alapján – egyeztetni kellett a szakmai szervezetekkel. A következő kormányzati periódusban az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény létrehozta a Nemzeti Egészségügyi Tanácsot (NET), aminek a fő funkciója az egészségügy stratégiai kérdéseinek az egészségügy fő szereplői (illetve azok képviselői) általi megvitatása (az érdekek transzparens ütköztetése és egyeztetése) lett volna – azaz az elképzelések szerint kezdeményező, javaslattevő, véleményező és tanácsadó szerepet játszott volna. (Ennek a funkciónak azonban több ok miatt sem tudott megfelelni.)

Az ÁNTSZ létrehozása megteremtette az intézményi feltételeit, lehetőségét annak, hogy – nyugat-európai mintára – modern népegészségügyi tevékenység legyen kialakítható, valamint szükség (pl. járvány) esetén egységes szakmai bázison nyugvó, megfelelő hatósági intézkedések legyenek végrehajthatóak. Az ÁNTSZ az államszocialista időszakban működő Közegészségügyi és Járványügyi Állomások (KÖJÁL) bázisán jött létre. A változás leglényegesebb eleme a közegészségügyi tevékenység kettős irányításának a megszüntetése volt. A kettős irányítás azt jelentette, hogy a megyei KÖJÁL-ok közigazgatási, hatósági szempontból a megyei tanácsok irányítása alatt működtek, míg a szakmai irányítást a KÖJÁL országos szervezete gyakorolta. Ennek következtében a hatósági intézkedések (pl. üzemek, ivóvízminőség stb. közegészségügyi ellenőrzése) esetében a helyi hatalom érdekei felülírhatták a szakmai

158 Például a TB. Alapok (Nyugdíjbiztosítási Alap és Egészségbiztosítási Alap) az államháztartásnak önálló, a költségvetéstől elkülönült részét képezték és azokat önálló törvényként a pénzügyminiszter és a Tb-önkormányzatok elnökei terjesztették az Országgyűlés elé. Az OEP főigazgatóját az Önkormányzat elnöke nevezte ki.

szempontokat. Ezzel szemben az ÁNTSZ megyei szervezetei, mind szakmai, mind hatósági szempontból az OTH-nak (Országos Tisztifőorvosi Hivatalnak) alárendelten működtek. Az országos tisztifőorvost a miniszterelnök nevezte ki, továbbá nem tartozott az egészségügyi miniszter irányítása alá.

A hatalommegosztáson és érdekegyeztetésen alapuló, jól működő irányítási rendszer kialakítása természetesen nem volt lehetséges egyik napról a másikra. Ez nem csupán új *intézményi keretek* létrehozását igényelte, hanem a korábbi struktúra intézményei (pl. minisztériumok) és az új intézmények (pl. Egészségbiztosítási Önkormányzat) között a hatáskörök (hatalom) új megosztásának és az intézmények közötti koordináció (együttműködés) *folyamatainak a kiépítését*, a hatáskörök, döntéshozatali (érdekegyeztetési) folyamatok és ellenőrzési folyamatok megfelelő szintre helyezését és kiépítését. A sikeres működéshez *új szervezeti* (irányítási, döntéshozatali) *kultúra kialakulására*, ennek részeként a *döntések előkészítésében és meghozatalában részt vevő egyének mentalitásának* a változására is szükség lett volna. Mindezek nyilvánvalóan a kulcsszereplőknek – elsősorban a kormányzatnak – a hatalommegosztáson alapuló irányítás iránti elkötelezettségét, hosszú távú szemléletet, továbbá *szisztematikus intézmény-fejlesztő munkát igényeltek volna.*

Ezzel szemben az új intézmények szervezeti kereteinek a létrejötte után elmaradt vagy konfliktusos módon, ellentmondásosan indult el a hatáskörök, döntéshozatali folyamatok kialakítása, továbbá párhuzamosan *elindultak az új intézmények gyengítését, felszámolását célzó törekvések* is (elsősorban a kormány és az egészségbiztosítás új intézményeinek a viszonyát tekintve).

Az előbbiekben vázolt általános jellemzőket példázza az egészségbiztosítás önkormányzati igazgatása is. Az erre vonatkozó elképzelést (és 1991-ben a törvényt) a rendszerváltó, az állam hatásköreit visszaszorító törekvések hozták létre, de mire 1993-ban az Egészségbiztosítási Önkormányzat létrejött már kibontakozott egy ezzel ellentétes, a kormányzat szerepét általában erősíteni szándékozó politikai magatartás is. Az önálló Társadalombiztosítási Alap 1989-ben jött létre (addig a társadalombiztosítás bevételei és kiadásai nem különültek el az állami költségvetéstől). Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása 1990-től került át a társadalombiztosításhoz, az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatósághoz (OTF). Az OTF 1990 előtt csupán a pénzbeli társadalombiztosítási ellátások (nyugdíj, táppénz stb.) folyósítását látta el. Így sem szakemberek, sem kialakult működési szabályok nem álltak rendelkezésre az egészségügy finanszírozásának az átvételéhez. Az egészségügyi intézmények és az orvosok finanszírozásában 1993-ig nem történt változás, az OTF lényegében ugyanolyan módon finanszírozta tovább, mint korábban a Minisztérium. 1993-ig nem indult el a társadalombiztosításon belül a szakmai feltételek megteremtése és az információs rendszer fejlesztése. Ez a „kézivezérlés" és

ellenőrizetlen finanszírozás tipikus időszaka volt. Ehhez az is hozzájárult, hogy az OTF Egészségügyi Finanszírozási Főosztálya a SZEM volt pénzügyi bürokratáiból (korábban a Minisztérium hasonló funkciókat ellátó főosztályából) jött létre, teljes hatáskört kapva – azaz formailag is a Finanszírozási Főosztály vezetője és nem az OTF főigazgatója döntött alapvető fontosságú ügyekben. Ez azt is jelentette, hogy az új makrostruktúra létrehozásával egyidőben nem indult el az azzal konform szakmai struktúrák kiépítése, továbbá átöröklődtek a régi mikrostruktúra elemei (informális alkuk), így az új struktúrák kialakításával egyidőben megjelentek az új struktúrák ellen ható, azokat erodáló tényezők is.

Az Állami Számvevőszék 1991-ben közzétett jelentése szerint:

> *„…az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóságot minden tekintetben felkészületlenül érte az 1989. évi XLVIII. törvénnyel elrendelt feladatcsere az állami költségvetés és a Társadalombiztosítási Alap között (a családi pótlék, illetve a gyógyító-megelőző egészségügyi ellátás finanszírozására) (ÁSZ, 1991. 3). […] Az áttérésre a környezeti feltételek teljes hiánya mellett, erőltetetten került sor, ami az előkészítő munkát túlzott egyszerűsítésekre kényszerítette"* (ÁSZ, 1991. 7).

Az Egészségügyi Finanszírozási Főosztályról ugyanez a jelentés az alábbiakat állapította meg:

> *„A szervezeti egység hatásköre, döntési jogköre az OTF belső elhatározása folytán kizárólagos. A főosztály vezetője a Társadalombiztosítási Alap egészségügyi finanszírozás forrásául szolgáló pénzeszközök felhasználása felett korlátlan döntési, kötelezettségvállalási és utalványozási joggal rendelkezik. Itt nem törvényeken alapuló, egyértelműen szabályozott pénzbeli juttatások kifizetéséről van szó… (a vizsgálat) a közpénzek kezelésében elvárható gondosságot nem tapasztalta"* (ÁSZ, 1991. 36).

Az Országgyűlés 1991 végén elfogadta a társadalombiztosítás önkormányzati igazgatásáról szóló törvényt, de az önkormányzatok létrehozásának a módjáról (delegálás vagy választás) a szakszervezetek nem tudtak megállapodni. Így mind a nyugdíjbiztosítás, mind az egészségbiztosítás esetében 10 tagú felügyelő bizottság[159] jött létre – döntési jogkör nélkül, elsősorban a Társadalombiztosítási Főigazgatóság tevékenységét, a Nyugdíjbiztosítási és az Egészségbiztosítási Alap gazdálkodását ellenőrző szerepkörrel. A Társadalombiztosítási Főigazgatóságot 1993-ban, az

159 A felügyelő bizottságokba a parlamenti politikai pártok, a szakszervezetek, a munkáltatók, valamint a Pénzügy- és a Népjóléti Minisztérium delegáltak egy-egy főt.

önkormányzatok megalakulása előtt néhány héttel választotta ketté a kormány, létrehozva a Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságot és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat. Az Egészségbiztosítási Önkormányzatnak a szakszervezeteket képviselő tagjai országos önkormányzati választások révén szerezték a mandátumukat – így az Önkormányzat jelentős legitimitást kapott. Az Egészségbiztosítási Önkormányzat jogköre ellentmondásos volt: egyrészt nagyfokú önállósággal rendelkezett, csak törvény írhatott elő számára feladatot, a társadalombiztosításra vonatkozó kormányrendeletek esetében egyetértési joga volt, a felügyeletet a kormány gyakorolta (és nem minisztérium); ugyanakkor az Önkormányzatnak az egészségbiztosítás irányításával kapcsolatos feladatához a törvény nem rendelt direkt eszközrendszert – az összes érdemi kérdés az Országgyűlés vagy a kormány hatáskörében maradt (pl. járulékok mértéke, az egyes területekre fordított kiadások, a támogatott gyógyszerek körének, a biztosítás körébe tartozó szolgáltatásoknak a meghatározása, stb.); az Önkormányzat csak közreműködési jogosítványokkal rendelkezett. Ez a biztosítási ágat érintő jogszabályok kezdeményezését, illetve az ilyen tárgyú törvénytervezetek véleményezését, valamint a társadalombiztosítást érintő kormányrendeletekkel kapcsolatos egyetértési jog gyakorlását jelentette. Valójában eltúlzottak voltak az Önkormányzat önállóságára vonatkozó vélemények.

Az Egészségbiztosítási Önkormányzat és a Népjóléti Minisztérium között rögtön az Önkormányzat létrejötte után feszült kapcsolat alakult ki. Ez több tényezőnek volt betudható. Az előbb említett kormányzati szemléleti változáson kívül szerepet játszott az is, hogy az Egészségbiztosítási Önkormányzat túlpolitizált időszakban jött létre, amikor eleve feszült helyzetet teremtett, hogy az Önkormányzatban domináns szerepe alakult ki az MSZOSZ-nek, amely szövetségese volt az akkor ellenzéki helyzetben lévő MSZP-nek. Az Önkormányzat létrejöttekor a jogszabályok nem definiálták pontosan a kormány, Népjóléti Minisztérium, Pénzügyminisztérium és az Önkormányzat (illetve az OEP) közötti feladatmegosztást. A konfliktusok elsősorban a következő kérdések körül összpontosultak: az Önkormányzat és a PM szerepe a tb-költségvetés kialakításában, a parlamenthez való beterjesztés módja; az intézményekkel való szerződéskötésben milyen mértékű az OEP önállósága; a finanszírozási rendszer átalakítására vonatkozó koncepciók kidolgozása kinek (az OEP-nek vagy a Minisztériumnak) a feladata; a költségvetési garancia konkrét formája, a hiányok rendezése; a vagyonátadás mértéke, módja. A PM, NM és Egészségbiztosítási Önkormányzat közötti konfliktusok olyan csapdahelyzetbe vitték bele a szereplőket, aminek a fő jellemzője a kölcsönös egymásra mutogatás volt. Ez valójában rövid távon mindenkinek az érdekét szolgálta: a problémák megoldatlanságáért a legegyszerűbb volt a másik felet okolni. Ugyanakkor ellene hatott a mikrostruktúra változásának: annak, hogy a kooperáció attitűdje, kultúrája erősödjön.

5.4. Szolgáltatások finanszírozása

A finanszírozási rendszer nem csak az egészségügyre fordított pénzek „begyűjtésének" és „szétosztásának" a módja, hanem mindenekelőtt ösztönzőket létesít, működtet (vagy szüntet meg). A finanszírozási rendszer nem önmagában, nem légüres térben hat – egy adott finanszírozási módszer alapvetően különböző hatásokat tud kiváltani két különböző országban, mivel befolyásolják az adott ország sajátos társadalmi, kulturális viszonyai, tradíciói és az egészségügy korábbi működési mechanizmusai.

5.4.1. Koncepciók

A szolgáltatások finanszírozásának átalakítására az 1980-as évek végén megfogalmazott javaslatok középpontjában a következő kérdések álltak:

- A kötelező egészségbiztosításra való áttérés fontos eleme: az egészségbiztosító(k) vásárló szerepének, a biztosító(k) és a szolgáltatók közötti szerződéses viszonynak a kialakítása, a szelektív vásárlás[160] lehetőségének megteremtése.
- Az 1990 előtti inputfinanszírozás (éves költségvetés[161]) felváltása az outputhoz (a nyújtott szolgáltatásokhoz) kötődő teljesítmény-finanszírozási módszerekkel.
- A fejlesztések hatékony finanszírozásának kialakítása (beleértve az amortizáció fedezetének beépítését a szolgáltatási díjakba).

A teljesítményalapú, normatív finanszírozási módszerekben (elviekben) azonos teljesítményért azonos árat kapnak a szolgáltatók – így az intézmények bevétele a szolgáltatások mennyiségétől, bonyolultságától és minőségtől függ (továbbá a szolgáltatók működése átláthatóbbá válik). Azáltal, hogy a pénz a beteget követi (és nem a kapacitásokat) a teljesítmény-finanszírozási módszerek a szabályozott verseny megteremtésének fő eszközét jelentik, érdekeltté tehetik a szolgáltatókat

160 A szelektív vásárlás azt jelentette volna, hogy az OEP nem lett volna köteles minden állami intézménnyel minden általuk nyújtott ellátásra szerződést kötni, hanem lehetősége lett volna eldönteni, hogy bizonyos ellátást egy adott térségben melyik intézményektől vásárol.

161 Magyarországon 1993 előtt az intézmények költségvetését az előző éves költségvetésük, a várható infláció és az esetleges új kapacitások (pl. új részleg) költségei alapján állapították meg. Az éves költségvetés alapján történő finanszírozás alacsony hatékonysághoz vezet, mert alapvetően az intézmények költségeivel (a tevékenység inputjaival) van kapcsolatban és nem függ az elvégzett szolgáltatásoktól (azaz az outputtól).

a hatékonyságban. Ezek az elvek és potenciális lehetőségek azonban nem érvényesülnek automatikusan. Másrészt a teljesítmény-finanszírozási módszerek nemcsak pozitív, hanem káros ösztönzőket is generálhatnak (például felesleges szolgáltatások végzésére ösztönözhetik az orvosokat, intézményeket). A kötelező egészségbiztosításhoz kötődő elképzelések egyik lényeges eleme a szelektív vásárlás volt. A finanszírozó és szolgáltató szerepek szétválasztása következtében a vásárló (finanszírozó) és szolgáltató között szerződéses viszony alakult ki, ami *elvileg* lehetőséget adott az egészségbiztosításnak a mérlegelésre, hogy egy adott térségben egy adott szolgáltatást mely kórházaktól vásárolja meg (és esetleg mely kórházaknál szünteti be azok vásárlását). Továbbá *elvileg* lehetőséget adott a minőségi kritériumok és az ellenőrzés beépítésére a vásárló és a szolgáltató megállapodásába.

5.4.2. Tényleges folyamatok

Az 1990-es évek elején a magyar egészségügyben a teljesítményfinanszírozási módszerek bevezetése kapta a legnagyobb hangsúlyt, mint az erőforrások hatékonyabb elosztásának, a szabályozott verseny megteremtésének fő eszköze (Bordás, 1998). Az aktív fekvőbeteg-ellátásban – az amerikai DRG-módszer adaptálásával – bevezetett HBCS-finanszírozás alapegysége az eset (és nem az egyes beavatkozás).[162] A módszer a betegségeket (fekvőbeteg eseteket) szakmai tartalom és költségesség szempontjából homogén csoportokba sorolja és meghatározza az egyes csoportok költségességének egymáshoz viszonyított arányát, ún. súlyszámok alkalmazásával (a teljesítmény mértékegysége a súlyszám, ahol az átlagos költségigényű betegségcsoport súlyszámának az értéke: 1). A módszer másik alapeleme: az alapdíj (egy súlyszám forintértéke). Az OEP által a kórháznak havonta fizetett összeg a kórház által teljesített összes súlyszám és a súlyszám forintértéke alapján határozódott meg. A DRG-módszer pozitívuma, hogy a rendszer *elveiben* költség-hatékonysági és orvos-szakmai szempontból is „értelmes" teljesítmény-elv érvényesül: az a szolgáltató kap több pénzt, aki több és bonyolultabb esetet lát el. Továbbá az intézményt ösztönzi a költségek csökkentésére (ha az adott esetet kisebb ráfordítással látja el, akkor a megtakarítás az intézménynél marad).[163]

A teljesítmény-finanszírozási módszerek a szolgáltatókat a szolgáltatások mennyiségének a növelésére ösztönzik. Ugyanakkor az egészségügyi kormányzat

162 A krónikus fekvőbeteg ellátásban pedig az ápolási napok alapján történő finanszírozást vezették be.

163 Ezek az előnyök akkor tudnak érvényesülni, ha a súlyszám-arányok tükrözik a valóságos költség-arányokat, ami a rendszeres felülvizsgálatukat és korrekciójukat igényli.

fenn kívánta tartani a zárt költségvetést[164] – a kiadások korlátozása érdekében. A finanszírozási rendszer ezt a két (egymással ellentétes) törekvést úgy tudta összeegyeztetni, hogy összekapcsolta a szolgáltatások mennyiségét és az árát: ha nőtt a mennyiség, csökkentek az árak. Havonta állapították meg a súlyszám országos díját, azaz havonta ingadozott, hogy egy teljesítmény-egység hány forintot ért.[165] Az egészségügyi kormányzat továbbá úgy kívánta végrehajtani a változtatásokat, hogy azok ne generáljanak túl nagy elégedetlenséget. Másképp fogalmazva, a *finanszírozási rendszer átalakításában két ellentétes szempont ütközött össze*. Egyrészt a *hatékonysági megközelítés*: az intézmények tevékenysége és bevétele közötti összhang megteremtése (azonos teljesítményért azonos díjat nyújtó normatív finanszírozás). A másik szempont a *politikai biztonság szempontja*, azaz minél kisebb konfliktussal megúszni az elkerülhetetlen változásokat. Utóbbi megközelítés legfőbb érve az egészségügy működőképességének a fenntartása volt. Valójában a HBCS-finanszírozási módszer a bevezetésekor – az eredeti DRG-módszer lényegével ellentétben – nem közvetített azonos hatékonysági követelményeket az intézmények felé, mivel jelentős korrekciókkal (fékekkel) történt a bevezetése. Ezek közül a legfontosabb az volt, hogy átmeneti megoldásként nem országosan egységes alapdíjat (súlyszám forintértéket), hanem kórház-specifikus alapdíjakat[166] vezettek be (Ajkay et al., 1994). Ezáltal a múltbeli hatékonysági problémák intézményesültek az új rendszerben is. Jelentős pozitívum volt, hogy 1998-ra kivezették a kórház-specifikus alapdíjakat (az induláskor beépített rendszeridegen elemeket). 1998-ban megszűnt a HBCS-forintérték havi változása és a forintérték előre adott lett és egy tartalékalap szolgált az aktív fekvőbeteg-ellátás éves OEP-előirányzatának betartására.

A járóbeteg-szakellátásban a német egészségügyi rendszerből adaptált „pontrendszer" szerinti finanszírozást vezették be, amely az egyes beavatkozásokra állapít meg pontértékeket, amelyek *elvileg* az egyes beavatkozások közötti költség-arányokat

164 Azaz olyan megoldást találni, ami biztosítja, hogy a fekvőbeteg-ellátás kiadásai nem lépik túl az E. Alap éves költségvetési előirányzatát (az ún. fekvőbeteg-kasszát).

165 A finanszírozásnak ebben az elemében 1998 elején történt változás.

166 1993-ban egy súlyszám forintértéke minden kórházra külön-külön lett megállapítva, a kórház 1992. évi helyzete alapján. (A kórház 1993 első félévi átlagos havi bevételét osztották az 1992-es teljesítményével.) Így egy súlyszámnak annyi egyedi forint értéke (ún. alapdíja) lett, ahány kórház – azaz egy adott műtétre az egyik kórháznak pl. akár kétszer annyit fizetett az OEP, mint a másiknak. Ez a megoldás azokat a kórházakat honorálta, amelyek korábban alacsonyabb hatékonysággal dolgoztak (ugyanabból a költségvetésből kevesebb esetet láttak el), és azokat büntette, amelyek nagyobb kihasználtsággal, jobb hatékonysággal működtek. 1995-ben megszűnt az egyedi alapdíj és két szorzót vezettek be: a szakmai és intézményi szorzót – a finanszírozás alapját jelentő teljesítmény meghatározásakor először ezekkel korrigálták az intézmények által teljesített HBCS-súlyszámokat (az „OEP-terminológia" szerint „natúr" súlyszámokat). Ezeket a szorzókat 1998-ban törölték el.

tükrözik. A rendszer tehát a nagyobb outputra (több beavatkozásra) ösztönöz, ami a korábbi finanszírozási módszerhez (éves költségvetés) képest pozitív változást jelentett. Ugyanakkor ez a módszer – a DRG-módszerrel ellentétben – nem ösztönöz a hatékonyságra. Ugyanis egy adott betegség (egy adott eset) ellátása esetén a minél több (esetenként felesleges) beavatkozásra ösztönöz. Az egészségbiztosítás járóbeteg-kiadásainak egy hónapra jutó országos maximális összege azonban – a költségvetésben előirányzott járóbeteg-kiadások betartása érdekében – rögzített volt, így ha országos szinten nőtt a pontok mennyisége, akkor csökkent egy pont forintértéke.[167]

A szakmai struktúrák kiépítésének az elmaradása

A jólműködő teljesítményfinanszírozási módszerek folyamatos fejlesztést igényelnek. Mindenekelőtt a HBCS-finanszírozás esetében rendszeres kódkarbantartásra[168] lett volna szükség ahhoz, hogy a HBCS-súlyszámok arányai valóban tükrözzék a betegség(csoportok) ellátásának a költségarányait. Továbbá hatékony minőségbiztosítási és pénzügyi ellenőrzési rendszerek kiépítésére és folyamatos fejlesztésére is szükség lett volna (Dózsa, 2004). Ezek a napi rutinfeladatoktól elkülönült szervezeti kereteket és olyan szakembereket igényeltek volna, akiknek elsődleges feladata ez a fejlesztési tevékenység lett volna. Optimális esetben a teljesítmény-finanszírozási módszerek bevezetésével egyidőben megtörténik a minőségbiztosítási és pénzügyi ellenőrzési rendszerek kiépítése és alkalmazása. Az egészségügyi kormányzat azonban vagy nem ismerte fel ennek a fontosságát, vagy nem jutott energiája, kapacitása kiépíteni azokat az intézményeket, mechanizmusokat, amelyeknek a teljesítmény-finanszírozási rendszer folyamatos szakmai fejlesztése lett volna a fő funkciója. Sőt, a HBCS-modellkísérlet megvalósítását az 1980-as évek közepétől menedzselő önálló intézménynek, a GYÓGYINFOK[169]-nak az önállóságát is megszüntették és feladatait az OEP-be olvasztották. A HBCS-díjakba nem építették be az amortizáció fedezetét

167 Az 1993-as bevezetés még ennek a rendszernek és a bázisfinanszírozásnak a keveréke volt: 1993-ban részben megmaradt a bázisfinanszírozás, az intézmények megkapták az 1992. évi költségvetésük 70%-át és csak a kassza 30%-át (plusz 15%-ot, az 1993 évi növekményt) osztották el a „pontrendszer" szerint. Több átmeneti fázis után a 2000 áprilisában életbe lépett szabályozás rögzítette az egy teljesítménypont forintértékét és egy tartalékalap szolgált a havi ingadozások kiegyensúlyozására. Amikor a tartalékalap helyzete szükségessé tette, miniszteri rendelet módosította a pont forintértékét.

168 A kódkarbantartás a HBCS-kódok, súlyszámok és besorolási szabályok rendszeres frissítését jelenti. A költségarányok ugyanis változnak. Ahhoz, hogy a súlyszám-arányok igazodjanak a költségarányok változásához bizonyos periódusonként költségfelmérésre lett volna szükség, ami azonban elmaradt. Továbbá az új diagnosztikai és gyógyító eljárások sok esetben új HBCS-kategóriák kialakítását igénylik.

169 Gyógyító Ellátások Információs Központja

(a szolgáltatások tőkeköltségét). Ez azt jelentette, hogy továbbra sem épült be a rendszerbe ösztönzés a tőkejavakkal való hatékony gazdálkodásra. Továbbá a gyakorlatban nem indult el az OEP vásárló szerepének az erősítését szolgáló szerződéskötési feltételek kialakítása sem, hanem inkább az ellentétes irányba ható lépések történtek. Megtorpant a minőségügyi rendszernek a kiépítése is. Ezek a problémák a következő kormányzati periódusban váltak igazán láthatóvá, de az új finanszírozási módszerek bevezetésének a módjában, hiányosságaiban gyökereztek – ezért kapnak hangsúlyt ebben a fejezetben is.

5.5. A szolgáltatási szektor (intézményi, szolgáltatási struktúra)

5.5.1. Koncepciók

Az 1990-es évek elején készült egészségpolitikai koncepciók, kormányzati dokumentumok átfogó elképzeléseket, célokat tartalmaztak a szolgáltatási szektor intézményi jellemzőinek átalakítására.[170] A legfontosabbak a következők voltak:

- Az egészségügyi ellátás kórházcentrikusságának a csökkentése, a háziorvosi ellátás, járóbeteg-ellátás, házi ápolás szerepének növelése.
- Az elavult, szétaprózódott kórházhálózat modernizálása, a kórházi kapacitások csökkentése.
- A szolgáltató intézmények (kórházak, szakrendelők) tulajdonviszonyainak és működtetési formáinak átalakítása: az önálló gazdálkodást jobban lehetővé tevő, rugalmasabb intézményi formák (gazdasági társaság, alapítvány stb.) lehetővé tétele.
- Az orvosok számára (a közalkalmazotti státusz helyett választható) rugalmas foglalkoztatási formák bevezetése.
- Az intézményi menedzsment autonómiájának a növelése.
- Az inputokra vonatkozó szabályozás helyett az egészségügyi ellátás kimenetére/eredményére irányuló szabályozás erősítése. (A teljesítményfinanszírozás mellett a technológia-értékelés, a minőségbiztosítás intézményeinek kiépítése, szerepének növelése stb.)

A tényleges kormányzati cselekvés ebben a periódusban azonban leszűkült – a teljesítmény-finanszírozás mellett – a háziorvosi ellátás bevezetésére.

170 Ezek többsége már szintén szerepelt az 1980-as évek végén kidolgozott reformkoncepciókban.

5.5.2. A háziorvosi ellátás bevezetése

Az alapellátás (alapellátást nyújtó orvosok és szakdolgozók) szerepének az erősítése a nemzetközi színtéren is az egészségügyi reformok egyik fő célkitűzése volt. Azokban az országokban, ahol elkülönül az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás, ott az alapellátás jelenti az első találkozási pontot az ellátórendszerrel az egyének számára. Ideális esetben az alapellátás funkciói közé tartozik az egészségmegőrzés, betegségek megelőzése, akut probléma esetén a kompetenciájába tartozó esetekben a befejezett ellátás nyújtása, az azt meghaladó esetekben pedig a beteg útjának a menedzselése, krónikus betegségek egy része esetén a betegség gondozása. Az európai egészségügyi rendszerekben különböző szervezeti minták alakultak ki ezeknek a funkcióknak az ellátására.[171] Az 1980-as és 1990-es évek fordulóján nagy figyelmet kaptak a team-munka különböző formái: a csoportpraxis, az angol GP-fundholder rendszer, az amerikai HMO,[172] vagy az egészségügyi központok (amelyek nagy hagyománnyal rendelkeznek a skandináv országokban). Ezek a működési keretek nemcsak más finanszírozási formát jelentenek, hanem pozitívan befolyásolhatják az ellátás minőségét, mivel jobbak a feltételek a tapasztalatok megbeszélésére, a minőségbiztosítási módszerek alkalmazására, a betegutak menedzselésére, mint az egyedül dolgozó orvosok esetében. Ezek a szervezeti formák és a velük kapcsolatos tapasztalatok nálunk is ismertek voltak és figyelmet kaptak az 1980-as évek második felében zajló szakmai vitákban.

Magyarországon a fent említett szakmai követelményeknek az 1980-as években sem (és azóta sem) felelt meg az alapellátás. A körzeti orvosi ellátás nem töltött be „kapuőr szerepet". Ennek két összetevője volt. A körzeti orvosi ellátásban dominált a gyógyszerfelírás és beutalás; a betegek szükségtelenül nagy részét küldték tovább a szakellátásba. Másrészt a városokban a betegek egy jelentős része közvetlenül a szakorvosi ellátást kereste a problémájával. Magyarországon 1975-től 1992-ig a városokban integrált egészségügyi szervezetek működtek, ami azt jelentette, hogy az azonos tanácshoz tartozó kórház, szakorvosi járóbeteg-intézet és a körzeti

171 Az EU-országok egy részében (például Nagy-Britanniában, Hollandiában) a betegeknek először a *general practitioner*hez (GP, általános orvos) kell fordulniuk, azaz a GP-k kapuőr szerepet játszanak. Az országok másik csoportjában a betegek közvetlenül a szakorvosokhoz fordulhatnak; nincs kapuőr funkciót játszó GP (pl. Ausztria, Franciaország).

172 Az HMO *(Health Maintainance Organisation)* a (kockázati díjszabású) magánbiztosítás alternatívájaként jött létre az USA-ban. Az HMO-koncepció lényege: egyrészt az orvosokat érdekeltté kívánja tenni a páciensek egészségének a megőrzésében, másrészt abban, hogy a gyógyításban a minél kisebb költséggel járó megoldást válasszák. Az HMO-ba feliratkozó egyének (vagy munkáltatók) előre meghatározott, egyenlő mértékű fix díjat fizetnek az HMO-nak. (A részleteket tekintve az HMO-nak számos különböző konstrukciója alakult ki.)

orvosok egy szervezeti egységbe tartoztak a kórház igazgatójának irányítása alatt.[173] A körzeti orvosi ellátás azonban alárendelt helyzetben volt a források elosztásakor. Az 1990-es évek elején elvileg fennállt a lehetősége különböző kooperációs formák kialakításának. Ugyanis a csoportpraxis gondolata szerepelt az 1980-as évek végén született reformtervekben. Az akkori minisztérium Reformbizottságának alapellátási szakmai munkacsoportja három szervezeti forma egyidejű bevezetését javasolta: *„egyszemélyes rendelőben dolgozó (általában falusi) körzeti orvos, esetleg csatolt községgel; városi (nagyközségi) körzet-csoport, körzeti orvosi rendelőben; nagyközségi (esetleg városi, vagy több község közös fenntartásában működő) Egészségügyi Központ; esetleg HMO jelleggel"* (Szatmári,[174] 1988). A rendszerváltás utáni első években a Praktizáló Orvosok Szövetségének a megalakítása merült fel a tervekben. Ez a Magyar Orvosi Kamarától független szervezet lett volna. *„A Szövetség szerepe ott jelentkezne, hogy a praktizáló orvosok nevében ők kötnének szerződést a biztosítóval (Biztosítók Szövetségével)"*.[175] Ez a németországi finanszírozási modellhez hasonló modell lett volna. Azonban az egészségügyi adminisztrációban ezeknél a formáknál lényegesen jelentősebb volt a tradicionális formának, az egyedül dolgozó háziorvosi praxisnak a támogatottsága, amire a háziorvosi ellátás bevezetése épült.

A háziorvosi ellátás (1992. évi) létrehozásának[176] a célja az alapellátás szerepének, a háziorvosok által nyújtott megelőzés, befejezett ellátás és krónikus betegek gondozása szerepének a növelése, ezáltal a szolgáltatások költséghatékonyabb szerkezetének a kialakítása volt. Már az 1980-as években az egészségpolitika alapvető célkitűzése volt, hogy a betegek az állapotuk által igényelt szinten kapjanak ellátást, azaz a beteg-ellátás az aktív kórházi ellátásból az alapellátás, a járóbeteg-ellátás és az otthoni ápolás irányába tolódjon el. Az új rendszertől azt várták, hogy a háziorvos törekedni fog a hozzá tartozó egyének egészségi állapotának rendszeres ellenőrzésére, ezáltal a betegségek korai stádiumában való felismerésére, továbbá az egyének egészségmagatartásának (egészségkárosító szokásainak) befolyásolására. A másik

173 Az elmúlt évtizedek tapasztalatai birtokában visszatekintve: lehetséges, hogy az integrált szervezeti keretek felszámolása helyett a belső érdekeltségi viszonyok, működési folyamatok megváltoztatása vagy az újtípusú szervezeti formák bevezetése jobb teljesítményt nyújtó szolgáltatási szektort eredményezett volna az ellátás koordinációja és a minőségbiztosítás szempontjából Ezt az is tükrözi, hogy a súlyosbodó problémák (pl. az üres háziorvosi körzetek számának növekedése) a 2020-as évek elején kikényszerítették a csoportpraxis bevezetését.

174 „Az alapellátási reform-elképzelések összefoglalása" kézirat (1988. 11. 28).

175 Emlékeztető az 1991. június 17-én megtartott vezetői értekezletről.

176 A háziorvosi szolgálatot a 6/1992 (III. 31.) Népjóléti Miniszteri rendelet vezette be. A korábbi körzeti orvos elnevezés háziorvosra változott. Ugyanekkor vezették be a biztosítási kártyát, aminek a háziorvoshoz történő leadásával választottak háziorvost a biztosítottak.

cél – az angol háziorvosi rendszer mintájára – a háziorvosok hatékony „kapuőr funkciójának" a megteremtése volt. Ez azt jelenti, hogy a betegnek az egészségügyi rendszerrel való találkozásának első állomása („kapuja") a háziorvos és szükség esetén a háziorvos dönt a beteg továbbküldéséről, illetve segít a megfelelő szakorvos kiválasztásában. A várakozás az volt, hogy a háziorvos megválasztásának a lehetősége, kiegészítve a fejkvótán alapuló finanszírozással, továbbá a funkcionális privatizáció megteremti a feltételeket, az elégséges ösztönzést ezeknek a céloknak az elérésére.

1990-ben az önkormányzatok tulajdonába kerültek a korábban állami tulajdonban lévő, de a tanácsok által működtetett egészségügyi intézmények, beleértve a körzeti orvosi rendelőket is. Az önkormányzati törvény megfogalmazta a települési önkormányzatok ellátási felelősségét, ami a települési önkormányzatok feladatává tette az ellátás hozzáférhetőségének, feltételeinek a biztosítását (saját intézmény működtetésével, vagy más – állami vagy magán – intézménnyel kötött szerződésen keresztül). A háziorvosi szakma presztízsét több intézkedés is növelte. A szakorvosi képesítések közé bekerült a háziorvosi képesítés és az egyetemi oktatásban elkezdődött a megfelelő képzés.[177] A korábban az önkormányzatok (vagy az önkormányzati kórházak) alkalmazásában álló háziorvosoknak lehetőségük nyílt arra, hogy vállalkozóvá váljanak (vagy szellemi szabadfoglalkozású státuszban dolgozzanak), miközben a rendelő az önkormányzat tulajdonában maradt. (Ez a forma a funkcionális privatizáció elnevezést kapta.) Bizonyos feltételek mellett lehetőség volt háziorvosi praxis létesítésére az önkormányzattal való szerződés nélkül is. A funkcionális privatizáció folyamata viszonylag lassan indult: 1995 elején a háziorvosoknak kb. csak 44%-a volt privatizált háziorvos; ugyanakkor az 1990-es évek végén már túlnyomó többségük.

A betegellátás folyamataira (a betegek és az orvosok/egészségügyi intézmények törekvéseire, viselkedési mintáira) együttesen hatottak a háziorvosi rendszer és a teljesítmény-finanszírozás bevezetése által keletkeztetett új ösztönzők és a piaci folyamatok (magánszolgáltatások bővülése). Már 1993–94-ben mutatkoztak annak a jelei, hogy ezek részben egymás ellen is hatottak: egyrészt a háziorvosi ellátás pénzügyi ösztönzői gyengék voltak ahhoz, hogy a háziorvosok a korábbinál jobban törekedjenek a befejezett ellátásra, a kapuőri szerep erősítésére. Másrészt a kórházak esetében pedig az új finanszírozási módszereknek erős teljesítményfokozó hatása volt, aminek következtében a kórházi esetek száma növekedett (a várakozásoktól/kívánatostól eltérően). Azaz a reformlépések közötti összehangolás hiányának és a finanszírozási módszerek reformjának nem kívánt hatásaként tovább növekedett az egészségügy kórház-centrikussága, aminek csökkentése pedig a reform egyik alapvető célja volt.

177 A rendelet szerint a háziorvosi szakorvosi képesítést 1998-ig meg kellett szerezniük a háziorvosoknak.

5.5.3. Világbanki hitelprogram a szolgáltatási szektor modernizálására

Az egészségügyi reform finanszírozásában és szakmai támogatásában[178] jelentős szerepe volt az egészségügy reformjának támogatására 1993-ban felvett világbanki hitelnek.[179] A Világbank[180] fontos finanszírozói és tanácsadói szerepet játszott a rendszerváltás kezdeti éveiben. A gazdasági hitelek mellett Magyarország több területen is vett fel hitelt reformprogramok megvalósítására (pl. a felsőoktatás, kutatás stb.), köztük az egészségügy területén is. Ezeken a területeken a hitelfelvétel programokban való megállapodást, azok megvalósításának szakmai monitorozását és tanácsadókkal való segítését is jelentette.

Az *Egészségügyi Szolgáltatások és Menedzsment Projekt* nevet viselő hitelmegállapodás komplex, sok komponensből álló program volt. (A hitel összege 91 millió USD, a törlesztés futamideje 15 év volt.) Többek között magában foglalta az ÁNTSZ (mint modern népegészségügyi szervezet) kialakításának a támogatását az ÁNTSZ szakmai kapacitásainak a fejlesztésével; egészségfejlesztési és prevenciós programok finanszírozását (pl. iskolaegészségügyi program, dohányzás elleni program); a stroke-központok technológiai fejlesztését (diagnosztikai és műtéti berendezések beszerzését); a kórházi informatika fejlesztését és két oktatási intézmény létrehozását: a Debreceni Egyetem keretén belül a Népegészségügyi Iskolát és a Semmelweis Egyetem keretén belül az Egészségügyi Menedzserképző Központot. A hitelprogram megvalósítására a Népjóléti Minisztérium külön programirodát hozott létre (Világbanki Programiroda), ami az egyik államtitkár-helyettes felügyelete alatt, de a Minisztérium apparátusától elkülönülve, jelentős önállósággal – továbbá a Világbank szakértőivel együttműködve – menedzselte a programok megvalósítását. Ez azt jelentette, hogy a minisztérium napi feladataitól szervezetileg elkülönült a fejlesztési tevékenység, azaz volt olyan ágens (szervezeti egység), amelynek elsődleges feladatát, érdekeltségét képezte a program sikeres megvalósítása. A világbanki program 1996-os félidős értékelése után új komponens: a Regionális Modernizációs Program elindítására született megállapodás. (A 6. fejezet ezzel a programmal részletesebben is foglalkozik.)

178 A Világbank az egyes területeken – az adott ország szakértőinek bevonásával – szakmai elemzéseket is készített. Az 1990 és 1998 közötti időszakban az államháztartás egészére és egyes részterületeire irányuló reformoknak, átalakításnak, beleértve az egészségügyet átfogó és kritikus értékelését adta: *Public Finance Reform during the Transition* kötet (Bokros és Dethier, 1998).

179 *Health Services and Management Project* (LOAN NUMBER 3597 HU), https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentlist?qterm=P008484

180 Magyarország 1982-ben lett tagja a Világbanknak és a Nemzetközi Valutaalapnak (IMF). 1992-ben a Világbank Irodát hozott létre, ami egyrészt képviseleti irodaként, másrészt Kelet Európai Irodaként is működött és a gazdasági kérdések mellett az oktatás, egészségügy, és nyugdíjrendszer-korszerűsítéséhez nyújtott szakmai segítséget.

5.6. Az egészségügy piaci szektorának a kialakulása

Az egészségügy piaci szektora sokrétű: a termékek/szolgáltatások (gyógyszer, fogászati ellátás, önkéntes biztosítás stb.) és szolgáltatók (magánkórházak, egyedül dolgozó szakorvosok, üzleti biztosítók stb.) szerint eltérő kiterjedtséggel és jellemzőkkel bíró piacokból tevődik össze. Az 1990-es évek elején a magyar egészségügy piaci szektora két folyamat révén formálódott. A piacnak az állami szolgáltatásnyújtástól és/vagy finanszírozástól független szegmensének bővülése (ahol a szolgáltatásokat magánvállalkozások nyújtják és azokat az egyének vagy vállalkozások vásárolják). A másik folyamat a privatizáció. A privatizáció fogalmát széles értelemben használom: azt a folyamatot értem alatta, amikor az államnak az egészségügyben – a *szolgáltatás, a finanszírozás és a szabályozás* területén – korábban játszott szerepét részben vagy teljes mértékben átveszik a magánszervezetek /magánszemélyek. Például a finanszírozás privatizációjának az egyik formáját jelenti, amikor a gyógyszerek árának nagyobb hányadát fizetik a betegek, mint korábban. Meg kell különböztetnünk a magánszolgáltatást és a magánszolgáltatót. Egy szolgáltatást akkor nevezünk magánszolgáltatásnak, ha magánforrásból vásárolják (az egyén, a magánbiztosító vagy vállalat). A magánszolgáltatást nyújthatja közintézmény is (pl. számos országban a közkórházakban a szakorvos megválasztásáért fizetnie kell a betegnek). Ha a magánvállalkozás által nyújtott ellátást a kötelező biztosítás megfizeti (pl. művese ellátás) akkor az a szolgáltatás a közszolgáltatások kategóriájába tartozik (mivel közpénzekből finanszírozódik).

5.6.1. A gyógyszerpiac és gyógyszerellátás radikális átalakulása

1991-ben az importkorlátozások általános feloldásával radikálisan megváltozott a magyarországi gyógyszerpiac: egy csapásra szabad gyógyszerpiac keletkezett. Az árakat felszabadították és csak a kereskedelmi árrést maximalizálták. A piac liberalizálása egyidejűleg számos kedvező és kedvezőtlen hatással járt. Ugrásszerűen növekedett a gyógyszerkészítmények száma (választéka), ami lehetővé tette a jobb minőségű, hatásosabb készítmények alkalmazását a gyógyításban. A Gazdasági Versenyhivatal elemzése szerint 1990-ben csak 1223 gyógyszerkészítmény volt forgalomban, 1994-ben már 3449. 1990-ben az eladott gyógyszerek 74%-a, 1994-ben pedig már csak 53%-a származott hazai gyógyszergyártótól az árbevételt tekintve. (GVH, 2003). Az államszocialista egészségügyre jellemző hiány megszűnt a gyógyszerellátásban. Ugyanakkor a piac liberalizálásnak és a szabályozás problémáinak a negatív következményeként a drága gyógyszerek szükségtelen használatának a jelensége is kialakult. Az egészségügy egyetlen szereplője sem volt felkészülve a gyógyszerpiac

radikális átalakulására. A kormányzat és az OEP képtelen volt a költségek növekedésének a megfékezésére. A gyógyszerárak nagymértékű növekedése következtében az egészségbiztosítás gyógyszertámogatási kiadásai[181] minden évben jóval meghaladták a költségvetési előirányzatot, ami az E. Alap krónikus hiányának az egyik összetevőjévé, az egészségbiztosítás gazdálkodásának egyik alapvető problémájává vált. A gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz támogatás az egészségbiztosítás természetbeni kiadásainak 1993-ben a 29%-át tette ki. A lakosság gyógyszerkiadásai is ugrásszerűen növekedtek: 1993-ban (reálértéken számítva) 32%-kal meghaladták az 1991-es értéket (az OEP-támogatás 8%-kal növekedett). A gyógyszerek kiváltása a szegények és alacsonyabb jövedelmű idősek súlyos problémájává vált, amin a közgyógyellátás[182] 1991-ben történt bevezetése csak részben enyhített.

Sajátos módon informális (vagy szabályozatlan) szegmensek is kialakult a gyógyszerszektorban. Az egyik szegmens a gyógyszergyártók és az orvosok közötti kapcsolat volt – az orvoslátogatók közvetítésével. Az orvoslátogatók szakmai érvei mellé gyakran kisebb-nagyobb ajándékok és juttatások társultak. Jellemző – legális, de szabályozatlan – példa volt a külföldi konferenciákon való részvétel támogatása. A kórházakkal kötött szerződésekhez is gyakran társultak informális megállapodások az árkedvezményekről, továbbá a kórházi vezetőknek juttatott „kedvezmények" is.

5.6.2. Privatizáció az egészségügyi szolgáltatói szektorban

A rendszerváltozás által az egészségügyben előidézett változások közül az egyik legfontosabb az egészségügy piaci szektorának az intézményesülése volt: a magánszolgáltatói szektor és ezáltal a magánszolgáltatások piacának a kialakulása és jelentős térnyerése, továbbá a magánfinanszírozás szerepének a növekedése. Ebben a kormányzati periódusban a privatizációs folyamatoknak az elindulása történt – amit egyaránt ösztönöztek és befolyásoltak a kormányzati lépések és a piaci szereplők törekvései is. Az 1980-as évek végén, 1990-es évek elején a privatizációt javasló, illetve a privatizációs lépéseket indokoló koncepciókban – a külföldi országokban és nálunk

181 A gyógyszerpiac eltérő szabályozás alapján működő szegmensei: az egészségügyi intézmények és a gyártók / nagykereskedők közötti adás-vétel; és a járóbeteg-ellátásban a gyógyszertárakban a betegek által történő vásárlása. A járóbeteg-ellátásban tb-támogatásban részesülő gyógyszereknek (és gyógyászati segédeszközöknek) jogszabályban szabályozott eljárás keretében ún. tb-támogatás alapjául szolgáló árat állapítanak meg.

182 A közgyógyellátás szociális juttatás, amely a jövedelmi helyzetük alapján rászorulóknak a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és az orvosi rehabilitáció céljából igénybe vehető gyógyfürdő ellátások betegek által fizetendő térítési díjához nyújt hozzájárulást.

is – általában három indok állt a középpontban: *a hatékonyság és minőség növelése* (beleértve a páciensek elvárásainak való jobb megfelelést)*, a tőkebevonás és az ideológiai érvek* (Ranade, 1998). Ez utóbbiak szerint a magánszolgáltatók *ab ovo* hatékonyabban működnek és jobb minőséget nyújtanak, mint az állami intézmények.[183]

Kormányzati koncepciók az 1990-es évek elején

A privatizációra vonatkozó kormányzati koncepciók jelentően változtak az 1990-es évtized első éveiben. 1990-ben a kormányzat még nem látott lényeges különbséget a gazdaság és az egészségügy között: „*a gazdasági privatizációval együtt elkezdjük a privatizációt az egészségügyben*" – állt a Nemzeti Megújhodás programjában. A privatizáció azonban nem indult el 1990-ben. 1992 őszére pedig alapjában átalakult a privatizációra vonatkozó koncepció[184] – a háziorvosi ellátást kivéve – már az új magánintézmények támogatására szűkült le: „*Az egészségügyi kormányzat törekszik a privatizáció, a sokszínűség, a szektorsemlegesség támogatására... A privatizáció azonban az egészségügy területén (a gyógyszertárakat kivéve) nem elsősorban a már meglévő állami, önkormányzati tulajdon eladását, magántulajdonba kerülését jelenti. A magántulajdon megjelenését csupán az új belépő intézményeknél preferálja*" (*Az egészségügy átalakításának feladatai* című kormányzati dokumentum, 1992).

Tényleges folyamatok

A szolgáltatások magánszektorát tekintve a következő folyamatok indultak el:

- Az *egészségügyi vállalkozások* kialakulása a korábban önkormányzati irányítás alatt álló szolgálatok funkcionális privatizációja révén: elsősorban a háziorvosi ellátásban, de kisebb mértékben a járóbeteg-szakellátásban. Ez utóbbi esetében a szakorvosi rendelő az önkormányzat tulajdonában maradt, a működtetését pedig kiszerződte magánvállalkozásnak. Ezekben az esetekben a szolgáltatásokat továbbra is az OEP finanszírozta: azaz közszolgáltatások maradtak, amelyeket magánszolgáltatók nyújtottak.
- Új egészségügyi szolgáltatók, magánvállalkozások létesítése. Ez a szektor nagyon eltérő szereplőkből állt: az egyedül dolgozó szakorvostól a hazai és külföldi befektetők által a technológiaigényes területeken (művese-ellátás, képalkotó diagnosztika stb.) működtetett intézményekig.

183 Ez a kérdés nemzetközi szakirodalomnak az elmúlt évtizedekben is az egyik széles körben vitatott kérdése volt.

184 Nyilvánvalóvá vált, hogy sem gazdasági, sem politikai realitása nem volt az egészségügyi intézmények széles körű privatizációjának. Továbbá, hogy az egészségügyi rendszer általános céljainak szempontjából nézve sem lett volna célszerű lépés.

- Elindult a korábban állami/önkormányzati tulajdonban lévő gyógyszertárak privatizációja (ami 1997-ig szinte teljes mértékben végbement).
- A közkórházak és a magánvállalkozások között *spontán módon* – a gazdasági törvények által lehetővé tett keretek között – *sokoldalú kapcsolatrendszer* kezdett kialakulni – részben a kórházak kiegészítő tevékenységeinek (pl. takarítás stb.) kiszerződésével, részben egyes gyógyító tevékenységek, részlegek „kiszerződésével."[185]

Sajátos módon a magánszolgáltatások piacán informális szegmensek is kialakultak: az egyedül dolgozó szakorvosok esetében megjelent (illetve az államszocialista időszakból fennmaradt) az a jelenség, hogy nem adtak számlát az általuk nyújtott szolgáltatások egy részéről (amivel csökkentették az adóköteles jövedelmüket).

Az 1990-es évek elején a „szektorsemleges finanszírozás" a kormányzati dokumentumokban hangoztatott cél volt – általános elvként azt jelentette, hogy ugyanazért a szolgáltatásért az egészségbiztosítás a magánvállalkozásoknak és az önkormányzati (vagy állami) tulajdonban lévő intézményeknek is azonos árat fizet (vagyis a magánvállalkozások is részesülhetnek a társadalombiztosítási finanszírozásból). Amikor a gyakorlatban el kellett kezdeni a megvalósítást, kiderült, hogy a szektorsemleges finanszírozás konkrét tartalma, megvalósításának a módja nem egyértelmű. Az egyik értelmezés szerint (és az induló vállalkozások nyilvánvalóan úgy is értelmezték) minden működési engedéllyel rendelkező egészségügyi vállalkozásra kiterjedt volna, azaz az OEP bármely szolgáltatónak (akit a páciens választ) az adott szolgáltatásért kifizette volna ugyanazt az árat (azaz az OEP nem szelektált volna a szolgáltatók között). Ezek az elképzelések nyilvánvalóan nem voltak összhangban a gazdasági realitásokkal. Feszültség keletkezett a már meglévő túlméretezett egészségügyi kapacitások és a magánvállalkozások ösztönzése, a privatizáció között. A pénzügyi erőforrások szűkössége és hatékonyabb felhasználása is a kapacitások szűkítését igényelte volna (sokan ezt várták a teljesítményfinanszírozástól is). Ezzel szemben a magánvállalkozások ösztönzése a kapacitások bővítését eredményezte. Elsősorban a finanszírozási források beszűkülése következtében a szektorsemleges finanszírozásnak egy erősen korlátozott változata valósult meg: feltétele volt, hogy az OEP-szerződést kössön a magánvállalkozással. Az OEP pedig csak a magánvállalkozások egy szűk körével és elsősorban csak néhány speciális (az egészségügyi ellátásba modern technológiát behozó) területen (pl. a művese ellátás és a CT-, MRI-vizsgálatok) kötött finanszírozási szerződést – meglehetősen szabályozatlan viszonyok között, mind a szolgáltatók kiválasztását, mind az árak megállapítását tekintve.

185 Például ügyeleti tevékenységet vagy képalkotó diagnosztikai tevékenységet a kórház saját dolgozói által létesített vállalkozásoknak szerződött ki.

A magánszolgáltatók által nyújtott közszolgáltatások

Az egészségügyi technológia modernizációját több területen az előbb említett konstrukció tette lehetővé: az, hogy a magánszolgáltatók által nyújtott szolgáltatásokat finanszírozta az egészségbiztosítás. A műveseellátás és a nagyértékű képalkotó diagnosztika (CT, MRI) területén a magánvállalkozások létrejöttét (tőkebefektetését) – a vállalkozók törekvései mellett – az állami egészségügy technológiai lemaradása és az állami (önkormányzati) szektor tőkehiánya is ösztönözte, másrészt a piacra lépést az tette a vállalkozások számára kifizetődővé, hogy ezeken a területeken (az általánosan alacsony OEP-költségvetésen belül) elkülönített kasszákat alakított ki az OEP (művesekezelés, CT- és MRI-kassza). Ezeken a kasszákon belül alkalmazott díjak biztosították az ellátás jövedelmezőségét. Az első szerződéseket 1991–92-ben kötötte meg az OTF (az OEP elődje) magánvállalkozásokkal a műveseellátás területén. Ebben az időben meglehetősen ellenőrizetlen volt az OTF ezirányú tevékenysége – tág teret hagyva a magánvállalkozások befolyásának.[186] Megjelent és spontán módon terjedt az a gyakorlat is, hogy a magánvállalkozások a kórházakkal kötöttek szerződést, és a kórházak vásároltak szolgáltatást tőlük (pl. CT-, MRI-vizsgálatokat). A privatizációs folyamat spontán jellegét és a kormányzati koncepció hiányát, bizonytalanságait jól szemlélteti az Állami Számvevőszéknek az 1994. évi zárszámadásról adott jelentése: „*A ma még inkább csak »spontán« egészségügyi privatizáció kívánatos irányáról, mértékéről, formájáról inkább általános megfogalmazások ismeretesek. A végrehajtás módjának, ütemének, jogi és pénzügyi feltételeinek meghatározására, az orvos szakma szerepének és a (kötelező biztosítás rendszerében) a biztosított állampolgárok helyzetének tisztázására – a privatizációban – mindeddig nem került sor*" (ÁSZ, 1996. 33).

5.6.3. Privatizáció a finanszírozás területén

A finanszírozás területén jelentősen bővült a magánfinanszírozás szerepe, a következő folyamatok révén (Orosz, 2001):

- A magánszolgáltatásokat növekvő mértékben vették igénybe a társadalom jobb anyagi helyzetű csoportjai. Ezeknek az árát túlnyomórészt közvetlenül („zsebből") fizették, az önkéntes biztosítás szerepe csekély volt.
- A gyógyszerek esetében a gyógyszerárak növekedésének és a tb-támogatás szintjének a csökkenése következtében jelentősen növekedtek a lakosság közvetlen kifizetései. Jelentősen bővült az egészségbiztosítás által nem támogatott gyógyszerek és gyógyhatású készítmények fogyasztása is.

186 Jól jellemzi az 1990-es évek elejét, hogy 1994 közepéig a művese ellátásért a magánszolgáltatóknak magasabb árat fizetett az OEP, mint az önkormányzati tulajdonban lévő kórházaknak.

- 1993-tól elindult az önkéntes egészségpénztárak létrehozása – elsősorban nagyobb munkáltatók vásároltak biztosítást a munkavállalóiknak, vagy létesítettek egészségpénztárat.
- Megjelent az üzleti biztosítás is (az életbiztosításhoz kapcsolt kiegészítő elemként, mint összegbiztosítás).
- A hálapénz jelensége/szerepe fennmaradt.

A magánfinanszírozás döntő többségét a háztartások közvetlen kifizetései *(out-of-pocket payment)* tették ki, az önkéntes biztosítás szerepe ebben az időszakban minimális volt.

Ha el is tekintenénk az 1990 előtt létező magánpraxistól, akkor is hiba lenne az 1990-es évtizedben zajló átalakulást úgy értelmezni, mint átmenetet az egyszektorú állami egészségügyből az állami és piaci szektorokból álló többszektorú egészségügybe. Ahogy arról az előző fejezetekben már szó volt, az államszocialista időszakban a magyar egészségügy meghatározó jellemzője és egyik legsúlyosabb problémája volt a duális struktúra: a hivatalos állami egészségügy mellett és intézményrendszerén belül létezett a féllegális, a hálapénzen alapuló magánszektor, és az egészségügy működését a hivatalos és féllegális szektor eltérő és gyakran egymásnak ellentmondó, egymás hatásait keresztező szabályai és ösztönzői befolyásolták. Az egészségügyi dolgozók és a betegek közötti viszonyt az esetek jelentős hányadában a hálapénz szabályozta. Az átmenet sajátos vonása volt, hogy a legális piaci szektor kiépülése mellett fennmaradt a hálapénz által működtetett informális piac, sőt az ellátás egyes területein újabb informális szegmensek is keletkeztek.

5.7. Mérleg

Az időszak domináns jellemzői a kormányzat struktúra-alakító intézkedései és a piaci folyamatok kibontakozása voltak. Az 1989-1993 közötti időszakban elindult az egészségügyi rendszer makrostruktúrájának az átalakulása és kialakultak a 2010-ig fennálló struktúra fő összetevői: a kötelező egészségbiztosítás (jelentős autonómiával rendelkező finanszírozó), ezáltal a finanszírozó és a szolgáltató szerepek szétválasztása; a vegyes tulajdoni viszonyok (magánvállalkozások lehetősége az egészségügyben); a háziorvosi rendszer; a szolgáltatók (kórházak, rendelők stb.) közötti versenyt célzó új teljesítmény-finanszírozási módszerek; az önkéntes kiegészítő egészségbiztosítás különböző formái (önkéntes pénztárak és üzleti biztosítók által kínált konstrukciók); továbbá a betegjogok intézményesítése.

Az egészségbiztosítás intézményeinek a létrehozásával és az egészségügyi intézmények önkormányzati tulajdonba kerülésével elindult a centralizált, központi kormányzati utasításokon alapuló irányítás helyett a többszereplős egészségügyi rendszer kialakítása, a *döntéshozatalnak (hatalomnak) és felelősségnek az egészségügy szereplői közötti megosztása*. Összességében, az 1990-es évek elején végbement változások adekvát módon reagáltak az egészségügyi rendszer problémáira, az egészségügy sajátosságainak megfelelő modellen alapultak, tényleges reformfolyamat *elindulását* jelentették. Az új makroszintű intézményi keretek (a változások alapelvei és iránya) összhangban álltak a nyugat-európai egészségügyi rendszereknek és reformtörekvéseknek az általános jellemzőivel (Ham, 1990).

Ugyanakkor az új intézmények kialakítása konfliktusos módon, ellentmondásosan indult el; mire 1993-ban létrejött az Egészségbiztosítási Önkormányzat, már elkezdődött az önkormányzati irányítás koncepciójának az átértékelése, *elindultak az új intézmények gyengítését, felszámolását célzó törekvések* is. A tényleges folyamatokat a Pénzügyminisztérium, Népjóléti Minisztérium és az Egészségbiztosítási Önkormányzat elnöksége (és az OEP vezetése) közötti konfliktusok, a problémák megoldásának a közös keresése helyett az „egymásra-mutogatás" jellemezték. Az irányítási modell-váltás szilárd elkötelezettséget igényelt volna a kormányzat, a bürokrata-elit részéről, továbbá a szervezetfejlesztésre (az új irányítási modell részleteire, működésére) vonatkozó konkrét, megvalósítható terveket és megfelelő szakigazgatási kapacitásokat (szakembereket) a megvalósításra. Ezek a feltételek azonban jelentős mértékben hiányoztak.[187] Az egészségügyi adminisztráció (mind a Minisztérium, mind az OEP) mindig is megosztott volt a teljesítmény-finanszírozással, a piaci típusú ösztönzők alkalmazásával kapcsolatban is.

Egy jólműködő egészségügyi rendszer kialakulásához nyilvánvalóan nem elégséges a makrostruktúra átalakítása. A makro-struktúrában bekövetkezett változások szükségszerűen nem hozhattak egy-két év alatt látványos, gyors javulást az egészségügyi rendszer működésének alapvető problémáiban: az ellátás elérhetőségével, minőségével és hatékonyságával, az orvos-beteg kapcsolattal, a hálapénzzel, a fogyasztói igények kielégítésével kapcsolatos problémákban. Ahhoz, hogy a problémák érzékelhetően csökkenjenek, az ellátás társadalmi méretekben érzékelhetően

187 A bürokrata-elit (az államigazgatás magasabb pozícióban dolgozók és/vagy tényleges befolyással bíró személyek) mindig is megosztott volt az irányítási rendszer koncepcióját tekintve. A kormányzat egészét (nem csak az egészségügyi kormányzatot) tekintve, jelentős volt azoknak a súlya, akik hatékonyabbnak tekintették a központi kormányzati döntéseken alapuló irányítást, mint a többszereplős egészségügyi rendszeren belüli érdekegyeztetést. A bürokrata-elit egy részének az attitűdje, a gazdasági nehézségek és az Önkormányzat kezdeti működési problémái mind hozzájárultak ahhoz, hogy a létrejöttükkel párhuzamosan elindult az új intézmények eróziója.

javuljon egyrészt a közkiadások növelésére, másrészt a szakmai struktúrák kiépítésére, a mikrostruktúra – hosszabb időt igénylő – átalakulására és ezek érdekében szervezeti innovációk sorozatára is szükség lett volna. Ugyanakkor a változásokkal (biztosítási rendszerre való áttéréssel és a teljesítményfinanszírozással) szükségszerűen együtt járó mellékhatások, feszültségek rögtön jelentkeztek.[188] A mellékhatások és a lehetséges pozitívumok jelentkezésének időtávja közötti diszkrepacnia jelentős bizonytalanságot is előidézett a reformlépések sikerességére vonatkozóan. Ehhez hozzájárult, hogy elmaradt a reformlépések megvalósításának a monitorozása, értékelése, továbbá az ezeken alapuló folyamatos korrekcióra való törekvés sem érvényesült.

A reform további sorsa szempontjából alapvető problémát jelentett, hogy a makrostruktúra változásával együtt, egyidőben nem indult el az alapvető szakmai struktúrák és ezekhez kapcsolódó működési mechanizmusok szisztematikus kiépítése: nem indultak el (vagy nagyon részlegesek, esetlegesek voltak) a munkálatok a minőségbiztosítási rendszereknek, az OEP (szolgáltatókra irányuló) pénzügyi ellenőrzési rendszerének, a technológia-értékelésnek, megfelelő információs rendszereknek (ezek adekvát intézményeinek) a kiépítésére, továbbá az amortizáció beépítésére a szolgáltatási díjakba stb. Ehhez – a forráshiány és a szakmai kapacitások korlátai mellett – hozzájárult az is, hogy az 1990-es évtized elején egy olyan reform iránti igény/vágy, a reformnak egy olyan értelmezése volt az uralkodó, amely szerint egy szépen kidolgozott, logikus reformkoncepció „huszáros rohammal való" végrehajtása az egészségügy „fekete" állapotát egy csapásra „fehérre" változtathatja. Kevesen értették meg, hogy a valóságban mélyreható változásokhoz – a makrostruktúra változtatása mellett – inkrementális jellegű reformokra (hosszabb időszakon át tartó „kis lépések" sorozatára), továbbá az ezeket menedzselő ágensekre is szükség lett volna (Orosz, 2001). Mindezek hozzájárultak ahhoz, hogy a mikrostruktúrának (az egészségügy szereplőinek magatartásának, egymás közötti viszonyának) számos – az államszocialista rendszerben kialakult – jellemzőjében nem indultak el lényegi változások (pl. fennmaradtak az informális alkuk, hálapénz, kórházakon belüli „feudális" hierarchia stb.). Ennek okai nyilvánvalóan túlmutattak az egészségügyön.

Nyilvánvaló, hogy a megfelelő szakmai struktúrák és ezekhez kapcsolódó működési mechanizmusok kiépítése hosszabb időszakot igényelt volna. Az előzőekben

188 A gazdaság transzformációs válságának, a szürke gazdaság növekedésének (a tb-járulék-fizetés nagyarányú elkerülésének), a gyógyszerpiac liberalizálásának, továbbá az egészségügyi rendszer átalakítása mellékhatásainak a következményeként már ebben a kormányzati periódusban megjelent az a két – egymással összefüggő – jelenség, amelyek élesen tükrözték a forrásteremtés és a forrásallokáció problémáit, továbbá az egészségügy „örökzöld" kérdéseivé váltak: nevezetesen az Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) krónikus hiánya és a kórházi adósság máig fennmaradt krónikus problémája. Ezekkel a kérdésekkel a következő fejezet foglalkozik részletesebben.

írtak mutatják, hogy a kormányzat rövid idő alatt jelentős változtatásokat valósított meg a makrostruktúrában, így egyrészt érthető, hogy a szakmai struktúrákra és ezekhez kapcsolódó működési mechanizmusokra már nem jutott elégséges figyelme, kapacitása. Másrészt ebben az időszakban gyökerezett az egészségügyi reformnak az – a következő kormányzati ciklusokban egyre inkább manifesztálódó – ellentmondása, hogy a makrostruktúra változása nem párosult a szakmai struktúra és mikrostruktúra változásával. Ami reálisan ennek az időszak kormányzatának a rovására írható, az a szakmai struktúrák fontosságának a meg nem értése, továbbá az arra vonatkozó koncepció kidolgozása, hogy milyen szakmai struktúrákat (intézményeket, szabályozási eszközöket és információs rendszereket) kellett volna kiépíteni ahhoz, hogy eredményesen tudjanak működni a makrostruktúra új elemei (az egészségbiztosítás, a háziorvosi rendszer stb.). Ugyanakkor azt is hangsúlyozom, hogy a következő kormányzati időszakokban ez a probléma korrigálható lett volna. A következő fejezetekben látni fogjuk, hogy ez azonban nem következett be.

Az időszak meghatározó jellemzője volt az egészségügy piaci szektorának intézményesülése, a magánszektor szerepének növekedése a finanszírozásban és a szolgáltatásban. Összefoglalóan megállapítható, hogy a privatizációs folyamatot elsősorban a magánvállalkozások törekvései alakították, a kormányzat lényegében utólag reagált a piaci folyamatokra.

A rendszerváltás első éveiben tovább folytatódott a népesség egészségi állapotának a romlása.[189] A várható élettartam csökkenése 1993-ban érte el a mélypontját. A kormányzati ciklus négy éve alatt azonban nem kapott tényleges figyelmet a népesség egészségi állapota, a modern népegészségügyi rendszer[190] kiépítése. Ezt tükrözi az a tény is, hogy csak a kormányzati ciklus végére készült el a kormánynak – a tényleges kormányzati döntéseket akkor és utána se befolyásoló – egészségmegőrzési programja („1030/1994 [IV.29.] Korm. határozata a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről"). Az előző fejezetekben már vázolt tényezők következtében nem került az egészségpolitika napirendjére a hálapénz megszüntetésének a kérdése sem.

Az időszak nem csak a reformlépések, hanem a reformviták időszaka is volt. A kormányzati periódusban széles körű szakmai viták folytak a finanszírozási és a szolgáltatási rendszer további átalakításának a kérdéseiről. Az eltérő szakmai koncepciók sokszor átszelték a politikai pártokat. Ezek a viták egyrészt tükrözték,

189 A régóta tartó romló trend okaihoz még hozzáadódtak a drasztikus hirtelenséggel bekövetkezett gazdasági visszaesésnek a társadalmi hatásai (munkanélküliség, létbizonytalanság stb.)

190 A modern népegészségügyi rendszer alapvető jellemzője, hogy az egészségi állapotot befolyásoló gazdasági és társadalmi tényezőknek a befolyásolására (azaz multiszektorális beavatkozásra) is törekszik, az egyének egészségmagatartásának a befolyásolása, a betegségek korai felismerése (szűrőprogramok) mellett.

hogy a reformnak csak az elindulása történt meg, ami számos kérdést nyitva hagyott, másrészt ösztönzően hatottak a megoldások keresésére. A szakmai viták középpontjában elsősorban a következő – részben már az 1980-as évek reformvitáiban is jelen lévő – kérdések álltak:[191]

- Milyen szerepet játsszon a közfinanszírozás és a magánfinanszírozás a magyar egészségügy finanszírozásában? Magas-e a közfinanszírozás aránya?
- Szükséges-e és ha igen, milyen módon a társadalombiztosítás szolgáltatási csomagjának a szűkítése? Másképp fogalmazva: a szolgáltatások milyen köre finanszírozódjon a szolidaritási elv és milyen köre az egyének fizetőképessége alapján?
- A társadalombiztosításba tartozó szolgáltatások költségeit milyen mértékben célszerű megosztani a kötelező biztosítás (közfinanszírozás) és az egyén (magánfinanszírozás között)? Másképp fogalmazva: célszerű lenne-e bevezetni a térítési díjakat?
- Milyen szerepet játsszanak az adók és járulékok a társadalombiztosítás forrásainak a megteremtésében?
- Hosszú távon is fenntartandó-e/fenntartható-e a nemzeti kockázatközösség (egységes, országos egészségbiztosítási alap)? Ha nem, akkor a kötelező biztosításban résztvő egyének milyen módon szerveződjenek kockázatközösségekbe? Másképp fogalmazva: milyen változások szükségesek a biztosítás intézményi struktúrájában?
- A szolgáltatási szektor (különösen a kórházi szektor) átalakításában, modernizációjában milyen szerepe célszerű az adminisztratív eszközöknek és a finanszírozási ösztönzőknek?
- Az egészségügyi intézmények működésének, az orvosok tevékenységének melyek a kívánatos gazdasági formái?
- Mi lenne a magánszolgáltatók optimális szerepe a magyar egészségügyben?

Az 1994-es év elején ezek a kérdések közül sok megjelent a politikai pártok egészségügyi programjaiban is. A várakozás, törekvés egyértelműen a reformok folytatódása volt.

191 A következő fejezetekben látni fogjuk, hogy ezek a kérdések vissza-visszatérő kérdései voltak az egyes kormányzati ciklusoknak.

6. Az átfogó reform (folytatása) helyett tűzoltás (1994–98)

6.1. Gazdasági és politikai feltételek

Az 1994-ben hatalomra jutott MSZP-SZDSZ kormányzat rendkívül nehéz gazdasági helyzettel találta szembe magát. Az államháztartás hiánya a GDP 8,4%ára növekedett, a nemzetközi pénzpiacok bizalma megingott. A gazdaságpolitika középpontjában az egyensúly helyreállítása, a költségvetési hiány csökkentése, ennek érdekében minden területen a közkiadások csökkentése állt. Az időszak gazdasági és politikai arculatát a „Bokros-csomag" intézkedései és az azt övező viták dominálták. Bokros Lajos (pénzügyminiszter) eredeti 25 pontos programja a gazdasági stabilizációs lépések (vámpótlék, forint leértékelése és a csúszó leértékelés bevezetése) mellett radikális reformokat irányzott elő az egész jóléti szférában (beleértve az egészségügyet is) és a felsőoktatásban. A kormányzaton belül éles viták alakultak ki a Pénzügyminisztérium és a Népjóléti Minisztérium (NM) között, aminek következményeként 1995 március elején, a „Bokros-csomag" fő irányainak a kormány általi bejelentésekor az akkori egészségügyi miniszter lemondott.[192] A júniusban elfogadott gazdasági stabilizációs törvénynek – a kormányon belüli viták kompromisszumaként született – intézkedései lényegesen mérsékeltebbek voltak a PM eredeti elképzeléseinél. (Még így is az Alkotmánybíróság a 1995. évi XLVIII. törvény számos elemét eltörölte.) A Bokros-csomagnak 1997-re sikerült az államháztartás hiányát a GDP 4,8%-ra lefaragnia és növekedési pályára állítania a gazdaságot. Azonban Bokros Lajosnak a jóléti szektor reformjára vonatkozó radikális reformelképzelései jelentősen akadályozták a kormányzat gazdasági intézkedései eredményeinek a közvélemény általi elismerését is. Ezek az elképzelések

192 Az egészségügyi miniszterek és államtitkárok nem szerepelnek név szerint a kötetben. Ennek egyik indoka, hogy a könyv a figyelmet az egészségügyi kormányzás – elsősorban az egészségügyön kívüli strukturális tényezők által meghatározott – jellemzőire (és nem az egyes személyekre) igyekezett irányítani. A másik indok pedig az, hogy az egyes időszakok bemutatásakor kiemelt események nem biztos, hogy az adott miniszter tevékenysége egészének az értékelését megfelelően tükröznék. (A Wikipedián elérhető a nevekre vonatkozó információ a „Magyarország egészségügyi minisztereinek listája" és az "Orbán-kormány" címek alatt.)

nem vették figyelembe a társadalomnak a transzformációs válság sokkja miatti kiábrándultságát (Ferge, 1994; Róbert, 1996), a közhangulatot – azt, hogy nem volt elégséges fogadókészség a radikális jóléti reformok iránt.

Az egészségügy pénzügyi feltételei

A gazdasági konszolidáció, a közkiadások csökkentésére irányuló törekvés drasztikusan érintette az Egészségbiztosítási Alap bevételi és kiadási oldalát is. Az E. Alap kiadásainak az egészségügyi ellátás (természetbeni ellátások) finanszírozása mellett a másik fő komponensét a pénzbeli ellátások (táppénz stb.) jelentik.[193] Az E. Alap bevételei (reálértéken számítva) 1998-ban az 1994-es szintnek csupán a 71%-át érték el. Az E. Alap kiadásai (pénzbeli és természetbeni kiadások együtt) 1998-ban az 1994-es szintnek pedig csak a 77%-át érték el. A kiadások csökkentése a táppénzre fordított kiadások esetében volt a legnagyobb mértékű (a táppénzrendszer átalakítása, a kiadások egy részének a munkáltatókra hárítása révén). A kiadáscsökkentő intézkedések nem tudták ellentételezni a bevételek csökkenését – így az E. Alap hiánya 1994-ben a bevételek 4,1%-át, 1998-ban pedig a 11,2%-át tették ki.

Az E. Alap bevételeinek a csökkenése következtében 1995-96-ban drasztikusan (15%-kal) csökkent az egészségügyi ellátásra fordított közkiadások reálértéke is.[194] (1997-től pedig ezen a szinten maradt 2001-ig.) Elsősorban a magas infláció (a kiadásoknak az inflációtól messze elmaradó nominális növekedése) jelentette a kiadások lefaragásának fő eszközét – ami kevésbé „látható", de ugyanakkor kevésbé kontrollálható eszköz volt, mint a feladatokhoz kötődő, differenciált szűkítés lett volna. Az E. Alap gyógyító-megelőző kiadásainak az intézményeket sokkszerűen érő csökkentésnek alapvető szerepe volt abban, hogy az időszak egyik alapvető problémájává vált a kórházak eladósodása.

A gazdasági feltételek szigorodása egyrészt kényszerítette a reformokat, másrészt rendkívül szűk mozgásteret engedett csak az egészségügyön belül a hatékonyság növelésre irányuló reformoknak. Az állami költségvetés konszolidációja gyors, „tűzoltó" lépéseket igényelt – amelyek az egészségügyben sok esetben ellentétesek voltak a hatékonyság növelésével. A kormányzati intézkedésekben az egészségügy modernizálásának a szempontjai háttérbe szorultak. Továbbá a jelentős strukturális átalakítás pótlólagos forrásokat igényelt volna – amivel épp ellentétes tendenciák

193 A jövedelempótló pénzbeli ellátások (táppénz stb.) nem tartoznak az „egészségügyi kiadások" *(health expenditure)* fogalmába; a vonatkozó adatok nem tartalmazzák azokat. Az E. Alap kiadásaiból csak a természetbeni ellátásokra fordított kiadások tartoznak bele az „egészségügyi kiadásokba".

194 Az egészségügyi közkiadások (kormányzati és egészségbiztosítási kiadások együtt) reálértéke 1997-ben kb. 16%-kal volt alacsonyabb, mint 1994-ben. Hasonló mértékben csökkentek az E. Alap gyógyító-megelőző kiadásai is.

érvényesültek. Az egészségügyi közkiadásoknak a GDP-ből való részesedése az 1994-es 6,4%-ról 1998-ra 4,9%-ra csökkent.

A finanszírozás egyik legfontosabb strukturális változása a háztartások közvetlen kiadásainak (aminek jelentős részét a gyógyszerkiadások tették ki) a nagymértékű növekedése volt. A háztartások kiadásainak reálértéke 1994 és 1998 között radikálisan (68%-kal) növekedett, 1994-ben az összes egészségügyi kiadás 14%-át, 1998-ben pedig már 24%-át tették ki. Ez a radikális növekedés súlyos terhet jelentett a társadalom alacsonyabb jövedelmű rétegei számára.

6.2. Átfogó reform helyett korlátozó intézkedések

A csökkenő közkiadások, költségvetési megszorítások nyomása alatt az egészségügyi rendszer korábbi évtizedekből örökölt problémái kiéleződtek, különösen az egészségügyi rendszer forrásigénye (amit növeltek a túlzott kórházi kapacitások is) és az egészségügybe ténylegesen jutó források közötti feszültség. Ennek részeként pedig fokozódott az egészségügyi dolgozók jövedelmi elvárásai és a jövedelmek tényleges alakulása közötti eltérés, az egészségügyi dolgozók jövedelmének más foglalkozási csoportoktól történő leszakadása okozta feszültség.[195] 1994-ben az összes egészségügyi dolgozó havi átlagkeresete a nemzetgazdasági átlag 88%-át, 1996-ban pedig a 80%-át érte el. Az orvosok esetében 1994-ben 153%, 1996-ban pedig 136%, a nővérek esetében pedig 92%, illetve 76% volt a megfelelő adat. (Forrás: Orosz, 2001). Az 1990-es évek elején bevezetett reformok mellékhatásaiként a régiekhez új feszültségek is társultak: ezek egy része valójában rejtve már megvolt a korábbi rendszerben, és az új finanszírozás csak a felszínre hozta őket (pl. óriási különbségek az intézmények, kórházak teljesítményeiben, szolgáltatás-egységre jutó költségeiben). A feszültségek további elemét – például a hospitalizáció növekedését – a változások mellékhatásai jelentették (a teljesítményfinanszírozás épp az egészségpolitika szándékaival ellentétes magatartásra ösztönözte az intézményeket).

Az egészségügyi rendszer régi és új problémái a reformok folytatását igényelték volna. Ezt tűzte ki célul az 1994. évi kormányprogram is – amelynek egészségügyi fejezete általános alapelveiben, koncepciójában kontinuitást mutatott az 1980-as

195 A feszültségek kiéleződését tükrözte, hogy 1995. november 11-én több tízezer egészségügyi dolgozó tüntetett a Kossuth-téren 35%-os béremelést és az intézmények dologi kiadásai fedezetének 10%-os emelését követelve. A demonstráció hatására „tűzoltásként" a kormány egyszeri keresetkiegészítést adott az egészségügyi dolgozóknak és pluszpénzt az E.Alapnak. (https://eddsz.hu/hirek/reszletek/117/az-msz-eddsz-tortenete)

évek végén kidolgozott reformkoncepcióval és az éppen elindult tényleges reformlépésekkel. Az új elemet az jelentette, hogy az előző kormányzatnak a finanszírozási módszerekre fókuszáló intézkedései után a kormányprogram újból átfogó reform szükségességét fogalmazta meg, továbbá a reform fő eszközeit tekintve áthelyezte a hangsúlyt a finanszírozási módszerekről az intézményi reformokra. Az 1994 végén elfogadott egészségügyi kormányprogram (továbbá az NM ennek nyomán 1995-ben közreadott részletes Modernizációs Programja) átfogó reformelképzeléseket tartalmazott, a következő konkrét elemekkel: interszektorális egészségpolitika a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében; az egészségpolitikai döntéshozatal új intézményi kereteinek kialakítása (a konszenzus-teremtés, a szereplők bevonása érdekében Országos Egészségügyi Tanács és regionális egészségügyi tanácsok létrehozása); a szolgáltatási szektor átalakítása (a regionális egészségügyi tanácsok által kidolgozott) regionális stratégiákra alapozva; az intézményi menedzsment autonómiájának növelése (az önkormányzati tulajdonban lévő kórházak közhasznú társaságokká való átalakításával); a privatizáció különböző formáinak ösztönzése; továbbá a kötelező biztosítás regionális struktúrájának kialakítása (a központi pénzalap megtartása, és regionális szervezet kialakítása). Nem utolsósorban új egészségügyi törvény megalkotását tűzte ki célul, amely – többek között – a páciensek jogait jelentősen kiterjesztette.

A valóságban azonban a gazdasági stabilizáció más pályára állította az egészségügy folyamatait. Az egészségügyi rendszer igényei, az átfogó reform céljai helyett a költségvetési konszolidáció határozta meg a kormányzati intézkedéseket, amelyek központi kérdéseivé az egészségügyi kiadások korlátozása, az E. Alap hiányának a menedzselése és a kórházak eladósodásából eredő problémák kezelése váltak. Az intézkedések elemzése előtt szükségesnek tartom röviden összefoglalni az E. Alap hiányának a fő okait.

Az Egészségbiztosítási Alap krónikus hiánya és a kórházak eladósodása

A gazdaság transzformációs válságának, a szürke gazdaság növekedésének, a gyógyszerpiac liberalizálásának, továbbá az egészségügyi rendszer átalakítása mellékhatásainak a következményeként már 1994 előtt elindultak azok a folyamatok, amelyek az egészségügy két „örökzöld" problémájához vezettek: nevezetesen az Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) egyensúlytalanságához (hiányához) és a kórházak adósságállományának a folyamatos újratermelődéséhez.

Az önálló E. Alap 1992-ben jött létre, amikor a tb-járulékokat felosztották egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási (mindkét esetben munkáltatói és munkavállalói) járulékokra. A bevételek 86%-át a járulékbevételek tették ki. 1994 és 1998 között az E. Alap hiánya a bevételek 4,3%-áról 12,5%-ára növekedett. A hiány növekedéséhez számos tényező járult hozzá mind a bevételi, mind a kiadási oldalon, de az alapvető

oka bevételek (reálértékének) csökkenése volt. A kormányzat gazdaságpolitikájának egyik fő célkitűzése a foglalkoztatás növelése volt, amit a munkáltatói járulékok csökkentésével is kívántak ösztönözni. A munkáltatói járulékok csökkenése teljes egészében csak az egészségbiztosítást érintette. Az egészségbiztosítási munkáltatói járulék 1994 és 1998 között 19,5%-ról 15%-ra csökkent.[196] A kiesett járulékbevételt csak részben kompenzálta a fix összegű egészségügyi hozzájárulás bevezetése 1996-ban (Szigeti, 2007). Ebben az időszakban az E. Alapnak az állami költségvetésből származó bevétele szabályozatlan és alacsony mértékű volt (nem kötődött sem azok számához, akik szociális szempontok alapján voltak egészségügyi ellátásra jogosultak, sem az ellátásuk kiadási vonzatához). A bevételt csökkentő tényező volt a járulékfizetés széles körű elkerülése is, továbbá a nagyarányú, tartós késedelem a járulékok befizetésében.[197]

A kiadási oldalon az 1990-es évek elején a gazdasági visszaesés miatt jelentősen növekedtek a pénzbeli (táppénz és rokkantnyugdíj) ellátások, továbbá a gyógyszerkiadások rendre meghaladták a költségvetési előirányzatot. A gyógyító-megelőző ellátások esetében a finanszírozási módszerek (zárt kassza) biztosította a költségvetései előirányzat betartását. Ez azonban nem jelentette azt, hogy ne lett volna az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására meghatározott költségvetés és az ellátás ténylegesen költségei között egyensúlytalanság – de ez a probléma nem az E. Alapnál jelentkezett, hanem a kórházakra lett hárítva. Az ellátás tényleges költségei rendre meghaladták az OEP által fizetett díjakat, ami a kórházaknak – ebben az időszakban kialakult és napjainkig folyamatosan újratermelődő – eladósodásának az egyik okát jelentette.

1995–96-ban az E. Alap kiadásainak (az egészségügyi ellátás „keresleti" oldalának) a drasztikus csökkentése szükségessé tette a „kínálati oldalnak" a szűkítését is. Az egészségügyi ellátás területén[198] hozott konkrét intézkedések a következők voltak:

- 1995: Az egészségbiztosítás szolgáltatáscsomagjának a szűkítése (a foglalkozás-egészségügy és a fogászat egy része kikerült a biztosítás köréből stb.).
- 1995–96: a kórházi kapacitások csökkentése.

196 A munkáltatói járulékok mértékének a csökkentése 2010-ig tartott, amikor csupán 2%-ot, az egészségügyi hozzájárulással együtt pedig 2,6%-ot tett ki.

197 Ez utóbbi több formában valósult meg: a növekvő szürke és feketegazdaságban foglalkoztatottak után egyáltalán nem fizettek járulékot; széles körű jelenség volt, hogy a ténylegesen kifizetettnél alacsonyabb hivatalos jövedelem regisztrálása. A tb (egészségbiztosítás és nyugdíjbiztosítás együtt) kintlevőségeinek a nagysága az 1992. évi 94,3 Mrd Ft-ról 1993 végére 148,4 Mrd Ft-ra növekedtek. (1994-ben a járulékbevételek közel 25%-át tette ki.)

198 Az E. Alap kiadásai szempontjából a táppénz rendszer módosítása is jelentős tétel volt.

A kórházakra két – éles ellentétben álló – tényező hatott: az 1993-ban bevezetett HBCS-finanszírozás az esetek növelésére ösztönzött; ezzel szemben 1994 és 1996 között 13,2%-kal csökkent az OEP fekvőbeteg kassza reálértéke. Az egy esetre jutó OEP-kifizetés még ennél is jobban (15%-kal) csökkent, mivel a fekvőbeteg esetek (kórházi elbocsátások) száma 6%-kal növekedett. Ez az alig két év alatt történt drasztikus reálérték-csökkentés kiélezte (a már korábban is jelen lévő) feszültségeket az ellátórendszerben.

6.3. Törekvések a kórházi struktúra modernizálására

A kórházi kapacitások[199] 1996–97-ben megvalósított csökkentésének az egészségbiztosítás kiadásainak a drasztikus csökkentése volt a közvetlen oka. A kórházi kapacitások problémája azonban már az 1980-as években az egészségügy egyik neuralgikus pontjává vált és napjainkig az maradt – ezért szükségesnek tartok egy rövid kitérőt tenni és a kapacitás-probléma 1980-as években kialakult okait is vázolni. Már az 1980-as évek közepén nyilvánvaló volt, hogy a kórházi kapacitások nem alkalmazkodtak a technológia és a szükségletek változásához. A technológiai fejlődés következtében a kórházi ápolási idő drasztikusan lerövidült, másrészt számos problémának olyan terápiája alakult ki (gyógyszeres terápia, egynapos sebészet stb.), ami nem igényelte a kórházi tartózkodást. Így az 1980-as évtizedben a fejlett nyugati országok jelentősen csökkentették a kórházi kapacitásokat. A magyar egészségügyben ehhez hiányzott a politikai akarat – részben az amúgy is jelentős feszültségek fokozódásától való félelem miatt. Továbbá jelentős volt a rövid távú ellenérdekeltség is: a kórházak egy adott térségben jelentős foglalkoztatónak számítottak, az adott város egészségügyi költségvetésének a meghatározásánál pedig jelentős szerepe volt az ágyak számának. Továbbá az osztályvezető főorvosok presztízsét és a vezető orvosok hálapénzből származó jövedelmét is befolyásolta az adott kórházi osztály mérete. Ugyanakkor az 1980-as években egyrészt a kórházi rekonstrukciók elmaradása miatt az infrastruktúra állapota romlott, másrészt a fejlesztések túlságosan az építésre koncentráltak, az orvostechnika színvonala lényegesen elmaradt a fejlett országokétól. A szűk keresztmetszetet jelentő diagnosztika miatt a szükségesnél

199 A túlzott kapacitásokat mutatja, hogy 1994-ben az aktív kórházi ágyak kihasználtsága 71,6%-os, a krónikus ellátásban pedig 80,9% volt. A 85% körüli kihasználtság tekinthető optimálisnak. Ha figyelembe vesszük, hogy az aktív ellátásban az átlagos ápolási napok száma magasabb volt, mint a fejlett nyugat-európai országokban, akkor az alacsony kihasználtság problémája még nagyobbnak volt tekinthető.

hosszabb ideig tartották kórházban a betegeket. Továbbá – a krónikus ágyak és ápolási otthonok hiánya miatt – az aktív kórházi ágyak nem elhanyagolható részén csak ápolást igénylő betegeket láttak el.

A rendszerváltozás utáni évtizedekben mindvégig a kormányok napirendjén volt a kórházi struktúra modernizálása, ennek részeként a kórházi kapacitások csökkentése. Egyrészt az 1996–97-ben végrehajtott ágyszámcsökkentés kontextusának, másrészt az azóta eltelt időszak kormányai attitűdjének, törekvéseinek a jobb megértéséhez is hozzájárulhat, ha együtt tekintjük át az 1990-es években történt három különböző reform-filozófián alapuló kísérletet a kórházi ellátás hatékonyságának a növelésére, a kapacitások csökkentésére[200] (amiből az első a megelőző kormányzati ciklusra volt jellemző). Ezek a következők voltak:

- A teljesítményfinanszírozás bevezetése;
- a kapacitások adminisztratív eszközökkel történő csökkentése;
- a kórházi struktúra átalakítására komplex módon törekvő regionális modernizációs program.

Az 1990-es évek elején az egészségügy irányítóinak a körében és a szakmai közgondolkodásban is az az elképzelés uralkodott, hogy a finanszírozási rendszer átalakítása elégséges ösztönzést fog nyújtani az egészségügy strukturális problémáinak a „spontán", adminisztratív beavatkozás nélküli megoldódásához. Ez a várakozás eleve túlzott volt. Továbbá több ok miatt még a lehetséges hatások sem tudtak érvényesülni: egyrészt a finanszírozási módszer hatását a bevezetéskor alkalmazott átmeneti megoldások nem engedték érvényesülni, a csőd közelébe jutott kórházakat „megsegítette" a kormányzat, továbbá a finanszírozási módszerek együttes hatása a hospitalizáció növelésére (és nem a szükségtelen hospitalizáció csökkentésére) ösztönözte a kórházakat. Továbbá az állóeszközök pótlását, a kapacitások jövőbeni alakulását befolyásoló beruházásoknál nem érvényesültek a hatékonysági szempontok. Ennek egyik összetevője az volt, hogy az amortizáció fedezetét nem tartalmazták a HBCS-díjak, azaz a beruházások döntő része nem az adott kórház bevételeiből történt.[201]

1995–96-ban a korábbival ellentétes elképzelés vált uralkodóvá a kormányzati cselekvésben: az adminisztratív, jogi szabályozás került előtérbe a pénzügyi ösztönzéssel szemben, a szabályozás tárgya pedig a kapacitás (ágy, szakorvosi óra)

200 Pontosabban említést érdemel egy az 1990-es évek elején hozott egyszeri intézkedés is. A Társadalombiztosítási Főigazgatóság 1992-ben 1 millió forintot fizetett a kórházaknak minden megszüntetett ágy után. (Közel 2000 ágy megszüntetésére jelentették be szándékukat a kórházak vezetői.)

201 A fejlesztések finanszírozásával a 7. fejezet foglalkozik részletesebben.

lett a szolgáltatás-vásárlással szemben. 1995-ben (részben a gazdasági stabilizációs csomag hatására) az NM és az OEP négy főből álló közös bizottságot (ún. négyes bizottság) hozott létre, amely javaslatot dolgozott ki arra vonatkozóan, hogy mely kórházakat lenne célszerű bezáratni (pontosabban az OEP-nek nem szerződni velük). Ennek hatására éles vita alakult ki arról, hogy van-e joga az OEP-nek meghatározni, hogy mely intézményekkel és mire köt szerződést. Az Alkotmánybíróság állásfoglalása azonban megkérdőjelezte a négyes bizottság által alkalmazott módszert – azaz a szerzett jogokat elébe helyezte a kormányzat hatékonysági törekvéseinek. Ennek a helyzetnek a megoldására törekedett az egészségügyi kormányzat a kórházi kapacitások csökkentésének törvényi szintre emelésével. Az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról szóló 1996. évi LXIII. törvény meghatározta, hogy a megyei egészségbiztosítási pénztárak az egyes megyékben maximum mekkora kapacitásra köthettek megállapodást, azaz mennyivel kellett csökkenteni az ágyak számát. A törvény alapján megyei egyeztető fórumokat (MEF) hoztak létre, amelynek tagjai az intézménytulajdonos önkormányzatok voltak. A MEF tevékenységét a megyei ÁNTSZ koordinálta. Ha a megyei egyeztető fórum megegyezett és közös ajánlatot tett (az egyes intézményekben lekötendő kapacitásokra), akkor azt a megyei egészségbiztosítási pénztárnak el kellett fogadnia (akkor is, ha mint vásárló azzal nem értett egyet). Ha a MEF nem tudott megállapodni, akkor a miniszter döntött az egyes kórházak ágyszámairól. Ez utóbbi volt a jellemző.

1994 és 1998 között a kórházi ágyak száma 15%-kal (az aktív kórházi ágyak száma 16,3%-kal) csökkent.[202] Ugyanakkor az ápolási esetek száma az aktív ellátásban 7%-kal növekedett. Az egyik oldalon az OEP kórházi ellátásra fordított kiadásainak a reálértéke (11%-kal) csökkent, a másik oldalon az esetszámok növekedtek. Ennek eredőjeként az egy finanszírozási esetre jutó OEP-kifizetés reálértéke 14%-kal – azaz még nagyobb mértékben, mint az OEP fekvőbeteg-ellátásra fordított összkiadása – csökkent.[203] Ennek következtében az ellátórendszeren belüli feszültségek tovább fokozódtak.

Ez a megközelítés nem volt alkalmas a szolgáltatási struktúra hatékonyabbá tételére – igaz, hogy az ágyak száma csökkent, a kórházban ápolt betegek száma azonban tovább növekedett. A „kapacitás törvény" gyengítette a biztosító szolgáltatás-vásárló szerepét,[204] a biztosító és az intézmények közötti viszony szerződéses

202 A kórházi ágyak száma kb. 14 700 ággyal, az aktív ellátásban pedig 12 500-zal csökkent. Az ezer lakosra jutó kórházi ágyak száma 9,5-ről 8,2-re csökkent. 1998-ban az ezer lakosra jutó ágyak száma az aktív ellátásban 6,6 volt. Ez az érték nemzetközi összehasonlításban még mindig nagyon magas volt. Az OECD(EU)-országok átlaga 4,1 volt. Adatok forrása: (Orosz, 2001. 207).

203 Az aktív ellátásra vonatkozó adatok forrása: (Orosz, 2001. 210).

204 Pontosabban azt a törekvést, hogy a biztosító hatékony szolgáltatás-vásárlóvá váljon.

jellegét, mivel a kapacitás-lekötési megállapodás műfaja közigazgatási határozat (azaz nem szerződés) volt. A kapacitások szűkítésére irányuló szabályozással párhuzamosan (de kevéssé összehangoltan) került sor a szakellátás nyújtására vonatkozó tárgyi és személyi minimum feltételek szabályozására,[205] ami elvileg lehetett volna az intézmények szolgáltatási struktúrája racionalizálásának egyik eszköze is. Azonban számos szakmai kollégium nem a minimálisan szükséges szakmai feltételeket, hanem inkább az optimális feltételeket határozta meg. Emiatt még inkább manifesztálódtak a fejlesztési igények (miközben a kormányzat a kapacitások csökkentésére törekedett). A viták a kórházi kapacitások csökkentését már a törvényjavaslat kezdeteitől végigkísérték. Az intézkedést bírálók fő érvei a következők voltak: a teljesítményfinanszírozás esetében a kapacitások korlátozása nem alkalmas a kiadások csökkentésére; az ágyak számának a csökkentése nem feltétlenül jelenti költségek megtakarítását az intézmények szintjén sem (csak ha teljes épületet vagy egész kórházat zárnak be); továbbá az adminisztratív, jogi szabályozás alkalmazása (a pénzügyi ösztönzéssel szemben) visszalépés a reformban. Az általános kérdés: lehetséges-e a kapacitások (inputok) adminisztratív korlátozásával növelni a hatékonyságot és/vagy befolyásolni (korlátozni) az egészségügyi kiadások növekedését? Erre a magyar tapasztalatok alapján nem lehet egyértelmű választ adni. Az első reakciók hatására a kapacitások csökkentése egyszeri akció maradt.

Regionális Modernizációs Program

1997 közepén, ezek az előzmények után hirdette meg a Népjóléti Minisztérium – a világbanki egészségügyi hitelprogram egyik komponensét jelentő – Regionális Modernizációs Programot, ami a szolgáltatási struktúra átalakításának új módját kísérelte meg elindítani (Orosz, 2001). A program innovációja, lényeges különbsége a korábbi reformlépésektől abban állt, hogy nem a rendszer egyetlen elemét kívánta átalakítani (érintetlenül hagyva a többit), hanem összekapcsolt három alapvető elemet:

- új intézményi (döntéshozatali) struktúra kialakítását,
- a szolgáltatási struktúra átalakítását, továbbá
- az ösztönzési rendszer megváltoztatását (regionális költségvetés kialakításával).

A szolgáltatási struktúra átalakításának a fókusza a – megelőzéstől a rehabilitációig terjedő – optimális betegutak kialakítása volt a fő népegészségügyi problémák területén (például a szív- és érrendszeri, daganatos, mozgásszervi megbetegedések stb.).

205 19/1996. (VII. 26.) miniszteri rendelet.

A három legfontosabb innovatív elemet a pályázati forma,[206] az új szereplő létrehozása és új ösztönzők megtemetése jelentette.[207] Az új szereplőt a regionális konzorciumok jelentették, amelyek funkciója a regionális szintű stratégiai tervezés és a régiók egészségügyének meghatározó szereplői közötti koordináció, érdekegyeztetés volt. A konzorciumok menedzsmentje köré szakértői csapat (regionális think-tank) szerveződött a pályázat kidolgozásához. Az ösztönzést egyrészt az jelentette, hogy (a tervek szerint) a nyertes régió az akkori körülmények között jelentős fejlesztési forráshoz jutott volna, másrészt az országos Egészségbiztosítási Alapon belül elkülönült, regionális költségvetést kapott volna, amit fejkvótán alapuló módszerrel határoztak volna meg. A regionális költségvetés következtében a struktúraátalakításból származó megtakarítások a régión belül maradtak volna. A remélt pozitívumok között szerepelt az is, hogy a decentralizált, regionális fejlesztési stratégiák jobban figyelembe tudták volna venni a helyi szükségleteket, továbbá az új intézményi keretek jobb feltételeket nyújthattak volna az egészségügy és az egészségi állapotra ható szférák (gazdaság, közlekedés, környezetvédelem, oktatás stb.) intézményei közötti regionális szintű (multiszektoriális) együttműködéshez. A program széles körű támogatottságot élvezett helyi szinten, azonban jelentős vitát váltott ki az OEP és az NM között. A vita a felszínen arról folyt, hogy sérti-e az esélyegyenlőséget az, hogy (a kiírás szerint) csak egy pályázó részesült volna támogatásban.[208] Valójában az OEP vezetése attól félt, hogy a program elindíthatja az OEP decentralizálását (regionalizálását) is.

A pályázatok elbírálása az 1998-as kormányváltás előtt már megtörtént, az eredményhirdetést azonban a Népjóléti Minisztérium vezetése nem vállalta fel, hanem

206 A Világbanki Programiroda részletes útmutatója, regionális szakmai fórumai és *help desk szolgáltatása segítségével alulról szerveződő módon létrejött az egész országot lefedő 5 regionális konzorcium és mindegyik konzorcium kidolgozta a régió struktúraátalakítási stratégiáját és 4-6 konkrét szolgáltatásfejlesztési programot, amelyeket az elnyerhető beruházási forrásból valósítottak volna meg (Mikó et al., 1998). Ezeknek a programoknak (a pályázati kiírás által előírt) prioritásai a következők lehettek: a kórházi ellátás helyettesítése; optimális beteg-utak kialakítása a régióban (a megelőzéstől a rehabilitációig terjedő – folyamatos, koordinált ellátást biztosító szemlélet és gyakorlat kialakítása); a minőség és hatékonyság szempontjainak érvényesítése a régió kórházi ellátásában (Népjóléti Minisztérium 1997). Túlzás nélkül állítható, hogy se a program előtt, se pedig utána nem készültek ilyen színvonalú regionális fejlesztési programok a magyar egészségügyben.*

207 Fontos azt is megemlíteni, hogy a világbanki program ezen moduljának „külső" kezdeményezője volt. Egy struktúra-átalakítást célzó modult a Világbank látott szükségesnek; a szakmai programot pedig nem az Egészségügyi Minisztérium apparátusa, hanem a Minisztérium Világbanki Programirodájában újonnan létrehozott szakértői csoport dolgozta ki.

208 Ennek az volt az oka, hogy a rendelkezésre álló pénzügyi forrás egy régióban lényeges struktúraátalakítást tett volna lehetővé; azonban, ha több régió között osztották volna fel, akkor nem lett volna elégséges arra. A Világbank képviselői hangsúlyozták, hogy sikeres megvalósítás esetén a többi régió programjára is készek voltak további forrásokat juttatni.

meghagyta az új kormánynak. A következő fejezet tárgyalja az okait annak, hogy miért szüntette meg az 1998-ban hatalomra jutott Fidesz-kormány a programot. Érdemes megjegyezni, hogy az első két helyezett a dél-alföldi és az észak-magyarországi regionális konzorciumok lettek volna – azaz éppen az erőforrásokkal kevésbé ellátott régiókba jutott volna a struktúraátalakítást elősegítő forrás.

6.4. Feszültségenyhítés: Kórházi adósságrendezés

Ahogy az előzőekben említettem, ebben a kormányzati periódusban alakult ki a kórházak krónikus eladósodása. A probléma tartóssága és elhibázott kormányzati kezelése miatt fontosnak tartom először áttekinteni az okokat. Az 1990-es évek elején a kórházak helyzetét a külső környezet radikális megváltozása és a belső hatalmi viszonyok, mikrostruktúra változatlansága közötti konfliktus jellemezte. Az orvosi eszközök, gyógyszerek piacán – ahol az egészségügyi intézmények vásárlóként jelennek meg – piaci viszonyok alakultak ki: szabad árakkal, számos tekintetben szabályozatlan viszonyokkal és agresszív piaci magatartással találták szembe magukat a többségükben az államszocialista egészségügy központi utasításos működéséhez „szocializálódott" kórházigazgatók. A másik oldalon, a szolgáltatások piacán – ahol a kórház a szolgáltatások eladója – az OEP mint monopol-vásárló diktálta a feltételeket. A HBCS-finanszírozás korábban vázolt jellemzői miatt 1998-ig a szolgáltatások árai a teljesítmények függvényében havonta változtak. Az intézmények nem ismerték pontosan a szolgáltatás „árát", de a vásárló OEP sem.[209] Az intézmények olyan helyzetbe kerültek, hogy mint vásárlók az árak növekedésére irányuló tendenciával szembesülnek, eladóként ugyanakkor pedig a (reál)árak csökkenésére ható tendenciával. Ennek a „kettős szorításnak" és részben a kórházi menedzsment gyenge reagálóképességének a következtében kialakult a kórházi szféra azóta is fennálló, örökzöld problémája: a szállítók (elsősorban a gyógyszer-nagykereskedők és orvosi-egészségügyi berendezések és gyógyászati termékek kereskedői) irányába történő eladósodás. A kórházi menedzsment egyrészt a bevételek növelésével (és kevésbé a hatékonyság javításával) igyekezett alkalmazkodni a megváltozott körülményekhez. A bevételek növelésének fő eszközei az esetek számának a növelése

209 1998-ig havonta változott az egy súlyszám, azaz a „teljesítményegység" forintértéke. 1998-ban áttértek a súlyszám fix forintértékére – azonban ezt a rendelkezésre álló összes forrás függvényében a minisztérium módosíthatta.

(szükségtelen hospitalizáció) és részben a HBCS-manipuláció[210] (bizonyos esetek besorolásában a jobban fizető HBCS-k indokolatlan alkalmazása) voltak (Dózsa, 2004). Továbbá a kórházak vezetői folyamatos nyomást helyeztek az NM-re és az OEP-re az adósság konszolidációjára (a pótlólagos forrásokért).

1995 végére a kórházak jelentős részének a pénzügyi helyzete kritikussá vált, a szállítók felé felhalmozódott adósságállomány miatt. Ez számos okra volt visszavezethető:

- Az egészségbiztosítás gyógyító-megelőző kiadásainak a reálértéke 1995-ben 12%-kal csökkent.[211] Ez azt jelentette, hogy ugyanarra a szolgáltatásra reálértéken alacsonyabb volt a kórházak bevétele – miközben az általuk vásárolt – a szolgáltatások előállításához és a kórház működtetéséhez szükséges – termékek árai növekedtek.
- A finanszírozási módszer korábban már tárgyalt fékekkel való bevezetése épp a hatékonyan működő kórházakat sújtotta és nem ösztönözte eléggé az alacsony hatékonyságú kórházakat az alkalmazkodásra.
- A szolgáltatások előállításához szükséges inputok[212] árai (árarányai) lényegesen változtak az 1980-as évek végéhez képest, amikor a HBCS-súlyszámokat kialakították. Így azok az 1990-es évek közepén már nem tükrözték megfelelően a betegségcsoportok tényleges költségarányait.
- A közalkalmazotti törvény megnehezítette a munkaerő-gazdálkodást. Továbbá a törvényből következő 1994 elején végrehajtott központi béremelés fedezetét nem kapták meg az egészségügyi intézmények.

A kórházak vezetői számára az államszocialista időszakban a „racionális" magatartás annak demonstrálása volt, hogy nem elegendő a költségvetésként kapott pénz és a kormánytól igyekeztek pótlólagos forrásokat „kijárni". A régi magatartási mintákat erősítette az az intézkedés, hogy 1996 januárjában a Népjóléti Minisztérium bejelentette, hogy segítséget nyújt a „nem önhibájukból" eladósodott kórházaknak. A minisztériumi beavatkozásnak ezzel a diszkrecionális módjával[213] épp azok a kórházak jártak

210 A HBCS- (DRG-) manipulációja nem magyar jelenség. A módszer sajátos jellemzője, hogy a szolgáltatókat arra ösztönzi, hogy *ha lehet*, az adott állapotot (a valóban indokoltnál) magasabb árat adó betegség-csoportba sorolja, vagy (indokolatlanul) kísérő betegséget társításon bizonyos diagnózisokhoz

211 Az átlagos infláció alapján számítva.

212 Munkaerő, közüzemi díjak, élelmezés, egészségügyi berendezések és eszközök, szakmai anyagok és gyógyszerek stb.

213 Nem volt egyértelmű kritériuma annak, hogy mikor tekintett a minisztérium ebbe a kategóriába tartozónak egy kórházat.

jól, amelyek nagyobb adósságot halmoztak fel, kevéssé törekedtek a hatékony gazdálkodásra. A minisztériumnak a „tűzoltásra" koncentráló, hosszabb távú hatékonysági szempontokat figyelmen kívül hagyó attitűdje tág teret nyitott a lobbizásnak és a jó lobbierővel rendelkező kórházak előnyösebb helyzetének az adósságrendezéskor.[214]

6.5. Ellentmondásos tendenciák az egészségügyi rendszer szabályozásában

A szabályozás területén egyszerre voltak jelen a „visszarendeződés" és a reformértékű lépések. Mind a két esetben az előzmények visszanyúlnak az előző kormányzati ciklusra.

Az Egészségbiztosítási Önkormányzat szerepének átértékelése

A „visszarendeződés" típusú beavatkozások közé sorolhatjuk az államháztartásról szóló tv. 1996. évi módosítását és az önkormányzati igazgatásról szóló tv. 1997. évi módosítását, amelyek lényegében elvették az Egészségbiztosítási Önkormányzat legfontosabb jogosítványait. Az 1994-es kormányváltáskor sokan azt várták, hogy az MSZP-SZDSZ-kormány időszaka alatt az Egészségbiztosítási Önkormányzat és a Népjóléti Minisztérium viszonya javul, ezt sugallta az is, hogy az 1994-es kormányprogram a biztosító önállóságának a növelése mellett foglalt állást.[215] A valóságos folyamatokban azonban nem ez érvényesült. Az okok messze túlmutattak az egészségügyön. A szakszervezet és kormány kapcsolata, az MSZOSZ és PM közötti erőviszony volt az igazi kérdés mindenekelőtt a gazdaságpolitika és az államháztartás, ennek részeként a jóléti rendszer, azon belül pedig az egészségügy kérdésben. A folyamatot „színezte" a tb-nek az Antall-Kormány (Országgyűlési Határozat) által megígért vagyonátadás[216] kérdése, ami a viták egyik témáját jelentette.

---

214 Ma is helytállónak tartom akkori véleményemet: „*Az adósság tűzoltásszerű csökkentésére sem a minisztériumnak, sem az Egészségbiztosítási Pénztárnak nem szabadna pénzt adnia. …Három tényező: a finanszírozásban alkalmazott területi kasszák, az adott régión belüli együttműködés, továbbá a kórházakon belüli racionalizálás együttes, összehangolt alkalmazása vezethet csak a helyzet javulásához.*" A javaslat szerint egy-egy régióra kidolgozandó struktúraátalakítási javaslat megvalósításához kellett volna plusz forrásokat adni (Orosz, 1996).

215 A kormányprogram hangsúlyozta: „*Az elmúlt évek átalakítási folyamataiban meghatározó jelentőségű volt az önálló egészségbiztosítás kialakulása, a valódi biztosítói szerepkör megjelenése. Ezt a folyamatot a választott biztosítási önkormányzatok segítségével erősíteni kell.*"

216 A kormányzat kb. 300 Mrd Ft értékű vagyon átadására tett ígéretet a két önkormányzatnak együttesen.

Az Egészségbiztosítási Önkormányzat szerepének[217] felülvizsgálatára két eltérő álláspont fogalmazódott meg (a közigazgatásban és az egészségpolitikai elemzők körében is). A PM és NM által képviselt álláspont szerint az önálló társadalombiztosítási alrendszer és különösen az önkormányzati irányítás megteremtése tévedés volt, illúziókon alapult. Ezen álláspont képviselői hangsúlyozták, hogy meg kell szüntetni azokat a „látszat" jogosítványokat, amelyek csak a rendszer zökkenőmentes működését hátráltatták, és az állami felelősség kizárólagossága mellett „állami" társadalombiztosítási igazgatást kell érvényesíteni (esetleg látszatként megmaradnának az önkormányzati testületek). Az Egészségbiztosítási Önkormányzat (és a „többszereplős" egészségügyi igazgatás koncepcióját támogató szakértők) által képviselt álláspont szerint az ellátásért való felelősség egyértelmű meghatározása szükséges, amelynek eredményeként az egészségbiztosítást fel kell ruházni valódi szabályozási és gazdálkodási jogosítványokkal. Ennek az álláspontnak a képviselői hangsúlyozták, hogy átmeneti periódusról van szó, amelynek zavarai nem magából a többszereplős modellből adódnak, hanem nagyrészt az egészségügy alapvető strukturális és hatékonysági problémáiból, amelyek a korábbi centralizált „egyszereplős" irányítás alatt keletkeztek és rögzültek.

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

Az 1997. évi egészségügyi törvény (Eü.tv.) kidolgozását részben a rendszerváltozás utáni években történt változásoknak a jog általi követése, részben az EU-csatlakozásra való felkészülés[218] tette szükségessé. A törvény átfogóan és a WHO és az EU elvárásaival összhangban szabályozta az egészségügyi rendszer jogi kereteit: a betegek jogait és kötelezettségeit, az egészségügyi dolgozók jogait és kötelezettségeit, a népegészségügy rendszerét és az egészségügyi ellátás (szolgáltatási szféra) működését (pl. a minőségügyi rendszer jellemzőit) és irányítását (pl. az Országgyűlés, kormány, helyi önkormányzatok feladatait).

A betegjogi intézményrendszer kiépítését külső tényező ösztönözte. Az EU-országokban az 1990-es évek elejétől hozták létre a betegjogi szabályozásokat és intézményeket.

Az Eü.tv. a betegek jogairól, a panasztételi jogról, a betegjogi képviselőkről és a közvetítői eljárás lehetőségéről szóló rendelkezései a nemzetközi normáknak megfelelő jogi kereteket teremtettek. A betegjogi rendelkezések csak 2000. január 1-jétől léptek hatályba. Az 1994-ben – a nemzetközi példákat is figyelembe véve – létrejött

217 A valóságban az Önkormányzat önállósága lényegesen kisebb volt, mint ahogy az a vitákban megfogalmazódott, továbbá számos kérdésben tisztázatlan volt a hatáskörök megosztása a minisztériumok és az Önkormányzat között.

218 Magyarország 1994-ben nyújtotta be a kérelmét a csatlakozásra.

Szószóló Alapítvány 1997-ben elindított egy kísérleti programot: betegjogi képviselők kezdték el működésüket 7 magyarországi kórházban, majd 1999-től több pszichiátriai intézetben is. A kísérlet is azt mutatta, hogy a betegjogi szemlélet és az orvosok körében domináns szemlélet között jelentős ellentmondás volt; a betegjogi rendelkezéseket az orvosok egy része fenntartással fogadta (Gyukits, 2001).

A betegjogi képviselői intézményt az ÁNTSZ keretei között hozták létre és 2000 júliusában 54 képviselővel kezdte el a működését. Ez a szervezeti megoldás (azaz, hogy egy állami intézmény keretében és nem önálló intézményként jött létre a betegjogi képviselet) jelentősen gyengíthette az eredményességét.

A törvény elviekben magas presztízst adott a népegészségügyi tevékenységnek és a WHO *health in all policies* elveinek: az Országgyűlés feladatává tette a *Nemzeti Egészségfejlesztési Program (NEP)* elfogadását, a megvalósítás értékelését és legalább négyévenként a felülvizsgálatát.[219] A törvény szerint: *„A NEP-ben foglaltakat a gazdaságpolitikai, a terület-, illetőleg településfejlesztési, továbbá valamennyi állami tervezés körébe tartozó döntés meghozatala, illetőleg végrehajtása során érvényre kell juttatni"* (1997-ben hatályos EüTV, 146. § [1]). A gyakorlatban azonban nem indultak el kormányzati intézkedések a törvényben megfogalmazott koncepció érvényesítése érdekében.

Az Eü.tv. két további új intézményt is létesített: a Nemzeti Egészségügyi Tanácsot és a kórházi felügyelőtanácsokat. A Nemzeti Egészségügyi Tanács (NET) fő funkciója az egészségügy stratégiai kérdéseinek – többek között a Nemzeti Egészségfejlesztési Programnak – az egészségügy fő szereplői (illetve azok képviselői) általi megvitatása (az érdekek transzparens ütköztetése és egyeztetése) lett volna – azaz az elképzelések szerint kezdeményező, javaslattevő, véleményező és tanácsadó szerepet játszott volna. Ennek a funkciónak azonban több ok miatt sem tudott megfelelni.

6.6. A minőségügyi rendszer jogi kereteinek a megteremtése

Az időszak fontos eredménye volt – a hiányosságai ellenére – a minőségügyi rendszer jogi kereteinek a megteremtése. A minőségügyi rendszer kiépítését[220] egyrészt

219 Az országgyűlésnek ezt a feladatát, a NEP kidolgozásának a törvény általi előírását az 2011. évi CLXXVI. törvény eltörölte.

220 A rendszer kiépítését nem kellett a nulla pontról kezdeni: szakmai ellenőrzési rendszer a rendszerváltozás előtt is működött. Az egyes szakmák területén a miniszter által létrehozott szakmai kollégiumok működtek. Ezek számára az információt, elemzéseket az egyetemi klinikákon belül működő országos szakmai intézetek vagy az önálló országos intézetek (pl. Országos Onkológiai Intézet) szolgáltatták. A kórházak, szakrendelők hatósági ellenőrzése a megyei szakfelügyelő főorvosok feladata volt.

a nemzetközi folyamatok, másrészt a teljesítmény-finanszírozási rendszer bevezetése is ösztönözték. Az USA-ban és a nyugat-európai országokban az 1980-as évek második felére a szolgáltatások hatékonysága és minősége az egészségpolitikák központi kérdésévé váltak. Ennek hátterében több folyamat állt. Az orvostechnológia rohamos fejlődése következtében a betegségek diagnosztikájának és gyógyításának a költségei, ezáltal a kormányzatok egészségügyi kiadásai jelentősen növekedtek. Ez fokozta a közvélemény és a média elvárásait is az egészségügyi rendszer transzparens működése iránt. Növekvő szakmai és egészségpolitikai figyelem irányult az egyes egészségi problémák kezelésében (azok eredményességében és költségeiben) mutatkozó nagy különbségekre az egyes orvosok/szolgáltatók gyakorlatában. Ami azt is jelentette, hogy a szolgáltatások egy jelentős része szükségtelen volt, nem megfelelő az adott problémára vagy az adott betegre; esetenként túlzott mértékű vagy túl kockázatos lehetett.[221]

A magyarországi minőségügyi rendszer kiépítése érdekében az első lépések már az 1990-es évek elején elindultak: a Népjóléti Minisztériumban létrehozták a Minőségügyi Főosztályt. A Minisztériumnak a nemzetközi gyakorlatban használt koncepciók, minőségügyi rendszerek adaptálása és az egészségügyi szakmával való megismertetése érdekében végzett munkáját segítette az előző fejezetben említett világbanki hitel keretében külföldi szakértőkkel kialakított szakmai együttműködés is (pl. tanulmányutak az USA-ban). A jogi keretek megteremtését három jogszabály jelentette: a működési engedélyekről szóló kormányrendelet és a hozzá kapcsolódó NM rendelet a szakmai minimumfeltételekről,[222] továbbá az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. Ez utóbbi definiálta a belső és külső minőségügyi rendszer alapvető fogalmait és alkotó elemeit. Kimondta, hogy minden egészségügyi intézménynek minőségügyi rendszert kell működtetnie, továbbá, hogy az egészségügyi szolgáltató működésének (engedélyezésének) alapvető feltétele, hogy rendelkezzen a jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételekkel

221 Az orvosi gyakorlatban mutatkozó különbségek hátterében számos ok húzódhat meg, köztük a hiányos tudás (számos eljárás hatásosságára vonatkozó tudományos ismeretek korlátozottsága), a bizonytalanság a betegek kezelésekor (mi a megfelelő beavatkozás, milyen erőforrásokra van szükség stb.). Továbbá az a tény, hogy sok orvos nem követi az új tudományos eredményeket, hanem a korábbi tapasztalatokra, a kialakult gyakorlatra támaszkodik. Így, ha konszenzus is van tudományos szinten, az nem válik automatikusan mindenhol a gyakorlat részévé; az egyértelműen jobb, hatásosabb technológia vagy kezelési stratégia sem szorítja ki a többi régebbi technológiát.

222 Az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyekről szóló 113/1996. (VII. 23) Kormányrendelet és 19/1996. (VII. 26.) NM rendelet az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények működésének szakmai minimumfeltételeiről.

(minimumfeltételekkel). Azonban a jogszabályok sem tényleges szankciókat, sem ösztönzőket nem hoztak létre, így a gyakorlati megvalósításuk lassan és részlegesen indult el; az egészségügyi intézmények kevéssé voltak érdekeltek a minőségszemlélet meghonosításában. A működési engedélyek esetében a jogszabály lehetővé tette – az ellátási érdekre hivatkozva – ideiglenes működési engedély kiadását azoknak a már működő kórházaknak (illetve kórházi osztályoknak), amelyek nem feleltek meg a minimumfeltételeknek. Az ideiglenes működési engedélyek kiadása széles körű gyakorlattá vált a következő kormányzati periódusokban is. A minőségbiztosítás hatósági feladatai (működési engedélyek kiadása, a minimumfeltételek ellenőrzése, továbbá a szakfelügyeleti rendszer működtetése) az ÁNTSZ feladatát képezték. Ennek az intézményi megoldásnak a következtében a minőségügy kisebb hangsúlyt kapott annál, mintha új önálló intézményt hoztak volna létre, amelynek elsődleges feladata lett volna a minőségügyi rendszer működtetése és a minőségfejlesztés koordinálása[223] (ahogy az számos nyugat-európai országban megtalálható). A finanszírozáshoz kötődő szakmai előírások ellenőrzése az OEP hatásköre volt. A szakmai irányelvek jóváhagyása és aktualizálásuk kezdeményezése a szakmai kollégiumok feladatát képezte; a kifejlesztésükhöz azonban nem rendelkeztek megfelelő feltételekkel (pénzügyi forrás, személyzet stb.).

Az egészségügyi intézmények (kórházak, szakrendelők) belső minőségügyi rendszerének alapvető elemei: a tevékenységük egyes elemeire vonatkozó szabályzatok kidolgozása és monitorozása, a betegellátásban az országos szakmai irányelvek alapján helyi protokollok kialakítása és alkalmazása, továbbá a saját tevékenységükről (annak minőségéről) történő adatszolgáltatás voltak. Az intézmények belső minőségügyi rendszerének működtetésére, fejlesztésére az egészségügyi irányítás részéről gyenge volt az elvárás, ösztönzés; ami az egyik tényezője volt az intézmények vezetőinek törekvésében megmutatkozó nagymértékű különbségeknek. A minőségügyi ismereteknek és a minőségszemléletnek a terjesztésében jelentős szerepet játszott a Debreceni Egyetemen – a világbanki egészségügyi hitelprogram keretében – létrehozott Népegészségügyi Iskola, amely a 2000-es évek közepéig a minőségügy egyetemi szakmai központja volt.[224]

223 Az ÁNTSZ tevékenységének a központjában a tradicionális közegészségügyi és járványügyi tevékenységek álltak.

224 A Népegészségügyi Iskola a tudományos publikációkon túl képzéseket és konferenciákat szervezett, minőségi indikátorokat fejlesztett (elsősorban a kórházi ellátásra vonatkozóan) és ezek alapján elemezte az ellátás teljesítményét. Az egyetemi szakmai központ funkciót később – a vezető oktató távozása következtében – átvette a Semmelweis Egyetem Menedzserképző Központja.

A jogi keretek kialakítása nyilvánvalóan csak az egyik kezdő lépésnek tekinthető. A minőségügyi rendszer szisztematikus fejlesztése, a minőségszemlélet, minőségkultúra kialakítása olyan ágens (intézmény, pl. önálló minisztériumi háttérintézmény) létrehozását igényelte volna, amelynek alapvető, elsődleges feladatát (érdekeltségét) képezte volna a minőségügyi rendszer fejlesztése. Ennek alapvető eleme lett volna a minőségi indikátorok fejlesztése, az adatgyűjtés, elemzések készítése is. Egy ilyen intézmény létrehozása azonban elmaradt – ami kihatott arra is, hogy a minőségügy nem képezte prioritását a következő kormányzati periódusoknak sem. Ezt tükrözi Gödény és Csath (2010) által adott – a 2000-es évek végére vonatkozó – helyzetkép: „*Magyarországon jelenleg nincs egységes, minőség központú egészségügyi koncepció, és ezen belül nincs minőségszemléletű vezetés az egészségügyi intézményrendszerben*" (Gödény és Csath, 2010. 24).

6.7. Kitérő: A minőség és a minőségügyi rendszer értelmezése

A minőségügy jelentőségének a megértéséhez és a magyar folyamatoknak, kormányzati lépéseknek (vagy azok elmulasztásának) az elemzéséhez szükségesnek tartom a minőség és a minőségügyi rendszer – nemzetközi szakirodalmon alapuló – fogalmának a rövid bemutatását. Ugyanakkor hangsúlyozom, hogy a nemzetközi szakirodalom nem egységes, a minőség fogalmának több értelmezése is megtalálható és jelentős különbségek vannak az egyes országok minőségügyi rendszereinek a jellemzőiben is (Legido-Quigley et al., 2008; OECD, 2017).

Az OECD koncepciója szerint (Kelley és Hurst, 2006) az egészségügyi ellátás jó minőségű, ha

- az alkalmazott terápiák hatásosak,
- érvényesül a betegbiztonság (pl. alacsony szintű a kórházi fertőzés), és
- az ellátás módja beteg-központú, igazodik az egyének elvárásaihoz (pl. méltóság, megfelelő tájékoztatás, titoktartás stb.).[226]

225 A P4Q *(pay for quality)* vagy a P4P *(pay for performance)* rövidítések azokat a finanszírozási módszereket (kísérleteket) jelölik a szakirodalomban, amelyek esetében a szolgáltatások hagyományos módszereibe minőségi elemeket (indikátorokat stb.) építenek be.

226 A szakirodalom nem egységes: a minőségnek szélesebb definícióit is alkalmazzák, amikor a hatásos terápia, betegbiztonság és responsiveness mellett a hatékonyság és egyenlőség dimenzióit is beleértik a minőség fogalmába (Rajan et al., 2023).

6.1. táblázat. A minőségmenedzsment tevékenységek célcsoportjai és lehetséges stratégiái/tevékenységei

Célcsoportok	Stratégiák/tevékenységek
Egészségügyi dolgozók	Szabályozás és engedélyezés, tanúsítás, képzés és folyamatos orvosképzés, betegbiztonsági kultúra kialakítása, klinikai irányelvek, klinikai audit és visszajelzés, normák meghatározása a szakmai kötelességszegésekre, egészségügyi munkaerő-tervezés, új szakmák bevezetése, minőségi elemek beépítése a díjazási módszerekbe (P4Q)[225]
Gyógyászati tervékek és technológiák	Technológiák (gyógyszerek és eszközök) szabályozása és engedélyezése, kockázatok monitorozása, egészségügyi technológia értékelése és átfogó nemzeti innovációs stratégia
Egészségügyi szolgáltató intézmények	Szabályozás és engedélyezés, minőségi indikátorok, külső minőségértékelés (akkreditáció, tanúsítás illetve szakmai felügyelet), elektronikus egészségügyi nyilvántartás, kockázatkezelés, nemkívánatos események bejelentése, országosan szabványosított adatbázisok, minőségfejlesztési és betegbiztonsági programok, integrált ellátási rendszerek, minőségi elemek beépítése a díjazási módszerekbe (P4Q)
Páciensek	Betegjogi jogszabályok, beteg/közösségi részvétel, betegek tapasztalatainak szisztematikus mérése, nyilvános jelentések és összehasonlító benchmarking
Finanszírozók	A minőség értékelése, minőségi elemek beépítése a díjazási módszerekbe (P4Q), nemzeti minőségi jelentések kiadása

Forrás: Panteli, Quentin and Busse, 2019. 25 – rövidített változat

A minőség értelmezésére (és indikátorainak a kialakítására) napjainkban is széles körben használt Donabedian (1988) koncepciója, amely szerint a minőség fő dimenziói: az *egészségügyi ellátás struktúrája, folyamata és eredménye*. A *struktúra* azokat az anyagi és humán feltételeket jelenti, amelyek között az ellátást nyújtják (orvosi berendezések, megfelelően képzett személyzet, pénzügyi források), továbbá a szervezeti struktúrát (pl. működik-e minőségbiztosítás az adott intézményben). A *folyamat:* a diagnózis és a terápia megvalósítási módjának a jellemzői, valamint a beteg orvoshoz fordulási magatartása. *Az eredmény*: az ellátás hatása a beteg egészségi állapotára. Széles értelemben ide tartozik nemcsak a minőségi életévekben kifejezhető egészség-javulás, hanem a beteg elégedettsége az ellátással, továbbá a beteg egészségmagatartásában bekövetkező változás is. A jó struktúra növeli a valószínűségét a jó folyamatnak, a jó folyamat pedig növeli a valószínűségét a jó eredménynek. Ezek a hatások azonban nem szükségszerűek.

A minőségügyi rendszerek komplex struktúrák, amelyeknek egy lehetséges leírása: a minőségmenedzsment tevékenységek célcsoportjai és lehetséges stratégiái/tevékenységei. (A 6.1. táblázat nem jelent teljes körű leírást, csak néhány példát közöl.) Ezek a tevékenységek működhetek a rendszer szintjén (országos vagy térségi szinten), intézményi szinten és egyesek páciensszintű tevékenységek is lehetnek.

A további fejezetekben még többször lesz szó a minőségügyi rendszerek fenti táblázatban szereplő néhány összetevőjének a kiépítésére tett kezdeményezésekről.

6.8. A privatizáció kormányzati ösztönzése

A Kormányprogram (1994. július) jelentős hangsúlyt adott a privatizációnak: „*A kormány a többszektorú szolgáltatási szféra kialakítása érdekében jogi és pénzügyi eszközökkel ösztönzi az egészségügyi privatizáció különböző formáit az alapellátásban és a járóbeteg-szakellátásban, valamint a kórházak infrastrukturális és diagnosztikai részlegein. Ösztönzi az önkormányzati és állami kórházak közhasznú társasággá, alapítványi tulajdonná történő átalakítását.*" A 105/1995 (XII.) Kormányrendelet lehetővé tette, hogy a települési önkormányzatok az ellátási kötelezettséget átadják feladatátvállalási szerződés keretében – azaz az intézmény működtetését kiszerződjék – magánvállalkozásoknak.

Ahogy arról az 5. fejezetben már szó volt, a járóbeteg szakorvosi intézeteken és kórházakon belüli privatizáció *spontán módon* már az 1990-es évek elején elindult és az 1990-es évek közepétől erőteljesebbé vált. Ehhez hozzájárult a kormányzati – elsősorban szabályozási eszközökkel történő – ösztönzés is. Az 1994-98 közötti időszak különböző kormányzati dokumentumai a privatizációval kapcsolatban elsősorban a tőkebevonás szempontját hangsúlyozták. Ugyanakkor már felmerültek a privatizációból eredő esetleges problémák is. A kórházak (egy része) nem csak a nem-egészségügyi szolgáltatásokat (mosoda, étkeztetés, karbantartás stb.), hanem egyes gyógyító tevékenységeket is (különösen diagnosztika, fogászat, gyógytorna, ügyelet, de akár egyes osztályok *működtetését* is) kiszerződték. A kft.-k, bt.-k tagjai (az esetek nagy részében) a kórház alkalmazottjai voltak és bizonyos esetben (pl. ügyelet kiszerződése) azok is maradnak (a vállalkozás működtetése mellett). Az akkori időszak egészségpolitikai vitáinak az egyik előtérben álló kérdése volt, hogy ezeknek a vállalkozásoknak az elterjedése, a gyógyító intézmények egyes gyógyító részlegeinek az elkülönült privatizációja az ellátó szervezetek legkifizetődőbb tevékenységeinek a „kimazsolázásához" vezettek. Továbbá az egyik fő motiváló tényező az adó és

járulékterhek kikerülése/csökkentése (és nem a hatékonyság növelése) volt. Nem csak az jelenttette a problémát, hogy a jövedelmezőbb területeket leválasztották a vállalkozások, hanem ez a kórház, mint egység belső szervezetének, működésének átalakítását (a jövőbeli hatékonyabb működést) is akadályozhatta, továbbá a kórházban dolgozók között, valamint a hátrányokat érzékelő dolgozók és a kórházvezetés között feszültségeket teremthetett, ami a szolgáltatások minőségét is károsan érinthette. A döntéseknél ezek a szempontok sokszor háttérbe szorultak és a rövid távú előnyök kaptak prioritást.

6.9. Koncepciók harca a kormányzaton belül

Az időszakról nem adna megfelelő képet, ha csak a tényleges kormányzati döntéseket vennénk figyelembe, amelyeket dominálták a (kiadás és kapacitás) korlátozó intézkedések, továbbá a korlátozásokból adódó feszültségek enyhítését szolgáló intézkedések (pl. kórházak adósságának a rendezése). Az időszak arculatának, eseményeinek másik vonulata a koncepciók harca volt – elsősorban a kormányzaton belül. Ez azt is tükrözte, hogy szükség lett volna az 1992–93-ban elindult reformok folytatására. Ugyanakkor hiányzott és nem épültek ki olyan intézményi keretek és mechanizmusok, amelyeknek az érdekek és koncepciók egyeztetése lett volna a funkciója.

A választások előtt az SZDSZ egészségügyi munkacsoportja átfogó, részletes koncepciót dolgozott ki, ami alapját képezte a választások után az MSZP és az SZDSZ közötti koalíciós megállapodás egészségügyi fejezetének. Ennek alapján született meg az 1994 végén elfogadott egészségügyi kormányprogram, továbbá az NM ennek nyomán 1995-ben közreadott részletes Modernizációs Programja. Ezt a programot azonban felülírta a gazdasági konszolidáció.

A stabilizációs program kidolgozása során a térítési díjak bevezetése jelentette a konfliktus tárgyát az NM és a PM között. A PM eredeti javaslata a térítési díjak széles körű bevezetésére vonatkozott, amit az NM elfogadhatatlannak tartott. Kompromisszumként született a fogászati ellátás egy részének és a foglalkozásegészségügyi ellátásnak a kizárása az egészségbiztosítás szolgáltatási csomagjából. A PM fő érve (a gazdasági kényszeren kívül) az volt, hogy a térítési díjak visszaszorítják a szükségtelen orvoshoz fordulást, ezáltal több erőforrás jut a szükséges ellátásokra. Az NM fő érve az volt, hogy a térítési díjak növelnék az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeit, az alacsony jövedelműek későn fordulnának orvoshoz, ezáltal az ellátásuk többe kerülne.

A másik vitakérdés az egészségbiztosítás intézményi kereteinek az átalakítása volt. Erre a kormányzati apparátusban, illetve az ahhoz kötődő reformbizottságokban három különböző javaslat is született. 1996 elején az NM állt elő a kormányprogramtól eltérő javaslattal: megkísérelte a kötelező biztosításon alapuló egészségügyi rendszer átalakítását angol típusú állami egészségügyi szolgálattá. A javaslat lényege: adóból finanszírozott egészségügyi alap létrehozása és az NM által irányított állami egészségügyi szolgálat létrehozása volt. A kormányzat azonban úgy döntött, hogy nem változtat a kötelező biztosítás kialakult rendszerén. A modellváltásnak túlzottan nagy lehetett volna a politikai ára.[227]

Ezzel párhuzamosan (szintén 1996 elején) a PM mellett létrehozott Államháztartási Reform Bizottság Jóléti Albizottsága[228] a „Regionális biztosítók + központi pénzalap" modellre tett javaslatot. Ez azonban nem került a kormányzati előterjesztés fázisába. A legkomolyabb vita 1997–98-ban bontakozott ki a PM és NM között az egészségbiztosítás modelljéről. Az 1997–98-as időszakban sajátos helyzet alakult ki: az NM elvesztette a korábbi szerepét a stratégia kidolgozásában, a PM pedig részletes reformkoncepciót dolgozott ki. A PM[229] háromelemű biztosításra vonatkozó javaslata szerint az első elem a preventív ellátásokat és a vérellátást (a kiadások 2–3%-a) tartalmazta volna, a harmadik elem a nagy költségű műtéti beavatkozásokat és gyógyító eljárásokat (a kiadások 15–20%-a). Ezt a két elemet továbbra is az OEP finanszírozta volna. Az indoklás egyértelműen mutatta a javaslat fő szempontját: *„A III. elem OEP-finanszírozása megkönnyíti az üzleti biztosítók piacra lépését"*. A javaslat szerint a második elembe az összes többi egészségügyi szolgáltatás, azaz a gyógyító kiadások 80%-a tartozott volna *(„A II. elem negatív meghatározása miatt nincs szükség a gyógyító minimumcsomag meghatározására.")* A javaslat szerint az egyének választhattak volna, hogy a hagyományos társadalombiztosításban maradnak-e vagy átlépnek a kötelező magánbiztosításba, azaz kilépnek a kötelező biztosítás keretéből és magánbiztosítást kötnek. Erre vonatkozóan a javaslat a következőket tartalmazta: *„…csak tőkeerős és nagy tagsággal rendelkező biztosítók piacra*

227 A politikai ár alatt részben a szakszervezetekkel való konfliktust értem, másrészt olyan közvélekedés alakulhatott volna ki, hogy a kormány nem tud mit kezdeni a valóságos problémákkal, ezért átszervezi az irányítást, a pénzt nem az egészségügyi dolgozók bérére vagy a kórházak működésének javítására költi, hanem az átszervezésre, újabb bürokrácia kiépítésére. Ez nagy tehertétel lehetett volna a választások előtt.

228 Államháztartási Reform Bizottság Jóléti Albizottsága *Javaslatok az egészségügyi rendszer reformjára* című munkaanyaga (1996. január). (Kézirat).

229 A javaslat hivatalosan nem jutott abba a fázisba, hogy a PM vezetése vagy a Kormányzat elfogadja, mégis a közvélemény előtt a PM hivatalos javaslataként jelent meg.

lépését szabad engedélyezni." Az NM élesen ellenezte ezt a javaslatot.[230] 1998 március elején a Parlamentben rendezett nagyszabású szakmai Fórummal az NM kivitte a vitát a szélesebb nyilvánosság elé – így is törekedett a kormányra hatást gyakorolni az egyértelmű állásfoglalás érdekében. Azonban a Kormány (a miniszterelnök) a választások előtt már nem alakított ki határozott álláspontot az NM és a PM között az egészségügyi reformra vonatkozó vitában.

6.10. Mérleg

Az időszak legfontosabb jellemzőit összefoglalva: az egészségügy területén hozott kormányzati intézkedések alárendelődtek a gazdasági stabilizációnak; a tényleges intézkedések elsődleges célja a közkiadások korlátozása volt (az átfogó reform helyett) és a gyors beavatkozás kényszere alatt jórészt leszűkültek a tűzoltásra: a kórházi kapacitások csökkentésére, az E. Alap hiányának a menedzselésére, a kórházak eladósodása miatti feszültségek enyhítésére. A kiadáskorlátozó intézkedések (pl. kórházi kapacitás szűkítése) során alkalmazott adminisztratív módszerek ellentétesek voltak az egészségügy reformjára, hosszú távú fejlesztésére megfogalmazott – elsősorban az ösztönzők erősítésére vonatkozó – koncepciókkal. Az 1990-es évek elején elindult reformoknak a nézőpontjából tekintve ellentmondásos időszak volt az 1994-98 közötti időszak: egyaránt jelen voltak a reformok továbbvitelére irányuló és a már létrejött új intézmények gyengítésére irányuló törekvések. A kormányzati ciklus további jellemzője volt a koncepciók harca a kormányzaton belül.

A finanszírozási rendszernek a forrásteremtés oldalát tekintve nyilvánvalóvá vált, hogy nem volt gazdasági realitása annak az elképzelésnek, hogy a munkáltatók és munkavállalók járulékfizetésén alapuló bevételek stabil forrást fognak szolgáltatni és az egészségügy nem lesz kitéve az éves költségvetési alkuknak. Ennek egyik tényezője volt – a gazdasági nehézségek és a járulékfizetés nagymértékű elkerülése mellett –, hogy a munkáltatók nyomást gyakoroltak a kormányzatra a járulékok mértékének a csökkentésére. Az adóbevételek aránya jelentősen növekedett az E. Alap bevételeiben. Ugyanakkor ez nem transzparens módon történt.[231]

230 A javaslat hivatalosan nem jutott abba a fázisba, hogy a PM vezetése vagy a Kormányzat elfogadja, mégis a közvélemény előtt a PM hivatalos javaslataként jelent meg.

231 A transzparens módot az jelentette volna, ha az állam (kormányzat) pl. fix összegű járulékot fizetett volna munkajövedelemmel nem rendelkező – de egészségügyi ellátásra jogosult – társadalmi

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának előző időszakban kialakított strukturális jellemzői (zárt kasszák) valójában sikeresen alkalmazhatóak voltak a kiadás-korlátozás megvalósításában. Ugyanakkor a reform folytatása (a HBCS-finanszírozás további „finomítása") a szakmai struktúrák kiépítését, folyamatos fejlesztését igényelte volna – erre azonban nem volt szándék (vagy kormányzati kapacitás).

A „kapacitás törvényt" részleges visszarendeződésként lehet értelmezni, ugyanis gyengítette a biztosító szolgáltatás-vásárló szerepét[232], a biztosító és az intézmények közötti viszony szerződéses jellegét. Továbbá az ágyak számának a csökkentése nem oldotta meg azt a problémát, ami miatt „tűzoltó" sürgősséggel próbálták végrehajtani – azaz nem mérsékelte a kórházak működésében a kiadások reálértékének a csökkenése miatt éleződő feszültségeket. A feszültségeknek egy további komponense volt, hogy az egészségügyi bérek mind a versenyszférához, mind a költségvetési szférához viszonyítva leszakadtak. Mindehhez hozzáadódott a politikai feszültség: a kapacitáscsökkentés részleteinek az átgondolatlansága miatt előállt zavarok azt a benyomást kelthették, hogy az egészségügyi kormányzat képtelen a feladatának a megfelelő ellátására. Az ellenzékben lévő Fidesz ezt folyamatosan napirenden tartotta – ami hozzájárult a kormány általános legitimitásának a csökkenéséhez.

A tűzoltó és feszültségenyhítő intézkedések mellett néhány intézkedés a reformok folytatásának tekinthető. Az egészségügy jogi keretei szempontjából jelentős lépést jelentett az 1997. évi egészségügyi törvény elfogadása. A hosszabb távra szóló lépések közül az új egészségügyi törvény betegjogokra vonatkozó, a nemzetközi trendekkel összhangban lévő szabályozása volt az egyik legjelentősebb. A Regionális Modernizációs program a szolgáltatási struktúra átalakításának új módját kísérelte meg elindítani; több olyan koncepcionális eleme volt, amely azóta többször visszatért a reformkoncepciókban (pl. 2004-ben a nemzeti szakmai programokban).

Az időszak ellentmondásosságát, a kormányzati adminisztrációban meglévő különböző irányzatokat tükrözte az is, hogy az 1994-es kormányprogramban még nagy hangsúlyt kapott a szereplők egymáshoz való viszonyát tekintve a konszenzusos intézményi keretek kiépítése; az egészségügyi törvény nyomán pedig létrejött a Nemzeti Egészségügyi Tanács. A valóságban azonban a kormányzati hatalom erősítése, az Egészségbiztosítási Önkormányzat legfontosabb jogosítványainak az elvétele történt.

---

csoportok után.

232 Pontosabban azt a törekvést, hogy a biztosító hatékony szolgáltatás-vásárlóvá váljon.

Ebben az időszakban alakult ki az a – 2012-ig majdnem minden kormányzati ciklust végig kísérő – sajátosság, hogy a kormányzati ciklus elején jelen volt két jelentősen eltérő reformkoncepció és ezek minél előbbi összeegyeztetésére, a kompromisszum kialakítására nem volt képes a kormányzat. Ezt a kormányzati periódust szinte végig kísérte a Népjóléti Minisztérium és a Pénzügyminisztérium közötti – az egészségügy átalakítására vonatkozó – konfliktus. Azaz nemcsak az egészségügyi kiadások nagyságán folyt a vita, hanem a PM szakmai elképzeléseket is megfogalmazott, illetve igyekezett átvenni az egészségügyi rendszer átalakítását a Népjóléti Minisztériumtól.

Ezek a folyamatok azt is jelentették, hogy – elsősorban (de nem kizárólag) a gazdasági nehézségek miatt – az 1990-es évek elején elindult reformok megtorpantak és valójában már ebben az időszakban elindult azoknak a „visszarendeződés" típusú folyamatoknak egy része, amelyek az 1998-ban hatalomba került Fidesz-kormányzat egészségügyi tevékenységét jellemezték.

A kormányváltáskor a fő kérdés az volt, hogy a Fidesz-kormányzat visszatér-e az 1990-es évek elején elindult reformokhoz, vagy az ebben az időszakra jellemző kiadáskorlátozó és centralizáló tendenciákat folytatja-e.

7. Kormányzati kiadáskorlátozás és „magánkezdeményezés” az egészségügyi rendszer modernizációjára (1998–2002)

7.1. Gazdasági és politikai feltételek

A magyar gazdaság 1997-re új pályára került: a „Bokros-csomag” stabilizációs intézkedései és a gazdaságban az 1990-es évek elején elindult modernizációs folyamat eredményeként gyorsult a gazdasági növekedés. Az 1998–2002-es periódusban a GDP éves átlagos növekedési üteme 4% körüli volt. Az egy főre jutó GDP-t tekintve a magyar gazdaság lemaradása az EU-átlagtól, illetve az EU14-átlagtól is csökkent. A közhangulat, a lakosságnak az anyagi helyzetére és kilátásaira vonatkozó véleménye – az 1997-es mélypont után – javuló tendenciát mutatott (Sági, 2002).

Kiemelkedő eseménye volt a kormányzati ciklusnak a csatlakozási tárgyalások megkezdése az EU és Magyarország között 1998-ban. Az EU-tagságra vonatkozóan egyaránt pozitív várakozások jellemezték a társadalmat és a politikai és gazdasági szereplőket is. A csatlakozási folyamatban kevesebb figyelem irányult az egészségügyi rendszerre – ugyanis a szűkebb értelemben vett egészségügyi rendszer a tagállamok felelőssége, az Európai Bizottságnak az egészség védelmét és javítását szolgáló tevékenységei nem terjednek ki a tagállamoknak – az állami egészségügyre és társadalombiztosításra vonatkozó – törvényeinek és szabályozásának harmonizációjára.[233] Ugyanakkor a gazdasági szabályozók (amelyek részét képezték a jogharmonizációnak) számos ponton érintették az egészségügyet (pl. a munkaerő szabad áramlására vonatkozó rendelkezések).

A Fidesz-kormány törekvéseiben – a kormányzásban és a politikai színtéren is – a ciklus második évétől felerősödtek a rendszerváltás többszereplős modelljének korlátozására, az egyszereplős modell kialakítására irányuló törekvések (Lengyel,

233 Az *állam felelősségi körébe tartozó egészségügyi ellátás nem minősül gazdasági szolgáltatásnak*, és ebből következően nem vonatkozik rá a gazdasági szolgáltatásokra vonatkozó szabályozás. Az üzleti egészségbiztosítás más kérdés. Az EU gazdasági vállalkozásokra, versenyre és a nem-élet biztosításokra vonatkozó szabályozása érinti a magán betegbiztosítást is.

