

(TERVEZET)

HOGYAN SEGÍTI AZ ORSZÁG VERSENYKÉPESSÉGÉNEK JAVÍTÁSÁT AZ EGÉSZSÉGÜGY FEJLESZTÉSE?

ÖSSZEFOGLALÓ AZ EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM
EURÓPA TERVVEL KAPCSOLATOS ÁLLÁSPONTJÁRÓL



2005. JANUÁR 20.

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Magyarország 2007 és 2013 között várhatóan összesen 24,6 milliárd € fejlesztési forrásra lesz jogosult az EU kohéziós politikájának keretében. A társfinanszírozást is beleszámítva ez évente több mint 1000 milliárd Ft fejlesztési forrást jelent. A közösségi és hazai fejlesztési forrásokra épülő II. Európa Terv (2007-2013) fő stratégiai pillére az ország versenyképessége.

Jelen dokumentum az ország versenyképességének javítását célzó lehetséges stratégiák kidolgozásához arra a kérdésre fogalmaz meg 5 választ, hogy hogyan járul hozzá az egészségügy fejlesztése az ország versenyképességének javításához. Az egészségügy kiemelt kezelését az indokolja, hogy az egészség alapvetően meghatározza, hogy az egyén milyen módon tud hozzájárulni a társadalmi-gazdasági fejlődéshez.¹

A megfogalmazott 5 válasz összhangban van az Európai Bizottság megállapításai-val: az Európai Bizottság 2004. évi Versenyképességi Jelentése kiemeli, hogy a lakosság egészsége befolyásolja a gazdaság termelékenységét és versenyképességét. Az EU jelenleg formálódó jövőbeli egészségpolitikai stratégiájának dokumentumai is szemléletváltást vetítenek előre annak hangsúlyozásával, hogy az egészség/ügy alapvető fontossággal bír a gazdasági fejlődés és a versenyképesség szempontjából.²

Az egészségügyben történő fejlesztések eredményeképpen:

1. Csökken a kiesett munkaidő, emelkedik a munkaerő produktivitása és költség-hatékonysága, bővül a foglalkoztathatók köre, javul a munkaerő kínálat.

A magyar lakosság jól ismert rendkívül kedvezőtlen egészsége negatívan befolyásolja a munkaerő kínálatot és a munkaerő termelékenységét: az egészségben eltöltött várható életevek számát tekintve a magyar nők a 43., a férfiak a 63. helyen állnak a világ országainak rangsorában. Halálozási viszonyaink is rendkívül kedvezőtlenek: a 15-64 év közötti populációra számolt korai halálozás miatt 2003-ban összesen 450 000 életévet és veszítettünk el! Ha halálozási viszonyaink Ausztriához hasonlóak lennének, akkor az ország évente 80 milliárd Ft többlet bruttó hazai termékkel számolhatna.

A betegség miatt kiesett munkanapok számát tovább növeli a hozzátartozóit gondozó munkavállalók munkából való távolléte. 2003-ban több mint 265 000 munkavállaló fordított legalább egy munkanapot hozzátartozója ápolására, mely bruttó hazai termékre átszámítva 80 milliárd Ft-nak felel meg.

A munkából történő kiesés nemcsak a munkavállalóra és családjára ró jelentős terheket, hanem a munkáltatókra (költség, bevételkiesés) és az Egészségügyi Alapra (táppénz kifizetés; 2003-ban ez 99 milliárd Ft volt) is.

¹ Public Health, Ethics, and Equity Sudhir Anand, Fabienne Peter, and Amartya Sen (eds.) Oxford: Oxford University Press, 2004.

² „Enabling good health for all, a reflection process for a new health strategy. European Commissioner for Health and Consumer Protection. 15 July 2004.

2. Biztosíthatók az innovatív húzóágazatnak tekinthető egészségipar fejlesztéséhez szükséges feltételek.

Az egészségipar a fejlett országokban a gazdaság egyik innovatív húzóágazata, mely a GDP 15 %-át is elérheti. A hazai gyógyszer-, biotechnológiai ipar és gyógyturizmus figyelemreméltó kapacitásokkal rendelkezik, és az elkövetkező időszak gazdasági növekedésében jelentős potenciált képviselhet. Mindez azonban, mint ahogyan a hazai egészségipar egyéb területeinek fejlődése is magas szintű szaktudást, korszerű egészségügyi ellátórendszert és kiemelkedő kutatói potenciált igényel.

3. Élénkülnek a gazdaság más területei is, nő a foglalkoztatottság.

Az egészségügy eladóként, vásárlóként és beruházóként jelentősen képes bővíteni a szolgáltatások és termékek piacát. A korszerű egészségügyi eljárások bevezetése serkenti a csúcstechnológiák előállítását és forgalmazását. Bizonyos egészségügyi és támogató tevékenységek kiszervezése (outsourcing) ugyanakkor hozzájárul a kis- és középvállalkozási szektor fejlődéséhez is.

Az egészségügyi ágazat tekintélyes munkahelyteremtő képességgel rendelkezik, melyet hazai és nemzetközi adatok is alátámasztanak. Míg a régi EU tagállamokban az egészségügyi és szociális ellátásban a teljes foglalkoztatottak 9,8 %-a dolgozott 2002-ben, Magyarországon ez az arány 6,2 % volt.

4. Nagyobb mértékű közösségi források és magántőke bevonására nyílik lehetőség.

Az egészségügy nagy mértékű külső forrás bevonására képes. Az új tagállamok egészségügyi infrastruktúrájának felzárkóztatása a Strukturális Alapok prioritásai közé tartozik, így Magyarország 2007 után jelentős mértékű közösségi forrás egészségügyi ágazatba való bevonására számíthat. A K+F-re fordítható közösségi források várható növekedése addicionális forrásokat jelent a tágran értelmezett egészségipar számára. A magyar egészségügybe történő magánbefektetések (outsourcing, PPP, K+F) volumene is növekvő tendenciát mutat.

Mindemellett a minőségi egészségügyi ellátást is magába foglaló infrastruktúra kedvezően befolyásolhatja a gazdaság tőkevonzó képességét.

5. Növeli a társadalmi kohéziót, csökkenti az egyenlőtlenségeket.

Az egészségügyi rendszer fejlesztése hozzájárul a társadalmi biztonság megerősödéséhez. Csökkenti a napjainkra jellemző kirívó egészség-egyenlőtlenségeket és enyhíti az egészségüggyel kapcsolatban régóta tapasztalható politikai feszültségeket.

1. VÁLASZ: A MUNKAERŐ PRODUKTIVITÁSÁNAK JAVÍTÁSA NÖVELI A MAGYAR TÁRSADALOM VERSENYKÉPESSÉGÉT.

Az Európai Bizottság 2004. évi Versenyképességi Jelentése hangsúlyozza, hogy az egészség a munkaerő produktivitásának növelése és a foglalkoztathatók számának bővülése (alacsonyabb függőségi ráta) révén jelentős szerepet játszik a gazdasági növekedés biztosításában.³

1.1. A kiesett munkaidő csökkentésével

A megelőzés és az egészségfejlesztés kiterjesztése védi és javítja a munkavállalók egészségét, melynek következtében csökken a betegség miatt kiesett munkaidő.

A hatékony és produktív munkavégzés feltétele a munkaerő egészsége, mely – a WHO definíciójának megfelelően – a teljes testi, lelki és szociális jólét állapotát jelenti. Amennyiben egy munkavállaló egészsége átmenetileg vagy tartósan megromlik, a kiesett munkaidő miatt termelés-csökkenés, táppénz-kifizetés, munkáltatói költség és bevételkiesés jelentkezik. Ezért rendkívül fontos az **aktív korúak egészségének javítása**.

