



# **Az egészség és egészségügyi rendszer fejlesztésének makrogazdasági szempontjai**

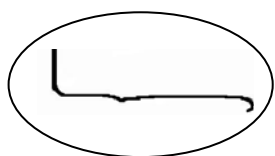
*Kató és Társa 2003. Tanácsadó Kft.*

**Készült a  
„ZÖLD GAZDASÁGÉLÉNKÍTÉS – Környezetgazdászok kiútkeresése”  
című kutatás keretében**

**a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal megbízásából  
a Gazdasági és Szociális Tanács felkérésére**

**Budapest, 2010. július**

Az egészség és egészségügyi rendszer  
fejlesztésének  
makrogazdasági szempontjai  
2010



*Kató és Társa 2003. Tanácsadó Kft.*

## Tartalomjegyzék

1.	Az egészségi állapot Magyarországon nemzetközi összehasonlításban.....	322
2.	Az egészségi állapotot befolyásoló főbb tényezők.....	326
2.1.	Az életmódot reprezentáló főbb indikátorok (néhány kiemelkedő halandósági tényező) szerinti nemzetközi összehasonlítás.....	326
2.2.	Oktatás.....	328
3.	Az egészségügyi ellátás rendszere.....	330
3.1.	Az egészségügyi ellátórendszer főbb jellemzői, problémái.....	330
3.2.	A prevenció és a népegészségügyi ellátások jellemzői, ráfordításai (nemzetközi összehasonlításban).....	334
3.3.	Az egészségügyre fordított költségek és szerkezetük {köz és magán; szolgáltatás jellege (HC), szolgáltatók (HP)} nemzetközi összehasonlításban.....	335
3.4.	Az egészségügyi rendszer hatékonysága.....	337
3.5.	A gazdasági fejlettség és az egyenlőtlenségek (gazdasági, egészségügyi) hatása az egészséget reprezentáló mutatók alakulásában.....	338
3.6.	A gazdasági fejlettségünkhöz és az egészségügyre fordított kiadásokhoz mérten rossz egészség-mutatók közti ellentmondás és a gazdasági fejlődésre gyakorolt hatás.....	339
4.	Az egészségbe történő befektetés lehetséges célrendszer és ráfordítási szükséglet.....	340
4.1.	Az egészségügyi rendszer fejlesztési stratégiájának célterületei.....	340
4.1.1.	Az egészségügyi rendszer fejlesztésének rövid, közép és hosszú távú irányai.....	341
4.1.2.	A célok eléréséhez szükséges állami többletráfordítás rövid (2 év), közép (3-5 év) és hosszabb (5-10 év) távon.....	345
4.2.	A többletráfordítások eredményeként keletkező nemzetgazdasági haszon.....	346
4.2.1.	Hozzájárulás a bruttó hazai termék (GDP) növekedéséhez.....	346
4.2.2.	Hatás a foglalkoztatottságra.....	349
4.2.3.	Az államháztartási mérlegre gyakorolt hatás.....	349
4.2.4.	A nemzetgazdaság növekedése szempontjából fontos más jellemzők.....	350
	Mellékletek.....	352

Az egészség a társadalom közjavainak egyike, hiszen fogyasztásából senki nem zárható ki. Az egészséghez való jog egyike a legfőbb emberi jogoknak, nemzeti szinten pedig alkotmányos jogként<sup>1</sup> biztosított. Ugyanakkor közgazdasági szempontból az egészség *egy különleges jószág, mert nem helyettesíthető árucikk*, hiánya lerombolja az egyén jövedelemtermelő képességét.

2008-ban a WHO Európai Régiójának Tagállamai a Tallinni Kartában elfogadták és megerősítették a korábbi kartákban és deklarációkban (Ottawa 1986, Jakarta 1997, Bangkok 2005) megfogalmazott értékeket, miszerint „*a jó egészségi állapot egyúttal elősegíti a társadalmi jólétet a gazdasági fejlődésre, versenyképességre és termelékenységre kifejtett hatása révén. A jól teljesítő egészségügyi rendszer hozzájárul a gazdasági fejlődéshez és a jóléthez*”.<sup>2</sup>

## 1. Az egészségi állapot Magyarországon nemzetközi összehasonlításban

Magyarország demográfiai és egészségügyi mutatói közismerten rosszak. Számos tanulmány és adatgyűjtés is arra a következtetésre jutott, hogy Magyarországon az egészségi állapotot jellemző mutatók igen kedvezőtlen képet festenek. Az OECD 2008. évi tanulmánya<sup>3</sup> Magyarországot a kiemelkedően rossz egészségi állapotú országok közé sorolta Csehország, Lengyelország, Törökország és Mexikó társaságában. Az Európai Unióban az elmúlt negyven évben tartós és jelentős növekedést figyelhettünk meg a **születéskor várható élettartamok**<sup>4</sup> vonatkozásában. Ez a kijelentés a 2004-es bővítéssel, valamint a később csatlakozott országok esetében is érvényes azzal a kitételrel, hogy itt a növekedés a '90-es évek elejétől, közepétől figyelhető meg. Mivel ez a növekedés nagyjából azonos ütemű, ezért a várható élettartamok tekintetében a régi és új tagországok között a különbség nem igazán változott. Magyarországon a várható élettartam már igen régóta alacsonyabb, mint a hasonló fejlettségű visegrádi országokban, s ez a lemaradás a '90-es évek közepéig csak növekedett. Az utóbbi években azonban némi javulás figyelhető meg, ennek ellenére 2008-ban is jelentősen

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

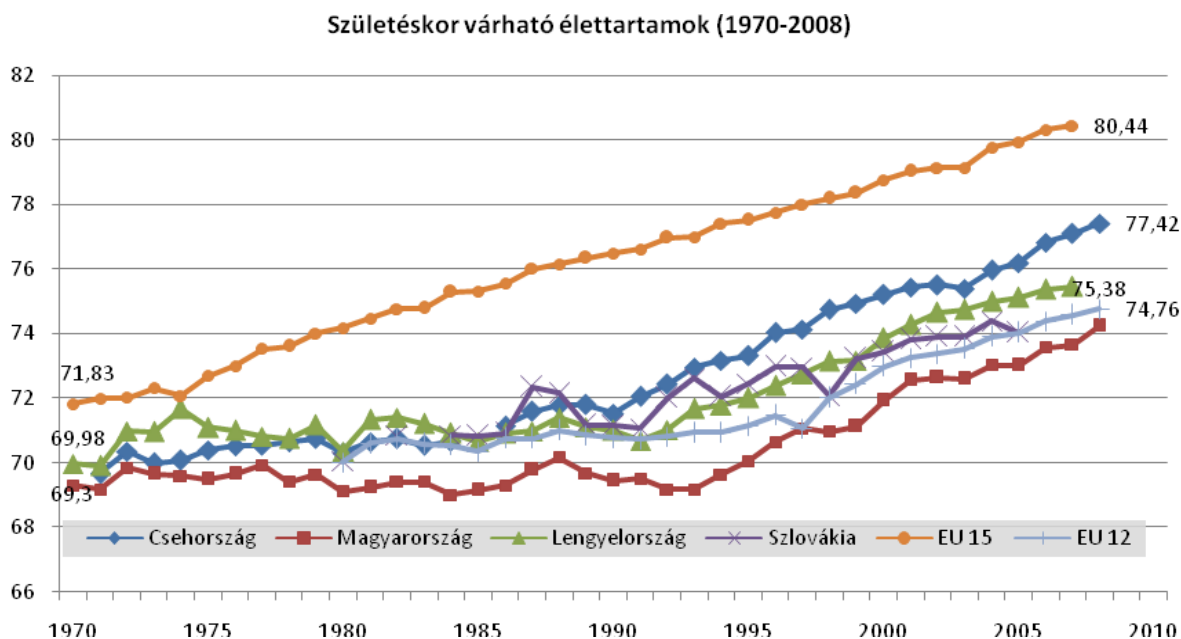
<sup>2</sup> WHO, 2008: Tallinni Karta: Egészségügyi Rendszerek az Egészségért és Jólétért

<sup>3</sup> Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency ECO/WKP(2008)35 2008

<sup>4</sup> A várható élettartam egy standardizált, ugyanakkor széleskörűen elfogadott mutató, mely átfogó módon ad információt a társadalom adott időpontbeli egészségi állapotáról. Ez használatos arra, hogy egyetlen számmal jellemezzük egy-egy populáció egészségi állapotát, de leginkább mégis az egészségi állapotban bekövetkező hosszabb távú változások bemutatására alkalmas.

rövidebb életre számíthatnak a magyarországi lakosok, mint akár a visegrádi országokban élők. 2008-ban Magyarországon a születéskor egy átlagos ember 74,2 év hosszúságú életkorra tervezhet, ezzel szemben az átlagos uniós polgár 79,3 évre, ugyanakkor az utóbbi évtizedben csatlakozott államokban is 74,8 év a várható élettartam.

1. sz. ábra



Forrás: European Health Database

A várható élettartamok alakulása a férfiak és nők esetében eltérő képet mutat (1. sz. melléklet). A nők esetében a '70-es évek elejétől a születéskor várható élettartamok évről évre stabilan növekszenek. Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy a fejlettebb uniós tagállamok esetében a nők várható életkora 1970-től a '90-es évek elejéig gyorsabb ütemben növekedett, így a kezdeti 2,7 év különbség a vizsgált időszak alatt 6,4 is volt, s jelenleg 5,4 év körül van. A nők várható élettartama a 2008-as évben Magyarországon 78,3 év, az EU-ban 82,3 év, és az új tagállamok esetében is 78,9 év. A stabil növekedés azonban csak arra volt elég, hogy a visegrádi országokhoz képest már a '70-es évek elején meglévő lemaradás ne növekedjen tovább (3. sz. melléklet).

A férfiak várható élettartamainak alakulása még kedvezőtlenebb képet fest. Az 1970-es évek elején a várható élettartamok Magyarországon és a visegrádi szomszédok esetében többé-kevésbé azonosak voltak, s a fejlettebb uniós tagországoktól is csak nagyjából 2 évnnyi volt az elmaradás, hasonlóan, mint a nők esetében. Azonban míg a nyugat-európai országokban a férfiak esetében is stabilan növekedett a várható élettartam, addig a visegrádi országokban a tendencia ellentétes irányt vett, különösképpen Magyarország esetében, ahol 1993-ban a

férfiak 9 évvel rövidebb életkorra számíthatnak, mint szerencsésebb nyugat-európai társaik (2008-ban ez a különbség 8,2 év). 2008-ban a magyar férfiak várható élettartama 6,2-el kevesebb, mint az uniós átlag (2. sz. melléklet).

A várható élettartamok mellett igen fontos mutató az **egészségben várható élettartam** (mely morbiditási és mortalitási információkat is tartalmaz), mert alapvetően ennek a várható élettartamhoz viszonyított aránya határozza meg a gazdasági potenciált, valamint befolyásolja az egészségügyi és más közkiadások nagyságát. A várható élettartam növekedésével ugyanis a társadalom tovább öregszik, s ha ezt nem követi az egészségben eltölthető életek növekedése, akkor mind az egészségügyi ellátó rendszer, mind a nyugdíjrendszer további nyomás alá kerül. A nők esetében az egészségben eltölthető évek száma a várható élettartam 74%-ának felel meg, míg a férfiaknál ez a mutató 79,3%. A férfiak tehát kevesebbet élnek ugyan, de azt jellemzően egészségesebben, mint a nők. A férfiak esetében egészségben eltölthető életek és a várható életek aránya az Európai Unióban átlagosan 80% felett mozog, míg a nőknél 75% körül van (4-5. sz. melléklet).

Az **egyes életkorokban várható élettartam** még részletesebb képet ad egy adott társadalom adott pillanatbeli egészségi állapotáról. Magyarországon jellemző, hogy a vizsgált országokhoz képest várható élettartamokban mutatkozó lemaradás az aktív korosztály esetében még erőteljesebb. A 45 éves korosztálynak már a rosszabb egészségi állapot miatti magasabb halálozási valószínűség következtében jóval gyengébb életkilátásokkal kell szembenéznie, mint az uniós társaknak. A megállapítás fokozottan érvényes a 65 éves korosztályra (6. sz. melléklet).

Az egészségi állapotra vonatkozó következtetéseket a **halálozási valószínűségek** vizsgálatából is le lehet vonni. Az európai országok esetében nyugatról kelet felé haladva a 100 ezer lakosra vetített kor standardizált halálozási mutató (SDR) növekszik<sup>5</sup>. A halálozási mutatónk már a 30-as korosztály esetében kiemelkedik az európai átlagból, de a 41 évesektől kezdődően egészen a 73 éves korosztályig igen magas, sőt 58 éves korig a különbség még növekszik is (7. sz. melléklet).

Az európai átlaghoz képest kirívóan magas halálozási arányok alapvetően a rossz egészségi állapotnak köszönhetőek. A rosszindulatú daganatos megbetegedésekben 40%-kal, a keringési rendszer megbetegedéseiben 93%-kal, a légzőrendszer betegségei miatt 7%-kal, az emésztőrendszer betegségei miatt pedig 126%-kal magasabbak a halálozási mutatóink, mint az uniós átlag (8. sz. mellékletben).

---

<sup>5</sup> The European Health Report 2009, WHO

A halálzási mutatók egy speciális változata a korai halálzás, amelyből **az elkerülhető halálzás**<sup>6</sup> kapcsolható össze az egészségügyi rendszer működésével, minőségével, hatékonyságával. Magyarország a 2000-2002. évi adatok felhasználásával készült nemzetközi összehasonlításban a nők között 13. helyen, a férfiak esetében a 14. helyen szerepelt a 14 európai ország rangsorában (9. sz. melléklet). 2001-2008 között az elkerülhető halálzás (a 100 ezer főre jutó 75 év alatti személyek esetében) a nőknél 20, a férfiaknál 17%-kal<sup>7</sup> csökkent, azonban az összes korai halálzásban képviselt részarányuk alig változott (4, illetve 2%pont csökkenés) (10. sz. melléklet).

---

<sup>6</sup> Elkerülhetőnek azok a halálzások tekinthetők, amelyek megfelelő orvosi beavatkozással elkerülhetőek lennének, amely indikátorok az egészségügyi ellátás minőségének, igénybevételének is a jellemzői. (A mutató természetesen körültekintő értékelést igényel, mivel egyes indikátoraira a társadalmi, gazdasági helyzet stb. is befolyást gyakorol) Az elkerülhető halálzások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése stratégiai irányhoz a klasszikus értelemben vett másodlagos megelőzési programok, a magas kockázatú csoportok körében végzett megelőzési tevékenységek tartoznak: a szív- és érrendszeri betegségek megelőzése, a daganatos betegségek terjedésének fékezése, a lelki egészségvédelem megerősítése, a mozgásszervi betegségek megelőzési és gondozási programjai és az AIDS-prevenció.

<sup>7</sup> Forrás: Egészségjelentés - 2010 (Egészségmonitor Kft)

## 2. Az egészségi állapotot befolyásoló főbb tényezők

Az egészség egy olyan állapot, mely rendkívül sok tényező kedvező együttes hatásának eredményeként valósul meg. Az egészségi állapotunkat befolyásolja szociális helyzetünk, gazdasági lehetőségeink, a környezet minősége, amelyben élünk, az egészségügyi rendszer állapota, az ahhoz való hozzáférhetőség, a genetikai állományunk, az egyéni életvezetésünk és sok egyéb változó. Az egészségi állapotra ható főbb faktor-csoportokat mutatjuk be a teljesség igénye nélkül, elsősorban azokat, melyek hatásmechanizmusa bizonyos módon az egészségügyi rendszer működésén keresztül is érvényesül.

### 2.1. Az életmódot reprezentáló főbb indikátorok (néhány kiemelkedő halandósági tényező) szerinti nemzetközi összehasonlítás

A WHO egészségügyi jelentése szerint hét életmódbeli, illetve magatartásbeli kockázat tehető felelőssé a WHO európai régiójában kialakuló betegségterhek 60%-ért<sup>8</sup>. Ezek a következők: magas vérnyomás, dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, magas koleszterinszint, egészségtelen táplálkozás és elégtelen fizikai aktivitás. A tanulmányunkban az életmód egészségre gyakorolt hatását kiemelten kezeljük, mert Magyarországon ezen a területen végzett fejlesztések jelentős javulást hozhatnak az egészségi állapotban.

A **dohányzás** az az életmódbeli rizikófaktor, amely az európai térség országainak több mint a felében a betegségterhek kialakulásához leginkább hozzájárul. Egyes tanulmányok szerint a dohányzáshoz köthető megbetegedések a rendszeresen dohányzók mintegy felének a halálát okozzák, melyet a tüdőrák miatti mortalitás és a dohányzási prevalencia közötti szignifikáns kapcsolat is jelez. Az európai régióban a dohányzás tehető felelőssé az elhalálozások 25, az elvesztett életévek 17%-áért<sup>9</sup>. Ráadásul a dohányzás által okozott elhalálozások a leginkább megelőzhetők, hiszen nem csak az egyén felelőssége jelentős, hanem a kormányzati, fiskális és egyéb intézkedések is hatásos fogyasztáskorlátozó hatással lehetnek.

*A dohányzáshoz köthető 100 ezer főre vetített standardizált halálozási mutató Magyarországon (431,54/100 ezer fő) 2008-ban még mindig majdnem a duplája az uniós átlagnak (217,93/100 ezer fő), de 20%-kal az újonnan csatlakozott országok átlagát, valamint a többi visegrádi ország értékeit is meghaladja. A dohányzás okozta halálozás folyamatosan csökkenő tendenciát mutat. 1980 és 2008 között az unióban átlagosan 40%-kal csökkent*

<sup>8</sup> WHO 2009: European Health Report 2009

<sup>9</sup> Ua.

dohányzáshoz köthető halálozás, Magyarországon csak 25%-kal, míg Csehország esetében 50%-os a javulás. A vizsgált országokkal összehasonlítva mind a férfiak, mind a nők esetében csökkenő tendenciát állapíthatunk meg, azonban a vizsgált időszakban a férfiaknál valamelyest jobban csökkent a halálozás, ami azonban még így is a nők körében bekövetkező halálozási arány duplája (11-13. sz. melléklet). A dohányzók aránya a vizsgált államok körében Magyarországon a legmagasabb (14. sz. melléklet). A háztartási kiadások 3,5%-át költik dohánytermékekre, míg az unióban ez csak 1,8%, amely nem csak relatíve, de abszolút értelemben is jelentősebb fogyasztást jelent (15. sz. melléklet).

Az **alkoholfogyasztási** szokások nem csupán az egyén életmódjáról szólnak információval, hanem az adott társadalom lelkiállapotát is leképezik. Az alkoholkérdés egyre fontosabb témává válik az Európai Unióban, mert több fejlett országban is emelkedik az alkoholfogyasztás és az ennek következtében, illetve ezzel kapcsolatban bekövetkező betegségek. Az Unióban a halálozás mintegy 8, az egészségkárosodással korrigált életevek (DALY<sup>10</sup>) 14%-áért az alkohol a felelős. Magyarországon az alkoholfogyasztással kapcsolatba hozható halálozások az elmúlt 30 évben mintegy 36%-kal csökkentek, ugyanakkor az Unió fejlettebb tagállamaiban a csökkenés több mint 55%. A férfiak körében az alkoholfogyasztás is magasabb, mint a nők esetében. *Magyarországon az alkohol miatti elhalálozás kétszer olyan gyakori, mint átlagosan az Unióban*, de a mutató még a visegrádi országokkal összehasonlítva is magasnak mondható (16 -17. sz. melléklet).

Az egészségtelen étkezési szokások, valamint a mozgásszegény életmód olyan életstílusbeli rizikófaktorok, amelyeknek a hatását az **elhízásban** lehet leginkább tetten érni. Ugyanakkor az elhízást okozó életstílusbeli faktorok jobb megértése érdekében vizsgálják a magas energia-bevitelt, a cukorfogyasztást, a fizikai aktivitást stb. A WHO adatai szerint a túlsúly és az elhízás a dohányzás mellett a második legfontosabb megelőzhető kockázati tényező. Az európai régióban a felnőttek 30-80%-a túlsúlyos, azonban még veszélyesebb, hogy a gyermekek esetében az arány 60% felett van.<sup>11</sup> Az elhízás okozta betegségek kezelése átlagosan az egészségügyi költségek 6%-át teszi ki, a WHO Európai Régiójának egyes országaiban a nemzeti össztermék (GDP) 1%-át is eléri, s a fejlett országok esetében növekvő problémát jelent. Magyarországon a legutóbbi adatok szerint a felnőtt lakosságnak 52%-a túlsúlyos vagy elhízott. A visegrádi, illetve egyes, jobb egészségi mutatókkal

---

<sup>10</sup> DALYs (*Disability-Adjusted Life Years*, azaz *Egészségkárosodással korrigált életevek*) egyetlen mutatóban összegzi a korai halálozás következtében elvesztett életeveket (YLL – Years of Life Lost), tehát a mortalitást, és a károsodott egészségi állapotban leélt éveket (YLD – Years Lived with Disability), vagyis morbiditást. Egy DALY egyenlő egy olyan életevnyi veszteséggel, amit teljes egészségben lehetett volna megélni. Ezt a mutatót a betegségteher (burden of disease) mérésére, annak számszerűsítésére alakították ki.

<sup>11</sup> WHO 2009: European Health Report 2009

rendelkező országokhoz képest Magyarországon az elhízottság és túlsúlyosság magasabb arányban van jelen (18. sz. melléklet). A KSH 2009. évi felmérése<sup>12</sup> szerint Magyarországon a 15 év feletti lakosság 53,7%-ának a kívánatosnál magasabb a testsúlya a BMI index<sup>13</sup> szerinti méréssel.

A fent tárgyalt rizikófaktorokat életstílusként értelmezve hajlamosak vagyunk ezeket kizárólag az egyén felelősségi körébe utalni, holott ezen viselkedési minták alakításában is fontos szerep jut a társadalom egészének és a kormányzatnak is. A társadalom az egészségre káros szokások korlátozását akár civil kezdeményezéseken alapulva, közvetlenül az egyén felelősségteljes magatartásának hangsúlyozásával, akár a kormányzati politika szintjén, a jogszabály-alkotás lépésein keresztül is befolyásolhatja.

Az Európai Unióban kedvező tapasztalatok mutatják, hogy az egyéni viselkedésminták befolyásolásában a kormányzat akár fiskális eszközökkel is jelentős sikereket érhet el az egészségre káros termékek fogyasztásának csökkentésében, illetve a fogyasztás lehetőségének korlátozása, tiltások, büntetések, oktatás, ösztönző programok stb. segítségével. Összességében az egészséges életmódra való ösztönzésnek széles körben, több politikában is meg kell jelennie.

## 2.2. Oktatás

Az oktatás és az egészségi állapot közötti pozitív korreláció széles körben ismert tény, azonban a kapcsolat irányát tekintve már megoszlanak a vélemények: mind az oktatás színvonala, mind a végzettség szintje determinálhatja a jobb egészségi állapotot, hiszen a tanultabb emberek általában egészségesebb és tudatosabb életet élnek<sup>14</sup>, de legalábbis mindenképpen jobb szociális helyzetben vannak, mint az iskolázatlanabb rétegek. Ugyanakkor az oktatásban résztvevők aktuális egészségi állapota is hatással van a későbbi eredményeikre, ugyanis az egészségi állapot maga is befolyásolja az iskolapadban eltöltött évek számát, valamint azt, hogy ott az egyén milyen teljesítményt képes nyújtani. A várhatóan hosszabb élet szintén pozitívan befolyásolja a tanulásba való egyéni befektetés igényét. Az oktatás szerepének tárgyalásakor hangsúlyozni kell annak egészen közvetlen hatását is, hiszen maga a képzés tartalmazhat olyan elemeket, amelyek az egészségesebb életmódra, az egészséggel kapcsolatos ismeretekre koncentrálnak. A kapcsolatok összetettsége, a

<sup>12</sup> Az Európai Parlament és a Tanács 1338/2008/EK rendelete a népegészségre és munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról értelmében a KSH 2009. évi felmérése (ELEF).

<sup>13</sup> BMI index: Az elhízás mértékére általánosan elfogadott testtömegindex, amely a túlsúlyosságot 25 feletti értékekre határozza meg.