2001). A 2000-es évek elején a politikai közhangulat is ismét romló tendenciát mutatott: a Szonda Ipsos felmérése szerint az elégedetlenség „a szociális gondok enyhítése" és „a lakosság egészségi állapotának javítása" érdekében végzett (illetve nem végzett) tevékenységgel kapcsolatban volt a legnagyobb (Gyenes, 2001).

A gazdasági növekedés bővülő költségvetési forrásokat eredményezett, amelyekért éles harc folyt az egyes kormányzati szektorok, minisztériumok között. A gazdasági feltételek lehetőséget adhattak volna az egészségügy modernizálására és pénzügyi konszolidációjára (az állami költségvetésből és a GDP-ből való megfelelő részesedés helyreállítására). Ezt a lehetőséget a kormányzat azonban elmulasztotta. Az időszak egészét tekintve az egészségügy nem élvezett prioritást a költségvetési források elosztásakor.

Az egészségügy pénzügyi feltételei

A gazdasági növekedés ellenére az egészségügyre fordított kiadások reálértékét lényegében az előző kormány által – a költségvetés konszolidációjának részeként – drasztikusan lecsökkentett szinten tartotta a kormányzat. Tovább folytatódott az egészségbiztosítási munkáltatói járulékok csökkentése: 15%-ról 11%-ra. Ugyanakkor – a kiesett bevételek részbeni kompenzációja érdekében – a kormányzat folyamatosan, minden évben növelte az EHO-t (1999-ben havi 3600 Ft, 2002-ben pedig havi 4500 Ft volt az értéke).

Az egészségügy egyáltalán nem részesült a gazdasági növekedés által eredményezett többletforrásokból. Ezt mutatja, hogy az egészségügyi közkiadások GDP-hez viszonyított részaránya tovább csökkent: 2001-ben már csak a GDP 4,7%-át tette ki (1994-ben 6,3%, 1998-ban pedig 4,9% volt.) Az egészségügyi közkiadások reálértéke 1998-2001 között lényegében stagnált: 2001-ben csupán 4,9%-kal volt magasabb, mint 1998-ban (miközben 2001-ben a GDP 12%-kal meghaladta az 1998-as szintet). Az egészségügy súlyos helyzetét az 1994-es szinttel való összehasonlítás mutatja meg. 2001-ben az egészségügyi közkiadások reálértéke 12%-kal alacsonyabb volt, mint 1994-ben – miközben a GDP reálértéke 22%-kal meghaladta az 1994-es szintet. Még súlyosabb volt a helyzet az egyének által közvetlenül érzékelt egészségügyi szolgáltatások esetében: az E. Alap gyógyító-megelőző ellátásainak reálértéke 2001-ben 14%-kal volt alacsonyabb, mint 1994-ben. A háztartások közvetlen kiadásai 1998 és 2002 között (reálértéken számítva) 46%-kal növekedtek, 1998-ben az összes egészségügyi kiadás 24%-át, 2002-ben pedig 28%-át tették ki.

7.2. A kormányzati egészségpolitika általános jellemzői

Az egészségügyi kormányzattal szembeni egyik fő kihívás az volt, hogy képes lesz-e az előző időszak forráskivonását kompenzálni, a reformokhoz szükséges forrásokat biztosítani. A másik fő kihívást pedig az jelentette, hogy a „tűzoltásról” képes lesz-e a hangsúlyt áthelyezni az egészségügyi rendszer modernizálására. A kormányzat (kormányfő) egészségügyre vonatkozó elképzeléseit, intézkedéseit jelentősen befolyásolták a kormányzat általános – a jóléti rendszerre és a közigazgatásra irányuló – törekvései: a jóléti kiadások korlátozása és a közigazgatás centralizációja, a kormányzat szerepének erősítése a települési önkormányzatokkal szemben. Ezeknek a törekvéseknek az egyik elemét képezte az egészségügyi kiadások korlátozása, az Egészségbiztosítási Önkormányzat felszámolása és az előző kormányzati ciklusban elindított Regionális Modernizációs Program leállítása.

A Fidesznek *Az új évezred küszöbén* című választási programja egészségügyi fejezetének egyik központi kérdése a piaci mechanizmusok és a magánszervezetek szerepének az erősítése volt. A program hangsúlyozta, hogy *„A Kormány az ellátórendszer valamennyi területén szabályozott piaci mechanizmust igyekszik érvényesíteni.”* Ez az alap és járóbeteg-ellátásban a *„valódi és funkcionális magánosítást”*, a kórházak esetében pedig a nonprofit alapon működő szervezetek szerepének a növelését jelentette. További választási ígéretek voltak: az egészségügyi dolgozók bérének duplájára emelése (egyes nyilatkozatokban az orvosi béreknek a négyszeresére emelése), az amortizáció fedezetének a beépítése a szolgáltatások finanszírozásába, a biztosítási rendszer reformja és a sürgősségi ellátás átszervezése (megyei és a nagyobb városi kórházakban sürgősségi osztályok kialakítása). Az egészségügyi dolgozók a MOK-elnökből lett minisztertől a bérek jelentős növelését várták.

A kormányra lépés pillanatában még úgy tűnt, hogy lényeges reformokra készül a kormány: a Miniszterelnöki Hivatalban létrehozták az Egészségügyi Reformbizottságot. Ugyanakkor ez a kormányzaton belüli – a MH Reformbizottsága és az EüM közötti – konfliktus forrása is volt. Az egészségpolitika irányítása nem az Egészségügyi Minisztériumhoz, hanem a Miniszterelnöki Hivatal Reformbizottságához került.[234] Ismét napirendre került a reform fő irányának (fókuszának) a kérdése: nevezetesen, hogy a szolgáltatási szektorra (kínálati oldalra) koncentráljon-e továbbra is a reform (beleértve a szolgáltatók finanszírozási módszereit), vagy a reform hangsúlyát át kell-e helyezni a biztosítási rendszer reformjára, azaz a forrásteremtés és a biztosítás intézményi struktúrájának átalakítására (a keresleti

234 Ennek meghatározó tagjai a Fidesz egészségpolitikával is foglalkozó parlamenti képviselői (Frajna Imre és Selmeczi Gabriella) voltak.

oldalra). A Reformbizottság az utóbbi irányt képviselte: a versenyző biztosítók bevezetését javasolta. Ezzel szemben az egészségügyi miniszter ellenezte a javaslatot. A versenyző biztosítók bevezetése azonban hamar, már 1999-ben – az egészségügyön kívüli okok miatt – lekerült a napirendről. Ezt követően az egészségügyi kormányzat tevékenységére 2000 végéig a koncepciótlanság volt jellemző. A 2000 végén történt minisztercsere után az új miniszter a szolgáltatási szektorra vonatkozó – az 1990-es évek elejének reformjaival konform – elképzelésekkel állt elő.

Az időszak két fontos – hatásaiban a kormányzati perióduson túlmutató – reformértékű intézkedése a szolgáltatási szektorban 1999-ben az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) bevezetése, a népegészségügy területén pedig a nemdohányzók védelmére vonatkozó törvény[235] elfogadása és végrehajtása volt. A magyar egészségügyi reformtörekvések „természetrajza" szempontjából fontos hangsúlyozni, hogy mindkettő mögött külső ágensek jelentették a hajtóerőt. Az IBR koncepciója nem az egészségügyi közigazgatáson belül született, hanem az akkori időszak egyik legjelentősebb vállalkozójának (Somody Imrének), illetve a hozzá kötődő szakértői csoportnak a javaslata volt. A nemdohányzók védelmére vonatkozó törvényt pedig egyrészt a WHO törekvései, másrészt az EU-csatlakozás elvárásai ösztönözték (Vokó, 2009).

A kormányzati időszak pozitívumának tekinthető az *Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program* elfogadása[236] is, ami multiszektoriális kormányzati tevékenység kialakítását tűzte ki célul. A kormányhatározat a program megvalósításának a koordinálására létrehozta a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottságot, amelyben a minisztériumoknak legalább helyettes államtitkári szinten kellett képviseltetni magukat; továbbá hangsúlyozta a szakmai és civil szervezetekkel való együttműködés fontosságát. A program kidolgozásában széles körben vettek részt szakemberek és civil szervezetek. Azonban a kormány elkötelezettségét megkérdőjelezte, hogy a programhoz szükséges forrásokat csak a 2003. évi költségvetés tervezésének részeként irányozta elő.

7.3. Felszámoló intézkedések

Az új kormány első intézkedéseit az egészségügyben a Regionális Modernizációs Program eltörlése és a társadalombiztosítás önkormányzati igazgatásának (Egészség-

235 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól

236 1066/2001. (VII. 10.) Korm. Határozat a 2001–2010. évekre szóló *Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program* alapelveiről

biztosítási Önkormányzatnak és a Nyugdíjbiztosítási Önkormányzatnak) a megszüntetése jelentette. Ennek a következménye volt, hogy a társadalombiztosítás pénzügyi alapjai, gazdálkodása minisztériumi irányítás alá kerültek. Az önkormányzatok legfontosabb jogosítványait már 1996-ban az államháztartási törvény módosítása megszüntette. Valójában ezt a Horn-kormány alatt elindult folyamatot fejezte be az Orbán-kormány 1998-ban az önkormányzatok felszámolásával. A kormányzaton belüli – az egészségügy pénzügyi forrásai feletti – harcot mutatja, hogy az Egészségbiztosítási Alap és az OEP felügyelete először a Miniszterelnöki Hivatal államtitkárához, utána a pénzügyminiszterhez, majd végül az egészségügyi miniszterhez került.

Az 1997-ben indult (az előző fejezetben részletesebben tárgyalt) Regionális Modernizációs Program a Fidesz szakértői köreinek egy részében is támogatottságot élvezett, továbbá a nyertes (Dél-Alföldi) regionális konzorcium szakmai vezetője a Fideszhez közelálló szakember volt – így nem volt szükségszerű, hogy az új kormány félresöpörje a programot.[237] Azonban erősebbnek bizonyult az a politikai szempont, hogy a korábbi kormányzat kiemelt szakmai programja nem folytatható, továbbá a regionális szakmai központok 1997-ben elkezdett kialakítása és a döntési kompetenciák jelentős részének – a program megvalósítása esetén tervezett – regionális szintre helyezése ellentétben állt a kormányzat általános centralizációs törekvéseivel. A döntésben az is szerepet játszott, hogy a Fidesz két konkurens szakértői csoportja közül a választások után átmenetileg az a csoport került erősebb pozícióba, amelyik a versenyző biztosítók kialakítását tűzte ki célul.

7.4. Kísérlet a biztosítási rendszer átalakítására

1999 elején tette közzé a Miniszterelnöki Hivatal Reformbizottsága a versenyző biztosítók bevezetésére vonatkozó koncepcióját. A tervezett modell szerint a magasabb jövedelműek kimaradhattak volna a kötelező biztosításból és számukra a magánbiztosítók nyújtottak volna önkéntes magánbiztosítást.[238] A kötelező biztosítás esetében az OEP-től lehetőség lett volna más – a kötelező biztosítást működtető

237 A személyi feltételek nemcsak szakmai, hanem politikai nézőpontból is megteremthetők lettek volna a folytatáshoz, mivel a programban részt vevő szakemberek átszelték a politikai palettát: a Világbanki Programirodában és az egyes régiók vezetésében is voltak a Fideszhez köthető szakemberek.

238 Ez az akkori német és holland rendszer egyik jellemzője volt.

– biztosítóhoz átjelentkezni. A modell feltételezése az volt, hogy a biztosítók közötti verseny azt eredményezi, hogy a biztosítók minél hatékonyabb működésre, jobb minőségű szolgáltatások nyújtására ösztönözik a szolgáltatókat. A versenyző biztosítók kérdésében nem csak az egészségügyi szakemberek, hanem Fidesz parlamenti frakciója és a kormányzat is megosztott volt; a javaslatot ellenezte az egészségügyi miniszter is. Nemzetközi színtéren is az egyik legvitatottabb kérdést jelentették a versenynek a kötelező biztosításba való bevezetésének (a versenyző biztosítók modellnek) az előnyei és hátrányai (Tapay és Colombo, 2004).[239] Annak, hogy a kérdés lekerült a napirendről a közvetlen oka nem szakmai jellegű, hanem a Miniszterelnöki Hivatal egészségügyért felelős helyettes államtitkárának egy – az egészségügyön kívüli – botrány miatti menesztése volt. A különböző érdekcsoportok közötti egyensúlyozás következtében egy rövid időre a Gazdasági Minisztérium kapta feladatul az egészségügyi reform kidolgozását, majd a dolgok visszatértek a „régi vágányra" és az egészségbiztosítás felügyelete a Pénzügyminisztérium és az Egészségügyi Minisztérium alá rendelődött. Az OEP funkciója az önálló szolgáltatásvásárló intézmény helyett a passzív pénzkiutaló szervezet irányába tolódott el. A minisztérium esetében pedig gyengült a szabályozó szerep és erősödtek a kézivezérlés elemei. A szemléleti változást példázza, hogy az OEP és a szolgáltatók közötti szerződések tartalmi elemeinek a fejlesztése, a folyamatos, rendszerszerű – modern informatikán alapuló – ellenőrzés és pozitív ösztönzők kialakítása helyett „OEP kommandókat" hoztak létre, amelyek feladata a helyszíni ellenőrzés és a csalás tettenérése volt.

7.5. A háziorvosi „praxisprivatizáció"

Az Egészségügyi Minisztérium bizonyos szempontból sikerként könyvelhette el, hogy a versenyző biztosítók elképzelés lekerült a napirendről, továbbá hogy a Gazdasági Minisztérium kezéből kikerült az egészségügyi reform koordinálása. Az Egészségügyi Minisztériumnak azonban nem volt konkrét elképzelése az egészségügy kiéleződött problémáinak kezelésére. A korábbi kormányzattal szembeni ellenséges szembenállás azt is megakadályozta, hogy a korábbi tervek közül vegyenek át.[240] Ugyanakkor 1999 végére az is nyilvánvalóvá vált, hogy az Egészségügyi Miniszté-

239 A versenyző biztosítók melletti és elleni érvekkel a 9. fejezet foglalkozik.

240 Az elutasítás olyan mértékű volt, hogy még az ideológiailag semleges hagyományos röntgenpark felújítását szolgáló programot is leállították.

riumnak valamilyen reformlépést fel kellene mutatnia – lehetőleg olyat, ami nemcsak a kormányzati retorikában könyvelhető el reformnak, hanem érzékelhetően javít az egészségügyben dolgozók (legalább egy csoportjának) a helyzetén. Másrészt az is nyilvánvalóvá vált, hogy nincs pótlólagos forrás, az egészségügy alulmaradt a forrásokért való küzdelemben. A „megoldást” a háziorvosi ellátásban[241] a működtetési jog bevezetése, köznapi nevén a „praxisprivatizáció” jelentette. 2000-ben a praxis működtetése anyagi értékű joggá változott, amely értékesíthető volt (vagy a családtag tovább folytathatta a praxist). Valójában a kormány kitöltetlen csekket adott az alapellátásban dolgozó orvosoknak (háziorvosoknak és fogorvosoknak), amit nem a 2000. évi, vagy a következő költségvetésből kellett kifizetni, hanem a rákövetkező években a praxist megvásárló orvosok fizették meg az intézkedés költségeit. Továbbá nyilvánvalóan befolyásolta a praxisok árát a paraszolvencia-termelő képességük – azaz már a törvény meghozatalakor látható volt annak a kockázata, hogy épp a hátrányos helyzetű térségekben nem lesz vevő a praxisokra.[242] Ez az intézkedés nem érintette a háziorvosi ellátás alapvető problémáit, amelyek következtében nem teljesült a háziorvosi rendszer létrehozásakor hangoztatott cél, hogy a betegek az állapotuk által igényelt szinten kapjanak ellátást, azaz a betegellátásban növekedjen a háziorvosok által nyújtott megelőzésnek, gondozásnak és befejezett ellátásnak a szerepe.

7.6. Privatizációs törekvések a kórházi szektorban

Az egészségügyi szektorban kiéleződött feszültségek csökkentése érdekében és a választásokra való készülés részeként 2000 végén a kormányfő minisztercserét hajtott végre – ami a kormány első két éve kudarcának a beismeréseként is volt interpretálható. Az új miniszter határozott elképzelésekkel érkezett, amelynek középpontjában egyrészt a népegészségügy fejlesztése, másrészt a szabályozott piac koncepciója, a szolgáltatók rugalmasabb működési formáinak a kialakítása állt. A miniszter a tevékenységét a minisztérium vezetésének jelentős átalakításával és annak a megakadályozásával kezdte, hogy a minisztérium felügyelete alá

241 Az 5. fejezet részletesen foglalkozott a háziorvosi rendszer bevezetésével és jellemzőivel.

242 A praxisprivatizáció az egyik (de nem elsődleges oka) a hátrányos helyzetű térségekben kialakult és napjainkban is súlyos problémát jelentő háziorvoshiánynak.

tartozó intézmények jelentős részét az elődje által kezdeményezett Nemzeti Egészség Közhasznú Társaságba kivigye.[243]

A Nemzeti Egészség Kht. sajátos kísérlet volt a minisztérium irányítása alá tartozó állami vagyon egy részének, továbbá bizonyos kormányzati feladatoknak a privatizációjára. A leköszönő miniszter eredeti javaslata szerint a négy magánszemély (köztük a leköszönő miniszter által) által létrehozandó Nemzeti Egészség Kht. használati jogába került volna a balatonvilágosi Club Aliga üdülőkomplexum, a budakeszi Rehabilitációs Intézet, továbbá megszűnt volna az önállósága és a kht.-ba olvadt volna öt nagy szanatórium,[244] továbbá az Orvostörténeti Múzeum, a Sváb-hegyi Gyermekgyógyintézet, az Egészségfejlesztési Kutatóintézet, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet és az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár. A kormányon belüli viták következtében a cégbíróságra beadott dokumentumban már csak a három egészségfejlesztési intézetet és a Club Aliga üdülőkomplexum szerepelt. 2001 januárjában azonban a miniszterelnöknek (az új egészségügyi miniszter hatására született) kérésére a kht. alapítói visszavonták a cégbíróságról az alapító okiratot.

Az 1990-es évek eleje óta a privatizáció, a magánszektor térnyerése – a háziorvosi ellátást és a gyógyszertárakat kivéve – alapvetően a piaci szereplők által kezdeményezett, spontán folyamatként zajlott az egészségügyben (a gazdaságban alkalmazott törvények keretei között). A tulajdonos önkormányzatokat pedig a kórházuk eladósodása és a fejlesztési források hiánya erőteljesen ösztönözte a magánvállalkozásokkal való szerződésre. Az 1990-es évek második felében a hiányszakmákban (anaesthesia, reumatológia, patológia stb.) egyre inkább terjedt a korábban közalkalmazottként dolgozó orvosoknak a vállalkozási formában történő szerződéses alkalmazása (a jövedelem-rendezés sajátos formája), valamint vállalkozói szerződések kötése egyes kórházi osztályoknak a működtetésére (osztályok kiszervezése). Így miközben az általános bérrendezés elmaradt az egészségügyben, addig az orvosok egyes csoportjai a sajátos piaci körülmények között, sajátos piaci formák alkalmazásával (részben) érvényesíteni tudták a jövedelmük növelésére irányuló törekvéseiket. Ez ismét egy újabb példa volt az egyéni stratégiák, „kiskapuk" érvényesülésére/érvényesíthetőségére a kollektív érdekérvényesítés helyett. Ezt a folyamatot számos kritika érte: a gyógyító intézmények egyes gyógyító részlegeinek az elkülönült privatizációját sokan a kórházak jövedelmező tevékenységei „kimazsolázásának" tekintették.

243 https://politicalcapital.hu/kereses.php?article_read=1&article_id=635

244 Mátrai Állami Gyógyintézet, az Állami Szanatórium Sopron, a Hévízfürdői Reumatológiai és Rehabilitációs Kórház, a Balatonfüredi Állami Szívkórház, a Parádfürdői Állami Kórház.

A magánszolgáltatók szerepe, ennek részeként a magánszolgáltatók részvétele a közszolgáltatások nyújtásában (az egészségbiztosítással való szerződés alapján) a rendszerváltás óta az egyik legvitatottabb kérdése volt az egészségügy átalakításának. Az eltérő – privatizációt támogató és ellenző – nézetek megtalálhatók voltak minden politikai pártban és a kormányzatokon belül is. A 2001-ben elfogadott kórháztörvénytől[245] remélt pozitívumok a tőkebevonás, a hatékonyság és minőség javítása voltak. Ugyanakkor a törvény megoldást keresett a spontán privatizáció által generált problémákra is. A 2001. évi kórháztörvény a korábbi spontán folyamathoz képest korlátozó volt: csak egészségügyi közintézmény, egyház, továbbá közhasznú szervezet köthetett feladatellátási, illetve feladatátvállalási szerződést az önkormányzatokkal. Ugyanakkor a közhasznú szervezetek alvállalkozói szerződést köthettek a magánvállalkozásokkal. A törvény lehetővé tette, hogy a kórházak közhasznú társasági formában működjenek, alvállalkozóként profitérdekelt vállalkozásokkal is szerződjenek, az orvosok pedig szabadfoglalkozásúként dolgozzanak (szerződésben a kórházzal). A törvény több vonatkozásban is jelentős vitákat váltott ki. A parlament egészségügyi bizottságában egy Fidesz-képviselő tartózkodása miatt nem kapott többséget a miniszter törvényjavaslata.[246] A parlament ezt követően három héttel elnapolta a törvénytervezet vitáját. A törvény parlamenti vitájában – a Fidesz-kormányok történetében szinte példátlan módon – a Fidesz-frakció az egészségügyi miniszter által beterjesztett törvény több fontos paragrafusát is leszavazta:[247] kikerültek a törvényből azok a rendelkezések, amelyek kiszélesítették volna a miniszter hatáskörét az önkormányzatok rovására a privatizációt tekintve. (Az eredeti javaslat szerint a miniszter engedélyére lett volna szükség ahhoz, hogy az önkormányzat átalakíthassa a kórházát gazdasági társasággá vagy kiszerződhesse a működtetését.) A másik konfliktus a minisztérium és a MOK között alakult ki. Annak ellenére, hogy a MOK számos javaslata bekerült a törvényjavaslatba, a MOK közgyűlése nem támogatta azt: „*A MOK […] képviselő-testületi ülése úgy határozott: a törvénytervezet még így sem alkalmas az indoklásában szereplő célok elérésére. Vagyis arra, hogy*

245 A 2001. évi CVII tv. az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról.

246 A Fidesz-frakció egy része (különösen az egészségpolitikusok) és a KDNP-hez közelálló miniszter között kezdetektől éles volt az ellentét elsősorban a miniszter első (a minisztériumot átalakító és a Nemzeti Egészség Kht. létrejöttét meghiúsító) intézkedései miatt, amelyek a Fidesz-képviselők minisztériumra gyakorolt befolyásának a visszaszorítását eredményezték.

247 Ezek után a miniszter benyújtotta lemondását, de a miniszterelnök nem őt, hanem a Fidesznek a konfliktusban érintett államtitkárait mentette fel. (https://politicalcapital.hu/kereses.php?article_read=1&article_id=635)

megállítsa a kórházakban tapasztalható vadprivatizációt, tőkeinjekcióhoz juttassa az intézményeket és jobb helyzetbe hozza az orvosokat."[248]

Napjainkból nézve, három megjegyzés is idekívánkozik. Az első: a kórházak rugalmasabb működési formáinak kialakítására vonatkozó törekvés azon kevés reformintézkedések egyike volt az elmúlt évtizedekben, amit a 2002-ben történt kormányváltás után tovább folytatott az új kormányzat is. A második: a hajtóerőt ebben az esetben is az egészségügyi kormányzaton kívüli tényezők (a magánvállalkozások) jelentették. A harmadik megjegyzés pedig arra a gyökeres fordulatra vonatkozik, ami az első és a második Fidesz-kormány szemléletében, a kórházak optimális működésére vonatkozó nézeteiben történt. Az 1990-es évek végén az egészségügyi kormányzat a hatékonyságnövelés eszközeinek tekintette a rugalmas működési formákat, az állami és magánszektor szabályozott együttműködését és a gazdasági ösztönzőket. Ezzel szemben a 2010-es évek elején a kórházi szektor centralizálását, a központi utasításokon alapuló irányítást valósította meg a kormányzat, és az állami és a magánszektor merev elválasztására törekedett.[249]

A kórházak hatékonysági problémáinak csak egyik összetevője volt a költségvetési intézményi forma merevsége. Az egyes kórházak működésének hatékonyságát – többek között – az is akadályozta, hogy a HBCS-díjak (és a járóbeteg-ellátás pontszámai) nem tartalmazták az amortizációt (az állóeszközök pótlásának a fedezetét). Ezért a kormány által deklarált célok között nagy hangsúlyt kapott az amortizáció fedezetének beépítése a szolgáltatásokért fizetett díjakba. A probléma jelentőségének a megértéséhez szükségesnek tartom egy rövid kitérőt tenni.

7.7. Kitérő: A beruházások finanszírozása

A szolgáltatói szektor hatékonysági problémáinak egyik fő okát a túlzott kórházi kapacitások jelentették. Ennek az újratermelődéséhez hozzájárult, hogy a kapacitások jövőbeni alakulását befolyásoló beruházásoknál nem érvényesültek a hatékonysági szempontok. Ennek egyik összetevője az volt, hogy az amortizációt nem

248 https://www.origo.hu/itthon/20011107csak.html

249 A nemzetközi tapasztalatok és a közgazdasági megfontolások alapján is egyértelmű, hogy az egészségügyi rendszerek sajátosságainak az 1990-es évek végére jellemző törekvések feleltek meg jobban.

tartalmazták a HBCS-díjak[250]. A másik összetevő a rendszerszintű (országos és regionális) tervezés hiánya volt. Közgazdasági értelemben egy áru vagy szolgáltatás költsége (ára) tartalmazza a szolgáltatásra eső amortizációt is. A teljesítményfinanszírozás bevezetésekor azonban ezt a költségelemet kihagyták HBCS-rendszer és a járóbeteg-pontrendszer paramétereinek a megállapításakor. Fennmaradt a korábbi rendszer: a beruházások nagyobb részét központi költségvetési támogatásokból, kisebb részben pedig a tulajdonos önkormányzatok költségvetéséből finanszírozták. Mivel az állóeszköz pótlását nem a szolgáltatások utáni bevételből kellett finanszírozni, sem a kórházi menedzsment, sem a tulajdonos nem volt érdekelt az állóeszközökkel való racionális gazdálkodásban. Nem volt arra ösztönözve/kényszerítve, hogy a lehető legjobban kihasználja az eszközeit (orvosi berendezéseket stb.); hogy meggondolja, valóban szüksége van-e az új beruházásra,[251] hogy ellenálljon az orvosok túlzott (presztízs vagy saját egyéni érdekeit szolgáló) igényeinek. Így azután a központi fejlesztési források iránti igény megfogalmazásakor semmi sem ösztönözte az intézményeket a gazdasági realitásoknak, az erőforrások szűkösségének a mérlegelésére. A másik oldalon, a központi döntéshozókat pedig semmi sem ösztönözte a hatékonyság szempontjának a mérlegelésre (nem is rendelkeztek megfelelő információval ahhoz). A korábbi évtizedekhez hasonlóan a beruházásokat nagymértékben befolyásolták a befolyásos orvosok egyéni törekvései, a kórházvezetők és tulajdonosok „kijáró képessége”, a központi döntéshozók egyéni érdekei. A rendszerváltás után a forrásokért lobbizók köre bővült, pl. az országgyűlési képviselőkkel. Dózsa (2010) elemzése szerint a 2000-es években *„[…] összesen 12-15 közé tehető azon intézmények száma (a 30 darab 300 ágy alatti kórháznak hozzávetőlegesen a fele), ahol a címzett beruházás zsákutcás fejlesztést eredményezett, hiszen 4–8 év távlatában ezek a kapacitások kihasználatlanokká váltak, megszűnt az aktív fekvőbeteg-szakellátás (jellemző példák: Szikszó, Kisbér, Mezőtúr, Pásztó)”* (Dózsa. 41).

Az 1990-es évtizedben a magyar egészségügy technológiai színvonala, műszerezettsége ellentmondásosan alakult: egyes high-tech területekre (pl. CT) a gazdasági lehetőségeket meghaladó, koordinálatlan, párhuzamos fejlesztések és alacsony kihasználtság volt jellemző, a másik oldalon pedig a műszerezettség jelentős részét tekintve a helyzet több területen romlott, mert az 1970 és 1980-as években telepített

250 *„A finanszírozás […] neuralgikus pontja tehát a pótlások, fejlesztések, beruházások finanszírozása. Az ÁSZ korábbi jelentéseiben több alkalommal felhívta a figyelmet erre. A kérdéskör áttekintését a Világbank már 1995-ben javasolta”* (ÁSZ, 2003. 42).

251 A szükségtelen beruházások felesleges kapacitásokat hoznak létre, ami a rendszer szintjén a hatékonysági problémák egyik forrása.

berendezések elavultak, de tervszerű felújításuk, cseréjük elmaradt. A hazai egészségügyben a drága orvostechnika kihasználatlansága együtt volt jelen a műszerpark mennyiségi és minőségi hiányosságával (Csákány, 1996). Nem volt olyan szervezet, amelynek feladata lett volna egy adott térség (megye, régió) egészségügyi ellátásának stratégiai tervezése, a fejlesztések koordinálása.

7.8. „Magánkezdeményezés" az alapellátás reformjára: az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR)

Az 1999-ben elindult IBR modellkísérlet[252] a rendszerváltás óta eltelt évtizedeknek az egyik legjelentősebb szervezeti innovációja volt. Amíg a 6. fejezetben tárgyalt Regionális Modernizációs Program regionális szinten, addig az IBR kistérségi szinten komplex módon törekedett a rendszer működését átalakítani:[253] új – a strukturális átalakítás ágensekét működő – szereplő létrehozásával, az ellátás új szervezeti kereteinek és ösztönzőknek a bevezetésével. Az IBR esetében is – hasonlóan a Regionális Modernizációs Programhoz – külső hajtóereje volt az innovációnak. Ebben az esetben a külső tényezőt az akkori időszak egyik legjelentősebb vállalkozójának a személyes törekvése jelentette. Somody Imre Veresegyházán létrehozta a Misszió Egészségházat, ami az egészségügyi ellátás mellett helyet adott egy szakértői csoportnak is, akik kidolgozták az IBR koncepcióját. Somody Imre pedig az akkori miniszterelnökhöz fűződő jó kapcsolata révén el tudta érni, hogy modellkísérletként bevezették az IBR-t.[254] Az IBR komplex módon célozta meg az ellátás alapvető problémáit: az ellátás túlzott kórházcentrikusságát,[255] az egészségügyi ellátás koordinálatlanságát (az alapellátás, járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás között), továbbá

252 Az IBR amerikai és angol minták – a magyar viszonyokat figyelembe vevő – adaptálásából született (Sinkó 2004). Az amerikai mintát az HMO-k *(Health Maintanence Organisation)* jelentették, amelyek többek között a betegutak követésével, szabályozásával, protokollok alkalmazásával törekedett a hatékonyság javítására (Orosz, 1992). Az angol mintát pedig a *GP-fundholder* rendszer jelentette, amelyben a háziorvos-csoportok ténylegesen költségvetést kaptak a szakellátás megvásárlására a hozzájuk feliratkozott egyének számára; a megtakarítást pedig a praxis fejlesztésére használhatták (GYEMSZI, 2011).

253 Sinkó (2005) részletesen elemzi az IBR jellemzőit (összehasonlítva a hagyományos egészségügygyel), továbbá az 1999 és 2005 közötti tapasztalatokat.

254 Az IBR az Egészségbiztosítási Alap 1999. évi költségvetésére vonatkozó törvény 1998. decemberében elfogadott módosításaként került bevezetésre.

255 Ezen azt értendő, hogy jelentős mértékben olyan betegeket is a fekvőbetegként látnak el, akik az alapellátásban és/vagy a járóbeteg-ellátásban is elláthatók lennének (definitív ellátást kaphatnának).

a minőségbiztosítás és az ösztönzők hiányát (Bodnár és Vörös 2008; Sinkó 2004). Alapvető cél volt az orvosok és betegek attitűdjének és a köztük lévő kapcsolatnak, a háziorvosi (a betegek tovább küldésére és receptfelírásra redukált) gyakorlatnak a megváltoztatása, továbbá az egészségügyi szolgáltatók közötti kapcsolatok átalakítása az ellátás koordinációja érdekében. A koncepció szerint az IBR érdekeltsége nem csak a jó minőségű ellátás volt, hanem az egészségmegőrzés, betegségek megelőzése is; az egyéneket/pácienseket pedig aktív szereplővé kívánta tenni az egészségük megőrzésében és a betegellátási folyamatban. Azt is feltételezték, hogy a modell működési módja jelentősen csökkenteni fogja a betegek kiszolgáltatottságát (Sinkó, 2005).

Az innováció egyik kulcselemét az jelentette, hogy új – alapvetően koordinátori funkciót betöltő – szereplő lépett a rendszerbe: az ellátásszervező. Az ellátásszervező lehetett egy szakrendelő, egy kórház, egy háziorvosi csoport vagy egy (erre a célra alakult) magánvállalkozás is. Az ellátásszervező egyrészt az OEP-pel szerződött a finanszírozására, másrészt az adott IBR-t választó háziorvosokkal[256] és az általuk lefedett térség lakosságát ellátó szakrendelőkkel és kórházakkal a szakmai együttműködés és a belső érdekeltségi rendszer kérdéseire. A háziorvosok számára az teremtette meg az ösztönzést, hogy részesültek a megtakarításból.

Az IBR fejkvóta szerint meghatározott éves költségvetést kapott az OEP-től, ami erős érdekeltséget teremtett: azt biztosította, hogy az (ideális esetben a hatékonyság javításából eredő) éves megtakarítás az ellátásszervezőnél, az adott kistérségben maradt. A fejkvótát az IBR-hez tartozó biztosítottak alapján számították, az életkor és a nem figyelembevételével – ami a fejkvóta számítás meglehetősen kezdetleges módszerét jelentette. Az IBR nem tényleges, hanem „virtuális költségvetést” kapott: az OEP korrigált fejkvóta alapján számítva az IBR lakosságára jutó összeget az ellátásszervező „elvi folyószámlájára” helyezte és ezen elszámolta az IBR-hez tartozó lakosok után történt kifizetéseket. Nem csak a háziorvosi ellátás esetében, hanem néhány ellátás kivételével az OEP által finanszírozott összes ellátást tekintve. Nem kerültek bele az IBR költségvetésébe a nagy költségigényű ellátások és azok az ellátások, amelyeknek a finanszírozása nem tételesen (azaz nem eset vagy beavatkozás alapján) történt (pl. ügyeleti ellátás, betegszállítás stb.). Az év végén az OEP megállapította a keletkezett megtakarítást és azt ténylegesen utalta az IBR-nek. A megtakarítást a háziorvosok díjazására, a háziorvosi praxisok és az IBR közös szolgáltatásainak a fejlesztésére használhatta fel az ellátásszervező. Ha tartósan veszteséges volt az adott IBR, akkor az OEP felbonthatta a szerződést az ellátásszervezővel. Ez nem érintette a páciensek

256 Azaz a háziorvosok léptek be a rendszerbe (és nem az egyének) – és vitte magával a hozzá tartozó egyéneket.

hozzáférését az ellátáshoz: a háziorvossal együtt visszakerültek a hagyományos rendszerbe.

Az ellátásszervezővel szemben elvárás volt (amelyet az OEP-pel kötött szerződés is tartalmazott), hogy monitorozza a betegutakat és törekedjen azok optimalizálására; prevenciós és gondozási programokat működtessen; minőségbiztosítási rendszert alakítson ki, beleértve szakmai protokollok[257] kidolgozását és a háziorvosoknak továbbképzések szervezését. Kiemelt tevékenység volt a prevenciós és gondozási tevékenység – ezekről negyedévente jelentést kellett küldeniük az OEP-nek. A (jól működő) IBR-ek prevenciós és gondozási programokat alakítottak ki, az ellátásszervező követte és elemezte a betegutakat, szakmai protokollokat fejlesztettek ki és minőségellenőrzést gyakoroltak a háziorvosok tevékenysége felett, az adatok elemzése alapján informálták a háziorvosokat a tevékenységük jellemzőiről, a többi háziorvossal összehasonlítva. Az IBR-ek kialakították saját informatikai rendszerüket. Ehhez az OEP-től megkapták a hozzájuk tartozó egyének által igénybe vett ellátok adatait (függetlenül attól, hogy hol vette igénybe az ellátást az egyén). Ennek alapján elemezni tudták a tényleges betegutakat és a háziorvosok betegellátási gyakorlatát.[258]

A rendszer háziorvosok általi növekvő támogatottságát mutatta a bővülése. 1999-ben 9 szervezőn keresztül 104 háziorvosi praxis és kb. 160 ezer lakos tartozott a modellkísérletbe. 2004 szeptemberében pedig már 18 szervező, 1270 háziorvosi praxis, és a lakosságszám közel 2 millió főre emelkedett (ÁSZ, 2005). Az ellátásszervezők számának a növekedése mellett növekedett az egyes IBR-ekhez tartozó lakosságszám is. A Misszió Egészségközponthoz tartozó lakosság száma öt év alatt 13 ezerről 240 ezerre növekedett. Az egyes IBR-ekhez tartozó lakosság száma: 75–240 ezer fő között volt. (Sinkó, 2005).

Az előbbiekben vázolt pozitívumok természetesen nem egyformán jellemezték az összes IBR-t. Az IBR-nek szükségszerűen voltak egyrészt a rendszer általános jellemzőiből eredő problémái, másrészt a megvalósításának pedig gyenge pontjai. A fejkvóta típusú finanszírozásban (mint minden más finanszírozási módszerben) egyszerre vannak pozitív és negatív ösztönzők. A fejkvótán alapuló finanszírozás ösztönöz a megelőzésre, ugyanakkor nem (kellően) ösztönöz a minőség javítására, továbbá a magas kockázatú betegek „elkerülésére" ösztönöz. Ezekből a jellemzőkből

257 A szakmai protokoll: az adott intézményben aktuálisan végzett egészségügyi ellátás, kezelés, beavatkozás, a beteg menedzsment elvégzéséhez szükséges események és tevékenységek rendszerezett listája, a szakmai irányelvek és módszertani levelek ajánlásainak figyelembevételével.

258 A hagyományos háziorvosi rendszert tekintve ilyen elemzésre az OEP-nek se érdekeltsége, se szakmai kapacitása nem volt.

következően voltak olyan IBR-ek is, amelyek elsősorban a kedvező egészségi állapotú kistérségek kiválasztásával tudtak megtakarítást és ezáltal a szervező és az orvosok számára többletjövedelmet elérni (és nem a jó teljesítménnyel). Ezeknek a problémáknak az enyhítésére az egyik eszköz a fejkvóta folyamatos fejlesztése, „finomítása” lett volna. Az modellkísérlet egyik kulcskérdése az volt, hogy sikerül-e azt elérni, hogy az IBR-hez tartozó betegek elsődleges találkozási pontja[259] az egészségügyi rendszerrel a háziorvos legyen és a betegek ne közvetlenül a járóbeteg- vagy felvőbeteg intézményekhez forduljanak. Ennek az attitűdnek és gyakorlatnak[260] a befolyásolásához kevés eszköze volt az ellátásszervezőknek.

Az Egészségügyi Minisztérium és az OEP vezetése a kezdetektől csak „félszívvel” támogatta a projektet – talán azért is, mert a kezdeményezés az intézményrendszerükön kívülről jött. Nem alakult ki a projekt folyamatos értékelése és a problémák menet közbeni korrekciója (pl. a fejkvóta számítási módszerének a folyamatos fejlesztése). A következő fejezetben látni fogjuk, hogy az IBR története a 2002-es kormányváltás után sajátos fordulatot vett.

7.9. Feszültségek kiéleződése és tűzoltó intézkedések

A Fidesz-kormány súlyos pénzügyi feszültségekkel terhelt egészségügyi rendszert örökölt: az egészségügyi közkiadások reálértéke 1998-ban 16%-kal alacsonyabb volt, mint 1994-ben. A várakozás – amit erősítettek a Fidesz béremelésre vonatkozó választási ígéretei is – az egészségügyre fordított kiadások jelentős bővítése volt. Ez nem valósult meg: 1998 és 2000 között a közkiadások reálértéke nem növekedett és a jelentős béremelésre sem került sor. Ez a már 1998-ban is jelentős feszültségeket, elégedetlenséget tovább fokozta, aminek hatására az Egészségügyben Dolgozók Demokratikus Szakszervezete (EDDSZ) a Semmelweis-napra országos demonstrációt szervezett. 2000. június 30-án az ország 50 városában és Budapesten a Hősök terén is tüntettek az egészségügyi dolgozók.[261] Tárgyalásokat követeltek a 2000-es költségvetés egészség-

259 Természetesen számos olyan eset van, amikor nem a háziorvos az adekvát szolgáltató (pl. sürgősségi ellátás).

260 Az államszocialista rendszer egyik öröksége volt, hogy a körzeti orvosoknak nem volt tényleges „kapuőr” szerepe. Elsősorban (de nem kizárólag) a városokban élőkre (akiknek a lakóhelyén elérhető volt a szakorvosi ellátás és a kórház) az volt jellemző, hogy a problémáikkal közvetlenül a szakorvosokhoz fordultak; a háziorvosi ellátáshoz többnyire receptfelírásért vagy táppénzbe vételért fordultak.

261 https://eddsz.hu/hirek/reszletek/117/az-msz-eddsz-tortenete

ügyi és szociális kiadásainak és a béreknek a növelésére. A feszültségek csökkentése érdekében a kormány az egészségügyben 15 milliárd forint (100 ezer Ft/fő) egyszeri jutalom kifizetéséről döntött (ami azonban csak részben teljesült).

Az EDDSZ tárgyalási kezdeményezéseit a kormány továbbra is elutasította. Ezért az EDDSZ országos figyelmeztető sztrájkokat és demonstrációkat hirdetett 2000. december 7.–9-re,[262] hogy felhívja a figyelmet a költségvetéshez javasolt módosító indítványukra, ami megteremtette volna az egészségügyi és szociális szféra bérrendezésének a fedezetét. (Az országgyűlés december 18-án és 19-én tárgyalta a kétéves költségvetést.) A demonstrációk hatására a kormány 20%-os bérfejlesztésre tett ígéretet, amiből az egészségügyi ágazatban 16,2%-os, a szociális ágazatban pedig 13,7%-os béremelés valósult meg.

7.10. Mérleg

Az egészségügyi kormányzattal szembeni egyik fő kihívás a források (reálértékének) jelentős növelése, az előző időszak forráskivonásának korrekciója volt, a másik fő kihívás pedig a „tűzoltás" helyett a reformok folytatása, mindenekelőtt a szolgáltatási szféra modernizálása érdekében. Az első kihívásra adott kormányzati válasz egyértelműen nemleges volt. A kormányzat tevékenységét a kiadás-korlátozás folytatása jellemezte. A stabil gazdasági növekedés eredményezte forrástöbbletből az egészségügy nem részesült, az egészségügy államháztartáson belüli relatív pozíciója tovább romlott, az ebből eredő feszültségek tovább éleződtek.[263] Az egészségügy pénzügyi forrásainak növelése mindenekelőtt politikai megfontolásokból kiindulva nem szerepelt a kormányzat (kormányfő) prioritásai között: az egészségügyi ellátórendszer strukturális átalakítása (mindenekelőtt a kórházhálózat modernizációja) egyrészt forrásigényes, másrészt az eredmény pedig nem az adott kormányzati ciklusban várható. Továbbá az előző kormányzati ciklusnak a politikusokat jelentősen befolyásoló tapasztalata volt, hogy a kórházstruktúra átalakításának a folyamata konfliktusos, ami jelentős politikai kockázatot jelenthet. A kiadáskorlátozás következtében növekedtek a feszültségek: a kórházak krónikus eladósodása,

262 https://index.hu/belfold/eddsz?token=896bfe9287ff8e120517070e43c57577

263 Az egészségügyi szolgáltatások „árai" reálértékének folyamatos csökkenése következtében (miközben az inputok árai növekednek) – az egészségügyben dolgozó gyakorlati szakemberek (kórházigazgatók, orvosok) véleménye szerint is – már érzékelhető volt a szolgáltatások minőségének romlása.

az egészségügyi bérek leszakadása a nemzetgazdaság többi ágazatától és az ezzel összefüggő, fokozódó nővérhiány.

A kormányzati beavatkozás másik jellemző típusa a „visszarendeződés” volt: az Egészségbiztosítási Önkormányzat felszámolása és a Regionális Modernizációs Program[264] törlése. Napjainkból visszanézve még egyértelműbb, amit akkor is sokan gondoltak: a program eltörlésével egy átfogó, hosszú távú reformfolyamat lehetőségét mulasztott el a kormányzat. A Regionális Modernizációs Program koncepciójának relevanciáját mutatja az is, hogy két elme külön-külön többször is visszatért a kormányzati törekvésekben. Egyik ilyen elem: a megelőzéstől a rehabilitációig terjedő koordináció és optimális betegutak kialakítása a fő népegészségügyi problémák területén (például a szív- és érrendszeri, daganatos megbetegedések stb.). Ez volt a fő célkitűzése a nemzeti szakmai programok kidolgozásának 2005/2006-ban és 2019-ben[265] is. A másik elem a regionális koordinációra törekvés volt, ami nagy hangsúlyt kapott a 2011-ben elfogadott Semmelweis Tervben is. Ugyanakkor ezekből a kezdeményezésekből épp az hiányzott, ami a Regionális Modernizációs Program egyik alapvető eleme volt: az érdekeltségi (ösztönzési) rendszer megváltoztatása. A Regionális Modernizációs Program felszámolásának a háttérben több ok állt: a kormányzat általános törekvése a közigazgatás centralizációjára, másrészt az egészségügyben ebben a kormányzati ciklusban nyert teret az az attitűd, hogy az előző kormányzat törekvései eleve rosszak, azaz nem folytathatók.

A kormányzat nem alakított ki világos, átfogó koncepciót arra vonatkozóan, hogy milyen egészségügyi rendszert tart kívánatosnak. A rendszer egyes elemeinek az átalakítására születtek javaslatok (pl. versenyző biztosítók), amelyek azonban a kormányzaton belül sem élveztek egyértelmű támogatottságot. A tényleges változások (pl. magánszektor bővülése, önkormányzatok tulajdonában lévő intézmények működtetésének privatizációja stb.) pedig elsősorban a spontán folyamatok révén történtek.

Az időszak legfontosabb reformértékű intézkedése, szervezeti innovációja az Irányított Betegellátási Modellkísérlet bevezetése volt. Fontos hangsúlyozni, hogy ez a lépés nem az egészségügyi kormányzat kezdeményezésére történt, hanem külső (egészségügyi rendszeren kívüli) ágense volt. A következő fejezetben látni fogjuk, hogy az IBR története azért is kitüntetett figyelmet érdemel, mert mint „cseppben

264 A programmal az 5. fejezet részletesebben is foglalkozott.

265 Amíg a 2005-2006-ban elfogadott szakmai programok tartalma megismerhető volt és néhánynak a megvalósítása is elkezdődött, addig a 2019-ben kidolgozott programok létezéséről csak a sajtóban és az EU-nak szolgáltatott információban lehetett olvasni, de a programok maguk nem elérhetőek a nyilvánosság számára.

a tenger" tükrözi azokat az okokat, amelyek az egészségügyön belüli számos szervezeti innováció bukásában szerepet játszottak.

A ciklus legfontosabb eredményének tekinthető intézkedés, a nemdohányzók védelmét szolgáló törvény elsősorban külső tényezők hatására született és nem társult a dohányzás elleni (dohányzásra való rászokást csökkentő) hatékony prevenciós programokkal (Vokó, 2009).

Mindezek következtében a 2002-es választáson hatalomra került MSZP-SZDSZ koalíció hasonló kihívásokkal nézett szembe, mint 1998-ban a Fidesz: képes lesz-e az előző időszak forráskivonását korrigálni, továbbá a „tűzoltás" helyett hatásos lépéseket tenni a szolgáltatási szféra modernizálására.

8. Irányváltás a piaci és népegészségügyi megközelítés között (2002–2006)

8.1. Gazdasági és politikai feltételek

Az 1990-es évek második felében a magyar gazdaságot stabil növekedés jellemezte. Ugyanakkor a Fidesz-kormány utolsó évének választási költségvetése és a 2002–2003-ban végrehajtott 50%-os közalkalmazotti béremelés következtében felduzzadt a költségvetési hiány – ami egyre inkább kényszerpályára terelte a kormányzatot (különösen 2006-tól). A költségvetés hiánya 2005-ben a GDP 7,8%-át, 2006-ban közel 10%-át tette ki. Továbbá a 2000-es évek elejétől lelassult az EU15-országokhoz való gazdasági felzárkózásunk, miközben a többi visegrádi ország felzárkózása folytatódott. Így a magyar gazdaság relatív helyzete a V3-országokéhoz képest romlani kezdett (OECD, 2008).

Az időszak történelmi jelentőségű eseménye volt Magyarországnak az Európai Unióhoz való csatlakozása 2004. május 1-jén.[266] Annak ellenére, hogy a szűkebb értelemben vett egészségügyi rendszer a tagállamok felelőssége,[267] már a csatlakozási tárgyalások és az EU-tagság is számos területen hatással volt az egészségügyi rendszer működésére. Ezek közül a gyógyszerügy, a munkaerő szabad áramlása és az EU-forrásokból megvalósuló beruházások voltak a legfontosabbak. A gazdasági és az egészségpolitikai megfontolások közötti konfliktus az EU szintjén is megjelenik. Ennek egyik területe a gyógyszerügy. Egyik oldalról az EU törekszik

266 Magyarország 1991-től volt társult tag és a csatlakozási tárgyalások 1998 és 2002 decembere között zajlottak.

267 Az EU-szintű egészségpolitika alapjait a Maastrichti Szerződés 129. cikkelye, majd az azt módosító 1997-ben elfogadott Amsterdami Szerződés 152. cikkelye fogalmazta meg. A szűkebb értelemben vett egészségügyi ellátórendszertől meg kell különböztetni az egészséget és a széles értelemben vett egészségügyet, amelynek bizonyos területein jelentős az EU-szintű szabályozás. Ezek elsősorban a következő szektorok: a munkahelyi egészségügy és biztonság, környezetvédelem, fogyasztóvédelem és gyógyszerügy, továbbá az egészséget érintő területek közé sorolhatók a mezőgazdaság területéről az állategészségügyi és növény-egészségügyi rendelkezések is. Ezekre a területekre vonatkozó dokumentumok fő jellemzői, hogy mindenekelőtt az EU alapelveit, azaz a tőke, a munkaerő, az áruk és szolgáltatások szabad áramlását szolgálják. Ezek a kérdések nem képezik a könyvem tárgyát.

az európai gyógyszergyártó cégek világpiaci versenyképességének a növelésére, a másik oldalról pedig a kormányok törekednek a társadalombiztosítási rendszereik finanszírozhatóságának a védelmére. A kormányzatok nem preferálhatják a hazai gyógyszergyártó cégeket, de megmaradt a hatáskörük az áraknak és a társadalombiztosítási támogatásoknak a szabályozására. Ugyanakkor a gyógyszerek regisztrációját (törzskönyvezését) tekintve, a high-tech, biotechnológiai és egyéb innovatív termékek engedélyezése EU-szintű intézmény hatásköre.[268] Ebből következően az EU-ban forgalmazási engedélyt megszerző innovatív gyógyszerek tb-támogatásba való befogadására nagy nyomás helyeződött/helyeződik a magyar társadalombiztosításra. (A gyógyszerárak és támogatási rendszerek tekintetében EU-direktíva csak a szabályozás transzparenciájára vonatkozik.) A munkaerő szabad áramlásának elvéből kiindulva az EU-szintű szabályozás kiterjed az egészségügyi diplomák elismerésére. Ennek következtében az EU-ba való belépésünk megnyitotta az utat az orvosok és szakdolgozók külföldi munkavállalása előtt. Az EU-országok felől pedig – többek között a munkaidő direktíva[269] hatása következtében – felerősödött az egészségügyi munkaerő iránti kereslet. Az EU-hoz való csatlakozás további jelentős hatása volt, hogy az EU-fejlesztési alapok elérhetővé válása nagy lehetőséget kínált a magyar kormányzatok számára az egészségügyi infrastruktúra fejlesztésére.

Az egészségügy pénzügyi feltételei

A 2002-2006 közötti kormányzati időszak egyik első lépéseként végrehajtott közalkalmazotti béremelés hatásaként 2001 és 2006 között az egészségügyi közkiadások reálértéke 46%-kal növekedett, ami lényegesen meghaladta a GDP (jelentős, 23%-os) növekedését. Ennek következtében az egészségügyi közkiadásoknak a GDP-hez viszonyított aránya 4,7%-ról 5,5%-ra növekedett. Az egy főre jutó közkiadásoknak az EU14-hez viszonyított aránya pedig a 2001. évi 37%-ról 44%-ra emelkedtek. A háztartások közvetlen kiadásai 2001 és 2006 között 22%-kal növekedtek, 2001-ben az összes egészségügyi kiadás 29%-át, 2006-ban pedig 25%-át tették ki.

2003-ban az E. Alap hiánya óriásira duzzadt (a bevételek 30%-át tette ki) – és ezen a szinten maradt 2006-ig. Ennek okai a rokkantnyugdíj és pénzbeli ellátások növekedése, a gyógyszerkiadások hirtelen megugrása és a közalkalmazotti béremelés fedezetét szolgáló kiadásnövekedés voltak. (A kiadások növekedését az E. Alap bevételi oldalán csak részben kompenzálták a kormányzati intézkedések.) A gyógyítómegelőző ellátások (reálértékben) 2006-ban 37%-kal voltak magasabbak, mint

268 *European Agency for the Evaluation of Medicinal Products* (EMEA).

269 Az Európai Parlament és a Tanács 2003/88/ek irányelve (2003. november 4.) a munkaidő-szervezés egyes szempontjairól.

2001-ben, a gyógyszertámogatásra fordított kiadások pedig 71%-kal növekedtek. Az időszakban kritikus kérdéssé vált a gyógyszerkiadások nagymértékű növekedése, ami már 2001-ben elindult. 2001 és 2006 között az éves átlagos növekedése 17% volt – ami nyilván nem volt tartható.

8.2. A kormányzati egészségpolitika általános jellemzői

A kormányzati periódus egyik sajátossága a részleges kontinuitás volt: a kormányzat intézkedései több területen is folytatták vagy felhasználták az előző kormányzat által elindított programokat. A legfontosabb területek: a népegészségügyi program, a kórházak rugalmasabb működési formáinak a kialakítása és az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) további kiterjesztése voltak. A részlegesség hangsúlyozást érdemel: a kórházak működési formái és az IBR esetében a kormány lényegesen nagyobb teret kívánt adni a piaci szereplőknek az előző kormányzatnál.

A periódus másik sajátossága az a radikális irányváltás volt, ami az egészségügy átalakítására vonatkozó koncepcióban és intézkedésekben a kormányzati periódus félidejében, 2004-ben következett be. Ez a kormányfő és – ebből következően – az egészségügyi miniszter személyében[270] történt változásnak volt a következménye. A két időszak közötti fő különbség a következő volt:

- A 2002-04 közötti időszakban a kormányzati törekvések középpontjában a piaci szereplőknek (biztosítóknak, magánvállalkozásoknak) a közfinanszírozású egészségügy működtetésébe történő bevonása állt. A kormányfő egy pénzügyi szakembert nevezett ki kormánybiztosnak az egészségügy átalakítására – ezzel a reform kérdését lényegében kivette az egészségügyi miniszter kezéből.
- A 2004-06 közötti időszakban az egészségügy változtatásának kérdése visszakerült az EüM hatáskörébe, amelynek irányítását egy elismert gyakorlati szakember, korábbi kórházigazgató kapta meg. A törekvések középpontjában a szolgáltatási struktúra nemzeti szakmai programok alapján történő átalakítása állt.

2005-től az egészségügyi kormányzat tevékenységében nagy hangsúlyt kapott a 2007–2013-as EU fejlesztési ciklusban elérhetővé váló források elnyerését és felhasználását megalapozó koncepcióalkotás és tervezés. A 2002–2006-os kormányzati ciklusban a Humán Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (HEFOP) keretében ténylegesen megvalósuló egészségügyi fejlesztésekre még viszonylag kevés forrás

270 Medgyesi Pétert Gyurcsány Ferenc váltotta fel a miniszerelnöki székben.

(kb. 25 milliárd forint) jutott. Továbbá az EU csak a három elmaradottnak tekintett tervezési-statisztikai régióban és néhány szakmai terület (diagnosztikai és szűrőközpontok, rehabilitációs központok, valamint egészségügyi információtechnológia) fejlesztését támogatta (Balogh, 2015). A 2007–2013-as időszakot (amelyre az ágazat 550–600 Mrd forint fejlesztési forrást szeretett volna megszerezni), már nem érintették a szakmai célokra vonatkozó korlátozások. A tervezéshez az egyik szakmai inputot a 2004–2005-ben kidolgozott nemzeti szakmai programok jelentették.

Az EU-hoz való csatlakozás következtében létrehozott fejlesztési régiókhoz kapcsolódva az egészségügyben is újra előtérbe került a regionális megközelítés. A 2005-ös költségvetési törvény (az 1997-es egészségügyről szóló törvény módosításával) létrehozta a Regionális Egészségügyi Tanácsokat (RET). A törvény szerint a fő feladataik a következők voltak: a régió egészségügyi stratégiájának a kidolgozása és évenkénti értékelése; a régió területén működő egészségügyi közszolgáltatók, fenntartók, szakmai szervezetek és betegszervezetek közötti koordináció és érdekegyeztetés; továbbá a kapacitás-szabályozásban való közreműködés. A RET tagjai az ÁNTSZ megyei intézeteinek, a megyei egészségbiztosítási szerveknek, a helyi önkormányzatoknak, az egészségügyi szolgáltatóknak, a szakmai szervezeteknek és a betegszervezeteknek a képviselői, továbbá a Regionális Fejlesztési Tanács delegáltja voltak.[271]

8.3. Átmeneti feszültségenyhítést követő korlátozások

A 2000-es évek elejére a jövedelmi viszonyokra vonatkozó növekvő elégedetlenség alakult ki a közszféra egészében és az egészségügyi dolgozók körében is.[272] Ezt a kormányzat a 2002-2003-ban megvalósított 50%-os közalkalmazotti béremeléssel próbálta enyhíteni. A közalkalmazotti béremelés az MSZP egyik legfontosabb választási ígéretének szinte azonnali teljesítését jelentette. Nem csak utólag, hanem akkor is sokan kritizálták, hogy a béremelést a kormányzat nem kötötte össze az egészségügyi rendszer strukturális, ösztönzési rendszerbeli változtatásával – így az intézkedés az egészségügy teljesítményére kevéssé gyakorolt hatást. Különösen annak következtében, hogy az intézmények dologi költségeinek a fedezésére

271 A RET-ek előzményét az 1995-ös Egészségügyi Modernizációs Program jelentette, amelyikben szerepelt a regionális stratégiák alapján történő struktúraátalakítás és a regionális egészségügyi tanácsok célkitűzése. A 6. fejezet tárgyalta, hogy ezek a célok miért nem valósultak meg.

272 2000-ben az egészségügyi ágazatban a havi bruttó átlagkereset a nemzetgazdasági átlagnak csak a 82%-át érte.

rendelkezésre álló források nem növekedtek számottevően – így az alacsony dologi költségekből eredő problémák (várólisták, szolgáltatások minősége stb.) nem enyhültek. Sőt – az Egészségbiztosítási Alap költségvetési egyensúlya érdekében – már 2004-ben újból korlátozó intézkedések következtek: bevezették az egészségügyi intézmények finanszírozásában a teljesítmény volumen-korlátot (TVK). A TVK azt jelentette, hogy az OEP szolgáltatóként, éves szinten, havi bontásban – a 2003-as teljesítmény alapján – meghatározta azt a teljesítmény-mennyiséget, amit az adott intézménynek finanszírozott. Az OEP a szolgáltatóknak az általuk jelentett teljesítménynek a TVK-ig terjedő részét térítette csak meg. Pontosabban 2004 és 2006 júniusa között a többletteljesítmény egy része után degresszív módon a díj csökkenő hányadát még kifizette az OEP.[273] A TVK bevezetése interpretálható kvázi-bázisfinanszírozásra való áttérésként is. Az eredeti tervek szerint a TVK csak néhány évre szóló átmeneti intézkedés lett volna, ezzel szemben – kivéve a COVID-19 járvány alatti időszakot (2020. áprilistól 2023. februárig) – napjainkig fennmaradt. A TVK egyrészt alkalmas eszköz volt arra, hogy az E. Alap gyógyító-megelőző kasszájának az előirányzata betartható legyen, másrészt az egyik fő tényezője volt a várólisták növekedésének és hozzájárult a kórházak eladósodásához is. A TVK-val a kórházak működésének hatékonyságát torzító tényező épült be a rendszerbe: ugyanis a TVK-nak a kórházak 2003-as helyzete alapján történt rögzítése nem vette figyelembe se az adott kórház szolgáltatásai iránti kereslet változását, se a kórház által nyújtott ellátás szerkezetében bekövetkező változásokat.

8.4. Törekvések a szakrendelők és kórházak rugalmasabb működtetési formáinak kialakítására

Az 1990-es évek elején elindult folyamatokhoz (a kiszolgáló tevékenységek és a gyógyítás egyes részterületeinek, részlegeinek a kiszervezéséhez) képest ez az időszak új jelenséget hozott: felgyorsult az a folyamat, amikor a tulajdonos önkormányzatok teljes intézmények működtetésére szerződtek magánvállalkozásokkal, vagy első lépésként a költségvetési intézményt közhasznú társasággá alakították át. Ezekben az esetekben a magánszolgáltatók közszolgáltatást nyújtottak – mivel az OEP szerződött velük. A tulajdonos önkormányzatokat erre a lépésre az egészségügyi

273 A 2003. évi teljesítmény alapján megállapított bázisérték feletti teljesítményt 0-5%-os többlet esetén 60%-kal, 5-10%-os többlet esetén 30%-kal, míg 10% feletti többlet esetén 10%-kal térítette az OEP. 2006 júliusától a bázisérték feletti többlet-teljesítményért már egyáltalán nem fizetett az OEP.

intézményeik növekvő adósságállománya és a fejlesztésekhez hiányzó tőke ösztönözte. Elvileg az out-sourcing stratégia fő előnye a hatékonyabb üzemeltetés lehet – az önkormányzatok döntéseiben ez a szempont másodlagos volt. Az önkormányzati törvény és az államháztartásról szóló törvény az önkormányzatok számára lehetővé tette, hogy az ellátási kötelezettségüket képező közfeladatokat – ennek egyikeként az egészségügyi ellátás biztosítását – többféle szervezeti formában teljesítsék; jogi szempontból nem volt szükség specifikus szabályozásra. Az egészségügyi ellátásra vonatkozó specifikus szabályozás részben a spontán privatizáció által kiváltott feszültségek, problémák miatt merült fel; részben a konstrukció támogatását jelezte a potenciális befektetők felé. Az egészségügy specifikus szabályozásra tett első kísérletet a Fidesz-kormány által 2001-ben elfogadott „kórháztörvény" volt.

Az MSZP-SZDSZ kormányprogram egyik fő célkitűzése a költségvetési intézményeknek hatékonyabb, rugalmasabb gazdálkodást lehetővé tevő gazdasági társaságokká történő átalakulásának az ösztönzése volt. Ezzel egyrészt az intézmények piaci típusú működését, másrészt a magántőke bevonásának a megkönnyítését kívánták elérni. Az egészségügyi reformért felelős kormánybiztos és a Pénzügyminisztérium törekvéseit uralta az a nézet, hogy az egészségügyben is csak a profitorientált magánvállalkozások képesek hatékony működésre; továbbá az egészségügy pénzügyi helyzete javításának fő eszközét a magántőke (szakmai és pénzügyi befektetők) bevonása jelentheti. Ezzel a megközelítéssel magyarázható, hogy a 2001. évi kórháztörvényt az MSZP-SZDSZ kormányzat (illetve az általa előterjesztett törvény) megsemmisítette és 2003 júniusában új törvényt nyújtott be,[274] ami lehetővé tette profitorientált magánvállalkozásoknak is az egészségügyi intézmények megvásárlását vagy feladatátvállalási szerződés megkötését (azaz a kórház működtetésének a kiszervezését) az önkormányzatok és profitérdekelt magánvállalkozások között. Erre az önkormányzatokat erőteljesen ösztönözte a kórházuk eladósodása és a fejlesztési források hiánya. Ezzel a lépéssel azonban az egészségügy ismét a pártpolitikai harc eszközévé vált. Az ellenzéki pártok, az EDDSZ és a MOK élesen ellenezték a törvényjavaslatot. továbbá széles körű volt a közvéleményben is a kormány elképzeléseinek az elutasítása.[275]

Az államfő az ellenzék kérésére megvizsgálta a kórháztörvényt és megfontolásra visszaküldte az Országgyűlésnek. A politikai harc megnyilvánulásának tekinthető az

274 A 2003. évi XLIII. törvény az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről

275 Az MDF 32 ezer tiltakozó aláírást adott át az egészségügyi minisztérium képviselőjének a törvényjavaslat tárgyalásakor. https://www.jogiforum.hu/hir/2003/06/16/mar-ma-szavaznak-a-korhaztorvenyrol/

is, hogy az Országgyűlés még ugyanazon a napon, amikor az államfő visszaküldte, változtatás nélkül újra elfogadta a törvényt. Az államfő az Alkotmánybírósághoz fordult, és az AB határozata[276] közjogi érvénytelenség miatt alkotmányellenesnek minősítette és megsemmisítette a törvényt. Ez a lépés azonban nem tette szükségessé a folyamat leállítását, csak elbizonytalanította a szereplőket. Az önkormányzatok – az általános gazdasági szabályozás keretei között – továbbra is kiszerződhették az egészségügyi intézményük (kórház, szakrendelő) működtetését (ÁSZ 2009). Ugyanakkor *„a hatályon kívül helyezett, illetve megsemmisítetett törvények fontos garanciális elemeket tartalmaztak, mint például az ellátást biztosító vagyon megőrzése, a szerződések kötelező tartalma, az egészségügyi célvagyon fogalmának bevezetése vagy a vagyoni biztosíték kikötése"* (ÁSZ, 2006. 13). A politikai háború „színfoltja" volt, hogy a Munkáspárt ügydöntő népszavazást kezdeményezett a kórháztörvényről, amit a Fidesz is támogatott. Igaz, hogy a népszavazás kérdése okafogyottá vált amikor az Alkotmánybíróság megsemmisítette a törvényt. Azonban a Munkáspárt ragaszkodott a népszavazás megtartásához, azzal az indokkal, hogy így meg lehet akadályozni egy újabb hasonló törvény elfogadását. A népszavazás eredménytelen lett mivel – az intenzív politikai kampány ellenére – csak a jogosultak 37,5%-a vett részt rajta.

Az ÁSZ-nak a magánvállalkozások által működtetett önkormányzati tulajdonban lévő kórházakra vonatkozó (2006-ban készített) jelentése szerint az átadott intézményekre jellemző volt, hogy a működtetésbe adást megelőzően súlyos pénzügyi gondokkal küzdöttek, az önkormányzatok rendszeres támogatására szorultak. A magánvállalkozások növekvő részvételét a közszolgáltatások nyújtásában mutatják az 1999-re és 2005-re vonatkozó következő adatok: 1999-ben az E. Alap gyógyító-megelőző ellátások előirányzatából finanszírozott szolgáltatások átlagosan 15%-át (50,8 Mrd Ft), 2005-ben pedig már 20%-át (136,6 Mrd Ft) magánszolgáltatók nyújtották.[277] Az ÁSZ Jelentés hangsúlyozta, hogy *„…a folyamatot hiányos szabályozás, állandó bizonytalanság jellemzi, miközben a szakellátások vállalkozásba, működésbe adása folyamatosan nő"* (ÁSZ, 2006. 10). Az ÁSZ továbbá javasolta a Kormánynak, hogy dolgozzon ki átfogó egészségpolitikai koncepciót, amelynek keretében meghatározza a magántőke, a magánvállalkozások lehetséges szerepét, szakmai területeit, az állami támogatások alapelveit, és mindezekre figyelemmel

276 63/2003. (XII. 15.) AB-határozat szerint az Országgyűlés nem tárgyalta érdemben újra a törvényt, ezzel megsértette az Alkotmány 26. § (3) bekezdését – ami a törvény közjogi érvénytelenségéhez vezetett.

277 Az egyes ellátási formák között jelentős különbségek voltak. Az OEP kifizetéseiben 1999 és 2005 között a járóbeteg-szakellátásban 3,5%-ról (1,7 Mrd Ft) 14,3%-ra (15,5 Mrd Ft), a fekvőbeteg-ellátásban pedig 2,1%-ról (4,4 Mrd Ft) 4,6%-ra (18,6 Mrd Ft) növekedett a magánvállalkozásoknak kifizetett összeg. (Adatok forrása: *OEP Évkönyvek*.)

szabályozza az egészségügyi szakellátások működésének rendszerét. Erre azonban nem került sor. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a szolgáltatások közszolgáltatások maradtak, mivel a magán-üzemeltetésbe adás után is fennmaradt a kórház és az OEP közötti szerződés, aminek alapján az OEP finanszírozta a kötelező biztosítás csomagjába tartozó szolgáltatásokat.

8.5. „Leplezett" kísérlet az üzleti biztosítók bevonására a kötelező biztosítás menedzselésébe

2004 elején bocsátotta a kormány szakmai vitára *a térségi egészségszervező szolgálatra* vonatkozó törvényjavaslatot, ami az irányított betegellátási rendszer (IBR) országos kiterjesztésére és egyben radikális átalakítására (valójában a versenyző biztosítók modell megteremtésére) vonatkozott. A törvényjavaslat 2005 tavaszától tervezte országossá alakítani az IBR-t, pontosabban annak jelentősen átalakított változatát. A legfontosabb eltérések az IBR és a tervezett modell között a következők voltak. Az ellátásszervező a tervezet szerint nem lehetett egészségügyi szolgáltató, szemben az IBR-rel. Továbbá a javaslat olyan tőkekövetelményeket írt elő számukra, aminek gyakorlatilag csak az üzleti biztosítók felelhettek volna meg[278] (Sinkó, 2004). Az egészségszervezők fejkvóta alapján tényleges költségvetést kaptak volna és (az OEP kiiktatásával) közvetlenül szerződtek volna a szolgáltatókkal. Az „egészségszervező szolgálat" elnevezés ellenére nyilvánvaló volt, hogy a javaslat valójában a kötelező biztosítás intézményrendszerének radikális átalakítását, (az OEP által működtetett rendszer helyett) az üzleti biztosítókra alapozott több-biztosítós rendszer bevezetését kísérelte meg. A javaslat éles szakmai bírálatokat váltott ki (a szocialista országgyűlési képviselők egy részét is beleértve), amelyek nyomán a kormány végül nem nyújtotta azt be az Országgyűlésnek (Sinkó 2005). A szakmai vitákkal párhuzamosan az ÁSZ átfogó vizsgálatot indított az IBR-re vonatkozóan, ami alapvetően a negatívumokra koncentrált. Az ÁSZ egyik legfontosabb megállapítása szerint: „*Nem lehet megállapítani, hogy a jó működés vagy a kockázat-szelekció vezetett-e a megtakarításhoz*" (ÁSZ, 2005).

278 Az ellátásszervezőknek pénzbeli betétet kellett volna letenniük, amelynek nagysága el kellett volna érnie a tervezett bevételek 5%-át. Ez egy átlagos összetételű, 450 ezres populáció esetén 1,8–2 milliárd forintnyi összeget tehetett volna ki. Továbbá a működés első évére befektetési kényszert is előírt a javaslat (összesen 50 milliárd forintot).

8.6. A 21 lépés programja és a nemzeti szakmai programok

2004-ben nemcsak az egészségügyi miniszter személyében történt változás, hanem az egészségügyi reform koncepciójában is. A reform irányítása újból az Egészségügyi Minisztérium hatáskörébe került, amely a szolgáltatási szektor – szakmai programokon keresztül történő – átalakítását állította a középpontba. A kormány – készülve a választásokra – 2005 áprilisában hirdette meg a 100 lépés programját („A modern, igazságos Magyarország megteremtése érdekében"). Ennek képezte részét az egészségügyre vonatkozó „21 lépés" programja, amelynek fő elemei a következők voltak: „*a sürgősségi ellátás fejlesztése (mentő gépjárművek, mentőállomások, fejlesztése, a légimentés új alapokra helyezése, kórházi sürgősségi osztályok fejlesztése), az onkológiai ellátás fejlesztése (szűrések, centrumok), beutalási rend szigorítása, minőségbiztosítás és protokollok fejlesztése az egészségügyben, a gyógyszertámogatás hatékonyságának javítása (generikus program, közgyógyellátás átalakítása). A biztosítási rendszer fejlesztése keretében a jogosultsági viszonyok tisztítása, az egyéni járulék-nyilvántartás kialakítása, a biztosítási csomagok pontosabb definiálása és szintezése: alap, kötelező és kiegészítő biztosítási csomag*" (Dózsa, 2008. 894).

A minisztérium tevékenységének egyik prioritását a nemzeti szakmai programok kidolgozása jelentette az egészségügyi ellátórendszer és a népegészségügy alapvető fontosságú területein. A koncepció az volt, hogy az ellátóhálózat átalakítását – alapvetően az EU-s forrásokból – ezekhez a szakmai programokhoz igazodva kell megtervezni és megvalósítani.[279] A kormány által 2005 novembere és 2006 márciusa között elfogadott – a korábban említett II. NFT részét képező – programok a következők voltak: Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program, Nemzeti Rákellenes Program, Szív- és Érrendszeri Betegségek Megelőzésének és Gyógyításának Nemzeti Programja. Kidolgozásra került a sürgősségi ellátás fejlesztésének programja is, továbbá részlegesen a humánerőforrás-fejlesztési program és a diabétesz gondozási program, de ezek elfogadására már nem került sor. Az EüM által koordinált programok az érintett egészségügyi szakmák képviselőinek széles körű részvételével készültek. A szakmai megközelítés illeszkedett a nemzetközi trendekhez: ebben az időszakban számos EU-országban rákellenes nemzeti programokat dolgoztak ki, illetve valósítottak meg. A nemzeti szakmai programok gyenge pontját az jelentette, hogy a megvalósításukra nem készültek részletes tervek és nem tervezték meg a szükséges erőforrásokat sem (Dózsa, 2008). A programok

279 Ebből a szempontból a nemzeti szakmai programok hasonlóságot mutattak az 1997–98-ban zajlott Regionális Modernizációs Program koncepciójával.

meghiúsulásának a fő okát azonban az jelentette, hogy a választások után 2006 nyarán hivatalba lépett kormányban az egészségügyi tárca az SZDSZ-hez került, akiknek alapvetően más napirendje volt az egészségügy átalakítására.

8.7. Az Európai Uniós fejlesztések tervezési folyamata

Az EU-s forrásokhoz nagy várakozások fűződtek az egészségügy szereplői részéről. A források valóban esélyt jelentettek ahhoz, hogy jelentős lépések történjenek a népegészségügy és az ellátórendszer modernizációjában. Az egészségügyi kormányzat tevékenységében 2005 eleje és 2006 májusa között nagy hangsúlyt kapott a 2007–2013-as EU-s költségvetési időszakban elérhető források elnyerését és felhasználását megalapozó tervezési folyamat.

A (2020-ig szóló) Országos Fejlesztéspolitikai Koncepció[280] kidolgozásának részeként, 2005 első felében az Egészségügyi Minisztérium elkészítette az Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Koncepciót[281] (Egészségügyi Minisztérium, 2005). A dokumentum átfogó és kritikus elemzést adott a népegészségügy és az egészségügyi ellátórendszer helyzetéről és adekvát stratégiai célokat fogalmazott meg. Az egyik fő célkitűzés az ellátórendszer regionális struktúrájának, regionális egészségügyi rendszereknek a kialakítása volt.[282] A koncepció kidolgozásába és szakmai vitájába a szakértőknek és az egészségügyi szakmai szervezetek képviselőinek a széles körét vonták be.

A következő lépés a (2005 novembere és 2006 májusa között kidolgozott) Egészséges Társadalom Komplex Program[283] volt, ami hasonlóan a Fejlesztéspolitikai Koncepcióhoz a szakemberek és szakmai szervezetek széles körű bevonásával készült. A program prioritásai a következők voltak: az egészségügyi ellátórendszer

280 96/2005. (XII. 25.) OGY határozat

281 A dokumentum megközelítése, szemlélete és célkitűzéseinek egy része napjainkban is relevánsnak tekinthető.

282 Ezek részét képezte volna a regionális fejlesztési koncepciók kidolgozása, megvalósítás regionális szintű koordinálása. A regionális szintű irányítás és tervezés szakmai megalapozása a Regionális Egészséginformációs Központok feladata lett volna.

283 Az akkori Egészségügyi Minisztériumban a tervezést irányító Dózsa Csaba szerint: „*alapvetően három dimenzió került figyelembevételre: a népegészségügyi prioritások – nemzeti szakmai programok (pl. Nemzeti Rákellenes Program), az ellátórendszer egyes szintjei és főbb ellátástípusai (pl. alapellátás, aktív vagy krónikus fekvőbeteg szakellátás), valamint a fejlesztés jellege (infrastrukturális építés, eszközbeszerzés, humánerőforrás-fejlesztés stb.*)" (Dózsa, 2015. 13).

struktúrájának az átalakítása; a népegészségügyi intézményrendszer és tevékenység fejlesztése; a humánerőforrások fejlesztése; az egészségügyi információ-technológia és orvostechnológiai innovációk (pl. gyógyszerkutatás) támogatása (Dózsa, 2008). A tervekben a 2007–2013-as időszakra 550–600 Mrd forint[284] fejlesztési forrás szerepelt. A nemzeti szakmai programok (rákellenes program, sürgősségi ellátás fejlesztése stb.) az egyik inputot jelentették az infrastrukturális fejlesztések tervezéséhez. A struktúraátalakítás eredeti koncepciójában még nagy hangsúlyt kapott a regionális rendszerek kialakítása. A tervezett ellátórendszer egymással koordinált három fő eleme a következő lett volna: az aktív ellátás esetében integrált regionális ellátó rendszerek (amelyek központja a regionális központi kórház); a rehabilitáció rendszere (krónikus ellátás, geriátriai ellátás, ápolási intézmények); és a lakosságközeli ellátások (alap- és járóbeteg-szakellátás, otthoni ápolás) (Dózsa, 2007). A kormány által 2007 közepén elfogadott programból azonban már kimaradt az integrált regionális ellátó rendszerek koncepciója.

8.8. Piaci folyamatok

A kormányzati beavatkozások mellett a piaci folyamatok is jelentős szerepet játszottak az egészségügy alakításában. Ezek egy része a kormányzat által is ösztönzött folyamat volt (pl. a kórházak működtetésének a kiszerződése), más részüket alapvetően a piaci szereplők által generált folyamatok jelentették.

Az egészségügyi munkaerő külföldre vándorlása

Az EU-hoz való csatlakozás után elindult az egészségügyi munkaerő – a kezdeti periódusban többnyire orvosok – külföldre vándorlása, amit egyrészt lehetővé tett a munkaerő szabad áramlására és a diplomák elismerésére vonatkozó EU-s szabályozás, másrészt nagymértékben ösztönzött a munkaidőszervezésről szóló EU-s direktíva (2003/88/EK) nyomán az EU tagállamaiban megnövekedett egészségügyi munkaerő-szükséglet. A folyamatot megkönnyítette, hogy az új tagállamokban megjelentek a Nyugat-Európai országokból munkaerő toborzást végző cégek képviselői, másrészt hazai cégek alakultak, amelyek közvetítettek a kereslet és a kínálat között. 2004 és 2006 között évente 500–600 orvos kért külföldi munkavállaláshoz

284 Az elfogadott operatív programok 488 Mrd Ft-ot tettek ki, a megvalósítás során pedig 466 Mrd Ft került kifizetésre (KPMG, 2017).

szükséges hatósági bizonyítványt. Ez a szám az adott évben az orvostudományi egyetemeken kiadott orvosi oklevelek kb. 50%-át tette ki.[285] (Girasek et al., 2013).

A magánvállalkozások szerepének növekedése

A magánvállalkozások egészségügyi ellátásban betöltött szerepében mindenekelőtt meg kell különböztetni, hogy a közszolgáltatások nyújtásában vesznek-e részt, vagy magánszolgáltatást nyújtanak. Ugyanaz a szolgáltató mind a két formában részt vehet az ellátásban. A magánvállalkozások által a társadalombiztosítás (az OEP-pel kötött szerződés) keretében nyújtott szolgáltatások közszolgáltatások – ugyanis a finanszírozás nem „magánzsebből", hanem közpénzből (E. Alapból) történik. Magánszolgáltatásról akkor beszélünk, amikor a szolgáltatás finanszírozásában nincs szerepe a kötelező biztosításnak vagy állami egészségügynek – azaz a szolgáltatás árát teljes mértékben a páciensek és/vagy az önkéntes biztosítás fizeti.

A 2000-es évek elejére a méretét, profilját (szolgáltatásait) és a kötelező biztosításhoz való viszonyát tekintve rendkívül inhomogén magánszolgáltatói szektor alakult ki: a skála egyik végén az egyéni vállalkozó, egyedül (sokszor az állami szektorban való munka mellett) praktizáló szakorvosok (fogorvos, bőrgyógyász, stb.) magánrendeléseivel, a skála másik végén pedig elsősorban a képalkotó diagnosztika és a művese ellátás területén működő multinacionális egészségügyi nagyvállalatok magyarországi – az OEP-pel szerződésben álló – egységeivel. A fekvőbeteg-ellátásban a 2000-es évek közepén kezdett jelentősen növekedni a magánvállalkozások szerepe, amikor számos önkormányzati tulajdonban lévő kórháznak a működtetését kiszervezték magánvállalkozásokhoz. Az ÁSZ Jelentés (2009) adatai szerint az aktív és krónikus fekvőbeteg-ellátásra a magánvállalkozásoknak kifizetett összeg 2006-ban az összes fekvőbeteg OEP-kiadás 0,8%-át (3,4 Mrd Ft), 2008-ban már 8,4%-át (34,7 Mrd Ft) tette ki. A magánszolgáltatások jelentős szerepét mutatja, hogy 2005-ben a járóbeteg-ellátásra fordított összes kiadás 49%-át a magánkiadások tették ki (12.8. táblázat).

8.9. Mérleg

A kormányzat nem használta ki azt a lehetőséget, hogy a közalkalmazotti béremeléssel az egészségügynek jutó többletforrásokat összekapcsolja reformlépésekkel (pl. a kórházi struktúra átalakításával). Így a forrásbővülés csak átmeneti

285 Az elvándorlás 2008-tól jelentősen felgyorsult.

feszültségenyhítő lépést jelentett. A kormányzati időszak második felében – a TVK bevezetésével – pedig újra a kiadáskorlátozó intézkedések kerültek előtérbe. Az egészségbiztosítás gazdálkodásában súlyos feszültségek alakultak ki: az elszabadult gyógyszerkiadások és az E. Alap rendkívül magas hiánya miatt. Ezek kezelésre nem születtek hatásos kormányzati intézkedések – így a következő kormányzatra hárult az enyhítésük.

Az időszak első felét dominálták a piaci típusú modernizációs törekvések. Ezek fő tényezői a miniszterelnökhöz tartozó egészségügyi kormánybiztos és pénzügyi érdekcsoportok voltak. Azaz az egészségpolitika alakításában az egészségügyi miniszternek (adminisztrációnak) kevés szerep jutott. Továbbá ezek a törekvések jelentősen hozzájárultak ahhoz, hogy az egészségügy a kormánypártok és az ellenzéki pártok közötti politikai harc terepévé, eszközévé vált (mindenekelőtt a kórháztörvény körüli viták esetében).

2004-ben, a kormányfő és az egészségügyi miniszter személyében történt változás következtében radikális változás következett be az egészségpolitikában is: a szolgáltatási struktúra nemzeti szakmai programok alapján történő átalakítása kapott prioritást. Ez a koncepció – és ennek alapján készült tervek – alapot adhattak volna az EU-s fejlesztési források hatékony felhasználására. A következő fejezetben látni fogjuk, hogy csak átmeneti epizódnak bizonyult a nemzeti szakmai programok középpontba állítása. A szakmai szempontból adekvát koncepció mögött nem volt sem erős kormányzati (kormányfői) elkötelezettség, támogatás, sem erős üzleti lobbi.

Jelentős szakmai energiát kötött le a koncepciók harca a kormányzaton belül és kormányzat és az ellenzék között. A problémát nem az eltérő koncepciók és viták jelentették, hanem a koncepciók és érdekek egyeztetését lehetővé tevő intézményi keretnek és kultúrának a hiánya.

9. Két párhuzamos reformtörekvés (2006–2010)

9.1. Gazdasági és politikai feltételek

A 2006-os országgyűlési választásokon az MSZP-SZDSZ koalíció megőrizte a hatalmát, de alig két hónappal a választások után már drámai mértékű népszerűségvesztést szenvedett el. Ugyanis a 2006-ra kialakult magas államháztartási és folyó fizetési mérleg hiány, valamint adósságállomány kikényszerítette a költségvetés konszolidációját. A 2006 szeptemberében majd 2006 decemberében elfogadott konvergencia program egyrészt drasztikus megszorításokat irányzott elő a jóléti szektor minden területén, másrészt a kormányzat ezeket a megszorításokat határozott reformlépésekkel kívánta összekötni (Magyar Köztársaság Kormánya, 2006).

A népszerűségvesztés, a politikai közhangulat változása már a megszorító intézkedések szükségességének és terveinek a bejelentésekor, 2006 június végén bekövetkezett. Ennek az oka egyrészt azt volt, hogy a megszorító intézkedések bejelentése éles ellentétben állt a választási ígéretekkel,[286] másrészt ezt a Fidesz sikeresen tudta felhasználni a választások után rögtön megindított „politikai háborúban". 2006 június végén a Medián felmérése szerint már a Fidesz volt a legnépszerűbb párt.[287] A kormányellenes hangulatot tovább fokozta a kormányfő „öszödi beszédének"[288] a nyilvánosságra

286 A költségvetés hiánya már 2005-ben a GDP 7,8%-át tette ki, ami előre vetítette, hogy költségvetési konszolidációra, a kiadások visszafogására (megszorításokra) lenne szükség. Ezt az MSZP-SZDSZ kormány a választások utánra halasztotta és a választási kampányban elkerülte ennek a nyilvánvalóvá tételét.

287 A Medián felmérése szerint a megszorító intézkedések bejelentése után 49-ről 62%-ra nőtt azok aránya, akik szerint az országban általában véve rossz irányba mennek a dolgok. A felmérés szerint az 1990-es évek eleje óta még soha nem következett be egyik hónapról a másikra olyan mértékű romlás a gazdasági várakozásokban mint 2006 júniusában, a saját anyagi lehetőségek megítélésében pedig 1997 januárja óta nem volt annyira pesszimista a lakosság. (https://hvg.hu/itthon/20060630median)

288 Az őszödi beszéd elnevezést Gyurcsány Ferenc akkori miniszterelnök 2006. május 26-án az MSZP frakció zárt balatonőszödi ülésén tartott záróbeszéde kapta, amelyben a megszorító intézkedések és bevezetendő reformok szükségességét „keresetlen szavakkal" indokolta – a megszorító intézkedésektől ódzkodó frakciónak. A záróbeszéd – szövegkörnyezetből kiragadott részletei – 2006. szeptember 17-én váltak ismertté, miután azt ismeretlen személyek több magyar újság szerkesztőségének is eljuttatták.

kerülése 2007 szeptember közepén. A Fidesz-propaganda pedig fenn tudta tartani, állandósítani tudta a „miniszterelnök hazudott" képet. A politikai válságot tovább fokozta a 2008-as gazdasági válság. Az előre látható volt, hogy a költségvetési konszolidációnak negatív társadalmi hatásai lesznek, hogy az egyensúly javítása társadalmi feszültségekkel, a gazdasági növekedés megtorpanásával és az infláció növekedésével járhat. A várakozás azonban az volt, hogy 2009-től ismét tartóssá válhat a 4-5%-os ütemű gazdasági növekedés. Ezt a várakozást söpörte el a 2008-ban kitört pénzügyi és gazdasági válság. 2009-ben 6,7%-os gazdasági visszaesés következett be. A 2008-as válság azért rázta meg a magyar gazdaságot a környező országok gazdaságánál jobban, mert a restrikció már a válság előtt elindult. A pénzügyi szektor teljes megbénulása miatt Magyarország arra kényszerült, hogy a nemzetközi pénzügyi szervezetekhez folyamodjon hitelért.[289] 2009. márciusában a kormányfő, Gyurcsány Ferenc – a nemzetközi és hazai hitelvesztése miatt – lemondott és helyét Bajnai Gordon, fejlesztési és gazdasági miniszter vette át. A Bajnai-kormánynak a gazdasági válságkezelése sikeres volt, de ugyanakkor az MSZP választási veresége elkerülhetetlen volt. Az ebben a kormányzati periódusban a társadalmat megrázó – egymás hatását erősítő – politikai, gazdasági és egészségügyi válság jelentős mértékben hozzájárult a politikai színtér és közállapotok 2010 utáni radikális átalakulásához.

Ahogy az előző fejezet is már tárgyalta, a 2006–2010-es kormányzati periódusban az EU-hoz való csatlakozás több szempontból is éreztette a hatását. Az áruk és szolgáltatások, valamint a munkaerő szabad áramlására vonatkozó direktívák egyik hatása a gyógyszerpiac jelentős bővülése volt, ami nyomást gyakorolt a társadalombiztosítási támogatásba való befogadásra is. A másik hatás az orvosok elvándorlása volt – amit erőteljesen ösztönzött az EU régebbi tagállamaiban tapasztalható egészségügyi munkaerőhiány szívó hatása is. További fontos következménye volt az EU-csatlakozásnak, hogy az egészségügy is kedvezményezettje volt az EU-s fejlesztési forrásoknak.

A politikai folyamatok közül az egészségügy számára meghatározó volt, hogy két vonatkozásban is a pártpolitikai küzdelem eszközévé vált. A 2006-os választások után – a szakmai közvélemény számára meglepő módon – az egészségügyi tárca az SZDSZ-hez került.[290] Az MSZP-SZDSZ koalíció „kényszerházasságában" – a két fél rövidlátó magatartása miatt – hamar kiéleződtek a konfliktusok, különösen az egészségügy reformját tekintve. Ugyanis az SZDSZ választási programjának egyik

289 2008. október végén született meg a megállapodás az IMF és a kormány között. Magyarországnak összesen 25,1 milliárd dolláros hitelkeretet nyújtott az IMF, az Európai Unió és a Világbank.

290 Ennek a fő indoka egészségügyön kívüli volt: az oktatási tárcáért harcoló MSZP vezetők befolyása erősebb volt, mint az egészségügyi tárcát 2006-ig vezető szakembereké. Az SZDSZ pedig az oktatási tárcáért cserébe az egészségügyi tárcához ragaszkodott.

legfontosabb pontja a több-biztosítós modell bevezetése volt. Ez volt az a választási célkitűzés, ami legmarkánsabban megkülönböztette az SZDSZ-t a szocialistáktól, így a jelentősége messze túlnőtt az egészségügyön. A 2006-ban ismét ellenzékbe került Fidesz pedig a választási veresége után azonnal megindította a „politikai háborút" és az egyik terepnek az egészségügyet választotta.

Az egészségügy pénzügyi feltételei

A pénzügyi feltételeken belül élesen szétvált a beruházási források és a folyó (működési) kiadások helyzete. Az EU-hoz való csatlakozás számottevő forrásokat jelentett az egészségügy fejlesztése számára. A csatlakozás utáni években (2005 és 2007 között) az I. Nemzeti Fejlesztési Terv (NFT I) részeként 25 Mrd Ft-hoz jutott az egészségügy (Balogh, 2015). A 2007–2013-as EU-s fejlesztési időszakra a véglegesen elfogadott operatív programok pedig 488 Mrd Ft-ot ítéltek meg (KPMG, 2017).

A működési kiadásokat tekintve, a konvergencia program részeként 2007-ben végrehajtott drasztikus csökkentés hatására az egészségügyi közkiadások aránya 2006 és 2009 között a GDP 5,5%-áról a 4,9%-ára csökkent. Reálértékben számítva az egészségügyi közkiadások 16%-kal csökkentek 2006 és 2009 között (miközben a GDP visszaesése lényegesen kisebb, 5,5%-os volt). Nemcsak a közkiadások reálértéke, hanem a magánkiadásoké is csökkent (6%-kal); és ennek következtében az összes egészségügyi kiadás reálértéke is (13%-kal). A háztartások közvetlen kiadásai 2006-ban az összes egészségügyi kiadás 25%-át, 2010-ben pedig 27%-át tették ki. Az E. Alap természetbeni kiadásai a GDP 4,8%-áról 4,2%-ára csökkentek, reálértékben pedig 18%-kal csökkentek (ezen belül a gyógyító-megelőző ellátások 15,5%-kal, a gyógyszertámogatásra fordított kiadások pedig 26%-kal). Az egészségügyi kiadások GDP-n belüli arányának a drasztikus csökkenése nem csak átmeneti intézkedés volt, hanem (annak következtében, hogy a következő kormányok ezt tekintették „bázisnak") tartósan leszakadó pályára helyezte a magyar egészségügyet – az EU14- és a V3-országokhoz viszonyítva is. A magyarországi egy főre jutó egészségügyi közkiadások 2005-ben az EU14-átlag 45%-át, 2010-ben már csak a 38%-át érték el.

9.2. A kormányzati egészségpolitika általános jellemzői

Az EU-tagságból eredő hatások

Az EU-hoz való csatlakozás – előző fejezetben már említett – hatásai fokozott mértékben jelentkeztek. Az innovatív gyógyszerek EU-szintű engedélyezési eljárása következtében a gyógyszergyártók felől jelentős nyomás hárult az OEP-re ezeknek

a gyógyszereknek a társadalombiztosítási támogatásba való befogadásra. A másik hatás az orvosok elvándorlása volt – amit erőteljesen ösztönzött az EU régebbi tagállamaiban tapasztalható egészségügyi munkaerőhiány szívó hatása is. További fontos következménye volt az EU-csatlakozásnak, hogy az egészségügy is kedvezményezettje volt az EU-s fejlesztési forrásoknak.

Elszalasztott lehetőségek

Azzal, hogy 2006-ban újra az MSZP-SZDSZ koalíció nyerte meg a választásokat, elvileg lehetőség nyílt volna a kontinuitás fenntartására az egészségügy átalakításában, azaz az EU-fejlesztési források hatékony felhasználásának és a nemzeti szakmai programoknak a középpontba állítására. Az ellátó struktúrának a betegségorientált szakmai programok alapján történő átalakítása szakmai támogatást élvezett, másrészt szakmai szempontból és a magyar egészségügy fő problémáinak a szempontjából is adekvát elképzelés volt a minőség és hatékonyság javítására. A 2006-os választások után azonban – annak következtében, hogy az egészségügyi tárca az SZDSZ-hez került – a nemzeti szakmai programok „feledésbe merültek", továbbá az EU-s fejlesztési források hatékony felhasználása sem kapott prioritást. Az ÚMFT egészségügyi programjainak a megvalósítása késve és az eredeti koncepcióhoz képest jelentős módosításokkal indult el. A kormány által 2007 júliusában elfogadott akciótervekből kimaradt az integrált regionális rendszerek koncepciója és az ehhez kötődő regionális központi kórházaknak (egyetemi klinikák és néhány megyei kórház) a fejlesztésére vonatkozó nagyprojektek. Kimaradt továbbá a telemedicina, teleradiológiai program és helyette zöldmezős kistérségi járóbeteg-szakellátó intézetek fejlesztése került be a programba. Ezt a koncepciót a szakmai szervezetek és szakértők jelentős része vitatta – a fenntarthatóság és a szakmai célszerűség szempontjából is (Dózsa, 2012). Továbbá a minisztérium tevékenységében a versenyző biztosítók prioritása – a kistérségi zöldmezős járóbeteg-szakrendelők építését kivéve – háttérbe szorította az elfogadott EU-s infrastrukturális projektek megvalósítását. Az Egészséges Társadalom Komplex Program egyik kiemelt célkitűzését jelentő, alapvető fontosságú onkológiai fejlesztések nem indultak el ebben a kormányzati periódusban.[291] Ennek és a 2010-ben hatalomra került Fidesz-kormánynak a késlekedése következtében az onkológiai fejlesztések többsége a lehetségeshez képest 6–7 éves késéssel valósult meg.

291 Az onkológiai fejlesztések első pályázatait nagy késéssel írták ki (a beadási határidő 2010. április vége volt). A kormányváltás után pedig 16 hónapig tartott az elbírálás, további 6–8 hónapig a szerződéskötések a régiók felében. A régiók másik felében csak 2012 őszén írták ki a pályázatokat (Dózsa, 2012).

Két párhuzamos „reform”/intézkedéscsomag

Az időszak rendkívül ellentmondásos volt. A kormányzat – két irányból keletkezett kényszerek hatása alatt – egyszerre két reformprogramot törekedett megvalósítani: az egyiknek a hajtóereje a költségvetési konszolidáció volt, aminek a szempontjait a Pénzügyminisztérium képviselte; a másiknak a hajtóereje pedig az SZDSZ egészségügyi programja volt, amit az Egészségügyi Minisztérium képviselt. (Érdemes megemlíteni, hogy a választási program kidolgozásakor, aminek egyik fő eleme volt a versenyző biztosítók megvalósítása, még sem a politikai, sem a gazdasági válságot nem lehetett előre látni.) A kettősség a két reformcsomag „filozófiájában” is megnyilvánult: a biztosítási rendszer átalakítása piaci típusú reformot jelentett, a piaci szereplőktől (magánbiztosítóktól) és piaci mechanizmusoktól várta az egészségügy problémáinak a megoldását. A Konvergenciaprogram részeként végrehajtott intézkedések jelentős része közvetlen kormányzati beavatkozást, adminisztratív intézkedéseket jelentett.

- A Konvergenciaprogram az egészségügyi közkiadások drasztikus csökkentését tartotta szükségesnek. Ennek érdekében részletes tervet, intézkedéscsomagot határozott meg, elsősorban a gyógyszerfinanszírozás és a kórházi ellátás területén. Az intézkedések fókuszát a kínálat csökkentése jelentette. Ugyanakkor a program tartalmazott a kereslet szűkítését célzó lépéseket is, nevezetesen a vizitdíj és kórházi napidíj bevezetését.
- A másik reformprogramnak – az egészségbiztosítás intézményrendszere átalakításának – a hajtóerejét az SZDSZ választási programja, továbbá a versenyző biztosítók modell mögötti erős lobbi jelentette. A fő cél az OEP intézményrendszerének a megszüntetése, a magánbiztosítókon alapuló intézményrendszerrel való felváltása volt.

9.3. Az egészségügy átalakítása a Konvergenciaprogram részeként

A 2006. szeptemberében közreadott *Magyarország Konvergencia Programja (2005–2009)* dokumentum célja kettős volt: a költségvetési konszolidáció és az államháztartás fenntarthatóságának a biztosítása. Ezen célok érdekében szükségesnek tartotta, hogy az Egészségbiztosítási Alap kiadásai 2006 és 2009 között a GDP arányában 0,9 százalékponttal csökkenjenek. A program feltételezése az volt, hogy *„A csökkenés a szolgáltatás színvonalának romlása nélkül is elérhető, mivel az intézkedések elsősorban a források hatékonyabb felhasználását és a pazarlások megszüntetését szolgálják”* (Magyar Köztársaság Kormánya, 2006a. 45). Ennek a célnak az elérésére, továbbá

a hatékonyság növelésére a Konvergenciaprogram átfogó és részletes intézkedéscsomagot tartalmazott a járulékfizetés szigorúbb ellenőrzésére (a járulékfizetés elkerülésének szankcionálására), a szolgáltatások (gyógyító-megelőző ellátások) kínálatának a szűkítésére, a kereslet korlátozására (a vizitdíj és kórházi napidíj bevezetésével), továbbá a gyógyszerpiac (számos eleme) szabályozásának a radikális átalakítására.[292]

A járulékbevételek növelését a járulékalap szélesítésével és a jogosultság és járulékfizetés szigorúbb ellenőrzésével kívánták elérni:

- Bevezették a biztosítási jogviszonynak (a járulékfizetésnek) az ellátás igénybevételekor történő ellenőrzését; ehhez a szolgáltatók által kötelezően használandó szoftvert vezettek be. Érvényes jogviszony hiányában az egyének csak alapszintű – mentés, sürgősségi, anya- és csecsemővédelmi, valamint járványügyi – szolgáltatásokat vehettek igénybe az állami egészségügyben.
- Járulékfizetési kötelezettséget vezettek be az eltartottak esetében (akik korábban a biztosított családtag után voltak jogosultak).
- Szabályozták a központi kormányzat fizetési kötelezettségét az ellátásra egyéni járulékfizetés nélkül jogosultak után (2006-ban kb. 6,3 millió fő; pl. nyugdíjasok, tanulók, munkanélküli ellátásban részesülők); ennek részeként az egy fő után fizetendő fix összegű járulék mértékét.

A kiadások csökkentésének fő eszközét a gyógyszerügy területén megvalósított intézkedések jelentették:

- A generikus gyógyszerek esetében referencia árrendszert[293] és árversenyt vezettek be.
- Az orvosoknak a legalacsonyabb árú terméket kellett ajánlaniuk. (Ennek érdekében egy gyógyszerfelírást segítő szoftverrel látták el a háziorvosokat.)
- A gyógyszerek egy részének a támogatási kulcsait csökkentették.
- A gyógyszergyártó cégekre forgalomarányos különadót vetettek ki (tb. rabatt), továbbá a gyógyszerlátogatók után fejpénzt kellett fizetniük.
- Liberalizálták a gyógyszer-kiskereskedelmet, patikákon kívül is elérhetővé tettek néhány recept nélkül kiváltható gyógyszert és lazítottak a gyógyszertár alapítás addigi kötöttségein.

292 A Konvergenciaprogram intézkedéseinek a megvalósítására 2006 decemberében az egészségügyet érintő 5 új törvény került elfogadásra.

293 *„A referencia-ártámogatási rendszerben tehát a finanszírozó meghatározza a támogatás maximális forintösszegét a kérdéses gyógyszercsoporton belül. […] a referenciaterméktől eltérő, magasabb árú szerek térítése a beteget vagy a kiegészítő biztosítót terheli”* (Kaló, 2002. 578).

Az intézkedések hatására 2007-ben az E. Alap kiadásaiban elért megtakarítás (2006-hoz képest nominális csökkenés) 75 Mrd Ft volt, amiből 65 Mrd Ft a gyógyszerkiadások csökkenéséből származott. A gyógyszerkiadások 2007-ben nominális értékben 17%-kal (reálértéken számítva 26%-kal) voltak alacsonyabbak, mint 2006-ban.

A gyógyító-megelőző ellátások finanszírozásának és kapacitásainak a csökkentése

A 2004-ben – átmeneti, „tűzoltó" intézkedésként – bevezetett TVK az egyik főszereplőjévé vált a 2006–2007. évi kiadáskorlátozásnak. 2006-ig az OEP egy adott intézmény TVK-korláta feletti teljesítményéért degressziós kulcsokkal csökkentett összeget fizetett. 2006 nyarán a kormány eltörölte a degressziós kulcsokat és abszolút plafont vezetett be, az intézmények korábbi keretének 95%-ában határozva meg annak a szintjét (ezzel egy kvázi intézményi bázisfinanszírozás jött létre). 2007. április 1-jétől pedig az aktív kórházi ágyak számának a jelentős csökkentésével együtt a TVK-keret is tovább csökkent az egyes intézményekben. A TVK a 2004-es bevezetésekor nélkülözte a szakmai megalapozást; nem volt törekvés a HBCS-k költségtartalmának és a súlyszámarányoknak az átfogó, rendszerszerű felülvizsgálatára.[294] A TVK (az intézményi szintű teljesítmény-, illetve kiadáskorlát) inkonzisztens a teljesítményfinanszírozás logikájával. A feszültségeket jelzi, hogy a TVK-n felüli (kifizetetlen) teljesítmény növekedett és egyenlőtlenül oszlott el a kórházak között, legjobban az egyetemi klinikákat érintve (Boncz, 2007).

A gyógyító-megelőző ellátásokra fordított OEP-kiadások radikális csökkentése olyan ellátórendszerben történt, amire az volt jellemző, hogy az adott kapacitások működtetésére nem volt elégséges a csökkentés előtti OEP-finanszírozás sem. A kormány a kiadás-csökkentés miatti feszültségek további növekedését a kapacitások csökkentésével és a lakosság ellátás iránti keresletének a csökkentésével igyekezett mérsékelni. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény szakmai célja az aktív fekvőbeteg kapacitások csökkentése, másrészt a krónikus kapacitások növelése, az egynapos sebészeti és járóbeteg-szakellátások fejlesztése volt. A törvény melléklete intézményenként határozta meg a közfinanszírozás keretei közé befogadható ágyak mennyiségét és ehhez kapcsolva csökkentette az adott intézmény TVK-ját. Az ágyak számának a szabályozás középpontjába állítása inkonzisztens volt a teljesítményfinanszírozással.[295] Továbbá a kiadáscsökkentés

294 Ez nem jelenti azt, hogy esetleges módosítások ne lettek volna, pl. 2005-ben a kemoterápiás gyógyszerek beépültek a HBCS-be, ami növelte az onkológiai ellátás súlyszámait.

295 Az intézkedéseket széles körű szakmai vita kísérte. Dózsa Csaba (2008) szerint: *„A versenyt és piacot hirdető egészségpolitikai vezetésnek sikerült egy olyan törvényt elfogadtatnia a Parlamenttel, amely műfajában és korszerűségében 40–50 évvel vezet minket vissza a történelemben. A törvény melléklete az 1950-es évek termelési normáinak központosított kiosztását idézi,*

miatti „tűzoltó" intézkedések kényszere alatt a kormány nem vállalkozott arra, hogy megkísérelje a kórházhálózat strukturális átalakítását, amelynek részét képezte volna egyrészt bizonyos ellátások koncentrálása, másrészt jelentősebb mértékű kórházbezárás vagy átalakítása ápolási otthonokká. Az aktív kórházi ágyak száma 27%-kal (16 ezer ággyal) csökkent, a krónikus ágyak száma pedig 7500 ággyal növekedett. Ugyanakkor az akkori 173 fekvőbeteg gyógyintézetből csupán 6 kórház került bezárásra és 12 kórházban pedig megszűnt az aktív fekvőbeteg-ellátás (Sinkó, 2009b).

A lakossági keresletet a 2006. évi CXV. törvény a vizit-, és a kórházi napidíj bevezetésével, az orvos és intézményválasztás lehetőségének a szigorításával törekedett korlátozni. A várólisták növekedése miatt várható feszültségek enyhítésére a törvény a várólisták közzétételére kötelezte a kórházakat.

Az intézkedések hatására a gyógyító-megelőző ellátásokra fordított OEP-kiadások nominális értéke 2006 és 2009 között stagnált – reálértékben pedig 15,5%-kal csökkent. A kapacitásoknak és az ellátási kötelezettségnek – rendkívül rövid idő alatt történt – intézményi szintű meghatározása, súlyosbítva az OEP információs rendszerének a hiányosságaival, számos anomáliát, szakmailag hibás döntést, a betegellátásban pedig mindennapos zavarokat, növekvő elégedetlenséget okozott. A TVK csökkentése miatt jelentősen nőttek a várólisták.

A Konvergenciaprogram keretében elfogadott törvények részét képezte a kötelező kamarai tagság megszüntetése és az Egészségbiztosítási Felügyelet létrehozása is. A kötelező kamarai tagság megszüntetésével a MOK-nak a kormányzati intézkedésekkel szemben várható fellépésének a súlyát igyekezett csökkenteni a kormányzat.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet létrehozása

Az Egészségbiztosítási Felügyeletet 2007-ben hozták létre – az egészségügyi piac mindkét oldala (azaz a finanszírozás és szolgáltatás) felett felügyeletet gyakorló kormányzati szervként. Közvetlenül a kormány alá tartozott – így relatív függetlenséget élvezett az Egészségügyi Minisztériumtól. Hatáskörébe tartozott a szolgáltatói szektor és a gyógyszerkereskedelem felügyelete is, de létrehozásának fő célja a kialakítandó versenyző biztosítók működésének a felügyelete volt. A rövid fennállása alatt is bizonyította, hogy fontos és ígéretes szervezeti innováció volt (Kovácsy, 2020). Független intézményként, hatósági eljárás keretében kivizsgálta a szervezethez érkező betegpanaszokat (évente 2-3 ezret). Ezzel azonban jelentős ellenállást is

amelyben minden kórház esetében tételesen került meghatározásra a szakmai struktúra és az ágyszám. Történt ez annak ellenére, hogy a 2000-es évek első felének technológiai robbanása a hazai egészségügyben tisztán bizonyította, hogy az ágyszám az aktív kórházi ellátásban egyre kevésbé képes kifejezni a valódi szakmai tartalmat és annak intenzitását és költségeit" (Dózsa, 2008).

generált a kórházak vezetése körében. Jelentős munkát végzett a kórházak működésére, az általuk nyújtott szolgáltatások minőségére vonatkozó indikátorrendszer kidolgozásával és nyilvánosságra hozásával – ami ellenállást váltott ki az egészségügyi minisztérium és az intézményvezetők egy részének a körében.

9.4. A vizitdíj bevezetése

2007. február 15-én léptek életbe a vizitdíjra és kórházi napidíjra vonatkozó rendelkezések. Ezek alapján egy háziorvosi vagy szakorvosi vizitért 300 forintot, egy kórházban eltöltött napért pedig 600 forintot kellett azoknak a betegeknek fizetniük, akik nem tartoztak a mentességet élvező csoportokba. A lakosság kb. 40%-a mentességet élvezett. A bevezetés előkészítésének technikai részletei általában véve megfelelőek voltak – komolyabb zavarok nélkül indult el a rendszer. A vizitdíj azonban a pártpolitikai harc eszközévé vált és az egészségügyi szférán messze túlmutató hatást gyakorolt a politikai folyamatokra is. Ezért szükséges az előzmények áttekintése is.

Előzmények

A társadalombiztosítás (vagy állami egészségügy) körébe tartozó szolgáltatások igénybevételekor a betegek által fizetett térítési díj (a gyógyszerek térítési díja, vizitdíj, napidíj, stb.) a nemzetközi és a hazai egészségpolitikai viták egyik örökzöld témája. Bizonyos ellátások esetében – így a gyógyszerek, szemüveg, gyógyászati segédeszközök stb. – a költségmegosztás általánosan elfogadott és a viták elsősorban a mértékekre és a technikai részletekre vonatkoznak. Azonban az alapellátás és szakellátás (járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás) esetében a viták arra is vonatkoznak, hogy része legyen-e a költségmegosztás a tb-csomagba tartozó szolgáltatások finanszírozásának.

A magyar egészségügyben a rendszerváltás időszakától a szakmai vitákban, reformkoncepciókban vissza-visszatérő kérdés volt a költségmegosztás bevezetése a szolgáltatások területén. A Pénzügyminisztérium által kidolgozott javaslatokban kitüntetett szerepe volt a térítési díjak bevezetésének, illetve növelésének, továbbá az önkéntes biztosítások szerepe növelésének. 1995. májusában az 1996. évi központi költségvetés irányelvei között konkrét javaslat fogalmazódott meg 10%-os lakossági önrészesedés bevezetésére az egészségügyi szolgáltatásokra. Éles vita bontakozott ki a kormányzaton belül: az NM és az Egészségbiztosítási Önkormányzat ellenezte a javaslatot. A kompromisszumot végül az jelentette, hogy a foglalkozás egészségügyi ellátás, a sportorvosi ellátás, valamint a fogászat (részben) kikerült az

egészségbiztosítás szolgáltatásai közül. Ezután a térítési díjak kérdése 2006-ig nem került a kormányzat napirendjére.

A 2006. évi választásokat megelőző kampányban az ellenzékben lévő Fidesz azzal támadta a kormányzatot, hogy az a vizitdíj és a tandíj bevezetésére készül. A kormányfő ezt egyértelműen tagadta. A választások után elfogadott koalíciós programból azonban már arra lehetett következtetni, hogy a kérdés a kormány napirendjén volt.[296] Júniusban a miniszterelnök már úgy nyilatkozott, hogy a kormány legkésőbb augusztus végéig dönt arról, hogy legyen-e vizitdíj, a több-biztosítós rendszer kérdésében pedig az év végéig.

2006. július végén jelent meg a *Zöld Könyv,*[297] amelyet egyhónapos társadalmi vitára bocsátottak. A dokumentum konkrét kérdéseket is megfogalmazott: többek között arra vártak választ a hozzászólóktól, hogy legyen-e vizitdíj, és ha legyen, akkor kik kapjanak a fizetés alól mentességet; legyen-e egy, a betegek érdekeit képviselő felügyeleti szerv, amely hasonlóan működne, mint a fogyasztóvédelmi felügyelőség. További kérdés volt, hogy csökkentsék-e az aktív kórházi ágyak számát, legyenek-e nyilvánosak a kórházak működési adatai. Csaba Iván (2007) szerint: „*A Zöld könyv megjelenésének ténye […] mindenképpen üdvözlendő. […] Tartalmi szempontból ugyanakkor […] a megfigyelőben felmerülhet a gyanú, hogy a Zöld könyv társadalmi vitára bocsátásától függetlenül az alapvető döntések már megszülettek"* (Csaba, 2007. 4). A Zöld Könyv kormányzati kommunikációja nem volt egységes: az SZDSZ vezette Egészségügyi Minisztérium és az MSZP parlamenti frakciójának egészségpolitikusai között sokszor a nyilvánosság előtt zajlott a vita. Így a vizitdíj esetében is. Néhány nappal a Zöld Könyv megjelenése után az MSZP-frakció már nyilatkozott arról, hogy nem támogatta az egységes vizitdíj bevezetését; azt szerették volna, ha minden beteg számlát kapna az ellátásról, és ennek csak jelképes hányadát kellett volna fizetnie. Az SZDSZ és a Minisztérium kommunikációja ideológia-vezérelt volt: azt hangsúlyozták, hogy a vizitdíj bevezetése a szocialista egészségügy végét jelenti, a betegek tudatos fogyasztóvá válnak, a hálapénz pedig megszűnik. A vizitdíjjal részletes számlaadási kötelesség járt – így nagy hangsúlyt kapott, hogy a beteg látni fogja, mennyibe került az ellátása. Továbbá nagy hangsúlyt kapott,

296 A kormányprogram egészségügyről szóló részében az állt, hogy „(...) *a biztosítottak részéről mérsékeljük az egészségügyi szolgáltatások indokolatlan, felesleges és túlzottan gyakori igénybevételét"*. Nyilvánvaló volt, hogy a szabályozás egyik eszköze a vizitdíj lehetett, ugyanakkor a bevezetéséről még nem született döntés.

297 A Miniszterelnöki Hivatal által közzétett *Többen, jobban, tovább. Zöld könyv az egészségügyről* című dokumentum, Az angolszász tradícióban a zöld könyvek célja egy-egy kormányzati terület legfontosabb problémáinak az azonosítása és megvitatása az érdekeltek és a közvélemény bevonásával.

hogy mind az orvosok oldalán, mind a páciensek esetében megszűnik az az illúzió, hogy az egészségügy ingyenes. Nem vették figyelembe, hogy a mindennapi gyakorlatban ez az illúzió nem létezett.

A bevezetés lépései

A kormány 2006. szeptemberében döntött a vizitdíj, kórházi napidíj és a receptdíj bevezetéséről. Az nem került nyilvánosságra, hogy az alig egy hónapos társadalmi vitában milyen reagálások születtek. A nyilvánosság előtt azonban az ellenzéki pártok és a beteg- és orvosok szervezetei erőteljesen támadták a javaslatot. A szeptember elején Brüsszelbe elküldött Konvergencia Programban már szerepelt a vizitdíj bevezetése, azonban a nagysága még nem. Erről (is) éles vita folyt az MSZP és az SZDSZ között.[298] Az intézkedés fogadtatása ellentmondásos volt, megosztotta a szakmai köröket és a társadalmat is. 2006 júniusában felmérést végzett a Marketing Centrum a kormányzati reformelképzelések támogatására vonatkozóan. A megkérdezettek többsége szerint az egészségügyre fordított összeget több mint másfélszeresére kellene emelni annak, mint amit feltételezésük szerint az akkori költségvetés költött rá. A megkérdezettek 68%-a változásokra számított az egészségügyben. A politikai megosztottságot is tükrözhette, hogy megkérdezettek 36%-a számított javulásra, míg 32%-uk pedig romlásra. A felmérés szerint az elvek szintjén a közvélemény többsége egyetértett az egészségügy átalakításával, de amint a konkrét „zsebre menő" intézkedésekről esett szó, akkor azokat a közvélemény többsége elutasította. A vizitdíj bevezetését és a gyógyszerár-támogatás csökkentését a megkérdezettek fele akkor is elutasította, ha azok egy előremutató reform kereteiben valósultak volna meg. A vizitdíj a háziorvosok körében élvezett jelentős támogatottságot, akiknek közvetlenül érzékelhető, jelentősebb bevételt jelentett.[299]

A Fidesz reagálása

A Fidesznek kiváló eszközt jelentett a vizitdíj a kormány (mindenekelőtt a kormányfő) elleni támadásra. A Fidesz a vizitdíjat úgy jelenítette meg, mint újabb szimbólumát annak, hogy a miniszterelnök hazudott (mivel a választási kampányban mást mondott), továbbá, hogy az egészségügyi reform az emberek ellen van. Már 2006

298 A Konvergencia Program benyújtása utáni balatonőszödi kormányülésen az SZDSZ-es tárca vezetői és az MSZP egészségpolitikusai közötti hosszú vita után alakultak ki a vizitdíj konkrétumai: a mértéke, és az a kör, akik mentességet élveztek.

299 A Spatium Consulting piackutató cég 2007. decemberi vizsgálatában a háziorvosok nagyobb része egyetértett a vizitdíjjal: 42% ítélte pozitívnak a vizitdíj bevezetését, 34% elutasította. A városokban dolgozók többsége pártoló volt, a kistelepüléseken praktizálók közül a támogatók és az elutasítók fele-fele arányban voltak.

szeptember elején a Fidesz politikai kampányba kezdett: deklarálta, hogy az ország politikai válság felé tart, mert demokráciában nem lehetséges, hogy egy országnak olyan kormánya legyen, amely becsapja a választóit és az ellenkezőjét teszi annak, amire ígéretet tett, amire felhatalmazást kapott. 2006. október 24-én a Fidesz és a KDNP népszavazási kezdeményezést nyújtott be az Országos Választási Bizottsághoz (OVB) a vizitdíj, kórházi napidíj és tandíj ügyében. Kezdetektől nyilvánvaló volt az elsődleges politikai szándék. *„Az ellenzéknek nincsen direkt eszköze az előrehozott választás kikényszerítéséhez. De egy ahhoz nagyon közeli helyzetet tud előidézni a népszavazással"* – hangsúlyozta a Fidesz elnöke egy interjúban.[300]

Fontos látnunk, hogy nem a vizitdíj jelentette a lakossági terhek növelésének a legnagyobb tételét. Az arányokat mutatja, hogy 2007-ben a gyógyszerek után fizetendő térítési díjaknak az emelkedése négyszer nagyobb összeg volt, mint a teljes vizitdíj és kórházi napidíj – és nem okozott hasonló politikai feszültséget. Ugyanakkor a vizitdíj történetével párhuzamosan zajlott egy másik történet is: az egészségbiztosítás intézményrendszerének radikális átalakítására való kísérlet. Mivel ez utóbbi sorsát jelentősen befolyásolta a népszavazás, ezért – követve az események időrendjét – először a biztosítás reformjának a történetét vázolom.

9.5. Kísérlet az üzleti biztosítók bevonására a kötelező egészségbiztosítás működtetésébe

A 2006-ban újraválasztott MSZP-SZDSZ koalíció egyezségeként az egészségügyi tárca az SZDSZ irányítása alá került. Ezzel újra előtérbe került a több-biztosítós rendszer kérdése, ugyanis ez volt az SZDSZ választási programjának az egyik legfontosabb pontja. A két párt közötti ellentét jól látható a dokumentumokból. Az SZDSZ törekvésével szemben a kormányprogramban csak annyi szerepelt, hogy *„2007 végéig létrehozzuk a biztosítási alapon működő egészségügy szabályozási, intézményi, pénzügyi, működési felügyeleti és garanciális rendszereit."* Ez a megfogalmazás nyitva hagyta a konkrét intézményi modell kérdését.

A kötelező egészségbiztosítás centralizált (egybiztosítós) intézményi rendszerének (az OEP-nek) 1993-ban történt létrehozásától kezdve időről időre megjelentek a különböző koncepciók az intézményrendszer decentralizálására, alapvetően két modell – a regionális biztosítók és a versenyző biztosítók – mentén. A regionális

300 Az előre hozott választás a legfőbb ügy Magyar Nemzet interjú Orbán Viktorral (2007. 06. 01).

decentralizációt javasló koncepciók megtartották volna a szélesen értelmezett közszférán belül az egészségbiztosítás intézményrendszerét, a verseny szerepét pedig a szolgáltatások és a kiegészítő biztosítások szférájában tartották fontosnak. A regionális biztosítók előnyének az erőforrások regionális, szükségletalapú elosztását, a térségi /helyi igények és szolgáltatói adottságok jobb figyelembevételét, és az egészségügy sajátosságainak megfelelő regionális szintű koordinációt tartották. Továbbá az abból eredő ösztönző hatást, hogy a hatékonyabb működésből eredő megtakarítás a régión belül maradt volna – mindez jobban ösztönözte volna az intézményeket a hatékonyság és minőség javítására (Orosz, 2001).

Fontos hangsúlyozni, hogy a versenyző biztosítók modellje messze több volt, mint egy intézményi modell: az „egybiztosítós" és „több biztosítós" modell közötti alapvető különbséget a piaci szereplők, azaz a magánbiztosítók szerepe jelentette. A koncepció támogatói[301] az egészségügy reformja döntő kérdésének tekintették az üzleti biztosítók bevonását a kötelező egészségbiztosítás működtetésébe. A koncepciójuk azon a feltételezésen alapult, hogy az állam, a kormányzat nem képes az egészségügy modernizálására, arra csak a piaci szereplők alkalmasak. A hatékony működés alapvető feltétele a verseny és a profitérdekeltség. Ennek a stratégiának a központi törekvése az volt, hogy az üzleti biztosítók vegyék át a kötelező egészségbiztosítás működtetését a centralizált állami szervezettől.[302] A koncepció feltételezése az volt, hogy az üzleti biztosítókat az ügyfelekért folytatott verseny arra készteti, hogy a páciensek érdekét képviseljék, és a szolgáltatóktól jó minőségű, költséghatékony szolgáltatást vásároljanak; továbbá a verseny csökkenti a költségeket, így visszafogja az egészségügyi kiadások növekedését. További feltételezés volt, hogy a magánbiztosítók elsősorban a jobb minőségű ellátás nyújtásával versenyeznek az ügyfelekért. Ennek érdekében nyomást gyakorolnak a szolgáltatókra – akik versenyeznek, hogy a biztosító szerződést kössön velük. Így a magánbiztosítók versenye az ügyfelekért és a szolgáltatók versenye a szerződésért az egészségügyi ellátás hatékonyságának és minőségének a növekedéséhez vezet. A koncepció kritikusai szerint az egészségügy sajátosságait figyelembe vevő elméleti, szakmai megfontolások, és a versenyző biztosítókra vonatkozó nemzetközi tapasztalatok is megkérdőjelezték ezeket a feltételezéseket. Az elméleti megfontolások és a nemzetközi tapasztalatok

301 Elsősorban a pénzügyi körök, és a hozzájuk kapcsolódó szakértők.

302 A koncepció kritikusai, ellenzői egyrészt a nemzetközi tapasztalatok ellentmondásossága, másrészt a magyar egészségügy alulfinanszírozottsága és az intézményi feltételek hiánya miatt vitatták, hogy a magánbiztosítók bevonása adekvát megoldást jelenthetett volna a magyar egészségügy akkori problémáira (Dózsa, 2007; OECD, 2008; Sinkó, 2007).

is azt mutatták, hogy a biztosítónak könnyebb volt a jó kockázatért versenyezni, mint a szolgáltatókra hatékonysági nyomást gyakorolni. A jó kockázatú ügyfelekért folytatott verseny egyik jelentős eszköze volt a kiegészítő biztosítások kínálata. (Paolucci et al., 2007). További ellenérv volt, hogy az üzleti biztosítók nem érdekeltek a krónikus betegségek ellátásának magas színvonalú, összehangolt szervezésében sem. Ha erre törekednének, azzal magukhoz vonzanák a krónikus betegeket, ami növelné a kiadásaikat (ami ellentétes a profit hosszú távú maximalizálására vonatkozó érdekeltségükkel).

A „több-biztosítós rendszer" vagy „versenyző biztosítók" elnevezéssel emlegetett modell támogatóinak és ellenzőinek a vitája az 1990-es évek elejétől végig kísérte és átszelte a kormányokat és politikai pártokat.[303] Sőt, a több biztosítóból álló intézményi struktúra már az 1980-as évek végén kidolgozott reformkoncepcióban szerepelt (Alpár és Huszai, 1989). A versenyző biztosítók bevezetésére 1997–1998-ban az MSZP-SZDSZ Kormány Pénzügyminisztériuma dolgozott ki javaslatot, de az nem jutott el döntési fázisba. A Fidesz-kormány törekvéséről és az MSZP-SZDSZ kormánynak az IBR átalakítására vonatkozó kísérletéről a korábbiakban már volt szó.

2006 júniusában az előzőekben már említett *Zöld Könyv* megjelentetésével az SZDSZ és a Minisztérium nyomást kívánt helyezni a kormányra (kormányfőre), hogy minél előbb hozza meg a döntést a biztosítási reformra vonatkozóan. A kormányfő azonban több okból is halogatta a döntést. A kormány a Konvergencia Programnak adott prioritást, azoknak az intézkedéseknek, amelyek az egészségügyi kiadások visszafogására és a kórházi kapacitások csökkentésére irányultak.[304] Az egészségügyi miniszter és szakértői új eszközt kerestek a nyomásgyakorláshoz: 2007. január 25–26-ára *Egészségbiztosítási Reform 2007–2009* címmel nemzetközi szakértői konferenciát szerveztek a Parlamentben. Az erre készült vitaanyag[305] (és annak a prezentációja) radikális átalakítást javasolt: csak az üzleti biztosítók vehettek volna részt a kötelező egészségbiztosítás működtetésében, az OEP-et pedig

303 A versenyző biztosítók koncepciója az 1990-es évek második felében a nemzetközi reformtörekvéseknek is az egyik előtérben álló és egyben vitatott kérdése volt (Smith et al., 2005).

304 A 2006 decemberében elkészült *Magyarország Konvergencia Programja* című dokumentum a kormányprogramhoz hasonló semlegességgel fogalmaz az új biztosítói modell bevezethetőségével kapcsolatosan: „*A Kormány – a közfinanszírozás fenntartása mellett – mérlegelni fogja az egészségügyi biztosítási piac magánbiztosítók részére történő esetleges megnyitását.*"

305 A 2007 januárjában az Egészségügyi Minisztérium által rendezett nemzetközi konferencián bemutatott javaslat (Mihályi, 2007).

megszüntették volna (Mihályi, 2007). Továbbá a koncepció előirányozta, hogy középtávon ki kell alakítani a biztosítók közötti versenyt a szolgáltatási csomagban és járulékban is.[306]

A javasolt szabályozás fő elemei a következők voltak:

- Megszűnt volna az OEP és a kötelező egészségbiztosítást profitorientált biztosítók működtették volna.
- A központilag begyűjtött járulékokat – a kockázatok kiegyenlítésére törekvő – fejkvóta szerint osztották volna el a biztosítók között.[307]
- Mindenki kötelező tagja maradt volna a rendszernek. A biztosítottak szabadon választhattak volna a biztosítók között; a biztosítók senkit nem utasíthattak volna el.
- Felállították az Egészségbiztosítási Felügyeletet, amelynek a funkciói a következők voltak: a biztosítási piac szabályozása, továbbá a biztosítottak érdekeinek a védelme, szükség esetén a biztosítókkal és a szolgáltatókkal szemben.
- *A rendszer bevezetésekor* mindenkinek ugyanaz a biztosítási csomag járt volna (nem lett volna lehetősége a biztosítóknak a differenciálásra.
- Ugyanakkor a koncepció világosan megfogalmazta, hogy 1-2 év után a biztosítók lehetőséget kaptak volna a biztosítási díj és a biztosítási csomag meghatározására, azaz a koncepció a versenyt valójában a szolgáltatási csomagok és díjak versenyének képzelte el.

Ez utóbbi elképzeléssel kapcsolatban a következő olvasható a Konferencián előterjesztett vitaanyagban: *„Csak akkor van értelme több biztosítót működtetni, ha ez – belátható időn belül, egy rövid 1-2 éves átmeneti periódus után – együtt jár az egységes egészségbiztosítási csomag további differenciálódásával, megbontásával is. Ha minden biztosító egy és ugyanazt a szolgáltatáscsomagot nyújtja, vagyis köteles válogatás nélkül, a minőségtől és az ártól függetlenül minden szolgáltatóval szerződést kötni, és semmilyen módon sem differenciálhat a biztosítottakat terhelő díjak tekintetében, akkor a további átalakításokat nem szabad megcsinálni, mert a működési költségek növekedéséből származó hátrányt önmagában a verseny léte aligha fogja ellensúlyozni. Kicsit módosítva a jól ismert szólást: Gúzsba kötött táncosokkal nem*

306 Meg kell jegyezni, hogy ez az elképzelés ellentmondott a társadalombiztosítás alapelveinek és a nemzetközi példáknak, ahol a kötelező biztosítást versenyző biztosítók működtetik (pl. Hollandia, Németország).

307 Ez hasonló szabályozást jelentett volna, mint amit azokban az országokban alakítottak ki, amelyekben az 1990-es években a nonprofit biztosítási alapok között lehetővé tették a versenyt.

érdemes táncversenyt rendezni!" (54). A vitaanyag által kiváltott ellenvélemények, konfliktusok egyik fő forrását ez a középtávú elképzelés jelentette.

A 2007. januári konferencia a miniszter és csapata várakozásaival éppen ellentétes eredményt hozott. A külföldi szakértők – kivéve a holland és a szlovák kormányzat szakembereit – inkább fenntartásokat és ellenérveket fogalmaztak meg. Erre példaként néhány idézetet hozok a Világbank, és az Egészségügyi Világszervezet, valamint a *European Observatory on Health Systems and Policies intézet* szakértőinek az előadásaiból: *„Ami biztos: a javasolt megközelítés jelentősen megdrágítaná a magyar egészségügyi rendszert, de az már kevésbé egyértelmű, hogy hozna-e bármilyen hasznot"* (Joseph Kutzin, WHO). *„A reformokat az egyes országok körülményeihez kell igazítani – nem léteznek csodaszerek, mindenhol működő megoldások"* (Fidler, A. és Gottret, P., Világbank). *„A versengő biztosítókra vonatkozó tapasztalatok a legjobb esetben is bizonytalanok" Evidence on competing insurers is uncertain at best"* (Figueras, J., *Eurepan Observatory of Health Systems*). A Konferencia magyar előadói megosztottak voltak. Egyaránt voltak támogató hozzászólások (a Minisztérium és az üzleti biztosítók részéről) és a fenntartásaikat megfogalmazó kutatók és egészségügyi szakemberek, akik a javaslat átgondolását javasolták a kormányzatnak, továbbá elhangzottak konkrét javaslatok is az OEP modernizációjára. A koncepció kritikusai, ellenzői az egészségügyi rendszer sajátosságai és a nemzetközi tapasztalatok, továbbá a magyar egészségügy alulfinanszírozottsága alapján vitatták, hogy a magánbiztosítók bevonása adekvát megoldást jelenthetne a magyar egészségügy akkori problémáira (Dózsa, 2007; OECD, 2008; Sinkó, 2007). Véleményük fontos eleme volt, hogy különbséget kell tenni a szolgáltatók közötti és a biztosítók közötti verseny között. A hatékonyság és minőség javítása szempontjából a szolgáltatók közötti versenynek van meghatározó szerepe. Továbbá szabályozással megteremthetők olyan ösztönzők, amelyek növelik a centralizált vagy regionális szintre decentralizált (közintézmény formában működő) egészségbiztosítás működésének a hatékonyságát.[308]

Alternatív javaslat

A nemzetközi konferencia hatására a miniszterelnök elbizonytalanodott és a biztosítási reform további mérlegelése mellett döntött. A miniszterelnök felkérésére 2007. április végén létrejött egy szakértői csoport (Egészségbiztosítási Munkacsoport), amely június végére részletes javaslatot dolgozott ki *(Lehetséges modellek az egészségbiztosítás reformjára a társadalombiztosítás keretein belül)*. Ez egy komplex

308 Ezen kiindulópontok alapján több szakmai csoport dolgozott ki konkrét, részletes koncepciót az egészségbiztosítás rendszerének és ezen belül az OEP működési jellemzőinek az átalakítására, pl. (Dózsa et al., 2006).

reformcsomag volt, amely nem csak a biztosítói szervezetrendszer átalakítására irányult, hanem tartalmazta azokat a szolgáltatás szférájában megvalósítandó változtatásokat is, amelyek nélkül a biztosítói szervezetrendszer változtatására tett javaslatoktól várt pozitív hatások nem bontakozhattak volna ki.

A két koncepció között alapvető különbségek voltak, az egészségügyi rendszer problémáinak a megítélésében, a szükséges reform koncepciójában és a kialakítandó érdekeltségi viszonyokat tekintve:

- Az Egészségügyi Minisztérium koncepciója szerint az egészségügy rossz teljesítményének (az ellátás minősége és hatékonysága problémáinak) fő oka az OEP monopol helyzete volt. A reform kulcskérdésének az OEP felváltását tartották az üzleti biztosítók közötti versenyen alapuló rendszerrel. A javasolt reform ágensét a magánbiztosítók, az új érdekeltségi rendszer alapvető elemét pedig a magánbiztosítók versenye jelentette volna.
- Az alternatív javaslatot kidolgozó Egészségbiztosítási Munkacsoport koncepciója szerint az egészségügy rossz teljesítményének (a minőség, hatékonyság problémáinak) a fő okát a szolgáltatók közötti koordinációnak és a betegutak menedzselésének a hiánya, a szolgáltatók finanszírozási módszereinek a hiányosságai miatti torz ösztönzők, az ellátórendszer strukturális problémái és az egészségügy alulfinanszírozása jelentették. Ezért a reform kulcskérdésének nem a finanszírozás intézményi rendszerét, hanem a szolgáltatási szféra reformját tekintették: a forráselosztásnak és az ellátás szervezésének a térségi decentralizációján alapuló Térségi Egészségfejlesztési Rendszerek (TER) kialakítását javasolták.

A TER-ek két alapvető eleme: a reform ágensét jelentő (újonnan kialakítandó), térségi (megyei) szinten ellátásszervező funkciót betöltő szervezet és a hatékony ösztönzők lettek volna. A megfelelő érdekeltség kialakulását a finanszírozás térségi decentralizációjától (a TER-ek számára korrigált fejkvóta alapján meghatározott költségvetéstől) várták[309] (Egészségbiztosítási Munkacsoport, 2007). Az ellátásszervező fő funkciói: az optimális betegutak megvalósítását biztosító ellátásszervezés és ennek érdekében a szolgáltatók közötti – az intézményi határokat átszelő, a terápiás folyamatot és a minőséget a középpontba állító – kooperáció kialakítása és menedzselése lett volna.

Az Egészségbiztosítási Munkacsoport is szükségesnek tartotta az OEP intézményi reformját: az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak sajátos társadalombiztosítói

309 Fontos megjegyezni, hogy a fejkvóta mindkét koncepciónak eleme volt. Az elveket tekintve: a (megfelelően kialakított) fejkvóta szerinti forrásallokáció a szükségletekhez igazodik. A gyakorlatban azonban a szükségleteket megfelelően tükröző fejkvóta kialakítása és karbantartása meglehetősen nehéz és bonyolult feladat.

jogállással rendelkező, nonprofit zrt. formában működő Nemzeti Egészségbiztosítóvá alakítását javasolta, azzal, hogy az Egészségbiztosítási Alap továbbra is az államháztartás része marad.

Az ellátásszervező konkrét intézményi formájára két lehetséges megoldást javasoltak:

- (A) változat: a szolgáltatók és/vagy a települési önkormányzatok társulásán alapuló Térségi Egészségfejlesztési Központ.
- (B) változat: a Nemzeti Egészségbiztosító területi divíziójából kialakított Térségi Egészségfejlesztési Divízió.

A munkacsoport anyagának[310] számos további eleme volt, köztük a szolgáltatók közötti verseny erősítése, hatékony minőségbiztosítási rendszer kiépítése.

A javaslatot a Minisztérium élesen elutasította. Ugyanakkor hatása volt a kormánypártok közötti kompromisszum kialakítására.

Heves viták, kiterjedt szakmai háttérmunkák és egyeztetések eredményeként a két kormánypárt között megszületett a politikai kompromisszum (Sinkó 2008). Az egészségbiztosítási pénztárakra vonatkozó törvényjavaslat fő elemei a következők voltak:

- Az OEP átalakult volna az Egészségbiztosítási Alapot kezelő intézménnyé (Nemzeti Egészségügyi Központ) és csak néhány nagyköltségű, kiemelt ellátás finanszírozása maradt volna nála.
- Az egészségbiztosítást alapvetően megyei alapon szerveződő, vegyes tulajdonú egészségbiztosítási pénztárak (EBP) működtették volna. Az üzleti szereplők maximum 49%-os részesedést szerezhettek volna egy EBP-ben; a részesedés szerzése (az üzleti szereplőknek a rendszerbe való belépésének a módja) megyei szinten szervezett liciteken keresztül történt volna.[311]
- A nemzeti kockázatközösség megtartását – a koncepció szerint – az azonos járulékfizetési mérték és a kötelező területi lefedés biztosította volna. (Alapesetben minden lakos területi (megyei) elven tartozott egy pénztárhoz.)
- Ugyanakkor a pénztárak elfogadhattak volna jelentkezőt az ország bármely részéről (illetve el kellett volna fogadniuk minden hozzájuk jelentkező biztosítottat) – azaz az elfogadott szervezeti konstrukció tartalmazta mind a térségi szerveződés mind a verseny lehetőségének az elemeit.

310 A *Lehetséges modellek az egészségbiztosítás reformjára a társadalombiztosítás keretein belül* című tervezet részletes javaslatokat is tartalmazott a fentiekben vázolt változtatások megvalósítására.

311 A 2008. évi I. tv. alapján az állam 22 egyszemélyes, zártkörű részvénytársaságként működő kötelező egészségbiztosítási pénztárat alapított volna; négyet a Budapestet és Pest megyét magában foglaló közép-magyarországi régióban, 18-at pedig a megyékben.

Látható, hogy az elfogadott szervezeti konstrukció a két fő irányzat – regionális biztosítók és versenyző biztosítók – közötti kompromisszum volt: tartalmazta mind a térségi szerveződés mind a verseny lehetőségének az elemeit. A törvényt 2007 december közepén fogadta el az Országgyűlés. Ezután a törvény példátlan utat járt be. A köztársasági elnök december végén visszaküldte a Parlamentnek, amit a Parlament 2008 februárjában változtatás nélkül ismét elfogadott. A vizitdíjról (kórházi napidíjról és tandíjról) 2008. március 9-én tartott (Fidesz által kezdeményezett) népszavazás sokkja és az SZDSZ-nek a kormányból való kilépése után a kisebbségi szocialista kormány 2008 májusában az EBP-törvényt megsemmisítő törvényjavaslatot nyújtott be az Országgyűlésnek.[312] Ezzel mind a vizitdíj, mind a versenyző biztosítók kérdése hosszú időre lekerült a napirendről.

A kiegészítő magánbiztosítási piac kiszélesítésére vonatkozó („szamizdat") koncepció

Az üzleti biztosítók tradicionális szerepe nem a kötelező biztosítás működtetése, hanem az önkéntes kiegészítő biztosítás, továbbá néhány országban a lakosság egy része (magasabb jövedelműek) számára az önkéntes elsődleges biztosítás[313] nyújtása. Az önkéntes biztosítás és a magánbiztosítók fontos szerepet játszhatnak a differenciált társadalmi szükségleteknek, fogyasztói igényeknek a jobb kielégítésében. A rendszerváltás után az egészségpolitika valószínűleg a társadalom legjobb és legrosszabb helyzetű rétegeinek a szükségleteire reagált legkevésbé. A jobb anyagi helyzetű rétegek fizetőképes keresletével/ igényeivel szemben nem állt megfelelő kínálati oldal: kiegészítő biztosítás és intézményrendszer. Az 1990-es évek első felében az önkéntes egészségbiztosításnak Magyarországon két fő típusa alakult ki: az önkéntes pénztárak és az üzleti biztosítók által kínált biztosítások. Tevékenységük eltérő igényeket elégített ki: a pénztárak általában munkahely alapján szerveződtek (egyik fő céljuk a prevenció), a magánbiztosítók törekvései elsősorban a magasabb jövedelműek igényeinek a kielégítésére irányulnak. Az üzleti biztosítók jelentős része más biztosításokhoz kapcsolódó egészségbiztosítási termékeket (összegbiztosítást) nyújtott. Az önkéntes biztosítások által finanszírozott ellátás 2005-ben az összes egészségügy kiadásnak a 0,7%-át tette ki, a magánkiadásoknak pedig 4%-át.

312 Az is közrejátszhatott, hogy a kisebbségben kormányzó MSZP nem akart újabb népszavazást kockáztatni. Magánszemélyek (az Albert házaspár) 2007 márciusában a következő kérdésről nyújtott be népszavazási kezdeményezést: „Egyetért-e ön azzal, hogy Magyarországon ne vezessék be a mindenki által kötelezően választandó, üzleti alapon működő több-biztosítós egészségbiztosítást?" Az Országgyűlés 2008. június 9-én kiírta a népszavazást, majd novemberben az Alkotmánybíróság leállította a folyamatot, tekintettel az EBP-tv. megsemmisítésére (Weborvos, 2008).

313 A 2000-es években megvalósított reformokig ilyen rendszer működött Hollandiában és Németországban.

2006 végén a MABISZ megbízásából az IFUA tanácsadó cég tanulmányt készített az üzleti biztosítók lehetséges szerepéről az egészségügyben (IFUA, 2006). A *Kutatás az egészségbiztosítás magyarországi rendszerének reformja kapcsán a hazai üzleti biztosítók számára* címet viselő tanulmány azonban nem kapott nyilvánosságot (a szakmai körökben szinte szamizdatként terjedt), feltételezhetően azért, mert az Egészségügyi Minisztérium koncepciójához képest sokkal kevésbé volt radikális. A tanulmány reális lehetőséget látott a kiegészítő magánbiztosítási piac kiszélesítésére. A tanulmány két szcenáriót vizsgált: az „A" szcenárióban az üzleti biztosítók csak kiegészítő egészségbiztosítást nyújtottak volna; a „B" szcenárióban az üzleti biztosító átvették volna a kötelező egészségbiztosítás menedzselését az OEP-től. A tanulmány rövid távon az „A" szcenáriót tartotta valószínűbbnek. Ennek esetében is az akkori piaci potenciált 40–100 Mrd Ft-ra becsülte.[314] A tanulmány szerint – a magyar élet- és nem életbiztosítási piac együttes díjbevétele 2006-ban kb. 800 Mrd Ft volt. Ezt figyelembe véve, a kiegészítő biztosítások nyújtását is reális és vonzó szcenáriónak lehetett tekinteni. A tanulmány a kiegészítő biztosítások lehetőségére, feltételrendszerére, lehetséges szolgáltatási csomagjára, szabályozási kérdéseire konkrét javaslatokat is tartalmazott.

9.6. Az egészségügy mint a pártpolitikai küzdelem terepe: a „szociális népszavazás"

A több-biztosítós rendszer bevezetését is, de a vizitdíj bevezetését még inkább a pártpolitikai harc eszközeként tudta kihasználni a Fidesz. Az egészségügyi intézkedések erre meglehetősen alkalmasak voltak, mivel a társadalom többségének mindennapi tapasztalata volt az egészségügyről – így a kórházi kapacitások csökkentése során a változtatásokkal szükségszerűen együtt járó bizonytalanság, feszültségek, negatív mellékhatások széles körben érzékelhetők voltak. Ez könnyen felhasználható volt a kormánnyal szemben már meglévő diffúz elégedetlenség „tárgyiasítására". A Fidesz már 2006 októberében népszavazást kezdeményezett a vizitdíj/kórházi napidíj és az oktatásban bevezetett tandíj eltörlése érdekében és utána folyamatos kampányt folytatott. Ezzel a társadalomban általánosan (nem csupán az egészségügyi

314 A kiegészítő biztosítások számára például az alábbi területeket javasolta a tanulmány (IFUA, 2006): emelt színtű hotelszolgáltatások biztosítása; a közfinanszírozásban kialakult várólista idő csökkentése (külön finanszírozással a szolgáltatás korábbi igénybevétele); a közfinanszírozásban alkalmazott gyógyító technológia kiegészítése (magasabb színvonalú implantátumok, altatási, érzéstelenítési technikák stb.); a műtétet végző orvos megválasztásának lehetősége stb.

intézkedésekkel szemben) növekvő elégedetlenséget és feszültségeket „sikeresen" használta ki. Egyszerű politikai üzenetekkel, mint pl. a vizitdíj mutatja, hogy a „miniszterelnök félrevezette a társadalmat[315]" sikerült azt elérnie, hogy a vizitdíj a lakosságellenes kormányzati reform szimbólumává vált. A vizitdíj politikai szimbólummá válásához további tényezők is hozzájárultak, köztük az, hogy a kormányzati kommunikáció túlideologizálta a vizitdíj bevezetésének a célját. Az Egészségügyi Minisztérium egyik szlogenje szerint: „A vizitdíj a szocialista egészségügyi rendszer végét jelzi". A túlideologizálás megalapozta azt a bizonytalanságot, hogy lehet, hogy a bevezetéskor csekély összegű díj hamarosan lényegesen nagyobb lesz. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a rossz gazdasági helyzet, jövedelemcsökkenés miatt a társadalomban erősödött a feszültség, amelynek könnyen „megfogható" célpontjává, fókuszává volt tehető a vizitdíj.

