

NYUGAT-MAGYARORSZÁGI EGYETEM  
KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR

GAZDASÁGI FOLYAMATOK ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
DOKTORI ISKOLA  
KÖZÖSSÉGI GAZDÁLKODÁSTAN ALPROGRAM

**AZ EGÉSZSÉGÜGY JELENLEGI HELYZETE, KÜLÖNÖS  
TEKINTETTEL A REGIONÁLIS SAJÁTOSSÁGOKRA**

Készítette:  
**Dr. SIMON FIALA ZSOLT**

Témavezető:  
**Prof. Dr. GIDAI ERZSÉBET DSc.  
MTA Doktora**

SOPRON  
2004

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretném hálámat és köszönetemet ezúton is kifejezni Prof. Dr. Gidai Erzsébet dékánasszonynak, aki a Doktori Iskolába való bejutásomban és sikeres vizsgáim letételében igen nagy segítséget nyújtott.

Külön köszönöm azokat a hasznos szakmai tanácsokat, amelyeket a disszertációm elkészítéséhez adott.

Tudományos munkámhoz munkahelyemnek is köszönettel tartozom, mert az elmúlt három év során mindenben segítettek.

## TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS .....	4
2. A magyar egészségügyi rendszer kialakulásának történelmi áttekintése .....	13
3. Általános összefüggések .....	16
<b>3.1. Életminőség</b> .....	26
3.1.1. Az életminőséget az átlagosnál lényegesen jobban befolyásoló tényezők .....	36
3.1.1.1. Néhány jellemző adat a szenvedélybetegségekről Dr. Csikós Pál vizsgálatai alapján .....	38
3.1.1.2. Légúti megbetegedések (Dr. Lackovits Gabriella vizsgálata) alapján .....	40
3.1.1.3. Egy testnevelő tanár és két reumatológus orvos véleménye a mozgásszegény életmódról és az életminőség összefüggéseiről .....	41
4. Nemzetközi tapasztalatok adaptálása .....	45
<b>4.1. Egészségügyi rendszerek alaptípusai</b> .....	45
4.1.1. Bismarcki-modell .....	46
4.1.2 A Beveridge- modell .....	46
4.1.3. Az Egyesült Államok kevert rendszere .....	47
4.1.4 Semashko (szovjet modell) .....	47
4.1.5 Néhány ország ellátásának bemutatása .....	48
5. Egészségügyi viszonyok a második világháború után .....	59
<b>5.1. Alapvető demográfiai tendenciák</b> .....	60
<b>5.2. Fontosabb családi jellemzők</b> .....	62
<b>5.3 Az egészségügy fontosabb sajátosságai</b> .....	63
6. A magyar egészségügy a rendszerváltás után .....	66
<b>6.1. Előzmények</b> .....	66
<b>7. 2. Következmények</b> .....	71
7. Regionális sajátosságok .....	90
<b>7.1. Általános összefüggések</b> .....	90
<b>7.2. A lakosság számának és alapvető egészségügyi ellátásának regionális jellemzői</b> .....	92
<b>7.3. A halálozás</b> .....	99
<b>7.4. A születéskor várható élettartam</b> .....	105
7.5. Gyógyvizeink, gyógy-turizmus és a regionális egészségügyi stratégia kapcsolata .....	109
7.5.1. Fontosabb sajátosságok .....	109
7.5.2. Hévíz város a gyógyforrás adottságai és a mozgásszervi betegek gyógykezelése .....	117
8. Irányított betegellátás .....	121
9. Házi szakápolás .....	128
10. Üzemorvosi munka és az egészségügy .....	129
11. Az anyag vázlatos összefoglalása .....	130
<b>11.1. Levonható tanulságok</b> .....	131
<b>11.2. Legfontosabb teendők</b> .....	133
12. Mellékletek tartalomjegyzéke .....	135
Mellékletek .....	137
Felhasznált szakirodalom .....	176

## 1. BEVEZETÉS

Az egészségügy egyre többször és egyre nagyobb hangon jelentkezik a média szenzációi között. Mint gyakorló orvos 18 éve saját bőrömön is érzem a valós helyzetet és a napi hírek feldolgozása során szaporodó kérdőjelek fogalmazódnak meg bennem. A halmozódó problémáim természetesen nem csupán az egészségüggyel kapcsolatos témához rögződnek, hanem érintenek minden más olyan eseményt, ami a mindennapok gyakorlatában előfordul.

A kérdőjelek halmozódását az okozza, hogy ugyanazt a témát politikai indíttástól függően a média egész más beállításban találják. (Lásd a napi politikai eseményeket.) Ezek után felvetődik a kérdés, mit lehet elhinni akár a szakmáról, akár más témáról közölt információkból.

