

AMCHAM HUNGARY

2010 APRILIS – KÜLÖNSZÁM

AZ AMERIKAI KERESKEDELMI KAMARA KIADVÁNYA

Vitán felül

HOGYAN TOVÁBB EGÉSZSÉGÜGY?



ISSN 14171864
Online 14173778
1290 Ft €5

A magyarországi Amerikai Kereskedelmi Kamara Közép-Európa legkiemelkedőbb és legnagyobb amerikai kereskedelmi kamarája, amely amerikai, nemzetközi és hazai üzleti érdekeket képvisel Magyarországon. A kamara teljesen független a mindenkori kormányzattól és a politikától, illetve pénzügyileg önálló szervezet.

Mit nyújthat vállalkozásának/cégének az AmCham?

- Széleskörű hozzáférést olyan információhoz, szolgáltatásokhoz és kapcsolati tőkéhez, amely elősegíti üzletének növekedését és fejlődését támogatja
- Olyan közös érdekek meghatározására, fejlesztésére, megvitatására és megvalósítására való lehetőséget az AmCham bizottságaiban való aktív részvétel által, amelyek az adott vállalkozás működésére is hatással lehetnek
- Magyarország egyik legbefolyásosabb és legkiterjedtebb üzleti közösségéhez való tartozást
- Ideális terepet a marketing célok megvalósítására, a cég márkanévének erősítésére a magyar üzleti közösségben és azon túl, hiszen az AmCham tagjai közt Magyarország vezető vállalatainak 90%-a megtalálható
- Részvételt magas szintű üzleti eseményeken, ahol vendégelőadóként a magyar és nemzetközi üzleti élet illetve a politikai szféra vezetői jelennek meg
- Az AmCham magazinjához illetve weboldalához való hozzáférést, amelyek hasznos információt nyújtanak a kiemelkedően fontos politikai és gazdasági trendekről.

További információért látogasson el a www.amcham.hu weboldalra, vagy keresse meg munkatársainkat az AmCham központi +36 1 266-9880-as telefonszámon, illetve az info@amcham.hu e-mail címen.

Az AmCham Egészségügyi Bizottságának - e kiadvány mozgatórugójának - célkitűzései

“Az egészség = jólét”. Ebben az értelemben az egészségügy kiemelkedő kérdése a magyar versenyképességnek. Célunk olyan magas szintű munkakapcsolat és párbeszéd létrehozása az egészségügyi szektor szereplői és az állami egészségügyi szervek között, mely a leginkább szolgálja tagjaink érdekeit, és melynek célja a kritikus kérdések meghatározása valamint megoldási javaslatok kidolgozása. Tevékenységünk arra irányul, hogy az egészségügyi szektor állami megítélése megváltozzon: rofit-orientált üzleti körről egy nagy tudással rendelkező, tapasztalt és megbízható partnerré.

Tisztelt Olvasó!

Az egészségügyi ellátás világszerte, így Magyarországon is – az emberek mindennapjait érintő – hatalmas kihívás a mindenkori kormányzat számára, amelyet csak választási ciklusokon átívelő, hosszú távú, konszenzuson alapuló programokkal lehet hatékonyra és fenntarthatóvá formálni. A politikai hatalomért ringbe szállók viszont általában rövidtávon gondolkodnak, hiszen a választópolgárok négyévente az adott megélt helyzet alapján voksolnak.

Ez az ellentmondás az oka annak, hogy bár az egészségügy minden szereplője – az orvos, az ellátó intézmény vezetője, a gyógyszer és a technológia szállítója, a költségvetésért felelős kifizető, nem utolsó sorban a beteg is – látja, érzi és napi szinten megéli a hazai egészségügyi ellátórendszer ellentmondásait, gyötrődését, és egyetért abban, hogy a helyzet tarthatatlanná vált, nem látszik politikai akarat és bátorság a hosszú távú eredmények érdekében szükséges lépések megtételére.

„HOGYAN TOVÁBB EGÉSZSÉGÜGY?”

E kérdésfeltevéssel az Amerikai Kereskedelmi Kamara Egészségügyi Bizottságában azt a célt tűztük ki magunk elé, hogy az egészségügy általunk legégetőbbnek tartott témaköreiben olyan konszenzusokon alapuló irányelveket határozzunk meg – azaz „pillérek” verjünk le –, melyekre alapozva a döntéshozók az ágazat mindannyiunk által régen vágyott, hosszú távú stratégiáját építhetik.

A magyar egészségpolitika húsz meghatározó szereplőjét, szakértőjét hívtuk segítségül az öt részből álló vitafórum-sorozatához, ahol az állami szerepvállalás, a népegészségügyi trendekre alapozott stratégiaalkotás, a finanszírozhatóság, az orvosok jogállása és a magánforrások bevonásának lehetőségei kerültek napirendre.

A megbeszélések közös véleménye mentén általunk kialakított összefoglaló gondolatait – melyek összeállításáért elsősorban Sinkó Esztert illeti őszinte köszönet –, illetve a paneltagok kiegészítő megjegyzéseit találják meg kiadványunkban. Olyan pilléreket mutatunk fel, amelyekre alapozva elkezdhető egy korszerűbb és hatékonyabb egészségügyi rendszer építése.



Ajánlom ezért összefoglalónkat mindazoknak, akik tenni akarnak és tenni tudnak egy egészségesebb, versenyképesebb Magyarorszáért!

*Szokodi Csaba
az Amerikai Kereskedelmi
Kamara Egészségügyi
Bizottságának elnöke*



VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Változik az egészségügyi rendszerek fontosságáról alkotott kép a kormányok felfogásában. Nemcsak annak köszönhetően, mert „általuk” politikai választásokat lehet nyerni, vagy éppenséggel veszíteni; amiatt is, mert kiderült, hogy az ellátórendszerek – különböző áttételeken keresztül

– lényegesen nagyobb súlyt képviselnek az országok gazdaságában, mint amit korábban a szakértők erről vélelmeztek. Az egészségügy, a hozzá köthető kiegészítő szolgáltatásokkal, a sokrétű beszállítói aktivitásokkal egyetemben, ma már új entitást alkot: az egészségiparét, amely állandóan magasan tartott fogyasztása révén gazdasági válságok idején anticiklikus hatást képes kifejezni.

A mintegy fél éven keresztül tartó vitafórum-sorozatunkban a résztvevők azonosították a lakosság egészségi állapotának gazdasági konzekvenciáit, kapcsolódását az egészségügyi rendszerekhez. Így – egyfajta puzzle-ként felfogva – érthetővé vált, hogy ezek az elemek (az életmód, életvitel jellegzetességei, az ellátórendszer hatékonysága, e két komponens által is befolyásolt egészségi állapot és végül: a gazdaság maga) hogyan erősítik, vagy diszfunkcionális kapcsolódás esetén hogyan gyengítik egymást. Az Európai Unió e felismeréstől vezérelve, hangsúlyt helyez arra, hogy a kormányok döntéseiben, programalkotásaiban megjelenjen és érvényre jusson a „Health in All Policies”-elv.

Vitán felül áll – fogalmazták meg a résztvevők –, hogy az állam az ellátórendszer működési feltételeinek meghatározásából, e feltételek biztosításából nem vonulhat ki, mivel a közkiadások dominanciáját a hatékonyság érdekében fenn kell tartani. Bebizonyosodott ugyanakkor, hogy az állam nem finanszírozhat minden felmerülő egészségügyi kiadást, ezért a lakosság egészségcélú megtakarításait támogató elképzeléseknek éppen úgy helye van a jövőt alakító fejlesztési tervekben, mint ahogyan az egészséges életmódot propagáló programoknak.

Az elkövetkező kormányoknak népegészségügyi trendekre alapozó stratégiát kell folytatniuk, amely számol a meglévő humán-erőforrás korlátokkal, áldoz az orvos-, és nővérállomány javítására, egyúttal tudomásul veszi, hogy az ellátórendszer szerkezete, az ellátási folyamatok egymásra épültsége alapvető változásokat igényel, és ebben a mindenkori kormány feladata a helyes irány megszabása. Az átalakítások során újra kell fogalmazni a magánegészségügy helyét és szerepét is annak érdekében, hogy a jövőben megbízható szereplőként lehessen rájuk építeni. Az AmCham kezdeményezte vitafórum-sorozat megmutatta: lehet érdemi párbeszédet folytatni szakpolitikuskok, szakértők és apparátusban munkálkodók között. Ezzel a pillérek leverése megkezdődött.

*Sinkó Eszter, programvezető, Semmelweis
Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ*

I. Állami felelősségvállalás határai és szerepe az egészségügyben

IDŐPONT: 2009. OKTÓBER 13.