A népegészségügyi mutatók tekintetében hazánk elmaradása az európai átlaghoz képest jóval nagyobb, mint azt gazdasági-társadalmi fejlettségünk indokolná. A születéskor várható élettartam tekintetében hazánk az európai régióban a 39., lemaradva mind Nyugat-, mind Közép- és Kelet-Európa országaitól is⁴. Még kedvezőtlenebb a kép, ha a születéskor várható *egészségben eltöltött éveket* tekintjük: ez férfiak esetén hazánkban 61,5 év.⁵

Halálozási viszonyaink is igen kedvezőtlenek: évente egy közepes méretű városnyi lakossal, 50.000 fővel többen halnak meg nálunk, mint ami a nyugat-európai halálozási viszonyok mellett várható lenne. Az aktív korú, 65 év alatti populációra vetített kép még kedvezőtlenebb. A korai halálozásból adódó társadalmi veszteséget leginkább az **elveszített potenciális életévvel** lehet jellemezni. A 70 év előtt elvesztett élet évekre vonatkozóan a magyar nőknél ez a veszteség több mint kétszeres, a férfiaknál csaknem háromszor nagyobb, mint a legalacsonyabb értékekkel rendelkező OECD tagországokban (1. ábra).⁶ 2003-ban a 15-64 év közötti populációra számolt korai halálozás miatt összesen **450 ezer életévet veszítettünk el**⁷. A korai halálozás megelőzésének nemzetgazdasági jelentőségét mutatja, hogy amennyiben a magyar lakosság halálozása a Cseh Köztársaságban⁸ kimutatott értékre csökkenne, akkor összesen közel 13 ezer aktív korú emberi élet lenne megmenthető, ami **35 milliárd Ft többlet bruttó hazai terméknek felel meg**. (Az éves GDP-t 0,2%-kal növelné).⁹ Ausztriai halálozási viszonyok mellett a nyereség közel 30 ezer aktív korú lakos és **82 milliárd Ft - a GDP 0,45%-a** – mely a 2003-as évben bekövet-

³ European Competitiveness Report 2004; European Commission staff working document; SEC (2004) 1397. p. 141.

⁴ A férfiaknál a születéskor várható átlagos élettartam a 70-es évek óta 2002-ig csupán 2 évet növekedett hazánkban (66→68 év), míg az EU tagállamaiban átlagosan 7 évet (69→76 év) (Népegészségügyi gyorsjelentés 2003. (OEK, 2004.)

⁵ Összefoglaló a világ lakosságának egészségéről 2003. (OEK, 2004.)

⁶ Health at a Glance. OECD Indicators 2003.

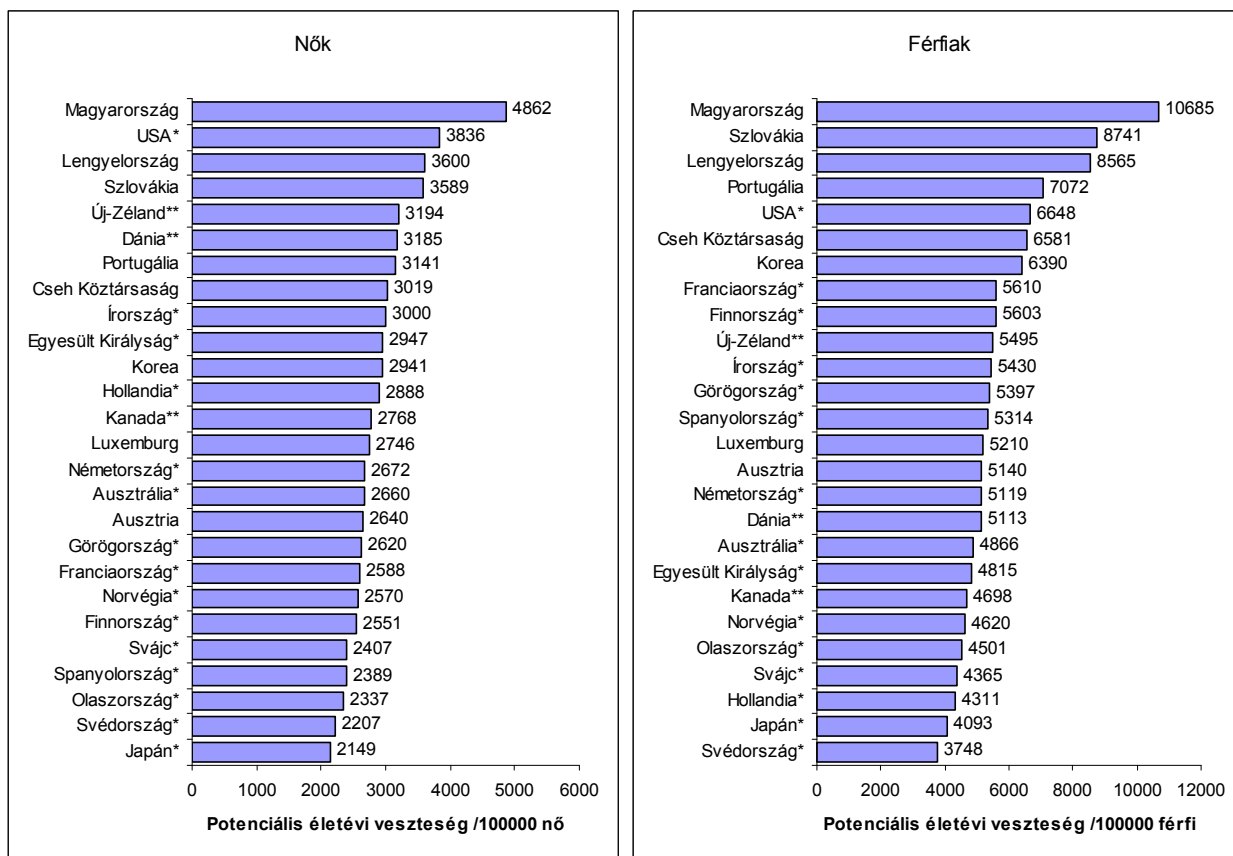
⁷ Potenciális életévi veszteség (15-64 év) (2003): Magyarország: férfiak: 314.547 év, nők: 130.425 év; Cseh Köztársaság: férfiak: 133.850 év, nők: 98.051 év; Ausztria: férfiak: 33.137 év, nők: 29.405 év. (OEK, 2004.)

⁸ Magyarországon 2003-ban a 15-64 éves korosztályból 26 761 férfi és 12 116 nő halt meg. Várható halálozások száma csehországi halálozási viszonyok esetén ugyanezen korosztályban: férfiak: 17 666, nők: 8464, ausztriai halálozási viszonyok esetén: férfiak: 5945, nők: 3298. (OEK, 2004.)

⁹ A számítás az egy foglalkoztatottra jutó átlagos GDP értékét veszi alapul. Bruttó hazai össztermék (2003): 18 568 Mrd Ft (KSH).

kezett 3%-os GDP bővüléshez viszonyítva jelentősnek tekinthető.¹⁰

1. ábra: Potenciális életévi veszteségek az OECD országokban, 2003.



A 25-64 év közötti aktív korúak között fő halálóki tényezőként a szív- és érrendszeri valamint a rosszindulatú daganatos megbetegedések szerepelnek. Az elmúlt 30 évben a rosszindulatú daganatok miatti korai halálozás hazánkban közel 30%-kal (férfiak esetében 80%) nőtt, miközben az EU országokban csökkent. (2002-ben több mint 13 ezer aktív korú halálát okozták. Ezzel Magyarország „vezeti” az európai listát.)

Ezen – a munkaképességet döntően befolyásoló – betegségek közös sajátága, hogy kialakulásukban az életmódnak jelentős szerepe van. Egészségneveléssel, felvilágosítással, tudatos egészségmagatartással ezen betegségek jelentős része megelőzhető, ez az **elsődleges megelőzés**, mely a legolcsóbb és leghatékonyabb módszer a munkaerő hosszú távú egészségének, munkaképességének, jó életminőségének biztosítására. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés programjainak valamennyi „színtéren” jelen kellene lennie, ahol az emberek a mindennapjaikat töltik, az óvodától-iskolától a munkahelyekig.

A már kialakult betegségnél a betegség időben történő felismerése (szűrés) és kezelése, lehetőséget nyújt a szövődmények és az esetleges maradandó károsodással vagy halállal végződő kórlefolyás megelőzésére. Így nem csupán a munkaképesség növelhető, hanem összességében alacsonyabb terápiás költség is terheli az egyént és a társadalmat.