Saját tapasztalataim nem mindig egyeznek a közönségnek szánt tájékoztatással. A kétféle nézet közötti különbség üzenete egyértelműen kételyeket támasztanak bennem az egészségüggyel kapcsolatban nyilvánosságra hozott események objektivitását illetően is. Ez a gyanúm annak ellenére fennáll, hogy ebben a témában a különböző politikai irányzatoknak nincsenek homlokegyenest ellenkező előjelű közléseik, ellentétben a napi események megítélését illetően. Az egészségügyről szóló híradásokban azonban politikai nézetektől függetlenül a negatívumok közlése a meghatározó. A médiának ebbéli egyezőségénél tehát az eltérő politikai szemléletet nem lehet az objektivitás elferdítésének magyarázatául adni. A kétféle irányzat egyezőségének a gyökerét tehát valami másban kell keresni.

Az egészségügy helyzetének hibás megítélése a kétféle politikai irányzat esetében sajnos ugyanazon hiba elkövetéséből adódik, mert sem az egyik, sem a másik nem veszi figyelembe a külső körülményeknek a károsító hatásait, pedig ezek következményei többszöröse annak, mint amire az egészségügynek hatása van. Így a prevencióból adódó hatékonyság növelésére - erre a körre - gyakorlatilag semmi befolyása nincs. A rendelkezésre bocsátott anyagi eszközöket pedig itt lehetne legeredményesebben kamatoztatni a bajok elhárítására fordítható befektetésekkel.

A hibás nézetekből származó problémák alapvetően abból adódóan, hogy a „mi mennyire elég” és „mire mennyi kellene” összeg megítélésénél az egyenlet két oldalán egyik irányzata sem az egymással teljesen összeillő fogalmakat rakott egymás mellé. Így a „feladványnak” nincs elfogadható megoldása. Az egyenleg megoldásához tehát először rendezésre van szükség. A feladat megoldása csak akkor hoz eredményt, ha egymással kapcsolatban lévő, egymásra hatást gyakorló fogalmakkal végezzük a műveleteket és az egyenleg mindkét oldala egyező. Ezt a műveletet eddig még egyik rendszer sem végezte el. Ennek hiányában pedig többszörös nagyságrendbeli hiba követhető el. Az elmúlt időben szerzett -és az előbbieken megfogalmazott- tapasztalataim tehát egyre jobban aggasztanak.

Az a sok negatívum, ami e téren az utóbbi időben felszínre került, egy idő után az embernek még a saját tapasztalatainak az érzékelését is kétségbe vonják. Szinte jó példáról az egészségügyben nem is ad hírt a média. Például a közelmúltban egy kórházigazgató elmozdításának vitája kapcsán, mellékesen lehetett tudomást szerezni arról, hogy az érintett kórházban az igazgató rossz, kifogásolt tevékenységei ellenére a kórháznak félmilliárdot jóval meghaladó tartalékaik vannak. És ez valószínű nem egyedüli jelenség az országban, mint ahogy az is valószínű, hogy számos olyan rendkívüli gyógyulások történnek, amelyekről a közvéleménynek nem adnak hírt, legfeljebb szűk orvosi körök ismerik és jó esetben országos szakmai konferencián kerül említésre, vagy csak a szűk szakma köreit érintő közlésekben olvasható. Vajon kinek és milyen érdeke fűződik ahhoz, hogy az egészségügyet egyre sötétebb és egyre rosszabb színben tüntesse fel? Szeretném hangsúlyozni természetesen, hogy én magam is érzem a szakma zavarainak súlyát, de a tapasztalataim azt igazolják, hogy az egyoldalú beállítottság -, ami mindig a pénzt feszegeti,- nem állja meg a helyét.

Sokszor vetődött fel bennem, hogy a pályaválasztásom idején - két és fél évvel korábban,- amikor az Orvosi Egyetemre jelentkeztem, egészen más volt a szakma megítélése. Azóta akkora fordulat következett be ennek megítélésében, amit össze sem lehet hasonlítani az orvosi pályára való jelentkezésem idejével. Akkor, még volt komoly presztízse az egészségügyi szakmának. Vajon mi történhetett az utóbbi időben, hogy a megítélésben ilyen mérhetetlen romlás következett be, amiről a híreket kapjuk.

A médiának az előbbieken bemutatott magatartása miatt ebben ismereteim szerint óriási hatása van, hogy a vonzalom a fiatalok előtt így azóta megváltozott. Egyre jobban csökkenő számban jelentkeznek orvosnak és ápolónak és fokozódik a hírközlés az orvosi műhibákról és egyéb egészségügyi problémákról.

Az ágazattal kapcsolatos hangulat megítélését jól jellemzi, hogy egy szigorló orvos évfolyam hallgatóinak baráti összejövetelén amikor a jövőkről esett szó az derült ki, hogy az évfolyamnak még a negyede sem latolgatja komolyan, hogy a diplomát megszerelve gyógyítással kíván foglalkozni. Inkább elmegy gyógyszerügynöknek, vagy szakmán kívüli vállalkozást folytat vagy más pályát választ, mint a gyógyító munkát.