Panel tagjai:

Orosz Éva, ELTE TáTK (Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék tanszékvezetője

Mikola István, volt egészségügyi miniszter, az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának alelnöke

Rácz Jenő, volt egészségügyi miniszter, a Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt. főigazgatója

Szepesi András, a Kórház c. lap főszerkesztője

FONTOSABB MEGÁLLAPÍTÁSOK

1. Társadalomfilozófiai megközelítés:

- Alapvető társadalmi problémák, dilemmák befolyásolják az egészségügy alapkérdéseit. A társadalom tagjai nem alakították ki álláspontjukat a szolidaritásról, arról, hogy mit célszerű az államnak a beszedett járulékkért cserébe nyújtania, és mi az, ami már nem tarthat ebbe a körbe.
- Emiatt a társadalom egy részében az ún. „potyautas magatartás” alakult ki: az államnak az a dolga, hogy hozzájuttasson szolgáltatásokhoz, függetlenül attól, hogy fizet-e érte vagy sem. Sok szempontból rossz irányba mentünk el és lassú folyamat lesz visszaépíteni a szolidaritást a társadalomba.
- A társadalomnak a kormányzatot segítenie kell abban, hogy megfelelően hosszú ciklus álljon rendelkezésre a szükséges változások véghezviteléhez.

2. Pénzügyi, egyensúlyi problémák, a közfinanszírozás mértéke:

- Az állam, abban a reményben, hogy növelheti a foglalkoztatottsági szintet, egyre csökkenti a járulékmértékeket,

ami kedvezőtlenül érinti az egészségügyi rendszer bevételi forrásait, így az államnak növekvő forrásokat kell áldoznia a központi adóbevételekből.

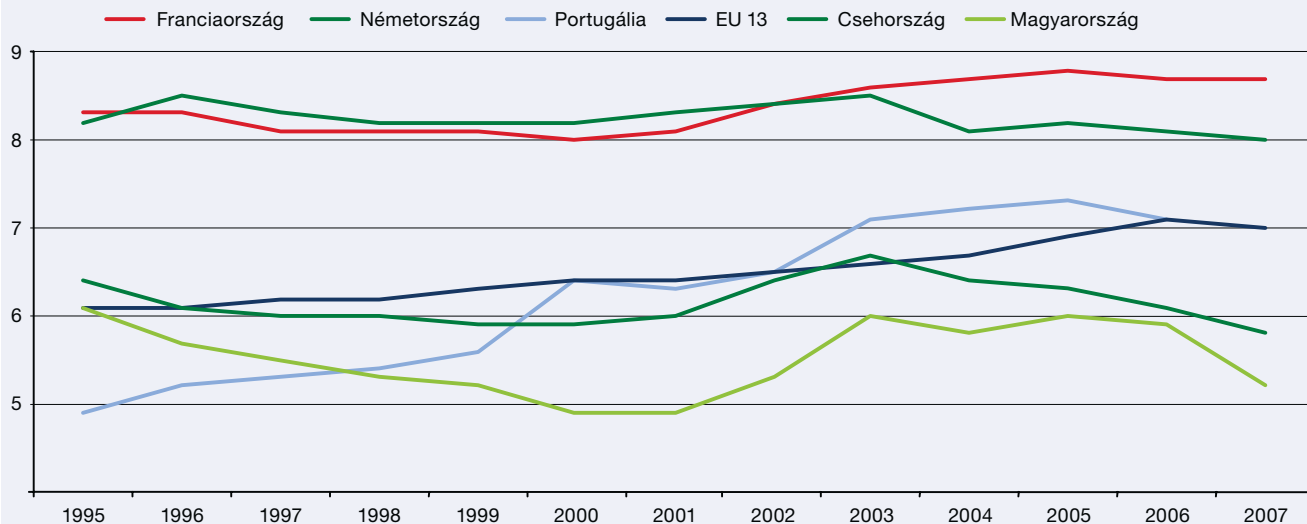
- Emiatt tartósan megbomlani látszik a (pénzügyi) egyensúly a járulékbefizetések és a szolgáltatások szintjén történő kifizetések között és ez hosszabb távon, a tervezhetőség szempontjából aggasztó helyzeteket eredményezhet.
- Mára az egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási járulékok közötti arány megbomlott, ez utóbbi javára tolódtak el a befizetések.
- Még a gazdasági élet szereplői is elismerik, hogy a szolgáltató rendszer alulfinanszírozott. A fejlett országok alsó harmadában vagyunk az egészségügy közkiadásai tekintetében. Az EU-15 esetében a közkiadások a GDP 7%-a feletti szintet érték el 2007-ben, ellenben Magyarországon ez 5,2% körüli értékre esett vissza. (Lásd 1. sz. ábra.) A tendencia azért is kellemetlen, mivel 2003–2005 között még 6%-nál tartottunk, mára azonban a 2007-es érték alá csúsztunk, 4,9%-on landolva.

3. Az állam feladata:

- Elsősorban az állam feladata, hogy népegészségügyi adatokra és tényekre alapozott egészségpolitikát alakítson ki, melyet a

1. sz. ábra.

Az egészségügyi közkiadások a GDP %-ában



Forrás: Orosz Éva, adatok: OECD, Health Data, 2009

- prioritásoknak megfelelően, társadalmi közmegegyezés alapján megfelelő (elégéses) pénzeszközökkel valósít meg.
- b. Cél, hogy középtávon olyan egészségügyi stratégia bontakozzon ki, amely kormányváltásoktól függetlenül, hosszú távú utat határoz meg az egészségügy számára.
- c. Az ellátásszervezés ugyan állami feladat, de ezt az állam leadhatja, így az alapvető kérdés ebben a vonatkozásban az, hogy milyen szereplőre bízta az állam ezt a feladatot.
- d. A sokszor emlegetett regionális új egészségügyi struktúra kialakítása túlságosan idegen, illetve távol áll a hagyományosan megyékre épülő hazai közigazgatástól, ezért nem lehet ezt megvalósítani és hosszú ideig Magyarország erre nem is lesz képes.

4. A politika szerepe:

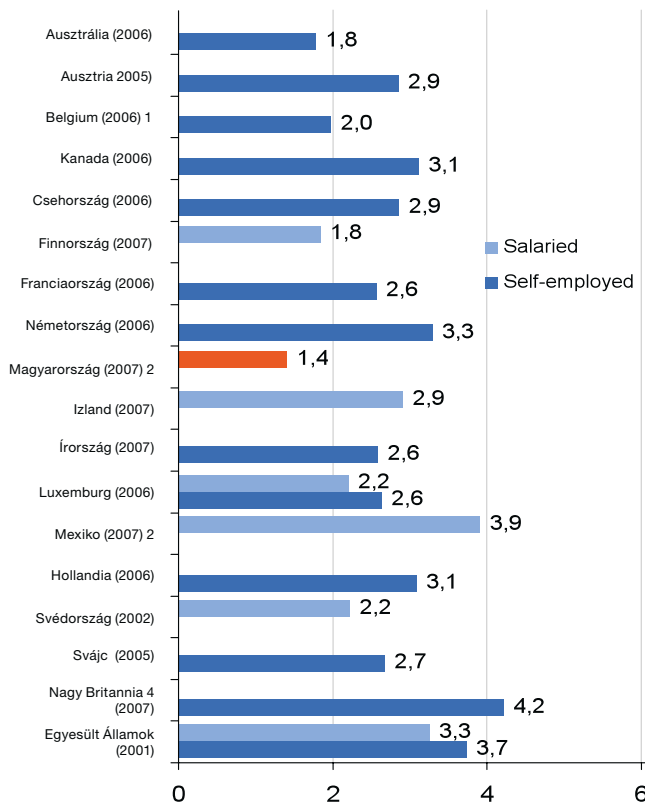
- a. A politikának vennie kell a fáradságot és a változások megtervezéséhez valós adatok alapján alapos, mélyre ható egészségügyi elemzéseket kell készíttetnie. A jelenlegi OEP-adatok erre csak korlátozott mértékben alkalmasak.
- b. A döntéshozóknak szemléletváltásra van szükségük, és nem fogyasztóként, hanem a gazdaság értékteremtő ágazataként kell kezelniük az egészségügyet.
- c. David Byrne, az EU korábbi Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Biztosa (2004): „Az egészségügyi kiadásokat túl gyakran csak rövid távú költségnek tekintik, nem pedig hosszú távú beruházásnak. Még csak elkezdődött annak a felismerése, hogy az egészségügyi ráfordítások a gazdasági növekedés alapvető hajtóerejét jelentik.”

5. A kormányzat feladata:

- a. Az egészségügy mára annyira szétesett, hogy a hosszú távra szóló koncepció kialakítása mellett, vagy azzal párhuzamosan az ágazatban azonnali krízismenedzselésre is szükség van.
- b. Válsághelyzetben felmerül a szigorúbb központi irányítás szükségége (bár a centralizáció nem jelent megoldást mindenre és hordoz kockázatokat).
- c. A kormányzatnak le kell tennie az asztalra egy olyan programot, amely garantálja a befektetések megtérülését, ellenkező esetben

2. sz. ábra.