Az Országos Választási Bizottság (OVB) és az Alkotmánybíróság (AB) közötti vita

A véletlenek is szerepet játszottak. Ilyen véletlen volt az Alkotmánybíróság személyi összetétele. Az OVB első alkalommal elutasította a Fidesz népszavazási beadványát, azzal az indokkal, hogy a képzési hozzájárulás, a vizitdíj és a kórházi napidíj kérdése a költségvetés tárgykörébe, így az alkotmányban tiltott népszavazási tárgykörök közé tartozik. Az OVB elutasító határozata után a Fidesz az Alkotmánybírósághoz (AB) fordult. Az AB megosztott volt a kérdésben, de minimális többséggel az OVB-vel ellentétes álláspontot fogadott el, amely szerint a kérdések[316] nem tartoznak az alkotmányban tiltott népszavazási tárgykörök közé. Az AB határozata úgy érvelt, hogy a kérdések nem tartalmazzák a költségvetési törvény módosítását, illetve nem következik belőlük annak a módosítása. 2007 szeptemberében a referendumnak a Fidesz a „Szociális népszavazás 2008" nevet adta és 2007 októberében nagyszabású aláírásgyűjtő kampányba kezdett. Rövid idő alatt összegyűlt az ügydöntő népszavazás kiírásához szükséges 200 ezer aláírás.

Mire a népszavazásra sor került, a kormány támogatottsága mélypontra jutott. Azon belül is a legnépszerűtlenebb politikusok közé tartozott az akkori egészségügyi

315 2006-ban Gyurcsány Ferenc a miniszterelnök-jelölti vitában azt állította, hogy nem fog térítési díjat bevezetni a tb-csomagba tartozó egészségügyi szolgáltatásokra.

316 A Fidesz a következő kérdéseket nyújtotta be: *„Egyetért-e Ön azzal, hogy a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásért a jelen kérdésben megtartott népszavazást követő év január 1-jétől ne kelljen kórházi napidíjat fizetni?*
Egyetért-e Ön azzal, hogy a háziorvosi ellátásért, fogászati ellátásért és a járóbeteg-szakellátásért a jelen kérdésben megtartott népszavazást követő év január 1-jétől ne kelljen vizitdíjat fizetni? Egyetért-e Ön azzal, hogy az államilag támogatott felsőfokú tanulmányokat folytató hallgatóknak ne kelljen képzési hozzájárulást fizetni?"

miniszter. A rossz gazdasági helyzet, az egészségügyi ellátásban a kórházi ágyak „tűzoltó módon" megvalósított csökkentését kísérő működési zavarok, az egészségügyi kormányzat ellentmondásos tevékenysége és széles körű visszatetszést kiváltó kommunikációja, továbbá a Fidesz folyamatos politikai támadása nyomán kialakult bizonytalanság és elégedetlenség volt az az alaphangulat, amiben a népszavazásra sor került. A 2008. március 9-én megtartott népszavazáson mindhárom kérdés nagyarányú támogatást kapott. A népszavazás eredményét sokan úgy interpretálták, hogy a társadalom ellene volt bármilyen egészségügyi reformnak. Ehhez (a véleményem szerint téves) interpretációhoz az is hozzájárult, hogy az SZDSZ vezetői és egészségügyi miniszterei folyamatosan azt hirdették, hogy nincs alternatívája az általuk javasolt biztosítási modellnek – azaz csak egyetlen reform lehetséges. A népszavazás eredménye tovább élezte a koalíciós ellentéteket. A kormányfő leváltotta az SZDSZ által delegált egészségügyi minisztert és egy pártonkívüli szakembert nevezett ki miniszternek. Válaszul az SZDSZ kilépett a kormányból. Elindult a végjáték. Az egészségügy területén a végjáték fő eleme az volt, hogy a kormány javaslatára 2008 májusában az Országgyűlés érvénytelenítette az egészségbiztosítási pénztárakra vonatkozó (néhány hónappal korábban elfogadott) törvényt. A 2009 áprilisában hivatalba lépő Bajnai-kormány az egészségügyben már nem hozott lényeges intézkedéseket.

9.7. Az IBR felszámolása

Az előző fejezet bemutatta a 2002 és 2004 között működő Medgyesi-kormány törekvését az IBR radikális átalakítására és 2005 tavaszától tervezett országossá történő kiterjesztésére. A széles körű elutasítás miatt a kormány végül nem nyújtotta be a vonatkozó törvénytervezetet az Országgyűlésnek. Ugyanakkor az ÁSZ átfogó vizsgálatot indított az IBR-re vonatkozóan, ami alapvetően a negatívumokra koncentrált. Az ÁSZ egyik legfontosabb megállapítása szerint: *„Nem lehet megállapítani, hogy a jó működés vagy a kockázat-szelekció vezetett-e a megtakarításhoz"* (ÁSZ, 2005). Az ÁSZ-jelentés szolgált indoklásul ahhoz, hogy a kormányzat 2008 végén az IBR-konstrukció megsemmisítéséről döntött (2009-től az OEP nem finanszírozta az IBR-eket). Több tényező együttállásával magyarázható, hogy számos jól működő IBR közel 10 éves tapasztalata miért nem volt elég a rendszer életben tartására és emellett a problémáinak a folyamatos korrekciójára. A Minisztérium és az OEP vezetése a kezdetektől csak „félszívvel" támogatta a projektet – talán azért is, mert a kezdeményezés az intézményrendszerükön kívülről jött. Nem alakult ki a projekt folyamatos értékelése és a problémák menet közbeni korrekciója (pl. a fejkvóta

számítási módszerének a folyamatos fejlesztése).[317] Hatása volt azoknak a politikai indíttatású ellenérzéseknek is, hogy a Fidesz-kormány által bevezetett program volt. Az IBR fennmaradását támogató szakembereknek pedig nem volt elégséges lobbiereje, nem sikerült a döntéshozókra befolyást gyakorolniuk. Fontos tényező volt, hogy az egészségbiztosítás radikális átalakításának a megvalósulása esetén nyilvánvalóan átalakítást igényelt volna az IBR finanszírozási módja, de bizonyos elemei megőrizhetők lettek volna. Az egészségbiztosítás átalakulásának a meghiúsulása következtében pedig – szakmai szempontból – az IBR korrekciója és nem a megszüntetése lett volna indokolt.

9.8. Piaci folyamatok

Tovább folytatódott az egészségügyi munkaerő külföldre vándorlása és a magánvállalkozások szerepének növekedése. Az időszaknak a korábbi kormányzati periódusokhoz képest sajátos jellemzője az volt, hogy jelentősebbé vált a kórházak működtetésének kiszerződése magánvállalkozásoknak. A kormányzati dokumentumok – az előző kormányzati időszakhoz hasonlóan – továbbra is hangsúlyozták a kórházak gazdasági társasággá alakításának fontosságát. A kórházi menedzsmentnek és a tulajdonos önkormányzatoknak is a bevételeik csökkenéséhez, finanszírozási nehézségeikhez való alkalmazkodás lehetséges stratégiája volt a magánvállalkozások és a magántőke növekvő bevonása: egyes kórházi háttértevékenységek kiszervezése, az orvosok közreműködői szerződéssel való foglalkoztatása, és nem utolsósorban a teljes kórház működtetésének a kiszervezése magánvállalkozásnak. *„A 2006–2008. évek között a vállalkozások közvetlen részesedése az OEP finanszírozásból a gyógyító-megelőző ellátásokra fordított kiadásokban 16%-ról közel 25%-ra emelkedett. A fekvőbeteg szakellátásokra fordított kiadásokban a vállalkozások és non-profit társaságok részesedése két év alatt megduplázódott, ezen belül a vállalkozásoké tízszeresére emelkedett (a 2006. évi 3,4 Mrd Ft-ról 2008-ra 34,7 Mrd Ft-ra, amely a közfinanszírozott kórházi ellátások kiadásainak 8,4%-a). […] Ez a szám azonban nem tükrözi a magánrészesedés valódi nagyságát, tekintettel arra, hogy csak az OEP-pel kötött közvetlen szerződések kifizetéseit tartalmazza”* (ÁSZ, 2009. 17). Ugyanakkor nem történtek konkrét kormányzati intézkedések a folyamat szabályozása érdekében.

317 Azaz az IBR is példa arra, hogy a szakmai struktúrák kiépítésének az elmaradása vagy nem megfelelő volta negatívan hatott vissza a makrostruktúrában elindult változásra.

Az ÁSZ Jelentés (2009) szerint 2006 és 2008 között 7 önkormányzat szerződte ki a kórházának a működtetését profitorientált vállalkozónak. (Ezek a következők voltak: HospInvest Zrt., Medisyst Kft. és Medcenter Kft.) Ezek a kórházak kisméretű (160–450 ágyszámú), a kormányzati ágyszámcsökkentés által kedvezőtlenül érintett városi kórházak voltak. Az önkormányzatok a működtetésbe adástól azt remélték, hogy a magánvállalkozó megtalálja azt a szolgáltatási profilt és finanszírozási konstrukciót, ami „megmenti" a kórházukat, továbbá megszabadultak az állóeszközök felújítására vonatkozó kötelezettségüktől is. A magánvállalkozások lehetőséget láttak a kórházak működtetésének és szolgáltatási struktúrájának jövedelmezőbbé tételére, és nem utolsósorban a közszolgáltatások mellett magánellátások és térítési díj ellenében magasabb szintű hotelszolgáltatások (ún. VIP kórtermek) kialakítására.

A valóságban a kórházi működtetés kiszerződése meglehetősen ellentmondásos volt. A gazdálkodás számos elemét észszerűsítették,[318] a kórházi osztályszerkezetet a rugalmasabb mátrix szervezettel váltották fel, így csökkenteni tudták a bérköltséget. Az orvosok többségét közreműködői (vállalkozási) szerződéssel, teljesítményarányos finanszírozással foglalkoztatták. Azonban *„Az amortizáció finanszírozatlanságából fakadó hiányt a magánműködtetésbe adás sem tudta megszüntetni, inkább tovább fokozza a szabályozatlanságból fakadó anomáliákat"* (ÁSZ, 2009. 35). Továbbá: *„A kórházak működtetésbe adására a minisztérium nem dolgozott ki az önkormányzatok számára olyan szerződésmintát, amely kórházak működtetésbe adásakor iránymutatást jelentene, amely garanciális elemeket tartalmazna a vagyon megőrzésére, az ellátási színvonal fenntartására, az ellenőrzési jogosultságok biztosítására"* (ÁSZ, 2009. 42).

9.9. Mérleg

Az időszak az egészségügy szempontjából (is) a rendszerváltás utáni évtizedeknek talán a leginkább turbulens periódusa volt. Az egészségügy alárendelődött mind a gazdasági kényszereknek, mind a rövid távú pártpolitikai szempontoknak. A költségvetési konszolidáció terheit nyilvánvalóan az egészségügynek is viselnie kellett.

318 Ennek fontosabb elemei a következők voltak: a kórházi menedzsment központosítása, az adminisztrációs egységek (számvitel, munkaügy, pénzügy, informatika, jog) integrált ellátása, a háttértevékenységek saját körben (pl. mosoda) való ellátása, a beszerzések központosítása, a beszállítók versenyeztetése.

A mértéke és a konkrét eszközök többsége azonban megkérdőjelezhető volt. Kivételt képeztek a szakmai szempontból az időszak legfontosabb pozitívumát jelentő, a gyógyszerügy területén hozott változtatások, amelyek tartósan finanszírozhatóvá tették az egészségbiztosítás gyógyszerkiadásait.

A közkiadások reálértékének a radikális csökkentése sokkolóan hatott az egészségügyi intézmények működésére és a betegellátásra. A kórházi kapacitások csökkentésére ismét „tűzoltó" módon, a kórházhálózat strukturális problémáinak figyelmen kívül hagyásával került sor. Az alapvető problémák a kapacitások alacsonyabb szintjén fennmaradtak.

Az egészségügy kettős politikai konfliktus terepévé vált

A 2006-os választások után az egészségügy kettős politikai konfliktus terepévé vált, ami nyilvánvalóan megakadályozta, hogy a szakmai szempontok megfelelő, higgadt mérlegelést kapjanak. Az egyik konfliktus a kormány és a Fidesz között, a másik konfliktus pedig a kormányzó koalíció két pártja az MSZP és az SZDSZ között húzódott. A pártpolitikai harc szimbólumokról szóló vita volt és nem egészségpolitikai célokról és eszközökről való szakmai vita. A Fidesz „sikeresen" használta ki az alacsony gazdasági növekedés, a megszorítások és a kormányzati hibák nyomán a társadalomban erősödő diffúz feszültséget, elégedetlenséget – amelyet a „szociális népszavazás" ügyére tudott irányítani. Így a vizitdíjra vonatkozó, 2006 ősze és a népszavazás időpontja között fenntartott Fidesz-kampány messze túlmutatott a vizitdíj kérdésén.

Az egészségügyi tárca alapvető fontosságú volt az SZDSZ számára – a párt identitásának, önálló arcának a megerősítése érdekében. Az egészségügy volt az a terület, ahol markánsan eltért az SZDSZ és az MSZP választási programja: a versenyző „több-biztosítós modellt" egyértelműen az SZDSZ-szel lehetett azonosítani. Mivel ez a koncepció minden más párttól megkülönböztette az SZDSZ-t, az SZDSZ vezetőinek az volt a várakozása, hogy ha ezt az elképzelést megvalósítják, akkor az világos bizonyítéka lesz, hogy az SZDSZ erős pozíciót tölt be a kormányzatban. Ehhez a kormányfő támogatását akarták megnyerni. Az MSZP politikusai valójában megosztottak voltak, továbbá az is befolyásolta őket, hogy az egészségügyi szakemberek – különböző okok miatt – inkább ellene voltak az SZDSZ koncepciójának. Számos szakember vitatta, hogy a magyar szolgáltatási szektor problémáira adekvát választ jelentene a versenyző biztosítók modell. Az egészségügy szereplőinek megosztottságához az is hozzájárult, hogy az Egészségügyi Minisztérium és az SZDSZ vezetése rövid idő alatt széles körben konfliktust generált az egészségügyi ellátórendszer fő szereplőivel (orvosokkal, szakdolgozókkal és a kórházak menedzsmentjével).

„Reformradikalizmus"

A reformintézkedések bukásának egyik oka az volt, hogy az egészségügy vezetői egyidejűen erőltettek két radikális lépést: a biztosítási reformot és a vizitdíjat.[319] Nem mérték fel, hogy ezek megvalósításához a szakmai kapacitásuk és az elégséges támogatottság is hiányzott, mind az egészségügy szereplői, mind a társadalom részéről. Az SZDSZ egészségpolitikusai úgy gondolták, hogy a nehéz gazdasági helyzetben könnyebb radikális reformokat megvalósítani. Ez elvileg lehetséges is – ha az adott kormánynak erős támogatottsága van. Ez azonban hiányzott. Az egészségbiztosítási rendszer átalakítására vonatkozó radikális javaslatról nem csak a két kormánypárt között nem volt egyetértés, hanem a szakmai köröket is megosztotta a javaslat. A Minisztérium kommunikációs stratégiája is elhibázott volt. Egyrészt, mint csodaszert mutatta be a magánbiztosítók által működtetett versenyző-biztosítók modellt, másrészt a szükségességét úgy akarta alátámasztani, hogy még a ténylegesnél is negatívabb képes festett az egészségügyről.[320] Ez a kormányzattal szembeállította az orvosok, egészségügyi dolgozók jelentős részét, aminek következtében hiányzott a reform alapvető feltétele: az egészségügyben dolgozók részéről az elégséges támogatás. A vizitdíj bevezetésének politikai indíttatású kommunikációja pedig a társadalomban generált ellenszenvet.

A tervezett reformok bukása szélesebb kontextusban is interpretálható. A politikai döntéshozók nem voltak képesek a társadalom számára világos helyzetképet adni az egészségügyről, továbbá kialakítani egy világos koncepciót, jövőképet az állam, a piac és az egyének kívánatos szerepéről az egészségügyben. Továbbá nem alakultak ki megfelelő intézményi keretek a reformok megtervezéséhez és megvalósításához.

A Fidesznek könnyebb helyzete volt:[321] A vizitdíj kérdése a társadalom széles rétegei számára – szemben a biztosítási rendszer körül folyó vitákkal – könnyen áttekinthető kérdés volt, továbbá könnyű volt ellene hangolni a társadalom jelentős részét. A 2006 őszi önkormányzati választások nagyarányú Fidesz győzelmet hoztak. Így a választásokat követően a kormányzat egészségügyi intézkedéseinek

319 Napjainkból visszanézve: lehetséges, hogy ha lemondtak volna a vizitdíj bevezetéséről, akkor nem kényszerülnek arra, hogy visszavonják az Ebp-törvényt.

320 Emlékezetesek például az egészségügyi miniszter arra vonatkozó kijelentései, hogy egyes kórházak „halálgyárakként" működnek.

321 Úgy tűnik, hogy annak a mérlegelése fel sem merült a Fidesz vezetőiben, hogy az intézkedés csendes tudomásulvétele hosszabb távon hasznos lehetett volna a számukra. A vizitdíj bevezetése ugyanis olyan intézkedés volt, amivel a kormányzat „szívességet tett" a következő kormányzatnak: felvállalta a konfliktust egy olyan ügyben, ami javíthatta volna a következő kormány helyzetét az egészségügyben.

– különösen a kórházi ágyak csökkentésének – a lokális szinten történő támadása is a politikai harc eszközévé vált. A népszavazás kormányzati kudarca, jelentős kormányellenes hangulati, érzelmi töltete messze túlmutatott az egészségügyön és hozzájárult a Fidesz 2010-es nagyarányú győzelméhez. Az egészségügy számára hosszabb távon is negatív hatása volt: a vizitdíj és az OEP decentralizálása lekerült a napirendről, továbbá a „reform" szó szitokszó lett a Fidesz politikai szótárában.

Az időszak további alapvető, hosszú távra kiható problémája volt, hogy az előző kormányzati ciklusban kidolgozott a nemzeti szakmai programok és az Egészséges Társadalom Komplex Program (az EU-s fejlesztések) – az egészségügyi kormányzás alapvető problémái miatt – megvalósítása háttérbe szorultak vagy teljesen lekerültek a napirendről. Az egészségügyi kormányzás alapvető problémáit hangsúlyozta az OECD által – a magyar kormány felkérésére készített – átfogó országtanulmánynak az egészségügyi fejezete[322] is: „*Az egészségügyi rendszer reformjának szükségessége nyilvánvaló. […] A legkritikusabb kérdés talán az egészségügyi rendszer irányításának javítása. Ez magában foglalná egy koherens hosszú távú stratégia kidolgozását az egészségügy és a fenntartható finanszírozás javítására, valamint a vonatkozó szabályozás javítására. […] Változtatásokat igényel az egészségügyi reformok folyamata is: beleértve a reformkoncepciók elkészítésének módját; a kormány és az egészségügyi rendszer kulcsfontosságú szereplői közötti konfliktusok rendezésének módját; valamint a reformok nyomon követését és értékelését"* (OECD, 2008. 70).

322 A fejezet részletes javaslatokat fogalmazott meg egy átfogó reform legfontosabb elemeire. Továbbá hangsúlyozta, hogy egyrészt a hosszabb távú trendek, nevezetesen az egészségügyi technológia fejlődése és az idősödő népesség, másrészt sajátos magyar tényezőként az orvosok és szakdolgozók alacsony jövedelme a közintézményekben az egészségügyi kiadások növelését igényelte volna.

10. Az egészségügy a radikális közigazgatási centralizáció és az opportunista költségvetési politika fogságában (2010–2019)

Ez a fejezet a korábbiaktól eltérően együtt tárgyal két és fél kormányzati periódust, mivel a kormányzati beavatkozás legfontosabb, meghatározó jellemzője – az egészségügy szakmai szempontjainak alárendelése a közigazgatás radikális átalakításának és ebből eredően az irracionális centralizációnak – átívelt az Orbán-kormányok periódusain. A COVID-járvány kitörése azonban több szempontból is új kihívások elé állította a kormányzatot, ezért a 2020–2025-ös éveket új periódusként tárgyalja a könyv.[323]

10.1. Gazdasági és politikai feltételek

A 2010-ben hatalomra jutott Fidesz-kormányzat történelmi lehetőséget mulasztott el: egyrészt az időszak gazdasági és politikai körülményei (jelentős választási győzelem, széles körű pozitív várakozás a kormányzat iránt) lehetőséget adhattak volna az egészségügy rendbetételének elindítására, másrészt ehhez rendelkezésre állt a koncepció is, ami jelentős szakmai támogatottságot is élvezett. A döntő tényező – a politikai prioritás a kormány részéről – azonban hiányzott.

Az időszak elején a gazdasági helyzet még kevésbé volt kedvező, a gazdasági válságból való kilábalás elhúzódott: 2010 és 2012 között a GDP csupán 1%-kal növekedett, ugyanakkor az egészségügyi közkiadások reálértéke pedig 5%-kal tovább csökkent. A 2013 és 2019 közötti időszakot már stabil, jelentős gazdasági növekedés jellemezte. Ugyanakkor az egy főre eső GDP tekintetében az EU14-országokhoz való szerény mértékű közeledés a V3-országoktól való lemaradással és a versenyképesség romlásával párosult. A 2010 és 2019 közötti időszakban a GDP éves átlagos

323 A könyv a 1980-as évek közepétől – néhány eseménytől eltekintve – 2025 közepéig tekinti át az egészségügyben történteket.

növekedése 3%-os volt, amitől jelentősen elmaradt az egészségügyi közkiadások csupán 1,8%-os növekedési üteme.

A kormányzat lépésről lépésre építette ki a *Nemzeti Együttműködés Rendszere (NER)* névvel illetett autoriter politikai berendezkedést (Ágh, 2024; Fleck, 2022). Az időszak elején, 2010 és 2013 között végbement lényegében minden fontos alrendszer betagolása a NER rendszerébe: a központosított közigazgatás – megyei kormányhivatalok – kiépítése és az önálló szakigazgatás intézményeinek (egészségügyi minisztérium, ÁNTSZ stb.) felszámolása és/vagy beolvasztása a kormányhivatalokba. (A későbbiekben ezzel részletesebben is foglalkozik a fejezet.) A független sajtó jelentős részének a felszámolása, a szakmai és civil szervezetek (pl. a betegjogi intézményrendszer, az Egészségbiztosítási Felügyelet stb.) autonómiájának a korlátozása, felszámolása közvetlenül és közvetve is érintette az egészségügyet. A betagolásuk után a NER rendszerében alárendelt helyzetbe kerültek mindazok az ágazatok, amelyek szerepe csekély volt a hatalommegtartásban (a támogatók és szavazatok maximalizálásban). Ezek tipikusan olyan ágazatok (oktatás, környezetvédelem, egészségügy stb.) amelyek helyzetének a javítása jelentős forrásokat igényelne a jelenben, de az eredmény csak közép- vagy hosszabb távon jelentkezhetne. A költségvetési prioritások radikális átrendezése következett be ezeknek az ágazatoknak a rovására. Ezt tükrözi, hogy az egészségügyi kiadásoknak az állami költségvetésből való 10,2%-os részesedése – ami már 2010-ben is Ciprus és Lettország után a harmadik legalacsonyabb volt az EU-ban – tovább csökkent és 2019-ben már csak 9,8%-ot ért el. Az EU-hoz csatlakozott többi posztszocialista (EU10-) országra az ellenkező trend volt jellemző: növekedett az egészségügynek a kormányzati kiadásokból való részesedése. Az EU10-átlagot tekintve: 2010-ben az egészségügy részesedése 13,3%, 2019-ben pedig 14,2% volt.[324]

A kormányfő részéről az elvárás ezen területek irányítói felé elsősorban a feszültségek elkerülése, mérséklése volt. Ez a törekvés azonban nem járt sikerrel. A közvélemény jelentős része a 2010-es évek közepétől (egész 2020-ig) már az ország első számú problémájának[325] tekintette az egészségügy helyzetét. Ez azonban –

324 Csehországban az egészségügy részesedése a kormányzati kiadásokból 17,7%-ról 18,4%-ra növekedett 2010 és 2019 között.

325 Az Eurobarometer felmérései mutatják, hogy a magyar lakosság által az egészségügy helyzetéről alkotott kép drámai módon változott meg. 2010 őszén a felmérésben felsorolt problémák közül még csak az 5. helyre került az egészségügy, 2014 őszére már a 3. helyre, 2016 tavaszára pedig az egészségügy helyzete vált a magyar lakosság által legfontosabbnak tartott problémává – egészen 2019 őszéig. 2021 tavaszán a növekvő infláció megelőzte, de azok aránya, akik az egészségügyet sorolták az első helyre a korábbi évekhez hasonlóan magas (41%) maradt. Ez volt a helyzet 2024 tavaszán is. Forrás: Public Opinion in the European Union sorozat kötetei (Standard Eurobarometer): https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/090740c2-7811-11ec-9136-01aa75ed71a1/language-en

számos tényező miatt[326]– nem transzformálódott választási kérdéssé, ezáltal pedig az elégedetlenség nem hatott kényszerítő erővel a kormányzatra.

Az egészségügy pénzügyi feltételei

A 2010-es évek elején azt lehetett feltételezni, hogy a kormányzat a válságból való kilábalás során legalább visszaállítja az egészségügyi kiadásoknak a nemzetgazdaságban (a GDP felhasználásában) a 2000-es évek közepén (a 2007-es drasztikus csökkentés előtt) elfoglalt pozícióját, hiszen a 2011-ben elfogadott Semmelweis Terv az egészségügy legfőbb problémájának a forráshiányt nevezte meg és az egy főre jutó közkiadások mértékében az EU átlagának elérését jelölte meg hosszabb távon elérendő célnak. Nem ez történt. A kormányzat folytatta a kiadások korlátozását: az egészségügyi közkiadásokat a gazdasági növekedésnél kisebb mértékben emelte, azaz az egészségügy egyáltalán nem részesült a többletforrásokból. 2019-ben a GDP reálértéke 30,3%-kal haladta meg a 2010-es szintet, az egészségügyi közkiadások szintje csupán 16,4%-kal. Ennek következtében az egészségügyi közkiadások GDP-hez viszonyított aránya tovább csökkent: a 2005-ös 5,6%-os szintről 2010-re 5,0%-ra, 2019-re pedig a GDP 4,3%-ára (ami Lettország és Ciprus után a harmadik legalacsonyabb volt az EU-ban). Ez a trend ellentétes volt a domináns nemzetközi trendekkel. 2005 és 2019 között az EU14-országok átlagában az egészségügyi közkiadások a GDP 6,6%-áról 7,2%-ára növekedtek. Továbbá a V3-országokra is a növekvő trend volt a jellemző: a 2005-ben velünk hasonló szinten lévő Csehországban a GDP 5,5%-áról 2019-re a GDP 6,4%-ára növekedtek az egészségügyi közkiadások.

2010 és 2019 között a magyarországi egy főre jutó egészségügyi közkiadásoknak az EU14-átlaghoz viszonyított szintje lényegében nem változott (2010-ben az EU14 szintjének a 38%-át, 2019-ben pedig a 39%-át érte el). Ezen adatoknak az interpretálásához fontos figyelembe venni, hogy az egy főre jutó közkiadások 2005-ben az EU14 átlagának még a 45%-át érték el. A V3-országokhoz viszonyított lemaradásunk azonban tovább folytatódott. Csehországgal összehasonlítva: 2005-ben az egy főre jutó magyarországi egészségügyi közkiadások a csehországinak a 78%-át, 2010-ben a 60%-át, 2019-ben pedig már csak az 52%-át érték el. Jelentősen romlott a relatív helyzetünk az EU-hoz csatlakozott többi posztszocialista országnak (EU10) az átlagához viszonyítva is: 2010-ben a magyar egészségügyi közkiadások egy főre jutó értéke még az EU10-országok átlagának 98%-át érte el, 2019-ben pedig már csak a 82%-át.

326 Az egyik tényező a szakszervezetek és az ellenzéki pártok gyengesége volt, továbbá az, hogy ezek a szervezetek sem adtak kiemelt prioritást az egészségügy kérdésének.

A magánkiadásoknak[327] és az összes egészségügyi kiadásnak a növekedése is elmaradt a GDP növekedésétől: 2019-ben az összes egészségügyi kiadás 13,8%-kal volt magasabb, mint 2010-ben; a GDP-hez viszonyított aránya pedig a 2010-es 7,5%-ról 6,2%-ra csökkent. A háztartások közvetlen kiadásai 2010-ben az összes egészségügyi kiadásnak a 27,4%-át, 2019-ben pedig a 27,8%-át tették ki. A magánkiadások (háztartások, önkéntes biztosítás, munkáltatók és NGO-k együtt) 2010-ben az összes egészségügyi kiadás 32,9%-át, 2019-ben 31,3%-át tették ki. A magánkiadások aránya Magyarországon magasabb volt, mint a V3-országokban és meghaladta az EU10- és EU14-átlagot is (ld. 2.2. táblázat).

A fejlesztési forrásokat tekintve, kiemelkedő mértékű EU-s fejlesztések történtek ebben az időszakban.[328] Az előző kormányzat késlekedése miatt a 2007–2013-as időszakra vonatkozó (1336 millió EUR, illetve 488 Mrd Ft értékű) EU-s fejlesztések megvalósításának jelentős része erre az időszakra esett. A 2014–2020-as EU-s költségvetési időszakra Magyarország 483 millió EUR támogatást kapott egészségügyi célokra, elsősorban az egészségügyi infrastruktúra fejlesztésére, az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítására és az ágazat digitalizációjára (e-egészségügyi fejlesztésekre) (European Commission et al., 2019).

10.2. A kormányzati egészségpolitika általános jellemzői

Fő kihívások

A Fidesz-kormány feszültségekkel terhelt egészségügyi rendszert örökölt a korábbi kormányzattól. A feszültségek egyik forrását az egészségügyi közkiadások reálértékének a 2007–2009-es időszakban megvalósított drasztikus csökkentése[329] és a megoldatlan strukturális problémák (továbbá az ebből eredő működési zavarok), a másik forrását pedig a sikertelen reformkísérletből eredő frusztráció és bizonytalanság jelentette. A fő kihívás az volt, hogy ezeket a feszültségeket a pénzügyi források jelentős növelésével és tényleges reformokkal törekszik-e enyhíteni a kormányzat vagy csupán „tűzoltással".

327 2019-ben a magánkiadás reálértéke 8,2%-kal, a magánkiadások legnagyobb részét kitevő háztartások közvetlen kiadásai 15,2%-kal haladták meg a 2010-es szintet.

328 Az Uniós társfinanszírozású projektekre vonatkozó tételes információ megtalálható az OKFŐ honlapján: https://okfo.gov.hu/egeszsegugyi-fejlesztesek

329 2007-ben folyóáron számítva is csökkentek az egészségügyi közkiadások (az előző évhez viszonyítva).

Kormányzati programok és tényleges hatásuk

A 2010-es kormányváltás utáni hónapokban úgy tűnt, hogy a kormány az egészségügy átfogó reformját tervezi. Ezt mutatta az Egészségügyi Államtitkárság által létrehozott – a szakemberek széles körét bevonó – munkacsoport által kidolgozott Semmelweis Terv, amelynek első tervezetét már 2010 októberében a szakmai nyilvánosság elé vitára bocsátották.[330] 2011 májusában pedig a Kormány el is fogadta azt. A megvalósítására azonban nem került sor, mert az Egészségügyi Államtitkárság vereséget szenvedett a Miniszterelnökséggel szemben a kormányon belüli harcban, és az egészségügy átalakítása alárendelődött a közigazgatás centralizációjának, figyelmen kívül hagyva az egészségügy sajátos jellemzőit.

A 2011 utáni években a kormányzat és az egészségügyi szakigazgatás tevékenysége mögött nem volt koherens – a Semmelweis Tervhez hasonló – egészségügyi stratégia. Megszilárdult, megmerevedett az egészségügynek a kormányzaton belüli alárendelt, jelentéktelen tényezőként kezelt státusza. A kormányfő részéről a fő elvárás a feszültségek elkerülése, mérséklése volt. Ebből következően a feszültségek kiéleződésekor szerény mértékű feszültségenyhítő intézkedések követték egymást: egyrészt több alkalommal béremelések, másrészt a kórházi adósságok évről évre történő rendezése. Mivel ezek esetében a kormány igyekezett, hogy a lehető legkisebb kiadásnöveléssel járjanak, a feszültségek folyamatosan újratermelődtek. A NER-rendszerből és az alárendelt státuszból eredően az egészségügyi szakigazgatás színvonala erodálódott. Továbbá az egészségügyben is egyre súlyosabbá vált a kormányzat egész tevékenységére vonatkozó transzparencia hiánya.[331]

Az előbbieknek nem mond ellent, hogy a vizsgált időszakban készült egy további átfogó kormányzati stratégia: *Egészséges Magyarország 2014–2020. Egészségügyi Ágazati Stratégia*. Ennek a funkciója azonban elsősorban az EU-s források megszerzése követelményeinek a formai teljesítése volt. Az egészségügy működési problémáinak az enyhítésére nem tartalmazott konkrét elképzeléseket. A valóságos folyamatoknak, tényleges kormányzati beavatkozásoknak kevés köze volt ehhez a stratégiához.

Az időszak első felében a kormányzati kommunikációban a reformok szükségességének az elutasítása dominált. Az időszak utolsó éveiben két reformkoncepció kidolgozása is történt – de egyik sem gyakorolt hatást a tényleges folyamatokra.

330 Szembeötlő a különbség azzal, hogy a 2020-ban a kormányzat titkosította a Boston Consulting által elkészített tervezetet.

331 Például a 2010-es évek közepétől sem az egészségügyért felelős minisztérium honlapján, sem az intézmények irányításáért felelős háttérszervezet honlapján nem jelentek meg stratégiai dokumentumok, az egészségügy helyzetére vonatkozó elemzések stb.

A kormány 2018 decemberében határozatot fogadott el a nemzeti egészségügyi programokról,[332] valamint az azokhoz kapcsolódó, a 2019–2022-es évekre vonatkozó szakpolitikai programokról. Az EMMI-miniszter számos esetben hivatkozott ezekre a programokra a médiában, amelyek azonban sem akkor, sem jelenleg (2025 közepén) nem érhetők el egyetlen nyilvános felületen sem. (Így, a transzparencia hiánya miatt nem tudható, hogy milyen viszonyban álltak a 2002-2006 közötti időszakban elfogadott (és nyilvánosságra hozott) nemzeti népegészségügyi programokkal.)[333] A megvalósításuk érdekében tett lépésekről sem született semmilyen kormányzati értékelés, beszámoló. A másik reformtörekvést az egészségügyi államtitkárság által – a szakmai és laikus nyilvánosság kizárásával – a finanszírozási és szolgáltatási rendszer egyes elemeinek a korrekciójára kidolgozott koncepció jelentette, amiről a kormány 2019 decemberében hozott határozatot.[334] Ezt az akkori szaksajtó úgy értékelte, hogy: *„a kabinet az egészségügy finanszírozási rendszerének és ellátási struktúrájának teljes átalakítására készül”*.[335] A kormányhatározat azt tükrözte, hogy az Államtitkárság vezetői között is voltak olyanok, akik látták, hogy a kórházak centralizált irányítása nem hatékony és az ösztönzők szerepét erősítették volna. Utólag nem állapítható meg, hogy a COVID19-járvány kitörése milyen mértékben járult hozzá, hogy a kormányhatározat végrehajtása elmaradt.

A tényleges folyamatokat nem az egészségügyre vonatkozó szakmai koncepciók, hanem a kormányzat (kormányfő) hatalmi és gazdasági törekvései alakították. A hatalom koncentrációjának, a közigazgatás centralizációjának részeként a kormány radikálisan felszámolta a rendszerváltozástól a 2000-es évek végéig fennálló egészségügyi makrostruktúrának az alappilléreit és meghatározó elemeit. Nem lévén prioritás az egészségügy (hasonlóan az oktatáshoz, környezetvédelemhez stb.), a kormány a költségvetésnek nemzetközi összehasonlításban is rendkívül alacsony és csökkenő hányadát fordította az egészségügyre. A forráshiányból és az ellátórendszer strukturális problémáiból eredő feszültségeket a kormány időről időre tűzoltó jellegű intézkedésekkel törekedett enyhíteni. Az egészségügyben történteket a háttérben befolyásolták a Fidesz erős embereinek (miniszterek, országgyűlési képviselők, városi, budapesti kerületi polgármesterek) hatalmi pozíciójukból

332 1722/2018. (XII. 18.) Korm. határozat

333 Ezekről a 8. fejezetben volt szó.

334 1798/2019. (XII. 23.) Korm. Határozat egyes egészségügyi kérdésekről. https://njt.hu/jogszabaly/2019-1798-30-22

335 Medicalonline 2019.12.27: http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/az_egeszsegugy_atalakitasara_keszul_a_kormany

vagy üzleti érdekeikből eredő törekvései is. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy ezeknek a domináns folyamatoknak az „árnyékában" számos szakmai törekvés is megjelent az egészségügyben (pl. a teljesítményértékelés, minőségügy, információs és kommunikációs technológia területén stb.) – a fejezet további részeiben ezek közül többről is szó lesz.

10.3. Harc a kormányzaton belül az egészségügy átalakításáért

A 2010 októberében nyilvánosságra hozott Semmelweis Terv alapjában véve reális helyzetértékelést adott és a magyar egészségügy számára egy reális modellt, továbbá konkrét programterveket fogalmazott meg. Itt a Semmelweis Tervnek csak két fontos eleméről lesz szó. Az egészségügyi közkiadások jelentős növelését tartotta szükségesnek, abból kiindulva, hogy *„minden releváns viszonyítási ponthoz képest (EU-átlag, visegrádi országok átlaga, saját korábbi egészségügyi közkiadásaink) keveset költünk egészségügyi ellátásra (250–550 milliárd forint hiányzik a rendszerből), amit viszont elköltünk, azt nem a leghatékonyabban használjuk fel"* (Semmelweis Terv, 2011. 5).

Az egészségügyi rendszer átalakításának a középpontjába – az ellátás hatékonyságának és minőségének a javítása érdekében – az ellátórendszer és az ellátás koordinációját, az ellátásszervezés intézményeinek és folyamatainak a kialakítását, intézményesítését állította (nagytérségi és kistérségi szinten is[336]). Az Államtitkárság nagytérségi szinten 9-10 Nagytérségi Egészségszervezési Igazgatóság létrehozását tervezte (amelyek a szintén létrehozandó Állami Egészségszervezési Központ területi egységei lettek volna). Feladatuk között szerepelt a nagy erőforrást igénylő ellátások regionális szintű megszervezése, amelyeket koncentráltan, de nem feltétlenül csak egyetlen központi kórházban nyújtottak volna (pl. sürgősségi-traumatológiai ellátás, onkológia stb.). Kistérségi szinten pedig a járóbeteg-szakellátó intézményekhez telepítették volna a kistérségi betegút-szervezést, a betegutak optimalizálását, az alapellátás és szakellátás koordinálását. A kialakítandó „rendszermodell" eleme volt egyrészt az OEP „szolgáltatásvásárló" funkciójának megerősítése, másrészt az egészségbiztosítás transzparenciájának a növelése is. Fontos hangsúlyozni: a Semmelweis Tervben nem szerepelt a kórházak elvétele az önkormányzatoktól.

336 Ezekben az elképzelésekben felfedezhetők részben a Regionális Modernizációs Program, részben az Irányított Betegellátási Rendszer bizonyos elemei – azonban a kulcsfontosságú ösztönzők nélkül.

2010 folyamán az egészségügyi reformkoncepció kidolgozásával egyidőben, de minden koordináció nélkül zajlott a Miniszterelnökségen a közigazgatás átalakítására vonatkozó – az egészségügyi szakigazgatás intézményrendszerét is alapvetően érintő – koncepció kialakítása. A két koncepció, illetve a Miniszterelnökség és az Egészségügyi Államtitkárság vezetői közötti – elsősorban az ÁNTSZ és az OEP intézményrendszerét érintő – konfliktusból a Miniszterelnökség koncepciója került ki győztesként. Az egészségügy makrostruktúrájának az átalakulása alárendelődött a centralizált közigazgatás kialakításának, aminek az egyik elemét (2011. január 1-jével) a megyei kormányhivatalok létrehozása és a korábban önálló országos szakigazgatási szerveknek (beleértve az ÁNTSZ-t és részben az OEP-et) területi egységeinek a kormányhivatalok alá kényszerítése, a másik elemét pedig az önkormányzatok tulajdonának és jogköreinek az elvétele jelentette. A Semmelweis Tervet elfogadó kormányhatározat lényegében „elfelejtődött" – és csak néhány olyan elemének a megvalósítása indult el, amelyek nem voltak ellentétesek a centralizált közigazgatás kialakításával.

10.4. Az egészségügyi szakigazgatás radikális átalakítása, alárendelése a közigazgatás centralizációjának

A közigazgatás átalakításának részeként és annak alárendelten az egészségügyi szakigazgatás, irányítási rendszer területén két ellentétes folyamat zajlott le a 2010-es évek elején: a kormány felszámolta a rendszerváltás után kialakult, az egészségügy sajátosságainak megfelelő – a közigazgatás más területeitől elkülönült – szakigazgatás (ÁNTSZ, OEP) országos szintű intézményrendszerét; valamint létrehozta a kórházak központi irányítószervezetét. Azaz egyrészt ott ment végbe decentralizáció, ahol az egységes, elkülönült intézményrendszer felelt meg jobban az egészségügy sajátosságainak; másrészt ott valósult meg irracionális mértékű centralizáció, ahol az ellentétes volt az egészségügy sajátosságaival.

A 2010 és 2019 közötti időszakban az egészségügyi igazgatást érintő konkrét intézkedések a következők voltak:

- Az egészségügy minisztériumi szintű irányításának a felszámolása.
- Az Egészségbiztosítási Felügyelet megszüntetése.
- Az ÁNTSZ egységes országos szervezetének a szétverése.
- Az OEP egységes országos szervezetének és szolgáltatásvásárló funkciójának a felszámolása.
- Az egészségügy szakmai háttérintézményeinek többszöri átszervezése és megszüntetése.

- A szakmai kollégiumok rendszerének átszervezése.
- Országos irányító szerv létrehozása a szakellátás „kézivezérlésére"; továbbá annak többszöri átszervezése és átnevezése (GYEMSZI, ÁEEK, OKFŐ).[337]

Ezek az intézkedések felszámolták az egészségügyi szakigazgatás egyes elemeinek (OEP, ÁNTSZ stb.) az egészségügy szakmai szempontjai által igényelt relatív autonómiáját (országosan egységes szervezetét), más szektorok szakigazgatásától való eltérő jellemzőit, továbbá az egészségügy minisztériumi szintű képviseletét a kormányban. Ez egyrészt a napi működésben is éreztette a negatív hatását, másrészt megszűntek azok a szervezetek (szakmai kapacitások), amelyek az államtitkárság munkájához szakmai megalapozást adhattak volna, továbbá a szakmai struktúrák (minőségügyi rendszer stb.) fejlesztésének az ágensei lehettek volna.

A kormányzati működés és a közigazgatás centralizációjának részét képezte a döntéselőkészítés és döntéshozatal korábban intézményesített eljárásainak és transzparenciájának a felszámolása is. 2010 után a törvények beterjesztője nem a szakterületért felelős miniszter volt, hanem egyéni képviselői indítványként nyújtották be azokat. Ebben az esetben nem volt (nincs) szükség a – 2010 előtt a kormányzati munka fontos elemét jelentő – közigazgatási egyeztetésre. A szakigazgatás eróziójának, a transzparencia csökkenésének további eleme volt a szakmai elemzések és információk rendszeres közzétételének a megszüntetése. Például az ESKI[338] által 2005-től évente közreadott – a magyar egészségügy (vagy egyes elemeinek) a helyzetét elemző – ESKI Évkönyvek készítését 2011 után megszüntették; az ESKI honlapján közzétett – az egészségügy kiadásaira és működésére vonatkozó – alapvető adatok (Excel táblázatokban történt) közlését 2016 után megszüntették.

10.4.1. A minisztériumi szintű irányítás felszámolása

Az első Orbán-kormányban (1998–2002) önálló egészségügyi, környezetvédelmi, oktatási, szociális és családügyi, ifjúsági és sportminisztériumok működtek, továbbá a nemzeti kulturális örökségnek is volt minisztériuma. Ettől alapvetően eltért a 2010-ben – a centralizált közigazgatás koncepciója alapján – kialakított minisztériumi

337 Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet; 2015-től jogutóda: Állami Egészségügyi Ellátó Központ, 2021 januárjától jogutóda: Országos Kórházi Főigazgatóság.

338 Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézetet 2004-ben hozták létre. Jogelődje az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár (MEDINFO) volt. Fő feladata az egészségpolitika tudományos megalapozása volt elemzésekkel, előrejelzésekkel, kutatásokkal. Az ESKI-t beolvasztották a GYEMSZI-be.

struktúra. 2010-ben megszűnt az egészségügy, oktatás és szociális ügyek közvetlen, önálló kormányzati képviselete – az Emberi Erőforrások Minisztériuma részterületeivé váltak. Ezzel a költségvetési források elosztásakor az EMMI alá tartozó szakterületek gyenge pozícióba kerültek. Ugyanakkor tévedés lenne azt gondolni, hogy a minisztériumi struktúra volt a döntő tényező a költségvetési forráselosztás prioritásainak a kialakításában. Ezt nyilvánvalóan mutatja a versenysport kiemelt helyzete, miközben a sportügyeket is (az egészségügyhöz hasonlóan) az EMMI egyik államtitkársága irányította. Az EMMI létrehozása a kormányzaton belül a szakmai szempontok leértékelődését is jelentette. A szakmai javaslatok kormány elé kerülésének az útja jelentősen meghosszabbodott; a bonyolult minisztériumi struktúra „előnye" volt, hogy az Egészségügyi Államtitkárságon dolgozó szakemberek által esetleg kezdeményezett, de a politikai (hatalmi) szempontból nem lényeges ügyek sokszor el sem jutottak a kormány asztalára.[339]

10.4.2. Az ÁNTSZ egységes országos szervezetének a szétverése

Két lépésben – 2011-ben és 2017-ben a közigazgatás egészére kiterjedő változtatások részeként – felszámolták az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot. A 2010 utáni helyzet megértéséhez korábbról kell kezdeni a történetet. Ahogy arról az 5. fejezetben már volt szó, a rendszerváltáskor végrehajtott reformok egyik jelentős eleme az országosan egységes, az egészségügyi minisztériumtól elkülönült, a helyi közigazgatástól független – ezáltal a hatósági feladataiban megerősített –, jelentős önállósággal rendelkező népegészségügyi szervezet, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) 1991-ben történt létrehozása volt, az államszocializmus időszakában a közegészségügyi feladatokat ellátó KÖJÁL (Közegészségügyi és Járványügyi Állomások) bázisán. A változásnak – témánk szempontjából – leglényegesebb eleme a megyei tanácsok irányítói jogkörének (azaz a megyei tanácsok és a KÖJÁL országos szervezete általi kettős irányításnak) a megszüntetése volt. Az ÁNTSZ létrehozása megteremtette az *intézményi feltételeit*, *lehetőségét* annak, hogy – nyugat-európai mintára – modern népegészségügyi tevékenység, továbbá az egészségügyi szolgáltató intézményeknek mind a finanszírozótól, mind a tulajdonosoktól elkülönült szakmai ellenőrzése legyen kialakítható, valamint szükség (pl. járvány) esetén egységes szakmai bázison nyugvó, a tisztifőorvos által központilag irányított, határozott hatósági intézkedések legyenek végrehajthatók. A tisztifőorvos

339 Ugyanakkor a 2010-es évek elején – politikai okokból– magas szintű kormányzati döntés tárgyát képezte, például a nyugdíjas orvosok továbbfoglalkoztatásának névreszóló engedélyezése.

erős hatáskörökkel rendelkezett, beleértve az ÁNTSZ önálló költségvetése feletti rendelkezést is. A 2000-es évek elején – az EU-csatlakozásra való felkészülés részeként – megtörtént az ÁNTSZ laboratóriumi rendszerének a korszerűsítése. Az intézményi keretek azonban csak szükséges, de nem elégséges feltételeket jelentettek – az elképzelések csak részlegesen valósultak meg.

2010-ben az ÁNTSZ kérdésében az Egészségügyi Államtitkárság és a Miniszterelnökség között éles ellentét alakult ki. A Semmelweis Terv az ÁNTSZ megerősítését tűzte ki célul. Ezzel szemben a Miniszterelnökség koncepciója győzött: 2011-ben az ÁNTSZ területi szerveit leválasztották az Országos Tisztifőorvosi Hivatalról és beolvasztották a kormányhivatalokba. Ezzel a korábbi KÖJÁL szervezethez hasonló kettős irányítás jött létre. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) hatáskörében csak a szakmai felügyelet maradt. A kormányhivatalokon belül a népegészségügyi főosztályok – anyagi és presztízs szempontokból is – alárendelt helyzetbe kerültek. Így az ÁNTSZ tevékenységének egységes szakmai irányítása és fejlesztése ellehetetlenült.

A közegészségügyre mért második csapást az jelentette, amikor 2017 elején – áldozatul esve a kormányzati háttérintézmények megszüntetését célzó, az egyes szakmai területek sajátosságait ismét figyelmen kívül hagyó intézkedéssorozatnak – megszűnt az OTH. A feladatainak egy része (beleértve a járványügyet is) beolvadt az EMMI-be, a feladatok másik része (pl. a laboratóriumok működtetése) az Országos Közegészségügyi Intézetbe (OKI) kerültek. A tisztifőorvosi feladatokat az EMMI országos tisztifőorvosi feladatokért felelős helyettes államtitkára látta el. A közegészségügyi-járványügyi terület alacsony presztízsét, fontosságának ignorálását is tükrözte, hogy a – korábban közvetlenül a miniszterelnök alá tartozó – tisztifőorvosi pozíció lefokozódott az EMMI hierarchiáján belül helyettes államtitkári szintre. Ebben a szakaszban számolták fel az OTH felügyelete alá tartozó önálló Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézetet[340] (EKI), amelynek a feladata például az állami egészségügyi tartalék fenntartása volt. A szervezeti változásokkal párhuzamosan jelentősen csökkent a közegészségügy-járványügy területén dolgozó szakemberek létszáma is, ami jelentősen gyengítette az intézmény szakmai kapacitásait. Mind a két átalakításkor számos szakember jelezte a kormányzatnak, hogy a változtatások nagymértékben veszélyeztetik a járványügyi biztonságot, de ez a szempont nem kapott figyelmet. 2018. október 1-én részleges korrekció következett be. Az OKI elnevezését Nemzeti Népegészségügyi Központra (NNK) változtatták és az NNK-ba visszakerültek az ÁNTSZ-ből az EMMI-be olvasztott szervezeti egységek.

340 Az EKI-t beolvasztották az Állami Egészségügyi Ellátó Központba (ÁEEK), ami elsősorban az egészségügyi intézmények (kórházak) fenntartásáért felelős intézmény és nincsenek közegészségügyi feladatai.

Az NNK vezetője visszakapta az országos tisztifőorvos elnevezést – azonban a 2010 előtti hatáskörök nélkül.[341] Az előzőekben vázolt folyamat következtében, amikor 2020 elején kitört a koronavírus-járvány, akkor intézményrendszerében szétzilált, önálló szakmai vezetői hatásköröktől megfosztott, erőforrásaiban megfogyatkozott, erodálódott szakmai bázisú közegészségügyi-járványügyi rendszernek kellett volna hatékonyan fellépnie ellene.[342]

10.4.3. Az OEP egységes országos szervezetének és szolgáltatásvásárló funkciójának a felszámolása

Két lépésben – szintén 2011-ben és 2017-ben a közigazgatás egészére kiterjedő változtatások részeként – felszámolták az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat (OEP). 1992-ben az OEP létrehozásakor nagy önállósággal rendelkező „szolgáltatásvásárló" szervezet kialakítása volt a cél és az Egészségbiztosítási Önkormányzat fennállásáig mellérendelt viszonyban állt az egészségügyért felelős minisztériummal. Az előző fejezetekben láthattuk, hogy 2010-re már sokat erodálódott az OEP önállósága (minisztériumi irányítás alá került), de az egységes intézményi keretei még egyben voltak.[343] 2019-ben az OEP romjain a megyei közigazgatási hivatalok főosztályai, és az EMMI-miniszter alá rendelt, lényegében csak „pénzkifizető" szerepet betöltő Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Központ (NEAK) működött. A továbbiakban kissé részletesebben is áttekintem ezt a folyamatot.

Az Orbán-kormány által 2011-ben elfogadott Semmelweis Terv az OEP megmaradását hangsúlyozta: *„A rendszerben megmarad az egységes társadalombiztosítási modell, amely a szolgáltatók és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), mint finanszírozó közötti szerződéskötésre épül"* (Semmelweis Terv. 23). Ugyanakkor a finanszírozási rendszer fejlesztésének feladatait le kívánta választani az OEP-ről: a Minisztérium irányítása alá tartozó önálló Egészségügyi Finanszírozási Módszertani Központ létrehozását tűzte ki célul, aminek a feladata a finanszírozási technikák fejlesztése, karbantartása lett volna.[344] A valóságos folyamatok

341 Az NNK alapító okirata szerint ugyanis az NNK-t az egészségügyért felelős miniszter irányítja, az országos tisztifőorvos pedig vezeti az intézményt és közreműködik a miniszteri döntések szakmai előkészítésében.

342 A következő fejezet részletesen foglalkozik a járvány elleni védekezés súlyos hiányosságaival.

343 Azaz lehetőség lett volna a „szolgáltatásvásárló" szerep szakmai eszközeinek a fejlesztésére.

344 Egy ilyen intézmény létrehozása megteremthette volna a szakmai feltételeit a finanszírozási módszerek folyamatos, szisztematikus fejlesztésének, amire a 1990-es évek vége óta szükség lett volna.

azonban ezzel ellentétes irányt vettek: a közigazgatás egészére kiterjedő változtatások részeként 2011-ben az OEP-ről leválasztották a megyei igazgatóságait és azok a megyei közigazgatási hivatalok főosztályaivá váltak. 2017-ben pedig az OEP (mint az egészségbiztosítás központi szervezete) lényeges funkcióit az EMMI-be olvasztották és a jogutódként létrehozott Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Központ (NEAK) feladata csupán a finanszírozás napi menedzselése maradt; lényegében csak „pénzkifizető" szerepet tölt be (ahogy ezt a névváltoztatás is jelzi). A finanszírozási módszerek fejlesztéséért felelős módszertani intézetet nem hozták létre és – mindezek a változások következtében – a módszerek szisztematikus fejlesztése is elmaradt.

10.4.4. A háttérintézmények centralizációja

Az EU-országokban az egészségügyi igazgatás általános jellemzője, hogy az egészségügyi minisztériumok felügyelete alatt számos szervezetileg önálló háttérintézmény működik. Ez a struktúra elősegíti az adott területek sajátosságainak megfelelő, a szakmai szempontokat érvényesítő működést. A magyar egészségügyben 2010 és 2019 között az egészségügyi igazgatás háttérintézményeinek számos átszervezése történt – amelyek mögött eltérő motivációk hatottak. 2011-ben a fő motiváció a közigazgatásban általánosan érvényesülő centralizáció (hatalomkoncentráció) volt, majd 2015-ben részben korrigálni próbálták a túlzott centralizációból eredő problémákat. 2021. januárjában pedig az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) létrehozásával az akkori EMMI-miniszter alkalmatlanságát nem annak leváltásával, hanem a feladatainak, hatásköreinek az elvételével törekedtek orvosolni. Az ÁEEK jogutódaként, megnövekedett hatáskörrel létrejött OKFŐ lényegében „helyettesítette" az egészségügyi minisztériumot. (Az OKFŐ-vel részletesebben a következő fejezet foglalkozik.)

2011. május 1-jével – a szakmai szempontból végiggondolatlan centralizáció (hatalomkoncentráció) példájaként – létrejött a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) öt korábban független intézményből.[345] A GYEMSZI szervezetében több olyan funkciót vontak össze, amelyeknek ugyanabba az intézménybe tartozása szakmai szempontból teljesen

345 Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézetet (ESKI), az Országos Gyógyszerészeti Intézetet (OGYI), az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézetet (ETI), az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központot (OSZMK) beolvasztották az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézetbe (EMKI) és ezzel egyidejűleg módosították az EMKI funkcióit és nevét.

indokolatlan volt. Továbbá a GYEMSZI vált az állami tulajdonba került (korábban önkormányzati tulajdonban lévő) kórházak működtetőjévé is. Ezzel a kórházak működtetése és ellenőrzése is a GYEMSZI funkciója volt – ami nyilvánvalóan diszfunkcionális volt. A GYEMSZI-nek olyan szerteágazó volt a tevékenysége, amelynek a hatékony megvalósítása, megfelelő irányítása eleve kudarcra volt ítélve. Az intézmény működési problémáit 2015-ben a kórházfenntartásnak a leválasztásával igyekeztek kezelni. 2015. március 1-től három önálló intézményre bontották: létrejött az Állami Egészségügyi Ellátó Központ[346] (ÁEEK), a GYEMSZI utódszervezete, amelynek a fő profilja a kórházfenntartás lett; az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) és az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ (ENKK). Az ÁNTSZ háttérintézményeit is többször átszervezték (erre nem térek ki részletesebben).

Fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy az ESKI önállóságának 2011-ben történt felszámolásával megszűnt az az önálló háttérintézmény, amelynek az elsődleges feladata az egészségpolitika tudományos megalapozása lett volna – elemzésekkel, kutatási projektek, pilot programok kezdeményezésével és koordinálásával. Az ilyen célú EU-s projekteket az ÁEEK, majd az OKFŐ koordinálta, amelyeknek ez – a kórházak irányítása mellett – szükségszerűen másodlagos fontosságú feladatát képezte. Egy ilyen háttérintézmény funkciója nem elsődlegesen a kutatások végzése lenne, hanem azok megrendelése az egyetemektől, kutatóintézetektől, tanácsadó cégektől, továbbá a kutatási eredmények, elemzések „lefordítása" a döntéshozatal nyelvére és felhasználása a döntések előkészítése során; továbbá az egészségügy helyzetéről elemzések, adatok közzététele a szakmai és laikus nyilvánosság számára.

10.5. A finanszírozási rendszer átalakítása

10.5.1. A kötelező egészségbiztosítás felszámolása

A rendszerváltáskor célul tűzött egészségügyi rendszer egyik alapvető pillére a nagy önállósággal rendelkező, szolgáltatásvásárló funkciót betöltő, a szolgáltatásokat harmadik félként térítő egészségbiztosítási intézmény volt. Ennek indokai között jelentős súllyal szerepelt, hogy a járulékfizető lakosság világosan lássa, hogy mennyit költ az egészségügyi rendszer működtetésére, és abból szükség esetén mit

346 2021. január elsejétől az OKFŐ látja el az országos egészségügyi intézetek, valamint az állam fenntartásában és tulajdonában lévő kórházak fenntartói feladatait és irányítását

és milyen áron kap. A korábbi fejezetekben már volt szó a megvalósítás egyes lépéseiről, ezért itt csak a felsorolásuk következik. Az utolsó államszocialista kormány 1989 végén létrehozta a költségvetéstől elkülönült Társadalombiztosítási Alapot, amelyhez 1990-ben átkerült az egészségügyi intézmények működési kiadásainak a finanszírozása. A társadalombiztosítás önkormányzati igazgatásáról 1991-ben elfogadott törvény és a társadalombiztosításról szóló törvény 1992-es módosítása kialakította az egészségbiztosítás jogi kereteit, majd 1993-ban megvalósult az önkormányzati irányítás intézményi kereteinek a kiépítése (az Egészségbiztosítási Önkormányzatnak és az igazgatási szervének, az OEP-nek a létrehozása). 1992-ben megtörtént a társadalombiztosítási járulék szétválasztása egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási (továbbá mindkét esetben munkáltatói és munkavállalói) járulékokra – ami alapvető feltétele volt az önálló (a bevételek és kiadások közötti egyensúlyon alapuló), transzparens gazdálkodásnak.

A korábbi fejezetekben azt is láthattuk, hogy 1994 után nem folytatódott a rendszer szakmai struktúráinak a kiépítése, a szervezeti innovációt jelentő önkormányzati irányítás „meggyökeresedése", hanem épp ellenkezőleg az új intézmények korlátozására és megszüntetésére irányuló törekvések erősödtek meg. Az Egészségbiztosítási Önkormányzat jogosítványainak a korlátozása, majd 1998-ban az Önkormányzat megszüntetése és az OEP-nek minisztériumi irányítás alá helyezése következett be. Ellenkező irányú lépés is történt: az egészségbiztosítás autonómiáját erősítette, hogy 2006-ban új intézmény jött létre, az Egészségbiztosítási Felügyelet. Lényeges hangsúlyozni annak a fontosságát, hogy – a jelentős mértékű kiüresedésük ellenére – az egészségbiztosítás intézményi és jogi keretei még megmaradtak. Azaz fennmaradtak az intézményi feltételei, hogy – politikai szándék esetén –vissza lehessen térni az eredeti (hatalommegosztáson alapuló) koncepcióhoz.

A 2010 utáni változások – a korábbi másfél évtized intézményi eróziójához képest – abban hoztak újat, hogy radikálisan felszámolták a kötelező egészségbiztosítás jogi alapjait és még meglévő intézményi kereteit. Ezzel a Magyarországon működő egészségügy-finanszírozási rendszer lényegében csak a nevében maradt meg egészségbiztosításnak. Ennek megvilágítása érdekében a fejezet először áttekinti, hogy milyen általános jellemzőkkel rendelkeznek a kötelező egészségbiztosítási rendszerek, majd a magyar egészségbiztosítás területén 2010 után bekövetkezett legfontosabb változásokat veszi sorra.

A kötelező egészségbiztosítási rendszerek általában a következő összetevőkkel, jellemzőkkel rendelkeznek:

- A szolidaritási elv: a teherviselőképesség (jövedelem) arányában fizetett járulék, a másik oldalon pedig a szükségletek alapján történő hozzáférés a szolgáltatásokhoz.

- A kormányzattól elkülönülő, jelentős autonómiával rendelkező intézményi rendszer, amelynek a fő funkciója a járulékfizetők érdekeinek a képviselete: egyrészt jó minőségű szolgáltatásokhoz való hozzáférés, másrészt a fenntartható finanszírozás biztosítása.
- Az autonómia pénzügyi alapja az önálló pénzügyi alap, amelynek fő forrása a munkáltatók és munkavállalók által fizetett járulékok; a jogi kereteit pedig egyrészt (a bevételei oldalon) a járulékfizetésre vonatkozó szabályok, másrészt az alap felosztására és a szolgáltatók finanszírozására vonatkozó szabályozás jelentik.
- A járulékbevételeknek részét képezik a kormányzat (költségvetés) által fizetett járulékok is – a vonatkozó szabályozás meghatározza, hogy milyen társadalmi csoportok után (pl. nyugdíjasok, tanulók, szociális segélyben részesülők stb.) és milyen mértékű járulékot fizet a kormányzat.
- A kockázatközösség (alapképzés) és a biztosítás működtetésének az intézményi keretei. Az EU-országokban több típus alakult ki: (a) egyetlen országos pénzalap, egyetlen biztosítóintézet; (b) egyetlen országos pénzalap, amelyet meghatározott módon allokálnak a decentralizált biztosítóintézetek között; (c) decentralizált alapképzés a biztosítást működtető intézmények szintjén (nincs az alapok között kiegyenlítő mechanizmus).
- A szolgáltatáscsomagra vonatkozó szabályozás (milyen szolgáltatások tartoznak, illetve nem tartoznak bele az egészségbiztosításba és milyen mértékű hozzájárulást kell fizetni az igénybevételkor.
- Az egészségbiztosítást működtető intézmény(ek) és a szolgáltatók közötti szerződéses viszony (azaz a szolgáltatásvásárlás). A finanszírozási tarifákat számos országban a biztosító(k) és a szolgáltatók képviselői közötti megállapodások alakítják.
- A fentiekben vázolt elemeket szabályozó jogi keretek.

A 2010 és 2019 közötti kormányzati intézkedések az egészségbiztosításnak lényegében az összes fentiekben felsorolt elemét felszámolták:

- Az egészségbiztosítás elvi és jogi alapjait felszámolta az Alkotmány felcserélése az Alaptörvénnyel.
- Az egészségbiztosítás önálló pénzügyi alapjának transzparens jogi kereteit megszüntette a munkáltatói járulékok szociális hozzájárulási adóvá történő átalakítása és az egészségbiztosításra és nyugdíjbiztosításra való szabályozott felosztásuk megszüntetése. A névleg létező Egészségbiztosítási Alap nagyságát nem a szabályozott járulékbevételek határozzák meg, hanem az állami költségvetés kialakítása során hozott kormányzati döntés.

- Felszámolták az egészségbiztosítás még meglévő intézményi kereteit: az Egészségbiztosítási Felügyeletet és az OEP kormányzattól elkülönült egységes intézményrendszerét. (Ez utóbbiról már volt szó.)

A Magyar Köztársaság (2011-ig érvényben lévő) Alkotmányának az *Alapvető jogok és kötelességek* fejezetében – többek között a következő állt: „*A Magyar Köztársaság állampolgárainak joguk van a szociális biztonsághoz; öregség, betegség, rokkantság, özvegység, árvaság és önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén a megélhetésükhöz szükséges ellátásra jogosultak. A Magyar Köztársaság az ellátáshoz való jogot a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével valósítja meg.*" Továbbá: „*A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.*"

Ezzel szemben az Alaptörvényben egyáltalán nem szerepel a „társadalombiztosítás"[347] fogalma, intézménye. Maga a szó is kimaradt az Alaptörvényből – jelezve, hogy a magyar társadalom alapvető intézményei közül kiiktatták a társadalombiztosítást. Az Alaptörvényben a következő szerepel: „*Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. Az (1) bekezdés szerinti jog érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.*" Alapvető jelentőségű változtatás az is, hogy a jogot az állam nem „megvalósítja", hanem csupán „elősegíti" az érvényesülését. Ezzel jelentősen gyengült a kormányzati felelősség és számonkérhetőség.

Az Egészségbiztosítási Alap létrehozásakor a koncepció azt volt, hogy a nagyságát a stabil gazdasági növekedés és nem az éves költségvetési alkuk határozzák meg; továbbá az önkormányzati irányítása jelentős önállóságot biztosít. Ennek a koncepciónak a jegyében 1993-ban a bevételek 86%-át a járulékbevételek tették ki. A járulékok beszedését a Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság végezte és a társadalombiztosítás (nyugdíjbiztosítás és egészségbiztosítás) közös költségvetését az önkormányzatok elnökei és a pénzügyminiszter közösen – az állami költségvetéstől elkülönülve terjesztették az Országgyűlés elé. Már 2010-ig is alapvető változások következtek be a járulékrendszerben és az Egészségbiztosítási Alap működtetésében. 1997-ben

347 A nyugdíjrendszerre vonatkozóan a következő szerepel: „*Magyarország az időskori megélhetés biztosítását a társadalmi szolidaritáson alapuló egységes állami nyugdíjrendszer fenntartásával és önkéntesen létrehozott társadalmi intézmények működésének lehetővé tételével segíti elő.*"

az E. Alap (és a nyugdíjbiztosítási alap) költségvetése az állami költségvetés egyik fejezete lett; 1998-ban a Fidesz-kormány, illetve az új Országgyűlés első döntései között megszüntették a Nyugdíjbiztosítási és az Egészségbiztosítási Önkormányzatokat; 1999-től pedig a járulékok beszedése átkerült az APEH-hez.

A munkáltatói egészségbiztosítási járulék mértéke folyamatosan csökkent: 1993-ban a munkabérek 19,5%-át, 2009-ben már csak az 5%-át, 2010-ben pedig a 2%-át tette ki. Ezt a csökkenést nem kompenzálta az 1998-ban bevezetett egészségügyi hozzájárulás (EHO). A munkavállalói járulék mértéke ezzel szemben növekedett: 1993-ban 4%, 2009-ben és 2010-ben is 6%, 2023-ban pedig 7%[348] volt. A kiesett járulékbevételek egy részének kompenzálására növekedett a költségvetés hozzájárulása. Ennek aránya az E. Alap bevételein belül 1993-ban 13%, 2009-ben 25%, 2010-ben pedig 45% volt. 2012-től ismét csökkent: 2019-ben 18% volt.

A 2011-ben hozott adótörvények 2012-től felszámolták a munkáltatói járulékrendszert – felváltották szociális hozzájárulási adóval.[349] Ezzel megszűnt a munkáltatói társadalombiztosítási befizetések transzparens felosztása a nyugdíjbiztosítás és egészségbiztosítás között. Megszűnt az egészségbiztosításnak az a lényegi eleme, hogy a pénzügyi alapja transzparens szabályok alapján képződik, amivel transzparens módon gazdálkodik.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet megszüntetése

Ahogy a 9. fejezetben vázoltam, az Egészségbiztosítási Felügyelet funkciója a biztosítottak érdekeinek a képviselete (beleértve az egyedi panaszok kivizsgálását) és az MSZP-SZDSZ kormány által létrehozni tervezett egészségbiztosítási piac felügyelete volt. Az Egészségbiztosítási Felügyelet hatáskörei összhangban álltak a nyugat-európai egészségügyi rendszerek hasonló intézményeivel. Ugyanakkor – ahogy erről az előző fejezetben már volt szó – a konkrét működésében, stílusában megfigyelhető „gyermekbetegségek" támadási felületet hagytak az egészségügy többi szereplői számára. Így az egészségügy többi szereplői körében széles körű támogatottságot élvezett a Fidesz-kormány döntése, amikor a 2010-ben az első lépései között megszüntette az Egészségbiztosítási Felügyeletet. Ez ismét példa volt arra, hogy a kormányzatok (függetlenül a politikai színezetüktől) egy adott új intézmény vagy program problémáinak a korrigálása helyett az egész intézményt számolták fel. Az Egészségbiztosítási Felügyelettől függetlenül megtartható, továbbfejleszthető

348 2023-ban pedig az egyéni (munkavállalói) járulék összesen 18,5% volt: ebből 7% egészségbiztosítási járulék, 10% nyugdíjjárulék, és 1,5% munkaerőpiaci járulék.

349 Az egyes adótörvények és azzal összefüggő egyéb törvények módosításáról szóló 2011. évi CLVI. törvény IX. fejezete.

lett volna a Felügyelet által kidolgozott minőségügyi indikátorrendszer. Az egészségügyi kormányzat azonban ezt elmulasztotta. Ez is hozzájárult ahhoz, hogy nincs átfogó, megbízható képünk arról, hogyan alakult az egészségügyi ellátás (illetve egyes területeinek) a minősége az elmúlt évtizedben.

10.5.2. A pénzügyi források allokációja

Kihívások és kormányzati koncepciók

A 1990-es évek eleje – a kötelező egészségbiztosítás és a teljesítményfinanszírozási módszerek bevezetése óta – az egészségügy finanszírozásában az egészségügyi kormányzatoknak két ellentétes cél összeegyeztetését kellett volna megoldaniuk: a költségvetési korlátnak (zárt finanszírozásnak) és a szolgáltatásfinanszírozási módszerek ösztönző hatásainak az érvényesítését (a szolgáltatók ösztönzését hatékony működésre és jó minőségű szolgáltatások nyújtására). A 2000-es évek közepétől ez utóbbi cél egyre inkább háttérbe szorult. Széles értelemben véve a forrásallokáció két fő szintje: (1) az egészségügyi ellátás fő területei közötti allokáció: a tb-csomagba nem tartozó szolgáltatásokra (Országos Mentőszolgálat, népegészségügyi tevékenységek stb.) fordított összegek és az Egészségbiztosítási Alap természetbeni kiadásain[350] belül az egyes kasszák közötti elosztás (gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz támogatás és a gyógyító-megelőző ellátások kasszái, pl. háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás, laboratóriumi ellátás, összevont szakellátás stb.); (2) az egyes kasszákon belül az egyes szolgáltatások és intézmények közötti allokáció. Ez utóbbinak az eszközei az egyes kasszák esetében alkalmazott szolgáltatásfinanszírozási módszerek.

Az egészségbiztosítás két fő összetevőjét – a gyógyszertámogatást és a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozását – tekintve eltérő örökséget kapott a Fidesz-kormányzat. A gyógyszertámogatást 2006-ban radikálisan átalakító törvény hatékonynak bizonyult a gyógyszerfinanszírozást a 2000-es évek első felében jellemző problémáknak a kezelésében, különösen a tb gyógyszerkiadásainak a korlátozásában. Ezzel ellentétben a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozásában a kormányzat megörökölte a szakellátás finanszírozásának régóta megoldatlan problémáit, torzulásait. Ezek közül a legfontosabbak a következők voltak: a szolgáltatások összességét tekintve a költségektől elmaradó díjtételek; a költségarányoktól elszakadó súlyszám és járóbeteg-pontszám arányok, az intézmények szolgáltatásai iránti kereslettől/szükséglettől elszakadó TVK-keretek. Mindezeknek jelentős szerepe volt

350 Ahogy a 2. fejezetben volt szó róla, az E. Alapból finanszírozott pénzbeli ellátások (pl. táppénz stb.) nem tartoznak az „egészségügyi kiadások” kategóriájába.

abban, hogy a finanszírozási módszerek nem generálták (az optimális feltételek mellett) bennük rejlő pozitív ösztönzőket; továbbá hozzájárultak a kórházak adósságállományának a folyamatos újratermelődéséhez is.

Az örökölt problémák, a technológiai fejlődés és a rendszer egészének az alulfinanszírozása következtében a 2010 és 2019 közötti időszakban a kormányzatnak a következő kihívásokra kellett (volna) megtalálni a választ:

- A technológiai fejlődés követésének, új eljárások, gyógyszerek alkalmazásának az igénye és a szolgáltatások alulfinanszírozása közötti feszültség.
- A betegek részéről jelentkező kereslet/szükséglet és az ettől mennyiségében és szerkezetében is jelentősen elmaradó kínálat közötti feszültség (a hozzáférés nehézségei és kiszámíthatatlansága).
- Az egészségügyi szolgáltatók működésének – jelentős mértékben (de nem kizárólag) a forrásallokáció torzulásaiból eredő – hatékonysági és minőségi problémái (amelyek az egyre gyakrabban jelentkező ellátási zavarokban manifesztálódtak).
- A kórházak folyamatosan újratermelődő adósságállománya.

További problémát jelentett, hogy az eszközpótlás (amortizáció) hiányzott (hiányzik) a szolgáltatási díjakból.[351]

A Semmelweis Terv (ST) megfelelő helyzetértékelést és releváns célokat tartalmazott; alapelvként fogalmazta meg, hogy *„az erőforrás-allokáció legyen mindenki számára átlátható, normatív alapú és igazodjon az ellátási szükségletekhez. […] Az erőforrás-allokáció a hatékonyan működő intézményeket preferálja és támogassa”* (ST, 2011. 50). Ennek érdekében 2011-re a következő intézkedéseket irányozta elő:

- *„Egészségügyi finanszírozási módszertani központ létrehozása […]*
- *Finanszírozási technikák felülvizsgálata, karbantartás, generáljavítás […]*
- *A járóbeteg-ellátás finanszírozásában a jelenlegi tételes rendszer leváltása érdekében az ambuláns HBCS-rendszer kidolgozásának megkezdése”* (ST, 2011. 51).

Azt a tényt, hogy ezek az intézkedések 2019-ig nem valósultak meg, az is mutatja, hogy ezek a kérdések a 2019. december 23-i kormányhatározatban újra előkerültek. A kormányhatározat felszólította a minisztert, hogy valósítson meg *„átfogó, az egészségügyi szakmák összességére kiterjedő ráfordítási adatgyűjtést és díjtétel-felülvizsgálatot a valós költségekre épülő finanszírozási rendszer kidolgozása érdekében; […] tegyen javaslatot a járó- és fekvőbeteg-szakellátásban minőségi indikátorok bevezetésére, eredményalapú finanszírozási technikák, valamint az ellátási szinteken átívelő, integrált*

351 Ezzel a 7. fejezet részletesebben foglalkozik.

és betegközpontú, kötegelt típusú finanszírozási formák kidolgozására". A következő fejezetben látni fogjuk, hogy ez a kormányhatározat sem valósult meg. Azaz egy évtizeden keresztül nem történtek a forrásallokáció problémáinak az okaira irányuló strukturális beavatkozások. A ST idézett céljai és a 2019. évi kormányhatározat újabb példák a szavak és a tettek kettősségére: arra, hogy a kormány döntéseinek, határozatainak a megvalósítása minden indoklás és következmény nélkül maradhatott el.

Ad hoc intézkedések

Az előzőekben említett kihívásokra alapvetően tűzoltó típusú beavatkozások történtek a finanszírozási rendszerben. A HBCS-módszer megfelelő működésének feltétele, hogy a súlyszámok a valós költségeket (átlagköltséget) és az egyes HBCS-k költségarányai pedig a szolgáltatások költségarányait tükrözzék. A HBCS-módszer bevezetését követően egyetlen költségfelmérési kísérlet volt, de ennek az eredményeit nem vitték át a gyakorlatba. Ezért alapvető fontosságú lett volna a HBCS-súlyszámoknak egy átfogó költségfelmérésen alapuló felülvizsgálata, utána pedig a folyamatos karbantartása. Amint láttuk ez nem valósult meg. Az új HBCS-k bevezetése (új eljárások bevezetése esetén) és a már meglévő HBCS súlyszámainak módosításai esetlegesen, egyedi kérelmek alapján történtek. Így az egyes HBCS-súlyszámokat tekintve alulfinanszírozás és túlfinanszírozás is lehetséges volt és ezek mértéke is eltérő lehetett. További torzító tényezőt jelentett, hogy a béremelések fedezetét nem építették be a HBCS-be, továbbá az esetleges év végi maradvány felosztása is ad hoc módon történt. Az évenkénti adósságrendezések is a tűzoltó típusú beavatkozások körébe sorolhatók.

Összefoglalóan megállapítható: az elveiben költséghatékonyságra és optimális kapacitáskihasználásra ösztönző finanszírozási rendszer eltorzítása, diszfunkcionális alkalmazása következtében a kórházvezetők fő célja a TVK-keretük elérése, de egyúttal szigorú betartása volt. A költségektől elmaradó finanszírozás-volumen miatt a gyógyító eljárások többségének végzése egyre inkább veszteséggel járt, ezért a kórházak fokozatosan áttértek arra, hogy kizárólag a területi ellátási kötelezettség miatt elutasíthatatlan betegeket fogadják, azokat is gyakran az egyre inkább megnyúló fogadási, előjegyzési és várólistákra helyezve.[352]

Az E. Alap kasszák közötti allokációja

A forrás-allokáció egyik lényeges változása volt a gyógyító-megelőző ellátások és a gyógyszertámogatás arányának a megváltozása. 2010 és 2019 között a gyógyszer-

352 Továbbá a kórházak államosításával megszűntek azok a szervezetek is, amelyek (elvileg) felléphettek a betegek érdekében: a 2010 előtt működő Kórházi Felügyelő Tanácsok egyik funkciója a helyi közösség által gyakorolt társadalmi kontroll volt.

támogatásra fordított kiadások aránya az E. Alap 29,6%-áról a 21,0%-ára csökkent, a gyógyító-megelőző ellátások aránya pedig 65,5%-ról 73,4%-ra növekedett, a gyógyászati-segédeszköz kiadásnak az aránya lényegében változatlan maradt (3,7%-ról 4,0%-ra növekedett).[353] 2010 és 2019 között nominális értékben a gyógyító-megelőző ellátások 69%-kal, gyógyszerkiadások csupán 7%-kal, a gyógyászati segédeszköz kiadások pedig 63%-kal növekedtek. (Ezeket az adatokat torzítja, hogy 2012-ben a gyógyszerkiadások egy része átkerült a gyógyító-megelőző ellátásokhoz.) Az E. Alap gyógyszertámogatás kiadásainak adatai csak az alapellátásban és járóbeteg-ellátásban használt (a gyógyszertárakban vásárolt) gyógyszerek értékére vonatkoznak. A társadalombiztosítás gyógyszerekre fordított kiadásairól akkor kapnánk teljes képet, ha a kórházi ellátásban felhasznált gyógyszerek értékét is figyelembe vennénk. (A hivatalos statisztikák nem közölnek erre vonatkozó adatokat, a HBCS-kódkarbantartás keretében lennének megismerhetők.)

A gyógyszerköltségek fokozódó áthárítása

A gyógyszerkiadások korlátozásának egyik eszközeként a kormányzat a gyógyszerellátás költségeit fokozódó mértékben hárította át a háztartásokra és a gyógyszergyártókra. A háztartásokra a tb-támogatás szintjének a csökkentésével, a gyártókra pedig az innovatív gyógyszerek esetében alkalmazott különböző kockázatmegosztási technikákon keresztül. Ez utóbbi annak a következménye volt, hogy az egészségbiztosításra, a társadalombiztosítási támogatásba való befogadásra nagy nyomást gyakorolt az, hogy a gyógyszeripari innovációk következtében nagyszámú, drága innovatív gyógyszer (elsősorban daganatellenes szerek és a ritka betegségek gyógyszerei) kerültek forgalomba – az Európai Gyógyszerügynökség központosított törzskönyvezési eljárása következtében. A gyógyszerkiadások finanszírozhatósága érdekében a támogatásba való befogadást az OEP (NEAK) – az EU-országokban is széles körűen alkalmazott – olyan finanszírozási technikákkal kötötte össze, amelyek megosztják a pénzügyi kockázatot a finanszírozó és a gyártó között (Ispán, 2024).

Méltányossági gyógyszertámogatás szerepének növekedése

Az előbb vázolt kockázatmegosztási technikák azonban nem jelentenek elégséges eszközt az innovatív gyógyszerek finanszírozására. Ezekre a gyógyszerekre fordított kiadások korlátozására egy másik lehetséges eszköz: a gyógyszerek tb-támogatásba való befogadására vonatkozó kormányzati döntések elhúzódása. Az Innovatív

353 A 100%-ot azért nem adja ki a három adat, mert a természetbeni ellátások néhány kisebb tétele nem tartozik ebbe a három fő kategóriába (pl. gyógyfürdő és egyéb gyógyászati ellátás támogatása stb.).

Gyógyszergyártók (AIPM) szerint: „*A tudomány legfrissebb eredményeihez, az új reményt nyújtó gyógyszeres megoldásokhoz a magyar betegek azonban egyre lassabban férnek hozzá – leszakadva nem csak Európától, de a régiótól is. Amíg egy-egy új terápia az Európai Gyógyszerügynökség döntését követően átlagosan 511 napon belül támogatotti formában elérhető az európai betegeknek, addig a legutolsó befogadási körben a magyar társaik már több mint 1400 napot, átlagban közel 4 évet vártak a reguláris befogadásra, ráadásul az új készítmények kétharmada soha el sem jut hazánkba.*”[354]

Az Európai Gyógyszerügynökség által törzskönyvezett, de a tb-támogatásba még nem befogadott gyógyszerekhez a betegek egyedi méltányossági kérelem alapján próbálhatnak meg hozzájutni. Többségükben daganatos betegségek és gyulladásos betegségek kezelését szolgáló gyógyszerek vagy gyógyszerek off-label alkalmazása tartozik ide. Az egyedi méltányosság rendszere a hozzáférést több módon is korlátozhatja: előfordulhat, hogy a páciensek nem jutnak hozzá a gyógyszerhez; továbbá az engedélyezési eljárás elhúzódhat, ami miatt későn juthatnak hozzá az érintett páciensek, ami az eredményes kezelés esélyét ronthatja. (Sajnos nem állnak rendelkezésre olyan elemzések, amelyek alapján ennek a problémának a méreteit meg tudnánk ítélni.) A probléma súlyát mutatja, hogy 2010-ben az E. Alap gyógyszerkiadásainak 1,5%-át, 2019-ben pedig már 6,9%-át tették ki ezek a gyógyszerek. (Ez az adat nem tartalmazza az egyedi méltányosság egy másik – a fekvőbeteg kasszából fizetett – csoportjára a ritka betegségek kezelését szolgáló gyógyszerekre fordított kiadásokat.)

10.6. A szolgáltatási szektor főbb folyamatai

A 2010 és 2019 közötti időszakban az ellátórendszer (3. fejezetben vázolt) alapvető strukturális problémái és az ellátásnak a betegeket közvetlenül érintő problémái fennmaradtak, számos tekintetben súlyosbodtak. A kórházak irányításában végrehajtott radikális centralizálás – a kormányzat téves elgondolásával szemben – nem a problémák enyhítéséhez, hanem a fokozódásukhoz járult hozzá. Mindezek következtében kiéleződött és állandósult, az emberek mindennapos tapasztalatává vált két – egymással összefüggő –probléma: a humánerőforrás-krízis (orvosok és szakdolgozók mennyiségi és minőségi hiánya, a munkaerő területi és szakmai eloszlásának aránytalanságai), valamint a megfelelő ellátáshoz való hozzáférés esetlegessége és bizonytalansága (a hozzájutás idejét/várakozás hosszát, a szolgáltatás minőségét tekintve).

354 https://aipm.hu/azonnali-beavatkozasokat-igenyel-a-magyar-betegekmodern-gyogyszerekhez-valo-biztonsagos-hozzaferese/ (2022. 04. 27).

A folyamatos feszültséget a kormányzat időnkénti tűzoltó intézkedésekkel (béremelés, kórházi adósságok évenkénti „rendezése" stb.) és a helyzet súlyosságát tagadó kommunikációval próbálta enyhíteni. Az időszak másik meghatározó folyamata a magánszektor további jelentős térnyerése volt – különösen a járóbeteg-ellátásban.

A szolgáltatási szektorban a legfontosabb kormányzati intézkedések a következők voltak:

- A tulajdonviszonyok és az intézményirányítás irracionális mértékű centralizációja a kórházi szektorban.
- A köz- és magánszektor szétválasztására irányuló törekvések. A rugalmasabb működési formák felszámolása a kórházi szektorban.
- A kórházak összevonására irányuló törekvések (megyei szinten).
- Az EU-s forrásokból jelentős volumenű, de hatékonysági problémákkal terhelt beruházások.
- A 2015. évi CXXIII. törvény elfogadása az egészségügyi alapellátásról, ami megteremtette a jogi alapját a csoportpraxisnak. A végrehajtást lehetővé tevő kormányrendelet azonban csak 2021 elején jelent meg.
- EU-s forrásokból elinduló, majd megtorpanó szervezeti innováció a népegészségügy területén: az egészségfejlesztési irodák kialakítása.
- Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) kiépítése.
- Kísérlet (majd annak felszámolása) a teljesítményértékelési rendszer intézményesítésére.
- A betegjogi intézményrendszer államosítása.

Ezek az intézkedések nem voltak elégségesek a szolgáltatási szektornak a 3. fejezetben és a fentiekben vázolt problémáinak az enyhítésére. Ezt jelzi, hogy a 2019 decemberében elfogadott kormányhatározat – többek között – 2020. június 30-ig adott határidőt az EMMI-miniszternek arra, hogy *„gondoskodjon a) a korszerű egészségügyi ellátási folyamatokat és ellátási formákat támogató jogszabályi környezet kialakításáról, b) a rugalmas kapacitástervezés feltételeinek megteremtéséről […] c) az intézmények betegellátási tevékenységének hatékonyságát és eredményességét mutató indikátorok kidolgozásáról, d) az optimális betegutak kialakításáról […]"*. A továbbiakban az előző felsorolásból csak néhány intézkedéssel foglalkozom részletesebben.

10.6.1. Központi irányító szerv létrehozása a kórházak „kézivezérlésére"

A Semmelweis Terv nem kívánta radikálisan átalakítani a tulajdonviszonyokat – az önkormányzatok tulajdonában tartotta volna a kórházakat, szakrendelőket.

Lényeges változást az ellátás szervezésében kívánt elérni – a korábban már említett – állami egészségszervezési rendszer kiépítésével. A valóság másként alakult. 2012–13-ban a kormány elvette az önkormányzatoktól a kórházakat és a több mint 100 – korábban önkormányzatok tulajdonában lévő – kórháznak az irányítását egyetlen központi intézmény, a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) alá centralizálta. A kórházak menedzsmentjének a döntési hatáskörét pedig jelentősen korlátozták. Nem kerültek a GYEMSZI (majd jogutódai: az ÁEEK és OKFŐ) alá az egyetemi klinikák, országos intézetek és az egyházi tulajdonban lévő kórházak. A kórházak irányításának ez a centralizációja ellentmond az egészségügyi rendszer „természetének" és a nemzetközi tapasztalatoknak is. [355] Az EU-ban egyetlen országban sem található a kórházi szektor ilyen mértékű centralizációja. Érdemes felidézni, hogy az első Fidesz-kormány még a költségvetési szerv működési forma helyett a kórházak rugalmasabb működési formáinak a kialakítását tartotta kívánatosnak.

Az egészségügyi rendszer „természete" alatt az értendő, hogy az egészségügyi rendszer egészének teljesítménye (hatékonysága és minősége) egy adott időszakban az egészségügy szereplői (orvosok, kórházigazgatók, szakigazgatásban dolgozó vezetők stb.) által nap mint nap hozott nagyszámú döntéseknek az eredőjeként alakul. A szereplőket a döntések meghozatalakor (pl. orvosokat a terápia megválasztásakor stb.) alapvetően a következő tényezők befolyásolják: (a) a rendelkezésre álló i*nformáció*, (b) a döntéshozót érő *ösztönzők*, továbbá (c) mind az elérhető információ felhasználását, mind az ösztönzők érvényesülését (az ösztönzőkre való reagálást) befolyásolják az intézményi jellemzők, amelyek között az adott szereplő dolgozik. Alapvető fontosságú, hogy a döntéseket ott hozzák, ahol ahhoz a megfelelő információ rendelkezésre áll, továbbá a döntéshozó megfelelő érdekeltséggel rendelkezzen és elszámoltatható legyen. Ebből következően a kórházak működésének irracionálisan centralizált és központi utasításokon alapuló irányítása eleve kudarcra van ítélve.

Ugyanakkor vannak olyan funkciók, ahol vagy országos, vagy regionális koordinációra, központi döntésekre lett volna szükség: az egészségügy finanszírozásának és a szolgáltatási szektornak a stratégiai tervezése, a kórházi struktúra átalakítására vonatkozó koncepció és megvalósítási terv kidolgozása. Azonban épp ezekben a kérdésekben, ahol fontos lett volna, hiányzott a megfelelő központi koordináció (pl. az EU-s fejlesztési források felhasználása esetében is).

355 Ezen kívül jelentős (Sinkó E. számítása szerint ez kb. 100 Mrd Ft) addigi önkormányzati finanszírozástól fosztotta meg a kórházakat.

10.6.2. Kórházi struktúra: elszalasztott lehetőség a modernizációra

A korábbi kormányzatok beavatkozásai jelentősen csökkentették az aktív kórházi ágyak számát, de nem érintették a kórházi struktúra alapvető problémáit: az ellátóhálózat (és ellátás) kórházcentrikusságát, a kórházak túlzottan nagy számát,[356] szétaprózott és a lakossági szükségletekhez viszonyítva aránytalan területi elhelyezkedését, a progresszív ellátás szintjeinek keveredését a városi, megyei, országos intézetek között, az ellátás koordinálatlanságát és heterogén minőségét.[357] Mindezek hozzájárultak a humánerőforrás-krízishez és a kórházak eladósodásához is. Az ellátórendszer problémái összefüggnek egymással és az irányítási és finanszírozási (ösztönzési) rendszer – előzőekben tárgyalt – problémáival. Ezért olyan stratégiára lett volna szükség, amelyik komplex módon, összehangoltan törekszik a kórházak struktúrájának, finanszírozásának és irányításának a változtatására. Ezzel szemben a kormányzati beavatkozások csak egy-egy probléma elkülönült kezelésére törekedtek.

A változtatásra számos – egymással összefüggő – tényező ösztönözte az egészségügyi szakigazgatást és a kórházak vezetőit: a költségektől elmaradó finanszírozási díjtételek, az adósságállomány, a növekvő munkaerőhiány és az abból eredő feszültségek, a működési zavarok, amelyek folyamatosan jelentős médiafigyelmet kaptak. A kormányzatot ugyanakkor számos tényező inkább arra motiválta, hogy ne határozzon komolyabb reformokról. A két – egymással összefüggő – legfontosabb tényező a politikai kockázat és a ráfordítások és az eredmények közötti időeltolódás volt. A kormányzati cselekvést – mint sok más esetben az egészségügyben és azon kívül – a kormányzati kommunikáció igyekezett pótolni, három elemet váltogatva: a probléma hárítását, a „nem lesz kórházbezárás" szlogent, valamint a felelősségnek a kórházigazgatókra és orvosokra hárítását.

A 2000-es évtized végén és a 2010-es évek elején (a kórházak államosítása előtt) a kórházi és önkormányzati vezetők egy része helyi szinten próbált megoldást találni. Például 2009-ben a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Közgyűlés a megye aktív kórházait egy holding szervezetbe integrálta. A másik példa: 2010 végén a kórházaknak juttatott többletforrás elnyerését konszolidációs program kidolgozásához kötötte az Államtitkárság. Veszprém, Fejér és Somogy megye önkormányzati és egészségügyi vezetői társulás létrehozását határozták el az egészségügyi intézményeiknek az együttműködésére (Pannon Egészségügyi Társulás).[358] A társu-

356 A szétaprózottságból következően sok a kisméretű kórház, ami nem működtethető hatékonyan.

357 Például számos kórház a korszerű technológia nyújtotta terápiás lehetőségeket nem tudja megfelelően alkalmazni.

358 https://www.vg.hu/cegvilag/2011/01/uj-egeszsegugyi-modell (*Világgazdaság*, 2011. 01. 17).

lás elsősorban a térségi betegellátás-szervezést és a közös logisztikai és beszerzési tevékenységet menedzselte volna, továbbá koordinálták volna az uniós forrásból megvalósuló fejlesztéseiket is. A kórházak államosítása 2012-ben és a GYEMSZI-hez centralizálása azonban ellehetetlenítette az alulról jövő kezdeményezéseket. Ahogy korábban már volt szó róla, a GYEMSZI azonban alkalmatlan szervezet volt arra, hogy a kórházi ellátást hatékonyan irányítsa.

A Semmelweis Terv – a nemzetközi tapasztalatok alapján – regionális szintű struktúra kialakítását tűzte ki célul „*Az egészségügyi ellátásokat a megyénél nagyobb, de a jelenlegi régióktól eltérő, a lakosságszám szempontjából kiegyenlítettebb és természetes betegmozgásokat is figyelembe vevő területi egységekben, nagytérségekben célszerű szervezni. Ezek a területi egységek a közlekedési és földrajzi adottságok figyelembevételével, a jelenlegi kórházhálózat fejlettségi szintjének ismeretében alakítandók ki. A strukturális átalakulásnak, a progresszivitási rendszer újraépítésének és az új betegút-szervezésnek az egészségügyi nagytérségekben kell megvalósulnia*" (53). Elvileg ez a koncepció előremutató volt – azonban a GYEMSZI alkalmatlan volt a megvalósítás menedzselésére; a nagytérségi igazgatóságai nem kaptak hatáskört (és ösztönözve sem voltak).

A GYEMSZI tevékenységéről nem készült szakmai értékelés. Azt azonban, hogy az egészségügyi kormányzat sem ítélte sikeresnek, jelzi az átszervezése és több szervezetre osztása. 2015. március 1-jén a GYEMSZI jogutódaként létrejött ÁEEK-nál már csak az intézményirányítás maradt. Sőt, több korábbi alapvető funkcióit áthárították más szereplőkre: az OEP vált a kapacitástervezési és ellátásszervezési feladatok felelősévé, továbbá a miniszteri utasítás megyei és fővárosi egészségügyi bizottságok[359] létrehozását rendelte el, amelyek a miniszter javaslattevő, véleményező, tanácsadó és döntés-előkészítő testületei lettek volna. A miniszteri utasítás szerint ezek foglalkoztak volna „*az egészségügyi szakellátórendszer megszervezésével; az egészségügyi fekvőbeteg-szakellátási és az integrált járóbeteg-szakellátási kapacitások áttekintésével; a tárgyi-személyi szakmai feltételekkel, valamint a fekvőbeteg-szakellátók gazdasági helyzetének elemzésével, az infekciókontroll tevékenységének vizsgálatával és egyéb betegbiztonsági kérdésekkel; az intézményi, illetve központi várólisták helyzetének elemzésével és a várólista-csökkentési program végrehajtásának alakulásával*." Ehhez azonban nem kaptak sem pénzt, sem hatáskört. Így ez – a meg nem valósult – utasítás valójában a felelősség áthárítását jelentette az ÁEEK-ról az egészségügyi bizottságokra. Mindezek következtében ezek a feladatok felelős intézmény nélkül maradtak. Az egészségügyi kormányzat koncepciótlanságát mutatja

359 Megyei Egészségügyi Irányító Bizottságok, illetve Fővárosi és Pest Megyei Egészségügyi Irányító Bizottságok, valamint az Országos Gyógyintézetek Egészségügyi Irányító Bizottságok.

a nagytérségi (regionális) szintű ellátásszervezés koncepciójának a feladása és az ellátásszervezés áthárítása az OEP-re. Általános értelemben a finanszírozó funkciója: a jó minőségű szolgáltatások hatékony vásárlása. Az ellátásszervezés ágensét pedig a szolgáltatási szektorban célszerű kialakítani.

A kormányzat adós maradt a kórházhálózat modernizálásával is. Ahogy az 5. és 6. fejezetekben már volt róla szó, a 1990-es évek elején az akkori kormányzatok számára is nyilvánvaló volt, hogy a kórházhálózat egészét tekintve az egyik alapvető kérdés a kórházak számának (nem csupán az ágyak számának) a csökkentése. A 2010-es évek elején az EMMI Egészségügyi Szakmai Kollégiumának az akkori elnöke is megfogalmazta: *„Minden józanul gondolkodó ember tudja: Magyarországon 40-50 jól felszerelt, széles palettájú kórház elegendő lenne az ellátáshoz, és talán a betegekkel szemben is ez lenne a felelősebb döntés"* (Fülesdi, 2015. 90). A kórházak államosítása és a fenntartás centralizálása elvileg lehetőséget adhatott volna a struktúra átgondolt koncepció alapján történő átalakítására. Ehhez azonban hiányzott a pénz és a politikai szándék. Ezt mutatta, hogy amikor 2015-ben az akkori államtitkár a megyei egyeztető bizottságok ülései után javaslatot tett a kormánynak a kórházi kapacitások csökkentésére, azt a kormány a várható politikai feszültségek miatt nem fogadta el (Sinkó, 2015). A kórházi struktúrában, a kórházak számában kisebb módosulást eredményezett a kórházak összevonása, integrációja (elsősorban azokban a megyei jogú városokban, ahol megyei és városi kórház is működött. A központi és az önkormányzati egészségügyi intézmények (kórházak) és az egyetemek együttes száma 2010-ben 132, 2019-ben pedig 110 volt. A csökkenés messze elmaradt attól, amit a kormányhoz közelálló szakértők egy része is szükségesnek tartott volna. A kórházi ágyak száma ebben az időszakban 71 216-ról 67 806-ra csökkent, ezen belül az aktív ágyak száma 42 000 körül volt; ugyanakkor az ágykihasználás az aktív ellátásban 71,6%-ról 63,8%-ra csökkent, a krónikus ellátásban (mindkét időpontban 84,3% volt. Ezek az adatok és a nemzetközi statisztikák is azt jelzik, hogy a kapacitások csökkentése továbbra is aktuális kérdés maradt.

Az előzőek nem jelentik azt, hogy az egészségügy néhány fontos területén ne történtek volna pozitív változások. Ezek egyike volt az EU-s forrásoknak köszönhetően az onkológia centrumok technológiai fejlesztése és az országos hálózati struktúrának – az Európai Onkológiai Intézetek Szövetsége (OECI) irányelvei alapján történő kialakítása.

Az EU-s fejlesztési források ellentmondásos felhasználása

A kórházi struktúra átalakítására, modernizációjára reális lehetőséget nyújtottak az EU-s források. A 2010 és 2019 közötti időszakra két EU-s költségvetési időszak is esett. A 2007–2013-as időszakra vonatkozó operatív programok 488 Mrd Ft-ot

ítéltek meg az egészségügy számára, amelynek 76%-át (466 Mrd Ft) fizették ki (KPMG, 2017). A 2014–2020-as időszakra vonatkozó operatív programok ennél sokkal kevesebb forrást, 163 Mrd Ft-ot irányoztak elő az egészségügyre. A 2007–2013-as időszakban a fejlesztések nagyobb részét (több mint 200 Mrd forintot) a vidéki kórházak nagy infrastrukturális (épületkiváltást, tömbösítést megvalósító) projektjeire fordították; további 55 Mrd forint pedig olyan kórházaknak jutott, ahol nem volt jelentős profilváltás, vagy új épület létrehozása. Jelentős források jutottak az alapellátás, a sürgősségi ellátás, a rehabilitációs és az onkológiai ellátás fejlesztésére is (KPMG, 2017).

A megvalósított fejlesztések nyilvánvalóan javították az érintett kórházak infrastrukturális állapotát. Ennek nem mond ellent az a következtetés, hogy – a fejlesztési források felhasználásának az egészét tekintve – a kormányok nagy lehetőséget hagytak ki: a kórházhálózat egészének a strukturális átalakítását, modernizációját, amire az EU-s források hosszú idő óta először jelentettek reális lehetőséget. A KPMG (2017) értékelése szerint: *„Az egészségügyi intézményrendszer szereplőinek a fejlesztések végrehajtása során – különösen a fekvőbeteg–ellátás fejlesztése kapcsán – meg kellett küzdeniük a központi, ágazati szintű koncepcióalkotás és koordináció hiányával. Bár az időszak elején történtek erőfeszítések a fejlesztések egységes keretben kezelésére, a projektek nagysága, a változó szabályozási környezet és az elhúzódó közbeszerzések miatt végül az intézmények a legtöbb esetben önálló elképzelések mentén igyekeztek minél több forráshoz jutni”* (KPMG, 2017. 20).

Alapjában véve koordinálatlan intézményi elképzelések (pályázatok) valósultak meg, a megvalósítás elhúzódott, ami utána kapkodást idézett elő a források lehívása érdekében. *„2013 végén a 416 pályázatból mindössze 20 zárult le, ugyanakkor közel negyedük esetében a teljesítés nem érte el a 10 százalékot. A teljesülés 2–3 év – egyes pályázatok esetében ezt meghaladó – késedelemmel tud csak megtörténni. A pénzügyi teljesülés alapján […] a pályázatok készültségi foka mindössze 47 százalékos volt 2013 végén. 2014–15-ben 130,2 milliárd forintot kell lehívni a kórházaknak ahhoz, hogy a támogatási szerződések teljesüljenek.*[360] *Ez az összeg nagyobb, mint a megelőző hat évben történt összes lehívás”* (Medicina Évkönyv, 2014. 45).

10.6.3. Kitérő: Az Egészséges Budapest Program (EBP) kudarca

Az Egészséges Budapest Program (EBP) története azért kapott számos kérdéshez képest aránytalanul nagy terjedelmet, mert az egészségpolitika és egészségügyi

360 A 2007-13 közötti a támogatási szerződés 2015-ig adott lehetőséget a megvalósításra.

igazgatás „állatorvosi lovaként" mutatja, hogyan befolyásolták a döntéseket és a megvalósítás kudarcát vagy hiányát a politikai szempontok, a szakmai megfontolások, a lobbiérdekek és az esetlegesség sajátos keveredése. Az EBP szakmai tartalma is megérne egy önálló elemzést: az EBP terveinek és a budapesti kórházhálózat jelenlegi helyzetének az összehasonlítása rávilágítana, hogy az EBP kudarca milyen súlyos következményekkel járt, illetve jár a jövőben is a főváros és vonzáskörzete lakossága egészségügyi ellátásának a problémáira.

Budapest egészségügyi intézményeinek szerepe kiemelkedő fontosságú volt és maradt a tágabb régió és az ország szempontjából is. Már a rendszerváltozáskor felmerült, hogy a kórházi infrastruktúra műszaki állapotát és területi széttagoltságát tekintve változások szükségesek, amelyek igényelnék a különböző tulajdonosokhoz tartozó kórházak koordinálatlanságának a megszüntetését is. A 1990-es évek elejétől a Fővárosi Önkormányzat egészségügyi terveiben többször szerepelt a fekvőbetegellátás centralizációja, a kórházhálózat modernizálása. Ezt több tényező is indokolta: a budapesti kórházhálózat zöme a 19. és 20. század fordulóján alakult ki, így már az 1970-as évek végén is elavult volt az infrastruktúra állapota (alkalmatlan a modern egészségügyi technológia és logisztika telepítésére, hatékony alkalmazására); a kórházak működésének a hatékonyságát rontotta a területi széttagoltság; továbbá a kórházak több fenntartóhoz[361] is tartoztak (tartoznak), akik között hagyományosan hiányzott a megfelelő koordináció. A főváros kórházhálózatának átalakításához azonban nem volt elégséges politikai szándék. A koordinálatlanság azután is fennmaradt, hogy 2012-ben a Fidesz-kormány elvette az önkormányzatoktól a kórházakat. Nemcsak a különböző fenntartók között nem volt koordináció, hanem a GYEMSZI-hez (majd az ÁEEK-hoz és az OKFŐ-höz) tartozó kórházak között sem.

A 2000-es évek közepétől tovább rontotta a főváros egészségügyének a helyzetét, hogy az EU-hoz való csatlakozás után az egészségügyi fejlesztések túlnyomó része EU-s forrásokból valósult meg, amelyekből – a gazdasági fejlettsége miatt – Budapest kimaradt, továbbá ezt a problémát a hazai költségvetés nem kompenzálta. A budapesti kórházak műszerezettsége és infrastrukturális állapota nem tudta követni a technológiai fejlődést és számos tekintetben rosszabb helyzetbe kerültek a vidéki orvosi egyetemekhez és megyei kórházakhoz képest. A helyzet javítása érdekében a Fidesz-vezetésű fővárosi és kerületi önkormányzatok vezetői és a régióhoz kötődő országgyűlési képviselők részéről is növekvő nyomás helyeződött a kormányzatra. Ennek tudható be, hogy a Fidesz-frakció 2015. februári mezőkövesdi kihelyezett

361 Az országos intézetek fenntartója a minisztérium, az egyetemi klinikáké az orvostudományi egyetem volt; a többi kórház tulajdonosa pedig a Fővárosi Önkormányzat, a Pest megyei önkormányzat és az egyházak voltak.

ülése után az akkori frakcióvezető váratlanul, lényegében minden előkészítés nélkül bejelentette, hogy a Fidesz-frakció – a fővárosi képviselők javaslatára – egy új budapesti kórház (szuperkórház) építését javasolja a kormánynak. A bejelentés váratlanságát az is jelzi, hogy a 2015 januárjában elfogadott *Egészséges Magyarország 2014–2020* ágazati stratégiában még nyoma sem volt a fővárosi szuperkórháznak, továbbá nem folytak a kórházra vonatkozó előzetes munkálatok sem.

Ezután a Fidesz budapesti vezetői, kerületi polgármesterei között éles harc indult meg a kórház telephelyének a kiválasztásáért – ami szakmai szempontok helyett elsősorban politikai és gazdasági érdekek által befolyásolt kérdéssé vált. 2015 novemberében az EMMI vezetője miniszteri biztost nevezett ki a kórház építésének a megvalósítására. Ezt követően alakult át a szuperkórház építésének a koncepció-ja a „központi régió egészségügyi rendszerének teljes újragondolását" tartalmazó Egészséges Budapest Programmá (EBP) (Cserháti, 2017). A program terveinek az elkészítésére vonatkozó kormányhatározat 2016. júliusában született meg (azaz csak több mint egy évvel a szuperkórház építésének a bejelentése után). Továbbá a program koncepciójának az elkészülte előtt a programra szánt összeget már meghirdette a kormány: 700 Mrd Ft-ot irányzott elő az EBP fejlesztéseire.

A szakmai szempontokat, a megvalósítás kockázatait figyelmen kívül hagyó, kormányközeli gazdasági érdekek hatását mutatja, hogy a kórház telephelyének a kiválasztására vonatkozó több hónapos – és jelentős sajtó nyilvánosságot kapott – vita után a kormány 2016 októberében úgy döntött az új szuperkórház helyszínéről,[362] hogy sem a kormánypárti főpolgármesterrel, sem a fideszes kerületi polgármesterekkel nem konzultált. A döntés nyilvánosságra kerülése után több városfejlesztési és környezetvédelmi szakember adott hangot annak a véleménynek, hogy a kiválasztott terület alkalmatlan egy új kórház telepítésére.[363]

Az EBP szakmai koncepciója 2017-re készült el. A koncepció a központi régióban olyan egészségügyi rendszert kívánt létrehozni, amely alkalmas a 21. századi egészségügyi technológia befogadására, a sürgősségi ellátás és betegutak hatékony menedzselésére (Cserháti, 2017) (Medicalonline, 2017. 03. 28). A koncepció szerint három szuperkórház (centrumkórház) kialakítására került volna sor. A többi fővárosi kórház ezekhez ún. társkórházként csatlakozott volna. (Ez a középmagyarországi régióban 20 társkórházat és 40 szakrendelőt jelentett.) A Dél-budai Centrumkórház (DBC) zöldmezős beruházás lett volna a XI. kerület Dobogó nevű mezőn (az akkori tervek szerint 1040 ágyas tömbkórház). A másik két centrumkórház:

362 https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/szuperkorhaz__tarlossal_nem_egyeztettek (2016. 10. 18).

363 https://nepszava.hu/1109322_korhaz-a-varos-szelen-magyar-modra (2016. 10. 20)

Észak-Pesten a Honvédkórház (1500 ágy), Dél-Pesten pedig az Egyesített Szent István–Szent László Kórház, amelynek a területén egy 1300 ágyas új épülettömböt terveztek a Nagyvárad térre. Az akkori tervek szerint Észak-Budára nem terveztek centrumkórházat és a Szent János Kórház területén (a három szuperkórház felépülése után) csak krónikus és rehabilitációs ellátás maradt volna. Az EBP fejlesztéseit összehangolták volna a Semmelweis Egyetem fejlesztési tervével, és ennek részeként a dél-budai centrumkórházat a Semmelweis Egyetem működtette volna. A 2017-es tervek szerint több mint 700 Mrd Ft-ból 2025-re megújult volna a fővárosi és a központi régió ellátórendszere.[364]

A valóságban azonban az egészségügyön kívüli folyamatok (politikai és gazdasági érdekek) az EBP esetében is felülírták a szakmai törekvéseket. A tényleges kormányzati elkötelezettség hiányát mutatta, hogy a programra ténylegesen fordított pénzek a tervekhez és szükségletekhez képest meglehetősen szerények voltak.[365] A háttérben többirányú politikai csatározások zajlottak: az új szuperkórház helyszínének a kiválasztásáért, a kórházépítés és az EBP program vezetéséért és a Szent János Kórháznak a jövőbeli státuszáért. A meghatározó tényezők nem a szakmai szempontok, hanem a rövid távú politikai érdekek, a hatalmi pozíciók és az üzleti érdekek voltak. Ennek eklatáns példája volt, hogy a 2019-es önkormányzati választásokra készülve 2018. októberében a kormány úgy döntött, hogy – szemben az eredeti, szakmai szempontok szerint született tervekkel – három szuperkórház mellett egy negyediket is kialakítanak a Szent János Kórházból (ahol az addigi tervek szerint megszűnt volna az aktív fekvőbeteg-ellátás).[366] A döntést nyilvánvalóan befolyásolta, hogy a kancelláriaminiszter volt a körzet országgyűlési képviselője és az akkori fideszes kerületi polgármester ismét elindult a polgármesteri posztért.[367]

A politikai szempontok és lobbik hatását tükrözte a program vezetésében bekövetkezett két lényeges változás is. 2017 októberében a Dél-budai Centrumkórházzal (DBC) kapcsolatos ügyeket a kormány kiemelte a programból és a Szent Imre

364 Az EBP akkori kormánybiztosa szerint: *„ha minden zökkenőmentesen zajlik, a nagy beruházások 2022-re fejeződhetnek be, a főváros teljes kórházi struktúrája pedig 2025-re újulhatna meg" (*Medicalonline, 2017. 03. 28). https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/milyen_is_lesz_a_fovaros_egeszsegugye

365 A 2017-es költségvetésből 40 Mrd Ft-ot fordítottak a budapesti és Pest megyei kórházak fejlesztésére (ebből 18,3 Mrd az építészeti tervezés megkezdésére), a 2018-as költségvetésből 30 Mrd Ft-ot, a 2019-es költségvetésből pedig 41,9 Mrd Ft-ot (Cserháti, 2018).

366 https://nepszava.hu/3013434_a-szent-janost-inditja-a-fidesz-az-onkormanyzati-valasztason (2018. 10. 29)

367 Ennek keretében került a hányatott sorsú Kútvölgyi Kórház a János Kórházhoz, és evakuálták onnan a Semmelweis Egyetem klinikáit. E folyamat keretében lett az egyetemé a legöregebb kórház, a Szent Rókus Kórház.

Kórháznak (a Fidesz vezető köréhez közel álló) főigazgatóját a DBC építéséért felelős miniszterelnöki[368] megbízottnak nevezte ki. 2019 májusában az akkori EMMI-miniszter nem hosszabbította az EBP-t addig irányító elismert egészségügyi szakember miniszteri biztosi megbízatását, hanem helyette egy egészségügyi tapasztalatokkal nem rendelkező személyt nevezett ki az ÁEEK főigazgató helyettesévé és az EBP új vezetőjévé.

A Dél-budai Centrumkórháznak az első (2015-ben történt) bejelentése 2022-re vizionálta a kórház működésének a megkezdését. 2019 őszén az EBP akkori vezetője is még úgy nyilatkozott, hogy öt éven belül megépül a Dél-budai Centrumkórház (Tóvizi, 2019) – azaz napjainkban már működnie kellene. 2020 októberében a DBC megvalósításáért felelős miniszterelnöki megbízott még azt nyilatkozta, hogy 2022 tavaszán leteszik a kórház alapkövét, 2026 elején pedig átadják a szuperkórházat (Medicalonline, 2020. 10. 13).[369] Ezzel szemben 2023 októberében a Dél-budai Centrumkórház projektcégének (DBC Zrt.-nek) a megszüntetéséről döntött a kormány[370]. A HVG becslése szerint a kormány már legalább 14 Mrd Ft-ot költött el a projektre a DBC Zrt. megszüntetéséig (HVG360, 2023. 10. 18).[371]

Az EBP 2015 és 2023 közötti nyolc éve élesen rávilágít a kormányzatot és az egészségügyi adminisztrációt jellemző szavak és tettek éles ellentétére. A kormányzati kommunikáció folyamatosan nagyszabású célkitűzéseket hangoztatott, például: *„Az ország történetének legnagyobb egészségügyi fejlesztése kezdődött meg a 700 milliárd forintból megvalósuló Egészséges Budapest programnak köszönhetően"* (OKFŐ honlapja, 2018. 02. 07). Ennek az volt a fő funkciója, hogy egyrészt az egészségügyi szakma, másrészt a lakosság felé azt a látszatot keltse, hogy a kormányzat komolyan dolgozik a problémák megoldásán. Azonban a 2015-ben meghirdetett EBP-nek a kormányzat még 2019 májusáig sem fogadta el a szakmai programját.[372] (Nincs arra vonatkozó kormányhatározat, hogy ez egyáltalán megtörtént-e.) Ez azt jelzi, hogy az EBP megvalósítása nem élvezett tényleges kormányzati prioritást. Az EBP-re való hivatkozás viszont jól szolgálta az elégedetlenség csökkentését. Az is a reális szcenáriók körébe tartozik, hogy az előzőekben vázolt – a főváros

368 Azt, hogy az EBP vezetője miniszteri biztos volt, míg annak csak egy részét képező DBC megépítéséért miniszterelnöki biztos felelt nyilván nem szakmai szempontok indokolták.

369 https://medicalonline.hu/cikk/meg_masfel_evet_kell_varni_a_budai_centrumkorhaz_alapkoletetelere

370 Pontosabban arról, hogy legkésőbb 2024 júniusában megszüntetik a céget, addig még le kell zárni a tervezés-előkészítési munkákat.

371 https://hvg.hu/360/20231018_Vattaallasok_a_Fudan_Alapitvanytol_a_trieszti_kikotos_cegig__nem_csak_a_Fidesz_frakciovezeto_felesege_jar_jol

372 https://medicalonline.hu/cikk/mi_lesz_veled_ebp (2019. 05. 14).

kórházhálózatának strukturális átalakítását eredményező – koncepció tényleges megvalósításra nem is volt szándék, illetve a 2019-es önkormányzati választásokon történt ellenzéki győzelem után, ha volt is, ez megszűnt. A transzparencia fokozódó hiánya miatt csak feltételezéseink lehetnek.

Az előzőeknek nem mond ellent, hogy az EBP keretében számos – a budapesti kórházak, szakrendelők egy részének a helyzetét rövidtávon javító – beruházásra (rekonstrukciók, eszközbeszerzések) sor került.[373] Ezek az összegek azonban a projektre meghirdetett 700 Mrd Ft-nak a töredékét jelentették csak és a megvalósult fejlesztések inkább csak tűzoltásnak, selejtpótlásnak, ráncfelvarrásnak tekinthetők. A kormányzatra nézve semmilyen következménye nincs annak, hogy saját határozatait nem tartotta be, hogy elmulasztotta annak a lehetőségét, hogy modernizálja a központi régió egészségügyének a kórházhálózatát.

10.6.4. Háziorvosi ellátás: szakmai reformtörekvések, hiányzó politikai akarat

A háziorvosi rendszer 1992-ben történt bevezetése óta folyamatosan szerepelt a kormányzatok egészségpolitikai céljai között az alapellátás szerepének növelése.[374] Ez nemcsak a háziorvosok gyakorlatában követelt volna változást, hanem a háziorvosi ellátás és a szakellátás kapcsolatában, a háziorvosi pálya presztízsében, továbbá a betegek orvoshoz fordulási szokásaiban is. A feltételek ehhez meglehetősen hiányosak voltak. Már a 1990-es évek elején is jellemző volt a háziorvosok kedvezőtlen korstruktúrája, a túlterheltség, a hátrányos helyzetű térségekben az üres praxisok, továbbá az ösztönzés hiánya. Ezeken a feltételeken próbált változtatni az Irányított Betegellátási Rendszer, amelynek a 1999 és 2008 közötti története[375] – minden problémája ellenére – megmutatta, hogy erős ösztönzők, szervezeti keretek, megfelelő ágens esetén lehetséges az alapellátás szerepének a növelése. (A 9. fejezet részletesen tárgyalta az IBR megszüntetésének – elsősorban nem szakmai – okait.)

Koncepciójában pozitív lépést jelentett 2009-ben a háziorvosi indikátorrendszer bevezetése, amelyet az OEP dolgozott ki (szakértők bevonásával) – a nemzetközi tapasztalatokat figyelembe véve. Az indikátorrendszer kiegészíti a háziorvosok

373 2024. december végéig 133 Mrd Ft-ot költöttek 13 kórház, 11 országos intézet és 32 szakrendelő felújítására vagy bővítésére (Takács Péter: Folytatódik az Egészséges Budapest Program).

374 Az alapellátás kívánatos szerepét az 5. fejezet részletesebben is vázolta.

375 Az IBR-rel a 7. és a 9. fejezetek foglalkoztak.

1992-től érvényben lévő finanszírozási módszereit. Célja, hogy a tevékenység minőségének paramétereit monitorozza és többletfinanszírozással ösztönözzön a minőség javítására. Több mint egy éves próbaidőszak után 2010 júliusban vezették be az indikátorrendszert a finanszírozásba. A jól teljesítők kiegészítő díjazást kaptak, a rosszul teljesítőket nem szankcionálták. Fontos megjegyezni, hogy a háziorvosi indikátorrendszer az egészségügyi rendszerben a 2010 előtti kormányzat által elindított változások közül azon kevés elem közé tartozott, amelyeket nem változtatott meg az új Fidesz-kormány. Azonban a többletfinanszírozás csekély mértéke miatt az indikátorrendszer kevéssé hatott a háziorvosok tevékenységére.

A Semmelweis Terv a praxisközösségek, csoportpraxisok kialakítását, azaz az egyedül dolgozó háziorvosi modell átalakítását tekintette a fő eszköznek az alapellátás szerepének a növelésére. 2012-ben a Svájci-Magyar Együttműködési Program keretében elindították az Alapellátásfejlesztési Modellprogramot négy hátrányos helyzetű észak- és kelet-magyarországi kistérségben. A „svájci modellprogram" számos elemében felhasználta az IBR szakmai elemeit, tapasztalatait. A program szakmai hátterét a Semmelweis Egyetem Menedzserképző Központja adta. Az alapellátás fejlesztésére irányuló szakmai törekvések hatására 2015-ben elfogadták az egészségügyi alapellátásról szóló törvényt.[376] Azonban a folyamat itt megtorpant és a praxisközösségekről[377] szóló kormányrendeletet csak hét éves késéssel, 2021-ben hozták meg. Ennek számos tényező állt a hátterében. Az alapellátás nem jelentette az egészségügy irányítóinak a tényleges prioritását, még kevésbé a kormányzatét. További tényező volt a szakmai célkitűzések megvalósításához szükséges szabályozási és intézményi keretek elégtelensége; hiányzott a megvalósítás ágense (amelynek egyrészt alapvető érdekeltsége lett volna az alapellátás átalakítása, másrészt ehhez kompetenciával és szakmai kapacitásokkal is rendelkezett volna). Dózsa et al. (2017) szerint az alapvető problémát egy országosan felelős alapellátás-fejlesztés módszertani és monitoring központ hiánya jelentette.[378]

376 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

377 A praxisközösségekkel a következő fejezet foglalkozik részletesebben.

378 *„A szakmai-módszertani irányítás szintjén egyelőre az látszik, hogy az alapellátás szervezésével kapcsolatba hozható (egykori OALI majd OTH és NEFI) szervezeti egységek három helyre (a szakállamtitkárságra, az OKI-ba és az ÁEEK-be) kerültek. Ez a szervezeti átrendezés biztosan nem kedvez egy kompetens és megfelelő hatáskörrel rendelkező módszertani központ felállításának. Szervezetfejlesztési oldalon tehát a kihívás változatlan. Előbbi miatt a peremfeltételek (képzés, szabályozás, finanszírozás) következetes és harmonikus alakítása is nehezen kivitelezhető"* (Dózsa, 2017. 12).

A valóságos folyamatokban tovább erősödtek az alapellátás, háziorvosi ellátás tartós problémái: az orvoshiány (az üres praxisok számának a növekedése), az elöregedés, az orvosok túlterheltsége, az ösztönzés hiánya.) A betöltetlen háziorvosi körzetek száma 2011-ben 183 (a körzetek 3%-a), 2019-ben 536 (a körzetek 8,2%-a) volt.[379] Az alapellátás működésének problémáit átfogóan jelzi az alapellátás teljesítményének átfogó indikátora: az elkerülhető hospitalizáció.[380] 2017-ben az asztma és COPD (krónikus obstruktív tüdőbetegség) miatt történt kórházi felvételek aránya az akkori OECD-országokat tekintve Magyarországon volt a legmagasabb (428 kórházi eset 100 ezer lakosra), ami 1,9-szerese volt az OECD-átlagnak, 1,8-szerese a lengyel és 2,5-szerese a cseh adatoknak (OECD, 2019[381]).

10.6.5. Szervezeti innováció a népegészségügy területén: egészségfejlesztési irodák

Az EU-s forrásokból mind a 2007-2013 közötti időszakban, mind a 2014-2020 közötti időszakban a Társadalmi Megújulás Operatív Programok (TÁMOP) keretében jelentős forrásokat fordítottak egészségfejlesztési programokra is. Ezek közül az alfejezet azért emeli ki az egészségfejlesztési irodákat létrehozó programot, mert jól példázza az egészségügyi szakigazgatás alapvető problémáit, hogy egy évtized alatt sem volt képes ezt a szervezeti innovációt az egészségügyi rendszerbe integrálni.

Az egészségfejlesztési irodák új szereplő, új ágens színre lépését jelentették a népegészségügy területén. Létrejöttük – elvileg, koncepciójában – lehetőséget adott arra, hogy helyi szinten multidiszciplináris és multiszektorális megközelítésű egészségfejlesztési tevékenység alakuljon ki. A 2012 januárjában meghirdetett TÁMOP pályázat[382] keretében 2013-ban 61, majd a 2014-2020 közötti időszakban további 51 új egészségfejlesztési iroda alakult meg. 2024 elején összesen 110 EFI működött a járások közel kétharmadában.[383] Az irodák tevékenysége a népegészségügy szempontjából legjelentősebb betegségek (szív- és érrend-

379 2024-ben 13% (837 körzet) volt. Adatok forrása: (Medicalonline, 2011, 2024).

380 Az olyan betegségek miatti kórházi felvételek, amelyek esetében az alapellátásban történő hatékony gondozással elvileg elkerülhető, a gyakorlatban alacsony szinten tartható a kórházi felvételek aránya.

381 A frissebb *Health at a Glance* kiadványokban már nem érhető el magyar adat.

382 A program koncepciójának előzményeként meg kell említeni két helyi kezdeményezést: az Egészséges Vásárhely Programot és a Kaposi Mór Oktató Kórház által létrehozott Prevenciós és Egészségfejlesztési Irodát. Mindkét program 2008-ban indult.

383 https://www.nnk.gov.hu/index.php/efi

szeri, daganatos megbetegedések stb.) prevenciójára és a vonzáskörzetük lakossága egészségtudatosságának, egészségmagatartásának a befolyásolására fókuszált. A helyi adottságokhoz és igényekhez igazodóan sokoldalú programokat nyújtottak (pl. iskolai és munkahelyi egészségfejlesztési programok, betegklubok, mozgásprogramok stb.).

Azonban a program indulása után egy évtizeddel (2024 közepén) még mindig adós volt a kormányzat azzal, hogy kialakítsa az EFI-k működésének a megfelelő jogi keretét. Az egészségfejlesztési tevékenységet az alapellátásról szóló 2015-ben (azaz az EFI-k működésének elindulása után) elfogadott törvény az alapellátást nyújtó orvosokhoz és szakdolgozókhoz rendeli. A kormányzat nem alakított ki koncepciót az EFI-k helyére az egészségügyi rendszerben, beleértve a többi szolgáltatóval való együttműködést. Ezt tükrözi, hogy az alapellátásról szóló tv. felhatalmazta a minisztert, hogy *„az egészségfejlesztési irodák jogállására, feladat- és hatáskörére vonatkozó szabályokat, valamint a települési egészségterv tartalmi követelményeit rendeletben állapítsa meg."* Ez a rendelet 2024 közepéig nem született meg. Az alapellátásról szóló törvény egyetlen paragrafusa említi meg az EFI-ket, amely a települési önkormányzatokat – az egészségfejlesztési irodák bevonásával – települési egészségterv kidolgozására kötelezi.

A megfelelő szabályozás hiánya miatt nem világos az EFI-k helye az egészségügyi ellátórendszerben, nem világos a viszonyuk a többi szolgáltatóhoz a feladat-, hatás- és kompetenciaköröket tekintve (Malbaski és Dózsa, 2014; Kornyicki, 2022). A finanszírozás bizonytalansága mellett ez is akadályozhatja a tevékenységük fejlesztését, újabb kezdeményezéseket. Hiányzik az EFI-k tevékenységének a központi és regionális (térségi) szakmai koordinációja, aminek egyik alapvető feladata a tevékenységek más szolgáltatókkal való összehangolása, továbbá a monitorozás és értékelés lenne. (Így a tevékenységek továbbfejlesztése is esetleges.) Továbbá nem alakult ki – a projektidőszakot követő – stabil és kiszámítható finanszírozás sem. Mindezek a feltételek hiányában esetleges az EFI-k támogatottsága más egészségügyi szolgáltatók és az államigazgatási szervek részéről.

Az EFI-k eddigi története – helyi szinten elért eredményeik ellenére – újabb példa arra, hogy a szakigazgatásnak nem volt (nincs) megfelelő koncepciója, törekvése, érdekeltsége, szakmai kapacitása a külső hatásra elinduló szervezeti innovációk befogadására, beillesztésére az egészségügyi rendszer működésébe. Így az innovációk a lehetségesnél kevésbé tudtak hatni, számos esetben a helyi szinten elindult kezdeményezések megszűntek. Továbbá ebben a fejezetben szereplő sokadik példa arra is, hogy esetleges, hogy az elfogadott törvények, kormányhatározatok megvalósításához hozzáfog-e a kormányzat; a megvalósítás elmaradásának pedig nincsenek következményei.

10.7. A szakmai struktúra fejlesztését célzó programok

Az egészségügy szakmai struktúrái az egészségügyi szabályozás, finanszírozás és szolgáltatásnyújtás folyamatai során alkalmazható eszköztárat jelentik (pl. minőségbiztosítás, HBCS-kódkarbantartás, technológiaértékelés stb.). Az egészségügyi rendszer különböző szereplői (orvosok, kórházigazgatók, szakigazgatás vezetői stb.) által hozott döntések megalapozásához ezek szolgáltatják az információt és ösztönzőket. Jól működő egészségügyi rendszerekben ezeket a szakmai rendszereket (pl. a DRG-típusú finanszírozási módszerek karbantartása stb.) sokszor önálló háttérintézmények működtetik és fejlesztik.

2010 és 2019 között az EU-s forrásokból finanszírozott programok keretében ezeken a területeken is több fontos szakmai fejlesztés indult el. Az alábbiakban néhány olyan programot emelek ki, amelyek az egészségügyi szakigazgatás számára alapvető információkat termelhetnek/termelhettek volna ahhoz, hogy hatékonyan avatkozzon be az egészségügyi rendszer hatékonyságának és a szolgáltatások minőségének a javítása érdekében. Egyedül a teljesítményértékelési rendszer kiépítését szolgáló programmal foglalkozom részletesebben; a többi programnak csak a kitűzött célját és azt emelem ki, hogy az egészségügyi igazgatás mennyire törekedett arra, hogy felhasználja azokat az egészségügyi rendszer problémáinak a kezelésére. (A programok szakmai tartalmának és megvalósítási folyamatának elemzése meghaladná a fejezet kereteit.)

Az egészségügy információs rendszerének a fejlesztése. Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér kialakítása

A Semmelweis Terv részletes programot tartalmazott az ágazati informatika[384] fejlesztésére. Ez nemcsak az adatbázisok szerkezetével, adatok minőségével és megbízhatóságával kapcsolatos célokat tartalmazott, hanem az adatok elemzését lehetővé tevő egészségmonitor és kapacitástervező rendszer kiépítését is célul tűzte. (Ez utóbbiak nem valósultak meg.) Az adatbázisok kiépítésében jelentős fejlesztések történtek. Az informatikai fejlesztések közül az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér kiépítése a betegellátás területén is érezhető eredményeket hozott. Az EESZT és annak részeként az e-recept szolgáltatás 2017 novemberében indult el a közfinanszírozott ellátásban. A magánszolgáltatókra pedig 2020-tól terjesztették ki az EESZT-be történő jelentési kötelezettséget. Az EESZT jelentős eredmény az egyes betegek és orvosok szempontjából. A beteg által igénybe vett szolgáltatásokra

384 A rendszerváltás óta készültek az ágazati informatika egyes területeinek a fejlesztésére irányuló programok. Például a Világbanki program (ld. 6. fejezet) egyik komponense a kórházvezetést támogató informatikai rendszerek volt.

vonatkozó információk a beteg és az orvos számára is könnyen elérhetők. Ugyanakkor az EESZT-nek a jelenlegi (2025. közepi) stádiumának több fontos hiányossága is van. Nem érhetők el a képalkotó diagnosztikai vizsgálatok során keletkezett (CT-, MRI- stb.) felvételek, ami egyes esetekben a szakorvosok számára problémát jelenthetnek. Az EESZT a jelenlegi stádiumában az adatok makroszintű elemzési célú lekérdezését nem (vagy csak korlátozott mértékben) teszi lehetővé.[385] Így az egészségpolitikai döntéseket megalapozó elemzésekhez is csak korlátozottan használható. (Feltételezhető, hogy ezeket a hiányosságokat a következő években korrigálni fogják.)

BetegEllátók Akkreditációja a biztonságos ellátásért (BELLA)

EU-s forrásokból (TÁMOP 6.2.5/A projekt) 2012-ben indult a BELLA (BetegELLátók Akkreditációja a biztonságos betegellátásért) akkreditációs rendszer kidolgozása, amelynek célja a betegbiztonság növelése, az ellátás eredményességének javítása, továbbá ezeket elősegítő szervezeti kultúrának az erősítése volt. A program keretében elsősorban a BELLA-standardok kidolgozása és tesztelése történt. A szerteágazó szakmai munka, a minőségügy iránt elkötelezett jelentős számú szakember törekvései azonban kevéssé hatottak az egészségügyi rendszer működésére – hasonlóan (az előző fejezetekben többször említett) korábbi törekvésekről a minőségügyi/minőségfejlesztési/minőségértékelési rendszer kiépítésére. Az akkreditációs rendszer nem kapott kellő támogatást az egészségpolitika oldaláról,[386] ezért nem volt képes az egészségügyi rendszer szerves részévé válni. Az egészségügyi kormányzat – az irányítási rendszer előzőekben vázolt jellemzőinek (pl. transzparencia hiánya) következtében – nem a minőség fejlesztésére, hanem a minőségi hiányosságok eltitkolására törekedett (pl. a kórházi fertőzések esetében). A BELLA-projekt szakmai vezetőjének (a minőségügynek az 1990-es évek óta egyik meghatározó szakemberének) a 2020-as évek elejére vonatkozó értékelése szerint: „*Magyarországon jelenleg nem működik minőségértékelési rendszer, így objektív módszerek alapján nem azonosíthatók a kezelendő minőségi problémák. […] A minőségügy jelentőségét a vezetők jellemzően nem ismerik fel, a szervezeti kultúrába, gondolkodásba a minőséget támogató szemlélet nem épül be, a kinevezett minőségügyi vezetők tudása fejlesztésre szorul, szerepük, pozíciójuk sokszor alulértékelt. […] Az előfordult eseményeket a dolgozók nem elemzik, nem tárják fel a mögöttes okokat, és ezért azok ismételten előfordulnak*" (Belicza, 2022. 120).

385 Nem kereshető, mert nem strukturált (nem .xml), hanem .pdf állományú leleteket, zárójelentéseket és ambuláns lapokat tartalmaz.

386 Az egészségpolitikának pedig nem a minőség fejlesztése, hanem a minőségi hiányosságok eltitkolása volt a vezérelve, lásd pl. a kórházi fertőzések ügyét.

Egészségügyi ágazati humánerőforrás-monitoringrendszer

A projekt a 2000-es évek végén indult, a 2007–2013-as EU-s költségvetési ciklusban. A fő cél olyan monitoringrendszer (nyilvántartások/adatbázisok stb.) kiépítése volt, amely alkalmas az egészségügyi humánerőforrás jellemzőinek, trendjeinek (beleértve az egészségügyi dolgozók migrációját is) a nyomon követésére, továbbá alkalmas az egészségügyi munkaerőre vonatkozó stratégiai tervezés és a kormányzati döntések megalapozására is. 2010-től 2019-ig minden évben elkészültek (az előző évre vonatkozó) beszámolók, majd több éves szünet következett. Ez részben azt is tükrözi, hogy az egészségügyi kormányzat nem igényelte ezeket az információkat a döntéseihez. Az OKFŐ 2025-ben adott közre ismét beszámolókat: a 2023-as és 2024-es évről. Ezek részletes adatokat tartalmaznak – többek között – az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek számáról, a korcsoportos és szakvizsga szerinti megoszlásáról, a szakképzésről és továbbképzésről, a keresetek alakulásáról, továbbá a külföldi munkavállaláshoz kiadott hatósági bizonyítványokról (mindezeken a területeken részletes bontásban). Ezek az adatok alapot adhatnak az egészségügyi munkaerő számos problémájának az elemzésére (pl. a hiányszakmák helyzete stb.). Ugyanakkor a munkaerőhelyzet szempontjából az egyik legégetőbb problémának az elemzéséhez nem nyújtanak információt, nevezetesen az egészségügyi dolgozóknak a közszektorban és a magánszektorban történő egyidejű munkavállalásáról. Például nem szerepel arra vonatkozó információ, hogy hány orvos és szakdolgozó dolgozik nem teljes munkaidőben az OKFŐ által felügyelt intézményekben és az egyetemi klinikai központokban, továbbá hány olyan orvos és szakdolgozó van, akik csak magánszolgáltatóknál folytatnak tevékenységet.

Ágazati teljesítményértékelés kialakítása

A 2013-at követő években EU-s forrásból kiépített teljesítményértékelési rendszer, továbbá a 2017 tavaszán nyilvánosságra hozott *A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelési jelentése 2013–15* dokumentum kidolgozása számos szempontból mintaértékű volt: az intézményi kereteket jól átgondolt módon építették fel, a szakmai alapokat a nemzetközi szervezetek teljesítményértékelési koncepcióján alapulva dolgozták ki. Így nemcsak egy magas színvonalú dokumentum készült el, hanem létrejött egy jogi és intézményi struktúra, amelyre a rendszeres teljesítményértékelési tevékenységet építeni lehetett volna. Újabb példa az időszak egészségügyi irányítása inkompetenciájára, a szakmai szempontok alárendelődésére a politikai szempontoknak, hogy ez nem következett be.

A teljesítményértékelésnek és az ahhoz kapcsolódó monitoring rendszernek a koncepcióját a WHO Magyarországi Irodája és az EMMI közötti, a 2008–2011

időszakban megvalósuló együttműködés[387] keretében dolgozták ki. 2013 májusában elfogadták a teljesítményértékelésre vonatkozó miniszteri rendeletet,[388] 2014-ben pedig létrehozták az Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportját, amely az EMMI hat főosztályának, az EMMI-hez tartozó, az egészségügy területén működő háttérintézményeknek, az OEP-nek és az ÁNTSZ-nek a szakértőiből állt, továbbá állandó meghívott volt a WHO Magyarországi Irodájának a munkatársa is (Szigeti, 2020). Az egyes fejezetek megírásába széles körben vontak be szakértőket. A szakmai és módszertani koordinációt az ÁEEK-ban a teljesítményértékelés feladataira újonnan létrehozott iroda végezte. Így létrejött az az ágens is, amelynek alapvető érdekeltségét jelentette a színvonalas jelentés elkészítése. Az EMMI-rendelet meghatározta, hogy kétévente kell a jelentést elkészíteni és szabályozta a jelentés elfogadásának az államigazgatási folyamatát is.

Az első – és mindezidáig az utolsó – jelentés 2017 májusában jelent meg (az előzőekben említett címmel – illetve annak rövidítéseként MÉRTÉK elnevezéssel). Hét nagyobb indikátorcsoportban, összesen hetvenöt indikátor segítségével vázolt fel egy átfogó képet a magyar egészségügyi rendszer teljesítményéről és problémáiról.[389] Továbbá két népegészségügyi szempontból fontos fókuszterület (a szívinfarktus-ellátás és tbc-ellátás) indikátorait tartalmazta. A MÉRTÉK-jelentés koncepciójában, tartalmában és kivitelezésében is a nemzetközi példákkal összemérhető, magas színvonalú anyag volt. Reális képet nyújtott a magyar egészségügyről. Számos indikátor esetében a megyei különbségeket is bemutató adatok megdöbbentő különbségeket tártak fel, például a stroke-ellátás elérhetőségében és minőségében, az MRI-óraszám-kapacitásban, a várólistára került betegek várakozási idejében. Mivel korábban hasonlóan átfogó és tényeken alapuló elemzés nem jelent meg a magyar egészségügyről, a publikáció nagy érdeklődést váltott ki a sajtó részéről. A jelentés közreadásakor az ÁEEK vezetése még támogatta azt. Az ÁEEK akkori főigazgatója egy interjúban hangsúlyozta: „*a kormányzat és egészségügyi vezetés szembe*

387 A WHO Európai Régiójának Miniszteri Konferenciáján 2008-ban elfogadott Tallinni Karta (WHO, 2008) -, amelynek egyik fő célkitűzése az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelésének a kialakítása és ezáltal az elszámoltathatóságának az erősítése volt - aláírásával a magyar kormány is kötelezettséget vállalt a teljesítményértékelési rendszer kialakítására.

388 36/2013. (V. 24.) EMMI-rendelet az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésének eljárásrendjére vonatkozó szabályokról. 19/2013. (V. 24.) EMMI-utasítás az Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportjáról

389 Az indikátor csoportok a következők voltak: az egészségi állapot egészségügyön kívüli befolyásoló tényezői; demográfiai, mortalitási és morbiditási adatok; struktúra, elérés; pénzügyi védelem; minőség, ellátásbiztonság; hatékonyság és fenntarthatóság.

mer nézni a tényekkel oly módon, hogy ezt bemutatja és publikussá is teszi." Továbbá: „*Ha ilyen felmérés készült volna 10 éve, az előző kormányok alatt, több százezer ember életét menthettük volna meg és lenne most jobb az egészségi állapota.*"[390] Azonban a kormányzati kommunikáció nem volt felkészülve sem a jelentés iránti nagy érdeklődésre, sem a jelentés adatai által tükrözött problémák értelmezésére a sajtó és a közvélemény számára. A jelentés tényei és szellemisége ellentétben álltak a választásokra készülő kormányzati propagandával is. A 2018-as választások után kinevezett EMMI-miniszter szemlélete és kommunikációja és a MÉRTÉK szemlélete között pedig teljes ellentét húzódott. Így lényegében a negligálása következett be – nemcsak a jelentésnek, hanem az egész tevékenységnek. Nem történt meg annak az elemzése sem, hogy az egészségpolitika milyen következtetéseket vonhat le a jelentésből, hol szükségesek további elemzések. Így nyilvánvalóan nem volt hatása az egészségügyi szakigazgatás tevékenységére.

2019-re az ÁEEK-ban működő munkacsoport elkészítette a második jelentést is, de ezt már nem tárgyalta a minisztérium és nem hozták nyilvánosságra; majd a munkacsoport is megszűnt.[391] A teljesítményértékelés története példa arra, hogy nem elég a megvalósítás jogi és szervezeti kereteinek, a megvalósításban érdekelt szakmai teamnek a létrehozása. A miniszter érdektelenségének, személyes attitűdjének nagyobb szerepe volt, mint a jogszabályok betartásának. Az egészségügyi szakigazgatásban (is) uralkodó következménynélküliséget mutatja, hogy a teljesítményértékelésre vonatkozó EMMI-rendelet jelenleg (2025 közepén) is hatályos.[392]

10.8. A betegjogi intézményrendszer államosítása

2010 után a betegjogok érvényesülését szolgáló intézményrendszert tekintve is radikális visszarendeződés következett be. 2010 előtt a betegjogi képviselők a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány (BEGYKA) alkalmazottai voltak – azaz

390 https://okfo.gov.hu/Hirek/a-magyar-egeszsegugyi-rendszer-teljesitmenyertekelesi-jelentese (2017. 06. 13).

391 Sajátosan alakult a 2017-ben közzétett jelentése elérhetősége is. 2017-ben az ÁEEK honlapján könnyen elérhető volt a teljes jelentés. 2024 végén azonban az OKFŐ honlapján csak az ÁEEK akkori főigazgatójának előzőekben hivatkozott interjúja érhető el; maga a jelentés már nem nyilvános.

392 Érdemes megjegyezni, hogy a fejlett országokban a teljesítményértékelést végző szervezetek általában az egészségügyi kormányzatok nagy önállósággal rendelkező háttérintézményei, vagy független nonprofit szervezetek.

függetlenek voltak az egészségügyi intézmények működtetéséért és finanszírozásáért felelős államigazgatási szervektől. 2010-ben a kormány megszüntette BEGYKA-t – anélkül, hogy mérlegelte volna a betegjogi intézményrendszer függetlenségének a fontosságát. A betegjogok képviselete először (2010-től) a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalhoz került. Rövid kitérőként 2012-ben megalakult az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBEDK). 2017 január 1-jével – a háttérintézmények felszámolása keretében – a központot felszámolták és az EMMI szervezeti egységeként létrehozták az Integrált Jogvédelmi Szolgálatot (IJSZ). Ezzel visszaállt az induló helyzet: a betegjogok képviseletét ellátó szervezet egy kormányzati szervezet alegységeként működik. Ez nyilvánvalóan diszfunkcionális, hiszen az egészségügyi intézmények működtetéséért is ugyanaz a kormányzati szervezet felelős. Az Egészségbiztosítási Felügyeletet korábban tárgyalt felszámolása is negatívan hatott a betegjogok érvényesítésére. A visszarendeződés további elemének tekinthető az is, hogy – amíg korábban az állampolgári jogok országgyűlési biztosa hatáskörébe tartozott a betegjog érvényesülésének a vizsgálata is –, 2011-ben az Alaptörvény által létrehozott alapvető jogok biztosának ez már nem tartozik a feladatkörébe. Mindezek a szervezeti változtatások lényegesen csökkentették a betegjogok intézményes képviseletének a hatásosságát; továbbá tükrözik, hogy az egészségügyi szakigazgatás számára teljesen lényegtelen kérdést jelent. Szélesebb perspektívából nézve a vázolt folyamat beleillik a jogállami működést biztosító struktúrák kiüresítésének, felszámolásának a folyamatába.