A valaha európai színvonalon elismert magyar orvosok munkájának hatékonysága annyit romlott volna, hogy ma már a szakmára nem lehet felnézni, vagy valami egyéb más is történt? Felvetődhet esetleg, hogy netán a műszerezettség ma sokkal rosszabb, mint korábban, vagy mint más országokban? Vagy igaz az, hogy az egészségügytől már majdnem minden támogatást megvont az állam.

A gyógyító munkám kapcsán - nem szakmabeli értelmes betegekkel folytatott beszélgetéseim és egyéb tapasztalataim rádöbbenettek arra, hogy ha a jelenségek történelmi gyökereit és az ágazat életét befolyásoló összefüggő jelenségek hatásait széles körben vizsgáljuk, a tudományos alapokon nyugvó vélemények a napi politika értékelésétől kezdve, a természettudományi szemléletig egészen más értelmezést kapunk, mint amit a felületes és a valamilyen érdekeket kiszolgáló felszínes média nyújt. Ilyen indíttatástól kezdtem olyan történelmi, gazdasági összefüggésekkel foglalkozni, amelyek a tudományos fokozat megszerzésének igényét bennem megérlelték.

Látva azt, hogy a kiragadott negatív jelenségek a jelenségeknek csupán az egyik oldala. A mai helyzet valós értékelése és megértése, csak az ágazat egészének széleskörű vizsgálatával és a folyamatokra ható minél több összefüggés értelmezésével minősíthető. Ennek felismerése kapcsán jelentkeztem 2001-ben a PHD fokozat megszerzésére.

A tudományos fokozat megszerzésével kapcsolatban szerzett ismereteim egyre jobban meggyőztek arról, hogy a magyar értelmiség zöme kiszolgáltatott a napi média közleményeknek, amely vagy csak részigazságokat közöl, vagy a valóságot valamilyen politikai cél érdekében elferdíti, és ez igaz az egészségügyre is. Kutatásom témájaként ezért az egészségügy helyzete, különös tekintettel a regionális sajátosságokra című témát választottam, mert ennek kapcsán mód van arra, hogy az egészségügyi helyzet alakulását befolyásoló tényezők széles körét átfogjam.

Időközben egyre jobban rádöbbsentem arra, hogy minél szélesebb horizonton tájékozódik valaki, annál jobban megértheti és megismerheti helyzetének realitáit és minél hosszabb időtávon tájékozódik valamivel kapcsolatban, annál könnyebben talál magyarázatot az adott időpont helyzetének megítélésében. Ezt a két kutatási szempontot alapul véve kezdtem az anyag gyűjtéséhez, amelynek eredeti kiinduló munkahipotéziseit az időközben megszerzett vizsgákra való felkészüléseim csak tovább finomították.

Az első nagy megdöbbenésemet az jelentette, amikor a közgazdasági kórházgazdálkodás tanulmányaim során megismertem a betegség keletkezésének a WHO által közölt adatait, amely szerint a betegségek csaknem a felét a hibás életmód, több mint a negyedét a környezeti ártalmak és közel az egyötödét a genetikai problémák okozzák. Azaz a betegségeknek mintegy nyolcszorosa olyan területen keletkezik, amelyre az egészségügynek gyakorlatilag nincs hatása és mindössze 12%-a a betegségeknek az a része, amelynek alakulásában az egészségügynek meghatározó a szerepe. Ezeknek az arányoknak a nagyságrendje számos kérdőjelet támaszthat, vagy kellene, hogy támasszon minden egészségügyi irányítóban, és politikusban. (Aki egyáltalán ezt ismeri.)

Joggal tehető fel a költőinek egyáltalán nem nevezhető kérdés, hogy mennyiben kérhető számon olyan kívülről érkező betegségek állapota az egészségügyön, amelynek kialakulásában az ágazatnak semmi befolyása nincs, de a keletkezett bajok elrendezéseinek költségeit viszont viselnie kell. Talán a genetikai ártalmakkal kapcsolatos új ismeretekben e tekintetben várható valamilyen arány eltolódás, ami azonban nyilván nem egyik napról a másikra következik be.

A megváltozott életmódból adódó és a környezeti szennyeződés okozta ártalmak miatt keletkezett egészségügyi károsodás nagysága, jelen körülményeink között csak durva közelítéssel becsülhető és mértékük ezer milliárdokban fejezhető ki. Az így keletkezett károk évi összege a szakértői számítások szerint jóval meghaladja azt az összeget, amelyet az egészségügy felhasznál. Természetesen az egészségügyi ellátási igénnyel - a külső körön keletkezett bajokból - csak a legsúlyosabb esetek jelennek meg, amelyeknél a károsodás mértéke már olyan nagy, hogy rendszerint életmentő beavatkozás szükséges. Ilyen körülmények mellett azt minősíteni, hogy az egészségügynek juttatott pénzek összege mennyivel kevesebb a szükségesnél, meglehetősen naiv dolog. A tisztázatlan határvonalak, felelősségek és illetékességek definiálatlanságai miatt jelen esetben a keletkezett károk mérése, a kárt okozó felelőssége, a károk keletkezésének megakadályozásának mechanizmusa, nincs is definiálva.