A háziorvosok jövedelmének aránya az átlagbéhez



Forrás: Orosz Éva, adatok: OECD, Health Data, 2009

tudomásul kell venni, hogy az egészségügybe befektetni kívánó/hajlandó tőke tovább vonul az országból.

- d. A jelenlegi helyzet humán erőforrás szempontból is kritikus és tervezés, illetve szervezés nélkül fenntarthatatlanná válik. A szakorvosi jövedelem Magyarországon az átlagjövedelem másfélszerese, számos nyugati országban négy-öttszöröse, de a cseheknél is háromszorosa. (Lásd 2. sz. ábra.)

HOZZÁSZÓLÁSOK AZ 1. FÓRUMHOZ:



Mikola István:

A negatív népegészségügyi trendek megváltoztatásában és a professzionális egészségügyi ellátórendszer működtetésében az állami felelősségvállalás és a szerepvállalás erősítése szükséges.



Orosz Éva:

Teljességgel egyetérték Carolyn Bennett kanadai parlamenti képviselővel, aki az USA egyik szenátusi bizottsága „Achieving Health Reform’s Ultimate Goal: How Successful Health Systems Keep Costs Low and Quality High” témájában 2009-ben azt mondta: „...Úgy gondolom, a vita arról szól, hogy mi legyen a kormányzat szerepe az önkéntes életében. ...az igazi kérdés egyszerű: jusson-e csödbe egy ember azért, mert a gyermeke leukémiát kapott? Igazságos-e, hogy egy daganatos betegségre genetikailag hajlamosabb család jövedelmének nagyobb részét fordítsa egészségügyi ellátásra?”



Rácz Jenő:

A lakosság egészségügyi ellátásának biztosítása állami feladat. Nem delegálható ezen feladatok közül a jogszabályi feltételek kialakítása és a működtetéshez szükséges – a gazdaságilag megengedhető mértékű – közforrások biztosítása. Az egészségügyi ellátórendszer működtetésére vonatkozó önkormányzati törvényben rögzített feladatok ártértékelése nem elodázható.



Szepesi András:

Gyakorlatilag azt látjuk, hogy az állam minél inkább próbál kivonulni az egészségügy finanszírozásából és működtetéséből (illetve ennek a piacnak a beavatkozásokkal kiegészített irányításából), annál inkább rákényszerül a szociális indokkal történő beavatkozásra (USA – Medicare), vagy szociális katasztrófákkal szembeesül (Lengyelország, Magyarország).

2. Népegészségügyi trendekre alapozott egészségpolitikai stratégia

IDŐPONT: 2009. DECEMBER 8.

Panel tagjai:

Ádány Róza, a Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Karának dékánja

Mikola István, volt egészségügyi miniszter, az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának alelnöke

Vokó Zoltán, az ELTE Egészség-gazdaságtani Kutatócsoportjának docense

Szepesi András, a Kórház c. lap főszerkesztője

FONTOSABB MEGÁLLAPÍTÁSOK

1. Kiinduló alapvetéseink:

- a. A magyar lakosság egészségi állapotának (melyet a rokkantnyugdíjasok rendkívül magas aránya, a korai halálozás mértéke, az egészségben eltöltött várható élettartam EU átlagtól történő elmaradása jól jelez) javítása hazánk jövője, gazdasági versenyképességének biztosítása szempontjából stratégiai jelentőséggel bír.
- b. Várható élettartamban a nőknél 5,5 évvel, a férfiaknál 8 évvel maradunk el az EU-15 átlagától.
- c. A kormányoknak – fogalmaz az Európai Unió – programjaik összeállításakor törekedniük kell a „Health in All Policies”-elv kormányzati szinten történő megjelenítésére. Ennek jegyében minden kormányzati döntésnek tükröznie kell, hogy a lakosság egészségének megőrzését társadalmi értékek, valamint gazdasági és szociális érdekek tekintik.
- d. A pénzügyi, gazdasági válságok kezelésében az egészségügyi/ szociális kormányzati tevékenységnek kiemelt szerepe van.
- e. Az „egészségügy” nem azonos a „népegészségüggyel”. Az egészségügyi ellátás az, amelyre a betegeknek szükségük van,

ellenben népegészségügyi aktivitásra mindenkinek folyamatosan szüksége van. Ez utóbbi tevékenység koordinálása tisztán állami feladat.

- f. A jól meghatározott népegészségügyi stratégia bizonyos esetekben csak hosszú távon hoz eredményeket. Finnországban 25 év után jelentek meg pozitív trendek.
- g. A lakosság kedvezőtlen életkilátásai, rossz egészségi állapota nemcsak társadalmi konfliktusokat eredményez, de súlyos gazdasági kérdéssé is válik a mindennapok során.
- h. Nemzetközi összehasonlításban az elkerülhető okok miatti halálozásban vezető helyen találjuk Magyarországot, részben a lakosság egészségmegtartás szempontjából kedvezőtlen magatartásának, részben az egészségügyi szolgáltató rendszerünk inadekvát működésének köszönhetően (3. és 4. sz. ábra, 12. oldal).

2. A népegészségügyi trendekre alapozott egészségpolitika érvényre juttatásának korlátai:

- a. A politika sokszor felülírta a valós adatokon alapuló stratégiákat, és túl gyakran változtatta a prioritásokat, ezért a népegészségügyi igények nem jelentek meg az intézkedésekben.



- b. Az egyik legnagyobb probléma, hogy egyelőre nincs szisztematikus egészségi állapot monitorozás Magyarországon. Még ha nem is tud véglegesen kialakult formában indulni, akkor is a közeljövőben el kell indítani a monitorozást, lehetőség szerint úgy, hogy az a nemzetközi sztenderdeknek is megfeleljen.
- c. A szakértői elemzések hiánya tovább nehezíti az amúgy is súlyos problémákat ezen a téren. Tendenciákat, idősoros adatokat kell figyelni ahhoz, hogy a kormányzati döntéseket megalapozottá lehessen tenni.
- d. Az OEP finanszírozási adatai alkalmatlanok népegészségügyi trendek megállapítására, mert ezek nem morbiditási adatok, hanem orvos–beteg találkozásokat regisztrálnak.
- e. A halálzási adatok (KSH) többé-kevésbé biztos adatoknak számítanak, bár közismert, hogy abban is található olyan besorolási hibák, amelyek odafigyeléssel, fegyelmezettebb adatlap-kitöltéssel elkerülhetőek lennének.

3. Népegészségügyi trendekre alapozott egészségpolitikai stratégia céljai:

- a. Prioritások felállításával és az erőforrások ezek alapján történő elosztásával az országon belüli esélyegyenlőtlenséget csökkenteni kell.
- b. Az egészségügy fejlesztésére EU-s források állnak rendelkezésre, azonban ezeket ma messze nem ideálisan hasznosítjuk. Amennyiben népegészségügyi mutatókon alapuló stratégiánk lenne, ezek a források sokkal jobban hasznosulhatnának.

4. A célok megvalósítása érdekében:

- a. Minden ország kormányának, így a magyarnak is, alapvető kötelessége, hogy stratégia alkotásában egészségre orientált döntéshozatalt és döntéshozatalt hajtson végre.
- b. Egy stratégiai célokat meghatározó népegészségügyi programot éves cselekvési tervekre kell bontani. Ezek megvalósításához koordináció és végrehajtási struktúra szükséges, melynek alapeleme, hogy a minisztériumok között – ma nem létező – együttműködés kell, hogy legyen.
- c. Szakmai/tudományos irányításra szükség van a koordináció hatékonyságának javítása érdekében, mert a politika valós adatok és igény ellenére gátlástalanul képes intézkedni.
- d. El kell gondolkodni egy Népegészségügyi Intézet felállításának létjogosultságán, amely összefoghatná az elvárt teendőket (az Állami Számvevőszékhez hasonló működési elvekkel). Ez az intézet az Egészségügyi Minisztériumtól független, interszektoriális pozíciót töltene be, és a parlamentben interpellálható lenne. Az önkormányzatok felé is lenne hatásköre, illetve a nyilvánosság felé fordulva „népnevelő” szerepet is kapna.
- e. A népegészségügy reformja elképzelhetetlen az alapellátás reformja nélkül. Itt kell kiépíteni a prevenció bástyáit, melyek sajnos ma nem léteznek. Nemzetközi példa: az USA-ban a Medicare háromszintű prevenció programot finanszíroz az alapellátásban.
- f. Az alapellátásban szakemberekből álló „teameket” kell kialakítani: orvos + prevenció szakember + egészségpszichológus.
- g. Nem kártyapénzzel, hanem teljesítmény (minőség) indikátorok alapján kellene finanszírozni a praxisokat. A pusztán teljesítmény alapú finanszírozás sem jó, mert indokolatlan többleteljesítményt generál.