¹⁰ Amennyiben ugyanezen mortalitási adatokat és az alkalmazottak bruttó havi átlagkeresetét (KSH) felhasználva meghatározzuk a munkáltatókat terhelő összes bérköltség-többletet, mely – bár jelentősen alulbecsülve – szintén jellemzi a megnyert életnek köszönhető többlet-jövedelemtermelő képességet, a csehországi halálozási adatok mellett 17 Mrd Ft (GDP 0,1 %-a), ausztriai halálozási viszonyok mellett 40 Mrd Ft (GDP 0,2%-a) többlet nemzeti jövedelem adódik.

A gyógyítás fejlesztésével a munkavállaló gyorsabb felépülés után tér vissza a munkaerőpiacra.

Az egészségügy technológiai fejlődése, bár gyakran költségnövelő tényezőként tekintenek rá, lehetővé teszi az egyre **gyorsabb és pontosabb diagnózist** és a korábbinál hatékonyabb, a betegek szempontjából **rugalmasabb, kíméletesebb kezelést**. Mindezzel szintén javítja a munkaképességet, hozzájárul ahhoz, hogy az egészségügyi okból bekövetkező munkahelyi távollét – és így az ebből adódó termelés kiesés – csökkenjen.

Ilyen technológiának tekinthető a kis kockázattal és rövid ápolási idővel járó **egynapos beavatkozási formák**. Ma Magyarországon az ilyen formában végrehajtható kezelések 1,5%-át regisztrálják egynapos beavatkozásként. (Ez az érték Dániában 63%, Hollandiában 46%, Írországban 41%, Finnországban 35%, Olaszországban 24%.¹¹)

A **gyors, korszerű eszközökkel** végzett beavatkozások (pl. megfelelő fejlettségű mentőszolgálat, sürgősségi centrumok) elterjedésének köszönhetően a korábban tartós ápoláshoz, egészségkárosodáshoz, rokkantsághoz vezető betegségek (pl. szívinfarktus) esetében a teljes munkaképesség ma már visszanyerhető.

A betegséget követő hatékony **rehabilitáció** révén a páciensek hamarabb és teljesebb mértékben visszanyerik eredeti képességeiket, és javul a munkaképességük.

Korszerű ápolási formák elterjesztésével a hozzátartozóit gondozni kényeszerűlő munkavállalók több munkaórát és jobb minőségű munkát képesek végezni.

Az egészségromlás súlyos fokának tekinthető, mikor az egyén mások segítségének igénybevételére kényszerül. Ez nemcsak az életminőséget rontja, de egyben jelentős terhet ró a hozzátartozókra és az ellátórendszerre is. A 64 évnél idősebb népesség 7%-a valamilyen, az önellátáshoz nélkülözhetetlen tevékenységet (pl. kézmosás, WC használat, öltözködés) is csak valaki segítségével tud elvégezni, közülük minden második ágyhoz is kötött!¹² Részben ezzel is magyarázható, hogy 2003-ban több mint **265.000 munkavállaló** fordított legalább egy munkanapot hozzátartozója ápolására, mely konzervatív becslés szerint is összesen több, mint **10.600.000 kiesett munkanapot**, és több, mint **80 milliárd forint kiesett bruttó hazai terméket** jelent.¹³

Az aktív munkavállalót nagymértékben tehermentesítené, ha hozzátartozója korszerű ápolási szolgáltatásban részesülne otthonában (otthon-ápolás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás) vagy egy ilyen célú intézményben (ápolási otthonok). Az ilyen jellegű ellátási formák iránti növekvő igényt a demográfiai trendek (idősödő társadalom) és a krónikus betegségek gyakoriságának emelkedése is indokolja.

¹¹ OECD Health Data, 2003.

¹² Népegészségügyi gyorsjelentés 2003. (OEK, 2004.)

¹³ OEK, 2004.

1.2. A munkaerő termelékenységének növelésével

Egészséges és biztonságos munkahelyek kialakítása védi a munkaerő egészségét, növeli a termelékenységet

Mivel a munkavállalók munkahelyükön töltik idejük jelentős részét, a munkahelyi környezet jelentősen befolyásolja egészségi állapotukat. A megfelelő produktivitás csak biztonságos és egészséges munkahelyi környezet esetén valósulhat meg. A fizikai, kémiai, biológiai és ergonómiai kóroki tényezők Magyarországon – más országok adatai alapján – évente 7-10 ezer foglalkozási megbetegedést okoznak. A pszicho-szociális szempontból harmonikus, támogató munkahely ugyancsak a munkaképesség meghatározó tényezője, melynek hiányában testi és lelki betegségekhez vezető munkahelyi stressz fejlődhet ki. Több tanulmány kimutatta, hogy az elvesztett munkanapok 50-60%-a a munkahelyi stresszel áll összefüggésben.¹⁴ Az **„egészséges munkahely”** kialakítása többnyire a megelőzés és az egészségfejlesztés módszereinek alkalmazását jelenti (pl. dohányzás-ellenes programok, közösségi programok, sport és szabadidős tevékenység biztosítása).

1.3. A foglalkoztathatók körének bővülésével

A fejlettebb egészségügyi ellátás eredményeképpen az inaktív munkaképes korúak, valamint az idősebbek egy része visszatérhet a munkaerőpiacra.

A jelenlegi demográfiai trendek alapján egyértelműen **fogyó és „előregedő” populációban** élünk: a születéskor várható élettartam emelkedik, a születések száma csökken. 2021-re a bevándorlást is tekintetbe vevő előreszámítások szerint Magyarország népessége 9,85 millió lesz.¹⁵ Az aktív korú népesség fogyása is megkezdődik: 20-59 évesek száma 575 ezerrel, 9%-kal csökken, a 60 év felettek száma viszont lényegesen, 530 ezer fővel, 26%-kal emelkedik. Jelenleg minden ötödik lakos, 2021-ben már minden negyedik 60 éves vagy idősebb lesz.

Mivel ezzel párhuzamosan egyre több fiatal tanul és egyre hosszabb ideig, a munkaerőpiacra kerülésük egyre későbbre tolódik. Már jelenleg is 100 foglalkoztatottra összességében 176 olyan lakos jut, akinek nincs munkából származó jövedelme, a jövőben lényegesen emelkednek azok a „terhek”, amelyek a foglalkoztatottakra hárulnak, azaz nő a dependencia.

Mindezek alapján döntő jelentőségű az ország versenyképessége szempontjából, hogy a lehető **legmagasabb számú munkavállaló** álljon a nemzetgazdaság rendelkezésére. Az „élet-hosszig tanulás” korszakában az idős korúak tudásának, tapasztalatának hasznosítása a gazdaság alapvető érdeke. Az egészségfejlesztés, a hatékony megelőzés, és a korszerű egészségügyi ellátás nem csak az **inaktív munkaképes korú népesség** munkaképességét javítja, hanem növelheti az **időskorúak** munkaerő-piaci részvételét.

¹⁴ Research on Work-related Stress: Cox, Griffiths, Rial-Gonzalez; published by the European Agency for Safety and Health at Work, 2000.

¹⁵ Népegészségügyi jelentés 2004. Szakértői változat. Demográfia. (OEK, 2004.)

1.4. Munkaidő-kieséssel járó kiadások csökkenése

A fejlettebb megelőzés, ellátás és egészségfejlesztés következtében a munkavállalók megromlott egészsége miatt kifizetett táppénz összege csökken.

Fejlettebb megelőzés eredményeképpen a megbetegedések és a halálozások egy része elkerülhetővé válik, a modern diagnosztikai és terápiás eljárások alkalmazása pedig csökkenti az ápolási időt, vagyis **csökken a munkából való távollét**. Ennek következtében a **kifizetendő táppénz csökken**, kevésbé terheli az Egészségügyi Alapot. (2003-ban kifizetett táppénz összege: 98 936 millió Ft volt.)¹⁶ A fejlesztések révén korszerűsített ellátórendszer korábban és hatékonyabban képes beavatkozni, így a betegségek enyhébb lefolyása miatt kevesebb ellátási igény jelentkezik.