Az egészségügy működésének problémáit, tehát nem alapvetően a pénzhiány, hanem az illetőségek tisztázatlanságai zavarják. Hogy mi tartozik az egészségügy kompetenciájába, jelenleg a tisztázatlan hatáskörök miatt rendezetlen. Az egészségügynek juttatott pénzek valószínű többszöröse mellett sem lehetne megnyugtatóan rendezni ezt a zavaros állapotot. Példának szeretnék utalni egyik kutatásra, amelyik az 1992 évre vonatkozik és ezt a Társadalomkutató egyik anyaga tartalmazza, miszerint a környezeti ártalmakból származó közvetlen és közvetett légúti megbetegedésekre fordított összeg nagysága kb. ötször több volt annál az összegnél, mint amit az egész környezetvédelemre az országban fordítottak. (1992-ben a Környezetvédelmi tárca költségvetése 20 milliárdot irányzott elő ilyen címen, az előbbi betegségek közvetlen és közvetett kárai pedig kb. 100 milliárd körüli összegre tehetők.)

Ezek a bevezetőben felvetett gondolatok egyértelműen bizonyítják, hogy a bemutatott arányokhoz igazodó intézményrendszer, valamint a felelősség kérdésének még a halvány kontúrjai sem láthatóak. Sem jogi (alkotmánybeli), sem közigazgatásilag behatárolható területei sem állapíthatók meg. Értelemszerűen nem is létezik olyan mértékrendszer, amelynek alapján a károkozások mértékei, felelősségei valamennyire is körülhatárolhatók lennének. És akkor a történelmi, társadalmi, gazdasági átalakulásból adódó változások követhetőségeit és az átalakulásra reagáló lakossági magatartásokat és ítéletet még nem is említetem.



Hiába próbáltam az előbbiekre magyarázatot keresni, rá kellett jönnöm, hogy nincs az országnak olyan átfogó stratégiája, ezen belül az egészségügy összefüggéseinek bemutatására, amely a fenti felsorolt tények múltbeli, jelenlegi és jövőbeli hatásait átfogná és azt a magyar lakossággal megismertetné és az elképzeléseit megkonzultálná. Ehelyett naponta a pénzhiányról hallunk, nemcsak az egészségügyben, hanem minden olyan területen, amelyekért az állam felel. Azt azonban senki nem vállalja, hogy leírná azt, mennyi hiányzik, és ami hiányzik, az hol van, vagy hová lett. Miért nem oda adják a pénzt, ahová kellene, és hogyan kellene az intézményrendszert felépíteni ahhoz, hogy normálisan működjenek. Először ilyen alapvető kérdéseket kellene tisztázni.

Minden olyan szám, vagy százalék, ami ebben a műfajban megjelenik, nem a nagy összefüggések végeredményét tükrözi, hanem valamilyen kicsi probléma részleteinek bemutatása, amelyekből az összesenre nem lehet következtetni. Az ilyen közlemények rendszerint dilettáns újságírók valahol hallott félmondatok, vagy összefüggéseket nem ismerő gazdaságpolitikusnak nem nevezhető kinyilatkoztatásait tükrözik. Ebben az áttekinthetetlen zavarosban az ügyesebb politikai párt könnyebben megérthető bajok okát az ellenfél számlájára igyekszik ráterhelni és annak politikai hasznát a szavazatok szerzésében kamatoztatja. A leírtakat minél jobban megismerem, annál jobban megerősödik bennem azon döntésem helyessége, hogy a téma feldolgozására vállalkoztam, mint orvos.

Természetesen egy pillanatig sem gondoltam azt, hogy a dolgotomban a felsorolt problémákra kész megoldást fogok tudni javasolni. Felvetéseim egyfajta gondolkodás elindítását célozzák. Meggyőződésem az általam felvetett gondolatokkal minél többen foglalkoznak, annál közelebb kerülünk a gondok megoldásához.

Ha a „nagy tortából” csak egy kis szelettel sikerül a döntést hozókat megízleltetni, azt nagy eredménynek tartom. Ha az országot megosztó két politikai irányzatnak legalább abban sikerül közös nevezőre jutni, hogy az egészségi állapotot és az azt károsító tényezőket azonos módon értelmezzék, és a prioritásait valóban komolyan vegyék, a megoldáshoz vezető útra már könnyebb lesz rátalálni.