HOZZÁSZÓLÁSOK A 2. FÓRUMHOZ:



Ádány Róza:

A kedvezőtlen halálzási és megbetegedési mutatók nagymérvű térségi és társadalmi egyenlőtlenséggel társulnak. Halaszthatatlan egy országos lefedettséget biztosító egészségmonitoring rendszer felállítása és működtetése, melynek elemzéseire építve célzott népegészségügyi beavatkozások tervezhetők és valósíthatók meg.



Mikola István:

A kötelező általános egészségbiztosítás kapacitásait és gyógyító-megelőző szolgáltatásait a térségi népegészségügyi helyzethez kell igazítani.



Szepesi András:

A kb. 150 éves múltú visszatekintő modern egészségügy a viharos változásokat sem pénzügyi forrásokkal, sem megfelelő intézményekkel, sem elegendő humán erőforrással nem tudta/tudja követni. Hogy mégse fulladjon káoszba a lakosság ellátása, szakmai irányokat, prioritásokat kell kijelölni, modernizálni kell az ellátó szervezeteket, a szakemberek képzését, továbbképzését.



Vokó Zoltán:

Az egészségügyi ellátórendszer prevenció tevékenységének erősítésében jelentős lehetőségek rejlenek. Az alapellátás hazai struktúrája elvben lehetővé teszi, hogy a házi orvos kockázatmenedzsmenetet folytasson. Hasonlóan egy befektetési tanácsadóhoz, aki az ügyfelei befektetéseit, pénzügyi kockázatait menedzseli, a házi orvos, az ellátórendszerben betöltött pozíciója révén alkalmas lehetne az egészségkockázatok menedzselésére.

3. Finanszírozható-e az egészségügy a jelenlegi keretek között?

IDŐPONT: 2010. JANUÁR 12.

Panel tagjai:

Székely Tamás, egészségügyi miniszter

Heim Péter, közgazdász, az Atticus Investments Zrt. vezetője

Kiss József, volt OEP főigazgató, a TEVA Magyarország Zrt. szakértője

Szepesi András, a Kórház c. lap főszerkesztője

FONTOSABB MEGÁLLAPÍTÁSOK

1. Helyzetkép az egészségügy forrásairól és kiadásairól:

- Három év alatt 15%-ról 8%-ra csökkent az egészségügyi járulék, miközben a nyugdíjjárulék 8%-ot emelkedett. Ez nyilvánvalóvá tette, hogy az egészségügyi rendszer pusztán járulékból nem tartható fenn, az állam hozzájárulása nélkülözhetetlen. Az általa biztosítottak után járó befizetések mértéke 2009-ben 313,6 milliárdot tett ki, 2010-ben azonban a terv már az előző évnek csaknem a kétszerese, 611,8 milliárdnyi lett, pótolandó a kieső járulékbefizetéseket (1. sz. táblázatot, 12. oldal).
- A (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz nélküli) OEP-kiadás az elmúlt évek során folyamatos értékvesztést szenvedett el az egészségügyre fordítható források szempontjából, ugyanis nem tudott a 2006-os 714 milliárd Ft-ról tartósan felfelé elmozdulni (1. sz. táblázat, 12. oldal). 2010-ben az egészségügyi szolgáltatók finanszírozására fordítható keret a 2008-as szintet (757 milliárd Ft) csak úgy tudta elérni, hogy tavaly összesen a szolgáltatók többletforrásokat jártak ki maguknak. (Az eredeti kormányzati terv 2010-re 719 milliárd Ft-ot tett ki.)
- A kórházak az idén ugyan megkapták a beígért pluszpénzeket (39,5, valamint 6 milliárd Ft-ot), de ezek adósságrendezésre

mentek el, mivel a kórházak kintlévőségei, tartozásállományai magasak voltak. Félő, hogy további források nélkül néhány hónapon belül ismét súlyos helyzet alakulhat ki.

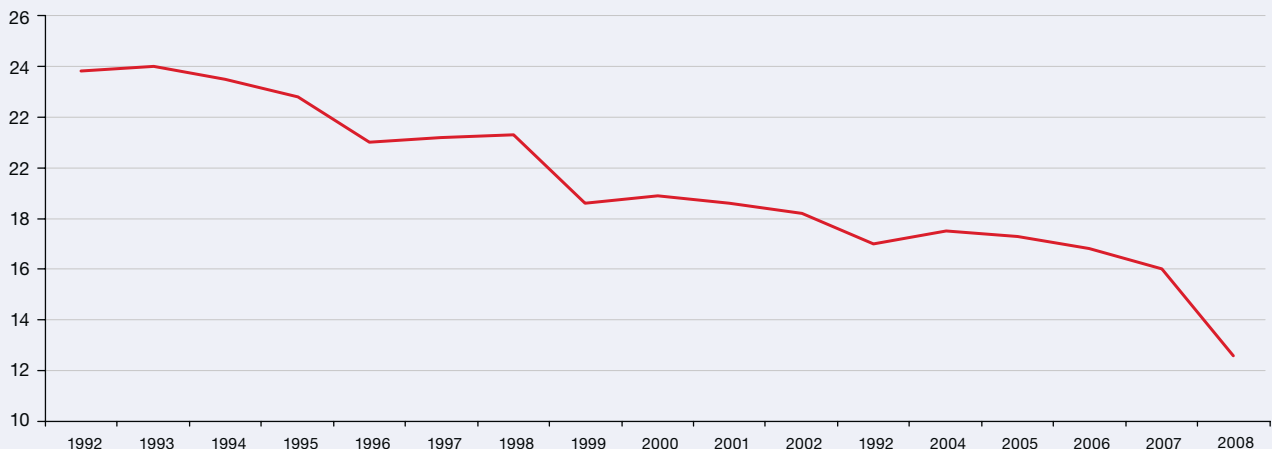
- Gyógyszerpiacon az ár-volumen szerződés kötelező lesz, a finanszírozott ártól való 30%-ot meghaladó eltérés automatikus de-listázást jelent a jövőben.

2. Kiinduló alapvetéseink:

- Az egészségügy finanszírozására ma egy szó a legjellemzőbb: a bizonytalanság.
- Ugyan az eddigi tapasztalatok alapján úgy tűnik, hogy a járulékok csökkentése nem jár együtt valós foglalkoztatás bővüléssel, ennek ellenére várható, hogy a kormányok részéről további próbálkozások lesznek megfigyelhetők a járulék csökkentés irányába.
- A foglalkoztatás javításához adócsökkentésre is biztosan szükség van, de önmagukban még ezek a feltételek sem elégségesek a javulás eléréséhez. (A magyar foglalkoztatottsági szint 55,4%, az EU-átlag 64,8%.) Ezért minden jel arra mutat, hogy új kormányzati stratégia megalkotására lenne igény ezen a téren, s ezt követően lehetne csak stabilizálni az egészségügy működésére fordítható kiadások nagyságát – a források megjelölésével egyetemben.

7. sz. ábra.

Egészségbiztosítási alap egészségbiztosítási járulék bevételeinek egyenértéke a keresetek %-ában



Forrás: Sinkó Eszter, adatok: ESKI, 2009.

- d. A politika nem vállalja fel annak meghatározását, hogy a befizetett járulékkért cserébe milyen szolgáltatás jár. Ez utóbbiak meglete elengedhetetlen többek között a kiegészítő biztosítások megjelenéséhez is.
- e. Az elmúlt négy év nagy hibája volt, hogy pénzügyi forrásokat vontak ki az egészségügyi szektorból. Ma a GDP-arányos egészségügyi ráfordítás kritikusan alacsony, nemcsak az EU átlagtól, de a visegrádi országoktól is el vagyunk maradva, ez utóbbiaktól az állami kiadások tekintetében 2%-kal, ezt mutatja – korrigált MNB kutatási adatok alapján – az 5. sz. ábra.
- f. Az OECD-adatok alapján, Magyarországon a GDP-arányos teljes egészségügyi költség 2007-ben 7,4% (EU-átlag 8,9%), az egy főre jutó egészségügyi kiadás, vásárlóerő paritáson mérve, 1388 USD-t tett ki (EU-átlag 3000 USD). (6. sz. ábra, 12. oldal).
- g. Magyarországon a kamatterhek a GDP 5%-át teszik ki (EU-átlag 2,5%).

