

**Botos József:**

## **Az egészségügy kihívásai\***

Az *egészségügy* kifejezés összetett szó. Mi az ügy, és mi az egészség? Az ügy szó *jelentése* az értelmező szótár szerint: *Intézkedések köre, egy célt szolgáló cselekvés tárgya, amire a tett, tevékenység, kezelés irányul.* Az egészség azt jelenti, hogy az ember szervezete rendeltetésszerűen működik, mind fizikailag, mind mentálisan. Ami erre irányuló tevékenység: az tehát *egészség-ügy*.

Minden, ami egy országban *fontos ügy* – hadügy, pénzügy, igazságügy –, általában a legmagasabb állami szervek irányítása, felügyelete, szervezése alá tartozik. Többnyire minisztériumok végzik ezeket, élükön egyszemélyi *felelős* miniszterrel. (Gyakran, ha komoly baj van egy „üggyel”, a miniszter lemond.) Hazánkban az egészségügy az EMMI egy részlege, egy államtitkárság. Igen komoly gondolat volt, hogy a humán erőforrásokkal foglalkozó állami apparátust egy egységben foglalták össze. Mégis, felvetődik a kérdés: kaphat-e így fontosságának megfelelő súlyt az emberi lét egyik legfontosabb aspektusa: az egészség? Itt van tehát **mindjárt egy kihívás: valóban kellően fontos-e nálunk az egészségügy?**

Az egészségügy az általános felfogás szerint az orvosok, nővérek, egészségügyben dolgozók, valamint az intézmények, rendelők, kórházak összessége. Nem lehet azonban csak e szűkebb értelemben vett fogalom keretében gondolkodni, hiszen az *egészségügy* lefedi azt, amit általában e szón értenek, de annál bővebb kategória. Része minden, ami az egyén állapotát befolyásolja. **Maga az alany**, azaz a polgár *is*, akinek az egészségéről szó van! Hiszen *saját maga* nagy hatással van saját egészségére! Ha csak az intézményeket nézzük, könnyen *betegség-ügyről beszélhetnénk*. Az intézményekhez ugyanis többnyire akkor fordul az ember, amikor valami baja van. (Ez nem teljesen igaz, hiszen vannak megelőző tevékenységek is az intézmény-rendszer feladatai között. Védőnők, szűrések, Kőjál, stb. De leginkább mégis azt az egészségügyi ellátórendszert szokták e fogalom alatt érteni, ahová az ember valami betegséggel kerül be.)

Az egészségügyet, annak helyzetét befolyásolja maga az ember, ahogyan él, és vigyáz magára –, vagy nem! – a szűkebb-tágabb környezet, ahol a polgár él, majd az állam, amely valójában teljes tevékenységével, de különösképpen az egészségügy szabályozásával és finanszírozásával az egészségügyi helyzetre hatással van. Fontosak továbbá a gazdaság szereplői, amelyek az ember megélhetését lehetővé teszik, és nem mindegy, hogy ennek során mennyire vannak figyelemmel a munkavállalók egészségére.

Vegyük sorra ezeket a tényezőket!

---

\* Megjelent a Valóság 2020/6 számában – ezt kiegészítettük néhány utalással a legfrissebb rendelkezésekre.

## Nézzük magukat a polgárokat!

Kezdjük az egyénnel! A jelen munkában nem a hivatali belső adatforrásokra, hanem csak a nyilvánosan elérhető kiadványokra támaszkodunk. A KSH 2018-as keltezésű egyik kiadványának (Európai egészségfelmérés) megállapításaiból szemezgetünk néhány adatot.

Az ember egy csodálatosan bonyolult szerkezet. Egy automobilt is időközönként kötelezően át kell vizsgálni, karban kell tartani. Itt van mindjárt **az első kihívás**: Tisztában van-e az állampolgár maga, és az ország vezetése a magyar átlagpolgár egészségi állapotával? Mennyire rendszeresen és átfogóan ellenőrzik ezt? (Legalább úgy, mint az autók állapotát?) A kampányszerű szűrések, amelyekről időnként hallunk, elegendőek-e vajon?