A munkavállalók egészségének javulása a foglalkoztatás hatékonyságát növeli, és ezzel egyidejűleg csökkenti a munkáltatók költségeit.

A munkavállalók megbetegedése esetén a munkáltatóknak jelentős költség és bevételkiesés jelentkezik. Ráadásul egy gyakran beteg, vagy hozzátartozója ápolása miatt gyakran távollevő munkavállalók miatt túlzott kapacitás alkalmazása szükséges. Így a munkaerő jó egészségi állapota egyértelműen a munkaadó erős érdeke és piaci versenyképességének egyik záloga. Ugyanakkor a munkáltató érdekei szerint nem alkalmaz krónikusan beteg munkavállalót, mert az a betegeskedésével jelentősen rontja a versenyképességet. Ez tehát – amint az érvelésben szerepel – versenyképesség romlás, másrészt az aktív személy számára a munkapiacról való kiszorulás kockázata, és így a szociális büdzsét terheli.

¹⁶ OEP, 2004.

2. VÁLASZ: ELŐSEGÍTI AZ EGÉSZSÉGIPAR FEJLŐDÉSÉT

Az egészségügy világszerte megfigyelhető expanziója nem szűkül le a közvetlen gyógyító tevékenységekre. Valójában egy gyors ütemben bővülő iparáról, az „**egészségiparról**” van szó, mely a fejlett gazdaságok **GDP-jének 15%-át** is elérheti.¹⁷ Az egészségipar az emberi egészség helyreállítását, fenntartását és az életminőség megóvását szolgáló egyének, eszközök, szolgáltatások, szervezetek és nemzetgazdasági ágazatok összessége. Az egészségipar részei:

- a közfinanszírozású és a fizetőképes keresletre támaszkodó egészségügy gyógyító-megelőző szolgáltatásai;
- a gyógyászat kiszolgáló ágazatai, beleértve a gyógyszeripart, az orvosi műszeripart és a gyógyászati segédeszközök gyártását;
- a gyógyító tudományok és az ahhoz kapcsolódó alapkutatás és oktatás, az egészségügyi és gyógyászati eljárások fejlesztése, mint a modern biogenetikára és mikrobiológiára támaszkodó humán biotechnológia;
- a rehabilitációs és rekreációs tevékenységek és az erre épülői turisztikai és vendéglátóipar;
- egészségtudatos életmódhoz kapcsolódó szolgáltatások és termékek gyártása, forgalmazása.¹⁸

Magyarország a **gyógyászathoz kapcsolódó gazdasági tevékenységek** számos területén figyelemre méltó kapacitásokkal és lehetőségekkel rendelkezik:

A magyarországi **gyógyszeripar** százéves múltra tekinthet vissza és egy meghatározó hazai iparágat képvisel. Az ágazat évi 260 milliárd Ft-os összbevételével, aminek közel 70%-a exportból származik, az ipari termelés 3%-át adja és 12-13 ezer munkahelyet biztosít.¹⁹

A magyarországi **biotechnológiai ipar** ugyancsak komoly hagyományokkal rendelkezik, és stratégiai jelentősége miatt komoly növekedési tényezővé válhat. Bár a szektor piaci bevétele ma évi 15 milliárd Ft körüli, Közép-Kelet Európában Magyarország rendelkezik a legígéretesebb biotechnológiai bázissal.²⁰

Az 1000 milliárd Ft-os turisztikai ágazaton belül idegenforgalmi szempontból is meghatározó szerepet játszik a **gyógyturizmus**, amely rendkívül kedvező természeti adottságokra támaszkodhat.²¹ (2003-ban a szállodai férőhelyek 14%-a volt gyógyszálló²²)

A három terület az elkövetkező időszak gazdasági növekedésében jelentős potenciált képviselhet. A kérdés ugyanakkor úgy is felmerül, hogy Magyarország miként tud minél eredményesebben bekapcsolódni az egészségipar nemzetközi szinten megfigyelhető expanziójába.

¹⁷ Az egészségipar hozzájárulása egy ország nemzeti össztermékhez tehát nagyságrendekkel meghaladhatja azt a mértéket, amit a nemzeti számlák a szűk értelemben vett egészségügyi szolgáltatásoknál képződött jövedelmek formájában kimutatnak. OECD (2000): A System of Health Accounts. OECD: Paris

¹⁸ Orosz Éva (2001): Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Budapest, Egészséges Magyarországért Egyesület.

¹⁹ Gazdasági Versenyhivatal (2003): A hazai gyógyszerpiac és szabályozás leírása. Budapest GVH.

²⁰ Proventa (2004): Human Biotechnology in Hungary-Report. Hamburg: Proventa

²¹ Gazdasági és Közlekedési Minisztérium (2004): Nemzeti Turizmusfejlesztési Stratégia. Budapest: GKM

²² KSH, 2003.

Az **egészségügyi rendszer** nagymértékben hozzájárulhat a hazai egészségipar bővüléséhez, különösen az alábbi területeken.

- magas szintű szaktudás és ellátási infrastruktúra biztosításával;
- kiemelkedő kutatói bázis megteremtésével és fenntartásával;
- a korszerű gyógyászati eljárások és technológiák befogadásával és alkalmazásával;

Az egészségügybe történő beruházás így előmozdíthatja azt a törekvést, hogy a magyarországi **tudás-intenzív** ágazatok sikeresen integrálódjanak az európai és a nemzetközi gazdaságba.

2.1. Magas szintű szaktudás biztosításával

A rehabilitációhoz és rekreációhoz kapcsolódó idegenforgalom jól képzett egészségügyi szakembereket és magas színvonalú ellátási hátteret igényel.

Az ország egyedülálló gyógyvízkincse, barlangjai mellé telepített gyógyszállók üzemeltetése **minőségi szakembergárdát** és **ellátási gyakorlatot** feltételez (elsősorban rehabilitációs, reumatológiai, kardiológiai és geriátriai szakterületen). A gyógyszállókra épülő turizmust előmozdító egészségügyi szolgáltatói infrastruktúrák az érintett szakmákban képzhetőek a gyógyszállókban belül, illetve az elérhető közelségben elhelyezkedő ellátó intézményekben is. A természeti kincseket kiaknázó gyógyító-megelőző szolgáltatásokhoz – a jövedelmezőség növelése érdekében – **más idegenforgalmi szolgáltatások** is kínálhatók.

Reális célkitűzésként merül fel, hogy Magyarország a **térség egyik egészségügyi központjaként** funkcionáljon. Mindez nem csupán a hagyományos, hanem a közvetlenül az orvosi tudásra és magas színvonalú technológia alkalmazására (speciális kezelések és műtétek) támaszkodó **minőségi gyógyturizmus** megalapozását is képviseli. A távolabbi EU tagállamokból érkező gyógyturizmus számára lehetőséget kínál az Európai Bíróság külföldi gyógykezelést társadalombiztosítási kötelezettségként előíró határozata hosszú várakozási idő esetén, míg a vonzerőt a magas színvonalú egészségügyi humánerőforrások mellett a viszonylag alacsonyabb hazai díjtételek és az egyes sebészeti szakmákban jelentkező fölös kapacitások jelenthetik. A környező országok szempontjából ugyanakkor a fejlesztési stratégia aktívan építhet a méretgazdasági előnyöket is kiaknázó **határokon átívelő regionális egészségügyi vertikumok** megteremtésére (pl. a sürgősségi ellátás területén), valamint arra a tényre is, hogy egyes technológia-intenzív ellátások térségi összehasonlításban Magyarországon ma is magasabb színvonalúak és korszerűbbek.

2.2. A kiemelkedő kutatói potenciállal

A magyar egészségtudományban rejlő potenciál kihasználása biztosíthatja a hazai egészségipar növekedését.