3. A rendszer forrásteremtő képessége szempontjából fontos feladatok:

- a. Az állami biztosítási rendszer a legolcsóbb, így maradni kell ezen a „pályán”. Ez a nyugdíjak vonatkozásában már bebizonyosodott. A állami nyugdíjbiztosító kevesebb pénzből kezel tízszer annyi nyugdíjszámlát, mint a magán nyugdíjpénztárak (24 milliárd kontra 27 milliárd forint).
- b. A biztosított lefedettség az utóbbi években sokat javult, de még ma is az adatok/becslések szerint 200 – 250 ezer lakos nem rendelkezik biztosítási jogviszonnal.
- c. Tekintettel a csökkenő járulékbévételekre, várhatóan központi adóbevételekből kell az Egészségbiztosítási Alap bevételeit növelni (7. sz. ábra, 6. oldal).
- d. Az egészségügyi büdzsé lefaragása helyett a megtakarításokat az állami bürokrácia csökkentésével, a korrupció felszámolásával, a közösségi közlekedés finanszírozásának visszafogásával, és a nyugdíjrendszer átalakításával kellett volna, illetve kell elérni.
- e. Bizonyos adónemek (pl. jövedéki adók) meghatározott hányadát címkézetten az egészségügyre kell fordítani.
- f. A források szétosztásának tudományosabb alapokra helyezése érdekében javasoljuk létrehozni a „Nemzetstratégiai Hivatalt”, amelynek feladata lenne, hogy meghatározza, melyek azok a nemzeti prioritások, melyekre a kormánynak költenie kell. Ezen belül kellene kijelölni azokat az egészségügyi célokat, prioritásokat, amelyekre a rendelkezésre álló erőforrásokból fordítanánk.

4. A rendszer működésének hatékonysága szempontjából fontos feladatok:

- a. A döntések megalapozottságát javítandó, ún. Egészség Observatóriumokat kell létrehozni és üzemeltetni – ahogyan arra a 2. fórum is felhívta a figyelmet, amelyek feladata az egészségmonitoring rendszer működtetése.
- b. A mai működési problémák egyik oka, hogy hiányzik az ellátásszervezési/betegirányítási funkció a rendszerből. Mielőbb dönteni kell arról, melyik szervezethez kerüljön e funkció.
- c. El kell gondolkodni egy ún. csúcsminisztérium létrehozásán, egy ilyen struktúra, egy erős politikai irányításával/koordinálásával, az egyes területek szakértői irányítása mellett előnyösebb pozícióba hozná az egészségügyet.

HOZZÁSZÓLÁSOK A 3. FÓRUMHOZ:



Heim Péter:

Magyarországon az elmúlt évtizedek hibás gazdaságpolitikai megközelítése következtében az egészségügyből mintegy évi 250 milliárd Ft forrás hiányzik. GDP-arányosan 7 százalék körüli összeget költöttünk egészségügyi kiadásokra, és ezen belül az állam 2007-ben csak 5 százalékpontot. Ez az egyetlen olyan terület a nagy ellátórendszerekben belül, melyre hazánk keveset költ.



Szepesti András:

Természetesen az adott ország anyagi helyzete determinálja, hogy mennyi fordítható egészségügyre közpénzből, ugyanez korlátozza a magánforrásokat is. A rendelkezésre álló forrásokból minél hatékonyabb ellátást nyújtani, ez ma már nemcsak szakmai, erkölcsi, de a modern államok számára politikai kötelesség is.



Székely Tamás:

A kormány fontosnak tartja, hogy az egészségügyi intézmények számára a finanszírozás kiszámítható feltételeket jelentsen, ezért 2009. október és 2010. január között a rendszeresen jelentett teljesítményükön felül 50 milliárd forintos további finanszírozást kaptak az intézmények. A kereset-kiegészítés kapcsán a szakszervezetek között létrejött megállapodást is maradéktalanul teljesítjük. A költségvetési szerveknél alkalmazásban álló, közszolgálatban dolgozók részesülnek kereset-kiegészítésben.

- d. Az elszegényedett társadalmi csoportok súlya ránehezül az egészségügyre. A helyzet sürgős kezelést igényel, mivel e csoportok egészségi állapotmutatói rosszabbak, mint az átlagpopulációé.

5. Miért működik még mindig maradékelven az egészségügy, miért értékeli kezelesen alul a politika az egészségügyet, ami miatt ott tartunk, ahol tartunk?

- a. A kormány nincs tisztában azzal, hogy az egészségügy értékteremtő ágazat, amely a gazdaság erejét nagymértékben képes befolyásolni.
- b. Ebből fakad, hogy az egészségügy érdekérvényesítő képessége gyenge.
- c. Mivel nincs elegendő szakértő elemző, ezért nincsenek hiteles adatokon alapuló elemzések sem.
- d. Sokan még mindig csak minimálbér után fizetnek járulékot. Becslések szerint ez akár 1000 milliárd Ft kiesést jelenthet az egészségügyi rendszernek.
- e. További megfogalmazások:
- személyes lobbik és érdekek,
 - nincs általános közjó szemlélet, az egészségügy túlpolitikált,
 - nincs politikai akarat a szükséges nehéz döntések meghozatalára,
 - nincs koncentrált és szervezett egészségügyi lobbik,
 - az egészségügynek hosszú távú koncepcióra lenne szüksége, de a politikai rövidtávon, választási ciklusokban gondolkodik.

4. Szabad szellemi foglalkozású orvos jogállása

IDŐPONT: 2010. FEBRUÁR 9.

Panel tagjai:

Kökény Mihály, volt egészségügyi miniszter, az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának elnöke

Mikola István, volt egészségügyi miniszter, az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának alelnöke

Gerle János, a Magyar Orvosi Kamara alelnöke

Pulay Gyula, volt egészségügyi közigazgatási államtitkár, az Állami Számvevőszék Kutató Intézetének főigazgatója

Szepesi András, a Kórház c. lap főszerkesztője

FONTOSABB MEGÁLLAPÍTÁSOK

1. Kiinduló megállapítások:

- Az orvosok jogállásával azért kell külön foglalkozni, mert az egészségügyi rendszer fontos gazdasági tényezője az orvos-utalványozza az egészségügyi ellátást, ezáltal kiadásokat gerjeszt. Pénzt osztó vagy éppen spóroló tényező.
- Az orvos – mint önálló entitás – szabad szellemi foglalkozású gyógyító volt évszázadokon keresztül.
- Az orvos számára a szabad szellemi foglalkoztatás létforma, egyfajta szemlélet. Léte új jogszabályi környezetet igényel, melynek egyes elemei ugyan már most is megvannak, de összességében a szabad szellemi foglalkozású orvoslás jelenleg légtüres térben mozog.
- A szabad szellemi foglalkozású orvoslás nem azonos a magánorvoslással. Míg előbbi eset a szaktudás díjtétellel meghatározott értékesítése olyan feltételek között, hogy az intézmény biztosítja az infrastruktúrát, addig az utóbbi egy komplex, a működéshez szükséges infrastruktúrát, eszközöket is magában foglaló vállalkozói tevékenységet jelent.
- A panel véleménye szerint, az orvosok foglalkoztatásának vonatkozásában a közalkalmazottság felett eljárt az idő.

f. A szabad szellemi foglalkozású orvos tevékenységét a piac (betegek) értékeli és beárazza. Ma is ezt teszi, de sajnos torz és nem transzparens módon a paraszolvencia intézményén keresztül. A ma paraszolvenciára kifizetett milliárdokat kellene és lehetne konvertálni, legalizálni, felhasználni a díjtétel-rendszer többletköltségeinek fedezeteként.

2. Tapasztalatok a díjtételek alkalmazásában:

- Az egyéni díjazás gazdasági háttérének biztosítása komoly előkészítő munkát igényel. Intő példa, hogy a rendszerváltás utáni Csehországban a díjtételes rendszer teljes körű bevezetése kapcsán a teljes éves költségvetés fél év alatt kiáramlott a kasszából.
- A díjtételek megszabásában százéves elmaradásban vagyunk az európai rendszerekhez képest. Az egyéni díjtétel-rendszer segítené az erőforrások rendelkezésre bocsáthatóságát, illetve jobb kihasználhatóságát.

3. Teendők a szabad szellemi foglalkozású orvoslás feltételeinek megteremtése érdekében:

- A jelenlegi törvényi szintű szabályozás nem ad elegendő jogi keretet a feltételek megteremtésére, ezért új törvényi szabályozás megalkotása elsődrendű feladata a következő kormánynak.