Nézzük meg, hogy a lakosság mit gondol a saját egészségi állapotáról, és mit mutatnak az adatok?

A felnőtt népesség(18 év fölött) közel 90 %-a, 10 ember közül kilenc elégedett az egészségével. 3-an kielégítőnek, 6-an pedig jónak, vagy nagyon jónak tartják az egészségüket. Ugyanakkor, a lakosság 45%-ának van a felmérés szerint valamilyen krónikus betegsége, ami legalább 6 hónapja tart, vagy fog tartani. A felnőtt népesség 40 %-a , 10-ből 4-en mindennapi teendőinek ellátásában valamilyen mértékben korlátozottnak érzi magát, egészségi állapota miatt. (Ezek nyilvánvaló ellentmondásban vannak az első megállapítással.) A lakosság 60%-a, 10-ből 6 személy, hiányos fogazattal rendelkezik. A népesség egy negyedénél figyelhetők meg depressziós tünetek (1,2 millió nőnél és 800 000 férfinél.) Ők lehangoltnak, szomorúnak érzik magukat, tevékenységüket érdektelennek, örömtelennek, helyzetüket pedig reménytelennek tartják. A felmérést megelőző 14 napban 10-ből hatan jelezték, hogy fáradtnak, energia-vesztettnek érezték magukat. 10-ből négyen alvás-zavarokkal, álmatlansággal, kialvatlansággal küzdöttek.

A népesség 97%-ának, tehát csaknem 10-ből 10-nek egy évre visszamenőleg legalább egyszer szüksége volt valamilyen egészségügyi ellátásra. 2017-ben kórházi kezelésre szorult – a KSH évkönyv adatai szerint – 2,3 millió személy, közel minden negyedik magyar állampolgár. 10-ből 7-en használtak gyógyszert, vagy gyógyhatású készítményt a felmérést megelőző 14 napban.

És mit (t)eszünk azért, hogy egészségesen éljünk?

Minden ötödik ember naponta eszik valami édességet, chipset, ami hozzájárul ahhoz, hogy a lakosság egészére számított testtömeg-index (BM index) mind a férfiakra, mind a nőkre 25 fölött van. Ez azt jelenti, hogy a teljes populáció túlsúlyos. (18-25 között lenne még normális a BM-érték.) A teljes felnőtt populációból a férfiaknál 10-ből 7-en küzdenek súlyproblémával, a nőknél 5-en. A 18 fölötti férfiak közül minden 3., a nők közül minden 5. dohányzik rendszeresen (Legnagyobb arányban a 18-34 év közöttiek.) A férfiak közül minden 10. nagyivó, a nőknél minden 100.

Mennyit mozgunk?

A munkavégzésen felül a WHO ajánlása szerinti heti 150 percnyi (napi 20-22 perc) fizikai tevékenységet kell mindenkinek végeznie. A munkavégzés során a felnőtt magyar népesség közel fele *ül vagy áll*. Közepesen nehéz fizikai munkát 10-ből 4-en végeznek, csak egy személy végez 10-ből megerőltető fizikai munkát. De csak a felnőtt népesség 10-13 %-a végez legalább heti két és fél óra testmozgást....

Sajnos, mindezek miatt elég magas a halandóságunk. Évente kb. 130 ezer ember hal meg, ami napi átlagban 350 halálesetet jelent. A krónikus betegségek között dobogósak a magas vérnyomás, mozgásszervi, szív és érrendszeri betegségek. Az utóbbi fele a halálozások feléért. (Minden második ember ebbe hal bele.)

A fenti listát kiegészíthetjük a születéskor várható élettartam mutatójával. Ebben sem állunk túl jól. A KSH 2017-es évkönyvéből véve: A 33 európai ország közül mind a férfiak, mind a nők esetében a 28. helyet foglaltuk el. Csak az ukránok, oroszok, románok és bulgárok vannak mögöttünk...