Magyarország **nemzetközi hírnévnek örvendő kutatási szakembergárdával** rendelkezik az élettudományok és ezen belül az orvosi kutatások terén. Bár nemzetközi összehasonlításban a hazai K+F kiadások elmaradnak a kívánatosnak tekinthető mértéktől, a fajlagos ráfordításra eső megjelent publikációk száma Magyarországon az egyik legmagasabb az iparosodott or-

szágok között, és a ráfordításra eső szabadalmi bejelentések száma nagyobb, mint az USA-ban.²³ Ebből a szempontból az egészségügyi szektor jelentőségét aláhúzza az a tény, hogy az **egészségtudományi kutatások** a hazai kutatások 40%-át képviselik.²⁴ (A Szabadalmi Hivatalhoz benyújtott, hazai eredetű szabadalmi kérelmek 20%-a köthető az egészségtudományokhoz és az egészségiparhoz, biotechnológiához²⁵.)

A kiemelkedő egészségügyi kutatói bázis fenntartása nemcsak versenyképes **egészségtudományi kutatási-oktatási** háttérrel igényel, hanem a **magas szintű egészségügyi kultúra és szolgáltatási infrastruktúra meglétét** is feltételezi.

A világ fejlett régióiban az egészségügyi technológiai innováció és az ehhez kapcsolódó ipari tevékenység az orvostudományi központok földrajzi közelségében növekszik a legdinamikusabban. Ez az összefüggés a farmakológiai kutatások és a stratégiai potenciállal rendelkező biotechnológia esetében Magyarországon is érvényesül. Különösen az orvosegyetemi képzési központokban: Budapesten, Debrecenben, Pécsen és Szegeden az **egészségipar és az egészségtudomány** egymással szorosan **összekapcsolódnak**, az egészségtudomány már ma is az egészségipar szerves része.

2.3. Korszerű eljárások és technológiák befogadásával és alkalmazásával

A korszerű egészségügyi ellátó rendszer képes a kutatási eredmények kipróbálására és a fejlesztések gyors befogadására.

A korszerű terápiás és diagnosztikai **eljárásokat befogadó egészségügyi rendszer** részben **felvevőpiacként**, részben **termékfejlesztési „laboratóriumként”** dinamizálhatja a hazai bázisú gyógyászati technológiai fejlesztést, amely ezáltal növekvő exportjövdelemre is szert tehet. A hazai biotechnológia, gyógyszeripar és az egészségügyi ellátó rendszer közötti intenzívebb kooperáció révén bevonhatók a biotechnológia vívmányai az egészségügyi ellátásba, miközben a hazai gyógyszeripar versenyképessége is erősödhet a nagyobb hozzáadott értéket képviselő új termékek előállításán keresztül. Általában is elmondható, hogy innovációra képes egészségügyi technológiai ipar tartósan csak egy olyan együttműködésre képes egészségügyi ellátó rendszer mellett képzelhető el, amely – miközben a kereslet egy részét is biztosítja – fejlesztési színteret biztosít **új termékek, eljárások kipróbálására** (pl. innovatív szerek klinikai kísérleteihez) és azok alkalmazáson keresztüli továbbfejlesztésére.

²³ OECD: Science, Technology and Industry. OECD, 2000.

²⁴ Duda Ernő (2004): A Magyar Biotechnológiai Szövetség szerepe a magyarországi biotechnológia megerősítésében. Magyar Biotechnológiai Szövetség elemzése, Budapest.

²⁵ Magyar Szabadalmi Hivatal, 2003.

3. VÁLASZ: KÖZVETLENÜL ÉLÉNKÍTI A GAZDASÁGOT

Az egészségügyi szektorba történő beruházások több szempontból kedvező hatást gyakorolnak a gazdaságra: az egészségügy mind eladóként, mind vásárlóként jelentősen képes bővíteni az egészséggel kapcsolatos **szolgáltatások és termékek piacát**. Vásárlóként jelenik meg bizonyos gazdasági szereplők (pl. kis- és középvállalkozások) felé; elősegíti a **csúcstechnológia** – beleértve a korszerű info-kommunikációs eszközrendszereket – felhasználását, tekintélyes **munkaerő-felszívó képességgel** bír és jelentős **külső források** bevonására képes. (A tökérvonásról lásd részletesebben a 4. fejezetet.)

3.1. Egészségügyi szolgáltatások és termékek piacának bővítésével

Az egészségügy fejlesztése hosszú távon is értékesíthető szolgáltatásokat és termékeket kínál, illetve folyamatosan tekintélyes vásárlóként jelentkezik a piacon.

A fejlett országokban az egészségügyi szolgáltatások és termékek piaca az egyik **legjelentősebben bővülő piac**. Egyes szakértői vélemények szerint Magyarországon is az egészségpiac bővülésére lehet számítani, tekintettel arra, hogy – az egészség, az életminőség felértékelődésével – az egészségügyi szolgáltatások iránt egyre nagyobb lesz a fizetőképes kereslet. A jelenlegi növekedési tendenciák elemzése alapján egyesek az **információ-technológiai forradalomhoz hasonló fejlődést** jósolnak. Megfontolandó, hogy az ország **milyen eséllyel aknáhatja ki** ezen a területen a hazai szaktudást és kapacitást, az elismert egészségipari kutatási-termelési és szolgáltatási hagyományokra támaszkodva.

A kibővült Európai Unióban a **határokon átnyúló szolgáltatások iránti kereslet** élénkülőben van.²⁶ A szomszédos országokban (beleértve a nem EU tagállamokat is) a magyar egészségügyi szolgáltatások iránt feltételezhetően egyre nagyobb lesz az érdeklődés, a várható külföldi igények kielégítését célzó hazai szolgáltatási kapacitások kiajánlása az egészségügyi szektorba további külföldi forrásbevonást jelenthet.²⁷ (Lásd még a 4. fejezetet!)

Az egészségügyi szolgáltatások és az ellátó intézményeket támogató tevékenységek kiszervezése fejleszti a kis- és középvállalkozási szektort.

Az egészségügyi **beruházások lebonyolítása** számos, eltérő gazdasági potenciállal rendelkező piaci szereplő bevonásával történik (beszerzés, kivitelezés stb.).

Egészségügyi szolgáltatással (az „*outsourcing*” egyik formájaként) Magyarországon hozzávetőlegesen **tizenkétezer vállalkozás** foglalkozik, saját tőkéjük összesen 46 milliárd forint, árbevételeük 128 milliárd forint, adózott eredményük 16 milliárd forint volt 2002-ben.²⁸

²⁶ Commission Communication: Follow-up to the high-level reflection process on patient mobility and health care developments in the EU; COM (2004) 301 Final

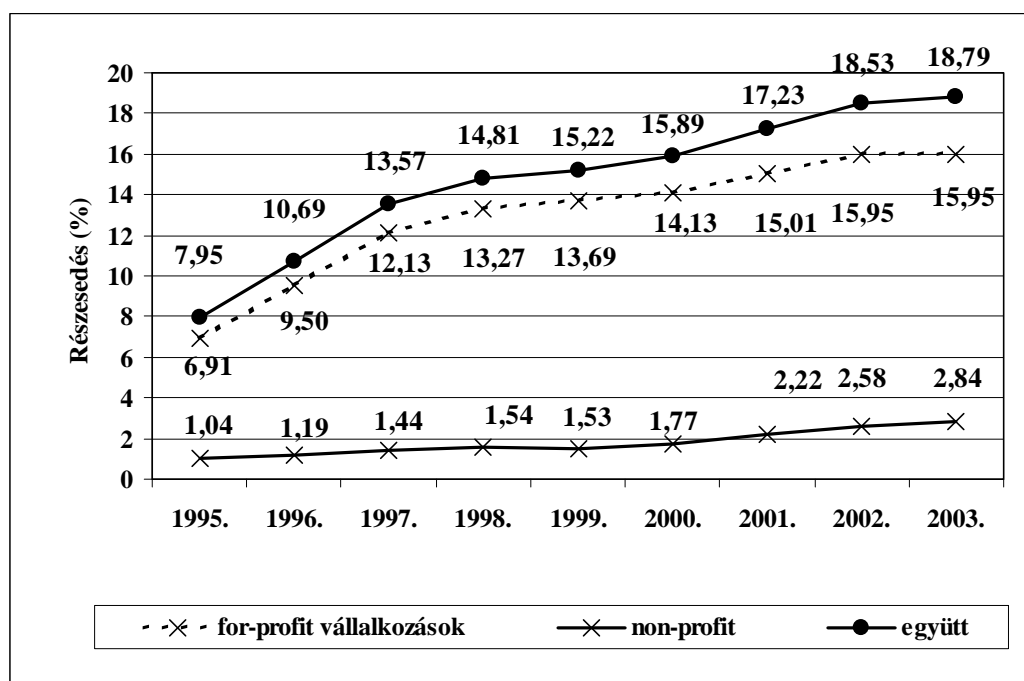
²⁷ A Magyar Gallup Intézet környező országokban - 2002. február-március között – végzett felmérése szerint a szomszédos országokban viszonylag jónak ítélik a magyar egészségügy teljesítményét.