10.9. Radikális szemléletváltás a közszféra és a magánszféra kapcsolatában

A kormányzatok számára az egyik fő kihívást a kormányzati beavatkozás és a piac szerepének az összehangolása jelentette: az adott időszak feltételei között törekedni az optimális szerepük és mértékük kialakítására az egészségügy egyes területein. Azonban a rendszerváltozás óta nem alakult ki megfelelő szabályozás a köz- és magánszektor szerepére, együttélésére, együttműködésére. A 2010-es kormányváltásig a kormányok deklarált célja a két szektor megfelelő kapcsolatának, együttműködésének a kialakítása volt. Az egészségügy szereplői körében is domináns nézet volt a két szektor együttműködésének a célszerűsége. A konkrét lépéseknek, intézkedéseknek azonban számos hiányossága és problémája volt és jelentős vitákat váltottak ki. 2010-ben az állam és a piac viszonyára vonatkozóan is radikális változás következett be: a kormány meghirdette az állami és magánszektor teljes elválasztását.

A közszektor és magánszektor meglehetősen összetett kapcsolatrendszerében végbement változások megértéséhez meg kell különböztetnünk annak különböző szegmenseit. Egy szolgáltatás (pl. vakbélműtét) akkor tartozik a közszolgáltatások kategóriájába, ha közpénzekből finanszírozzák (ha az egészségbiztosítás keretében veszik igénybe a betegek) – függetlenül attól, hogy közkórház vagy magánkórház nyújtja a szolgáltatást. (Azaz nyújthatja az egészségbiztosítással szerződött magánkórház is.) Egy szolgáltatás akkor tartozik a magánszolgáltatás kategóriába, ha magánforrásból vásárolják (az egyén, a magánbiztosító vagy vállalat) – függetlenül attól, hogy közkórház vagy magánkórház nyújtja a szolgáltatást. Egy gyógyító beavatkozásnak lehetnek közszolgáltatás és magánszolgáltatás komponensei is. Például számos országban a közkórházakban az egészségbiztosítás keretében igénybe vett műtét esetében, ha a szakorvost meg akarja választani a beteg, akkor ezért (a magánszolgáltatásért) fizetnie kell. Ezek alapján az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának négy alapvető szegmensét különböztethetjük meg: közintézmények által nyújtott közszolgáltatások, magánszolgáltatók által nyújtott közszolgáltatások, közintézmények által nyújtott magánszolgáltatások és magánintézmények által nyújtott magánszolgáltatások (ld. 12. fejezet 12.1. ábra). Egy betegellátási epizód alatt ezek átfedhetik egymást: azaz egy magánszolgáltatónál igénybevett ellátás egy részét fedezheti a tb (közszolgáltatásként) és az ellátás egy másik komponenséért pedig (magánszolgáltatásként) fizet a beteg. (Például magánszolgáltató által végzett szürkehályog műtét esetében a műtétet fizetheti a tb, a speciális lencsét pedig a beteg térítheti.) A 12. fejezet részletesen tárgyalja a magánszektor jellemzőit és a köz- és magánszektor kapcsolatát. Ezért a továbbiakban csak a 2010 és 2019 közötti időszak néhány fontosabb jellemzőjére térek ki.

A magánszolgáltatók szerepének visszaszorítása a közszolgáltatások nyújtásában

A 2010-es évek elején – összefüggésben az önkormányzatok tulajdonában lévő kórházak központi kormányzati tulajdonba vételével – radikális változások következtek be a magánszolgáltatók által a fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátásban nyújtott, de a tb által finanszírozott ellátásokban (azaz a magánszolgáltatók által nyújtott közszolgáltatásokban).

A 2000-es évek elején az akkori Fidesz-kormány, majd 2002 után az MSZP-SZDSZ kormány is a hatékonyságnövelés egyik eszközének tekintette az önkormányzati tulajdonban lévő kórházak, járóbeteg-szakrendelők rugalmasabb gazdasági formákban (nonprofit kft., zrt. stb.) való működtetését, és ennek egyik lehetséges módjaként a működtetésnek a kiszerződését gazdasági vállalkozásnak. Széles körű egyetértés volt abban, hogy a költségvetési intézményi forma működési szabályai és az egészségügyi intézmények működésének sajátosságai kevéssé illenek össze.

Elvileg, megfelelő szabályozás, ellenőrzés esetén a rugalmasabb gazdasági formában való működésnek számos előnye lehetett (például tőkebevonás, rugalmasabb munkaerőgazdálkodás stb.). Ugyanakkor a valóságban a szabályozás hiányosságai, a minőségellenőrzés hiánya, a pénzügyi ellenőrzés gyengesége következtében számos negatív jelenség és konfliktus kísérte a kórházműködtetés privatizációját. A 2010-ben hatalomra került Fidesz-kormány előtt elvileg két lehetőség állt: hatékony szabályozás kialakítása vagy ezeknek a konstrukcióknak a felszámolása. A Semmelweis Tervben még mindkét lehetőség megfogalmazódott. A valóságban – a közigazgatás és közszolgáltatások centralizációját, az erős központi kontrollt a közszféra működésének alapjává tevő kormányzati stratégiából egyenesen következett annak a konstrukciónak a felszámolása, amikor az önkormányzati tulajdonban lévő kórházak vállalkozásként működtek. A Semmelweis Tervben megfogalmazott árnyaltabb megközelítéssel szemben a kormányzat egészségpolitikájának egyik meghatározó elve lett a kórházak és szakrendelők működésében a közszféra és a magánszféra teljes és merev szétválasztása: azt tekintették kívánatosnak, hogy a köztulajdonban lévő intézmények csak közfinanszírozott ellátást nyújtsanak (ne nyújtsanak a betegek vagy önkéntes biztosítók által finanszírozott magánszolgáltatásokat); a magánszolgáltatók pedig (a fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátásban) csak magánfinanszírozott ellátást nyújtsanak (azaz ne nyújtsanak a tb által finanszírozott közszolgáltatásokat). Ez a törekvés mögött a legfontosabb motiváció valószínűleg az Egészségbiztosítási Alap felhasználása és a közintézmények feletti teljes kontroll megvalósítása volt (azaz nem elsősorban az egészségügy optimális működésének a szempontjai). A kórházak államosításának az utolsó szakaszaként megtörtént a nonprofit kht. vagy zrt. formában működő kórházak[393] államosítása külön erre a célra hozott törvény alapján, amely rendelkezett a gazdasági társaságok megszüntetéséről és feladataik és vagyonuk átvételéről; továbbá 2013. április 1-jétől ezeknek az egészségügyi intézményeknek a működtetését is átvette a GYEMSZI. Ezzel egy újabb „kiöntjük a fürdővízzel a gyereket is" történet ment végbe a magyar egészségügyben.[394]

Ezeknek az intézkedéseknek a hatására az egészségbiztosítás kiadásaiban jelentősen visszaszorult a magánvállalkozások részesedése. Az OEP által 2009-ben a járóbeteg-szakellátásra kifizetett összegeknek a 25,8%-a, az aktív fekvőbeteg-ellátás esetében 14,3%-a, a krónikus fekvőbeteg-ellátás esetében pedig 20,6%-a volt

393 A 2013. évi XXV.tv. alapján 29 korábban gazdasági társaságok által működtetett egészségügyi intézmény (kórház) állami tulajdonba került. Ezek között több megyei kórház is volt (Debrecen, Szombathely, Nyíregyháza, Veszprém).

394 Számos nemzetközi példa mutatja, hogy megfelelő szabályozás esetén működőképes lehet a nonprofit szervezet vagy gazdasági társasági forma.

a vállalkozásoknak a részesedése. Ezzel szemben 2019-ben a járóbeteg-szakellátás esetében a NEAK-kifizetéseknek a 4,7%-a, a fekvőbeteg-ellátás esetében pedig 1,1%-a és 1,4%-a jutott a vállalkozásoknak.[395] A drasztikus csökkenés csak a járóbeteg-szakellátásra és fekvőbeteg-ellátásra vonatkozott. Jelentős maradt (lényegében a 2010 előtti szinten) a vállalkozások részesedése a tb által a művese ellátásért, házi ápolásért és betegszállításért kifizetett összegekből.[396] Ugyanakkor lényegesen csökkent a részesedésük a CT-MRI ellátásra fordított kiadásokból is (32,4%-ról 14,3%-ra).

Az OEP/NEAK-tól származó bevételek csökkenésének a következtében jelentősen átalakult a magánszolgáltatók bevételeinek a struktúrája: 55%-ról 68%-ra növekedett a háztartásoktól (és más magánforrásokból[397]) származó bevételeiknek az aránya. A 12. fejezet részletes adatokat is tartalmaz erre vonatkozóan.

Törekvés a közintézmények által nyújtott magánszolgáltatások megszüntetésére

A köz- és magán együttélésének a másik formája: a közintézmények által nyújtott magánszolgáltatások.[398] A rendszerváltás óta vissza-visszatérő kérdés volt, hogy a közkórházak nyújthatnak-e, milyen körben és milyen módon magánszolgáltatásokat (azaz a betegek vagy önkéntes biztosítás által fizetett szolgáltatásokat). A közkórházak vezetőit erre a szabad kapacitásaiknak a kihasználása, a többletbevétel lehetősége, továbbá az orvosaik és szakdolgozóik megtartása (többletjövedelem lehetősége révén) ösztönözte. Ez az ösztönzés felerősödött a TVK bevezetése után.

2014-ig a jogszabályok, illetve a szabályozás hiányosságai lehetőséget adtak a közkórházaknak arra, hogy szabad kapacitásaik esetén bizonyos esetekben a tb-csomagba tartozó szolgáltatásokat térítéses szolgáltatásként nyújtsák. A Fidesz-kormány 2014-ben meghirdette a köz- és magánellátás merev szétválasztását.[399] Ezt azonban nem tudta elérni – elsősorban mert ez a törekvés nem találkozott sem az intézmények menedzsereinek és az orvosoknak, sem a betegeknek a támogatásával. Továbbá a 2014-re kialakult körülmények között (az orvosok jelentős része mind a két szektorban dolgozott) a merev szétválasztásnak nem volt realitása.

---

395 Adatok forrása: NEAK Évkönyv 2019

396 Továbbá a háziorvosi- és fogorvosi ellátás területén is, ahol az 1990-es évek reformjai következtében váltak vállalkozóvá a közszolgáltatásokat nyújtó orvosok.

397 Önkéntes biztosításból és munkáltatóktól (pl. üzemegészségügy).

398 Erre számos nemzetközi példa van. Például az angol állami egészségügyben (NHS) a közkórházaknak lehetnek fizetős részlegeik, ahol a beteg magánellátás keretében, a várólistát megkerülve veheti igénybe a szolgáltatásokat (amelyekre a NHS keretében hosszú hónapokat kellene várnia).

399 2014. évi CXI. törvény egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról.

A köz és magán kapcsolatának ebbe a szegmensébe sorolható a 2010-es évek végén megjelent új forma: az egyetemek által alapított vállalkozások (Semmelweis Kft, UNI-Med Szeged Egészségügyi Szolgáltató Kft), ahol a betegek magánszolgáltatásként vesznek igénybe amúgy a tb-csomagba tartozó szolgáltatásokat (a várakozási idő lerövidítése és jobb körülmények érdekében).

A magánszolgáltatók által nyújtott magánszolgáltatások bővülése

A háztartások magánszolgáltatásokra fordított kiadásai 2019-ben (folyó áron) 70%-kal haladták meg a 2009. évi kiadásaikat.[400] Ez hasonló mértékű növekedés volt, mint a közkiadások növekedése. A magánszolgáltatások bővülését egyrészt a fejlett országokban általánosan érvényesülő, hosszú távú trendek[401] (pl. népesség öregedése, az orvostechnológia fejlődése, az internet révén erre vonatkozó információhoz való hozzáférés stb.), másrészt a magyar egészségügy sajátos helyzete és problémái ösztönözték. A magyar egészségügy sajátos jellemzői közül a magánszolgáltatások iránti keresletet növelte a közszektorban az ellátáshoz való hozzáférés nehezebbé és bizonytalanabbá válása. Nemcsak a várólisták növekedése, hanem az arra irányuló fokozódó bizonytalanság és bizalmatlanság, hogy a beteg, ha hozzájut az ellátáshoz, akkor valóban adekvát, jó minőségű ellátást kap-e. További tényező az orvos-beteg kapcsolat minőségének a romlása (a betegre szánt idő rövidsége, a megfelelő tájékoztatás hiánya stb.). Ezzel éles kontrasztot mutatnak a magánszolgáltatóknál tapasztalt körülmények. Összességében az állami egészségüggyel szembeni általános elégedetlenség, bizalmatlanság a fizetőképes kereslettel rendelkezők egy részénél kialakította azt az attitűdöt, hogy az állami egészségügyet csak akkor vegyék igénybe, ha a magánellátásban nem érhető el alternatíva. Azaz úgy tűnik, hogy a 2010-es évek második felében kialakult az az attitűd, hogy sokan sokszor nem is törekednek arra, hogy – a tb-csomagba tartozó szolgáltatások esetében – először az állami egészségügyben próbáljanak meg ellátáshoz jutni.

Az orvosok a 2010-es évek közepét megelőzően általában részállásban dolgoztak a magánszolgáltatóknál (sokan több szolgáltatónál egyszerre) és lehetséges, hogy egyéni magánpraxisuk is volt; továbbá az állami egészségügyben is több intézményben lehetett vállalkozóként szerződésük. A 2010-es évek második felében növekedett azoknak a száma, akik kiléptek az állami szektorból és csak a magánszektorban dolgoztak. Ez a folyamat tovább fokozta a munkaerőhiányt az állami intézményekben, aminek a kezelésére 2020-ban a kormányzat az egészségügyi szolgálati jogviszony bevezetésével a lehető legrosszabb megoldást választotta (ezzel a következő fejezet foglalkozik.)

400 A magánkiadások alakulását és a magánszolgáltatók bevételeinek az alakulását a 12. fejezet részletesen elemzi.

401 Ezekről a 12. fejezetben részletesebben lesz szó.

A háztartások közvetlen kiadásainak a meghatározó szerepe a magánszolgáltatások finanszírozásában

A magánszolgáltatások finanszírozásának (magánkiadásoknak) két fő formája: az önkéntes biztosítások és a háztartások közvetlen kifizetései *(out-of-pocket payment).* Számos nyugat-európai országban a magánkiadásokon belül nagyobb az önkéntes biztosítások részaránya, mint a háztartásoké. Ennek az a jelentősége, hogy nem az ellátás igénybevételekor merül fel annak anyagi terhe, amikor a betegség következtében jövedelemkiesés és más többlet kiadás is felmerülhet. Azaz az önkéntes biztosítás is – bizonyos fokig – védelmet jelent a betegség okozta anyagi problémáktól.

Magyarországon a magánszolgáltatások finanszírozásában meghatározó szerepe van a háztartások közvetlen kifizetéseinek. 2019-ben a magánszolgáltatásokra fordított magánkiadások (gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz kiadások nélkül) 471 Mrd Ft-ot tettek ki, ennek 84%-át (395 Mrd Ft) a háztartások közvetlen kifizetései tették ki (és 16%-át együttesen az önkéntes biztosítás, a nonprofit szervezetek és a munkáltatók közvetlen kiadásai). A gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz kiadásokat is figyelembe véve, a háztartások egészségügyi kiadásai 2019-ben 832 Mrd Ft-ot tettek ki, ennek 53%-át a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök, 47%-át pedig a magánszolgáltatások tették ki. A gyógyszerkiadások nagy terhet rónak az alacsonyabb jövedelmű háztartásokra.

Az önkéntes biztosítások szerepe meglehetősen kicsi a magánszolgáltatások finanszírozásában. Az Eurostat/OECD adatbázisaiban szereplő adatok szerint az önkéntes biztosítások kiadásai 2019-ben 52,4 Mrd forintot tettek ki, a munkáltatók közvetlen kifizetései (foglalkozásegészségügyi szolgáltatásokra) pedig 25,5 Mrd Ft-ot. Ezeket az adatokat azonban fenntartásokkal kell kezelnünk – kevés adatforrás áll rendelkezésre.[402] Ezeknek az adatoknak nem mond ellent, hogy az önkéntes pénztárak bevétele jelentősen növekedett, ugyanis az egészségbiztosítási számláról számos egészségügyi ellátáson kívüli célra is lehet fordítani.

10.10. Feszültségek kiéleződése és „tűzoltás”

A kormányzati periódus kezdetekor pozitív várakozás jellemezte a közhangulatot és a szakmai köröket is. 2012-től a kormányzati sikerpropagandát leszámítva már

402 Megjegyzés: Az OECD adatai a biztosítóknak az egészségügyi szolgáltatásokra történt kifizetéseire vonatkozó KSH általi becslést tartalmazzák. A médiában a magánbiztosítások növekedésére vonatkozó adatok pedig általában a biztosítók bevételeire vonatkoznak.

a fokozódó elégedetlenség és bizalmatlanság volt jellemző – annak következtében, hogy nem teljesültek a kormányváltáskor jellemző pozitív várakozások. A feszültségek kritikus pontjait az egészségügyi dolgozók jövedelmi helyzete, a kórházak eladósodása és a várólisták hosszának a növekedése jelentette. A kormányzat által 2012-ben végrehajtott centralizáció jelei pedig már 2013-ban mutatkoztak. Sinkó (2013) szerint: *„Az alkalmazott megoldás fájdalmasan nem hozta meg eddig a kívánt eredményt. Soha ilyen magas nem volt a kórházak lejárt adósságállománya, ilyen hosszú várólisták még nem bosszantották az egészségügy irányítóit és nem korlátozták a betegeket a hozzáférésben, mint 2013 nyarán"* (Sinkó, 2013. 8).

Az egészségügyi közkiadások reálértéke 2011–12-ben tovább csökkent; és a csökkenés 2012-ben érte el a mélypontját. Az egészségügyi ágazatban dolgozók havi bruttó átlagkeresetének a nemzetgazdaság egészéhez viszonyított szintje 2010-ben és 2011-ben is tovább csökkent; 2011-ben csupán a nemzetgazdasági átlag 83,1%-át érte el. A 2012-ben és 2013-ban történt „tűzoltó jellegű" béremelések nem voltak elégségesek a feszültségek kezelésére. Ezt tükrözték a 2015 május 12-én a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara által a Hősök terén és az Őszintén az Egészségügyről Akciószervezet által (amelynek Sándor Mária a „fekete ruhás nővér" is az egyik tagja volt) a Clark Ádám téren és a Kossuth téren tartott demonstrációk, amelyek a 2010-es évek legnagyobb egészségügyi megmozdulását jelentették. A demonstrációk közös zárásaként petíciót adtak át az egészségügyért felelős államtitkárnak, amelynek fő követelései a szakdolgozói életpályamodell bevezetése, a 2012-es 2013-as béremelés beépítése az alapbérbe, 50%-os alapilletmény emelés, a gyógyítás valós értéken történő finanszírozása, és az önálló Egészségügyi Minisztérium visszaállítása voltak. Az akkori államtitkár a petíciók átvétele után azt mondta, hogy az államtitkárságon nem fog múlni a követelések teljesítése, továbbá: „Semmitől és senkitől nem kell félniük, mert önöknek mindenben igazuk van."[403] A kormány azonban nem teljesítette a követeléseket. Ez is hozzájárulhatott az államtitkár 2015 augusztus végén történt lemondásához.[404]

Spontán fellépések

Az egészségügyi dolgozók, különösen a szakdolgozók és a fiatal orvosok körében fokozódó elégedetlenség teljesen új – az egészségügyben korábban nem tapasztalt –

403 https://24.hu/belfold/2015/05/12/melto-eletkorulmenyert-tuntetnek-az-egeszsegugyi-dolgozok

404 A lemondás hivatalos indoka személyes (egészségi állapot) és családi okok voltak. A lemondáshoz hozzájárulhatott az is, hogy az államtitkár és a Miniszterelnökség vezetője között már 2015 tavaszán éles konfliktus alakult ki, amikor a Miniszterelnökség nem járult hozzá, hogy az államtitkárság reformjavaslatai a kormány napirendjére kerüljenek. https://www.origo.hu/itthon/2015/04/megtorpedozta-lazar-a-zombor-csomagot

spontán szerveződésekben, megmozdulásokban nyilvánult meg: a „fekete ruhás nővér" mozgalmában és az „1001 orvos a hálapénz ellen" szerveződésben.

A fekete ruhás nővér (Sándor Mária, a Péterfy Sándor utcai Kórház nővére) 2015 februárjában az RTL Klub Házon kívül című műsorában lépett a nyilvánosság elé: a ki nem fizetett túlórákról és a nővérek túlterheltségéről beszélt. Április 16-án arra hívta fel az ápolókat, hogy tiltakozásként két hétvégén (április 18–19-én és 25–26-án) fekete ruhában jelenjenek meg a munkahelyükön. Ezután 2016 tavaszáig több demonstrációt is szervezett és mozgalmat is indított. Az „1001 orvos hálapénz nélkül" nevű Facebook-csoport – néhány rezidens kezdeményezésére – 2015 márciusában alakult meg, amely célul tűzte a hálapénzmentes egészségügyet. Erről szóló első nyílt levelüket néhány hónappal az alakulás után hozták nyilvánosságra, és 24 óra alatt hétszáznál is több orvos írta alá, névvel, pecsétszámmal. 2015 folyamán mindkét fellépés jelentős hatást gyakorolt az egészségügyi dolgozók egyes csoportjaira és a közvéleményre. Közös vonásuk, hogy megmutatták, hogy lehetséges kollektív fellépés és eredményeket is érhet el. Mindkét fellépés hatására a kormány tűzoltásszerű béremeléseket valósított meg. Eltérő vonásuk volt, hogy az „1001 orvoscsoport" az orvosok hagyományos szervezeteitől vagy támogató vagy semleges reagálásokat kapott. A fekete ruhás nővér tevékenységét viszont az intézményvezetők és a Szakdolgozói Kamara részéről folyamatos támadások kísérték. Ezek hatására Sándor Mária 2016 nyarán beszüntette a közéleti tevékenységét.

Feszültségenyhítő intézkedések

A fejezetben vázolt feszültségek időnként elérték a kormány ingerküszöbét is és intézkedéseket váltottak ki. Ezek – a problémák azonnali enyhítését célzó – intézkedések szükségszerűen tűzoltó jellegűek voltak, azaz nem (vagy csak kevéssé) törekedtek a problémák okainak a kezelésére. A tárgyalt időszakban a várólisták csökkentése érdekében juttatott többletforrások, a béremelések és a kórházi adósságrendezés tartozott ezek közé.

Célzott többletforrás a várólisták csökkentésére

A várólisták a 2010-es évek elején jelentős mértékben növekedtek. A várólisták mértékére jellemző, hogy 2015-ben a várólistáról ellátottak átlagos várakozási ideje 53 nap volt – óriási különbségekkel a megyék és az egyes beavatkozások között. A Baranya megyei lakosok esetében 154 nap, a budapesti lakosok esetében 33 nap. A térdprotézis műtétek esetében 226 nap, a szürkehályog műtétek esetében 88 nap volt.[405] A feszültségek csökkentése érdekében bizonyos műtétek esetében célzottan

405 Adatok forrása: ÁEEK-Teljesítményértékelési Jelentés, 2016

az adott beavatkozásra vonatkozó többletfinanszírozást adott a kormányzat. (2014-ben 1 Mrd, 2015-ben pedig 5 Mrd forintot.) A következő műtétek tartoztak ide: szürkehályog-, gerincstabilizáló műtétek, epekövesség miatti beavatkozások, sérv-, térdprotézis-, csípőprotézis-, ortopédiai műtétek, nyitott szívműtétek.

Orvos és szakdolgozói béremelések

Az egészségügyi munkaerőhiány (orvos és szakdolgozóhiány) a 2000-es évek közepe óta az egészségügyi rendszer állandósuló és bizonyos periódusokban súlyosbodó problémáját jelentette. Ez több tényezőnek volt a következménye. Az egészségügy krónikus alulfinanszírozása következtében az orvosoknak és egészségügyi szakdolgozóknak más ágazatokhoz viszonyított jövedelmi pozíciója romlott. A dologi kiadásokra jutó elégtelen források miatt romlottak a munkakörülményeik is. A szakdolgozókra elszívó hatást gyakorolt, hogy más gazdasági ágazatokban könnyebb munkával magasabb jövedelemhez tudtak jutni. Az orvosok esetében az elvándorlást felerősítette az EU-csatlakozás után a gazdagabb EU-országok felől, majd a magánszektor felől érkező elszívó hatás. Továbbá jelentős változások indultak el az orvostársadalmon belül – elsősorban annak hatására, hogy a fiatalabb generációk már az egyetem alatt külföldi tapasztalatokat szerezhettek, a szakvizsga megszerzése után pedig elérhető volt számukra a magánszektor és a külföldi munkavállalás lehetősége. Így az érdekeik képviseletére is új eszközöket alkalmaztak. A Magyar Rezidens Szövetség már 2011-ben a béremelésre irányuló követeléssel lépett fel és a nyomásgyakorlás eszközéül a felmondó levelek ügyvédi letétbe helyezését alkalmazta. Az Államtitkárság ennek hatására elkezdte velük a tárgyalásokat és 2012-ben és 2013-ban emelték az orvosbéreket,

2012. júliustól pedig a szakdolgozók béreit. 2016-tól 2019-ig évente történt szakdolgozói béremelés. Ezek az intézkedések azonban csak a feszültségek átmeneti enyhítését eredményezték. Sem az orvosok elvándorlását, sem a szakdolgozói pálya vonzerejének a csökkenését nem tudták megállítani.

Kórházi adósságrendezés

A kormányzat és a kórházvezetők számára az időszak egyik legsúlyosabb problémáját jelentette a kórházaknak a beszállítóik (elsősorban gyógyszer- és orvostechnikai eszközök forgalmazói) felé keletkezett adósságának – az évente ismétlődő adósságrendezések ellenére (vagy annak következtében is) – folyamatos újratermelődése. A probléma a 2000-es évek elején jelent meg és 2006-ban vált igazán súlyossá, amikor az OEP nominálisan csökkentette a kórházak TVK plafonját és megszüntette a TVK-túllépés degresszív módon történő finanszírozását. 2012-ben a kórházak államosításával és irányításuk GYEMSZI alá centralizálásával kapcsolatos egyik

kormányzati illúzió az volt, hogy a központi irányítás eredményesebb lesz az adósság kialakulásának a megelőzésében. A kormányon kívül ezt nem sokan gondolták így. Sinkó (2016) szerint az államosítás *„[…] nagy bürokráciát, lassú, áttekinthetetlen ügyintézést, kezelhetetlen mennyiségű adminisztrációt okozott az intézményeknek, csökkentve ezzel a rendszerszintű hatékonyságot. Emiatt a kórházigazgatók elveszítették önállóságuk jelentős részét, ezért többségük a passzivitásba menekült. A »nem felelek semmiért, nem vagyok számon kérhető semmiért« logika az adósság növekedését erősítő magatartást váltott ki belőlük*" (Sinkó, 2016. 11).

Kovács (2016) részletesen elemezte a kórházak gazdasági helyzetének 2010 és 2016 közötti változását. Arra a következtetésre jutott, hogy a kórházi adósságállomány növekedése elsősorban külső tényezőkre vezethető vissza.[406] Ugyanis a kórházak számára külső, azaz a kórházak menedzsmentje által nem befolyásolható tényezők (infláció, árfolyamváltozás, minimálbér emelkedése, ÁFA-változás, továbbá korszerű technológiák, gyógyszerek és eljárások bevezetése stb.) miatt lényegesen nagyobb mértékben romlott a kórházak éves gazdasági pozíciója, mint amennyivel az E. Alapból származó finanszírozásuk növekedett. Ugyanakkor az adósságállomány rendezésének a módja is hozzájárult az újratermelődésükhöz. *„[…] hosszú adok-kapok után az állam konszolidálja (részlegesen) az adósságállományt. A szereplők hátradőlnek, és a problémák időlegesen a homályba vesznek, hogy 6–8 hónappal később újrainduljon minden*" (Kovács, 2016. 5).

A domináns kormányzati kommunikáció[407] azonban a fő oknak a kórházak rossz gazdálkodását állította be. A kormányzat által a felelősségnek a kórházvezetőkre hárításának a fő eszköze az Állami Számvevőszék volt, amely 2012 őszétől[408] folyamatosan vizsgálatokat végzett a kórházakban. Ezek a költségvetési intézmények gazdálkodásra vonatkozó jogszabályok, előírások betartására irányultak. Azzal nem foglalkoztak, hogy sok esetben a menedzsmentnek a szabályok betartása és a betegellátás érdekei között kellett választania. Az ÁSZ megállapításai azonban arra alkalmasak voltak, hogy a közvélemény előtt a felelősséget a kórházakra próbálják hárítani.[409] Erre jellemző példa volt 2018-ban az ÁSZ akkori elnökének újságírói kérdésre adott válasza: *„Anarchia. Botrány. Ez a két szó, ami először eszembe jut. […] »Elképzelhetetlen pénzügyi viszonyok uralkodnak néhol az egészségügyben. Ráadásul*

406 Ivády (2024) szerint a külső okok, amelyeknek kezelése az állam feladata az adósságállomány 75–80%-át tették ki.

407 A 2010 előtti periódusban a kormányzati kommunikáció elismerte, hogy a kórházak gazdálkodásában meglévő hiányosságok mellet külső tényezőknek is szerepe volt a kórházak eladósodásában.

408 https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/husz_korhazat_ellenoriznek_szeptemberben (Medicalonline, 2012. 08. 21).

409 Az EGVE és MKSZ élesen tiltakozott.

a korrupció ellen védelmet nyújtó kontrollrendszereket gyakorlatilag egyik ellenőrzött egészségügyi intézményben sem alakították ki megfelelően.« […] A pénz mennyiségét érintő kritika lehet, hogy jogos, de az is lehet, hogy nem. A helyzet úgy áll, hogy a súlyos gazdálkodási szabálytalanságok miatt nem tudhatjuk, valójában mennyi pénz kell az egészségügynek." Az ÁSZ értékelés és kommunikáció elfeledkezni látszott arról, hogy 2012 óta a kórházak irányításáért a GYEMSZI/ÁEEK volt a felelős. Az idézet utolsó mondata jelzi az egyik funkcióját: annak indoklását, hogy a pénzügyi kormányzat szerint nem volt érdemes több pénzt tenni az egészségügybe.

10.11. Mérleg

Az időszak egészségügyének az arculatát, a társadalom számára nap mint nap érzékelhető jelenségeit (a sajtóban olvasható híreit) egyrészt a közfinanszírozott egészségügy három, egymással összefüggő problémája határozta meg: a szolgáltatásokhoz való hozzáférésnek és az ellátás minőségének a bizonytalansága, kiszámíthatatlansága; a humánerőforrás-krízis (fokozódó szakdolgozó és orvoshiány különösen a kórházakban); és a kórházak krónikus eladósodása a beszállítóik felé. Ezek mellet, ezekkel összefüggésben az időszak arculatát meghatározó tényező volt a magánszektor jelentős bővülése is. A közszektor problémáit a 2010-ben hatalomra került Fidesz-kormányzat megörökölte, így az alapvető kérdés az volt, hogy a legfontosabb okaikkal, nevezetesen a rendszer alulfinanszírozásával (forráskivonással) és a szolgáltatási rendszer strukturális problémáival mit fog kezdeni.

A 2010-es kormányváltáskor együtt volt egy egészségügyi reform számos tényezője: a Fidesz megszerezte a parlamenti helyek kétharmadát, széles körű pozitív várakozás volt a kormányzat iránt, beleértve, hogy elindulhat az egészségügy rendbetétele. Ehhez rendelkezésre állt a koncepció is: a Semmelweis Terv, ami széles körű támogatottságot élvezett a szakmai körökben. A kormányzatnak az egészségügyi rendszer átalakítására irányuló lépéseit azonban nem az egészségügy problémáinak az enyhítése, hanem az általános hatalomkoncentráció vezérelték. A kormányzat prioritásainak a meghatározásakor a rövid távú politikai érdekek (hatalom megtartása) háttérbe szorították, kiiktatták a hosszabb távú társadalmi érdekek (így a társadalom egészségi állapotának) a szempontjait (Orosz és Kollányi, 2014). A prioritások hiányához a kormányzatok opportunista magatartása[410] mellett

410 A közpolitika opportunizmusán az egyéni és/vagy lobbiérdekeknek a közérdek fölé helyezését érti a szakirodalom, ami a hatalom megtartását szolgáló, de a társadalom hosszú távú érdekeivel ellentétes kormányzati döntéseken túl magában foglalja a korrupciót is stb.

hozzájárultak a politikai és gazdasági elitnek az egészségügy szerepére vonatkozó téves, elavult nézetei; az egészségügyi közigazgatás gyenge pozíciója a kormányzaton belül; az egészségügyi szakigazgatás szakmai kapacitásainak az alacsony színvonala; továbbá olyan politikai ágens hiánya,[411] amely hatásosan manifesztálni tudta volna a társadalomnak az egészségügy helyzetével szembeni elégedetlenségét. Azaz nem volt olyan szakmai vagy társadalmi ágens, amely komoly nyomást tudott volna kifejteni a kormányra az egészségügy forrásainak a növelése és adekvát strukturális reformja érdekében.

Az előzőek nem azt jelentik, hogy a kormányzat ne hajtott volna végre jelentős átalakítást. Épp ellenkezőleg: a Fidesz-kormány radikálisan felszámolta a rendszerváltozástól a 2000-es évek végéig fennálló egészségügyi makrostruktúrának az alappilléreit és meghatározó elemeit. A 2010 után végbement átalakítás jelentőségének a megértéséhez érdemes visszaidézni az ötödik fejezetben részletesebben tárgyalt jellemzőket. A rendszerváltozáskor, a 1990-es évek első felének a reformjait meghatározó – széles körű elfogadottságot élvező – modell alappillérei a döntéshozatalnak (hatalomnak) és felelősségnek az egészségügy szereplői közötti megosztása (azaz a többszereplős kormányzás modellje), és a szabályozott verseny mechanizmusain alapuló ösztönzés voltak. Ebben a modellben a kormányzat (Egészségügyi Minisztérium) elsősorban szabályozó szerepet tölt be, nem vesz részt közvetlenül az intézmények működtetésében és finanszírozásában. A döntések azon a szinten történnek, ahol azokhoz az információk leginkább rendelkezésre állnak. A kormányzati döntések a különböző érdekek egyeztetésén alapulnak, amihez szabályozott intézményi keretek és mechanizmusok állnak rendelkezésre. Ezeken a működési elveken alapulva indult el a 1990-es évek elején az egészségügy következő elemekből álló struktúrájának a kiépítése: a kötelező egészségbiztosítás (jelentős autonómiával rendelkező finanszírozó), ezáltal a finanszírozó és a szolgáltató szerepek szétválasztása; a vegyes tulajdoni viszonyok (állami és önkormányzati tulajdon, nonprofit intézmények, magánvállalkozások); a háziorvosi rendszer; a szolgáltatókat (kórházak, rendelők stb.) hatékonyabb működésre, a betegért való versenyre ösztönző új teljesítmény-finanszírozási módszerek; az önkéntes kiegészítő egészségbiztosítás különböző formái (önkéntes pénztárak és üzleti biztosítók által kínált konstrukciók); továbbá a betegjogok intézményesítése.

A 2010-es évek első felében a Fidesz-kormány felszámolta az előző évtized végéig fennálló makrostruktúrának az alappilléreit és meghatározó elemeit: a kötelező

411 Aminek egyik tényezője, hogy a politikai és gazdasági elit *közvetlenül* kevéssé érzékeli a problémákat – a kiemelt ellátása korábban a Kútvölgyi úti Állami Kórházban, újabban pedig a Honvédkórházban biztosított; valamint számára megfizethetők a magánszolgáltatások is.

egészségbiztosítás jogi alapjait, önálló pénzügyi és intézményi kereteit, a kórházak relatív autonómiáját (a települési önkormányzatok tulajdonosi szerepét és a kórházvezetés alapvető döntési jogköreit), a betegjogi képviselet önálló intézményi kereteit. (A háziorvosi rendszer és a szolgáltatások finanszírozási technikái jelentettek csak kivételt.) Ezek a változások nem csak az irányítási rendszernek, a finanszírozó intézménynek és a kórházak működésének a szervezeti kereteit alakították át, hanem a döntéshozatali, működési mechanizmusokat, az ösztönzőrendszereket és az egész szervezeti kultúrát. Felszámolták az egészségügyön belül – a minisztérium, az OEP, az ÁNTSZ és a települési önkormányzatok között kialakított – „fékek és ellensúlyok" rendszerét, azaz az egészségügyön belüli hatalommegosztást. A többszereplős kormányzási modell megszüntetése visszatérést jelentett az állam mindenható (szabályozó, finanszírozó és szolgáltató) szerepéhez. Ennek messzemenő következményei lettek (vannak) az egészségügy szakmai és mikrostruktúrájára is. Továbbá ezzel a Fidesz-kormány letérítette a magyar egészségügyet a nyugat-európai rendszerekkel konform fejlődési pályáról.

A makrostruktúrában végrehajtott drasztikus változtatások negatívan hatottak a szakmai struktúra és a makrostruktúra kapcsolatára. A szakmai struktúrában számos törekvés, kezdeményezés indult el – nagyrészt köszönhetően az EU-s forrásokból származó pénzeknek. A megvalósult innovációkat, fejlesztéseket – kevés kivétellel – az egészségügyi szakigazgatás nem tudta (vagy nem akarta) az egészségügyi rendszerbe integrálni. Ennek az egyik meghatározó oka az volt, hogy az egészségügyi irányítás túlcentralizált, túlzottan hierarchikus rendszeréből logikusan következik az a mentalitás, hogy a minisztériumi/hivatali íróasztalnál megmondható, hogy mi a jó, a többi szereplő feladata pedig a végrehajtás. Ez a szemlélet szerint a problémák abból adódnak, hogy nem megfelelő a végrehajtás; azaz fokozni kell az ellenőrzést és tovább növelni a központ hatásköreit. Továbbá csak a központ elképzelései lehetnek jók, az egészségügy más szereplőitől jövő kezdeményezések lényegtelenek.

A makrostruktúra és szakmai struktúra befolyásolta a mikrostruktúrának, a szereplők egymáshoz való viszonyának és a szereplők attitűdjének a változását is. A szereplők attitűdjének az alapvető jellemzői a felelősséghárítás, a bizalomhiány, a félelemkeltés, illetve félelem voltak. Az egészségügy mikrostruktúrájának ezeket a jellemzőit alapvetően befolyásolták az egészségügyön kívüli viszonyok is: a kormányzat működésének általános jellemzői. A bizalomhiány bizonyos aspektusai – nevezetesen a betegek bizalma az egészségügyi rendszerben – a rendszerváltozás előtti évtizedekbe nyúlnak vissza. Dénes (2015) szerint: *„a mostani rendszert [a hálapénzt] csak úgy lehet megszüntetni, ha visszanyerjük a betegek bizalmát […] hogy ha nem fizetnek extra sarcot, akkor is tisztességgel ellátják őket. A félelem azonban csak akkor fog megszűnni, ha a páciens is tisztában lesz azzal, hogy megfelelő*

számú és szakképzettségű ápoló van a rendszerben. A bizalom visszaállításának másik nagy pillére a rendszer átláthatóvá tétele. A betegnek joga van tudni a tényeket, a minőségi mutatókat, a kórházi fertőzések statisztikáját és egyéb, a gyógyítással kapcsolatos feltételeket" (Dénes, 2015. 117).

A kormányzati működés alapvető jellemzője: a szavak és tettek közötti szakadék és a következménynélküliség volt, továbbá az egészségügy többi szereplőjével való egyeztetés és párbeszéd szinte teljes hiánya. Számos meghirdetett program, nagyszabású cél, kormányhatározat nem valósult meg, sokszor el sem kezdődött a megvalósításuk. Az egészségügy helyzetére vonatkozó kormányzati kommunikáció különböző narratívák között ingadozott: (i) nincs szükség reformra, a magyar egészségügy nem rosszabb, mint másik országok egészségügye („az egészségüggyel mindenhol problémák vannak"); (ii) szükség van átalakításokra, de nem lesz kórházbezárás (azaz a reformok senkit sem fognak negatívan érinteni); továbbá a tervezett intézkedések elhallgatása, koncepciók titkosítása. A közvélemény felé a nagyszabású tervek kommunikációjának és minimális mértékű megvalósításának jellemző példája az Egészséges Budapest Program sorsa. Fontos szakmai tervek megvalósításának elmaradására, majd újbóli meghirdetésére és ismételt elmaradására példa az 1994 óta tudottan szükséges – már a Semmelweis Tervben is célul tűzött – HBCS-költségfelmérés és átfogó súlyszámkorrekció, majd folyamatos karbantartás. Amikor a kommunikáció nem volt elégséges, akkor a kormányzati beavatkozás tűzoltó módon törekedett a feszültségek enyhítésére: a várólista csökkentésére (célzott forrásokkal), béremeléssel a munkaerő elvándorlás megakadályozására, és évről évre a kórházi adósságok rendezésével a gyártók oldaláról érkező nyomás enyhítésére. Semmi nem történt viszont az évről évre szükségszerűen kialakuló adósságok megelőzése érdekében. Az adósságnak ez a kormányzati kezelése (akarva-akaratlan) gyakran az észszerű határon túli megtakarításra is kényszerítette a kórházakat.

Az elégedetlenség, bizalmatlanság, kiábrándultság, továbbá az egészségügyön kívüli tényezők is hozzájárultak, hogy az orvosok és a betegek is az egyéni kiutakat keresték: az orvosok számára ezt a külföld és a magánegészségügy, a betegek egy része számára pedig a magánegészségügy jelentette. Ezek a kiutak egyrészt – az egyén betegségétől függően –megoldást kínálhattak az adott egyén problémájára, másrészt enyhíthették a rendszerszintű feszültségeket is – így részben hozzájárulhattak a problémák fennmaradásához. Ugyanakkor a kormányzaton belül is uralkodó bizalmatlanság is hozzájárult ahhoz, hogy többnyire süket fülekre találtak az egészségügy szereplőinek a szervezeteitől és egészségügyi szakemberektől érkező jelzések, javaslatok.

A szakmai és a mikrostruktúra fentiekben vázolt folyamatai visszahatottak a makrostruktúra állapotára, működésére. A kormányzati gyakorlatból eltűntek

azok az eszközök, amelyek az egészségügy helyzetének rendszeres értékelését, a lehetséges alternatívák kidolgozását szolgálták volna.[412] Olyan örökzöld problémáknak, mint például a kórházi adósság a kezelésére alkalmazott eszközök megmerevedtek. Az új megoldások ugyanis sokoldalú mérlegelést, szakmai vitákat, és az egészségügy szereplői közötti bizalmat igényelték volna. A kormányzás eszközeinek a megmerevedése hozzájárult a problémák mélyüléséhez és kezelésükben az inadekvát eszközök ismételt alkalmazásához. A kormányzat bizalmatlansága, elzárkózása a mások véleményére valóban nyitott szakmai kommunikációtól az egyik akadálya volt annak, hogy a súlyosbodó problémák kezelésében irányváltás történhessen.

A túlcentralizált irányítás, kormányzati inkompetencia következtében a rendszer dezorganizációja vált jellemzővé, ami a hiányhelyzetekben, működései zavarokban, hozzáférés problémáiban, elégedetlenségben manifesztálódott. A mikrostruktúra előzőekben vázolt állapotát és a szakmai szervezetek erőtlenségét (alkalmazkodását) is tükrözte, hogy az orvosok és szakdolgozók elégedetlenségét elsősorban nem a szervezeteik képviselték, hanem spontán kezdeményezések jelenítették meg. Kivételt képezett, hogy számos, elsősorban véletlen, a szereplők személyének tulajdonítható tényező következtében a hagyományos szervezetek közül a Magyar Orvosi Kamara képes volt a megújulásra.

Az Eurobarometer rendszeres felmérései[413] szerint a 2016 és 2019 közötti években 15 gazdasági és társadalmi probléma közül az egészségügy helyzete volt a magyar lakosság által legfontosabbnak tartott probléma. Elsősorban az egészségügyön kívüli társadalmi és politikai folyamatok következtében annak azonban nem voltak meg a fórumai, intézményei, hogy az állampolgárok, betegek egyéni tapasztalatai és elégedetlensége társadalmi szinten is megjelenített elégedetlenséggé (választásokat befolyásoló tényezővé) transzformálódjon.

412 A nemzetközi gyakorlatban például a Zöld könyv és Fehér könyv szolgál erre.

413 Public Opinion in the European Union sorozat kötetei (Standard Eurobarometer): https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a1216955-f7e9-11e5-b1f9-01aa75ed71a1/language-en

11. A sikertelen centralizáció „gyógyítása” a centralizáció fokozásával (2020–2025)

11.1. Gazdasági és politikai feltételek

A 2020 és 2025 közötti időszakra két globális társadalmi és gazdasági sokkhatást kiváltó esemény nyomta rá a bélyegét: a COVID-19 járvány és az Ukrajna elleni orosz agresszió, és azt követő elhúzódó háború. 2020-ban és 2021-ben a kormányzat napirendjének a középpontjában a járvány elleni védekezés és a járványnak, illetve a járvány elleni intézkedéseknek a gazdaságra és a társadalom életére (pl. oktatás) gyakorolt szerteágazó hatásainak a menedzselése álltak. A globális folyamatok hatásainak, továbbá a magyar kormányzati reagálásnak a következtében a gazdasági növekedésnek, az inflációnak és a költségvetési hiánynak a hektikus mozgása jellemezte a tárgyalt időszakot. Mindezek súlyos megrázkódtatásokat, növekvő bizonytalanságot jelentettek a magyar társadalom számára, továbbá ellentmondásos gazdasági és politikai feltételeket az egészségügy számára.

A COVID-19 járvány szerteágazóan érintette a társadalom egészségi állapotát, az egészségügyi rendszert, a gazdaságot és a társadalom életének szinte minden szféráját. A gazdasági hatásokat tekintve, a 2013 és 2019 közötti stabil, éves átlagban 4-5%-os növekedés után 2020 második negyedévében – a márciusban bevezetett szigorú járványügyi korlátozások következményeként – drámai módon (13%-kal) csökkent a GDP termelése (az előző év hasonló időszakához képest); 2020 egészét tekintve pedig 4,9%-os volt a GDP visszaesése, az államháztartás-hiány pedig rekordméretűre (8,1%) ugrott. Ez is hozzájárult, hogy a járvány második hullámától fogva a kormányzati döntésekben a gazdasági szempontok élveztek elsőbbséget a járványnak az egészségre gyakorolt hatásaival szemben. Az egész időszakra érvényesek voltak a GKI 2020-ban tett megállapításai: „*A magyar kormány a fő vonásaiban immár egy évtizede létrejött magyar modell természetének megfelelően reagál a válságra. Miközben az egycentrumú, állam- és nem piacközpontú, lojalitásalapú gazdaság- és társadalomirányítás kiterjesztése, az elvileg válságelhárításra fordított pénz politikai szempontú újraosztása folyik, nagyon kevés történik az egészségügy és az oktatás új helyzetre való felkészítése, a válság fő veszteseinek segítése érdekében*” (GKI, 2020).

A COVID-19 járvány „kezelésének" számos – nem csak egészségügyi és gazdasági – aspektusa volt. A kormány kihasználta a helyzetet a hatalom további koncentrálására és erősítésére. Ezt szolgálta a veszélyhelyzetnek (a Parlament általi) deklarálása, annak részeként a rendeleti kormányzás bevezetése, aminek 2022-től a fenntartására a kormány kihasználta az Ukrajna elleni orosz agressziót, illetve a lakosság körében a háborútól való félelmet. 2020 márciusa óta a fejezet lezárását jelentő 2025 júliusáig eltelt időszakban – a 2020 júniusa és novembere közötti időszakot kivéve – veszélyhelyzeti jogrend, rendeleti kormányzás volt érvényben Magyarországon. Ezzel a kormányzás transzparenciája tovább romlott, ami kihatott az egészségügyi irányítás attitűdjére is.

2021 második felében és 2022 első felében gyors növekedés és javuló egyensúly jellemezte a magyar gazdaságot. Ehhez az is hozzájárult, hogy a kormány a 2022-es választások előtt felpörgette a beruházásokat és a fogyasztást is (13. havi nyugdíj, családosok szja-visszatérítése stb.), ami jelentős mértékben hozzájárult a Fidesz választási győzelméhez. A választási osztogatás – ahogy a korábbi választások esetében is – a költségvetési egyensúly romlásához vezetett, amit súlyosbítottak a kedvezőtlen világgazdasági folyamatok. Mindezek gyorsuló inflációhoz, gyengülő forinthoz, a költségvetési hiány újbóli növekedéséhez vezettek; a kormányzat egyensúlyjavító intézkedései pedig gazdasági visszaeséshez. A 2022–23-ban elszabaduló infláció drámai módon érintette a lakosságot, amely a 1990-es évek közepe óta nem tapasztalt hasonló mértékű áremelkedést. (2023 első félévében 24%-os volt a magyar infláció, ami kb. háromszorosa volt az EU-átlagának.) Rövidebb kilábalást mutató szakaszok ellenére, összességében a gazdaság 2023 óta stagnált, amihez hozzájárult az EU-s források elmaradása is. A gazdasági stagnálás következtében növekvő államháztartási hiány miatt az állami kamatkiadások jelentősen növekedtek: 2023-ban a GDP 4,7%-át, 2024-ben pedig 4,9%-át tették ki (lényegében a kamatfizetések okozták a költségvetés hiányát). A 2022–23-ban kibontakozó negatív folyamatok egyrészt korlátozták a kormányzat mozgásterét, másrészt ürügyet is szolgáltattak arra, hogy a magas adósságteherrel lehetett indokolni azoknak a területeknek (köztük az egészségügynek) az alacsony részesedését a költségvetésből, amelyek nem tartoztak a kormány prioritásai közé. A gazdasági stagnálásnak a lakossági jövedelmekre és fogyasztásra gyakorolt negatív hatása, továbbá a közszolgáltatások (elsősorban az egészségügy, a közlekedés és a közoktatás) állapota miatt negatív közhangulat alakult ki a társadalomban. A *Policy Solutions* felmérése[414] szerint 2024 tavaszán a válaszadók 35%-a gondolta úgy, hogy a következő évben a személyes gazdasági helyzete romlani fog, 36%-a nem várt

414 Telex: Magyar Pétert alkalmasabbnak tartják az ország vezetésére a magyarok, Orbán Viktor a félelmekben és a háborúban bízhat.

változást és csupán 21%-ának volt pozitív a várakozása. Az Ipsos 2025. április végén-május elején végzett nemzetközi kutatása[415] szerint a magyarok 82%-a gondolta úgy, hogy rossz irányba halad az ország; továbbá az egészségügy, a korrupció és a megélhetéssel kapcsolatos problémák aggasztották legjobban a válaszadókat. A Tisza párt megjelenésével és megerősödésével az egészségügy a pártpolitikai küzdelmek témájává is vált.

Az egészségügy pénzügyi feltételei

Magyarországot az egészségügyi közkiadásoknak közel másfél évtizedes szigorú korlátozása után érte a COVID-19 járvány okozta sokk. A közkiadások reálértékének a 2010 és 2019 közötti éves átlagos növekedési üteme csupán 1,6% volt. 2020-ban és 2021-ben a COVID-19 járvánnyal kapcsolatos kiadásoknak, másrészt az orvosbérek (2021–22-ben történt) jelentős emelésének a hatására kiugró mértékben növekedtek az egészségügyi közkiadások (reálértékben 2020-ban 16%-kal, 2021-ben pedig 11%-kal[416]). Azonban ez csak átmeneti, tűzoltó jellegű feszültégcsökkentés volt, és nem tekinthető a korábbi kedvezőtlen trend megváltozására irányuló kormányzati szándék jelének. Amíg 2020-ban a kormány az államháztartás kiadásainak 12,4%-át, 2021-ben 11,7%-át allokálta az egészségügyre, addig 2022-ben már újra csak 9,1%-át, 2023-ban pedig 8,2%-át. Az egészségügyi közkiadások 2021-ben a GDP 5,3%-ára növekedtek, de 2022-ben már újra csak a 4,9%-át, 2024-ben pedig 4,8%-át érték el. A közkiadások reálértéke a járvány alatti átmeneti jelentős növekedés után 2022-ben 4,3%-kal csökkent, 2024-ben pedig 4,6%-kal alacsonyabb volt, mint 2021-ben. A 2020 és 2024 közötti időszak egészét tekintve: az egészségügyi közkiadások reálértéke 2024-ban 22,3%-kal haladta meg az 2019-es szintet.

A fejlesztési forrásokat tekintve, a 2021–2027-es EU-s költségvetési időszakban a Helyreállítási és Ellenállóképességi Terv (eredeti változata) alapján – amennyiben Magyarország teljesíti az EU-s források folyósításának feltételeit – összesen 1,3 Mrd EUR fordítódna egészségügyi fejlesztésekre, elsősorban az egészségügyi ágazat digitalizációjára (beleértve az időseket szolgáló egészségügyi távfelügyeleti digitalizációs programot), az egészségügyi infrastruktúra és felszerelések korszerűsítésére

415 https://24.hu/belfold/2025/06/08/aggodalom-egeszsegugy-inflacio-gazdasag-magyarok-ipsos-2025-majus/

416 Ezek az adatok – a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően – csak a folyó kiadásokat tartalmazzák, a beruházásokat nem. Így a COVID-19 járvány miatti beruházások (pl. lélegeztetőgépek beszerzése, járványkórház felállítása) ezen felüli kiadások voltak. (Az egészségügyi beruházásokat a folyó kiadásoktól elkülönítve külön soron közli a KSH: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0002.html)

és az alapellátás fejlesztésére. Az uniós kohéziós alapokból pedig 154 millió EUR jutna egészségügyi fejlesztésekre (European Commission et al., 2023).

11.2. A kormányzati egészségpolitika általános jellemzői

A fejezetben tárgyalt időszak két – egymást időben átfedő – szakaszra osztható: a járványkezelést célzó lépésekre és az egészségügy irányításának és az ellátórendszernek a további centralizációjára, miután a 2022-es választások után az egészségügyi ágazat a Belügyminisztérium (BM) irányítása alá került.

Az egészségügyi szakigazgatás előtt álló fő kihívások a járvány kezelése mellett a növekvő munkaerőhiány, a kórházak krónikus eladósodása, az ellátáshoz való romló hozzáférés (várólisták növekedése) és az egyre gyakoribbá váló működési zavarok, továbbá mindezek következtében a növekvő általános elégedetlenség voltak. Sokak számára nyilvánvaló volt, és a kormányzathoz közelálló szakértők is felhívták a kormányzat figyelmét arra, hogy ezeknek a problémáknak az orvoslására – az egészségügyi rendszer sajátosságai miatt – a 2010 után kiépített centralizált irányítás nem alkalmas (Gaál és Evetovits, 2023). Továbbá az előző fejezetben láthattuk, hogy a szakigazgatáson belül is voltak törekvések az irányítás módszereinek a módosítására: a 2019 végén elfogadott kormányhatározat[417] az ösztönzők szerepét kívánta erősíteni. A COVID-19 járvány kitörése ezt a próbálkozást azonban levette a napirendről.

A COVID-19 járvány váratlanul és felkészületlenül érte a fejlett világ kormányait és a nemzetközi szervezeteket is – annak ellenére, hogy a 2000-es évek elejétől több kutató és híres személyiség figyelmeztette a nemzetközi szervezeteket és kormányokat egy világjárvány kitörésének a kockázatára.[418] A járvány nálunk is felkészületlenül érte a kormányt, az egészségügyi adminisztrációt, a járványügyi szakembereket, és nem utolsósorban a társadalmat is. A járványnak és a hatásainak a kezelésére a kormány a szakmai, járványügyi megfontolásokon alapuló stratégia helyett „háborús stratégiát" alakított ki. (Ennek főbb elemeit a 11.3.2. alfejezet tárgyalja). Továbbá a kormányzat napirendjének első számú kérdésévé vált

417 1798/2019. (XII. 23.) Korm. Határozat egyes egészségügyi kérdésekről. https://njt.hu/jogszabaly/2019-1798-30-22

418 Jogosan vethető fel a kérdés, hogy a kormányok miért nem vették komolyan ezeket a figyelmeztetéseket, miért nem képeztek nagyobb tartalékokat védőeszközökből (hasonlóan az óriási fegyverkészletekhez).

– nem az emberi életek védelme, hanem – annak „bizonyítása”, hogy sikeresen „harcol” a járvány ellen. Azért az idézőjelek, mert az elmúlt évtizedekben kevés olyan történet volt, ahol ennyire nyilvánvaló lenne, hogy a tényleges kormányzati teljesítmény és a propaganda által generált lakossági percepció jelentősen eltérhet egymástól.

A 2022-es választások után az egészségügy irányítása átkerült a BM-hez. Az egészségügy hátrébb sorolódott, de nem került le a kormányzat napirendjéről. Elindult egy újabb átalakítási törekvés, aminek meghatározó eleme: az állam szerepének további erősítése és a centralizáció fokozása. Ez nem enyhítette, hanem inkább (más tényezőkkel együtt) tovább fokozta az egészségügy krónikus problémáit (munkaerőhiány, kórházak eladósodása, hosszú várólisták, működési zavarok, pl. kórházi osztályok váratlan, átmeneti kényszerű szünetelése stb.) A COVID-járvány alatt 2020–2021-ben az ellátás korlátozása miatt lecsökkent szolgáltatásvolumen 2025 közepéig sem érte el a 2019-es szintet[419] (Őri, 2025). A centralizáció fokozása összefüggött a kormányzat általános centralizációs, mindent kontrollálni igyekvő törekvéseinek a további erősödésével és az egészségügyi szakigazgatást egyre inkább eluraló téves szemlélettel arra vonatkozóan, hogy a centralizálás, adminisztratív ellenőrzés minél teljesebb körűvé tételével lehetséges az egészségügyi rendszer működésének a problémáit hatékonyan orvosolni. Ugyanakkor az egészségügyi kormányzat a döntések megvalósíthatóságát nem vizsgálta kellően; több olyan döntés is született, amit a kitűzött határidőre nem tudtak megvalósítani vagy az egész koncepción változtatni kellett (pl. a kórházak gyógyszertárainak egy projektcégbe centralizálása, az önálló szakrendelők államosítása, egyetlen cég alá centralizált állami laborhálózat kialakítása stb.).

Az ellátórendszerben 2020–21-ben hozott főbb kormányzati intézkedések:[420]

- Az orvosi bérek emelése összekötve a szolgálati jogviszony bevezetésével és a hálapénz törvényi betiltásával.
- Az alapellátásban a csoportpraxis bevezetése.
- Az egészségügyi szakdolgozók esetében 2020-2022 között többlépcsős béremelés történt (összesen kb. 64%-os); 2023 közepén pedig egy újabb 18%-os.[421] 2024-ben az inflációt követő emelés történt.

419 https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/az_elmaradt_igeretek_nyomaban# (2025. 12. 04).

420 2021-ben indult el az állami egyetemek „modellváltása” (közfeladatot ellátó közérdekű vagyonkezelő alapítvány által fenntartott felsőoktatási intézménnyé alakulása). A „modellváltás” hatása az egyetemi klinikai központok helyzetére nem képezi a könyv tárgyát.

421 Forrás: https://www.hrportal.hu/

A 2022-ben kezdődött új kormányzati ciklus alatti főbb törekvések és intézkedések a következők voltak:

- Az egészségügy irányítása a Belügyminisztériumhoz került.
- Az alapellátásban a kormányzat szerepének erősítése, az önkormányzatok szerepének további csökkentése: a praxiskijelölés jogának elvétele az önkormányzatoktól, az ügyeleti rendszernek az Országos Mentőszolgálat alá szervezése, a (korábban az önkormányzatokhoz tartozó) védőnői ellátásnak a megyei kórházak irányítása alá helyezése.
- Az ápolási ágyak átadása a szociális szektornak: a tartós ápolás-gondozás területén kialakított szakápolási központoknak (csak részlegesen valósult meg).
- A szakellátásban: a városi kórházak irányításának megyei szintű centralizálása a megyei irányító kórházakhoz. A tervek között szerepelt (de 2025 közepéig nem valósult meg) a megyei rendszeren belüli struktúraátalakítás, továbbá az irányító kórházak által kialakítandó ellátásszervezés.
- Döntés született az OKFŐ irányítása alá tartozó kórházak gyógyszertárainak a centralizálásáról és egyetlen projektcég általi működtetéséről.[422] 2025 közepéig ez az elképzelés még nem valósult meg.
- A kormányzat célul tűzte ki a még önkormányzati tulajdonban lévő (kórházakhoz nem tartozó) rendelőintézetek államosítását is. Ezt a koncepciót azonban módosította.
- A Járóbeteg Irányítási Rendszer (JIR) bevezetése.
- Az OKFŐ irányítás alá tartozó kórházak infrastruktúrája fenntartásának az országos centralizálása: a Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóság (KEF) hatáskörébe helyezése.
- A kormány törekedett a közfinanszírozott ellátás nyújtásából kiszorítani a magánszolgáltatókat a laborszolgáltatások és a CT-MRI-szolgáltatások esetében. (Ez a törekvés csak részlegesen valósult meg.)
- 2022-ben döntés született arról, hogy az OKFŐ alá tartozó kórházaknak át kell állniuk a kormány által létrehozott Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ rendszerére 2025 végéig.[423] 2025 decemberéig ez az intézményeknek csak kb. 50%-ában valósult meg (Király, 2025).
- A kormány pótlólagos forrásokkal törekedett a várólisták csökkentésére.

422 33/2024. (II. 22.) Korm. Rendelet az egységes intézeti gyógyszertári szolgáltatásról (Megjegyzés: ez a megoldás, mint lehetőség már a 2006. évi XCVIII. törvényben szerepelt.)

423 Ez lényegében a kórházi informatikai rendszerek piacának a felszámolására vonatkozó döntést jelentett.

- 2025-ben lényeges, pozitív (de nem problémamentes) változások történtek az intézmények finanszírozásában (a teljesítményfinanszírozási módszerek alapdíjainak az emelése, a szakmafedezeti szorzók bevezetése a HBCS-finanszírozásba; az adósságrendezés új módszere) (Ivády, 2025; Őri, 2025).
- 2025. január 1-jén 10 kórház bevonásával elindult a teljesítményfinanszírozás paramétereinek a revíziójához alapfeltételt jelentő esetszintű ráfordításgyűjtés (Őri, 2025).

Összességében: a kormányzati tervek és intézkedések céljaikat, eszközeiket és megvalósításuk módját tekintve is ellentmondásosak voltak. A változtatások egy részének az általános célja adekvát volt (pl. háziorvosi csoportpraxis), de hiányoztak a részletes szakmai koncepciók és/vagy az ösztönzők, aminek következtében nem eredményezték a remélt változásokat. Az intézkedések másik csoportja esetében a célok is elhibázottak voltak (pl. védőnői rendszer elvétele az önkormányzatoktól, szakrendelők államosítása stb.). Az intézkedések egy részével (pl. a CT-MRI-államosítás, az országos laborhálózat kialakítására való törekvés stb.) kapcsolatban az a kérdés is felvethető, hogy a szűkös pénzügyi erőforrásokat célszerű volt-e ezekre az intézkedésekre fordítani, nem eredményezhettek volna-e nagyobb javulást, ha az ellátás más, égetőbb problémáira fordította volna azokat a kormányzat. Hasonló kérdés felvethető az egészségügyi adminisztráció szakmai kapacitásaival kapcsolatban is. Gaál (2024) szerint: „*Rendszerszintű koherenciát biztosító világos jövőkép hiányában az egészségpolitikai programalkotást egy-egy részterülettel foglalkozó változtatási javaslatok dominálják, a megvalósítás során kibukó hibákra pedig az ellenőrzés erősítése a válasz*" (Gaál, 2024. 123).

A forráshiány, munkaerőhiány és az inadekvát egészségügyi kormányzás következtében a rendszer a fokozódó szétesés jeleit mutatta. A MOK akkori titkára szerint[424] „*[…] recseg-ropog a közellátás teljes rendszere. Csendesen szűnnek meg, zárnak be meghatározatlan időre osztályok, részlegek, műtők. […] A bezárások, szünetelt működések indokai változatosak: CT-karbantartás, műtőfelújítás, klíma- vagy liftszerelés, átszervezés, költözés zajlik. Ezek egy része természetesen valós tevékenység. Igen jelentős része azonban fedősztori. […] A valódi okok ugyanis kevésbé változatosak: leggyakrabban egyszerű dolgozói létszámhiányról van szó. […] A gyógyítás azonban mostanra technikai és csapatsporttá vált: hatékonyan dolgozni csak teljes teamek, megfelelő, jól karbantartott felszerelés, megfelelő képzettség és munkamorál birtokában tudnak.*"

A fejezet további része a COVID-19 járvány kezelésének jellemzőit foglalja össze, utána a fent felsorolt kormányzati törekvések és intézkedések egy részét elemzi.

424 https://mok.hu/realitas/cikk

11.3. Kormányzati válaszok a COVID-19 járványra

A COVID-19 járvány által előidézett sokkhatás és az egészségügyi rendszerre, a gazdaságra, oktatásra és a társadalomra gyakorolt szerteágazó hatásai, továbbá a gyors reagálás szükségessége (nagyfokú bizonytalanság körülményei között) súlyos kihívást jelentett – világszerte és nálunk is – a kormányzatok, a járványügyi intézmények, a tudományos kutatók, az egészségipar, a gazdasági szereplők, az oktatási intézmények, a média, a kisközösségek, családok és egyének számára is. Ezek az intézmények nagyon különböző módon és mértékben küzdöttek meg a kihívásokkal.[425] A kutatási intézmények szokatlan gyorsasággal és óriási energiával alakítottak ki együttműködéseket nálunk is – többek között – a COVID-19 vírus lehetséges ellenszereinek a vizsgálatára, a járvány lefolyásának az elemzésére, modellezésére. A járványnak a magyar gazdaságra, társadalomra, oktatásra gyakorolt szerteágazó hatásairól (gazdasági visszaesés, a munkakörülmények radikális változása, a társadalmi kapcsolatok beszűkülése, a szabadságjogok szigorú korlátozása, oltásellenesség stb.) több összefoglaló kötet is készült (Fokasz, Kiss és Vajda, 2020; Horn és Bartal, 2022; Csurgó és Kovách, 2023a; Csurgó és Kovách, 2023b). Ez az alfejezet csak a kormány járvány elleni védekezésének néhány aspektusával foglalkozik.

11.3.1. A COVID-19 járvány főbb nemzetközi és hazai adatai

A COVID-19 vírus miatti első halálesetekről Kínából már 2019 decemberében érkeztek a hírek, azonban a WHO késlekedett a helyzet súlyosságának a felismerésében. A WHO csak 2020. január 30-án deklarálta a nemzetközi horderejű közegészségügyi szükséghelyzetet, és csak március 11-én minősítette világjárványnak a COVID-19 vírus terjedését. 2023 tavaszáig egymást követték a vírus variánsai és az újabb járványhullámok. A WHO 2023 május. 5-én deklarálta a világjárvány végét. A Worldometers adatai[426] szerint globális szinten 704,8 millió esetet és 7,01 millió COVID-19 okozta halálozást regisztráltak. A járvány kezdetétől 2024. április 12-ig (a legutolsó adatközlés időpontjáig) a földrajzi értelemben vett Európában 253,4 millió esetet és 2,1 millió halálozást regisztráltak. Mindkét indikátor esetében nyilvánvalóan eltér ezektől az adatoktól a tényleges esetek száma, mivel

425 Például rendkívül rövid idő alatt sikerült védőoltást kifejleszteni és a nagytömegű gyártást megoldani. Paradox módon ugyanakkor a társadalmakban felerősödött a tudomány megkérdőjelezése és az oltásellenesség.

426 https://www.worldometers.info/coronavirus/;

sokan orvoshoz fordulás nélkül vészelhették át a fertőzést; továbbá az egyes országok gyakorlatában eltérések lehettek abban, hogy milyen esetben minősítettek egy halálesetet COVID-19 miatti halálesetnek. Ezért a járvány hatásának elemzéséhez és az egyes országok összehasonlításához megbízhatóbbnak tekinthetjük a többlethalálozás adatait. Magyarországon a Worldometers adatai[427] szerint a járvány kezdetétől 2023. május 5-ig 2 201 824 regisztrált COVID-19 eset és ebből 48 849 halálozás következett be. A honlapon 2024. április 12-i a legutolsó Magyarországra vonatkozó adat: 2 230 232 eset és 49 048 halálozás. Az 1 millió lakosra jutó halálozás a járvány kitörése és 2024. április 12. között 5106 volt. Ez az EU-ban (Bulgária után) a második legrosszabb érték volt, a földrajzi Európa esetében is csak Izland és Belarusz adatai voltak kedvezőtlenebbek. Jelentősek voltak a koronavírus-halálozás társadalmi egyenlőtlenségei. Páget et al. (2024) járási szintű adatokat elemezve kimutatták, hogy a COVID-19 miatti halálozás azokat a járásokat érintette különösen súlyosan, ahol magas volt az idősek, az alacsony jövedelműek és a rossz egészségi állapotú emberek aránya.

A többlethalálozást[428] tekintve a járvány kitörésétől 2022 végéig 44 940 többlethalálozás következett be, ez 1 millió lakosra 4603 többlethalálozást jelent. Ez az EU-ban a legjobb helyzetű Svédország adatának (960) a 4,8-szerese, Dánia adatának 2,4-szerese volt.[429] Ugyanakkor Magyarország a posztszocialista országok között a relatíve kedvezőbb helyzetűek közé tartozott a többlethalálozást tekintve.

11.3.2. Szakmai helyett „háborús” stratégia

A járvány elleni fellépés egyik opciója (elvileg) az lehetett volna, hogy a kormányfő elsősorban az egészségügyi, járványügyi szakemberekre építi a járvány elleni stratégia kialakítását és a védekezés egészségügyet érintő területeinek a menedzselését is. Ennek azonban hiányoztak a feltételei: egyrészt a politikai szándék, másrészt az erre a szerepre alkalmas egészségügyi vezetők. A kormányfő a Koronavírus-járvány Elleni Védekezésért Felelős Operatív Törzs vezetőjének a belügyminisztert nevezte ki; az EMMI-miniszter és az egészségügyi államtitkár „láthatatlanná vált”,

427 https://www.worldometers.info/coronavirus/country/hungary/

428 A Covid–19-járvány egészségi állapotra gyakorolt hatásának kiemelt mutatója a többlethalálozás, ami a 2015-2019 közötti öt év átlagához viszonyított teljes halálozási többletet mutatja, azaz nemcsak a Covid–19 miatt közvetlenül, hanem a közvetve okozott növekményt és egyéb esetleges hatásokat is. (Ld. 2. fejezet.)

429 Adatok forrása: OECD Data Explorer adatai alapján végzett számítások.

a tisztifőorvosnak pedig lényegében szóvivői szerep jutott. A szakmai, járványügyi megfontolásokon alapuló stratégia helyett a kormány „háborús stratégiát" alakított ki. Ennek főbb elemei a következők voltak: a 2020 márciusában kihirdetett veszélyhelyzet állandósítása, a járvány elleni védekezést irányító (előbb említett) kormányzati struktúra, a gazdasági és politikai szempontoknak a járványügyi szempontok elé helyezése, a szakmai mérlegelést nélkülöző, de az erő/határozottság látszatát keltő hirtelen döntések,[430] a kormány kommunikációjának és a kormányzati propagandának a háborús nyelvezete, a transzparencia hiánya (a problémák, a valós helyzet eltitkolása a közvélemény előtt), továbbá a kritikus véleményeket megfogalmazókat ellenségeknek (a járvány elleni védekezést akadályozóknak) minősítése.

A kormány a járványnak a kezdeti bagatellizálása, majd a járvány magyarországi megjelenését követő néhány napos hezitálás után 2020. március 11-én szigorú központi korlátozó (nem-farmakológiai) intézkedéseket[431] hozott, amelyeknek köszönhetően sikerült a járvány első hullámát elfojtani. Az első járványhullám sikeres menedzselése után 2020 nyarán lett volna idő szakmai stratégia kialakítására. Ehhez számos szakmai feltétel és előzmény állt rendelkezésre: a szakemberek számára közismertek voltak a WHO általános szakmai irányelvei a járványok elleni védekezésre és a járvánnyal való megküzdésre;[432] továbbá a járvány kontrollálásának ún. „Keresés–tesztelés–nyomon követés–elkülönítés és támogatás" stratégiája (Rajan, Cylus, Mckee2020).[433]

2020 nyarán azonban nem indult el a szakmai stratégia kidolgozása és ehhez szükséges kapacitások fejlesztése (pl. tesztelési kapacitások, kontaktkutatás informatikai eszközei stb.). Az ÁNTSZ – előző alfejezetben tárgyalt – szétverése

430 Pl. a lélegeztetőgép-beszerzések, a kínai és orosz vakcinák beszerzése, a kórházi ágyak 2020 tavaszán történt kiürítése stb.

431 Határellenőrzés visszaállítása, beutazások korlátozása, oktatás felfüggesztése (távoktatás bevezetése), tömegrendezvények megtiltása, nem sürgős orvosi ellátás felfüggesztése stb.

432 A szakmai ajánlások szerint a járványok elleni védekezés és a járvánnyal való megküzdés fő elemei: folyamatos készültség (a járványmentes időszakban: készletgazdálkodás, tartalékképzés és ismeretterjesztés), korai felismerés és figyelmeztetés, gyors reagálás lehetőség szerint a járvány terjedésének megállítása, és ha az nem lehetséges, akkor az enyhítése érdekében (beleértve a közösségi szintű korlátozó intézkedéseket), a járvány terjedésének folyamatos figyelemmel kísérése *(surveillance)*, a megbetegedések ellátása, továbbá a transzparens, a lakosságnak és az egészségügyi dolgozóknak a járvány elleni küzdelembe való aktív bevonását is szolgáló kommunikáció.

433 *Find, Test, Trace, Isolate and Support (*FTTIS): A FTTIS alapvető elemei: *„az országba beutazók karanténja és az esetek feltárására szolgáló szűrés; az ismételt tesztelés a téves diagnózisok minimalizálása érdekében […] a meghosszabbított karanténidőszak, valamint a digitális eszközök használata a kontaktkövetéshez és az önkéntes karanténhoz. Támogatás az önkéntes karanténban/karanténban lévő személyek mentális vagy fizikai egészségéhez és megélhetéséhez"* (Chung, Marlow és Tobias et al., 2021).

következtében hiányzott a hatékony járványügyi szervezet és a járvány menedzselésére alkalmas egészségügyi vezetők. Ezen azonban lehetett volna változtatni – a kormányzati intézményeken kívüli különböző intézményekben dolgozó szakemberek bevonásával. A döntő tényező azonban az előbb vázolt háborús stratégia volt, amelyre az volt jellemző, hogy az adott pillanat problémájára gyorsan és határozottan reagáló – a körülmények, következmények sokoldalú átgondolása, erre alkalmas szakértők általi javaslat megrendelése helyett – ad hoc döntések születtek.

A teljes képhez hozzátartozik, hogy a járvány kitörése után, 2020 tavaszán az Operatív Törzs még igénybe vette független szakemberek (epidemiológusok, virológusok, infektológusok, adatelemzéssel és modellezéssel foglalkozók) véleményét, beleértve a védekezés tervezését és a korlátozások enyhítését is. Azonban ezt az együttműködést a kormány nem formalizálta, (nem hozott létre tudományos tanácsadó testületet az Operatív Törzs támogatására). Továbbá a későbbiekben kevésbé vette figyelembe ezeknek a szakembereknek a véleményét és a gazdasági és politikai megfontolások felülírták a szakértők javaslatait (Sagan et al., 2022).

A védekezés számos szakmai kérdésében bizonytalan és ellentmondásos volt a kommunikáció. A járvány kitörésekor nem csak nálunk voltak eltérő vélemények a maszkviselésről és a tesztek végzéséről. A nemzetközi színtéren azonban viszonylag hamar domináns nézetté vált, hogy célszerű a széles körű – a betegek vizsgálata mellett a kontaktuskutatásra és szűrésre irányuló – tesztelés; és sok esetben előírt gyakorlattá vált a maszkviselés. Ezzel szemben a tisztifőorvos 2020 márciusában azzal a kijelentéssel lepte meg a közvéleményt, hogy nincs szükség több tesztre, mert „a teszt nem gyógyítja a betegséget”. Április közepén azonban már a tesztek növelését hangsúlyozta. A maszkviselést kezdetben kifejezetten feleslegesnek tartotta: „az egészséges embereknek felesleges maszkot viselnie”. Miközben nyilvánvalóan senki nem lehetett biztos benne, hogy nem hordozza-e a vírust.

A szakmai alapokon nyugvó járványkezelés hiányának egyik következménye a problémákra és a várható újabb járványhullámokra való késői reagálás volt. A járvány kezdetén a védőfelszerelések beszerzésében és elosztásában, a széles körű tesztelés rendszerének a kialakításában mutatkozott késlekedés.[434] Későn reagált az Operatív Törzs az idősotthonok speciális helyzetére is. Más országok tapasztalataiból tudni lehetett, hogy az idősotthonok potenciális gócpontot jelentenek. Csak több idősotthonban történt fertőzés nyilvánosságra kerülése után, április 3-án tette

434 Amikor január 24-én Európában (Franciaországban) azonosították az első koronavírusos esetet, hiányzott az a szakmailag felkészült és döntési hatáskörrel rendelkező tisztifőorvos, aki – a „legrosszabb esetre” való felkészülésként – elindíthatta volna a védőeszközök beszerzését. Márciusban pedig a kormányzat még a Kínából való beszerzéseket is később kezdte el, mint a szomszédos országok.

közzé a NNK a bentlakásos szociális intézmények járványügyi feladataira vonatkozó eljárásrendet. Az idősotthonokban lakók tesztelésére pedig csak április közepén született meg a kormány döntése.

A járvány magyarországi megjelenése után a 2020. márciusában hozott szigorú központi korlátozó intézkedéseknek köszönhetően a járvány első hullámát sikerült elfojtani, ezután azonban a következő járványhullámok esetében többségében megkésettek, a szükségesnél enyhébbek voltak a kormányzati intézkedések (Horváth et al., 2022). Ehhez több tényező járult hozzá. A márciusban hozott szigorú korlátozásoknak súlyos negatív gazdasági hatásai voltak, továbbá az intézkedések kezdeti lakossági támogatottsága is csökkent az idő előrehaladtával. A társadalom jelentős részében az első hullám viszonylag kedvező halálozási adatai azt a téves vélekedést idézték elő, hogy túlzottak voltak az alkalmazott eszközök. 2020 őszén a járványhullám elindulása ellenére a kormány a gazdaság működésének adott prioritást. A kontrollálatlan járvány nagy megterhelést jelentett az egészségügyi ellátórendszerre, különösen a kórházakra. A kormány nem hozott korlátozó intézkedéseket *„egészen addig, amíg a járvány pusztítását egyre jobban megérző vidéki körzetek fideszes képviselői zúgolódni nem kezdtek […] és már a belső méréseik is azt mutatták, hogy az emberek jobban félnek a betegségtől, mint a munkahelyük elvesztésétől”*.[435] Amikor a kormány meghozta 2020. november 11-én a korlátozó intézkedéseket, az esetek száma már magas volt, és nehéz volt korlátozni a járvány terjedését. A kormányzati késlekedés megismétlődött a harmadik és a negyedik járványhullám esetében is, amihez a társadalom körében növekvő pandémiás fáradtság is hozzájárult.

11.3.3. Védőoltások: illúziók és realitás

2020. december végén váltak elérhetővé a védőoltások, meghatározott oltási sorrend szerint.[436]

Az oltások elérhetővé válása alkalmat adott a kormánynak, hogy a további védekezés felelősségét áthárítsa az egyénekre: a kommunikáció középpontjába az „oltásalapú” védekezés került. A kormányzati kommunikációnak az volt az üzenete, hogy a kormány az oltások beszerzésével és megszervezésével mindent megtett,

435 https://www.direkt36.hu/orbant-megriasztotta-egy-varatlan-adat-ezert-is-lett-teljesen-mas-az-oszi-jarvanykezeles/ (2021. 01. 22).

436 Először az egészségügyi dolgozók, a szociális intézményekben lakók és dolgozók, majd a 60 év felettiek és krónikus betegek jutottak oltáshoz.

a továbbiakban már egyéni felelősség az oltás felvétele. Ez a szemlélet is hozzájárulhatott, hogy a kormány nem fordított erőfeszítéseket a hatékony szűrés, tesztelés és kontaktkövetés rendszerének a kialakítására.

2021. elejétől széles körben elérhetővé váltak az oltások: az EU által törzskönyvezett Pfizer–BioNTech, Moderna AstraZeneca, Janssen és az EU-ban csak Magyarországon törzskönyvezett kínai Sinopharm és orosz Szputnyik V. A vakcinabeszerzés is politikai kérdéssé vált. A kormány minél előbb gyors eredményt akart elérni az átoltottság területén, ezért az EU közös beszerzésből várható vakcinák mellett az orosz és kínai forrásból való beszerzés mellett döntött. A kormány nyomására a Szputnyik V vakcinát a szakértők aggályai ellenére hagyta jóvá a gyógyszerhatóság. A kínai vakcina esetében a kormány az engedélyezést kivette az egészségügyi szakemberek kezéből, és rábízta a külügyminiszterre. A kínai vakcinával oltott 60 évesek 25%-ánál egyáltalán nem termelődött koronavírust semlegesítő antitest, a 80 év felettieknél pedig ez az arány már az 50%-ot is elérte.[437]

2021 tavaszán a lakosságnak kb. 60%-a védőoltásokból legalább egy dózist megkapott, ami akkor meghaladta az EU-átlagot. Az első oltási hullám sikere nemcsak a miniszterelnökben váltott ki túlzott optimizmust, hanem 2021 májusában a Semmelweis Egyetem rektora (az oltás plakátokon megjelenő arca) is azt nyilatkozta: „*Nem lesz negyedik hullám, se most, sem pedig szeptemberben. Nem tud egy olyan mutáció kialakulni, ami Magyarországon ismételt járványt okozzon, mert nagyon magas az átfertőzöttség, és nagyon magas az átoltottság is*[438] Ezt több immunológus is vitatta, akik felhívták a figyelmet arra, hogy nem az a kérdés, hogy lesz-e negyedik hullám, hanem hogy mennyire lesz súlyos.

2021 szeptemberétől el is indult a járvány negyedik hulláma. A korábbi két járványhullámhoz hasonlóan, mivel a kormány nem hozott korlátozó intézkedéseket, a járvány nagy erővel terjedt. 2021 október közepén szakértők egy csoportja nyílt levéllel[439] fordult a médián keresztül a lakossághoz és a kormányhoz is. Javaslatuk lényege a társadalom felé a maszkhasználat és az oltás felvétele, a kormány felé pedig, hogy tegye kötelezővé maszkhasználatot minden nyilvános zárt térben, és mindenütt, ahol nem lehet megfelelő távolságot tartani, továbbá tiltsák meg tömegrendezvények tartását. Továbbá hozzon létre ingyenes tesztelési pontokat

437 https://nepszava.hu/3144656_felelotlen-vakcinakiserlet-reszletes-tanulmany-bizonyitja-hogy-hiba-volt-az-idoseket-kinaival-oltani

438 https://medicalonline.hu/cikk/merkely_allitja__nem_lesz_negyedik_hullam__es_2022_re_covid_sem (2021. 05. 21).

439 https://magyarnarancs.hu/katasztrofa/szigorubb-jarvanyugyi-szabalyokat-surgetnek-a-szakertok-243009 (2021. 10. 27).

és növelje a kontaktkutatást. A járványügyi adatokat rendszeresen, további feldolgozásra alkalmas módon hozza nyilvánosságra a kormány. Hangsúlyozták: „*Csak a semleges szakértők által megerősített járványadatokra épülően alakítható ki az a társadalmi bizalom, amely elengedhetetlen a járványkezelés sikeréhez, az átoltottság növeléséhez.*" Egy hónappal később, 2021. november közepén a Magyar Orvosi Kamara fordult hasonló javaslatokkal a közvéleményhez és a kormányhoz. [440]

Az ECDC Vaccine Tracker[441] 2023. 10. 05-re vonatkozó adatai szerint a magyar lakosság átoltottsága lényegesen elmaradt az EU/EEA-átlagtól. Az első oltást[442] felvevők aránya az EU/EEA-átlagot tekintve 73%, Magyarország esetében 63,2% volt. Az első emlékeztető oltás esetében 54,8 és 39,8%, a 2. emlékeztető oltás esetében pedig 14,7 és 4,3% voltak EU/EEA és a magyar arányok. [443] Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy a posztszocialista országok között csak Csehország, Lettország, Litvánia adatai voltak kedvezőbbek, Észtországé hasonló, a többi országé pedig mind alacsonyabb volt a magyar aránynál, továbbá egyetlen posztszocialista ország sem érte el az EU/EEA-átlagot.

11.3.4. „Háborús" döntések az ellátórendszerben – a következmények mérlegelése nélkül

A kórházak irracionális centralizációja és az egészségügyi ellátórendszernek központi utasításokon alapuló irányítása már „békeidőben" felszámolta a döntések szakmai előkészítésének (beleértve a megvalósíthatóság elemzését is) a szabályozott fórumait és folyamatait, ezzel növelve az átgondolatlan, következményeket nem mérlegelő döntéseknek a kockázatát. Ez utóbbira jellemző példa volt az EMMI-miniszter 2020. április 7-i utasítása, amelyben minden kórházat arra szólított fel, hogy nyolc napon belül az ágyaiknak a 60%-át (országosan összesen 36 ezer ágyat) szabadítsák fel a koronavírussal fertőzöttek ellátására. A döntéshozatal módját jellemezte az is, hogy az EMMI saját, március végén közreadott dokumentuma még a probléma más megoldását vázolta: *A 2020. évben azonosított új koronavírus (SARS-CoV-2) okozta*

440 https://nepszava.hu/3138273_lepjenek-vegre-fekre-keri-a-magyar-orvosi-kamara (2021. 11. 17).

441 COVID-19 Vaccine Tracker | European Centre for Disease Prevention and Control

442 Standard primary course

443 https://semmelweis.hu/esk/2024/08/07/a-covid-19-vilagjarvany-3-5-hullama-soran-a-vedooltasi-ajanlasok-el-nem-fogadasanak-meghatarozo-tarsadalmi-gazdasagi-tenyezoi-es-okai-magyarorszagon/

fertőzések (COVID-19) megelőzésének és terápiájának kézikönyve[444] című szakmai anyag tervek készítését írta elő az izolációs kórteremmé alakítható helyiségekre, a bennük található ágyak számára és a nem izolált betegek más egészségügyi intézménybe vagy otthoni ápolásba való áthelyezésének előfeltételeire. A médiában is számos szakember hangsúlyozta, hogy a járvány adott stádiumában (április 5-én a beazonosított fertőzöttek száma összesen 733 volt) a kórházaknak elégséges lett volna intézkedési terveket készíteniük a kórházi ágyak felszabadítására – a járvány lefolyásának lehetséges szcenárióit figyelembe véve. Az intézkedést övező nagy médiafigyelem és jelentős lakossági felháborodás is hozzájárulhatott ahhoz, hogy a kormányfő nem csak a járvány elleni védekezést, hanem az egészségügyi rendszer egészének működtetését is kivette az illetékes EMMI-miniszter irányítása alól, olyan módon, hogy ne kelljen nyilvánosan és egyértelműen elismernie, hogy az EMMI-miniszter alkalmatlan volt a feladatára. A miniszter leváltása helyett a kormány – az ÁEEK jogutódaként 2021. január 1. hatállyal – létrehozta az Országos Kórházi Főigazgatóságot[445] (OKFŐ); továbbá a kormány rendelete alapján veszélyhelyzetben az OKFŐ-t az Operatív Törzs vezetőjeként kijelölt rendészetért felelős miniszter irányította.

Az ellátás nagymértékű korlátozása[446] negatívan hatott a betegellátás számos területére. Miközben a járvány növelte a mentális problémákat, *„a pszichiátriai intézményeket – és szakorvosaikat – jelentős részben a COVID-19-ellátásba szervezték át”* (Bárdits, 2022. 31).

A kielégítetlen szükséglet aránya a járvány első évében nálunk volt a legmagasabb (a válaszolók 35%-a) az erre vonatkozó adatot közlő 22 OECD-országot tekintve. Továbbá a műtéti várakozási idő jelentősen növekedett 2019-hez képest: például a csípőprotézis-műtétnél 105-ről 162 napra (OECD, 2021).

11.3.5. A transzparencia hiánya

A transzparencia hiánya 2010 óta a kormány működésének általános, 2014 után erősödő jellemzője volt, amit felerősített a járványkezelés háborús stratégiája.

444 https://koronavirus.gov.hu/sites/default/files/sites/default/files/imce/magyar_koronavirus_kezikonyv.pdf

445 506/2020. (XI. 17.) Kormányrendelet

446 A halasztható műtéteket és beavatkozásokat, így az egynapos sebészetet és a szűrővizsgálatokat több alkalommal és több hónapig szüneteltették (pl. 2020 márciusában két hónapra, majd 2020 novembere és 2021 májusa között felfüggesztették (Bárdits, 2022).

A transzparencia hiánya – a járványra vonatkozó kormányzati kommunikációt tekintve – magában foglalta: az információhiányt, az adatok titkosítását, a nyilvánosan elérhető elemzések hiányát.

A kormány kommunikációjának – és fő elemeként a naponta tartott sajtótájékoztatóknak – a fő üzenete az volt, hogy a kormány ura a helyzetnek, sikeresen kezeli a járványt; a kritikus vélemények a járvány elleni harc sikerét veszélyeztetik. A problémákról a kormánymédia nem adott hírt, a kórházaknak pedig megtiltották, hogy a médiának a felügyeleti szervük (ÁEEK/OKFŐ) engedélye nélkül információt szolgáltassanak. A kormány önálló honlapot hozott létre a koronavírussal kapcsolatos kommunikációra. Ezen (egy idő után) a járványnak a legfrissebb főbb adatait naponta közölte a kormány – azonban nem közölt semmilyen trendet (táblázatot, grafikont), elemzést a járvány menetére vonatkozóan. A honlap hírek rovatában többször előfordult, hogy politikai célokat (pl. az Európai Bizottság kritikája stb.) szolgáló híreket közöltek, amelyeknek semmi köze sem volt a járványkezeléshez.

Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) korábbi vezető szakértője (Balkányi László) így jellemezte a kormányzati kommunikációt:[447] *„Nincs átlátható, elhihető tájékoztatás, becslés a napi fertőzöttek számáról, területi megoszlásáról. Ennek alapvető oka, hogy a kormány sem tudja ezt, a kevés tesztelés és nyomonkövetési kapacitás miatt. Ezt világosan jelzi az ingadozóan nagyon magas pozitív tesztelési arány, ami jóval a WHO-ajánlás és többi európai ország arányai fölött van. Nincs átlátható, elhihető adat a kórházi esetek területi és súlyossági megoszlásáról sem, csak a »lélegeztetettekről«. De nem tudjuk sem az intenzív osztályon kezeltek számát, sem a túlélést, sem a kezelés hosszának változását stb. […] Gyakorlatilag vakon repülünk."* A szakemberek körében széles körű egyetértés volt abban, hogy az információhiány, a társadalom nem megfelelő tájékoztatása károsan érintett a járvány elleni védekezést is (Ferenci, 2021).[448] Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a közvélemény a független médiából és nemzetközi forrásokból is széles körű információhoz juthatott.

A kormányzás transzparenciájának és a számonkérhetőségének a hiányát is tükrözi a COVID-19 járvány kezeléséhez kapcsolódó több beszerzés is.[449] Ezeket a független média[450] már a járvány időszaka alatt és utána is figyelemmel kísérte (pl. a lélegeztető gépek és a vakcinák beszerzését, a maszkok és gyorstesztek

447 https://www.szabadeuropa.hu/a/tajekoztatas-kormany-oltas-vakcina-koronavirus/31126304.html

448 https://research.physcon.uni-obuda.hu/COVID19MagyarEpi/

449 https://atlatszo.hu/kozpenz/2023/01/02/53-millios-a-havi-rezsije-a-kiskunhalasi-jarvanykorhaz-egy-eve-ures-epuletegyuttesenek/

450 Többek között az *Átlátszó, Direkt36, G7, HVG, Magyar Narancs, Népszava* stb.

beszerzését stb.). Az alábbiak csak a lélegeztető gépeknek a beszerzésére térnek ki. A magyar kormányzati szervek 2020 szeptemberére több mint 20 ezer lélegeztetőgépet szereztek be.[451] Több év távlatából is érthető, hogy az Olaszországból érkező döbbenetes képek hatására a kormány el akarta kerülni, hogy nálunk is olyan helyzet alakuljon ki, hogy valakit nem tudnak lélegeztetőgépre tenni. Az is érthető, hogy a szakemberek különböző becsléseket adtak. A kormányfő által deklarált 7500-8000 darabról a szakemberek egy része jelezte, hogy a várható betegszámhoz viszonyítva túlzottak voltak, másrészt nem volt elég szakember a működtetésükhöz.[452] Még ehhez a számhoz képest is nehezen indokolható a 20 ezer körüli szám, illetve egyes konkrét beszerzések. A magyar kormányszervek között is jelentős különbségek voltak. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) 2481 darab lélegeztetőgépet vett, nagy és ismert szakmai cégektől 26,7 Mrd. Ft-ért (10,8 millió forintos átlagáron). A KKM 16 ezer gépet vásárolt, 300 Mrd Ft-ot meghaladó összegért, *„főként ismeretlen, frissen alakult, parányi vagy az egészségüggyel egyáltalán nem foglalkozó”* cégektől (20 millió forintos átlagáron).[453] A nemzetközi kereskedelmi adatok szerint az egész EU-ban a KKM kötötte a legrosszabb üzleteket. 2020 áprilisában például Olaszországnál több mint tízszer, Németországnál pedig ötvenszer magasabb összeget fizetett egy gépért. [454]

11.4. Az egészségügyi szakigazgatás „militarizálása”

2020–2021-ben az egészségügyi szakigazgatás sajátos átalakítása ment végbe. Ahogy korábban már volt szó róla, a kormányfő nemcsak a járvány elleni védekezést, hanem az egészségügyi rendszer egészének működtetését is kivette az illetékes EMMI-miniszter kezéből, de a minisztert meghagyta a posztján. A 2021. január 1-jén (az ÁEEK átalakításával) létrejött Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) a belügyminiszter felügyelete alá került. Az OKFŐ hatásköre lényegesen szélesebb körre terjedt ki, mint az ÁEEK korábbi feladatai; lényegében a hiányzó egészségügyi minisztériumnak is lehetett tekinteni. Például a nevével ellentétben nemcsak

451 Az *Átlátszó* (atlatszo.hu) részletesen feldolgozta a lélegeztetőgépek beszerzésének a történetét.

452 https://www.direkt36.hu/a-kormany-dicsekedett-a-lelegeztetogepek-vasarlasaval-megis-ok-kotottek-a-legrosszabb-uzletet-kinaval-az-egesz-eu-bol/

453 https://g7.hu/kozelet/20200714/az-allami-korhazellato-feleannyiert-vett-kozel-2500-lelegeztetogepet-mint-a-kulugy/ (2020. 07. 14).

454 https://www.direkt36.hu/a-kormany-dicsekedett-a-lelegeztetogepek-vasarlasaval-megis-ok-kotottek-a-legrosszabb-uzletet-kinaval-az-egesz-eu-bol/ (2020. 08. 27).

a kórházak irányítása tartozik az OKFŐ alá, hanem az egész ellátórendszeré, beleértve a prevenciót és alapellátást. A 2022. évi választásokig, illetve az új kormányzati struktúra kialakításáig a belügyminiszter és az EMMI-miniszter viszonya, hatásköre, továbbá az EMMI Egészségügyi Államtitkárság és az OKFŐ egymáshoz való viszonya tisztázatlan volt, de a belügyminiszter lényegében átvette az egészségügy irányítását az EMMI-minisztertől.

A belügyminiszter tényleges irányító szerepét mutatja, hogy ő hozta létre azt a munkacsoportot, amelyik az egészségügyi bérek rendezését tárgyalta,[455] továbbá 2020 nyarán a BM kötött szerződést a Boston Consulting Group (BCG) tanácsadó céggel reformjavaslat kidolgozására. A javaslat augusztus elejére elkészült. A transzparencia hiányára jellemző példa, hogy a kormány 10 évre titkosította a BCG által elkészített javaslatot.[456]

Így nem tudható, hogy azok az intézkedések, amelyeket a kormányzat azóta hozott milyen kapcsolatban vannak a BCG javaslatával.

2022-ben az új kormányzati struktúrában a Belügyminisztériumhoz került az egészségügy irányítása, továbbá a közoktatás és a szociális ügyek is. Ez a döntés egyértelműen mutatta, hogy a kormányfőt nem az a szándék vezette, hogy ezeknek a területeknek a működési sajátosságaihoz igazodó szakigazgatási rendszert alakítson ki, hanem a területek vezetőivel szembeni elvárás a forrásigénynek a korlátozása, a költségvetési források felhasználásának a direkt kontrollálása, a problémáknak a közvélemény előli „elfedése", továbbá a „béke" fenntartása (a szakmai és társadalmi elégedetlenség korlátok között tartása) volt. A kormányfő a belügyminiszterről – a járvány időszaka alatti tevékenysége alapján – feltételezhette, hogy ezeknek a feladatoknak meg tud megfelelni.

Ez a változás tovább erősítette az egészségügyben (is) 2010 után egyre inkább jellemzővé vált – a központi utasításokon (és nem ösztönző és ellenőrző mechanizmusokon) keresztül történő – irányítási stílust, ami a belügyminisztérium tradicionális területeinek megfelelt, azonban az egészségügyben – a rendszer sajátosságai miatt – nem eredményezhet jó teljesítményt.

455 https://medicalonline.hu/cikk/volt_allamtitkarok_pinter_berrendezesi_munkacsoportjaban (2020. 06. 17).

456 Az intézkedés abszurditását mutatja az is, hogy a BCG által a szlovák kormányzat számára készített reformjavaslatot a szlovák parlament megvitatta.

11.5. A szolgáltatások finanszírozása

Az egészségügyi rendszer finanszírozását a COVID-19 járvány több szempontból is érintette: biztosítani kellett egyrészt a járványkezelés költségeit, másrészt az ellátó intézmények működőképességét. Többletforrásokat igényelt enyhíteni annak a kockázatát, hogy az egészségügyi rendszer régóta meglévő feszültségeit (munkaerőhiány, a kórházak adóssága stb.) a járvány tovább fokozhatta. A járványkezelés által igényelt többletforrások egy részét a kormány az E. Alaphoz rendelte és átnevezte azt Egészségbiztosítási és Járvány Elleni Védekezési Alapra. A járvány költségeinek számos elemét nem az E. Alapból finanszírozták (pl. a lélegeztetőgépek beszerzését; a COVID elleni védőoltások egy része uniós forrásból származott, a kínai és orosz védőoltásokat és a fertőzöttek egyes gyógyszereit egyéb költségvetési forrásból vásárolták).

Az teljesítményfinanszírozás átmeneti felfüggesztése

A NEAK 2020 áprilisától a teljesítményfinanszírozási módszerekkel finanszírozott kasszákban felfüggesztette az addig alkalmazott módszereket és átlagfinanszírozást vezetett be: a szolgáltatók a járvány előtti teljesítményük három havi átlaga alapján kapták a bevételüket a NEAK-tól. Ennek a célja az volt, hogy a betegforgalom jelentős visszaesése ellenére fennmaradjon a szolgáltatók működőképessége, pénzügyi stabilitása.[457] Ugyanakkor az átlagfinanszírozásnak (szükségszerűen) negatívan hatásai is voltak: megszűnt az ösztönzés a teljesítményre, a szolgáltatóknak nem volt érdeke, hogy több beavatkozást végezzenek és romlott a jelentési fegyelem is (Kiss et al., 2022). Ezáltal új feszültségek generálódtak a finanszírozási rendszerben. 2022 közepén a NEAK akkori főigazgatója az IME-MEMT konferencián a következő helyzetképet adta: „*Az átlagfinanszírozás miatt az országos intézmények a valós teljesítményükhöz képest magasabb […] forrást kaptak. […] Ennek ellenére 26 milliárd forintra nőtt a lejárt kötelezettségállomány, ami mögött nincs teljesítménynövekedés, vagyis nem az generálja az adósság növekedését, hogy több beteget igyekeztek volna ellátni […] a krónikus betegellátásban, 32 százalékra csökkent [a teljesítmény], vagyis többszörösét kapja finanszírozásban az ellátó, mint amennyi a teljesítménye után*

457 Az átalányfinanszírozás a következő területeket érintette: háziorvosi indikátor rendszer, fogászati ellátás teljesítmény díja, otthoni szakápolás, betegszállítás, laboratóriumi ellátás, molekuláris diagnosztikai (PCR) ellátás, járóbeteg-szakellátás, aktív és krónikus fekvőbeteg-szakellátás.

járna. A járóbeteg-ellátásban 73, az aktív fekvőbeteg-ellátásban 79 százalékra esett vissza az ellátás."[458]

A teljesítményfinanszírozást 2023. február 1-jén visszaállították és a szakmák közötti aránytalanság csökkentése érdekében szakmafedezeti szorzókat[459] vezettek be. Továbbá a TVK-t a zárt költségvetés egy valamivel rugalmasabb módszerével a „tervezett éves kerettel" (TÉK) váltották fel.[460] Ez azonban a teljesítményfinanszírozási rendszernek a torzulásain nem változtatott.[461] A közintézmények betegforgalma (teljesítménye) 2025-ben kismértékben növekedett, de még nem tért vissza a COVID-19 járvány előtti szintre (Őri, 2025). A teljesítményfinanszírozást tovább torzította, hogy az orvosok és szakdolgozók béremelését biztosító többletforrásokat nem építették be teljesítményfinanszírozási módszerekbe. 2024-ben a béremelés fedezetét adó célelőirányzat (azaz az inputalapú allokáció) összege meghaladta az összevont szakellátás kassza összegét.

Az egészségügy finanszírozásának neuralgikus pontja maradt a kórházak adósságának az újratermelődése. (Ennek okaival az előző fejezet részletesebben is foglalkozott.) 2024 végéig a korábbi „tűzoltó" beavatkozásokhoz hasonlóan (a tényleges okokkal való foglalkozás helyett) a kormány a kórházak adósságának egy részét

458 https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/kiss-zsolt-nem-jol-hasznosulnak-a-neak-kifizetesei-274467 (2022. 06. 30).

459 A szakmafedezeti szorzókat annak a problémának a „tűzoltó" jellegű korrigálására alakították ki, hogy elmaradt a finanszírozási módszerek folyamatos karbantartása, aminek a következtében a szolgáltatások költségarányaitól elszakadnak a HBCS-súlyszámarányok (és a járóbeteg-pontszámarányok). Mivel nincs a ráfordítások felmérésén alapuló megbízható információ az egyes HBCS-súlyszám módosítására, az egyes szakmákhoz (pl. traumatológia, kardiológia, urológia stb.) tartozó súlyszámokat egységesen egy adott százalékkal növelték meg. Ezt az értéket az egyes szakmák „veszteségességének" a becsült mértékét figyelembe véve állapították meg. 2025-ben az összes szakmát tekintve az átlagos súlyszámemelés 11%-os volt, a kardiológia súlyszámait például 3,2%-kal, a traumatológia súlyszámait 14,2%-kal a pszichiátria súlyszámait pedig 24,1%-kal növelték meg (Őri, 2025). A módszer egyik alapvető problémája, hogy egy-egy szakmán belül is jelentősen eltérhetnek a súlyszámarányok a költségarányoktól.

460 https://medicalonline.hu/cikk/neman_zajlik_az_egeszsegugy_reformja (2023. 04. 21). A „tervezett éves keret" (TÉK) esetében intézményenként és az intézményeken belül szakmánként éves keretet határoztak meg, amit azonban rugalmasabban kezelt a NEAK, mint a korábbi TVK keretet (amelynek az esetében a TVK felett végzett szolgáltatásokat nem térítette meg az intézménynek). A TÉK szabályozása lehetőséget ad (NEAK/OKFŐ-engedély alapján) az intézményen belüli szakmák közötti átcsoportosításra és a NEAK év közben módosíthatja egy adott intézmény TÉK keretét.

461 A legfontosabb torzulások: az intézmények szolgáltatásai iránti kereslettől/szükséglettől elszakadtak a TVK-keretek; a finanszírozási módszerek folyamatos karbantartásának hiánya miatt a szolgáltatások költségarányaitól elszakadtak a HBCS-súlyszámarányok (és a járóbeteg-pontszámarányok). A TÉK rugalmasabb rendszer, de bázisként alapvetően a korábbi TVK-keret nagysága szolgált, továbbá a módosítás alapvetően egyedi mérlegelés alapján történik.

évről évre kifizette a szállítóknak (és egyedi mérlegelés alapján csökkentette az egyes kórházak adósságállományát). Az adósság pedig rendre újratermelődött: 2024 végén 127 Mrd Ft volt a kórházak adóssága;[462] 2025 februárjában pedig 96,4 Mrd Ft-ot tett ki az adósságrendezés összege.[463]

2025-ben jelentős változás, elmozdulás történt a normatív adósságkezelés irányába.[464] A kormány a várható adósság egy részének elkerülése érdekében az intézmények finanszírozását (a 2024-es szinthez képest) 150 Mrd Ft-tal megemelte és ezt a többletforrást viszonylag normatív módon osztották fel az intézmények között: megemelték az alapdíjakat[465] és növelték a szakmafedezeti szorzó alapján juttatott forrásokat.[466] Továbbá minden intézmény számára meghatározták 2025-re az úgynevezett „tolerált” adósság értékét. Ezzel a kormány elismerte, hogy a kórházi adósság jelentős része külső okokra vezethető vissza. A „tolerált” adósság betartását tűzték ki célnak a kórházak számára: a kórházak 2025-ös gazdálkodását ehhez viszonyították (Ivády, 2025). A korábbi adósságrendezéshez képest kétségtelenül pozitív változásnak azonban több eleme vitatható. A kórházak „tolerált” adósságszintjének a meghatározásához a kiindulási alapot ugyanis a 2024-es szállítói adósságuk jelentette (Őri, 2025). Mivel az adósság egy része az intézmények gazdálkodásának eltérő hatékonyságából ered, a bázis megállapításának ez a módja összességében a kevésbé hatékonyan gazdálkodó (nagyobb adósságot termelő) kórházakat preferálta a jól gazdálkodó (kevés adósságot termelő) kórházakkal szemben.

462 Több mint 25 éve nem tudnak a kórházak kikeveredni az adósságspirálból, és a 2025-ös évet is több mint 127 milliárd forint tartozással indítják – eGov Hírlevél

463 Pénzt osztanak szét a kórházak között - Economx.hu (2025. 02. 07).

464 Ivády Vilmos (2025) prezentációja szerint a vonatkozó adatok: a 2024 folyamán keletkezett adósságállomány (191 Mrd Ft) és a várható inflációs hatás (6,8%– 54 Mrd Ft) alapján a 2025-ben várható forráshiányt 245 Mrd Ft-ra becsülték. A 150 Mrd Ft többletforrás – az infláció figyelembevétele után kb. 135 Mrd forinttal csökkentette a forráshiányt. A fennmaradó (110 Mrd Ft) forráshiányból 96 Mrd Ft a „tolerált” adósság értelmezést kapta és minden intézmény számára meghatározták az intézményi szintű „tolerált” adósságot (Ivády, 2025).

465 Egy HBCS-súlyszám forintértéke 210 ezer Ft-ra, egy járóbetegpont értéke 2,1 Ft-ra, egy krónikus ápolási nap pedig 7000 forintra növekedett.

466 Ez az aktív fekvőbeteg kassza értékét kb. 20%-kal, a krónikus fekvőbeteg kassza értékét 40%-kal, a járóbeteg-kassza értékét 6%-kal növelte meg (Őri, 2025). Fontos hangsúlyozni, hogy a szolgáltatásokra vetítve a többletforrás lényegesen kisebb növekedést jelentett, mivel 2020 utáni béremelések nem épültek be a kasszákba.

11.6. Béremelés és egészségügyi szolgálati jogviszony

Az egészségügy közszektora örökzöld problémáinak egyike az orvosoknak és egészségügyi szakdolgozóknak a magyar jövedelmi viszonyokhoz mérve is alacsony javadalmazása volt. A MOK már a COVID-19 járvány előtt javaslatot dolgozott ki az orvosi bérek emelésére. A járvány második hullámának kitörése 2020 szeptemberében idézte elő, hogy a kormány komolyan vegye a béremelés szükségességét. Mivel sürgősen kellett dönteni és a kormány nem rendelkezett konkrét elképzeléssel, kényszerhelyzetbe került. Annak a veszélye, hogy felgyorsulhat az orvosok elvándorlása, ami veszélyeztette volna a járvány elleni védekezést, rákényszerítette a kormányt, hogy a MOK javaslatát fogadja el.

A jelentős béremelés ugyanakkor lehetőséget adott a kormányzat számára – hogy komolyabb tiltakozás nélkül – megvalósítsa a foglalkoztatási szabályok radikális megváltoztatását, a nagyobb kontrollt biztosító szolgálati jogviszony bevezetését. A kormány a béremelést a humán erőforrás feletti kontroll erősítésére használta fel. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvényt 2020 októberében fogadta el a Parlament. Ennek részeként a MOK javaslatán alapuló – a gyakorlati idő szerinti kategóriákon alapuló – béremelés 2021. január 1-jén kezdődött, a második lépcső 2022 januárjában, a harmadik pedig 2023-ban valósult meg.[467] A béremelés 2021-ben – a gyakorlati időtől függően – 480 ezer és 1600 ezer Ft közötti béreket eredményezett, 2023-ban pedig 690 és 2400 ezer Ft közötti béreket, ami a korábbi bérek kétszerese volt. Ez a magánszektorban elérhető keresetekkel együtt kiemelkedő jövedelmet jelenthetett. Ugyanakkor néhány hálapénzes szakma legjobban kereső orvosai számára nem kompenzálta a hálapénz megszűnését.

A béremelés összekötése az egészségügyi szolgálati jogviszonnyal azt a szándékot tükrözte, hogy a „militáns irányítást" a humánerőforrás-menedzsment területére is kiterjesszék. A törvény alapján az OKFŐ határozott időre kirendelhette az orvosokat egy másik szolgáltatóhoz; kezdeményezhette a határozatlan időre szóló áthelyezést; a veszélyhelyzet ideje alatt a munkavállaló nem szüntethette meg a munkaviszonyát „rendes" felmondással stb. Az összeférhetetlenségi szabályok megtiltották, hogy az orvos a közfinanszírozott ellátásban (sürgősségi esetet kivéve) is kezelje azt a beteget, akit magánellátásban is kezelt. Az egészségügyi adminisztráció vezetői – az általános kormányzati attitűdnek megfelelően – a kontroll, ellenőrzés, szankcionálási

467 A béremelés érintette az orvosokat, szakorvosokat, fogorvosokat, szakfogorvosokat, gyógyszerészeket, szakgyógyszerészeket, továbbá a kormányrendeletben meghatározott munkakörben foglalkoztatott, egyéb, nem egészségügyi végzettséggel egészségügyi szolgálati jogviszonyban foglalkoztatottakat.

lehetőség erősítésével törekedtek a munkaerőhiányt enyhíteni. A szolgálati jogviszony bevezetése és a teljesítménykritériumokat nélkülöző béremelés azt jelentette, hogy az anyagi ösztönzés hiányát párosították az erkölcsi ösztönzés hiányával.[468] A kormányzati mentalitást jól tükrözte, hogy a szolgálati jogviszony bevezetéséről nem tárgyalt a MOK-kal, az meglepetésként érte a MOK-ot és az orvosokat is. Továbbá a béremelés lehetséges pozitív fogadtatását sokban rontotta.

A béremelés ellentmondásos hatásokat váltott ki: kétségtelenül javította az orvosok jövedelmi pozícióját, ezáltal csökkentette az orvosok elégedetlenségét. Ugyanakkor nem állította meg a magánszektorba való áramlást, hanem növelte az orvosok alkupozícióját – így a magánszektorban is növekedett az orvosok díjazása, ami növelte a magánszolgáltatások árait. Az orvosok és a más gazdasági ágazatokban dolgozók között az arányokat javította, ugyanakkor számos belső feszültséget generált a szakdolgozók körében[469] és a szakdolgozók és az orvosok között is. Másrészt az orvosok között is, mivel szakmától és teljesítménytől függetlenül ugyanakkora volt a béremelés mértéke. A béremelés nem eredményezte a kormány várakozásait, mivel a béremelésből hiányzó egyéni teljesítményösztönzésnek a hatásai párosultak az intézményfinanszírozásból kiiktatott teljesítményösztönzésnek a hatásaival.

A hálapénz betiltása

A hálapénz politikai rendszereken keresztül átívelő, alapvető strukturális jellemzője volt a magyar egészségügynek a 2010-es évek végéig. Ahogy az 5. fejezet tárgyalta, a rendszerváltozás időszakában nem merült fel sem a kutatók, sem a politika részéről, hogy konkrét elképzeléseket dolgozzanak ki a hálapénz visszaszorítására. Ebben számos tényező játszhatott közre. Voltak, akik azt várták az új finanszírozási módszerektől, hogy az intézmények között a betegekért folytatott versenyt generálnak, ami elvezethet a hálapénz visszaszorulásához. Sokan gondolták úgy, hogy a hálapénznek köszönhetően volt még valamennyire működőképes az egészségügy; és ezzel összefüggésben valószínű, hogy úgy ítélték meg, hogy a hálapénz elleni határozott fellépés a reformok támogatását veszélyeztetné. Így a hálapénznek a hatalom és az orvostársadalom közötti „informális alku” jellege a rendszerváltás után is fennmaradt. Az 1001 orvos hálapénz nélkül csoport egyik alapítója szerint: „*A hálapénz*

468 Összehasonlításként: (ahogy a 7. fejezetben szó volt róla) az 1998 és 2002 közötti Fidesz-kormány az egészségügyben a költségvetési intézményi formát és a közalkalmazotti jogviszonyt – az egészségügy sajátosságai szempontjából – túlzottan merevnek gondolta és ezeknél rugalmas intézményi és foglalkozási formák bevezetésére törekedett.

469 Ezt tükrözte az egészségügyi szakdolgozók által 2021. július 31-én tartott demonstráció, amelynek a fő követelése a közalkalmazotti státusz visszaállítása és a szakdolgozók bérének a 30 százalékos emelése volt. (https://hungarytoday.hu/meszk-nurses-stage-protest-public-employee-status/)

torzító erejét, amely sokszor a szakképzést, a várólistát vagy akár egy vizsgálat és műtét indikációját is befolyásolta, ezzel ellehetetlenítve a szakmai alapokat, vagy éppen az átláthatatlan folyamatokból fakadó minőségbiztosítás hiányát, párhuzamosan pedig a betegelégedettség romlását okozta."

Ugyanakkor az utóbbi 10–15 évben a magánszolgáltatói szektor jelentős bővülésével az ellátás számos területén a hálapénz szerepe erodálódott. Továbbá jelentősen változott a hálapénzzel szembeni attitűd is – ehhez az egészségügyön kívüli és az egészségügyön belüli viszonyok is hozzájárultak. Az orvosok fiatalabb generációi közvetlen külföldi tapasztalatokat szerezhettek a hálapénzmentes egészségügyről. A magánszolgáltatások igénybevételekor pedig a betegek szerezhettek ilyen tapasztalatokat.

A kormányzat hosszú távra kiható, kevés pozitív lépéseinek egyike volt a hálapénz betiltása – annak ellenére, hogy nem fordítottak kellő figyelmet azokra a tényezőkre, amelyek az előidézői voltak a hálapénz adásának. Ezért az intézkedést többen kritizálták, Velkey et al. (2022) szerint: „*Az elméleti megfontolások és az empirikus bizonyítékok is arra utalnak, hogy a törvény megközelítése hibás, mert a betegek többsége nem az orvosok alacsony fizetése miatt ad pénzt, hanem azért, mert csak így látja biztosítottnak, hogy megfelelő egészségügyi ellátáshoz jut. […] A nemzetközi tapasztalatok szerint e káros jelenség visszaszorításához nem elégségesek a hiányhelyzetet csökkentő hosszú távú intézkedések, ha nem társul melléjük egy azonnali helyettesítő mechanizmus, amely formális keretet teremt a paraszolvenciához kapcsolódó többletszolgáltatás legális megvásárlására.*"

A tapasztalatok alapján úgy tűnik, hogy az orvosi bérek nagymértékű emelésének és a hálapénz kriminalizálásának a hatására jelentősen visszaszorult a hálapénz adásának „rutinszerű" gyakorlata. Ugyanakkor az adatok[470] és felmérések arra utalnak, hogy teljesen nem szűnt meg, továbbá a PricewaterhouseCoopers (2023) szerint a lakosságnak a 70%-a, a szakdolgozóknak pedig a többsége gondolta úgy, hogy a hálapénz kriminalizálása óta az orvosok gyakrabban ajánlják fel magánrendelésüket, mint korábban tették.[471]

470 Ezt tükrözi például, hogy a MOK honlapján található információ szerint 2022-ben a Nemzeti Védelmi Szolgálat (NVSZ) 287 eljárást folytatott az egészségügy területén, amelyekből 75 ügyben tettek feljelentést bűncselekmény gyanúja miatt. Ezekben az ügyekben 187 egészségügyben dolgozó személy, 1 kormánytisztviselő és 7 hivatásos szolgálati jogviszonyban lévő (rendvédelem) személy, valamint 291 állampolgár volt érintett https://mok.hu/hirek/mokhirek/buntetett-hala(penz)

471 Fontos megjegyezni, hogy nemcsak Magyarországon tapasztalható jelenség, hogy ha az orvosok a közszektorban és a magánszektorban is dolgoznak, akkor az orvosok egy része a magánszektor felé „tereli" a betegeket. Ugyanakkor ebből nem következik, hogy a megoldás a kettős jogviszony lehetőségének a megszüntetése lenne.

11.7. Alapellátás: a kormány szerepének erősítése az önkormányzatok rovására

A 2020-as évek elején az alapellátás területén számos fontos változás következett be:

- A 2021-ben megszületett kormányrendelet nyomán létrejöttek a háziorvosok és fogorvosok praxisközösségei. A háziorvosi finanszírozás összetevői közül a fix díjakat átcsoportosították az indikátorokhoz, így az indikátoroktól függő bevétel aránya emelkedett (12%-ra).
- A kormányzat drasztikusan csökkentette a települési önkormányzatok szerepét az egészségügyi alapellátásban. 2023-tól az alapellátási körzethatárok megállapítása önkormányzati hatáskörből az OKFŐ Alapellátás-fejlesztési Igazgatóságának a hatáskörébe került; az ügyeleti ellátás biztosításának a hatáskörét elvették az önkormányzatoktól és az Országos Mentőszolgálat feladata lett. Továbbá a kormány a védőnői szolgálat működtetését is elvette az önkormányzatoktól és a megyei irányító kórházak feladatává tette.
- A kormányzat megszüntette a munkaalkalmassági vizsgálatok kötelező jellegét.

Ezen változások mögött több tényező is szerepet játszott: az orvoshiány, szakmai megfontolások, a centralizációra és uniformizálásra való – az előző periódusban már elindult – törekvés, az önkormányzatok hatáskörének elvétele és a magánvállalkozásoknak a közfinanszírozott szolgáltatások nyújtásából való kizárása egyaránt motiválta a kormányzatot. Az ügyeleti ellátást korábban az önkormányzatok a háziorvossal, vagy magánvállalkozással kötött szerződés keretében biztosították. 2022-ben az ügyeleti ellátás jelentős részét nagy cégcsoportok nyújtották (Inter-Ambulance, Országos Orvosi Ügyelet-csoport, Agria-csoport stb.). A 2023-ban induló új rendszerben az ügyeleti ellátás biztosítása az OMSZ feladata lett (azaz megszűnt az önkormányzatok felelőssége); az OMSZ kötött szerződést a háziorvosokkal. A magánvállalkozások lehetősége az ügyeleti ellátás nyújtására megszűnt. Az ügyeleti ellátás átalakításáról – hasonlóan a 2022. decemberében elfogadott, az egészségügyi rendszer átalakítására vonatkozó törvény[472] többi intézkedéséhez – a MOK-kal való érdemi szakmai konzultáció nélkül döntött a kormány. Ennek következtében éles konfliktus alakult ki a MOK és a kormány között. (Ezzel a 11.9. alfejezet foglalkozik.)

Nehéz szakmai érvet találni arra, hogy a kormány miért csatolta a védőnői szolgálatot a megyei irányító kórházakhoz. Ez a lépés ellentétes volt a kormány

472 2022. évi LXXIII. törvény egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról.

deklarált céljaival is (pl. a kórházcentrikusság csökkentése). A védőnői szolgálatnak az önkormányzatokhoz tartozása segítette a szociális szférával való együttműködést is. A Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékének vendégprofesszora (Rurik Imre) szerint: „*A védőnői hálózat államosítása az önkormányzati források és az infrastrukturális támogatások elapadását jelentette, az érintettek munkakörülményeit, közérzetét rontotta, anyagi és adminisztratív problémákat is eredményezve.*"[473]

11.7.1. A háziorvosi praxisközösségek létrehozása

Ahogy az előző fejezetben már volt szó róla, a Semmelweis Terv egyik prioritása az alapellátás szerepének a megerősítése volt: csoportpraxisok, praxisközösségek, kistérségi alapellátási központok létrehozásával, a szakellátással való koordináció erősítésével, továbbá a védőnői hálózattal, az otthoni szakápolást és szociális gondozást végző önkormányzati, civil és egyházi szervezetekkel való együttműködés erősítésével. 2020-ig azonban csak a svájci–magyar alapellátási modellkísérlet és 2015-ben az alapellátásról szóló törvény elfogadása történt meg. A végrehajtási rendelet (a praxisközösségekre vonatkozó jogszabály) meghozatalával hat évet késlekedett a kormány. Az EU-s forrásokból származó támogatással a svájci–magyar modellkísérletre alapozva 2018-ban 45 praxisközösség, 2019-ben pedig 6 praxisközösség kezdte meg működését, 128 települést (kb. 600 ezer lakost) érintve. A modellkísérlet fontos eleme volt a diplomás ápolók (gyógytornászok, dietetikusok, egészségpszichológusok, népegészségügyi szakemberek) bevonása, új szerepe a praxisközösségekben.

A háziorvosi ellátás egészét tekintve azonban 2021-ig nem történt változás – az előző fejezetekben tárgyalt problémái tovább mélyültek, különösen a betöltetlen körzetek számának a növekedése. 2025 januárjában 940 volt a betöltetlen praxisok száma (2010 februárjában még csak 156 körzet volt betöltetlen) (Kincses, 2025). A kormányzati lépések kikényszerítésében azonban nem a problémák, hanem két új tényező játszott szerepet: egyrészt a COVID-járvány rávilágított a háziorvosok, mint a rendszerrel való első találkozási pont fontosságára; másrészt az orvosi bérrendezés (amiből a háziorvosok sem maradhattak ki) lehetőséget adott a többletforrásoknak a változásokat ösztönző módon való felhasználására.

2021 februárjában született meg a 53/2021. (II. 9.) kormányrendelet a praxisközösségekről (továbbá 2021 májusában annak a módosítása). Ezek alapján

473 https://medicalonline.hu/praxis/cikk/_imre__az_alapellatasban_folytatodott_az_allamositas_es_uniformizalas (2024. 03. 28).

a praxisközösségek két fő formában jöhettek létre: járásonként egy kollegiális és több szoros praxisközösség. A szoros praxisközösségek valamelyik formája[474] egy járáson belül egymás közelében működő (5–10 háziorvosi és egy fogorvosi) alapellátási körzetekből jöhetett létre. Az anyagi ösztönzést az jelentette, hogy a szoros praxisközösségek a praxisra jutó bértámogatás 100%-át megkapták, akik a kollegiális praxisközösségbe léptek be, azok a bértámogatás 80%-át, akik nem léptek be praxisközösségbe, azok pedig a 30%-át kapták meg. 2021-ben a praxisjoggal rendelkező orvosok 90%-a (közel 7000 háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi praxis) lépett be a praxisközösségekbe. 2021 végén a praxisjoggal rendelkező háziorvosok 40%-a, a házi gyermekorvosok 44%-a és a fogorvosok 32%-a vett részt a szoros praxisközösségek valamelyik típusában.[475]

A kormányrendelet a praxisközösségeknek azonban csak az adminisztratív kereteit hozta létre, a többi feltételt nem teremtette meg a háziorvosi ellátás gyakorlatának, működésének a megváltoztatásához. 2025 közepéig nem valósult meg – többek között – a háziorvosok kompetenciáinak a bővítése, a diplomás ápolók alkalmazásához a pénzügyi feltételek megteremtése, továbbá az új rendszer tapasztalatainak a monitorozásához, értékeléséhez szükséges kereteknek a kialakítása. A tartalmi változás hiányát az egészségügyi szakigazgatás vezetői is elismerték. Például a NEAK akkori főigazgató-helyettese szerint: „*Papíron jól mutat, hogy a háziorvosi praxisok 60 százaléka szoros, 30 százaléka pedig kollegiális praxisközösségi formában működik, de ez csupán adminisztratív jellemzője a rendszernek, egyelőre tényleges tartalommal nem töltötték fel ezeket.*"[476]

Széles körű szakmai egyetértés van abban, hogy az alapellátás működése, teljesítménye megváltozásának az alapvető feltétele, hogy új szereplők jelenjenek meg a csoportpraxisokban: diplomás ápolók (gyógytornászok, dietetikusok, egészségpszichológusok, népegészségügyi szakemberek) és esetmenedzserek, akik a háziorvostól elvárt prevenciós és gondozási tevékenységek egy jelentős részét át tudnák venni, így részben kompenzálni tudnák a háziorvosok csökkenő létszámát (Kincses,

474 Az egyesült praxisközösség esetében valamennyi háziorvosi szolgálatot ugyanaz az egészségügyi szolgáltató működteti (azaz megszűnik a korábbi önállóságuk). Az integrált praxisközösség esetében fennmarad az egyes háziorvosi szolgálatok anyagi és szervezeti önállósága, de közösen létrehoznak egy új egészségügyi szolgáltatót az alapellátási feladataik összehangolt ellátása érdekében. A praxisközösségi konzorcium esetében az érintett háziorvosok együttműködési megállapodást kötnek az alapellátási feladataik összehangolt ellátására és maguk közül egy konzorciumvezetőt jelöltek meg, aki képviseli az együttműködést.

475 http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/mar_422_praxiskozossegi_konzorcium_jott_letre (2022. 01. 06).

476 https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/volt__akiknek_csak_keves_jutott_az_alapellatas_finanszirozasanak_bovulesebol

2024). Az ellátatlan településeken az alapellátást (a praxis részeként) diplomás ápoló és mobil telemedicinális rendelés biztosíthatná (Kinces, 2025). A praxisok finanszírozásból jelenleg hiányoznak ehhez a források.

A praxisok finanszírozásából hiányoznak az elégséges ösztönzők ahhoz, hogy a háziorvosi tevékenységben egyrészt a prevenció, a szűrések, másrészt a krónikus betegek gondozása megfelelő hangsúlyt kapjon. Továbbá ehhez a háziorvosok kompetenciáinak a bővítése is szükséges lenne. Az egyik ösztönző elemet az indikátorrendszerhez kötődő finanszírozás jelentheti. A szakmai struktúrák folyamatos fejlesztésének a hiányát példázza, hogy a 2009-ben bevezetett indikátorrendszernek 2023-ig elmaradt a folyamatos értékelése, fejlesztése. 2023-ban az indikátorrendszert jelentősen átalakították, továbbá a fix díjakat (pl. a rendelő adottságai alapján járó díjak) megszüntették, és a finanszírozásnak az indikátorrendszerhez kötött része 3%-ról 11%-ra emelkedett (Kincses, 2024). Pálinkás et al. (2023) értékelése szerint a módosított indikátorrendszer alkalmas a betegek ellátottságának monitorozására, azonban az indikátorok sok esetben csak a praxisok kedvező adottságait tükrözik és alulértékelik a kedvezőtlen helyzetű praxisok teljesítményét.

Akadályozó tényezőt jelent a háziorvosok korstruktúrája is: 2024-ben a háziorvosok 33,4%-a 65 évesnél idősebb volt. A helyzet romlását vetíti előre, hogy a 61–70 éves háziorvosok létszáma 1843 fő volt, míg a 41–50 éveseké csak 963 fő. A jelenlegi körülmények között kevés realitása van, hogy a 60–70 éves háziorvosok több évtizede kialakult gyakorlata jelentősen megváltozzon. (Ez nem jelenti azt, hogy nincsenek kivételek, de rendszert, illetve a rendszer átalakítását nem lehet kivételekre építeni.) Az alapellátás további problémája, hogy helyi szinten esetleges, rendszerszinten pedig megoldatlan, tisztázatlan az Egészségfejlesztési Irodák (EFI-k)[477] kapcsolata a háziorvosi ellátással.

11.8. A kórházak megyei szintű integrációja

A kormány az ellátórendszer, ezen belül a kórházi szektor problémáinak az orvoslására „az integrált betegúttal érintett vármegyei szintű ellátásszervezési, irányítási és szervezeti integrációs modellváltás" koncepcióját dolgozta ki. Ennek eszközeként „2*2 db irányítási funkciókkal felruházott* és integrált betegutakkal érintett" vármegyei rendszert alakítottak ki.

477 Az EFI-k problémáiról az előző fejezetben részletesebben volt szó.

Az intézkedés jogi alapját az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2022. évi LXXIII. tv. teremtette meg. Az átalakítás koncepciójára vonatkozó nyilvánosan elérhető legrészletesebb anyag: a *Tervezési Jelentés Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve keretében megvalósuló „A XXI. századi egészségügy feltételeinek kialakítása” című intézkedéshez kapcsolódóan* (2023. 04. 21) dokumentum. A problémák elemzését ebben a dokumentumban elérhető információra alapoztam.

A következő struktúrát alakították ki (OKFŐ, 2023):

- 18 megyei és 4 budapesti kórház irányítási funkciókat kapott és ezekhez csatolták az OKFŐ irányítása alá tartozó 53 városi kórházat.
- Nem változott az országos intézetek (7 kórház) és a társgyógyintézeteik (5 kórház) státusza. (Nem tartoznak a 22 irányító kórház hatáskörébe.)
- Önálló maradt 6 irányítási jogosultsággal nem rendelkező megyei intézmény.[478]
- Önálló maradt az OKFŐ irányítása alá nem tartozó budapesti klinikai központ.

A koncepciónak a legfontosabb problémái:

- Az átalakítás szakmai koncepciója tisztázatlan.
- A területi szint (megyék) nem optimális.
- Az átalakítás fókusza nem a betegellátás, hanem az irányítás.
- Az irányítási fókuszból következően több esetben nem fedi le a teljes megyét.
- Hiányzik a rendszerből az ösztönzés.

Tisztázatlan szakmai koncepció

Maga az elnevezés is koncepcionális tisztázatlanságot tükröz: az „*integrált betegúttal érintett vármegyei rendszer*” meglehetősen homályos fogalom. Nem definiálja dokumentum az „integrált betegút” fogalmát. A betegútra vonatkozó definíciója a következő: „*A betegút az az út, amit a beteg végigjár az egészségügyi ellátás során. A beteg számára az egyes szolgáltatások eléréséhez a reális fizikai elérhetőséget kell biztosítani. A finanszírozó vagy a fenntartó által kialakított ellátásszervezési megoldások meghatározzák, hogy egyes betegségek esetén a beteg milyen láncolaton keresztül (pl. háziorvos – szakambulancia – centrum, vagy háziorvos – területi kórház) mely szolgáltatóknál veheti igénybe az ellátást.*” Ez a megfogalmazás szűken értelmezi a betegutakat és inkább a betegbeutalási rendre vonatkozik, nem a szélesen értelmezett, a betegcentrikus rendszer nézőpontjából értelmezett betegutakra.

478 A soproni, esztergomi, nagykanizsai, dunaújvárosi, bajai és hódmezővásárhelyi kórházak.

A nemzetközi szakirodalomban domináns koncepció középpontjában a beteg és a krónikus betegségek menedzsmentje áll. Ezt példázza az alábbi definíció:[479] *„A betegút egy komplex beavatkozás a kölcsönös döntéshozatalra és az ellátási folyamatok szervezésére egy jól meghatározott betegcsoport számára egy jól meghatározott időszakban. Az ellátási utak meghatározó jellemzői a következők:*

- *az ellátás céljainak és kulcsfontosságú elemeinek explicit megfogalmazása a bizonyítékok, a legjobb gyakorlatok, valamint a betegek elvárásai és jellemzői alapján;*
- *a kommunikáció elősegítése a csapat tagjai között, valamint a betegekkel és családtagjaikkal;*
- *az ellátási folyamat koordinálása a multidiszciplináris ellátócsapat, a betegek és hozzátartozóik szerepeinek összehangolásával és tevékenységeinek sorrendjének meghatározásával;*
- *az eltérések és eredmények dokumentálása, monitorozása és értékelése, és*
- *a megfelelő erőforrások azonosítása.*

Az ellátási út célja az ellátás minőségének javítása a teljes folyamaton keresztül a kockázattal korrigált betegkimenetelek javításával, a betegbiztonság előmozdításával, a betegelégedettség növelésével és az erőforrások felhasználásának optimalizálásával" (Schrijvers et al., 2012).

A területi szint (megyék) nem optimális

A megyei kórház több szempontból nem a megfelelő szervezeti ágens az egészségügy működésének és fejlesztésének a koordinációjához. Az egészségügyi rendszeren belüli koordinációnak (integrációnak) több összetevője van: egy adott beteg ellátásának a koordinációja; egy adott térség szakemberei közötti együttműködés; az ellátórendszer egyes szintjei, intézményei (alapellátás, járóbeteg-szakellátás stb.) közötti, az adott térség egészségügyi és szociális intézményei közötti koordináció stb. Ezekhez tartozó optimális területi szint eltérő lehet. Továbbá más szinteket igényel a napi működés során és a fejlesztések esetében történő koordináció. Ezek a megfontolások hiányoznak a kormányzati koncepcióból.

Az adott betegségtől, egészségi állapottól függően az adott betegút koordinációja egyes esetekben átlépheti a megyehatárokat, más esetekben az alapellátás és a szociális ellátórendszer és a páciens hozzátartozói közötti koordinációt igényel. Azaz a betegutak betegség vagy állapotspecifikusak. Továbbá több okból sem reális azt várni, hogy a háziorvosok végezzék a betegutak koordinációját. Számos országban

479 A szakirodalomban számos definíció található. Az itt idézett definíció tartalmazza a legfontosabb elemeket.

erre a feladatra képzett egészségügyi szakdolgozók feladatát képezi a betegutak menedzselése. Az ellátórendszer, a kórházhálózat infrastruktúrájának a tervezéséhez az optimális szint a régiók lennének. (Ez volt például a Semmelweis Terv koncepciója is.) Ugyanis – néhány országos szinten koncentrált ellátást kivéve – teljes körű ellátás optimális népességmérete meghaladja a megyék népességét. A fekvőbeteg-ellátás adatai is azt mutatják, hogy valószínű, hogy a regionális szint optimálisabb lenne. Pl. az aktív osztályos ápolási esetekre vonatkozó 2024. évi NEAK-adatok azt mutatják, hogy a Bács-Kiskun megyei lakhelyű betegeknek 73,7%-a kapott a megye intézményeiben ellátást és 13,8%-uk pedig Csongrád-Csanád megyei intézményben (feltehetően valamelyik szegedi egyetemi klinikán), a Tolna megyei lakhelyű betegeknek 61,1%-a kapott a megye intézményeiben ellátást és 29,8%-a Baranya megyei fekvőbeteg intézményben (feltehetően valamelyik pécsi egyetemi klinikán).

Az átalakítás fókusza nem a betegellátás, hanem az irányítás

Az átalakítás fő céljának a meghatározása is mutatja, hogy nem a betegellátás, hanem az irányítás állt a középpontban: *„Az átalakítás végső céljaként a kormányzat olyan működési, működtetési formát határozott meg, ahol az állam képviseletében az OKFŐ középirányító szervként a megelőző és gyógyító ellátás minden területére kiterjedően (közfinanszírozott megelőző ellátás; alapellátás; járóbeteg-szakellátás; fekvőbeteg-szakellátás; állami, magán, egyházi, vagy éppen alapítványi működtetésű) látja el szakmai irányítói és ellátásszervező feladatát”* (OKFŐ, 2023. 14).

„Teszi mindezt vármegyei/centrumkórházi szintű (területi) centralizáció mellett, ami kiegészíti az OKFŐ által a központi irányelveknek megfelelően teljesített középirányítói feladatkörök ellátását” (21).

Az irányítási fókuszból következően több esetben nem fedi le a teljes megyét

Azokban a megyékben, ahol egy megyei szintű kórház működött az egész megyét lefedi a „integrált betegúttal érintett vármegyei rendszer”, azokban a megyékben, ahol a funkcióit tekintve két megyei szintű kórház működött (pl. Zala megyében Zalaegerszeg és Nagykanizsa) az egyik kórház alá rendelték a megye többi kisebb kórházát (Zalaegerszeg) a másik kórház pedig nem része a „integrált betegúttal érintett vármegyei rendszernek”. Továbbá a Semmelweis Egyetem klinikái sem képezik a rendszer részét. 94 kórház-rendelőintézet közül 75 tartozik a 22 megyei rendszerbe. Nem világos, hogy a megyei irányító kórháztól függetlenül maradó kórházak és a megyei irányító kórház között történik-e bármilyen koordináció. (Pl. a Nagykanizsai Kórház és a Zalaegerszegi Kórház között.)

Eddig a leglényegesebb változás az volt, hogy: a városi intézmények státusza gazdasági szervezet nélkül működő, önállóan gazdálkodó költségvetési szerv lett.

Ez azt jelentette, hogy a gazdasági, műszaki, személyügyi és informatikai feladatait az irányító vármegyei kórház látja el. Az elképzelések között az is szerepelt, hogy megszűnik a városi kórházak önállósága és a megyei kórház telephelyévé válnak, továbbá az önálló szakrendelőket elveszik az önkormányzatoktól és a megyei kórházakhoz csatolják őket. Ezt azonban – minden valószínűség szerint az érintett intézmények és települési önkormányzatok ellenállása miatt feladta az egészségügy vezetése. A dokumentum hangsúlyozza, hogy: *„az elkövetkező időszakban további városi intézményi integrációs lépések nem történnek, erre tekintettel más megoldásokat kell találni a vármegyei irányítási rendszer hatékonyságának erősítéséhez […] a városi intézmény gazdasági szervezet nélkül működő, önállóan gazdálkodó költségvetési szervként önálló marad"* (OKFŐ, 2023. 14).

Sinkó (2023) szerint: *„A (vár)megyei irányítási struktúra egyelőre nem muzsikál fényesen […]. Jobb esetben semmilyen érdemi változás nem történt az elmúlt időszakban, rossz esetben a döntési útvonal meghosszabbodásának köszönhetően jelentősen megnőtt az ügyintézési idő az adminisztrációban. A HR elszipkázása a városi kórházakból mindennapi jelenség, mint ahogy osztályok látványos megszűnése is, helyi lakossági, polgármesteri tiltakozások kíséretében. Nem csoda, ha a kormány az átalakítási folyamatok befagyasztása mellett döntött a közelgő önkormányzati választásokra készülődvén, így a városi kórházak önálló jogállása megmaradhat, és az integráció további szintjeinek megugrására sem kerül idén sor. Ettől még az erózió, a munkaerő elvándorlása nagyon is beindult a városi intézményeknél."* (Sinkó, 2023. 3).

Elmulasztott lehetőség

A kormányzat elmulasztotta azt a lehetőséget, hogy az aktív fekvőbeteg-ellátás esetében a kórházi integráció részeként a kórházhálózat széttagoltságát megszüntesse (csökkentse) – azaz lényegesen csökkentse az aktív ellátást nyújtó fekvőbeteg intézmények számát. Az egészségügyi kormányzaton belül voltak ilyen tervek és nem nyilvános tárgyalások is, de a helyi ellenállás és politikai kockázat miatt ezeket félretették (Őri, 2024). Ugyanakkor – a munkaerőhiány miatt – spontán módon, a kórházi osztályok szintjén folyik a struktúra átalakulása, kórházi osztályok megszűnése a városi kórházakban (Őri, 2024). Ez azonban egyrészt nem eredményezheti azt a hatékonyságjavulást, amit egy kórház bezárása vagy ápolási intézménnyé átalakítása esetén következhetne be, másrészt nem biztos, hogy egy adott kórházi osztály munkaerőhiány miatti megszűnése szakmai szempontok alapján is indokolt lenne.

Ahogy a korábbi fejezetben már volt szó róla, a rendszerváltozás utáni kormányok többször hozzáfogtak, hogy modernizálják a kórházhálózatot – ez azonban jórészt kimerült a kórházi ágyak számának a csökkentésében. Ez nem jelenti azt, hogy ne csökkent volna a fekvőbeteg intézményeknek a száma. A NEAK adatai

szerint 2003 és 2022 között a központi kormányzat, önkormányzatok és egyetemek által fenntartott kórházak száma 149-ről 107-re csökkent. Ténylegesen 93 volt a kórházak száma[480] 2022-ben. A csökkenést azonban elsősorban a jogi státusz változása (kórházak összevonása) és nem a kórházak bezárása eredményezte.

A kórházi ágyak száma 2010 és 2024 között 71 ezerről 61 ezerre csökkent. Az ágyak számának a csökkenése ellenére romlott az ágyak kihasználtsága: 2010-ben az aktív ellátásban a kórházi ágyak kihasználtsága 71,6%-os, 2019-ben 63,8%-os, 2024-ben pedig már csak 58,7%-os volt.[481] A krónikus ellátásban 2010-ben 84,5%-os, 2024-ben pedig volt 75,5%-os volt az ágyak kihasználtsága. Ugyanakkor, ha figyelembe vesszük a jelentős várólistákat is, az alacsony kihasználtság önmagában nem elégséges annak a megítélésére, hogy túlzottan sok-e a kórházi ágyak száma. (Ezzel a kérdéssel a 13. fejezet nemzetközi összehasonlításban foglalkozik.)

A munkaerőhiányt fokozta, hogy az országos szinten is elégtelen pénzügyi források és elégtelen munkaerő túlzottan sok kórház között oszlik meg. A koncentráltabb aktív fekvőbeteg-ellátás esetén[482] jobbak lehetnének a feltételei a betegellátás minősége javításának is. Ugyanakkor az aktív fekvőbeteg-ellátás nagyobb koncentráltsága bizonyos térségekben negatív hatással lehetne az elérhetőségre – de ezt kompenzálni lehetne a betegek utaztatására kialakított új szolgáltatási formákkal. Ezt az átalakítást akadályozza, hogy a kórházbezárás politikai szitokszóvá vált. Ezt tükrözte például az EMMI következő közleménye: „*Újabb szándékos rágalmazás és félremagyarázás történt a baloldal részéről! Semmilyen kórházat nem akarunk és nem is fogunk bezárni. A kórházbezárás a Gyurcsány-kormány programja volt*!” [483]

11.9. Törekvés az orvosszakma képviseletének a helyreállítására

A MOK 2010 után változtatott a kormánykritikus hozzáállásán és betagozódott a kormány által kialakított rendszerbe. A 2010-es évek közepén a fiatal orvosok

480 A NEAK-adatok között szerepel 14 önkormányzat által fenntartott intézmény, amelyek közül 12 csak egynapos eseteket lát el (ezek finanszírozása fekvőbeteg-ellátásként történik), 2 intézmény pedig a szociális szektor intézménye (ahol egészségügyi szolgáltatást is nyújtanak).

481 Az optimális szintnek a 80–85%-os kihasználtság tekinthető.

482 A helyi feltételek és az adott megye egész ellátórendszerének elemzése alapján lehetne eldönteni, hogy a járóbeteg-ellátás mellett még célszerű lenne – és ha igen, akkor milyen funkciókat megtartani (egynapos sebészet, krónikus fekvőbeteg-ellátás, hosszú idejű ápolás).

483 https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/emmi-semmilyen-korhazat-nem-akarunk-bezarni-267276 (2021. 05. 15).

körében kialakult az az igény, hogy fellépjenek egy más szemléletű szakmai képviselet érdekében. A változásnak az első – a nyilvánosság számára is érzékelhető – állomása az „1001 orvos hálapénz nélkül" nevű Facebook-csoport létrehozása volt (erről az előző fejezetben már volt szó). Majd létrehozták az „Újratervezés" nevű csoportot, amelyik lényeges változást akart elérni: a kormányhoz közelálló szervezet helyett megvalósítani az orvosok szakmai képviseletét, beleértve azt, hogy a kormányzat tárgyalópartnereként részt kívántak venni az egészségügyi rendszer átalakítására vonatkozó tervek kialakításában. 2019-ben a MOK elnökválasztásán nagy fölénnyel nyert az „Újratervezés" csoport felkérésére elindult jelölt a 2003 óta az elnöki tisztséget betöltő jelölttel szemben. A MOK már a COVID-19 járvány előtt hangoztatta a kormányzat felé a béremelés szükségességét és konkrét javaslatot dolgozott ki. Azonban a járvány kellett hozzá, hogy ezt a kormányzat elfogadja.