- Nem szabad elfeledkezni a végrehajtási rendeletekről sem.
- b. Meg kell teremteni annak a feltételeit is, hogy szabadfoglalkozású orvosok csoportpraxist folytassanak. Az előrelépés kulcsa annak a jogi és finanszírozási feltételrendszernek a megteremtése, amelynek révén a szabadfoglalkozású orvoslás beépíthető a kórházi ellátás bonyolult rendszerébe (pl. felelősség, utasítási jog, együttműködés a kórházi alkalmazottakkal).
 - c. A kórházi ellátásban az orvosok közalkalmazottként kezdenének dolgozni, majd szakorvosként válhatnának szabad szellemi foglalkozásúvá.
 - d. A szellemi szabadfoglalkoztatás ideálisan a speciális, egyéni szakorvosi munkában, a járóbeteg-ellátásban hozna jelentős előrelépést.
 - e. Amennyiben e foglalkoztatási forma teret kapna a következő időszakban, a MOK-nak mindenképpen részt kellene vennie a díjtételek kialakításában.
 - f. A díjtételek megállapításánál azonban figyelni kell arra, hogy ne az igazságtalanság, a hozzáférhetőség egyenlőtlensége, az egyszerű emberek számára megfizethetetlen ellátások szaporodása legyen belőle, ehhez természetesen korszerűsíteni kell a betegbiztosítás rendszerét, az intézményi és intézményközi betegellátás szervezését, irányítását.
 - g. A szellemi szabadfoglalkoztatással és a párhuzamosan bevezetendő szigorú szankciókkal hatékonyan fel lehetne számolni a paraszolvencia intézményét. Ehhez komoly kommunikációra is szükség lenne, hiszen a paraszolvencia sajnos az egész társadalomba beivódott rossz szokás, amelynek léte messze nem csak az egészségügyi szereplőkön múlik.
 - h. Az OEP jelenleg elsősorban az ellátóhelyet, az intézményt finanszírozza és nem az orvosi tevékenységet. Ez nem segíti a szabad szellemi foglalkoztatás feltételeinek gyors kialakíthatóságát. Ezért a biztosítónak (OEP) nem az ellátó intézménnyel, hanem az ellátó orvossal kellene szerződnie a jövőben.
 - i. Az orvos számára egyszerű adózási, könyvelési, biztosítási környezetet kell kialakítani. A kialakítandó rendszernek le kell vennie az adminisztratív terhet az orvos válláról, hogy fókuszálhasson a fő feladatára, a gyógyításra.
 - j. A Hartmann-féle német koncepcióhoz hasonlóan a szabad szellemi foglalkozású orvosoknak meg kell teremteni az önálló, megfelelő érdekképviseletüket.
 - k. A szabad szellemi foglalkozású orvos a biztosítóval és a kórházzal áll jogviszonyban. A szerződést szigorú feltételek mentén kell kialakítani, de a rendszert el kell indítani és folyamatában kell formálni, idomítani, mert a „tökéletes jogalkotásra való várakozás” további károkat okoz.
 - l. Ezzel párhuzamosan bizonyos szakteendőket külön és hatékonyan meg kell szervezni: pl. sürgősségi/baleseti ellátás, betegápolás.

HOZZÁSZÓLÁSOK A 4. FÓRUMHOZ:



Gerle János:

Az orvostársadalom egy részének, például a magasan kvalifikált szakorvosoknak, lenne igénye ilyen jogállás megalkotására, kiváltva a közalkalmazotti, alkalmazotti munkaviszonyt. Intézményi kötöttségek, hierarchikus béklyók, adminisztratív gátak nélkül szabadon, a betegek érdekében is eredményesebben gyakorolhatná hivatását, és jobban szolgálná a minőségi teljesítményelvűséget is.



Kókény Mihály:

Az egészségügyi dolgozók közalkalmazottként való foglalkoztatása fölött eljárt az idő: a merev előmeneteli rendszer és pótlékolás a teljesítmény megbecsülése ellen hat. A szabadfoglalkozás keretében történő munkavégzést a törvény 2003 óta lehetővé teszi, más kérdés, hogy a díjtételek meghatározására azóta sem került sor.



Mikola István:

A szabad szellemi foglalkozású orvos jogállás kiterjesztése a betegellátás minőségének javulását eredményezi.



Pulay Gyula:

A szabadfoglalkozás a jövőben is csak az egyik lehetséges formája lehet az orvosok foglalkoztatásának. Fennmarad a vállalkozói (magánorvosi) jogviszony azokon a területeken, ahol az ellátásnak viszonylag alacsony az eszközigénye, a kórházakban pedig az orvosok többsége alkalmazott marad. A fentiekkel egyetértve, a szabadfoglalkozású orvoslásra elsősorban a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg-szakellátás területen pedig a speciális szakértelmet igénylő szakmák kínálnak optimális lehetőséget.



Szepesi András:

A szabad szellemi foglalkozás az orvosok és egyéb egészségügyi diplomások működésének ideális módja. Ehhez jómódú társadalom, jól szervezett egészségügy kell. Érdemes vele kísérletezni, mert felértékeli a szaktudást, és lehetővé teszi a szakemberek mobilitását.

5. A magánforrások bevonásának és a szektorsemleges finanszírozás lehetőségei

IDŐPONT: 2010. MÁRCIUS 2.

Panel tagjai:

Kökény Mihály, volt egészségügyi miniszter, a Parlament Egészségügyi Bizottságának elnöke

Rácz Jenő, volt egészségügyi miniszter, a Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt. főigazgatója

Dózsa Csaba, szakértő, volt helyettes államtitkár

Varga Péter Pál, az Országos Gerincgyógyászati Központ főigazgatója

Grossmann Péter, a Medicover ügyvezetője

Dézszy József, elnök, Osztrák Egészségügyi Társaság

Váradi Péter, az AXA Egészségpénztár ügyvezetője

10

FONTOSABB MEGÁLLAPÍTÁSOK

1. Kiinduló megállapítások:

- Az állam az ellátórendszer működési feltételeinek meghatározásából, e feltételek biztosításából nem vonulhat ki, mivel a közkiadások dominanciáját a makroszintű hatékonyság, valamint a méltányosság érdekében fenn kell tartani.
- A magánforrások bevonásának számtalan lehetősége adott az egészségügyi rendszerekben, de számba kell venni, „mi áll jól” a magántőkének, mi az a természetes közeg, ahol jelenlétének „következmenyei” a betegellátás szempontjából kedvezőek.
- Ami a közfinanszírozói szerepet illeti, nemzetközi tapasztalok alapján az a vélemény alakult ki, hogy egészségügyi közszolgáltatást nem lehet a magánbiztosítókkal finanszíroztatni, mert esetükben ellenérdekeltség áll fenn.
- A magán-egészségügyi szolgáltatások kialakításának alapvető követelménye, hogy a közfinanszírozott „egészségügyi biztosítási alapsomagot” meg kell határozni. Ezt követően komoly szakértői munkával lehet kialakítani azt a hosszú távú

konceptiót, mely megteremtheti a két rendszer, a magán és az állami rendszer együttélésének harmóniáját.

- Nemzetközi tapasztalatok: Ausztriában 340 kórházból 38 magánintézmény, 1,4 millió osztrák (17%) rendelkezik magán-egészségügyi biztosítással. A rendszer ott nem engedi meg, hogy biztosító társaság kórházat működtessen.
- Franciaországban a sebészeti beavatkozások 70%-a magán-kórházakban történik.

2. Magyarország helyzete:

- Az egészségügyi kiadások 30–32%-a magánforrásból finanszírozódik. Ez európai uniós átlagban is magas arány (8. sz. ábra, 13. oldal). A gond az, hogy ez az erőforrás nem strukturáltan, hanem individuális kifizetésként, kerül a rendszerbe. Közel a felét a gyógyszerterítési díjak teszik ki, de ebbe a kategóriába sorolják a pontosan megítélhetetlen, mintegy 60–80 milliárd forintra becsült paraszolvenciát is.
- Több népszavazásra került sor az elmúlt években, amelyek az egészségügy magánosításáról, illetve a co-paymentről szóltak. Ezek eredménye komoly hatással van és lesz a magántőke egészségügybe történő bevonására, bevonhatóságára.
- Az üzleti kiegészítő egészségbiztosítás szerepe jelenleg marginális Magyarországon. Utóbbi fő oka, hogy az alapsomag definiálatlan, a magán-egészségügyi szolgáltató rendszer gyengén fejlett, valamint az állami egészségügyet átszövi és destruálja a hálapénz rendszer. Ezek miatt a biztosítók az elmúlt időszakban képtelenek voltak versenyképes csomagokat ajánlani.
- A strukturált magánkiadások aránya Magyarországon kevesebb, mint 1%, ez mélyen az uniós átlag alatt van.
- A szolgáltatás nyújtásában részt vevő magántőke számára az egyik legnagyobb gond a kiszámíthatóság teljes hiánya.



- f. Ma már az egészségügyi ellátás színvonalát komolyan veszélyezteti, hogy Magyarországon három éve nincs új orvosi technológia befogadás.
- g. A mai magyar finanszírozási viszonyok mellett egészségügyi magánvállalkozást nem lehet fenntarthatóan üzemeltetni, a befektetett tőke nem térül meg.
- h. Vannak pozitív példák: mai adatok alapján a hazai magánfogászatok 50 milliárd forint, a wellness iparág 15 milliárd forint bevételt hoz az országnak.