<sup>14</sup> OECD 2008: Health Status Determinants: Lifestyle, environment, health care resources and efficiency

változók sokfélesége az oktatás egészségre gyakorolt hatásának egyetlen kvantitatív mutatóval való mérését nem teszi lehetővé, sokkal inkább kvalitatív vizsgálatokra van szükség. (Az iskolázottság Magyarországon nem rosszabb, mint a környező államokban, az egészségi állapot mégis sokkal rosszabb.) (19. sz. melléklet). Mindenesetre az oktatás szerepe az egyéni életmód megválasztásában igen erőteljes, ezért a rossz egészségi mutatókkal rendelkező társadalmak döntéshozóinak kiemelt figyelmet érdemes fordítani a fejlesztés ezen a csatornán keresztül történő támogatására.

### 3. Az egészségügyi ellátás rendszere

Az egészségügyi rendszer működtetésének fő célja, a WHO szerint, hogy javítsa a lakosság egészségét, megóvja őket az egészség megromlásának következményeitől<sup>15</sup> és teljesítse méltányolható elvárásait.

#### 3.1. Az egészségügyi ellátórendszer főbb jellemzői, problémái

A rendszerváltás időszakában újrászabályozott egészségügyi feladatokból *állami feladatként* határozták meg a közegészségügyi, járványügyi és egészségvédelmi tevékenység irányítását és felügyeletét, valamint az egészségügyi ellátás felügyeletét. A gyógyító-megelőző ellátások szervezése *az ellátási kötelezettség elvén* az Alkotmányban és az Önkormányzati törvényben<sup>16</sup> deklarált jog és kötelezettség.<sup>17</sup>

Az egészségügyi ellátórendszer a rendszerváltás óta – a kimutatható fejlődése ellenére is – működésében az eredményességét, hatékonyságát is befolyásoló, ellentmondásokkal terhelt, megoldatlan szakmai és szervezési problémákkal küzd.

- 1) A háziorvosi ellátásban a számbeli hiány és a területi hozzáférés egyenlőtlensége fokozódik (évek óta betöltetlen körzetek, a nyugdíj-korú orvosok egyre nagyobb száma, az utánpótlás hiánya, a háziorvosi praxisok átadásának megoldatlansága); a feladatellátásban a definitív ellátás hiánya, a kapuőr-funkció hiányossága, a szakmai szinten-tartás problematikája tapasztalható. (20. sz. melléklet).
- 2) A *járóbeteg-szakellátásban a klinikai szakterületeken* az esetszámok az évek során alig változtak, azon szakmapolitikai deklaráció ellenére, mely szerint a kórház helyett ezen a szinten kell (kellene) a definitív szakellátást biztosítani. *A gondozói ellátás* területén az esetszámok csökkenését nem követte a feladatok, szerepek „újragondolása” annak ellenére sem, hogy a jelenlegi morbiditásnak, azaz a civilizációs betegségeknek (szív- és érrendszeri megbetegedés, hipertonia, diabétesz, COPD,

<sup>15</sup> <http://www.emro.who.int/> Az egészségügyi rendszer részeként a hagyományos gyógyító rendszerek mellett a népegészségügy, egészségügyi kutatás, oktatás, informatika, egészségbiztosítás sorolható. A vizsgálatokban a jelenlegi egészségügyi rendszerstruktúrát tekintettük.

<sup>16</sup> 1990. évi LXV. tv. a helyi önkormányzatokról

<sup>17</sup> Magyarországon ma az egészségügyi alapellátás megszervezésért a települési önkormányzatok a felelősek, szakellátás tekintetében pedig a városi, kerületi, megyei, fővárosi önkormányzatnak van intézmény-fenntartási kötelezettsége, kötelező vagy önként vállalt feladatként. Az egészségügyi szolgáltatók az OEP-pel kötött kapacitás-lekötési és finanszírozási szerződés szerint – a területi ellátási kötelezettség alapján – részesülnek működési finanszírozásban.

mozgásszervi-megbetegedések stb.) megfelelő esetek gondozása nem kellően megoldott (21. sz. melléklet).

- 3) A fekvőbeteg ellátásban az orvosi technológia gyors fejlődése által lehetővé tett **rövidebb ellátási idők kihasználására és/vagy a progresszivitás alacsonyabb fokán is ellátható esetek rendszerszerű bevezetésére** nem került sor. (Például a 2007. évi hazai összes műtéthez képest az egynapos esetek 8%-os részaránya nemzetközi viszonylatban alacsonynak tekinthető. Dániában, Finnországban, Hollandiában ez az arány meghaladja a 40%-ot.). **A fekvőbeteg ellátásban a kórházi össz-ágyszám – a 2007. évi drasztikus csökkentés után – éri el az EU-s átlagot.** A 100 ezer lakosra jutó aktív ágyszám 413,4-re csökkent, amely 4,5%-kal magasabb az unió 2006. évi átlagánál (22. sz. melléklet).
- 4) Az Európai Egészségi Fogyasztói Mutatót (Euro Health Consumer Index, EHCI<sup>18</sup>) 2005 óta évenként állítják össze, mely a fogyasztó szemszögéből rangsorolja az európai egészségügyi rendszereket. Magyarország rangsorban elfoglalt helyét összefoglalóan a középmezőnyből az utolsó harmadba történő visszaesés jellemzi. Előrelépés tapasztalható a betegjogok, a betegtájékoztatás, a gyógyszerügy területén, azonban a várakozási idők (házi-orvosi, szakorvosi hozzáférés, nem sürgős műtétek, rákterápiák, CT, illetve MRI), valamint a teljesítmény indikátorok (szívinfarktus, gyermekhalandóság, rákbetegek 5 éves túlélése, MRSA fertőzés stb.) 2008-hoz képest csökkenő pontszámai eredményezték a visszaesést (23. sz. melléklet).
- 5) Az egészségügyben foglalkoztatottak számát – a gazdasági törvényszerűségek (kereslet-kínálat) mellett – alapvetően meghatározza, hogy a feladatellátás biztonsága érdekében az állam, az Alkotmányban vállalt kötelezettségének megfelelően, a tevékenység gyakorlásának feltételeit jogszabályokban rögzíti<sup>19</sup>, amely mind tárgyi, mind személyi feltételekre kiterjed. Az egészségügyben betöltött állások száma 2006. évig növekvő, 2007. évtől csökkenő tendenciájú, amely a struktúramódosítás, valamint a finanszírozás romlása miatt következett be. A 2008. évben **az egészségügyi ágazat a foglalkoztatottak 4,5%-át alkalmazta.** Az egészségügy foglalkoztatási problémái a létszámhiány mellett a munkaköri, területi, szakmacsoportos, életkor szerinti strukturális problémákat is jelentenek:

---

<sup>18</sup> A vizsgálat 2005-ben 12 országban 20 indikátor alapján indult. 2006-ban 26 országban 28 indikátort mértek, 2009-ben már 31 országban 38 indikátor vizsgálatát végezték. Az elemzést független kutatóintézet (Health Consumer Powerhouse) végzi. Az indikátorokat 6 fő csoportba sorolják: beteginformáció és betegjogok, e-egészségügy, várakozási idők, teljesítmény (kimeneti indikátorok), a szolgáltatások típusa és elérhetősége, valamint a gyógyszerügy.

<sup>19</sup> 60/2003 ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges minimum feltételekről

- a. A 2008. évben az ágazatban a betöltött álláshelyek száma 4,7%-kal alacsonyabb volt a minimum feltétel szerint szükséges létszámnál (24. sz. melléklet).
- b. Európában átlagosan 32 orvos jut tízezer lakosra, hazánkban ez 1,6 fővel kevesebb. A dolgozó orvosok területi megoszlása azonban nem egyenletes, amely következtében sérül a betegek ellátása során az esélyegyenlőség és a hozzáférhetőség. További problémát jelent, hogy egyes szakmákban az orvoshiány mértéke átlagot meghaladó (pl. radiológia), másrészt várhatóan növekedni fog a hiány szakmacsoportok száma az aktív orvosok előregedő korfáját figyelembe véve (25-26. sz. melléklet).
- c. A szakdolgozói létszámban jelentős létszámcsökkenés következett be az utóbbi években, amellyel párhuzamosan a munkakört betöltő szakképzettek részaránya a közel 100%-os szintről 98,1%-ra csökkent (27. sz. melléklet). *Az ápolóellátottság az uniós átlagtól jelentősen elmarad.*

Az egészségügy humán erőforrás problémáit súlyosbítják az egészségügyi rendszer finanszírozási anomáliái, mely jelentősen rontja a kereseti viszonyokat, így további munkaerőhiányt generál. Az alacsony keresetek nem versenyképesek a nyugat-európai, szintén orvos- és ápolóhiánnyal küzdő, de lényegesen jobb jövedelmi viszonyokat biztosító rendszerekkel. A szakorvosi jövedelem Magyarországon az átlagjövedelem másfélszerese, számos nyugati országban ez négy-öttszörös, de a cseheknél is háromszoros különbséget jelent.<sup>20</sup>

- 6) Az eszközfejlesztések finanszírozása, a duális finanszírozásnak megfelelően, a tulajdonos feladata. Az egészségügyi ágazat költségvetési beszámolójának<sup>21</sup> feldolgozása alapján látható, hogy az intézményi felhalmozási kiadások<sup>22</sup> a 2006-2007. években 35 milliárd Ft körüli értéken stagnáltak, amely a költségvetési intézmények költségvetési kiadásainak 5% körüli értéke. A fejlesztési szükséglet azonban minden vagyonelem tekintetében ennél nagyobb mértékű:
  - a. A vagyontaszter minősítése alapján a fekvőbeteg intézmények beépített térfogatának – 2006. évi állapot szerint – 17%-a szanálendő vagy teljes rekonstrukcióra szorul, itt található az ágyak 18%-a.

<sup>20</sup> Forrás: Vitán felül Hogyan tovább egészségügy? AMCham Hungary 2010 április Különszám

<sup>21</sup> Kató és Társa 2003. Kft: Az egészségipar és az egészségügyi rendszer szerepe és hozzájárulása a nemzetgazdaság teljesítményéhez II. kötet

<sup>22</sup> A tényleges eszközfejlesztés ennél nagyobb értékű, mivel a kiadási adatok a térítésmentes átvétel adatait nem tartalmazzák.

- b. Az orvostechnikai eszközök számának növekedése ellenére az eszközök átlagos életkora tovább romlott, hasonlóan a kórháztechnikai és számítástechnikai eszközökhöz (28. sz. melléklet).
- 7) A hazai egészségügyi rendszer társadalombiztosítás alapú, amelynek forrásai az Egészségbiztosítási Alapban mint állami garanciával működő elkülönített pénzügyi alapban koncentrálnak. Az Egészségbiztosítási Alap finanszírozását a kilencvenes évek eleje óta a foglalkoztatáspolitikája dominálja. Ennek a legfontosabb következményei a meredeken csökkenő járulékszint<sup>23</sup> és az Egészségbiztosítási Alap fokozatosan adóalapú finanszírozása (29. sz. melléklet). Míg a munkáltatók szerepvállalása nagymértékben csökkent a források előteremtésében, addig a lakosság terhelése jelentősen megnőtt. A központi költségvetés hozzájárulásának elvi alapjai áttekinthetetlenek és nehezen ellenőrizhetők, amivel súlyos károk keletkeznek az ellátórendszer színvonalának közép és hosszú távú fenntarthatóságában.
- Az Egészségbiztosítási Alap felhasználásában a természetbeni ellátások nominálisan közel ötszörös (4,7) növekedése, összehasonlítva árakon számolva, 1994-hez képest csak 9,2%-os növekedést jelent, azaz reál-értéken a 2008. évi 1 136 340 milliárd Ft 1994. évi áron csak 276 880,5 milliárd Ft felhasználást<sup>24</sup> jelentett az egészségbiztosítás körébe tartozó **természetbeni ellátásokra** (30. sz. melléklet). A költségvetés Egészségbiztosítási Alapra tervezett előirányzatainak tartását az intézmények számára a szakellátásban a teljesítményvolumen-korlát (tvk) bevezetésével biztosították. A teljesítménykorlát alkalmazása kettős hatású: részben a várakozási idők növekedtek, részben az egészségügyi ellátás jellegéből adódóan az intézmények nem finanszírozott ellátásokat is végeznek, amely likviditási helyzetüket tovább rontja.
- 8) A konvergencia-program forráskivonása, az aktív fekvő kapacitások csökkentése és a lényegében változatlan struktúra együttesének eredményeként az egészségügyi intézmények a szállító állományváltozással korrigált **szakágazatonkénti működési fedezete**<sup>25</sup> mind a fekvő, mind pedig a járóbeteg (alap- és szakellátás) ellátás esetében negatív szaldót mutatott 2007-ben (31. sz. melléklet).

A fenti tendenciák a 2009. év végére az intézményrendszer jelentős eladósodását eredményezték, amelyet csak a finanszírozás-változás (3 hónap helyett 2 hónapos csúszással történő finanszírozás) egy havi többlete mérsékelte, hatása azonban időleges. A tartós

<sup>23</sup> A társadalombiztosítási rendszerű európai országokkal (14 db) összehasonlítva az egészségügyi járulékszint a 9. a csökkenő rangsorban szemben a nyugdíjjárulék első helyével.

<sup>24</sup> [http://www.eski.hu/new3/adatok/adatok\\_tablázatok.php](http://www.eski.hu/new3/adatok/adatok_tablázatok.php)

<sup>25</sup> Kató és Társa 2003. Kft: Az egészségipar és az egészségügyi rendszer szerepe és hozzájárulása a nemzetgazdaság teljesítményéhez II. kötet; az ágazatba sorolt költségvetési szervek beszámoló adatai feldolgozása alapján

likviditási problémák azt jelzik, hogy egyrészt az intézményrendszer a jelenlegi forrásokból nem finanszírozható, másrészt – a konvergencia program által kivont források miatti teljesítménykorlátozás következtében – romlott az ellátáshoz való hozzáférés időintervalluma, hosszú várólisták alakultak ki.

### 3.2. A prevenció és a népegészségügyi ellátások jellemzői, ráfordításai (nemzetközi összehasonlításban)

Az egészséget meghatározó tényezők többsége az egészségügyi szektor kompetenciáján kívül esik, sok esetben más ágazatok (oktatás, kultúra, környezetvédelem, közlekedés, földművelés és vidékfejlesztés, pénzügyi tervezés, gazdaság, ifjúságvédelem, sport, munka világa) hatáskörébe tartozik. Fontos tehát, hogy eredményes és hatékony ágazatközi együttműködések alapulva fogalmazódjanak és valósuljanak meg az egészségügyön kívüli ágazatok népegészségügyi vonatkozású fejlesztési irányai, feladatai. Ezért különösen fontos volt, hogy a rendszerváltás időszakában az új egészségügyi rendszer *állami feladatként* deklarálta a közegészségügyi, járványügyi és egészségvédelmi tevékenység irányítását és felügyeletét, valamint az egészségügyi ellátás felügyeletét.

A népegészségügy sokrétű társadalmi tevékenység, melynek célja az egészség megőrzésének és a betegségek megelőzésének segítségével javítani a lakosság egészségi állapotát, azaz a lakosság egészségi állapotának és az erre ható kockázati tényezőknek a figyelemmel kísérése és elemzése, valamint az egészségfejlesztés elősegítése.

Fő területek:

- Közegészségügy, melynek prioritásai közül kiemelhető a Veszélyes (fejlődési) Rendellenességek Országos Nyilvántartása (VRONY)<sup>26</sup>.
- A járványügyben a védőoltással megelőzhető fertőzőbetegségek területén Magyarország olyan eredményeket ért el, melyre joggal lehet büszke, a 99% körüli átoltottságra, valamint arra, hogy a védőoltással megelőzhető gyermekkori fertőző megbetegedéseket sporadikus szintre szorította.
- Az ÁNTSZ és az OEFI több népegészségügyi program koordinálására kapott felhatalmazást:

---

<sup>26</sup> Ez a nyilvántartási rendszer teszi lehetővé a környezeti ártalmak okozta genetikai mutációk kutatását és megelőzését, a fejlődési rendellenességek kiszűrését.

- „A hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről szóló program 1994-ben: a népegészségügy prioritásai az ezredfordulóig”<sup>27</sup>.
- „Egészségünk jövője: az egészség megőrzés stratégiája 2010-ig”<sup>28</sup>.
- „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010”<sup>29</sup>, melynek részeként népegészségügyi (célzott) szűrővizsgálati programok indultak<sup>30</sup>.
- A prevenciós programokban a 2003. évi adatokhoz képest javulás állapítható meg a mammográfiás, méhnyakrák-szűrővizsgálatokon való részvételben.

A programok végrehajtását, eredményeit időszakonként és részterületenként értékelték, azonban a komplex vizsgálatokat, értékeléseket lehetetlenné teszi, hogy nincsenek országos szinten monitorozott adatok, vagy ha vannak is, azok elemzése nem megoldott. Ezenkívül a programok tartalmi áttekintése alapján látható, hogy a prioritások gyakran változnak, amely a programok hatékonyságát jelentősen rontja.

A megelőzésre, közegészségügyi szolgáltatásokra fordított kiadások a 2003-2007. év között folyó áron lényegében változatlan nagyságrendet képviseltek (100,9%), egyetlen kiugró év (2005) kivételével (108%), ami a több éves programok esetében szakmailag és hatékonyságát tekintve is negatívan értékelhető<sup>31</sup>.

### **3.3. Az egészségügyre fordított költségek és szerkezetük {köz és magán; szolgáltatás jellege (HC), szolgáltatók (HP)} nemzetközi összehasonlításban<sup>32</sup>**

A nemzeti egészségügyi rendszerek helyzetét nemzetközi összehasonlításokban egy igen leegyszerűsítő mutatóval is szokták jellemezni, az egészségügyre fordított kiadások GDP-hez viszonyított arányával. Az azonos nagyságú GDP-arányos egészségügyi kiadásszint is eltérő egészségi kimeneteket eredményezhet a források felhasználásának hatékonyságtól és elosztásától függően.

<sup>27</sup> A Kormány 1030/1994 (IV. 29.) Korm. határozata a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről

<sup>28</sup> Egészségünk jövője (FACT Intézet) - készült a Népjóléti Minisztérium megbízásából

<sup>29</sup> 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat

<sup>30</sup> 1997. évi CLIV. törvény szerint a célzott szűrővizsgálat – olyan a céllakosság meghatározott korcsoportjaira kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott, az egészségügyi ellátó rendszer által kezdeményezett népegészségügyi tevékenység, amely az egészségügyi ellátó rendszerbe integráltan, központi költségvetésből finanszírozottan működik.

<sup>31</sup> Forrás: SHA Magyarország 2007

<sup>32</sup> Az egészségügyi kiadások finanszírozási, funkció és szolgáltatás szerinti jellemzőit az OECD Egészségügyi Számlák Rendszere (továbbiakban SHA) alapján mutatjuk be.

Magyarországon a GDP-arányos egészségügyi kiadások (amely tartalmazza a folyó működési és beruházási kiadásokat) lényegében megfelelnek az OECD átlagnak annak ellenére, hogy 2005. évi **8,3%** 2007-re – a konvergencia programban meghatározottakkal összhangban – 7,4%-ra csökkent<sup>33</sup>. (A visegrádi országok hasonló adataihoz képest magasabb a GDP-arányos ráfordítás) (32. sz. melléklet). A 2007. évi 1 388 US \$ PPP/fő egészségügyi kiadással hazánk a 24. helyre csúszott vissza az OECD országok rangsorában.

Az OECD európai országai egészségügyi kiadásainak finanszírozásában meghatározó az államháztartás; a választott rendszertől függően társadalombiztosítás vagy adórendszerű modell alkalmazása történik. Magyarországon az egészségügyi kiadások 70,3%-át finanszírozza az államháztartás, döntően az Egészségbiztosítási Alapon keresztül (33. sz. melléklet). (Ez GDP-arányosan 5,2%, amely az előző évekhez képest jelentős visszaesés.) A közel 30%-os magánfinanszírozásnál magasabb aránnyal az OECD országok között Európában csak Svájc rendelkezik. A visegrádi országok között hasonló mérték csak Lengyelországban található. Csehországban a legalacsonyabb arányú (15,3%) a magánfinanszírozás Európában. Magyarországon azonban kiemelkedően magas a háztartások közvetlen finanszírozása (25,7%, a magánfinanszírozás 86%-a), az egészségpénztár, biztosítóintézet, non-profit szervezet által finanszírozott kiadások a visegrádi országokéhoz képest ugyan jelentősek, a nyugat-európai országok többségéhez képest (például Franciaországban vagy Németországban) azonban alacsonyak.

Az egyes szolgáltatástípusokra fordított kiadások szerkezetét vizsgálva megállapítható, hogy hazánkban a gyógyító és rehabilitációs ellátás keretében nyújtott szolgáltatásokra fordítódik az egészségügyi kiadások fele, amely az európai OECD országok között a legalacsonyabb arány (Lengyelországban és Csehországban is 55,1% és 57,65%). A szolgáltatók szerinti megoszlása alapján látható, hogy Magyarországon a kórházakra fordított kiadások az OECD országok között a magasabb részarányúak közé tartozik, a gyógyító, rehabilitációs, ápolási és kiegészítő<sup>34</sup> szolgáltatások közel 60%-a (57,8%). Ezzel párhuzamosan az ambuláns ellátást nyújtó szolgáltatókra fordított kiadások aránya az alacsonyabbak közé tartozik. Legmagasabb és kiugró a gyógyszerre és egyéb gyógyászati termékekre, gyógyászati segédeszközökre fordított kiadások aránya (36,1%). Az egészségügyi irányításra fordított kiadások aránya alacsony (1,3%), ennél alacsonyabb csak három országnál mutatható ki. A megelőzésre és közegészségügyi szolgáltatásokra fordított kiadások részaránya 4,15%, amely nemzetközi összehasonlításban közepesnél jobbnak tekinthető, másfélszerese Lengyelország és

<sup>33</sup> Az adatok forrása: OECD Health Data 2009 - Frequently Requested Data

<sup>34</sup> Kiegészítő szolgáltatások az SHA besorolás szerint a klinikai laboratórium, képalkotó diagnosztika, mentőszolgálat és betegszállítás, vérellátás és egyéb szolgáltatások.

Csehország hasonló értékeinek (Finnország 5,77%, 5,08%). Az erre fordított kiadásokból a közegészségügyi programok biztosításának irányítását szolgáló szervezetek 2,9%-os részesedést mutatnak az összes egészségügyi kiadásból.

Az egészségügyi beruházások nagysága a folyó kiadásokhoz viszonyítottan Magyarországon 3,49%-os, amely közepesen alacsonynak minősíthető (összehasonlításként: Hollandia 8,8%, Lengyelország 6,7%, Csehország 3,4%) (34-35-36. sz. melléklet).

### **3.4. Az egészségügyi rendszer hatékonysága**

Az egészségügyi rendszer hatékonysága a rendelkezésre álló források optimális felhasználását jelenti úgy, hogy a maximális eredmények valósuljanak meg. Az erőforrások felhasználása akkor tekinthető hatékonnak, ha a technikai és az allokációs hatékonyság követelményei együttesen teljesülnek. Az egészségügyi rendszer technikai hatékonysága – a kibocsátás mennyiségéhez és a ráfordításhoz viszonyítva – jelentősen javult. A szolgáltatások mennyisége<sup>35</sup> (finanszírozott eset, járóbeteg beavatkozás) a teljesítménykorlát merevvé válásáig (2007) jelentősen emelkedett, miközben a ráfordítás reálértéke (járó és fekvő kassa – 1995. évi árakon egészségügyi árindexszel korrigáltan) csak kis mértékben emelkedett<sup>36</sup>. Az ellátás minőségének alakulása a bonyolultsága, kialakulatlan módszerei miatt nehezebben értékelhető, azonban a leggyakrabban alkalmazott mutatók esetében (halálozási, elkerülhető halálozási mutatók) kismértékű javulás látható.

Az egészségügyi rendszer allokációs hatékonysága – a rendszer erőforrásait úgy használják fel, hogy az a társadalmilag maximális hasznosságot eredményezze – további kutatásokat igényel, az azonban egységes véleménynek tekinthető, hogy az allokációs hatékonyság javítható.

Az egészségügyi rendszer működését nemzetközi összehasonlításban vizsgáló OECD tanulmány<sup>37</sup> szerint a magyar egészségügyi rendszer hatékonysága a vizsgált országok között a rangsorban az utolsó helyen található.

A kutatás megállapította, hogy az erőforrás-ráfordítás hatékonyságának növelésével átlagosan 3 évvel lenne növelhető a várható élettartam, míg az egészségügyi kiadások 10%-os növelésével csak 3-4 hónapos növekedés várható.

---

<sup>35</sup> Az esetszám és beavatkozás szám növekedésében szerepet játszott a teljesítmény finanszírozás indukálta adatmanipuláció is.