Jelenleg egyáltalán nem tisztázott az sem, hogy mi tartozik ebbe a fogalomkörbe. (Szociális, környezeti, életmód, oktatás stb. Ezek semmiféle nemzetközi, banki irányokban még nyomokban sem található.) Egy másik olyan feltűnő jelenség, amellyel a munkám során találkoztam, az, hogy a gyógyító szakmában mutató színvonalbeli és regionális különbséget különbözően lehet meghúzni. Az eltérések, a különbözőségek mérése ugyanis nincs definiálva. Már egy kórházon belül is ismertek bizonyos olyan eltérések, amelyeket a TAJ-számok alapján végzett vizsgálatok alapján jól lehet érzékelni. (Melyik osztályról mennek el máshova gyógyíttatni magukat a betegek. Erről a legtöbb kórháznak nincs tudomása.) A legkirívóbb eltérések azonban földrajzi mutatók összekapcsolásával regisztrálhatók. Nagy eltérések tapasztalhatók bizonyos térségek egészségügyi szolgáltatásokkal való ellátottságában. Ezért az egészségügy összefüggő rendszerének vizsgálatában ennek a kérdésnek a megfelelő teret biztosítani kell a téma feldolgozása során.

Tisztában vagyok azzal, hogy igen nagy fába vágom a fejszémet. De ahogy a vízcsepp is kivájja a követ (gutta cavat lapidem) úgy jelen kezdeményezésem fokozott kiszélesedése előbb-utóbb meghozza a gyümölcsét. Abban is biztos vagyok, ha az egészségügyi apparátus megtanulja az ágazatát befolyásoló körülményeinek hatásmechanizmusát, ezek kedvezően hatnak a gyógyító munkában kialakult gyakorlat átalakításában is.

Mint reumatológus szakorvos egyre jobban megerősödik bennem az a meggyőződés, hogy a gyógyító szakmán belül igen éles határok tapasztalhatók a határterületek ismereteivel kapcsolatban. A specialisták nem törődnek eléggé a kezelt betegség okainak kialakulását előidéző körülmények széleskörű feltárással. Az interdiszciplinaritás megismerése erősen háttérbe szorul. Ez utóbbi témával jelen dolgozatomban nem kívánok foglalkozni, csupán érzékeltetni szeretném azt a tudományosan közelítő kutatási módszer hasznát (az adott téma minél szélesebb körű összefüggésrendszerben való vizsgálatát), amely a gyógyító szakma technikai, biológiai módszereinek hasznát eredményezheti. Ezt különösen érdemes az orvosi szakmában megfigyelni, ahol a számítástechnika és az új biológiai ismeretek genetikai térképek készítése stb. a fejlődés révén olyan tömegű informatikai ismeretet tud felhasználni minden tekintetben, amelyre korábban nem volt mód.

A felvetett gondolatot azonban nagyban akadályozza ezen technikák alkalmazásának ismereti hiánya. Különösen azon korosztály körében tapasztalható mindez, akiknél a megfelelő orvosi gyakorlat már megvan, de a számítógépek alkalmazásának ismeretei hiányoznak. Ma már csak számítástechnikai módszerekkel deríthető ki, hogy a legfontosabb ismérvek csoportosításai alapján (nem, kór, költségcsoport stb.) hol és milyen módon kell, vagy lehet beavatkozni és eredményesen gyógyítani. A legmodernebb igényeket kielégítő TAJ-számok alapján végzett betegkövetés és ezek alapján szerzett tapasztalatok gyógyítási határfok növelés, vagy a betegség kialakulásának körülményeinek vizsgálata ezek nélkül elképzelhetetlen.

Tíz év kellett ahhoz, hogy ezek használhatósága beérjen, mert számos személyes érintettség akadályozta a bevezetést. Mint ahogy az egész rendcsinálásban az anyagi érdekeltség, a paraszolvencia megszűntetése is ezek útjában áll.

Összefoglalva mondanivalómat, a dolgozatomban arra törekszem, hogy „a beteg magyar egészségügy” gyógyításának diagnosztizálásához minél több olyan, az ágazat „holdudvarához” tartozó történelmi, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezők változásait bemutassam, amelyek ma a magyar egészségügy helyzetét alapvetően meghatározzák. (És ezek hatása nyolcszor nagyobb, mint amekkora befolyása van az egészségügyi intézményeknek a magyar egészségügyi helyzet alakulásában.)

A legújabb genetikai kutatások eredményei fokozottan alátámasztják az előbbiekben felvetett gondolataimat. (A genetikai térképekre utalást szeretném itt alapvetően aláhúzni.)