Áttekintve mindezt, láthatjuk, hogy noha a lakosság 90 %-a ugyan egészségesnek véli magát, de valójában **a magyar polgárok többsége egyáltalán nem egészséges**. Vagyis, a lakosság, akinek egészségi állapotáért az egészségügy felelős, *nem érzi a saját felelősségét* – önmagáért. Nyilvánvaló, hogy itt komoly, átfogó, szisztematikus felvilágosító munkára lesz szükség. És arra is, hogy a megfelelő feltételeket a további szereplők – az állam és a vállalkozások, valamint az intézményrendszer – kellően segítse. Hiába tanácsoljuk valakinek, hogy sportoljon többet, ha nincs hol, nincs mikor, és már halálosan kimerült a munkahelyén... Hiába tanácsoljuk, hogy időben forduljon orvoshoz, ha a túlsúlyos intézmények várakozásra kényszerítik... Vajon elég-e biztatni az egészséges táplálkozásra, amikor az anyagi helyzete miatt csak szénhidrát-dús ételekkel tud jól lakni... Valójában a lelki okokra visszavezethető italozás, drogozás egyik forrása is a gazdasági létbizonytalanság. Nem akarunk levenni minden felelősséget az egyén válláról. A posztmodern nihilizmusa erősen romboló... De a környezet felelőssége mindenképpen elvitathatatlan.

### **Vegyük szemügyre másodikként az ellátó rendszert!**

A magyar egészségügyi ellátó rendszer mintegy 350 000 embert foglalkoztat. Az egy orvosra jutó lakosságszám 300 körül van. Az uniós felmérésben 240-et tartanak kívánatosnak. A nyilvántartott orvosok létszáma hazánkban 39 000 fő volt, de közülük mintegy 5000-en külföldön praktizálnak. Egyenlőtlen eloszlásban ugyan, de területi és szakmai orvoshiány van már most (és lesz a jövőben, az előrejelzések szerint). Gond van a háziorvosi praxisok betöltésével, különösen vidéken. Vannak szakterületek, urológia, altatóorvos, fül-orr-gégész, ahol a hiány katasztrofális.

*A legsúlyosabb probléma azonban az orvostársadalom elöregedése. 30 évvel ezelőtt minden 10. orvos volt idősebb 65 évesnél, jelenleg minden 5. (Ez az orvos-létszám 20 %-a.) (Ebben a 2020-as járvány-veszélyes időszakban ők a legkiszolgáltatottabbak. Ha a 60 éven felüli*

orvosokat kényszerűen ki kellene vonni a szolgálatból, a maradék 22-24 ezer orvossal azonnal összeomolna a magyar egészségügyi szolgáltatás.)

Mindez nem azért történik, mert a magyar orvosképzés nem lenne kiváló, és mennyiségében is jelentős. Ám a képzett fiatal orvos-hallgatók egyharmada *külföldi*. (Képzésük eleve idegen nyelven történik.) Rájuk az intézményeknek nagy szükségük van, mert önköltség-térítésük nagyban hozzájárul az oktatási intézmények finanszírozásához. De nem várhatjuk, hogy (az alábbiakban bemutatandó bérvizonyok miatt) ezek a medikusok Magyarországon maradjanak. Vannak természetesen külföldi (pl. arab) orvosok, fogorvosok nálunk is. Az azonban a nagyobb gond, hogy *a hazai medikusok sem akarnak itthon maradni*.

A szociológiai felmérésekben megkérdezett magyar orvostanhallgatók igen nagy arányban jeleztek külföldi munkavállalási szándékot. (Magyarországi orvostanhallgatók külföldi munkavállalási szándékai. Gyórfy Zsuzsa dr. – Szél Zsuzsanna dr. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest 2018. 159. évfolyam, 1. szám, 31–37. old.) Az, hogy az orvos-állomány súlyosan elöregedett, egyharmada hatvan éven felüli, jelzi, hogy a fiatal orvosok nagy része már eddig is vagy pályaelhagyó volt, vagy külföldre távozott.