<sup>36</sup> Szigeti Szabolcs Hatékonyság és annak kormányzati észlelése az egészségügyi reform során IME VIII. évf. 6.sz.

<sup>37</sup> Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency ECO/WKP(2008)35 2008; Vitrai József A magyar egészségügy tiszta Amerika IME VII. évfolyam 8.szám

### 3.5. A gazdasági fejlettség és az egyenlőtlenségek (gazdasági, egészségügyi) hatása az egészséget reprezentáló mutatók alakulásában

Az egészségügyi ellátás igénybevételében mutatkozó egyenlőtlenségeket az egészségi állapotból fakadó szükséglet mellett a társadalmi gazdasági egyenlőtlenségek (nem, jövedelmi viszonyok, iskolai végzettség), valamint az orvos elérhetősége és az egyén igénybevételi hajlandósága befolyásolja. A hazai vizsgálatok<sup>38</sup> kimutatták:

- A háziorvosi vizitekre nem, a szakorvosi vizitekre azonban tendenciaszerűen jellemző volt a jövedelmi egyenlőtlenség. A háziorvosokat inkább az alacsony jövedelműek, a szakorvosokat inkább a magasabb jövedelműek keresték fel, hasonlóan az EU15-ök 12 országához.
- Az iskolázottság növekedésével és a funkcionalitás csökkenésével<sup>39</sup> nőtt az esély az alapellátás igénybevételére, így ez a fajta egyenlőtlenség némileg tompult az utolsó felmérések szerint, azonban jelentős különbség volt kimutatható a nemek szerinti igénybevételi esélynél.
- A járóbeteg ellátás esetében az iskolai végzettség és a jobb jövedelmi viszonyok növelték az igénybevételi esélyt. Az OEP finanszírozási adatainak ellátottakra vetített mutatói azonban kistérségi egyenlőtlenségeket is kimutattak.

A fekvőbeteg ellátásban a szükségletek korra, nemre standardizált kistérségi adatai szerint a betegekre vetítetten nem jelentősek az egyenlőtlenségek. Az Egészségbiztosítási Felügyelet megbízásából<sup>40</sup> 2009-ben végzett elemzés adatai szerint nagy eltérések tapasztalhatók a kistérségek között az egynapos ellátásokra elszámolt teljesítményekben (súlyszámokban), míg egy nagyságrenddel kisebbek a fekvőbeteg ellátás átlagos kistérségi súlyszámaiban. Az egyenlőtlenségek nagy része a vizsgált társadalmi-gazdasági tényezőkkel, illetve az ellátási kapacitások elérhetőségével, minőségével hozható összefüggésbe. *A társadalmi-gazdasági tényezők hatása főképp a daganatos betegek egynapos beavatkozásainál játszik döntő szerepet a kistérségi egyenlőtlenségek kialakulásában, az ellátási kapacitások elérhetősége – mindkét ellátási formában – inkább a keringési betegek ellátásának finanszírozásában okoz egyenlőtlenséget.*

A kutatás talán legfontosabb tanulsága, hogy a szükségletre történő korrekció után megmaradt igénybevételi egyenlőtlenségek nemcsak etikai szempontból, hanem a hatékonyság szempontjából is hátrányosak. Az igénybevétel szükségletre korrigálás után megmaradt

<sup>38</sup> KSH 1994; magyar Háztartási Panel 1996; OLEF 2000; 2003; OEP adatok elemzése (Boncz és munkatársai; 2004, 2006), Egészségjelentés -2010 (Egészségmonitor Kft)

<sup>39</sup> A funkcionalitás csökkenése: az időskori, kevésbé egészséges állapot

<sup>40</sup> aEgészségmonitor Kft: Szükségletre korrigált ellátási igénybevétel egyenlőtlenségei EBF 2009.

egyenlőtlensége arra mutat rá ugyanis, hogy az átlagos súlyszám kistérségenként eltérő értékét – az egészségügy működtetésének céljától és az általános elvárásoktól eltérően – nem a lakosság ellátási szükséglete határozza meg. Az elkerülhető halálozásban tapasztalható kistérségi egyenlőtlenségek mindkét nem esetében szoros kapcsolatot mutatnak a társadalmi-gazdasági helyzettel (37. sz. melléklet). halad

### **3.6. A gazdasági fejlettségünkhöz és az egészségügyre fordított kiadásokhoz mérten rossz egészség-mutatók közti ellentmondás és a gazdasági fejlődésre gyakorolt hatás**

Az egészségügyi rendszer a társadalom egészségi állapotát befolyásoló tényezőknek csak egyik szegmensét adja, azonban az egészségromlás megállításában jelentős szerepe van.<sup>41</sup> Magyarország gazdasági teljesítőképességéhez képest az európai átlagos értékekhez közeli forrásokat használ fel az egészségügyi rendszerének működtetésére, azonban az ország egészségi állapotát jellemző mutatói Európa legrosszabb értékei közé tartoznak. (A mutatók kedvezőtlen alakulását természetesen az egészségügyi rendszeren kívüli társadalmi, gazdasági, életmódbeli tényezők is befolyásolják.)

Az európai átlaghoz közelítő GDP-arányos ráfordítások ellenére a korai halálozáson belüli elkerülhető halálozás aránya az elmúlt tíz évben alig változott. Az egészségügyi rendszer hatékonysága – főként az elmaradt reformok miatt – nem javult. Könnyen belátható, hogy az egészségügy hatékonysága – újabb erőforrások bevonása nélkül is – javítható lenne az ellátási egyenlőtlenségek csökkentésével, az egészségügyi rendszer kórház-centrikusságának mérséklésével, költségkímélőbb lakosság közeli ellátások javításával.

A nem megfelelő egészségi állapot miatti nemzetgazdasági veszteségek gazdasági növekedést gátló hatása és a demográfiai helyzet további, súlyosbító következményei miatt elengedhetetlen az egészségügyet kiemelt ágazatként kezelni, amely megköveteli az ágazat komplex, stratégiai szemléletű helyzetelemzését és legfontosabb céljainak meghatározását.

---

<sup>41</sup> A WHO legújabb kutatásai szerint a várható élettartam javulásának körülbelül fele az egészségügyi ellátás fejlődésének volt köszönhető az európai régióban (Forrás: Orosz Éva: Felzárkózunk vagy lemaradunk IME VII. évf. Egészség gazdaságtani különszám 2008 okt.).

## 4. Az egészségbe történő befektetés lehetséges célrendszer és ráfordítási szükséglet

A WHO Makrogazdasági és Egészségügyi Bizottságának 2002. évi jelentése óta az egészségügygel kapcsolatos kérdések makrogazdasági hatásai fokozott figyelmet váltanak ki. Az addigi és azóta folyó kutatások megerősítették, hogy az egészségi állapot javításával a gazdasági növekedés javítható. A jobb egészségi állapot a munkaerő minőségi jellemzőit javítja, növeli a termelékenységet. Az egészség hiányának gazdaságra gyakorolt hatása részben a kieső bruttó hazai termékkel jellemezhető alacsonyabb gazdasági potenciált és abból eredő negatív gazdasági hatásokat eredményez, részben pedig ki kell emelni a negatív társadalmi hatások közérzetre és életminőségre gyakorolt hatását is.

Az egészség javításában résztvevő ágazatok, az egészségipar ágazatai a magyar gazdaság fejlődése szempontjából sok tekintetben olyan kiemelt értékeket hordoznak, amelyek a gazdaság versenyképességét jelentősen javítják.

Az egészséget meghatározó tényezők (humánbiológiai jellemzők, környezet, életmód, egészségügyi ellátás) teljesítményének javítása mindenképpen **egészségorientált multiszektorális gazdaságpolitikát igényel, amely az egészséget közvetett módon befolyásoló társadalmi és egyéni tényezők feltételrendszerének, kockázatának vizsgálatát, szabályozását, befolyásolását biztosítja.**

### 4.1. Az egészségügyi rendszer fejlesztési stratégiájának célterületei

Magyarországon a gazdasági növekedés alacsony mértéke, illetve a demográfiai helyzet mind rövid, mind hosszú távon szükségessé teszi az egészségügyi rendszer komplex, hosszú távú fejlesztését a társadalom egészségi állapotának javítása érdekében.

Az egészségügyi rendszer kimeneti teljesítményének növelése az ellátás minőségének, hozzáféréseinek és a kiadásaival kapcsolatos tényezőknek együttes javításával valósítható meg, amely megköveteli az egyes tényezőket jellemző indikátorok gyűjtési rendszerének kialakítását<sup>42</sup>, rendszeres elemzését is.

Az egészségügyi rendszer fejlesztésének stratégiai célja a társadalom egészségének javítása az egészségügyi rendszer által befolyásolható elemeken keresztül. A lakosság egészségügyi

---

<sup>42</sup> Nemzetközi gyakorlatban mind a WHO, mind az OECD rendelkezik folyamatosan fejlődő indikátorrendszerrel. Magyarország tagságából eredően szolgáltatókat mindkét szervezet felé, azonban a szolgáltatott adatok egyes esetekben csak a nemzetközi adatok között lehetők fel. (SHA)

állapotát jellemző mutatók közül **Magyarország számára a várható élettartamban való lemaradás csökkentése, a korai halálozás és ezen belül is az elkerülhető halálozás csökkentése, az egészségben eltöltött várható élettartam növelése tekinthető elsődleges célnak.** Ezen indikátorok változásában bár több, egészséget meghatározó tényező is szerepet játszik, a tágran értelmezett – hazai intézményrendszerben az egészségügyi ágazat részét képező – népegészségügy és a gyógyító ellátást folytató egészségügyi rendszer is jelentős hatást gyakorol, fejlesztésük nélkül a társadalom egészségi állapotában javulás nem várható.

#### **4.1.1. Az egészségügyi rendszer fejlesztésének rövid, közép és hosszú távú irányai**

Az egészségügyi rendszer működési zavarainak megoldása – nemzetközi tapasztalatok alapján – az egészségügyi rendszer fejlesztését szolgáló rövid, közép és hosszú távú célok kijelölése és megvalósítása mentén hajtható végre. (A célok meghatározásánál peremfeltételként kezeltük, hogy a népegészségügy állami feladat, a gyógyító tevékenységek biztosítási körbe tartozó szolgáltatásainak köre pedig nem változik.)

##### **Rövidtávon megvalósítható célok**

Az egészségügyi rendszer fejlesztésének rövidtávú céljai két aspektusban határozhatók meg. Egyrészt fontos feladat a jelenlegi egészségügyi rendszer működőképességének fenntartása, másrészt elengedhetetlen a fejlesztési stratégia és a megvalósítás módszerének a kidolgozása:

1. Az egészségügyi rendszer fenntarthatósága elsődlegesen az intézményrendszer működőképességének megőrzéséhez szükséges többletforrások biztosítását jelenti. A finanszírozási rendszer változása a 2 hónapra történő finanszírozásra való átállással párhuzamosan a finanszírozott teljesítményvolumen csökkentését hozta magával. Ez egyben azt is jelenti, hogy az adott üzemmérethez tartozó teljesítmények a tényleges igényektől függetlenül alacsonyabb szinten kerültek meghatározásra. Ez a magas állandó költségek miatt még a leghatékonyabb gazdálkodás mellett is szükségszerűen eladósodási folyamatot indukál (munkabér, infrastruktúra költségei) az intézmények számára. Emellett az egészségügyi szolgáltatás jellegéből adódóan – az akut ellátások nagyságrendjétől függően és az intézménytípusonként eltérő mértékben – a biztosítottak számára nem finanszírozott ellátások nyújtására kerül sor. Az előző évekhez képest is alacsonyabban meghatározott teljesítmény-korlát (tvk)

növeli a biztosítottak várakozási idejét, a várólisták hosszát (38. sz. melléklet). A tartalékait felélt egészségügyi rendszer a felmerülő ellátási igényeket az ellátás minőségének romlása mellett tudja csak teljesíteni, eladósodásával pedig a beszállító egészségipari és más ágazatok fizetőképességét rontja, a kisvállalkozások létét veszélyezteti.

2. Az akut likviditási ellátási gondok kezelése mellett ki kell dolgozni az ellátórendszer fejlesztési stratégiáját, ahol prioritásként javasolt kezelni:
  - a. komplex, hosszú távú népegészségügyi stratégia kidolgozását (a nemzetközi tapasztalatok szerint 20-25 éves időtáv után eredményezhet pozitív trendet),
  - b. az egészségügyi rendszer fejlesztési stratégiájának meghatározását,
  - c. az egészségügy és az interdiszciplinárisan kapcsolódó ágazatok (különös tekintettel a szociális rendszerre) határterületi stratégiájának kialakítását.
3. Az egészségközpontú, multiszektorális gazdaságpolitika érvényesítéséhez szükséges működési mechanizmusok kialakítása szintén elengedhetetlen.

### **Középtávon megoldandó feladatok**

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztési stratégiáját az eredményes nemzetközi és hazai tapasztalatokban rejlő lehetőségek elemzésével, továbbfejlesztési lehetőségek figyelembe vételével javasolt elvégezni. Ez feltételezi a szigetszerűen meglévő szakmai, egészség-gazdaságtani, egészségügyi technológiai, finanszírozási elemzések komplex felhasználását, az ellátórendszer input és output elemeinek, működési és fejlesztési folyamatainak egységes szemléletű értékelését, valamint szakmai konszenzus kialakítását a fejlesztések irányát, módszerét illetően. A egészségügyi rendszer fejlesztési irányai, fő elemei:

1. Az egészségügyi ellátórendszer hozzáférési esélyegyenlőségének javítása, kapacitási (humán erőforrás, tárgyi feltételek) oldalról történő bővítése a lakosság közeli ellátások gazdaságosan működtethető szervezeti egységeinek újjászervezésével, bővítésével, a definitív ellátások növelésének igényével. A lakosság közeli, elsődlegesen az alapellátások feladatkörének és feltételrendszerének bővítése a kapcsolódó népegészségügyi, szociális feladatokkal.
2. Az ambuláns ellátás (házi orvosi és járóbeteg szakellátás) fejlesztése, amely a szolgáltatások kompetenciakörének bővítését (megelőzés, gondozás, rehabilitáció területén) a progresszivitási szintek és szakmai integráció figyelembevételével szervezi újjá. A többszintű járóbeteg szakellátásban a progresszivitási szintek meghatározásánál külön figyelmet kell fordítani a magas eszköz- és szaktudás igényű

szakmai specialitások, szubspecialitások körére, ahol a várható esetszámok figyelembevételével javasolt a szolgáltatások megszervezése.

3. A jól működő sürgősségi ellátás hozzájárul az egészségügyi rendszer biztonságához, hatékonyságához. A sürgősségi ellátás rendszerének fejlesztésénél célként fogalmazható meg az egységes rendszerként kezelés, amely a felesleges párhuzamosságokat kiküszöböli és különösen a kórházi rendszeren belül működő rendszer progresszivitási szintjeinek, működési (tárgyi, személyi) feltételeinek egyenetlenségeit áttekintve újjászervezi.
4. A fekvőbeteg ellátó intézményrendszer szolgáltatási körének, progresszivitási szintjének újragondolása, intézményrendszerének megújítása oly módon, hogy orvosilag eredményesen és gazdaságilag hatékonyan működtethető legyen.
5. Az ellátások minőségügyi követelményeinek, személyi, tárgyi és informatikai minimum feltételeinek rögzítése, biztosítása, folyamatos számonkérése, a szakmai protokollok elkészítése és alkalmazása. Az ellátási felelősség meghatározása, a hozzáférési szabályok (betegutak, orvosválasztás, stb.) rendszerbe foglalása.
6. Meg kell határozni az állam szerepét és felelősségvállalását az egészségügyi ellátásban. A működés és fejlesztés közfinanszírozási rendszerének újragondolása, az Egészségbiztosítási Alaptól, a tulajdonosi kötelezettségtől kezdődően az egyes beavatkozások finanszírozásáig. A finanszírozási rendszernek szektorsemlegesen kell működnie, azonban érdekeltté kell tennie az egészségügyi szolgáltatást nyújtókat az egészségügyi rendszer hatékonyságának növelésében, a minőségi mutatók (indikátorok) alakulásában. A magánfinanszírozás csatornáiban a háztartások közvetlen hozzájárulási arányának csökkentése szükséges az egészségpénztári kiegészítő biztosítások arányának egyidejű növelése mellett, amely így e csatornák szabályozási elemeinek újragondolását is igényli, a hálapénzszerű források mérséklésének igényével együtt.
7. Az egészségügyi ellátás és a szociális szféra kapcsolódó területeinek nemzetgazdasági és lakossági szempontú áttekintésével olyan ágazatközi integrációt javasolt megvalósítani, amely az igénybevevő lakosság, a szolgáltatást nyújtó szervezetek és a nemzetgazdaság szintjén is a leghatékonyabb ellátásban való érdekeltséget biztosítja.
8. Ágazati humánerőforrás-politika kialakítása, megvalósítása, amely az egészségügy mint életpálya és hivatás vonzóvá tételével biztosítja mind orvosi, mind szakdolgozói körben a humán erőforrás rendelkezésre állását. A jövedelmi viszonyok rendezése mellett tartalmaznia kell a képzés, továbbképzés területén fennálló feszültségek

kezelését, a munkafeltételek javítását. Elengedhetetlen az egészségügyi ellátás nyújtásában résztvevők kompetencia szintjének újraszabályozása, amely a feltételek biztosítása esetén, egyes területeken jelentkező munkaerőhiány csökkentését is elősegítheti. Szabályozni szükséges az orvosi feladatellátás közalkalmazotti státuszon kívüli lehetséges formáinak megoldásait, beleértve a hálapénz révén történő finanszírozás csökkentését is.

### **Hosszú távon megoldandó feladatok**

A lakosság egészségi állapotának javítását az egészségügyi rendszeren kívüli elemek tekintetében csak hosszú távú programok révén lehet elősegíteni. Az egészségi állapot javításához olyan egészségügyi (népegészségügyi) stratégia kialakítása és megvalósítása szükséges, amely a nemzetgazdaság minden területén és szintjén az egészségorientált működés és fejlesztés prioritását biztosítja.

A népegészségügyi program stratégiai elemei a jelenlegi programok céljaival részben azonosak:

- Az egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása.
- Az egészséges életmód programjai, az egészség kockázati tényezőinek csökkentése.
- Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság csökkentése. (A szív- és érrendszeri betegségek megelőzése, a daganatos betegségek terjedésének fékezése, a lelki egészségvédelem megerősítése, a mozgásszervi betegségek megelőzési és gondozási programjai és az AIDS-prevenció.)
- Az egészségi állapot monitorozásának rendszere és folyamatos működtetése.
- Nemzetgazdasági szakpolitikák, stratégiák egészségorientált felülvizsgálata, korrekciója, érvényesítéséhez szükséges működési mechanizmusok kialakítása.

Az eddigi népegészségügyi programok tapasztalatai alapján javasolható a népegészségügyi programok rövid (egy éves) és középtávú időszakokra bontása, ami a végrehajtás eredményességét segíti, valamint a felmerülő problémákat a kialakított monitor rendszer keretei között szisztematikusan mérheti.

Az egészséget meghatározó tényezők jelentős része népegészségügyi feladatként is értelmezhető. Fontos tehát, hogy **eredményes és hatékony ágazatközi együttműködések** alapulva fogalmazódjanak és valósuljanak meg az egészségügyön kívüli ágazatok **népegészségügyi vonatkozású fejlesztési irányai, feladatai.**

#### 4.1.2. A célok eléréséhez szükséges állami többletráfordítás rövid (2 év), közép (3-5 év) és hosszabb (5-10 év) távon

Az egészségügyi rendszer fejlesztése a fenti célok mentén csak többletráfordításokkal valósítható meg.

Az OECD tanulmány<sup>43</sup> modellszámítása szerint a születéskor várható élettartamot:

- 2 évvel rövidítették meg az OECD átlagnál alacsonyabb egészségügyi kiadások,
- az alacsonyabb egy főre jutó GDP érték 0,8 évvel csökkentette a várható élettartamot<sup>44</sup>.

A modell adatai alapján Magyarországon 3,1 évvel csökkent a várható élettartam a modellben nem szereplő, egy-egy országra jellemző tényezők – mint például az egészségügyi intézményrendszer felépítése – következtében.

**A többletráfordítások korrekt meghatározásához az e kutatásban rendelkezésre álló idő nem elégséges, ezért csak az egészségügyi rendszer működőképességének megőrzéséhez szükséges forrásigényre teszünk javaslatot.**

1. A finanszírozás kéthavi csúszással történő folyósítására való átállás miatt a járó és fekvő szakellátás egyhavi pótlólagos kifizetésben részesült. A 39,5 milliárd Ft (novemberi teljesítményfinanszírozás) mellett azonban a teljesítményvolumenkorlátot a 2008. évi tvk oly mértékű korrekciójával állapították meg, hogy a fekvőbeteg ellátásban az elérhető teljesítmény<sup>45</sup> a 2008. év 91%-a – a járóbeteg ellátásban 88%-a –, amely teljesítménycsökkenés a jelenlegi alapidjakkal számítottan 40 milliárd forintot tesz ki. Figyelembe véve az intézmények nem finanszírozott teljesítményét, valamint az egészségügyi árindex alakulását (106,5%), a Kórházszövetség által, az eladósodási hullám megakadályozásához becsült 60-65 milliárd Ft mindenképpen szükséges az intézményrendszer számára a működőképesség fenntartása érdekében.
2. A jelenlegi struktúrájú egészségügyi rendszer a hatályos szabályozás szerint 4,7%-os létszámhiánnyal működött 2008-ban. A létszámhiány becsült forrászükséglete 27,3 milliárd Ft (39. sz. melléklet). A létszámhiány azonban a jelenlegi jövedelmi viszonyok alapján nem tölthető fel, valamint további elvándorlás várható orvosi

<sup>43</sup> Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency ECO/WKP(2008)35

<sup>44</sup> Megjegyzendő, hogy a lakosság egészségi állapota nem mindig mutat szoros összefüggést a GDP mértékével. Például Kubában magasabb a születéskor várható átlagos élettartam, mint az Amerikai Egyesült Államokban.

<sup>45</sup> 11 havi teljesítmény alapján számított, mivel a 2009. október hónap más finanszírozási rendszer szerint került kifizetésre.

körökben és szakdolgozói területeken egyaránt. Az orvosok jövedelmi viszonyainak javítása a cseh adatok<sup>46</sup> szerinti mértékre 33,6 milliárd Ft nettó pótlólagos forrásszükséglettel jár, a szakdolgozók jövedelmének átlagosan 50%-os növelése pedig 46,8 milliárd Ft nettó pótlólagos forrásbevonást jelentene.

A foglalkoztatáshoz kapcsolódó forrásszükséglet bemutatására végzett számítások, valamint a foglalkoztatás anomáliái alapján a jövedelmi viszonyokban jelentős emelés csak középtávon és kidolgozott humánerőforrás stratégia mentén javasolható. Ez elősegíthetné az ellátórendszer fejlesztésével kapcsolatos változásokban az érdekeltség kialakítását, másrészt tartós megoldás csak egységes ágazati humánerőforrás politika mentén érhető el.

**A középtávú fejlesztési koncepció működési forrásigényét jelen kutatás keretei között nem lehet meghatározni. A középtávú koncepció forrásszükségletének meghatározásához az egészségügyi ellátórendszer komplex elemzése, a javasolható fejlesztési irányok szakmai, szervezeti modellezése, erőforrás-átcsoportosításnak, többlet erőforrás bevonás szükségletének becslése csak további, nagyobb időráfordítást biztosító kutatás alapján lesz lehetséges.**

## **4.2. A többletráfordítások eredményeként keletkező nemzetgazdasági haszon**

A társadalom egészségének javulásából eredő nemzetgazdasági haszon számszerű becslésére további kutatások szükségesek. Együttesen kell vizsgálni, hogy a társadalom egészségét jellemző mutatók javítása milyen ráfordítás mellett milyen gazdasági előnyöket eredményezhet. A társadalom egészségének javítása az egészségre ható tényezők komplex, nemcsak az egészségügyre vonatkozó elemeibe való befektetést igényel. A továbbiakban a jelenleg rendelkezésre álló információk, adatbázisok felhasználásával mintegy jelzésértékkel mutatjuk be az egészség, illetve az egészségügyi rendszer fejlesztésének a nemzetgazdaság egyes gazdasági jellemzőire gyakorolt hatását.

### **4.2.1. Hozzájárulás a bruttó hazai termék (GDP) növekedéséhez**

A születéskor várható élettartamokat és kiemelten a korai halálozásban tapasztalható tendenciákat vizsgálva megállapítható:

---

<sup>46</sup> Csehországban az orvosok bére a nemzetgazdasági átlagbér háromszorosa.