Kevésbé volt sikeres a MOK azon törekvése, hogy a kormány tárgyalópartnernek tekintse az egészségügy átalakítására vonatkozó elképzelések kialakításában. Ennek a leglátványosabb és a MOK szervezeti státuszára is következményekkel járó esete volt a 2022 decemberében elfogadott törvény és annak részeként az ügyeleti ellátás átalakítása miatt a MOK és a kormány között kialakult konfliktus. A MOK egyrészt azt kifogásolta, hogy érdemi szakmai konzultáció nélkül döntött a kormány a törvényben foglalt változtatásokról, továbbá, hogy azok egy része hátrányosan érintette az orvosokat. A MOK 2023. február 4-én rendkívüli közgyűlést tartott, ahol arról döntöttek, hogy a MOK érdemi tárgyalást követelt a kormánytól az egészségügyi rendszer átalakításáról, a követelésük nyomatékaként pedig a tárgyalás megkezdéséig a háziorvosok ne írják alá az új ügyeleti szerződéseket, helyezzék letétbe feladatellátási szerződéseik felmondását, a kórházi orvosok pedig az önkéntes többletmunkájuk felmondását helyezzék letétbe.[484]

A kormány válasza: kivételes eljárásban benyújtott törvénnyel[485] megszüntették a kötelező kamarai tagságot és elvették a MOK etikai ügyekben való szabályozó szerepét. A törvény indoklásában az szerepelt, hogy „*Azzal, hogy a Kamara az új ügyeleti rendszer működését akadályozza, és ezzel a magyar emberek egészségügyi ellátását veszélyezteti, megszegi a demokratikus köztestületi jellegének alapvető szabályát, semmibe veszi saját céljait.*"[486] Az egészségügyi szakma és a közvélemény számára is nyilvánvaló volt, hogy a tényleges indok az volt, hogy a kormány meg akarta mutatni, hogy a szakmai szervezetek komolyabb fellépés esetén mire

484 Telex: Döntöttek az orvosok, rendkívüli nyomásgyakorlásba kezdenek

485 2023. évi I. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény, valamint az egészségről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosításáról.

486 https://njt.hu/jogszabaly/2023-1-K0-00

számíthatnak. A MOK tevékenységének az orvosok általi elismerését jelenti, hogy a korábbi tagság kb. 80%-a tagja maradt a MOK-nak.

A következő konfliktus a MOK-nak *A magyarok egészsége többet érdemel* kampánya volt 2025 februárjában. A MOK közleménye szerint: „*A kampány célja közérdekű, az állampolgárok egészségtudatosságának erősítése, egy jól működő állami egészségügyi rendszer kialakításának támogatása.*”[487] A kampány honlapja[488] szerint: „*A magyar egészségügy jelenlegi állapota a több évtizedes elhanyagolás következménye. Eljött az idő, hogy ezen változtassunk! Ezért a Magyar Orvosi Kamara a lakosság bevonásával társadalmi kampányt indít az egészségügy finanszírozásának javításáért.*” A honlapon podcastokban mutatták be az egészségügy problémáit, összefoglalták a MOK legfontosabb javaslatait és szavazás formájában kikérték az állampolgárok véleményét, hogy a felsorolt problémák közül melyiket tartják a legfontosabbnak. A kampány további eleme volt a MOK és a Magyar Orvosok Szakszervezete által március 8-án a Kossuth téren tartott demonstráció *Közös kiállás egy jobb egészségügyért* címmel.[489] A megmozdulás hatását csökkentette, hogy a többi egészségügyi szakmai szervezet nem csatlakozott a demonstrációhoz.

11.10. A magánszolgáltatók további kiszorítása a közfinanszírozású ellátásból

A magánszektort tekintve, az időszak két meghatározó folyamata egyrészt a magánszolgáltatások piacának a bővülése, másrészt a kormányzat törekvése a magánszolgáltatóknak a kiszorítására a közszolgáltatások nyújtásából. Ez a két folyamat ellentétesen hatott a magánszolgáltatók helyzetére. A magánszolgáltatások piacának, szerepének a bővülésére 2010 és 2019 között ható tényezők továbbra is fennmaradtak. Ezen túl több sajátos jellemzője is volt ennek az időszaknak. A COVID-19 járvány több szempontból is ösztönözte a magánszolgáltatások bővülését. Egyrészt a közintézményeknek a járványkezelésben mutatott hiányosságai (pl. szűkös tesztelési kapacitások) teret adtak a magánszolgáltatóknak a járvány alatt és utána is (pl. poszt-COVID-tünetek kivizsgálása, kezelése), hogy a járvánnyal kapcsolatos szolgáltatásokat nyújtsanak. Másrészt a járványtól független egészségi problémák esetében

487 https://mok.hu/hirek/mokhirek/a-magyarok-egeszsege-tobbet-erdemel

488 https://www.tobbeterdemel.hu/

489 „A magyar egészségügy olyan, mint a zuhanóspirálba került repülő: nincs már felhajtóerő” – a jobb egészségügyért tüntettek a Kossuth téren.

a közintézmények leállása a betegeket arra ösztönözte, hogy a magánszektorban vegyék igénybe az ellátást. Ugyanakkor egyes területeken a kormányzati döntések szűkítették a piacot: a kormányzat új lendülettel törekedett a magánszolgáltatók kiszorítására a közfinanszírozású ellátásból. A kormányzatnak a magánszektor irányába mutatott magatartását a bizonytalan jogi környezet, túlzottan ambiciózus, ideológia vezérelt célok és nem kellően átgondolt intézkedések jellemezték. A 12. fejezet részletesen tárgyalja a magánszektornak és a köz és magánszektor együttélésének a jellemzőit, ezért az alábbiak csak a 2020 és 2025 közötti időszak fontosabb eseményeit vázolják.

Az előző fejezet bemutatta, hogy 2010 és 2019 között a NEAK által a magánszolgáltatóktól vásárolt közszolgáltatások aránya radikálisan visszaszorult a fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátásban, továbbá jelentősen csökkent a laboratóriumi ellátás és a CT-MRI-vizsgálatok területén is. 2020 után újabb területeken folytatódott a magánszolgáltatók kiszorítása a közszolgáltatások nyújtásából, a szolgáltatási területek „visszaállamosítása". Ezek a törekvések mögötti több ok is lehetséges. Ezek egyike az egészségügyi kormányzatnak az a (téves) feltételezése, hogy az intézmények központi kormányzati irányítása eleve hatékonyabb, mint a decentralizált működtetés (amikor az intézmények önkormányzati vagy magántulajdonban vannak).

Meddőségi centrumok állami felvásárlása

2019. végén 16 helyen, öt állami és hét magánintézményben végeztek IVF-kezeléseket,[490] amelyek 70%-át a magántulajdonban lévő meddőségi klinikák végezték.[491] A magánszolgáltatóknak előre meghatározott számú beavatkozást térített az egészségbiztosítás, az ezen felüli szolgáltatásaikat magánszolgáltatásként nyújtották. A 2019 decemberében hozott törvény alapján a Magyar Nemzeti Vagyonkezelő megvásárolta a magántulajdonban lévő meddőségi klinikákat és azok 2020 januárjától az OKFŐ irányítása alá kerültek. A hivatalos indoklás népesedéspolitikai volt: a kormány lehetővé akarta tenni, hogy mindenki igénybe tudja venni az IVF-kezeléseket, amelyeket ingyenessé tettek. Nyilvánvaló, hogy a hozzáférés biztosításához elégséges lett volna a magánszolgáltatók számára meghatározott mennyiségi limit növelése vagy megszüntetése.

Kísérlet a labordiagnosztika országos centralizációjára

A 1990-es évek elején a labordiagnosztika és a képalkotó diagnosztika (CT és MRI) területén – ahogy arról az 5. fejezetben volt szó – a tőkehiány és a modern

490 In Vitro Fertilization

491 https://medicalonline.hu/cikk/jelentos_valtozasok_varhatok_a_meddoseg_kezeleseben (2019.12. 12).

technológia alkalmazásának az igénye ösztönözte, hogy az egészségbiztosítás szerződést kössön magánvállalkozásokkal (közszolgáltatások nyújtására)[492] vagy a közintézmények közvetlenül vásároljanak diagnosztikai szolgáltatásokat a magánvállalkozásoktól.

A labordiagnosztika területén egy átfogó centralizáció részét képezte volna a magánszolgáltatók kiszorítása a közszolgáltatások nyújtásából. A már 2020-ban megszületett kormányzati elképzelést követően a kormány 2022. novemberében döntött arról,[493] hogy 2023. márciusától az OKFŐ alá tartozó kórházak csak az állami laborhálózattól (NOLD Kft.-től) vásárolhattak volna a laborvizsgálatokat.[494] A döntést nem előzte meg sem a labordiagnosztika helyzetének, fő problémáinak az elemzése, sem a tervezett konstrukció megvalósíthatóságának a vizsgálata. A tervek szerint az új állami laborhálózat öt régióközponttal működött volna; a vizsgálati mintákat a szolgáltatótól (kórházak, háziorvosok) egy közbeszerzéssel kiválasztott vállalkozó gyűjtötte volna össze és szállította volna az állami laborokba.[495] Ugyanakkor az orvosi egyetemek klinikái és az egyházi kórházak laborszolgáltatásai kimaradtak volna a laborszolgáltatás centralizációjából (nem tartoztak volna a NOLD Kft. rendszerébe). A rendszer azonban nem indult el 2023 márciusában és feltehetően a szakigazgatás számára is egyre inkább nyilvánvalóvá vált az elképzelés megvalósíthatóságának és a racionalitásának a kérdésessége is. Ezt jelzi, hogy 2023 novemberében a Belügyminisztérium megszüntette a két évvel azelőtt létrehozott Nemzeti Orvoslaboratóriumi Diagnosztikai Nonprofit Kft.-t. Az új koncepció (a Nemzeti Laborhálózat új definíciója): a vármegyei szinten szervezett vármegyei centrumú (Budapesten a centrumkórházak köré tervezett) laboratóriumok országos hálózata lett. A vármegyei központok felelnek a vármegyei ellátás megszervezéséért.

Törekvés a magánszolgáltatók kiszorításáról a közfinanszírozott CT- és MRI-ellátásból

A kormány 2023 nyarán[496] döntött arról, hogy 2024. novemberétől a magánszolgáltatók nem végezhetnek közfinanszírozású CT- és MRI-vizsgálatokat. (A tervekben egyetlen kivétel szerepelt: a gerincműtéteket végző Budai Egészségközpont.)

492 Ez a konstrukció széles körben megtalálható a nyugat-európai országok egészségügyében. A konstrukció hátrányait (pl. árakra gyakorolt felhajtó hatást stb.) szabályozási eszközökkel törekednek korlátozni.

493 1569/2022. (XI. 24.) kormányhatározat A nemzeti orvoslaboratóriumi diagnosztikai laborhálózat kialakításáról.

494 https://medicalonline.hu/cikk/marciusra_nyeli_le_az_allam_a_laborpiacot (2022.11. 29).

495 Csak olyan intézményben maradhatott volna helyben laboratórium, ahol sürgősségi aktív betegellátás működött; és ezeken a helyeken is egységes gép- és műszerparkot terveztek kialakítani.

496 https://medicalonline.hu/cikk/a_nagy_ct__es_mr_atalakitas_hattere

Az OKFŐ 30 új CT- és 14 új MRI-készüléket tervezett vásárolni, hogy kiváltsa a magáncégek berendezéseit. A döntés után azonban nem indult el annak megvalósítása; még 2024 októberében sem dőlt el, hogy kiktől és milyen gépeket fognak beszerezni. Továbbá az elhelyezésükre vonatkozóan az OKFŐ még 2024 októberében csak kereste azt a vállalkozást, amellyel a tervek elkészítésére kívánt szerződni.[497] Hasonlóan a labordiagnosztika területén tervezett változtatásokhoz, ebben az esetben is a megvalósíthatóság részletes elemzése nélkül történt a döntés és itt is többet vállalt a kormányzat, mint aminek a megvalósítására képesnek bizonyult. Ez 2024 tavaszán a kormányzat számára is nyilvánvalóvá vált és egy évvel kitolta a határidőt: 2025 november 1-jére. Több egészségügyi szakember is vitatta az intézkedés célszerűségét és hangsúlyozta az átmeneti időszak kockázatait (hosszabb várólisták, időszakos leállás, orvos és szakszemélyzet hiánya). Az a tény, hogy a közintézményeknek továbbra is lehetőségük van arra, hogy távleletezésre magánszolgáltatókkal szerződjenek, azt tükrözi, hogy az eredeti célkitűzést csak részlegesen tudta a kormányzat elérni.[498]

11.11. Mérleg

A 2020 és 2025 közötti időszakban a kormány, az egészségügyi szakigazgatás, az egészségügyi intézmények és dolgozók, és nem utolsósorban a társadalom számára a fő kihívásokat egyrészt a COVID-19 járvány, másrészt az ellátórendszerben érvényesülő soktényezős hiányhelyzet és azzal összefonódó működési zavarok jelentették. A járvány költségeinek és az orvosi bérek emelésének következtében 2020–2021-ben kiugró mértékben növekedtek az egészségügyi közkiadások. Azonban ez nem jelentette a korábbi kedvezőtlen trend megváltozását, hanem csak átmeneti feszültégcsökkentés volt; 2022-től újra csökkent az egészségügy részesedése a kormányzati kiadásokból (pedig a 2021-es érték is a legalacsonyabb volt a posztszocialista országok között). A kormány 2023-ban már csak az állami költségvetés 8,2%-át fordította az egészségügyre, ami a legalacsonyabb volt az EU-ban.

A COVID-19 járvány sokkhatást okozott az egészségügy minden szereplőjének, beleértve a társadalmat is. A kormány a járvány kezelésére a szakmai, járványügyi megfontolásokon alapuló stratégia helyett „háborús” stratégiát és kommunikációt

497 https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/allamositas__meg_meg_sem_vasaroltak_a_ct__es_mr_gepeket

498 https://hvg.hu/360/20251031_hvg-ct-allamositas-mri-maganszolgaltatok-egyedul-nem-megy

alakított ki. Az első járványhullám megmutatta, hogy a kormánynak a járvány kezelésében három fő szempontot kellett összeegyeztetnie: az egészségügynek (a halálesetek minimalizálása, a járvány kontrollálása, intézmények túlterhelésének megakadályozása), a gazdaságnak (a korlátozások miatti gazdasági visszaesés elkerülése), továbbá a politikai legitimációnak a szempontjait. (Ez utóbbi annak „bizonyítását" jelentette, hogy a kormány jól kezeli a járványt). A járvány első hullámát kivéve a kormány az egészségügyi (halálozási) szempontokat alárendelte a gazdasági érdekeknek. Az intézkedések megkésettek voltak, a járványhullámok amplitúdója és az egészségügyi rendszerre nehezedő nyomás egyre nagyobb lett, továbbá (a nemzetközi adatok azt mutatják, hogy) lényegesen kevesebb halálozással át lehetett volna vészelni a járványt. A lakossági hozzáállás is változott: az első hullám alatt a korlátozó intézkedések támogatása és követése volt a domináns; a halálozások alacsony számát azonban sokan úgy interpretálták, hogy a korlátozások túlzottak voltak és a következő hullámok alatt csökkent az egyéni védekezés, részben a pandémiás fáradtság miatt is. A kezdeti sikeres oltási kampány ellenére az átoltottság is az egyik legalacsonyabb lett az EU-ban. A kormányzati propaganda „teljesítménye" – a kormány szempontjából – azonban „kiváló" volt: sikerült azt a lakossági percepciót elérnie, hogy a kormány a járványt alapjában véve jól kezelte. A járvány alatt a kormányzás transzparenciája tovább romlott, ami kihatott az egészségügyi irányítás attitűdjére is. Mindezek hozzájárultak ahhoz, hogy a tanulságoknak – a következő járványok szempontjából nagyon fontos – levonása nem történt meg.

Az ellátórendszert tekintve, amivel a betegek és a társadalom szembesült: tovább fokozódott a járvány előtt kialakult többdimenziós hiány: forráshiány, növekvő munkaerőhiány, és részben ezek következtében szolgáltatáshiány. A munkaerőhiányhoz hozzájárult a magánszektor és a külföldi munkavállalás lehetőségének az elszívó hatása is. Az ellátáshoz való hozzáférésnek és a szolgáltatások minőségének nagy különbségei és az egyre gyakoribbá váló működési zavarok következtében tovább erősödött a betegek kiszolgáltatottsága, továbbá a társadalomban az állami egészségüggyel szembeni elégedetlenség, bizalomhiány. A jelentősen bővülő magánszektor egyrészt a fizetőképes betegeknek (az ellátás egy része esetében), másrészt az orvosok és szakdolgozók egy részének „menekülési utakat" jelentett – tovább fokozva a közintézmények problémáit.

Az orvosok helyzete ellentmondásosan változott: egyrészt a jövedelmük ugrásszerűen megnövekedett, másrészt a fokozódó „militáns" irányítás és kommunikáció (a szolgálati jogviszony bevezetése, továbbá a kötelező orvoskamarai tagság megszüntetése stb.) a kormány részéről az orvostársadalom erkölcsi elismerésének a hiányát mutatta. Ez annak a meg nem értését is tükrözte, hogy az egészségügyi

rendszer megfelelő működésének szükséges (de nem elégséges) feltétele az orvosok és szakdolgozók anyagi és erkölcsi megbecsülése.

A kormányzat hosszú távra kiható, pozitív intézkedése volt a hálapénz betiltása. Ugyanakkor nem fordítottak kellő figyelmet sem azokra a tényezőkre, amelyek az előidézői voltak a hálapénz adásának, sem a várható rövid távú negatív hatásokra. A hálapénz megszüntetése, a teljesítményelemeket nem tartalmazó fizetésemelés, a teljesítményfinanszírozás átmeneti szüneteltetése, az intézmények alulfinanszírozása, továbbá a magánszektor munkaerő-elszívó hatása együttesen vezetett ahhoz, hogy a közintézményekben nagymértékben csökkent /megszűnt az ösztönzés a szolgáltatások mennyiségének a növelésére, a betegek igényeinek a kielégítésére.[499] A munkaerőhiány miatt szükséges volt a kettős jogviszony fenntartása, ugyanakkor ez a konstrukció visszahatott, erősítette a munkaerőhiányt. A kettős jogviszony konstrukció szükségszerű jellemzője az arra való ösztönzés, hogy az orvosok a magánpraxis felé „tereljék" a betegeket – megfelelő szabályozással azonban ezt a hatást jelentősen lehetne korlátozni. A megfelelő szabályozási eszközök[500] keresése helyett a kormányzat először a tiltásra/korlátozásra, majd az ellenőrzés inadekvát eszközökkel történő fokozására törekedett.

A forráshiány mellett az egészségügy válságos helyzetéhez az is hozzájárult, hogy a kormány 2010 után rendkívül centralizált irányítási rendszert alakított ki: a közszektorban visszaállították az állam (központi kormány) egyeduralkodó szerepét a szabályozásban, finanszírozásban és a szolgáltatási szférában. A kormány nem realizálta, hogy a működési zavarok részben az irracionális centralizációból is erednek és tovább törekedett az ellátórendszer centralizálására. Az OKFŐ alá tartozó kórházak infrastruktúrája fenntartásának a Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóság (KEF) hatáskörébe helyezése (országos centralizálása) következtében a kórházi menedzsment gazdálkodási önállósága tovább szűkült. A rendszer működése tovább távolodott attól a 1990-es évek elején még nálunk is érvényesülő szemlélettől, hogy a kórházak nemcsak gyógyító intézmények, hanem komplex gazdasági egységek is. Az egészségügyi ellátás sajátosságai[501] miatt a kórházak működése nem irányítható

499 Ez nem jelenti azt, hogy – az ellenösztönző feltételek ellenére – egyáltalán ne lennének jól működő kórházak (köszönhetően az adott menedzsmentnek).

500 A megfelelő szabályozás részét kellene, hogy képezzék a teljesítményelemek az orvosok bérezésében, továbbá a MOK etikai eszközei – ezeket a kormány a kötelező tagság megszüntetésével azonban elvette a Kamarától.

501 Az egészségügyi intézmények gazdasági és társadalmi környezete, infrastrukturális és munkaerő feltételei, a helyi lakosság szükségletei stb. jelentősen eltérhetnek az ország különböző térségeiben és az egyes kórházak esetében is. Továbbá a napi működés (a betegellátás) folyamataiban jelentős lehet a változékonyság és bizonytalanság, a váratlan helyzetek stb.

hatékonyan a rendőri állomány vagy automatizált autógyárak irányításához hasonló módszerekkel. Az egészségügy sajátosságai következtében a napi működés irányításához (elvileg) a legtöbb információval a kórházi menedzsmentek rendelkezhetnek.[502] A hatékony működéshez olyan irányítási és szabályozási eszköztárra, a hatáskörök olyan megosztására, olyan információs rendszerekre és ösztönzőkre lenne szükség, ami ezt figyelembe veszi. Ugyanakkor az is kérdés, hogy a – több mint egy évtizedes centralizált, utasításos irányítás, hatáskörszűkítés körülményei között működő – kórházak menedzsmentjének a körében mennyire érvényesül még ez a szemlélet.

Fennmaradt a kórházak krónikus eladósodása. A hiány nagyobb része a külső körülményeknek (a szolgáltatásoknak az átlagköltségtől elmaradó díjtételei stb.) következménye volt, de a hiányt növelő tényező maradt a kórházi kapacitásfelesleg is. A kapacitások problémáját elsősorban a széttagolt intézményhálózat jelenti: azaz túlzottan sok a kórház és ennek következtében szétaprózódnak az összességében is elégtelen pénzügyi források és a munkaerő. A kormány elmulasztotta azt a lehetőséget, hogy a kórházi szektorban végrehajtott szervezeti változtatással (a városi kórházaknak a megyei kórházak irányítása alá helyezésével) együtt az aktív fekvőbeteg-ellátást kevesebb intézménybe koncentrálja. Ugyanakkor, elsősorban a munkaerőhiány következtében, spontán módon folyik a struktúraváltozás (kórházi osztályok bezárása) (Őri, 2024).

A kormányzati lépéseket összességében tekintve: a tervek és intézkedések céljaikat, eszközeiket és megvalósításuk módját tekintve is ellentmondásosak voltak. A változtatások egy részének (pl. háziorvosi csoportpraxis, JIR) az általános célja adekvát volt, de az egészségügy vezetői nem fordítottak figyelmet a megvalósítás feltételeinek és ágenseinek a megteremtésére. A háziorvosi praxisközösségek bevezetése és a kórházak irányításának megyei szintű centralizálása – a hangoztatott célokkal szemben –nem hozott érzékelhető pozitív változást a betegellátásban. A változtatások másik csoportja esetében a célok is elhibázottak voltak (pl. védőnői szolgálatnak a megyei kórházak alá centralizálása).

A forráshiány, munkaerőhiány, az ösztönzők hiánya és az irracionális centralizálás következtében az ellátórendszer működésében erősödött a dezorganizáció, szétesés. A Direkt36 elemzése szerint 2020 eleje és 2025 júniusa között több mint 770 esetben zártak be kórházi osztályokat vagy állítottak le bizonyos ellátásokat. A bezárások harmada azért történt, mert nem volt elég orvos vagy ápoló, illetve

502 Ennek nem mond ellent, hogy a kórházhálózatnak a centralizációjára lenne szükség: az aktív ellátást nyújtó kórházak számának a csökkentésére. A koncentráltabb kórházhálózat intézményei menedzsmentjének viszont nagyobb önállósággal kellene rendelkezniük.

hiányoztak az orvosi eszközök. A budapesti kórházakban történt a legtöbb osztálybezárás.[503] A kormány egyrészt igyekezett a problémákat bagatellizálni, másrészt a működési zavarokért a felelősséget a kórházigazgatókra és orvosokra hárítani és tovább fokozni az adminisztratív típusú kontrollt.[504] Növekedett az ellentmondás a kormányzati sikerpropaganda és a lakosság, valamint az egészségügyi dolgozók körében növekvő elégedetlenség között.

503 https://telex.hu/direkt36/2025/06/18/ennyire-reszletesen-meg-soha-nem-latszott-hogyan-epul-le-a-magyar-egeszsegugy-kiverzo-korhazak-i

504 Ennek kirívó (és adatvédelmi szempontból aggályos) példája, hogy a kormány arcfelismerő rendszer bevezetésére törekszik a kórházakban, annak az ellenőrzésére, hogy az orvosok kitöltik-e a munkaidejüket az intézményükben. https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/a_gdpr_szabalyokat_is_serti_a_biometrikus_azonositas_a_korhazakban

12. A köz- és magánszektor kapcsolata a magyar egészségügyben

A rendszerváltozás óta eltelt időszakban az egészségügyi rendszer egészét tekintve radikális változások mentek végbe: kiépült egy méretét és az egész egészségügyi rendszer működésére gyakorolt hatását tekintve is jelentős magánszolgáltatói szektor, és részben ezzel összefüggésben magas aránya alakult ki a magánfinanszírozásnak. Az átalakulás különösen a gyógyszerellátás és a járóbeteg-szakellátás területén volt jelentős: 2023-ban a gyógyszerkiadásoknak 54%-át, a járóbeteg-szakellátásra fordított kiadásoknak pedig 37%-át tették ki a magánkiadások. Nem csak a rendszer szintjén alakult ki a köz- és magánszektor sajátos együttélése, kapcsolata, hanem a betegek és az orvosok, szakdolgozók egy jelentős részének a napi gyakorlatává vált. Ugyanakkor a köz- és magánszektor együttélése a rendszer és az egyének szintjén is számos konfliktussal terhelt.

A magánszektor[505] térnyerésében egyaránt szerepe volt a piaci szereplők (magánszolgáltatók, üzleti biztosítók) kezdeményezéseinek, a lakossági kereslet növekedésének és a kormányzati törekvéseknek is. 2010-ig mind a szolgáltatás szférájában, mind a finanszírozási rendszerben számos reformtörekvésnek a célja a piaci szereplők és/vagy piaci mechanizmusok szerepének a növelése és a köz- és magánszektor együttműködése optimális formáinak a kialakítása volt. 2010 után a kormányzat koncepciójában radikális változás következett be: törekvés a közszféra és a magánszféra teljes szétválasztására. Ugyanakkor ez nem jelentette a magánszektor korlátozását. (A 12.2. táblázat összefoglalja a fontosabb történéseket.)

A köz- és magánszektor együttélésének egészen a 2010-es évek végéig sajátos vonása volt, hogy a legális piaci szektor kiépülése mellett fennmaradt a hálapénz által működtetett informális piac.[506] Ennek a „piacnak" a jelenségei a rendszerváltozás

505 A fejezet csak a szűkebb értelemben vett egészségügyi rendszer magánszektorának – a lakosság által igénybe vett egészségügyi ellátás finanszírozásának és szolgáltatásának – a kérdéseivel foglalkozik. Ez az egészségügy teljes magánszektorának csak egy szeletét alkotja. Ez utóbbinak része például az orvostudományi kutatás-fejlesztés; orvostechnikai ipar és forgalmazók; gyógyszergyártók- és forgalmazók; egészségügyi informatika; kiszolgáló tevékenységek: kórházélelmezés, takarítás stb.

506 Tágan értelmezve, a hálapénz jelensége miatt a köz és magán mix, azaz a közszolgáltatók és „magánszolgáltatók" együttélése az államszocialista egészségügynek is a jellemzője volt. A hálapénz jelenségével részletesebben foglalkozik a 3. fejezet.

után is kihatottak az orvos-beteg viszonyra, az egészségügyi intézmények (elsősorban a kórházak) működésére, belső viszonyaira és az egészségügyi reformtörekvések, reformok egy részének a hatásaira is (Gaál et al., 2006; Kornai, 2000; Kincses, 2007; Orosz, 2001; 2018). A hálapénz jelensége korlátozó hatást gyakorolt az önkéntes biztosítások kiépülésére is.

A magánszektor szerepe nemcsak a magyar egészségügynek, hanem számos nyugat-európai ország egészségügyének is az egyik vitatott kérdése volt az elmúlt évtizedekben. A viták középpontjában a hozzáférés egyenlőtlenségeire, az ellátás hatékonyságára és a szolgáltatások minőségére gyakorolt hatások álltak. A „köz" és „magán" előnyeiről és hátrányiról folytatott magyarországi vitákat sokszor jellemezte, hogy a magánszektor hívei a piac ideális modelljét állították szembe az állami egészségügy valóságos problémáival, vagy a közegészségügy hívei a közegészségügy ideális modelljét állították szembe a magánszektor valóságos problémáival. A fejezet igyekszik elkerülni ezt a csapdát, és elsősorban a főbb folyamatoknak, továbbá az azokat ösztönző tényezőknek a leírására helyezi a hangsúlyt.

A magánszektor térnyerése és jelenlegi jellemzői nem érthetők meg önmagukban vizsgálva – ugyanis a folyamatokat befolyásoló egyik tényező az egészségügy közszektorának a jellemzői, problémái voltak. Ezért a fejezet a magánszektor szerepének önmagában való elemzése helyett annak bemutatására törekszik, hogy az elmúlt évtizedekben hogyan alakult és a 2020-as évek közepén mi jellemezte a köz- és magánszektor együttélését a magyar egészségügyben. A fejezet összefoglalja a legfontosabb adatokat, problémákat és egészségpolitikai kihívásokat. Először a köz és magán mix fogalmát és főbb dimenzióit, majd a nemzetközi folyamatokból levonható tanulságokat vázolja. A köz- és magánszektornak a fejlett nyugat-európai egészségügyi rendszerekben betöltött szerepének és az elmúlt évtizedekben bekövetkezett változásoknak az áttekintése azért is fontos, mert rávilágítanak arra, hogy a 2010 utáni magyarországi kormányzati törekvések mennyire ellentétesek a nemzetközi trendekkel. A 12.3. és 12.4. alfejezetek a magyarországi köz és magán mix jellemzőit tárgyalják – fókuszálva a magánszektor szerepére – először a finanszírozási rendszerben, majd a szolgáltatási szektorban.

12.1. A köz és magán mix összetevői

A fejlett országok egészségügyi rendszereit a közszektor és a magánszektor sajátos – az adott ország közigazgatási rendszere, közpolitikája, és egészségügyének történeti

jellemzői által is befolyásolt – együttélése, összefonódása jellemzi. Erre a jelenségre a szakirodalom a *public-private mix* kifejezést használja, ami jól kifejezi, hogy nem csupán egymás mellett élésről van szó, hanem a két szektor különböző dimenziói sokszálon összefonódnak. Ezáltal a közszektor jellemzői jelentősen befolyásolják a magánszektor szerepét és a magánszektor jellemzői, trendjei pedig hatnak a közszektor működésére, problémáira.

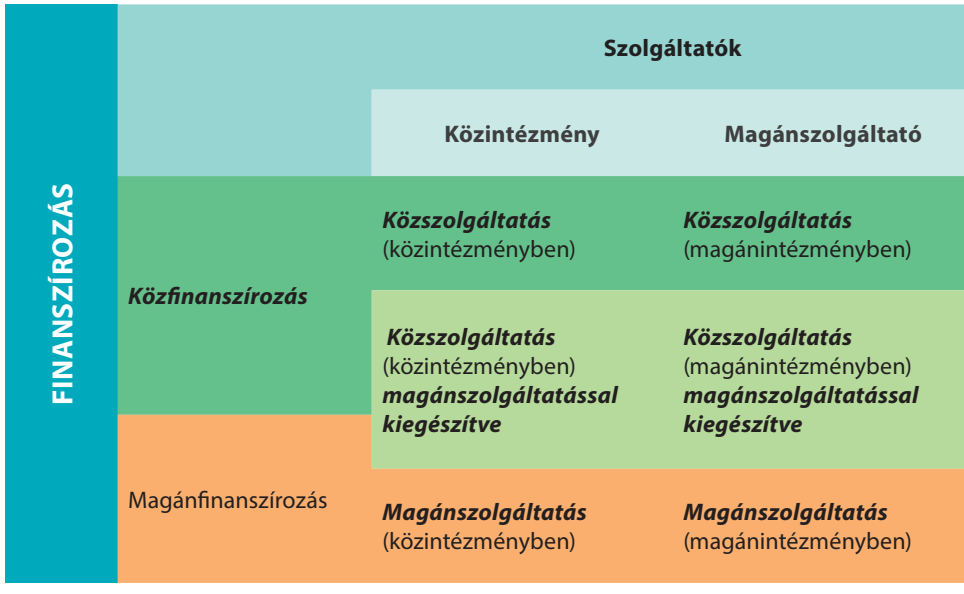
A „köz" és a „magán" definiálása sem egyértelmű. A közszektor és magánszektor meglehetősen összetett kapcsolatrendszerének a megértéséhez meg kell különböztetnünk az egészségügyi rendszernek a következő összetevőit és azon belül a köz és magán kategóriáit:

- Finanszírozási rendszer: közfinanszírozás (közkiadások) és magánfinanszírozás (magánkiadások).
- Szolgáltatók (intézmények), amelyek esetében meg kell különböztetnünk a tulajdoni státuszt és a működtetési formát. Ennek alapján a szolgáltatók lehetnek köztulajdonban lévő költségvetési intézmények vagy magánszolgáltatók. Ez utóbbiak pedig lehetnek: magántulajdonban lévő vállalkozások, nonprofit intézmények, köztulajdonban lévő vállalkozások (pl. önkormányzat tulajdonában lévő kft.), továbbá köztulajdonban lévő infrastruktúrát működtető vállalkozások. (Pl. az önkormányzat marad a kórház tulajdonosa, de a működtetését kiszerződi magánvállalkozásnak.)
- Szolgáltatók (orvosok): akik lehetnek alkalmazottak (pl. közkórházban vagy magánkórházban), szellemi szabadfoglalkozású (egyéni praxist működtető) orvosok, egyéni vagy csoportpraxisban dolgozó vállalkozók, alvállalkozók közintézményben vagy magánintézményben stb.
- Szolgáltatások, amelyek lehetnek közszolgáltatások (közfinanszírozott szolgáltatások) és magánszolgáltatások (magánforrásokból finanszírozott szolgáltatások); továbbá egy adott ellátási folyamatnak mindkettő a részét képezheti.

A 12.1. ábra a szolgáltatások típusait állítja a középpontba, és azt szemlélteti, hogy:

- Egy szolgáltatás (pl. vakbélműtét) akkor tartozik a közszolgáltatások kategóriájába, ha közpénzekből finanszírozódik (ha a betegek az egészségbiztosítás vagy állami egészségügy keretében veszik igénybe az adott szolgáltatást). A közszolgáltatást nyújthatja közintézmény vagy magánszolgáltató (pl. az egészségbiztosítással szerződött magánkórház) is.
- Egy szolgáltatás akkor tartozik a magánszolgáltatás kategóriájába, ha magánforrásból vásárolják: az egyén fizeti közvetlenül, és /vagy az önkéntes biztosítás, vagy egy vállalat (pl. foglalkozásegészségügyi vizsgálat esetén). A magánszolgáltatást nyújthatja magánszolgáltató és közintézmény is.

12.1. ábra. A köz és magán mix főbb szegmensei



- Egy adott gyógyító beavatkozásnak lehetnek közszolgáltatás és magánszolgáltatás komponensei is.[507] Például a tb-által fizetett szürkehályog műtét (azaz közszolgáltatás) során a tb által nem finanszírozott lencsét ültetnek be (azaz magánszolgáltatásként megvásárolt terméket). Ez a konstrukció megvalósulhat közkórházban és magánintézményben is. Továbbá számos országban, az egészségbiztosítás keretében igénybe vett műtét esetében, ha a szakorvost meg akarja választani a beteg, akkor ezért (a magánszolgáltatásért) fizetnie kell.
- A közszolgáltatásért a betegeknek lehet, hogy térítési díjat kell fizetniük (pl. gyógyszerek esetében stb.) Ebben az esetben a közszolgáltatás költségeinek a megosztása történik a tb és a beteg között.

A szolgáltató esetében a megkülönböztetés alapja a tulajdoni státusz és a működtetés (gazdálkodás) jogi formája. Azaz a magántulajdonban lévő, vállalkozási formában működő művese állomás magánszolgáltató, akkor is, ha csak a tb-által finanszírozott közszolgáltatást nyújt (azaz a bevételei teljes mértékben közkiadásokból származnak).

507 2020-ig ennek az esetnek, sajátos típusa volt a hálapénz. (A 12.1. ábra ezt nem mutatja, mert a hálapénz nem a közintézmény bevételét jelentette.)

Mindezek alapján – leegyszerűsítve a 12.1. ábrát – az egészségügyi ellátás négy alapvető szegmensét különböztethetjük meg:

- közintézmények által nyújtott közszolgáltatások;
- magánszolgáltatók által nyújtott közszolgáltatások;
- magánszolgáltatók által nyújtott magánszolgáltatások; és
- közintézmények által nyújtott magánszolgáltatások.

A 12.5.3. alfejezet ezen szegmensek szerint tekinti át a köz- és magánszektor szerepét a magyar egészségügy szolgáltatási szférájában.

A privatizáció és decentralizáció értelmezése az egészségügyben

Az 1980-as évek elejétől a nyugat-európai országokban jelentős változások mentek végbe az egészségpolitikákban, a *public-private mix* jellemzőiben. Ezek megértéséhez fontos, hogy a privatizáció fogalmát szélesebben értelmezzük, mint ahogy a gazdaságban szokásos. A privatizáció széles értelemben azt a folyamatot jelenti, amikor az államnak korábban az egészségügyben – a *szolgáltatás, a finanszírozás és a szabályozás* területén – játszott szerepét részben vagy (a szolgáltatás egyes területein) döntő mértékben átveszik a magánszervezetek. Tehát nem csak a tulajdonosváltás (állami tulajdon magánkézbe adása) jelenti a privatizációt, hanem például az önkormányzati tulajdonban maradó kórház működtetésének a kiszerződése magánvállalkozásnak. A privatizáció ezen szélesebb fogalmába beletartozik az új magánintézmények piacra lépése is. Ez ugyanis ahhoz vezethet, hogy például a járóbeteg-ellátás esetében növekedhet a magánszolgáltatók által nyújtott ellátás aránya az összes szolgáltatáson belül. A decentralizáció esetében korábban a központi kormány által ellátott feladatokat a közigazgatás alacsonyabb szintjeire delegálják, vagy a központi kormánytól az egészségügyben létrehozott új szervezetek veszik át a feladatokat.[508] Továbbá a kormány a szabályozás bizonyos tevékenységeit köztestületekre ruházhatja át. Így például Magyarországon az 1990-es évek elejének decentralizációs folyamataiba beletartozott nemcsak az, hogy a települési önkormányzatok váltak az egészségügyi intézmények tulajdonosaivá, hanem a Magyar Orvosi Kamara létrehozása és jogosítványainak a szélesítése is.

A privatizáció szempontjából alapvető különbség van a finanszírozás és a szolgáltatás szférája között: a „köz" és a „magán" szerepe alapvetően különbözik a két területen. Csak a közfinanszírozás (költségvetés vagy kötelező biztosítás) dominanciája képes biztosítani az esélyegyenlőséget a szolgáltatásokhoz való hozzájutásban (illetve legalább annak pénzügyi akadályait megszüntetni). Ezért a magánfinanszírozás arányának

508 Például országos szintről regionális szintre helyezik a kórházi infrastruktúra fejlesztésének a tervezését.

a növekedése azzal a kockázattal jár, hogy növekedhetnek az egyenlőtlenségek a hozzáférésben. A közfinanszírozás megfelelő szerepe mellett, a kötelező biztosítás által nyújtott szolgáltatások esetén elvileg a beteg számára nem kell különbséget jelentenie, hogy a szolgáltatást közintézmény vagy magántulajdonban lévő szolgáltató nyújtja. A gyakorlat ennél természetesen bonyolultabb: számos példát találhatunk arra, hogy a magánszolgáltató kérhet a betegtől kiegészítő díjat a társadalombiztosítástól kapott díjon felül.

12.2. Nemzetközi tapasztalatok: legfontosabb tanulságok

Ahogy az első fejezetben már volt szó róla, a második világháború után a kötelező egészségbiztosítás vagy az állami egészségügyi rendszerek a nyugat-európai társadalmak alapvető intézményévé, az emberek mindennapi életének a részévé váltak. A nyugat-európai országok egészségpolitikájának és az EU közös egészségpolitikájának is alapvető céljait jelentette (és jelenti napjainkban is): a jó minőségű egészségügyi ellátáshoz való egyenlő (az egyének jövedelmi helyzetétől független) hozzáférés biztosítása. Az 1980-as és 1990-es években a neoliberális gazdaságpolitikák, majd a 2008-as gazdasági válság hatására a kormányzatok egyik fő törekvése az egészségügyi kiadások (növekedésének) korlátozása volt. A másik oldalon a kiadások növekedését ösztönözték a népesség idősödése és az egészségügyi terápiáknak a technológiai fejlődés által kiváltott drágulása. A társadalmi változások következtében az egészségügyet tekintve is erősödtek a fogyasztói magatartás jegyei, a több választás, magasabb minőség iránti elvárások. Mindezek ösztönözték a magánszolgáltatók térnyerését. Ugyanakkor a nyugat-európai országokban a lakosság többségének elvárása maradt, hogy a kormányzat (illetve a társadalombiztosítás) biztosítsa a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást. Az elmúlt évtizedekben és napjainkban is az egészségpolitikákkal szembeni egyik fő kihívás: egyrészt a technológiai fejlődésnek és a növekvő társadalmi egyenlőtlenségeknek a hatására differenciálódó lehetőségek és igények, másrészt a társadalombiztosítási rendszerek hagyományos értékei (a társadalmi szolidaritás) közötti konfliktusok kezelése.

12.2.1. A magánszektor szerepe az EU-országok egészségügyi rendszereinek a finanszírozásában

A második világháború után a nyugat-európai országokban az egyenlő hozzáférés megteremtésének prioritást adó egészségpolitikák hatására a közfinanszírozás

(az állami egészségügy és a kötelező biztosítás) aránya az 1970-es évek végéig növekedett és az 1970-es évek végére az EU14 átlagát tekintve az összes kiadás 78–79%-át tette ki. Ez egyben azt is jelenti, hogy a magánkiadások aránya (szerepe) csökkent az 1970-es évek folyamán. Ez a trend az 1980-as évek elején megállt és az 1980-as és 1990-es évtizedben érvényesülő neoliberális gazdaság- és társadalompolitikák és kiadáskorlátozó egészségpolitikák hatására növekedett a magánkiadások aránya, de ez nem érintette a közfinanszírozás dominanciáját. Az 1990-es évek elején az EU14 átlagát tekintve a közfinanszírozás aránya az összes kiadáson belül 75–76% volt, ami 1998-ra (amikor a legalacsonyabb volt az utóbbi három évtizedben) 74,6%-ra csökkent. A 2000-es évek elejétől érvényesülő kismértékű növekedés következtében 2019-ben 76,4%-ot, 2024-ben pedig 77,6%-ot tett ki. (A magánkiadások aránya 22,4% volt, azaz alacsonyabb, mint az 1990-es évek végén). Az EU10-országokban[509] kismértékben magasabb volt a magánkiadások aránya, mint az EU14-átlag: 2019-ben 26,7%-ot, 2023-ban pedig a 25,7%-ot tett ki. A magyarországi egészségügyi magánkiadások aránya valamivel magasabb volt az EU10-átlagnál: 2019-ben 31,3%-ot, 2024-ben pedig 26,8%-ot tett ki.

A magánkiadások a következő finanszírozási alrendszerek kiadásait foglalják magukba:

- Önkéntes egészségbiztosítás (VHI).
- Nonprofit finanszírozási programok (NGO).
- Munkáltatók finanszírozási programjai (pl. foglalkozásegészségügyi vizsgálatok).
- A háztartások általi közvetlen fizetés *(out-of-pocket payment, OOP):*
  - Közvetlen fizetés költségmegosztás nélkül.
  - Közvetlen fizetés: költségmegosztás a kötelező biztosítással vagy az önkéntes biztosítással.

Amíg a kötelező biztosítás egy adott országban szükségszerűen ugyanazokat a (törvényben rögzített) szolgáltatásokat nyújtja minden biztosított számára, addig az önkéntes magánbiztosítás esetében a vásárlók (egyének vagy csoportos biztosítás esetében a vállalatok) általában széles körű választási lehetőséggel rendelkeznek. Az egyes országok esetében – ahogy a társadalombiztosítási/állami egészségügyi rendszerek jelentős különbségeket mutatnak az adott ország történeti fejlődése, társadalmi jellemzői következtében – úgy lényegesen eltérő vonásokkal rendelkeznek az önkéntes magánbiztosítási piacok is. A kötelező biztosítás jellemzői

509 Az EU posztszocialista tagállamai Magyarország kivételével.

nagymértékben meghatározzák az önkéntes betegbiztosítás jellemzőit. A kötelező és az önkéntes biztosítás viszonyának elméletben két fő típusa van:

- Az önkéntes magánbiztosítás alternatív szerepet játszik. A kötelező társadalombiztosítás nem terjed ki a lakosságnak egy adott jövedelmi limit feletti csoportjaira – ezek a rétegek önkéntes magánbiztosítást köthetnek, vagy közvetlenül fizetnek az egészségügyi ellátásért. A 2000-es években megvalósított reformok előtt ilyen rendszer működött Németországban és Hollandiában.[510]
- A kötelező biztosítás (vagy az állami egészségügyi szolgálat) gyakorlatilag mindenkire kiterjed és az önkéntes biztosítás kiegészítő szerepet játszik. Jelenleg az EU-országokban ez a szerepe érvényesül az önkéntes biztosításnak.

Az önkéntes biztosítás finanszírozhatja azokat a szolgáltatásokat, amelyeket a kötelező biztosítás nem térít meg (mert nem tartoznak a kötelező biztosítás csomagjába, vagy a beteg a kötelező biztosítás keretein kívül veszi igénybe); továbbá kiegészítheti a kötelező biztosítás által nyújtott szolgáltatásokat egy adott gyógyítási folyamat során is.[511] Azaz az önkéntes biztosítás és a kötelező biztosítás között kooperáció állhat fenn. Például Franciaországban a kötelező biztosítás keretében igénybe vett járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás esetén is térítési díjat kell fizetni a betegeknek. A francia lakosság kb. 96%-a rendelkezik kiegészítő biztosítással, amelyből ezeket a térítési díjakat fedezik. (Ennek következtében Franciaországban a háztartások közvetlen kifizetéseinek aránya a második legalacsonyabb volt 2023-ban az EU25- országok[512] között (12.2. ábra).

A nonprofit finanszírozási programok körébe olyan nonprofit szervezeteknek az egészségügyi tevékenységekre fordított kiadásait soroljuk, amelyek ehhez a forrásokat adományokból, támogatásokból teremtik elő (például alkohol- és drogfüggő emberek rehabilitációját végző intézmények működtetése stb.).[513] A munkáltatók

510 A jelenlegi német rendszerben mindenkinek kell egészségbiztosítással rendelkeznie. Egy adott jövedelmi limit felett keresők választhatnak, hogy a társadalombiztosítás részét képező egészségbiztosításba regisztrálnak vagy magánbiztosítást vásárolnak. Hollandiában pedig áttértek az egész lakosságra kiterjedő kötelező egészségügyi magánbiztosításra.

511 Például a gyógyításért a kötelező biztosítás, az ‚extra' hotelszolgáltatásokért pedig a kiegészítő biztosítás fizet.

512 EU-országok Ciprus és Málta kivételével.

513 Ettől meg kell különböztetni azokat a nonprofit gazdasági formában működő szolgáltatókat (pl. kórházakat), amelyek a szolgáltatásaikért (a kötelező biztosítástól, az önkéntes biztosítástól vagy a háztartásoktól) kapott bevételeikből működnek. Például, ha az előbb említett rehabilitációs intézmény a tevékenységét a kormánnyal kötött szerződés alapján (a kormánytól a szolgáltatásokért kapott pénzből) végzi, akkor nem tartozik a nonprofit finanszírozási alrendszerbe. (Ebben az esetben a kormány a finanszírozó és a nonprofit szervezet pedig szolgáltató.)

finanszírozási programjai körébe csak azokat a kiadásokat soroljuk, amelyeket közvetlenül a szolgáltatóknak fizet a munkáltató (például szűrővizsgálatokért stb.). Ha a munkáltató önkéntes biztosítást vásárol a dolgozóinak, akkor a finanszírozási alrendszer az önkéntes magánbiztosítás (amelynek a bevételeinek egy része a munkáltatóktól származik).

A magánkiadásoknak az összes kiadáson belüli 2023-as arányát tekintve az EU-országokban, négy csoport különíthető el (12.2. ábra):

- kiemelkedően magas a magánkiadásoknak (döntően a háztartások közvetlen kifizetéseinek) az aránya öt országban (egyes dél-európai és posztszocialista országok);
- az EU25-átlagot meghaladó, de 30% alatti hét országban (idetartozik Magyarország is);
- az EU25-átlag (23,4%) alatti, de 20%-ot meghaladó öt országban; és
- 13% és 16% közötti nyolc országban.

Ez utóbbiak közé a legfejlettebb EU-országok és két posztszocialista ország tartozott.

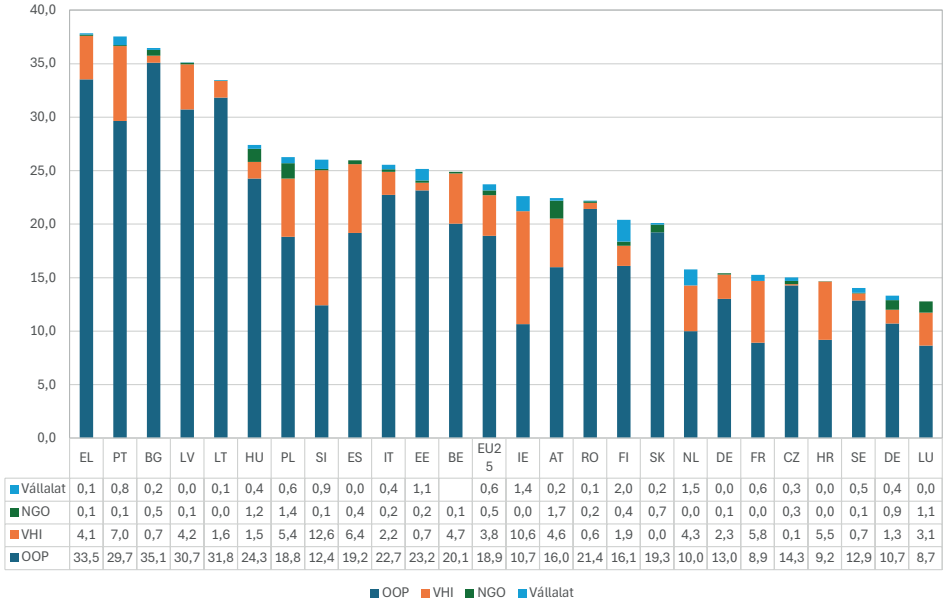
A szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés és a betegség jelentette anyagi terhek szempontjából a háztartások közvetlen kiadásainak van meghatározó szerepe.[514] A háztartások kiadásainak a magas aránya az ellátáshoz való hozzáférés problémáinak egyik indikátora. A háztartások kiadásainak a magas aránya több tényezőből adódhat: magasak lehetnek a tb-csomagba tartozó gyógyszerek, szolgáltatások (pl. fogászati ellátás) esetében fizetendő térítési díjak; széles lehet azoknak az ellátásoknak (pl. gyógyszereknek, gyógyászati segédeszközöknek stb.) a köre, amelyek nem tartoznak bele a tb-csomagba; vagy a hosszú várakozási idő, vagy a nem megfelelő minőség miatt az egyén arra kényszerülhet, hogy magánszolgáltatást vegyen igénybe. Ezek a kiadások az alacsonyabb jövedelmű háztartások számára súlyos terhet jelenthetnek.

Az EU25-országokból 7 országban a magánkiadások több mint 90%-át a háztartások közvetlen kiadásai teszik ki, további 9 országban 80% feletti vagy közel 80% ez az arány (12.3. ábra). Csak 4 olyan ország van, ahol az önkéntes biztosítás aránya 2023-ban meghaladta a magánkiadások egyharmadát: Horvátország, Franciaország, Szlovénia és Írország.

A kötelező egészségbiztosítás szolgáltatásainak az igénybevételekor a betegek által fizetendő térítési díj (azaz költségmegosztás az egészségbiztosítás és az egyén között) az országok egy részében tradicionális eleme a finanszírozási rendszernek.

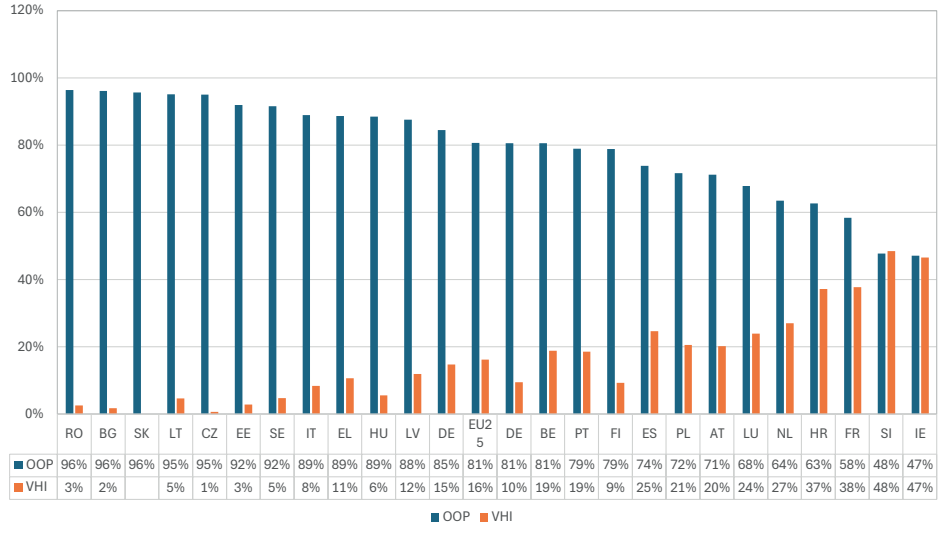
514 Az önkéntes finanszírozási alrendszerek ugyanis a társadalom egyes csoportjai számára kiegészíthetik az anyagi terhekkel szemben a társadalombiztosítás által nyújtott védelmet.

12.2. ábra. Az önkéntes finanszírozási alrendszerek és a háztartások kiadásainak aránya az összes egészségügyi kiadáson belül az EU-országokban, 2023



	EL	PT	BG	LV	LT	HU	PL	SI	ES	IT	EE	BE	EU25	IE	AT	RO	FI	SK	NL	DE	FR	CZ	HR	SE	DE	LU
Vállalat	0,1	0,8	0,2	0,0	0,1	0,4	0,6	0,9	0,0	0,4	1,1		0,6	1,4	0,2	0,1	2,0	0,2	1,5	0,0	0,6	0,3	0,0	0,5	0,4	0,0
NGO	0,1	0,1	0,5	0,1	0,0	1,2	1,4	0,1	0,4	0,2	0,2	0,1	0,5	0,0	1,7	0,2	0,4	0,7	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,1	0,9	1,1
VHI	4,1	7,0	0,7	4,2	1,6	1,5	5,4	12,6	6,4	2,2	0,7	4,7	3,8	10,6	4,6	0,6	1,9	0,0	4,3	2,3	5,8	0,1	5,5	0,7	1,3	3,1
OOP	33,5	29,7	35,1	30,7	31,8	24,3	18,8	12,4	19,2	22,7	23,2	20,1	18,9	10,7	16,0	21,4	16,1	19,3	10,0	13,0	8,9	14,3	9,2	12,9	10,7	8,7

12.3. ábra. A háztartások közvetlen kiadásainak és az önkéntes biztosításnak az aránya a magánkiadásokon belül (Összes magánkiadás = 100%), 2023



	RO	BG	SK	LT	CZ	EE	SE	IT	EL	HU	LV	DE	EU25	DE	BE	PT	FI	ES	PL	AT	LU	NL	HR	FR	SI	IE
OOP	96%	96%	96%	95%	95%	92%	92%	89%	89%	89%	88%	85%	81%	81%	81%	79%	79%	74%	72%	71%	68%	64%	63%	58%	48%	47%
VHI	3%	2%		5%	1%	3%	5%	8%	11%	6%	12%	15%	16%	10%	19%	19%	9%	25%	21%	20%	24%	27%	37%	38%	48%	47%

A térítési díjak részletes szabályozásával (pl. mentességek és éves maximum limitek alkalmazásával) törekednek elérni azt, hogy a térítési díjak ne jelentsenek túlzott anyagi terhet a lakosság szegényebb csoportjai számára (OECD, 2010). A 12.1. táblázat néhány példát közöl ilyen országokra. A táblázat utolsó oszlopa az mutatja, hogy ezekben az országokban volt az egyik legalacsonyabb a katasztrofális egészségügyi kiadásokat elszenvedő háztartások aránya – azaz a térítési díjak alkalmazása és a tb által biztosított megfelelő pénzügyi védelem nem zárja ki egymást. (Magyarországon a háztartások 12%-a tartozott ebbe a kategóriába).

12.1. táblázat. Néhány példa a térítési díjak alkalmazására megfelelő pénzügyi védelmet nyújtó finanszírozási rendszerekben

	Alapellátás	Járóbeteg-szakellátás	Fekvőbeteg	Gyógyszer	Katasztrofális egészségügyi kiadások (háztartások aránya)*
Svédország (2023)	9–28 EUR; éves max: 117 EUR; mentesség 20 év alatt és 85 év felett	19 –37 EUR; mentesség 20 év alatt és 85 év felett	11 EUR /nap. mentesség 18, illetve 20 év alatt	117 EUR-ig a beteg fizeti, utána csökkenő mértékű térítési díj; éves max: 234 EUR. mentesség 18 év alatt	1,6% (2015)
Németország (2020)	Nincs	Nincs	10 EUR/ nap. Max: 28 nap	10%-os hozzájárulás; Min. 5 EUR és Max 10 EUR. 18 év alatt mentesség. Éves max: jövedelem 2%-a (krónikus betegek: 1%)	2,4% (2018)
Ausztria (2018)	E-kártya éves díja: 11,7 EUR. A TB-vel nem szerződött GP-k esetén a díj 80%-át téríti meg a biztosító a páciensnek.		Biztosítottak: 9,6–12,2 EUR/nap. Hozzátartozók: 19,1–21,2 EUR/nap. Éves max: 28 nap	Receptdíj: 6 EUR. Számos mentesség. Max. az éves nettó jövedelem 2%-a	4,2 (2020)
Szlovénia (2021)	A díj 20%-át fizeti a beteg, illetve az önkéntes biztosítás.	A díj 30%-át fizeti a beteg, illetve az önkéntes biztosítás.	A díj 30%-át fizeti a beteg, illetve az önkéntes biztosítás.	0/30/90%-os hozzájárulást fizet a beteg	0,8% (2018)

Forrás: European Observatory on Health Systems and Policies Health in Transition (HiT) kiadványai; */Forrás: (OECD, 2024)

A térítési díjak a nemzetközi és a hazai egészségpolitikai viták egyik örökzöld témáját jelentették az 1980-as évektől. Bizonyos ellátások esetében – így a gyógyszerek, szemüveg, gyógyászati segédeszközök stb. – a költségmegosztás általánosan elfogadott és a viták tárgyát elsősorban a mértékek és a technikai részletek képezik. Azonban az alapellátás és a járóbeteg- és fekvőbeteg szakellátás esetében a viták arra is vonatkoztak/vonatkoznak, hogy része legyen-e a költségmegosztás ezen szolgáltatások finanszírozásnak. A térítési díjak bevezetésétől vagy növelésétől az egészségpolitikák általában a hatékonyság növelését és a közkiadások növekedésének a mérséklését várták (Gottret és Schieber, 2006; Hone et al., 2017) – a következő megfontolások alapján. A költségmegosztás „árjelző" a betegek részére, ezáltal csökkentheti a nem szükséges szolgáltatások igénybevételét, ami növelheti a hatékonyságot mikroszinten és korlátozhatja a kiadásokat makroszinten. Továbbá többletforrást jelenthet a szolgáltatóknak. A magyarországi korábbi (1980-as évek második felében és az 1990-es évek elején folyó) vitákban további érv volt, a térítési díjak hozzájárulhatnának a hálapénz csökkentéséhez is.

A költségmegosztással szembeni főbb érvek között szerepelt, hogy a térítési díjak csökkenthetik az indokolt orvoshoz fordulást is, különösen az alacsonyabb jövedelmű, alacsonyabb iskolázottságú betegek esetében (OECD, 2010). Ezek a rétegek egyben a rosszabb egészségi állapotúak is. Így az ő esetükben a térítési díjak bevezetése vagy növelése miatt a betegség későbbi, súlyosabb stádiumában következhet be az orvoshoz fordulás. Ez mind az egészségi állapotuk, mind a súlyosabb esetek kezelésének magasabb költségei miatt inkább a negatív hatásokat erősítheti fel (Jemiai, 2004). Továbbá az indokolatlan orvoshoz fordulást elsősorban a szolgáltatók generálják. Kérdéses a térítési díjak növelésének a hosszabb távú hatása is, ugyanis hosszabb távon a kiadások alakulását elsősorban a kínálati oldal tényezői (pl. az egészségügyi technológia fejlődése stb.) befolyásolják.

12.2.2. A magánszektor szerepe az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában az EU-országokban

Az egyes országok egészségügyi rendszerei sajátos történeti fejlődésének és az elmúlt fél évszázad során végbement egészségügyi reformjaiknak a következtében jelentősen eltérő mintázata alakult ki a közintézmények és a magánszolgáltatók szerepének. A 12.2. táblázat azt foglalja össze, hogy milyen intézményi formákban történik a közszolgáltatásoknak (azaz a kötelező biztosítás és állami egészségügyi szolgálatok által finanszírozott ellátásnak) a nyújtása az EU14- és a V4-országokban, valamint az Egyesült Királyságban.

12.2. táblázat. A köz- és magánszektor szerepe a közfinanszírozású egészségügyi ellátásban az EU-országokban

Az alapellátás domináns formája*		
Önálló praxis (szellemi szabadfoglalkozás vagy vállalkozás)	Csoportpraxis (vállalkozások)	Egészségügyi központ (önkormányzati tulajdonban)
Ausztria, Belgium (csoportpraxis), Franciaország, Németország, Görögország, Írország, Luxemburg, Csehország	Dánia, Hollandia (egyszemélyes praxis), Egyesült Királyság, Lengyelország, Szlovákia, Magyarország	Finnország, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Svédország
*/A domináns szervezeti forma mellett a zárójelben szereplő forma is jellemző az adott országban.		
A járóbeteg szakorvosi ellátás domináns formája		
Önálló praxis (szellemi szabadfoglalkozás vagy vállalkozás)	Csoportpraxis (vállalkozások)	Közkórház vagy egészségügyi központ
Ausztria (közkórház), Belgium (csoportpraxis), Dánia, Franciaország (magánklinika), Németország, Görögország (közkórház), Luxemburg (magánklinika),	Hollandia (egyszemélyes praxis), Szlovákia (közkórház)	Finnország (csoportpraxis), Írország, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Svédország, Egyesült Királyság, Csehország (magánpraxis), Lengyelország (önálló vállalkozó), Magyarország (szakrendelő)
Fekvőbeteg-ellátás: a magánszektor részesedése (a közszolgáltatást nyújtó) kórházi ágyak számából**		
Kisebb mint 10%	10% és 50% között	50%-nál nagyobb
Dánia, Finnország, Svédország, Egyesült Királyság, Magyarország	Ausztria, Franciaország, Görögország, Írország, Olaszország, Lengyelország, Luxemburg (nonprofit), Portugália, Spanyolország, Szlovákia	Belgium (nonprofit), Németország, Hollandia (nonprofit)
**/profitérdekeltségű és nonprofit kórházak együtt. Zárójelben szerepel, ahol a nonprofit kórházak a dominánsak.		

Forrás: Paris, 2010; Rechel et al., 2018; European Observatory on Health Systems and Policies Health in Transition kötetei.

A nyugat-európai országok egészségügyi rendszereinek a jellemzőit jelentősen befolyásolják a történeti tényezők, különösen az, hogy a második világháború után az állami szerepvállalás kiterjesztése milyen konstrukcióban valósult meg. Nagy-Britanniában, például a társadalomnak csak egy részére kiterjedő társadalombiztosítást felváltották állami egészségügyi rendszerrel és a kórházakat is államosították. A skandináv országokban tradicionálisan a helyi önkormányzatok voltak felelősek az egészségügyi ellátásért, amit a tulajdonukban lévő intézményeken keresztül valósítottak meg. Ahol a társadalombiztosítás kiterjesztése történt

(pl. Franciaország, Németország), ott a szolgáltatás szektorában nem hajtottak végre radikális változást (államosítást), és a kórházi szektorban a közszolgáltatások nyújtásában a közkórházak mellett jelentős szerepet játszanak a nonprofit és forprofit kórházak is (12.2. táblázat). Hollandiában a 2000-es évek közepéig csak nonprofit formában működhettek a kórházak. Ez a szabályozás megszűnt, de jelenleg is a kórházak túlnyomó része nonprofit. A magyar egészségügyben a köz és magán viszonyának jelenleg egyik legvitatottabb kérdése: a közkórházakon belül lehetséges-e magánszolgáltatások nyújtása, illetve milyen formában és milyen feltételek mellett. Az EU14-országok közül a 2010-es évek elején csak 4 országban nem volt erre lehetőség (Paris et al., 2010). Nagy-Britanniában például az Állami Egészségügyi Szolgálat kialakításától kezdve lehetőség volt a magánszolgáltatás nyújtására a közkórházakban.

Az 1990-es évek eleje óta a nyugat-európai országokban az egészségpolitikák törekvéseinek középpontjában a hatékonyság és a minőség javítása állt, a 2000-es évek elejétől pedig fokozott hangsúlyt kapott a betegek igényeihez való jobb alkalmazkodás, az ellátás betegközpontúságának a javítása. Ugyanakkor az egészségpolitikák célja maradt a kiadások növekedésének a korlátozása is. Ezeknek – a részben egymással konfliktusban lévő – céloknak az elérése érdekében alkalmazott stratégiákat, eszközöket tekintve, domináns trendeket és az egyes országok között jelentős különbségeket is láthatunk. Domináns (de nem egyformán érvényesülő) trendként a decentralizációnak, a piaci szereplőknek és/vagy a piaci ösztönzőknek a szerepét erősítő reformoknak több hulláma ment végbe a szolgáltatási szektorban és az országok egy részében a finanszírozási rendszerekben is. Ezen elképzelések szerint a verseny ösztönözi az innovációkat, a hatékonyság és minőség javítását, mert a magánintézmények működése rugalmasabb és jobban törekednek az innovációra. Az 1990-es évek elején a „szabályozott verseny”/„kvázi-piac” koncepcióján alapuló reformok történtek azokban az országokban, ahol a második világháború utáni évtizedekben állami egészségügyi szolgálatok épültek ki (a központi kormányzat vagy a helyi önkormányzat volt a finanszírozója és a szolgáltatója is az egészségügyi ellátásnak). A szabályozott verseny viszonyait a finanszírozó (szolgáltatásvásárló) és a szolgáltató szerepek szétválasztásával törekedtek megteremteni: ennek érdekében alakították át a közkórházak működtetési formáját. Az állami egészségügyi szolgálat vagy a helyi önkormányzat megtartotta a finanszírozó (szolgáltatásvásárló) szerepet, de megszűnt az intézményműködtető szerepe (általában a köztulajdon megtartása mellett): a korábban költségvetési szervezetként működő közkórházak működtetésére rugalmasabb intézményi formákat alakítottak ki (Rechel et al., 2018). Például a közkórházakat átalakították alapítványi formában működő intézménnyé, vagy a működtetésüket kiszerződtették profitorientált vállalkozásoknak

(pl. Spanyolország, Olaszország stb.). Az országok egy részében (pl. Svédország) a reformkoncepciókban a fő hangsúly a piaci típusú ösztönzőkön (outputalapú finanszírozási módszereken) volt, amelyeket a közszektorban (azaz a közkórházak között) törekedtek alkalmazni. Az 1990-es évek elejétől a legtöbb EU-országban a DRG-típusú finanszírozási módszerek bevezetésével törekedtek a szolgáltatók közötti verseny (a piaci ösztönzők) szerepének az erősítésére. A DRG-típusú finanszírozás is ösztönözte a magánvállalkozásokat a kötelező biztosítással (vagy állami egészségügyi szolgálattal) való szerződéskötésre és az egyik tényezője volt a magánkórházi szektor növekedésének (Jeurissen et al., 2021).

A 2000-es évek elején a biztosítók közötti verseny koncepcióján alapuló reformok történtek azoknak az országoknak egy részében, ahol társadalombiztosításon alapult az egészségügyi rendszer finanszírozása (Hollandia, Németország stb.). Ugyanakkor az országok egy részében a kormányok úgy értékelték, hogy a biztosítók közötti versenynek több hátránya, mint előnye lenne és nem módosították a biztosítási rendszernek részben foglalkozási, részben területi alapon szerveződő struktúráját (pl. Ausztria).[515]

A kórházi szektorban a magánszektor szerepének a növekedése több formában történt:

- A köztulajdonban lévő kórházak működtetési formájának a megváltoztatása. (Pl. Nagy-Britanniában a kórházak áttérhettek alapítványi formára (André et al., 2014).
- Korábban köztulajdonban lévő kórházak felvásárlása. Ez az 1990-es évtizedben elsősorban Németországra és a kisebb kórházakra volt jellemző. A tulajdonos önkormányzatokat elsősorban a kórházak adósságai ösztönözték a kórházaik eladására. Ezeknek a kórházaknak a kötelező biztosítás általi finanszírozása általában fennmaradt (Rechel et al., 2018).
- Az önkormányzati tulajdonban lévő kórházak működtetésének a kiszerződése magánvállalkozásnak. (A kötelező biztosítás/állami egészségügy általi finanszírozás általában fennmaradt.) (Nolte et al., 2014b).
- Új kórházaknak a létesítése, amelyeknek lehet szerződése a tb-vel vagy nyújthatnak csak magánszolgáltatást.

Az elmúlt évtizedek új jelensége volt olyan nagy multinacionális kórházi (illetve egészségügyi szolgáltatói) láncok kialakulása és terjeszkedése, amelyek fő profilját a közszolgáltatások nyújtása jelenti. Ennek részeként önkormányzatokkal

515 Ahogy láttuk, ezek a koncepciók nagy hatással voltak a magyarországi reformtörekvésekre is.

szerződtek kórházak és más egészségügyi intézmények működtetésére és új létesítményeket is hoztak létre. Néhány példa:

- A Ramsay Santé[516] Franciaországban a legnagyobb és Európában is az egyik legnagyobb egészségügyi vállalkozás, amelyik döntően közfinanszírozott szolgáltatásokat nyújt.[517] A Ramsay Santé 2025-ben öt országban működött (helyi elnevezéssel): Franciaországban, Svédországban (Capio), Norvégiában (Volvat), Dániában (Capio) és Olaszországban (Cadra Orthopaedic Center). A kórházak mellett alapellátási centrumokat is működtetett. 2024-ben az öt országban együtt 465 létesítménye, 38 ezer alkalmazottja volt és 12 millió beteget látott el. A Capio Svédországban több mint 100 alapellátási központot működtetett, amelyhez kb. 900 000 lakos regisztrált (kb. 9%-a az ország népességének). Továbbá 1994 óta a Capio működteti Svédországnak – az ellátott betegek száma alapján – legnagyobb kórházát (a stockholmi önkormányzat tulajdonában lévő St. Göran kórházat[518]).
- Az AMEOS Group[519] Németországban, Ausztriában és Svájcban összesen 53 kórházat és járóbeteg-szakrendelőt, továbbá 24 LTC-intézményt[520] működtet, többségüket a tulajdonos önkormányzattal kötött szerződés alapján.
- A Penta Hospitals International[521] Csehországban, Lengyelországban és Szlovákiában működik. Közép- és Kelet-Európa legnagyobb nemzetközi kórház- és járóbeteg-rendelő hálózata; 34 kórházat és 31 járóbeteg-rendelőt, valamint 26 LTC-intézményt foglal magában. Mind a három országban a betegek jelentős részét a kötelező egészségbiztosítással kötött szerződés keretében látják el.

Az előzőekben vázolt reformtörekvéseket számos országban széles körű politikai és szakmai viták kísérték, a szakirodalomban a publikációk tömege foglalkozott a tapasztalataikkal; továbbá széles körű a köz- és magánszektor elméleti és

516 A céghálózat az 1987-ben alapított franciaországi vállalkozásból nőtt ki, amelyik először hasonló franciaországi cégekkel egyesült, majd 2018-ban felvásárolta a svédországi Capio céget. https://www.ramsaysante.eu/

517 A Ramsay Santé franciaországi kórházainak a francia egészségügyi hatóság minőségellenőrzési rendszerének keretében végzett minősítésének az eredménye meghaladta a franciaországi átlagot: a kórházak 99%-a a két legjobb (A és B) kategóriába került (az országos átlag 93% volt). *Presentation of the Ramsay Santé group* https://www.ramsaysante.eu/history-and-key-figures-of-ramsay-sante

518 https://www.capiostgoran.se/in-english/

519 *The advantages of private ownership of public hospitals* – Health Manager

520 *Long-term-care*: hosszú idejű ápolást nyújtó intézmény/ápolási otthon

521 *Penta Hospitals International*

makroszintű kérdéseire vonatkozó szakirodalom is. Az alábbiak csak néhány – a magyarországi helyzet szempontjából releváns – következtetést vázolnak.

Az elméleti megközelítések szerint az egészségügy egyik immanens sajátossága, hogy egyszerre és széles körűen érvényesülnek a „piaci kudarcok"[522] és a „kormányzati kudarcok" – azaz sem a tiszta piaci viszonyok, sem önmagában a kormányzati beavatkozás nem képesek biztosítani a szűkös erőforrások hatékony allokációját (Hsiao és Heller, 2007; Musgrove,1996; Prekerés Harding, 2005).[523] A kormány – az információ és az érdekviszonyok problémái miatt – nem képes a beavatkozásnak az optimális mértékét és formáit megtalálni: azaz vagy túl sokat vállal (általában a szolgáltatás terén), vagy a szükségesnél kevésbé avatkozik be (az információszolgáltatás, szabályozás, finanszírozás terén) (Le Grand, 1991; 1992). Ebből következően nincs tökéletes megoldás, nincs általánosan követhető „recept" – csak ún. *second-best* (vagy kisebbik rossz) megoldás az állami szerepvállalás módjára. Az egyes megoldások kontextusfüggőek: ami az egyik országban működik, a feltételek különbözőségei miatt lehet, hogy nem működik egy másik országban.

A privatizáció különböző formái eltérő hatásokat gyakorolhatnak a munkaerőpiacra. Ha a magánszektornak a szerepe új szolgáltatóknak a piacra való belépésével bővül, akkor munkaerő-elszívó hatást gyakorolhat a közszektorra. Ugyanakkor a köztulajdonban lévő kórházak működtetésének a kiszerződése gyakran járt együtt – a költségcsökkentés érdekében – a munkaerő csökkentésével, ami viszont veszélyeztetheti a minőséget (Alayed et al., 2024).

Goodair és Reeves (2024) irodalomáttekintése szerint a közfinanszírozású intézmények (kórházak, járóbeteg-központok) működtetésének a kiszerződése egyrészt pozitívan hathatott az ellátáshoz való hozzáférésre (a pontosabb időpontfoglalásokkal és a rövidebb várakozási időkkel), de ugyanakkor növekedhetett a várakozás olyan betegek számára, akiknek a kezelése alacsony profitot hozott. A szerzők által feldolgozott esetekben[524] *„az egészségügyi privatizáció szinte soha nem gyakorolt pozitív hatást az ellátás minőségére"*. Ugyanakkor hangsúlyozzák, hogy mivel csak mag*as*

522 A piaci kudarcok egyik (de nem egyetlen) alapvető oka: az információ aszimmetria. A piac hatékony működésének egyik feltétele: a vásárlók és az eladók függetlenek legyenek egymástól. Az egészségügyi piacon ez nem érvényesül, mert – annak következtében, hogy a vásárlók (a betegek) az esetek többségében nem tudják megítélni, milyen típusú és mennyiségű egészségügyi ellátást vegyenek igénybe – a lényegesen több információval rendelkező „eladó" (orvos) nagymértékben befolyásolja a keresletet.

523 A piaci és kormányzati kudarcoknak, továbbá a kvázi-piacnak az elméletét részletesen tárgyalja (Orosz, 2001) első fejezete. https://adoc.pub/feluton-vagy-tevuton.html

524 Az irodalomkereséssel talált 322 cikk közül csak 13 felelt meg a szerzők kritériumainak, ezek alapján vonták le a következtetéseiket.

jövedelmű országokból származó kevés példát elemeztek: *„Eredményeink nyilvánvalóan nem vonatkoznak a közepes és az alacsony jövedelmű országokra, és lehetséges, hogy ezek a folyamatok eltérőek ott, ahol az állami ellátás nincs olyan jól finanszírozva, mint az áttekintésben szereplő néhány magas jövedelmű környezetben […]. Elhamarkodott lenne kijelenteni, hogy a privatizáció soha nem működik a mi általunk vizsgált tanulmányok bizonyos esetekben pozitív hatásokat jeleznek, és további kutatásokra van szükségünk ahhoz, hogy megértsük, mikor javíthatja a kiszervezés a minőséget, és nem csak a költségeket csökkentheti"* (Goodair és Reeves, 2024. e204).

Az OECD és a Health Foundation (UK) közös publikációja azt vizsgálta, hogy az egészségügyi rendszerek intézményi jellemzői hogyan befolyásolják az egészségügyi rendszerek teljesítményét. Az OECD-országok egészségügyi rendszereit 8 csoportba sorolták két intézményi jellemző alapján: a szolgáltatások szférájában a *public-private mix* mértéke és a kötelező biztosítás intézményi jellemzői alapján.[525] *Data Envelopment Analysis* (DEA) módszerrel vizsgálták az egészségügyi rendszerek makroszintű hatékonyságát: az input változó az egészségügyi kiadásoknak a GDP-hez viszonyított aránya, az output változó pedig a standardizált halálozási ráta volt. A fő következtetéseik szerint: *„Az elemzés kimutatta, hogy jól teljesítő egészségügyi rendszerek minden intézményi csoportban megtalálhatók; és rosszul teljesítő egészségügyi rendszerek is jelen vannak minden csoportban"* (OECD/The Health Foundation, 2025. 22). Továbbá: *„Az elemzés megerősítette […] hogy nincs egyetlen olyan egészségügyi rendszer, amely leginkább nagyobb hatékonysággal járna együtt. Más szóval, semmi sem utal arra, hogy az egészségügyi rendszerek bármelyik csoportja szisztematikusan felülmúlná a másikat"* (OECD/The Health Foundation (2025. 10).

12.3. Kormányzati törekvések a magánszektor szerepének az alakítására

A kormányzati ciklusokat tárgyaló fejezetekben részletesen volt szó a magánszektor szerepének a változtatására irányuló kormányzati koncepciókról és a konkrét kormányzati lépésekről. Ez az alfejezetben csak egy vázlatos összefoglalását adja ezeknek – azzal a céllal, hogy háttérként, kontextusként szolgáljanak a köz- és magánszektornak a 2020-as évek közepén játszott szerepének a tárgyalásához.

525 Első lépésben három csoportba sorolták az országokat: (1) a piaci mechanizmusok dominálnak; (2) köztes rendszer; (3) az állami szabályozás szerepe az elsődleges. A három csoporton belül további csoportokat képeztek.

Az 1980-as évek végén és a rendszerváltozás utáni évtizedben is a reformkoncepciók középpontjában – összhangban az akkori nyugat-európai reformtörekvésekkel – a szabályozott piac modellje állt, ami a szociális és piaci szempontok kompromisszumát jelentette: egyrészt fenntartotta a szolidaritási elvű finanszírozást (a szolgáltatásokhoz való hozzáférés esélyegyenlőségének biztosítása érdekében), másrészt a finanszírozó és a szolgáltató közötti, valamint a szolgáltatók egymás közötti kapcsolatában, azaz a szolgáltatás szférájában a piaci típusú intézményeket, ösztönzőket, a szolgáltatásvásárlás koncepcióját, a szektorsemleges finanszírozást, a verseny alkalmazását állította a középpontba. Az 1990 és 2010 közötti időszakban (beleértve az 1998-2002 közötti Fidesz-kormányt is) a kormányok keresték az eszközöket a köz- és magánszektor együttélésének, együttműködésének a megteremtésére, ennek részeként az OEP által a magánszolgáltatóktól való szolgáltatásvásárlásra, továbbá a köztulajdonban lévő egészségügyi intézmények rugalmasabb működési formáinak a kialakítására. Ugyanakkor ezeket a folyamatokat számos probléma terhelte és a kormányok sokszor a – magánszektor szereplői által generált – spontán folyamatok után kullogtak. Továbbá – annak ellenére, hogy az egészségügy problémái közül a 80-as évtizedben a hálapénz volt az egyik legtöbb figyelmet kapó kérdés – a reformprogramokból kimaradt a hálapénz (az informális magánszektor) kérdése. (Ennek okairól az 5. fejezetben már volt szó.)

A kormányzati törekvésekben három szempont keveredett: (i) a hatékonyság és minőség növelése, (ii) a tőkebevonás és (iii) az ideológiai érvek. A hatékonysági és ideológiai megközelítések sokszor összefonódtak és – elsősorban ideológiai alapon – az volt az alapvető érv, hogy a közszektor hatékonysága szükségszerűen alacsonyabb, mivel az állami bürokráciában hiányoznak az ösztönzők a hatékonyság növelésére. A magánvállalkozások pedig a profitérdekeltség miatt eleve hatékonyabbak. A tőkehiány következtében számos önkormányzatnak gondot okozott a kórházi infrastruktúra felújítása, fejlesztése, továbbá a kormányok által az egészségügy fejlesztésére allokált erőforrások nem voltak elégségesek az egészségügyi technológia modernizációjához. A tőkebevonás igénye nem azonos az egészségügy különböző területein – ezáltal az OEP elsősorban a high-tech területeken (művese, CT-MRI) kötött szerződéseket a magánszolgáltatókkal. Ugyanakkor azt is fontos hangsúlyozni, hogy ebben a periódusban is a kormányokon és a politikai pártokon belül is egyaránt voltak a privatizációt támogató és vitató koncepciók, törekvések is.

A megalapozott kormányzati stratégiák hiánya és a szabályozás gyengeségei következtében számos negatív jelenség jellemezte a piac térnyerését és a köz- és magánszektor együttélését. Ezek kezelésére a 2010-ben hatalomra került Fidesz-kormány a szabályozás javításával is törekedhetett volna. Nem így történt. 2010 után az

állami kontroll kiterjesztése, a *command and control* irányítási modell bevezetése történt. Ennek részeként a kormány célul tűzte ki a köz- és magánszektor teljes szétválasztását – ami ellentmondott a realitásoknak és a nemzetközi tapasztalatoknak is. (A 10. és 11. fejezet részletesen tárgyalta a konkrét kormányzati lépéseket.) A hálapénz betiltása nem szerepelt a Fidesz-kormányok egészségügyi célkitűzései között. A kormány és a közvélemény figyelmének a középpontjába a – néhány rezidens kezdeményezésére 2015 tavaszán megalakult – „1001 orvos hálapénz nélkül" Facebook-csoport[526] tevékenysége nyomán került. A csoport követelései között a bérrendezés, a hálapénz megszüntetése, és a betegellátás minőségének javítása álltak. Azonban a 2020-ban kitört COVID-járvány előidézte kritikus helyzet is kellett ahhoz, hogy a kormány elfogadja a MOK jelentős béremelésre vonatkozó javaslatát. Ennek részét képezte a hálapénz törvényi betiltása, aminek az egyik funkciója az volt, hogy a közvélemény felé legitimálja az orvosbérek megduplázódását. A béremelés ugyanakkor lehetőséget adott a kormányzatnak a foglalkoztatási szabályok radikális megváltoztatására, a nagyobb kontrollt biztosító szolgálati jogviszony bevezetésére. Azt az eleve irreális célt azonban nem sikerült elérnie, hogy minimálisra korlátozza, hogy a közszektorban dolgozó orvosok a magánszektorban is vállaljanak munkát.

A köz- és magánszektor szétválasztásának a kormányzati kommunikációja jórészt kimerült a leegyszerűsített ideológiai érvekben. Például az egészségügyért felelős államtitkár 2024 novemberében a következőket nyilatkozta: „*A fő cél az állami és a magánellátás egyértelmű szétválasztása. Az állam részéről a beteg ember gyógyítása nem lehet üzlet, ezért a kormányzat célja az állami szerepvállalás megerősítése az egészségügyben.*"[527] A „*nem lehet üzlet*" megközelítés nem veszi figyelembe, hogy a gyógyító folyamat számos elemét (egészségügyi berendezések, gyógyszerek stb.) a piaci szektor szolgáltatja a közszektornak, azaz egy piacgazdaságban az „üzlet" szükségszerűen jelen van az egészségügyben. Azt sem veszi figyelembe, hogy a betegek nagy része azért veszi igénybe a magánellátást, mert a közszektorban hosszú a várakozási idő – ezáltal az állam „kényszeríti rá", hogy üzleti alapon jusson ellátáshoz.[528] Az elmúlt években – a kormányzati ideológiával ellentétesen – a bete-

526 A csoport tevékenysége azt tükrözte, hogy az orvostársadalom fiatalabb generációinak, akiknek már jövedelemszerzési alternatíva volt a magánszektor és a külföldi munkavállalás is, a hálapénz gyakorlata már kifejezetten az érdekeikkel és értékeikkel is ellentétes volt.

527 https://www.portfolio.hu/gazdasag/20241112/uzent-az-allamtitkar-felejtsuk-el-a-kiskiralysagokat-a-magyar-egeszsegugyben-722108# (2024. 11. 12).

528 Az érintett betegek számára sokkal kedvezőbb lenne, ha a NEAK szerződne magánszolgáltatókkal az adott beavatkozásokra, és ugyanazt a díjat kifizetné, mint amit a közszektorban, a beteg pedig csak a magánszolgáltató által szabott ár és a NEAK-díj különbözetét fizetné. (A 12.5.3. alfejezetben ennek a konstrukciónak a potenciális hátrányairól is lesz szó.)

gek szintjén olyan ellátási területeken is megjelent a köz- és a magánszektor összekapcsolódása, ahol 10-15 évvel ezelőtt még nem volt jelen (pl. onkológiai ellátás).

A 12.3. táblázat második oszlopa azt mutatja, hogy az adott kormányzati időszakban mik voltak a kormánynak a magánszektorral kapcsolatos nézeteinek és céljainak a legfontosabb elemei, a harmadik oszlop pedig a kormányoknak a legfontosabb intézkedéseit sorolja fel.

12.3. táblázat. Kormányzati törekvések a magánszektor szerepének alakítására (1990–2025)

	Kormányzati koncepciók, célok	Kormányzati intézkedések
1990–1994	– Kvázi-piac, szektorsemleges finanszírozás. – A gyógyszertárak privatizációja. – Alapellátás: a háziorvosok (és fogorvosok) vállalkozóvá válása.	– A szektorsemleges finanszírozás csak néhány területre szűkült (pl. művese ellátás, CT-MRI-vizsgálatok stb.). – A gyógyszertárak privatizációja megvalósult. – A háziorvosi és fogorvosi ellátásban a funkcionális privatizáció megvalósult.
1994–1998	– Az 1996-os költségvetés irányelveiben a PM 10%-os lakossági térítési díj bevezetését javasolta az összes egészségügyi szolgáltatásra.	– Éles vita a kormányzaton belül (az NM ellenezte a javaslatot). Kompromisszumként: a sportorvosi ellátás, a foglalkozásegészségügy és a fogászat (részben) kikerült az egészségbiztosítás szolgáltatásai közül.
	– Az egészségügyi intézmények rugalmasabb működési formákat igényelnek (a költségvetési intézményi forma nem hatékony). – Szükséges a tőkebevonás a magánszektorból.	– A kormány ösztönözte az önkormányzatokat a kórházaik, szakrendelőik közhasznú társasággá alakítására vagy működtetésük kiszerződésére magánvállalkozásoknak. – Nem fordított figyelmet a kórházakon belül spontán módon zajló privatizáció szabályozására.
1998–2002	– A biztosítási rendszer hatékony működéséhez is szükséges a verseny. – Az orvosok számára a szabad szellemi foglalkozási státusz a megfelelő. – A kórházak esetében a nonprofit gazdasági forma az optimális.	– 1999: a versenyző biztosítókra vonatkozó reformkoncepció közzététele (de lekerült a kormányzati napirendről). – 2001: törvény az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról (A köztulajdonban lévő kórházak működtetését csak nonprofit cégeknek lehetett kiszerződni.) – Az Irányított Betegellátási Rendszer bevezetése: magánvállalkozások is lehettek ellátásszervezők.
2002–2006	– A reformért felelős kormánymegbízott koncepciója: az egészségügyben csak a profitorientált magánvállalkozások képesek hatékony működésre. (Eltérő nézetek a kormányon belül is.)	– 2003: új kórháztörvény (lehetővé tette a köztulajdonban lévő kórházak működtetését profitérdekelt vállalkozások számára is). – Kísérlet az IBR átalakítása révén az üzleti biztosítók bevonására a kötelező biztosítás menedzselésébe.

	Kormányzati koncepciók, célok	Kormányzati intézkedések
2006–2010	– Az EüM túlideologizálta a vizitdíj bevezetésének a célját. („A vizitdíj a szocialista egészségügyi rendszer végét jelzi.")	– 2007 februárjában: a vizitdíj és kórházi napidíj bevezetése. – A 2008. március 9-i, a vizitdíjról és kórházi napidíjról szóló népszavazás után a kormány eltörölte azokat.
	– Az EüM koncepciója: Az egészségügy hatékony finanszírozását csak a versenyző üzleti biztosítók képesek biztosítani. (Eltérő nézetek a kormánypártokon belül is.)	– 2007: Az Egészségbiztosítási Felügyelet létrehozása. – 2008 (február): törvény az egészségbiztosítási pénztárakról. A népszavazás után kialakult politikai helyzet hatására 2008. júniusában a törvényt (a kormány javaslatára) az Országgyűlés hatályon kívül helyezte.
2010–2025	A kormányzat célja: – A köz- és magánszektor teljes szétválasztása. – Ennek részeként a közintézményben alkalmazott orvosok magánintézményben végzett munkájának a korlátozása, visszaszorítása. – Az orvosok tevékenysége feletti kontroll erősítése.	– 2012: A kórházak elvétele az önkormányzatoktól és egyetlen központi állami szerv létrehozása a működtetésükre. – 2013: A rugalmasabb működési formák felszámolása a kórházi szektorban. – A közkórházak által nyújtott magánellátás (térítéses szolgáltatások) megszüntetésére irányuló törekvések. (Nem valósult meg.) – 2023–24: Törekvés az önkormányzatok tulajdonában lévő szakrendelők államosítására; majd ennek meghiúsulása után nyomásgyakorlás az önkormányzatokra, hogy költségvetési szervezetté alakítsák át a szakrendelőket. – Meddőségi centrumok állami felvásárlása. – Törekvés a magánszolgáltatók által nyújtott közszolgáltatások konstrukció felszámolására a labordiagnosztika és a képalkotó diagnosztika területén (A CT-MRI- vizsgálatokra vonatkozó rendelkezés 2025. november 1-jén lép életbe.)
		– 2020: Az orvosi béremeléssel összekötve a hálapénz betiltása és a szolgálati jogviszony bevezetése. – Sikertelen törekvés a szolgálati jogviszonyban alkalmazott orvosok magánintézményekben végzett munkájának a visszaszorítására

12.4. A köz- és magánszektor szerepe a magyar egészségügy finanszírozásában

Ez az alfejezet a köz- és magánkiadások szerepének legfontosabb adatait mutatja be – azaz a fejezet alapvetően leíró jellegű. Azzal a kérdéssel, hogy a *public-private*

mix jellemzői hogyan hatnak az egészségügyi rendszerrel szembeni azon elvárásra, hogy mindenki számára megfelelő védelmet nyújtson a betegség pénzügyi kockázataival szemben, a 13.3. alfejezet foglalkozik, amelyik áttekinti a magyar egészségügy finanszírozási rendszerének a kritikus pontjait.

A 12.4. táblázat az OECD, Eurostat és WHO által kidolgozott statisztikai rendszer (*System of Health Accounts* 2011) kategóriáit használva mutatja be, hogyan alakult a magyar egészségügyi rendszerben az egyes finanszírozási alrendszerek aránya. A szakirodalom jelentős része és a köznyelv is a „közkiadások" elnevezést használja a „kormányzati alrendszerek és kötelező biztosítás" kiadásaira és a „magánkiadások" elnevezést az „önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek & háztartások" kiadásaira. Ebben az értelemben használja ez a könyv is a köz- és magánkiadások fogalmát. [529]

12.4.1. Főbb trendek

Ahhoz, hogy megfelelő képet kapjunk az egészségügyi kiadások helyzetének, trendjeinek az alakulásáról, több indikátor együttes vizsgálatára van szükség:

- Az egyes finanszírozási alrendszerek részesedése az összes kiadásból.
- A kiadások reálértékének a növekedési üteme.
- A kiadásoknak a GDP-hez viszonyított aránya.
- Az egy főre jutó kiadások releváns nemzetközi szintekhez viszonyított értékének az alakulása.

A magyar egészségügy finanszírozásában – hasonlóan a fejlett országok egészségügyi rendszereihez – domináns szerepe van a közkiadásoknak (12.4. táblázat). Ugyanakkor a magánkiadásoknak az aránya az egyik legmagasabb az EU-ban (12.2. ábra): A háztartások közvetlen kiadásainak a magas aránya az 1990-es évek második felében, illetve a 2000-es évek elején alakult ki. 1992-ben a magánkiadások (döntően a háztartások kiadásai) az összes egészségügyi kiadásnak még csak 13,1%-át, 1997-ben 20%-át, 2001-ben pedig már 31,8%-át tették ki. A részarány-növekedés fő tényezője egyrészt a közkiadások korlátozása, másrészt a háztartások gyógyszerkiadásainak a növekedése volt: részben a gyógyszerárak növekedése, részben

529 A „közkiadás" és „magánkiadás" széles körben elterjedt, az egészségügyi kiadásokat és finanszírozási rendszereket leíró elemzésekben használt – de bizonyos fokig pontatlan – fogalmak. (Az OECD és Eurostat statisztikák 2011 óta már a 12.4. táblázatban szereplő kategóriákat használják.) Mivel ez a pontatlanság nem érinti a könyv elemzéseinek relevanciáját, ezért a közérthetőség és egyszerűség kedvéért a „közkiadás" és „magánkiadás" fogalmakat is használom.

a tb-gyógyszertámogatás arányának a csökkentése (a betegek által fizetett térítési díjak növelése), továbbá a nem vényköteles gyógyszerek és étrend-kiegészítők fogyasztásának a növekedése miatt. Az egész vizsgált időszakban a magánkiadások aránya 2012-ben érte el a legmagasabb szintet (34,5%). A COVID-járvány időszakában (részben az orvosbérek emelése miatt) jelentően növekedett a közkiadások aránya, ennek következtében csökkent a magánkiadások aránya; 2024-ben az összes kiadás 26,2%-át tette ki (12.4. táblázat).

12.4. táblázat. Az összes egészségügyi kiadás megoszlása a finanszírozási alrendszerek között (százalék)

	Finanszírozási alrendszerek	1992	2001	2010	2012	2019	2023	2024
	Összesegészségügyi kiadás	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100
1	**Kormányzati rendszerek & kötelező biztosítás**	**86,9**	**68,2**	**67,1**	**65,5**	**68,7**	**73,7**	**73,8**
1.1	Kormányzati rendszerek			8,2	8,6	8,7	11,6	11,1
1.2	Kötelező egészségbiztosítás			58,9	56,9	60,0	62,1	62,7
2&3	**Önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek & háztartások**	**13,1**	**31,8**	**32,9**	**34,5**	**31,3**	**26,3**	**26,2**
2	Önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek			5,4	5,1	3,5	3,2	3,4
2.1	Önkéntes egészségbiztosítás			2,8	2,7	1,8	1,8	2,0
2.2	Nonprofit finanszírozási programok			1,9	1,7	1,2	1,1	1,1
2.3	Munkáltatók finanszírozási programjai			0,7	0,7	0,6	0,3	0,3
3	A háztartások általi közvetlen fizetés (out-of-pocket payment)	13,1	28,8	27,4	29,4	27,8	23,1	22,8
3.1	Közvetlen fizetés, költségmegosztás nélkül			21,6	24,0	23,1	19,5	13,9
3.2	Közvetlen fizetés, költségmegosztással			5,9	5,4	4,7	3,6	3,5

Forrás: OECD Data Explorer (Health)

A 12.5. táblázat a finanszírozási alrendszerek 2024. évi kiadásainak a nominális értékét és a GDP-hez viszonyított arányát mutatja. Mind a magyar közkiadásoknak,

mind az összes kiadásnak a GDP-hez viszonyított aránya az EU-országok között az egyik legalacsonyabb: nemzetközi összehasonlításban: az összes kiadást tekintve csak Romániában és Luxemburgban volt alacsonyabb, mint Magyarországon, a közkiadások esetében pedig csak Romániában és Magyarországon volt a legalacsonyabb.

12.5. táblázat. Az egészségügyi kiadások nagysága és GDP-hez viszonyított aránya finanszírozási alrendszerenként, 2024

	Finanszírozási alrendszerek	Mrd FT	GDP-arány (%)
	Összes egészségügyi kiadás	5 258	6,5
1.	**Kormányzati rendszerek és kötelező biztosítás**	**3 883**	**4,8**
1.1.	Kormányzati rendszerek	586	0,7
1.2.	Kötelező egészségbiztosítás	3 297	4,0
2.&3.	**Önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek és háztartások**	**1 375**	**1,7**
2.	Önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek	176	0,2
2.1.	Önkéntes egészségbiztosítás	103	0,1
2.2.	Nonprofit finanszírozási programok	57	0,1
2.3.	Munkáltatók finanszírozási programjai	16	0,0
3.	A háztartások általi közvetlen fizetés *(out-of-pocket payment)*	1 199	1,5
3.1.	Közvetlen fizetés, költségmegosztás nélkül	1 015	1,2
3.2.	Közvetlen fizetés, költségmegosztással	184	0,2

A magánkiadások trendje

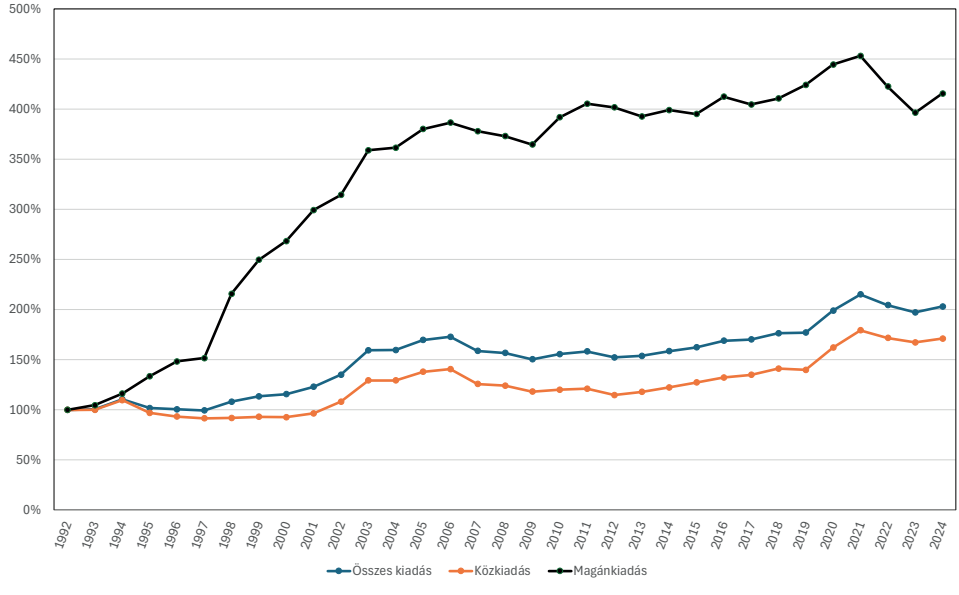
A magánkiadások reálértéke 2024-ben 4,2-szerese volt az 1992-es szintnek, a közkiadások reálértéke csupán 71%-kal volt magasabb mint a 30 évvel korábbi érték, az összes kiadás reálértéke pedig 83%-kal haladta meg az 1992-es szintet (12.4. ábra).

Az 1992 és 2024 közötti időszakon belül több szakasz különíthető el:

- A magánkiadások reálértéke az 1990-es évek második felében ugrásszerűen nőtt, 2005-ben 3,8-szerese volt az 1992-es szintnek. A közkiadások ebben az időszakban – a kormányok kiadáskorlátozó gyakorlata következtében – csupán 38%-kal növekedtek.
- A 2000-es évek közepétől lassú, de a közkiadások növekedését meghaladó növekedés jellemezte a magánkiadásokat. 2019-ben 11,6%-kal volt magasabb a magánkiadásoknak a reálértéke, mint 2005-ben, a közkiadásoké csupán 1,4%-kal.

- A 2019 és 2024 közötti időszakban a közkiadások növekedése – elsősorban az orvosbérek nagyarányú emelése következtében – meghaladta a magánkiadásokét: a közkiadások reálértéke 2024-ben 22,3%-kal volt magasabb, mint 2019-ben. Ezzel szemben a magánkiadásoknak a reálértéke kismértékben (2%-kal) csökkent.[530]

12.4. ábra. Az egészségügyi magánkiadások, a közkiadások és az összes kiadás reálértékének az alakulása



A 12.6. táblázat együtt mutatja az egészségügyi kiadások legfontosabb indikátorainak az alakulását az elmúlt két évtizedben, továbbá összehasonlítja azokat az EU14-országok átlagával. A második fejezet bemutatta, hogy az 1990-es évek elejéhez viszonyítva a közkiadások minden fontosabb indikátorában növekedett a lemaradásunk az EU14-országokhoz képest. A 12.6. táblázatból láthatjuk, hogy ez jellemző a helyzetünkre akkor is, ha a 2000-es évek közepéhez viszonyítjuk a 2024-es adatokat (12.6. táblázat).

530 A magánkiadásokra vonatkozó 2021 és 2023 közötti reálérték-csökkenés ellentmondani látszik a várakozásainknak. Ezért az adatokkal (ld. 12.4. ábra) kapcsolatban felmerül az a kérdés is, hogy nem befolyásolta-e azokat valamilyen módszertani probléma, azaz megfelelően tükrözik-e a tényleges folyamatokat.

12.6. táblázat. Az egészségügyi magánkiadások, közkiadások és az összes kiadás alapvető indikátorai 2005, 2019 és 2024

	2005			2019			2024		
	Köz	**Magán**	**összes**	**Köz**	**Magán**	**összes**	**Köz**	**Magán**	**összes**
Folyó áron (mrd Ft)	1275	529	1804	2057	938	2995	3883	1375	5258
Növekedés (folyó áron) 2005 = 100				161%	177%	166%	304%	260%	291%
Növekedés (folyó áron) 2019 = 100							189%	147%	176%
Reálérték; 2005 = 100%	100%	100%	100%	101,4%	111,6%	104,4%	124,8%	106,6%	119,5%
GDP %-ában	5,7	2,3	8,0	4,3	2,0	6,2	4,8	1,7	6,5
Egy főre jutó kiadás (EU14 =100)	45,0%	59,2%	48,4%	39,3%	63,6%	44,6%	43,5%	57,6%	46,4%
Részesedés az összes kiadásból	70,7%	29,3%	100%	68,7%	31%	100%	73,8%	26,2%	100%

Forrás: OECD Data Explorer (Health)

- Nominális értéken (folyó áron) számítva 2005 és 2024 között az egészségügyi közkiadások a 3-szorosára növekedtek, a magánkiadások 2,6-szeresre, az összes kiadás pedig 2,9-szeresére. Ugyanakkor reálértéken (változatlan árakon) számítva 2024-ben csupán 25%-kal volt magasabb a közkiadások reálértéke, mint 2005-ben. A magánkiadásoké 6,6%-kal, az összes egészségügyi kiadás pedig 19,5%-kal.
- Az elmúlt két évtizedben mind a közkiadásoknak, mind a magánkiadásoknak a GDP-hez viszonyított aránya jelentősen csökkent. Ennek következtében az öszszes kiadás GDP-hez viszonyított aránya a 2005. évi 8%-ról 6,5%-ra csökkent. Ez ellentétes irányú trend mind az EU14-, mind a többi posztszocialista (EU10-) országhoz viszonyítva.
- A 2005 és 2019 közötti nagyon alacsony növekedési ütem miatt az egy főre jutó közkiadásban növekedett a lemaradásunk az EU14-átlaghoz viszonyítva, és a 2020–21-es kiadásnövekedés ellenére is 2024-ben is alacsonyabb volt, mint 2005-ben.
- Az egy főre jutó magánkiadásokat tekintve kismértékben csökkent a távolságunk az EU14-átlagtól. Ez azonban nem kompenzálta a közkiadásokban történt lemaradásunkat: az egy főre jutó összes egészségügyi kiadást tekintve is nagyobb volt a lemaradásunk az EU14-országoktól 2024-ben mint két évtizeddel korábban.

A magán- és a közkiadások funkcionális struktúrája

A magán- és a közkiadások funkcionális struktúrája jelentősen különbözik (12.7. táblázat). 2024-ben a magánkiadások 47%-át a gyógyszerekért, 30%-át a járóbeteg szakorvosi szolgáltatásokért, 7%-át pedig a gyógyászati segédeszközökért fizetett díjak tették ki. (12.7. táblázat). 2005 és 2024 között a magánkiadásokon belül jelentősen növekedett a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz kiadások aránya (43%-ról 54%-ra). Ezzel szemben a közkiadásokon belül jelentősen csökkent az arányuk (2005-ben a közkiadások 32%-át, 2024-ben pedig már csak a 15%-át tették ki[531]).

12.7. táblázat. A közkiadások és a magánkiadások funkcionális struktúrájának alakulása

	2005		2010		2019		2024	
	Köz-kiadás	Magán-kiadás	Köz-kiadás	Magán-kiadás	Köz-kiadás	Magán-kiadás	Köz-kiadás	Magán-kiadás
Összesen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Fekvőbeteg és egynapos ellátás	34%	12%	34%	10%	40%	10%	46%	6%
Járóbeteg-ellátás	15%	36%	18%	33%	19%	31%	21%	30%
Kiegészítő szolgáltatás	5%	1%	7%	1%	8%	3%	7%	3%
Gyógyszer	29%	**37%**	26%	44%	18%	44%	13%	47%
Gyógyászati segédeszközök	3%	6%	3%	5%	4%	5%	2%	7%
Egyéb (LTC, prevenció)	13%	9%	12%	7%	12%	6%	10%	6%

További fontos kérdés, hogy a szolgáltatások egyes típusainak a finanszírozásában milyen szerepet játszik a köz- és a magánfinanszírozás (12.8. táblázat). Szembetűnő a változás a gyógyszerfinanszírozásban: a magánkiadások aránya 2005-ben 35%-ot tett ki, 2024-re 56%-ra emelkedett. A magánkiadások aránya jelentős a gyógyászati segédeszközök és a járóbeteg-ellátás finanszírozásában is.

A magánkiadások aránya a járóbeteg-ellátásnak és a gyógyszerkiadásoknak a finanszírozásában nemzetközi összehasonlításban is magas: 2023-ban a gyógyszerkiadások esetében az 5. legmagasabb volt az EU-ban. 2023-ban a magánkiadások

531 Meg kell jegyezni, hogy ezt a változást az is befolyásolta, hogy a gyógyszerek egy körének a finanszírozása átkerült a fekvőbeteg kasszába.

12.8. táblázat. A köz- és magánkiadások aránya az ellátás főbb kategóriáira fordított kiadásokon belül

	2005			2019			2024		
	Köz-kiadás	**Magán-kiadás**		**Köz-kiadás**	**Magán-kiadás**		**Köz-kiadás**	**Magán-kiadás**	
Összes kiadás	71%	**29%**	100%	69%	**31%**	100%	74%	**26%**	100%
Fekvőbeteg és egynapos ellátás	88%	**12%**	100%	90%	**10%**	100%	95%	**5%**	100%
Járóbeteg-ellátás	51%	**49%**	100%	56%	**44%**	100%	66%	**34%**	100%
Kiegészítő szolgáltatás*	90%	**10%**	100%	87%	**13%**	100%	88%	**12%**	100%
Gyógyszer	**65%**	**35%**	100%	47%	**53%**	100%	44%	**56%**	100%
Gyógyászati segédeszköz	59%	**41%**	100%	60%	**40%**	100%	47%	**53%**	100%

Forrás: KSH.

*/laboratórium, CT-MR, mentőszolgáltatás és betegszállítás

aránya a járóbeteg-ellátásban az EU14 esetében 29%, az EU25-átlag esetében 31%, a magyar érték pedig 35% volt. A magánkiadások aránya gyógyszerkiadásokban az EU14 esetében 34%, az EU25-átlag esetében 41%, a magyar érték pedig 53% volt.

12.4.2. A háztartások közvetlen kiadásai

A vizsgált időszakban a magánkiadások 85–89%-át a háztartások kiadásai tették ki. A háztartások közvetlen kifizetéseinek több összetevője van:

- A szolgáltatásoknak a kötelező egészségbiztosítás (vagy állami egészségügy) körén kívül eső vásárlása (az ellátás teljes költségét az ellátást igénybe vevő egyén fizeti).
- A kötelező egészségbiztosítás körébe tartozó szolgáltatások igénybevételekor fizetett térítési díj (azaz költségmegosztás az egészségbiztosítás és az egyén között.
- Költségmegosztás az önkéntes biztosítással.
- Informális kiadások (számla nélküli fizetés és hálapénz). Az informális kiadások elsősorban – de nem kizárólagosan – a volt szocialista országokban jelen lévő tétele a magánkiadásoknak (European Commission, 2025).

A kötelező egészségbiztosítással való költségmegosztás 15,4%-át tette ki a háztartások összes egészségügyi kiadásainak 2024-ben; a háztartások gyógyszerre és gyógyászati segédeszközre fordított kiadásainak pedig 26,8%-át tette ki.[532]

A magyar egészségügyben a rendszerváltás időszakától a szakmai vitákban, reformkoncepciókban vissza-visszatérő kérdés volt a költségmegosztás bevezetése a szolgáltatások területén. Az érvek és ellenérvek hasonlóak voltak, mint a 12.2.1. alfejezetben vázoltak. Az 1990-es évek eleje óta két alkalommal született konkrét kormányzati elképzelés a térítési díjak széles körű bevezetésére a szolgáltatások területén. 1995 tavaszán az 1996. évi költségvetés irányelvei között a Pénzügyminisztérium minden egészségügyi szolgáltatás 10%-os lakossági önrészesedés bevezetésére tett javaslatot (kivéve a sürgősségi ellátást). Ez súlyos konfliktust generált a kormányon belül a pénzügyminiszter és a népjóléti miniszter között és hozzájárult az utóbbinak a lemondásához. Az önrész bevezetése helyett a foglalkozás egészségügyi ellátás, a sportorvosi ellátás, valamint a fogászat (részben) kikerült az egészségbiztosítás szolgáltatásai közül. Ezután a térítési díjak kérdése 2006-ig nem került a kormányzat napirendjére. A vizitdíj és a kórházi napidíj bevezetésének majd visszavonásának a konkrét eseményeit a 9. fejezet részletesen tárgyalta. Napjainkra is kiható negatív következménye van, hogy 2008-ban a térítési díjak politikai szimbólummá váltak, és az akkori kormánnyal való általános elégedetlenség a térítési díjakat elutasító népszavazásban manifesztálódott. Így politikai okokból nem lehetséges, hogy a térítési díjak szakmai szempontokon alapuló mérlegelése napirendre kerülhessen. A 12.2.1. alfejezetben láthattunk példákat arra, hogy megfelelő szabályozással a térítési díjak negatív hatásai jelentősen korlátozhatóak.[533]

A hálapénz politikai rendszereken keresztül átívelő, alapvető strukturális jellemzője volt a magyar egészségügynek a 2010-es évek végéig. Tekintettel arra, hogy a 3. fejezet részletesebben tárgyalta a hálapénz jelenségét, a 12.5.3. alfejezetben pedig szó lesz a betiltásának a hatásairól, itt csak a nagyságára vonatkozó becslések közül szerepel néhány jellemző érték.

- Kornai (2000) a hálapénz 1999-re vonatkozó értékét 33 Mrd Ft-ra becsülte. Ez az akkori összes egészségügyi kiadásnak kb. 4%-át, a háztartások kiadásainak pedig kb. 16%-át tette ki.
- Kincses (2007) szerint 2002-ben a hálapénz 40,6 Mrd forintot tett ki. Ez az összes egészségügyi kiadásnak kb. 3%-a, a háztartások kiadásainak pedig 12%-a volt.

532 Ennél a tényleges arány valamivel alacsonyabb, mivel a betegek a krónikus fekvőbeteg-ellátás egy részében is fizetnek részleges térítési díjat.

533 A térítési díjakról folytatandó szakmai viták aktualitását az is aláhúzza, hogy a magánintézmények által nyújtott közszolgáltatások konstrukció eleme lehetne a betegek által fizetett kiegészítő díj.

- A Corvinus Marketing Tanszékének kutatása a hálapénz 2009-es értékét 73 Mrd Ft-ra becsülte,[534] ami az összes egészségügyi kiadásnak kb. 4%-a, a háztartások kiadásainak pedig 15%-a volt.
- A MOK[535]2020-ban készült anyaga szerint *„A kutatások, becslések évi 20–100 Mrd Ft közé teszik az összegét".* A KSH adatai szerint 2010-ben 18 Mrd, 2018-ban pedig 36,7 Mrd Ft volt a hálapénz becsült összege. Ugyanakkor az ELEF 2010-ben publikált adatai szerint pedig 76 Mrd Ft (MOK, 2020). Ez utóbbi a 2010-es összes egészségügyi kiadásnak kb. 4%-át, a háztartások kiadásainak pedig kb. 14%-át tette ki.

A 13. fejezet részletesen foglalkozik azzal, hogy a háztartások közvetlen kiadásainak magas részesedése az összes egészségügyi kiadásokból a szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyik akadályát jelenti, különösen az alacsonyabb jövedelmű háztartások számára.

12.4.3. Az önkéntes egészségbiztosítás

Az 1990-es évek első felében Magyarországon két fő típusa alakult ki az önkéntes egészségbiztosításnak: az önkéntes pénztárak által nyújtott csoportos kiegészítő biztosítások és az üzleti biztosítók által nyújtott biztosítások. Tevékenységük eltérő igényeket elégített ki: a pénztárak csoportbiztosításokat kezeltek és a csoportok valamilyen közös jellemző (általában munkahely) alapján szerveződtek, működési elvük a szolidaritás és a kölcsönösség volt. A fő céljuk a prevenció volt, amihez az akkori egészségpolitika részéről is jelentős várakozások fűződtek. A szabályozásuk és tevékenységük azonban jelentősen átalakult. 2003-ban megszüntették a csoportos számlákat (kockázatközösséget) és a pénztárak csak egyéni számlákat kezelnek. A pénztártagságra a fő ösztönzést az adókedvezmény jelenti. A pénztárakban együtt van az egészségügyi és az önsegélyező funkció – így a befizetések nem csak egészségügyi célokra fordíthatók (hanem pl. lakáshitel-törlesztésre stb.)[536]

534 https://index.hu/belfold/2009/08/18/halapenz/

535 A MOK-elnökség 2020 májusában közzétett *A hálapénz problémája és megoldási lehetősége* című dokumentuma. https://mok.hu/public/media/source/KORONAV%C3%8DRUS/A%20MOK%20a%20h%C3%A1lap%C3%A9nzr%C5%91l.pdf

536 A Pénztárszövetség ezzel – az egészségügyi szolgáltatásoktól független elemmel – reklámozza az egészségpénztárakat: *„ha a törlesztőjüket – vagy annak egy részét – az egészségpénztári számlájukon keresztül elszámolják […] könnyebben összejöhet […] éves szinten 750 000 forint befizetés, amellyel elérhető a 20 százalékos szja-visszatérítésre vonatkozó 150 ezer forintos plafon"* https://www.penztarszovetseg.hu/oriasi-valtozast-hoz-az-egeszsegpenztaraknal-az-uj-szabaly/

Az önkéntes egészségpénztáraknak 2024-ben 1,126 millió tagja volt; a tagok összesített megtakarítása 2025 elején megközelítette a 88,6 Mrd Ft-ot.[537] A Bank360 adatai szerint 2024. első félévben csaknem 39 Mrd Ft-ot költöttek az egészségszámlákról a tagok. (A legnagyobb tétel a gyógyszervásárlás volt, kb. 15 Mrd Ft). További jelentős kiadások voltak a magánorvosi ellátások, az iskolakezdési támogatás és lakáshitel-törlesztés.[538]

A biztosítótársaságok által kínált kiegészítő biztosítási termékeknek két fő típusa van:

- Összegbiztosítás (készpénzszolgáltatást nyújtó), amely lehet: kórházi napidíj, – keresetkiesés biztosítása és egyéb formák (csúcskockázati, nagyműtéti stb.). Ebben az esetben az egészségügyi ellátás költségétől független a biztosító által (az esemény bekövetkezése esetén) fizetett összeg. (A nemzetközi statisztikák módszertana szerint ezek a kifizetések nem tartoznak az egészségügyi kiadások fogalmába.)
- Szolgáltatásfinanszírozó (költségfedező) biztosítás, amely az egészségügyi szolgáltatásnak a biztosított számára ténylegesen felmerülő költségeit (vagy azok jelentős részét) fedezi. A magánszolgáltatások növekvő igénybevétele és a hálapénz betiltása ösztönzi a költségfedező biztosítás vásárlását.

A szolgáltatásfinanszírozó (költségfedező) biztosítás terjedését a magánszolgáltatások kínálatának növekedése és a hálapénz betiltása is ösztönözte. A MABISZ (2024) adatai szerint 2023-ban a szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítások árbevétele 37,1 Mrd Ft, a kifizetéseik 19,7 Mrd Ft, a szerződések száma pedig 15 808 volt. Döntő részük vállalatok által vásárolt csoportos biztosítás volt.

A két szervezeti konstrukció összefonódik: a legtöbb egészségpénztár tulajdonosa, működtetője biztosítótársaság vagy bank (pl. Allianz Hungária Egészség- és Önsegélyező Pénztár, Generali Egészség- és Önsegélyező Pénztár, MBH Gondoskodás Egészségpénztár, OTP Egészségpénztár stb.).

A 12.2. ábra és a 12.1. alfejezet adatai azt mutatják, hogy Magyarországon lenne tere az önkéntes egészségbiztosítás szerepének a növelésére. Ugyanakkor azt is jelzik, hogy azok a vélemények, amelyek szerint az önkéntes biztosítás vagy a munkáltatók szerepének a növelése lenne a fő eszköz a magyar egészségügy finanszírozási problémáinak a kezelésére nem tűnnek reálisnak.

537 https://www.penztarszovetseg.hu/kitartoan-bovul-az-onkentes-penztarak-tagletszama/

538 https://bank360.hu/blog/valsagban-elozo-egeszsegpenztarak

Meg kell különböztetnünk a biztosítótársaságot, mint gazdasági szervezetet és az önkéntes biztosítást. Az 1990-es évek közepétől a reformtörekvések egyik iránya a versenyző biztosítók modell bevezetése volt. Ennek egyik formája a biztosítótársaságok bevonása lett volna a társadalombiztosítás működtetésébe. (Ezeket a javaslatokat és sorsukat részletesen tárgyalta a 8. és 9. fejezet.)

12.5. A közintézmények és magánszolgáltatók szerepe a szolgáltatások nyújtásában

Ahogy a fejezet bevezetője már hangsúlyozta, az egészségügyet tekintve a rendszerváltozás óta eltelt időszak egyik meghatározó folyamata volt, hogy kiépült egy méretét és az egész egészségügyi rendszer működésére gyakorolt hatását tekintve is jelentős magánszolgáltatói szektor. Ez az alfejezet először a köz és magán mix néhány alapvető adatát mutatja be, amit a szolgáltatási szektornak a 12.1. alfejezetben vázolt négy alapvető szegmensének a jellemzése követ majd.

12.5.1. A köz és magán mix szerkezetének alapvető adatai

A 12.9. táblázat két időpontra (2019-re és 2023-ra) közöl arra vonatkozó becslést, hogy a magyar egészségügyben az egészségügyi ellátás négy alapvető szegmense (ld. 12.1. ábra) hogyan részesedett a gyógyító-megelőző szolgáltatásokra fordított (háziorvosi és védőnői ellátással csökkentett) összes kiadásból.

Az adatok ismertetése előtt szükséges hangsúlyozni, hogy ezeknek a becsléseknek – megfelelően részletes adatok hiánya miatt – több módszertani korláta is van, ezért csak nagyvonalú becslésként lehet azokat értelmezni. (A 2. melléklet részletesen ismerteti a számítások módszertanát és a becslések korlátait.)

Az elérhető adatok alapján végzett számítások azt mutatják, hogy a gyógyító-megelőző szolgáltatásokra fordított összes kiadásnak hozzávetőlegesen:

- A közintézmények által nyújtott közszolgáltatások 2019-ben kb. az 58%-át, 2023-ban pedig kb. a 64%-át tették ki.
- A magánszolgáltatók által nyújtott közszolgáltatások 2019-ben kb. a 13%-át 2023-ban pedig kb. a 14%-át tették ki.
- A magánszolgáltatók által nyújtott magánszolgáltatások 2019-ben kb. a 29%-át 2023-ban pedig kb. a 22%-át tették ki.

12.9. táblázat. A köz- és magánszektor aránya a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozásában és szolgáltatásában, 2019, 2023

Gyógyító-megelőző ellátások* (Mrd Ft)						
	2019			2023		
	Köz-intézmény	Magán szolgáltató	Összesen	Köz-intézmény	Magán szolgáltató	Összesen
Közkiadás	953	222	1174	1739	381	2120
Magánkiadás		471	471		599	599
Összesen	953	693	1645	1739	981	2719
Százalékos megoszlás						
Közkiadás	58%	13%	71%	64%	14%	78%
Magánkiadás		29%	29%		22%	22%
Összesen	58%	42%	100%	64%	36%	100%
*Háziorvosi és védőnői szolgálat nélkül						

Forrás: a közkiadásokra: NEAK[539], a magánkiadásokra: KSH

12.10. táblázat. A gyógyító-megelőző ellátásra fordított köz- és a magánkiadások megoszlása a köz- és a magánszolgáltatók között, 2019, 2023

A gyógyító-megelőző ellátásra* fordított köz- és a magánkiadások megoszlása						
	2019			2023		
	Köz-intézmény	Magán szolgáltató	Összesen	Köz-intézmény	Magán szolgáltató	Összesen
Közkiadás	81%	19%	100%	82%	18%	100%
Magánkiadás	0%	100%	100%			100%
Összesen	58%	42%	100%	64%	36%	100%
A közintézmények és a magánszolgáltatók bevételeinek a megoszlása						
Közkiadás	100%	32%	71%	100%	39%	78%
Magánkiadás		68%	29%		61%	22%
Összesen	100%	100%	100%	100%	100%	100%
*Háziorvosi és védőnői szolgálat nélkül						

Forrás: a közkiadásokra: NEAK, a magánkiadásokra: KSH

539 A 2021-2024 időszakra vonatkozó adatokat külön adatkérésre kaptam meg a NEAK-tól, amiért ezúton is a köszönetemet fejezem ki.

A 12.10. táblázat további információkat is tartalmaz a gyógyító-megelőző ellátások struktúrájára:

- A kötelező biztosítás kifizetéseiből 2019-ben 81% ment a közintézményhez és 19% a magánszolgáltatókhoz; 2023-ban 82% ment a közintézményhez és egyetemi klinikai központokhoz, a magánszolgáltatók részesedése pedig 18% volt.
- A magánszolgáltatók bevételeinek 2019-ben kb. a 32%-a közszolgáltatások nyújtásából, 68%-a pedig magánszolgáltatások nyújtásából származott. 2023-ban kb. 39%-a származott a közszolgáltatások nyújtásából, 61%-a pedig magánszolgáltatások nyújtásából.

Ezek a táblázatok nem mutatják a köz- és magánszektor összefonódásának a komplexitását, ami egyes betegségek kezelési folyamata során jöhet létre. (Ezzel a 12.5.3. alfejezet foglalkozik.) Ahhoz, hogy megfelelő képet kapjunk a magánszolgáltatók szerepéről, fontos lenne azt is elemezni, hogy a szolgáltatások volumene (esetek száma) hogyan oszlik meg a magánszolgáltatók és a közintézmények között az ellátás egyes típusaiban (Pl. szakorvosi vizitek, CT-vizsgálatok stb.). Erre azonban nem álltak rendelkezésre megfelelő adatok.

12.5.2. A magánszolgáltatók piacának főbb jellemzői

A magánszolgáltatói szektor rendkívül inhomogén – a szolgáltatók méretét, tulajdonosi szerkezetét, szolgáltatási profilját és a kötelező biztosításhoz való viszonyát tekintve. A magánszolgáltatóknak a következő főbb típusai különíthetők el:

- Szellemi szabadfoglalkozási formában vagy egyéni vállalkozóként dolgozó háziorvosok és fogorvosok, akik NEAK-szerződés keretei között közszolgáltatást nyújtanak. A NEAK-szerződéssel rendelkező fogorvosok magánszolgáltatást is nyújtanak.[540]
- Egyéni vállalkozó szakorvos (fogorvos, bőrgyógyász stb.) NEAK-szerződés nélkül (csak magánszolgáltatást nyújtanak.)
- Egyéni vállalkozó orvos mint alvállalkozója egy (vagy több) szolgáltató intézménynek.
- Magyar magántulajdonban lévő vállalkozások a járóbeteg-ellátásban: szakorvosi klinikák, diagnosztikai központok, házi ápolást nyújtó vállalkozások stb. Egy részük több telephellyel és több településen működik (pl. Swiss Clinic stb.) és van, amelyik rendelkezik NEAK-szerződéssel, azaz a magánszolgáltatások mellett közszolgáltatásokat is nyújtanak.

540 Ennek rendelési idejét el kell különíteni az egészségbiztosítás keretében nyújtott ellátástól.

- Magyar magántulajdonban lévő vállalkozások, amelyek fekvőbeteg-ellátást, járóbeteg szakorvosi és diagnosztikai szolgáltatásokat is nyújtanak (pl. Budai Egészségközpont). Ezek egy része rendelkezik NEAK-szerződéssel.
- Multinacionális, a képalkotó diagnosztikára (pl. Affidea) és a labordiagnosztikára (pl. SYNLAB) specializálódott cégek. Ez a specializáció változhatott: például az Affidea 2018-ban (a Főnix-Med megvásárlásával) komplex portfóliójú magánszolgáltatóvá vált.
- Multinacionális vállalkozások, széles portfolióval. Speciális típust jelent, amikor az egészségügyi szolgáltatások mellett önkéntes biztosítást is nyújt a vállalkozás (pl. Medicover).
- Orvosegyetemek által alapított vállalkozások (pl. Semmelweis Egészségügyi Szolgáltató Kft, Uni-Med Szeged Kft stb.).
- A magánszolgáltatók sajátos típusát jelentik azok a szolgáltatók, amelyek önkormányzati tulajdonban lévő, közszolgáltatást nyújtó intézmények működtetését végzik. (Az önkormányzat kiszerződte nekik a korábban költségvetési intézményként működő intézményének a működtetését vagy az önkormányzat maga hozott létre gazdasági társaságot. Pl. Újpesti Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft. stb.) A kórházak esetében ezt a konstrukciót 2012-ben felszámolták, de az önkormányzatok tulajdonában maradt járóbeteg-szakrendelők esetében még megtalálható ez a forma.

A magánszolgáltatók piacának koncentráltsága

A magánszolgáltatói szektor egészének a nagyságára (árbevételére) vonatkozó adatok (a 12.9. táblázat adatai) egyrészt a NEAK-nak az adatain, másrészt a KSH-nak,[541] a háztartásoknak[542] és az önkéntes finanszírozási alrendszereknek a kiadásaira vonatkozó becslésein alapulnak. A módszertan korlátaiból adódóan előfordulhat, hogy egyes összetevők alul-, illetve felülbecsültek. Módszertani szempontból az lenne az ideális, ha ezeket a finanszírozóktól származó adatokat össze tudnánk vetni a szolgáltatóktól származó (a bevételeire vonatkozó) adatokkal. A KSH nem közöl ilyen adatokat; a szakirodalomban pedig csak a legnagyobb szolgáltatókra érhetők el a szolgáltatók bevételeire vonatkozó adatok. Kertész et al. (2024) szerint 2021-ben 195 egészségügyi vállalkozás árbevétele haladta meg a 100 millió forintot, továbbá együttes árbevételük 211 Mrd forintot tett ki.

541 4.1.1.2. Egészségügyi kiadások alrendszerenként https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0002.html

542 A háztartások egészségügyi kiadásaira vonatkozó adatok a Nemzeti számlák (GDP) keretében a háztartások fogyasztására vonatkozó becslések keretében előállított adatok.

A legnagyobb árbevételt elérő magánszolgáltatókra vonatkozóan a *Medicina Évkönyvek*[543] és a HealPartners cégnek a magánszolgáltatókról 2017 óta évente megjelenő kiadványai[544] közölnek rendszeresen adatokat. A 12.11. táblázat a legnagyobb 20–25 szolgáltató árbevételének összesített adatait tartalmazza. A két kiadvány módszertana számos elemében eltér egymástól. A fő különbség, hogy a *Medicina Évkönyvek* külön rangsorolják a fekvőbeteg-ellátást is nyújtó és a csak járóbeteg-szolgáltatást nyújtó vállalkozásokat, továbbá tartalmazzák azokat a szolgáltatókat, amelyeknek a működtetését önkormányzatok kiszerződték magánvállalkozásoknak, vagy amelyeket az önkormányzat tulajdonában lévő gazdasági társaságok működtetnek[545] (azaz amelyek elsősorban közszolgáltatásokat nyújtanak). A HealPartners cég kiadványai ezeket a szolgáltatókat nem tartalmazzák. Ebből következően a két forrás adatai egymással nem hasonlíthatók össze. A HealPartners adatai szerint a TOP20 járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátást nyújtó szolgáltató árbevétele 2019-ben közel kétszerese volt a 2016-os bevételnek, a 2023-as bevétele pedig közel 2,4-szerese a 2019-es értéknek. A *Medicina Évkönyv* adataiból látható, hogy a fekvőbeteg-ellátást is nyújtó intézmények lényegesen dinamikusabban növekedtek, mint a csak járóbeteg-szolgáltatásokat nyújtók. A TOP25 magánkórház árbevétele 2023-ban közel 2,5-szerese volt a 2019-es értéknek.

A HealPartners (2024, 2025) szerint a TOP25 szolgáltató aránya a magánszolgáltatók összes bevételéből 2019-ben kb. 12%, 2022-ben pedig kb. 17% volt; a 2024-re vonatkozó előrejelzésük pedig kb. 19% volt. Ezek az adatok mutatják, hogy a magánszolgáltatók piaca erősen koncentrált, továbbá a koncentráció mértéke növekszik. A TOP20 vállalkozás mérete és növekedésének a mértéke között is nagy különbségek vannak. A TOP20 együttes árbevétele 2016-ben 33,1 Mrd HUF, 2023-ban pedig 155,6 Mrd Ft volt; 4,7-szerese a 2016-es értéknek. Néhány piacvezető cég ennél lényegesen nagyobb növekedést ért el. Például a Triton Life Csoport 2024. évi árbevétele 11,4-szerese, a Swiss Clinic árbevétele pedig 7-szerese volt a 2016. évi árbevételüknek (12.12. táblázat).

A nagyságrendek megítéléséhez érdemes összehasonlítanunk a magánvállalkozások adatait a közintézmények bevételeivel. 2023-ban (a *Medicina Évkönyv* adatai szerint) a két legnagyobb közszolgáltatónak a Debreceni Egyetem Klinikai Központjának és a Semmelweis Egyetem Klinikai Központnak a NEAK-árbevétele együtt

543 2013 óta évente megjelenő Nógrádi Tóth Erzsébet (szerk.) *Medicina évkönyv. A magyar egészségügy: tények, elemzések, vélemények, toplisták* című kötetek. https://memt.hu/folyoirat-evkonyv/medicina-evkonyv/

544 https://healce.com/kategoria/mars-hasab/ („A magyar magánegészségügy a […] számok tükrében")

545 Például a XIII. kerületi Egészségügyi Szolgálat Nonprofit kft., Újpesti Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft.

12.11. táblázat. A 25–50 legnagyobb árbevétellel rendelkező magánszolgáltató árbevételének alakulása, 2016–2023

***Medicina Évkönyv* adatai (tartalmazza a csak vagy döntően NEAK bevétellel rendelkező vállalkozókat is)**								
Árbevétel* (Mrd Ft)								
	2016	**2019**	**2021**	**2022**	**2023**	**Növekedés mértéke**		
						2019/ 2016	**2023/ 2019**	**2023/ 2016**
TOP 25 kórház	24,5	34,6	56,3	66,8	84,5	1,41	2,44	3,45
TOP 25 járóbeteg & diagnosztika	86,5	102	147,5	144,2	150,1	1,18	1,47	1,74
Összesen (TOP 50)	111	136,6	203,8	211	234,6	1,23	1,72	2,11
HealPartners adatai (Nem tartalmazza a csak, vagy döntően NEAK bevétellel rendelkező vállalkozókat)								
Árbevétel* (Mrd Ft)								
	2016	**2019**	**2021**	**2022**	**2023**	**Növekedés mértéke**		
						2019/ 2016	**2023/ 2019**	**2023/ 2016**
TOP 20 járó- és fekvőbeteg ellátást nyújtó	**33,1**	**65**	**107,1**	**131,2**	**155,6**	1,96	2,39	4,7
TOP 10 labor & diagnosztika		26,1	40,6	37,5	41,5		1,59	
Összesen- TOP30		91,1	147,7	168,7	197,1		2,16	

Megjegyzés: */Nominális értékek (azaz nem korrigáltak az inflációra)

223 Mrd forintot tett ki, azaz közel akkora volt, mint a *Medicina Évkönyv* szerinti TOP50 szolgáltató együttes árbevétele és 13%-kal meghaladta a HealPartners adatai szerinti TOP30 szolgáltató együttes árbevételét. Ha a megyei kórházak bevételeivel hasonlítjuk össze: a négy legnagyobb bevételű megyei kórház együttes NEAK-árbevétele 212,2 Mrd Ft volt.

A 12.12. táblázat azt mutatja, hogy 2016 és 2024 között a három legnagyobb magánszolgáltató pozíciója stabil maradt. Ugyanakkor jelentős változások is történtek: négy új szereplő jelent meg az első tíz között. Összehasonlítva az egészségügyi közintézmények nagyságrendjével: a TritonLife Csoport 2024. évi árbevétele kb. megegyezett a Veszprém Vármegyei Csolnoky Ferenc Kórház NEAK-árbevé-

12.12. táblázat. A legnagyobb árbevétellel rendelkező 15 egészségügyi magánvállalkozás árbevételének növekedése 2016 és 2024 között

		2016 (Mrd Ft)	2024 (Mrd Ft)	2024/2016
1	Medicare /Medicover*	5,6	31,6	5,64
2	TritonLife Csoport	1,9	21,6	11,37
3	Budai Egészségközpont	5,5	19,1	3,47
4	Doktor24 Csoport		16,7	
5	Affidea (Főnix-MED)		10,6	
6	Swiss Clinic	1,3	9,1	7,0
7	Dr. Rose Csoport	2,1	7,8	3,71
8	Duna Medical Center	0,8	6,4	8,0
9	Wáberer Medical Center (2021)		6,4	
10	Szent Magdolna Magánkórház*		4,1	
11	Maternity Magánklinika	0,8	4,5	5,63
12	Istenhegyi Géndiagnosztika*	0,4	3,6	9,0
13	K-MES & FOCUS MED		3,6	
14	Kardirex Egészségügyi Központ	0,7	3,3	4,71
15	Emineo Magánklinika	0,4	3,2	8,0

Megjegyzés: */ 2023-as adat

televel. A csak járóbeteg-ellátást nyújtó magánszolgáltató, a Swiss Clinic árbevétele kb. 8%-kal haladta meg a Zuglói Egészségügyi Szolgálat és az Újpest Egészségügyi Kft. együttes 2023-as NEAK-árbevételét (8,4 Mrd Ft).

12.5.3. A szolgáltatási szektor szegmenseinek fő jellemzői

A szolgáltatási szektor egyes szegmenseinek a jellemzőit és a szegmensek közötti kapcsolatokat több – egymással kölcsönhatásban lévő – tényező alakította: a közszektor alulfinanszírozása és a reformjára irányuló törekvések eredménytelensége, illetve hiánya, a köz- és magánszektor viszonyára vonatkozó kormányzati

koncepciók és intézkedések, a magánszektor szereplőinek a törekvései, az orvosok és szakdolgozók törekvései, valamint a társadalom egyes csoportjainak az egészségügyi ellátás iránti kereslete és a köz- és magánszektorral kapcsolatos attitűdje.

Közintézmények által nyújtott közszolgáltatások[546]

2023-ban az egészségügyi ellátásnak ez a szegmense kb. 64%-kal részesedett a gyógyító-megelőző szolgáltatásokra fordított kiadások (háziorvosi és védőnői ellátással csökkentett) összegéből (12.9. táblázat). A kötelező egészségbiztosítás által nyújtott szolgáltatáscsomagra a népesség majdnem teljes köre jogosult. A népegészségügyi szempontból legnagyobb súlyt képviselő krónikus betegségek (szív- és érrendszeri megbetegedések, daganatos betegségek stb.) tartós kezelése és a magas költségű, bonyolultabb beavatkozások ebben a szegmensben koncentrálódnak. (De már megtalálhatók több magánkórháznak a kínálatában is.) A közintézményekben alkalmazott orvosok és szakdolgozók egy része a magánszolgáltatóknál is dolgozik.

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés fő akadálya a közszolgáltatások esetében nem a beteg fizetőképessége, hanem a szolgáltatáshiány, aminek egymással összefüggő fő okai: az egészségügyi rendszer alulfinanszírozása (mind a népesség egészségi állapotának, mind az egészségügyi szolgáltatások költségeinek a szempontjából); és a munkaerőhiány. A szolgáltatásokhoz való hozzáférést a társadalom alacsonyabb jövedelmű csoportjai esetében pénzügyi, földrajzi és kulturális tényezők is nehezítik.

A szolgáltatáshiány, forráshiány, munkaerőhiány és a korábbi fejezetekben tárgyalt reformtörekvések sikertelenségének, továbbá a 2010 utáni irracionális centralizációnak a következtében az ellátásnak ebben a szegmensében a beteg a következőkkel szembesül:

- Az ellátás jelentős része esetében hosszú a várakozási idő[547] (nagy területi különbségekkel).
- Nagyok a különbségek a szolgáltatások minőségében; bizonytalan, hogy milyen minőségű ellátáshoz jut a beteg. A minőség problémáinak a részét

546 Tekintettel arra, hogy a 13.4. alfejezet részletesen tárgyalja ennek a szegmensnek a helyzetét (beleértve a munkaerőhiányt), itt csak a magánszektorral való összehasonlítás szempontjából legfontosabb jellemzőiről lesz szó.

547 Például a járóbeteg-szakellátásban a Medicina2000 felmérése szerint 2025 februárjában 20 szakmából 8 olyan szakma volt (gasztroenterológia, bőrgyógyászat, ultrahang, urológia, szemészet, angiológia, kardiológia, endokrinológia), ahol több mint egy hónapot kellett várni a sorra kerülésre. (https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/a_varakozasi_idokrol_a_jarobeteg_szakellatasban) 2025 március elején összesen 32 292 beteg várakozott 60 napon túl valamilyen műtétre az állami egészségügyben. (https://www.economx.hu/ (2025. 03. 04). A Publicus Intézet 2025 őszén készült felmérése szerint a szakorvost keresők közel felének nem sikerült megfelelő időn belül időpontot kapnia. https://nepszava.hu/3301828_felmeres-egeszsegugyi-szolgaltatasok-magyarorszag-megszunes-publicus

képezi a betegközpontúság hiánya (a nem megfelelő kommunikáció/tájékoztatás az orvosok és szakdolgozók részéről stb.).
- Korlátozott a választási lehetőség.
- Hiányzik a betegutak koordinációja: a beteg „bolyong" a rendszerben (a késedelem veszélyeztetheti a gyógyulást).
- Az ellátás infrastrukturális körülményeiben nagyok a különbségek. A kórházak jelentős részében ezek a körülmények nem felelnek meg a kor követelményeinek[548] (sem orvosszakmai, sem logisztikai, energetikai, higiéniás szempontból, továbbá a betegek komfortja szempontjából sem).
- Az egészségügyi dolgozóknak a munkaerőhiány miatti túlzott leterheltsége szükségszerűen kihat az ellátás minőségére, továbbá fokozza annak a kockázatát, hogy elhagyják a közszektort.

A közszektor válságos állapotáról a Magyar Orvosok Szakszervezete, a Független Egészségügyi Szakszervezet és a Magyar Orvosi Kamara 2025. június 19-én közzétett nyilatkozata megállapítja:

> *„[…] a betegek az ország különböző pontjain akár szakáganként is jelentősen eltérő minőségű és hatékonyságú ellátással találkoznak. Ebben a környezetben sajnos a szerencse a gyógyulás egyik döntő tényezője lett – és egyre kevesebbeknek van szerencséje. Ebben a rendszerben az egészségügyi dolgozók munkáját és szakmai kiteljesedését a túlterheltség, a túlórák, az eszközhiány, a túlburjánzó adminisztráció és a sokszor elavult infrastruktúra hátráltatja. Mindez alapjául szolgál a dolgozók kiégésének, ami veszélyezteti a betegek gyógyulását és sokszor oka a konfliktusoknak. […] az orvosok, szakdolgozók száma csökken, kiöregszenek, megbetegednek, utánpótlásuk pedig megoldatlan feladat. […] A kellő finanszírozás hiánya mellett az egészségügyi dolgozók polgári és személyiségi jogainak csorbítása, illetve a szakma hangjának szándékos figyelmen kívül hagyása is rombolóan hatott az ágazatra az elmúlt években."*[549]

548 Például a klimatizáció hiánya miatt *„a nagy melegben való lábadozás megterheli a keringési rendszert is, a műtétes osztályokon pedig a sebek elfertőződésének kockázatát fokozza az izzadás, a kötések bepállása – legyenek azok bármilyen modernek. Mindez esetenként tetézve egy hat-nyolcágyas kórteremmel, amelyhez egy közös és megkérdőjelezhető állapotú vizesblokk tartozik – máris megvan a hazánkban szégyenletesen magas számú kórházi fertőzések egyik oka."* https://mok.hu/realitas/cikk/nyaron-nagyon-meleg-van-soha-sincs-jo-ido (2025. 07. 03).

549 https://mok.hu/hirek/mokhirek/a-magyar-orvosok-szakszervezete-a-fuggetlen-egeszsegugyi-szakszervezet-es-a-magyar-orvosi-kamara-nyilatkozata

A 2020-ban hozott kormányzati intézkedéseknek – az orvosbérek nagymértékű emelésének, a hálapénz kriminalizálásának és a szolgálati jogviszony bevezetésének – a hatására a hálapénz jelentősen visszaszorult, de nem tűnt el teljesen a rendszerből. Továbbá jelentős része – részben a betegek, részben az orvosok kezdeményezésére – átáramlott a magánszolgáltatási szektorba. A *PricewaterhouseCoopers* (2023) kérdésére adott lakossági válaszoknak a 70%-a, a szakdolgozói válaszoknak pedig a többsége szerint a hálapénz kriminalizálása óta az orvosok gyakrabban ajánlják fel magánrendelésüket, mint korábban tették.

A három intézkedés együttes hatása azonban nem eredményezte a közfinanszírozott rendszer problémáinak az enyhítését, sőt a problémák egy része inkább fokozódott (PwC, 2023). Az orvosok esetében az elégedetlenség fő okait a túlterheltség és a kiszámíthatatlan szabályozási környezet, a szakdolgozók esetében a túlterheltség és a nem megfelelő fizetés jelenti. A szakdolgozói béremelésnek az orvosokétól jelentően elmaradó mértéke párosulva a hálapénz kivezetésével negatívan hatott a szakdolgozókra, továbbá feszültséget generált az orvosok és ápolók között. A szakdolgozók 72%-a érezte úgy, hogy nincs a munkája megbecsülve. A PwC tanulmánya – hangsúlyozva, hogy több tényező is befolyásolta azt, hogy az intézmények teljesítménye még 2023-ban is elmaradt a 2019-es szinttől – megállapította, hogy *„a hálapénz kétségtelen visszaszorulása a motivációt érdemben befolyásolta. […] a megemelt orvosi bérek önmagukban nem motiválják a dolgozókat a korábbi gyakorlat szerinti munkamennyiség elvégzésére”*. A válaszadó orvosok szerint: *„a motiváció és teljesítmény csökkenés általános jelenség, mely a minőség és teljesítmény mérésének hiányából fakad, valamint abból, hogy a bértábla sem tartalmaz ilyen irányú korrekciót”* (PwC, 2023. 83).

A közszektor problémáinak a tartóssá válása, másrészt a kormányzatok részéről az őszinte párbeszéd hiánya következtében negatív társadalmi percepció[550] és súlyos bizalomhiány alakult ki a közszektorral szemben. Ezt számos felmérés, közvéleménykutatás tükrözi. Például, hogy az Ipsos (2024b) felmérésében szereplő *„Bízom abban, hogy az országom egészségügyi rendszere a legjobb kezelést biztosítja nekem”* állítással a magyar válaszadók 76%-a nem értett egyet és csupán 9%-a értett vele egyet (15%-a nem tudja/nem válaszolt kategóriába esett).