Mennyien dolgoznak az egészségügyben?

Hazánkban minden 12. személy az egészségügyben dolgozik. Az ágazatban dolgozók az összes magyar foglalkoztatott létszámának 8%-át jelentik. Ha az *alkalmazásban állók* létszámához viszonyítunk – hiszen a vállalkozók is dolgoznak –, minden 8. ember ebben a szektorban dolgozik. Megdöbbentő azonban, hogy Magyarországon az itteni munkavállalók fizetése volt a *legalacsonyabb* az összes nemzetgazdasági ágazat rangsorában. Az egészségügy bérei az UTOLSÓ helyet foglalják el, a 32 nemzetgazdasági ág, ill. ágazat bérei között! Az egészségügyben dolgozó *fizikai munkát* végzők nettó havi átlagkeresete nem érte el a nemzetgazdasági átlag felét sem; a szellemi foglalkozásúaké pedig csupán alig a 2/3-át! 2017-ben az egészségügyi ágazatban a nettó órabér 800 forint volt. Ilyen alacsony bér egyetlen más ágazatban sem volt! (Kb. ennyi volt a mezőgazdasági idénymunkások, napszámosok nettó órabére...) Az adatok a KSH 2017-es évkönyvéből származtak. Úgy véljük, ezek sok mindent megmagyaráznak az egészségügyben kialakult létszámhelyzettel kapcsolatosan. És nemcsak az orvos kevés. Jelentős az ápoló-hiány is. A fejlett országok közül mindössze kettő olyan van, ahol a magyarországinál rosszabbul kerestek a nővérek. Ezért szinte biztos, hogy ebben a szakmában nálunk nemigen lehet bevándorló egészségügyi munkavállalókra sem építeni...

A OECD részére készített felmérésből kiderül, hogy 2009 és 2017 között itthon nagyjából 12 ezer orvost, és háromszor ennyi nővért képeztek. Orvostól azonban mindössze kétezerrel, ápolókból pedig csak 1500-zal dolgozott több Magyarországon 2017-ben, mint nyolc évvel korábban. Nyilván nyugdíjazások is voltak ebben az időszakban, ez azonban egészen biztosan nem érint annyi embert, amennyi eltűnt a rendszerből. Különösen, hogy itthon az idős orvosok aránya nemhogy csökkenne, hanem *folymatosan nő*: 2017-ben már 43 százalékuk volt 55 év felett. Ha ehhez hozzá vesszük, hogy – amint láttuk –, a magyar medikusok

jelentős része is külföldön kíván dolgozni, a fenntarthatóság súlyos sérelmének kilátását jelezhetjük előre.

Az OECD egy nem túl régi kiadványában kiemelte, hogy a kormány jelentősen növelte a díjazást az egészségügyben az elmúlt években, és ennek volt az elvándorlásra is némi hatása. A nemzetközi szervezet számára készült tájékoztatás szerint például 2018-ban tizedével kevesebb orvos igényelt külföldi munkavállalási engedélyt, mint egy évvel korábban. (Az idézett migrációs adatok azonban még a hazai bérrobbanás előtti időszakból származnak. A vírusválság okozta helyzetre még nem vonatkoztak ezek a számok. A legfrissebb intézkedések bemutatása külön tanulmány tárgya lehet. Itt mi az eddig kialakult helyzetet igyekszünk bemutatni.)

Súlyos probléma az is, hogy a kórházak területi eloszlása miatt az ellátottak, a betegek jelentős részét otthonától nagy távolságra lévő intézményben kezelik. Vitathatatlan, hogy a bonyolultabb beavatkozásokat igénylő eseteket kellően felszerelt területi intézményekben kell kezelni. De amit lehet, azt a lakóhelyhez közel kell megoldani. A beteg gyógyulásában lélektani tényezőknek is szerepe van.