- Az elmúlt 15 évben a várható élettartamok tekintetében megfigyelhető növekedés a vizsgált országok esetében Magyarországon a legnagyobb ütemű, de még így is 2025-ig eltartana, mire az Európai Unió régi 15 tagállamának jelenlegi átlagos értékét elérnénk. A hasonló gazdasági fejlettségű csehországi mutató elérése is 9 évbe telne. Ismerve azonban az egészségügyi, népegészségügyi rendszerünk jelenlegi állapotát, jó esély van arra, hogy ezek javításával gyorsítható a növekedési ütem, s hamarabb is behozható a lemaradás.
- Magyarországon például a korai halálozás miatt évente a GDP 2,0%-ának<sup>47</sup> megfelelő bruttó hazai termék előállítás nem történik meg. Amennyiben Magyarországon is hasonló lenne a halálozási minta, mint mondjuk Csehország esetében, úgy az aktív korú lakosságból közel 100 ezer halmozott életévvel kevesebb veszteséggel kellene számolni, amely 1,17%-os GDP arányos veszteségnek felel meg, szemben a jelenlegi 2%-kal (40. sz. melléklet).
- A betegségek, melyek hosszú távon gátolják az egyént abban, hogy munkát tudjon vállalni, még ennél is tekintélyesebb mértékben rontják a gazdasági teljesítményt. 2007-es magyarországi rokkantsági<sup>48</sup> adatokon számolva a GDP mintegy 3,41%-a esett ki a termelésből. Nemzetközi összehasonlításhoz nem állnak rendelkezésre más országok ilyen típusú adatsorai. A tartós betegséggel küzdők és a rokkantak állománya elérhető adatai között kapcsolatot feltételezve, lehetőséget kapunk arra, hogy megbecsüljük az egészségi állapot javulása következtében csökkenő termelés kiesés nagyságát. Amennyiben a magyarországi népesség a cseh mintához hasonló egészségi állapotban volna, akkor 1,2 százalékponttal alacsonyabb GDP veszteséggel kellene számolnunk. Tehát a cseh egészségi állapot elérésével a tartós betegségek következtében kiesett termelés már csak a GDP 2,24%-a<sup>49</sup> lenne (41.sz. melléklet).
- A rövid távú megbetegedések okozta termelékenység-veszteséget a táppénzes adatok alapján becsültük. A nemzetközi adatok ismeretében elmondható, hogy Magyarországon a táppénzt igénybe vevők aránya nem haladja meg az uniós átlagot. Ez nem azt jelenti, hogy a rövidebb lefutású betegségek kevésbé érintik a magyarországi lakosságot, hanem hogy

<sup>47</sup> 2008-as adatokkal számolva

<sup>48</sup> A rokkantnyugdíjban részesülő, aktív korú népességet tekintettük annak a csoportnak, akik a betegségük miatt kiesnek a termelésből. Természetesen korrigáltuk a számokat azon létszámmal, akik rossz egészségi állapotuk ellenére munkát vállaltak.

<sup>49</sup> A vizsgált uniós államok esetében nem álltak rendelkezésre rokkantsági adatok, csak a tartós megbetegedések teljes populációhoz viszonyított aránya. Ez 10 éves korcsoportonként volt elérhető, így csak az aktív korú tartós megbetegedésekben szenvedők száma számolható ki. Az így kapott számot a ténylegesen rokkantak számához hasonlítva arra jutunk, hogy a tartósan betegek 19%-a tartozik a rokkantak csoportjához is. Ezt az arányt állandónak feltételezve, a cseh mintával kiszámoljuk, hogy mennyi ember lenne tartósan beteg Magyarországon, ha jobb volna az egészségi állapot. Ezt a 19%-os aránnyal megszorozva azt kapjuk, hogy mintegy 100 ezer fővel csökkenne a rokkantak száma. Ez pedig már csak 2,24%-os GDP arányos termelés veszteséget jelent a korábbi 3,41%-al szemben.

foglalkoztatási kérdések állnak a dolog mögött. Vagyis ezen a területen is van lehetőség az egészségi állapot javítására. Az azonban már nem várható, hogy a táppénzes adatokban számottevő javulás következne be. A rövid távú megbetegedések a 2007-es adatok szerint 2,15%-os GDP-arányos termelékenység-veszteséget okoznak.

Összefoglalva megállapítható, hogy az egészségügyi mutatókat nemzetközi mércével mérve a Magyarországgal egy csoportba sorolt Csehország eredményeinek az elérése is már önmagában 2% GDP veszteség elkerülését tenné lehetővé.

#### 1. sz. táblázat

**GDP veszteség Magyarországon a hazai és csehországi egészség mutatók alapján  
2007-2008**

Megnevezés	Elvesztett munkanapok (nap)	Kiesett GDP (milliárd Ft)	A GDP arányában	Cseh halálozási arányokkal
Aktív korú halálozás	59 756 829	530,83	2,00%	1,17%
Táppénz*	61 394 752	545,38	2,15%	2,15%*
Rokkantság	97 527 422	866,35	3,41%	2,24%
<b>Összesen</b>	<b>59 756 829</b>	<b>1 942,56</b>	<b>7,56%</b>	<b>5,56%</b>

\* a táppénz esetében nem számolunk javulási lehetőséggel (2007.évi adatok)

A gazdasági fejlődésre, a GDP nagyságra gyakorolt hatás vizsgálatánál figyelembe kell venni, hogy az egészségügyi ágazat is részt vesz a GDP előállításában, sőt az ágazat fejlődése hatást gyakorol az egészségipar más ágazatának fejlődésére is.

#### 2. sz. táblázat

**Az egészségügyi és egészségipari ágazatok GDP termeléséhez való közvetlen és halmozott, termelési kapcsolatokon keresztül történő hozzájárulása**

Ágazat	Az egészségipar ágazatainak részesedése a GDP-ből 2007	2000.	2005.	2007.
		Az egészségipar végső felhasználási célú kibocsátásának a halmozott/közvetlen bruttó hozzáadott érték tartalom indexei (változatlan áras adatok felhasználásával)		
Egészségügy	3,2%	1,29	1,28	1,38
Gyógyszeripar	1,1%	1,58	1,23	1,24
Gyógyszer és gyógyászati cikk kereskedelem	0,8%	1,56	1,35	1,40
Orvosi gép műszer*	0,2	1,61	1,54	1,45
Egészségturizmus	0,5%	1,77	1,67	2,13
Műszaki kutatás	0,3%	1,54	1,44	1,47
Egészséges életmód termékei, szolgáltatásai	0,1	2,56	2,94	3,00
<b>Egészségipar ágazatai</b>	<b>6,3%</b>	<b>1,47</b>	<b>1,35</b>	<b>1,44</b>
<b>Nemzetgazdaság összesen</b>		<b>1,52</b>	<b>1,52</b>	<b>nem ért.</b>

Forrás: Kató és Társa 2003. Kft: Az egészségipar és az egészségügyi rendszer szerepe és hozzájárulása a nemzetgazdaság teljesítményéhez 2009.

Az egészségipar ágazatainál halmozott bruttó hozzáadott érték hatás mutatható ki, azaz az ágazat **oly mértékben beágyazódott a gazdaság szerkezetébe, hogy az ágazatai végső kibocsátásához más ágazatokban 1,47-szer (2000), illetve 1,35-ször (2005) annyi bruttó hozzáadott értéket generált, tehát az egészségipar ágazatainak termelési kapcsolatokon keresztül realizálódó hatásával együttes bruttó hozzáadott érték aránya 8,3%.**

#### **4.2.2.Hatás a foglalkoztatottságra**

Az egészségmutatók javulása a foglalkoztatás bővítésének lehetőségét biztosítja. A csehországi mutatók elérése esetén például 230 ezer fő többletfoglalkoztatás válna lehetővé, amely természetesen a gazdaság munkaerő felszívó képességén, annak szerkezeti sajátosságain is múlik.

Az egészségi mutatók javítása érdekében az egészségügyi rendszer fejlesztési irányai alapján kettős tendencia vázolható fel. A jelenlegi szolgáltatási körből hiányzó létszám pótlása a források rendelkezésre állása esetén az egészségügyi rendszer biztonságos, jó színvonalú működéséhez mindenképpen szükséges. Az ágazati humán erőforrás stratégia kidolgozása, megvalósítása lehetőséget adna a feladatarányos létszám-bővítéshez. Másrészt az egészségügyi technológia fejlődésében vannak olyan tendenciák, amely a felhasznált humán erőforrás igényt csökkenthetik. Az ellátórendszer fejlesztési irányai azonban a foglalkoztatás szerkezetében mindenképpen változást igényelnek, amely a munkavégzési kompetenciák, a munkakörök térbeni elrendeződésében változást hozhatnak. **Külön ki kell emelni a lakosság közeli ellátások iránti igény növekedését, amely az egyébként foglalkoztatás szempontjából hátrányos térségekben is többlet munkaerő igénnyel jelentkezik. Másrészt az egészségügyi szolgáltatásai iránt megnyilvánuló keresletet olyan foglalkoztatási stabilitás jellemzi, amely a piaci szektor hullámzásainak nincs kitéve.**

#### **4.2.3.Az államháztartási mérlegre gyakorolt hatás**

Az egészségügyi rendszer közösségi ráfordítása az államháztartáson keresztül finanszírozódik. A biztosítás alapú egészségügyi rendszer és a szolidaritáson alapuló, az Alkotmányban rögzített hozzáférés **hazai gyakorlata** komoly feszültség forrása volt az elmúlt években. Az egészségügyre fordított közkiadások 2006. évi 5,9%-os GDP-részarányának 5,2%-ra csökkenése 2007-re az egészségügyi ellátó rendszer pénzügyi ellehetetlenülését eredményezte, amely az ellátás minőségi mutatóinak romlásában is megmutatkozott. Az

egészségügyi közkiadások növelése azonban csak egy hatékonyabban működő ellátórendszerben hasznosul a társadalmi céloknak megfelelően. Ezért az egészségügyre fordított közkiadások növelése az ellátórendszer hatékonyságát növelő átalakítással együtt javasolható.

A közkiadások növelése természetesen növeli az államháztartás forrásigényét, amelynek a fedezetét a társadalom egészségének javulása teremtheti meg, mint az egészségbe történő hosszú távú befektetés. A társadalom egészségi állapotában csak hosszabb távon remélhető változás, ennek eléréséhez azonban az egészségügyi rendszer fejlesztéséhez szükséges forrásokat biztosítani kell. A rövid távon jelzett forrásigény csak az ellátórendszer működési zavarait csökkentheti, az ellátórendszer átalakításához kapcsolódó, középtávú program megvalósításához szükséges „egyszeri” forrásszükséglet eredményezhet egy hatékonyabban, eredményesebben működő egészségügyi ellátórendszert.

Az egészségügyi közkiadások növelése a termelési kapcsolatokon keresztül az egészségipar és más beszállító ágazatok bruttó hazai termékét növelő hatása (2. sz. táblázat) mint már rövid távon rendelkezésre álló fedezet javíthatja az államháztartási egyenleget.

Az államháztartásra gyakorolt hatásnál figyelembe kell venni mint a befektetés forrásigényének csökkentő tényezőjét:

- az egészségügyi ágazatban foglalkoztatottak mint adófizetők az állami bevételekhez átláthatóan és jelentős mértékben hozzájárulnak (39. sz. melléklet),
- a háztartások közvetlen kiadásaiból a hálapénz jellegű kifizetéseket szabályozott és ellenőrizhető rendszerek felé terelésével (biztosítás, pénztárak) az államháztartás bevételei emelkedhetnek, az így rendelkezésre álló források visszaforgathatók az ellátórendszerbe, szemben a jelenlegi gyakorlattal, amely ezeket a forrásokat személyes fogyasztássá konvertálja.

A fenti tényezők számszerű hatásainak kimutatása csak külön kutatások után lehetséges.

#### **4.2.4. A nemzetgazdaság növekedése szempontjából fontos más jellemzők**

A társadalom egészségének prioritásként kezelése, az egészségügyi rendszer hatékonyságának javulása ösztönző hatású lehet az **innovációra**. Az egészségügyi rendszer képessé válhat (mind pénzügyi, mind szervezeti vagy szemléleti oldaláról) az egészségügyi innováció gyors befogadására, alkalmazására. A korszerű diagnosztikai és terápiás eszközök, gyógyszerek

egyrészt a korai felismerésből, a rövidebb idejű ápolásból adódóan, másrészt a kieső munkaidő csökkenése következtében egészségügyi költségelőnyöket és alacsonyabb társadalmi költségeket eredményezhetnek. A jogilag és módszertanilag szabályozott egészség-gazdaságtani elemzések és a kapcsolódó döntések révén csökkenthetők a bekerülési idők, amely ösztönzően hathat az egészségipar innovációs folyamataira is. Az egészség társadalmi jelentőségének felismerése, valamint a közgazdász kutatások szerint az egészség mint a gazdasági növekedés bázis-innovációi, az egészségipar mint mega-iparág területéről várhatók, ami az egészségipar és az egészségügy innovációs lehetőségeit erősítik.

Az egészségügyi ágazat **importigényessége** a nemzetgazdasági átlagnál lényegesen alacsonyabb, azonban növekvő tendencia látható és prognosztizálható (42.sz. melléklet).

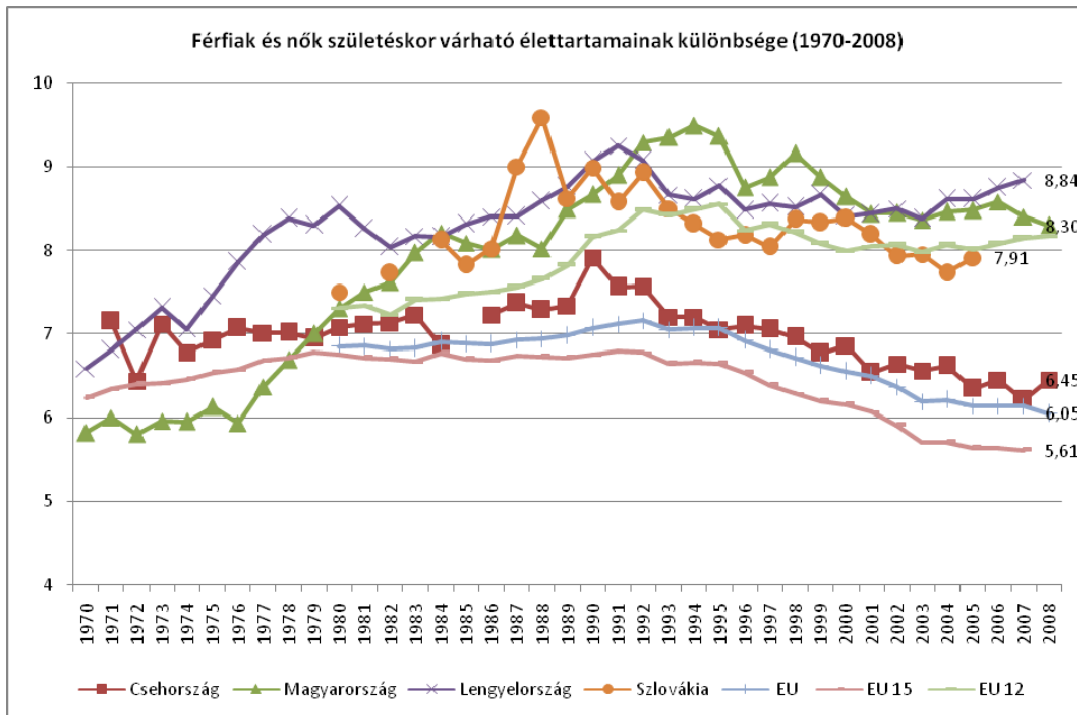
Az egészségügyi ágazat **energiaigényességét** és várható alakulását jelentősen befolyásolja az infrastruktúra elhanyagoltsága, a korszerű eljárások, eszközök cseréjének lehetősége, amely az ágazat számára komoly tartalékként jelentkezik az energiaigényesség növekedésének mérséklésében (43.sz. melléklet).

Az egészségi állapot javítása Magyarországon nem csupán az Alkotmányban foglaltak teljesítése miatt, hanem jól felfogott gazdasági érdekből is szükséges. Hangsúlyozva, hogy az egészségi állapot fejlesztése multiszektoriális, konzisztens egészségpolitika meglétével biztosítható, az egészségügyi rendszerünk fejlesztése pedig – egyrészt annak alacsony hatékonysága, másrészt az egészségi állapot javításában játszott komoly szerepe miatt – elengedhetetlen. Az egészségügyi rendszer komplex fejlesztése elengedhetetlen, amelynek összhangban kell lennie a népegészségügyi és kapcsolódó (pl. szociális) ágazatközi fejlesztésekkel. Az optimális eredményeket biztosító fejlesztések csak részletesen kidolgozott, a hatásokat széleskörűen elemző, az egyes területek közötti összefüggéseket felmérő kutatások és széleskörű társadalmi egyeztetés után lehetséges.