Magánszolgáltatók által nyújtott magánszolgáltatások

2023-ban az egészségügyi ellátásnak ez a szegmense kb. 22%-kal részesedett a gyógyító-megelőző szolgáltatásokra fordított kiadásokból (12.9. táblázat). A magánszolgáltatások esetében a szolgáltatások igénybevételének a feltétele (korlátja) a fizetőképesség. A szolgáltatásokat elsősorban a betegek közvetlenül (az ellátás

550 Ezzel a kérdéssel a 13. fejezet részletesebben is foglalkozik.

igénybevételekor), kisebb részben az önkéntes biztosítások vagy a munkáltatók finanszírozzák. A szolgáltatáskínálatot elsősorban (de nem kizárólag) a piaci szempontok (a profit, piaci terjeszkedés, méretgazdaságosság stb.) alakítják. Mindezek következtében az alacsonyabb jövedelmű betegek nem, vagy csak nagy anyagi áldozatok árán tudják megvásárolni a magánszolgáltatásokat; továbbá egyenlőtlen a szolgáltatók földrajzi elhelyezkedése (a magasabb jövedelmű, fizetőképes lakossággal rendelkező térségekben koncentrálódnak).

Az egészségügy mindennapi működésében, a betegségek kezelésének teljes folyamatát tekintve sok szálon, komplex módon kapcsolódnak össze a magán- és a közszolgáltatások. Előfordulhat például, hogy a beteg magánszolgáltatásként veszi igénybe a CT- vagy MRI-vizsgálatot és így korábban kerül sor a betegsége megállapítására, majd a közintézményben való műtétre, azt követően pedig ismét magánszolgáltatásként történik az utánkövetés. A HealPartners (2025) szerint: *„a magánegészségügy jelenleg korlátozott hatókörrel működik, elsősorban járóbeteg fókusszal és a fekvőbeteg-ellátások közül a kevésbé összetett beavatkozásokra koncentrálva"* (HealPartners (2025. 5). Ugyanakkor a 2020-as évek közepén új jelenségek láthatók a magánszektor szolgáltatási kínálatában is: növekedett a bonyolultabb, költségesebb fekvőbeteg-ellátás kínálata és az azt lehetővé tevő high-tech fejlesztések. A magán- és a közszolgáltatások összekapcsolódásának a komplexitását is tükrözi, hogy néhány magánkórház (pl. Wáberer Medical Center, Medicare Kórház, Duna Medical Center stb.) már onkosebészeti műtéteket is végez, amit a beteg zsebből (vagy az önkéntes biztosításából) fizet, majd az azt követő terápiát (sugár/kemo/biológiai terápia, illetve ezek kombinációi) általában a kötelező egészségbiztosítás keretében veszi igénybe.

Az elmúlt évtizedekben a magánszektor bővülését számos tényező ösztönözte: egyrészt a fejlett országokban általánosan érvényesülő, hosszú távú trendek, másrészt a magyar egészségügy sajátos helyzete és problémái. Az általános hosszú távú trendek: népesség öregedése, ezzel az egészségügyi ellátás iránti szükséglet növekedése; az igények növekedése, amit ösztönöz az orvostechnológia fejlődése és az internet révén a vonatkozó információhoz való hozzáférés; továbbá a népesség iskolázottabb csoportjai egészségtudatosságának a növekedése is. Az egészségügyön kívüli fogyasztás jellemzői is hatással vannak a betegek attitűdjének a változására: az egészségügy esetében is jellemző a fogyasztói magatartás erősödése. A magánszolgáltatások iránti keresletet növeli a gyorsabb ellátáshoz jutás mellett az is, hogy a betegek által jobban megítélhető tényezők – például az infrastrukturális körülmények, a logisztika (időpontfoglalás stb.), a kommunikáció – a magánszektorban általában magasabb színvonalúak, mint a közszektorban.

Az általános trendek mellett a magyar egészségügyben a magánszektor iránti keresletet növelték a közszektor előzőekben vázolt, tartósan érvényesülő problémái,

krónikus válsága, ennek részeként a bizalomhiány. A Szinapszis cégnek a 18 éven felüli népességre vonatkozó 2024-ben végzett felmérése szerint a népesség 59%-a vett már igénybe magánszolgáltatást, a megelőző egy éven belül pedig 31%-a. A válaszadók 23%-a még nem vett igénybe, de nem zárkózna el tőle, és 18%-a volt csak, akik még nem vettek igénybe és a jövőben sem vennének igénybe (Kertész, 2024). Az NN Biztosítónak 2023-ban a 20–64 éves lakosság körében végzett felmérése[551] szerint a válaszadó nők 54%-a, a férfiaknak 46%-a vett igénybe legalább egyszer a megelőző két évben magánszolgáltatást.[552] A leggyakoribb indok (54%) az volt, hogy a közintézményben nem, vagy csak sokára kaptak időpontot; a válaszadók 42%-a az állami egészségügyben szerzett rossz tapasztalatokat, 24%-a pedig az ellátás körülményeit (a fizikai környezet állapotát) is megjelölte. A nők 83%-a (a férfiak 71%-a) közvetlenül (biztosítás vagy egészségpénztár igénybevétele nélkül) fizette a számlát, ami 60%-uk számára megterhelő volt (és csak 10%-uknak nem okozott anyagi megterhelést).

Kertész et al. (2025) azt vizsgálta, hogy a betegek milyen szempontok szerint választják meg, hogy melyik magánszolgáltatóhoz fordulnak: *„a legfontosabb szempont a szolgáltatás ára volt, ezt követte rendre az orvosok, a nővérek megfelelő hozzáállása, a gyors hozzáférés a szolgáltatáshoz (rövid időn belül kap időpontot a beteg), az intézmény/orvos jó hírneve és szinte azonos értékkel a megfelelő betegtájékoztatás"* (Kertész et al. 2025. 101).

A köz- és magánszolgáltatókra egységesen (szektorsemlegesen) kiterjedő minőségügyi rendszer hiányában nincs megbízható (továbbá időben és térben összehasonlítható) információnk arról, hogy a minőség összetevői közül az adekvát terápiát és betegbiztonságot tekintve van-e és milyen a különbség a közintézmények és a magánszolgáltatók között. Továbbá arról sincs megbízható információnk, hogy mely területeken és hogyan befolyásolja az ellátás koordinálatlanságát a magánszolgáltatások és közszolgáltatások együttes jelenléte egyes betegségek (betegek) kezelésében. Azt, hogy a magánszektorban is jelen vannak a minőséggel kapcsolatos problémák, jelzi, hogy a 2017-ben alakult PRIMUS Egyesületnek (amelyik a magyar magánegészségügyi szolgáltatók egy csoportjának az érdekvédelmi szervezete) a legfontosabb céljai között szerepel *„az átlátható piaci viszonyok megteremtése, az ellátási színvonal emelése és a magánegészségügyi szektor kifehérítése*.[553] A szervezetnek a megalakulá-

551 https://www.nn.hu/sajto/-/content/M5mewRibyh3R/2024-05-14-a-nok-gyakrabban-hasznaljak-a-maganegeszsegugyet

552 Minden második nő járóbeteg-ellátást, és minden tizedik egynapos ellátást vagy ambuláns műtétet vett igénybe. Többnapos kórházi ellátást a válaszadó nőknek csak 3%-a. A férfiak közül járóbeteg-ellátást 38%, egynapos ellátást vagy ambuláns műtétet 7%, többnapos magánkórházi ellátást 5%.

553 https://primusegyesulet.hu/bemutatkozas/

sakor 12 tagja, 2025 közepén pedig 48 tagja volt. A magánszektor megosztottságát jelzi, hogy a 10 legnagyobb árbevételű szolgáltató közül csak négy volt tagja.

A magánszolgáltatások bővülésének ellentmondásos következményei voltak (vannak). A közfinanszírozott ellátással való elégedetlenség, bizalmatlanság és a magánszolgáltatások kínálatának a bővülése egymást erősítő folyamatként fonódtak össze. Azzal, hogy a társadalom bizonyos csoportjai a magánellátásban ki tudták elégíteni a szükségleteik egy részét, mérséklődhetett az állami egészségügyi rendszer egészével szembeni elégedetlenségük. Ezáltal csökkenhetett a kormányzatra nehezedő nyomás, hogy javítson az állami egészségügyön. Mivel a helyzet nem javult, tovább növekedhetett azoknak a száma, akik a magánellátásban keresték a megoldást; az állami egészségügy iránti bizalmatlanság pedig tovább erősödhetett.[554]

A magánszektor bővülése következményekkel járt az egészségügyi munkaerőpiacra is. A közkórházakban való foglalkoztatás mellett a magánszektorban vállalt munka jelentős plusz jövedelmet jelent az orvosoknak és egészségügyi szakdolgozóknak. A szolgálati jogviszony bevezetése előtt nem volt ritka, hogy egyes hiányszakmákban az orvosoknak vállalkozóként az állami egészségügyben és a magánszektorban is több intézménnyel volt szerződésük. A KSH (2019) szerint 2019-ben az orvosoknak több mint harmada részfoglalkozású volt, a szakdolgozóknak pedig hetede. 2010 és 2019 között az orvosok között 28%-kal, a szakdolgozók körében 46%-kal nőtt a részfoglalkozásúak aránya. A szolgálati jogviszony bevezetése után is – az eredeti kormányzati elképzelésekkel szemben – fennmaradt az a gyakorlat, hogy az orvosok a közszektorban és a magánszektorban is vállalnak munkát. Sőt ennek a hálapénz kivezetése további ösztönzést adott. Ez a folyamat tovább fokozta a munkaerőhiányt az állami intézményekben.

Az egészségügyi szakigazgatás megosztott annak a tekintetében, hogyan kezelje a helyzetet. Például *„a volt államtitkár szerint ideje lenne, hogy a magyar állam is fellépjen a kettős jogviszonnyal szemben, mert hiába vezették be a […] Járóbeteg Irányítási Rendszert (JIR), ha a »dual practice« a korábbi negatív szimptómákat erősíti. […] A kettős jogviszony […] bizalomvesztést eredményez a közellátás iránt, növeli a várakozási időt, csökkenti az állami ellátás minőségét, hozzájárul a munkahelyi hiányzásokhoz és a területi egyenlőtlenségek növeléséhez.”*[555] Azonban úgy tűnik, hogy az egészségügyi kormányzat inkább figyelembe veszi a realitásokat és azt, hogy a betiltás csak tovább fokozná a közintézményekben a munkaerőhiányt. Ugyanakkor a nyilatkozatokon kívül nem láthatók annak a jelei, hogy az egészségügyi kormányzat keresné a munkaerőhelyzet problémáit mérsékelni tudó eszközöket.

554 A feltételes mód használatát az erre a folyamatra vonatkozó empirikus kutatás hiánya indokolja.

555 Az új szimptómák kezelésére nem alkalmasak a régi eszközök.

A 2020-as évek elején új jelenségként – bizonyos szakmákban – a magánszolgáltatói szektorban is munkaerőhiány alakult ki, ami párosulva a közszférában megvalósult orvosi béremeléssel kihatott az orvosoknak a magánvállalkozások tulajdonosaival szembeni bérigényére is. Mindezek következtében egyes szakmák munkaerőpiacán egyensúlytalanság (túlkereslet) alakult ki: a magánszolgáltatók versenyeznek az orvosokért, ami felhajtja az orvosoknak fizetendő díjakat. A VOSZ Egészségügyi Tagozatának elnöke szerint: „*Egymás elől, egymásra licitálva vesszük el a szakdolgozókat, és kényszerítjük saját magunkat abba a helyzetbe, hogy nem tudjuk kitermelni egy-egy szakdolgozó bérét, de még görcsösen ragaszkodunk hozzájuk.*”[556]

2024–2025-ben a magánszektor növekedési kilátásai bizonytalanabbá váltak. 2025 szeptemberében a VOSZ Egészségügyi Tagozat elnöke úgy látta, hogy a korábbi dinamikus növekedés a szektor egészét tekintve nem folytatódik, egyrészt a keresleti oldalról a lakossági jövedelmek kedvezőtlen alakulása, másrészt a költség oldalon a bérek növekedése miatt. Ahol további növekedést prognosztizált, az a legnagyobb szolgáltatók, amelyek magas szintű fekvőbeteg-ellátást nyújtanak, továbbá azok a szolgáltatók, amelyeknek a bevételében jelentős a vállalatokkal kötött szerződések. A várakozásai között szerepelt a piac további koncentrációja is.

Magánszolgáltatók által nyújtott közszolgáltatások

2023-ban az egészségügyi ellátásnak ez a szegmense kb. 14%-kal részesedett a gyógyító-megelőző szolgáltatásokra fordított kiadások (háziorvosi és védőnői ellátással csökkentett) összegéből. Az ellátórendszer különböző területein jelentős különbségek jellemezték/jellemzik a magánszolgáltatók részvételét a közszolgáltatások nyújtásában, továbbá az ezzel kapcsolatos egészségpolitikai törekvéseket. Az egészségpolitika által kezdeményezett privatizáció történt a gyógyszertárak, a háziorvosi szolgálat és a fogorvosi ellátás területén. Az 1992-ben létrehozott háziorvosi szolgálatnak egyik fő jellemzője az ún. „funkcionális privatizáció” volt: a háziorvosok állami alkalmazottból vállalkozóvá váltak (vagy a szellemi szabadfoglalkozású státuszt választották),[557] miközben a rendelő (és 2000-ig a praxis is) az ellátási kötelezettséggel rendelkező önkormányzat tulajdonában maradt. A háziorvosok bevétele (néhány térítési díj ellenében végzett vizsgálatot kivéve) a kötelező egészségbiztosítástól származik.[558]

556 https://www.portfolio.hu/gazdasag/20241007/ezert-van-most-bajban-a-magyar-egeszsegugy-714727

557 A háziorvos az OEP-pel finanszírozási szerződést, az önkormányzattal pedig feladat-ellátási szerződést kötött. Bizonyos feltételek mellett lehetőség volt háziorvosi praxis létesítésére az önkormányzattal való szerződés nélkül is.

558 A háziorvosi ellátás területén a 2020-as években történt változásokkal részletesen foglalkozott a 11. fejezet.

Az 1990-es évek elején a fogorvosi ellátásban is hasonló konstrukciót alakítottak ki az OEP-pel szerződött fogorvosok esetében. Azonban fontos eltérés a háziorvosi ellátáshoz képest, hogy az OEP-pel/NEAK-kal szerződött fogorvosok magánszolgáltatást is nyújtanak (időben elkülönítve a közellátástól), továbbá a fogorvosok többségének nincs szerződése a NEAK-kal. 2024-ben a közfinanszírozott fogorvosi praxisok 10,2%-a (266 praxis) betöltetlen volt (Sztrilich et al., 2025). A közfinanszírozott ellátáshoz való hozzáférésben súlyos problémák vannak (pl. a gyermek-fogszabályozásban jelentősen romlott a helyzet az elmúlt években).[559]

A szakellátás területén elsősorban a magánszektor szereplői voltak a privatizáció hajtóerői és annak a kezdeményezői, hogy az egészségbiztosítás kössön velük szerződést. A legfontosabb folyamatok a következők voltak:

- Az 1990-es évek elején a magánvállalkozások terjedésének egyik fő területe a high-tech területek voltak (a művese-ellátás, képalkotó diagnosztika, labordiagnosztika, IVF). A közszektor szűkös kapacitásai miatt az OEP vagy a közkórházak szerződtek a vállalkozásokkal.
- Az 1990-es évek elején több olyan új szolgáltatást indítottak el a magánvállalkozások, amelyek hiányoztak vagy szűkös volt a kapacitásuk a közszektorban (pl. otthoni szakápolás és betegszállítás).
- A rendszerváltozás után az önkormányzatoknak lehetősége nyílt a tulajdonukban lévő rendelők és kórházak működtetésének a kiszerződésére magánvállalkozásoknak. Erre 2010-ig a kormányok ösztönözték is az önkormányzatokat. 2010 után a kórházak esetében megszüntették ezt a konstrukciót. Az önkormányzatok tulajdonában maradt önálló szakrendelők esetében fennmaradt ez a lehetőség.
- A fekvőbeteg-ellátásban a hosszú idejű ápolás és az egynapos ellátás esetében néhány vállalkozástól jelenleg is vásárol szolgáltatást a NEAK (Pl. KARDIREX Egészségügyi Központ Győr, ARS MEDICA Magánkórház stb.). 2023-ban 33917 kórházi ápolási esetet és 15 563 egynapos sebészeti esetet finanszírozott a NEAK magánvállalkozásoknak. Az aktív ellátás területén (leszámítva az egynapos sebészetet) egyedül a Budai Egészségközponttal van szerződése a NEAK-nak (2023-ban 5788 esetet finanszírozott a NEAK)[560] (NEAK, 2024).
- A 2020-as években újabb hulláma történt a magánvállalkozások által nyújtott közszolgáltatások felszámolásának (Ezzel a 11. fejezet részletesen foglalkozott.)

559 https://www.economx.hu/magyar-gazdasag/fogorvos-alepellatas-megszuno-praxis-varakozas-evekig-fogszabalyozas-egeszsegugy.814396.html

560 Adatok forrása: NEAK (2024): Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatás 2023.

A magánvállalkozások[561] részesedésének a 2009 és 2024 közötti[562] változása az OEP/NEAK kifizetéseiből tükrözi az előzőekben írtakat:

- Összességében 2009-ben az OEP/NEAK a (háziorvosi és védőnői szolgálat nélküli) gyógyító-megelőző kiadásainak 24%-át fizette magánvállalkozásoknak, 2023-ban pedig már csak 14%-át.
- A magánszolgáltatók részesedése változatlanul jelentős, 80–90%-os maradt a háziorvosi, a fogászati ellátásban, a művesekezelés, a házi szakápolás és a betegszállítás területén.
- A magánszolgáltatók részesedése a járóbeteg-ellátásban 25,8%-ról 5,4%-ra; az aktív fekvőbeteg-ellátásban 14,3%-ról 2,2%-ra; a krónikus fekvőbeteg-ellátásban pedig 20,6%-ról 1,6%-ra csökkent. Ennek fő oka a magánszolgáltatók által működtetett önkormányzati kórházak konstrukció megszüntetése és a kórházaknak az államosítása volt.
- A laboratóriumi ellátást nyújtó magánvállalkozások részesedése 26,7%-ról 9,0%-ra, a CT-MRI-szolgáltatást nyújtó vállalkozások részesedése pedig 32,4%-ról 13,2%-ra csökkent.

Fontos megjegyezni, hogy a magánvállalkozásoknak nemcsak a NEAK-tól, hanem a közintézményektől is származhatott bevételük közszolgáltatások nyújtásáért. (Például a fekvőbeteg-ellátás során végett CT-vizsgálatért az állami kórházak egy része közvetlenül fizetett a telephelyükön működő magánvállalkozásnak.)

Az elmúlt évtizedben többen megfogalmaztak olyan javaslatokat, amelyek sajátos finanszírozási konstrukció keretében lehetővé tennék a betegek számára a kötelező egészségbiztosítás keretében magánszolgáltatók választását. Például a NEAK a közintézménynek fizetett díj 70–80%-át fizetné a magánszolgáltatónak, és ezen felül az intézmény kérhetne a betegektől kiegészítő díjat (Lénárd, 2018).[563]

A szegmens – átgondolt, megfelelően szabályozott és ellenőrzött – bővítésének minden szereplő számára lehetnének előnyei:

- A betegek számára: gyorsabb hozzájutás a szolgáltatáshoz, az adott szolgáltatás várólistájának a rövidülése.
- A vállalkozók számára: többletbevétel, a kapacitásaik jobb kihasználása.
- A kormány számára: a közvéleményben meglévő feszültségek csökkenése.

561 Nem tartalmazza a nonprofit formában működő magánszolgáltatókat, például az egyházi intézményeket.

562 Az adatokat torzítja, hogy 2024-ben az állami intézmények adataiban a béremelések fedezete, ami nem épült be a teljesítményfinanszírozásba, csak az összesen adatokban szerepel.

563 https://magyarnarancs.hu/publicisztika/ketteszakitva-114721

Ugyanakkor kockázatai is lennének, ha széles körűen növelné a NEAK a szolgáltatások vásárlását a magánvállalkozásoktól:

- A magánszektor egészségügyi dolgozókra gyakorolt elszívó hatását növelhetné.
- Kérdéses, hogy a többletforrások felhasználása népegészségügyi nézőpontból a legfontosabb területekre fordítódna-e.
- Ha a fenti kockázatokat mérlegelve csak néhány szolgáltatás esetében vezetné be ezt a konstrukciót a kormány, akkor növelhetné az elégedetlenséget a többi szolgáltatásra váró betegek és azokat nyújtó intézmények körében.

A közintézmények által nyújtott magánszolgáltatások

A köz és magán intézményi szintű összekapcsolódásának a másik formája: a közintézmények által nyújtott magánszolgáltatások.[564] A rendszerváltás óta vissza-visszatérő kérdés volt, hogy a közkórházak nyújthatnak-e, illetve milyen körben és milyen feltételek mellett magánszolgáltatásokat. A közkórházak vezetőit erre a szabad kapacitásaiknak a kihasználása, a többletbevétel lehetősége, továbbá az orvosaik és szakdolgozóik megtartása ösztönözte. Ez az ösztönzés felerősödött a TVK 2004-ben történt bevezetése után. Az érem másik oldalaként a magánszolgáltatások nyújtása számos negatív hatással is járhat: például arra ösztönözheti az orvosokat, hogy nagyobb figyelmet fordítsanak a fizetős betegekre, továbbá arra ösztönözheti a kórházvezetést, hogy kevesebb tb-finanszírozást allokáljon azokra a beavatkozásokra, amelyek esetében a betegek egy része hajlandóságot mutat arra, hogy magánszolgáltatásként vegye igénybe. 2014-ig a jogszabályok lehetőséget adtak a közkórházaknak arra, hogy szabad kapacitásaik esetén bizonyos esetekben a tb-csomagba tartozó szolgáltatásokat térítéses szolgáltatásként nyújtsák. A várólisták esetén lehetőség volt, hogy a beteg az intézmény által létesített ún. VIP részlegeken térítéses ellátást vegyen igénybe. A jogi szabályozás azonban nem volt egyértelmű. Az Egészségbiztosítási Felügyelet elemzése (2010) szerint: *„A közfinanszírozott ellátást nyújtó egészségügyi intézményekben e szabályozottság és iránymutatás hiányában csak néhány, e szempontból már jól bejáratott szakterület esetén terjedt el szélesebb körben intézményesített formában a térítéses ellátás."* Egészségbiztosítási Felügyelet, 2010). A Fidesz-kormány 2014-ben meghirdette a köz- és magánellátás merev szétválasztását.[565] Ezt azonban nem tudta elérni: a kormányzat törekvése nem

564 Erre számos nemzetközi példa van. Például az angol állami egészségügyben (NHS) a közkórházaknak lehetnek fizetős részlegeik, ahol a beteg magánellátás keretében, a várólistát megkerülve veheti igénybe a szolgáltatásokat (amelyekre a NHS keretében hosszú hónapokat kellene várnia).

565 2014. évi CXI. törvény egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról.

találkozott sem az intézmények vezetőinek és az orvosoknak, sem a betegeknek a támogatásával. A kormányzati törekvések megkerülését segítette, hogy a 2014-ben hozott jogszabályokat több módon lehetett értelmezni: például a közkórház magánvállalkozásnak nyújthatott fizetős ellátást, amelyiktől ezt a betegek megvásárolhatták, vagy gazdasági társaságot hozhatott létre a fizetős ellátás nyújtására (Kincses, 2015). Ez utóbbira példa az egyetemek által alapított vállalkozások (Semmelweis Kft., UNI-Med Szeged Egészségügyi Szolgáltató Kft.), amelyek jelenleg már a legnagyobb magánszolgáltatók közé tartoznak. Ugyanakkor a köz és magán merev elválasztására irányuló törekvés is hozzájárulhatott – más tényezők mellett – az orvosoknak és a szakdolgozóknak a közintézményekből való elvándorlásához.

Lehetséges-e közös nézőpont?

A köz- és magánszektor viszonyára vonatkozóan nem az az adekvát kérdés, hogyan választható szét a két szektor, hanem hogyan lehetséges – az eltérő motivációkat, jellemzőket figyelembe véve – megfelelő kooperációt kialakítani a köz- és magánszektor között.

Ehhez első lépésben közös álláspont kialakítására lenne szükség az egészségügy fő szereplői között a helyzetértékelést és a lehetséges konstrukciókat (előnyeiket és hátrányaikat) tekintve. Ehhez pedig az optimális körülményt az jelentené, ha léteznének az egészségügy fő szereplői közötti párbeszédnek intézményesített keretei. Azonban rövid távon ennek nem látszanak a feltételei. A kormányzat és a magánszolgáltatók közötti párbeszéd szükségességét a magánszolgáltatók képviselői évek óta hangoztatják a nyilvánosságban (pl. a VOSZ Egészségügyi Tagozatának elnöke).[566] A jelenlegi gyakorlat, amikor esetlegesen külön-külön tárgyal a kormányzat egyes vállalkozókkal, vagy képviselőikkel (pl. VOSZ Egészségügyi Tagozat) a tárgyalófelek számára hozhat átmeneti eredményeket, de nem elégséges a köz- és magánszektor optimális viszonyára vonatkozó – az egészségügy átfogó reformjának az egyik elemét képező – koncepció kialakításához. Egy ilyen koncepció kidolgozásához az egyik (de nem egyetlen) feltétel az egészségügy főbb szereplői közötti szabályozott keretek közötti, transzparens párbeszéd lenne: a problémáknak és a rövid és hosszabb távú változtatási lehetőségeknek, alkalmazható szabályozási eszköztárnak a kormányzat, a magánszektor képviselői, a MOK, a Kórházszövetség és a szakdolgozók képviselői közötti megbeszélése. Az egészségügyi kormányzás jellemzőit tekintve (amivel a következő fejezet részletesebben foglalkozik) egy ilyen párbeszédnek jelenleg kicsi a realitása.

566 https://www.portfolio.hu/gazdasag/20250916/eljott-a-legnagyobb-magyar-magankorhazak-osszeolvadasanak-ideje-786138

A problémák megértését, az eltérő érdekeknek, motivációknak a reálisabb értékelését gátolja a kormányzat korábban említett a köz- és magán merev szétválasztására vonatkozó koncepciója és a *„gyógyítás nem lehet üzlet"* ideológia is. A magánszektor képviselőinek az az álláspontja, miszerint *„Nincs két szektor! Egy szektor van, az, amelyik a beteget meggyógyítja."* is leegyszerűsítő, azaz nem jó kiindulási pont egy reális, működőképes koncepció kialakításához. A tulajdonosok, menedzserek és a dolgozók (orvosok és szakdolgozók) érdekei, motivációi sokrétűek a magánszektorban és a közszektorban is. A magánszolgáltatók és a közszolgáltatók menedzsereinek „célfüggvénye" azonban számos tekintetben szükségszerűen eltér egymástól. Természetesnek (és nem elítélendőnek) kellene elfogadni, hogy a magánszolgáltatóknak az egyik fő törekvése a profit hosszabb távú maximalizálása és nem az egészségnyereség maximalizálása. Ez nem jelenti azt, hogy ne szerepelne a törekvéseik között a jó minőségű szolgáltatás nyújtása. Ugyanakkor a realitások része, hogy a közintézmények menedzsereinek a tényleges, a kormányzati elvárások által generált „célfüggvényében" is a kórház adósságállományának a csökkentése megelőzi az egészségnyereség maximalizálását.[567]

A köz- és magánszektor közötti megfelelő kooperáció különböző formáinak a kialakulását elősegíthetnék helyi szintű kísérletek, feltéve, hogy egyrészt ezekhez nagyobb önállóságot kapna a közkórházak menedzsmentje, másrészt megfelelő minőségügyi rendszer működne, továbbá lennének olyan intézmények, amelyek ezeknek a kísérleteknek a monitorozását és értékelését végeznék. Ennek előfeltétele a kormányzás egészének az alapvető változása. (Ezzel a kérdéssel a következő fejezet foglalkozik.)

567 Továbbá a közintézményekkel szemben az is elvárás, hogy azokat az ellátásokat is nyújtsák, amelyek (a jelenlegi finanszírozási paraméterek mellett) kevésbé jövedelmezőek.

13. Az egészségügyi rendszer átalakulása – funkcionális nézőpontból

Az egészségügyi rendszer reformja – általános értelemben – a régi struktúrák felszámolását és új struktúrák kiépítését jelenti. A 3. fejezet záró része összefoglalta, hogy milyen – az államszocializmustól örökölt – intézményeket kellett volna megszüntetni, továbbá egy jól működő, a piacgazdasággal és demokratikus politikai rendszerrel kompatibilis egészségügyi rendszer milyen intézmények kiépítését igényelte volna (az egészségügyi kormányzást, a finanszírozási és szolgáltatási rendszereket tekintve). A 4–11-ig terjedő fejezetek kormányzati ciklusonként elemezték a kormányzati döntéseket befolyásoló tényezőket és a kormányzati beavatkozások alapvető jellemzőit. Elsősorban azt igyekeztek bemutatni, hogy a kormányok egyrészt hogyan törekedtek orvosolni az államszocialista egészségügyi rendszertől örökölt fő problémákat; másrészt a külső feltételek változásának, a piaci szektor folyamatainak és az egészségügybe történt kormányzati beavatkozásoknak a következtében milyen új problémák keletkeztek. Ez a fejezet az egészségügyi rendszer fő funkcionális összetevőinek a nézőpontjából összegzi az elemzések legfontosabb következtetéseit – fókuszálva az egészségügyi rendszer közszektorára. Először összefoglalja, hogy a kormányzati intézkedések hogyan érintették a rendszer makrostruktúráját, továbbá a szakmai és mikrostruktúráját. Utána a kormányzás, a finanszírozási és a szolgáltatási szféra esetében az egészségügyi rendszerek főbb teljesítménykritériumai[568] nézőpontjából törekszik áttekinti a 2020-as évek közepére kialakult rendszer legfontosabb problémáit.

13.1. A makrostruktúra átalakulása: összegzés

Általánosan fogalmazva, az egészségügyi rendszer makrostruktúrájának az átalakulását a következők jellemezték:

- Fennmaradt az egészségügy alárendeltsége a rövid távú politikai és gazdasági érdekeknek, és ennek következtében a krónikus alulfinanszírozása.

568 Ld. 1. melléklet

- Az egészségügy egészét tekintve: a piaci szektor kiépülésével megszűnt az állam kizárólagos szerepe.
- A közszektorban elindult, majd megtorpant a régi struktúrák lebontása és az új struktúrák kiépítése; 2010 után pedig az állam mindenható (szabályozó, finanszírozó és szolgáltató) szerepének a „visszaépítése" történt.
- Az ellátórendszernek (szolgáltatási szektornak) számos alapvető strukturális problémája – egy magasabb technológiai szinten – lényegüket tekintve napjainkig fennmaradtak.[569]

A 13.1. táblázat összefoglalja a régi struktúrák felszámolásának és az új struktúrák kiépítésének főbb jellemzőit – három markánsan eltérő időszakra osztva az 1980-as évek vége óta eltelt évtizedeket. Nyilvánvaló, hogy egy ilyen összefoglalás csak erősen leegyszerűsítő lehet – ugyanakkor rávilágíthat az átalakulás kritikus pontjaira.

Az 1990-es évek elején a magyar egészségügy irányításának és finanszírozásának a makrostruktúrájában végbement változások adekvát módon reagáltak az egészségügyi rendszer problémáira – tényleges reformfolyamat *elindulását* jelentették. A reform koncepciójának alappillérei a döntéshozatalnak (hatalomnak) és felelősségnek az egészségügy szereplői[570] közötti megosztása (azaz a többszereplős kormányzás modellje), és a szabályozott verseny mechanizmusain alapuló ösztönzés voltak. Ebben a modellben a kormányzat (Egészségügyi Minisztérium) elsősorban szabályozó szerepet tölt be. Ezeken a működési elveken alapulva történt meg az 1990-es évek elején a kötelező egészségbiztosítás (jelentős autonómiával rendelkező finanszírozó) kiépítése, ezáltal a finanszírozó és a szolgáltató szerepek szétválasztása; a vegyes tulajdoni viszonyok (önkormányzati tulajdon, nonprofit intézmények, magánvállalkozások) és a háziorvosi rendszer kialakítása; továbbá a teljesítményfinanszírozási módszerek bevezetése. Az új makroszintű intézményi keretek (a változások alapelvei és iránya) összhangban álltak a nyugat-európai egészségügyi rendszereknek és reformtörekvéseknek az általános jellemzőivel.

569 Ezek közül a legfontosabbak: a kórházi kapacitások nem alkalmazkodtak eléggé a technológia és a szükségletek változásához; az intézményrendszer és az ellátás túlzottan kórházcentrikus az ellátás többi formájának (járóbeteg-szakellátás, alapellátás, háziápolás) a rovására; az ellátás szabályozásának és fejlesztésének a szemlélete egyoldalúan intézménycentrikus, miközben a szükségletek/problémák páciens/betegség centrikus szemléletet és az ellátás koordinációját/integrációját igényelnék.

570 Az egészségügy szereplőinek főbb csoportjai: állampolgárok (járulékfizetők/betegek/fogyasztók), szolgáltatók, finanszírozók (központi és helyi kormányzat, kötelező egészségbiztosítás, önkéntes biztosítás, NGO-k, munkáltatók), egészségügyi szakigazgatás, egészségpolitikai/érdekvédelmi tényezők (politikai pártok, civil szervezetek stb.), továbbá az egészségügyi technológia (gyógyszerek és berendezések) beszállítói és az egészségügyi oktatási intézmények is. A magyar egészségügy szereplőinek a 2000-es évek elejére jellemző helyzetével részletesen foglalkozik: Orosz, 2001.

Ezek a változások nyilvánvalóan csak első lépéseit jelenthették egy jól működő egészségügyi rendszer kialakításának. Az 1990-es évek közepén a reformfolyamat azonban megtorpant, alárendelődött a költségvetési konszolidációnak. A reform további sorsa szempontjából alapvető problémát jelentett, hogy a makrostruktúra változásával együtt nem indultak el (vagy nagyon részlegesek, esetlegesek voltak) az alapvető szakmai struktúrák és ezekhez kapcsolódó működési mechanizmusok szisztematikus kiépítését célzó munkálatok (pl. a minőségbiztosítási rendszereknek, az OEP-nek a szolgáltatókra irányuló pénzügyi ellenőrzési rendszerének a kiépítése stb.). A forráshiány és az egészségügyi szakigazgatás szakmai kapacitásainak a korlátai mellett ehhez az is hozzájárult, hogy kevesen értették meg, hogy a struktúrák mélyreható átalakulásához, az új makrostruktúra stabilizálódásához, „szervesüléséhez"– a makrostruktúra egyszeri döntést (pl. jogszabályokat) igénylő változtatása mellett – inkrementális jellegű változásokra (hosszabb időszakon át tartó „kis lépések" sorozatára) is szükség lett volna.

A mikrostruktúrát (az egészségügy szereplőinek magatartásának, egymás közötti viszonyának a jellemzőit) is ellentmondásos folyamatok jellemezték. Az 1980-as és 1990-es évek fordulójának a pozitív közhangulata ösztönzően hatott az egészségügyi rendszernek a reformjára irányuló szellemi energiákra. A szakmai vitákra a különböző politikai pártokhoz kötődő szakértők közötti valódi párbeszéd volt jellemző. Megjelent a döntéshozatali kultúrában a kollektív érdekek képviselete és érdekegyeztetés attitűdje, annak következtében, hogy megalakultak a szakmai szervezetek, többek között a Magyar Orvosi Kamara, a Magyar Kórházszövetség, Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete, továbbá új szakszervezetek is szerveződtek. Az egészségügyi intézmények (kórházak, szakrendelők) vezetői jelentős önállóságot kaptak az intézmények működtetésében. Elindult az egészségügyi menedzserképzés – arra az elképzelésre alapozva, hogy a „szabályozott piac" modellen alapuló egészségügyi rendszer nagy önállósággal rendelkező menedzsereket igényel az intézmények élén. A civil társadalom szerveződésének részét képezte a betegeket képviselő szervezeteknek (betegjogi szervezeteknek és egyes krónikus betegségekkel élő emberek egyesületeinek) a létrejötte, működése. Az előbbiek nem szeretnének rózsaszín képet festeni a számos ellentmondástól, konfliktustól, tévedéstől is terhelt 1990-es évekről, csupán azt illusztrálják, hogy megjelentek olyan törekvések, attitűdök, magatartási minták, amelyek, ha elindult volna a szakmai struktúrák szisztematikus kiépítése és folytatódott volna a makrostruktúra átalakulása, akkor megerősödhettek volna és hozzájárulhattak volna a makrostruktúra új intézményeinek a stabilizálódásához, jobb teljesítményéhez. Ugyanakkor a mikrostruktúrának számos, az államszocialista rendszerben kialakult alapvető jellemzőjében (pl. a hálapénz, kórházakon belüli „feudális" hierarchia stb.) nem indultak el lényegi változások.

13.1. táblázat. Az egészségügy makrostruktúrájának átalakulása az 1980-as évek végétől a 2020-as évek közepéig

	1989-től az 1990-es évek közepéig Elindult a makrostruktúra (európai trendekkel konform) átalakítása (3–5. fejezetek)	**1990-es évek közepétől 2010-ig A reformfolyamat megtorpanása, az új intézmények erodálódása; új reformtörekvések meghiúsulása (6–9. fejezetek)**	**2010-től a 2020-as évek közepéig A makrostruktúra (európai trendekkel ellentétes) részleges „visszarendeződése" (10–11. fejezetek)**
Külső feltételek	A kormány elkötelezett a reformok iránt. A rendszerváltás eufóriája; majd a transzformációs válság okozta csalódás.	A gazdasági folyamatok meghatározó szerepe: költségvetési konszolidációk (1995–96; 2006–07); a 2008-as gazdasági válság. Ennek következtében az egészségügyi közkiadások korlátozása. A politikai prioritás hiánya a reformfolyamat folytatása iránt. (Kivéve 2007–2008)	A politikai hatalom koncentrációja és a közigazgatási rendszer irracionális mértékű centralizálása. 2013 és 2019 között: stabil gazdasági növekedés – de az egészségügy nem prioritás 2020–2022: A COVID-19 járvány sokkhatása 2023–2025: a gazdaság stagnálása.
Egészségpolitika/ Kormányzati beavatkozás domináns típusa	Fő célok: az állam kizárólagos szerepének a felszámolása; a „szabályozott" piac viszonyainak a kialakítása. – Elindul a rendszer átfogó reformja – Áttérés a kötelező egészségbiztosításra: a vásárló és szolgáltató szerepek szétválasztása – A szolgáltatók „szektorsemleges" finanszírozása csak korlátozott körben valósul meg	Az egészségügy alárendelt a gazdasági és/vagy politikai céloknak. Kivétel: 2007–2008, a versenyző biztosítók bevezetésére tett kísérlet. – Korlátozó, „tűzoltó" intézkedések dominanciája: a közkiadások korlátozása; a kórházi kapacitások szűkítése – Feszültségenyhítő intézkedések: 2002–2003: közalkalmazotti béremelés; ismétlődő kórházi adósságrendezés – A reformtörekvések a rendszer egy-egy elemére irányulnak; kormányzati ciklusonként (néha cikluson belül is) eltérő prioritások.	– „Visszarendeződés:" A közszektorban a központi kormányzat kizárólagos (irányító-finanszírozó-szolgáltató) szerepének a visszaállítása – A közkiadások korlátozása; kivéve a COVID-19 járvány időszakát (beleértve az orvosok bérének az emelését) – Feszültségenyhítő intézkedések: orvosi és szakdolgozói béremelés; ismétlődő kórházi adósságrendezés – Törekvés a köz- és magánszektor teljes szétválasztására

Egészségügyi kormányzás/Irányítási rendszer	A cél: a többszereplős irányítási rendszer (a kormány elsősorban szabályozó és fejlesztő). A hatalom (hatáskörök) megosztása a központi kormányzat, Egészségbiztosítási Önkormányzat/OEP, helyi önkormányzatok és a kórházmenedzsmentek között. De: elmaradt az együttműködés és érdekegyeztetés intézményi kereteinek a további építése és erősítése	A kormányzat szerepének erősítése: – Az Egészségbiztosítási Önkormányzat felszámolása, az OEP minisztériumi irányítás alá helyezése. – A települési önkormányzatok hatáskörének/forrásainak a szűkítése.	– Az elkülönült egészségügyi szakigazgatás felszámolása (ÁNTSZ, OEP alapvető hatásköreinek elvétele; területi egységeiknek a kormányhivatalokba olvasztása). – A központi utasításokon alapuló működés visszaállítása. A kórházi menedzsment önállóságának drasztikus korlátozása
Finanszírozási rendszer	– Áttérés a kötelező egészségbiztosításra. – Áttérés a szolgáltatók inputalapú finanszírozásáról a szolgáltatásalapú (output) finanszírozásra. De: „fékek” beépítése a finanszírozási módszerekbe; nem építették ki a finanszírozási módszerek folyamatos karbantartásának az eszközeit. Továbbá fennmaradt a hálapénz.	– A 2000-es évek közepéig: törekvés a „rendszeridegen” elemek kivezetésére. – 2004: a TVK (teljesítményvolumen-korlát) bevezetése – Sikertelen törekvések a magánbiztosítók bevonására a kötelező biztosítás menedzselésébe – A vizitdíj és napidíj bevezetése, majd visszavonása	– Felszámolták a kötelező egészségbiztosítás alapvető elemeit. – Fennmarad a TVK – 2020–2023 február: a teljesítményfinanszírozás átmeneti felfüggesztése – További torzítás: a béremelések fedezetét nem építették be a HBCS-díjakba és a járóbeteg pontszámokba.
Szolgáltatási szektor	– A háziorvosi rendszer kialakítása. – A tulajdonviszonyok decentralizálása (önkormányzatok, magánvállalkozások). – A kórházmenedzsment számára nagyobb mozgástér. – Független betegjogi intézmények létrehozása. De: nem indult el a kórházstruktúra modernizálása	– Az Irányított Betegellátási Rendszer bevezetése, majd felszámolása – A kórházak rugalmasabb működési formáinak ösztönzése – Elmaradt a kórházi struktúra modernizálása – A 2000-es évek elejétől: humán erőforráskrízis kibontakozása	– Háziorvosi csoportpraxis bevezetése – Kórházak „államosítása”, irracionális mértékű centralizálás (ÁEEK/OKFŐ); a kórházmenedzsment hatáskörének radikális csökkentése) – Betegjogi intézmények „államosítása” – Jelentős fejlődés a digitalizációban (EESZT) – Humán erőforráskrízis fokozódása

Az 1990-es évek közepén a reform megtorpant; de időről időre az egészségügyi rendszer egyes részterületein készültek koncepciók és történtek kormányzati intézkedések a szolgáltatási struktúra problémáinak az enyhítésére és a kötelező egészségbiztosítás intézményi rendszerének a megváltoztatására. Azonban ezeknek a megvalósítása vagy el sem indult, vagy erodálódott, vagy felszámolták a már működő új struktúrákat. (Ennek okairól a 13.2. alfejezetben és a 14. fejezetben lesz szó.)

A 2010-es kormányváltással radikális fordulat történt: a Fidesz-kormány felszámolta az egészségügy makrostruktúrájának az 1990-es évek elején kialakított (és a 2010-ig még fennmaradt) alappilléreit és meghatározó elemeit. Ezzel – a rendszer irányításának és finanszírozásának a strukturális elemeit tekintve – letérítette a magyar egészségügyet a nyugat-európai rendszerekkel konform fejlődési pályáról. A minisztérium, az OEP, az ÁNTSZ és a települési önkormányzatok között kialakított „fékek és ellensúlyok" rendszerének (azaz az egészségügyön belüli hatalommegosztásnak) a felszámolása nemcsak az irányítási rendszernek, a finanszírozásnak és a kórházak működésének a szervezeti kereteit alakította át, hanem a döntéshozatali, működési mechanizmusoknak, az ösztönző rendszereknek és az egész szervezeti kultúrának az átalakulását eredményezte. A kormány mindenható (szabályozó, finanszírozó és szolgáltató) szerepe visszaállításának (a közszektorban) messzemenő következményei lettek (vannak) az egészségügy szakmai és mikrostruktúrájára is.

2010 után több – a szakmai struktúra fejlesztését célzó – törekvés, kezdeményezés indult el – nagyrészt köszönhetően az EU-s forrásokból finanszírozott projekteknek. Ezeket (kevés kivétellel) az egészségügyi szakigazgatás nem tudta (vagy nem akarta) az egészségügyi rendszerbe integrálni – jórészt (de nem kizárólag) a túlcentralizált, túlzottan hierarchikus rendszerből és az ahhoz kötődő mentalitásból[571] eredően. A kivételt elsősorban az informatikai fejlesztések jelentették.

A makrostruktúra és szakmai struktúra előbb vázolt folyamatai befolyásolták a mikrostruktúrának, az egészségügy szereplői egymáshoz való viszonyának és a szereplők attitűdjének a változását is. A 2010-es évek végére a szereplők attitűdjének az egyik meghatározó elemévé a bizalomhiány vált. Ez is hozzájárul, hogy a betegeknek és az egészségügyi dolgozók (orvosok és a szakdolgozók is) növekvő mértékben a közszektoron kívül keresik a megfelelő ellátást, illetve a munkalehetőségeket. Ezen a tendencián nem változtatott a 2021-es béremelés és a hálapénz betiltása sem. Az egészségügy irányítóit is a bizalomhiány és a felelősséghárítás jellemzi – a kórházi menedzsment, az orvosok és a társadalom irányában is. Az egészségügyi kormányzat az intézkedéseinek a szakmai kritikáját is politikai támadásnak tekinti.

571 Ennek a mentalitásnak a lényege (leegyszerűsítve): a minisztériumi/hivatali íróasztalnál megmondható, hogy mi a jó, a többi szereplő feladata pedig a végrehajtás.

A mikrostruktúra változására az egészségügyi rendszeren kívüli tényezők is hatottak: a hatalom túlzott centralizálása, a nemzetgazdaság minden szektorának alárendelése a politikai érdekeknek, ennek részeként az eltérő szakmai vélemények, bírálatok elutasítása, gyakran politikai támadásnak minősítése. Ezek a folyamatok a társadalom működésében és annak részeként az egészségügy szereplőinek az esetében is tovább gyengítették a kezdeményezés, kooperáció és bizalom attitűdjét, ami pedig alapvető fontosságú lenne az egészségügy problémáinak az enyhítéséhez.

13.2. Az egészségügyi kormányzás jellemzői, kritikus pontjai

Az előző fejezetekben – a reformok, szervezeti innovációk meghiúsulásának elemzésekor – láthattuk, hogy a források szűkössége, a kormány elkötelezettségének a gyengesége mellett (vagy esetenként első helyen) a kormányzás problémái is szerepet játszottak a kezdeményezések meghiúsulásában. Az egészségpolitikai törekvések kudarca nem csak a magyar egészségügyre jellemző. Greer et al. (2016) szerint: *„A világ tele van félresikerült egészségpolitikákkal. Ezeket a politikákat elfogadják, de rosszul hajtják végre, vagy nem szándékolt hatásokat váltanak ki, vagy a korrupció és a tehetetlenség áldozatává válnak. Néha a baj politikai, néha pénzügyi, de néha a dolgok menetében rejlik – azaz a kormányzásban*" Greer et al. (2016. 3).

13.2.1. A kormányzás fogalma

A szakirodalomban domináns megközelítés szerint az egészségügyi rendszerek négy fő komponense: az erőforrások (infrastruktúra, technológia, egészségügyi munkaerő) előteremtése,[572] a kormányzás, a finanszírozás és a szolgáltatások nyújtása; továbbá mind a négy komponens további összetevőkből áll (Murray és Frenk, 2000; Rajan et al., 2023). Leegyszerűsítve: a kormányzás[573] *„az a folyamat és intézmények, amelyeken keresztül egy országban döntéseket hoznak és hatalmat gyakorolnak"* Greer et al. (2016. 28). A kormányzás alapvetően befolyásolja az egészségügyi rendszer többi összetevőinek a jellemzőit, működését. Az egészségügyi kormányzás fogalmával,

572 Angolul: *resource generation*, aminek a jelentése: annak biztosítása, hogy az erőforrások (infrastruktúra, technológia, egészségügyi munkaerő) rendelkezésre álljanak a szolgáltatások nyújtásához.

573 A kormányzás fogalmára különböző tudományágak ennél komplexebb definíciókat dolgoztak ki (Kaiser, 2019).

összetevőivel, az eredményes kormányzást akadályozó tényezőkkel széles körű szakirodalom foglalkozik – ami mutatja a fogalom komplexitását és azt is, hogy nincs egyetlen általánosan használt definíció (Barbazza és Telo, 2014; Szigeti, 2020[574]).

A fejezet a magyar egészségügyi kormányzás elemzéséhez – a kormányzásnak három, egymást jelentősen átfedő koncepcionális kerete alapján (Barbazza és Tello, 2014; Greer et al., 2019; Rajan et al., 2023) a kormányzás következő dimenzióit vette figyelembe:

- *Információ/tudás*
- *Egészségpolitikai jövőkép és stratégia*
- *Átláthatóság/transzparencia*
- *Számonkérhetőség/elszámoltathatóság*
- *Partnerség, részvétel*
- *Szabályozás és jogalkotás*
- *Szervezeti kapacitás és integritás*
- *Multiszektoriális együttműködés*

Az alábbiak célja, hogy összefoglalja a magyar egészségügy kormányzásának a fő jellemzőit és problémáit, hiányosságait. A kormányzás egyes dimenziói (funkciói) esetében az elemzés először – a három hivatkozott publikáció alapján – azt vázolja, hogy mikor beszélhetünk az adott funkció megfelelő érvényesüléséről, továbbá ezt milyen eszközök támogathatják. Ezt követi a magyarországi helyzet fő jellemzőinek a leírása.[575] A felsoroltak a kritikus tényezőknek, feltételeknek, illetve a legfontosabb problémáknak tekinthetők – nem volt célja az alfejezetnek sem a lehetséges eszközök, sem a magyarországi problémák teljes körű elemzése.

13.2.2. Információ/tudás

A jó minőségű információ alapvető fontosságú a kormányzás összes többi komponensének a megfelelő megvalósításához: többek között a helyzet reális értékeléséhez, a problémák azonosításához, a megfelelő stratégiák kialakításához, az alternatívákat mérlegelő döntéshozatalhoz (makro- és mikroszinten egyaránt), a megalapozott

574 Az egészségügyi kormányzásra vonatkozó szakirodalomról részletes áttekintést ad Szigeti Szabolcs: *A szakpolitikai ciklusok elméleti és gyakorlati jelentősége az egészségügyi rendszerek irányításában* című doktori disszertációja (Szigeti, 2020).

575 A leírtak szempontrendszert, kiindulópontot adhatnak annak a kérdésnek a megválaszolásához is: milyen lépésekre lenne szükség a kormányzás jelenlegi rendszerének a megváltoztatásához.

párbeszédhez a szakmai körökkel és a társadalommal, továbbá a rendszer átláthatóságának a biztosításához, ezáltal a bizalom erősítéséhez.

Lehetséges eszközök:

- Az egészségi állapotra, az egészségügyi rendszer jellemzőire vonatkozó adatokat szolgáltató nyilvános, felhasználóbarát adatbázisok.
- A társadalom és a betegek számára honlapok, amelyekről tájékozódhatnak, információkat kaphatnak az egészségügy számukra releváns kérdéseiről (pl. az egészségfejlesztés, egészséges életmód, a betegségek, az egészségügyi rendszer elérhetősége stb.)
- A kormányzat által rendszeresen kiadott és nyilvánosan elérhető elemzések, jelentések az egészségügy (egészségi állapot, egészségügyi rendszer) helyzetéről.
- A kormányzat háttérintézménye által működtetett teljesítményértékelési rendszer.
- A digitalizáció az egészségügy minden szintjén (pl. az orvos-beteg kapcsolatban, az egészségügyi intézmények működési folyamataiban stb.)

Magyarországi folyamatok

A rendszerváltozás óta eltelt évtizedek magyarországi folyamatai ellentmondásosak voltak:

- Az egészségügy digitalizációjában[576] jelentős előrehaladás történt. Az 1990-es évek elején a teljesítményfinanszírozáshoz és gyógyszerfinanszírozáshoz kötődő digitalizáció, adatbázisok kialakítása történt meg; majd pedig a kórházakban végbement az informatikai rendszerek bevezetése. A 2010-es évek jelentős eredménye az EESZT kiépítése és az „Egészségvonal" honlap (ld. 10. fejezet). A 2020-as évek elején kialakították az EESZT mobilalkalmazását (EgészségAblak). Továbbá 2022-ben a kormány létrehozta az Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központot (ESZFK), ami a központi egészséginformatikai rendszerek[577] működtetéséért és fejlesztéséért felelős szervezet.
- 2008-ban az Egészségbiztosítási Felügyelet kialakította és nyilvánosságra hozta a kórházak működésének, teljesítményének összehasonlíthatóságát célzó indikátorrendszert (Kiss, 2012). A Fidesz-kormány nem csak a Felügyeletet számolta fel, nem folytatta a kórházi indikátorrendszer fejlesztését sem.

576 Ennek a fejezetnek nem tárgya a gyógyítás, az egészségügyi technológia terén bekövetkezett digitalizáció.

577 Az EESZT és az EESZT használatot támogató szoftver (miniHIS); a gyógyászati segédeszköz forgalmazást támogató rendszer (miniGYSE). Továbbá a kormányzati tervek között szerepel, hogy a jelenlegi kórházi informatikai rendszereket az ESZFK rendszerére *(e-MedSolution) váltsák fel.*

- 2005-től az ESKI elemzéseket készített az egészségügynek (vagy egyes elemeinek) a helyzetéről, továbbá a nyilvánosság számára jól használható formában adatokat szolgáltatott az ellátórendszerről és egészségügyi kiadásokról. Az ESKI Évkönyvek készítését 2011-ben, az alapvető adatok közlését pedig 2016-ban megszüntették.
- 2013–2014-ben az egészségügyi miniszter létrehozta a teljesítményértékelési rendszer intézményi kereteit (ld. 10. fejezet). Azonban a 2016-ban megjelent első jelentés (ÁEEK, 2016) után az egészségügyi kormányzat a reális, problémákra rámutató helyzetképből nem a tennivalókra vonatkozó következtetéseket vonta le, hanem beszüntette ezt a tevékenységet, és megszűnt a munkát végző munkacsoport is.
- A nyilvánosság számára az egészségi állapotra és az egészségügyi rendszer működésére a KSH és a NEAK szolgáltat adatokat, elemzéseket. A KSH legutóbbi részletes elemzése az egészségügy helyzetéről 2019-ben jelent meg; a korábban évente közreadott, részletes adatokat, informatív táblázatokat szolgáltató *OEP/NEAK Évkönyv*ből pedig 2020 óta nem jelent meg frissebb kötet.

A jelenlegi helyzet fő problémái:

- Hiányoznak/hiányosak a hosszú távú stratégiai szemléletet/gondolkodást megalapozó ismeretek, és tudásbázis. A kormányzat tevékenysége – az egészségügyi rendszerrel szembeni kihívásokra, az egészségügynek a nemzetgazdaságban, a hosszú távú gazdasági és társadalmi fejlődésben játszott szerepére, az egészségügyi rendszer immanens jellemzőire vonatkozóan – inadekvát nézeteket, szemléletet tükröz.
- Hiányzik a teljesítményértékelési rendszer, ami lehetővé tenné a népesség egészségi állapotának, az egészségi állapot kockázati tényezőinek és az egészségügy helyzetének, az egészségügyi rendszer teljesítményének (problémáinak) a rendszeres és szisztematikus elemzését. Ebből következően olyan alapvető kérdésekre nem tudunk kielégítő választ adni, mint például hogyan alakult az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és minősége az elmúlt évtizedben.
- Hiányzik az intézményi szintű összehasonlító elemzéseket lehetővé tevő kórházi indikátorrendszer.
- Az adatvezérelt döntéshozatalnak az elmúlt évtizedekben számos alapvető feltétele létrejött: infrastruktúra (EESZT), adatvagyon (EESZT, NEAK, intézmények adatbázisai), kutatási potenciál (HUN-REN, Semmelweis Egyetem), jogi háttér. A gyakorlatban azonban nem jellemzi az egészségügyi rendszer működését (Király, 2025).

13.2.3. Egészségpolitikai jövőkép és stratégia

A jövőkép alapvető értékeket, célokat, hosszú távú irányokat jelent, amelyek kiindulópontját adhatják a hosszabb távú (kormányzati ciklusokon átívelő) koncepcióknak és középtávú stratégiáknak. A problémákra megfelelő válaszokat adó stratégia erősítheti az egészségügyi kormányzat legitimációját az egészségügyi szakma és a társadalom előtt. Az átfogó stratégiák mellett (jó esetben azok megvalósítását segítve) kiemelt fontosságú részterületekre önálló stratégiákat készítenek a kormányzatok (pl. E-Health stratégiák stb.).

Az átfogó stratégiákat tekintve, általában külön dokumentumok tartalmazzák a népegészségügyi stratégiákat, amelyek fókuszát az egészségre ható (társadalmi, gazdasági, környezeti, pszicho-szociális, egészségmagatartási) tényezőkből erdő kockázatoknak a csökkentése (azaz az egészségfejlesztés/megőrzés és a betegségek megelőzése) jelenti; és az egészségügyi stratégiákat, amelyek a szűkebb értelemben vett (gyógyító-megelőző ellátásokat nyújtó) egészségügyi rendszerre vonatkoznak. Az alábbiak csak az egészségügyi stratégiával foglalkoznak részletesebben.

Magyarországi folyamatok

Az 1980-as és 1990-es évek fordulóját kivéve a magyar egészségügyben hiányzott a kormányzati cselekvés alapját képező jövőkép/koncepció,[578] egyetértés az egészségügy fő szereplői között arra vonatkozóan, hogy milyen egészségügyi rendszert tartanak kívánatosnak. A 2011-ben elfogadott Semmelweis Terv átfogó koncepciót fogalmazott meg, és széles körű támogatottságot élvezett, de – ahogy a 10. fejezet bemutatta – nem képezte a kormányzati cselekvés alapját. Ez nem jelenti azt, hogy ne készültek volna koncepciók, elsősorban az egészségügyi rendszer egy-egy alapvető elemének az átalakítására. A 13.2. táblázat összefoglalja a rendszerváltozás óta eltelt időszak kormányai esetében a finanszírozási és szolgáltatási rendszer átalakítására vonatkozó fontosabb koncepciókat (illetve stratégiákat).

A jelenlegi helyzet fő problémái:

- Hiányzik a kormányzatnak – az egészségügy szereplőivel közösen kialakított, a társadalom felé kommunikált – jövőképe és koherens, az egészségügyi rendszer alapvető problémáit megfelelően kezelő stratégiája. (A koherens stratégia jellemzői: megfelelő helyzetelemzést tartalmaz, az alapvető problémákra

578 A koncepció a stratégiát megalapozó/előkészítő fázisként értelmezhető. (A legfontosabb különbség, hogy a stratégia már részletes feladatokat, a megvalósítás eszközeit, ütemezését és felelőseit is tartalmazza.)

13.2. táblázat. A finanszírozási és szolgáltatási rendszer átalakítására vonatozó koncepciók/stratégiák az egyes kormányzati ciklusokban

	Koncepciók, stratégiák	Megvalósulás
1990–1994	Átfogó reformkoncepció (1980-as évek végén/1990-es évek elején, szakértők széles körű bevonásával).	Számos eleme megvalósult. Nem épültek ki azonban az új struktúrák inkrementális változtatásához szükséges intézményi keretek.
1994–1998	A Népjóléti Minisztérium (NM) részletes programot dolgozott ki a reform továbbvitelére.	A tényleges intézkedéseket a költségvetési konszolidáció határozta meg. (Kiadások drasztikus csökkentése, kórházi kapacitások „tűzoltó" csökkentése.)
	Regionális Modernizációs Program: öt régióban komplex regionális stratégiák az ellátórendszer strukturális átalakítására (a világbanki hitelprogram részeként).	Az 1998-as kormányváltás miatt nem kezdődött meg a megvalósítás. (A kormány megszüntette a programot.)
	A Pénzügyminisztérium (PM) koncepciója a versenyző biztosítók modell bevezetésére.	A PM és az NM közti ellentét miatt nem került a kormány napirendjére.
1998–2002	A Miniszterelnöki Hivatal koncepciója a versenyző biztosítók bevezetésére.	Az Egészségügyi Minisztérium (EüM) nem támogatta. Egészségügyön kívüli okok miatt lekerült a napirendről.
	Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) koncepciója (az egészségügyi igazgatáson kívül született)	1999-ben modellkísérletként vezették be. Jelentős szervezeti innováció volt. 2008-ban (a problémák kezelése helyett) az akkori kormány megszüntette.
2002–2006	Térségi egészségszervező szolgálat koncepciója. (Törekvés a magánbiztosítók bevonására az egészségügy működtetésébe.)	A koncepciót szakmai vitára bocsátották. A negatív vélemények és a kormánypárti parlamenti képviselők ellenzése miatt lekerült a kormány napirendjéről.
	Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Koncepció (2005) Részét képezte az Országos Fejlesztéspolitikai Koncepciónak. (Szakmai szervezetek széles körű bevonásával készült.) Központi eleme: regionális alrendszerekből felépülő ellátórendszer	Alapul szolgált az EU-s fejlesztésekre vonatkozó Egészséges Társadalom Komplex Program kidolgozásához. (Azonban a regionális egészségügyi rendszerek koncepciója kimaradt a komplex programból.)
	Nemzeti szakmai programok. (Részét képezték az EU-s források felhasználására vonatkozó tervezésnek. Szakértők széles körű bevonásával készültek.)	Elindult a megvalósításuk. „Elfelejtődtek", amikor 2006-ban a minisztérium vezetése az MSZP-től átkerült az SZDSZ-hez.

	Koncepciók, stratégiák	Megvalósulás
2006–2010	2006: Zöld Könyv – az Egészségügyi Minisztérium reformkoncepciója. Fő eleme: a versenyző biztosítók modell bevezetése. 2007: Az EüM részletes koncepciója a versenyző üzleti biztosítók modell megvalósítására.	Széles körű szakmai viták után kompromisszumos változatot tartalmazó törvényt fogadtak el. A vizitdíjról szóló 2008-as népszavazás utáni politikai helyzet hatására a kormány a törvény megsemmisítését kérte a Parlamenttől.
2010–2019	Semmelweis Terv (2011): átfogó reformkoncepció. (Szakértők széles körű bevonásával készült.)	Széles körű szakmai támogatás. Kevés hatás a valóságos folyamatokra. Az egészségügy átalakítása alárendelődött a közigazgatás centralizációjának
	A kormány 2018 decemberében határozatot fogadott el a nemzeti egészségügyi programok kidolgozásáról.	Az EMMI-miniszter számos esetben hivatkozott ezekre a programokra a médiában. Azonban sem 2018-ban, sem jelenleg (2025 közepén) nem érhetők el egyetlen nyilvános felületen sem.
2020–2025	2020: A BM megrendelésére a Boston Consulting Group (BCG) javaslatot készített a finanszírozási rendszer és az ellátórendszer átalakítására. 2021-ben a BM megrendelésére a BCG elkészítette a Magánegészségügy jövőképének formálása című koncepciót.	A dokumentumokat nem hozták nyilvánosságra, hanem titkosították. Így nem állapítható meg, hogy mennyiben képezik az alapját a kormányzat intézkedéseinek.
	2021: Tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia 2030	A BM által 2024-ben kiegészített változatát 2025 januárjában fogadta el a kormány. (A megvalósítás eddigi fő lépése a szakápolási központok kialakításának a megkezdése volt (ld. 1. fejezet).
	2022: Irányítási funkciókkal felruházott és integrált betegutakkal érintett vármegyei rendszerek.	A változások döntően a városi kórházak irányításának és gazdálkodásának a megyei kórházak alá rendelésére korlátozódtak. (Ld. 11. fejezet.)

fókuszál, megfelelően konkrét stratégiai célokat tűz ki, továbbá tartalmazza a célokkal összhangban lévő, azok elérésére alkalmas beavatkozásokat, a beavatkozások eszközrendszerét.)
- A kormányzati döntések alapjául szolgáló koncepciók gyakran nem kerülnek nyilvánosságra. (Így nem állapítható meg, hogy egyes döntések esetében készültek-e egyáltalán.)

Hasonló következtetésre jut Gaál (2024) is: *„Rendszerszintű koherenciát biztosító világos jövőkép hiányában az egészségpolitikai programalkotást egy-egy részterülettel foglalkozó változtatási javaslatok dominálják, a megvalósítás során kibukó hibákra pedig az ellenőrzés erősítése a válasz"* (Gaál, 2024. 123). A fentieknek nem mond ellent, hogy az elmúlt évtizedben két „stratégia" nevet viselő dokumentum is készült: az *Egészséges Magyarország 2014–2020. Egészségügyi Ágazati Stratégia* és az *Egészséges Magyarország 2021–2027. Egészségügyi Ágazati Stratégia*. Ezek fő funkciója azonban az EU-s források megszerzése követelményeinek a formai teljesítése volt. Ezt az is tükrözi, hogy az OKFŐ honlapján nem érhetők el ezek a dokumentumok – azaz nem képezik az egészségügyi kormányzat és a szakmai nyilvánosság közötti kommunikáció tárgyát.[579] Az *Egészségügyi Ágazati Stratégia 2021–2027* számos tartalmi problémája miatt sem tekinthető az egészségügy alapvető problémáit megfelelően kezelő, koherens stratégiának. Ezt illusztrálja a következő néhány probléma.[580] Hiányzik a kritikus helyzetelemzés (a vonatkozó fejezet nagyrészt az ellátórendszer leírását és általános követelményeket tartalmaz).[581] Ez is hozzájárul, hogy a „specifikus célok" túlzottan általánosak. A koherencia hiányát mutatja, például, hogy a dokumentum tartalmazza a Nemzeti Rákellenes Program általános célkitűzéseit és a „Népegészségügy" alfejezet részletesen foglalkozik a daganatos betegségből eredő halálozásokkal, ugyanakkor a járó- és fekvőbeteg-szakellátás területén egyáltalán nem esik szó az onkológiai ellátás területén szükséges teendőkről. Ugyanakkor fontos azt is hangsúlyozni, hogy számos részterületen releváns és

579 Az OKFŐ honlapján nem érhetők el részterületekre vonatkozó koncepciók, stratégiák sem. 2025 novemberében a „stratégia" elnevezést tartalmazó egyetlen dokumentum: az *Országos Kórházi Főigazgatóság Nemi Egyenlőségi Stratégiája* volt.

580 Szükséges hangsúlyozni, hogy az alfejezetnek nem képezte tárgyát a stratégia részletes elemzése.

581 Például a járó- és fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozó összesen másfél oldalas helyzetértékelés fő megállapítása: *„a magyar egészségügyi ellátórendszer eredményessége és hatékonysága még növelhető"* (36), továbbá a problémák valamivel konkrétabb megfogalmazása összesen fél oldalt tesz ki. Ezzel szemben több oldalon keresztül (83–87) ismerteti az Országos Kórházi Főigazgatóság feladatait (lényegében a szervezeti és működési szabályzatát).

konkrét intézkedéseket is tartalmaz a dokumentum (például alapellátás, digitális egészségügy stb.). Ez azonban nem mond ellent annak, hogy az egészében véve nem tekinthető az egészségügy alapvető problémáit megfelelően kezelő, koherens stratégiának.

13.2.4. Átláthatóság/transzparencia

A transzparencia akkor érvényesül, ha működnek olyan mechanizmusok, amelyek biztosítják, hogy a kormányzati koncepciók, döntések, az alapjukat képező helyzetértékelések nyilvánosságot kapnak és a kormány megfelelően kommunikálja azokat az egészségügyi szakma és a társadalom számára.

Lehetséges eszközök (a transzparens működés alapvető feltételei):

- Az egészségügyi kormányzat az egészségügy helyzetéről rendszeresen értékeléseket, elemzéseket tesz közre – a szakmának, médiának, közvéleménynek.
- Szakmai fórumok működnek ezeknek a jelentéseknek a megtárgyalására.
- A kormányzati stratégiák, középtávú tervek elérhetők a kormány/az egészségügyi szakigazgatás megfelelő digitális platformjain.
- Az egészségügy legfontosabb problémáit a parlament és/vagy releváns bizottsága rendszeresen, nyilvános vitanapok keretében megtárgyalja.
- A konkrét kormányzati döntések mögötti elemzések, koncepciók elérhetők a szakmai és szélesebb nyilvánosság számára.

A magyarországi helyzet fő problémái

A magyar egészségügyben a 2010-es évek elejéig részlegesen, de jelen voltak ezek a fórumok, eszközök. A 13.2. táblázatból látható, hogy 2010-ig a kormányzati koncepciókat szakmai vitára bocsátották, továbbá a médián keresztül társadalmi nyilvánosságot is kaptak. Még ez volt a helyzet 2011-ben a Semmelweis Terv esetében is. Ezt követően éles fordulat következett be: a kormányzat működésében (nem csak az egészségügy területén) alapvető problémává vált a transzparencia hiánya. A kormány a tényleges döntéseit megalapozó koncepcióit, terveit nem hozta nyilvánosságra. Hiányzott/hiányzik a kormányzati döntések megfelelő indoklása a szakma és a szélesebb közvélemény számára is. Ezt tükrözi például, hogy az OKFŐ honlapján egyetlen stratégiai jellegű dokumentum, továbbá egyetlen, az egészségügy helyzetének elemzését tartalmazó dokumentum sem érhető el. Továbbá a *Nemzeti Népegészségügyi Program Tervezet 2023–2033* dokumentum a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ honlapján nem kiemelt helyen szerepel, hanem „elbújtatva" (az egyik főosztály tevékenységénél).

Néhány, a transzparencia hiányát jól jellemző példa, amikor civil szervezetek a közérdekű adatokra vonatkozó kérés kormányzati elutasítása után jogi úton próbálták megszerezni a dokumentumokat:

- A kormányzat 10 évre titkosította a Boston Consulting Group által 2020-ban készített, az egészségügyi reformra vonatkozó tervezetet. A K-Monitor által indított adatkérés, majd peres eljárás végén a Kúria és az Alkotmánybíróság is úgy döntött, hogy a BM-nek nem kell kiadnia az anyagot.[582]
- Az új, országos alapellátási ügyelet kialakítását 2021–22-ben Hajdú-Bihar megyében EU-forrásból finanszírozott pilot program (EFOP-1.8.23-21-2021-00001) előzte meg. Ennek a záródokumentumát a BM nem hozta nyilvánosságra, hanem civileknek kellett kiperelniük ahhoz, hogy a szakmai és a szélesebb közvélemény megismerhesse.[583]
- A COVID-19 járvány kezdetén, 2020-ban történt lélegeztetőgép-beszerzések dokumentumaira vonatkozó – a Transparency International (TI) által kezdeményezett –perben a Kúria a TI javára döntött. Ugyanakkor kiderült, hogy a maláj GR Technologies vállalkozással kötött szerződéssel kapcsolatos dokumentumok nagy részét a KKM (a kötelező megőrzési határidőt megelőzően, 2021 novemberében) megsemmisítette.[584]

13.2.5. Számonkérhetőség

A számonkérhetőség azt jelenti, hogy az egészségügy különböző szintjein az egészségügy szereplői a döntéseikért felelősséget viselnek, a döntéseknek következményei vannak. A pozitív kimenet anyagi és/vagy erkölcsi elismerést von maga után; a negatív kimenetnek pedig anyagi és/vagy erkölcsi következményei vannak.

Lehetséges eszközök

- A strukturális változásokat célzó kormányzati döntésekhez, kormányzati programokhoz monitorozási rendszer is kapcsolódik, továbbá megtörténik és nyilvánosságot kap a megvalósítási folyamat és eredmények értékelése.

582 Gazdaság: Az Alkotmánybíróság sem segít megismerni az egészségügy átalakításáról szóló titkos tanulmányt és a Médiahatóságról készült ÁSZ-vizsgálat részleteit.

583 https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/alapellatasi_ugyeletek__a_kezdetek_es_a_veg (2025. 08. 08). https://mok.hu/realitas/cikk/alapellatasi-ugyeletek--a-kezdetek-es-a-veg

584 Kamugyanús külügyi eljárás: 20 hónap után ledarálták a lélegeztetőgép-bizniszhez köthető papírokat (2023. 05. 22).

- Az egészségbiztosítás költségvetésének teljesítéséről közérthető jelentések, elemzések készülnek és nyilvánosságot kapnak.
- Az egészségügyi intézményekkel és a menedzserekkel kötött szerződések tartalmaznak teljesítménykritériumokat is.
- A rendszer szintjén és az intézményekben is működik minőségügyi rendszer.
- A finanszírozó(k) pénzügyi ellenőrzési rendszert működtetnek.

A magyarországi helyzet fő problémái

- A számonkérhetőség fent felsorolt eszközei egyáltalán nem vagy nem kielégítő módon működnek a magyar egészségügyben.
- A rendszerváltozás után nem alakultak ki a reformlépések monitorozásának, értékelésének az intézményi keretei. Ez azt is akadályozta, hogy a bevezetett szervezeti innovációknak és az új finanszírozási módszereknek az esetében kialakuljanak a korrekciós mechanizmusok.[585]
- 2010 után több olyan jogszabály is született, aminek indoklás és/vagy következmények nélkül maradt el a megvalósítása. Például a teljesítményértékelésre vonatkozó jogszabályok (amelyek szerint kétévente teljesítményértékelési jelentést kellene készíteni) még érvényben vannak, de 2016 óta nem készült újabb jelentés.

13.2.6. Partnerség, részvétel

A kormányzat és az egészségügy fő szereplői közötti partnerség akkor érvényesül, ha működnek olyan fórumok és mechanizmusok, hogy az egészségügy fő szereplői megjeleníthessék, megvitathassák, egyeztethessék az érdekeiket. Ez nem jelenti azt, hogy a kormányzati döntéshez minden esetben konszenzust kellene elérni. A partnerség és részvétel alapvető feltétele a reális, megvalósítható stratégiák, középtávú programok készítésének, továbbá elégséges támogatottság megteremtéséhez a kormány döntéseihez. Továbbá a partnerség szükséges ahhoz is, hogy a hosszabb időtávot igénylő programok esetében fenntartható legyen a szakmai és társadalmi támogatottság. Tágabb értelemben a kormányzat és az egészségügy fő szereplői közötti partnerség a kormányzat egészségpolitikája legitimációjának az egyik alapvető eszköze.

585 A monitorozás és értékelés hiánya például hozzájárult ahhoz, hogy nem történt meg a teljesítményfinanszírozás folyamatos karbantartása; továbbá ahhoz is, hogy az egészségügyi szakigazgatás nem foglalkozott az IBR problémáinak a korrekciójával.

Magyarországi folyamatok

A politikai rendszerváltás hatására új játékszabályok teremtődtek: a kormány és a többi szereplő közötti párbeszéd a demokratikus berendezkedésből következő követelmény volt. A partnerség elveinek a gyakorlatba, a mindennapi működésbe való átültetése, a rendszer szereplői közötti korábbi viszonyrendszer átalakítása nyilvánvalóan hosszabb folyamatot igényelt volna. Ez a folyamat elkezdődött, ugyanakkor a gyakorlatban ellentmondásokkal, konfliktusokkal érvényesült:

- Az 1997-ben elfogadott Eü.tv. két intézményt is létesített, ami az egészségügy fő szereplőinek a részvételét szolgálta: a Nemzeti Egészségügyi Tanácsot (NET) és a kórházi felügyelőtanácsokat.
- A NET tagjai a szakmai kamaráknak, a szakszervezeteknek, a beteg- és civil szervezeteknek, a települési önkormányzatok szövetségeinek, az OEP-nek és a kormánynak a delegáltjai voltak. Fő funkciója az egészségügy stratégiai kérdéseinek (és a kormány jogszabálytervezeteinek) a megvitatása (az érdekek transzparens ütköztetése és egyeztetése) lett volna. A NET-et a Fidesz-kormány 2011-ben megszüntette.
- A kórházi felügyelőtanácsok tagjai a tulajdonos önkormányzat, az OEP, a dolgozói képviselet delegáltjai és esetenként külső szakértők voltak. 2007-ben az akkori kormány megszüntette a kórházi felügyelőtanácsok kötelező működtetését.
- Esetenként az egészségügy szereplői is kezdeményezték a beleszólási lehetőséget a kormányzati döntésekbe. A szakmai szervezetek (Kórházszövetség, Magyar Orvosi Kamara) a kongresszusaikon állásfoglalásokat fogadtak el és azokat eljuttatták a kormánynak. Azonban esetleges volt, hogy ezek milyen kormányzati fogadtatásban részesültek; történt-e egyeztetés az állásfoglalásban megfogalmazott problémákról.
- Az MTA által kezdeményezett párbeszéd formáját jelenti a 2017-ben létrehozott Elnöki Bizottság az Egészségért (EBE), amely vitanapokkal és állásfoglalásokkal[586] törekszik rámutatni az egészségügy problémáira, és javaslatokkal megfogalmazni a döntéshozók számára. Az állásfoglalások nyomán azonban nem alakult ki érdemi párbeszéd az EBE és az egészségügyi kormányzat között.
- A párbeszéd kezdeményezésének sajátos eseményeként is interpretálható a 47. Medicina Konferencia (2024. november 19.) keretében tartott 8. Egészségügyi

586 Ld. https://mta.hu/data/dokumentumok/egyeb_dokumentumok/2019/eu_korszakvaltas_peremfeltetelei.pdf

miniszteri-államtitkári csúcstalálkozó,[587] amely 16 pontos javaslatot fogalmazott meg a belügyminiszternek és egészségügyért felelős államtitkárnak.
- A kormány és a MOK között a 2000-es évek közepén meglehetősen konfliktusos viszonyt az akkori kormány azzal igyekezett megoldani, hogy 2006-ban megszüntette a kötelező kamarai tagságot. (2011-ben vált ismét kötelezővé a tagság.)

A jelenlegi helyzet fő problémái

2010 után radikális változás következett be: a kormányzat felrúgta a partnerségre és részvételre vonatkozó „játékszabályokat". 2010-ben még szakmai vitára bocsátották a Semmelweis Tervet; a 2010-es évek közepétől azonban a kormányzat már nem igényelte a párbeszédet.

Az egészségügyi kormányzat esetenként, ad hoc módon egyeztet egy-egy szervezettel, de hiányoznak az egyeztetés intézményi, szabályozott keretei, amikor a főbb szereplők együtt tárgyalnának meg fontos ügyeket.

A kormányzat attitűdjét jól mutatja a kormány és a MOK viszonyának alakulása. A COVID-19 járvány kényszerítő hatása alatt rövid időre ismét párbeszéd alakult ki az orvosbérekre vonatkozóan. Azonban a szolgálati jogviszony bevezetését a MOK-kal való egyeztetés nélkül kötötte össze a kormány a béremeléssel.

2022 decemberében éles konfliktus alakult ki a kormány és a MOK között az ügyeleti ellátás átalakításának a kérdésében (ld. 11. fejezet). Ezt a konfliktust a kormány a kötelező kamarai tagság megszüntetésével „rendezte".

A párbeszéd kultúrája 15 éven át tartó leépülését is tükrözte, hogy az *„egészségügyi államtitkár a Harcosok Órája című műsor 2025. július 31-i élő műsorában megkérdőjelezte a magyarországi orvosok köztestületének legitimitását, egy állítólagos külföldi hálózat részének titulálva a Magyar Orvosi Kamarát (MOK). Az államtitkár kijelentette, hogy a kormány küzd a szakmai szervezet ellen.*"[588]

A társadalmat, illetve a civil szervezeteket még kevésbé tekintették partnernek a kormányok. A civil szervezeteknek a közérdekű adatok kiadására vonatkozó kérelmét rendszeresen megtagadta az EMMI és a BM is, és csak erre irányuló perek és bírósági döntések után történt meg az adatközlés. Például ilyen volt a TASZ adatkérése a kórházi fertőzéseknek kórházi szintű bontásban való közlésére.[589] Továbbá az

587 A Medicina konferenciák keretében tartott csúcstalálkozókon az egészségügyi ágazat korábbi vezetői vettek részt (Nógrádi Tóth, 2025).

588 https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/magyar_orvosi_kamara__takacs_peter_ujabb_hatart_lepett_at (2025. 08. 13).

589 https://tasz.hu/cikkek/jogeros-nyilvanossagra-kell-hozni-korhazankenti-bontasban-a-korhazi-fertozesek-adatait/

egészségügy problémáiból eredő társadalmi elégedetlenséget az elmúlt évtizedben vagy negligálták a kormányok vagy tűzoltó intézkedésekkel igyekeztek enyhíteni (pl. várólisták csökkentésére adott többletforrások).

13.2.7. Szabályozás és jogalkotás

A szabályozás és jogalkotás az egészségügyi rendszer működését (a finanszírozók, szolgáltatók és a többi szereplő viselkedését) meghatározó jogi kereteket (jogszabályokat), a szabályozás intézményeit (pl. fogyasztóvédelmi hatóság, betegjogi intézmények stb.); a jogszabályok megalkotásának a folyamatát jelenti. Továbbá azt, hogy a kormányzat mennyire képes, milyen eszközökkel rendelkezik a jogszabályok végrehajtására és betartatására. A kormányzásnak ez a funkciója is szorosan összefügg a többi – előzőekben tárgyalt – funkcióval. Az egyik alapvető kérdés, hogy a jogszabályok összhangban vannak-e az adott ország egészségpolitikai céljaival. Ez az összhang ugyanakkor nem feltétlenül jelenti azt, hogy a szabályozás elősegíti, hogy az egészségügyi rendszer jó teljesítményt nyújtson – ugyanis az aktuális egészségpolitikai célok lehetnek elhibázottak. Ezért a másik alapvető kérdés – hogy elemzői nézőpontból – az aktuális jogszabályok és szabályozó intézmények segítik-e vagy akadályozzák-e azt, hogy az egészségügyi rendszer jó teljesítményt nyújtson.

A magyarországi helyzet fő problémái

- A kormányzat irányítási koncepciója és gyakorlata ellentétes azzal, ami az egészségügyi rendszer immanens jellemzőiből következne. A szolgáltatók ösztönzésére és hatékony minőségellenőrzési rendszerre épülő szabályozás helyett a kormány központi utasításokon alapuló irányítást épített ki.
- A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a nyugat-európai országokban a hatékonyság növelésének az egyik eszköze a köztulajdonban lévő kórházak rugalmasabb működtetési formáinak a kialakítása, a menedzsment hatáskörének a növelése volt (Nolte et al., 2014b; Rechel et al., 2018). A magyar egészségügyben ezzel ellentétes folyamatok mentek végbe.
- Hiányzik a minőségellenőrzés önálló – az intézményfenntartóktól és a finanszírozóktól független – intézményi rendszere.
- Hiányzik az önálló – az intézményfenntartóktól és finanszírozóktól független – betegjogi intézményrendszer.
- A jogalkotási folyamatnak számos hiányossága van. A jogszabályok megalkotását általában nem előzi meg hatástanulmányok készítése, hiányzik az érdemi

szakmai egyeztetés (a szakmai szervezetek néhány napot kapnak a véleményezésre, a javaslataikat nem mérlegeli a kormány stb.).
- A törvényeket jelentős késéssel követhetik a végrehajtásához szükséges kormányrendeletek (pl. az alapellátásról szóló törvény és a csoportpraxisokra vonatkozó kormányrendelet között öt év telt el).

13.2.8. Szervezeti kapacitás és integritás

A kormányzás kapacitása komplex fogalom: akkor beszélhetünk jó kormányzati kapacitásokról, ha megfelelő szakemberek, információ, döntéshozatali mechanizmusok, intézményi keretek, szabályozás, ellenőrzés és kommunikáció állnak rendelkezésre. A kapacitások egyik fő összetevője: a döntéshozóknak (a szakigazgatás felsőszintű vezetőinek) a tudása, felkészültsége, képessége arra, hogy megértsék a rendszer működését, azonosítsák a problémákat, képesek legyenek stratégiák és tervek kidolgozásának az irányítására, valamint a megvalósítás feladatainak a delegálására. A kormányzás kapacitásának része, hogy az előzőekben vázolt funkcióknak (pl. információtermelés, koncepcióalkotás, monitorozás stb.) van-e megfelelő ágense a szakigazgatáson belül vagy ahhoz kapcsolódva (azaz van-e olyan szervezeti egység vagy szervezet, amelyiknek elsődleges feladata az adott funkció megvalósítása lenne).

Az integritás az egyének és a szervezetek esetében is a világos szerepeket (szervezeti küldetést) és hatásköröket, továbbá azokkal összhangban lévő cselekvést jelenti. A szervezet integritása és a szervezeti kapacitások megfelelősége szorosan összefügg egymással. Az integritás fontos eleme a korrupció hiánya (alacsony foka), továbbá a vezetők meritokratikus alapon történő kiválasztása (Greer et al., 2019).

A magyarországi helyzet fő problémái

- Az önálló egészségügyi minisztérium megszüntetése 2010-ben (és az egészségügynek, az oktatásnak, szociális ügyeknek stb. az Emberi Erőforrások Minisztériuma, majd a BM részterületeivé válása) nem csupán azért probléma, mert gyengébb pozícióba került a költségvetési alkukban, hanem mert az egészségügyi szakigazgatásban, minisztériumi döntésekben kevésbé tudnak érvényesülni a terület sajátosságai, szakmai szempontjai. (Erre példa az egészségügyi szolgálati jogviszony kialakítása is.)
- Hiányzik a helyzetelemzésnek és a koncepcióalkotás megalapozásának az intézménye/„ágense". Azt az intézményt, amelyik potenciálisan betölthette

volna ezt a funkciót (ESKI) 2016-ban megszüntették.[590] Ennek az intézménynek lenne a funkciója az egészségügyi rendszer teljesítményének folyamatos elemzése, a problémák feltárása. A szakma és a közvélemény számára rendszeresen jelentések készítése az egészségügy helyzetéről. A hazai helyzet elemzése és a nemzetközi tapasztalatok értékelése alapján a lehetséges opciók kidolgozása, amelyeket a döntéshozók mérlegelni tudnának.

- Az intézményi változások esetén (pl. IBR vagy a csoportpraxisok bevezetése) hiányzott/hiányzik a megvalósítás monitorozásnak az ágense: azaz olyan – a megvalósítás irányításától független – szervezet, amelynek elsődleges érdekeltsége a folyamatok monitorozása, értékelése. Ez alapvető feltétele lenne az új szervezeti konstrukciók inkrementális fejlesztésének, korrekciójának is.
- A kormányzási kapacitás fontos tényezője az egészségügyi szakigazgatás első számú vezetőjének (miniszternek, államtitkárnak) a szerepfelfogása, törekvései, szakmai felkészültsége, kooperációs és irányítási képessége stb. és integritása. A szakigazgatás és vezetői integritásának a problémáit mutatja, hogy a szakmai szempontok sokszor alárendelődnek a politikai szempontoknak.

13.2.9. Multiszektoriális együttműködés

A multiszektorális egészségpolitika célja, hogy a lakosság egészségi állapotának javítása és az egészségi állapot társadalmi egyenlőtlenségeinek a csökkentése érdekében hatást gyakoroljon az egészségi kockázatokra (pl. az iskolázottsági és jövedelmi különbségek csökkentése, a munkahely, környezet, fogyasztási termékek stb. egészségkárosító hatásainak csökkentése érdekében), elősegítse az egészséget (az egyének egészségtudatos magatartását) támogató környezet kialakítását, továbbá fejlessze, erősítse az egyének egészségtudatosságát. Ehhez – a kormányzati elkötelezettség mellett – szükség van egyrészt a különböző kormányzati szektorokkal (pl. oktatás, környezetvédelem, pénzügy stb.), másrészt a magánszektor szereplőivel való együttműködésre. Az elmúlt évtizedekben számos WHO és EU-dokumentum deklarálta a multiszektoriális együttműködés fontosságát (European Commission, 2009; WHO, 2008; WHO Europe, 2019).

590 Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézetet 2004-ben hozták létre. Jogelődje az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár (MEDINFO) volt. Fő feladata az egészségpolitika tudományos megalapozása volt elemzésekkel, előrejelzésekkel, kutatásokkal. 2011-ben az ESKI-t számos szervezettel együtt beolvasztották az akkor létesített, a kórházak irányítását is végző minisztériumi háttérintézménybe, a GYEMSZI-be (ld. 10. fejezet).

A magyarországi helyzet fő problémái

- A magyar egészségügyben egyetlen kormányzati ciklusban sem érvényesült ez a szemlélet. A gazdaság fejlesztésének a 2020-as évek első felében érvényesülő iránya (pl. az akkumulátorgyárak környezeti és egészségügyi szempontokat nem mérlegelő telepítése és működése stb.) pedig kifejezetten ellentétes irányt jelent.
- A kormányzás előzőekben tárgyalt dimenzióinak jelenlegi problémáiból egyenesen következik, hogy hiányoznak a feltételek a multiszektorális egészségpolitika, együttműködés kialakulásához.

Az előzőeknek nem mond ellent, hogy majdnem minden kormányzati periódusban az adott kormány hosszú távú népegészségügyi programot fogadott el, amelyben szerepelt a multiszektoriális együttműködés szükségessége. Ezek azonban nem képezték a kormányzati cselekvésnek az alapját. 2023-ban a BM felkérésére a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete – szakértők széles körű bevonásával – elkészítette a *Nemzeti Népegészségügyi programtervezet 2023–2033* dokumentumot, ami szintén tartalmaz a multiszektoriális együttműködésre vonatkozó javaslatokat. A kormány azonban a könyv kéziratának a lezártáig (2025 közepéig) még nem tűzte a napirendjére a tervezetet.

A jó egészségügyi kormányzás kialakulását természetesen az egészségügyön kívüli tényezők is akadályozták. Ezekre a tényezőkre a 14. fejezetben térek ki.

13.3. A finanszírozási rendszer kritikus pontjai

Az egészségügyi rendszernek a finanszírozás komponense a szolgáltatások[591] és az egészségügyi termékek (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz) finanszírozására terjed ki, a beruházásoknak és (a munkaerő újratermelését biztosító) oktatásnak a finanszírozása pedig az egészségügyi rendszernek az erőforrások előteremtése (rendelkezésre állásának a biztosítása) komponensébe tartozik.[592] A finanszírozási

591 A szolgáltatásokra fordított kiadásokba beletartoznak a betegek által igénybe vett személyes szolgáltatásokon túl a populáció szintű közösségi programokra és a rendszer működtetésére fordított (adminisztrációs) kiadások is.

592 A beruházások finanszírozásának a problémáival a 7. fejezet foglalkozik; az egészségügyi oktatás kérdései pedig nem képezték a könyv tárgyát.

rendszer[593] három fő funkcionális összetevője: (i) a forrásteremtés, (ii) a társadalmon belüli kockázatmegosztást szolgáló alapképzés és (iii) a pénzügyi források allokációja (Murray és Frenk, 2000; Rajan et al., 2023). A forrásteremtés és alapképzés fő kérdései: a finanszírozóknak (kormány, kötelező biztosítás, önkéntes biztosítás stb.) milyen forrásokból és milyen módon származnak a bevételei (adóbevételek, munkáltatói, munkavállalói járulékok, biztosítási díjak stb.); továbbá milyen típusú és mértékű az általuk létrehozott kockázatközösség (pl. területi egységek vagy foglalkozási csoportok szerint megosztott, vagy az egész társadalom egyetlen kockázatközösséget alkot). A forrásteremtés és alapképzés módja alapvetően befolyásolja, hogy a társadalom egyes csoportjai milyen mértékben viselik az egészségügyi ellátás működtetésének anyagi terheit, továbbá az ellátáshoz való hozzáférés esélyeit. *A források allokációjának* (a finanszírozók és szolgáltatók közötti kapcsolatnak) a fő kérdései: milyen mechanizmusokon, módszereken keresztül történik a rendelkezésre álló forrásoknak a felhasználása (mi jellemzi az egyes ellátási formák, pl. háziorvosok, fekvőbeteg-ellátás stb. finanszírozási módszereit). A finanszírozási módszerek alapvetően befolyásolják a szolgáltatók magatartását, döntéseit, és azokon keresztül az egészségügyi szolgáltatások hatékonyságát és minőségét.

Egy adott ország finanszírozási rendszere akkor nyújt jó teljesítményt, ha:

- Pénzügyi védelmet nyújt a teljes lakosság számára a betegség jelentette anyagi kockázatokkal szemben, és hozzájárul ahhoz, hogy az egyének időben hozzáférjenek az állapotuk által igényelt, jó minőségű egészségügyi ellátáshoz.
- A forrásteremtésben érvényesül a méltányos/igazságos teherviselés (szolidaritás) a társadalom (magasabb és alacsonyabb jövedelmű) tagjai között.
- A rendelkezésére álló forrásokat hatékonyan használja fel: adott forrásból minél nagyobb egészségnyereséget (egészségi állapotjavulást) ér el.
- Megfelelő, stabil forrásokat biztosít az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához, továbbá a finanszírozás fenntartható.

Az alábbiak csak néhány elemét tárgyalják[594] annak a kérdésnek: hogyan érvényesülnek az előzőekben felsorolt elvárások a magyar kötelező egészségbiztosításban.[595]

593 Ez az alfejezet csak a legfontosabb fogalmakra tér ki. A finanszírozási rendszerek általános jellemzőit részletesen tárgyalja: Orosz, É. (2011) *Egészségpolitika. Hallgatói Kézikönyv* https://tatk.elte.hu/dstore/document/1560/egeszsegpolitika_hallgatoi_kezi.pdf

594 Átfogó elemzéshez az előző alfejezetben többször említett teljesítményértékelési rendszerre (és azt működtető munkacsoportra) lenne szükség.

595 A 12. fejezet bemutatta a magyar egészségügy finanszírozási alrendszereit és a magánfinanszírozás jellemzőit. Ez az alfejezet csak a kötelező biztosítással foglalkozik.

13.3.1. Méltányos/igazságos teherviselés

A jelenlegi domináns európai közgondolkodás szerint az a méltányos/igazságos, ha az egyének a gazdasági teherviselő-képességük (jövedelmük) arányában járulnak hozzá az egészségügyi rendszer működtetéséhez (az adórendszeren és járulékfizetésen keresztül), másrészt a szükségletük alapján jutnak ellátáshoz. A magyar egészségbiztosítás forrásteremtését nem ezek a megfontolások alakították, hanem teljesen alárendelődött a gazdasági és a politikai szempontoknak (13.3. táblázat).

Az 1990-es évek közepétől – a munkáltatók nyomásának engedve – a kormányok folyamatosan csökkentették a munkáltatói egészségbiztosítási járulékok nagyságát (rátáját); ugyanakkor a munkáltatói járulékcsökkentés szinte kizárólag az egészségügyet érintette (érintetlenül hagyva a nyugdíjjárulék mértékét) (Szigeti, 2007). 1993-ban a munkáltatói egészségbiztosítási járulék mértéke a bruttó bérek 19,5%, 2010-ben (EHO[596]-val együtt) 2,6% volt. 2012-től a munkáltatói járulékrendszert felváltották szociális hozzájárulási adóval (szocho) és megszűnt a transzparens, szabályozott felosztása a nyugdíjbiztosítás és az egészségbiztosítás között. Mindezek következtében az E. Alap bevételeiben a munkáltatói járulékból és a szociális hozzájárulási adóból származó bevételeknek az aránya 1993 és 2024 között 67%-ról 7%-ra csökkent. Ezzel szemben a munkavállalói járulékokból származó bevételek aránya az E. Alapon belül 15%-ról 41%-ra növekedett. (A munkavállalói járulék mértéke 1993-ban a bruttó bérek 4%-a, 2024-ben pedig 7%-a volt). A költségvetésből az E. Alaphoz való hozzájárulás (rövid időszakot kivéve) szabályozatlan volt. A központi költségvetés hozzájárulásának aránya 2010-ig növekedett, majd jelentősen csökkent; az orvosi és szakdolgozói béremelés következtében 2024-ben pedig ismét elérte a 42%-ot. (Ezt a folyamatot részletesen tárgyalja a 10. fejezet.). Az egyéb bevételek nagyobb részét a gyógyszergyártók és forgalmazók befizetései teszik ki.

2010 után a méltányos, igazságos közteherviselés koncepciója nemcsak az egészségügy finanszírozási rendszerének szempontjai közül tűnt el, hanem a közteherviselés egészét tekintve is. A jelenlegi magyar adórendszer az egykulcsos jövedelemadó és a magas ÁFA-kulcs miatt igazságtalan: mivel az alacsonyabb jövedelműek a jövedelmük nagyobb hányadát fizetik be az állami költségvetésbe, mint a magasabb jövedelműek.

596 1998 és 2012 között a munkáltatók az egészségbiztosítási járulék mellett fix összegű egészségügyi hozzájárulást (EHO) is fizettek. Ezt az adót az E. Alap járulékcsökkentés miatti bevételcsökkenésének a részleges kompenzálására vezették be.

13.3. táblázat. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek szerkezete, 1993–2024

	1993	2000	2009	2010	2015	2019	2024
Járulékbevételek és hozzájárulások	**86%**	**89%**	**71%**	**49%**	**64%**	**75%**	51%
Munáltatói járulék* és szocho	**67%**	**75%**	**33%**	**15%**	**27%**	**31%**	7%
Munkavállalói	15%	**11%**	**33%**	**31%**	**34%**	**41%**	41%
Egyéb járulékbevételek és hozzájárulások	4%	3%	4%	3%	3%	3%	3%
Központi költségvetési hozzájárulások	13%	**10%**	**25%**	**45%**	**29%**	**18%**	42%
Egyéb bevételek	1%	**1%**	**4%**	**6%**	**7%**	**7%**	7%
Egészségbiztosítási Alap bevételei	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	100%
Egészségbiztosítási Alap bevételei (Mrd HUF)	298	734	1269	1385	1926	2434	4504

Megjegyzés: A táblázat adatai az E. Alap teljes bevételére vonatkoznak, amiből finanszírozódnak az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai is, amelyek nem tartoznak az "egészségügyi kiadások közé".
*/ tartalmazza az 1998-ban bevezetett EHO-t is
Forrás: NEAK Évkönyvek; Az E. Alap 2025. évi költségvetésének pénzforgalmi teljesítése

Vork et al. (2025) 29 országban hasonlították össze az egészségügyi rendszerek finanszírozásának progresszivitását, illetve degresszivitását: Lettországban, Bulgáriában és Magyarországon volt legnagyobb mértékben degresszív az egészségügy finanszírozása.

13.3.2. Védelem a betegség pénzügyi kockázatától

A pénzügyi védelem[597] akkor érvényesül, ha betegség esetén az ellátás költségei nem vezetnek az egyén vagy a családja anyagi helyzetének a megrendüléséhez (WHO, 2010; 2023). Ehhez feltétel, hogy a kötelező egészségbiztosítás (vagy állami egészségügyi rendszer) mindenkire kiterjedjen, a releváns szolgáltatások beletartozzanak

597 Az EU és a WHO egészségpolitikájának, továbbá az ENSZ fenntartható fejlődés célkitűzéseinek egyik alapvető célkitűzése: a mindenkire kiterjedő lefedettség (Universal Health Coverage UHC), a jó minőségű egészségügyi szolgáltatásokhoz és biztonságos, hatásos és megfizethető gyógyszerekhez és vakcinákhoz való hozzáférés biztosítása (https://unric.org/en/sdg-3/).

a tb-csomagjába, másrészt időben hozzáférhetőek legyenek. Azaz nem kényszerül rá az egyén, hogy magánszolgáltatást vegyen igénybe, vagy a hosszú várakozás nem okozza az egészségi állapota súlyosbodását. Továbbá a tb-csomagba tartozó gyógyszerek, szolgáltatások (pl. fogászati ellátás) esetében fizetendő térítési díjak nem okoznak súlyos anyagi terhet, vagy nem akadályozzák meg a szolgáltatások igénybevételét. Ahogy a 12. fejezetben már volt szó róla, a társadalombiztosítás (vagy állami egészségügyi rendszer) által nyújtott jövedelembiztonság nem azonosítható az igénybevételkor ingyenes ellátással: a tb és a páciensek közötti költségmegosztás megfelelően kialakított (a szegényeket, krónikus betegeket részben vagy egészében mentesítő) konstrukciói mellett is érvényesülhet a pénzügyi védelem.

A magyar egészségügyi rendszerben a pénzügyi védelem fő problémái:

- A kötelező egészségbiztosítás – a jogosultságnak a szabályozása miatt – nem terjed ki az egész társadalomra.
- A közvetlen egészségügyi kiadásoknak – nemzetközi összehasonlításban is – magas az aránya az összes egészségügyi kiadáson belül és a háztartások összes fogyasztási kiadásaihoz képest is. Ez különböző mértékben érinti a háztartásokat – elsősorban az alacsony jövedelmű háztartásoknak jelent nagy terhet.
- Nemzetközi összehasonlításban is magas az elszegényítő/katasztrofális egészségügyi kiadásokat elszenvedő háztartások aránya.
- A tb-csomagba tartozó gyógyszerek egy részének és a fogászati ellátásnak az esetében fizetendő hozzájárulás az alacsony jövedelmű háztartásoknak súlyos anyagi terhet jelenthet.

Az adatoknak és elemzéseknek – a kormányzás alfejezetben tárgyalt – hiányosságai miatt csak korlátozott információ érhető el ezeknek a problémáknak a mértékére, trendjére vonatkozóan. Így az alábbiak is csak egy-egy mozaikkockának tekinthetők – a hiányos képből.

Az egészségügyi ellátásra való jogosultság

Az ellátáshoz való hozzáférés alapvető feltétele: az egészségbiztosítás ellátásaira való jogosultság. A kötelező egészségbiztosítás tradicionális jellemzője, hogy a jogosultság alapja a járulékfizetés; továbbá ez kiegészülhet az ellátások egy részére más jogcím alapján történő jogosultsággal. A magyar kötelező egészségbiztosítás ezen a megközelítésen alapul: a jogosultságnak két fő kategóriája van: a „biztosítottak" (akik járulékfizetés alapján teljes körű ellátásra, azaz a pénzbeli ellátásokra és a természetbeni ellátásokra is jogosultak); és a „csak egészségügyi ellátásra jogosultak": a törvényben meghatározott társadalmi csoportok, akik járulékfizetés nélkül jogosultak (a nyugdíjasok, a fiatalkorúak, a rendszeres pénzbeli, jövedelempótló

ellátásban részesülők) és azok, akik fix összegű egészségügyi járulék befizetése alapján válnak jogosulttá. Ez a tradicionális megközelítés azonban nem szükségszerű: a társadalombiztosítási rendszerekben is lehetséges az univerzális (állandó tartózkodási helyhez kötött) jogosultság; például Franciaországban erre a rendszerre tértek át (Evetovits, 2025). Az EU-ban 2022-ben 21 országban 99–100%-os volt a kötelező biztosítás vagy állami egészségügyi szolgálat által lefedett állandó lakosok aránya; és csak hat posztszocialista országban nem érte el a 99%-os lefedettséget (OECD/European Commission, 2024). A NEAK adatai azt jelzik, hogy Magyarországon 2010 és 2020 között lényegesen növekedett azoknak a száma, akik nem rendelkeztek jogosultsággal az egészségügyi ellátásra (13.4. táblázat). 2020-ban ez kb. 700 ezer embert, a népesség 7%-át, 2024-ben pedig kb. 620 ezer embert, a népesség 6,4%-át jelentette.

13.4. táblázat. Az egészségügyi ellátásra nem jogosultak száma és aránya a népességen belül (ezer fő)

	Népesség	Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak*	Nem jogosultak	A nem jogosultak aránya a népességen belül
2010	9986	9572	414	4,10%
2019	9773	9027	746	7,60%
2020	9770	9066	704	7,20%
2024	9586	8968	618	6,40%

Megjegyzés: */Nem tartalmazza a jogosultságot vásárló külföldieket.
Forrás: NEAK Évkönyvek; 2024: NEAK adatszolgáltatás[598]

A jogosultság hiánya különböző okok miatt következhet be. A külföldre kivándorlók között vannak, akik több éven át nem jelentkeznek ki az egészségbiztosításból (de nem fizetnek járulékot). Sokan vannak olyan tartósan szegények, akik semmilyen legális jövedelemmel nem rendelkeznek (mivel kiestek a szociális ellátásokból, de nem tudtak belépni a munkaerőpiacra) és nem tudják megfizetni a szolgáltatási járulékot. A szociális ellátásokra való jogosultság 2010 utáni radikális szűkítése a leginkább rászorultak számára nehezítheti vagy akadályozhatja meg az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást. Továbbá a jogszabályok 2019-es szigorítása[599]

598 A *NEAK Évkönyvek* 2021-től nem jelentek meg. A 2021-2024-es időszakra vonatkozó adatokat külön adatkérésre kaptam meg, amiért ezúton is köszönetemet fejezem ki a NEAK-nak.

599 2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről

után, ha a biztosítással nem rendelkező egyének sürgősségi ellátásra szorulnak, az ellátást megkapják, de az ellátás költségét meg kell utólag téríteniük.[600] Nem tudjuk azonban, hogy a 600–700 ezer nem biztosított emberből mennyien lehetnek tartósan szegények. 2010 után az egészségügyön kívüli kormányzati intézkedések ellentmondásos hatást gyakoroltak erre a társadalmi csoportra. A munkanélküli ellátás időtartamának a csökkentése 3 hónapra, továbbá a rendszeres szociális segély megszüntetése lényegesen növelhette a számukat. Ugyanakkor ezt részben kompenzálhatta a közmunka program lényeges bővítése 2014 és 2018 között. Azonban 2019 óta a kormányzat jelentősen szűkítette a közmunka programot. A nem biztosított betegekre jellemző, hogy elhalasztják az orvoshoz fordulást vagy a szükséges gyógyszerek megvételét, ezáltal később súlyosabb állapotban kerülhetnek sürgősségi ellátásra, ami a társadalombiztosítás költségeit is megnövelheti (Evetovits, 2025).

A jogosultságnak a fentiekben vázolt szabályozása, továbbá a járulékfizetés elmulasztásának az ellátásból való kizárással vagy az ellátás teljes költségének a megfizettetésével való szankcionálása ellentmond a mindenkire kiterjedő egészségbiztosítás és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való szükségletalapú hozzáférés (Universal Health Coverage)[601] nemzetközi szervezetek által deklarált és a magyar kormányok által is aláírt elvének. A be nem fizetett járulékok behajtása – az adókhoz hasonlóan – a NAV feladata kellene, hogy legyen. Továbbá azt is figyelembe kell venni, hogy az egészségügyi ellátásra fordított közpénzek (E. Alap bevételei) jelentős része adóbevételekből (pl. ÁFA-ból) származik, amit azok is fizetnek, akik valamilyen okból elmulasztották a járulékfizetést.

Elszegényítő és katasztrofális egészségügyi kiadások

A betegek közvetlen egészségügyi kiadásaiból eredő anyagi nehézségeinek a mérésére a WHO két indikátort dolgozott ki (Evetovits, 2025; WHO, 2023):

- Elszegényítő egészségügyi kiadásokat elszenvedő háztartások: azoknak a háztartásoknak a népességen belüli aránya, akiknek a jövedelme az egészségügyi kiadásaik miatt az alapvető szükségletek kielégítéséhez szükséges szint[602] alá kerül. Azokat a háztartások, akik az egészségügyi kiadások bekövetkezte előtt is már ez a szint alatt éltek, a tovább szegényítő kiadásokat elszenvedők kategóriájába sorolják.

600 Az ellátásért befizetett összeg visszaigénylésére még akkor sincs lehetőség, ha az elmaradt járuléktartozást utólagosan rendezte. https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/jogosultsag_az_ellatasra/uj_tbj/uj_tbj_gyik#12

601 A Universal Health Coverage célkitűzés része az ENSZ Fenntartható Fejlődési Céljainak, a Szociális Jogok Európai Pillérének és a WHO 2020-ban elfogadott Európai Programjának (Evetovits, 2025).

602 A módszer minden ország esetében meghatároz az adott országban az alapvető szükségletek (élelmiszer, lakhatás és közüzemi szolgáltatások) kielégítéséhez szükséges jövedelmi szintet.

- Katasztrofális egészségügyi kiadásokat elszenvedő háztartások: azoknak a háztartásoknak a népességen belüli aránya, akiknek az alapvető szükségletek kielégítéséhez szükséges szint felett megmaradó jövedelmük 40%-át meghaladja az egészségügyi kiadásuk. (A katasztrofális kiadások a háztartásokat megterhelik, de nem biztos, hogy elszegényítik.)

Ezekre az indikátorokra elérhető legutóbbi magyar adat 2015-re vonatkozik: a katasztrofális egészségügyi kiadásokat elszenvedő magyar háztartások aránya az ötödik legmagasabb (12%) volt az EU-ban. A lakosság legalacsonyabb jövedelmű ötödét tekintve pedig 44% volt az arányuk. Az elszegényítő (és a szegénységet tovább fokozó) egészségügyi kiadásokat elszenvedő háztartások aránya 5,9% volt; Bulgária után a második legmagasabb az EU-ban (Evetovits, 2025). Az egészségügyi kormányzatnak a probléma iránti érzéketlenségét tükrözi, hogy a 2010-es évek közepe óta nem készültek becslések ezekre az indikátorokra – annak ellenére, hogy a WHO igényelné az adatok folyamatos frissítését.

Ahogy a 12. fejezetben láthattuk, a magyar háztartások közvetlen kiadásainak az összes egészségügyi kiadáson belüli aránya az egyik legmagasabb volt az EU-ban (2019-ben 27,8%, 2023-ban 23,1%). Az előzőekben tárgyalt indikátorok a problémának csak az egyik összetevőjét mutatják: anyagi nehézséget okozhat a tb-szolgáltatásokhoz (gyógyszerekhez, fogászati ellátáshoz) való magas hozzájárulás, a tb-csomagba nem tartozó ellátások (pl. fogászati ellátás) magas árai; továbbá az olyan magánszolgáltatások, amelyek igénybevételére a hosszú várólisták miatt kényszerülhetnek rá a betegek. Nem mutatják azonban a probléma másik összetevőjét: a kielégítetlen szükségletet, azaz azt, hogy a népességnek mekkora része nem jut hozzá az ellátáshoz, amikor szüksége lenne rá. (Ezzel a kérdéssel a 13.4. alfejezet foglalkozik.)

13.3.3. A finanszírozás makrogazdasági és pénzügyi fenntarthatósága

A fenntarthatóság fogalmát két különböző értelemben használjuk: (i) közgazdasági (makrogazdasági) fenntarthatóság; és (ii) pénzügyi (fiskális) fenntarthatóság (Thomson et al., 2009). A makrogazdasági fenntarthatóság[603] akkor áll fenn, ha az egészségügyre fordított kiadások (elsősorban a közkiadások) nagysága nem veszélyezteti a társadalom más szükségleteinek kielégítését és a jövő generációk jólétét. Ebből a nézőpontból egy adott ország nemcsak sokat, hanem keveset is költhet egészségügyre:

603 Elméleti szempontból: az egészségügyi kiadások makrogazdasági szempontból fenntarthatók (növelhetők) addig a szintig, ameddig az egészségügyi ellátás (kiadás) eredménye meghaladja az egészségügyi ráfordítások haszonáldozati költségét.

azaz az egészségügyi kiadások alacsony szintje veszélyeztetheti a társadalom és a jövő generációk egészségi állapotát, jólétét. A 2. fejezet bemutatta, hogy a magyar egészségügyben tartósan ez a probléma érvényesült. Itt csak egyetlen adatra utalok: 2023-ban az egészségügyi közkiadások részesedése az állami költségvetésből 8,2% volt – az EU-ban a legalacsonyabb. A rangsorban a második legalacsonyabb érték (Románia esetében) 11,7%, az EU10-országok átlaga 14,6%, az EU14-átlag pedig 15,3% volt.

A pénzügyi (fiskális) fenntarthatóság akkor érvényesül, ha a kötelező egészségbiztosítás (tb) által vállalt kötelezettségek és a rendszer (adókból és járulékokból származó) bevételei egyensúlyban vannak. A tb által vállalt kötelezettség alatt azt értjük, hogy a tb-jogszabályok alapján milyen szolgáltatások járnak. A magyar egészségügyet lényegében az 1990-es évek közepe óta a pénzügyi fenntarthatóság zavarai jellemzik: az egészségügyi közkiadások nagysága nem elégséges a tb ígérvényeinek (kötelezettségeinek) a teljesítésére.

- A probléma fő megjelenési formája az 1990-es évek második fele és 2005 között az E. Alap hiánya volt, ami elsősorban a munkáltatói járulékkulcsok csökkentése miatti bevételkiesésnek és részben 2007-ig a gyógyszerkiadások nagymértékű növekedésének volt a következménye.
- 1997 és 2002 között az E. Alap hiánya a kiadások 7-11%-a között ingadozott. 2003 és 2005 között drámai mértékűre növekedett: 2003-ban a kiadások 23,2%-a, a másik két évben pedig 23,8%-a volt (azaz a kiadásoknak csak a 76,2%-át fedezték az E. Alap bevételei).
- A Konvergenciaprogram keretében 2006–2007-ben végrehajtott intézkedések (ennek részeként a gyógyszertámogatási rendszer átalakítása) eredményeként az E. Alap egyensúlya helyreállt.
- Ezt követően a kórházak (egyetemi klinikákat is beleértve) permanens, a kormányzat általi évenkénti részleges adósságrendezéseket követően ismételten újratermelődő adósságállománya vált a pénzügyi fenntarthatóság zavarainak a fő megjelenési formájává.
- A kormány által adósságrendezésre fordított összegek növekvő tendenciát mutattak. 2010 és 2015 között évente átlagosan 30,4 Mrd forintot, 2016 és 2023 között évente átlagosan 60,3 Mrd forintot tett ki az adósságrendezés. 2024. elején pedig 104 Mrd forintot (Sinkó, 2024). 2025 január elején már újra 127 Mrd forint volt a kórházak adósságállománya;[604] februárban pedig 96,4 Mrd forintot tett ki az adósságrendezés összege.[605]

604 Nem indul felhőtlenül a 2025-ös év a kórházak számára (2025. 01. 03).

605 Pénzt osztanak szét a kórházak között – Economx.hu (2025. 02. 07).

Elvileg a pénzügyi egyensúly helyreállításának a fő eszközei a következők lehetnek:

- a közkiadások növelése, és/vagy
- a tb szolgáltatáscsomagjának a szűkítése (idetartozik a térítési díjak bevezetése is), és/vagy
- a szolgáltatók hatékonyságának a növelése, és/vagy
- a forrásallokáció (a szolgáltatásokért fizetett díjtételarányok és a költségarányok közötti megfelelőség) javítása.

A kormányok elsősorban a TVK bevezetésével, majd szigorításával az egészségügyi intézményekre hárították át a feszültségeket: a tb-ígérvények és a közkiadások közötti egyensúly hiányát tükrözik a hosszú várólisták és a kórházak évről évre újratermelődő tartozásállománya. A hosszú várólisták azt tükrözik, hogy az egészségügyi intézmények TVK-kerete nem elégséges ahhoz, hogy a hozzájuk forduló betegeknek megfelelő időben adekvát ellátást nyújtsanak. A kórházak folyamatosan újratermelődő adósságállománya pedig azt tükrözi, hogy – számos, a 10. fejezetben vázolt ok együttes hatása miatt – az általuk nyújtott szolgáltatásokért a NEAK-tól származó bevételük nem fedezi a költségeiket.

13.3.4. A pénzügyi források hatékony felhasználása

A hatékonyság fogalmát értelmezhetjük az egészségügyi rendszer egészét, az egészségügyi szolgáltatók szintjét és egy adott szolgáltatást tekintve. A szolgáltatók esetében, a hatékonyság és minőség növelésének fő kérdése: olyan környezet – információ, ösztönzők és intézményi keretek (pl. ellenőrzési rendszerek) – kialakítása, amely a finanszírozót, a szolgáltatókat és a pácienseket egyaránt arra ösztönzi, hogy hatásos (jó minőségű), hatékonyan előállított és a páciensek elvárásaihoz alkalmazkodó szolgáltatásokat vásároljon/nyújtson/vegyen igénybe. A szolgáltatás-finanszírozási módszerek csak az egyik eszközét jelentik a hatékonyság javításának – aminek a hatását a többi tényező (pl. elavult kórházi struktúra stb.) jelentősen ronthatja.

Ahogy az 5. fejezet bemutatta, az 1990-es évek elején a magyar egészségügy irányítói az új szolgáltatás-finanszírozási módszerek kialakításához az angol, a német és az amerikai egészségügyben alkalmazott finanszírozási módszereket vették alapul. Az 1990-es évek elején az új finanszírozási módszerek bevezetésekor az egészségügyi kormányzat három szempontot igyekezett egyszerre érvényesíteni:

- Megmaradjon országos szinten és az egyes ellátások esetében is a zárt költségvetés (azaz az új módszerek is biztosítsák, hogy az OEP kifizetései nem haladják meg az egyes kasszákra a költségvetésben előirányzott összegeket).

- A hatékonyság növelése érdekében az inputalapú finanszírozásról áttérés az output-/szolgáltatásalapú finanszírozásra.
- Az egészségügyi intézmények működőképesek maradjanak (az alacsony hatékonyságúakat ne hozzák kritikus helyzetbe az új finanszírozási módszerek).

Ezeknek a szempontoknak a kompromisszuma következtében rendszeridegen elemeket építettek be a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-ellátás finanszírozási módszereibe, ami jelentősen rontotta a hatékonyságra ösztönző hatásukat (ld. 5. fejezet). Az egészségügyi kormányzatok a 2000-es évek közepéig törekedtek a rendszeridegen elemek kivezetésére. Ezt követően ismét egyre inkább a másik két szempont érvényesült (pl. a TVK 2004-es bevezetésekor).

Az aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozását jelenleg a következő tényezők torzítják:

- A szolgáltatások összességét tekintve a költségektől elmaradó díjtételek.
- A zárt költségvetés intézményi szinten történő meghatározása: korábban a TVK, jelenleg a TÉK (ld. 11. fejezet). Ennek következtében az intézmények szolgáltatásai iránti kereslettől/szükséglettől elszakadhattak/elszakadhatnak a TVK/TÉK-keretek.
- Nem alakították ki a finanszírozási módszerek folyamatos karbantartásának a rendszerét. Ennek következtében a szolgáltatások költségarányaitól elszakadnak a HBCS-súlyszám arányok (és a járóbeteg-pontszámarányok).
- Az amortizáció fedezete nem épült be a finanszírozási módszerekbe.
- A béremelések fedezetét nem építették be a finanszírozási módszerekbe. Ez tovább torzította a HBCS-súlyszámarányokat, ugyanis a HBCS-díjak csak egy kisebb részét fedezik a költségeknek.
- A kórházi tartozások rendezésének a módja nem ösztönzi a kórházak menedzsmentjét a hatékonyabb gazdálkodásra.[606]

A COVID-19 járvány időszakában a NEAK 2020 áprilisától 2023. február 1-jéig felfüggesztette a teljesítményfinanszírozási módszerek alkalmazását, ami egyrészt a szolgáltatások visszaesése miatt indokolható volt, másrészt azonban még inkább visszavetette a teljesítményfinanszírozás javítását célzó törekvéseket. A finanszírozási módszerek folyamatos karbantartásához szükséges (de nem elégséges) feltétel lett volna egy önálló szakmai intézmény (megfelelő szervezeti ágens) kialakítása. Ezt a Semmelweis Terv célul tűzte, de a megvalósítás elmaradt. A teljesítményfinanszírozási módszerek átfogó felülvizsgálata (ennek részeként átfogó költségfelmérés) többször előkerült

606 Az adósságrendezés területén 2025-ben pozitív irányú elmozdulás történt a normatív adósságrendezés felé (Ivády, 2025). Ezzel a 11. fejezet részletesebben foglalkozott.

a kormányzati kommunikációban; sőt egy 2019. decemberében elfogadott kormányhatározatnak is a részét képezte. A COVID-19 járvány ezt azonban levette a napirendről. A teljesítményfinanszírozás fejlesztése 2024-ben ismét napirendre került: létrejött a NEAK Ráfordítási Munkacsoportja (külső szakértők bevonásával), és 2025. január 1-jén 10 kórházban elindult az esetszintű ráfordításgyűjtés (Őri, 2025). Ugyanakkor – ahogy erről a 11. fejezetben már volt szó – az egészségügy irányításának a BM-hez kerülése után felerősödött az inputfinanszírozásra való törekvés is. A kormányzaton belül két ellentétes irányzat figyelhető meg: „*Bázis- vagy teljesítményfinanszírozás – e között a két szikla között ring most a hajónk – így fogalmazott a MEN [Magyarországi Egészségügyi Napok] első napján Pásztélyi Zsolt, a ráfordítás adatgyűjtési projekt szakmai vezetője. Míg a pénzügyekért felelős tárca a teljesítményfinanszírozás mellett voksol, a BM – irányítástechnikai okokból – amellett áll ki, hogy a béreket ne építsék be a HBCS-be, és a bázisfinanszírozás felé való eltolódást pártolná.*"[607]

További probléma, hogy az egészségügyi kormányzatok nem úgy tekintettek a finanszírozási módszerekre, mint egy komplex szabályozási rendszer egyik elemére; nem a minőségügyi és gazdasági szabályozás többi lehetséges eszközével együtt törekedtek az ösztönzőrendszer összehangolt fejlesztésére.

A szolgáltatók finanszírozási módszerei egyszerre (szükségszerűen) rendelkeznek pozitív és negatív ösztönzőkkel. Például a HBCS-módszer alaptípusa a minél több beteg ellátására ösztönöz, ami részben pozitív, de felesleges ellátásra is ösztönözhet. Továbbá ösztönöz a hatékonyságra, ugyanakkor a költségek csökkentése történhet a minőség rovására is. Az, hogy a pozitív vagy negatív ösztönzők érvényesülnek-e jobban, az adott kontextustól, az adott egészségügyi rendszer más jellemzőitől (pl. hatékony minőségügyi rendszer vagy annak a hiánya) is függ. Továbbá a rendszeridegen elemek jelentősen módosíthatják a finanszírozási alaptípusok potenciális ösztönzőit. Ezt példázza a 13.5. táblázat, amely egy leegyszerűsített összehasonlítását adja a magyar egészségügyben (pontosabban csak a háziorvosi a járóbeteg- és a fekvőbeteg-ellátásban) jelenleg alkalmazott módszerek alaptípusai által (elvileg) generált ösztönző hatásoknak és a magyar rendszerben érvényesülő ösztönző hatásoknak.

A háziorvosi indikátorrendszer elveiben a nyugat-európai mintákat követő fontos elem, azonban 2023-ig az összes bevételéhez viszonyított csekély aránya miatt kevéssé érvényesült az ösztönző hatása. 2023-ban az indikátorrendszert jelentősen átalakították, továbbá a fix díjakat (pl. a település típusa vagy a rendelő adottságai alapján járó díjak) jelentősen csökkentették és a finanszírozásnak az indikátorrendszerhez kötött része 3%-ról 11%-ra emelkedett. Pálinkás et al. (2023) értékelése szerint a módosított indikátorrendszer alkalmas a betegek ellátottságának

607 https://hirlevel.egov.hu/42-szam-2025-oktober-20/

13.5. táblázat. Az alapvető finanszírozási módszerek[608] potenciális és a magyar egészségügyben érvényesülő ösztönző hatásai

Szolgáltatás típusa	A finanszírozási alaptípusoknak a szolgáltatókra gyakorolt potenciális ösztönző hatásai*	A finanszírozási módszerek jellemzői a magyar egészségügyben	A magyar rendszerben érvényesülő hatások
Háziorvosi praxis	Súlyozott fejkvóta Prevenció (++) Szolgáltatások mennyisége (––) Költségkontroll** (++)	Súlyozott fejkvóta és indikátorrendszer (pontrendszer).	Nem ösztönöz eléggé sem (a háziorvos szintjén indokolt) befejezett ellátásra, sem a betegút menedzselésére. Költségkontroll (++)
Járóbeteg-szakellátás	Szolgáltatásonkénti díjtételek (Fee-for-service). Prevenció (+/–) Szolgáltatások mennyisége (++) Költségkontroll (––)	Szolgáltatásonkénti díjtételek („német pontrendszer"). A pontok aránya nem tükrözi a költségarányokat. TÉK; a béremelés fedezete nincs beépítve a pontokba.	Nem ösztönöz sem az outputnak (szolgáltatások mennyiségének) a növelésére, sem a minőségre. Költségkontroll (+++)
Aktív fekvőbeteg-ellátás	Esetalapú (DRG) Prevenció (+/–) Ellátott esetek mennyisége (++) Költségkontroll (++)	HBCS: Esetalapú díjtétel. A HBCS-súlyszámok aránya nem tükrözi a költségarányokat. TÉK; a béremelés fedezete nincs beépítve a HBCS- súlyszámokba.	Nem ösztönöz sem az outputnak (az ellátott eseteknek) a növelésére, sem a minőségre. Költségkontroll (+++)
Krónikus fekvőbeteg-ellátás	Napidíj Prevenció (+/–) Ápolási napok mennyisége (++) Költségkontroll (++)	Ápolási napra vonatkozó díjtétel. TÉK; a béremelés fedezete nincs beépítve a napidíjba.	Nem ösztönöz sem az outputnak (az ellátott eseteknek) a növelésére, sem a minőségre. Költségkontroll (+++)

Megjegyzés: */(Langenbrunner et al., 2005) alapján. A (++) jel erős ösztönző hatást; a (+/–) semleges; a (––) pedig az ösztönző hatás hiányát (illetve ellenösztönzést) jelenti.
**/A költségkontroll arra vonatkozik, hogy a szolgáltató törekszik-e kontrollálni/csökkenteni az egy esetre jutó költségeket.

608 Ezeknek a jellemzőit az 5. fejezet röviden vázolta. A magyarországi bevezetésükkel részletesebben foglalkozik: Orosz, 2001.

monitorozására, azonban az indikátorok sok esetben csak a praxisok kedvező adottságait tükrözik és alulértékelik a kedvezőtlen helyzetű praxisok teljesítményét.

Az 1990-es évek közepén a magyar egészségügy az élenjárók között volt a DRG-típusú finanszírozási módszerek bevezetésében. Az elmúlt évtizedekre ez már nem mondható el és a nemzetközi trendekkel inkább ellentétes volt a helyzet: elmaradt a rendszerek karbantartása és felerősödtek az inputalapú finanszírozásra való teljes vagy részleges visszatérést célzó törekvések. Az OECD és az EU-országokban a 2000-es évek elején az a probléma került a figyelem középpontjába, hogy a finanszírozási módszerek nem veszik figyelembe a nyújtott szolgáltatások minőségét. Az elmúlt két évtizedben számos kísérlet zajlott a szolgáltatások minőségéhez kötődő elemek (indikátorok) beépítésére a szolgáltatók/szolgáltatások finanszírozásba (OECD, 2010; Cashin et al., 2014). A teljesítményt/minőséget figyelembevevő módszerek[609] a jelenlegi gyakorlatban alkalmazott finanszírozási módszereknek nem új módszerrel való felváltását jelentik, hanem kiegészítését meghatározott minőségi célokhoz (minőségi indikátorokhoz[610]) kötött többlet-finanszírozással. Például a célok elérése esetén a szolgáltatásért fizetett díj megemelését néhány százalékkal. Az így elérhető többletbevétel általában kis százaléka az összes finanszírozásnak. A tapasztalatok azt mutatták, hogy *„[…] a P4P egyik programban sem vezetett »áttöréshez« a teljesítményjavulásban. A legtöbb program azonban hozzájárult az egészségügyi rendszer célkitűzéseire való nagyobb összpontosításhoz, az információk jobb előállításához és felhasználásához, a jobb elszámoltathatósághoz, és egyes esetekben a szolgáltatásvásárlók és szolgáltatók közötti produktívabb párbeszédhez”* (Cashin et al., 2014. 83). A másik törekvés pedig olyan módosítások kialakítása volt, hogy a finanszírozás módja ösztönözzön a krónikus betegek ellátásában a szolgáltatók közötti koordinációra. Például a szolgáltatók egy ellátási folyamat során nyújtott több szolgáltatásért együttesen, egy tételben kapnak díjazást (Struckmann, V. et al., 2016).

Magyarországon is jelen vannak hasonló koncepciók a szakmai körökben.[611] Például a NEAK akkori főigazgatója által egy 2024 júniusában tartott konferencián[612]

609 Angolul: *pay-for-performance* (P4P) vagy *pay-for-quality* (P4Q)

610 Minőségi cél és indikátor kötődhet a struktúrához, folyamathoz, eredményhez *(outcome)*; vagy ezeknek valamilyen kombinációjához.

611 A Neumann János Számítógép-tudományi Társaság Orvos-biológiai Szakosztálya, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete és a Magyar Egészség-gazdasági Társaság 2018 áprilisában tartott tudományos rendezvényén átfogóan értékelték a magyar teljesítményfinanszírozási rendszer helyzetét és a továbbfejlesztés feladataként – többek között – *a fejkvóta alapú forrásallokáció irányába, a minőség és a finanszírozás összekapcsolásával*

612 XVIII. IME EGÉSZSÉGPOLITIKA ÉS EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK KONFERENCIA (2024. 06. 12).

vázolt finanszírozási célmodell elemeiként – többek között – szerepeltek a „Kiegészítő díjazás az elért eredmény, minőség elismerésére" és „Kötegelési technika alkalmazása, ellátás-szervezési erő bekapcsolása" (Kiss, 2024) elképzelések. Azonban a gyakorlatra ezeknek az elképzeléseknek eddig még nem volt hatása.

13.4. A szolgáltatási szektor átalakulásának kritikus pontjai

A szolgáltatási szektort tekintve, az egészségügyi rendszer akkor nyújt jó teljesítményt, ha az egyének időben hozzáférnek a szükségleteiket, fogyasztói igényeiket kielégítő,[613] jó minőségű szolgáltatásokhoz; esélyegyenlőség érvényesül a hozzáférésben és minőségben; továbbá az egészségügyi rendszer működése egyénközpontú (betegközpontú).

Ehhez *a szolgáltatói szektorban* a következőknek kell érvényesülniük:

- A szolgáltatói intézményhálózat kapacitásai (humán erőforrások, infrastruktúra, technológia) összességében (az ország egészét tekintve) elégségesek, megfelelőek a társadalom szükségleteinek a kielégítéséhez (mennyiségében, minőségében, struktúrájában és területi elhelyezkedésében).
- Az ellátórendszer intézményi struktúrája (háziorvosi ellátás, kórházhálózat stb.) és működési folyamatai (pl. alapellátás és kórházi ellátás közötti koordináció, a szolgáltatók attitűdje, kommunikációja stb.) igazodnak a betegek szükségleteihez.
- A szolgáltatók hatékonyan használják fel a rendelkezésre álló erőforrásokat.

A fejezet a szolgáltatási szektor három alapvető fontosságú kérdésére koncentrál: az egészségügy kapacitásaiban és a kórházak működtetésében bekövetkezett változásokra, továbbá az ellátás koordinációjára/integrációjára irányuló törekvésekre. A fejezet utolsó része pedig az ellátáshoz való hozzáférésnek és a szolgáltatások minőségének néhány jellemzőjét foglalja össze.

A szolgáltatások minőségének alapvető tényezőit jelentik az egyes szakterületek technológiai, orvosszakmai jellemzői. Ez a kérdéskör nem képezi a könyv tárgyát. Az elmúlt évtizedekben történt fejlődésről és a jelenlegi problémákról részletes képet

613 A reagálóképességnek általában két fő összetevőjét különböztetik meg: az egyik az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának azon elemeit foglalja magában, amelyek elsősorban a *személyiség integritása* szempontjából (emberi méltóság, autonómia, titoktartás stb.), a másik összetevő azokat az elemeket, amelyek elsősorban *fogyasztói elvárások kielégítése* szempontjából fontosak (szabad orvosválasztás, várakozási idő, hotelszolgáltatások minősége stb.

nyújt az MTA Orvosi Tudományok Osztálya által összeállított két tanulmánykötet (Kosztolányi és Csiba, 2019; Ádám és Csiba, 2022), amely 53 szakterület helyzetét (diagnosztikai-gyógyítási színvonalát) és problémáit tekinti át, továbbá a problémákra megoldási javaslatokat is tartalmaz.

13.4.1. Az egészségügy kapacitásainak főbb problémái

Az adatok, a médiában nap mint nap nyilvánosságra kerülő esetek, a lakosság véleményére, tapasztalatára vonatkozó felmérések egyaránt jelzik, hogy az egészségügyi rendszer egyik alapvető problémája: a súlyos diszkrepancia a szükségletek/fogyasztói igények és a szolgáltatásoknak a hozzáférhetősége és minősége között; valamint a hozzáférés és a minőség területi és társadalmi egyenlőtlenségei. Ennek a szolgáltatási szektorban jelentkező okai: a kapacitásoknak, a szolgáltató intézmények strukturális jellemzőinek és a szolgáltatásnyújtás módjának (folyamatának) a problémái.

Az egészségügyi rendszer egészét tekintve, a rendszer kapacitásait egy adott időszakban rendelkezésre álló humán, infrastrukturális és technológiai feltételek jelentik: az egészségügyi dolgozók száma, szakmastruktúrája, felkészültsége; az infrastruktúra állapota (az egészségügyi intézmények mennyiségi jellemzői, területi elhelyezkedése, az orvostechnológia színvonala, az intézmények felszereltsége stb.). Az elégséges kapacitás önmagában még nem biztosítja, hogy a betegek hozzájussanak a megfelelő szolgáltatásokhoz – ugyanis lehetséges, hogy a kapacitások megfelelő működtetéséhez nem állnak rendelkezésre elégséges pénzügyi források. Összességében elégséges kapacitások esetén is hiányhelyzetek, ellátási feszültségek keletkezhetnek – ha a szolgáltató intézmények területi elhelyezkedése, szakmai struktúrája, az ellátás koordinációja, továbbá a szolgáltatások finanszírozása által generált ösztönzők nem megfelelőek.

Az orvosoknak és az egészségügyi dolgozóknak alapvető a szerepe a betegek ellátásában és az egészségügyi rendszer működésében, valamint a reformok megvalósításában is. Hiába állnak rendelkezésre infrastrukturális, technológiai kapacitások, ha nincs elégséges munkaerő, akkor kihasználatlanul maradnak a kapacitások. Motiválatlan, elégedetlen egészségügyi munkaerő esetén kisebb teljesítmény érhető el a rendelkezésre álló pénzügyi erőforrásokból. Ha nincs elégséges támogatása egy reformelképzelésnek és részvételi hajlandóság az orvosok, egészségügyi dolgozók jelentős részétől, be lehet vezetni az adott szervezeti változást, de nem fogja hozni a remélt (más országokban esetleg tapasztalható) eredményeket. Mindezek miatt az egészségügyi rendszer jó teljesítményének szükséges (de nem elégséges) feltétele: az orvosoknak és egészségügyi szakdolgozóknak az anyagi és erkölcsi megbecsülése, megfelelő munkakörülmények biztosítása, továbbá partnerként tekintésük az

egészségügy átalakításában. Ennek nem mond ellent, hogy egyes esetekben az orvosoknak és egészségügyi szakdolgozóknak egy része, illetve a szervezeteik a szakmailag megalapozott reformtörekvéseknek is az ellenzői is lehetnek. Az egészségügyi szakigazgatással szembeni kihívás, hogy megtalálja azokat az eszközöket, ösztönzőket, amelyekkel elégséges támogatást tud teremteni a javaslataihoz. Az 1980-as évek végétől tekintve, nem volt olyan időszak, amikor az egészségügyi rendszer egészére ezek a feltételek együttesen jelen lettek volna. (Ennek nem mond ellent, hogy lehettek olyan intézmények (kórházak, szakrendelők, ahol a vezetésnek sikerült ehhez közeli állapotot elérnie.)

A rendszerváltáskor (az 1980-as évek végén) a következők voltak a kapacitások alapvető jellemzői (kritikus pontjai):

- Relatíve sok orvos és kevés szakdolgozó.
- Elavult, széttagolt kórházhálózat, az adott technológiához és a szükségletekhez viszonyítva felesleges kapacitások (sok kórház és sok kórházi ágy).
- Területi egyenlőtlenségek a kapacitások eloszlásában.
- A szűk keresztmetszetet a technológia színvonala jelentette.
- A kapacitások működtetéshez nem állt rendelkezésre elégséges pénzügyi erőforrás.

Ahogy a 3. fejezetben vázoltam, az államszocialista rendszerben az egészségügyi ágazat teljesítményét elsősorban az orvosok és kórházi ágyak számában mérték, továbbá a kapacitások extenzív növelésével igyekeztek a feszültségeket csökkenteni. Miközben az orvosok és kórházi ágyak száma 1990-ig folyamatosan emelkedett, az egészségügy tartósan alulfinanszírozott volt. Ez azt eredményezte, hogy egyrészt párhuzamos, felesleges kórházi kapacitások alakultak ki, másrészt egyre jobban nőtt a rés a meglévő kapacitások megfelelő működtetéséhez szükséges források és a rendszer működésére ténylegesen rendelkezésre álló források között. Ennek következtében az orvosok és az egészségügyi személyzet fizetése nagyon alacsony maradt. Továbbá krónikus hiány volt a megfelelő minőségű szolgáltatásokban, a szolgáltatásokhoz közvetlenül kötődő tárgyi feltételekben (műszerekben, gyógyszerben stb.), amin nem segített, hogy országos szinten orvosból és kórházi ágyból nem volt hiány. A felújítások elmaradása miatt az infrastruktúra állapota romlott és az egészségügyi technika színvonala számos területen jelentősen elmaradt a fejlett országokéhoz képest. Az egészségügy alulfinanszírozása mellett a szocialista tervgazdaságra jellemző importkorlátozások is hozzájárultak ehhez.

Az 1990-es évek eleje óta eltelt évtizedekben jelentős átalakulások mentek végbe a kapacitásokban.

- Számottevő technológiai fejlődés ment végbe a magyar egészségügyben, beleértve az egészségügyi szolgáltatók és a lakosság számára elérhető gyógyszerválasztékot is.
- Az EU-s forrásoknak köszönhetően (elsősorban a fővároson kívül) jelentős fejlesztések történtek az egészségügy infrastruktúrájában, továbbá az egészségügy digitalizációjában is.
- A kórházi ágyak száma jelentősen csökkent.
- Ugyanakkor elmaradt a kórházi szektor szervezeti modernizálása: a szükségleteknek és technológiai feltételeknek megfelelő kórházhálózatok (regionális/területi és szakmai struktúra) kialakítása.
- Az elmúlt évtizedek demográfiai, technológiai és társadalmi változásai jelentősen növelték az egészségügyi munkaerő iránti keresletet. Ezzel – a későbbiekben vázolt okok miatt – nem tartott lépést a munkaerő-kínálat. A 2000-es évek elejétől a kapacitások kritikus pontját a humánerőforrás-hiány jelenti.

Az egészségügyi munkaerőhiány nem magyar sajátosság, már az ezredforduló után jelen volt a fejlett nyugat-európai országokban is: „*A problémák sora: az egyes szakmák súlyos hiánya, a munkaerő növekvő migrációja, egyenlőtlen eloszlása (területi, nemek közötti, szakmák és intézmények közötti), a munkaerő minőségi jellemzőiben mutatkozó aránytalanságok (alulképzettség, nem a munkakörnek megfelelő képzettség, stb.) aláássa az egészségügyi rendszerek képességét abban, hogy hatékony válaszokat adjanak a kihívásokra*" (Rechel, 2006. 1).

A 2020-as évek közepén a magyar egészségügy munkaerőhelyzetét komplex válság jellemzi, aminek a legfontosabb tényezői:

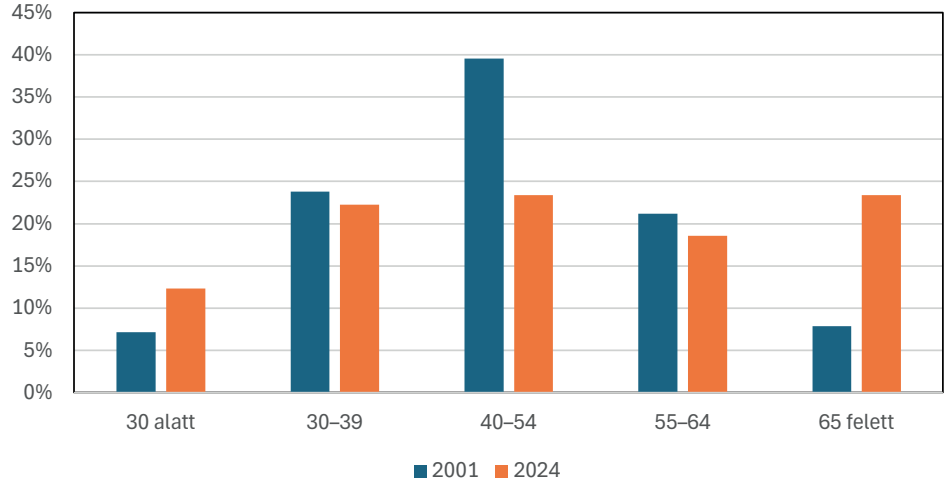
- Mennyiségi és strukturális hiány. Országos szinten, összességében nem elégséges az orvosok és szakdolgozók száma. A hiány különböző mértékű az egyes szakmákban; továbbá jelentősek a területi aránytalanságok is.
- A szakdolgozóhiány mértéke a súlyosabb, aminek következtében rendkívül kedvezőtlen az orvos-szakdolgozó arány.
- Kedvezőtlen az egészségügyi dolgozók demográfiai szerkezete (13.1. ábra). A 40–54 éves korosztályok aránya 40%-ról 23%-ra csökkent. (Az abszolút számokban is 23%-os csökkenés következett be.) Ugyanakkor a 65 év felettiek aránya 8%-ról 23%-ra növekedett. Sok orvos és ápoló nyugdíj mellett dolgozik.
- A munkaerőhiány miatt a kórházakban dolgozó ápolók túlterheltek, ami hozzájárulhat a kiégéshez és a pálya elhagyásához vezethet.
- A szakdolgozói utánpótlás nem biztosított. Az ápolói pálya presztízse jelentősen csökkent. Az ápolóképzésre sok helyen nincs elegendő jelentkező, vagy a végzés előtt otthagyják a képzést.

Az orvosok és szakdolgozók tágabb értelemben vett munkakörülményeit tovább rontotta a szolgálati jogviszony bevezetése, ami – bizonyos nézőpontból – a kormány részéről az erkölcsi megbecsülésük hiányát mutatta.

A humánerőforrás krízishez a következő tényezők együttes hatása vezetett:

- A közszektor tartós alulfinanszírozottsága ennek következtében a kedvezőtlen munkakörülmények, az alacsony szakdolgozói bérek és 2021-ig az alacsony orvosbérek.
- Az EU-csatlakozásunk óta a fejlett EU-országokból jelentkező munkaerő-elszívó hatás.
- A 2010-es évek eleje óta a magánszektor növekvő munkaerő-elszívó hatása.
- A szakdolgozók jelentős mértékű pályaelhagyása Az egészségügyi dolgozók esetében a nemzetgazdaság más ágazati is alternatívát jelentenek.
- Az ellátórendszer strukturális problémái. (Ha kevesebb kórház lenne, akkor az intézményekben kisebb lehetne a hiány.)

13.1. ábra. A dolgozó orvosok számának megoszlása korcsoportok szerint



A kritikus munkaerőhelyzetet mutatja, hogy a Direkt36 elemzése szerint 2020 eleje és 2025 júniusa között több mint 770 esetben zártak be átmenetileg kórházi osztályokat és a bezárások harmada azért történt, mert nem volt elég orvos vagy ápoló.[614]

614 https://www.direkt36.hu/ennyire-reszletesen-meg-soha-nem-latszott-hogyan-epul-le-a-magyar-egeszsegugy-kiverzo-korhazak-i/ (2025. 06. 18).

A munkaerőhiány mértékét több szempontból is megközelíthetjük. A hazai statisztikák egyik indikátora a betöltetlen álláshelyek száma. A nemzetgazdaság egészét tekintve, 2024-ben az egészségügyi és szociális ellátásban volt a legmagasabb a betöltetlen álláshelyek aránya. Ez 3,9%-ot, kb. 9000 üres álláshelyet jelentett.[615] A betöltetlen álláshelyek azonban nem tükrözik megfelelően, hogy a szükségletekhez, az intézmények megfelelő működéshez képest mekkora a munkaerőhiány. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara akkori elnöke szerint: *„A helyzet súlyát mutatja, hogy az ápolói létszámhiány már a negyvenezer főt is meghaladja ahhoz a helyzethez képest, hogy ha elérnénk az OECD-átlagot"* (Balogh, 2025).

A humánerőforrás-krízis egyik oka a közszektor által fizetett munkajövedelmeknek[616] a tartósan alacsony, a nemzetgazdasági átlagtól jelentősen elmaradó szintje volt (13.6. táblázat). A munkajövedelmek így sem az anyagi és erkölcsi elismerés, sem a teljesítményösztönzés funkciójukat nem töltötték be. Az 1990-es évek közepén az egészségügyi szektorban a havi munkajövedelmek a nemzetgazdasági átlag 83%-át, az orvosok bérei a 138%-át, a szakdolgozói bérek pedig a 77%-át tették ki (Orosz, 2001).