Szeretném a döntést hozók figyelmét felhívni arra, hogy miközben késhegyre menő viták folynak arról, hogy ennyi, vagy annyi millió hiányzik az egészségügy rendbehozatalához, többszörös nagyságrendi tévedésben vannak. Ha az egészségügyben, betegségformában megjelenő bajok „gyógyításának” a keletkezés helyén a gyökereknél feltárnánk a problémákat és ott kezdenék (ami zömmel nem egészségügyi feladat) a kezelést, a maitól igen eltérő következtésre jutnának.

Nem az egészségügyben keresnék a megoldást annak, amit a termelő üzemeknél megfelelő védőberendezések költségeinek megtakarításával keletkezett profit többlet növelés okoz. A példám megértéséhez vegyünk egy vegyi üzemet, amelyben az üzemorvos pl., ha megfelelő gyakorisággal figyeli a dolgozók májkárosodásait és annak kiküszöbölését igénylő beruházást kéri a tulajdonostól, pillanatokon belül a kapun kívül találja magát. Viszont, ha az egészségromlás ebben az üzemben a dolgozónál eléri a rokkantsági határt, további kezelésre megkapja a közösségi pénzből gazdálkodó egészségügy, vagy nyugdíjintézet. Az ilyen jellegű feladatok a mai profitorientált világban a globalizációval egyre jobban erősödnek, viszont az ezek feletti társadalmi ellenőrzés pedig egyre jobban gyengül.

Lehetne más példát is említeni, amellyel az ellenőrizetlen profitszerzés az egészségügy rovására történik. Közismert, hogy az alkoholizmus, a dohányzás terjedése, exponenciális növekedést eredményez. Mindkettő az állami költségvetésnek befizetett adóval növelik az állami bevételeket. Ezekkel összefüggésben a keletkezett betegségek és a ezekkel kapcsolatos bűnözés terjedése, a bevételeknél növekvő kiadást indukálnak. (A kettő egyenlegét nem számolják.) Jó, vagy elfogadható egészségügy ott található, ahol az egészség rontását ellenőrző és a bajok kezelését gyógyító folyamatok megfelelő társadalmi ellenőrzés alatt állnak. Más szavakkal, ahol a demokrácia megfelelő színvonalon áll, és ez igaz az egész humánszférára, az oktatásra, környezetvédelemre, nemcsak az egészségügyre, ott ezek a folyamatok a legjobban összehangoltak.

Közismert, hogy egy jelenség mozgásának irányát a vektorok eredője határozza meg, amely annál több irányú lehet, minél összetettebb egy mozgás. Mint láttuk a társadalmi jelenségek esetében ez nagyon bonyolult és sok, esetenként egymással ellentétes irányból tevődnek össze. A mozgás irányának – esetükben az egészségügy helyzetének – változása kedvező irányba való elmozdulása tehát, csak akkor várható, ha a mozgásának irányát meghatározó vektorok (erőhatások) közül, legalább a legerősebbeknek a nagyságát és irányait, legalább megközelítő mértékben ismerjük. Dolgozatomban arra törekszem, hogy az előbbi hatások (vektorok) közül, minél többet megismertessek, befolyásukat, vagy keletkezésük kivédésénél minél több információt adjak és ezzel a folyamatok megoldásának lehetőségeihez minél jobban hozzájáruljak.

## **2. A magyar egészségügyi rendszer kialakulásának történelmi áttekintése**

Több száz évvel a korábbi időkből származó feljegyzések igazolják, hogy az egészség biztosítás gondolatának csírái nem jelen kor szüleménye. Évszázadokkal korábban is találunk olya hiteles bizonyítékokat, amelyek az egészség biztosításnak valamilyen formáját már dokumentálják.\*

Először 1224-ből vannak ilyen feljegyzések, amelyek szerint akkor, már kórház jellegű ápolási helyek működtek az országban. 1376-ban kelt céhlevél szerint pedig 24 olyan céhet tartottak hivatalosan nyilván, amelyek segítették a betegápolást, keresetképtelenségi járadékot fizettek, fenntartottak kórházakat, temetési segélyeket fizettek ki. Az első bányapéztár 1469-ben alakult, amelyek támogatták a balesetet szenvedett, vagy a baleset következtében elhunyt munkatársaiknak a családját. Kötelező orvos alkalmazását 1752-től törvény írta elő, miszerint minden városnak kötelessége volt orvosról gondoskodni.

A kereskedelemben és az iparban az alkalmazottak és a munkások számára az 1840 évi XVI. és XVII. Tc. szerint a munkáltatónak megbetegedése esetén, kötelessége volt a dolgozói számára orvosi ellátásról gondoskodni. Az önkéntes segélypénztárak. 1846. július 12-én hivatalosan is elismertté válnak és 1848. november 1-én felavatják a Budapesti Kereskedelmi Nyugdíj és Betegápoló Egyesületet majd, ezzel egyidejűleg az első kórházukat. Később (1856-ban) a bővülő betegellátás igény miatt különválasztották a szegényházakat és a kórházakat és a szegények számára térítésmentes egészségügyi szolgálatot létesítettek. A XIX. század közepétől, mintegy 100 éven keresztül hazánkban különféle külföldi tőke támogatásával 36 biztosító társaság alakult, amelyet 18 további magyar biztosító egészített ki.