### **A harmadik szereplő az állam**

Hazánkban nagy részben az állam biztosítja az egészségügy finanszírozását, de *jóval kisebb arányban, mint az unió más országaiban*. Nyugaton a közpénzekből többet költenek az egészségügyre. A költségeknek nálunk csak a kétharmadát fedezik közpénzek (2017-ben: 69%), az egyharmadot a lakosság saját zsebből fizeti. Az uniós átlag a finanszírozás megoszlásában: 79 % a közpénz, 21% a magán hozzájárulás.

Tekintettel arra, hogy a bérek teszik ki az egészségügyi költségek döntő részét, ezért, ha felemelnék az egészségügyre fordított költségek részarányát a GDP 7%-áról 10%-ra, az zömében béremelést jelentene. Ami viszont igencsak megnövelné a *költségvetés deficitjét*. (Azért vesszük a 10 %-ot, mert az EU átlagában ennyi az egészségügy átlagos részaránya a GDP-ben). Néhány számra lefordítva: a 2018-ban megjelent KSH évkönyv adataiból számolva, a 31 000 md Ft GDP-ből az egészségügyre fordított 7%-os hányad 2100 md forintot tenne ki. A 10% értéke forintban kifejezve 3100 md lenne, vagyis, kerekén 1000 md Ft-tal több a jelenleginél... Ez az államháztartás 2,5%-os 2017 évi hiányát 6,5-7,0%-ra emelte volna! Amit az EU szabályok „természetesen” nem engedtek volna meg... Holott, egy 2019-es EU felmérés azt írta rólunk, hogy *a magyar egészségügy krónikusan alulfinanszírozott*, és az egészség a magyar gazdaságpolitikában nem jelent fontos prioritást. Ez az adatok szerint igaz; csak nehéz megmondani, hogy a felzárkózó kelet-európai országok, és így Magyarország is, vajon hogyan tudta volna a korábbiakban megoldani ezt az alul - finanszírozottság problémáját? Milyen költségvetési tételeken lehetett volna olyan volumenű megtakarítást eszközölni, ennek enyhítésére, amelyek mellett nem lépték volna túl a volt KGST országok az EU-s deficit-normákat? Amelynek a megállapításánál viszont az EU *nem vette figyelembe* a socialista múltból hozott „örökséget” az egészségügyben, egész Kelet-Európában! Vagyis, bár folyamatosan hangsúlyozták a felzárkózás fontosságát a kelet-európai

régióánál, ezekre a súlyos anomáliákra nem voltak tekintettel. Nagyon sok megkötöttség volt az uniós támogatások felhasználásánál. *Béremelést szinte egyáltalán nem lehetett belőlük megvalósítani!* Kilátót építeni, tér-kövezést, sporttelepet lehetett uniós pénzből finanszírozni: egészségügyi béreket nem! (A béremelésekhez nem fűződött külföldi érdek: beruházásokhoz annál inkább. Még a térburkoló kövek is importból származnak... Hogy milyen egyéb érdekek is voltak a döntések mögött, most nem vizsgáljuk.) Természetesen, az EU-ban a hagyományos gazdaságelméletek alapján az inflációtól való félelemmel indokolták a bérekre való költés tiltását, mint ahogy a deficitfinanszírozás lehetőségének maximális csökkentését is ezért szorgalmazzák. S amíg az államadósság legfontosabb finanszírozási forrása nálunk korábban a külföldi hitelfelvétel volt, aligha lehetett a hiányra nem tekintettel lenni. A befektetők ugyanis erre figyelnek a pénzpiacokon.