Budapest, 2010. május hó

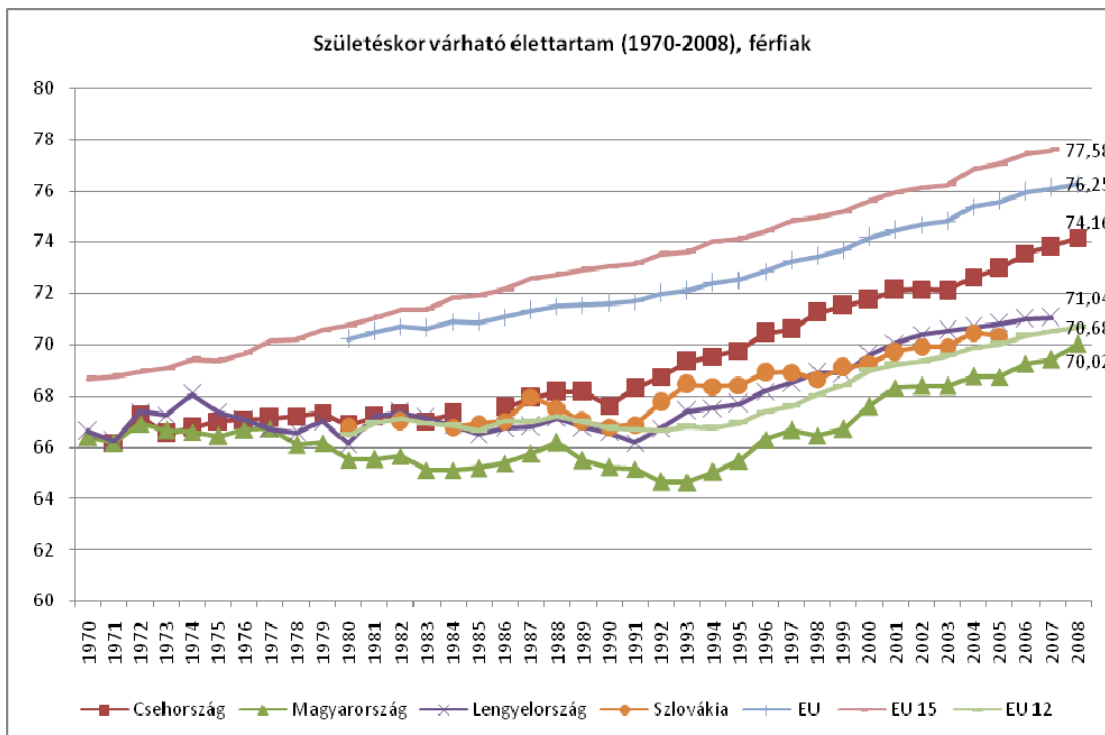
# Mellékletek

## 1. sz. melléklet



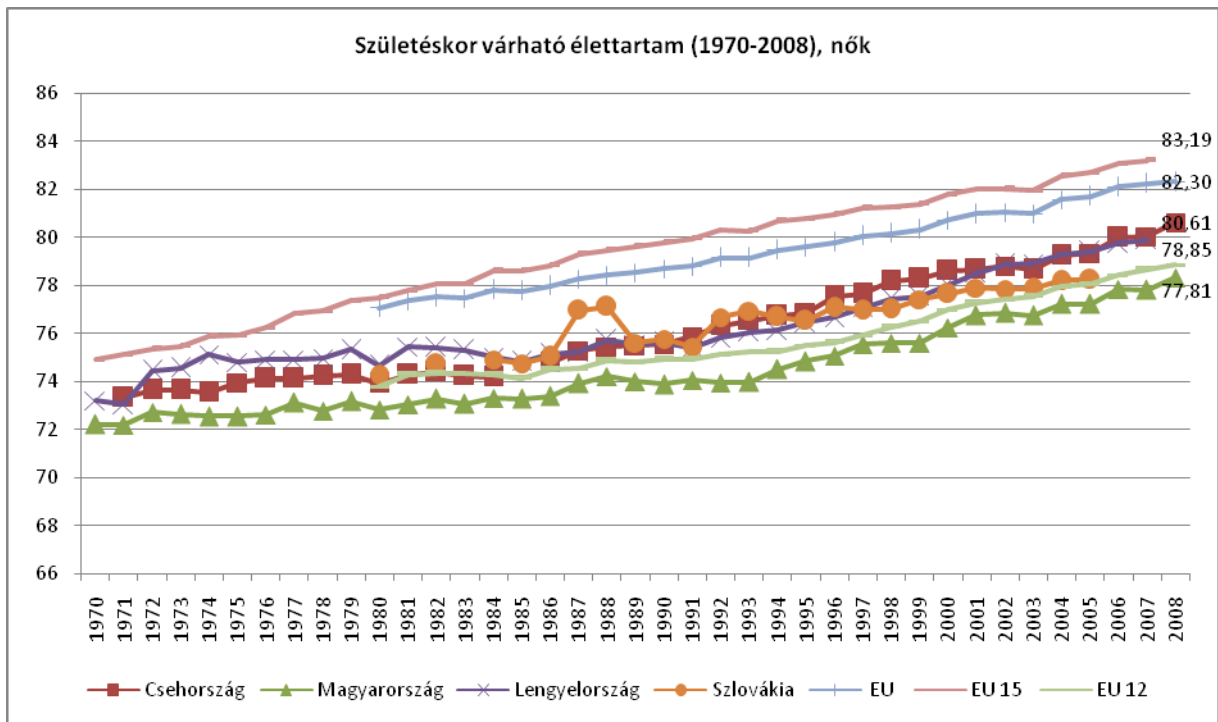
Forrás: European Health Database

## 2. sz. melléklet



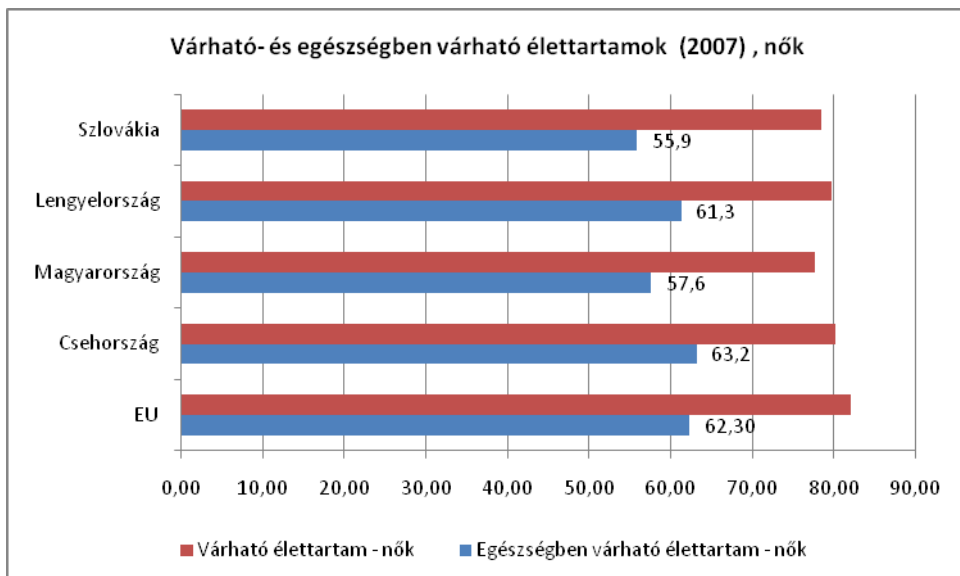
Forrás: European Health Database

3. sz. melléklet



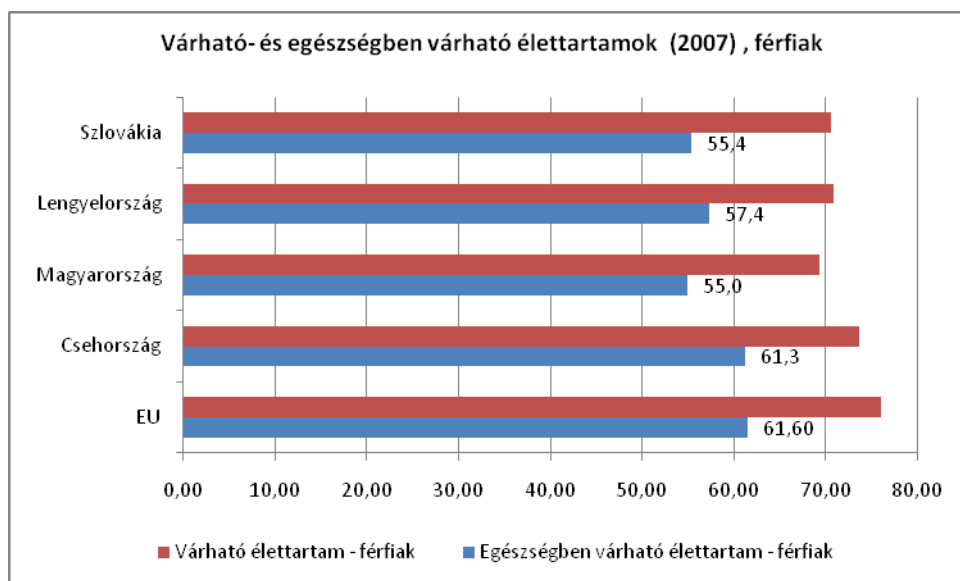
Forrás: European Health Database

4. sz. melléklet



Forrás: Eurostat 2010

5. sz. melléklet



Forrás: Eurostat 2010

6. sz. melléklet

Az egyes életkorokban várható átlagos élettartam nemek szerint

Ország	Év	Születéskor		éves korban							
		férfi	nő	1		15		45		65	
				férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
Ausztria	2008	77,9	83,4	77,2	82,6	63,3	68,7	34,6	39,3	17,8	21,2
Belgium	2004	76,2	82,0	75,5	81,3	61,6	67,4	33,2	38,2	16,6	20,3
Bulgária	2006	69,3	76,4	69,0	76,2	55,3	62,5	27,4	33,5	13,2	16,3
Ciprus	2007	78,2	82,5	77,4	81,8	63,6	68,0	35,1	38,6	17,6	19,8
Csehország	2007	73,8	80,3	73,1	79,5	59,3	65,6	30,8	36,3	15,2	18,6
Dánia	2006	76,2	80,8	75,5	80,0	61,6	66,1	32,9	36,8	16,4	19,2
Egyesült Királyság	2007	77,7	81,9	77,1	81,3	63,3	67,4	34,7	38,2	17,7	20,3
Finnország	2007	76,1	83,2	75,3	82,4	61,5	68,6	33,3	39,4	17,2	21,4
Franciaország	2006	77,5	84,6	76,8	83,9	63,0	70,0	34,5	40,8	18,3	22,8
Görögország	2007	77,2	82,0	76,5	81,2	62,6	67,4	34,3	38,0	17,5	19,5
Hollandia	2007	78,2	82,7	77,6	81,9	63,7	68,1	34,7	38,7	17,2	20,8
Horvátország	2006	72,6	79,4	71,9	78,8	58,1	65,0	29,7	35,6	14,3	17,8
Írország	2006	77,5	82,2	76,8	81,5	62,9	67,6	34,2	38,3	16,8	20,3
Lengyelország	2007	71,0	79,9	70,5	79,3	56,7	65,5	28,9	36,3	14,6	19,0
Luxemburg	2006	76,9	82,3	76,1	81,4	62,3	67,6	33,8	38,3	17,3	20,6
<b>Magyarország</b>	<b>2008</b>	<b>69,8</b>	<b>77,8</b>	<b>69,2</b>	<b>77,2</b>	<b>55,4</b>	<b>63,3</b>	<b>27,1</b>	<b>34,2</b>	<b>13,6</b>	<b>17,5</b>
Németország	2006	77,2	82,4	76,5	81,7	62,6	67,8	33,8	38,5	17,2	20,5
Norvégia	2006	78,3	83,0	77,6	82,2	63,8	68,3	35,1	39,0	17,8	20,9
Olaszország	2006	78,6	84,3	77,9	83,6	64,1	69,7	35,3	40,3	18,0	21,9
Oroszország	2006	60,5	73,3	60,2	72,9	46,6	59,3	22,7	31,6	11,4	15,7
Portugália	2004	74,9	81,6	74,3	80,9	60,5	67,1	32,7	38,0	16,3	19,8
Románia	2008	69,8	77,3	69,6	77,0	56,0	63,3	28,1	34,3	14,7	17,2
Spanyolország	2005	77,1	83,8	76,4	83,1	62,6	69,2	34,1	39,9	17,3	21,4
Svájc	2007	79,6	84,5	78,9	83,8	65,1	70,0	36,2	40,6	18,5	22,3
Svédország	2006	78,9	83,2	78,1	82,4	64,3	68,5	35,3	39,1	17,8	21,0
Szlovákia	2005	70,3	78,2	69,9	77,7	56,1	63,9	27,9	34,7	13,4	17,3
Szlovénia	2007	74,8	82,1	74,0	81,4	60,1	67,6	31,9	38,2	16,0	20,3
<b>EU-27</b>	<b>2007</b>	<b>76,0</b>	<b>82,2</b>	<b>75,4</b>	<b>81,5</b>	<b>61,6</b>	<b>67,6</b>	<b>33,1</b>	<b>38,4</b>	<b>16,9</b>	<b>20,5</b>
<b>Magyarország az EU27 %-ban</b>		<b>90,1%</b>	<b>94,6%</b>	<b>91,7%</b>	<b>94,7%</b>	<b>89,9%</b>	<b>93,6%</b>	<b>81,9%</b>	<b>89,1%</b>	<b>80,5%</b>	<b>85,4</b>

Forrás: KSH Egészségügyi Évkönyv 2008

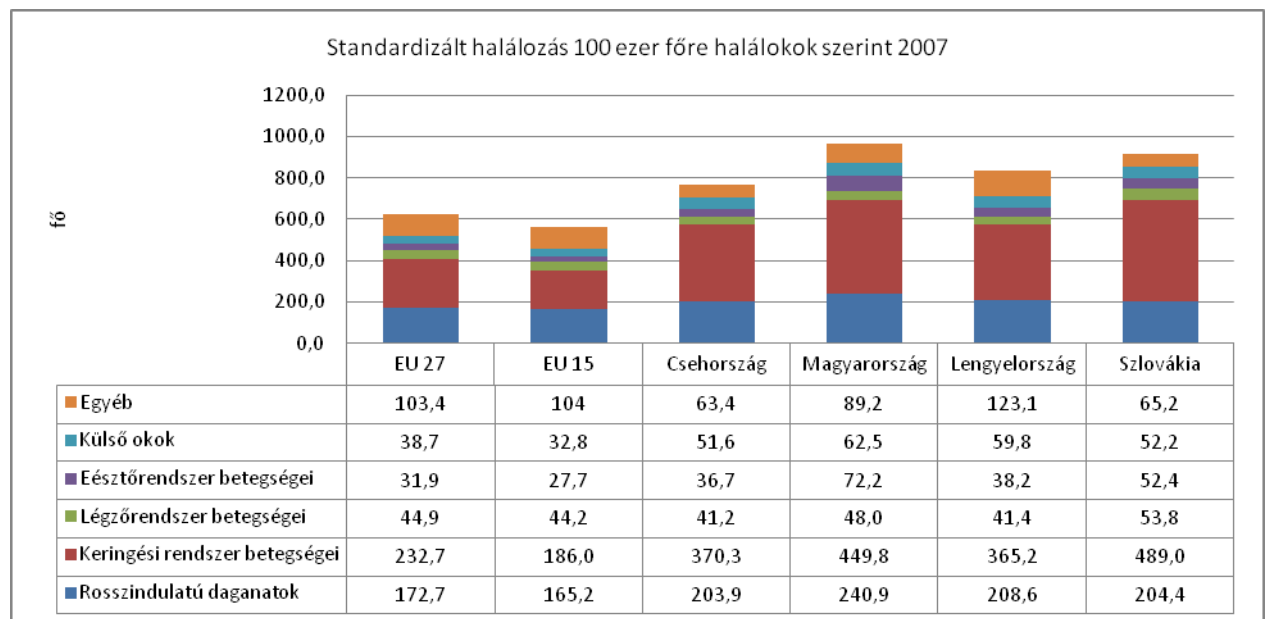
7. sz. melléklet

**Halálozási valószínűségek, 100 ezer lakosra vetített kor-standardizált halálozási mutató (fő)**

Megnevezés	1997	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
EU 27	:	721,9	706,2	723,0	705,0	674,0	670,3	640,9	624,3	:
EU 15	689,7	654,2	639,2	636,1	639,9	609,4	605,8	576,5	559,9	:
Belgium	715,00	:	:	:	:	639,20	:	:	:	:
Bulgária	1239,8	1152,7	1084,6	1102,9	1089,2	1056,3	1065,5	1046,3	1028,5	:
Csehország	961,1	893,0	877,5	880,9	899,3	851,7	837,8	789,3	767,1	747,1
Dánia	805,6	753,8	749,5	752,8	734,5	707,1	684,5	682,6	:	:
Németország	724,5	675,0	657,1	660,5	664,7	628,2	620,1	596,2	585,0	582,4
Észtország	1144,2	1109,4	1116,6	1090,9	1066,6	1028,5	994,2	975,9	959,6	893,8
Írország	832,7	790,3	746,2	717,0	685,9	658,3	611,9	621,4	601,0	568,2
Görögország	695,7	704,6	679,4	674,8	673,6	663,7	638,3	617,0	623,1	595,7
Spanyolország	639,6	611,8	596,2	593,0	600,3	565,5	568,7	532,3	534,2	520,1
Franciaország	:	:	609,8	607,1	616,6	564,0	566,4	538,8	521,8	:
Olaszország	636,1	596,8	585,0	571,5	586,6	:	:	516,7	511,6	:
Lettország	1195,7	1125,8	1148,3	1127,0	1114,3	1091,1	1108,7	1113,1	1095,3	1006,8
Litvánia	1065,1	972,9	1037,9	1021,9	1007,3	1017,2	1081,4	1091,0	1095,8	1033,8
Luxemburg	708,5	675,4	670,7	664,7	706,1	614,8	611,4	614,9	:	:
<b>Magyarország</b>	<b>1141,2</b>	<b>1096,1</b>	<b>1035,4</b>	<b>1034,4</b>	<b>1047,7</b>	<b>1009,5</b>	<b>1015,3</b>	<b>969,0</b>	<b>962,6</b>	<b>926,1</b>
Málta	736,8	706,9	668,7	671,4	682,5	627,9	629,5	627,4	589,6	:
Hollandia	702,3	692,7	680,5	678,3	666,1	630,4	615,5	595,9	571,9	566,0
Ausztria	709,4	657,2	632,4	649,3	650,9	617,7	607,4	581,3	562,1	557,2
Lengyelország	:	938,9	911,7	890,4	892,4	870,7	860,8	841,3	836,3	:
Portugália	808,5	755,7	736,1	729,1	730,8	674,1	689,9	638,5	:	:
Románia	:	1109,5	1110,5	1143,3	1121,3	1072,9	1064,1	1025,8	979,1	:
Szlovénia	866,4	800,3	784,1	777,3	793,5	735,6	727,5	678,9	669,5	633,5
Szlovákia	1022,9	1003,3	990,6	971,7	974,1	945,6	956,4	930,4	917,0	887,8
Finnország	740,2	703,4	677,5	675,8	660,0	636,9	620,9	605,1	602,4	586,8
Svédország	631,9	604,5	599,5	598,6	582,2	568,6	560,5	547,3	541,3	:
Egyesült Királyság	733,3	676,1	683,4	679,3	676,4	648,5	636,1	608,3	598,7	:

Forrás: Eurostat, 2010

8. sz. melléklet



Forrás: Eurostat 2010

## Az összes korai és elkerülhető halálozás az EU tagországaiban (2002)

Megnevezés	Standardizált halálozási arány 100 000 főre (2000/02)		
	Összes korai halálozás	Elkerülhető halálozás	Elkerülhető részaránya
<b>Nők</b>			
Spanyolország	184	72	39%
Finnország	219	77	35%
Franciaország	208	78	38%
Svédország	220	78	36%
Olaszország	197	81	41%
Ausztria	225	90	40%
Németország	236	92	39%
Hollandia	260	100	39%
Portugália	245	103	42%
Egyesült Királyság	268	105	39%
Írország	287	114	40%
Lengyelország	333	130	39%
<b>Magyarország</b>	<b>410</b>	<b>184</b>	<b>45%</b>
Csehország	313	238	76%
<b>Férfiak</b>			
Svédország	366	91	25%
Finnország	493	131	26%
Hollandia	447	131	29%
Egyesült Királyság	437	132	30%
Írország	504	140	28%
Olaszország	399	144	36%
Franciaország	485	150	31%
Németország	472	150	32%
Ausztria	456	151	33%
Spanyolország	440	153	35%
Portugália	535	194	36%
Csehország	661	234	35%
Lengyelország	794	260	33%
<b>Magyarország</b>	<b>931</b>	<b>379</b>	<b>41%</b>

Forrás: Egészségjelentés 2010 (Egészségmonitor Kft)

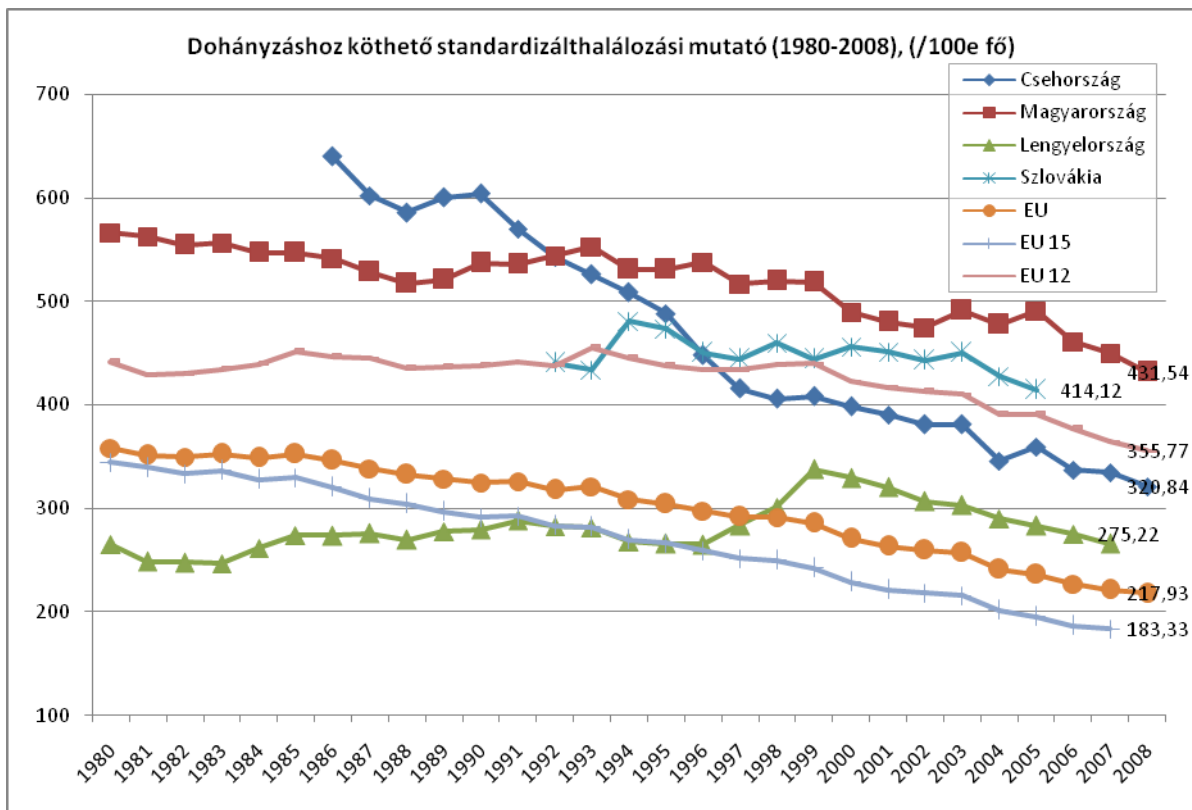
10. sz. melléklet

**Az összes korai és elkerülhető halálozás változása Magyarországon, 2001-2008**

Év	NŐK			FÉRFIAK		
	Összes korai halálozás	Elkerülhető halálozás	Elkerülhető részaránya	Összes korai halálozás	Elkerülhető halálozás	Elkerülhető részaránya
	Standardizált halálozási arány 100 000 főre					
2001	417	163	39%	931	267	29%
2002	410	159	39%	929	261	28%
2003	411	158	38%	932	268	29%
2004	398	151	38%	855	240	28%
2005	394	143	36%	898	250	28%
2006	374	135	36%	859	236	27%
2007	381	132	35%	856	232	27%
2008	363	128	35%	822	222	27%

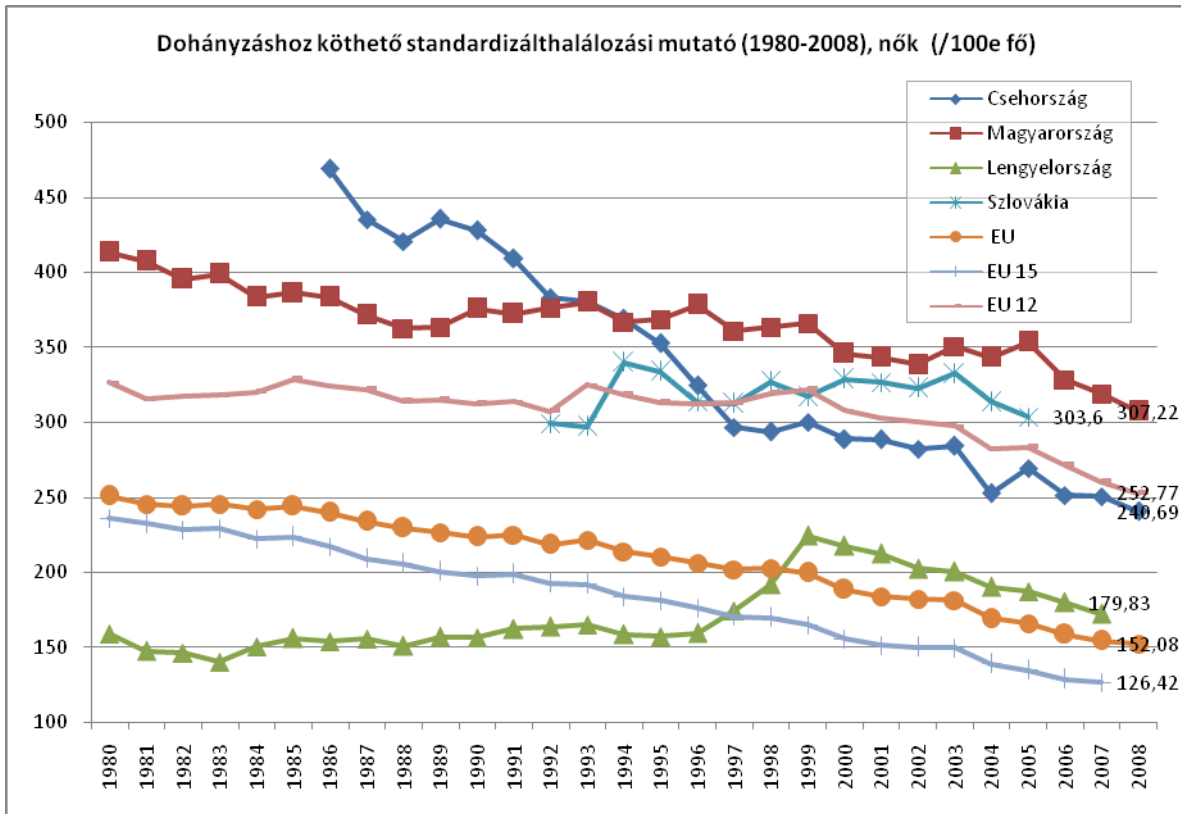
Forrás: Egészségjelentés 2010 (Egészségmonitor Kft)

11. sz. melléklet



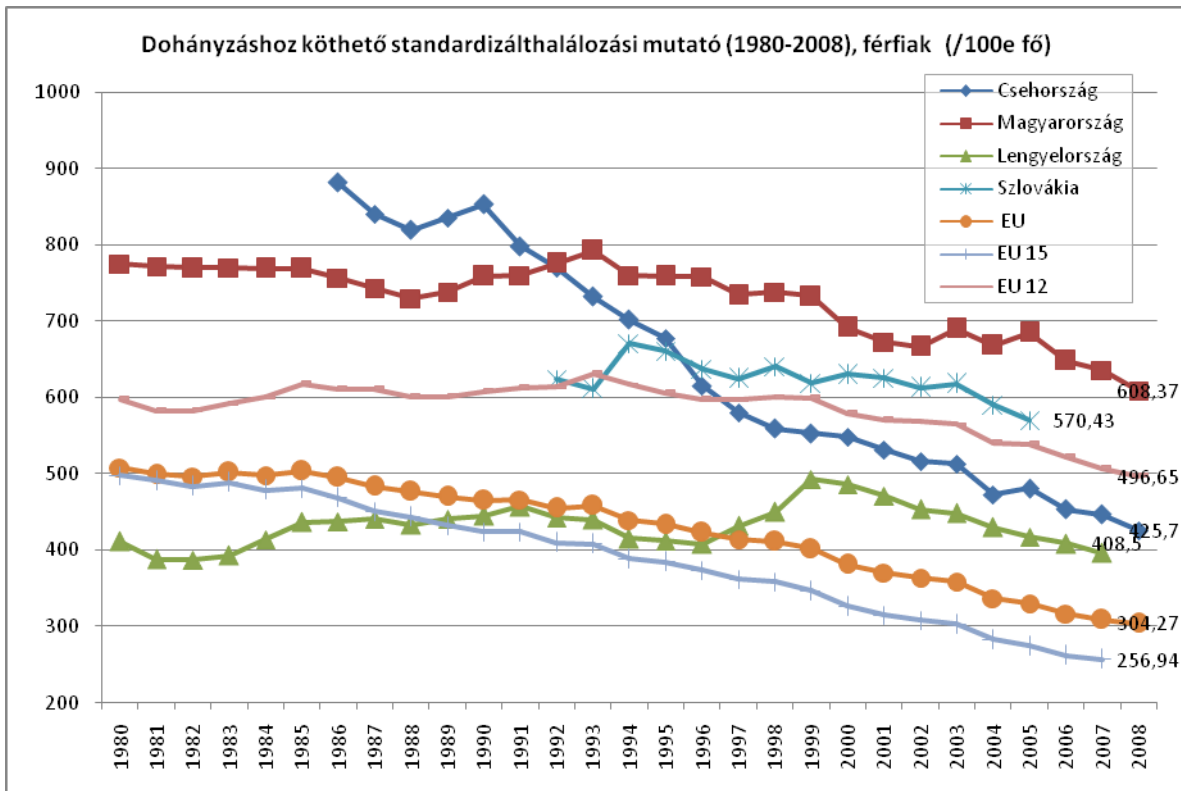
Forrás: European Health Database, 2010

12. sz. melléklet



Forrás: European Health Database, 2010

13. sz. melléklet



Forrás: European Health Database, 2010

14. sz. melléklet

**A dohányosok aránya a 15 éven felüli lakosságon belül**

Megnevezés	2007	2009 (ELEF)*
Csehország	25,4	
<b>Magyarország</b>	<b>30,4</b>	<b>31,4</b>
Lengyelország	29,0	
Szlovákia	28,0	
Finnország	20,6	
Svédország	15,9	