A 2000-es évek eleje óta számos kisebb feszültségenyhítő (tűzoltó jellegű) béremelésre került sor az orvosok és a szakdolgozók esetében is. Két válsághelyzet pedig nagyobb mértékű béremelést is kikényszerített. Az első a 2002–2003-as közalkalmazotti béremelés volt, ami a szakdolgozókra és az orvosokra is kiterjedt. Ennek a hatása az infláció és a 2008-as gazdasági válság miatt csak átmeneti volt. A 2010-es évek közepétől az egészségügyi dolgozók jövedelmének a nemzetgazdasági átlaghoz viszonyított szintje javult, de ez nem volt elég a munkaerőhelyzet javításához. 2020-ban az orvosbérek radikális emelésére vonatkozó kormányzati döntést a COVID-19 járvány második hullámának a kitörése (2020 szeptemberében) idézte elő. Ugyanis fennállt annak a veszélye, hogy felgyorsulhat az orvosok elvándorlása, ami veszélyeztette volna a járvány elleni védekezést. A kényszerhelyzetben a kormány elfogadta a MOK (már a járvány előtt kidolgozott) javaslatát és az új bértábla alapján három lépcsőben (2021-ben, 2022-ben és 2023-ban) több mint kétszeresére emelkedtek az orvosok bérei. A szakdolgozók a 2020-as évek elején több lépésben megvalósuló béremelésének a mértéke ettől lényegesen elmaradt (aminek következtében jelentős feszültség alakult ki az orvosok és szakdolgozók között).

615 Vajon meddig bírja még a rendszer? Elvérzik az egészségügy és az ipar – Economx.hu (2025. 06. 18).

616 A 12. fejezet részletesen foglalkozott a formális szektorban keletkező jövedelmek mellett létező informális jövedelmekkel, a hálapénz jelenségével.

13.6. táblázat. A havi bruttó átlagkeresetek alakulása az egészségügyben, 2000–2024

	Orvosok	Szak-dolgozók	Eü összesen	Nemzet-gazdaság*	orvos	szak-dolgozó	Eü összesen
	Ezer Ft				Nemzetgazdaság átlaga =100		
1995**					138	77	83
2000			75,1	91,8			82%
2003			144	142,9			101%
2005			160,8	166,7			96%
2010			1841	216			85%
2010	338	171	176	203	167%	84%	87%
2015	494	215	221	261	189%	82%	85%
2018	710	327	332	342	208%	96%	97%
2022	1536	552	711	511	301%	108%	139%
2023	1726	651	783	581	297%	112%	135%
2024	1731	739	891	657	263%	112%	136%
2024/ 2010	5,1	4,3	5,1	3,2			

Megjegyzés: Teljes munkaidőben alkalmazásban állók adatai.
Forrás: */KSH; orvosok, szakdolgozók 2010–2018: ÁEEK(2019); 2022–2024: KSH617; **/(Orosz, 2001. 233).

Az orvosbérek és a nemzetgazdasági átlag közötti 2022-ben háromszoros arány nemzetközi összehasonlításban is jónak tekinthető.[618] 2022-ben az EU-országok közül (a havi fizetést kapó orvosok esetében) csak Németországban, Írországban

617 A KSH 2022–24-es adatai december hónapra vonatkoznak. A KSH által közölt adatok és az OKFŐ (2025) *Beszámoló az ágazati humánerőforrás 2024. évi helyzetéről* kiadványban közölt adatok között a szakdolgozók adatai között minimális, az orvosok esetében azonban jelentős az eltérés. Ezt csak részben magyarázza, hogy a KSH adatok nem tartalmazzák a vezetők adatait. (Ezek külön kategóriát képeznek a KSH kiadványban).
https://www.ksh.hu/kiadvanyok/helyzetkep/2024/#/kiadvany/egeszsegugy/a-teljes-munkaidoben-alkalmazasban-allok-havi-brutto-atlagkeresete-az-egeszsegugyi-foglalkozasuak-koreben
https://www.ksh.hu/stadat_files/mun/hu/mun0183.html

618 Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a magyar orvosbérek ne maradnának még mindig el például a német bérektől – de a megfelelő összehasonlítást az országok nemzetgazdasági átlagához való viszonyítás jelenti.

és Hollandiában haladta meg ez az arány a háromszoros értéket (OECD, 2024c). A 2024-es adatok azonban azt mutatják, hogy a nemzetgazdasági átlaghoz viszonyított pozíció romlott: 2024-ben az orvosok munkajövedelme a nemzetgazdasági átlagnak a 2,6-szerese volt, szemben a 2022-es háromszoros értékkel.

A *PricewaterhouseCoopers* (PwC, 2023) által a BM megbízásából – a hálapénz kivezetésének hatásairól – készített tanulmány szerint az orvosok nagy többségének a közszektorból származó jövedelmét tekintve a béremelés a hálapénz kivezetését is figyelembe véve jelentős pótlólagos jövedelmet jelentett. A felmérésben részt vevő orvosok 88%-ának növekedett (67%-ának pedig többszázezer forinttal növekedett), és csupán az orvosoknak 4%-ának csökkent a közszektorból származó nettó jövedelme. Ugyanakkor a PwC (2023) felmérése szerint: *„Az egészségügyi dolgozók többsége egyetért abban, hogy a reform közvetlenül nem járult hozzá a közfinanszírozott ellátórendszer mint munkahely vonzerejének növekedéséhez, sőt az orvosok 45%-a, a szakdolgozók több mint 60%-a becsüli úgy, hogy kevesebben választják majd munkahelyként. Ennek legfőbb okának az orvosok és szakdolgozók esetében is a túlterheltség, míg második helyen az orvosok esetében a kiszámíthatatlan szabályozási környezet, szakdolgozók esetében a nem elegendő fizetés szerepel”* (PwC, 2023. 96).

A béremelés hatásait befolyásolta, hogy a kormány összekapcsolta két további intézkedéssel: a hálapénz betiltásával és a szolgálati jogviszony bevezetésével; továbbá, hogy a bérek nagyságát nem befolyásolja az egyes orvosok teljesítménye. Mindezeknek, továbbá a magánszektor munkaerő-elszívó hatásának az együttes következményeként csökkent az ösztönzés arra, hogy az orvosok a közintézményekben minél több beteget lássanak el. Ehhez hozzájárult az is, hogy a teljesítményfinanszírozás átmeneti (2020 áprilisa és 2023 februárja közötti) felfüggesztésének a következtében az intézmények menedzsmentje sem volt érdekelt a minél több beteg ellátásában (a várólisták csökkentésében). Ahogy a 11. fejezetben már volt szó róla, az egészségügyi közintézmények betegforgalma még 2025-ben sem állt vissza a COVID-19 járvány előtti szintre.

13.4.2. A magyar egészségügy munkaerő és kórházi kapacitásai nemzetközi összehasonlításban

A nemzetközi összehasonlítások egy lehetséges, releváns megközelítést jelentenek a munkaerőhiány jellemzőinek, méreteinek az elemzéséhez. Az összehasonlításhoz azt is figyelembe kell venni, hogy a nálunk sokkal jobb helyzetben lévő országok is munkaerőhiányról beszélnek.

A magyar adatokat az EU14-adatokkal szerettem volna összehasonlítani az elmúlt 2 évtizedre vonatkozóan. Azonban számos ország csak rövidebb időtávra szolgáltat adatokat a vizsgált indikátorokra az Eurostatnak és az OECD-nek (vagy nem is szolgáltat ezekre az indikátorokra adatot). Továbbá az adatokat kellő óvatossággal kell kezelni, mert az összehasonlíthatóságukat befolyásolhatják az egészségügyi rendszerek strukturális jellemzőiben megfigyelhető jelentős eltérések.[619] Az adatok elérhetőségének a korlátai miatt az EU14-országok közül csak 7–9 ország átlaga szolgált az összehasonlítás alapjául.

Az orvosok és ápolók[620] számát tekintve a legfontosabb trendek a következők voltak (13.7. táblázat):

- Magyarországon a tízezer lakosra jutó orvosok száma 1995-ben 21%-kal magasabb volt, mint az EU8-átlag és 10%-kal, mint a cseh érték. 2023-ban már 18%-kal alacsonyabb volt az EU8 szintjénél és 14%-kal a csehországi adatnál is. (Továbbá 2022-ben 17%-kal alacsonyabb volt az EU27-átlagnál is.)
- Magyarországon a tízezer lakosra jutó ápolók száma 1995 és 2015 között kismértékben növekedett, utána azonban csökkent. Az EU8-országokban folyamatos volt a növekedés. A tízezer lakosra jutó ápolók száma már 2005-ben is csak az EU8 szintjének a 64%-át érte el, 2023-ra pedig 45%-ra csökkent. A csehországi szintnek is csak az 57%-át érte el.
- Ezeknek a trendeknek a következtében a már 2005-ben is kedvezőtlen ápoló-orvos arány tovább romlott. 2023-ban Magyarországon 1,2 ápoló jutott egy orvosra, míg ez az arány közel kétszeres volt az EU8-országokban és Csehországban is 1,9 volt.
- Az EU27-adatokat tekintve 2023-ban a magyarországi tízezer lakosra jutó orvosok száma (36,2) a hatodik legalacsonyabb volt az EU-ban; de elérte az EU27-átlagot. Ezzel szemben a tízezer lakosra jutó ápolók száma az EU27 átlagának csak a 44,3%-át érte el. Az EU27-átlag: 101,7; a magyar adat pedig 45,1 volt; a hatodik legalacsonyabb az EU-ban.

A kórházi kapacitásokat tekintve a legfontosabb trendek a következők voltak (13.8. és 13.9. táblázat):

- A kórházak munkaerőhelyzete nemzetközi összehasonlításban még kedvezőtlenebb, mint az általános munkaerőhelyzet (13.8. táblázat). 2006-ban a magyar

619 Például eltérő mértékű lehet, hogy az orvosok milyen arányban alkalmazottak, és mennyire jellemző, hogy vállalkozóként szerződnek a kórházzal.

620 A nemzetközi statisztikákban szereplő *nurses* kategória csak a szakképzett (minimum középfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező) ápolókat foglalja magába. A fejezetben szereplő adatokban is csak a szakképzett ápolók szerepelnek.

kórházakban alkalmazott a tízezer lakosra jutó orvosok száma az EU6-országok átlagának 77%-át, a csehországi szint 74%-át érte el, 2023-ban pedig már csak 66%-át, illetve 63%-át.

- Az orvosokénál is kedvezőtlenebb a helyzet a kórházakban dolgozó ápolók esetében. 2006-ban a magyar kórházakban alkalmazott tízezer lakosra jutó ápolók és szülésznők száma az EU6-országok átlagának 53%-át, a csehországi szint 55%-át érte el, 2023-ban pedig már csak 41%-át, illetve 47%-át.
- A kórházi ágyak számát tekintve a magyar trendek hasonlóak voltak a fejlett EU-országokra jellemző trendekhez: csökkent a kórházi ágyak száma. A csökkenés mértéke az összes kórházi ágyat tekintve kisebb volt, mint az EU9-országokban. A tízezer lakosra jutó kórházi ágyak száma 2023-ban 54%-kal magasabb volt, mint az EU9-országok átlaga (13.9. táblázat).

13.7. táblázat. Tízezer lakosra jutó orvosok és ápolók száma

		1995	2000	2005	2010	2015	2019	2023	2023/2005
Orvosok száma tízezer lakosra	HU	32,0	28,2	28,9	29,6	31,4	35,2	36,2	125%
	EU8	26,4	28,6	31,6	34,9	37,8	40,8	44,0	139%
	CZ	29,1	32,5	34,2	35,4		40,7	42,2	123%
	HU/EU8	121%	99%	92%	85%	83%	86%	82%	
	HU/CZ	110%	87%	85%	84%		87%	86%	
Ápolók száma tízezer lakosra	HU	44,8	39,7	46,5	48,7	50,0	42,5	45,1	97%
	EU8			73,2	80,9	87,9	98,6	99,1	135%
	CZ		73,2	77,8	79,6	79,3	80,7	79,2	102%
	HU/EU8			64%	60%	57%	43%	45%	
	HU/CZ		54%	60%	61%	63%	53%	57%	
Egy orvosra jutó ápolók száma	HU	1,4	1,4	1,6	1,6	1,6	1,2	1,2	77%
	EU8			2,3	2,3	2,3	2,4	2,3	97%
	CZ		2,3	2,3	2,3		2,0	1,9	83%
	HU/EU8			69%	71%	68%	50%	55%	
	HU/CZ		62%	71%	73%		61%	66%	

Forrás: Eurostat. EU8: Ausztria, Belgium, Dánia, Finnország, Németország, Olaszország, Spanyolország, Svédország

13.8. táblázat. Tízezer lakosra jutó, a kórházakban foglalkoztatott orvosok és ápolók száma

		2006	2010	2015	2019	2023	2023/2006
Kórházakban foglalkoztatottak száma – tízezer lakosra jutó	E6	157	165	165	167	179	115%
	HU	103	99	107	107	95	92%
	CZ	131	135	138	151	163	124%
	HU/E6	65,6%	60,0%	64,6%	63,9%	52,8%	
	HU/CZ	78,3%	73,6%	77,2%	70,5%	58,2%	
Kórházakban alkalmazott orvosok – tízezer lakosra jutó	E6	19,2	20,8	22,4	23,9	25,7	134%
	HU	14,7	17,7	20,1	20,3	16,9	115%
	CZ	19,9	20,6	22,2	25,2	26,8	135%
	HU/E6	76,6%	85,2%	89,7%	84,8%	65,7%	
	HU/CZ	73,9%	85,9%	90,5%	80,6%	63,1%	
Kórházakban alkalmazott ápolók és szülésznők – tízezer lakosra jutó	EU6	55,6	57,8	58,0	60,0	61,6	111%
	HU	29,7	26,5	29,6	30	25,4	86%
	CZ	53,9	54,2	52,1	54	54,6	101%
	HU/EU6	53,4%	45,8%	51,0%	50,0%	41,2%	
	HU/CZ	55,1%	48,9%	56,8%	55,6%	46,5%	
Orvosok aránya a kórházi munkaerőn belül (százalék)	EU6	12,5	12,9	13,8	14,4	14,5	115%
	HU	14,3	17,9	18,9	19,1	17,8	124%
	CZ	15,2	15,3	16,1	16,7	16,5	108%
	HU/EU6	114%	139%	137%	132%	123%	
	HU/CZ	94%	117%	117%	114%	108%	
Ápolók és szülésznők aránya a kórházi munkaerőn belül (százalék)	EU6	36,6	36,3	36,0	36,7	35,1	96%
	HU	28,9	26,7	27,7	28,2	26,8	93%
	CZ	41,1	40,2	37,7	35,8	33,5	81%
	HU/EU6	79%	74%	77%	77%	76%	
	HU/CZ	70%	66%	74%	79%	80%	

Forrás: OECD Data Explorer

13.9. táblázat. A kórházi ellátás alapvető indikátorai nemzetközi összehasonlításban

		2000	2010	2019	2023	2023/2000
Kórházi ágyak tízezer lakosra	HU	82	72	70	65	80%
	EU9	59	52	45	42	72%
	HU/EU9	138%	139%	153%	154%	
Száz lakosra jutó elbocsátott beteg	HU	23,6	20,6	18,5	15,8	67%
	EU9	17,9	17,7	16,1	14,6	82%
	HU/EU9	131%	117%	115%	108%	
Aktív ellátás: Kórházi ágyak tízezer lakosra	HU	62	45	42	41	66%
	EU9	49	41	37	35	71%
	HU/EU9	125%	109%	114%	117%	
Száz lakosra jutó elbocsátott beteg (aktív ellátás)	HU	21,8	17,9	16,2	14,2	65%
	EU9	17,2	17,0	15,4	14,0	81%
	HU/EU9	127%	105%	105%	101%	
Ágykihasználtság – akut ellátásban	HU	73%	72%	64%	58%	79%
	EU9	75%	74%	75%	71%	94%
	HU-EU	–2,2%	–1,9%	–11,1%	–13,3%	
Ápolási napok átlagos száma	HU	7,1	5,8	5,7	5,7	80%
	EU9	8,0	6,8	6,5	7,0	87%
	HU-EU9	–0,8	–1,0	–0,8	–1,2	
Krónikus & ápolási ágyak aránya az összes kórházi ágyon belül	HU	24,1%	38,0%	39,1%	37,0%	
	EU9	16,3%	21,4%	17,9%	17,0%	
	HU-EU9	7,8%	16,6%	21,2%	20,0%	

Forrás: OECD Data Explorer. EU9: Ausztria, Belgium, Finnország, Németország, Görögország, Olaszország, Hollandia, Portugália és Spanyolország.

- Az aktív ellátás esetében Magyarországon nagyobb mértékű volt a kórházi ágyak csökkenése, mint az EU-országokban. 2023-ban az aktív ellátás esetében 17%-kal volt magasabb a tízezer lakosra jutó ágyak száma az EU9 szintjénél. Figyelembe véve, hogy a magyar lakosság egészségi állapota lényegesen rosszabb az EU9-országokénál, ez a különbség indokolt lehet. Azaz az aktív fekvőbeteg-ellátás esetén vizsgálatot érdemelne az a kérdés, hogy mennyire jellemző még az 1990-es évek elejére jellemző probléma, hogy túlzottan sok a kórházi ágy.

- Az ágyak számánál nagyobb mértékben csökkent a kórházi elbocsátások száma. Az aktív ellátások esetében 2023-ban 35%-kal kevesebb volt a 100 lakosra jutó elbocsátott beteg, mint 2000-ben. Az EU9-országokhoz viszonyítva, a 100 lakosra jutó elbocsátott betegek száma 2000-ben 27%-kal magasabb volt az EU9-országoknál, 2023-ban pedig megegyezett vele. Figyelembe véve, hogy a magyar lakosság egészségi állapota lényegesen rosszabb az EU9-országokénál, további vizsgálatot érdemelne, hogy ez az arány kielégítetlen magyarországi szükségletet jelez-e.
- Annak következtében, hogy a kórházi ápolások száma jobban csökkent, mint az ágyak száma, továbbá, hogy az átlagos ápolási napok száma is jelentősen csökkent (2000 és 2010 között), a kórházi ágyak kihasználtsága jelentősen romlott: az aktív ellátásban: 2000-ben 73%-os volt (hasonló az EU9-hez), 2023-ban már csak 58%-os volt (lényegesen rosszabb, mint az EU9 országokban).
- 2023-ban az aktív ellátásban a magyarországi kórházak ágykihasználtsága a legalacsonyabb volt az EU-ban (illetve azok az országok között, amelyekre az adatok elérhetők voltak). Az előző pontban írtak alapján elemzést igényelne, hogy az alacsony ágykihasználtság fő okát a felesleges kapacitások vagy az alulfinanszírozás miatt a szükségletektől elmaradó szolgáltatási szint vagy a munkaerőhiány miatti szolgáltatáskiesés jelenti.

13.4.3. A kórházak tulajdoni és működési formáiban bekövetkezett változások

A kórházak komplex gyógyító intézmények és gazdasági egységek. Nem csak fekvőbeteg-ellátást nyújtanak, hanem a kórházak portfóliójának részét képezi az egynapos sebészet, a járóbeteg-szakellátás, diagnosztikai szolgáltatások, továbbá számos országban otthonápolást végző szervezeti egységeik is lehetnek. Mindezek miatt különbséget kell tennünk a kórházcentrikusság és a fekvőbeteg-centrikusság között. A kórházak a technológiai innováció központjai, alapvető a szerepük az orvosképzésben és a továbbképzésben. A 21. század kórházára a magas szintű orvosi és digitális technológia (mesterséges intelligencia, precíziós medicina, minimálisan invazív beavatkozások, robotsebészet stb.) jellemző. A technológia változásának a hatására megnövekedett az egynapos sebészet szerepe az ellátásban, rövidebbek lettek az ápolási idők, előtérbe került a betegbiztonság és minőség. Továbbá az ellátásban megnövekedett egyrészt a multidiszciplináris csapatmunkának, a humánerőforrás támogatásának (beleértve a munkakörnyezetet is), másrészt a betegközpontúságnak a szerepe (McKee et al., 2020). Ezeknek a jellemzőknek a szemszögéből nézve

a magyar egészségügyet, a rendszerváltozás óta eltelt évtizedekben számottevő fejlődés és jelentős lemaradás együttese jellemezte. Az EU-s forrásokból a magyarországi kórházi infrastruktúra jelentős fejlesztése történt (elsősorban Budapesten kívül[621]). Ugyanakkor a technológiai színvonalban is nagyok az egyenlőtlenségek és súlyos hiányosságok vannak a fizikai komfort területén (klíma, légkondicionálás, épületek karbantartása). Különösen nagy a lemaradás a minőségszemlélet, a betegközpontú működés, a humán erőforrást támogató szemlélet területén.

Az 1990-es évek elején – a hatékonyság és minőség javítása érdekében – a kórházi szektorra vonatkozó legfontosabb célkitűzések a következők voltak:

- Az ellátás fekvőbeteg-centrikusságának a csökkentése, az alapellátás, járóbeteg-ellátás és egynapos sebészet szerepének a növelése.
- A kórházi kapacitások csökkentése, a kórházhálózat modernizálása.
- A kórházak költségvetési intézmény helyett rugalmasabb működési formájának a kialakítása, a kórházi menedzsment autonómiájának a növelése.
- Az inputalapú finanszírozásról áttérés az outputalapú finanszírozásra.
- A kórházi minőségügyi rendszerek kialakítása, a minőségszemlélet meghonosítása.

Ez az alfejezet arra keresi a választ, hogy mennyire sikerült az első négy célt elérni.[622] A 13.10. táblázat összefoglalja a kórházi szektor különböző aspektusaiban bekövetkezett legfontosabb makroszintű változásokat.

13.10. táblázat. A kórházi szektor kapacitásaiban, tulajdoni/működtetési viszonyaiban és finanszírozásában bekövetkezett főbb változások, 1990–2025

Kapacitások	– A köztulajdonban lévő kórházak száma 2003 és 2023 között 149-ről 87-re csökkent.[623] Ez az önálló jogi státusszal rendelkező kórházak számát és nem a kórházi telephelyek számát jelenti. A csökkenést elsősorban a jogi státusz változása (kórházak összevonása) és nem a kórházak bezárása eredményezte. – A kórházi ágyak száma jelentősen (39%-kal) csökkent. 1993-ban 100 438 volt a működő kórházi ágyak száma, 2024-ben pedig 61 303.

621 Budapest kórházi épületállománya rendkívül elavult: 15 kórház 100 évnél idősebb, 6 kórház 50 évnél idősebb és csak egy kórház (Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház) fiatalabb 50 évnél (Weltner, 2022). Az elavult épületállomány korlátozza a modern technológia befogadását, negatívan érinti a betegellátás folyamatát és növeli a kórházi fertőzések kockázatát (pl. a tiszta és szennyes útvonalak sokszor nem különíthetők el stb.).

622 A minőségügyi rendszer kiépítésével a 6. és 10. fejezet részletesebben foglalkozott.

623 A NEAK statisztikában 102 olyan intézmény szerepel, amelynek fekvőbeteg-ellátásért fizet a NEAK. Az említett 87 kórházon kívüli intézmények azonban vagy csak egynapos sebészeti beavatkozást nyújtó szakrendelők vagy LTC-szolgáltatást ápolást nyújtó szociális intézmények.

Kapacitások	– EU-s forrásokból jelentős fejlesztések valósultak meg, elsősorban a vidéki kórházakban, valamint a sürgősségi ellátás, a rehabilitációs és az onkológiai ellátás területén; azonban a kormányok elmulasztották a kórházhálózat egészének a strukturális átalakítását, modernizációját (ld. 10. fejezet). – Meghiúsult az Egészséges Budapest Program fő célja: a főváros teljes kórházi struktúrájának megújulása 2025-re (ld. 10. fejezet). – Hiányzott/hiányzik a hosszabb távú kórházfejlesztési stratégia. (Kivételnek tekinthető az UMFT keretében 2007–2013-as időszakra készített komplex program.)
Tulajdoni/ működési forma	– 1990-ben a (korábban központi állami tulajdonban lévő) kórházak az önkormányzatok tulajdonába kerültek. A kórházmenedzsment jelentős hatáskört (önállóságot) kapott. – 2010-ig lehetősége volt az önkormányzatoknak a kórházak működési formáját gazdasági társasággá átalakítani vagy a működtetést kiszerződni (ld. 8. fejezet). – 2012-ben a kormány visszaállamosította a kórházakat és az irányításukat egyetlen központi intézmény alá centralizálta. A kórházi menedzsment hatáskörét jelentősen szűkítették. – 2021-től kezdődően végbement az egészségügyi ellátást is nyújtó állami egyetemek „modellváltása”. – 2022-ben a kórházak irányítását megyei szinten is centralizálták, az OKFŐ irányító szerepének megtartása mellett. – 2023 után tovább szűkítették a kórházi menedzsment hatáskörét (az infrastruktúra-üzemeltetést és a munkaerő-gazdálkodást tekintve).
Térségi koordináció	– 1998: A Világbanki Regionális Modernizációs Program tervezési fázisának keretében létrejött 5 regionális konzorcium és elkészültek a régiók struktúraátalakítási stratégiái. (A program megvalósítása a kormányváltás miatt meghiúsult.) – 2011: A Semmelweis Terv (ST) 9-10 nagytérség kialakítását tűzte ki célul, az egészségszervezési intézményrendszer részeként.[624] (A ST ellátásszervezési koncepciója nem valósult meg.) – A 2022-ben kialakított megyei rendszerek fókusza nem a betegellátás koordinálása, hanem az irányítás centralizációja.
Finanszírozás	– Jelentős reformlépés volt 1993-ban az outputalapú finanszírozás (HBCS, ápolási napok, járóbeteg-pontrendszer) bevezetése. – Jelenleg azonban a HBCS-módszer – az előző alfejezetben vázolt – rendszeridegen torzításai miatt nem fejti ki a lehetséges ösztönző hatásait. – A kórházi adósságállomány kezelésének a módja (a 2025-ben bevezetett pozitív irányú változások után is) ellentétes a hatékonysági szempontokkal (ld. 10. és 11. fejezet). – A kórházak (hasonlóan az ellátórendszer többi részéhez) súlyosan alulfinanszírozottak.

624 *„A betegút-szervezési funkció megvalósulásának érdekében a nemzetközi ajánlások és tapasztalatok alapján célszerű az országot 9-10 ilyen nagyobb területi integrációs egységre osztani”* (Semmelweis Terv, 2011. 52).

A kórházak működési formái

A kórházak nemcsak gyógyító intézmények, hanem komplex gazdasági egységek is, egy olyan gazdasági és társadalmi környezetben, ami az ország különböző térségeiben és az egyes kórházak esetében jelentősen eltérhet, továbbá amit a jelentős bizonytalanság jellemez. Az egészségügyi ellátás sajátosságai miatt a kórházak működése nem irányítható hatékonyan a rendőri állomány vagy automatizált autógyárak irányításához hasonló módszerekkel. Az egészségügy sajátosságai következtében a napi működés irányításához a legtöbb információval a kórházi menedzsmentek rendelkezhetnek. A hatékony működéshez olyan irányítási és szabályozási rendszerre, a hatáskörök olyan megosztására, olyan információs rendszerekre és ösztönzőkre van szükség, ami ezt figyelembe veszi. A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy az elmúlt évtizedek – demográfiai, társadalmi és technológiai – kihívásaira az EU-országok egészségpolitikái által adott válaszok egyik eleme a kórházak irányításának a decentralizálása, a köztulajdonban lévő kórházak rugalmas működtetési formáinak a kialakítása (azaz a kórházak menedzsmentje hatáskörének a növelése) volt (Rechel et al., 2018). A magyar egészségügyben 2010 után ezzel teljesen ellentétes folyamat ment végbe. A kórházi menedzsment hatásköre a minimálisra csökkent (szinte mindenhez az OKFŐ engedélyét, jóváhagyását kellett kérni). Ez – a forráshiánnyal együtt – a műszaki és infrastrukturális területen is gyakori működési zavarokhoz, a műszaki problémák megoldásának elhúzódásához vezetett. Ennek a problémának az „orvoslására" 2023–24-ben az OKFŐ irányítása alá tartozó kórházak menedzsmentjének hatásköréből elvették az ingatlanüzemeltetést (beleértve a közüzemi szolgáltatások biztosítását, műszaki üzemeltetést, karbantartást, higiéniai és biztonsági szolgáltatásokat) és országosan centralizálták a Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóság (KEF) hatáskörébe. A 2025 júliusában született BM utasítás[625] a humánerőforrás gazdálkodás területén is tovább szűkítette a kórházi menedzsment hatáskörét – azaz a BM vezetése és az egészségügyi szakigazgatás a munkaerőproblémák megoldásának is a további centralizációt tekinti a megfelelő eszközének. A kórházak működésének, gazdálkodásának az elemzésével foglalkozó szakértők szerint is jelenleg *„A normatív gazdálkodás, a vezetői döntési szabadság, ösztönzés, stratégia – egyre messzibbnek tűnik"* (Őri, 2024).

A kórházhálózat modernizációja

A kórházi szektort nem különálló kórházak halmazaként, hanem hálózatként (hálózatokként) kell felfognunk. Ez a fejlesztések esetében egy-egy adott térség egészében való gondolkodást, a működés esetében pedig a kooperáció kialakítását jelentené.

625 12/2025. (VII. 10.) BM utasítás az Országos Kórházi Főigazgatóság fenntartásába tartozó *egészségügyi* intézmények létszámgazdálkodásának rendjéről.

Nyilvánvalóan más szinteket igényel a napi működés során és a fejlesztések esetében történő koordináció. Az ellátórendszer, a kórházhálózat infrastruktúrájának a tervezéséhez az optimális szint – a teljes körű ellátás optimális népességmérete – nagyobb, mint a magyarországi megyék. Néhány különleges technológiát és szaktudást igénylő szolgáltatás infrastruktúrájának a tervezése országos szintet igényel. Ezeket leszámítva, az egészségügyi ellátórendszer tervezése/fejlesztése térségi szintű koordinációjának az optimális szintje a régiók lennének. Ez a szemlélet csak a Regionális Modernizációs Programban és a Semmelweis Terv koncepciójában jelent meg. A regionális szemlélet hiányának egyik oka az egészségügyi rendszeren kívüli: a közigazgatás egészére vonatkozóan sem valósultak meg a régiók kialakítására vonatkozó koncepciók (ld. 1. fejezet).

A 2023-ban kialakított „vármegyei rendszer" – elveiben –a megyei kórházaknak adott térségi koordináló szerepet. A megyei kórház több szempontból sem megfelelő szervezeti ágens az egészségügy működésének és fejlesztésének a koordinációjához. Az egészségügyi rendszeren belüli koordinációnak (integrációnak) több összetevője van: egy adott beteg ellátásának a koordinációja; egy adott térség szakemberei közötti együttműködés; az ellátórendszer egyes szintjei, intézményei (alapellátás, járóbeteg-szakellátás stb.) közötti, az adott térség egészségügyi és szociális intézményei közötti koordináció stb. Ezekhez tartozó optimális területi szint eltérő lehet. Továbbá más szinteket igényel a napi működés során és a fejlesztések esetében történő koordináció. Ezek a megfontolások hiányoznak a kormányzati koncepcióból. Továbbá az sem világos, hogy az infrastruktúra üzemeltetésében és a munkaerő-gazdálkodásban történt – az előző pontban vázolt – centralizációs lépések milyen viszonyban vannak a megyei irányító kórházak szerepére vonatkozó elképzelésekkel.

A kórházhálózat modernizációja olyan stratégiát igényelne, amelyik a 13.10. táblázatban felsorolt összes tényezőt (kapacitások, tulajdoni, működési forma stb.) figyelembe veszi, azok változtatását összehangolja.

13.4.4. Az ellátás koordinációja/integrációja

Az adekvát egészségügyi ellátáshoz való időben történő hozzáférés, a szolgáltatások minősége és az ellátórendszer hatékony működése szempontjából is az egyik legfontosabb kihívás az ellátás koordinációja/integrációja – a megelőzéstől a gyógyításon és a krónikus betegek gondozásán át az életvégi ellátásig (beleértve a szociális és egészségügyi szektor közötti koordinációt is). Az ellátás koordinációjának/integrációjának kialakítása komplex megközelítést/szemléletet igényel (ami hiányzik a jelenlegi kormányzati törekvésekből). Ezért az alábbiakban viszonylag hosszabb

elméleti bevezető következik. Ezt követi a magyarországi – az ellátás koordinációjára/integrációjára vonatkozó – törekvéseknek a rövid áttekintése (amelyekkel a korábbi fejezetek már részletesebben foglalkoztak).

Az egészségügyi ellátásnak a koordinációja az 1990-es évek közepe óta nemzetközi szinten is az egészségpolitikák egyik fő célkitűzése, másrészt a szakirodalom fontos témája (OECD, 2010; NHS Institute for Innovation and Improvement, 2006; Wagner et al.,1996). Az új szolgáltatási modelleknek, az egészségügyi ellátás koordinációjának a szükségessége mögött az alábbi változások állnak (Nolte et al., 2014; OECD, 2021; 2023a; Rijken et al., 2018):

- Az egészségügyön kívüli társadalmi változások átalakították, megnövelték az egyéneknek, a társadalomnak az egészségüggyel szembeni elvárásait. Ebben jelentős szerepe volt a digitalizációnak, a közösségi médiának, ami megsokszorozta a betegek számára elérhető információt – ennek előnyeivel és hátrányaival együtt.
- A népesség idősödése és a krónikus betegséggel (sok esetben egyszerre több krónikus betegséggel) élők arányának a növekedése az epizódszerű ellátás helyett a komplex és tartós szükséglet következtében az ellátás koordinációját, integrációját (az ellátórendszer számos elemének az együttműködésén alapuló folyamatos ellátást) igényelné.
- A technológiai változások a diagnosztikában és a gyógyításban az orvosi szakmák specializációját ösztönözték. Ugyanakkor a több krónikus betegséggel élő egyének állapotának holisztikus szemlélettel való felmérésére, kezelésére, a szakmák közötti koordinációra lenne szükség.
- A költséges technológiákat és speciális szaktudást igénylő, viszonylag kevés beteget érintő esetek egyrészt az adott beavatkozások centralizációját, másrészt az ellátáshoz való hozzáférés és a technológia költséghatékony alkalmazása pedig az ellátórendszeren belüli koordinációt igénylik.
- Ugyanakkor az esetek egy más csoportja – a krónikus betegek jelentős részének és a mindennapi tevékenységekben segítségre szoruló időskorúaknak a gondozása – a lakóhelyhez, a helyi közösséghez közeli ellátási formák fejlesztését igényli.
- Az idősek gondozásából és a krónikus betegségek ellátásából eredő jövőbeli költségeknek a csökkentése hatékony, multiszektoriális egészségfejlesztési stratégiát igényelne. Ez tudná az ellátási szükséglet jelentkezését minél későbbi életkorra halasztani.
- Az ellátás koordinációja differenciált megközelítést és módszereket igényel a társadalom eltérő társadalmi-gazdasági helyzetű csoportjai (különösen a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok) esetében.

Ezzel szemben a szolgáltatási szektor hagyományos jellemzői: a fragmentáltság és silo-szemlélet. Az egyes szolgáltatási szintek (alapellátás, kórházi ellátás) és szolgáltatók elkülönülnek, hiányzik vagy esetleges köztük az együttműködés. Az egészségpolitikákkal szembeni kihívás: milyen módszerekkel, milyen szervezeti és finanszírozási változtatásokkal lehetséges a jelenlegi jellemzőknek a megváltoztatása, új szolgáltatási modellek kialakítása, multiszektoriális egészségpolitika és koordinált/integrált ellátás (betegutak) kiépítése.

13.4.4.1. A koordinált/integrált ellátás koncepciója

A szakirodalomban számos különböző terminológia, koncepcionális keret (Nolte és McKee, 2008; Nolte et al., 2014), különböző fókuszú megközelítések (Hughes et al., 2020; Kirst et al., 2017), továbbá szofisztikált elméleti koncepciók[626] (Leiten et al., 2018) is találhatók az ellátás koordinációjára/integrációjára.[627] Az elmúlt évtizedekben a fejlett országokban modellkísérletek sorát valósították meg, továbbá ezek értékelésére vonatkozó elemzések is készültek. Az EU, az OECD és a *European Observatory on Health Systems and Policies* törekedett egyrészt elméleti keretek kidolgozására, másrészt a gyakorlatban megvalósult modellkísérletek tapasztalatait összegezni (EU Expert Group on HSPA, 2017; Nolte et al., 2014; Nolte-Knai, 2015; OECD, 2010; OECD, 2023a; Struckmann et al., 2016; 2024). Az EU Horizon2020 programja keretében is több projekt valósult meg (Cash-Gibson, L. et al., 2019; CHRODIS, 2016; Csanádi et al., 2022; Leiten et al., 2018).

Az EU-nak az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelésének kidolgozására létrehozott szakértői csoportja szerint: „*Az integrált ellátás olyan kezdeményezéseket foglal magában, amelyek az ellátás eredményének a javítására törekednek az ellátás széttöredezettségének a leküzdésével – az ellátási kontinuum mentén – a különböző szolgáltató intézmények szolgáltatásainak az összekapcsolásával vagy koordinálásával. Az integrált ellátás tekinthető egyszerre tervezési elvnek és egy eszköznek a betegközpontú, hatékony és biztonságos ellátás eléréséhez*" (EU Expert Group on HSPA, 2017. 10).

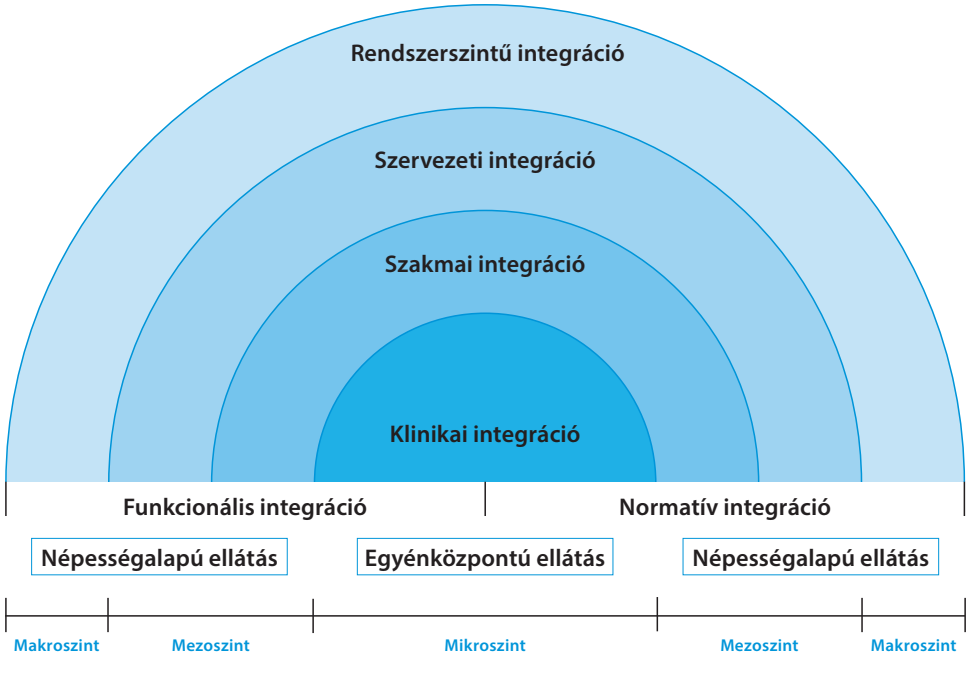
626 Az EU a Horizon2020 programja keretében létrejött (nyolc ország egyetemeiből és kutatóintézeteiből álló) konzorcium „SELFIE" elnevezésű projektje keretrendszert dolgozott ki integrált ellátási modellekre, multimorbiditással élő betegek esetében. https://www.selfie2020.eu/

627 Angolul: *integrated care, coordinated care, collaborative care, managed care, disease management, case management, patient-centred care, chronic (illness) care, continuity of care*. Ezek részben átfedő, részben eltérő koncepciók és a köztük lévő határok gyakran nem egyértelműek (Nolte és McKee, 2008).

Az ellátás koordinációjának és integrációjának[628] különböző szintjei lehetnek (13.2. ábra):

- Klinikai: a szolgáltatások integrációja egy adott beteg ellátása során (betegutak kialakítása). Egyes krónikus betegségek esetében specifikus betegutak, betegség-menedzsment programok kialakítása.
- Szakmai koordináció (intézmények szakmai egységei között).
- Funkcionális: a gyógyítást támogató funkciók és tevékenységek integrációja (pl. pénzügyi menedzsment, stratégiai tervezés és humánerőforrás-menedzsment).
- Szervezeti integráció (korábban önálló intézmények egyesülése).
- Rendszerszintű integráció (pl. egy régió szintjén).

13.2. ábra. Az ellátás integrációjának a szintjei



Forrás: EU Expert Group on HSPA, 2017. 13.

628 A koordináció különálló szervezetek együttműködése érdekében új struktúrák és folyamatok kialakítását jelenti (pl. rutinszerűen megosztott információk, esetmenedzserek rendszeres megbeszélései stb.); az integráció pedig korábban önálló szervezetekből egységesen irányított struktúra vagy szerződéses megállapodások kialakítását.

Wagner et al. (1996) alapműnek számító publikációja szerint a koordinált/integrált ellátás kialakítása a következőket igényli:

- A szolgáltatás-nyújtás új modelljének kialakítása: új kultúra, szervezet és mechanizmusok létrehozása, amelyek a biztonságos és a magas színvonalú ellátást ösztönzik (pl. szakmai teamek, ellátás-szervezők, proaktív betegkövetés, tervezett orvos-beteg találkozás stb.).
- A betegek képessé tétele az aktív részvételre a saját egészségi állapotuk menedzselésében (pl. a betegek számára megfelelő információ, útmutatók, együttes döntéshozatal, pszicho-szociális támogatás; továbbá a beteget támogató családi és helyi közösségek kialakítása).
- Szakmai döntéstámogatás: szakmai irányelvek intézményesítése; szakmai továbbképzés; szakmai konzultációk rendszere.
- Információ/digitalizáció: betegregiszterek; az ellátásszervezést segítő információk; teljesítményindikátorokon alapuló visszajelzés stb.

A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy az integrált ellátás megvalósítását számos tényező akadályozhatja (Hughes et al., 2020; Kirst et al., 2017; OECD, 2023a):

- Az egészségügyi és szociális ellátás irányításának és finanszírozásának az elkülönülése; miközben az egyének szükségleteiben és ellátásában szorosan összefonódhatnak az egészségügyi és szociális szükségletek.
- A szolgáltatók hagyományos finanszírozási módszerei (pl. *fee-for-service*) – amelyek az egyes tevékenységek árait térítik meg – nem ösztönözik (inkább ellenösztönzik) a szolgáltatások koordinálását.
- Az orvosok tradicionális szemlélete *(a culture of professional silos)*, amit a technológiai fejlődés felerősített; miközben a betegek az állapotuk holisztikus szemléletét igényelnék.
- A digitális eszközök használata alapvető fontosságú feltétele a koordinációnak. Azonban a betegek és az egészségügyi dolgozók digitális képességeinek a hiányossága akadályozó tényező lehet.
- A koordináció, integráció kialakítása, fejlesztése a betegellátás folyamatainak a monitorozását és értékelését igényelné. Ehhez sokszor hiányoznak/hiányosak a módszerek, indikátorok, adatok.
- Az egészségügyi ellátás fragmentáltsága fokozottan érintheti a hátrányos helyzetű társadalmi csoportokat. Ezeknek a betegeknek az elérése, ellátása a domináns gyakorlattól eltérő megközelítést igényelhet, amire sokszor nincs felkészülve az egészségügyi személyzet.

13.4.4.2. Magyarországi törekvések az ellátás koordinációjára/integrációjára

A koordináció hiányából eredő problémák már az 1990-es évek elején megjelentek a magyarországi egészségpolitikai vitákban. Például sokat hangoztatott probléma volt, hogy a kórházi ágyakon szociális ellátásra szoruló klienseket ápoltak; vagy hogy a betegek „bolyongtak a rendszerben" stb. A kormányzati periódusokat elemző fejezetekben láthattuk, hogy több törekvés is volt az ellátás módjának a változtatására, a koordináció/integráció különböző aspektusainak a megvalósítására; azonban ezek többsége – részben külső politikai okok és/vagy részben az egészségügyi kormányzás 13.2. alfejezetben tárgyalt problémái miatt – nem tudott, vagy csak korlátozott hatást tudott gyakorolni az egészségügyi rendszer működésére. Az alábbiak a koordináció típusai, jellemzői (13.2. ábra) alapján tekintik át röviden a legfontosabb programok célkitűzéseit.

Irányított Betegellátási Rendszer (IBR)(1999–2009)

Az 1999-ben elindított IBR modellkísérlet fókusza a klinikai és szakmai integráció volt. Az IBR kistérségi szinten komplex módon törekedett a rendszer működését átalakítani új – az átalakítás ágensekét működő – szereplőnek, az ellátásszervezőnek a létrehozásával. Az ellátásszervező funkciója elsősorban a szakmai és funkcionális koordináció volt; a klinikai szinten az esetmenedzser szerepre (a betegutak szervezésére) a háziorvosokat törekedtek felkészíteni. Alapvető cél volt az orvosok és betegek attitűdjének és a köztük lévő kapcsolatnak, a háziorvosi (a betegek tovább küldésére és receptfelírásra redukált) gyakorlatnak a megváltoztatása, továbbá az egészségügyi szolgáltatók közötti kapcsolatok átalakítása az ellátás koordinációja érdekében. Az alapvetően jól működő IBR-programot – a problémáinak a korrekciója helyett – 2009-ben az akkori kormány megszüntette. Ez tipikus példája volt a „fürdővízzel együtt a gyereket is kiönti" jelenségnek. (A 7. fejezet bemutatta az IBR jellemzőit, a 9. pedig a felszámolásának a körülményeit.)

Svájci-magyar alapellátási modellprogram

A svájci-magyar alapellátás-fejlesztési modellprogramot 2012-ben indították el négy hátrányos helyzetű észak- és kelet-magyarországi kistérségben. Fókusza a szakmai integráció volt a csoportpraxisok kialakításával. A program egyik pillére a diplomás ápolók (gyógytornászok, dietetikusok, egészségpszichológusok, népegészségügyi szakemberek) integrálása volt a praxisközösségekbe (Kincses, 2024). Ezt és más fontos szakmai elemeit azonban a csoportpraxisok 2021-ben történt bevezetésekor kevéssé vették figyelembe; az egészségügyi kormányzat csak a csoportpraxisoknak az adminisztratív kereteinek a kialakítására fókuszált. (Ezzel a kérdéssel a 10. fejezet részletesebben is foglalkozott.)

Krónikus betegségmenedzsment program (2025–2026)

A NEAK és OKFŐ együttműködve – EU-s forrásból finanszírozott – krónikus betegségmenedzsment programot indítottak 2025. július 1. és 2026. június 30. közötti időszakra. A program négy krónikus betegségcsoportra terjed ki: COPD, szív- és érrendszeri betegségek, magas vérnyomás és cukorbetegség. A programra csak a szoros háziorvosi praxisközösségek pályázhattak és praxisonként 100 beteg, országosan összesen 43 ezer beteg vonható be, illetve ennyi beteg után fizet külön díjazást (betegenként kb. 40 ezer Ft-ot) a NEAK. Ez azt jelenti, hogy az összes háziorvosnak kb. 10%-a vehet részt a programban. A háziorvosok feladatait orvosszakmai programok tartalmazzák. Jellemző példa az egészségügyi kormányzás korábban tárgyalt jellemzőire, hogy a programról az OKFŐ és a NEAK nem egyeztetett a MOK-kal, így a MOK Háziorvosi Csoportja csak a program elindulása után tudta azt megvitatni.[629] Néhány az észrevételeik közül: 2026 júniusa után nincs biztosítva a program fenntartása; nem indokolt, hogy a szoros praxisközösségen kívüli praxisok nem vehetnek részt a programban, a polimorbid betegek csak egy gondozási projektbe kerülhetnek be; továbbá kérdéses, hogy biztosított-e a szakrendelői háttér a projektben meghatározott szakvizsgálatok időben történő elvégzéséhez stb. (MOK, 2025). Szélesebb horizontról nézve: úgy tűnik, hogy a projekt koncepciójából hiányoznak olyan alapvető fontosságú (a nemzetközi projektekben nagy hangsúlyt kapó) elemek (módszerek), amelyek elősegítenék, hogy a betegek aktív részesévé tudjanak válni saját betegségük, egészségi állapotuk menedzselésének.

Kincses (2024, 2025) részletesen foglalkozik az alapellátás alapvető problémáival és az átalakítás lehetséges modelljeivel. Az általa közölt adatok egyértelműen mutatják a háziorvosi kar elöregedését. A háziorvosok medián életkora 2024-ben 61 év volt. *„Az időskorú háziorvosi kar összességében nem érdekelt a rendszer alapvető, radikális átalakításában, ezért középtávon a jelenlegi és új működési formák jogszabállyal megalapozott legális együttélése, támogatása a járható út”* (Kincses, 2024. 435). Figyelembe véve a háziorvosi szakma jelenlegi helyzetét, az integrált ellátás kísérleteire vonatkozó nemzetközi tapasztalatokat, egy további kérdés is megfontolást és szakmai vitákat érdemelne. Ha a funkciók felől nézzük: az ellátás koordinációjának alapvető fontosságú eleme, hogy legyen olyan egészségügyi szakember, aki a beteg helyzetét, állapotát holisztikusan tudja szemlélni, a beteget segíti, hogy aktív részese legyen az ellátási folyamatnak, követi a beteg állapotának alakulását és az ellátórendszer megfelelő pontjára tudja irányítani. A jelenlegi magyar egészségügyben az a domináns szemlélet, hogy a háziorvos legyen az ellátás koordinációjáért

629 Véleményüket levél formájában eljuttatták a belügyminiszternek és a NEAK és OKFŐ vezetőinek. https://mok.hu/transzparencia/allasfoglalasok-szakmai-velemenyek

a felelős. Ugyanakkor ez a szakember, a beteg ellátásának a koordinátora/menedzsere lehetne egy diplomás ápoló, háziorvos vagy szakorvos is. Az, hogy a három közül melyik, jelentősen függhet a beteg lakóhelyétől (kisfalvas térségben vagy nagyvárosban él-e a beteg), továbbá a beteg egészségi állapotától.

Helyi kezdeményezések az onkológiai betegútmenedzsmentre

A helyi kezdeményezésű szervezeti innovációkra példa a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház által a daganatos betegek számára 2015-ben elindított betegút szervezési rendszer (OnkoNetwork). A rendszer célja, hogy a daganatos betegek minél gyorsabban jussanak diagnózishoz, kezeléshez és időben megtörténjen a nyomon követésük is. A rendszer működésében az onkológiai, a diagnosztikai, és az úgynevezett szervspecifikus osztályok vesznek részt; informatikai hátteret pedig az Onkologistic rendszer adja. Az adminisztrátorok és szakdolgozók munkáját az Onkonetwork iroda menedzseli (Moizs et al., 2015). Lukács (2021) szerint az OnkoNetwork betegcsoport esetében az első tünet és az első orvos – betegtalálkozás között jelentősen rövidebb idő telt el, mint a kontrollcsoport esetén; továbbá az ellátás során „elkallódott", így a sikeres és hatékony ellátáshoz kisebb eséllyel jutó betegek számát sikerült jelentősen csökkenteni. Az egészségügyi kormányzat támogatásának hiányában azonban az OnkoNetwork modell megmaradt lokális fejlesztésnek és nem terjedt el országosan (Dózsa et al., 2025).

Szakmai vagy térségi koordináció

Az elmúlt évtizedekben több kezdeményezés és program is született, amelyek egy ellátási terület vagy földrajzi térség esetében törekedtek a fejlesztések és/vagy szolgáltatások koordinációjára. Itt csak a felsorolásuk következik, utalva azokra a fejezetekre, amelyekben részletesebben volt szó róluk:

- Regionális Modernizációs Program (1997–1998) (ld. 6. fejezet).
- Nemzeti szakmai programok (2005) (ld. 8. fejezet).
- Semmelweis Terv (2011) (ld. 10. fejezet).
- Nemzeti egészségügyi programok (2018) (ld. 10. fejezet).
- Az „integrált betegúttal érintett vármegyei rendszer" (2022–) (ld. 11. fejezet).

Összefoglalóan megállapítható, hogy számos (az előző alfejezetekben tárgyalt) tényező miatt az ellátás koordinációjára/integrációjára irányuló eddigi törekvések – a magyar egészségügyi rendszer egészét tekintve – nem eredményeztek lényeges változást az egészségügyi ellátás koordinálatlanságában. Alapvető fontosságú lenne – a nemzetközi tapasztalatokat is figyelembe vevő – komplex szemléleten alapuló,

a koordináció/integráció különböző szintjeire kiterjedő stratégia kialakítása. Továbbá a betegutak (szolgáltatások) koordinációja/integrációja esetében egyrészt a helyi kísérletek, innovációk ösztönzése, másrészt ezek monitorozása és értékelése.

13.4.5. Következmények: a hozzáférés és minőség sokdimenziós problémái

Az alulfinanszírozás, az egészségügyi kormányzás, finanszírozás és szolgáltatási szektor előzőekben tárgyalt folyamatainak, jellemzőinek a következménye: az ellátáshoz való hozzáférésnek és a szolgáltatások minőségének súlyos és szerteágazó problémái. Ez nem azt jelenti, hogy egyáltalán ne lehetne időben jó minőségű ellátáshoz jutni az állami egészségügyben. Ez azonban esetleges, kiszámíthatatlan.[630] A rendszer egészét tekintve, a nemzetközi összehasonlítások az egészségügyi rendszer teljesítményére vonatkozó átfogó indikátorokban, az elkerülhető (megelőzhető és kezelhető) halálozásban a relatív helyzetünk romlását jelzik. (A 2. fejezetben erről részletesebben volt szó.) Továbbá a hozzáférés és a minőség rendkívül negatív szubjektív érzékelését tükrözi az a tény, hogy az elmúlt évtizedben a közvéleményben, a magyar társadalom közérzetében – a gazdasági, társadalmi, környezeti problémák széles körét tekintve – az egészségügy helyzete az első számú (vagy az első három között szereplő) problémává súlyosbodott (Ipsos, 2025). A 13.2. alfejezet hangsúlyozta, hogy alapvető probléma, hogy hiányzik a teljesítményértékelési rendszer (ennek részeként a minőségügyi indikátorok stb.), ami lehetővé tenné az ellátás minőségének a rendszeres és szisztematikus elemzését. Továbbá hiányzik az intézményi szintű összehasonlító elemzéseket lehetővé tevő kórházi indikátorrendszer is. Ebből következően sem a rendszer szintjén, sem az intézmények szintjén nem tudunk kielégítő, részletes választ adni arra a kérdésre, hogyan alakult az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és minősége az elmúlt évtizedekben. Így az alábbiak is csak egy-egy mozaikkockának tekinthetők a hiányos képből.

13.4.5.1. A hozzáférés és minőség fogalma

A hozzáférés komplex fogalom: a szolgáltatások igénybevétele és eredményessége nemcsak az egészségügyi rendszeren múlik, hanem az egyének egészségműveltségén

630 Az előző fejezetben már idéztem az egészségügyi érdekvédelmi szervezetek és a MOK 2025. június 19-i állásfoglalásának megállapítását: *„[…] a betegek az ország különböző pontjain akár szakáganként is jelentősen eltérő minőségű és hatékonyságú ellátással találkoznak. Ebben a környezetben sajnos a szerencse a gyógyulás egyik döntő tényezője lett – és egyre kevesebbeknek van szerencséje.”*

is. Ugyanakkor az egyének egészségmagatartását[631] – az egyén iskolázottságán, szűkebb társadalmi környezetén, a közösségi médián stb. kívül – jelentősen befolyásolja az egészségügyi rendszer is (pl. az adekvát, az alacsonyabb iskolázottságúak számára is érthető információszolgáltatással, illetve annak a hiányosságaival stb.).

Levesque et al. (2013) szerint a hozzáférés *„[…] az egészségügyi szükségletek azonosításának, az ellátás keresésének, az egészségügyi szolgáltatások elérésének és igénybevételének a lehetősége, valamint a szolgáltatások iránti igények tényleges kielégítése. A hozzáférés öt dimenzióját határozzuk meg: 1) Megközelíthetőség; 2) Elfogadhatóság; 3) Elérhetőség (földrajzi és adminisztratív); 4) Megfizethetőség; 5) Megfelelőség. Ebben a keretrendszerben a társadalmi csoportok öt képessége kölcsönhatásban áll az elérhetőség dimenzióival a hozzáférés megvalósulása érdekében: […] 1) A szükséglet érzékelésének a képessége; 2) A szolgáltatás keresésének a képessége; 3) Az elérés képessége; 4) A fizetés képessége; és 5) Az aktív részvétel képessége”* (Levesque et al., 2013.12).

A minőség fő dimenziói Donabedian (1966; 2005) klasszikus, napjainkban is széles körben használt koncepciója szerint: az *egészségügyi ellátás struktúrája, folyamata és eredménye*. A *struktúra* azokat az anyagi és humán feltételeket jelenti, amelyek között az ellátást nyújtják (kórházi infrastruktúra, orvosi berendezések, megfelelően képzett személyzet, pénzügyi források stb.), továbbá a szervezeti struktúrát (pl. működik-e minőségbiztosítás az adott intézményben). A *folyamat:* a diagnózis és a terápia megvalósítási módjának a jellemzői (beleértve az ellátás beteg-központúságát), valamint a beteg orvoshoz fordulási magatartása. *Az eredmény*: az ellátás hatása a beteg (objektív és szubjektív) egészségi állapotára. Széles értelemben ide tartozik nemcsak a minőségi életévekben kifejezhető egészség-javulás, hanem a beteg elégedettsége az ellátással, továbbá a beteg egészségmagatartásában bekövetkező változás is. A jó struktúra növeli a valószínűségét a jó folyamatnak, a jó folyamat pedig növeli a valószínűségét a jó eredménynek. Ezek a hatások azonban nem szükségszerűek.

13.4.5.2. A hozzáférés és minőség néhány indikátora

A hozzáférés és a minőség értékelésére (mérésére) kifejlesztett indikátorokat tekintve két fő megközelítést találhatunk a szakirodalomban:

- Átfogó indikátorok, amelyek az egészségügyi rendszer egészének (vagy egy ellátási területnek) a teljesítményét (elsősorban a szolgáltatások hozzáférhetőségét és minőségét) jellemzik. A szakirodalomban széles körben – köztük az EU és az OECD publikációiban is – a szűkebb értelemben vett egészségügyi

631 Például a szűrővizsgálatok igénybevételét, tünetek esetén időben orvoshoz fordulást, a terápia követését stb.

ellátórendszer teljesítményének az értékelésére a kezelhető okok miatti halálozás[632] indikátorát használják.
- A másik megközelítés: komplex indikátorrendszerek kialakítása, amelyben az egyes főbb betegségek megelőzésének, kezelésének (pl. szív- és érrendszeri megbetegedések, daganatos megbetegedések stb.) és/vagy egyes ellátási területek működésének (alapellátás, LTC stb.) minőségét jelző indikátorokat dolgoznak ki.[633]

Kezelhető halálozás

A kezelhető okok miatti halálozás indikátora azokat a halálokokat veszi figyelembe, amelyek esetében – az egészségügyi technológia mai szintjén – optimálisan működő ellátással (időben elérhető, adekvát terápiával) elkerülhető lenne a halálozás.[634] Ahogy a 2. fejezetben láthattuk, a kezelhető halálozás az elmúlt két évtizedben Magyarországon is csökkent, de a javulás mértéke kisebb volt, mint az EU14-országokban és számos EU10-országhoz viszonyítva is – ezért 2022-ben nagyobb volt a lemaradásunk mind EU14-átlagához, mind az EU10-átlaghoz képest, mint a 2000-es évek elején, illetve az 1990-es évek közepén (2.9 és 2.11. ábra; 2.5. és 2.6. táblázat). Például a magyar férfiaknak a kezelhető szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő halálozása 1995-ben 2,6-szerese volt az EU14-átlagnak, 2020-ban pedig már 3,9-szerese; a magyar nőknek a kezelhető szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő halálozása 1995-ben 2,9-szerese, 2020-ban pedig már 4,1-szerese volt az EU14-átlagnak.

Általánosan fogalmazva: a lemaradásunk két fő oka: a magyar kormány lényegesen kevesebb pénzt allokált az egészségügyre, mint az említett országok, továbbá alacsonyabb hatékonysággal működik az egészségügyi rendszerünk; mindezek következtében a magyar egészségügy kevésbé tudja kihasználni az egészségügyi technológia nyújtotta lehetőségeket a betegségek kezelésében.

A hozzáférés és minőség néhány indikátora nemzetközi összehasonlításban

A 2000-es évek eleje óta az OECD és az Eurostat folyamatosan törekszik a szolgáltatások elérhetőségének és minőségének a nemzetközi összehasonlítását lehetővé tevő indikátorrendszer kialakítására. Magyarország ezeknek az indikátoroknak

632 A kezelhető okok miatti halálozás az elkerülhető halálozás egyik komponense. A másik komponens: a megelőzhető okok miatti halálozás, amelyik a népegészségügyi rendszerek eredményességének az átfogó jellemzésére alkalmas.

633 Például: OECD minőségügyi indikátorai (Ld.: OECD Health at a Glance kiadványai); Kanada: https://www.cihi.ca/en/health-system-performance

634 Természetesen a legfejlettebb egészségügyi rendszerrel rendelkező országokban is történik ezekből az okokból halálozás, de a szintje alacsony.

jelentős részére nem szolgáltat adatot az OECD-nek. A 13.12. táblázat a hozzáférés és a minőség három aspektusára közöl néhány indikátort, amelyek mutatják Magyarország helyzetét nemzetközi összehasonlításban: (i) a szűrővizsgálatokban való részvétel arányát, (ii) az alapellátás minőségének jellemzésére használt elkerülhető hospitalizációt; továbbá a 100 ezer lakosra jutó műtétek számát két olyan elektív beavatkozás esetén, ahol a várólisták a leghosszabbak. (A táblázat a konkrét magyar értéket és az EU-országok legkedvezőbb értékét mutatja, továbbá Magyarország pozícióját az EU-országok között.)

A táblázatban szereplő indikátorokat tekintve, helyezésünk egyedül a HPV védőoltások esetében kedvező. Minden más indikátor esetében az EU-országok között vagy a legrosszabb, vagy a legrosszabbak között volt.[635]

13.11. táblázat. A hozzáférés és minőség néhány indikátora nemzetközi összehasonlításban, 2022–2023

	HU		Legjobb	EU14
A HPV elleni oltás lefedettsége 15 éves korig	76%	7. (23-ból)	91%	
Mellrákszűrés 50–69 éves nők körében a megelőző két évben	48%	17. (24-ből)	83%	
Vastagbélrák szűrés (szűrési program keretében)	9%	Legrosszabb	74,4%	
Méhnyakrák szűrés 20–69 éves nők körében a megelőző három évben	34,6%	4. legrosszabb	77,7%	
Asztma és COPD miatti kórházi felvétel* 100 ezer lakosra	428	Legrosszabb	64	
Szürkehályog műtét 100 ezer lakosra**	922	19. (26-ból)	1493	1185
Csípőprotézis műtét 100 ezer lakosra**	133	5. legalacsonyabb	326	240

Megjegyzés: */2017, Forrás: (OECD,2019) **/2022
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_screening_statistics;
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Surgical_operations_and_procedures_statistics

635 Nemzetközi összehasonlításban kedvezőbb a helyzetünk, ha (a Health at a Glance Europe 2024 kiadványban szereplő) a várakozási időre vonatkozó adatokat tekintjük: 2023-ban Magyarország (az adatot közlő országokat tekintve) a szürkehályog műtétek esetében az első harmadban, a csípőprotézis műtéteket tekintve a középső harmadban, a térdprotézis műtéteket az utolsó harmadban helyezkedett el. A táblázatban szereplő adatok (a 100 ezer lakosra jutó műtétek száma) megbízhatóbb képet ad a helyzetünkről nemzetközi összehasonlításban.

Az ellátáshoz való hozzáférés korlátai, társadalmi és területi egyenlőtlenségei

Az ellátáshoz való hozzáférésnek és az egészségi állapotnak az egyenlőtlenségei[636] a rendszerváltozás előtt is az egészségügy egyik súlyos problémáját jelentették (Losonczi, 1989, Orosz, 1986,1990, Szalai, 1986). Az 1990-es évek kormányprogramjaiban a kapacitások területi egyenlőtlenségeinek a csökkentése említést kapott, de ez az egészségpolitikai gyakorlatot nem befolyásolta (Orosz, 2001). A 2017-ben közreadott MÉRTÉK-jelentés[637] átfogó képet adott a kapacitások területi eloszlásáról és az igénybevétel különbségeiről. Számos indikátor esetében a megyei különbségeket is bemutató adatai megdöbbentő különbségeket tártak fel, például a stroke-ellátás elérhetőségében és minőségében, az MRI-óraszám-kapacitásban, a várólistára került betegek várakozási idejében. [638]A 10. fejezet bemutatta, hogy a kormányzati reakció teljesítményértékelési munkák beszüntetése volt.

Levesque et al. (2013) korábban vázolt koncepciójából kiindulva, a szolgáltatásokhoz való hozzáférést és a szolgáltatások tényleges megvalósulását a következő tényezők akadályozhatják:

- A szolgáltatásokra vonatkozó információ hiánya, hiányosságai.
- A páciensek ismereteinek, egészségértésének a hiányosságai.
- A népesség egyes csoportjai esetében a szolgáltatók és a betegek kulturális normáiban lehetséges különbségek; a szolgáltatók vagy a betegek egymással szembeni előítéletei.
- A szolgáltatói kapacitáshiány (orvoshiány, technológia hiányossága).
- Nagy földrajzi távolság a lakóhely és a szolgáltatók között és/vagy a betegek közlekedési nehézségei.
- A szabályozás problémáiból eredő korlátok (pl. a rendelési idővel kapcsolatos problémák).
- A szolgáltatások magas költségei és/vagy a betegek fizetőképességének a hiánya.
- A szolgáltatók felkészültségének a hiányosságai; az ellátás koordinációjának a hiánya/hiányossága.
- A betegek arra vonatkozó képességének a korlátozottsága, hogy aktívan részt vegyenek az ellátás folyamatában.

636 Az egészségi állapot egyenlőtlenségeivel az 1. fejezet foglalkozott.

637 Az ÁEEK-ban létrehozott Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportjának a jelentése (ÁEEK, 2017).

638 Más nézőpontból a MÉRTÉK-jelentés azt is jelenti, hogy rendelkezésre állnak az indikátorok és a módszertan ahhoz, hogy hasonló mélységű elemzést a jelenlegi helyzetre is el lehetne végezni.

Ezek az akadályozó tényezők különböző mértékben érintik a társadalom egyes csoportjait: az ellátáshoz való hozzáférés többdimenziós iskolázottság és jövedelmi helyzet szerinti egyenlőtlenségeit hozva létre.

A teljesítményértékelési rendszer hiányában nincs megfelelő képünk arról, hogy Magyarországon milyen mértékűek, és hogyan alakultak a hozzáférés akadályai és egyenlőtlenségei az elmúlt évtizedekben. Ugyanakkor az ellátás egyes összetevőinek a helyzetéről a szakirodalom alapján jelentős ismeretek állnak rendelkezésre. Az alábbiak csak néhány alapvető problémát vázolnak.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés kritikus pontját jelenti a tartósan (6 hónapnál hosszabb ideje) betöltetlen körzetek[639] számának a növekedése. 2011-ben még csak a körzetek 3%-a (183 praxis) volt betöltetlen, 2024 decemberében már a 13%-a (939 praxis, 568 településen).[640] 2023 augusztusa és 2024 decembere között 180-nal (27%-kal) nőtt a tartósan betöltetlen praxisok száma. Jelentősek a megyék közötti egyenlőtlenségek. Bálint (2019) szerint legnagyobb arányban a vegyes (felnőtt- és gyerekellátást is nyújtó) körzeteket érintette a probléma, amelyek többnyire a kisebb településeken találhatók, különösen az észak-magyarországi régió aprófalvas részein. 2024 októberében Borsod-Abaúj-Zemplén, Békés, Jász-Nagykun-Szolnok, Tolna és Nógrád megyében meghaladta a 20%-ot a betöltetlen körzetek aránya (Kollányi, 2025). 2024-ben már Budapesten és a megyeszékhelyek felében is jelentős volt a háziorvos hiány.[641] A kormány 2017-ben hozott intézkedése szerint az 5 évnél régebben betöltetlen praxist elvállaló orvosok 20 millió forintos támogatásra pályázhattak, ha hat évet vállalnak az adott körzetben. Ezt az összeget azonban nem emelték, 2024-ben is 20 millió Ft volt az elnyerhető támogatás összege.[642]

A kapacitások eloszlásának egyenlőtlenségeiről nem ad megfelelő képet az orvosoknak és kórházi ágyaknak a területi megoszlása, ugyanis az egyenlőtlenségek egyes szakmák vagy egyes beavatkozások esetében lényegesen nagyobbak, mint a humán erőforrások vagy az infrastruktúra egészét tekintve. A kapacitások egyenlőtlen eloszlásának egyik kritikus pontját a CT- és MRI-ellátás jelentette már

639 Ezekben a körzetekben helyettesítő háziorvostól kapnak ellátást a betegek, azonban ez mind a hozzáférést, mind a minőséget tekintve korlátozottabb ellátást jelenthet (például a háziorvosnak nincs megfelelő ismerete a beteg egészségi állapotáról, krónikus betegségeiről, hiányzik a bizalmi kapcsolat stb.).

640 https://gki.hu/language/hu/2025/01/16/ki-fog-itt-gyogyitani-egyre-tobb-helyen-csak-helyettesito-haziorvos-van/

641 https://gki.hu/language/hu/2025/01/16/ki-fog-itt-gyogyitani-egyre-tobb-helyen-csak-helyettesito-haziorvos-van/

642 https://www.valaszonline.hu/2024/08/14/egeszsegugyi-korhaz-haziorvos-praxisjog-orvoshiany/

egy évtizeddel korábban is. A MÉRTÉK adatai szerint 2015-ben a megyék között a 6-7-szeres volt a különbség a 10 ezer lakosra jutó heti az MRI-óraszám-kapacitásokban. 2023-ban pedig az 1 MRI-re jutó lakosok számában a megyék között 5,2-szeres, az 1 CT-re jutó lakosok arányában pedig 5-szörös a különbség.[643] 2023. októberében 142 CT és 103 MRI működött Magyarországon, ezek közül 123 CT és 57 MRI készüléken végeztek közfinanszírozott vizsgálatokat is. A 142 CT-ből 53 (37%), a 103 MRI-ből pedig 46 (44%) Budapesten működött, míg Tolna megyében csak 1 CT és 2 MRI, Komárom-Esztergom megyében pedig 2 CT- és 1 MRI-készülék volt.[644]

Az előzőekben láthattuk, hogy a 10 ezer lakosra jutó orvosok száma alacsonyabb az EU27-átlagnál. Az egyes szakmák esetében ennél sokkal súlyosabb a lemaradásunk. Például a nemzetközi ajánlások szerint (a gyermekek száma alapján) Magyarországon az optimális ellátáshoz kb. 180 gyerekpszichiáter lenne szükséges. Ehhez képest 50-60 gyermekpszichiáter praktizál, akiknek többsége Budapesten koncentrálódik, míg egyes megyékben szinte elérhetetlen a gyermekpszichiátriai ellátás. A szakemberhiány miatt a várakozási idő akár több hónap is lehet.[645]

Az ellátás igénybevételét tekintve, az ELEF (2019)[646] adatai szerint 2019-ben nem voltak jelentős különbségek az iskolai végzettség szerint, ugyanakkor a szakorvosi és a fogorvosi ellátás igénybevétele nagymértékben függött az iskolai végzettségtől: a legfeljebb alapfokú végzettségűek 57%-a keresett fel szakorvost, és 34%-a fogorvost. A felsőfokú végzettségűek esetében 69%-os, illetve 60%-os volt az arány. Ezek az adatok mögött egyszerre lehetnek anyagi és kulturális akadályozó tényezők. Az egyes beavatkozások szintjén ennél sokkal nagyobbak lehetnek az egyenlőtlenségek. Uzzoli et al. (2019) szerint, például az ország keleti felében csupán harmad- vagy negyedannyian kaptak szívkatéteres ellátást szívizominfarktus esetében, mint a nyugati megyékben.

A szűrővizsgálatok igénybevételében is jelentősek a társadalmi egyenlőtlenségek. Az ELEF2019 adatai lehetőséget adnak az állami mellett a magánszolgáltatóknál igénybe vett vizsgálatok figyelembevételére. 2019-ben a 20–69 éves nők körében

643 Az MRI esetében Bács-Kiskun megyében 494,5 ezer fő jutott egy készülékre, Heves megyében 95,8 ezer; a CT esetében Fejér megyében 209,8 ezer, Somogy megyében pedig 42,2 ezer fő. Budapestet és Pest megyét speciális helyzetük miatt kihagytam az összehasonlításból.

644 Térképen a CT- és MR-készülékek: Komárom és Tolna megyében van a legkevesebb | atlatszo.hu (2023. 11. 02).

645 https://elitmed.hu/ilam/orvoslas-es-tarsadalom/tobb-honapos-varakozas-a-gyermekpszichiatriakon-dramai-a-fiatalok-mentalis-egeszsege-pedig-ma-egyetlen-gyermekongyilkossagnak-sem-szabadna-elofordulnia

646 Ötévente kerül sor az Európai lakossági egészségfelmérésre, a legutóbbi 2019-ben volt.

a megelőző 3 éven belül méhnyakrákszűrésen a legfeljebb alapfokú végzettségűek 45%-a, a felsőfokú végzettségűek 65%-a vett részt. 2009-hez képest csökkent a részvételi arány: a felsőfokú végzettségűek esetében 8 százalékponttal, a legfeljebb alapfokú végzettségűek esetében pedig 19 százalékponttal (Boros et al., 2021).

A hozzáférés alapvetően fontos dimenziója: milyen mértékű és a társadalom milyen csoportjait érinti leginkább az a probléma, hogy valamilyen akadályozó tényező miatt nem jutnak ellátáshoz, akiknek szüksége lenne rá, illetve akik megpróbálnák azt igénybe venni. Az ELEF2019 adatai szerint a lakosság 13%-a későn, vagy egyáltalán nem jutott hozzá valamilyen egészségügyi ellátáshoz, mert túl sokat kellett várnia vizsgálati időpontra, kezelésre, műtétre vagy gyógyszerre (ELEF2019). Ez legnagyobb arányban a budapestiekkel fordult elő: minden ötödik budapesti válaszadó tapasztalta ezt az adatfelvételt megelőző 12 hónapban. Anyagi okok miatt a lakosság 12%-a nem tudta igénybe venni az ellátást (ebből 8,1%-ot a fogorvosi ellátás, 4,3%-ot pedig a gyógyszerhez való hozzájutás tett ki).[647] Az egészségügyi ellátás pénzügyi terheivel (az alacsony jövedelmű háztartások esetében magas az elszegényítő és katasztrofális egészségügyi kiadások arányával) a 13.3.2. alfejezet már részletesebben foglalkozott. A 12. fejezetben pedig láthattuk, hogy a gyógyszerkiadások esetében az EU-ban Magyarországon az egyik legmagasabb a magánkiadások aránya.

Az egészségműveltség[648] (és annak részeként az egészségértés) problémái is befolyásolják, hogy az egyének időben hozzáférnek-e az adekvát ellátáshoz, továbbá a terápia eredményességét és a krónikus betegségek hatását az egyének életminőségére. Az elégtelen egészségműveltség hozzájárulhat a rosszabb általános egészségi állapothoz, bizonyos betegségek esetében növelheti a rehospitalizáció és a halálozás kockázatát. A magyar népesség egészségműveltsége és ennek részeként a terápiakövetése is kedvezőtlen. Bíró és mts (2022) által végzett felmérés szerint a magyar a lakosság 17,9%-ának elégtelen és 28,1%-ának korlátozott volt az egészségműveltsége és csak 54,0%-nak volt megfelelő.[649] Az egészségműveltséget jelentősen befolyásolta az iskolai végzettség. Harsha et al. (2019) szerint a háziorvosok által felnőtteknek felírt gyógyszereknek csak 64%-át váltották ki, ami az orvos és beteg közötti együttműködésnek a nagyfokú hiányát tükrözi. A ki nem váltott gyógyszerek

647 https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html#azegszsggyielltsignybevtele

648 Az egészségműveltség alatt azokat az ismereteket, motivációkat és kompetenciákat értjük, amelyek az egészségügyi információkhoz való hozzáféréshez, azok megértéséhez, értékeléséhez és alkalmazásához szükségesek az egészségügyi ellátás, a betegségmegelőzés és az egészségfejlesztés területén (Sørensen et al., 2012).

649 Egy másik módszerrel végzett vizsgálatukban a válaszadók közel egyharmadának elégtelen, 35,9%-ának problémás és csak 29,8%-ának volt megfelelő az egészségműveltsége (Bíró et al.,2022).

aránya jelentős különbségeket mutatott a gyógyszerek fajtája és a betegek társadalmi-gazdasági státusza szerint. Az egészségműveltség helyzete a népegészségügyi rendszer rossz teljesítményét is tükrözi.

A várakozási idő alakulása három elektív műtét esetében

A hosszú várakozási idő a magyar egészségügy egyik neuralgikus pontja volt az elmúlt két évtizedben. Az elmúlt tíz évben a kormányok több alkalommal plusz forrásokkal törekedtek a várólisták hosszának a csökkentésére. Ez a törekvés a 2010-es évek második felében jelentősen javított a helyzeten. Azonban a COVID-19 járvány ideje alatt az ellátás szüneteltetése és a teljesítmények lassú növekedése hatására nagymértékben romlott a helyet. A 2023-ban bevezetett intézkedések csak a szürkehályogműtétek esetében hoztak javulást. 2025 szeptemberében a térdprotézisműtétre 60 napot meghaladóan várakozók száma 3-szorosa, a csípőprotézis műtétre várakozók száma 1,8-szerese volt a 2018. augusztusi adatnak (13.12. táblázat).

13.12. táblázat. A 60 napot meghaladóan várakozók száma és az átlagos várakozási idő (napok száma) a térdprotézis-, a csípőprotézis- és a szürkehályogműtétek esetében

	2014	2018.08		2023.10.	2024.08.	2025.09	
	Várakozási idő	Várakozók	Várakozási idő	Várakozók	Várakozók	Várakozók	Várakozási idő
Térdprotézis műtét	242	5832	137	10835	13765	17577	276
Csípőprotézis műtét	158	4990	104	6544	7447	9157	123
Szürkehályog-műtét	88	10811	45	13092	4233	4921	46

Forrás: 2014: (MÉRTÉK, 2016); 2018: NEAK: Várólista nyilvántartás adatai (2018. augusztus 1); 2023: economx 2023. november 2; 2024: atlatszo, 2024. augusztus 15 ; 2025: lekérdezés (2025.09.22.)

A hozzáférés és a minőség problémái egyes orvosi szakmák területén

Az előzőekben már volt szó arról, hogy a teljesítményértékelési rendszer (ennek részeként a minőségügyi indikátorok) hiánya miatt nincs koherens és részletes képünk arról, hogyan alakult az ellátás minősége a magyar egészségügyben. Emiatt is nagy jelentőséggel bír a korábban már említett, az MTA V. Orvosi Tudományok Osztálya által 2019-ben és 2022-ben közreadott *A hazai orvosi szakmák helyzete és*

perspektívái a 21. század elején I. és II. című kétrészes tanulmánykötet. Az alábbi megállapítások ezekből a kötetekből származnak:

- 2019-ben 1 millió lakosra vetítve 600 szívműtétet végeztek, ami alig több mint a fele volt az OECD-országok átlagának (Szolnoky, 2022).
- Magyarországon 2019-ben 52 szívsebész szakorvos dolgozott, ami 1 millió lakosra vetítve alig több mint a fele volt az OECD-országok átlagának. *„Emellett kiemelt probléma a kardiotechnikusok (szív-tüdő gép, ECMO kezelését végző, magasan képzett szakszemélyzet) helyzete, az oktatás és az utánpótlás teljes hiánya"* (Szolnoky, 2022. 63).
- A 2010-es évek végén a várakozási idő nem sürgős nyitott szívműtétre elérte (vagy egyes esetekben jelentősen meghaladta a 6 hónapot. *„Ilyen várakozási idő mellett a centrumvezetők maximális igyekezete ellenére is rendszeresen előfordul halálozás a várólistán"* (Szolnoky, 2022. 64).
- *„A korszerű ellátás ellenére a kardiovaszkuláris halálozás hazánkban – a környező országokhoz viszonyítva is – változatlanul magas, pl. az infarktusos betegek egyéves halálozása átlagosan 16–20%, míg pl. a hasonló ellátásban részesülő svéd betegeké 12–15%. Ez éves szinten 3–5000 elvesztett beteget jelent"* (Merkely és Becker, 2019. 100).
- *„Az infarktust követő gyógyszerhűség is siralmas, NEAK-adatok alapján szívinfarktust követően egy évvel a betegek kevesebb mint 50%-a váltja ki az egyik legeffektívebb szekunder prevenciós gyógyszert, a sztatint"* (Merkely és Becker, 2019. 100).
- *„A szívelégtelen betegek gondozása rendkívül heterogén, sajnos a betegek jelentős része nem részesül a gyógyszeres bázisterápiában sem"* (Merkely és Becker, 2019. 100).
- *„Az aneszteziológia és intenzív terápia a tevékenység teljesítményadatainak kötelező jelentőrendszerét alkalmazta egészen 2014-ig. A jelentőrendszer internetalapú volt, éves jelentés készült nemcsak a tevékenységi adatokról, hanem a legfontosabb szövődményekről is. […] [2014-ben] a hatósági adatközlési kötelezettség megszűnt. Ráadásul a gombamódra szaporodó magánszolgáltatók aneszteziológiai teljesítményadataira, a szakmai feltételek teljesülésére, illetve a szövődményekre vonatkozó adatokról sem a szakmának, sem az egészségügyi kormányzatnak nincs érdemi információja"* (Fülesdi, 2019. 22).
- *„Az ébredők hiánya országszerte komoly veszélyeztetésnek teszi ki a műtött, altatott betegeket. Mivel erről sincs auditunk, nem tudhatjuk, hány ilyen részleg működik egyáltalán, és hiányuk milyen szövődményeket okoz"* (Fülesdi, 2019. 22).

- *„Az érbetegellátás jelenlegi helyzetét az országos széttagoltság jellemzi. Ez kedvezőtlen az ellátás egészét illetően, hiszen a kisebb ellátóknál a személyi és tárgyi feltételek nem vagy csak hiányosan teljesülnek. […] Jelenleg 29 ellátó jogosult az érsebészeti EFI-keret használatára, ez biztosan sokkal több intézmény, mint amennyire szüksége volna az országnak. […] vaszkuláris centrumokat kb. 15-16 helyen lehetne megvalósítani, 8-9-et II-es progresszivitási, 5-6-ot III-as, 1-2-t pedig IV-es progreszszivitási szinten, a jelenlegi 29 szolgáltatóval szemben"* (Entz, 2019. 29).
- *„Sajnos már közismert adat, hogy Magyarország a 100 000 lakosra jutó major és minor amputációkban Európában élen jár, a 41,4/100 000 lakos major amputáció két és félszerese az európai átlagnak, az utánunk következő Szlovákia esetében ez a mutató 29,1/100 000 lakos, az EU-átlag 18/100 000 lakos"* (Entz, 2019. 29).
- *„Hazánkban összesen 119 sebész végez valamilyen szintű érsebészeti tevékenységet. Teljes munkaidőben csak 71 fő foglalkozik érsebészettel, a többiek általános sebészeti műtéteket is végeznek. Az európai átlagnak megfelelő, lakosságarányos érsebészszám 180 fő lenne"* (Entz, 2019. 30).

Az *European Commission* és az OECD *Hungary Country Cancer Profile 2025* kiadványa részletesen elemzi a daganatos megbetegedések kockázati tényezőit, incidenciáját, halálozási adatait és az ellátás hozzáférhetőségét és minőségét. Átfogóan elmondható, hogy a halálozás és az ellátás színvonala Magyarországon is javult, de a javulás mértéke jelentősen elmaradt az EU átlagától. Ezt mutatják többek között a következő adatok (OECD/European Commission, 2025):

- 2021-ben Magyarországon az emlőrákból eredő elkerülhető halálozás 2011 és 2021 között 8%-kal csökkent, az EU-átlag 16%-kal. (2021-ben 100 ezer nőre vetítve 24 volt a magyarországi elkerülhető halálozás, az EU-s átlag pedig 19.)
- A vastagbélrákból eredő elkerülhető halálozás 2011 és 2021 között a nők esetében 6%-kal, a férfiak esetében 7%-kal csökkent, az EU-átlag mindkét esetben 18%-kal. 2021-ben a magyar adat a nők esetében 100 ezer főre 20 volt (2-szerese az EU-átlagnak), a férfiak esetében pedig 44 (2,5-szerese az EU-átlagnak).
- Az előrejelzések szerint 2023 és 2050 között az EU-n belül Magyarországon lesz az egyik legkedvezőtlenebb hatással a rák a várható élettartamra 2023 és 2050 között 2,3 évvel csökkenti a várható élettartamot a rák nélküli forgatókönyvhöz képest.

A kiadvány többek között hangsúlyozza, hogy annak ellenére, hogy több kezdeményezés is volt az ellátás minőségére vonatkozó adatgyűjtésre, hiányzik a minőség nyomon követésének a rendszere.

13.4.5.3. A hozzáférés és minőség társadalmi percepciója

Az egészségügy helyzetének, a hozzáférés és minőség problémáinak a társadalmi percepcióját tükrözi az Ipsos *Health Service Report 2024* kiadványa.[650] A 12.13. táblázat csak néhány jellemző kérdést tartalmaz. A 31 ország közül a magyar válaszadók közül gondolták legtöbben (68%), hogy az ellátáshoz való hozzáférés/hosszú várólista az országuk egészségügyének a legsúlyosabb problémája; továbbá csupán 12%-uk vélte úgy, hogy Magyarországon jó minőségű ellátáshoz lehet jutni (58%-uk szerint pedig rossz minőségűhöz).

A bizalomhiányt jelzi, hogy az Ipsos (2024) felmérésében szereplő *„Bízom abban, hogy az országom egészségügyi rendszere a legjobb kezelést biztosítja nekem"* állítással a magyar válaszadók 76%-a nem értett egyet és csupán 9%-a igen (15% a nem tudja/nem válaszolt kategóriába esett.) Azaz nemcsak az a probléma, hogy ha valakinek szüksége van ellátásra, akkor hosszú a várakozási idő és nagy a bizonytalanság, hogy adekvát ellátást kap-e, hanem – ahogy azt két nemzetközi közvéleménykutató cég felmérései is tükrözik – az egészségügy helyzete a magyar társadalom közérzetét általánosan befolyásoló kérdéssé vált. Az Eurobarometer kétévente végzett felméréseiben a magyar válaszadók megítélése szerint 16 társadalmi probléma közül 2016-tól 2020-ig az egészségügy került az első helyre, 2020-tól pedig a második helyen szerepelt. Az Ipsos közvéleménykutató cég *What Worries the World?* 2025 januárjában végzett felmérése 29 országban (köztük 10 európai országban) azt vizsgálta, hogy 18 társadalmi, gazdasági és környezeti probléma közül melyek aggasztják legjobban az embereket.[651] Magyarországon az egészségügy helyzete került az első helyre: a válaszadók 66%-a szerint az egészségügy a három legsúlyosabb probléma között volt.[652] Ezt követte a pénzügyi és politikai korrupció (48%), az infláció (45%), a szegénység és társadalmi egyenlőtlenség (44%), a munkanélküliség (16%) majd a bűnözés és erőszak (7%).

A táblázat adatainak az értelmezéséhez fontos megjegyezni, hogy a hozzáférés és minőség társadalmi percepciójában mutatkozó különbségek eltérhetnek attól, mint amit egy összehasonlító szakmai elemzés alapján kapnánk. Ugyanakkor fontos társadalmi tényt jelentenek, ami nemcsak az egészségügy működésére vonatkozó véleményeket tükrözi, hanem befolyásolja a társadalom szubjektív jóllétét is.

650 31 ország: Ausztrália, Új-Zéland, USA, Kanada; 12 európai, 6 latin-amerikai, 8 ázsiai ország; Dél-Afrika.

651 A felsorolt problémák közül a válaszadónak három problémát kellett megneveznie, ami a válaszadó szerint az ő országában legjobban aggasztja az embereket.

652 A 29 ország egészségügyre vonatkozó átlaga 24% volt. Az európai országokat tekintve: Egyesült Királyság 40%, Lengyelország 39%, a többi 7 európai ország 17% és 33% közé esett ez az érték.

13.13. táblázat: Az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségének és minőségének társadalmi percepciója, 2024

Melyik problémát tartja a legnagyobbnak az ön országa egészségügyében?				
	Átlag	**Legkevesebben**	**Legtöbben**	**Magyarország**
Az ellátáshoz való hozzáférés/hosszú várólista	46%	Svájc (20%)	Magyaro. (68%)	68%
Munkaerőhiány	45%	Lengyelo. (30%)	Svédo. (69%)	58%
A hozzáférés (kezelés) költsége	32%	Svédo. (10%)	Svájc (45%)	26%
Idősödő népesség	23%	Magyaro. (15%)	Hollandia (41%)	15%
Bürokrácia	22%	Belgium (13%)	Németo. (36%)	16%

Hogyan értékelné az ellátás minőségét, amihez ön és családja hozzájuthat?			
	Nagyon jó és jó	**Se nem jó, se nem rossz**	**Nagyon rossz és rossz***
Vizsgált országok átlaga	44%	36%	20%
Magyarország*	12%	30%	58%
Hollandia	64%	26%	10%

Egyetért-e a következő állítással?				
		Egyetért	**Nem tudja/ nem válaszolt**	**Nem ért egyet**
Az országomban sokan nem engedhetik meg maguknak a jó egészségügyi ellátást.	Vizsgált országok átlaga	61%	22%	17%
	Magyarország*	86%	7%	7%
	Svédország	27%	28%	45%
Bízom abban, hogy az országom egészségügyi rendszere a legjobb kezelést biztosítja nekem.	Átlag	48%	28%	24%
	Magyarország*	9%	15%	76%
	Svájc	61%	23%	16%
Az országom egészségügyi rendszere ugyanolyan színvonalú ellátást biztosít mindenki számára.	Átlag	38%	26%	36%
	Magyarország*	14%	13%	73%
	Spanyolország	54%	25%	21%

Megjegyzés: * Ezekre a kérdésekre a magyar válaszok voltak a legkedvezőtlenebbek a felmérésben szereplő 31 ország közül.
Forrás: Ipsos, 2024b

14. Milyen tényezők akadályozták meg egy jól működő egészségügyi rendszer kiépülését?

Az előző fejezetek bemutatták, hogy az 1989-1993 közötti időszakban alapvető változások történtek a magyar egészségügy irányításának és finanszírozásának a makrostruktúrájában. Az 1990-es évek közepén azonban a reformfolyamat megtorpant; megszorító intézkedéseknek és az ezek nyomán kiéleződött feszültségeket enyhítő intézkedéseknek a sorozata dominálta a magyar egészségügyet. Időről időre elindultak innovatív változások – azonban az aktuális kormányzatok hosszabb vagy rövidebb időszak után megállították ezek megvalósítását, vagy felszámolták a már működő intézményeket. A 2010-es kormányváltással radikális fordulat történt: a Fidesz-kormány felszámolta az egészségügy makrostruktúrájának a 1990-es évek elején kialakított (és a 2010-ig még fennmaradt) alappilléreit és meghatározó elemeit. Ez a fejezet összefoglalja azokat a tényezőket, amelyek megakadályozták/akadályozzák egy jól működő egészségügyi rendszer kiépülését.

14.1. Bevezetés: a kihívások és akadályozó tényezők áttekintése

Jól működő[653] egészségügyi rendszer kiépítéséhez az államszocializmustól örökölt struktúrák lebontására és a következő új struktúrák, intézmények kiépítésére lett volna szükség:

- *Az egészségpolitika és kormányzás új rendszere, amely* az ország egészség(ügy)ének hosszú távú értékeit képviseli, interszektoriális egészségpolitikát és kormányzati cselekvést valósít meg. Továbbá intézményi keretek és mechanizmusok működnek az egészségügy fő szereplői érdekeinek az egyeztetésére.

653 A „jól működő", „jól teljesítő" egészségügyi rendszer fogalma alatt az értendő, hogy a gyakorlatban megfelelően érvényesülnek az egészségügyi rendszernek (a könyv bevezetőjében említett) teljesítménykritériumai (alapvető céljai): egyenlő hozzáférés a jó minőségű szolgáltatásokhoz, betegközpontúság, hatékonyság, transzparencia, számonkérhetőség, finanszírozhatóság és reziliencia. A „megfelelően érvényesülnek" természetesen nem egzakt fogalom: függ a rendszer korábbi állapotához, más országokhoz viszonyított helyzetétől és a társadalmi percepciótól is. Az 1. melléklet részletesen foglalkozik ezzel a kérdéssel.

- *Az egészségügyi kormányzásnak olyan új, többszereplős rendszere, amely* a hatásköröknek (hatalomnak) a kormányzat és az egészségügy főbb szereplői (finanszírozók, szolgáltatók, szakmai szervezetek stb.) közötti megosztásán alapul; továbbá olyan gazdasági és minőségügyi szabályozást működtet, amely a szolgáltatókat (egészségügyi intézményeket, orvosokat stb.) hatékony működésre és jó minőségű szolgáltatások nyújtására ösztönzi.
- *A finanszírozás új rendszere*, amely képes összeegyeztetni a finanszírozhatóság makroökonómiai követelményeit és a jól működő egészségügynek a források iránti igényét. Továbbá képes összeegyeztetni a társadalmi igazságosság követelményét szolgáló közfinanszírozás dominanciáját és a magánfinanszírozásnak a differenciált társadalmi igények kielégítését elősegítő szerepét.
- *A szolgáltatási szféra olyan kapacitásai, új intézményi rendszere és működési módja* (ezen belül a köz- és magánszektor olyan szerepe), amely biztosítja a jó minőségű szolgáltatásokhoz való hozzáférést, a rendszer betegcentrikusságát, továbbá a szolgáltatók hatékony működését. Ehhez szükséges feltétel, hogy az irányítási és finanszírozási rendszerek megfelelő információkat, ösztönzést és szervezeti formákat nyújtsanak a szolgáltatók számára.
- Az egyéneknek, mint állampolgároknak, és mint a szolgáltatások igénybe vevőinek a képviseletére alkalmas intézmények.

Ezeknek a struktúráknak a kiépítése megfelelő jövőképet, hosszabb, kormányokon átívelő[654] folyamatot igényelt volna: egyaránt szükség lett volna a makrostruktúráknak, a szakmai struktúráknak és a mikrostruktúrának a változására. Azaz egyrészt szükség lett volna egyszeri, strukturális változtatásokra (pl. áttérés az egészségbiztosításra), másrészt kis lépések hosszabb, megfelelő stratégiákon alapuló, koordinált, folyamatosan értékelt és korrigált folyamatára a szakmai struktúrákban. Ez megfelelő ágenseket igényelt volna. Továbbá – mindezekkel kölcsönhatásban[655] – változásokra lett volna szükség a szélesen értelmezett döntéshozatali kultúrában – kormányzati és intézményi szinten egyaránt –, a szereplők szemléletmódjában, kapcsolatrendszerében, viselkedésmódjában, ami nyilvánvalóan hosszabb időt igényelt volna.

Általánosan fogalmazva, az eredményes egészségügyi reformfolyamat a következő feltételek együttes meglétét igényelte volna:

- tartós kormányzati akarat (prioritás, elkötelezettség);

654 Azaz a legfontosabb kérdésekben a meghatározó politikai pártok közötti formális vagy hallgatólagos megegyezésen alapuló.

655 A makro- és szakmai és mikrostuktúra változásai kölcsönhatásban vannak. Pl. a szakmai struktúra változása hathat a szereplők attitűdjére, ami visszahathat a szakmai struktúra további változtatására.

- elégséges pénzügyi erőforrások;
- megfelelő jövőkép, szakmai koncepciók és stratégiák;
- megfelelő színvonalú kormányzati kapacitás a megvalósításhoz; és végül, de nem utolsósorban;
- a változások elégséges támogatottsága/elfogadása (a szakmai szereplők, társadalom, ellenzéki pártok részéről).

Az elmúlt évtizedek történetéből látható, hogy az 1990-es évek eleje – köszönhetően a kivételes történelmi helyzetnek és a megelőző időszak több éven keresztül tartó egészségügyi reformmunkálatainak, reformvitáinak is – ritka pillanatot jelentettek: a változásokhoz (ha számos problémával és csak nagyon rövid időre) elégséges mértékben, egyidejűleg voltak jelen a reformnak az előzőekben felsorolt alapvető feltételei. Az 1990-es évek közepén a költségvetési konszolidáció kényszere alatt és részben az egészségügyi kormányzás problémái következtében a reformfolyamat megtorpant, és megszorító intézkedéseknek, valamint az ezek nyomán kiéleződött feszültségeket enyhítő intézkedéseknek a sorozata dominálta a magyar egészségügyet. Nem folytatódott (vagy el sem indult) az új makrostruktúra megfelelő teljesítményéhez szükséges szakmai struktúrák kiépítése. Az időről időre elindított, részleges változást célul tűző – sokszor az egészségügyi szakigazgatáson kívülről kezdeményezett – szervezeti innovációk rövid idő után megtorpantak, deformálódtak vagy elbuktak. 2010 után a kormányzat radikálisan átalakította az egészségügy irányítási és finanszírozási rendszerét: visszaállította a közszektorban az állam egyeduralkodó szerepét, az egészségügy sajátosságait figyelmen kívül hagyó, túlcentralizált struktúra jött létre.

Mindezek következtében a 2000-es évek elejétől többdimenziójú válság bontakozott ki és vált krónikussá az egészségügyben. A válságnak az egészségügy mindennapi működésében megnyilvánuló, nap mint nap érzékelhető összetevői:

- A közszektorban az ellátáshoz való hozzáférésnek és az ellátás minőségének a súlyos problémái és nagy különbségei, a betegek kiszolgáltatottsága; továbbá nagy pénzügyi teher az alacsonyabb jövedelmű társadalmi csoportokon.
- Humánerőforrás-krízis.[656] Ez nem csupán munkaerőhiányt jelent, hanem az egészségügyi dolgozók túlterheltségét, rossz munkakörülményeit, kiégését. A humánerőforrás-krízisnek szerteágazó következményei vannak az ellátás hozzáférhetőségére és minőségére, a betegcentrikus ellátás hiányára, a betegek elégedetlenségére.
- Krónikus pénzügyi forráshiány. A tartós alulfinanszírozás az egyik (de nem egyedüli) oka a munkaerőhiánynak, annak, hogy nem teljesülnek a jó

656 A 13. fejezet részletesebben foglalkozott a humánerőforrás-krízis okaival, köztük a külföld és a magánszektor munkaerő elszívó hatásival.

minőségű betegellátás feltételei, a hozzáférés és a minőség problémáinak, a működési zavaroknak (pl. ellátás átmeneti szüneteltetése stb.), a kórházi adósságállomány örökzöld problémájának.
- Diszfunkcionális egészségügyi kormányzás. A 2020-as években a tovább erősödő, irracionális centralizáció egyik következményeként fokozódott a rendszer dezorganizációja.[657]
- Legitimációs válság: minden szereplő (a betegek, az orvosok, a szakdolgozók, a közintézmények vezetői, a magánszolgáltatók stb., továbbá a kormányzat is) elégedetlen a rendszer működésével.

Röviden (és kissé leegyszerűsítve): egymással összefonódó forráshiány, munkaerőhiány, az adekvát kormányzás hiánya, szolgáltatáshiány, bizalomhiány, hiteles, reális jövőkép hiánya jellemzi a magyar egészségügy közszektorát. Ennek többdimenziós veszteség a következménye: kedvezőtlen egészségi állapot (egészségveszteség), gazdasági veszteség, emberélet-veszteség, jóllétveszteség[658] (14.1. ábra).

A válságjelenségek mögött két hosszabb távú trend húzódik meg: a nyugat-európai országokhoz való felzárkózásnak és az egészségügyi rendszer eredményes reformfolyamatának (azaz a rendszerváltásnak) a kudarca.

A könyv fejezetei több megközelítésben elemezték az idevezető utat. Az 1. fejezet bemutatta, hogy az egészségügyet érő kihívásokra adott kormányzati válaszok alapvetően összefüggtek a kormányzatoknak a rendszerváltozás óta eltelt évtizedekben a globális és hazai kihívásokra a politika, gazdaság és társadalompolitika szférájában adott válaszaival. Ez a szélesebb horizont szükséges ahhoz, hogy megfelelően tudjuk értelmezni egyrészt a magyar népesség egészségi állapotának a trendjeit, másrészt az egészségügyi rendszerben történteket. Továbbá az 1. fejezet bemutatta azokat a tényezőket, folyamatokat, amelyek a fő okait jelentik annak, hogy hiányzott a kormányzatok elkötelezettsége a társadalom egészségi állapotának javítása és ennek érdekében egy egészségcentrikus, multiszektoriális egészségpolitika kialakítása, modern népegészségügyi rendszer kiépítése iránt.

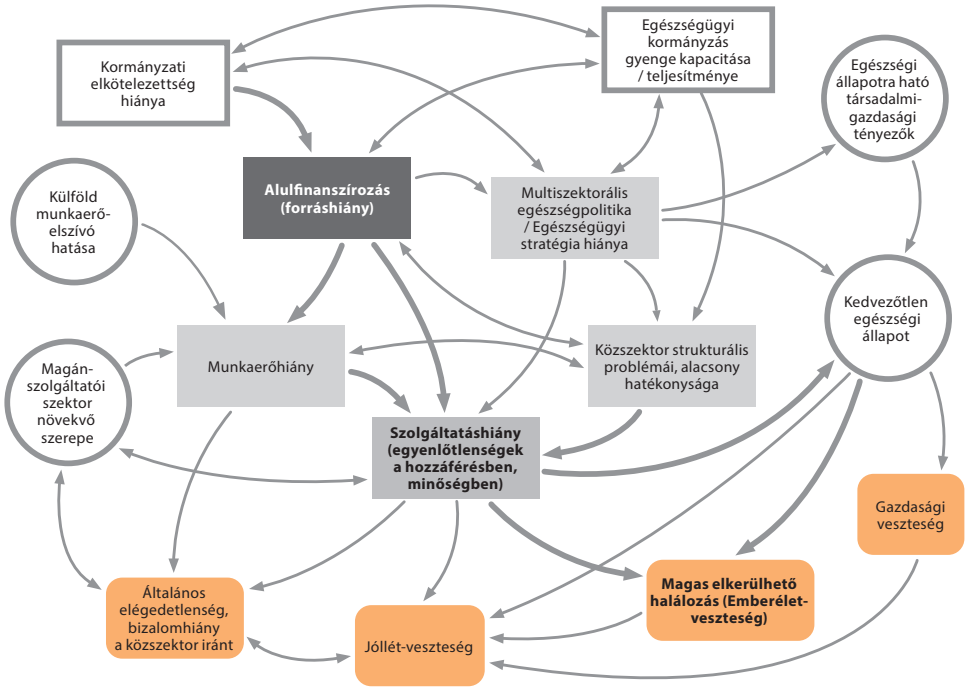
Jelen fejezetnek csak a szűkebb értelemben vett egészségügyi rendszer képezi a tárgyát:[659] az eddigiekben elmondottakon alapulva összefoglalja azoknak a tényе-

657 Ennek jelei, például: kiszámíthatatlan, hogy megfelelő ellátáshoz jutnak-e a betegek, hosszúak a várólisták, gyakori a kórházi osztályok munkaerőhiány miatti váratlan, átmeneti szüneteltetése, az egészségügyi kormányzat nem képes a munkaerőhiány enyhítésére, a kormányzati kommunikáció és a valóságos helyzet között nagy az eltérés stb.

658 Ezekkel a kérdésekkel az 1. fejezet részletesebben foglalkozott, továbbá koncepcionális szinten az 1. melléklet is érinti ezeket.

659 Azaz nem foglalkozik a népegészségügyi rendszerrel.

14.1. ábra. Az egészségügy alulfinanszírozásának a hatásai

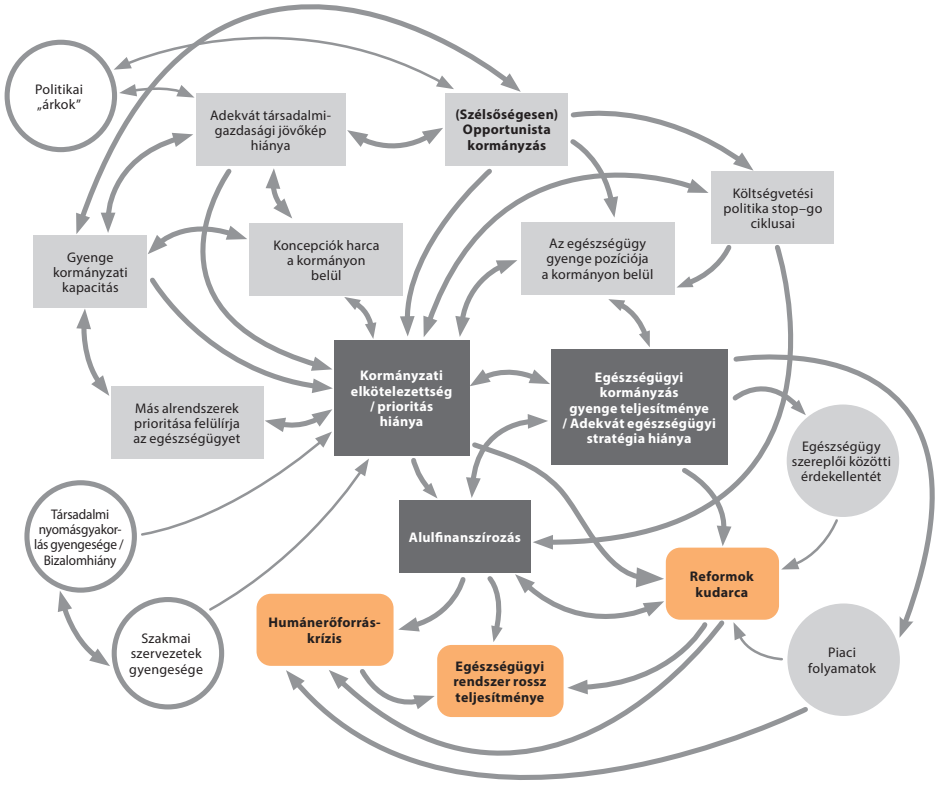


zőknek a hálózatát,[660] amelyek együttese, hosszabb időn át érvényesülő kölcsönhatása megakadályozta egy eredményes reformfolyamat kibontakozását és megvalósulását. A tényezők között kiemelt szerepe van egyrészt (i) a kormányzati elkötelezettség hiányának a társadalom egészségi állapotának a javítása és jól működő egészségügyi rendszer kiépítése iránt, másrészt (ii) az egészségügyi kormányzás[661] rossz teljesítményének, gyenge kapacitásainak. A többi tényező jelentős mértékben ezzel a két tényezővel való kapcsolatukon keresztül hatott az egészségügyi rendszerben végbement (illetve elmaradt) folyamatokra. A tényezők közötti kapcsolatokat, visszacsatolásokat – jelentősen leegyszerűsítve – szemlélteti a 14.2. ábra.

660 A hálózatelmélet alapján a „problémák hálózata" megfogalmazás azt jelenti, hogy a különböző tényezők összekapcsolódnak és egymást erősítik – tehát nem lineáris ok-okozati láncról, hanem visszacsatolásokkal teli rendszerről van szó.

661 Az egészségügyi kormányzás jellemzőit részletesen tárgyalta a 13. fejezet, ezért az itt leírtak és a 13. fejezet között szükségszerűen előfordulnak átfedések.

14.2. ábra. A magyar egészségügy eredményes reformfolyamatát akadályozó tényezők



Egy jól működő egészségügyi rendszer[662] kiépítésének (eredményes reformfolyamat kibontakozásának és megvalósításának) a kudarca a következő tényezőkre vezethető vissza:

- *A politikai elkötelezettség (kormányzati prioritás) hiánya*. Kevés kivételtől eltekintve nem kapott prioritást a népesség egészségi állapotának a javítása; hiányzott a kormányzat elkötelezettsége a modern népegészségügyi rendszer kiépítése és az egészségügyi rendszer átfogó (hosszabb időt igénylő) reformja iránt. Ez több tényező eredője volt:
  - Opportunista kormányzás.[663]

662 Ugyanezek a tényezők nagy szerepet játszottak abban is, hogy nem épült ki modern népegészségügyi rendszer.

663 A közpolitika opportunizmusán az egyéni és/vagy lobbiérdekeknek a közérdek fölé helyezését érti a szakirodalom, ami a hatalom megtartását szolgáló, de a társadalom hosszú távú érdekeivel ellentétes kormányzati döntéseken túl magában foglalja a korrupciót is stb.

  - A kormányzás egészének gyenge kapacitása/teljesítménye; ennek részeként a hatékony egészségügyi szakigazgatás kialakítására irányuló törekvések hiánya.
  - Adekvát jövőkép hiánya. Az egészségi állapot, az egészségügyi rendszer, a társadalmi jóllét és gazdasági fejlődés kapcsolatrendszerét és összefüggéseit figyelmen kívül hagyó kormányzati koncepciók.
  - A költségvetési politika stop–go ciklusai.
  - A kormányzat és ellenzék között kialakult „politikai árkok" (ami ellehetetlenítette a kormányzati ciklusokon átívelő stratégiák kialakítását).
  - Olyan politikai ágens hiánya, amely hatásosan manifesztálni tudta volna a társadalomnak az egészségügy helyzetével szembeni elégedetlenségét. A társadalmi érdekartikulációs csatornák hiánya.
- Jól működő egészségügyi rendszer kiépítéséhez szükséges források hiánya. (Elsősorban az opportunista kormányzás és a költségvetési politika stop–go ciklusai következtében.)
- *Az egészségügyi kormányzás gyenge teljesítménye; ennek részeként az egészségügyi rendszerre vonatkozó adekvát jövőkép és stratégiák hiánya*. Ez több tényező eredője:
  - Az egészségügyi kormányzás inadekvát kapacitásai.[664]
  - Az egészségügyi szakigazgatás vezetőjének gyenge pozíciója a kormányzaton belül.
  - Az egészségügyi koncepciók harca a kormányon belül.
- Más alrendszerek prioritásai felülírták az egészségügy szakmai szempontjait.
- A szakmai szervezetek és szakszervezetek gyenge befolyása (az egészségügyi bérek és munkakörülmények alakulására; kivéve a COVID-járvány időszakát).
- Az egészségügy szereplői közötti érdekellentétek (kezelésére alkalmas intézmények/eszközök hiánya).
- A piaci folyamatok hatása a közszektorra.
- A társadalmi nyomásgyakorlás gyengesége.

Ezek a tényezők eltérő kombinációban és különböző mértékben voltak jelen az egyes kormányzati periódusokban. 2010 után a tényezők egy részében jelentős romlás (ezáltal az egészségügy problémáira gyakorolt negatív hatásuknak a fokozódása) következett be. Az egyes kormányzati ciklusokat tárgyaló fejezetek bemutatták,

664 Ez nem jelenti azt, hogy az egyes kormányzatok szakemberei között ne lettek volna megfelelő szemlélettel és tudással rendelkező szakemberek, akik arra törekedtek, hogy javuljon az egészségügy helyzete. De nem ők határozták meg a kormányzás arculatát.

hogy az 1990-es évek elején kialakított új struktúráknak (pl. az ÁNTSZ egységes országos szervezetének stb.) a felszámolásában, vagy egyes kezdeményezések (pl. versenyző biztosítók bevezetése stb.) meghiúsulásában az előzőekben felsorolt tényezők milyen kombinációja játszotta a szerepet. Az alábbiak csak az általános tendenciákra, jellemzőkre terjednek ki.

14.2. Kevés kivételtől eltekintve hiányzott a kormányzatok elkötelezettsége az egészségügy átfogó reformja iránt

A rendszerváltás óta eltelt évtizedekben két olyan időszak volt, amikor a kormány az egészségügy, vagy egyik alrendszerének az átfogó reformja mellett elkötelezte magát: az 1990-es évek elejének reformjai és 2007-ben az egészségbiztosítás intézményi rendszerének átalakítására (a versenyző biztosítók modelljének bevezetésére) tett kísérlet. A 2011-ben elfogadott Semmelweis Terv is átfogó koncepció volt, de a tényleges kormányzati lépéseket az egészségügy területén is a közigazgatás egészének az átalakítására (centralizálására) vonatkozó koncepció vezérelte.[665]

Az egészségügy reformja iránti elkötelezettség hiánya része volt a kormányzás általánosabb – az oktatást, környezetvédelmet stb. érintő – jellemzőjének: az opportunista kormányzásnak. A kormányzat prioritásainak a meghatározásakor a rövid távú politikai érdekek (hatalom megtartása) háttérbe szorították, kiiktatták a hosszabb távú társadalmi érdekek szempontjait. Az egészségügy (oktatás stb.) átfogó reformja azt igényelte volna, hogy a kormányzatok olyan területekre fordítsanak jelentős pénzügyi forrásokat, ahol lehet, hogy ezeknek a ráfordításoknak az – egy-két kormányzati ciklussal később jelentkező – eredményeit nem ők aratnák le. A kormányzat már a rendszerváltáskor is rendelkezett opportunista vonásokkal. Az 1. fejezet vázolta azt a folyamatot, ahogy a kormányzás szélsőségesen opportunistává vált és kiegészült a rendszerszerűvé vált korrupcióval.

Természetesen minden kormányzat számára fontos szempont a hatalom megtartása, ugyanakkor arányokról van szó: a hosszabb távú társadalmi célokba való beruházás, a társadalom egészének a jóléte, fejlődése és a hatalom megtartása érdekében történt intézkedések közötti arányokról. Azokban a ritka esetekben, amikor egy reformlépés iránt létrejött a kormányzati elkötelezettség (pl. az

665 A 13.2. alfejezet bemutatta, hogy minden kormányzati periódusban születtek koncepciók egyes részterületek átalakítására, azonban ezek vagy nem valósultak meg, vagy csak átmeneti hatást gyakoroltak.

egészségbiztosítás önkormányzati igazgatása stb.), ez nem maradt fenn tartósan, hanem hamar erodálódott – vagy a politikai konfliktusok (és a választási következményektől való félelem) hatására, vagy a gazdasági helyzet változásának, a rövid távú gazdasági kényszereknek a következtében.

Az egészségügy gyenge pozíciójának a prioritási sorban „történelmi tradíciói" vannak. Az 1950-es években az erőltetett iparosításhoz a bérek alacsonyan tartásával és az „ingyenes" társadalmi juttatások alulfinanszírozásával biztosították a forrásokat. Az 1960-as évek közepén – az új gazdasági mechanizmus előkészítésének az időszakában – a kormányzat választás elé került: az életszínvonalat elsődlegesen a természetbeni juttatások (azaz az oktatás és az egészségügy) színvonalának a javításával vagy a pénzbeli juttatások emelésével javítsa-e. Ebben az időszakban alakult ki az a kormányzati magatartás, amely az egyének által a „saját zsebükön" keresztül közvetlenül érzékelhető, rövid távon egyértelműen politikai nyereséget hozó pénzbeli jóléti juttatásokat preferálta és nem ismerte fel (vagy rövid távú politikai megfontolásokból figyelmen kívül hagyta) az egészségügynek és oktatásnak – azaz a humán tőke fejlesztésében két kulcsfontosságú ágazatnak – az ország hosszabb távú fejlődésében játszott alapvető jelentőségét. Ezt a szemléletet a rendszerváltó elit sem kérdőjelezte meg, nem következett be szakítás az államszocializmusra jellemző „nem termelő ágazatok" nézettel (csak a megfogalmazás változott: „költségvetési teherre"). A rendszerváltás után is fennmaradt, sőt a 2010-es évek közepétől tovább erősödött a költségvetési források elosztásában a rövid távú politikai szempontokat (szavazatoknak a „vásárlását") követő, opportunista kormányzati magatartás és szemlélet.

A rendszerváltás időszakában a szemléletváltásnak az elmaradása részben annak tudható be, hogy a nemzetközi színtéren az 1980-as és 1990-es évek domináns neoliberális gazdaságpolitikája elsősorban költségvetési teherként értelmezte ezeket az ágazatokat, és ebből következően a kormányzatok számára a fő teendőnek a jóléti (egészségügyi) kiadások korlátozását tartotta. A magyar elit gondolkodása megrekedt itt,[666] és ellenállt annak a jelentős fordulatnak, ami a 2000-es évek elején a nemzetközi politikai színtéren is bekövetkezett: ekkortól (ismét) dominánssá vált az oktatási és egészségügyi közkiadásoknak a humán tőkébe való beruházásként való értelmezése – annak felismerése, hogy a szerepük alapvető a gazdaság versenyképességében és hosszú távú fejlődésében (European Commission 2013; Figueras et al., 2008).

666 Ez nem jelenti azt, hogy a szakigazgatásban ne lettek volna, ne lennének olyan szakemberek, akik értik az egészségügy szerepét, helyzetét; de a kormányzati döntésekben a fenti megállapítás tükröződik. Kivételt jelentettek a Magyar Nemzeti Bank elemzései (MNB, 2019) – de úgy tűnik, hogy ezek nem gyakorolnak hatást a kormányzat szemléletére és intézkedéseire.

14.3. Jól működő egészségügyi rendszer kiépítéséhez szükséges pénzügyi források hiánya

A kormányzati elkötelezettség hiányának egyik súlyos következménye volt, hogy a kormányok az állami költségvetésnek tartósan alacsony részét allokálták az egészségügyre. A 2. fejezet részletesen bemutatta, hogy az egészségügyi közkiadásokat tekintve Magyarország lemaradása nemcsak az EU14-országokhoz képest, hanem a többi visegrádi országhoz és az EU10 átlagához képest is növekedett. Illusztrációként itt csak két adat szerepel. 1995-ben a magyar kormány az állami költségvetésnek 10,4%-át allokálta az egészségügyre, az EU10-átlag 9,8%, az EU14-átlag pedig 11,4% volt. 2023-ban a magyar kormány az állami költségvetésnek az 1995-ös aránynál kisebb, csupán 8,2%-át allokálta az egészségügyre. Ezzel szemben mind az EU10-átlag, mind az EU14-átlag lényegesen nagyobb volt, mint 1995-ben: az EU10-országok a költségvetés 14,6%-át, az EU14-országok pedig 15,3%-át fordították az egészségügyre. A költségvetésből való alacsony részesedés az egyik tényezője annak, hogy a közkiadások (reálérték-) növekedésének kirívóan alacsony volt az üteme: 2019-ben Magyarországon csupán 5,5%-kal volt magasabb az egy főre jutó egészségügyi közkiadások reálértéke a 2005-os szintnél. Ezzel szemben Lengyelországban a kétszerese volt, Szlovákiában 57%-kal, Csehországban 47%-kal többet fordítottak (egy főre vetítve) közpénzekből az egészségügyre, mint amit 2005-ben. 2024-ben – az orvosbérek jelentős emelésének a következtében – a magyarországi egy főre jutó egészségügyi közkiadások reálértéke 31%-kal volt magasabb a két évtizeddel korábbi (2005-ös) szintnél. Ugyanezen időszakban Csehországban 66%-kal nőtt, Szlovákiában a kétszeresére, Lengyelországban pedig a 2,8-szeresére emelkedett a közkiadások reálértéke.

Az egészségügyre fordított közkiadások alacsony szintje elsősorban a következő – az egyes kormányzati időszakokban különböző kombinációban és mértékben ható – tényezőknek a következménye volt: az opportunista kormányzás, az azzal összefüggő úgynevezett stop–go költségvetési ciklusok, a gazdasági válságok hatása, továbbá az egészségügyi kormányzatok sikertelen vagy hiányzó törekvése arra, hogy meggyőző alternatív koncepciót állítsanak szembe a pénzügyi kormányzat megközelítésével. Ez utóbbinak az volt a lényege, hogy amíg nem javult az egészségügy működésének a hatékonysága, addig nem érdemes jelentősen növelni a rendszernek juttatott forrásokat.

A magyar költségvetési politikát az úgynevezett stop–go („húzd meg–ereszd meg") ciklusok jellemezték: a választási években az állam túlköltekezett – aminek a nyilvánvaló oka a „szavazatvásárlás" volt. Ennek következtében megingott az államháztartás egyensúlya, ami a választások után szükségszerűen kikényszerítette a restrikciót. Az egészségügy a stop–go költségvetési ciklusoknak az egyik fő vesztese

volt: a választási költekezésből nem részesedett, de a restrikció egyik fő áldozata volt. Amikor a gazdasági feltételek kedvezőek voltak és lehetővé tették volna az egészségügy pénzügyi helyzetének a korrekcióját, akkor pedig a politikai szándék hiányzott.

A 2010-es évek elején azt lehetett feltételezni, hogy a kormányzat a 2008-as gazdasági válságból való kilábalás után legalább visszaállítja az egészségügynek a nemzetgazdaságban a 2006 előtt elfoglalt pozícióját (az állami költségvetésből, illetve a GDP felhasználásából), hiszen a 2011-ben elfogadott Semmelweis Terv az egészségügy legfőbb problémájának a forráshiányt nevezte meg, és az egy főre jutó közkiadások mértékét illetően az EU átlagának elérését jelölte meg elérendő célnak. 2010 után a Fidesz-kormányok történelmi lehetőséget szalasztottak el: a 2013 és 2019 közötti jelentős gazdasági növekedés lehetőséget adott volna az egészségügy forrásainak jelentős növelésére és az egészségügy rendbetételének az elindítására. Nem ez történt. 2019-ben a GDP reálértéke 30%-kal haladta meg a 2010-es szintet, az egészségügyi közkiadások szintje csupán 16%-kal; 2024-ben pedig a GDP 39%-kal, az egészségügyi közkiadások pedig 24%-kal.[667]

Az egészségügy alulfinanszírozásának a mértékéhez és tartósságához hozzájárult, hogy az egészségügyi kormányzat nem tudott alternatív koncepciót szembeállítani a pénzügyi kormányzatnak azzal az érvelésével, hogy az elavult, nem hatékony struktúrába nem érdemes több pénzt adni („lyukas vödörbe nem érdemes több vizet tölteni"). Ez egy olyan indok volt, amit a pénzügyi kormányzat mindig felhasználhatott a források korlátozásának az „indoklására". Az egészségügyi szakpolitikusok nem tudtak megfelelő koncepciót kialakítani arra, hogyan kezelhető a strukturális reformoknak és a forrásnövelésnek a dilemmája. A dilemma egyik oldalát az jelenti, hogy strukturális reformok nélkül a források növelése, a bérek emelése nem hozhatta az egészségügy minőségének a javulását. A dilemma másik oldalát az jelenti, hogy a rendszer átalakítása többletforrásokat igényelt volna.

14.4. A kormányzat és az ellenzék közötti „politikai árkok"

A 2000-es évek elejére a politikai pártok közötti ellentétek kiéleződtek. A kormányzat és ellenzék között kialakuló „politikai árkok" és az éppen hatalmon lévő

667 Ahogy arról a 2. fejezetben volt szó, az „egészségügyi kiadások" fogalmába a folyó kiadások tartoznak, azaz nem tartalmazzák a beruházásokat. A 2007–2013-ig tartó időszakban jelentős EU-s források fordítódtak egészségügyi beruházásokra. Lényegesen kevesebb, de még a 2014–2020-ig tartó időszakban is jutott EU-s fejlesztési forrás az egészségügynek (ld. 10. fejezet).

kormányzatok működésében a rövid távú politikai érdekek dominanciája kölcsönhatásban voltak, egymást erősítették – és ellehetetlenítették a kormányzati ciklusokon átívelő stratégiák kialakítását.[668] A pártpolitikai háború nehézzé tette az olyan szférák helyzetét, amelyek területén a változtatások időtávja túlmutat a kormányzati ciklusokon. Az ellenzéki pártoknak túl nagy volt a csábítás, hogy a kormányzat egészségügyi intézkedéseit (még ha azok szükségességével egyet is érthetett) a pártpolitikai harc eszközeként felhasználja. A társadalom többségének mindennapi tapasztalata van az egészségügyről – így a változtatásokkal szükségszerűen együtt járó bizonytalanság és esetleges átmeneti feszültségek, negatív mellékhatások széles körben érzékelhetők. Ez könnyen felhasználható a kormánnyal szembeni elégedetlenség kiváltására vagy a meglévő diffúz elégedetlenség „tárgyiasítására". Ez utóbbinak a legemlékezetesebb példája volt, hogy 2006-ban a Fidesz a választási veresége után azonnal megindította a „politikai háborút", és egyik terepének az egészségügyet, a fő eszközének pedig a 2007-ben bevezetett vizitdíj elleni népszavazást választotta. A pártpolitikai háború a kormányzatokra a reformoktól „elrettentő" hatást gyakorolt – hiszen feltételezhették, hogy a reformokkal szükségszerűen együtt járó feszültségeket az ellenzék ki tudná használni. A pártpolitikai háború következménye volt az is, hogy az egymást váltó kormányok több esetben megszüntették a másik által elindított változtatásokat (pl. 2010-ben a Fidesz-kormány nemcsak az Egészségbiztosítási Felügyeletet szüntette meg, hanem az általa kidolgozott és a gyakorlatban is elindított kórházi indikátorrendszert is).

14.5. Az egészségügyi kormányzat szakmai kapacitásainak a problémái

Az előzőekben vázolt politikai környezetben és kormányzati attitűd mellett – kevés és rövid időszakoktól eltekintve – a fő elvárás az egészségügyi miniszterrel (államtitkárral) szemben az egészségügy területén a „béke" fenntartása, és nem az egészségügyi rendszer modernizálása érdekében tett lépések voltak.

668 Kis János (2021) szerint: „…*Halálos ellenségek nem tudnak demokráciát fenntartani: a demokrácia működése feltételezi, hogy a rivális felek vitáikkal és harcaikkal együtt elismerik egymás legitimitását. A mindenkori kormány a mindenkori ellenzékét, az ellenzék a kormányét. A rendszerváltás nagy kérdése az volt, hogy a demokratikus gyakorlat vezet politikai megbékéléshez, vagy a „százéves háború" kiújulása vet véget a demokráciának. Nem volt eleve elrendelve, hogy a második forgatókönyv valósul meg*" (Interjú Kis Jánossal. Jelen 2. évfolyam 10. szám. 2021. 03. 11).

A 13.2. alfejezet részletesen elemezte az egészségügyi kormányzás jellemzőit, beleértve a 2010 előtti és utáni lényeges különbségeket is. Az alábbi felsorolás csak a legfontosabb – egymással sok szálon összefüggő –, általános jellemzőket foglalja össze:

- Az 1980-as és 1990-es évek fordulóját kivéve hiányzott/hiányzik a kormányzatoknak az egészségügyi rendszerre vonatkozó, a kormányzati cselekvés alapjául szolgáló, jövőorientált, stratégiai látásmódja, jövőképe, átfogó stratégiája.[669]
- Hiányosak voltak (majd 2010 után a meglévő elemeket is felszámolták) a hosszú távú stratégiai szemléletet megalapozó információ- és tudásbázisok. Ritka kivételektől eltekintve,[670] hiányzott/hiányzik az egészségügyi rendszer helyzetének, az egészségügyi rendszer teljesítményének (problémáinak) a rendszeres és szisztematikus elemzése.
- A döntéshozók inadekvát nézetei, szemlélete – az egészségügyi rendszerrel szembeni kihívásokra, az egészségügynek a nemzetgazdaságban, a hosszú távú gazdasági és társadalmi fejlődésben játszott szerepére, az egészségügyi rendszer immanens jellemzőire, valamint a sikeres reformfolyamat feltételeire vonatkozóan.
- A kormányzat 2010 után kialakított irányítási koncepciója és gyakorlata ellentétes azzal, ami az egészségügyi rendszer immanens jellemzőiből következne. A szolgáltatók ösztönzésére és hatékony minőségellenőrzési rendszerre épülő szabályozás helyett a kormány központi utasításokon alapuló irányítást épített ki.
- Nem épültek ki megfelelő intézményi keretek arra, hogy az egészségügy többi szereplőjét bevonják a stratégiaalkotásba, döntések előkészítésébe. Nem alakult ki az érdekegyeztetés kultúrája. 2010 után pedig a többi szereplőhöz való viszonyban a transzparencia hiánya és a hatalmi arrogancia erősödött meg.
- A megvalósításnak kevés esetben volt csak megfelelő ágense (felelős menedzsmentje); a szakmai struktúrák hosszabb periódust igénylő kiépítéséhez hiányoztak az intézményi keretek.
- Az új struktúrák mögött (pl. Egészségbiztosítási Önkormányzat, önálló betegjogi szervezet stb.) nem alakult ki erős „lobbi". Ehhez hozzájárult a szakmai

669 A már említett 2007-es biztosítási rendszer átalakítására vonatkozó koncepció nem volt átfogó; a Semmelweis Terv pedig nem képezte a kormányzati cselekvésnek az alapját. A 2010 után készült „stratégia" elnevezéssel rendelkező dokumentumoknak pedig nem az volt a célja, hogy az egészségügy szereplői közös jövőképének és cselekvésének az alapját képezzék.

670 2013–2014-ben az egészségügyi miniszter létrehozta a teljesítményértékelési rendszer intézményi kereteit (ld. 10. fejezet). Azonban a 2016-ban megjelent első jelentés után beszüntette ezt a tevékenységet és megszűnt a munkát végző munkacsoport is.

szervezetek, szakszervezetek, civil szervezetek gyengesége és 2010 utáni további gyengítése is.
- A társadalom különböző csoportjainak tájékoztatására, meggyőzésére irányuló stratégiák, lépések hiányoztak vagy hatástalanok voltak. 2010 után pedig a reális, hiteles tájékoztatást felváltotta egyrészt a transzparencia hiánya, titkolózás, másrészt pedig a propaganda.

Ezeknek a problémáknak egyik okát (de részben következményét is) a kormányzás inadekvát szervezeti kapacitásai (a megfelelő intézmények, ágensek hiánya) jelentik:
- Az önálló egészségügyi minisztérium megszüntetése 2010-ben nem csupán azért probléma, mert az egészségügy gyengébb pozícióba került a költségvetési alkukban, hanem mert az egészségügyi szakigazgatásban, minisztériumi döntésekben kevésbé tudnak érvényesülni a terület sajátosságai, szakmai szempontjai. (Erre példa az egészségügyi szolgálati jogviszony bevezetése is.)
- Hiányzik a helyzetelemzésnek, teljesítményértékelésnek és a koncepcióalkotás megalapozásának az ágense. Ennek az intézménynek lenne a funkciója az egészségügyi rendszer teljesítményének folyamatos elemzése, a problémák feltárása, a lehetséges opciók kidolgozása, amelyeket a döntéshozók mérlegelni tudnának.
- A minőségügy területén történt számos kezdeményezés ellenére nem épült ki hatékony minőségügyi rendszer. Ennek részeként nem épült ki a minőségellenőrzés önálló – az intézményfenntartótól és a finanszírozótól független – intézményi rendszere.
- Hiányzik az önálló – az intézményfenntartótól és finanszírozótól független – betegjogi intézményrendszer.
- Az intézményi változások esetén hiányzott /hiányzik a megvalósítás monitorozásnak az ágense: azaz olyan – a megvalósítás irányításától független – szervezet, amelynek elsődleges érdekeltsége a folyamatok monitorozása, értékelése. Ez alapvető feltétele lenne az új szervezeti konstrukciók inkrementális (lépésről lépésre történő) fejlesztésének, korrekciójának is.
- A kormányzási kapacitás fontos tényezőjét képezi az egészségügyi szakigazgatás első számú vezetőjének (miniszternek, államtitkárnak) a szerepfelfogása, törekvései, szakmai felkészültsége, kooperációs és irányítási képessége stb. Ezen a területen is jelentősek voltak/jelentősek a hiányosságok.

Az egészségügyi kormányzatok nem tudtak megfelelni annak a kihívásnak, hogy egyidejűleg kellett volna egyrészt az egészségügyi rendszer működésével kapcsolatos mindennapi feladataikat ellátniuk, másrészt menedzselniük az egészségügyi

rendszer átalakítását is. Az egészségügy vezetői nem ismerték fel (vagy nem tudták megvalósítani), hogy ez a két különböző típusú feladat – eltérő jellegükből eredően – egymástól elkülönült szervezeti kereteket kívánt volna. A változások menedzseléséhez olyan új szervezeti egységekre lett volna szükség,[671] amelyek elsődleges feladata, érdekeltsége az adott változtatás megvalósítása, azaz a döntések előkészítése (szakmai megalapozása), az intézkedések megvalósításának koordinálása, monitorozása és értékelése lett volna.

14.6. Más alrendszerek prioritásai és/vagy átalakításának a szempontjai felülírták az egészségügy szakmai szempontjait

Amikor az egészségügyi tárca és más tárcák vagy kormányzati egységek elképzelései ütköztek egymással, a tényleges intézkedések meghozatalakor rendre az egészségügy szakmai szempontjai maradtak alul. Az egyik legjellemzőbb példa erre a Semmelweis Terv sorsa. 2010 folyamán az egészségügyre vonatkozó reformkoncepció kidolgozásával egyidőben, de minden koordináció nélkül zajlott a Miniszterelnökségen a közigazgatás átalakítására vonatkozó – az egészségügyi szakigazgatás intézményrendszerét is alapvetően érintő – koncepció kialakítása. A két koncepció, illetve a Miniszterelnökség és az Egészségügyi Államtitkárság vezetői közötti – elsősorban az ÁNTSZ és az OEP intézményrendszerére vonatkozó – konfliktusból a Miniszterelnökség koncepciója került ki győztesként. Az egészségügy makrostruktúrájának az átalakulása alárendelődött a centralizált közigazgatás kialakításának.

A rendszerváltáskor az ÁNTSZ létrehozása megteremtette az intézményi feltételeit, a lehetőségét annak, hogy – nyugat-európai mintára – jelentős önállósággal rendelkező népegészségügyi szervezet, modern népegészségügyi tevékenység, továbbá az egészségügyi szolgáltató intézményeknek mind a finanszírozótól, mind a tulajdonosoktól elkülönült szakmai ellenőrzése legyen kialakítható, valamint szükség (pl. járvány) esetén egységes szakmai bázison nyugvó, a tisztifőorvos által központilag irányított, határozott hatósági intézkedések legyenek végrehajthatók. Az intézményi keretek azonban csak szükséges, de nem elégséges feltételeket jelentettek – részben

671 Ezt mutatja például, hogy az 1980-as évek végén a HBCS-modellkísérlet sikeres megvalósítását egy elkülönült szervezet (GYÓGYINFOK) menedzselte; a Regionális Modernizációs Program kidolgozását és a pályázat megvalósítását a Világbanki Programiroda egy önálló egysége menedzselte, az IBR koncepcióját a Veresegyházi Misszió Egészségház égisze alatt megszerveződő szakértői kör dolgozta ki.

az előzőekben tárgyalt tényezők (kormányzati elkötelezettség vagy jövőkép hiánya stb.) miatt nem bontakozott ki modern népegészségügyi tevékenység. 2011-ben a közigazgatás radikális centralizációjának részeként az ÁNTSZ területi szerveit leválasztották az Országos Tisztifőorvosi Hivatalról és beolvasztották a kormányhivatalokba. (Az akkori Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) hatáskörében csak a szakmai felügyelet maradt.) Az ÁNTSZ relatív autonómiájának, országosan egységes szervezetének a megszüntetése azt is jelenti, hogy jelenleg hiányoznak a modern népegészségügyi tevékenység kialakításának az intézményi keretei.[672]

14.7. Harc a kormányzaton belül az egészségügyi reform fő irányára vonatkozóan

Az egészségügy sokszereplős, az érdekviszonyai bonyolultak; a szolgáltatások nyújtásában és a finanszírozásban is sok szálon összefonódik a köz- és a magánszektor. Az egészségügyi reformok általános céljainak az elérése (pl. a hozzáférés javítása, szolgáltatások minőségének és az intézmények működése hatékonyságának a javítása stb.) nagyon különböző eszközökkel is lehetséges. Így nem meglepő, hogy a politikai pártok között, de az egyes politikai pártokon belül is különböző, egymással versenyző/szembenálló koncepciók, törekvések jellemezték az egyes kormányzati időszakokat. Így amikor a pártok hatalomra kerültek, az első évek (amelyekben könnyebben valósíthatók meg jelentős változások) számos esetben a kormányzaton belüli vitákkal, harcokkal teltek el.

Az egészségügy bonyolult érdekviszonyai mellett ennek számos további oka is volt. Az egyik problémát az jelentette, hogy a rendszerváltás után nem épültek ki az egészségügyben (sem) a vélemények/érdekek egyeztetését szolgáló intézményi keretek, mechanizmusok és ezzel összefüggésben a vélemények/érdekek egyeztetésének a kultúrája, attitűdje sem. Nem alakult ki az a szemlélet, hogy előrevivő lehet más szereplők véleményének a mérlegelése, és természetes folyamat a saját vélemény korrekciója. Ez szükséges lett volna ahhoz, hogy már a választási program kialakításakor, vagy a kormányra kerülés után rövid idő alatt megegyezést tudjanak elérni az adott kormányzaton belül. A 2010-es évek közepéig minden kormányzati

672 Az egyik legsúlyosabb következmény az volt, hogy amikor 2020 elején kitört a koronavírus járvány, akkor intézményrendszerében szétzilált, önálló szakmai vezetői hatásköröktől megfosztott, erőforrásaiban megfogyatkozott, erodálódott szakmai bázisú közegészségügyi-járványügyi rendszer nem tudott hatékonyan fellépnie ellene.

periódusra jellemző volt a kormányzaton belüli, az egészségügy területén megvalósítandó változásokra vonatkozó vita, konfliktus:

- Az 1994–98-as periódusban a kormányzaton belüli vita a Pénzügyminisztérium és a Népjóléti Minisztérium között nem reformlépésekről, hanem az egészségügyi kiadások csökkentésének eszközeiről folyt: a PM-nek a térítési díjak (vizitdíj, napidíj stb.) széles körű bevezetésére és a szolgáltatási csomag szűkítésére tett javaslatai körül.
- Az 1998–2002-es periódus elején a Miniszterelnöki Hivatal és az EüM közötti ellentétek középpontjában a MH Reformbizottságának a több-biztosítós rendszerre vonatkozó javaslata állt, ami a MH kezdeti lendülete után – az egészségügyön kívüli okok miatt – hamar lekerült a kormányzat napirendjéről.
- A 2002–2004-es időszak első felében a kormányfő alá tartozó egészségügyért felelős kormánybiztos és az MSZP országgyűlési frakciója (illetve annak egészségügyi szakértői) között húzódott a konfliktus, aminek a tárgya az Irányított Betegellátási Rendszer[673] átalakítására vonatkozó koncepció volt (aminek a lényege a magánbiztosítók bevonása volt az IBR működtetésébe).
- A 2006–2010-es időszak unikális jellemzője volt, hogy a gazdasági és politikai kényszerek miatt a kormányzat egyszerre két reformprogramot törekedett megvalósítani: az egyiknek a hajtóereje a költségvetési konszolidáció volt (aminek szempontjait a Pénzügyminisztérium képviselte, az intézkedéseket pedig az OEP valósította meg), a másiké pedig az SZDSZ politikai programjának a megvalósítása (az OEP felváltása magánbiztosítókkal a kötelező biztosítás működtetésében). A fő konfliktusok a miniszterelnök és az egészségügyi miniszter között, valamint az MSZP és az SZDSZ parlamenti képviselői között húzódtak (de kevésbé látható módon a PM és EüM apparátusa között is jelen voltak).
- A 2010-es évek elején pedig a korábban már vázolt – a Miniszterelnökség és az Egészségügyi Államtitkárság közötti – harc akadályozta meg, hogy a Semmelweis Terv által tartalmazott koncepció érvényesüljön az egészségügyben.

14.8. A szakmai szervezetek és szakszervezetek gyenge befolyása

Az egészségügy területén működő szakmai szervezetek és szakszervezetek gyenge befolyása számos egymással összefüggő, egészségügyön kívüli és egészségügyön belüli tényezőnek a következménye. A magyar társadalomnak (amelyben

673 Ld. 7. fejezet.

az egészségügyi szektorban dolgozók is szocializálódtak) tradicionálisan gyenge a részvételi és érdekérvényesítési kultúrája (attitűdje, hajlandósága, bizalma, tapasztalata stb.). Az egészségügyi szektorra is jellemző, hogy a szakmai és civil szervezetek közötti kapcsolatok gyengék, alacsony a szervezetek közötti együttműködési készség. 2010 után az erősen központosított, top-down kormányzati struktúra és az ezt szolgáló jogi környezet, továbbá a párbeszéd / érdekegyeztetés intézményeinek a hiánya beszűkítette a szakmai és civil szervezeteknek a mozgásterét. Ez nem jelenti azt, hogy a kormányzat egyáltalán ne folytatna megbeszélést az egészségügy szereplőivel, de ezek elsősorban az egyedi alkuk vagy az egyoldalú tájékoztatás körébe sorolhatók.

Jól működő egészségügyi rendszer egyik alapvető feltétele az egészségügyi dolgozók (orvosok és szakdolgozók) megfelelő anyagi és erkölcsi megbecsülése a kormányzat és a társadalom által, továbbá a megfelelő szakmai feltételek és munkakörülmények (fizikai környezet, munkahelyi légkör, leterheltség stb.) és szakmai perspektíva biztosítása. Ezen tényezők fontosságának a felismerése, ritka kivételektől eltekintve, nem tükröződött a kormányzatok tevékenységében. A humánerőforrás-krízis kialakulásának és fokozódásának egyik, de nem kizárólagos oka a közszektor által fizetett munkajövedelmeknek 2020-ig tartósan alacsony, a nemzetgazdasági átlagtól jelentősen elmaradó szintje volt. (A 13. fejezet részletesebben foglalkozott ezzel.) A munkajövedelmek így egyik funkciójukat sem töltötték be: anyagi és erkölcsi elismerést sem nyújtottak, és a teljesítményt sem ösztönözték. Az egészségügyi szakszervezetek és a MOK is folyamatosan hangoztatta a bérek elégtelenségét, a munkaerőhelyzet romlását, az alacsony jövedelmeknek a szakdolgozói utánpótlásra gyakorolt negatív hatását stb. Ezek hatása a kormányok tevékenységére kismértékű volt – csak „tűzoltó" jellegű, feszültségcsökkentő mértékű béremeléseket tudtak elérni.[674]

A számos kisebb béremelés hatására a 2010-es évek második felében az egészségügyi dolgozók jövedelmének a nemzetgazdasági átlaghoz viszonyított szintje javult, de ez nem volt elég a munkaerőhelyzet javításához. Jelentősebb változást két válsághelyzet kényszerített ki. Az első a 2002–2003-as közalkalmazotti béremelés volt, ami a szakdolgozókra és az orvosokra is kiterjedt. Ennek a hatása az infláció és a 2008-as gazdasági válság miatt csak átmeneti volt. 2020-ban az orvosbérek radikális emelésére vonatkozó kormányzati döntést a COVID-19 járvány második hullámának a kitörése (2020 szeptemberében) idézte elő.

674 A 2000-es évek eleje óta számos kisebb feszültségenyhítő (tűzoltó jellegű) béremelésre került sor az orvosok és a szakdolgozók esetében is.

14.9. Az egészségügy szereplői közötti érdekellentétek

Az egészségügy sokszereplős[675] rendszer, és az egyes szereplők magatartását, törekvéseit, döntéseit az összetett érdekeik, értékeik és információik motiválják. A szereplők közötti érdekellentét természetes állapota az egészségügyi rendszernek. A fő kérdés, hogy vannak-e olyan, szabályozott intézményi keretek, mechanizmusok, amelyek teret adnak ezeknek az érdekeknek a megvitatására, az érdekeket figyelembe vevő megoldások keresésére. Továbbá a szereplőknek, elsősorban a kormánynak van-e valós szándéka az együttműködésre, a többi szereplő véleményének a megfontolására. Ha vannak ilyen keretek és szándék, akkor a szereplők közötti nézeteltérés elősegítheti a szakmailag megalapozott és megvalósítható koncepciók kialakítását. Ha hiányoznak ezek a keretek, vagy csak formálisak, akkor az érdekellentétek akadályozhatják a kormányzati döntések megvalósítását, vagy a meghozott döntések tényleges megvalósítását, a döntéstől várt eredmények kibontakozását. A helyzetet bonyolítja az is, hogy az egyes szereplők rövid távú és hosszabb távú érdekei is eltérhetnek egymástól. Több olyan példát találhatunk, hogy egy adott változás elvileg minden szereplő hosszabb távú érdeke lett volna, de egyik szereplőnek sem képezte a rövid távú érdekét.

Az érdekellentéteknek a reformokat akadályozó hatására példa a kórházhálózat szervezeti modernizációjának az elmaradása. A kórházbezárás vagy a kórházi kapacitások (ágyak számának) csökkentése nyilvánvalóan sérti az érintett kórház menedzsmentjének, az osztályvezető főorvosoknak, a kórházi dolgozóknak és a helyi (korábban kórháztulajdonos) önkormányzatnak (továbbá a vonzáskörzetének) is a közvetlen, rövid távú érdekeit. Ugyanakkor a kórházhálózat modernizálása hosszabb távon az egészségügy összes szereplőjének az érdeke lenne. A kórházbezárásra és ágyszámcsökkentésre vonatkozó elképzeléseknek, terveknek a megjelenése 1996-ban és 2006-ban is azonnali válaszlépéseket váltott ki: a helyi politikai lobbik (és országgyűlési képviselők) fellépését. Így mindkét esetben lényegében csak az ágyak számát csökkentették, kórházbezárások nélkül, ami a kórházhálózat alapvető problémáit (az infrastruktúra széttagoltsága, a high-tech igényes, drága ellátások koncentrációjának és az ellátás koordinációjának a hiánya) nem oldotta meg.[676]

675 Az egészségügyi rendszert szélesen értelmezve, a legfontosabb szereplők: az állampolgárok (járulékfizetők/betegek), szolgáltatók (orvosok, egészségügyi dolgozók, közintézmények és magánvállalkozások menedzsmentje stb.), finanszírozók (a kötelező egészségbiztosítás, magánbiztosítók, önkéntes egészségpénztárak), a kormányzat, az egészségügyi szakigazgatás, egészségpolitikai/érdekvédelmi tényezők (politikusok, civil szerveződések, egészségügyi dolgozók szakmai és érdekvédelmi szervezetei stb.), továbbá az egészségügyi szolgáltatások szakmai inputjait (gyógyszereket, egészségügyi berendezéseket stb.) szolgáltató vállalatok.