²⁸ Jelentés az egészségügyi magánszféráról 2004., GKI-EKI Egészségügy-kutató Intézet, 2004.július

Az egészségügyi ellátással foglalkozó szakágazatok közül a *járóbeteg-ellátásban* működik a cégek közel kétharmada. Itt van a saját tőke közel kétharmada, és 2002-ben ez teljesítette az árbevétel 58%-át (ide tartoznak a háziorvosi szolgálattal, a foglalkozás-egészségügyi ellátással, járóbeteg szakellátással foglalkozó vállalkozások, diagnosztikai központok stb.). A második legjelentősebb terület az egyéb *humán-egészségügyi ellátás* (gyógytorna, gyógymasszázs, természetgyógyászat stb., otthoni ápolás), amely az árbevétel 18%-át realizálta. A *fekvőbeteg ellátásban* működő vállalkozások (magán kórház, otthoni ügyeletet ellátó vállalkozások, stb.) az árbevétel 15%-át teljesítették.²⁹

Az „outsourcing” másik típusaként megemlítendő a „kiszolgálói oldal”, mely alatt az egészségügyi intézmények működését támogató – tényleges egészségügyi feladatokat nem ellátó - szolgáltatások (pl. energetika, informatika, ételmezés, mosoda, takarítás, szemétszállítás, őrzés-védés, karbantartás, stb.) értendők. Az ilyen jellegű tevékenységek kiszervezése növekvő tendenciát mutat. Ezek közül kiemelendő az **informatika** területe, mely jelentős fejlesztési potenciállal bír.

Az alábbi ábra a *for-profit* vállalkozások és *non-profit* szervezetek százalékos részesedését mutatja be az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) gyógyító-megelőző ellátásokra fordított kiadásaiból az 1995-2003 időszakban. Látható, hogy a *for-profit* vállalkozások részesedése az 1995-ös 6,9%-ról 2003-ra 16%-ra nőtt, míg a *non-profit* szervezetek 1%-ról 2,8%-ra növelték részesedésüket. Ezen adatok csak az OEP-rel közvetlen szerződéssel rendelkező vállalkozásokat illetve *non-profit* szervezeteket tartalmaznak, azaz nem tartalmazzák azon vállalkozásokat, illetve *non-profit* szervezeteket, amelyek nem közvetlenül az OEP-rel szerződnek, hanem az OEP által finanszírozott intézmény (pl. kórház) adja tovább az egyes feladatok ellátását alvállalkozóknak (pl. diagnosztika, laboratórium, ügyelet, stb.).



Összességében tehát elmondható, hogy már ma is jelentős mértékben járul hozzá az állami finanszírozás a **piaci szereplők bevételeihez**.

²⁹ A GKI-EKI 2004. évi jelentése szerint a válaszadó egészségügyi szolgáltatással foglalkozó cégek (500 vállalkozás) 55%-a tervezi a következő 12 hónapban valamilyen fejlesztést, beruházást. A legjellemzőbb fejlesztési terv továbbra is az új gépek, műszerek beszerzése.

3.2. Korszerű technológiák vásárlásával

A korszerű egészségügyi eljárások bevezetése serkenti a csúcstechnológiák fejlesztését, gyártását, forgalmazását (ICT, digitális képkalkotó- és labordiagnosztika).

Az egészségügyi szolgáltatások növekvő műszerigénye (labor diagnosztikai eszközök, digitális képkalkotó készülékek) a csúcstechnológiát előállító és forgalmazó beszállítói körnek komoly piacot jelent. A biotechnológiai és gyógyszeripar, az orvosi eszközgyártás jelentős fejlődést felmutató, tudás-generáló szektorok a világszerte. A gyógyító-megelőző tevékenységekhez nélkülözhetetlen kutatás, tudományos tevékenységek és az ezeknek helyt adó intézmények meghatározó hatással vannak a magyar versenyképességre, innovációra, és pozitív továbbgúró hatásaik sem elhanyagolhatóak. A terület jelentős felhasználója a magas szintű képzettséget igénylő munkáknak. Az egészségügy legtöbb szereplője nagy mennyiségű és komplex adatokkal dolgozik, melynek rendszerezéséhez, használhatóvá tételéhez nélkülözhetetlen az információs-kommunikációs technológiai megoldások alkalmazása.

3.3. Munkahelyteremtő és munkaerő-felszívó képességével

Az egészségügyi ágazat a nemzetgazdaság egyik legnagyobb foglalkoztatója, mely nemzetközi összehasonlítások alapján még jelentősen bővíthető.

Az egészségügy **munkahelyteremtő, munkaerő-felszívó képességét** bizonyítja, hogy 2003-ban a „rég” EU tagállamok egészségügyi és szociális ellátásában a teljes foglalkoztatottak 9,8%-a dolgozott 2002-ben (Dániában 18,4%, Hollandiában 15,1%); míg ez az arány Magyarországon 6,2% volt.³⁰

Ma egy átlagos hazai megyei kórház hozzávetőlegesen 2000-2800 főt foglalkoztat.³¹ Ha ezt az adatot összevetjük a 100 legnagyobb nettó értékesítési bevétellel rendelkező magyar vállalat dolgozói létszámával, akkor a kórházak benne lennének az első 40 legtöbb dolgozót foglalkoztató cégek rangsorában, olyan vállalatokkal egy kategóriában, mint a T-Mobile Magyarország Rt., a Magyar Suzuki Rt., a Chinoi Rt. vagy a Tiszai Vegyi Kombinát Rt.³²

Az egészségügyi ágazat a nemzetgazdasági átlaghoz viszonyítva **nagyobb arányban foglalkoztat női munkavállalókat**. Az esélyegyenlőség javítása mellett az egészségügy fejlődésével lehetővé válik a nők további rétegeinek munkaerőpiacra való bevonása, ami az **aktivitási és a foglalkoztatási ráta növekedésével** emeli a háztartásban az egy főre jutó jövedelem nagyságát. Ezen felül sok esetben a munka jellegéből adódóan lehetőség lenne **részmunkaidős foglalkoztatásra** is, amely a családjukról is gondoskodó nők foglalkoztatását segítheti elő.

³⁰ Employment in Europe 2003.: Recent Trends and Prospects. European Commission, Directorate-General for Employment and Social Affairs. 2003.

³¹ OEP, 2003.

³² Figyelő, 2003.

4. VÁLASZ: KÜLSŐ FORRÁS BEVONÁSÁT SEGÍTI ELŐ

Az egészségügy jelentős mértékű külső forrás bevonására képes. Külső forrás alatt mind a közösségi (Strukturális Alapok, közösségi K+F források), mind egyéb magán befektetések értendők. A közösségi kohéziós politika jelenlegi dokumentumai szerint 2007 után nagymértékű közösségi forrás egészségügyi ágazatba való bevonására lesz lehetőség. Növekvő tendenciát mutatnak a magyar egészségügybe történő közvetlen, ill. közvetett befektetések is (*outsourcing*, PPP, K+F).

