

**Botos Katalin:**

**Milyen az egészségügy helyzete Magyarországon, nemzetközi összehasonlításban, és 2010-hez képest?**

Sokszor halljuk, hogy hazánkban az elmúlt 16 év felelős a rossz egészségügyi helyzetért, mert a GDP-hez képest keveset költünk rá, s a költségvetésben az egészségügyi ágazat részesedése alacsony. Magam is úgy éreztem, hogy többet kellett volna tenni az ágazatért a közelmúlt kormányainak. No, de tegyük hozzá, tett olyat, *amit az összes eddigi nem volt képes elérni: megszüntette a hálapénz gyakorlatát.* Ami a szocialista rendszer kezdete óta felhőzte az egészségügy viszonyait. Mert volt, aki kapott, s volt, aki nem... Miért is érezték úgy korábban az emberek, hogy helyes adni? Mert maguk is úgy gondolták, hogy méltatlanul alacsony az orvosok fizetése. Azonban az orvos is csak ember, s van, akit jobban csábított az ilyen pénzszerzés, mint másokat. Amikor pedig elvárásá vált a hálapénz, az már bizony az indokolatlan különbségtételek melegágya lett... Az Orbán kormány végül is megszüntette, jelentős orvosbér emeléssel párhuzamosan. Jó lenne ezt nem elfelejteni!

A volt egészségügyi államtitkár egy interjúban tájékoztatott az egészségügyi finanszírozás számairól.

Kétségtelen például, hogy van jelentős szakdolgozó hiány. Személyes, családi tapasztalatból tudom, mennyit dolgoznak, milyen nehéz körülmények között a fiatal és idősebb ápolónők. De 2010-hez képest ma 20 000-rel többen vannak és az orvosok száma is 9000-rel több, mint 2016-ban volt... De itt meg kell jegyezni, hogy arról nem ad tájékoztatást ez a szám, hogy milyen mértékben előregedett napjainkra az orvosi kar. *Azért van tehát annyi orvos, amennyi,* mert nem tudnak nyugdíjba menni az orvosok... Olyan nagy volt már *régóta* a hiány... És igazság szerint az orvosi nyugdíjak szintje is alacsony volt, a korábbi alacsony bérek miatt. Ez azonban nem csak a múlt 16 év, hanem az elmúlt 36 év folyamatainak eredménye. Igaz azonban, hogy radikális javulást e téren nem hozott az elmúlt 4 ciklus sem.

Az egészségügyi ágazat részesedési aránya a költségvetésből kisebb, mint az Eurostat kimutatásában. Ez azért van, mert az *Eurostat máshogy veszi számba az egészségügyre fordított kiadásokat, mint a magyar statisztikai gyakorlat.* Az *ágazatokra bontott* GDP-ben az elmúlt években átlagosan stagnált az egészségügyi kiadás, holott átlagosan valójában évente 420 milliárddal nőtt!

Hogyan tűnik mégis úgy a kimutatott arányokban, hogy elmaradás van a nyugati mértékektől? Azért, mert nálunk kiszervezték a kórházak üzemeltetését. Az Eurostat ennek mértékét, 120 md forintot a *közszolgáltatások fenntartása* között számol el. Erre hazánkban majdnem kétszer annyit költöttünk, mint az EU-ban. A *rezsitámogatás* révén évente 100 md forintot költünk a kórházak működésére; nyilván ez is az egészségügyre fordított költség. Máshol van ez is az Eurostatban: állami *gazdasági intervencióként* szerepel. (Erre **másfélszer** annyit költünk, mint az EU...) Egyes kórházak üzemeltetésének egy részét egyetemeknek adták át – például a Pécsi Egyetem esetében, amely az egész Baranya megyét ellátja...

**Az összes kiadási tételt beszámítva az egészségügy 2010-ben a költségvetésből 7 százalékkal részesedett, most pedig helyesen számolva, 10,2 százalék a részaránya!** Azaz, hamis az az érvelés, hogy az elmúlt ciklusok tették tönkre a magyar egészségügyet... Egy tanulságot azonban itt is levonhatunk: nem elég ha igazunk van, annak is kell *látszani*. Hiszen ezeket az adatokat nem ismeri a közvélemény. (Bizonyára jobban megismerhette volna, ha van egy önálló egészségügyi minisztérium, ahol az időnként tartott sajtótájékoztatón ez szóba is kerülhetett volna.)

Világos, hogy nem lehet közvetlenül összehasonlítani az egyes országok kiadási szerkezetét. Hiszen például az USA-ban azt, ami magán szolgáltató által végzett egészségügyi beavatkozás, többnyire a *magánbiztosító* fizeti.

Az USA-ban egy magánkórházi műtét költségét többféle szereplő fizetheti, attól függően, hogy a betegnek van-e biztosítása, és milyen típusú. A rendszer vegyes: a legtöbb esetben a magán egészségbiztosító fizeti a számla nagy részét, a beteg pedig fizeti az önrészt, s csak bizonyos esetekben fizet az állam (a Medicare vagy Medicaid). Biztosítás nélkül pedig a beteg viseli szinte az egész költséget. Az amerikai kórházak sem tagadhatnak meg sürgős életmentő ellátást, fizetés hiánya miatt. A kezelés után viszont a költségeket később kiszámlázzák a biztosítónak vagy a betegnek.