676 Meg kell jegyezni, hogy ehhez beruházásokra is szükség lett volna, amihez hiányoztak a pénzügyi források.

A szakmai struktúrák fejlesztését akadályozó érdekellentétekre példa a kórházi indikátorrendszer bevezetésének a meghiúsulása. A 2006-ban létrehozott Egészségbiztosítási Felügyelet fő funkciói a biztosítottak érdekeinek a képviselete (beleértve az egyedi panaszok kivizsgálását), a szolgáltatók szakmai tevékenységének az értékelése, és az akkori kormány által létrehozni tervezett egészségbiztosítási piac felügyelete volt. A Felügyelet kidolgozott egy, a kórházak tevékenységének értékelését szolgáló, kórházi minőségügyi indikátorrendszert és elkezdte a bevezetését is. Ez jelentős ellenállást generált a kórházak részéről. Ez is hozzájárult ahhoz, hogy a kórházigazgatók körében széles körű támogatottságot élvezett a Fidesz-kormány döntése, amikor a 2010-ben az első lépései között megszüntette az Egészségbiztosítási Felügyeletet. Ugyanakkor egy jól működő indikátorrendszer minden szereplőnek a hosszabb távú érdekét szolgálta volna.

A szereplők közötti konfliktusos viszony szempontjából a MOK és a kormányok viszonya az egyik legfontosabb kérdés. Az elmúlt évtizedek történetéből találhatunk példákat arra, hogy a MOK elnöksége a reformokat kifejezetten elutasító pozíciót foglalt el, és a reformokat sürgető, kezdeményező fellépésre is. A 2006 és 2010 közötti időszakban a MOK élesen bírálta az MSZP-SZDSZ-kormány egészségügyi reformjait, a kórházi ágyak számának a csökkentését, a versenyző biztosítókra vonatkozó terveket és a vizitdíj bevezetését, és aktívan támogatta Fidesz-kezdeményezte 2008-as „szociális népszavazást". A MOK fellépése jelentős hatást gyakorolt arra, hogy az egészségügyi dolgozók és a közvélemény is megosztott volt a reformok kérdésében. 2010 után a MOK kormánykritikus attitűdje lényegében megszűnt. Ugyanakkor az egészségügyi kormányzat – a kormányzás előzőekben vázolt jellemzőiből következően – nem tekintette partnernek a MOK-ot (sem). A MOK attitűdje, törekvései jelentősen megváltoztak a 2019-es kamarai közgyűlés után, amikor új elnök és elnökség kapott megbízást. A hagyományos kamarai funkciókon túl aktív, kezdeményező szerepet vállaltak az egészségügy helyzetének a tudatosítása és javítása érdekében. Ezt tükrözte – többek között – a MOK 2025 februárjában indított *A magyarok egészsége többet érdemel* kampánya. A kampány honlapján podcastokban mutatták be az egészségügy problémáit, összefoglalták a MOK legfontosabb javaslatait és szavazás formájában kikérték az állampolgárok véleményét, hogy a felsorolt problémák közül melyiket tartják a legfontosabbnak. A kormányzat reagálása a MOK javaslatainak a megtárgyalása helyett egyrészt annak a propagálása volt, hogy mi mindent tett a kormány az egészségügyért, másrészt azzal vádolták a MOK-ot, hogy „szakmai párbeszéd helyett politikai tevékenységet" folytat.[677]

677 https://telex.hu/belfold/2025/02/03/belugyminiszterium-mok-reakcio-egeszsegugy

A kormányok ritka kivételekkel nem tekintették partnernek a Kamarát a változtatásokra vonatkozó koncepciók kidolgozásában, a konfliktusok „megoldásának" módszereként pedig két alkalommal is a kötelező kamarai tagság megszüntetését választották. 2006-ban a Konvergenciaprogram keretében az egészségügy területén hozott intézkedéscsomag részét képezte a kötelező kamarai tagság megszüntetése. Ezzel a MOK kormányzati intézkedésekkel szemben várható fellépésének a súlyát igyekezett csökkenteni a kormányzat. A jelenlegi kormányzati időszakban, a 2022 decemberében elfogadott törvény, és annak részeként az ügyeleti ellátás átalakítása miatt alakult ki konfliktus a MOK és a kormány között.[678] A kormány „megoldása" a konfliktusra az volt, hogy kivételes eljárásban benyújtott törvénnyel megszüntette a kötelező kamarai tagságot, és elvették a MOK etikai ügyekben való szabályozó szerepét. A partnerség hiánya a kormányzat és a szakmai szervezetek közötti viszonyban hozzájárul ahhoz, hogy az egészségügy szereplőinek a tapasztalatai, a problémák kezelésére vonatkozó elképzelései kevéssé hasznosulhatnak.

14.10. A piaci folyamatok hatása a közszektor reformjára

A könyv korábbi részei bemutatták, hogy a piaci folyamatok és a piaci szereplők törekvései számos területen hatottak az egészségügyi rendszerben bekövetkezett változásokra. Ez a fejezet egyetlen kérdéssel foglalkozik csak: a jelentős magánszolgáltatói szektor kiépülésének a közszektor reformjára gyakorolt hatásával.

A magánszolgáltatások bővülésének ellentmondásos következményei voltak és vannak. A közfinanszírozott ellátással való elégedetlenség, bizalmatlanság és a magánszolgáltatások kínálatának a bővülése egymást erősítő folyamatként fonódtak össze. A közkiadások drasztikus korlátozása miatti várólisták növekedése, az ellátás színvonalának, körülményeinek a romlása a magánszektor felé terelte a fizetőképes betegeket. Azzal, hogy a társadalom jobb jövedelmű csoportjai a magánellátásban ki tudták elégíteni a szükségleteik egy részét, mérséklő hatást gyakorolt az állami egészségügyi rendszerrel szembeni elégedetlenségükre; és ezáltal arra a késztetésre, hogy nyomást gyakoroljanak a kormányzatra, hogy javítson az állami egészségügyön. Mivel a helyzet nem javult, tovább növekedhetett azoknak a száma, akik a magánellátásban keresték a megoldást; ami tovább növelte az állami egészségügy iránti bizalmatlanságot.

Az egészségügyi kormányzatoknak nem sikerült (vagy nem is törekedtek) – az általános egészségpolitikai célokat és a magyar viszonyokat egyaránt figyelembe

678 Ezzel a 11. fejezet részletesebben foglalkozott.

vevő – reális koncepciót kialakítani a köz- és magánszektor szerepére és kapcsolatuknak a szabályozására. 2010-ig a kormányzatok a piaci folyamatok után kullogtak, 2010 után a kormány a köz- és a magánszektor teljes szétválasztását deklarálta kormányzati célként. Ez az irreális, ideológiavezérelt célkitűzés akadályozta a megfelelő szabályozás kialakítását.

A reformokat akadályozó tényező volt, hogy 2020-ig a hálapénz következtében fennmaradt az államszocialista egészségügyben kiépült duális struktúra,[679] ami az egyik oka volt annak, hogy a makrostruktúrának az 1990-es évek elején történt lényeges változásai (pl. a teljesítményfinanszírozási rendszer bevezetése) kevéssé érintették az egészségügy mikrostruktúráját (pl. az orvos-beteg kapcsolatot, a kórházakon belüli „feudális" orvosi hierarchiát stb.). Továbbá a hálapénz az egyik akadályozó tényezője volt a kiegészítő biztosítások piaca kialakulásának is.

14.11. A társadalmi nyomásgyakorlás gyengesége

Az Eurobarometer rendszeresen végzett felmérései azt mutatják, hogy a magyar lakosság által az egészségügy helyzetéről alkotott kép drámai módon változott meg az elmúlt másfél évtizedben. A felmérésben 16 társadalmi és gazdasági probléma közül a két legfontosabbat kell megjelölnie a válaszadóknak. 2010 őszén a felmérésben felsorolt problémák közül még csak az 5. helyre került az egészségügy, 2014 őszére már a 3. helyre, 2016 tavaszára pedig az egészségügy helyzete vált a magyar lakosság által legfontosabbnak tartott problémának és 2020-ig őrizte ezt a helyet. 2020-tól a 2. helyre került, a növekvő infláció és magas megélhetési költségek előzték csak meg. (2025 tavaszán is ez volt a helyzet.) A 13. fejezet utalt arra, hogy az Ipsos 2025. januári felmérése szerint a felsorolt 18 társadalmi, gazdasági és környezeti probléma közül Magyarországon az egészségügy helyzete aggasztotta legjobban az embereket. A válaszadók 66%-a szerint az egészségügy helyzete Magyarország három legsúlyosabb problémája között volt. Az egészségügy megelőzte a pénzügyi és politikai korrupciót, az inflációt, a szegénységet, a munkanélküliséget és a bűnözést is. A társadalom elégedetlensége tükröződik a médiában és a közösségi médiában is. Sokan felteszik a kérdést, hogy ekkora mértékű társadalmi elégedetlenség ellenére miért nem vált politikai, választási kérdéssé az egészségügy. Az egyik (de nem az egyetlen) tényezőt nyilvánvalóan az

679 Ahogy a 3. fejezetben volt szó róla, a hálapénz következtében a hivatalos egészségügy mellett létezett egy eltorzított, szabályozatlan és nehezen befolyásolható „piaca" az egészségügyi szolgáltatásoknak.

jelentette, hogy hiányzott egy olyan politikai ágens, amely hatásosan manifesztálni tudta volna a társadalomnak az egészségügy helyzetével szembeni elégedetlenségét. Nem csak arról van szó, hogy az ellenzéki politikai pártok és szakszervezetek szétforgácsoltak, hanem számos ok miatt ezek a szervezetek sem választották a kampányaik első számú témájának az egészségügy helyzetét.[680]

14.12. Záró megjegyzések

Szerteágazó, közvetlenül látható és közvetetten ható következményei vannak annak, hogy az elmúlt három és fél évtizedben nem sikerült jól működő egészségügyi rendszert kiépíteni. A fejezet bevezetője összefoglalta a közvetlen, mindennapokban érzékelhető következményeket. Szélesebb perspektívából nézve: az egészségügyi rendszerváltás kudarca – más tényezőkkel együtt – negatívan hatott a társadalom egészségi állapotára, jóllétére és az ország gazdasági fejlődésére; továbbá az egyik veszélyeztető tényezője az ország jövőbeli társadalmi-gazdasági fejlődésének. Ezekkel a kérdésekkel az 1. és a 2. fejezet részletesen foglalkozott.

A népesség egészségi állapotát (a jó egészség megőrzését és a betegségek bekövetkezését) jelentős mértékben az egészségügyön kívüli társadalmi-gazdasági tényezők befolyásolják. Ezért alapvető kérdés, hogy az egészségügyi rendszer rossz teljesítménye milyen mértékben járult hozzá a társadalom rossz egészségi állapotához, ahhoz, hogy a magyar népesség várható élettartama és az elkerülhető halálozás aránya lényegesen kisebb mértékben javult, nemcsak az EU14, hanem az EU10 átlagához viszonyítva is. Ahogy a 2. fejezetben szó volt róla, a népegészségügyi rendszer a kockázati tényezőknek a befolyásolásán, az egészségmegőrzésre és a betegségek megelőzésére irányuló tevékenységen keresztül (pl. környezeti és munkahelyi ártalmak csökkentése, fiatalok egészségműveltségének fejlesztése stb.), a szűkebb értelemben vett egészségügyi rendszer pedig az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségén és minőségén keresztül hatnak a népesség egészségi állapotára. Az egészségügyi szolgáltatások nemcsak a halálozás bekövetkeztét tudják későbbre halasztani, hanem a krónikus betegek életminőségét, szubjektív egészségi állapotát és munkaképességét is befolyásolják. (Ezeket a hatásokat nem tükrözik a várható élettartamnak és halálozásnak az adatai.)

680 Ez a helyzet a Tisza Párt színre lépésével megváltozott: a kormánykritika kiemelt témájává lépett elő az egészségügy helyzete. Az még nem látható, hogy a 2026-os választások előtti időszakban is választási kérdés lesz-e az egészségügy helyzete.

A nemzetközi szakirodalomban az egészségügyi rendszer hatásának a számszerűsítésére irányuló elemzések modellszámítások eredményei; megalapozott válasz csak úgy adható, ha specifikáljuk, hogy milyen országcsoportra, milyen időszakra, és az egészségi állapot milyen mutatójára vonatkozik egy adott becslés. A magyar folyamatokra nincsenek átfogó elemzések, így konkrét válasz a fenti kérdésre nem adható. Ugyanakkor a nemzetközi szakirodalom alapján feltételezéseket fogalmazhatunk meg, hogy (megfelelő finanszírozás és működés esetén) mekkora mértékben járulhat hozzá az egészségügy például a várható élettartam növekedéséhez. Számos publikáció rámutatott, hogy a várható élettartamnak az elmúlt évtizedekben végbement növekedésben jelentős szerepe volt az egészségügyi kiadásoknak (egészségügyi ellátásnak). Az OECD 1991 és 2003 közötti időszakra vonatkozó empirikus elemzése azt mutatta, hogy az egészségügyi kiadások növekedése magyarázta a férfiak születéskor várható élettartama növekedésének 46%-át, a nőkének pedig 39%-át. Buxbaum et al. (2020) szerint az USA-ban a várható élettartam 1990 és 2015 növekedésének 48%-a volt tulajdonítható az egészségügynek (35%-a az új gyógyszereknek, 13%-a az egészségügyi technológia és az ellátás más elemeinek).

Az elkerülhető halálozás mutatóját tekintve a 75 évesnél fiatalabbak halálozása esetében számszerűsíthetjük, hogy az összes halálozásból mekkora hányadot tesz ki azoknak a halálozásoknak az aránya, amelyek időben kapott adekvát ellátás esetében vagy hatékony népegészségügyi programok következtében elkerülhetők lennének. Természetesen a reális lehetőség ezeknek a halálozásoknak nem a teljes elkerülése, hanem a minimális szintre csökkentése. 2023-ban a 75 évesnél fiatalabb korosztályokban 56 937 halálozás történt, ebből 44 919 volt az elkerülhető halálozás, ezen belül 28 568 a megelőzhető, 16 346 a kezelhető. Azaz a 75 évesnél fiatalabb népesség esetén a halálozások 50,2% volt a megelőzhető és 28,7% a kezelhető halálozások aránya.

Annak becsléséhez, hogy egy jobban működő egészségügyi rendszer esetén reálisan mennyivel lehetett volna alacsonyabb a magyarországi elkerülhető halálozás, más országokkal való összehasonlítás adhat támpontokat. A 2. fejezetben már közölt számítás szerint 2018 és 2022 közötti öt éves időszakban Magyarországon az elkerülhető halálozások száma 252 ezer volt. Ha az elkerülhető halálozások magyarországi rátája (100 ezer 75 évesnél fiatalabb lakosra jutó elkerülhető halálozás) megegyezett volna az EU14 átlaggal, akkor 155 ezerrel 62%-kal kevesebben haltak volna meg a 75 évesnél fiatalabb honfitársaink közül. Ha a magyar ráta megegyezett volna a csehországival, akkor 95 ezer fővel 38%-kal kisebb lett volna a magyarországi elkerülhető halálozás.

15. Utószó

Az elmúlt évtizedek folyamatainak áttekintése után jogosan várhatja el a Tisztelt Olvasók egy része, hogy foglalkozzak azokkal a teendőkkel is, amelyek az egészségügy jelenlegi komplex válságából való kilábaláshoz szükségesek lennének. Azaz adjak egy lehetséges választ arra a kérdésre: „Merre tovább?". Erre azonban – az alábbi néhány általános, inkább a „Hogyan tovább" kérdésre vonatkozó megjegyzésen túl – nem vállalkoztam, mert meggyőződésem és a 2010 előtti időszakból származó személyes tapasztalatom is, hogy erre csak sokféle tudást és tapasztalatot ötvöző munkacsoport[681] lehet képes. Ugyanakkor bízom benne, hogy a könyvem felhasználható lehet egy ilyen munkához, mindenekelőtt egy olyan helyzetértékeléshez, amely figyelembe veszi az egészségügyi rendszer szélesebb kontextusát, kihívásait. A kormányzati ciklusok történéseinek és egy jól működő egészségügyi rendszer kiépülése akadályainak az elemzése pedig hozzájárulhat azoknak az egészségügyön kívüli és egészségügyi rendszeren belüli tényezőknek a megértéséhez, amelyeknek az összehangolt megváltoztatása előfeltétele lenne egy eredményes reformfolyamatnak.

Egy eredményes reformfolyamathoz szükséges (de nem elégséges) feltételt jelentene négy különböző típusú koncepció egymással összehangolt kidolgozása:

- Rövid távú intézkedések meghatározása, amelyek képesek lennének a feszültségek csökkentésére és bizalomépítésre a hosszabb távú reformok iránt.
- Jövőkép és középtávú stratégia az egészségügyi rendszer (kormányzás, finanszírozási rendszer és szolgáltatási szektor) reformjára.
- Multiszektoriális népegészségügyi stratégia (és annak részeként a népegészségügyi intézményrendszer megújítása).
- A „reformcsinálás" folyamatára vonatkozó koncepció. Ez egyrészt olyan intézményi keretek és mechanizmusok kialakítását jelenti, amelyek biztosítják az egészségügy főbb szereplőinek képviseletét, részvételét a stratégiák kialakításában, továbbá a megvalósítás transzparenciáját. Másrészt olyan intézményi keretek és mechanizmusok kialakítását, amelyek a népegészségügyi tevékenységekben és a szolgáltatási szektor átalakításában ösztönzik a helyi innovációkat.

681 Olyan munkacsoport, amelyben nemcsak az egészségüggyel kapcsolatos elméleti tudással rendelkező és a gyakorlatban dolgozó szakértők vesznek részt, hanem a stratégiai tervezéshez, a változásmenedzsmenthez, a kommunikációhoz és a szervezetfejlesztéshez stb. értő szakemberek is.

Nem lehet eléggé hangsúlyozni a „reformcsinálás" folyamatára vonatkozó koncepció fontosságát. Az elmúlt 15 évben leépült annak a gyakorlata és képessége, hogy a kormány reális képet nyújtson a társadalomnak az egészségügy problémáiról, szakmai vitákat folytasson az egészségügy többi szereplőjével a lehetséges alternatívákról, továbbá, hogy a vitatott kérdésekről a közvélemény is tájékozódhasson. Mindezek szükségesek lennének a kormány, az egészségügyi szakma és a társadalom közötti jelenlegi bizalmatlanság enyhítéséhez, az eredményes reformfolyamat előfeltételét jelentő bizalom kiépítéséhez. Óhatatlanul feszültséget okozhat, hogy bár a bizalomépítés hosszabb időt igényel, ugyanakkor viszonylag rövid időn belül szükség lenne megfelelően kiérlelt, elégséges támogatással rendelkező középtávú stratégia elfogadására és a megvalósítás elkezdésére.

Sokan hajlamosak csak az egyszeri, radikális, látványos változásokat reformnak tekinteni. A nemzetközi és részben a hazai tapasztalatok is azt mutatják, hogy a mélyreható változásokhoz a makrostruktúra változtatása (egyszeri intézkedések) mellett szükség van inkrementális reformfolyamatra (egy hosszabb időszak alatt megvalósuló „kis lépések" sorozatára) is. Ez részben azért is van így, mert ahhoz, hogy az egészségügyi rendszerek új módon működjenek, nemcsak a makrostruktúrának (pl. az egészségbiztosítás intézményi rendszere), hanem a szereplők viselkedésmódjának, szemléletmódjának, kapcsolatrendszerének, továbbá a döntéshozatali kultúrának a megváltozása is szükséges, ami nyilvánvalóan nem egyik napról a másikra következik be. Az inkrementális reform egy hosszabb, kísérletező, helyi sajátosságokat és különbségeket figyelembe vevő, helyi szervezeti innovációkat ösztönző folyamatot jelent (pl. az ellátás és a betegutak koordinációjának, illetve integrációjának a különféle megoldásaira vonatkozóan). Ugyanakkor ehhez szükséges, hogy a kormányzat megteremtse a feltételeket és ösztönzőket a helyi innovációkra, kísérletekre, valamint az intézményi kereteket a változások monitorozására, értékelésére, az esetleges korrekciókra.

Az alapvető célok eredményesebb követésére és az alapvető problémák enyhítésére a kormányzati beavatkozások számos alternatívája lehetséges. Egy adott döntési helyzetben előfordulhat, hogy a rendelkezésre álló alternatívák a különböző célok szempontjából eltérő eredménnyel járhatnak, és ebből eredően nem rangsorolhatóak egyértelműen. Előfordulhat, hogy nem tudható biztosan, a valóságban milyen eredménnyel járnának az egyes alternatívák, bizonytalanok a lehetséges kimenetek. A minél jobb eredmény elérése tehát igényli a folyamatos korrigálást. Ezért alapvető fontosságú azoknak a kereteknek a megfelelő kialakítása, amelyek között a döntések születnek és a megvalósításukat értékelik: az egészségügyi rendszer szereplői közötti partnerség, az érdekegyeztetés intézményi kereteinek a megléte és funkcionálása önmagában is cél. Nemcsak a reformok tartalma, hanem a folyamata is fontos.

A reformkoncepciók kialakítását nem kellene a nulla pontról kezdeni. A népegészségügy területén az utóbbi években több műhely is közzétett átfogó javaslatokat. (Ezekről a 2. fejezet végén már volt szó.) Ezek a dokumentumok elégséges alapot adhatnának egy széles körű szakmai és társadalmi vitához és azt követően egy középtávú kormányzati stratégia és konkrét kormányzati cselekvési tervek kidolgozásához.

Az egészségügyi rendszer reformkoncepciójának a megalapozásához első lépésként azt kellene meghatározni, hogy hogyan nézzenek ki 10-15 év múlva a magyar egészségügy legfontosabb strukturális jellemzői az egészségügyi kormányzásnak (beleértve a betegjogok képviseletét), a finanszírozásnak és a szolgáltatási szektornak a területén – figyelembe véve az egészségi állapotra és az egészségügyi rendszerekre ható globális és hazai kihívásokat. Ez a jövőkép és az egészségügyi rendszer jelenlegi helyzetének a kritikus értékelése adhatná a világos koordinátákat az egészségügyi stratégia kidolgozásához, annak részeként pedig a főbb kérdésekben a lehetséges alternatívák feltárásához és elemzéséhez.

Az egészségügyi kormányzás az a terület, ahol a legtöbb innovációra és alapvető változásokra, paradigmaváltásra lenne szükség. Egy önálló egészségügyi minisztérium felállítása (amitől nagyon sokan alapvető változásokat várnának) önmagában nem oldaná meg az egészségügyi kormányzásnak a 13. fejezetben részletesen elemzett problémáit.

Az előzőekben vázolt koncepciók kialakításához és megvalósításához előfeltétel a kormányzat elkötelezettsége amellett, hogy egyszerre van szükség a közkiadások növelésére és strukturális reformokra. A közkiadások jelentős mértékű, tartós, átgondolt reformokkal együtt járó emelése nélkül nem érhető el érzékelhető javulás sem az egészségügyi rendszer működésében és teljesítményében, sem az elkerülhető halálozásban. Azaz az egészségügyi rendszer teljesítményét lényegesen javító, támogatottságot élvező reformok nem valósíthatók meg az egészségügyi közkiadások egyidejű, jelentős és a reformokkal összehangolt növelése nélkül. Ugyanakkor az egészségügyi közkiadások reformok nélküli növelése nem eredményezheti a rendszer teljesítményének tartós javulását, csupán a feszültségek átmeneti enyhülését.

1. Melléklet: Koncepcionális keretek a magyar egészségügy átalakulásának az elemzéséhez

A melléklet célja, hogy röviden összefoglalja azokat a koncepcionális kereteket, elméleti alapokat, amelyek a kiinduló pontul szolgáltak a magyar egészségügyi rendszer elemzése szempontjainak, megközelítéseinek a kialakításához. Nem volt célom ezekre a kérdésekre vonatkozó elméleti tanulmány írása, így nem képezi a melléklet tárgyát a felvázolt koncepciókra vonatkozó szakirodalomnak a részletes tárgyalása.

M.1. Az egészségi állapot és az egészségügyi rendszer összefüggései a társadalmi jólléttel, fenntartható gazdasági fejlődéssel és a környezeti fenntarthatósággal

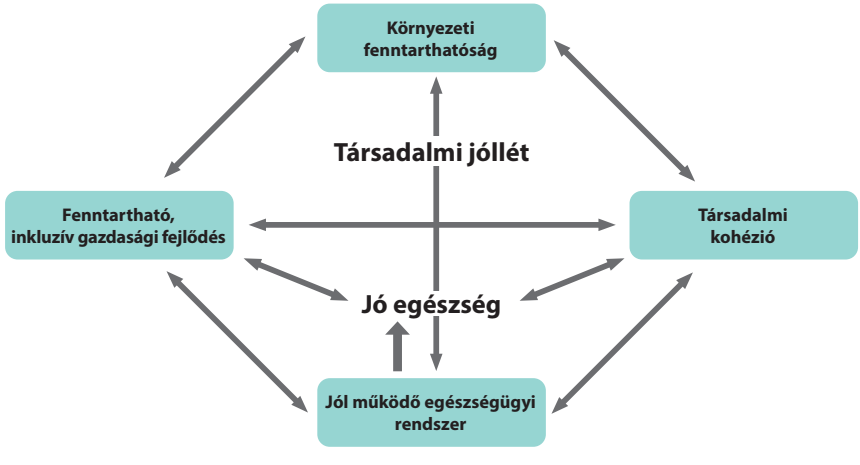
A társadalmi jóllét,[682] a fenntartható gazdasági fejlődés, a környezeti fenntarthatóság, az egészségi állapot és az egészségügyi rendszer összefüggéseire vonatkozó nézeteknek nem csak tudományos relevanciája van, nem csupán az a kérdés, hogy megfelelően tükrözik-e ezen tényezők kölcsönhatásainak a valóságban érvényesülő komplex és bonyolult rendszerét. A kormányzatok gyakorlati tevékenységét is befolyásolhatja, hogy egy adott ország politikai és gazdasági döntéshozói mit gondolnak ezekről a kérdésekről. Egy adott országon belül nagyon eltérő lehet, hogy a tudományos körök, a politikai és gazdasági elit, a kormányzat és a közvélemény köreiben milyen nézetek dominálnak. További alapvető kérdés, hogy a valóságban bekövetkező változásokat követi-e a nézetek változása. Ugyanis a 20. század közepén az egészségügyi rendszer működése más módon és mértékben hatott a népesség egészségi állapotára, mint napjainkban. A valóságban bekövetkező változásokat sokszor jelentős késéssel követik csak a döntéshozók gondolkodásában, domináns nézeteiben bekövetkező változások. A korábbi időszakra érvényes, de mára már

682 A „jóllét" fordítást választottam az angol „well-being" fordításaként, ugyanis a „jólét" fogalma csak a jóllét anyagi oldalára vonatkozik, és nem tartalmazza olyan fontos komponenseit, mint például az egészségi állapot, az iskolázottság, a környezet minősége, a közösségi részvétel stb.

elavult nézeteknek a megváltoztatása – ha a rövid távú politikai érdekek szempontjából hasznosak – nehéznek bizonyulhat. Ha egy adott ország kormányzatának a gondolkodását elavult vagy téves nézetek befolyásolják, akkor nagy a kockázata az olyan téves döntéseknek, amelyek negatívan befolyásolják az adott ország lakosságának a jóllétét, egészségi állapotát.

A társadalmi jóllét fenntartásának, növelésének alapvető összetevői: a fenntartható, inkluzív gazdasági fejlődés, a környezeti fenntarthatóság, a társadalmi kohézió. Az egészségügyi rendszer a társadalom jó egészségi állapotán keresztül, de közvetlenül is hozzájárulhat a fenntartható, inkluzív gazdasági fejlődéshez, a környezeti fenntarthatósághoz és a társadalmi kohézióhoz. Ez szemlélteti az M.1. ábra.

M.1. ábra. A társadalmi jóllét és az egészségi állapot összefüggései



A jó egészségi állapot az egyének egész életciklusán keresztül számos módon hozzájárul (feltételét jelenti) a jóllét más dimenzióihoz: például a gyerekek esetében az oktatásban való eredményes részvételhez, a munkaképes népesség esetén a munkaerőpiaci részvételhez; az idősek jó egészsége pedig egyrészt csökkentheti a munkaképes családtagok kivonását a munkaerőpiacról, másrészt elősegítheti az idősek részvételét a társadalomban (Cylus, J. et al., 2018). Az egészséges, jólképzett munkaerő alapvető feltétele a gazdasági fejlődésnek, ezért az oktatási és egészségügyi közkiadások a humán tőkébe való beruházást jelentenek (European Commission, 2013; Figueras et al., 2008).

Az egészségügyi rendszer számos módon hozzájárul a gazdaság jó teljesítményéhez és a pénzügyi stabilitáshoz. Az egészségügyi rendszer mint iparág a munkaerő jelentős részének a foglalkoztatója, továbbá a technológiai innovációk ösztönzője.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés csökkenti annak a kockázatát, hogy a rossz egészségi állapot a munkaerőpiacról való kiszoruláshoz, elszegényedéshez vezethet. Továbbá az egészségügyi rendszer (beleértve a népegészségügyi tevékenység által az egészséget veszélyeztető kockázatok csökkentését is) az egyik tényezője annak, hogy az időskorúak minél tovább aktívak és egészségesek maradjanak – ezáltal csökkentve a nyugdíj, a szociális és egészségügyi ellátás iránti igényt (Cylus, J. et al., 2018).

Az 1980-as és 1990-es évek domináns felfogása elsősorban költségvetési teherként értelmezte az egészségügyi kiadásokat és a kormányzatok egészségpolitikájának a középpontjában a kiadások korlátozása állt. A nemzetközi színtéren már a 2000-es évek első felében elindult a gazdasági fejlődés és az egészségügy és oktatás közötti összefüggések újraértelmezése. Ismét dominánssá vált az oktatási és egészségügyi közkiadásoknak a humán tőkébe való beruházásként való értelmezése; annak felismerése, hogy a szerepük alapvető a hosszú távú gazdasági fejlődésben is (European Commission, 2004; OECD, 2004, Figueras et al., 2008). Az Európai Bizottság 2013-ban vitára bocsátott *Befektetés az egészségbe* dokumentuma hangsúlyozza: „*Az egészségügyi kiadások »növekedésbarát« kiadások […] Az emberek egészségébe – mint humán tőkébe –való beruházás javítja a népesség egészségi állapotát és erősíti a foglalkoztathatóságot, ezáltal segít eredményesebbé tenni az aktív foglalkoztatáspolitikákat […] és hozzájárul a gazdasági növekedéshez. Az egészségegyenlőtlenségek csökkentése érdekében történő befektetések hozzájárulnak a társadalmi kohézióhoz és annak az »ördögi spirálnak« a megtöréséhez, hogy a rossz egészségi állapot a szegénységnek és társadalmi kirekesztésnek a következménye és ugyanakkor az egyik okozója is*." (European Commission, 2013. 2). A könyv fejezeteiben visszatérő kérdés, hogy a magyar kormányok gondolkodásában, stratégiáiban megjelent-e ez a szemlélet, illetve milyen okok miatt nem jelent meg.

M.2. Az egészségügyi rendszer szerepe az egészségi állapot alakulásában

Egy ország lakossága egészségi állapotának és a társadalom különböző csoportjai közötti egészségegyenlőtlenségeknek az alakulását befolyásoló tényezőket a szakirodalom három nagy csoportba sorolja (Solar O, I. 2010; WHO, 2008):

- Strukturális tényezők (gazdasági, társadalmi, szociálpszichológiai tényezők és az ezeket befolyásoló kormányzati cselekvés, továbbá a népesség jövedelem, iskolázottság, foglalkozás szerinti rétegződése).

- Az egészségi állapotra közvetlenül ható kockázati tényezők (környezeti ártalmak, stressz, táplálkozás, egészségkárosító szokások stb.), másrészt az egyének képessége ezen tényezőkkel való megküzdésre. A társadalmakon belül nagyok az egyenlőtlenségek a kockázati tényezőkben és az egyének megküzdési képességében. Ezek az egyenlőtlenségek alapvetően a strukturális tényezőkre vezethetők vissza.
- Az egészségügyi rendszer működése (pl. a megelőző programok elérik-e a legveszélyeztetettebb csoportokat; képes-e a rendszer az új egészségügyi technológiák hatékony befogadására, alkalmazására; mekkorák az egyenlőtlenségek az ellátáshoz való hozzáférésben és a szolgáltatások minőségében stb.).

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők egymással ellentétes irányban is hathatnak – az egészségi állapot alapvető, átfogó indikátorai, így a várható élettartam alakulása is az eredőjüket tükrözik. Lehetséges, hogy egy adott időszakban a várható élettartam szerény mértékű javulása egyes tényezők jelentős pozitív hatásának és más tényezők negatív hatásának az eredőjét jelenti.

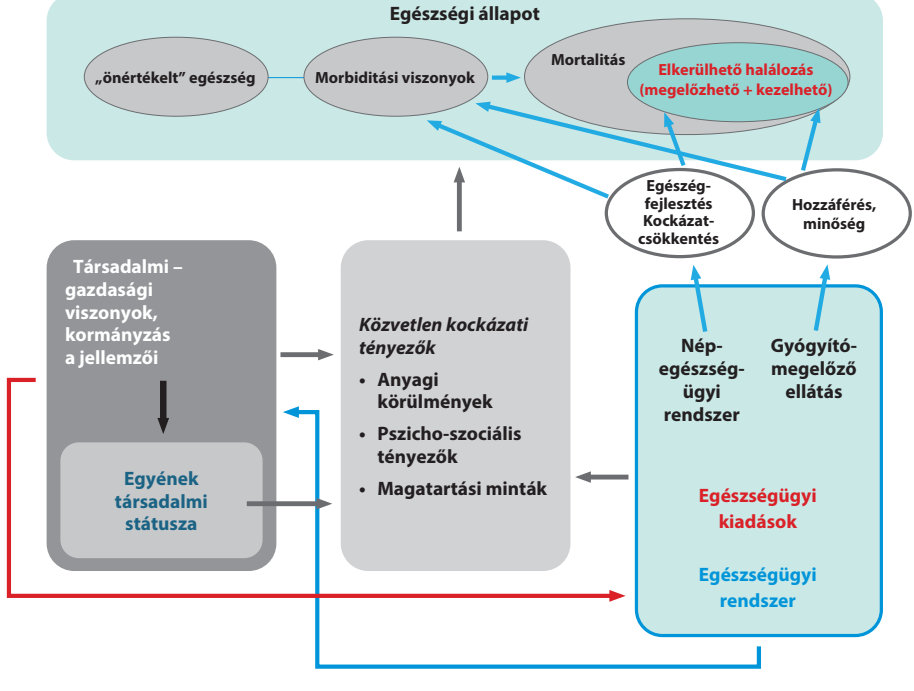
Az elmúlt évtizedekben globális szinten az egészségi állapot alakulására és az egészségügyi rendszerek működésére elsősorban a technológiai változások, a demográfiai szerkezet eltolódása (társadalmak idősödése), a klímaváltozás és a társadalmi egyenlőtlenségek tartós növekedése hatott (illetve várhatóan hat a jövőben is). Az 1. fejezet részletesebben foglalkozik ezekkel a folyamatokkal, továbbá azzal, hogy a magyar kormányok milyen válaszokat adtak az egészségi állapotot és az egészségügyi rendszert érintő globális és hazai kihívásokra.

Az 1970-es években domináns nézet volt, hogy az egészségi állapot javulása az egészségügyön kívüli tényezőknek, elsősorban az életszínvonal általános javulásának és a táplálkozási viszonyok javulásának volt betudható; az egészségügyi rendszer csak csekély szerepet játszott. Az egészségügyi rendszernek az egészségi állapotra gyakorolt hatásának a tisztázása különösen fontos a magyar egészségügy szempontjából, mivel ez az 1970-es években meggyökeresedett nézet nálunk még mindig széles körben tartja magát. Az 1990-es és 2000-es években született számos tanulmány megkérdőjelezte, hogy ez az állítás továbbra is érvényes lenne és rámutatott, hogy – elsősorban a rohamos technológiai fejlődés következtében – a korábbinál lényegesen jelentősebbé vált az egészségügyi rendszer szerepe (Nolte et al., 2011). A technológiai változások – szélesebb értelemben – nem csak az új gyógyszereket és új orvosi technológiákat (képalkotó eszközök, sebészeti eljárások stb.) foglalják magukba, hanem az ellátás megszervezésének új és hatékonyabb módjait (például multidiszciplináris stroke-egységek vagy integrált szűrőprogramok bevezetése).

Az egészségügyi rendszer hatásait elemezve meg kell különböztetni két komponenst: a népegészségügyi rendszer hatását a kockázati tényezőknek a csökkentésére (azaz az egészségmegőrzésre és a betegségek megelőzésére) és a szűkebb értelemben vett egészségügyi rendszer szolgáltatásainak a hatását.[683] Az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és minősége nemcsak a halálozást befolyásolják, hanem a krónikus betegek életminőségét, szubjektív egészségi állapotát és munkaképességét is. Ezeket a hatásokat nem tükrözik a várható élettartamnak és halálozásnak az adatai. (Az egészségügyi rendszernek az egészségi állapotra gyakorolt hatását szemlélteti az M.2. ábra.)

A nemzetközi szakirodalomban az egészségügyi rendszer hatásának a számszerűsítésére irányuló elemzések modellszámítások eredményei; megalapozott válasz csak úgy adható, ha specifikáljuk, hogy milyen országcsoportra, milyen időszakra, és az egészségi állapot milyen mutatójára vonatkozik egy adott becslés. Az OECD 1991 és 2003 közötti időszakra vonatkozó empirikus elemzése azt mutatta, hogy az egészségügyi kiadások növekedése magyarázta a férfiak születéskor várható

M.2. ábra. Az egészségügyi rendszer hatása az egészségi állapotra



683 Ennek fő összetevői: a betegségek korai felismerése (szűrővizsgálatok), diagnosztizálása, gyógyítása és a krónikus betegségek gondozása, továbbá a hosszú idejű ápolás, életvégi ellátás.

élettartama növekedésének a 46%-át, a nőkének pedig 39%-át. A modell többi magyarázó változója – a GDP, az oktatás, a környezetszennyezés és az életmódbeli jellemzők – ennél kisebb szerepet játszottak az élettartam meghosszabbításában (Joumard I et al., 2008). Az OECD-nek az 1995 és 2015 közötti időszakra és az akkori 35 OECD-országra vonatkozó empirikus elemzése azt mutatta, hogy (az OECD átlagát tekintve) az egy főre jutó egészségügyi kiadások 10%-os növekedése 3,5 hónapos várható élettartam-növekedéssel járt, ugyanilyen (10%-os) javulás az egészségesebb életmódban 2,6 hónapos, az egy főre jutó jövedelem 10%-os növekedése 2,2 hónapos, az alapfokú oktatásban való részvétel 10%-os növekedése pedig 3,2 hónapos várható élettartam-növekedéssel járt. (OECD, 2017). Buxbaum et al. (2020) szerint az USA-ban a várható élettartam 1990 és 2015 növekedésének 48%-a volt tulajdonítható az egészségügynek (35%-a az új gyógyszereknek, 13%-a az egészségügyi technológia és az ellátás más elemeinek).

Az egészségügynek az egészségi állapotra gyakorolt hatását átfogó módon mutatja az *elkerülhető halálozás indikátora* (European Commission, 2023b; Mackenbach et al., 1990; Nolte és McKee 2004), amelynek kiszámításakor olyan halálokokat vesznek csak figyelembe, amelyek esetében – hatékonyan működő prevenció és időben elérhető, adekvát terápia (jó minőségű ellátás) esetén – a halálozás *egy adott életkor előtt* elkerülhető lenne: azaz megelőzhető vagy meggyógyítható az adott betegség. Az elkerülhető halálozás indikátora a korai (idő előtti) halálozások közül a kezelhető és a megelőzhető okok miatti halálozásokat foglalja magában. A jelenlegi OECD és Eurostat statisztikákban a 75 évesnél fiatalabbak halálozását tekintik korainak. A kezelhető okok miatti halálozás indikátora azokat a halálokokat veszi figyelembe, amelyek esetében optimálisan működő ellátással, időben elérhető, adekvát terápiával elkerülhető a halálozás, a megelőzhető okok miatti halálozás pedig azokat, amelyek esetében eredményes népegészségügyi programokkal, megelőzéssel elkerülhető a betegség bekövetkezése és a halálozás.[684]

A 2. fejezet részletesen elemezte, hogy Magyarország relatív helyzete lényegesen rosszabb az egészségügyi rendszer teljesítménye által meghatározott elkerülhető halálozásban, mint az összes halálozás esetében. Ez azt is jelenti, hogy – a halálozási adatainkat nemzetközi összehasonlításban tekintve – a kedvezőtlen pozíciónk egyik fő oka az egészségügyi rendszer rossz teljesítménye, aminek pedig alapvető tényezője az egészségügyi közkiadások tartósan rendkívül alacsony szintje – az egészségügynek a kormányzati prioritásokban elfoglalt alárendelt pozíciója következtében.

684 A módszernek természetesen vannak limitációi: pl. a betegségek besorolása a két összetevőbe, a 75 éves korhatár stb.

M.3. Megközelítések a magyar egészségügyi rendszer átalakulásának az elemzéséhez

A könyv három nézőpontból törekedett a magyar egészségügyi rendszer folyamatainak az elemzésére, nevezetesen: (1) hogyan jelentek meg a kormányzati törekvésekben, beavatkozásokban az egészségügyi rendszerek általánosan elfogadott teljesítménykritériumai (alapvető céljai); (2) a kormányzati beavatkozások milyen kombinációi jellemezték az egyes kormányzati periódusokat; (3) a kormányzati intézkedések hogyan érintették az egészségügyi rendszer struktúrájának három szintjét, nevezetesen a makro-, szakmai és mikrostruktúráját. Ezekhez a megközelítésekhez a koncepcionális kiindulópontokat egyrészt a szakirodalom, másrészt korábbi kutatásaim és (az 1990-es és 2000-es években szerzett) gyakorlati tapasztalataim jelentették.

A 2000-es évek eleje óta az egészségügyi rendszerekkel elméleti szinten is foglalkozó nemzetközi szervezetek (EU, OECD, WHO és a Világbank) és számos ország is nagy figyelmet fordítottak az egészségügyi rendszerek teljesítményének értékelésére alkalmas koncepcionális kereteknek és mérési módszereknek (indikátorrendszereknek) a kialakítására (Berman és Bitran, 2011; Hurst és Hughes, 2001; Kelley és Hurst, 2006; Murray és Frenk, 2000; Roberts et al. 2004; Smith et al., 2002; 2009; WHO, 2000). A teljesítményértékelési rendszerek alapvető célja, hogy segítsék az egészségügyi rendszerek döntéshozóit az egészségügyi rendszerek működésének a megértésében, a problémák azonosításában és a szakpolitikai lehetőségeknek és a beavatkozások hatásainak, eredményességének az elemzésében (Rajan et al., 2023). Továbbá elősegítik az egészségügyi rendszerek, illetve egyes összetevőik, jellemzőik nemzetközi összehasonlítását; és közös nyelvet jelentenek az egészségügyi rendszerekről való kommunikációban (OECD, 2024).

Az OECD és a WHO/European Observatory on Health Systems and Policies[685] teljesítményértékelési keretrendszerei

A teljesítményértékelési rendszerek alapvető összetevői: (i) az egészségügyi rendszer struktúrájára (alkotóelemeire és azok kapcsolódására) és (ii) a rendszer teljesítményének dimenzióira (kritériumaira) vonatkozó koncepciók, továbbá az egyes dimenziók mérésére alkalmas indikátorok és mérési/becslési módszerek.

685 A European Observatory on Health Systems and Policies tudományos intézetet 1998-ban hozták létre a WHO az Európai Bizottság és több EU tagállam (pl. Ausztria, Finnország, Spanyolország, Egyesült Királyság stb.) támogatásával. Az Observatory a WHO-val szoros munkakapcsolatban működik. Fő célja a bizonyítékokon alapuló egészségpolitikai döntéshozatal támogatása, előmozdítása. https://eurohealthobservatory.who.int/

Murray és Frenk (2000) alapműnek számító tanulmánya alapján az egészségügyi rendszerek fő összetevői (funkciói) a következők:

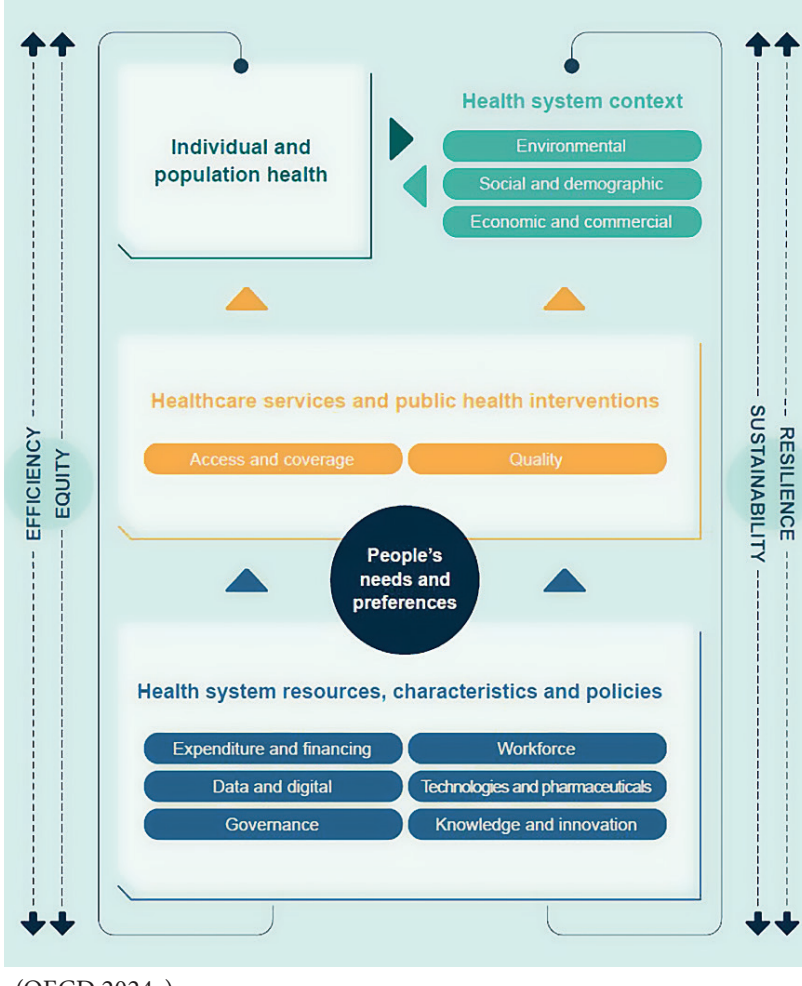
- *Erőforrások előteremtése*: a munkaerőnek, az infrastruktúrának, a technológiának (berendezések, gyógyszerek, digitalizáció stb.) a szolgáltatók számára rendelkezésre állásának a biztosítása.
- *Egészségügyi kormányzás*: egészségpolitika kialakítása/megvalósítása; a rendszer többi dimenziójának a szabályozása/irányítása; továbbá más (nem egészségügyi) szektorok befolyásolása.
- *Finanszírozás*: (i) forrásteremtés; kockázatmegosztást szolgáló alapképzés (pl. decentralizált egészségbiztosítási rendszer esetén); a források allokációja (a szolgáltatók finanszírozási módszerei stb.).
- Szolgáltatások nyújtása (közösségi szintű és személyes egészségügyi szolgáltatások).

Mind az egészségpolitikai gyakorlat, mind az egészségügyi rendszerek elemzése szempontjából alapvető kérdést jelent a teljesítményértékelés dimenzióinak a definiálása. Milyen kritériumok alapján mondható egy egészségügyi rendszerről, hogy jól vagy rosszul működik; romlott-e vagy javult-e a helyzete; az adott időszak egészségpolitikája eredményes vagy eredménytelen volt-e. A szakirodalomban nincs egyetlen, általánosan elfogadott teljesítményértékelési rendszer. A nemzetközi szervezetek teljesítményértékelési keretrendszerei között nagymértékű az átfedés, de a rendszerek struktúrájában, a teljesítménydimenziókban és az értelmezésükben kisebb-nagyobb különbségek is találhatók. A 2020 előtti időszakban az OECD és a WHO keretrendszerének a közös halmazát a következő dimenziók jelentették: egyenlő hozzáférés, minőség, az egyének igényeire való reagálóképesség és hatékonyság; az egyik lényeges különbség pedig a minőség értelmezésében mutatkozott.[686] (Ez a különbség a megújított keretrendszerekben is megmaradt.)

Az elmúlt években – az egészségügyi rendszereket ért új kihívásoknak, köztük a COVID-19 járványnak a hatására és a teljesítményértékelési rendszerek több évtizedes tapasztalatai alapján – az OECD és a WHO/European Observatory is felülvizsgálta, új szempontokkal és hangsúlyokkal egészítette ki a korábbi teljesítményértékelési keretrendszereit (OECD, 2024a; Papanicolas et al., 2022; Rajan et al., 2023). A két koncepció között jelentős az átfedés, de különbségeket is mutatnak abban, hová teszik a hangsúlyokat és milyen struktúrában kapcsolják össze az egészségügyi rendszer

686 Az OECD koncepciója szerint a minőség összetevői: adekvát terápia, betegbiztonság és betegközpontúság (a betegek igényeire való reagálóképesség). A WHO koncepciója ennél szélesebben értelmezi a minőséget, beleérti a szolgáltatásokhoz való hozzáférést és a hatékonyságot is.

M.3. ábra. Az OECD teljesítményértékelési keretrendszere



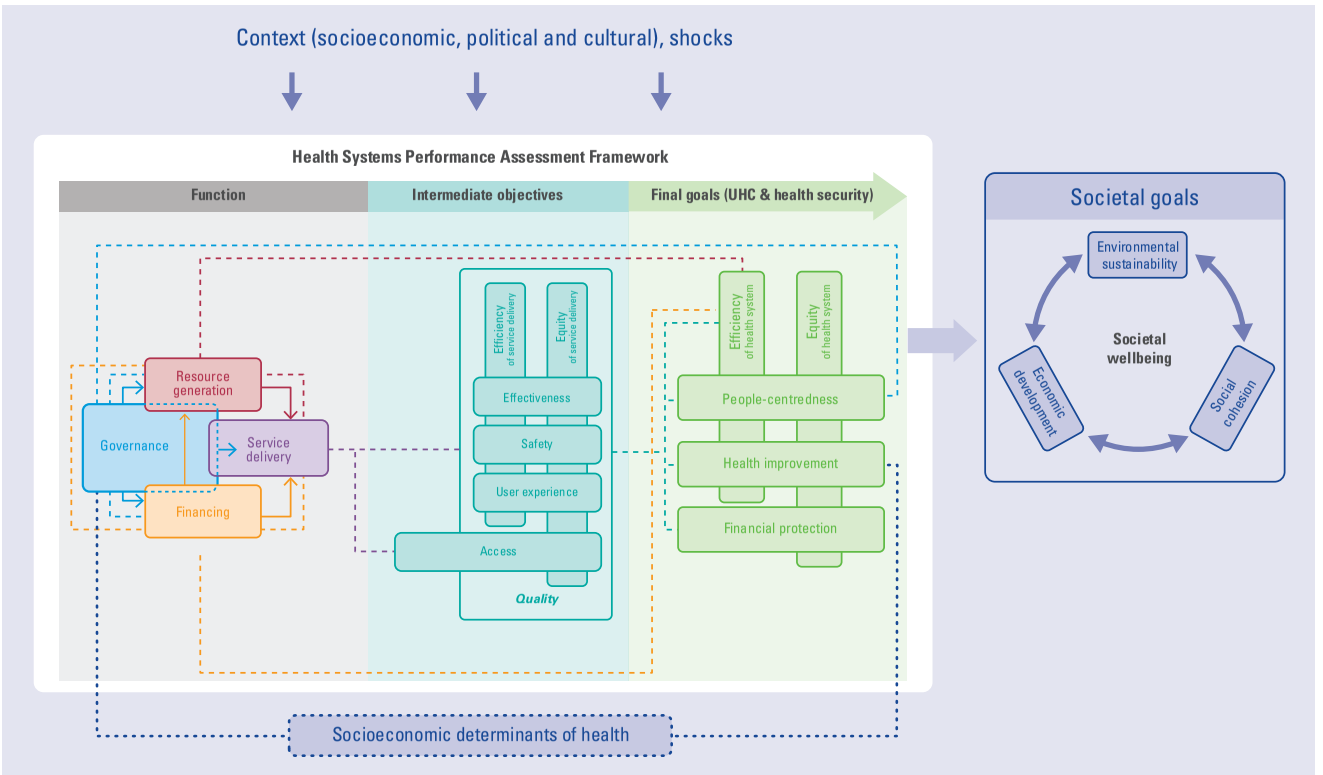
Forrrás: (OECD,2024a)

egyes elemeit és a teljesítménydimenziókat (M.3. és M.4. ábra[687]). Mindkét keretrendszer esetében közös új elem: annak hangsúlyozása, hogy az egészségügyi rendszer problémáit és folyamatait a globális folyamatoknak (környezeti változások, digitalizáció stb.) a kontextusában szükséges értelmezni;[688] továbbá ennek következtében mindkét

687 Ezeket az ábrákat szándékosan közli a könyv az eredeti (angol nyelvű) változatukban – azt feltételezve, hogy az elméleti kérdések iránt érdeklődők jobban preferálják, ha az eredeti kifejezésekkel találkoznak.

688 A könyv 1. fejezete erre törekszik a magyar egészségügy esetében.

M.4. ábra. A WHO/European Observatory on Health Systems and Policies teljesítményértékelési keretrendszere



Source: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies/UHC2030 HSA TWG.

Forrás: Rajan et.al.,2023

teljesítményértékelési rendszer kiegészült a reziliencia (sokkhatásokkal szembeni ellenálló képesség) dimenziójával. Továbbá hasonló a két keretrendszer abban, hogy az egyenlőséget és a hatékonyságot a rendszer funkcióit/a többi teljesítménydimenziót „átszelő" összetevőként értelmezik: azaz olyan tényezőként, aminek érvényesülnie kell a többi teljesítménydimenzió (hozzáférés, betegközpontúság stb.) esetében.

Az OECD keretrendszerében (M.3. ábra) a legfontosabb változás, hogy az emberek egészségügyi szükségleteit és preferenciáit helyezi a teljesítményértékelési rendszer középpontjába.[689] Fontos, új elemet jelent a reziliencia; továbbá a keretrendszerben nemcsak az egyenlőség és a hatékonyság, hanem a fenntarthatóság és a reziliencia is a rendszer többi dimenzióját „átszelő" tényezőt jelent.

A WHO/European Observatory keretrendszerében a legfontosabb változások: a korábbinál nagyobb hangsúlyt, kulcsfontosságú szerepet kapott a kormányzás funkciója; továbbá az egészségügyi rendszer fő céljaként nemcsak az egészségi állapot javítását definiálják, hanem a tágabb társadalmi célok elérésében játszott szerepét is (Rajan, et al., 2023).

A magyar egészségügyi rendszer elemzéséhez figyelembe vett teljesítménydimenziók

Az OECD és a WHO keretrendszerei alapján a magyar egészségügyi rendszer elemzése a következő teljesítménydimenziókat vette figyelembe:

- *Egészségi állapotjavulás*. Magában foglalja a populációszintű és az egyéni szintű egészségi állapotot; a mortalitás, morbiditás és az önértékelt egészségi állapot dimenzióit (OECD, 2024a).
- *Védelem a betegség pénzügyi kockázatától*. A rendszer biztosítja, hogy minden egyén és közösség anyagi nehézségek nélkül hozzájut a szükséges egészségügyi szolgáltatásokhoz (Rajan et al., 2023).
- *Hozzáférés.* Az egyének hozzáférését az egészségügyi ellátáshoz nem akadályozzák pénzügyi, földrajzi, az egészségügyi rendszer kapacitásaiból és szabályozásából eredő, továbbá kulturális tényezők.
- *Minőség,*[690] *amelynek dimenziói: hatásosság, biztonság, betegtapasztalat*. Az alkalmazott terápiák hatásosak, érvényesül a betegbiztonság (pl. alacsony szintű a kórházi fertőzés), és az ellátás módja igazodik a betegek elvárásaihoz (pl. méltóság, megfelelő tájékoztatás, titoktartás, az ellátás infrastrukturális feltételei stb.) (Kelley és Hurst, 2006).

689 Az előző keretrendszer középpontjában a minőség állt (Kelley és Hurst, 2006).

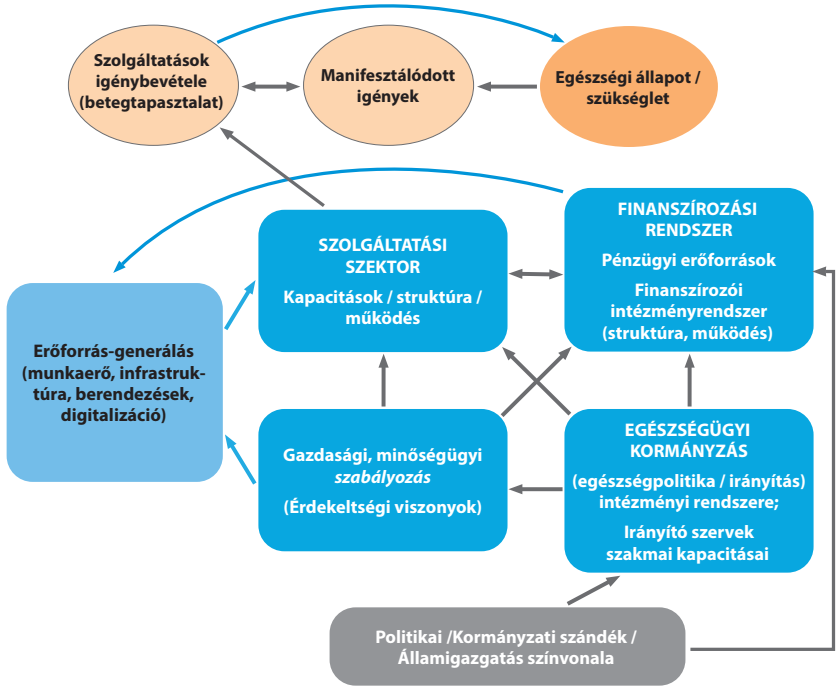
690 A szakirodalom nem egységes: a minőségnek szélesebb definícióit is alkalmazzák, amikor a hatásos terápia, betegbiztonság és responsiveness mellett a hatékonyság és egyenlőség dimenzióit is beleértik a minőség fogalmába.

- *Emberközpontú egészségügyi rendszer.*[691] Az OECD (2021a) koncepciója szerint az alapvető dimenziói: *„hang, választás, együttműködés, integráció és tisztelet"*. Azaz az emberek képviselői részt vesznek a szolgáltatók döntéshozó testületeiben; az egyéneknek választási lehetősége van a szolgáltatók között; a betegek aktívan részt vesznek a betegségük menedzselésében (ezt hozzáférhető információk segítik); az ellátás megfelelően koordinált; a beteg emberi méltóságát figyelembe vevő bánásmód érvényesül.
- *Hatékonyság.* Az egészségügyi szektor hatékonysága három szinten mérhető: rendszerszinten, intézményi szinten (pl. kórházak) és a betegségek terápiájának a szintjén. Az egészségügyi rendszer akkor működik hatékonyan, ha a rendelkezésére álló erőforrásokkal a (hatékonyan nyújtott) szolgáltatásoknak olyan kombinációját állítja elő, amely maximalizálja a társadalmi szinten elérhető egészségjavulást (azaz minél nagyobb egészségnyereséget ér el).
- *Transzparencia, számonkérhetőség.* A rendszer működése a társadalom/a betegek számára átlátható. A rendszerben működnek olyan mechanizmusok, amelyek biztosítják, hogy a kormányzati koncepciók, döntések, az alapjukat képező helyzetértékelések nyilvánosságot kapnak. Továbbá az egészségügy különböző szintjein az egészségügy szereplői által hozott döntéseknek következményei vannak.
- *Fenntarthatóság.* A rendszer hosszabb távon is képes biztosítani a jó minőségű szolgáltatásokat anélkül, hogy az erőforrások kimerülnének, vagy a jövő generáció szükségleteinek a kielégítését veszélyeztetnék. A fenntarthatóság egyik komponense: a *finanszírozhatóság.* A finanszírozhatóság fogalma két különböző értelemben használható: (i) közgazdasági (makrogazdasági) fenntarthatóság; és (ii) pénzügyi (fiskális) fenntarthatóság (Thomson et al., 2009) (Ld. 13. fejezet).
- *Reziliencia*. Az egészségügyi rendszerek azon képessége, hogy felkészüljenek a sokkokra, minimalizálják azok negatív következményeit, a lehető leggyorsabban felépüljenek és úgy alkalmazkodjanak, hogy javuljon a teljesítményük és a felkészültségük (OECD, 2023c).

Az egészségügyi rendszer funkciói (alkotóelemei) és a teljesítménykritériumok alapján adható válasz arra a kérdésre: *„Mikor működik jól egy egészségügyi rendszer?"* (Lásd M.5. ábra és az azt követő felsorolás.) Az M.5. ábra az egészségügyi rendszernek a WHO/European Observatory keretrendszerében definiált elemeit kiegészíti a szükségletek jelentkezése és a szolgáltatások igénybevétele közötti folyamat

691 A „people-centred health system" a rendszer jellemzőire vonatkozik, ezért nem azonos a „betegközpontú" ellátással (patient-centred health care), ami az egyes egyének ellátásának a módjára vonatkozik; azaz az emberközpontú egészségügyi rendszer alkotóelemének tekinthető.

M.5. ábra. Az egészségügyi rendszer működésének a folyamata



megjelenítésével. Ezt az indokolja, hogy az egészségügyi szolgáltatásokhoz való, időben történő hozzáférést az is befolyásolja, hogy az egészségi probléma jelentkezése után az egyén mikor (rövid időn belül, vagy jelentős késéssel) lép kapcsolatba az egészségügyi rendszerrel (azaz mikor manifesztálódik az ellátás iránti igénye). Ezt a folyamatot (aminek alapvető tényezője az egyének egészségműveltsége, egészségtudatossága is) az egészségügyi rendszeren kívüli tényezők és az egészségügyi rendszer által nyújtott információk is befolyásolják.

Mikor működik jól egy egészségügyi rendszer?

A fentiekben vázolt teljesítménykritériumok érvényesüléséhez, az egészségügyi rendszer optimális működéséhez a következő feltételeknek kellene teljesülnie:[692]

- Az egyének időben hozzáférnek a szükségleteiket, elvárásaikat kielégítő jó minőségű szolgáltatásokhoz; továbbá esélyegyenlőség érvényesül a hozzáférésben és minőségben. Az egészségügyi ellátás betegközpontú.

692 Az alábbi leírás elméleti nézőpontból meglehetősen leegyszerűsített. A cél nem az elméleti pontosság volt, hanem a magyar egészségügy folyamatainak az elemzéséhez egy szempontrendszer megfogalmazása.

- *A szolgáltatási szektorban:* (i) A szolgáltatói intézményhálózat kapacitásai (humán erőforrások, infrastruktúra, technológia) összességében (az ország egészét tekintve) elégségesek, megfelelőek a társadalom szükségleteinek a kielégítéséhez (mennyiségében, minőségében és struktúrájában); (ii) Az ellátórendszer intézményi struktúrája (háziorvosi ellátás, kórház-hálózat stb.) és működési folyamatai (pl. alapellátás és kórházi ellátás közötti koordináció) igazodnak a szükségletekhez és betegközpontúak. (iii) A szolgáltatók hatékonyan használják fel a rendelkezésére álló erőforrásokat.
- *A finanszírozási rendszerben:* (i) Összességében (az ország egészét tekintve) elégséges pénzügyi erőforrás áll rendelkezésre az ellátórendszer működtetéséhez. (ii) A finanszírozói intézményrendszer struktúrája, működése biztosítja a pénzügyi erőforrások hatékony allokációját.
- A finanszírozási rendszer védelmet nyújt a betegségek pénzügyi terheivel szemben; valamint igazságosan osztja el az egészségügyi rendszer finanszírozásának a terheit a társadalmon belül (az adórendszeren és/vagy a járulékfizetésen keresztül).
- A gazdasági és minőségügyi szabályozás ösztönzői a szolgáltatókat és a finanszírozó(ka)t jó minőségű szolgáltatások nyújtására/vásárlására, az erőforrások hatékony felhasználására, és betegközpontú működésre ösztönzik.
- Az egészségügyi kormányzás jövőorientált, hosszú távú stratégiai szemlélet, egészségközpontú és multiszektorális gyakorlat jellemzi. (Azaz részét képezi az egészségi állapotra ható környezeti, társadalmi, gazdasági tényezők befolyásolása is.)
- Az egészségügyi kormányzásban és az ellátórendszer működésében érvényesül a transzparencia, számonkérhetőség és reziliencia.
- A rendszerben kiépültek és megfelelően működnek az állampolgárok és betegek érdekeit képviselő intézmények és folyamatok (pl. fogyasztóvédelmi hatóság, betegjogi intézmények, képviselet a szolgáltatók felügyelőtanácsaiban stb.).
- A rendszer finanszírozható. A társadalmi jóllét szempontjából optimális az egészségügyre fordított pénzügyi erőforrások nagysága (azaz a kormányok elégséges forrást allokálnak az egészségügynek; másrészt a működése nem von el túlzottan sok forrást más társadalmi céloktól). Továbbá biztosítható a rendszer működésének a pénzügyi egyensúlya.

Az egészségügyi rendszer alapvető problémáit általában ezeknek a követelményeknek (a teljesítménykritériumoknak) a mentén fogalmazzuk meg: például az ellátáshoz való hozzáférést akadályozza egyrészt a hosszú várakozási idő, másrészt a társadalom jelentős csoportjai nem tudják megfizetni az ellátást; alacsony az egészségügyi rendszer hatékonysága stb. Az egészségügy szereplői (kormány,

egészségbiztosító, kórházi menedzsment stb.) által kezdeményezett beavatkozások azonban nem tudják közvetlenül a hatékonyságot, minőséget megcélozni, hanem a beavatkozások az egészségügyi rendszer (vagy egészségügyi intézmény) strukturális elemeit, kapacitásait, pénzügyi forrásait érintik, azzal a feltételezéssel, hogy a beavatkozások által előidézett változásoknak az eredőjeként javul a hozzáférés, minőség, hatékonyság[693] stb. Ez azonban egyáltalán nem szükségszerű: egy adott beavatkozás a kormány által deklarált céllal ellentétes hatást is eredményezhet. Továbbá az egészségügy tényleges folyamatait, a kormányzatnak és más szereplőknek a döntéseit az előzőekben vázolt célokon kívül, vagy azokat megelőzve számos egészségügyön kívüli és belüli tényező befolyásolja (pl. költségvetési hiány, az általános közigazgatás átalakítása stb.).

A rendszer egészének a teljesítménye (hozzáférhetőség, minőség, hatékonyság stb.) a mindennapi működés folyamatában az *egészségügy szereplői által a rendszer különböző szintjein hozott összetett döntések sokaságának az* eredőjeként alakul. A szereplőket a döntéseik meghozatalakor alapvetően a következő tényezők befolyásolják:

- A rendelkezésre álló *információ,*
- a döntéshozót érő *ösztönzők,* továbbá
- mind az elérhető információ felhasználását, mind az ösztönzők érvényesülését (az ösztönzőkre való reagálást) befolyásolják az adott szereplő *intézményi jellemzői,* beleértve az adott szereplő nézetrendszerét (értékrendszerét) is.

Ezeken a tényezőkön alapvetően múlik, hogy olyan viszonyok alakuljanak ki, amikor a rendszer szereplői a döntéseikért felelősséget viselnek, a döntések és következményeik a társadalom (kisebb közösségek és egyének) számára átláthatóak és – széles értelemben véve – számonkérhetőek.

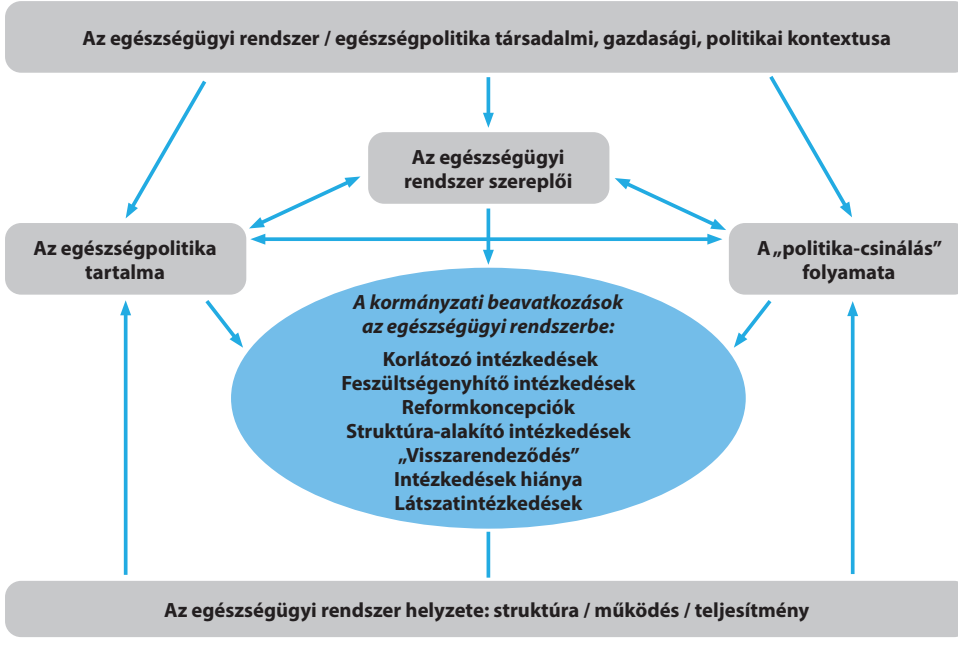
A kormányzati beavatkozások típusai

Az egyes kormányzati ciklusok elemzésének második szempontja: a kormányzati beavatkozásoknak az adott időszakra jellemző – az időszaknak sajátos arculatot adó – kombinációjának a bemutatása volt. A könyv a kormányzati beavatkozásoknak a következő típusait különböztette meg:

- Kapacitásbővítő, fejlesztő intézkedések.
- Korlátozó intézkedések.
- Feszültségenyhítő intézkedések.
- Reformkoncepciók kidolgozása (és „versenye").

693 Például a finanszírozási módszerek változtatása a hatékonyság javulását (egységnyi ráfordítással több szolgáltatás, illetve nagyobb egészségnyereség elérését) eredményezi.

M.6. ábra. A kormányzati beavatkozások típusai és kontextusa



- Struktúraalakító intézkedések (szervezeti innovációk).
- „Visszarendeződés".
- Látszatintézkedések.
- Intézkedések hiánya.

A kormányzati beavatkozások elemzése magában foglalja az egészségügyi kormányzás *kontextusának, az egészségügy szereplőinek, az egészségpolitika tartalmának és folyamatának a vizsgálatát* (M.6. ábra). Ezek az elemek a valóságban sok szálon összefüggnek. A kormányzati beavatkozások elemzése olyan kérdésekre is irányul például, hogy egy adott időszakban miért éppen az adott célok kaptak prioritást; miért nem sikerült a célokat megvalósítani; miért értek el a reformok a várttal szemben éppen ellenkező hatást; miért értékelik ugyanazt a helyzetet eltérően az egészségügy egyes szereplői; melyek voltak a reformok mögötti hajtóerők és akadályok.

A kormányzati beavatkozásoknak a kontextusát a gazdasági, társadalmi, politikai, kulturális, intézményi tényezők alkotják, továbbá az egészségügyi rendszer problémái, amelyekre a kormányzatok a megoldásokat keresik. Egy adott reformlépés sikeréhez nemcsak a jó szakmai elképzelés szükséges, hanem a politikai akarat, az elégséges támogatás a fontosabb szereplők részéről. Annak elemzéséhez, hogy

a meglévő problémák közül melyeket definiálja kezelendő problémaként a kormányzat, továbbá a reformkoncepciók és a megvalósítás közötti eltérések elemzéséhez fontos *az egészségügyi rendszer szereplőinek a vizsgálata*. A társadalmi-gazdasági környezet, valamint az egészségügyi rendszer adott viszonyai hatnak a szereplők törekvéseire, amelyek befolyásolják az egészségpolitika tartalmát és a megvalósítás folyamatát is.

Az *egészségpolitika tartalmának elemzése* az egészségpolitikai koncepciók, viták, az egészségpolitikai döntések (reformok) elemzésére törekszik. Továbbá az elemzés fontos kérdése, hogyan sikerült megvalósítani az adott egészségpolitikai célokat. Az *egészségpolitikai folyamat elemzése* a „hogyanra" vonatkozik: az egészségügyi kormányzás intézményi kereteit, döntéshozatali mechanizmusait vizsgálja. Az egészségpolitikai folyamat jellemzői alapvetően összefüggnek a szereplők helyzetének jellemzőivel – például, a hatalmat koncentráló (vagy arra törekvő) központi kormányzat más módon dolgozza ki az egészségügyi reform koncepcióját, mint egy olyan ország kormányzata, ahol az egészségügyön belüli hatalom megoszlik az egyes a szereplők között.

Az egészségügyi rendszer szereplőinek egy lehetséges csoportosítása:

- Állampolgárok/betegek (fogyasztók).
- Szolgáltatók (orvosok, szakdolgozók, egészségügyi intézmények, illetve a szolgáltató intézmények tulajdonosa és menedzsmentje).
- Finanszírozók (kötelező egészségbiztosítást működtető intézmény(ek), állami egészségügyi hatóság, magánbiztosítók stb.).
- Az egészségügyi kormányzás intézményei (központi és helyi kormányzat, háttérintézmények stb.).
- Egészségügyi dolgozók szakmai és érdekvédelmi szervezetei (kamarák, szakszervezetek stb.).
- Gyógyszergyártók és forgalmazók, orvostechnikai berendezéseket és eszközöket gyártók és forgalmazók érdekvédelmi szervezetei.
- Civil szerveződések (betegek érdekvédelmi szervezetei, betegjogi szervezetek, zöld-mozgalmak stb.).
- Politikai pártok (kormánypártok és ellenzék).

A kormányzat és az egészségügy fő szereplői között akkor érvényesül partnerség, ha működnek fórumok és mechanizmusok arra, hogy az egészségügy fő szereplői megjeleníthessék, megvitathassák, egyeztethessék az érdekeiket. Ez nem jelenti azt, hogy a kormányzati döntéshez minden esetben konszenzust kellene elérni. A partnerség és részvétel alapvető feltétele a reális, megvalósítható stratégiák, középtávú programok készítésének, továbbá elégséges támogatottság megteremtéséhez

a kormány döntéseihez. A partnerség szükséges ahhoz is, hogy a hosszabb időtávot igénylő programok esetében fenntartható legyen a szakmai és társadalmi támogatottság. Tágabb értelemben a kormányzat és az egészségügy fő szereplői közötti partnerség a kormányzat egészségpolitikája legitimációjának az egyik alapvető eszköze.

A folyamatokat nem csak a kormányzati beavatkozások alakítják. Az egészségügy más szereplői törekvéseinek a hatására is változhat a rendszer. Ezeket a könyv összefoglaló néven piaci folyamatoknak nevezi. (Ez leegyszerűsítés, hiszen az egészségügyben működnek nonprofit szervezetek is, amelyeket a közgazdaság, statisztika és szociológia is „harmadik" szektornak tekint.)

Azt, hogy egy adott kormányzati időszakban a beavatkozások melyik típusa a domináns, illetve milyen kombinációjával jellemezhető, a szereplők törekvéseinek az eredője alakítja. Ezeket a törekvéseket pedig a szereplők érdekei, értékei vezérlik és a mozgástere (hatalomból való részesedése). Mindezeket pedig alapvetően befolyásolják egyrészt a gazdasági, társadalmi és politikai környezetnek a jellemzői, másrészt az egészségügyi rendszer örökölt problémái, aktuális helyzete – amire a kormányzati beavatkozás irányul.

Az egészségügy makro- szakmai és mikrostruktúrája

A kormányzati beavatkozások és a piaci folyamatok eredőjeként bekövetkező változások elemzéséhez, megértéséhez a harmadik elemzési szempont: az egészségügyön belüli struktúrák megkülönböztetése volt, nevezetesen:

- a *makrostruktúrák* (az irányítás, finanszírozás és szolgáltatás *intézményi keretei*);
- a *szakmai struktúrák* (az ellátás folyamataihoz kapcsolódó gazdasági és minőségügyi szabályozás stb.); és
- *mikrostruktúrák* (a szereplők közötti kapcsolatok nem intézményesített jellemzői, mintázatai, pl. az orvos-beteg kapcsolat jellemzői, a hálapénz, az orvosok közötti informális hierarchia stb.).

A makrostruktúra egyes elemeinek az átalakítása lehetséges egyszeri jogszabályi változtatással és annak nyomán szervezeti átalakítással (pl. áttérés a költségvetési finanszírozásról a társadalombiztosítási finanszírozásra). Egy új intézmény néhány hónap alatt felállítható. A szakmai struktúra (pl. minőségbiztosítási rendszer) szintén formalizált, intézményesített, de egy működőképes szakmai struktúra kialakítása, átalakítása több évet, hosszabb fejlesztési időszakot igényel. A mikrostruktúrák átalakulása pedig még hosszabb időszakot igényel. A mikrostruktúrákat jelentősen befolyásolják az egészségügyön kívüli társadalmi viszonyok is. A változások elemzésekor és a reformok tervezésekor is alapvető fontosságú a struktúra mindhárom szintjének – makro-, szakmai és mikrostruktúrák – figyelembevétele.

2. Melléklet. Módszertani megjegyzések

A könyvben szereplő egészségügyi kiadásokra vonatkozó adatok elsősorban az OECD Data Explorer (Health) adatbázisából származnak, kisebb részben pedig az Eurostat adatbázisából. Mind a két forrásból származó adatoknak a módszertanát az OECD/Eurostat/WHO által kifejlesztett *System of Health Accounts 2011* statisztikai rendszer jelenti. Ez a rendszer az „egészségügyi kiadások" fogalma alatt a folyó egészségügyi kiadásokat érti, az alábbi definíció alapján:

> *„Az egészségügyi ellátásra fordított folyó kiadások a rezidens egységek egészségügyi termékekre és szolgáltatásokra fordított végső fogyasztási kiadásait jelentik, beleértve az egyéneknek közvetlenül nyújtott egészségügyi termékeket és szolgáltatásokat, valamint a kollektív egészségügyi szolgáltatásokat is."*

Azaz az „egészségügyi kiadások" nem tartalmazzák a beruházásokat. Ezeket „az egészségügyi ellátórendszer bruttó tőkefelhalmozása" kategória alatt közlik az adatbázisok.

A KSH által közölt adatok megegyeznek az OECD/Eurostat adatbázisokban szereplő adatokkal. A fenti definícióval összhangban a magyar kötelező egészségbiztosítás (E. Alap) kiadásai közül csak a természetbeni kiadások képezik az „egészségügyi kiadások" részét. Ennek főbb kategóriái: gyógyító-megelőző ellátások; gyógyszer és gyógyászati segédeszköz támogatás, egyéb ellátások.

Módszertani megjegyzések a 12.9. táblázathoz

A 12.9. táblázat két időpontra (2019-re és 2023-ra) közöl arra vonatkozó becslést, hogy a magyar egészségügyben az egészségügyi ellátás négy alapvető szegmense hogyan részesedett a gyógyító-megelőző szolgáltatásokra fordított (háziorvosi és védőnői ellátással csökkentett) összes kiadásból. Az alábbiak összefoglalják a becslés módszerét és korlátait, ami miatt csak nagyvonalú becslésként lehet értelmezni az adatokat.

- A közkiadások esetében az adatok forrása: a *NEAK Évkönyvek* „Gyógyító-megelőző ellátások finanszírozási összegének szolgáltatók típusa szerinti megoszlása" táblázatának adatai; a magánkiadások esetében pedig a KSH „Egészségügyi kiadások alrendszerenként" táblázatának az adatai. (Ez utóbbi esetében 2025 közepén a 2023. évre vonatkozó táblázat volt a legfrissebb.)

- A *NEAK Évkönyvek* 2021-től nem jelentek meg. A 2021–2024 időszakra vonatkozó adatokat külön adatkérésre szolgáltatta a NEAK.[694]
- A táblázatban a gyógyító-megelőző ellátás háziorvosi ellátással és védőnői ellátással csökkentett összege szerepel. Ezt a háziorvosok speciális helyzete indokolja. (Magánvállalkozásként való figyelembevételük torzító hatást jelentett volna a „közintézmények" és „magánszolgáltatók" arányaira vonatkozóan.)
- A „Magánszolgáltatók" tartalmazzák a nonprofit szervezetek adatait is. A magánkiadások oldaláról ugyanis nem volt lehetséges a vállalkozások és a nonprofit szervezetek megkülönböztetése.[695]
- Az egyetemek jogi státuszának megváltozása következtében a NEAK-adatokban 2022-től az egyetemi klinikai központok a nonprofit szervezetek között szerepelnek. Ugyanakkor a klinikai központok jogi szempontból nem önálló intézmények, továbbá a funkciójukban is közelebb állnak a közintézményekhez, mint a nonprofit intézményekhez. Ez indokolja a 2019 és 2023 közötti összehasonlíthatóság érdekében a „közintézmények és egyetemi klinikák" kategóriát.
- A NEAK-adatokban a „nonprofit szervezetek" kategórián belül a klinikai központok és a hagyományos nonprofit szervezetek szétválasztására csak becslést lehetett alkalmazni. A NEAK-kifizetések a nonprofit szervezeteknek 2019 és 2021 között 4% körül ingadoztak. 2023-ban az NEAK-kifizetések 22,9%-a ment a nonprofit szervezetekhez. Ez 18,9% és 4% arányban került felosztásra az egyetemi klinikák és a nonprofit szervezetek között.
- A „magánkiadás – közintézmény" rovatban szereplő N/A arra utal, hogy a valóságban ilyen kiadások léteznek, de nincsenek rá nyilvánosan elérhető adatok. Az az összeg, amit a betegek a közkórházakban igénybe vett magánellátásért fizettek, a „magánkiadások – magánszolgáltatók" adatban szerepel. Így ez utóbbi tétel túlbecsült.
- A „közkiadás – magánszolgáltatók" rovatban csak a NEAK által a magánvállalkozásoknak kifizetett összegek szerepelnek. Ugyanakkor a közkórházak közvetlenül is vásárolnak diagnosztikai (laboratóriumi és képalkotó) vizsgálatokat a magánvállalkozásoktól. Ennek összegére nem áll rendelkezésre adat. Ez az összeg most a „közkiadás – közintézmény" adatban szerepel. Így ez utóbbi tétel túlbecsült, a „közkiadás – magánszolgáltatók" összege pedig alulbecsült.
- A fenti hiányosságok a közkiadás és magánkiadás arányát nem érintik, hanem a magánvállalkozások bevételeinél okoznak bizonyos pontatlanságot.

694 Ezúton is köszönetemet fejezem ki a NEAK-nak az adatszolgáltatásért.

695 Azaz nem áll rendelkezésre olyan adat, hogy a magánkiadásokból mekkora összeg ment a nonprofit szervezetekhez és mekkora összeg a forprofit vállalkozásokhoz.

Irodalom

Abel-Smith, B. (1996). The Escalation of health Care Costs: How Did We Get There? In: *Health Care Reform. The Will to Change*. Health Policy Studies No. 8. OECD, Paris

Ádám Gy. (1986). *Az orvosi hálapénz Magyarországon*. (Gyorsuló idő). Magvető Kiadó, Budapest.

Ádám Gy. (1989). *Adóztatás után*. Magvető Kiadó, Budapest.

Ádány R. és Sándor J. (2019). Az északkelet-magyarországi telepszerű körülmények között élő cigány lakosság egészség-magatartása és egészségi állapota. *Magyar Tudomány*. 219. 11.

ÁEEK (2019). Beszámoló az egészségügyi ágazati humánerőforrás 2018. évi helyzetéről.

Ágh A. (2024). A magyar zsákutca és az orbáni autokrácia összeomlása. In: Ágh A. (szerk.). *Magyar zsákutca az Európai Unióban*. Gondolat Kiadó, Budapest. 9–53.

Acemoglu, D. and Robinson, J. A. (2012). *Why Nations Fail: The Origins of Power, Prosperity, and Poverty.* Profile Books, London.

Ajkay Z. (1987). *Öt tanulmány az egészség reformjáért*. Medicina Kiadó.

Ajkay Z., Bordás I., Demes I., Goschiné Mannó M. és Gusztonyi Á. (1994). A fekvőbeteg intézmények finanszírozási különbségeiről. *Kórház* 1. 3.

ÁSZ (1991). *Jelentés a Társadalombiztosítási Alap 1991. évi zárszámadásának ellenőrzési tapasztalatairól.* Állami Számvevőszék, Budapest.

ÁSZ (1996). *Jelentés az Egészségbiztosítási Alap 1994. évi zárszámadásának ellenőrzési tapasztalatairól.* Állami Számvevőszék, Budapest.

ÁSZ (2005). *Jelentés az irányított betegellátási modellkísérlet ellenőrzéséről.* Állami Számvevőszék, Budapest.

ÁSZ (2006). *Jelentés az egészségügyi szakellátások privatizációjának ellenőrzéséről.* Állami Számvevőszék, Budapest.

ÁSZ (2009). *Jelentés az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének ellenőrzéséről.* Állami Számvevőszék, Budapest.

Alpár O. és Huszai G. (1989). Társadalom, gazdaság és egészség(ügy). *Közgazdasági Szemle*, 7–8. 888–908.

Alayed, T. M., Alrumeh, A. S., Alkanhal, I. A. and Alhuthil, R. T. (2024) Impact of privatization on healthcare system: A systematic review. *Saudi J Med Med Sci* 2024;12:125–33. doi: 10.4103/sjmms.sjmms_510_23

André, C. and Hermann, C. (2014) *Privatisation of health care in Europe.* https://www.researchgate.net/publication/252807825

Antal L., Bokros L., Csillag I., Lengyel L. és Matolcsy Gy. (1987). Fordulat és reform. *Közgazdasági Szemle*, XXXIV. évf., 1987. június (642–663).

Antal M. (2021). Több őszinteséget, új közgazdaságtant. A gazdasági növekedés meghaladásának stratégiái. *Replika* 2021 (121–122): 179–208. doi: 10.32564/121-122.12

Antal Z. L. (1987). Beteg-utak. *Medvetánc.* 1.

Antal Z. L. és Ferencz Z., Páldy A. (2020). *Éghajlatváltozás és egészség. Jelentés.* Eötvös Loránd Kutatási Hálózat. Társadalomtudományi Kutatóközpont, Budapest.

Artuso, F. and Guijt, I. (2020). *Global megatrends. Mapping the forces that affect us all Oxfam Discussion Papers.* Oxfam GB, Oxford.

Bálint Cs. (2019). A betöltetlen háziorvosi és házi gyermekorvosi körzetek területi összefüggései. *Studia Mundi – Economica* Vol. 6. No. 2. 15–36., https://doi.org/10.18531/Studia.Mundi.2019.06.02.15–36, 32.

Bálint L és Kovács K. (2021). Halandóság. In Monostori J., Őri P. és Spéder Zs. (szerk.). *Demográfiai portré 2021. Jelentés a magyar népesség helyzetéről.* KSH Népességtudományi Kutatóintézet, Budapest, 138–210.

Balogh T. (2015). Uniós források az egészségügyben 2007–2013. *Egészségügyi Gazdasági Szemle,* 1. 4–11.

Barbazza, E., Tello, J. E. (2014). A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy* 116 (2014) 1–11.

Bartha Z. (2024). A közepes fejlettség csapdája mérésének klasszikus módjai. In: *„Mérleg és Kihívások" XIII. Nemzetközi Tudományos Konferencia és Phd Konferencia Tanulmánykötet*. 19–28. Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar.

Bartus G. (2020). Fenntartható pályán? A társadalmi-ökológiai fenntarthatóság állapota és trendjei. In: Kolosi T., Szelényi I. és Tóth I. Gy. (szerk.). *Társadalmi Riport 2020*, TÁRKI, Budapest.

Baumann, L. A., Reinhold, A. K. and Brütt, A. L. (2022). Public and patient involvement in health policy decision-making on the health system level. A scoping review. *Health policy* 126 (2022) 1023–1038. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.07.007

Belicza É. (2023). Adatok a minőségfejlesztés és a betegbiztonság szolgálatában. In: Nógrádi Tóth E. és Boncz I. (szerk.). *Medicina évkönyv 2023. A magyar egészségügy számokban: ellátás, gazdaság, innováció.* Magyar Kórházszövetség, Budapest 56–57..

Belicza É. (2022). Minőség és betegbiztonság a hazai egészségügyben In: Nógrádi Tóth E. és Boncz I. (szerk.). *Medicina évkönyv 2021–2022. A magyar egészségügy*

számokban: ellátás, gazdaság, innováció. Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság, Budapest, Magyarország. 120–121. 2.

Belügyminisztérium (2024). *Tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia*.

Berman, P. and Bitran, R. (2011). *Health Systems Analysis for Better Health System Strengthening.* World Bank. Health, Nutrition, and Population (HNP) discussion paper.

Bíró A., Hajdu T. és Kertesi G. (2025). A várható élettartam jövedelmi egyenlőtlenségei Magyarországon 1992-1993 és 2022-2023 között. *Munkaerőpiaci Tükör* 2023–2024.

Bíró A. et al. (2019). A mortalitás és morbiditás jövedelmi egyenlőtlenségei. *Munkaerőpiaci Tükör* 2019.

Bíró É., Szabó P. és Kósa K., (2022). A magyar felnőtt lakosság egészségműveltsége. *Egészségfejlesztés 2022.* 63. évf. 3. szám. doi: 10.24365/ef.8496

Bodnár M. és Vörös L. (2008). Irányított betegellátás a mosonmagyaróvári kistérségben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle, 4*, 36–42.

Boján F. (1993). A magyar lakosság idő előtti elhalálozásának egyes kérdései az 1980-as években. Doktori értekezés. Debrecen.

Bokros, L. and Dethier, J. J. (eds) (1998) *Public Finance Reform During the Transition*. The World Bank. Washington.

Boncz I. és Sebestyén A. (szerk) (2015). *Egészségbiztosítási ismeretek*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Boncz I. (2007). A teljesítmény-volumen korlát (TVK) hatása az aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítménymutatóira, különös tekintettel az egyetemi klinikák helyzetére. *IME* VI. évfolyam 4. 21–26.

Bordás I. (1990). Az egészségügyi ellátás új rendszere. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 5–6, 323–342.

Bordás I. (1998). Finanszírozási reform a magyar egészségügyben (kórház-finanszírozás). *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3, 225–239.

Boros J. és Gál R. I. (2024). Idősödés. In: Monostori J. és Őri P. (szerk.). *Demográfiai portré 2024.* KSH Népességtudományi Kutatóintézet.

Boros J., Gábriel D. és Monostori J. (2021). Idősödés. In: Monostori J. és Őri P. (szerk.). *Demográfiai portré 2021.* KSH Népességtudományi Kutatóintézet.

Boros J., Gárdos É. és Kovács K. (2021). Egészségi állapot. In: Monostori J. és Őri P. (szerk.). *Demográfiai portré 2021.* KSH Népességtudományi Kutatóintézet.

Boyce, C. et al. (2020). *WEAll Briefing Papers: Little Summaries of Big Issues. Understanding Wellbeing.* Wellbeing Economy Alliance.

Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. and Wiley, M. (eds) (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in*

hospitals. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press.

CHRODIS (2016). *Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic*.

Cash-Gibson, L. et al. (2019). Project INTEGRATE: Developing a Framework to Guide Design, Implementation and Evaluation of People-centred Integrated Care Processes. *International Journal of Integrated Care*. 19 (1):3, 1–11. https://doi.org/10.5334/ijic.4178

Cashin, C., Chi, L. and Borowitz, M. (2014). Lessons from the case study P4P programmes. In:Cashin, C. et al. (eds). *Paying for Performance in Health Care*. Open University Press.

Cherla, A., et al. (2024). Trends in avoidable mortality from cardiovascular diseases in European Union, 1995–2020: A retrospective secondary data analysis. The Lancet Regional Health: Europe, Vol. 47. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101079

Chernichovsky, D. and Markowitz, S. (2004). Aging and aggregate costs of medical care: conceptual and policy issues. *Health Economics* 13: 534–562.

Chung, S., C., Marlow, S., Tobias, N., et al. (2021). Lessons from countries implementing find, test, trace, isolation and support policies in the rapid response of the COVID-19 pandemic: a systematic review. *BMJ Open* 2021;11:e047832. doi:10.1136/ bmjopen-2020-047832

Coscieme et al. (2019). Overcoming the Myths of Mainstream Economics to Enable a NewWellbeing Economy. *Sustainability*, 11, 4374; doi:10.3390/su11164374

Cribb, A. (1995). A Turn for the Better? Philosophical Issues in Evaluating health Care Reforms. In: Seedhouse, D. (ed.) *Reforming Health Care. The Philosophy and Practice of International Health Reform*. Wiley

Cutler, D. M. and Sheiner, L. (1998). Demographics and Medical Care Spending: Standard and Non-standard Effects, *NBER Working Paper* 6866.

Csaba I. (2007). A magyar egészségügy Zöld könyve, 2006. Áttekintés és kommentár. *Kormányzás Közpénzügyek Szabályozás*. II. évfolyam, 1. 3–36.

Csanádi, M. et al. (2022). Prioritization of implementation barriers related to integrated care models in Central and Eastern European countries. *Health policy* 126 (2022) 1173–1179. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.08.012

Csurgó B. és Kovách I. (2023a). A Covid-19 járvány társadalmi hatásai. Társadalomtudományi Kutatóközpont, Budapest.

Csurgó B. és Kovách I. (szerk.) (2023b). *A Covid–19 járvány a falvakban és a városokban*. Társadalomtudományi Kutatóközpont, Budapest.

Cylus, J. et al. (2018). *Making the economic case for investing in health systems. Policy Brief*. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical ssociation*, 260(12). 1743–8.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83/4, 691., https://doi.org/10.1111/J.1468-0009.2005.00397.X. (Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966. 166–203.)

Dózsa Cs. (2004). „Agresszív" HBCS politika Magyarországon: kérdések és válaszok a HBCS-rendszer működésével és jövőjével kapcsolatban. *IME* III. 4. 14–20.

Dózsa Cs. (2007). *Új Magyarország Fejlesztési Terv 2007–2013.* Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program. Előadás. TESZ Konferencia. Miskolc, 2007. Február 16. Önkormányzat onkológiai betegútszervezési programjának bemutatása.

Dózsa Cs. (2008). 2006–2007-es évek az egészségügyben: reformtervek és programok kavalkádja In: Sándor, Péter; Vass, László (szerk.). *Magyarország politikai évkönyve 2007-ről*. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Alapítvány. Budapest. 889–914.

Dózsa Cs. (2010). *A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre Magyarországon a 2000-es években.* PhD-értekezés. https://phd.lib.uni-corvinus.hu/550/1/dozsa_csaba.pdf

Dózsa Cs. (2012). Az Európai Uniós fejlesztések: NFT II – Kapuzárás előtti kasszasöprés. *IME* XI. 6. 20-26.

Dózsa Cs. (2015). Struktúraváltás EU-s támogatással. Az EU Strukturális Alapjainak felhasználása a hazai kórházszektorban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 1. 12–27.

Dózsa Cs., Bodnár V., Takács E. és Dérer I. (2006). Az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése I. A működés korszerűsítésének lehetőségei. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*. 4. 5–21.

Dózsa Cs., Salai M. J., Havasi G. és Rékassy B. (2025). A hiányzó láncszem – a Fővárosi Önkormányzat onkológiai betegútszervezési programjának bemutatása. *IME* XXIV. 2. 19–30.

Dózsa K., Sinkó E. és Gaál P. (2017). Háziorvosi alapellátás, hogyan tovább? *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy* 6. 7–16.

Egészségbiztosítási Felügyelet (2010). *A közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók által nyújtott térítéses szolgáltatások elhatárolásának szempontjai.* (Kézirat).

Egészségügyi Minisztérium (2005). *Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Koncepció. Végleges változat.* 2005. december 12. (Kézirat).

Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja (MÉRTÉK) (2016). *A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013–15.* Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest.

Egyensúly Intézet (2022). *Hogyan leszünk egészséges nemzet? Az Egyensúly Intézet szakpolitikai javaslatai a népegészségügyi rendszer reformjáról.* Egyensúly Intézet. https://egyensulyintezet.hu/wp-content/uploads/2022/04/ei_egeszseg_hatter_v3_web-2.pdf

Entz L. (2019). Angiológia és érsebészet. In Kosztolányi Gy. és Csiba L. (szerk.). *A hazai orvosi szakmák helyzete és perspektívái a 21. század elején I.* MTA V. Orvosi Tudományok Osztálya, Budapest.

Erlich É. és Révész G. (1996). A magyar gazdaság strukturális változásai az átalakulás első időszakában 1989–1993. *Közgazdasági Szemle*, 5. 457-472.

European Academies Science Advisory Council (2025). *Increasing Urgency for Transformative Change.* https://doi.org/10.1553/ EASAC Commentary.

European Commission (2004). *Enabling Good Health for All. A reflection process for a new EU Health Strategy.* European Commissioner for Health & Consumer Protection. 15 July 2004

European Commission (2009). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU* (COM/2009/0567 final)

European Commission (2013). Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020. COM (2013) 83 final.

European Commission (2025). *Citizens' attitute towards corruption in the EU in 2025.* Special Eurobarometer 561.

European Commission. Joint Research Centre. Muench, S., Whyte, J., Hauer, G., de Maleville, A. and Asikainen, T. (2024). *Risks on the horizon*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://data.europa.eu/doi/10.2760/526889, JRC137493

European Commission (2021a). *2021 Long-Term Care Report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society.* Publications Office of the European Union. Luxembourg.

European Commission (2021b). *2021 Long-Term Care Report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Vol. 2: Country Profile*. Publications Office of the European Union. Luxembourg.

European Commission (2021c) *Green Paper on Ageing – Fostering solidarity and responsibility between generations.* COM (2021) 50 final.

European Commission (2022b). *Healthier Together. EU Non-Communicable Diseases Initiative*. Publications Office of the European Union. Luxembourg.

European Commission (2023a). *The Impact of demographic change in a changing environment*. Publications Office of the European Union. Luxembourg.

European Commission (2023b). *State of Health in the EU. Synthesis Report 2023.* Publications Office of the European Union. Luxembourg.

European Commission, OECD and European Observatory on Health Sytems and Policies (2023). *State of Health in the EU. Magyarország. Egészségügyi országprofil 2023.*

European Commission, OECD and European Observatory on Health Sytems and Policies (2019). *State of Health in the EU. Magyarország. Egészségügyi országprofil 2019.*

Eurostat (2020) *Ageing Europe. LOOKING AT THE LIVES OF OLDER PEOPLE IN THE EU.* Publications Office of the European Union. Luxembourg.

Evetovits, T., Thomson, S. és Cylus, J. (2025). Az elszegényítő és katasztrofális mértékű egészségügyi magánkiadásokkal kapcsolatos nemzetközi tapasztalatok és tanulságok. In: Kollányi Zs., Kucsera Cs., Orosz É. és Asztalos P. (szerk.). *Humán tőke, társadalmi-gazdasági fejlődés: Kulcskérdések Magyarországon*. ELTE TáTK, Budapest.

EU Expert Group on HSPA (2017). *Blocks. Tools and methodologies to assess integrated care in europe*. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf

FAO, UNEP, WHO and WOAH (2022). *One Health Joint Plan of Action (2022–2026). Working together for the health of humans, animals, plants and the environment*. Rome. https://doi.org/10.4060/cc2289en

Ferenci T. (2021). *Gondolatok a járványügyi adatok közléséről.* Online cikk.

Ferge Zs. (1998). Szociálpolitika 1989–1997. In: *Magyarország évtizedkönyve 1988–1998*. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Alapítvány, Budapest.

Ferge Zs. (2017). A magyar szociálpolitika 25 éve madártávlatból – némi történelmi előzményekkel. In: Ferge Zs. *Magyar társadalom- és szociálpolitika, 1990–2015.* Osiris Kiadó, Budapest.

Figueras, J. et al. (2008). *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Fleck Z. (2022) *Rendszerhiba. A jogállam halála és újjászületésének lehetőségei* Magyarországon. Progress könyvek. Noran Libro Kiadó.

Fokasz N., Kiss Zs. és Vajda J. (szerk.). Koronavírus idején. replika e-könyv. Replika Alapitvany. https://replika.hu/files/attachedfiles/korona-v5_1.pdf

Forster, T., Kentikelenis, A. and Bambra, C. (2018) *Health Inequalities in Europe: Setting the Stage for Progressive Policy Action*. TASC. Dublin.

Földművelésügyi Minisztérium (2015). 4. Nemzeti Környezetvédelmi Program 2015–2020.

Fülesdi B. (2019). Aneszteziológia és intenzív terápia. In: Kosztolányi Gy. és Csiba L. (szerk.). *A hazai orvosi szakmák helyzete és perspektívái a 21. század elején I.* MTA V. Orvosi Tudományok Osztálya, Budapest.

Gaál P. (2024). A rendszerszintű megközelítés jelentősége az egészségügy átalakításában. In: Nógrádi Tóth E. és Boncz I. (szerk.). *Medicina évkönyv 2024. A magyar egészségügy: tények, elemzések, vélemények, toplisták.* Magyar Kórházszövetség. 122–124.

Gaál P. és Evetovits T. (2023). Jó ötlet-e a központosításra és az utasításra-ellenőrzésre épülő irányítás? In: Nógrádi Tóth E. és Boncz I. (szerk.). *Medicina évkönyv 2023. A magyar egészségügy számokban: ellátás, gazdaság, innováció.* Magyar Kórházszövetség. 113–115.

Gaál, P., Evetovits, T. and McKee, M. (2006). Informal payment for health care: Evidence from Hungary. *Health Policy, 77*(1), 86–102. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.07.024

Gadó G., Kerekes Zs. és Magyar B. (szerk.) (2024). *A joguralomtól az uralom jogáig. A jogállam felszámolása Magyarországon 2010–2024*. CEU Demokrácia Intézet, Budapest.

Garretsen, H., Kitson, M. and Yang, C. (2025). Global forces and local impacts: megatrends in regional development. *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 2025, XX, 1–15. https://doi.org/10.1093/cjres/rsae047

Gartner, J. B., Abasse1, K. S., Bergeron, F., Landa, P., Lemaire, C. and Cote, A. (2022) Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a concept analysis and systematic review. *BMC Health Services Research* 22:558 https://doi.org/10.1186/s12913-022-07960-0

Gábos A. és Tátrai A. (2022). Jövedelmi szegénység kiterjedtsége és mélysége 2005 és 2020 között – eltérő küszöbértékek mentén. In: Kolosi T.; Szelényi I.; Tóth I. Gy. (szerk.). *Társadalmi Riport 2022*. TÁRKI, 243–260. Budapest.

Geissler, A., Quentin, W., Scheller-Kreinsen, D. and Busse, R. (2011). Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems. In R. Busse, A. Geissler, W. Quentin and M. Wiley (eds). *Diagnosis-Related Groups*

in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press. 9–22.

Girasek E. et al. (2013). Migráció az egészségügyben. *Magyar Tudomány,* 174, 3, 292–298. http://www.matud.iif.hu/2013/03/08.htm

GKI (2020). *Harcban a vírussal és a jogállamisággal*. (A GKI 2020. decemberi előrejelzése). GKI Gazdaságkutató Zrt.

Goodair, B. and Reeves, A. (2024) The effect of health-care privatisation on the quality of care. *Lancet Public Health 2024.* 9: e199–206. https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2824%2900003-3

Gosztonyi Gy. (1980). Egészségügyi gondok és javaslatok. *Valóság*. 7. 35–48.

Gödény és Csath (2010). Nemzeti minőségügyi stratégia szükségessége az egészségügyi rendszerben. *IME* IX. 8. 22–29.

Greer, S. L. (2022). *The Politics of Healthy Ageing:Myths and realities.* The economics of healthy and active ageing series. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Greer, S. L., Vasev, N., Jarman, H., Wismar, M. and Figueras, J. (2019). It's the governance, stupid! TAPIC: a governance framework to strengthen decision making and implementation. POLICY BRIEF 33. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Greer, S. L., Wismar, M. and Figueras, J. (2016). Introduction: strengthening governance amidst changing governance In: Greer, S. L., Wismar, M. and Figueras, J. (eds.). *Strengthening Health System Governance. Better policies, stronger performance*. Open University Press.

Grumbach, K. (2003). *Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. Annals of Family Medicine*, 1(1): 4–7.

GVH (2003). *A gyógyszerpiac szabályozásának versenypolitikai kérdései*. Versenyhivatali füzetek. 6. szám. Gazdasági Versenyhivatal, Budapest.

Gyebnár B. és Vokó Z. (2011). A népegészségügyi programok múltja, jelene és várható jövője Magyarországon, *Népegészségügy* vol. 89. 2. 126–134.

Győri Á. (2022). A társadalmi egyenlőtlenségek és az egészség összefüggései Magyarországon. *Statisztikai Szemle* 100(7). 645–670. https://doi.org/10.20311/stat2022.7.hu0645

Győrffy D. (2025). Állam és gazdasági felzárkózás Kelet-Közép-Európában 2004 és 2023 között. *Közgazdasági Szemle 72.* 2. 117–140. 24. doi: 10.18414/KSZ.2025.2.117

Győrfi I. (1988). A költségvetési reform. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 4. 289–293.

Győrfi I. (1989). Dilemmák az egészségügyben: reform vagy változás. *Egészségügyi Gazdasági Szemle,* 2, 65–72.

Gyukits Gy. (2001). Betegjogi képviselet a kórházban. (A Szószóló Alapítvány kezdeményezésének mérlege). *Esély,* 6. 58–80.

Hablicsek L., Monigl I. és Vukovich G. (1985) A magyarországi népességfejlődés néhány hosszú távú jellemzője 1880-2001 között. *Demográfia*. 4., 403–457.

Hablicsek L. és Kovács K. (szerk.) (2007). *Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005*. Budapest: KSH Népességtudományi Kutatóintézet.

Hablicsek L., Monigl I., és Vukovich G. (1985). A magyarországi népességfejlődés néhány hosszú távú jellemzője 1880-2001 között *Demográfia*, 4., 403–457.

Ham, C. (1990). *Health Check. Health care reforms in an international Context*. King's Fund Institute, London.

Harsányi, A. et al. (2020). Influence of biosimilar infliximab launch on the utilization pattern of biological medicines: the case of Hungary. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*. 2020, Vol. 20, No. 6, 653–660. https://doi.org/10.1080/14737167.2019.1667232

Harsha, N. et al. (2019). Determinants of Primary Nonadherence to Medications Prescribed by General Practitioners Among Adults in Hungary: Cross-Sectional Evaluation of Health Insurance Data. *Front. Pharmacol*. doi: 10.3389/fphar.2019.0128

Hawkins, B., Parkhurst, J. (2016). The 'good governance' of evidence in health policy. *Evidence & Policy*. vol 12. no 4. 575–92.

HealPartners (2024). *Egy lépést hátra, kettőt előre. A magyar magánegészségügy a 2023-as számok tükrében. A magyar magánegészségügy a 2023-as számok tükrében. Mars-hasáb 2024. június*. https://healce.com/mars-hasab/egy-lepest-hatra-kettot-elore-a-magyar-maganegeszsegugy-a-2023-as-szamok-tukreben/

HealPartners (2025). *Egy új időszámításra készülve – A magyar magánegészségügy a 2024-es számok tükrében. . Mars-hasáb 2025. július*. https://healce.com/mars-hasab/egy-uj-idoszamitasra-keszulve-a-magyar-maganegeszsegugy-a-2024-as-szamok-tukreben/

Hofmarcher M. et al. (2023). Access to novel cancer medicines in four countries in Central and Eastern Europe in relation to clinical benefit. ESMO Open, Vol.8. Issue 4. https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.101593

Holman, H. and Lorig, K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease: Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ, 320*(7234), 526–527.

Hone et al. Does charging different user fees for primary and secondary care affect first-contacts with primary healthcare? A systematic review. *Health Policy Plan*. 2017 Jun 1;32(5):723-731. doi: 10.1093/heapol/czw178.

Horn D. és Bartal A. M. (2022) (szerk.). *Fehér könyv a Covid-19 járvány társadalmi-gazdasági hatásairól.* ELKH Közgazdaságtudományi Intézet.

Horváth J. K., Komlós K., Krisztalovics K., Röst G. és Oroszi B. (2022). *COVID-19 világjárvány első két éve Magyarországon Népegészségügy.* Volume 99. No. 1., 6–19.

Hsiao, W. and Heller, P. (2007). What Should Macroeconomists Know About Health Policy? *IMF Working Paper WP/07613.* International Monetary Fund III.

Hughes, G., Shaw, S. E. and Greenhalgh, T. (2020). Rethinking Integrated Care. *The Milbank Quarterly*, June 2020, Vol. 98, No. 2 (June 2020), 446–492.

Hurst, J., and Jee-Hughes, M. (2001). *Performance measurement and performance management in OECD health systems.* OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 47. OECD Publishing

IFUA (2006) *Kutatás az egészségbiztosítás magyarországi rendszerének reformja kapcsán a hazai üzleti biztosítók számára.* (Kézirat). Innovációs és Technológiai Minisztérium (2018). *Második Nemzeti Éghajlatváltozási stratégia*. Melléklet a 23/2018. (X. 31.) OGY határozathoz.

Inotai, A. et al. (2020). Identifying Patient Access Barriers for Tumor Necrosis Factor Alpha Inhibitor Treatments in Rheumatoid Arthritis in Five Central Eastern European Countries. *Frontiers in Pharmacology*. 2020. 11. 845. https://doi.org/10.3389/fphar.2020.00845

Ipsos (2024a). *What Worries the World?* https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2024-10/What-Worries-the-World-Sep-24.pdf

Ipsos (2024b). *Health Service Report 2024.* https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2024-10/Ipsos-Health-Service-Report-2024-Global-Charts.pdf

IMF (2017). *Fiscal Monitor: Tackling Inequality*. https://www.imf.org/en/publications/fm/issues/2017/10/05/fiscal-monitor-october-2017

IPCC, 2023: Summary for Policymakers. Core Writing Team, H. Lee; J. Romero (eds). In: *Climate Change 2023: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. IPCC, Geneva, Switzerland. 1–34. doi: 10.59327/IPCC/AR6-9789291691647.001

Ispán F. (2024). *Kockázatmegosztás szerepe a gyógyszeres terápiák finanszírozásában.* Doktori Disszertáció ELTE TáTK.

Ivády V. (2025). *Paradigmaváltás a kórházak adósságkezelésében.* Előadás XXIV. Memedzsment és Leadership Konferencián. Budapest. (2025. 12. 02).

Jabali, S. H., Yazdani, S., Pourasghari, H. and Maleki, M. (2024). From bench to policy: a critical analysis of models for evidence-informed policymaking in healthcare. *Frontiers in Public Health* 26 March 2024. doi: 10.3389/fpubh.2024.1264315

Janoo, A. (2019). WEAll Ideas: Little Summaries of Big Issues. *7 Ideas for the G7*'

Jávor A. és Kovács J. (1986). *Az egészségügyben alkalmazott teljesítménymérés és költségelszámolás rendszerének megújítási javaslata.* (Kézirat). Szekszárd.

Jeurissen, P. P. T. (2021). For-Profit Hospitals Have Thrived Because of Generous Public Reimbursement Schemes, Not Greater Efficiency: A Multi-Country Case Study. International Journal of Health Services. 2021. Vol. 51(1) 67–89. doi: 10.1177/0020731420966976

Joumard, I. et al. (2008). *Health status determinants:lifestyle, environment, health care resources and efficiency.* OECD Economics Department Working Papers, No. 627. Paris, OECD Publishing.

Józan P. (1986). A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata, 1980–1983. *Demográfia*. 3. 193–342.

Józan P. (1994). Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I–II. *Statisztikai Szemle*, 1. 5–20; és 2. 101–113.

Józan P. (2002). A halandóság alapirányzata a 20. században, és az ezredforduló halálozási viszonyai Magyarországon. *Magyar Tudomány* 4. 419–439.

Kaiser T. (szerk.) (2019). *A modern kormányzás koncepcionális és közpolitikai keretei. Hazai és nemzetközi dimenziók.* Dialóg Campus Kiadó. Budapest.

Kallis, G. et al. (2025). Post-growth: the science of wellbeing within planetary boundaries. *Lancet Planet Health 2025; 9: e62–78.*

Kaló Z. (2018). Amikor az egészégügyi technológiák értékelése titkosított. In: Nógrádi Tóth, E. és Boncz I. (szerk.). *Medicina Évkönyv 2018: A magyar egészségügy számokban: ellátás, gazdaság, innováció.* Magyar Kórházszövetség. 104–105.

Kaló Z. (2025). *Az árva gyógyszerek közfinanszírozásának kérdései.* Fehér Holló. 2025.5. 17–20.

Kaló Z. (2023). Evidence is such a beautiful word (Aj Vej-vej). In: Nógrádi Tóth E. és Boncz I. (szerk.). *Medicina évkönyv 2023. A magyar egészségügy számokban: ellátás, gazdaság, innováció.* Magyar Kórházszövetség. 17–18.

Kaló, Z. et al. (2024). Importance of aligning the implementation of new payment models for innovative pharmaceuticals in European countries. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 2024,* VOL. 24, NO. 2, 181–187. https://doi.org/10.1080/14737167.2023.2282680

Kaló Z., Vincze Z., Lovas K. és Bodrogi J. (2002). A referencia-ártámogatási rendszer mint a gyógyszerkiadások korlátozásának elvi lehetősége. *Lege Artis Medicinae.* 12(9): 576–583.

Kasnyik M., Hajdú M. (2018). A százezer leggazdagabb magyar betört az európai elitbe, a félmillió legszegényebb lecsúszott https://g7.hu/kozelet/20180406/a-szazezer-leggazdagabb-magyar-betort-az-europai-elitbe-a-felmillio-legszegenyebb-lecsuszott/

Kelly, E. and Hurst, J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper.* OECD Health Working Papers No. 23. OECD, Paris.

Kemp, A. H., Tree, J., Gracey, F. and Fisher, Z. (2022). Editorial: Improving Wellbeing in Patients With Chronic Conditions: Theory, Evidence, and Opportunities. *Frontiers in Psychology*, 13, 868810. doi: 10.3389/fpsyg.2022.868810

Kerekes Zs. (2024). Információszabadság. In: Gadó G., Kerekes Zs. és Magyar B. (szerk.). *A joguralomtól az uralom jogáig. A jogállam felszámolása Magyarországon 2010–2024*. CEU Demokrácia Intézet, Budapest.

Kerényi Péter és Sik Endre (2022). Adalékok a morális pánikgomb legfrissebb megnyomattatásához. *Mozgó Világ*, 11:15–27. https://www.researchgate.net/publication/365705164_Adalekok_a_moralis_panikgomb_legfrissebb_megnyomattatasahoz

Kertész K. (2022) A nemzetgazdasági és regionális konvergencia mozgatórugói és váltómozgása az Európai Unióban. *Közgazdasági Szemle* 69:9. 1073–1097, 25. http://doi.org/10.18414/KSZ.2022.9.1073

Kertész B., Balogh, P., Bíró, K. (2024). The development of private health sector in Hungary in a European context. *Cross-Cultural Management Journal*, XXVI (1), 69–78. doi: 10.70147/c266978

Kertész B., Bíró K., Balogh P. és Czine P. (2025). Magánfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás választását befolyásoló szempontok vizsgálata best–worst scaling módszer segítségével. *Statisztikai Szemle*. január. https://doi.org/10.20311/stat2025.1.hu0085

Kincses Gy. (2015). 2015: a változások éve az egészségügyben? *Orvostovábbképző Szemle.* Online 2015. május 04.

Kincses G. (2007). *Hálapénz a magyar egészségügyben – változó mértékek, változatlan mechanizmusok*. ESKI. https://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/halapenzcikk_007_07.pdf

Kincses Gy. (2024). *Status praesens:* egészségügyi alapellátás a mai Magyarországon. In: Tóth I. Gy., Gábos A. és Medgyesi M. (szerk.). *Társadalmi Riport 2024.* TÁRKI, Budapest. 415–436.

Kincses Gy. (2025). Alapellátás 2.1.: Terápiás javaslatok. *LAM* 2025;35(4):199–206. https://doi.org/10.33616/lam.35.0199

Király Gy. (2025). Adatvezérelt-e az egészségügy? Előadás XXIV. Memedzsment és Leadership Konferencián. (Budapest, 2025. 12. 02).

Kirst, M. et al. (2017) What works in implementation of integrated care programs for older adults with complex needs? A realist review. *International Journal for Quality in Health Care,* 29 (5), 612–624. doi: 10.1093/intqhc/mzx095

Kiss A. (2024). Stratégiai partnerség és együttműködés az egészségügy fenntarthatóságában. In: Nógrádi Tóth E. és Boncz I. (szerk.). *Medicina Évkönyv 2024. A magyar egészségügy: tények, elemzések, vélemények, toplisták.* Magyar Kórházszövetség. 158–159.

Kiss N. (2012). Az Egészségbiztosítási Felügyelet kórházi minőségmérési rendszerének tapasztalatai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2012/3.*

Kiss, Zs. (2024) *Finanszírozási premisszák XVIII. IME Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek konferencián tartott előadás* (2024. június 12).

Klein, F., Bansal, M. and Wohlers, J. (2017). Beyond the Noise. The Megatrends of Tomorrow's World. Deloitte Center for the Long View. https://www.peterfisk.com/wp-content/uploads/2019/10/deloitte-nl-ps-megatrends-2ndedition.pdf

Klinger A. (1995). A demográfiai kutatások ötven éve, 1945–1995. eredmények és tapasztalatok, *Demográfia*. 253–274.

Kollányi Zs. (2025). Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés Magyarországon. In: Kollányi Zs., Kucsera Cs., Orosz É. és Asztalos P. (szerk.). *Humán tőke, társadalmi-gazdasági fejlődés: Kulcskérdések Magyarországon*. ELTE TáTK, Budapest.

Kornai J. (2000). A hálapénz a magyar egészségügyben. *Közgazdasági Szemle*. 47 (4), 293–320. https://unipub.lib.uni-corvinus.hu/735/1/Kszemle_CIKK_311.pdf

Kósa K. és Kőmüves S. (2019). Egészségegyenlőtlenségek az egyenlőtlenségek globális kontextusában. *Magyar Tudomány.* 11.

Kósa, Z. et al. (2007). A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. *Am J Public Health*. 97:853–9.

Kovách I. (szerk.) (2024). *Integráció, egyenlőtlenség, polgárosodás. A magyar társadalom a 2020-as évek elején*. 1. kötet. HUN-REN Társadalomtudományi Kutatóközpont.

Kovács Árpád (2023). A magyar adósságszolgálat terhe és az egészségügyi kiadások. In: Nógrádi Tóth E. és Boncz I. (szerk.). *Medicina évkönyv 2023. A magyar egészségügy számokban: ellátás, gazdaság, innováció.* Magyar Kórházszövetség. 96–98.

Kovács K. (2007). Halandósági egyenlőtlenségek a 30–64 éves népesség körében (halálokok szerinti elemzés). In: Hablicsek L. és Kovács K. *Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986-2005*. Kutatási Jelentések 84., Népességtudományi Kutatóintézet, Budapest.

Kovácsy Zs. (2020). *Elfekvő – Gyógyítható az egészségügy?* Budapest: Noran Libro Kiadó. ISBN: 978-963-517-091-3.

KPMG (2017). *A magyarországi európai uniós források felhasználásának és hatásainak elemzése a 2007-2013-as programozási időszak vonatkozásában. Beavatkozási terület szintű szakmai elemzések*. KPMG Tanácsadó Kft.

KSH (2019). *Egészségügyi helyzetkép*, 2019. www.ksh.hu

KSH (2024). *Alzheimer világnap*. 2024. szeptember 21.

Kucsera Cs. (2025). A demográfiai elöregedés és az intergenerációs szerződés. *Magyar Tudomány*. 186:3. 506–515. 10. https://doi.org/10.1556/2065.186.2025.3.12

Lancet Countdown (2024). The 2024 report of the *Lancet* Countdown on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action. *Lancet 2024*. 404: 1847–96. Published Online October 30, 2024 https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01822-1

Langenbrunner, J., Orosz, E., Kutzin J. and Wiley Miriam (2005). Purchasing and paying providers. In: Figueras, J., Robinson, R. and Jakubowski, E. (eds). *Purchasing to improve health system performance*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.

Le Grand, J. (1991). Quasi-markets and Social Policy. *The Economic Journal*, 101, September, 1256–1267.

Le Grand, J. (1992). The Theory of Government Failure. *British Journal of Politics*, 21, 423–442.

Lénárd R. (2018). Kettészakítva. Hol legyen a magánszolgáltatók helye az egészségügyben? *Magyar Narancs.* 2018. november 30.

Levendel L. (1978). Feszültségek az egészségügyben. *Valóság*.1. 52–63.

Levendel L. (1982). A népegészségügyi reformról. *Valóság*. 5. 65–76.

Levesque, J. F. et al. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health 2013*. 12:18 http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18

Long, D., Mackenbach, J. P., Klokgieters, S. et al. (2023). Widening educational inequalities in mortality in more recent birth cohorts: a study of 14 European countries. *J Epidemiol Community Health*; 77: 400–408. doi: 10.1136/jech-2023-220342

Losonczi Á. (1986). *A kiszolgáltatottság anatómiája sz egészségügyben*. (Gyorsuló idő).

Losonczi Á. (1989). *Ártó-védő társadalom*. KJK, Budapest.

Losonczi Á. (1998). *Utak és korlátok az egészségügyben*. MTA, Budapest.

Lukács G. (2021). *Daganatos betegek komplex, intézményi ellátásának OnkoNetwork által támogatott új rendszere, az onkológiai ellátás hatékonyságának növelése céljából*. Doktori (PhD) értekezés. Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola.

Mackenbach, J. P. (2017). Determinants of the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality: A study of 17 European countries. *Health & Place*. 47. 44–53. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.07.005

Mackenbach, J. P., Bouvier-Colle, M. H. and Jougla, E. (1990). Avoidable mortality and health services: Re-view of aggregate data studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 44:2, 106–11. doi: 10.1136/jech.44.2.106

Magyar Köztársaság Kormánya (2006). *Magyarország aktualizált konvergencia programja 2006–2010* (2006, december).

Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület (2023). *Alapvetések az egészség és jóllét javításához. Fehér könyv a Magyar Népegészségügy 21. századi megújításáról.* https://nepegeszsegugy3.hu/multimcs

Mahal, A. and Berman, P. (2001). Health Expenditures and the Elderly: A Survey of Issues in Forecasting, Methods Used, and Relevance for Developing Countries,; *Global Burden of Disease 2000 in Aging Populations Programme Research Paper, 01. 23.*

Malbaski N. és Dózsa Cs. (2014). *Hogyan tovább Egészségfejlesztési Irodák, azaz mennyi az annyi?* IME XIII. évfolyam 10. szám 2014. december.

McKee, M., van Schalkwyk, M. and Kirkby, V. (2021) Present and future threats to health In: McKee, M (ed.). *Drawing light from the pandemic: A new strategy for health and sustainable development A review of the evidence.* World Health Organization, Copenhagen.

McKee, M, Merkur, S., Edwards, N., Nolte, E. (2020). *The Changing Role of the Hospital in European Health Systems*. European Observatory on Health Systems and Policies, Cambridge University Press.

Meadows, D. L. et al. (1972). *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind. New York: Universe Books. ISBN 0-87663-165-0.* Medeiros, J. and Schwierz, C. (2013). *Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol's "cost disease" revisited* (Economic Papers No. 507). European Commission. https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2013/pdf/ecp507_en.pdf?utm_source=chatgpt.com

Mellár T. (2017). Nincsenek bombabiztos receptek. Gazdaságpolitikai alternatívák a modernizációra. In: Jakab A. és Urbán L. (szerk.). *Hegymenet: Társadalmi és politikai kihívások Magyarországon.* Osiris Kiadó, Budapest. 251–264.

Merkely B. és Becker D. (2019). Kardiológia. In: Kosztolányi Gy., Csiba L. (2019). *A hazai orvosi szakmák helyzete és perspektívái a 21. század elején I.* MTA V. Orvosi Tudományok Osztálya, Budapest.

Mesle, F. and Vallin, J., (2017). The End of East – West Divergence in European Life Expectancies? An Introduction to the Special Issue. *Eur J Population*. 33:615–627. https://doi.org/10.1007/s10680-017-9452-2

Mihályi P. (2007). *A biztosítási piac megnyitása*. Az Egészségügyi Minisztérium felkérésére készített, az „Egészségbiztosítási Reform 2007-2009" konferencián (Budapest, 2007. január 25–26) előterjesztett tervezet (Kézirat).

Mikó et al. (1998). *Egészségügyi szolgáltatások modernizációs programja a dél-alföldi régióban*. DAREK Kht. Szeged (141)

M. Kornyicki Á. (2022). *Egészségfejlesztési irodák működése: Múlt, jelen és a vizionált jövő* Egészségfejlesztés | 2022. 63. évf. 4. szám. doi: 10.24365/ef.8960

Moizs et al. (2015). Onkológiai betegút menedzselés gyakorlati megvalósítása. *IME* XIV. 6. 50–54.

Moloughney, B. (2012). *The use of policy frameworks to understand public health-related public policy processes. A literature review.* Peel Public Health, Canada.

Mossialos, E. (1997). Citizens` view on health care systems in the 15 member States of the European Union. *Health Economics*, 1997, 6(2), 109–116.

Mossialos, E. and Le Grand, J. (eds.) (1999). *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Ashgate, Aldershot.

Murray, C. és Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organisation,* 78 (6), 724–727.

Musgrove, P. (1996). *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*. The World Bank.

Naughtin et al. (2024). Forty years in the making: A systematic review of the megatrends literature. *Futures 157.* www.elsevier.com/locate/futures

Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete (NKE) (2023). *Nemzeti népegészségügyi program tervezet 2023–2033* https://www.nnk.gov.hu/index.php/nepegeszsegugyi-strategiai-egeszsegfejlesztesi-es-egeszsegmonitorozasi-foosztaly/a-foosztalyrol/nemzeti-nepegeszsegugyi-program-tervezet-2023-2033.html

Népjóléti Minisztérium (1997). Pályázati Dokumentáció. Egészségügyi Szolgáltatások és Menedzsment Program. Egészségügyi Szolgáltatások Modernizációja Alkomponens.

NHS Institute for Innovation and Improvement (2006). *Improving care for people with long-term conditions.* A review of UK and international frameworks.

Nógrádi Tóth E. (2025). *Négy évtized az egészségügyben*. 1985–2025. Babay Bt., Budapest.

Nolte, E. and McKee, M. (eds) (2008). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press.

Nolte, E., Knai, C. and Saltman, R. B. (2014a). *Assessing Chronic Disease Management in European Health Systems.* Concepts and approaches. European

Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Nolte, E., Pitchforth, E., Miani, C. and Mc Hugh, S. (2014b) *The changing hospital landscape. An exploration of international experiences.* RAND Corporation. Santa Monica and Cambridge.

Nolte, E et al. (2011). Saving lives? The contribution of health care to population health. In: Figueras, J. and McKee, M. (eds). *Health systems, health, wealth and societal wellbeing: assessing the case for investing in health systems.* Maidenhead, Open University Press:101–124.

OECD (2004). *Towards High Performing Health Systems. The OEC Health Project.* OECD, Paris.

OECD (2008). *Reforms for Stability and Sustainable Growth. An OECD Perspective on Hungary.* OECD Publishing. Paris.

OECD (2010). *Value for Money in Health Spending. Chapter 5. Improving Co-ordination of Care for Chronic Diseases to Achieve Better Value for Money.* OECD Publishing, Paris.

OECD (2017). *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability,* OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264266438-en

OECD (2017). *Health at a glance 2017: OECD indicators.* Paris, OECD Publishing.

OECD (2018). *A Broken Social Elevator? How to Promote Social Mobility.* OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264301085-en

OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators.* OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en.

OECD (2021a). *Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems*, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/c259e79a-en

OECD (2021b). *Inequalities in household wealth and financial insecurity of households.* OECD WISE Centre Policy Insights.

OECD (2023a). *Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health*. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en.

OECD (2023b). *On Shaky Ground? Income Instability and Economic Insecurity in Europe*, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/9bffeba6-en.

OECD (2023c). *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en.

OECD/European Commission (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/b3704e14-en.

OECD (2024a). *Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework, OECD Health Policy Studies.* OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/107182c8-en.

OECD (2024b). *Education at a Glance 2024: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/c00cad36-en.

OECD (2025). *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en.

OECD/European Commission (2025). *EU Country Cancer Profile: Hungary 2025, EU Country Cancer Profiles.* OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/344b5f49-en.

OECD/Eurostat/WHO (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/9789264270985-en.

OECD/The Health Foundation (2025), *How Do Health System Features Influence Health System Performance?* OECD Publishing.

OKFŐ (2023). *Tervezési Jelentés Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve keretében megvalósuló „A XXI. századi egészségügy feltételeinek kialakítása" című intézkedéshez kapcsolódóan.* (2023. 04. 21).

Or, Z. and Häkkinen, U. (2011) DRGs and quality: For better or worse? In: Reinhard, Busse; Alexander, Geissler; Wilm, Quentin; Miriam, Wiley (eds). *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press. 115–130.

Orosz, É. (1987). *Critical Issues in The Development of Hungarian Public Health with Special Regard to Spatial Differences*. Discussion Papers No.1. Pécs: MTA Regionális Kutatások Központja.

Orosz É. (1989). Az egészségügy területi egyenlőtlenségei – az újraértelmezés szükségességéről. *Tér és Társadalom* 3:(2) 3–19.

Orosz, E. (1990). The Hungarian country profile – Inequalities in health and health-care in Hungary. S*ocial Science & Medicine* 31:(8). 847–857.

Orosz É. (1992). *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*. Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány, Budapest.

Orosz É. (2001). *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest.

Orosz É. (2018). Tudománytörténeti adalékok az egészségügy jelenlegi válságának értelmezéséhez. *Esély.* 2018. 5. 3–24.

Orosz É. (2024). *A felzárkózás kudarca. 1. rész: A magyarországi egészségügyi közkiadások trendjei nemzetközi összehasonlításban.* LAM, 2024;34(9): 427–434. https://doi.org/10.33616/lam.34.0427

Orosz É. (2024). *A felzárkózás kudarca. 2. rész: A magyarországi várható élettartam és elkerülhető halálozás trendjei nemzetközi összehasonlításban.* LAM 2024;34 (10–11):515–522. https://doi.org/10.33616/lam.34.0515

Orosz, E. and Kollányi, Zs. (2014). Opportunism of Public Policies as an Underlying Determinant of Health Inequalities in Hungary. *ATINERS CONFERENCE PAPER SERIES* HEA2014: Paper HEA2014-1009. 19. (2014). Athén, Görögország: 2014. 06. 23–2014. 06. 26.

Orosz É. és Kollányi Zs. (2016). Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. In: Kolosi T. és Tóth I. Gy. (szerk.). *Társadalmi Riport 2016.* TÁRKI. Budapest. 332–355.

Őri K. (2024). *Intézményvezetés és gazdálkodás, 2024.* Előadás a XXIII. Menedzsment és Leadership Konferencián. (Budapest, 2024. 12. 03).

Őri K. (2025). *Évértékelés, jövő évi perspektívák.* Előadás XXIV. Menedzsment és Leadership Konferencián. (Budapest, 2025. 12. 02).

Őri P. és Szabó L. (2024). A népesség száma és szerkezete. In: Monostori, J. és Őri, P. (szerk.). *Demográfiai portré 2024.* KSH Népességtudományi Kutatóintézet.

Ovretveit, J. (1994). Purchasing for halth gain: the problems and prospects for purchasing for health gain in the `managed markets` of the NHS and other European health systems. *Eropean Journal of Public Health,* 3, 77–84.

Páger, B., Tóth, Cs. G. and Uzzoli, A. (2024). The role of socioeconomic variables in the regional inequalities of COVID-19 mortality in Hungary. *Eastern Journal of European Studies* JUNE 2024. VOLUME 15, ISSUE 1. doi: 10.47743/ejes-2024-0112

Pálinkás A. et al. (2023). Lehetne jobban?! – A háziorvosi teljesítmény értékelésének módszertani továbbfejlesztése. *Lege Artis Medicinae.* 33 (8–9):446–458. https://doi.org/10.33616/lam.33.0446

Pálné Kovács I. (2016). In: Pálné Kovács Ilona (szerk.). *A magyar decentralizáció kudarca nyomában.* Dialóg Campus Kiadó, Pécs. 264. 73–85.

Pálné Kovács I. (2020). Az önkormányzás álma és valósága Magyarországon: 1990–2020. *COMITATUS: Önkormányzati Szemle* 30:236. 3–12.

Panteli, D., Quentin, W. and Busse, R. (2019). Understanding healthcare quality strategies: a five-lens framework. In: Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. and Quentin, W. (eds.). *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies.* European Observatory on Health Systems and Policies and OECD. 19–30.

Paolucci, F., Schut, E., Beck, K., Greß, S., van de Voorde, C. and Voorde, I. Z. (2007). Supplementary health insurance as a tool for risk-selection in mandatory

basic health insurance markets: a five countries' comparison. *Health Economics Policy and Law*. 2(02):173–192.

Paris, V., Devaux, M. and Wei, L. (2010). Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. OECD Health working papers no. 50. http://www.oecd.org/els

Pierre, A. and Or, Z. (2023). Is the Public-Private Mix in French Health System Sustainable? IRDES Working Paper https://www.irdes.fr/english/working-papers/091-is-the-public-private-mix-in-french-health-system-sustainable.pdf

Pittelkow, M. M. et al. (2024). Strength of statistical evidence for the efficacy of cancer drugs: a Bayesian reanalysis of randomized trials supporting Food and Drug Administration approval. *Journal of Clinical Epidemiology* 174 (2024) 111479. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.111479

Pogány G. (2020). Drámaian csökkent a betegszervezetek száma. *Medicina Évkönyv 2020. A magyar egészségügy számokban: ellátás, gazdaság, innováció.* Contact Press & Consulting Bt., 22–23.

Pontes et al. (2018). Evidence supporting regulatory-decision making on orphan medicinal products authorisation in Europe: methodological uncertainties. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 13:206. https://doi.org/10.1186/s13023-018-0926-z

Preker, A. and Harding, A. (2005). Állami és magánszerepek gazdaságtana az egészségügyben – az intézményi közgazdaságtan és szervezetelmélet szemszögéből. *Kormányzás, Közpénzügyek, Szabályozás*. 1, 4–29.

PricewaterhouseCoopers Magyarország (PwC) (2023). *A hálapénz kivezetés hatásának értékelése: Független tanulmány.* Belügyminisztérium. https://cdn.kormany.hu/uploads/document/f/f4/f48/f4847fe3d411845cf3671b8dd0d94fdc072386e9.pdf

Rahman, S. and Hollis, A. (2023). The effect of antibiotic usage on resistance in humans and food-producing animals: a longitudinal, One Health analysis using European data. Front. *Public Health* 11:1170426. doi: 10.3389/fpubh.2023.1170426

Rajan, D. et al. (2023). *Health system performance assessment: a renewed global framework for policy-making. Policy Brief 59.* European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Rajan, S., Cylus, J.D., McKee, M. (2020). What do countries need to do to implement effective 'find, test, trace, isolate and support' systems? *Journal of the Royal Society of Medicine*. Vol. 113(7) 245–250. doi: 10.1177/0141076820939395

Ranade, W. (1998) *Markets and Health Care*. Longman, London.

Rechel, B. (2006). *The Health Care Workforce in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Rechel, B., Duran, A. and Saltman, R. (2018). *What is the experience of decentralized hospital governance in Europe? Policy Brief 28*. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Rijken et al. (2018). Managing multimorbidity: Profiles of integrated care approaches targeting people with multiple chronic conditions in Europe. *Health Policy*. 122. 44–52. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.10.002

Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P. and Reich, M. R. (2004). *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford University Press.

Rosenberg, M. W. (2000). The Effects of Population Ageing on the Canadian Helath Care System, *SEDAP Research Paper* No. 14,

Sagan, A. et al. (2022). A reversal of fortune: Comparison of health system responses to COVID-19 in the Visegrad group during the early phases of the pandemic. *Health policy* 126 (2022) 446–455. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.10.009

Scholz, N. (2020). *Addressing health inequalities in the European Union*. EPRS | European Parliamentary Research Service (2020). https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2020/646182/EPRS_IDA(2020)646182_EN.pdf

Sen, A. (1995). *Mortality as an indicator of economic success and failure*. The Development Economics Research Programme, DEP, No. 66, London: LSE, STICERD.

Serfőző M. (1989). Piacgazdaság – költségvetés – egészségügy (Reform vagy változtatás). *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 3. 164–171.

Serfőző M. és Turján J. (1988). Előzetes javaslatok az egészségügyi és szociális ellátás reformjához. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 4. 294–310.

Sinkó E. (2004). Az ellátásszervezésről szóló törvénytervezet és annak várható hatása a magyar egészségügy működésére. *IME* III. 4. 5–9.

Sinkó E. (2004). Kihívások az irányított betegellátási rendszerben, különös tekintettel a kórházakra *IME* III. 2. 15–18.

Sinkó E. (2005). Az irányított betegellátás hazai tapasztalatai. *Esély*, 2005. 2. 52–72.

Sinkó E. és Gaál P. (2007). Új egészségbiztosítási modell? *IME* VI. 8. 5–12.

Sinkó E. (2008). Az egészségbiztosítási rendszer átalakításának menete. In: *Magyarország Politikai Évkönyve 2007*, Demokrácia Kutatások Központja, Budapest.

Sinkó E. (2008). Az egészségbiztosítási rendszer átalakítási kísérletének legújabb kori története, 2006–2008. I. és II. rész. *IME VII*. 5. 5–12. és *IME* VII. 6. 5–14.

Sinkó E. (2009). Az egészségügy 2008-ban: bukott reformkísérlet után II. *IME* VIII. 4. 5–11.

Sinkó E. (2013). Van-e kiút a közfinanszírozott egészségügy csapdahelyzetéből? In: Nógrádi Tóth E. és Boncz I. (szerk.). *Medicina TOP200*. MédiaCity Kft. Budapest.

Sinkó E. (2015). Politikai karanténban. In: Nógrádi Tóth E. és Boncz I. (szerk.). *Medicina Évkönyv 2015*. MediaCity Magyarország Kft., 10–11.

Sinkó E. (2016). Adósságkezelés, kórházirányítás, vagy amit akartok… In: Nógrádi Tóth E. és Boncz I. (szerk.). *Medicina Évkönyv* 2016. MediaCity Magyarország Kft. 10–11.

Sinkó E. (2023). Beköszöntő. *IME*. XXII. 2. 3.

Sinkó E. (2024). Nagy bajban az egészségügy – nem csak az elégtelen finanszírozás miatt. In: Nógrádi Tóth E. és Boncz I. (szerk.). *Medicina évkönyv 2024. A magyar egészségügy: tények, elemzések, vélemények, toplisták*. Magyar Kórházszövetség Magyar Kórházszövetség. 14–16.

Smith, P. (ed.) (2002). *Measuring Up: improving Health System Performance in OECD Countries*. OECD.

Smith, P. C., Mossialos, E., Leatherman, S., and Papanicolas, I. (2009). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge University Press.

Solar, O. and Irwin, A. (2010). *A Conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. World Health Organization, Geneva.

Stiglitz, J. E., Sen, A. and Fitoussi, J. P. (2010). *Mismeasuring our lives: why GDP doesn't add up: the report*. New York: New Press.

Struckmann, V. et al. (2016). *How to strengthen financing mechanisms to promote care for people with multimorbidity in Europe? Policy Brief 24*. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Struckmann, V.et al. (2024). *How to implement integrated care? A framework with 12 overall strategies to transform care delivery. Policy Brief 62*. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Szalai J. (1981). Hiány és társadalmi szelekció. *Valóság*, 8, 58–70.

Szalai J. (1986). *Az egészségügy betegségei*. KJK, Budapest.

Szalai J. (2020). *A nem polgárosuló középosztály*. Balassi Kiadó, Budapest.

Szigeti Sz. (2007). A magyar egészségügyi társadalombiztosítás teljesítményének rendszerszintű értékelése hatékonyság szempontjából. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* (2)

Szigeti Sz. (2020). *A szakpolitikai ciklusok elméleti és gyakorlati jelentősége az egészségügyi rendszerek irányításában*. Doktori disszertáció, 2020.

Szigeti Sz. és Evetovits T. (2011). Az Egészségbiztosítási Alap bevételi szerkezete {The revenue structure of the Health Insurance Fund}. *Egészségügyi Gazdasági Szemle, 4*, 6–13.

Szigeti, S., Evetovits, T., Kutzin, J. and Gaál, P. (2019). Tax-funded social health insurance: an analysis of the revenue sources of the Hungarian health system. *Bulletin of the World Health Organization, 97(5),* 335–348. https://doi.org/10.2471/BLT.18.218982

Szikra D. (2025). Jóléti rendszerek nehéz időkben. A magyar szociálpolitika változásai európai összehasonlításban 2008 és 2023 között. In: Kollányi Zs. et al. (szerk). *Humán tőke, társadalmi-gazdasági fejlődés: Kulcskérdések Magyarországon*. ELTE Eötvös Kiadó.

Szilos Z. (1990). Teljesítményorientált egészségügyi rendszer Magyarországon. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2. 128–132.

Szolnoky J. F. (2022). Szívsebészet. In: Ádám V. és Csiba L. (2022). *A hazai orvosi szakmák helyzete és perspektívái a 21. század elején II.* MTA V. Orvosi Tudományok Osztálya, Budapest.

Tapay, N. and Colombo, F. (2004). *Private Health Insurance in the Netherlands. A Case Study.* OECD Health Working Paper. OECD, Paris.

Technológiai és Ipari Minisztérium (2022). *5. Nemzeti Környezetvédelmi Program 2026-ig szóló szakpolitikai stratégia.*

Thomson, S. et al. (2009). *Financing Health Care in the European Union Challenges and policy responses.* Observatory Studies Series No. 17. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Tóth Á., Páll N. és Dankó D. (2019). Az onkológiai ellátás helyi betegútszervezésen alapuló, betegközpontú fejlesztése. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy XVIII.* 10. december–január.

Tóth I. Gy. (2017). Turánbánya – Értékválasztások, beidegződések és az illiberalizmusra való fogadókészség Magyarországon. In: Jakab A., Urbán L. (szerk.). *Hegymenet: Társadalmi és politikai kihívások Magyarországon.* Osiris Kiadó, Budapest. 468. 36–50.

Tölgyessy P. (2017). Kompország reményei. In: Jakab A. és Urbán L. (szerk.). *Hegymenet: Társadalmi és politikai kihívások Magyarországon*. Osiris Kiadó, Budapest. 9–36.

UNECE/European Commission (2019). *2018 Active Ageing Index: Analytical Report*. United Nations Economic Commission for Europe.

Uzzoli A. et al. (2019). Egészségegyenlőtlenség, hozzáférés, térbeliség – a szívizominfarktus ellátásának néhány földrajzi jellegzetessége Magyarországon. *Földrajzi Közlemények . 143. 2.* 107–123. https://doi.org/10.32643/fk.143.2.2

Vallin, J. and Mesle, F. (2004). Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition. *Demographic Research*. SC (2):12–43.

Varró V. (1982). Az egészségügyi és orvostudományi infrastruktúra. *Magyar Tudomány*, 8–9. 612–619.

Vesnic-Alujevic, L., Muench, S. and Stoermer, E. (2023). *Reference foresight scenarios: Scenarios on the global standing of the EU in 2040*, Publications Office of the European Union, Luxembourg. doi:10.2760/490501, JRC132943

Vokó Z. (2009). A dohányzás visszaszorítása, mint kiemelt népegészségügyi prioritás. *IME* VIII. 3. 35–39.

Vork, A. et al. (2025). The progressivity of health care revenue financing in 29 countries: A comparison. Health Policy *105381* doi:10.1016/j.healthpol.2025.105381

Wagner, E. H., Austin, B. T. and Von Korff, M. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *The Milbank Quarterly.* Vol 74. No.4. 511–544.

WHO (2008). *Closing the Gap in a Generation. Commission on social deter-minants of health.* Final report. World Health Organization, Geneva.

WHO (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.* WHO.

WHO (2012). *The World health report: health systems financing: the path to universal coverage.* World Health Organization, Geneva. https://iris.who.int/handle/10665/44371

WHO Europe (2019). *Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report.* http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019

WHO Europe (2023). *Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe*. Summary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WEF (World Economic Forum) (2023). *The Global Risks Report 2023.* https://www.weforum.org/publications/global-risks-report-2023/

WEF (World Economic Forum) (2025). *The Global Risks Report 2025.* https://www.weforum.org/publications/global-risks-report-2025/

Zweifel, P, Felder, S. and Meiers, M (2001). Reply to: Econometric issues in testing the age neutrality of health care expenditure. *Health Economics* 10: 673–674.