4.1. Községi források megszerzésével

Az egészségügyi fejlesztések a Strukturális Alapok prioritásai közé tartoznak, így Magyarország számára jelentős mértékű közösségi forrás bevonására van lehetőség.

Az Európai Bizottság közelmúltban megjelent közleménye szerint megvan arra a lehetőség, hogy az új tagállamok **egészségügyi infrastruktúrájának** (valamint az egészségre és az egészségügyi ellátásra ható infrastruktúrájának) a **felzárkóztatását szolgáló közösségi források** szerepe jelentősen megnövekedjen 2007 után.³³ A Bizottság elismeri, hogy ebben a tekintetben jelentős különbségek észlelhetők a régi és az új tagállamok között. A dokumentum azt is hangsúlyozza, hogy a közösség a volt tagállamokban – több programozási időszakon keresztül – **támogatott, ill. jelenleg is támogat** egészségügyi fejlesztéseket.³⁴ Kiemeli azt is, hogy a **tagállamoktól, régióktól függ**, hogy az egészségügyi infrastruktúra felzárkóztatása prioritást képez-e a közösségi források felhasználásában. Mindemellett a Bizottság elkötelezi magát a közösségi pénzügyi eszközök egészségügyet történő támogatásának ill. az egészségügy fejlesztési tervekben való **„megfelelő súlyának”** biztosítása mellett.

Mindezt megerősíti, hogy a *3. Gazdasági és Szociális Kohéziós Jelentés* az egészségügyet, a **regionális versenyképességet befolyásoló tényezők** közé sorolja, és azt is hangsúlyozza, hogy legalább olyan fontos a szerepe, mint a hagyományos infrastrukturális fejlesztéseknek (pl. útépítés).³⁵ Ezen túlmenően az Európai Regionális Fejlesztési Alap 2007 utáni felhasználásáról szóló új rendelet-tervezet – **tematikus prioritásként nevesítve az egészségügyet** – lehetőséget biztosít **„az életminőség javítását és a regionális fejlődést szolgáló** egészségügyi fejlesztések támogatására.”

A fentiek értelmében az egészség és az egészségügyi infrastruktúra fejlesztésére a **korábbiaknál nagyobb mértékű közösségi forrás** bevonására van lehetőség.

Az EU-ban az egészség és az egészségügy kérdéseire növekvő figyelem hárul. Az EU szintű egészségpolitika alapelvei változatlanul az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, a minőségi ellátás és a fenntartható finanszírozás. A hasonló problémák, kihívások következtében napirendre került az un. „nyitott koordinációs mechanizmus” (a foglalkoztatás és a társadalmi befogadás területén már működő együttműködési forma) egészségügyre és időskorú ellátásra (*long-term care*) 2006-tól történő kiterjesztésének kérdése.³⁶ A nyitott koordinációban való részvétel a tagállamoknak – a fenti elvekhez kapcsolódó közös célkitűzések elérésében – jelentéstételi köte-

³³ Follow-up to the high-level reflection process on patient mobility and health care developments in the EU. COM (2004) 301 Final

³⁴ Az érintett volt tagállamok elsősorban a kohéziós országok: Portugália, Írország, Görögország

³⁵ Third Report on Economic and Social Cohesion. European Commission. February 2004.

³⁶ Support for the national strategies using the open method of coordination. COM (2004) 304 Final

lezettséget fog jelenteni („*peer pressure*”).

Az EU jelenleg formálódó egészségpolitikai stratégiája hangsúlyeltolódást vetít előre. A korábbiaknál nagyobb hangsúlyt kap a gazdaság és a jóléti rendszerek reformjainak az összehangolása, annak hangsúlyozásával, hogy a gazdasági versenyképesség fokozása és az európai társadalmi modell fenntartása, a társadalmi kohézió növelése együttesen lehetséges és szükséges. Az EU jövőbeli egészségpolitikájára vonatkozó konzultációs dokumentuma hangsúlyozza az **egészség/egészségügy alapvető fontosságát a gazdasági fejlődés és a versenyképesség szempontjából.**³⁷ Az egészségügyi rendszer fejlesztésére fordított forrásokat nem rövidtávú költségként, hanem mint a **gazdasági fejlődésbe való hosszú távú befektetést** értelmezi.

A K+F-re szánt közösségi források 2007 utáni növekedése kedvező lehetőséget kínál a hazai egészségiparnak.

Az Európai Unió kutatási, technológiafejlesztési és demonstrációs keretprogramjaiban az **életminőség javítását célzó kutatások** – immár több cikluson át – **kiemelt prioritást** képeznek. A jelenleg futó 6. keretprogramban az első tematikus prioritás „a **genomika és a biotechnológia** az egészség szolgálatában”. Megjegyzendő, hogy ezekben a programokban kiemelten kezelik a kis-és közép vállalkozások bevonását is.

Az EU következő 2007-2013-as költségvetési időszakában a K+F-re fordított közösségi források **jelentős növekedése** várható, mely **adicionális források bevonásának lehetőségét** jelenti az egészségügyhez indirekt módon kapcsolódó magyar K+F-nek.^{38;39}

4.2. Befektetések ösztönzésével

Növekszik a magyar egészségügybe történő magánbefektetések (outsourcing, PPP, K+F) volumene.

A magyar egészségügybe történő – közvetlen illetve közvetett - befektetések közül a 3. fejezet már említést tett a tevékenységek kiszervezéséről, az „**outsourcing-ról**” (tényleges egészségügyi feladatok ellátása, támogató tevékenységek). A magántőke **beruházásai** utóbbi években növekvő tendenciát mutatnak.

Megemlítendő még a **PPP konstrukció** is, amelyre vannak már példák az egészségügyben is.

A K+F tevékenységek a **versenyképesség alapvető tényezőjét** jelentik. Példaként említendő, hogy jelentős a K+F Nemzeti Program orvostudományi prioritásainak kutatásába bekapcsolódó – állami forrást kiegészítő – partnerek által befektetett tőke.

A partneri viszony bizonyos esetekben a kutatási tevékenységbe való tényleges bekapcsolódást, más esetekben befektetői tőkét és a kifejlesztett technológiák hasznosítását, forgalmazását

³⁷ „Enabling good health for all, a reflection process for a new health strategy. European Commissioner for Health and Consumer Protection. 15 July 2004.

³⁸ „Building our common future: policy challenges and budgetary means of the enlarged Union. COM (2004) 101 Final. 10.2.2004.

³⁹ Science and technology the key to Europe's future. Guidelines for future EU research policy. COM (2004) 353

jelenti.

Az infrastruktúra részét képező minőségi egészségügy fejlesztésével javul a gazdaság tőkevonzó képessége.

A tőkevonzó képességet az infrastruktúra korszerűsége alapvetően meghatározza. Az infrastruktúra fogalma – a gyakran útépitésre leegyszerűsített értelmezés helyett – tágan értelmezendő és beletartozik a **minőségi egészségügyi ellátás elérhetősége** is. A tőke biztonsága mellett a beruházók szemében a személyek biztonsága is meghatározó. Így az egészségügyi ellátás színvonala, elérhetősége komoly mérlegelési szempont lehet a jelentősebb beruházásoknál.

5. VÁLASZ: NÖVELI A TÁRSADALMI KOHÉZIÓT, ENYHÍTI A TÁRSADALMI FESZÜLTSEGEKET

Magyarország EU tagállamként egy olyan nemzetközi közösség része, ahol a **gazdasági** és a **szociális dimenziók egyenlő súllyal** szerepelnek. A szociális védelem az európai társadalmi modell alapvető eleme. Ez a felfogás kapott megerősítést az Európai Tanács lisszaboni határozatában is, amely a 2010-ig terjedő időszakra egyrészt megfogalmazta a világgazdaságban legversenyképesebb tudásbázisú uniós gazdasági rend megteremtésének programját, másrészt irányelveket fogadott el egy aktív, az emberi tőkébe beruházó és a társadalmi kirekesztődést felszámoló **szociális védelem** és társadalompolitika megvalósítása érdekében. Ebben a programban kiemelt célkitűzésként szerepel a **magas minőségű és fenntartható egészségügyi ellátás biztosítása** a társadalmi kohézió növelése érdekében.⁴⁰

A versenyképesség és a társadalmi igazságosság a két alapvető vezérmotívuma a Magyar Köztársaság kormánya 2004-ben elfogadott programjának is.⁴¹ A **kormányprogramban** új és megerősített hangsúlyt kapott a szolidaritás elve, a szegénység visszaszorításának és az esélyegyenlőség érvényesítésének igénye, valamint az **egyenlő hozzáférési lehetőségek** megteremtése a szociális és **egészségügyi szolgáltatások** vonatkozásában.⁴²

5.1. A biztonságérzet növelésével

Az egészségügyi rendszer fejlesztése jelentősen hozzájárul a társadalmi biztonság megerősödéséhez.