3. Előttünk álló feladatok:

- a. Az egészség érték, ennek megőrzésének fontosságát a társadalommal el kell tudni fogadtatni. Ha ez megtörténik, akkor erre az emberek hajlandóak áldozni, kiegészítő magánbiztosítások formájában is.
- b. Egyértelműen bebizonyosodott, hogy az állam a jövőben sem finanszírozhat minden felmerülő egészségügyi kiadást, ezért a lakosság egészségcélú megtakarításait támogatni kell.
- c. Ennek jegyében erősíteni kell a kiegészítő biztosítások rendszerét, ösztönözni szükséges a több célú előtakarékosságot.
- d. Az állampolgárok számára meg kell teremteni a magán és közfinanszírozott rendszer közötti jobb átjárhatóságot. Ma, aki a privát rendszert választja, a befizetett társadalombiztosítási járulékát részben sem tudja felhasználni ennek finanszírozására.

- e. Fontos lenne a szektorsemlegesség teljes körű biztosítása azon ellátások esetében, ahol a magánszolgáltatók befogadást nyertek. Ma bizonyos működési formák (gazdasági társasági formák) esetében diszkrimináció tapasztalható néhány forrás odaítélésben. Ezen változtatni szükséges.
- f. A magán fogászati ellátás tapasztalatait érdemes lenne mélyebben vizsgálni és elemezni, mert ezen a területen vélhetően vannak olyan tapasztalatok, amelyek felhasználhatóak lennének a teljes egészségügyi rendszer átalakítása, a magántőke bevonása során.
- g. Meg kell különböztetni a tőke jellegű és a működtetési magánosítást. Míg az első tisztán pénzügyi befektetést jelent, a második egzisztenciális investíció, ahol a befektető a szakudásával a saját megélhetését biztosítja. Az egzisztencia vállalkozások szerepét növelni kell, mert ezek magukkal hozzák az ellátás minőségének javulását.
- h. Az egészségügyi költségek csökkentésének elkerülhetetlen módja a kórházi ellátást megelőző ellátórendszerek hatékonyabb felállítása. Ennek első vonala a házi orvos kell, hogy legyen, de ide tartoznak az ún. „poliklinikák” is (szakorvosi rendelőintézetek, egynapos sebészetek stb.). Németország most építi újjá ezt a struktúrát, amely az NDK-ban hatékonyan működött, de az újraegyesítés után felszámolták.
- i. A minőségbiztosítási standardok felállítása és betartatása is szükséges az egészségügyi költségek kontrolljához, hatékony felhasználásához.

HOZZÁSZÓLÁSOK AZ 5. FÓRUMHOZ:



Dózsa Csaba:

A 30–32% zsebből fizetés igazságtalan és jövedelemfüggő helyzetet eredményez a magyar társadalomban. Minden politikai erőnek azon kell munkálkodnia, hogy emelje a közfinanszírozás arányát, valamint próbálja ösztönözni az előtakarékosságot, biztosítási konstrukciókat.



Kökény Mihály:

Nem az a fő probléma, hogy száz forint egészségügyi ráfordításból harmincat magánforrásból, közvetlen lakossági hozzájárulásból fedezünk, hanem az, hogy a magánkiadásokon belül elenyésző az előtakarékosság, a kiegészítő biztosítási konstrukciók aránya.



Grossmann Péter:

Mivel az egészségügy finanszírozására rendelkezésre álló források mindig végesek lesznek, célszerű figyelmünket arra irányítani, hogy hogyan lehet alternatív finanszírozási forrásokat bevonni. Az a gond, hogy a jelenlegi szabályozás nemhogy nem ösztönzi, hanem kifejezetten gátolja ezen források beáramlását.



Váradi Péter:

Magyarországon az egészségügyi magánkiadások aránya magas és tovább emelkedik. Veszélyes, hogy a szervezett egészségügyi magánkiadások (biztosítások, előtakarékossági termékek) aránya európai összehasonlításban igen alacsony. Az egészségpénztárak az utóbbi években dinamikus fejlődésen mentek keresztül, de így is csak a magánkiadások tizedét fedik le.



Rácz Jenő:

Magánbefektetések bizonytalan helyzetbe kerültek az egészségügyben a vállalkozói működtetést negatívan diszkrimináló kormányzati döntések, a folyamatosan szűkülő és kiszámíthatatlan finanszírozás és a tervezhetetlen jövőkép miatt. Az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatói oldala már most is működésképtelenné válna, ha a magánbefektetésen alapuló szolgáltatók kiesnének a rendszerből.



Dézsy József:

Az egészségügy struktúráját úgy kell megváltoztatni, hogy nem csak a spórolásról beszélünk, hanem a hatékonyságot (a gyógyító munka pontos és megbízható kivitelezését) is szem előtt tartjuk, és a végeredmény kapcsán a páciens teljes mértékben felvilágosítjuk arról, hogy pontosan mi és miért történik vele.



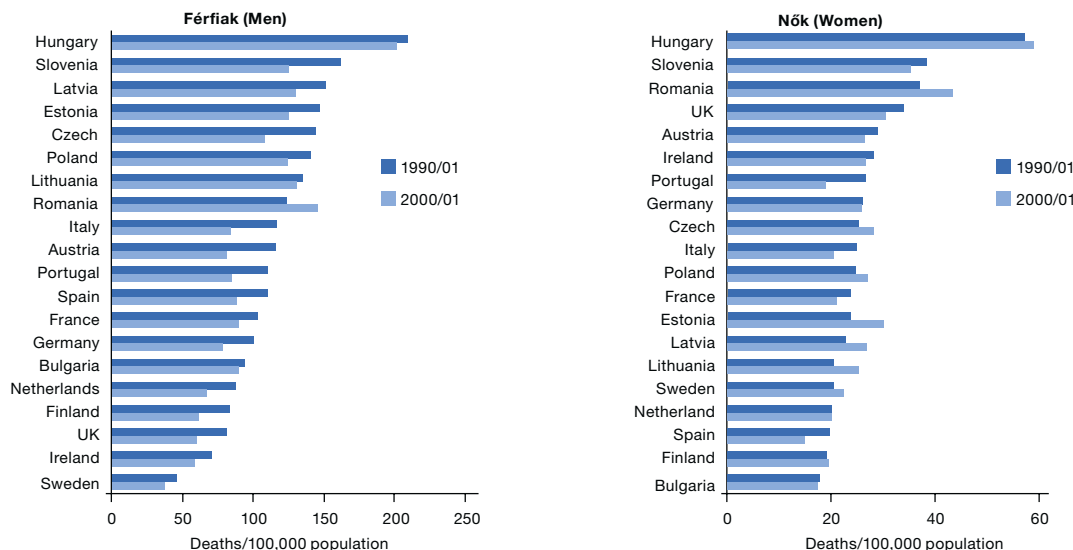
Varga Péter Pál:

A magántőke bevonásának egyik legfontosabb területe az egészségügyi kisvállalkozások (házi orvosi, szakorvosi praxisok, fizioterápiás vállalkozások, és valamennyi, a területi ellátást erősítő szolgáltatás) létrehozása. A népegészségügyi igényeknek megfelelő lokális gazdaságpolitika (adótámogatás) és területfejlesztés (fejlesztési hitelekhez való könnyített hozzáférés) támogatásával virágzó egészségügyi egzisztencia vállalkozások tömegét lehetne létrehozni.

3. sz. ábra/diagram 3

Elkerülhető okok miatti halálozás („megelőzhető” kategóriában)

Mortality caused by avoidable reasons (in the “preventable” category)

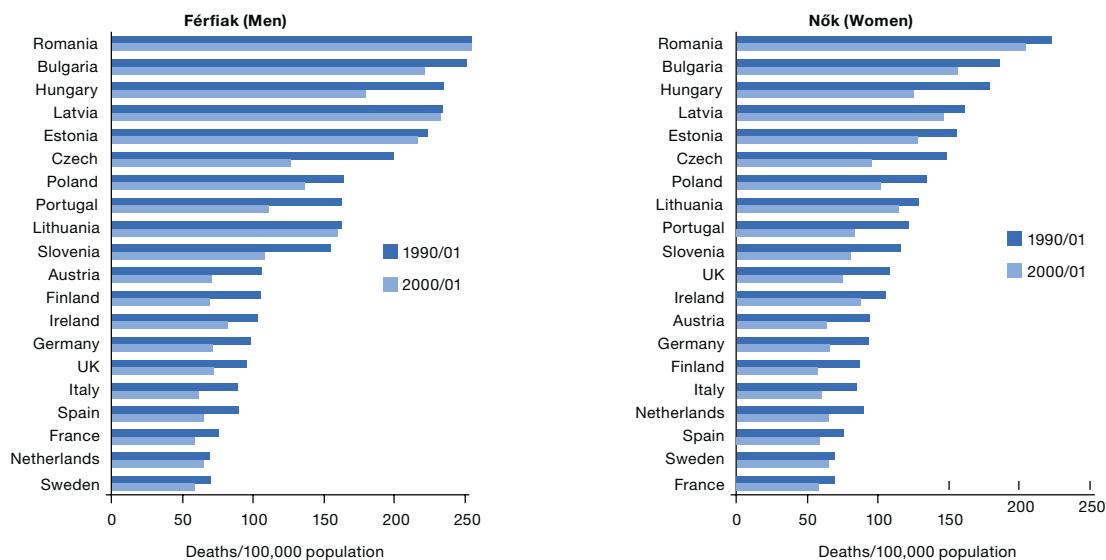


12

4. sz. ábra/diagram 4

Elkerülhető okok miatti halálozás („kezelhető” kategóriában)