Az EU nagy részében más a rendszer, mint az USA-ban. A legtöbb embernek kötelező egészségbiztosítása van, ezért egy szükséges műtét költségének döntő részét a biztosító vagy az állami rendszer fizeti. A kórház közvetlenül a biztosítóval számol el, a beteg általában csak kis önrészt fizet (lb. 10 euró/nap, legfeljebb évi 28 napig), a műtét, ápolás, gyógyszerek, többágyas szoba alapvetően fedezve vannak. A magyar rendszer ehhez hasonlít. Viszont vannak plusz szolgáltatások, amelyeket nálunk is külön kell fizetni (pl. egyágyas szoba).

Magyarországon amikor azt mondják, hogy egy kórház működtetését „kiszervezik”, az általában nem azt jelenti, hogy maga a kórház teljesen magánkézbe kerül, hanem hogy bizonyos feladatokat vagy akár az üzemeltetés egy részét külső cég végzi. Ez többféle dolgot jelenthet:

- takarítás,
- étkeztetés,
- labor,
- képalkotó diagnosztika (CT, MR),
- informatikai rendszer,
- műszaki üzemeltetés,
- egyes osztályok működtetése, s ritkábban teljes menedzsment vagy PPP-jellegű konstrukció.

A magyar „kiszervezési” megoldásra úgy kezdtek áttérni, hogy például a kormányzat meg akart szabadulni a beruházási költségek egy részétől. Mondjuk a CT vizsgálatokat egy vállalkozó által beszerzett gépekkel végeztette el... Mivel a magyar egészségügyben a legtöbb kórház továbbra is állami fenntartású, és a finanszírozás döntően az állami egészségbiztosítóból történik (NEAK), a „kiszervezés” tehát azt jelenti, hogy az állam, vagy a kórház szerződik egy magáncéggel, és az a cég nyereségért cserébe biztosít bizonyos szolgáltatásokat. A beteg sokszor ebből semmit nem vesz észre. Gyorsabb beszerzést és modernebb technológiát hozhat, de drágább lehet hosszú távon. Profitérdek jelenik meg, s nőhet az egyenlőtlenség az ellátásban. Amíg a kórház által kiszervezett vizsgálatokat éppúgy a TB-vel fizetteti meg a vállalkozó, mint hogy ha maga csinálná, az a működtetésben állami finanszírozást jelent. A kiszervezés azt jelenti, hogy az állam nem csak a működési költséget, de a *vállalkozói profitot* is finanszírozza ilyen módon... Míg a beruházások egyszeri összegét esetleg megspórolja, a szerződésekbe beépített profit révén valójában sokszorosan kifizeti azt – hosszabb idő alatt...

A kormányok hajlamosak csak ciklusokban gondolkodni, s elhanyagolják a hosszú távú közérdeket. Tehát a „kiszervezés” nem automatikusan privatizáció, de egy lépés afelé, hogy a magánszektor nagyobb szerepet kapjon az állami egészségügy működésében. Ez eddig is érzékelhető volt az egészségügyben, most meg mintha még nagyobb hangsúlyt kapna az új kormányzat elképzeléseiben.

Meg kell ugyanakkor jegyezni, hogy az egészségügy e súlyos problémája nem sajátosan magyar jelenség. Az ápoló személyzet szűkössége mindenütt gond, egész Európában. A modern technika következtében az egészségügy kiadásainak növekedése ugyancsak általános jelenség, s ez másutt is komoly nehézség. Az orvosképzés egyébként igen drága; erre a nyugati országokban is

nehezen található források. (Nem véletlenül van nálunk annyi külföldi orvostanhallgató... Ez az adott magyar egyetemeknek egyébként komoly bevételi forrás. A professzorokat azonban a magyar állam fizeti...) Az viszont valós gond, hogy a végzett *magyar* egészségügyi dolgozók nagy számban mennek el külföldre. Emiatt más nemzetek helyett vállal a magyar kormányzat kiadásokat (a képzésükre fordított költségek formájában).

A jelen szabályozás szerint bizonyos itthoni munkavégzésre kötelezve vannak az államilag finanszírozott hallgatók: 20 éven belül az államilag támogatott képzési idő kétszeresét kell itthon ledolgozniuk, ami helyes elv. (Önköltséges képzésre ez természetesen nem vonatkozik.) Előfordulhat azonban, hogy a magasabb bérek, kedvezőbb munkafeltételek nyomán külföldre csábítják – akár 8 évre is – a fiatalokat, s így az előregedő orvosi kar frissítése lassabban valósulhat meg.

Nem vitatjuk tehát, hogy nagy kihívások előtt áll az egészségügy. Sok sikert kívánunk az új vezetésnek ezeknek a bonyolult feladatoknak a megoldásához!! De nem a visszamutogatás a helyes gyakorlat, hanem a komplex fejlesztés. Sajnos, egyes esetekben valóban halálos ítélet lehet, ha a jelenlegi roppant hosszú várakozási idők fennmaradnak; de ugyanakkor nem lenne szerencsés gyorsan elmozdulni a magán-egészségügy felé. Széles társadalmi rétegek vannak ugyanis nagyon alacsony jövedelmi kategóriában. Ez is halálos ítélet lehet, sokak számára... Vajon az új, liberális szemléletű kormányzás mennyire lesz erre tekintettel?

Csongrád, 2026 május