A jólét egyik alapvető komponense a **biztonság**. A szociális védelmi rendszerek feladata, hogy a biztonságot növeljék olyan kockázatokkal szemben, mint az öregedés miatti jelentős életminőség romlás, a munkanélküliség, a fogyatékoság vagy a betegség. Ezen kockázatoknak a társadalmi szintű megosztása és kezelése megalapozza a társadalmi összetartozást és csökkenti a legsérülékenyebb csoportok leszakadásának a veszélyét. Ahogy ezt számos a témával foglalkozó közvélemény kutatás is megerősítette, a magyar társadalomban is rendkívül erős annak az igénye, hogy a betegséggel kapcsolatban felmerülő kockázatok **megfelelő kezelésére** közösségszerte garantált egészségügyi ellátás álljon rendelkezésre. A fejlett, **korszerű egészségügyi rendszerhez való hozzáférés** és annak **szakmai megbízhatósága** tehát alapvető fontosságú az állampolgárok biztonságérzete szempontjából.

A magyar társadalombiztosítás és egészségügyi ellátás azonban ma csak korlátozottan tud ennek a biztonsági igénynek megfelelni. Az egészségi ellátás felmerült költségeinek több mint 30%-a közvetlenül az igénybevevőkre hárul, ami nemzetközi összehasonlításban magasnak minősül. Az egészségügyre fordított közkiadások reálértékben csak 2002-ben haladták meg az 1992-es szintet. A 90-es évek második felében tapasztalható jelentős – 10%-ot meghaladó – kiadási visszaesés ugyanakkor **jelentős deficitet** halmozott fel **az egészségügyi infrastruktú-**

⁴⁰ Falusné Szikra Katalin: Az EU szociálpolitikája és Magyarország. Fejlesztés és Finanszírozás. 2004. 1 sz.

⁴¹ Lendületben az ország! A Köztársaság Kormányának programja a szabad és igazságos Magyarorszáért. 2004-2006. Budapest.

⁴² A minőségi és hozzáférhető egészségügyi ellátás biztosítását mind - az EU és a Magyar Kormány által aláírt - Közös Memorandum a Társadalmi Befogadásért és a Nemzeti Cselekvési Terv a Társadalmi Befogadásért megerősítette

ra állapota vonatkozásában.⁴³ Eközben Európai Unió összehasonlításban Magyarország **lényeges elmaradást** mutat néhány kulcsfontosságú egészségügyi technológia hozzáférhetőségében (pl. onkoradiológia, angioplasztika, speciális diagnosztikák).

5.2. Az egyenlőtlenségek csökkentésével

Az egészségügyi szektor kiegyenlítő fejlesztése csökkenti a napjainkra jellemző kirívó egészség-egyenlőtlenségeket.

A magyar lakosság rossz egészségi mutatóinak hátterében jelentős társadalmi különbségek és esélyegyenlőtlenségek állnak. Ez megmutatkozik az egészségi állapot és életkilátások társadalmi különbségeiben is. Ma egy legfeljebb nyolc osztályt elvégzett 30 éves férfi várható életkora 12 évvel elmarad egy felsőfokú végzettségű kortársától, de ez a különbség egy szakmunkás képzőt végzett egyén tekintetében is meghaladja a 6 évet. Ezek a különbségek a területi egységek között is számottevőek. Például a legrosszabb értéket adó régióban a 100 ezer lakosra jutó elvesztett életévek száma 25%-kal magasabb, mint a legkedvezőbb helyzetű régióban. Nem egy válságterületnek minősülő kistérségben ugyanakkor a várható élettartam a férfiak esetében több mint 4 évvel, de a nők esetében is közel 3 évvel rövidebb az országos átlagnál.⁴⁴

Az egészségügyi ellátó rendszer ma nem képes megfelelően kezelni ezeket a társadalmi egyenlőtlenségeket. A közfinanszírozású egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés vonatkozásában is érvényesülnek a **társadalmi és területi egyenlőtlenségek**, mégpedig a rosszabb egészségi állapotú társadalmi csoportok és térségek állampolgárai rovására. Ezt jól illusztrálja, hogy a legrosszabb népegészségügyi mutatókkal rendelkező Észak-Magyarországi Régióban az egy főre jutó egészségbiztosítási kiadás – egyes szakértők szerint – ma közel 18%-kal kisebb az országos átlagnál. Ez a tény részben összefüggésben állhat az ellátó **kapacitások** történelmileg örökölt **aránytalan megoszlásával**, ami a gazdaságilag elmaradott területi egységek **hátrányos helyzetét** tovább fokozza.⁴⁵

5.3. Az egészségüggyel kapcsolatos politikai feszültségek enyhítésével

Az egészségügy elmaradottságának felszámolása enyhíti a vele kapcsolatos régóta tapasztalható politikai feszültségeket.

Az egészségügy helyzetének és működtetésének kérdései a **politikai közélet kiemelt témái**. A szakmai közvélemény, a kamarák, szakszervezetek folyamatosan nyilvánosan hangoztatják elvárásaikat és kritikájukat mind szervezeti, mind finanszírozási kérdésekben. A „kórház-privatizációs” népszavazás a korábbiaknál is jobban felerősítette a vitát az ellátás színvonaláról, a bérkérdésről (a hálapénz tőle elválaszthatatlan kérdésével együtt), az intézmények tulajdonlásának kérdéséről, a privatizációról, a gyógyszerár-politikáról, miközben az ágazati vezetés gyakran sztrájkfenyegetéssel kénytelen szembenézni.

A felmérések szerint a **hazai lakosságot** is erősen foglalkoztatják az egészségügy és az

⁴³ Huber, M, Orosz É. (2003): Health expenditure trends in OECD countries, 1990-2001.

⁴⁴ Országos Epidemiológiai Központ (2004): Népegészségügyi Jelentés, Budapest

⁴⁵ Kincses Gyula (2004): Az egészségügy finanszírozásának alapkérdései. Budapest, ESKI előadás.

egészségpolitika kérdései: a felmérések szerint a megkérdezettek 31%-a tartja az egészségügyet az ország legfontosabb problémájának, és 57% említette az első három fő probléma között, melyet az EU jelentése is megerősített.^{46;47} A lakosok 56%-a válaszolt úgy ez év nyarán, hogy az egészségügy helyzetének alakulása miatt romlott a kormányzatról alkotott véleménye (ennél nagyobb százalékban csupán az energiaárak alakulása hatott a közvéleményre).⁴⁸ Az állampolgárok általában indokoltnak tartják az ágazati forrásbevonás szükségességét: 97%-uk egyetértene az-
zal, hogy az egészségügyi intézmények a jelenleginél több pénzt kapjanak a költségvetésből.⁴⁹ Az ágazati kérdések közpolitikában elfoglalt negatív tartalmú megítélését egy sikeres fejlesztéspolitikára eredményesen csökkentheti, ami politikai tőkévé is konvertálható.

⁴⁶ Medián, 2003.

⁴⁷ EUROBAROMETER 2004/1 – Közvéleménykutatás a tagjelölt és csatlakozó országokban (Gallup, 2004.)

⁴⁸ A közvélemény a Medgyessy-kormány első két évéről (Medián, 2004.)

⁴⁹ Elemzések a gazdasági és társadalompolitikai döntések előkészítéséhez 24. (Tárki, 2001. április)