A 2010 utáni időszakban azonban hazánkban sikeresen átirányítottuk az államadósság finanszírozási forrását. Előtérbe kerültek a belföldi megtakarítások. A korábbi drága külföldi adósságok leépítése következtében az államháztartás kamatszolgálati terhe csökkent. (Ezt a folyamatot devizabevételeink emelkedése, az *exporttevékenység* dinamikus fejlődése tette lehetővé, aminek azért – látni kell – a multi- és általában a nagyvállalati szféra volt a forrása. A kormányzat szemmel láthatólag e szférának kívánt kedvezni az adók és járulékok csökkentésével. (Mellesleg e terhek csökkentésének a lakosság is örült.) A kedvező gazdasági fejlődés lehetővé tette a bérek emelkedését a versenyszférában. De nem következett be ez ugyanolyan arányban a költségvetési szférában! Az emberek nettó jövedelme nőtt, de az egészségügyi kiadásaik relatíve emelkedtek. Egyre többen szorultak továbbá – vagy fordultak – a magán-egészségügyi ellátás felé.

Ha megnézzük az interneten a 2020 májusában kidolgozott reform-programokról szóló kormány-jelentést ([2020-european-semester-national-reform-programme-hungary\\_hu.pdf](#)), abban láthatjuk az egészségügyi ágazat terveiről és eddigi eredményeiről szóló beszámolót. *Sok pozitívumot találunk benne.* (Említik a béremelést is. Infrastruktúra-fejlesztés, szűrőprogramok, háziorvosi praxis-kezelés, vidéki, városi programok). A kormányzat 2010 óta valóban tett lépéseket az ágazat lemaradásának behozására. Jelentős bérfejlesztéseket hajtott végre, és ezek a százalékok a statisztika nyelvén mutatósak. De ha nem elemezzük a kiindulási helyzetet, nem mondanak eleget. Például: 110%-os bérfejlesztést idéz a tanulmány 2010-2018 között. A 2017. évi bruttó nemzetgazdasági átlagkeresetek 2010-17 között 47%-kal nőttek.. Vagyis, önmagában nézve az emelés jelentős, de a többi területhez viszonyítva, már nem annyira. Különösen, hogy a többi terület bérszínvonalához képest mennyire alacsony volt az induló szint... A relatív lemaradás *mérséklése* – (akár csak az utolsó helyről az átlagra való *felhozás*) tehát nem valósult meg. *Azt a hatalmas gazdaságpolitikai módosítást, amely az egészségügyi bérek radikális szint-emelését tenné szükségessé, ezek a lépések messze nem elégítik ki!* Azt is meg kell említenünk, hogy az orvoshiányról is pozitívabb a festett kép, mint a valóság. A reform-program sem az előregedés, sem az orvoscépzés és külföldi munkavállalás problémáival nem foglalkozik.

*A radikális bér-rendezés – nem emelés: rendezés! – nem volt tovább halogatható.* A legfrissebb intézkedések ezt felismerték. Bizonyos értelemben *most, vagy soha*, hiszen a válság miatti EU-s tolerancia az államháztartási deficiteket illetően – amit ez nyilván fog

okozni – meglehet, később elmúlik. Nem kellene félni annyira az inflációtól sem. Ezek a béremelések egyrészt jogos fogyasztási – lakás, és egyéb igényeket – finanszíroznak. Hiszen ma nem tud egy fiatal orvos házaspár például családot alapítani, mert még az albérletre is kevés a pénzük –, másrészt viszont a módosabbaknál megtakarítássá válhatnak. ( Akár azt is mondhatjuk, hogy e megtakarítások jó esetben állampapír vásárlással finanszíroznák az államháztartás deficitjét...)

Fontos hogy a bérrendezések összekapcsolódnak a *paraszolvencia* kivezetésével. Ez a nehéz örökség a múltból nem szüntethető meg egykönnyen. Feltétele az, hogy a bérek méltó szintre kerüljenek. Még nagyobb kérdés az álláshalmazok, a magán- és állami infrastruktúra keveredésének a megszüntetése. Ez a feladat igazán megérdemli a reform nevet. Nagyon fontos és gondos kommunikációt igényel, hogy a kétségtelenül jó irányú törekvések a társadalom kellő támogatását megkapják! Sajnálatos, hogy a fenti anyagi kérdések összefüggései sem a gazdaságpolitika, sem a társadalom számára nem kellően világosak. Nem elég csak a jogos igényeket hangsúlyozni: a miértekre és a hogyanokra is érthető magyarázatokat kell adni.