Forrás: WHO, European Health Database, 2010, OECD 2009

\*KSH Egészségtükör 2010

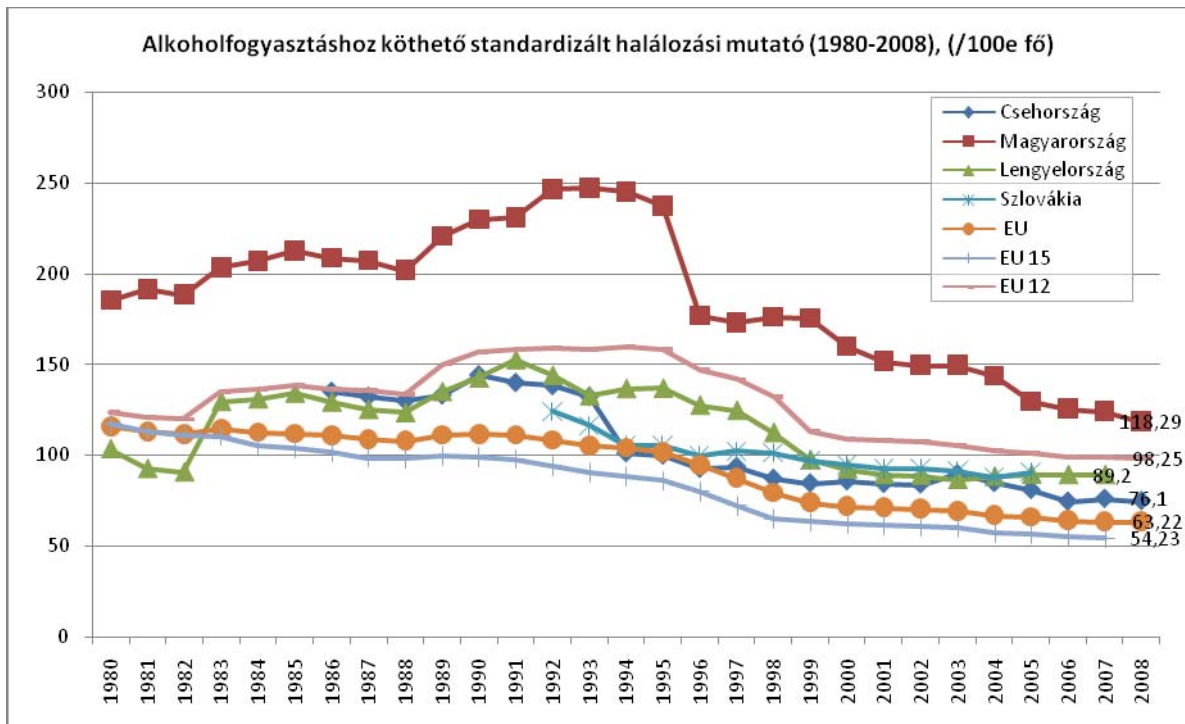
15. sz. melléklet

**A dohánytermékekre fordított háztartási kiadások a teljes kiadás %-ában**

Megnevezés	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
EU27	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9
EU15	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,8
Csehország	4,1	3,6	3,4	3,6	3,8	3,6	3,6	3,5	3,7	3,9
<b>Magyarország</b>	<b>2,8</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>2,9</b>	<b>2,8</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>
Lengyelország	3,2	3,0	2,9	2,9	2,9	2,9	3,0	3,0	3,0	2,9
Szlovákia	2,7	2,0	1,9	2,0	2,1	2,1	2,1	2,0	2,1	1,9

Forrás: Eurostat, 2010

16. sz. melléklet



Forrás: European Health Database, 2010

17. sz. melléklet

**Alkoholfogyasztás (fő/liter)**

Megnevezés	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Csehország		11,7	11,3	11,5	11,8	12,0	11,9	12,1
Finnország	5,8	7,9	9,5	8,3	8,6	10,0	10,1	10,5
<b>Magyarország</b>	<b>11,5</b>	<b>14,9</b>	<b>13,9</b>	<b>12,2</b>	<b>12,0</b>	<b>13,0</b>	<b>13,2</b>	
Lengyelország			8,3	8,2	8,4	9,1	9,9	10,3
Szlovákia	12,8	14,5	13,4	10,3	8,9	9,0	8,6	8,9
Svédország	7,2	6,7	6,4	6,2	6,2	6,6	6,9	6,9
Egyesült Királyság	7,1	9,4	9,8	9,4	10,4	11,4	11,0	11,2

Forrás: OECD 2009

18. sz. melléklet

**A túlsúlyos és elhízott felnőtt lakosság aránya a teljes lakossághoz viszonyítva**

Megnevezés	Résarány (%)	Év
Csehország	52,0	2005
<b>Magyarország*</b>	<b>53,7</b>	<b>2009</b>
Ausztria	47,7	2006
Lengyelország	45,3	2004
Szlovákia	46,2	2007
Finnország	48,9	2007
Svédország	44,0	2007

Forrás: OECD Health Data 2009 - Frequently Requested Data

\*KSH Egészségtükör 2010

19. sz. melléklet

Megnevezés	25 éven felüli lakosság arányában		
	Alapfokú oktatás	Középfokú oktatás	Felsőfokú oktatás
Csehország	31,7	58,6	8,5
<b>Magyarország</b>	<b>59,2</b>	<b>30,7</b>	<b>10,1</b>
Lengyelország	44,3	47,8	7,9
Szlovákia	38,6	50,9	9,5
Finnország	45,1	37,9	17,1
Svédország	32,4	43,0	23,0

Forrás: WHO 2009, European Health Report 2009

**Alapellátás****Háziorvosok száma (fő)**

Terület	1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.
Mindösszesen Terület	5178	5159	5133	5125	5106	5046	5018	5002	4969	5001
Közép-Magyarország (Budapest, Pest megye)	1476	1467	1459	1451		1433	1446	1450	1426	1432
Közép-Dunántúl (Fejér, Komárom-Esztergom, Veszprém)	558	550	549	553	545	535	537	531	533	531
Nyugat-Dunántúl (Győr-Moson-Sopron, Vas, Zala megye)	511	514	513	515	512	507	507	503	507	501
Dél-Dunántúl (Baranya, Somogy, Tolna megye)	550	545	544	542	543	536	514	514	518	522
Észak-Magyarország (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád megye)	651	645	640	637	634	625	626	606	611	619
Észak-Alföld (Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye)	744	755	744	736	738	723	712	717	709	721
Dél-Alföld (Bács-Kiskun, Békés, Csongrád megye)	688	683	684	691	689	687	676	681	665	675

**Háziorvosokhoz bejelentkezettek átlagos száma (fő)**

Terület	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.
Mindösszesen Terület	1 647	1 662	1 671	1 680	1 709	1 717	1 733	1 751	1 740
Közép-Magyarország (Budapest, Pest megye)	1 557	1 579	1 601	1 607	1 650	1 657	1 674	1 706	1 721
Közép-Dunántúl (Fejér, Komárom-Esztergom, Veszprém)	1 703	1 711	1 702	1 736	1 785	1 774	1 808	1 802	1 818
Nyugat-Dunántúl (Győr-Moson-Sopron, Vas, Zala megye)	1 665	1 680	1 682	1 689	1 704	1 706	1 721	1 713	1 737
Dél-Dunántúl (Baranya, Somogy, Tolna megye)	1 551	1 549	1 565	1 561	1 572	1 592	1 617	1 616	1 603
Észak-Magyarország (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád megye)	1 738	1 757	1 760	1 769	1 789	1 779	1 830	1 807	1 767
Észak-Alföld (Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye)	1 734	1 769	1 792	1 792	1 824	1 854	1 844	1 897	1 855
Dél-Alföld (Bács-Kiskun, Békés, Csongrád megye)	1 676	1 670	1 658	1 669	1 689	1 703	1 690	1 734	1 682

### Háziorvosok betegforgalma (eset)

Betegforgalom típusa (házi orvosoknál)	2003.	2004.	2005.	2006. év	2007. év	2008. év
rendelésen megjelentek	50 918 616	52 447 657	54 290 662	57 390 565	45 757 008	47 839 191
lakáson történt beteglátogatás	5 054 311	4 835 269	4 659 130	4 207 359	2 912 631	2 958 972
szakrendelésre irányítás	7 415 828	7 944 595	8 376 722	9 150 001	10 705 272	11 500 228
EKG, rtg., labor	3 943 616	4 265 108	4 511 316	4 680 339	4 681 893	5 303 192
egyéb	3 472 212	3 679 487	3 865 406	4 469 662	5 352 636	5 750 114
fekvőbeteg gyógyintézetbe utalás	386 043	413 837	416 903	437 373	421 829	432 815
preventív látogatás				95 863		
szaktanácsadáson történt bemutatás				167 480	188 502	188 438
egyéb forgalom	140 658	286 674	179 429	25 086	3 445	5 705

### Házi gyermekorvosok száma (fő)

Terület	2000. év	2001. év	2002. év	2003. év	2004. év	2005. év	2006. év	2007. év	2008. év
Mindösszesen Terület	1 570	1 580	1 579	1 582	1 577	1 571	1 557	1 554	1 559
Közép-Magyarország (Budapest, Pest megye)	524	525	523	523	522	523	521	521	526
Közép-Dunántúl (Fejér, Komárom-Esztergom, Veszprém)	170	167	167	168	167	168	166	165	164
Nyugat-Dunántúl (Győr-Moson-Sopron, Vas, Zala megye)	138	139	140	140	141	140	138	137	136
Dél-Dunántúl (Baranya, Somogy, Tolna megye)	149	147	149	150	145	144	144	144	146
Észak-Magyarország (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád megye)	162	162	164	166	166	167	159	162	162
Észak-Alföld (Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye)	217	223	221	219	219	217	219	213	212
Dél-Alföld (Bács-Kiskun, Békés, Csongrád megye)	210	217	215	216	217	212	210	212	213

### Egy házi gyermekorvoshoz bejelentkezettek átlagos száma (fő)

Megnevezés	2003. év	2004. év	2005. év	2006. év	2007. év	2008. év
Mindösszesen Terület	942	941	939	947	940	939
Közép-Magyarország (Budapest, Pest megye)	908	911	916	931	922	931
Közép-Dunántúl (Fejér, Komárom-Esztergom, Veszprém)	965	971	949	960	959	962
Nyugat-Dunántúl (Győr-Moson-Sopron, Vas, Zala megye)	931	919	924	929	939	938
Dél-Dunántúl (Baranya, Somogy, Tolna megye)	887	901	894	887	882	863
Észak-Magyarország (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád megye)	938	935	918	953	936	920
Észak-Alföld (Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye)	1 000	1 004	1 000	986	994	1 004
Dél-Alföld (Bács-Kiskun, Békés, Csongrád megye)	996	972	983	981	960	940

## Háziorvosi praxis, házi gyermekorvosi praxis (2008)

Terület	Praxis típusa	Háziorvosi praxisok száma (db)	Házi gyermekorvosi praxisok száma (db)
Közép-Magyarország (Budapest, Pest megye)	Mindösszesen Praxis típusa	1 447	528
	Saját praxis	1 432	526
	Helyettesítésben ellátott praxis (van orvos)	4	1
	<b>Helyettesítésben ellátott praxis (nincs orvos)</b>	<b>11</b>	<b>1</b>
Közép-Dunántúl (Fejér, Komárom-Esztergom, Veszprém)	Mindösszesen Praxis típusa	548	165
	Saját praxis	531	164
	Helyettesítésben ellátott praxis (van orvos)	7	
	<b>Helyettesítésben ellátott praxis (nincs orvos)</b>	<b>10</b>	<b>1</b>
Nyugat-Dunántúl (Győr-Moson-Sopron, Vas, Zala megye)	Mindösszesen Praxis típusa	509	137
	Saját praxis	501	136
	Helyettesítésben ellátott praxis (van orvos)	2	1
	<b>Helyettesítésben ellátott praxis (nincs orvos)</b>	<b>6</b>	
Dél-Dunántúl (Baranya, Somogy, Tolna megye)	Mindösszesen Praxis típusa	538	150
	Saját praxis	522	146
	Helyettesítésben ellátott praxis (van orvos)	1	
	<b>Helyettesítésben ellátott praxis (nincs orvos)</b>	<b>15</b>	<b>4</b>
Észak-Magyarország (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád megye)	Mindösszesen Praxis típusa	655	165
	Saját praxis	619	162
	Helyettesítésben ellátott praxis (van orvos)	3	2
	<b>Helyettesítésben ellátott praxis (nincs orvos)</b>	<b>33</b>	<b>1</b>
Észak-Alföld (Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye)	Mindösszesen Praxis típusa	752	219
	Saját praxis	721	212
	Helyettesítésben ellátott praxis (van orvos)	4	1
	<b>Helyettesítésben ellátott praxis (nincs orvos)</b>	<b>27</b>	<b>6</b>
Dél-Alföld (Bács-Kiskun, Békés, Csongrád megye)	Mindösszesen Praxis típusa	696	214
	Saját praxis	675	213
	Helyettesítésben ellátott praxis (van orvos)	4	
	<b>Helyettesítésben ellátott praxis (nincs orvos)</b>	<b>17</b>	<b>1</b>
Mindösszesen Terület	<b>Összes praxis</b>	<b>5 145</b>	<b>1 578</b>
	<b>saját praxis</b>	<b>5 001</b>	<b>1 559</b>
	<b>Helyettesítésben ellátott praxis (van orvos)</b>	<b>25</b>	<b>5</b>
	<b>Helyettesítésben ellátott praxis (nincs orvos)</b>	<b>119</b>	<b>14</b>

Forrás: KSH Tájékoztatói adatbázis

21. sz. melléklet

**Járóbeteg szakellátás összefoglaló adatai<sup>a)</sup>**

<b>Megnevezés</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Finanszírozott szolgáltatók év végi száma	411	457	412	412
Esetek száma, ezer	59 404	73 687	59 543	62 380
ebből gondozóintézeteknél	-	3 811	3 148	2 811
Beavatkozások száma, millió	324,3	348,8	287,2	324,8
ebből: gondozóintézeteknél	-	5,1	4,3	4,0
Száz lakosra jutó esetek száma	582	731	592	621
Száz lakosra jutó beavatkozások száma	3 176	3 458	2 856	3 236
<b>ebből Labor diagnosztika összefoglaló adatai</b>				
Finanszírozott szolgáltatók év végi száma	289	254	233	224
Esetek száma, ezer	11 128	14 046	11 165	12 123
Beavatkozások száma, millió	106,8	162,4	124,8	145,1
Száz lakosra jutó esetek száma	109	139	111	121
Száz lakosra jutó beavatkozások száma	1 046	1 610	1 241	1 446

a) Tartalmazza a laboratóriumi diagnosztika adatait.

Forrás: KSH Tájékoztatási adatbázis

## 22. sz. melléklet

## Fekvőbeteg ellátás néhány mutatója nemzetközi összehasonlításban

Ország	Év	Százezer lakosra jutó kórházi ágyak száma	Év	Százezer lakosra jutó aktív kórházi ágyak száma	Év	Kórházi ápolás átlagos tartama aktív osztályokon (nap)
Ausztria	2007	776,3	2007	638,9	2007	5,8
Belgium	2007	525,1	2007	470,2	2006	7,0
Bulgária	2007	636,4	..	..	..	..
Ciprus	2006	371,5	2006	350,8	2006	5,8
Csehország	2007	810,5	2007	595,5	2007	7,7
Dánia	2007	349,5	2004	310,7	2005	3,5
Egyesült Királyság	2004	389,7	..	..	..	..
Finnország	2007	682,5	2007	233,6	2007	4,0
Franciaország	2006	716,8	2005	364,7	2005	5,9
Görögország	2006	481,7	2006	394,4	2004	5,7
Hollandia	2007	480,8	2007	340,2	2006	6,6
Horvátország	2007	534,6	2007	352,4	2007	7,5
Írország	2006	533,9	2006	274,2	2006	6,4
Lengyelország	2006	516,2	2006	410,8	..	..
Luxembourg	2004	626,7	2004	503,6	1998	7,7
<b>Magyarország</b>	<b>2008</b>	<b>707,5</b>	<b>2008</b>	<b>442,4</b>	<b>2008</b>	<b>5,5</b>
Málta	2007	780,3	2007	269,4	2007	4,3
Németország	2006	829,1	2006	572,9	2006	7,9
Norvégia	2007	391,2	2007	284,2	2007	5,0
Olaszország	2006	393,9	2006	336,3	2005	6,7
Oroszország	2006	965,9	2006	931,3	2006	11,5
Portugália	2006	345,4	2005	298,5	2005	7,1
Románia	2006	654,3	2006	505,2	..	..
Spanyolország	2006	337,0	2006	271,0	2006	6,6
Svájc	2005	553,9	2005	364,8	2005	8,5
Svédország	..	..	2005	282,3	2007	6,0
Szlovákia	2007	678,8	2007	601,6	2007	7,8
Szlovénia	2007	466,2	2007	376,7	2007	5,5
EU-27	2007	570,2	2006	395,4	2006	6,5

Forrás: KSH; European Health for All Data Base, World Health Organization Regional Office for Europe, Updated: August 2009.

## 23. sz. melléklet

## Euro Health Consumer Index alakulása - Magyarország és a Visegrádi országok - 2005-2009

Év	Magyarország		Lengyelország		Csehország		Szlovákia		Első helyezett	
	Helyezés	Pont	Helyezés	Pont	Helyezés	Pont	Helyezés	Pont	Ország	Pont
2005.	10	35	12	25	n.a		n.a		Hollandia	48
2006.	14	453	21	409	22	403	23	369	Franciaország	576
2007.	24	513	27	447	15	612	23	532	Austria	806
2008.	14	647	25	511	16	640	22	556	Hollandia	839
2009.	20	633	26	565	17	667	28	560	Hollandia	863

Forrás: [www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)

## 24. sz. melléklet

## Az állások száma az egészségügyi ellátásban szakfeladat és munkaköri csoport szerint, 2008

Szakfeladat	Orvosi állások száma		Gyógyszerészi állások száma		Egyéb egyetemi végzettséghez kötött állások száma		Szakdolgozói állások száma		Gazdasági, műszaki, ügyviteli állások száma		Kiegészítő (fizikai) állások száma		Összes állás		Hiány az összes szakfeladaton foglalkoztatott %-ban
	működés-hez szükséges hiányzó létszám	betöltött	működés-hez szükséges hiányzó létszám	betöltött	működés-hez szükséges hiányzó létszám	betöltött	működés-hez szükséges hiányzó létszám	betöltött	működés-hez szükséges hiányzó létszám	betöltött	működés-hez szükséges hiányzó létszám	betöltött	működés-hez szükséges hiányzó létszám	betöltött	
Orvostudományi kutatás és kísérleti fejlesztés	0,3	114,9	5,0	25,5	-5,0	94,4	-6,3	103,8	-0,7	37,5	0,0	15,5	-6,7	391,5	-1,7%
Közigazgatás összesen	0,0	25,6	0,0	5,0	-1,0	23,0	0,0	18,0	-3,1	122,0	-4,6	76,4	-8,6	270,0	-3,2%
Egyetemi és főiskolai oktatás	28,1	1 215,1	0,0	19,0	-35,7	618,8	12,4	952,9	4,0	305,9	9,9	362,9	18,7	3 474,6	0,5%
Aktív fekvőbeteg-ellátás	-912,6	10 792,3	-52,3	307,0	-30,7	706,0	-2 454,9	40 969,0	-388,0	7 707,3	-888,8	12 584,0	-4 727,3	73 065,6	-6,5%
Rehabilitációt, utókezelést és gondozást nyújtó fekvőbeteg-ellátás	-70,1	563,5	0,5	14,5	-7,0	103,1	-159,2	3 993,2	-15,5	655,7	-12,8	811,2	-264,0	6 141,1	-4,3%
Krónikus kórházi fekvőbeteg-ellátás	-66,1	375,7	0,0	5,8	-1,0	59,2	-244,3	3 844,8	-7,2	229,8	-34,7	528,8	-353,4	5 044,1	-7,0%
Háziorvosi szolgálat	-65,6	7 004,7	0,0	2,1	0,0	21,8	-7,9	8 024,7	0,3	419,6	-8,6	796,6	-81,8	16 269,4	-0,5%
Kiegészítő alapellátási szolgáltatások (pl. fizioterápia, kislabor)	-2,0	71,2		-	-1,0	54,7	5,2	459,4	0,0	44,9	-1,5	44,2	0,7	674,4	0,1%
Járóbeteg gondozóintézeti ellátása	-29,8	335,4		-	-4,8	58,3	-40,0	795,2	-3,6	35,7	-3,7	73,5	-81,9	1 298,1	-6,3%
Foglalkozás-egészségügyi ellátás	-11,3	941,2		-	-1,0	15,8	-4,5	965,1	2,6	72,5	0,0	23,6	-14,2	2 018,2	-0,7%
Járóbeteg szakorvosi ellátása	-415,4	8 929,8	-0,3	28,2	-40,8	391,4	-547,0	15 408,3	-63,0	1 745,4	-101,6	1 573,3	-1 168,0	28 076,4	-4,2%
Fogorvosi ellátás	-50,7	4 671,0	0,0	1,0	0,5	36,5	-37,1	4 393,7	-2,6	327,3	-8,2	184,8	-98,1	9 614,2	-1,0%
Védőnői szolgálat	0,8	6,2		-	0,0	1,0	-128,0	4 793,0	-0,2	40,8	-3,8	224,8	-131,3	5 065,8	-2,6%
Közegészségügyi és járványügyi ellátás	-24,5	269,5	-3,2	27,8	-13,2	247,8	-19,1	1 243,0	-7,2	425,8	-10,3	381,7	-77,4	2 595,6	-3,0%
Mentőszolgálat	37,6	350,4	0,0	0,0	1,0	5,0	-401,5	3 247,4	-151,0	396,3	-307,6	2 620,8	-821,5	6 619,9	-12,4%
Vérellátás	-17,5	109,2	0,0	5,0	1,8	77,8	-116,5	983,5	-7,3	203,8	-14,5	138,0	-154,0	1 517,2	-10,2%
Anya-, gyermek- és csecsemővédelem	-19,5	159,2		-	0,0	3,0	-30,0	250,6	0,0	4,5	0,0	47,8	-49,5	465,1	-10,6%
Egészségügyi ellátás egyéb feladatai	-34,7	906,6	-6,0	224,3	1,1	278,2	-55,6	3 188,0	-3,9	820,2	-56,6	1 080,9	-155,6	6 498,1	-2,4%
Nem kiemelt szakfeladatok	-12,6	307,7	-1,0	21,0	-5,5	134,6	10,8	3 466,6	3,8	509,1	-4,0	576,3	-8,5	5 015,4	-0,2%
<b>Összesen</b>	<b>-1 665,5</b>	<b>37 149,3</b>	<b>-57,3</b>	<b>686,2</b>	<b>-142,3</b>	<b>2 930,2</b>	<b>-4 223,5</b>	<b>97 100,1</b>	<b>-642,4</b>	<b>14 103,7</b>	<b>-1 451,2</b>	<b>22 145,1</b>	<b>-8 182,3</b>	<b>174 114,6</b>	<b>-4,7%</b>

Forrás: KSH Egészségügyi évkönyv 2008 és számított adatok

Lélegzet Alapítvány • 1075 Budapest, Károly krt. 3/a. • www.zoldneklennimegeri.hu

A kuratórium tagjai: Vida Gábor akadémikus (elnök),  
Dr. Kemény Attila, Dr. Kerekes Sándor, Dr. Ligetvári Ferenc, Dr. Novák Ágnes

## 25. sz. melléklet

**Orvosok és orvosi állások száma (2008)**

Év végén	Az Orvosok Országos Nyilvántartásában szereplő orvosok		A dolgozó orvosok		Engedélyezett	Betöltött	Üres	Üres állások (%)
	száma	aránya tízezer lakosra	száma	aránya tízezer lakosra	orvosi állások száma			
1970	22 796	22	20 877	20,2	24 848	22 969	1 879	7,6
1980	30 071	28,1	26 898	25,1	29 996	28 157	1 839	6,1
1985	33 516	31,7	29 524	27,7	32 170	30 423	1 747	5,4
1990	37 255	35,9	32 883	31,7	34 548	32 868	1 680	4,9
1995	42 489	41,2	34 634	33,6	34 210	31 575	2 635	7,7
1998	45 786	44,5	36 143	35,2	33 119	30 718	2 401	7,2
1999	46 560	45,4	36 386	35,6	33 083	30 021	3 062	9,3
2000	39 078	38,3	30 695	30,1	33 354	30 534	2 820	8,5
2001	39 648	39,0	33 088	32,5	33 313	30 586	2 727	8,2
2002	40 829	40,3	37 295	36,8	33 533	30 944	2 589	7,7
2003	41 778	41,3	38 241	37,8	33 537	31 105	2 432	7,3
2004	42 659	42,2	38 877	38,5	33 693	31 143	2 550	7,6
2005	35 395	35,1	32 563	32,3	37 204	34 911	2 293	6,2
2006	37 220	37,0	35 572	35,3	38 756	36 563	2 192	5,7
2007	35 763	35,6	32 202	32,1	37 895	36 262	1 632	4,3
2008	39 409	39,3	36 088	36,0	38 815	37 149	1 666	4,3

Forrás: KSH Egészségügyi Évkönyv 2008

## 26. sz. melléklet

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

Évek	Magyarország	EU27	EU15	EU12
1990	280	289	303	244
1995	296	285	294	254
2000	313	307	321	258
2001	316	312	327	260
2002	319	316	330	265
2003	325	318	331	267
2004	334	321	336	265
2005	278	320	338	253
2006	304	321	338	256
2007	278	322		253
2008	309			

Forrás: KSH; European Health for All Data Base, World Health Organization Regional Office for Europe, Updated: August 2009.