Az alapvető közegészségügyi elvárásokat általánosságban az 1876-os XIV: tv. fogalmazta meg. Ezen betegségi biztosítási törvény bevezető védnöke és előterjesztője: Baross Gábor volt. Később az Egyesület átalakult elismert betegsegélyező pénztárrá. Ez volt a Magánalkalmazottak Biztosító Intézetének - MABI - jogelődje. A törvényt az 1907. évi XIX. tc. változtatta meg, melynek lényege a központosítás bevezetése, a paritás gondolata, és a választott bírósági intézmény felállítása volt.

---

\* Forrás: Parlamenti Törvénytár

Az elmúlt században alakultak ki az önálló biztosítási szakágazatok (ipari, szállítmányozási, gépjármű, élet- és balesetbiztosítások; a mai modern üzleti, illetve társadalombiztosítási – egészség- és nyugdíjbiztosítási – rendszerek.

A XIX. század közepétől a XX. század közepéig a Bismarcki biztosítási rendszer fokozatos kiépítése folyt az országban. Ez kezdetben kötelező egészségbiztosítást írt elő az ipari munkások számára. Amikor megalakult a MABI, a betegségi biztosítási feladathoz csatlakozott a magánalkalmazottak öregségi, rokkantsági, stb. biztosításának ellátása is. Működésére jellemző volt, önkormányzati alapon, a paritási elve.

Ez a szervezet ellátta Budapesten, Budafokon, Csepelen, Kispesten, Pestszenterzsébeten, Rákospalotán Újpesten a magánalkalmazottak betegségi biztosítását. Az ország többi részén a magánalkalmazottak betegségi biztosítását az OTI intézte. Az Országos Társadalombiztosító Intézet (OTI), amely 1927-ben alakult. Az 1927. évi XXI. Tv. a mai magyar társadalmi biztosítás alapjait is képezte, amely egyesítette a baleseti és a betegségbiztosítási törvényt.

A magyar egészségügyi szolgáltatás színvonala a második világháborút megelőző utolsó békeévben (1938) gyakorlatilag megfelelt az akkori európai színvonalnak (Ez vonatkozott a kórházi ellátás színvonalára, az orvosok képzettségére és minden olyan mutatóra, amelyek a működő szolgáltatást jellemezték). A problémát csak az jelentette, hogy ebbe az ellátási körbe tartozók kevesen voltak.

A társadalombiztosításba bevont lakosság száma a második világháborút megelőzően alig valamivel haladta meg az összes lakoságnak a negyedét. Más szavakkal ez az arány azt mutatja, hogy a lakosság nagyobbik hányada valójában teljesen ellátatlan volt. Ide tartozott az egész parasztság és a városi nincstelenek tömege. Ezeket a körülményeket figyelembe véve az ország egészére számított egészségügyi mutatók így egészen más képet mutatnak, amit a helyzet megítélésénél nem szabad figyelmen kívül hagyni.

A második világháború befejezése után a helyzet néhány évig változatlan maradt, 1938 és 1950 között sem az orvosok száma, sem a kórházi ágyak száma érdemben nem változott.

<b>10.000 lakosra jutó</b>	<b>1938</b>	<b>1950</b>
	<b>évben</b>	
Orvos	11.6	11.0
Kórházi ágy	51.0	55.8

Az úgynevezett munkáspárti egyesülés után (amely a társadalombiztosítás ingyenes jellegének kiterjesztését automatikusan maga után vonta) jelentős változások keletkeztek, és ezzel megkezdődött fokozatosan az áttérés a szovjet modell kiépítésére (Részletes ismertetését lásd később a finanszírozás nemzetközi bemutatásánál). Az új egészségügyi rendszernek itt csupán a rendszer egyik lényeges elemét szeretném kiemelni, amely a maximális centralizációval és téves gazdaságfilozófiával jellemezhető.

Mielőtt részleteiben rátérnék a magyar egészségügynek az úgynevezett állam szocialista rendszer viszonyainak ismertetésére, néhány alapvető elvi tényező bemutatásának áttekintését szükségesnek tartok.