Például, áttanulmányoztunk korábbi, EMMI által készített nyilvános és értékes anyagokat is. A 2016. évi jelentés példának okáért, az egészségügy helyzetéről, részletes adatokat tartalmaz fontos szakmai kérdésekről. De csak a hosszú szakmai *elemzés végén érinti* a bérezés problémáit, holott mint láttuk, a helyzet kialakulásában ez volt az egyik döntő tényező.... Kiderült az anyagból, a szakértők bemutatták, hogy a mi béreink (vásárlóerő-paritáson) számolva egyharmada, egynegyede a külföldi béreknek. Tehát tisztában voltak a döntéshozók a relatív helyzetünkkel –, bár utaltak rá, hogy ez így van Kelet Európában másutt is. Ami, természetesen, számunkra egyáltalán nem vigasztaló! (Mellesleg nálunk – sajnálatos módon – még a visegrádi országokénál is alacsonyabbak voltak az egészségügyi bérek.) Inkább az a megdöbbentő, hogy a szerencsésebb nyugat-európai tagországok ezzel a legkisebb mértékben se törődtek. Az EU a csatlakozáskor sem foglalkozott vele, amint utaltunk rá. Úgy tértünk át a piacgazdaságra, hogy a kommunista gazdasági rendszer örökségét cipeltük. És ezt csak több, mint negyedszázad elteltével kezdtük el korrigálni!

Felvetődhet a kérdés: A rendszerváltozás után vajon volt-e koncepció az egészségügy átalakítására?

A szociál-liberális kormányok alatt ismeretes, hogy eléggé explicit utalások történtek a magánosítás felé való elmozdulásra, a „piacosításra”. (Valójában már a reformkommunizmus idején, a rendszerváltást közvetlenül megelőző időkben is létezett ez a gondolat.) A magánosítást azonban a konzervatív kormányok se vetették el elég határozottan, hiszen akkor a finanszírozásról is beszélni kellett volna! Sőt, valójában napjaink koncepciójában, gyakorlatában is benne van. (Aki jövedelméből megteheti, fizesse meg – és sokan meg is teszik – a magán-szolgáltatást. Olykor kényszerből, a hosszú várólisták és egyéb problémák miatt.)

Most, a Covid-járvány idején, világos, hogy a magánosítási törekvés ellentétes a nemzetközi tendenciával. Az egészségügy területén mintául szolgáló NSZK-ban a finanszírozás döntően

közpénzekből valósul meg. Semmiképp nem lehet példa az amerikai rendszer... Ott is többet kell költeni az állami egészségügyre.

### **Néhány kiemelt kihívás az egészségügy és a fenntarthatóság terén – a három szereplő mindegyikének!**

Egy egészségügyi koncepciónak az alábbi felvetésekre választ kellene adnia:

- Közpénz vagy magánpénz? Milyen arányban? Hogyan?
- Egészség-biztosítás, vagy betegbiztosítás? Más szóval: Megelőzés, vagy a szolgáltató ipar fontos ágazata, ahol szinte cél a minél szélesebb működés?( L.: teljesítmény-finanszírozás...)
- A férfi és női meddőség a rendszerváltás után megnőtt. Mi az oka? Környezeti ártalmak (!?)
- Légzőszervi betegségek *drámai növekedése* a rendszerváltás után. (Környezet, dohányzás. Ezeknek mi az oka?)
- A kórház, mint „halálgár.”(Elhalálozások kétharmada a kórházban történik. Miért társadalmi probléma ez? )
- Munkahelyi ártalmak. ( Álló- és ülő foglalkozások káros hatásai, szorongás, stressz. Ki foglalkozik ezzel? )
- Közétkeztetési rendszer – munkahelyi étkeztetés anomáliái.
- Tömegsport – versenysport? Szervezett infrastruktúra hiánya.

Bp, 2021. június