Lélegzet Alapítvány • 1075 Budapest, Károly krt. 3/a. • [www.zoldneklennimegeri.hu](http://www.zoldneklennimegeri.hu)A kuratórium tagjai: Vida Gábor akadémikus (elnök),  
Dr. Kemény Attila, Dr. Kerekes Sándor, Dr. Ligetvári Ferenc, Dr. Novák Ágnes

## 27. sz. melléklet

**Az egészségügyi szakdolgozók állásainak száma, a vállalkozók aránya és a munkakörre előírt szakképesítéssel rendelkezők aránya munkakörönként, 2006–2008**

Szakdolgozói munkakörök	2006		2007		2008		2006	2007	2008
	betöltött összes állások száma	ebből: vállalkozók aránya, %	betöltött összes állások száma	ebből: vállalkozók aránya, %	betöltött összes állások száma	ebből: vállalkozók aránya, %	munkakörre előírt szakképesítéssel rendelkezők aránya, %		
Diplomás ápoló	3 689,2	4,3	3 682,6	3,7	3 866,1	3,1	99,3	99,9	99,2
Intenzív betegellátó szakápoló	1 850,4	0,5	1 714,2	0,9	1 577,5	1,1	97,6	99,2	98,4
Pszichiátriai és mentálhigiénés szakápoló	1 452,7	1,1	1 449,9	1,3	1 135,2	2,2	98,5	98,9	98,8
Körzeti-közösségi szakápoló	5 154,3	4,6	4 556,1	3,8	4 423,9	3,0	99,6	99,1	99,4
Foglalkozás-egészségügyi szakápoló	772,3	15,7	851,2	11,6	870,6	11,7	98,9	98,4	98,2
Egyéb szakápoló	9 283,3	2,6	8 496,1	3,7	8 436,2	3,2	98,5	99,4	97,2
Ápoló	11 362,8	1,2	10 572,4	2,1	11 169,5	2,2	98,8	99,7	99,5
Csecsemő- és gyermekápoló	4 174,0	0,8	3 621,1	0,7	3 338,8	0,6	99,1	98,8	99,3
Általános ápoló és általános asszisztens	11 817,4	1,7	13 057,0	1,4	12 297,9	1,4	97,1	98,8	98,9
Ápolási asszisztens	2 371,4	0,4	2 179,3	0,4	2 242,5	0,2	71,7	92,0	89,5
Fogászati asszisztens	4 269,9	2,6	4 415,4	2,5	4 340,5	1,7	98,4	98,3	98,3
Röntgenasszisztens	3 468,8	2,8	3 239,3	3,4	3 209,6	3,8	95,6	99,9	99,0
Laboratóriumi asszisztens	4 003,1	0,5	3 392,8	0,7	3 446,6	1,2	97,4	99,4	99,2
Gyógyszertári asszisztens	932,4	0,9	818,8	1,0	798,0	1,6	98,6	99,8	99,2
Egyéb asszisztens	4 601,8	1,4	4 981,6	3,5	4 616,3	3,9	97,9	98,6	98,6
Aneszteziológiai szakasszisztens	1 256,5	0,8	1 139,5	1,4	1 269,4	3,6	98,8	99,8	99,4
Műtős szakasszisztens	2 181,9	0,5	1 956,7	0,8	1 998,6	1,2	98,6	99,4	97,6
Egyéb egészségügyi szakasszisztens	3 911,1	1,6	3 165,8	2,2	2 972,4	2,7	98,9	99,2	99,4
Dietetikus	614,1	2,7	508,5	3,8	559,6	4,4	96,9	99,6	99,5
Egészségnevelő	190,0	3,8	166,9	3,2	172,3	4,2	98,5	99,4	99,5
Egészségügyi szakoktató	223,6	3,9	131,0	6,5	128,2	3,4	99,6	99,3	100,0
Gonddozó/szakgonddozó	580,9	2,8	838,7	1,3	658,2	0,9	96,1	98,3	99,7
Gyógytornász	2 277,3	16,3	2 236,1	18,1	2 513,1	19,6	98,4	99,7	99,3
Közegészségügyi és járványügyi felügyelő	1 225,1	0,1	1 016,1	0,0	1 015,8	0,0	99,9	100,0	100,0
Mentőtiszt	634,3	9,1	683,5	12,7	610,1	9,9	99,7	100,0	99,9
Mentőápoló	3 168,4	2,3	2 723,9	3,9	2 506,3	2,3	67,5	100,0	99,5
Gyógy-, sport-, fürdősmasszőr	1 299,6	14,1	1 446,8	14,5	1 429,9	16,5	98,1	98,6	99,5
Szülésznő	1 952,2	0,1	1 577,2	0,7	1 631,8	0,1	99,4	99,7	99,5
Védőnő	5 365,9	1,2	5 348,6	1,6	5 274,5	1,6	99,9	100,0	99,6
Egyéb (orvosírnok, beteghordó, boncmester/boncségéd műtőssegéd stb.)	9 083,7	1,3	8 112,5	2,7	8 591,2	2,8	82,7	94,2	92,4
<b>Összesen</b>	<b>103 167,9</b>	<b>2,4</b>	<b>98 079,3</b>	<b>2,9</b>	<b>97 100,1</b>	<b>3,0</b>	<b>95,5</b>	<b>98,7</b>	<b>98,1</b>

Forrás: KSH Egészségügyi Évkönyv 2008

28. sz. melléklet

A fekvőbeteg osztályt tartalmazó épületek átlagéletkora 65 év, amely 28 és 94 év között szóródik.

**Ágyszám megoszlása az épületek műszaki állapota alapján**

Megnevezés	Szanálandó	Rekonstruálandó	Felújítandó	Karbantartandó	Együtt (%)
Megyék önkormányzatai	2	16	23	59	100
Megyei Kórház	3	14	23	60	100
Fővárosi önkorm.	1	18	33	48	100
<b>Önkorm. összes</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>25</b>	<b>57</b>	<b>100</b>
Központi eü. intézetek	2	8	50	40	100
Egyetemek	0	22	34	44	100
Egyéb	2	19	43	36	100
<b>Összesen</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>29</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Forrás: Dr. Márialigeti Jánosné: Orvos- és Kórháztechnikai Intézet (ORKI) épületkataszter-elemzése, készült: 2007. augusztus (kézirát)

**A gép műszer eszközállomány átlagos életkora**

Megnevezés	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Orvostechnikai eszköz	10,11	10,7	11,29	11,24	11,65	11,65	11,86	11,74
Kórháztechnikai eszköz	n.a	9,47	10,6	10,62	11,32	11,47	12,17	11,32
Számítás- és ügyv.techn.	6,56	7,16	7,89	7,74	8,17	8,38	8,79	8,81

Forrás: EMKI

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

- Orvostechnikai eszközökre morálisan 5 év, fizikailag 10 év;
- Számítás- és ügyvitel-technikai eszközökre morálisan 1-2 év, fizikailag 3 év.

29. sz. melléklet

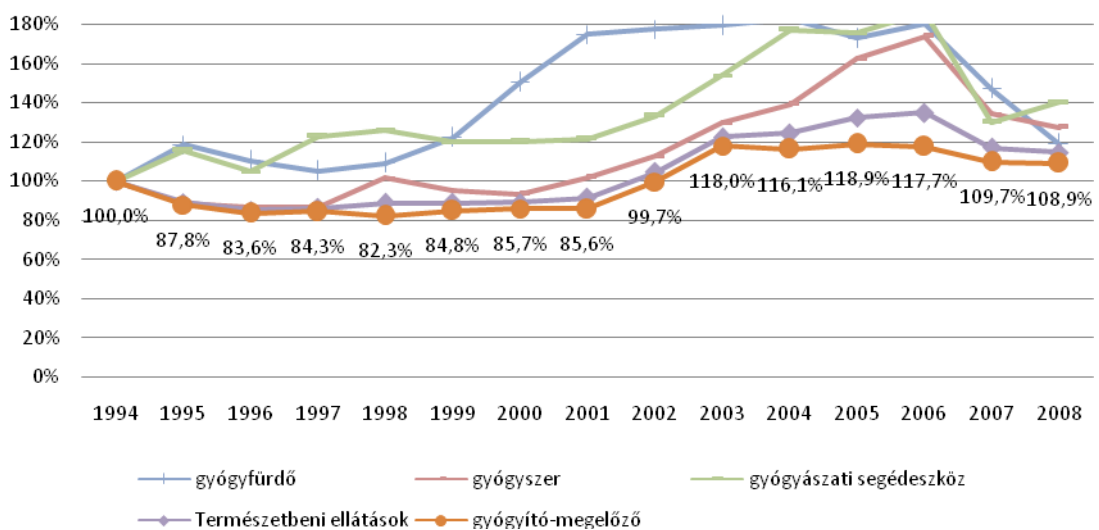
Társadalombiztosítási járulékok nemzetközi összehasonlításban

Megnevezés	Nyugdíj és egészségügyi járulékok összesen	Egészségügyi járulékok	Egészségügyi sorrend	Nyugdíjjárulékok	Nyugdíj sorrend	Államháztartás kiegészítő részesedése a teljes egészségügyi kiadások százalékában	Államháztartás kiegészítő részesedése az egészségügyi közkiadások százalékában
Ausztria	31,85	9,05	13	22,8	9	31,50%	41,40%
Belgium	28,51	12,15	10	16,36	13	12,70%	NA
Csehország	46,7	18,7	2	28	2	9,40%	10,60%
Észtország	35	13	8	22	10	NA	NA
Franciaország	32,36	15,81	5	16,55	12	5,10%	6,40%
Hollandia	44	19,35	1	24,65	6	4%	6,2%(2002)
Horvátország	40,5	15,5	6	25	5	NA	NA
Lengyelország	39,62	12,1	12	27,52	3	11,30%	16,10%
Litvánia	32,78	6,58	14	26,2	4	NA	NA
Luxemburg	28,1	12,1	11	16	14	20,60%	22,70%
<b>Magyarország</b>	<b>45,92</b>	<b>12,42</b>	<b>9</b>	<b>33,5</b>	<b>1</b>	<b>10,80%</b>	<b>15,20%</b>
Németország	37,82	17,92	3	19,9	11	9,30%	12,10%
Szlovákia	41,6	17,6	4	24	8	9,2%(2005)	12,3%(2005)
Szlovénia	37,47	13,12	7	24,35	7	NA	NA

Forrás: Szigeti (2009, Egészségügyi Gazdasági Szemle)

30. sz. melléklet

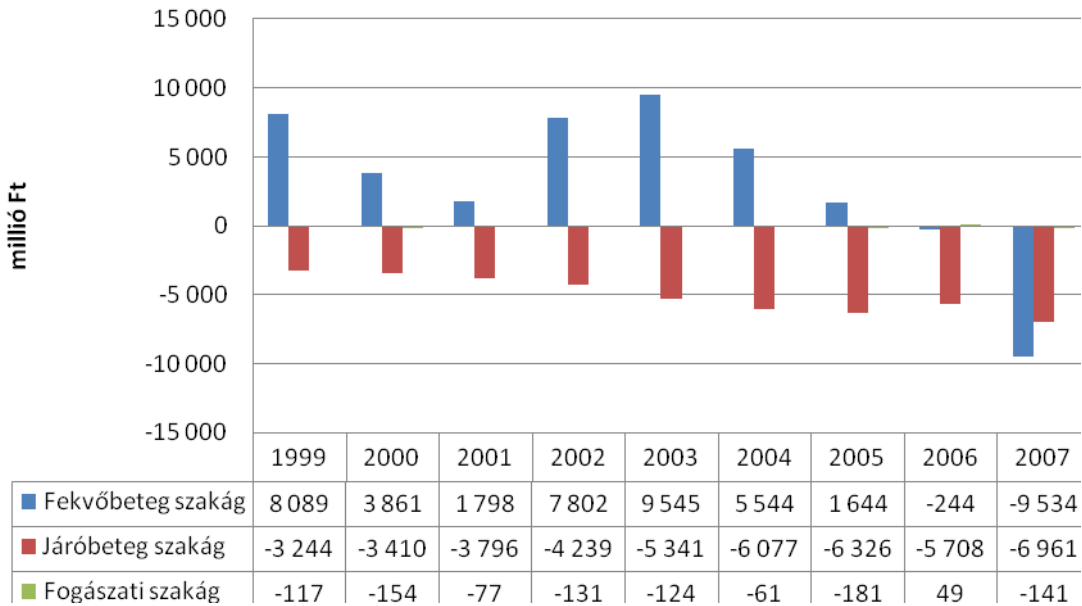
Természetbeni ellátások és egyes összetevőinek alakulása változatlan áron (1994-2008)



Forrás: [http://www.eski.hu/new3/adatok/adatok\\_tablalatok.php](http://www.eski.hu/new3/adatok/adatok_tablalatok.php)

31. sz. melléklet

**Szállítóállománnyal korrigált működési fedezet szakáganként  
1999-2007**



Forrás: Kató és Társa 2003. kft: Az egészségipar és az egészségügyi rendszer szerepe és hozzájárulása a nemzetgazdaság teljesítményéhez 2009.

## 32. sz. melléklet

## Az egészségügyi kiadások alakulása a GDP %-ban

Megnevezés	2004	2005	2006	2007	2005	2006	2007
					előző év =100%		
Ausztrália	8,79	8,73	8,74	..	99,3%	100,1%	
Ausztria	10,41	10,37	10,23	..	99,6%	98,7%	
Belgium	..	10,55	9,99	10,16		94,6%	101,8%
Csehország	7,37	7,24	6,98	6,77	98,3%	96,4%	97,0%
Dánia	9,45	9,49	9,62	9,76	100,4%	101,4%	101,5%
Észtország	5,14	5,02	5,08	5,31	97,8%	101,1%	104,6%
Finnország	8,24	8,45	8,32	8,19	102,7%	98,4%	98,4%
Franciaország	11,01	11,10	11,02	11,02	100,9%	99,3%	99,9%
Hollandia	9,97	9,83	9,73	9,74	98,6%	99,0%	100,1%
Izland <sup>c)</sup>	9,90	9,44	9,14	9,30	95,4%	96,8%	101,8%
Japán	8,04	8,16	8,08	..	101,5%	99,0%	
Kanada	9,81	9,90	10,03	10,12	100,8%	101,3%	100,9%
Korea	5,33	5,69	6,03	6,29	106,7%	106,0%	104,4%
Lengyelország	6,20	6,21	6,20	6,43	100,2%	99,8%	103,7%
<b>Magyarország</b>	<b>8,05</b>	<b>8,32</b>	<b>8,05</b>	<b>7,40</b>	<b>103,4%</b>	<b>96,8%</b>	<b>91,9%</b>
Németország	10,56	10,67	10,55	10,43	101,0%	98,9%	98,9%
Norvégia	9,65	9,09	8,65	..	94,2%	95,1%	
Portugália	9,98	10,17	9,93	..	101,9%	97,7%	
Spanyolország	8,19	8,28	8,35	8,46	101,2%	100,9%	101,2%
Svájc	11,30	11,24	10,84	10,81	99,4%	96,4%	99,7%
Svédország	9,20	9,16	9,07	9,07	99,6%	99,0%	100,1%
Szlovénia	8,37	8,38	8,30	..	100,2%	99,0%	
Új Zéland	8,43	8,77	9,21	9,04	104,0%	105,1%	98,1%

c) adatok nem az SHA rendszer szerint kerültek kimutatásra  
data extracted on 26 Jan 2010 10:42 UTC (GMT) from OECD.Stat

## Egészségügyi kiadások, 2007

Ország	Egy főre jutó egészségügyi <sup>a)</sup>			GDP százalékában		
	összes kiadás	ebből: közkiadás		összes kiadás	ebből: közkiadás	
Ausztria	3 763		2 875	10		8
Belgium	3 595	b)	..	10,2	b)	..
Csehország	1 626		1 385	6,8		5,8
Dánia	3 512		2 968	9,8		8,2
Egyesült Királyság	2 992		2 446	8,4		6,9
Finnország	2 840		2 120	8,2		6,1
Franciaország	3 601		2 844	11,0		8,7
Görögország <sup>c)</sup>	2 727		1 646	9,6		5,8
Hollandia	3 837	b)	1 769	9,8	b)	5,5
Írország <sup>c)</sup>	3 424		2 762	7,6		6,1
Izland	3 319		2 739	9,3		7,7
Lengyelország	1 035		733	6,4		4,6
Luxemburg	4 162	b) e)	3 782	7,3	b) e)	6,6
<b>Magyarország</b>	<b>1 388</b>		<b>980</b>	<b>7,4</b>		<b>5,2</b>
Németország	3 588		2 758	10,4		8,0
Norvégia	4 763		4 005	8,9		7,5
Olaszország <sup>c)</sup>	2 686		2 056	8,7		6,7
Portugália	2 150	e)	1 538	9,9	e)	7,1
Spanyolország	2 671		1 917	8,5		6,1
Svájc	4 417	b)	2 618	10,8	b)	6,4
Svédország	3 323		2 716	9,1		7,4
Szlovákia	1 555		1 040	7,7		5,2
Törökország	618	f)	441	5,7	f)	4,1

<sup>a)</sup>Vásárlóerő-paritáson számított adatok, USD/PPP.

<sup>b)</sup>Becsült adat

<sup>c)</sup>Azon országok, amelyek az egészségügy pénzügyi erőforrásai keletkezésének és felhasználásának elemzésére nem az OECD által kidolgozott

Egészségügyi Számlák Rendszerét (SHA) használják.

<sup>d)</sup> 2002. évi adat

<sup>e)</sup> 2006. évi adat

<sup>f)</sup> 2005. évi adat

Forrás: OEP Statisztikai Évkönyv 2008

## Az egészségügyre fordított folyó (HC 1-HC.9)kiadások finanszírozók szerinti megoszlása, 2007

Megnevezés	H.F.1. Államháztartás	HF11: Kormányzat	HF12: Társadalombiztosítás	H.F.2. Magán	HF21- HF22: Egészségpénztárak és biztosítóintézetek	HF23: Háztartások	HF24: Non-profit szervezetek	HF25: Társaságok	HF3: Külföld	HF0: nec	Összes költség HF.1-HF.3
Ausztrália (2006-07)	<b>69,21</b>	69,21	<u>0,00</u>	<b>30,79</b>	7,94	19,31	..	3,55	..	..	100,00
Ausztria (2006)	<b>77,09</b>	<u>30,47</u>	<u>46,62</u>	<b>22,91</b>	<u>4,87</u>	<u>16,70</u>	<u>1,20</u>	<u>0,15</u>	..	..	100,00
Belgium	<b>75,12</b>	<u>12,38</u>	<u>62,75</u>	<b>24,88</b>	<u>5,61</u>	19,00	0,27	<u>0,00</u>	<b>0,00</b>	..	100,00
Kanada	<b>69,52</b>	68,04	<u>1,48</u>	<b>30,48</b>	<u>13,40</u>	<u>15,60</u>	..	<u>1,48</u>	..	..	100,00
Csehország	<b>84,69</b>	<u>5,37</u>	79,32	<b>15,31</b>	0,22	<u>13,63</u>	<u>1,09</u>	<u>0,37</u>	<b>0,00</b>	0,00	100,00
Dánia	<b>83,80</b>	83,80	0,00	<b>16,20</b>	1,71	14,42	0,07	0,00	<b>0,00</b>	..	100,00
Finnország	<b>74,44</b>	59,02	15,42	<b>25,56</b>	2,24	20,01	1,21	2,10	..	..	100,00
Franciaország	<b>78,85</b>	5,33	73,53	<b>21,15</b>	13,52	6,85	0,13	0,65	..	..	100,00
Németország	<b>77,33</b>	<u>7,17</u>	<u>70,16</u>	<b>22,67</b>	9,59	<u>12,30</u>	0,41	<u>0,37</u>	..	..	100,00
Magyarország	<b>70,28</b>	10,01	60,27	<b>29,72</b>	1,18	<u>25,76</u>	<u>1,80</u>	<u>0,98</u>	..	..	100,00
Izland	<b>82,51</b>	55,53	26,98	<b>17,49</b>	..	16,04	1,45	..	..	..	100,00
Japán (2006)	<b>80,89</b>	<u>15,69</u>	<u>65,20</u>	<b>19,11</b>	<u>2,62</u>	<u>15,43</u>	..	<u>1,06</u>	..	..	100,00
Korea	<b>56,95</b>	<u>11,48</u>	<u>45,47</u>	<b>43,05</b>	<u>4,40</u>	<u>38,05</u>	0,46	0,14	..	..	100,00
Hollandia	<b>82,04</b>	5,39	76,65	<b>17,96</b>	6,20	6,02	3,24	2,50	<b>0,00</b>	..	100,00
Új-Zéland	<b>78,93</b>	69,80	<u>9,13</u>	<b>21,07</b>	4,95	15,11	1,01	<u>0,00</u>	<b>0,00</b>	0,00	100,00
Norvégia (2006)	<b>83,34</b>	69,79	13,55	<b>16,66</b>	..	<u>16,45</u>	..	0,21	<b>0,00</b>	..	100,00
Lengyelország	<b>70,53</b>	8,04	62,50	<b>29,47</b>	<u>0,58</u>	<u>25,89</u>	<u>0,99</u>	<u>2,01</u>	..	..	100,00
Portugália (2006)	<b>71,20</b>	70,31	0,89	<b>28,80</b>	4,30	23,94	0,33	0,23	..	..	100,00
Spanyolország	<b>71,37</b>	66,37	4,99	<b>28,64</b>	<u>6,08</u>	<u>21,81</u>	<u>0,74</u>	<u>0,00</u>	<b>0,00</b>	..	100,00
Svédország	<b>82,10</b>	82,10	..	<b>17,90</b>	0,21	16,62	0,23	0,85	..	..	100,00
Svájc	<b>59,27</b>	16,51	42,76	<b>40,73</b>	9,20	30,57	0,97	..	..	..	100,00
Észtország	<b>76,07</b>	11,09	64,99	<b>23,93</b>	0,30	22,21	0,03	1,08	<b>0,33</b>	0,00	100,00
Szlovénia	<b>72,45</b>	<u>1,82</u>	<u>70,63</u>	<b>27,53</b>	13,79	<u>12,46</u>	0,04	<u>1,25</u>	<b>0,02</b>	0,00	100,00

Forrás:

## 34. sz. melléklet

## Az egészségügyre fordított kiadások egészségügyi feladatok szerinti megoszlása 2007

Megnevezés	HC1HC2: Gyógyászati és rehabilitációs ellátás keretében nyújtott szolgáltatások	HC3: Tartós ápolással kapcsolatos ápolások	HC4: Egészségügyi kiegészítő szolgáltatások	HC5: Járó betegeknek kiadott gyógyászati termékek	HC6: Megelőzés és közegészségügyi szolgáltatások	HC7: Egészségirányítás és egészséggbiztosítás	HC9: Egyéb	HCTOT: Összes folyó egészségügyi kiadás HC.1-HC.9	HCR1: Bruttó felhalmozási kiadás	HCTOTHCR1 : Összes kiadás HC.1-HC.9; HC.R.1
Ausztrália	70,52	<u>0,52</u>	6,22	18,11	<u>1,73</u>	2,90	..	100,00	6,14	106,14
Ausztria	60,14	13,20	3,00	17,90	<u>2,01</u>	3,75	..	100,00	<u>5,17</u>	105,17
Belgium	50,54	16,95	2,37	<u>17,59</u>	4,05	8,50	0,00	100,00	<u>3,84</u>	103,84
Kanada	45,91	14,95	<u>6,18</u>	21,34	<u>7,28</u>	<u>3,77</u>	<u>0,57</u>	100,00	4,85	104,85
Csehország	<u>57,65</u>	3,98	5,21	25,95	2,26	3,37	1,59	100,00	3,40	103,40
Dánia	58,07	21,36	4,69	13,23	1,45	1,21	..	100,00	4,47	104,47
Finnország	58,97	12,14	3,01	17,78	5,77	2,33	..	100,00	<u>6,12</u>	106,12
Franciaország	53,74	10,84	5,17	21,19	<u>1,99</u>	7,08	..	100,00	3,00	103,00
Németország	53,56	12,42	4,67	20,18	<u>3,65</u>	5,52	..	100,00	<u>3,60</u>	103,60
Magyarország	50,18	3,08	4,27	36,13	4,15	1,30	0,89	100,00	<u>3,49</u>	103,49
Izland	59,40	19,28	2,18	15,57	1,62	1,96	..	100,00	..	100,00
Japán	<u>56,85</u>	<u>16,00</u>	<u>0,73</u>	<u>21,67</u>	<u>2,36</u>	<u>2,40</u>	..	100,00	<u>1,93</u>	101,93
Korea	63,86	<u>1,78</u>	0,26	28,15	<u>1,99</u>	3,96	..	100,00	<u>6,59</u>	106,59
Hollandia	53,80	<u>13,44</u>	4,94	17,15	<u>5,08</u>	5,59	..	100,00	<u>8,83</u>	108,83
Új Zéland	57,37	<u>13,82</u>	4,68	11,58	<u>5,09</u>	7,45	0,00	100,00	<u>0,00</u>	100,00
Norvégia	50,49	<u>26,35</u>	<u>6,42</u>	13,89	<u>2,02</u>	0,82	..	100,00	6,50	106,50
Lengyelország	55,12	<u>6,32</u>	5,25	28,89	<u>2,37</u>	2,06	..	100,00	<u>6,74</u>	106,74
Portugália	62,30	1,38	8,54	24,71	1,88	1,21	..	100,00	4,58	104,58
Spanyolország	55,98	<u>9,02</u>	5,16	24,00	<u>2,50</u>	3,34	0,00	100,00	<u>3,57</u>	103,57
Svédország	<u>64,11</u>	<u>8,02</u>	4,67	17,15	3,61	1,64	<u>0,81</u>	100,00	<u>4,51</u>	104,51
Svájc	57,81	19,39	3,29	12,22	2,32	4,98	..	100,00	..	100,00
Észtország	55,91	3,76	9,68	25,15	2,91	2,59	0,00	100,00	<u>1,49</u>	101,49
Szlovénia	55,96	8,46	2,95	24,15	4,08	4,40	..	100,00	<u>5,71</u>	0,11

a) 2006 évi adatok: Ausztrália, Ausztria, Japán, Norvégia, Portugália  
data extracted on 26 Jan 2010 10:35 UTC (GMT) from OECD.Stat

## 35. sz. melléklet

## Az egészségügyre fordított folyó (HC.1-HC.9) kiadások egészségügyi szolgáltatók szerinti megoszlása, 2007

Megnevezés	HP1: Kórházak	HP2: Ápoló ottho- nok és bennla- kásos ellátó intéz- mények	HP3: Ambuláns egészség- ügyi ellátást nyújtó szolgálta- tók	HP4: Gyógyá- szati termékek kiskeres- kedelme és egyéb szállítói	HP5: Közegész- ségügyi programok biztosítása és irányítása	HP6: Általános egészségirá- nyítás és biztosítás	HP7: Egyéb ágazatok (a gazdaság többi része)	HP9: Külföld	HPTOT: összes folyó kiadás HP.1- HP.9
Ausztrália (2006-07)	40,08	0,00	38,01	17,28	1,73	2,90	0,00	0,00	100,00
Ausztria (2006)	38,92	7,87	23,91	17,89	0,72	4,05	6,47	0,17	100,00
Belgium	29,90	11,10	29,79	16,59	4,34	7,91	0,37	..	100,00
Kanada	<u>28,81</u>	<u>10,75</u>	27,79	21,34	<u>6,76</u>	<u>3,77</u>	0,23	..	100,00
Csehország	45,38	1,37	23,96	21,35	0,19	3,58	0,75	..	100,00
Dánia	46,23	12,41	26,24	13,23	0,17	1,49	0,08	0,15	100,00
Finnország	35,90	8,50	31,47	18,31	1,42	1,33	3,08	..	100,00
Franciaország	35,48	6,76	27,44	21,93	0,48	7,08	0,83	..	100,00
Németország	29,67	<u>7,95</u>	30,56	21,54	0,77	<u>6,01</u>	3,04	0,46	100,00
Magyarország	33,38	<u>3,08</u>	21,33	36,13	2,90	1,21	1,82	0,15	100,00
Izland	41,41	11,68	27,77	15,57	1,62	1,96	..	..	100,00
Japán (2006)	66,31	<u>3,06</u>	<u>27,89</u>	<u>16,11</u>	2,36	<u>2,40</u>	..	..	100,00
Korea	39,42	0,17	31,58	22,85	1,20	3,96	0,60	0,22	100,00
Hollandia	36,85	11,98	23,95	16,44	<u>1,59</u>	5,59	2,63	<u>0,97</u>	100,00
Új-Zéland	36,82	8,61	31,40	11,52	2,67	7,46	1,52	0,00	100,00
Norvégia (2006)	38,16	<u>17,36</u>	27,31	<u>13,55</u>	<u>1,64</u>	..	<u>1,87</u>	0,11	100,00
Lengyelország	32,32	1,30	28,85	28,59	1,34	2,07	5,48	0,06	100,00
Portugália (2006)	37,18	1,75	33,70	24,70	0,01	1,21	1,29	0,17	<u>100,00</u>
Spanyolország	<u>39,01</u>	<u>5,24</u>	28,90	22,08	1,10	3,34	0,32	0,01	100,00
Svédország	46,78	..	20,18	17,09	0,95	1,85	9,91	0,13	100,00
Svájc	35,41	17,20	31,86	9,09	0,00	6,45	..	..	100,00
Észtország	46,17	2,40	21,25	25,15	2,39	2,59	0,04	0,00	100,00
Szlovénia	39,08	5,22	24,87	23,62	0,61	4,46	1,40	0,73	100,00

data extracted on 26 Jan 2010 10:35 UTC (GMT) from OECD.Stat

**Egészségügyi szolgáltatást nyújtó szolgáltatók kiadásai, az egészségügyi kiadások %-ban és megoszlásuk szolgáltatók szerint, 2007**

Megnevezés	HP1-HP3 szolgáltatók kiadásai az egészségügyi kiadások %-ban	HP1: Kórházak	HP2: Ápoló otthonok és bennlakásos ellátó intézmények	HP3: Ambuláns egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatók
Ausztrália (2006-07)	78,096	51,3%	0,0%	48,7%
Ausztria (2006)	70,695	55,1%	11,1%	33,8%
Belgium	70,785	42,2%	15,7%	42,1%
Kanada	67,335	42,8%	16,0%	41,3%
Csehország	70,71	64,2%	1,9%	33,9%
Dánia	84,878	54,5%	14,6%	30,9%
Finnország	75,862	47,3%	11,2%	41,5%
Franciaország	69,679	50,9%	9,7%	39,4%
Németország	68,174	43,5%	11,7%	44,8%
<b>Magyarország</b>	<b>57,79</b>	<b>57,8%</b>	<b>5,3%</b>	<b>36,9%</b>
Izland	80,859	51,2%	14,4%	34,3%
Japán (2006)	97,255	68,2%	3,1%	28,7%
Korea	71,167	55,4%	0,2%	44,4%
Hollandia	72,779	50,6%	16,5%	32,9%
Új-Zéland	76,834	47,9%	11,2%	40,9%
Norvégia (2006)	82,833	46,1%	21,0%	33,0%
Lengyelország	62,475	51,7%	2,1%	46,2%
Portugália (2006)	72,625	51,2%	2,4%	46,4%
Spanyolország	73,149	53,3%	7,2%	39,5%
Svédország	66,965	69,9%	..	30,1%
Svájc	84,467	41,9%	20,4%	37,7%
Észtország	69,824	66,1%	3,4%	30,4%
Szlovénia	69,174	56,5%	7,5%	36,0%

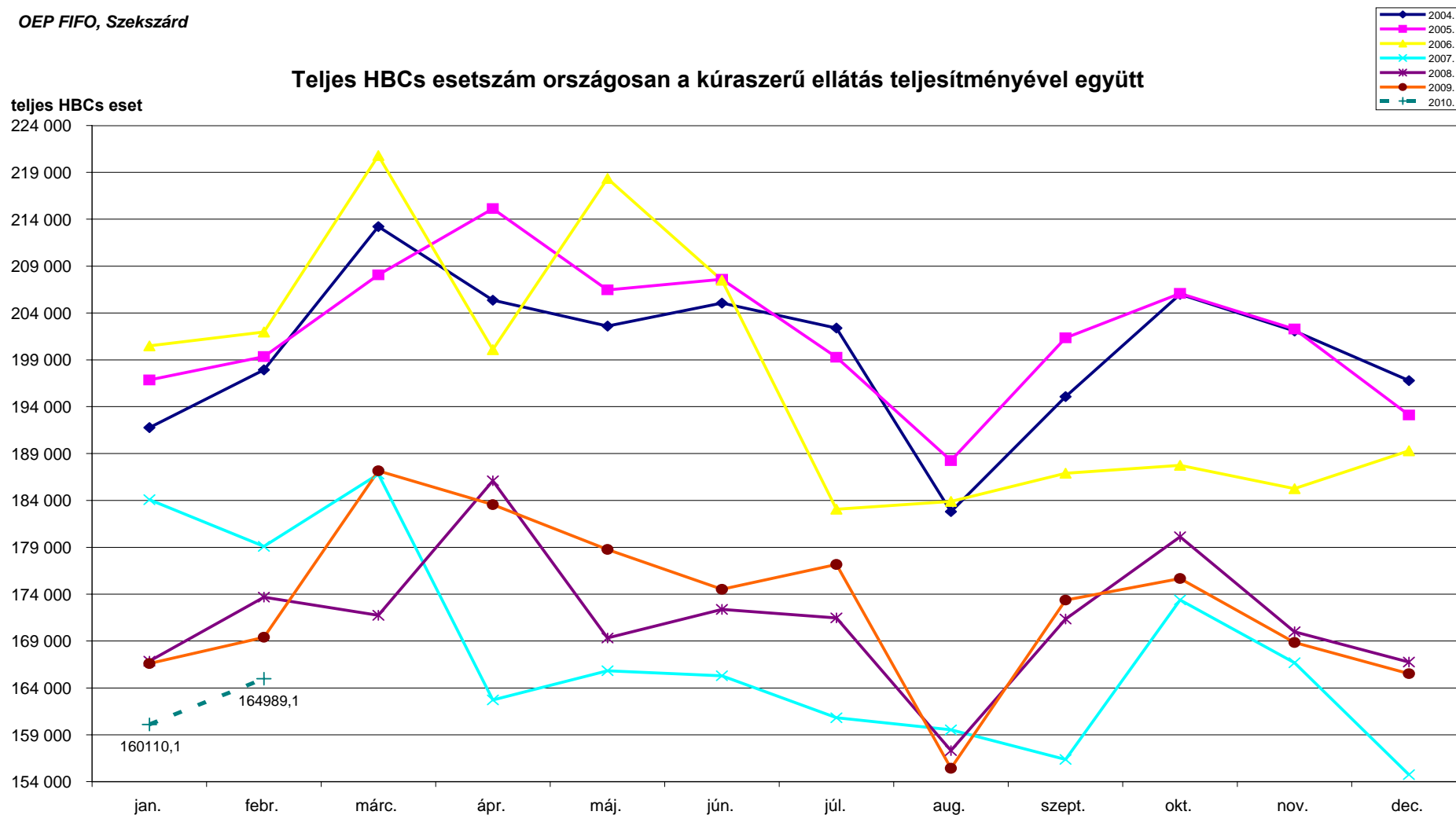
Forrás: számított adatok OECD adatok alapján

**A társadalmi gazdasági helyzet alapján csoportosított kistérségek lakosságának korai halálozási kockázata 2006-2008**

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI INDEX KATEGÓRIA	NŐK		FÉRFIAK	
	Standardizált halálozási arány 100 000 főre	Standardizált halálozási hányados	Standardizált halálozási arány 100000 főre	Standardizált halálozási hányados
	[95%-os konfidencia intervallum]			
I.	106,02	0,84	167,07	0,75
(legkevésbé deprivált)	[102,78-109,36]	[0,81-0,86]	[162,57-171,68]	[0,73-0,77]
II.	118,88	0,94	203,8	0,92
	[115,45-122,41]	[0,92-0,97]	[198,84-208,88]	[0,90-0,95]
III.	122,82	0,97	218,66	0,99
	[119,53-126,21]	[0,95-1,00]	[213,78-223,66]	[0,97-1,01]
IV.	136,35	1,08	240,41	1,09
	[132,53-140,27]	[1,05-1,11]	[234,84-246,12]	[1,07-1,12]
V.	148,02	1,17	269,73	1,22
(leginkább deprivált)	[144,04-152,12]	[1,14-1,21]	[263,76-275,83]	[1,20-1,25]
Magyarország	126,35	1	220,65	1
	[123,59-129,16]		[216,63-224,75]	
<b>(V )Legkedvezőtlenebb kistérségek/( I)kevésbé deprivált kistérségek elkerülhető halálózása (számított adat)</b>	<b>140%</b>		<b>161,4%</b>	

Forrás: Egészségjelentés- 2010 Egészségmonitor kft (Függelék 31. sz. tábla)

OEP FIFO, Szekszárd



Forrás: OEP

Lélegzet Alapítvány • 1075 Budapest, Károly krt. 3/a. • [www.zoldneklennimegeri.hu](http://www.zoldneklennimegeri.hu)

A kuratórium tagjai: Vida Gábor akadémikus (elnök),  
Dr. Kemény Attila, Dr. Kerekes Sándor, Dr. Ligetvári Ferenc, Dr. Novák Ágnes

## 39. sz. melléklet

**A működéshez szükséges hiányzó létszám és állami források 2008-ban**

(a pénzügyi adatok ezer Ft-ban értendők)

Megnevezés	Orvosi állások száma	Gyógyszerészi állások száma	Egyéb egyetemi végzettséghez kötött állások száma	Szakdolgozói állások száma	Gazdasági, műszaki, ügyviteli állások száma	Kisegítő (fizikai) állások száma	Összes állás
<b>Hiányzó létszám (számított fő)</b>	<b>1 665,5</b>	<b>57,3</b>	<b>142,3</b>	<b>4 223,5</b>	<b>642,4</b>	<b>1 451,2</b>	<b>8 182,3</b>
Bruttó átlagbér/hó (2008)	373,908	301,623	211,526	174,409	273,801	131,953	
Munkaadó összes költsége/hó	480,472	387,586	271,811	224,116	351,834	169,560	
Σ Állami forrásszükséglet/hó	800 226	22 220	38 687	946 547	226 025	246 072	2 279 778
<b>Σ Állami forrásszükséglet/év</b>	<b>9 602 713</b>	<b>266 644</b>	<b>464 242</b>	<b>11 358 566</b>	<b>2 712 302</b>	<b>2 952 867</b>	<b>27 357 335</b>
SZJA	89,456	64,107	30,925	22,555	53,861	13,389	
Járulékok	170,129	137,238	96,244	79,356	124,579	60,039	
Σ Állami bevételek/hó	432 339	11 543	18 100	430 418	114 633	106 562	1 113 595
Σ Állami bevételek/év	5 188 066	138 517	217 200	5 165 017	1 375 601	1 278 740	13 363 140
<b>Nettó forrás szükséglet</b>	<b>4 414 648</b>	<b>128 126</b>	<b>247 043</b>	<b>6 193 550</b>	<b>1 336 701</b>	<b>1 674 127</b>	<b>13 994 195</b>

Forrás: szakértői becslés

Az orvosi jövedelem a nyugat-európai országokban négy-öttszörösen meghaladja az adott nemzetgazdasági átlagkeresetet. Még Csehországban is háromszoros a különbség, míg Magyarországon csak kétszeres. Ahhoz, hogy a cseh arányt el tudjuk érni, mintegy 102 milliárd forint állami forrásra volna szükség. *Amennyiben az államkasszába visszakerülő járulék és adóbevételeket is figyelembe vesszük, akkor a szükséges forrás csak 33,6 milliárd forint.*

A szakdolgozói bérek versenyképes jövedelemmé válását közel 50 %-os növelés mellett látjuk biztosítottnak. Pótlólagos bruttó forrás szükséglete 113 milliárd Ft, nettó forrás szükséglete 46,8 milliárd Ft.

**Orvosi bérek forrásszükséglete az átlagkereset háromszorosa esetén (pénzügyi adatok ezer forintban)**

Megnevezés	Megnövelt átlagbér	Jelenlegi átlagbér
Betöltött létszám (fő)	37 149,3	37 149,3
<b>Bruttó átlagbér (orvos)/hó</b>	<b>551,250</b>	<b>373,908</b>
Munkaadó összes költsége/hó	708,356	480,472
Σ Állami forrásszükséglet/hó	26 314 915	17 849 189
<b>Σ Állami forrásszükséglet/év</b>	<b>315 778 985</b>	<b>214 190 266</b>
SZJA/hó	161,528	89,456
Járulékok/hó	250,819	170,129
Σ Állami bevételek/hó	15 318 394	9 643 396
Σ Állami bevételek/év	183 820 730	115 720 750
<b>Nettó forrás szükséglet</b>	<b>131 958 255</b>	<b>98 469 516</b>
<b>Pótlólagos forrás szükséglet</b>	<b>101 588 718</b>	
<b>Nettó pótlólagos forrás szükséglet</b>	<b>33 488 739</b>	

Forrás: szakértői becslés

**Szakdolgozói béremelés forrásszükséglete közel 50%-os béremelés esetén  
(pénzügyi adatok ezer forintban)**

Megnevezés	Megnövelt átlagbér	Jelenlegi átlagbér
Betöltött létszám	97 100,1	97 100,1
<b>Bruttó átlagbér (szakdolgozó)/hó</b>	<b>250,000</b>	<b>174,409</b>
Munkaadó összes költsége/hó	321,250	224,116
Σ Állami forrásszükséglet/hó	31 193 407	21 761 686
<b>Σ Állami forrásszükséglet/év</b>	<b>374 320 886</b>	<b>261 140 232</b>
SZJA	45,095	22,555
Járulékok	113,750	79,356
Σ Állami bevételek/hó	15 423 865	9 895 568
Σ Állami bevételek/év	185 086 385	118 746 819
<b>Nettó forrás szükséglet</b>	<b>189 234 501</b>	<b>142 393 413</b>
<b>Pótlólagos forrás szükséglet</b>	<b>113 180 653</b>	
<b>Nettó pótlólagos forrás szükséglet</b>	<b>46 841 088</b>	

Forrás: szakértői becslés

40. sz. melléklet

**Korai halálozás okozta GDP veszteség**

Megnevezés	GDP (milliárd Ft)	Adott évi korai halálozás	Halmozott elvesztett életévek (korrigált)	Elvesztett GDP (milliárd Ft)	Elvesztett GDP (%)
2000	13 345,30	35 574			
2001	15 288,70	34 248	67 758		
2002	17 219,40	34 164	95 948		
2003	18 815,00	34 249	126 386		
2004	20 803,80	33 887	152 652		
2005	21 988,60	34 196	177 277		
2006	23 755,50	33 414	199 555		
2007	25 408,10	33 140	219 064		
2008	26 543,30	31 688	236 193	530,83	<b>2,00%</b>
2008/2000	<b>198,90%</b>	<b>89,08%</b>			
cseh halálozási arányokkal számolva					
2000	13 345,30	21 592			
2001	15 288,70	21 259	41 614		
2002	17 219,40	21 369	59 214		
2003	18 815,00	21 845	78 557		
2004	20 803,80	20 963	94 310		
2005	21 988,60	20 817	108 598		
2006	23 755,50	19 829	120 243		
2007	25 408,10	19 557	129 824		
2008	26 543,30	18 966	138 243	310,69	<b>1,17%</b>
2008/2000	<b>198,90%</b>	<b>87,84%</b>			

Forrás: szakértői becslés

41. sz. melléklet

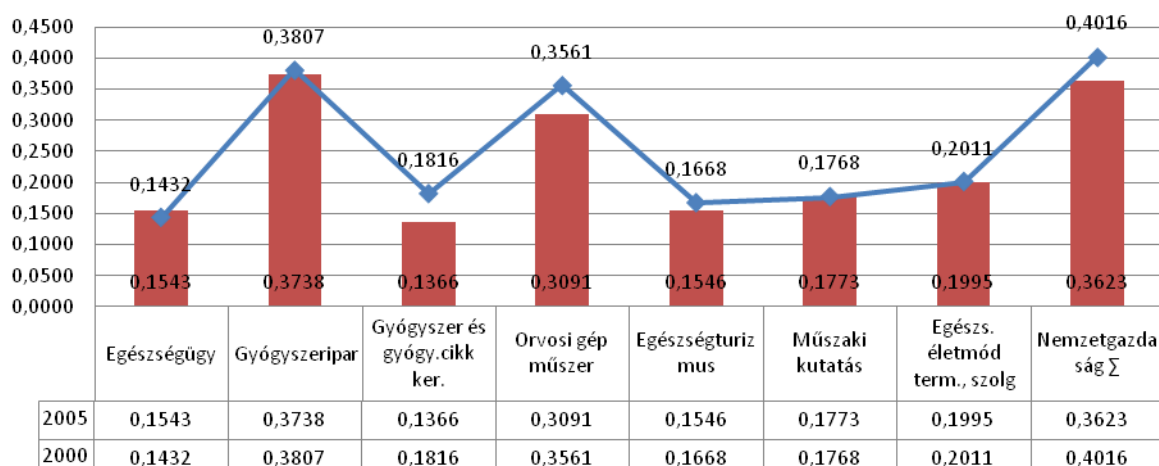
**Tartós megbetegedésben szenvedők aránya a különböző korcsoportokban (2008)**

Megnevezés	Teljes népesség	15-24 év	25-34 év	35-44 év	45-54 év	55-64 év
EU 27	30,9	10,3	13,9	20,0	30,1	43,8
Csehország	27,7	6,9	9,9	15,1	26,9	39,4
Magyarország	38,0	8,8	15,0	24,8	42,0	58,4
Lengyelország	30,9	7,6	10,6	16,9	32,4	51,8
Szlovákia	29,5	9,7	11,4	17,8	28,6	45,9

Forrás: Eurostat

42. sz. melléklet

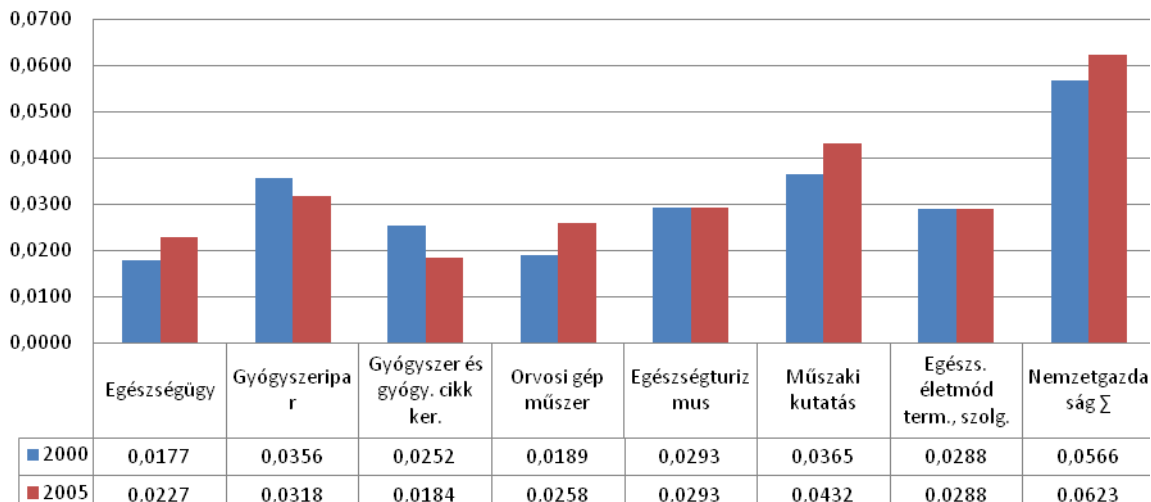
**Halmazott importigényesség (2000-2005)**



Forrás: Kató és Társa 2003. Kft. Az egészségipar és az egészségügyi rendszer szerepe és hozzájárulása a nemzetgazdaság teljesítményéhez

43. sz. melléklet

Egészségipar energiaigényessége a nemzetgazdaságban (2000-2005)



Forrás: Kató és Társa 2003. Kft Az egészségipar és az egészségügyi rendszer szerepe és hozzájárulása a nemzetgazdaság teljesítményéhez