Mortality caused by avoidable reasons (in the “treatable” category)



Forrás (source): Claire Newey, Ellen Nolte, Martin McKee, Elias Mossialos, 2007

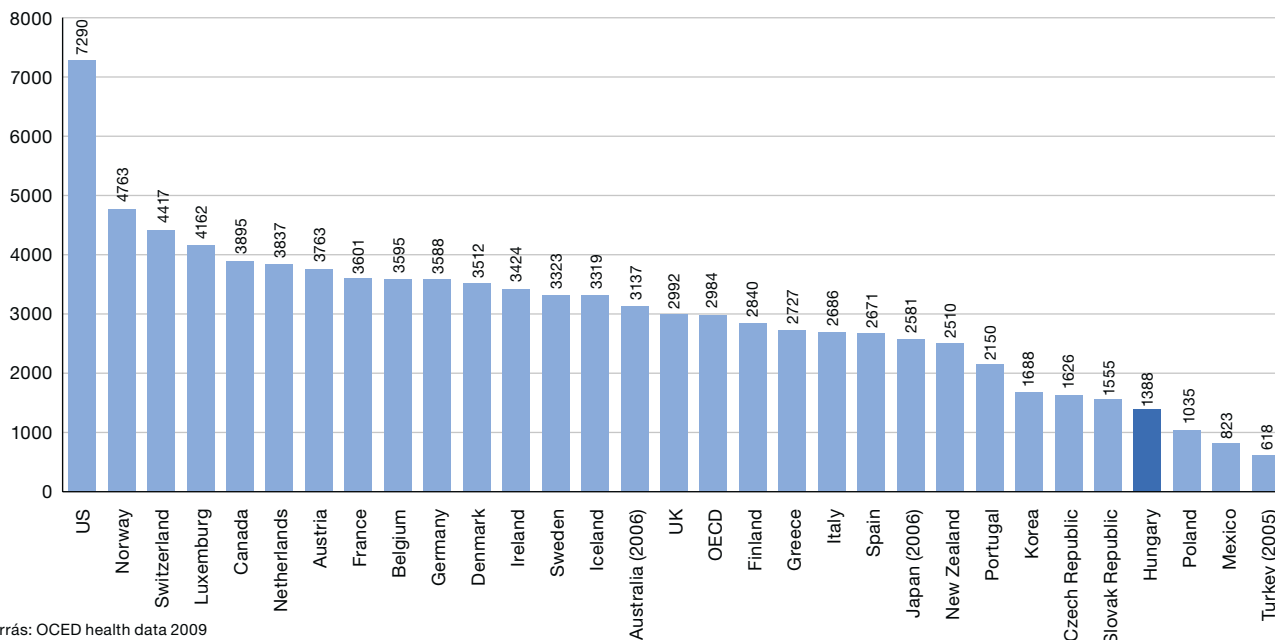
1. sz. táblázat/table 1

Gyógyító-megelőző kassa alakulása (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz kiadás nélkül) 2006–2010 között

Development of the treatment prevention fund (without pharmaceuticals, medical aid expenditures) 2006-2010

	2006. év (Mrd Ft)	2007. év (Mrd Ft)	2008. év (Mrd Ft)	2009. tény (Mrd Ft)	2010. terv (Mrd Ft)
1. PM által hivatalosan kimutatott gyógyító-megelőző kassa (Treatment-prevention fund according to the Ministry of Finance)	714,0	718,7	757,2	719,0	757,6
2. Tényleges gyógyító- megelőző kassa (Actual fund) (1)	714,0	741,3	781,7	(729,2)	(767,6)
3. E. Alap többlete/hiánya (Surplus/deficit of the fund)	-111,3	27,9	0	-149,5	-69,4
4. Központi költségvetéstől járulékok címén átvett pénzeszköz (Financial contributions taken from the central budget)	304,0	288,9	307,0	313,6	611,8
5. Összevont szakellátás (Aggregated specialised treatment)	522,8	526,3	553,4	519,4	557,4
6. Aktív fekvőbeteg-ellátás (Active in-patient service)	362,0	336,1	354,9	325,2	345

Forrás (source): Sinkó Eszter saját számításai és OEP adatok (own figures and OEP data)

Egyfőre jutó egészségügyi kiadások néhány OECD Országban, 2007.**(Per capita health care expenditures, 2007)**

Forrás: OECD health data 2009

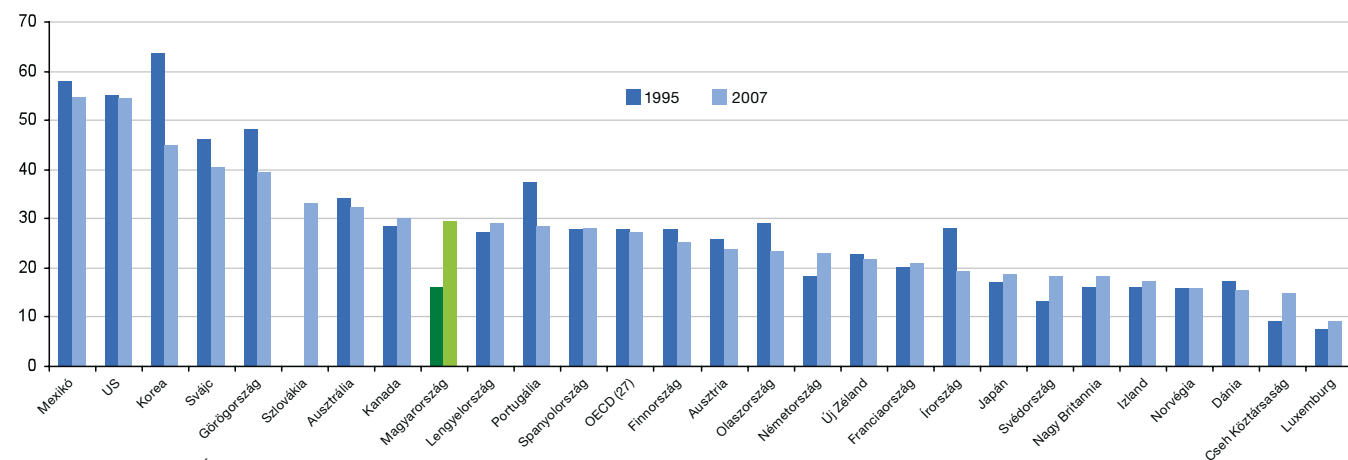
6. sz. ábra./diagram 6

Visegrádi négyek állami kiadásai, ahogy az MNB kutatói látják**(State expenditure of the four Visegrád countries, as seen by MNB researchers)**

2007 (a GDP százalékában) korrigált adatok (GDP corrected)	SK	PL	CZ	V3	HU	HU-V3
Általános közszolgáltatások (General services)	1,5	2,4	2,3	2,1	3,6	1,5
Védelem (Defence)	1,0	1,0	0,8	0,9	0,9	-0,1
Közbiztonság (Public order and safety)	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	-0,2
Gazdasági tevékenységek (Economic activities)	3,9	4,2	6,0	4,7	5,7	1,0
Környezetvédelem (Environmental protection)	0,5	0,5	0,8	0,6	0,6	0,0
Lakásügyek és kommunális szolg. (Housing e.a.)	0,7	0,9	1,0	0,9	0,8	0,0
Egészségügy (Health care)	6,9	4,0	7,0	6,0	3,9	-2,1
Szabadidő, kulturális, vallási tevékenys. (Culture e.a.)	0,5	0,9	1,1	0,8	1,1	0,3
Oktatás (Education)	2,5	3,8	2,7	3,0	3,1	0,1
Szociális védelem (Social Affairs)	9,0	9,8	10,9	9,9	14,2	4,3

Forrás (source): Sinkó Eszter előadása (P. Kiss Gábor – Szemere Róbert, 2009.)

8. sz. ábra/diagram 8

A magánkiadások aránya az összes egészségügyi kiadásból (%)**(Ratio of private expenses compared to total health care expenditure (%))**

Forrás (source): Orosz Éva, adatok: OECD, Health Data, 2009