### 3. Általános összefüggések

Az előbbi gondolatmenet folytatásához szorosan hozzátartozó probléma egy olyan jelenség, amelynek alapvetően ideológiai háttere van. A múlt rendszer káros hatásai között nagyon nehezen korrigálható probléma a valós értékek megismerése és helyreállítása. A korábbi „állampárti” gazdaság filozófia a nemzetgazdaság területein olyan deformációkat hozott létre, amelyek korrekciója nagyon nehéz; idő- és költség igényes, ezért rendezése sok türelmet és szívós munkát igényel. A deformációknak a hatásai különösen súlyosak a közgazdaság területén. Ismeretes ugyanis, hogy a Marx-i közgazdaságtan a nemzetgazdasági folyamatokat, az értékalkotás szempontjából teljesen más módon regisztrálta, mint ahogy azt a piacgazdaság minősíti. Nem tekintette értékalkotó tevékenységnek azokat a „nem-naturális folyamatokat”, amelyek ma már meghatározó részét képezik a fejlett országok gyarapodásának.

A gazdaság torzulásai a piacosodással egyre jobban ismertté és világosabbá váltak. Ma már teljesen nyilvánvaló, hogy alig van olyan klasszikus, naturális termelőtevékenységünk, amely világpiaci mércével versenyképesnek számít, viszont a korábban „nem termelő” szférának nevezett terciér szektor (infrastruktúra) területén számos olyan tevékenység ismert az országban, amely a hazai értékalkotásban nagyon jelentős és nemzetközi szempontból is figyelemre méltó szintet produkál. Ilyennek számít, pl. az egész humánszféra, amelybe az oktatás, a kutatás, az egészségügy és a környezetvédelem tartozik. A gazdaságpolitika új értékrendje tehát ezekkel szemben teljesen más gazdasági stratégiát igényelnek, mint amire korábbi rendszerünk fejlődését alapozta. Ennek megismeréséhez tekintsünk át néhány alapvető összefüggést.\*

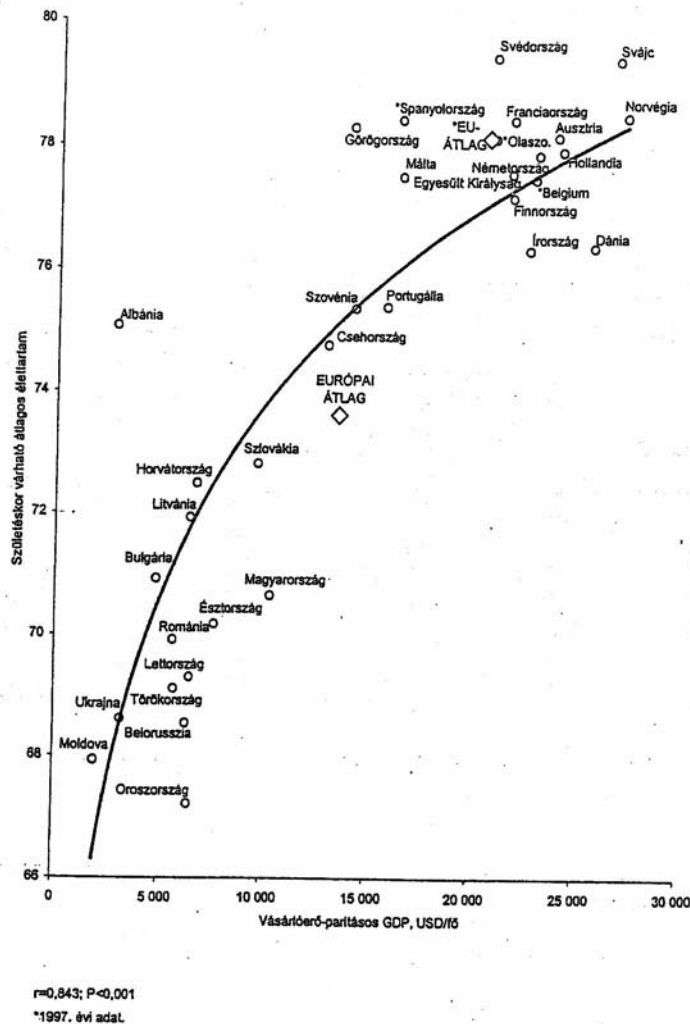
Közismert, hogy egy ország fejlődését, lakosságának körülményeit sokféle módon lehet minősíteni. A különböző mutatók közül legátfogóbbnak számít a nemzeti jövedelem, vagy a hazai össztermék nagyságának bemutatása. Az ilyen értékeknek a minősítésével lehet leginkább meghatározni egy adott ország helyzetét a nemzetközi mezőnyben. A mutatóknak egy lakosra számított értékeit, a nemzetek sorrendjének általánosan elfogadott kategorizálására is használják. Az összefüggést a következő ábra mutatja.

---

\* Gidai E.: Gazdaság, oktatás, kutatás. Akadémiai Kiadó Bp. 1997.



Az egy főre jutó vásárlóerő-paritásos GDP és a születéskor várható élettartam kapcsolata, 1998



A gazdaság „színvonalának” adott helyzete azonban csak statikus állapotot jelez, ami nem mutatja a változás irányát a növekedés-csökkenés vagy az esetleg stagnálás állapotát. Erre szolgálnak az időtávot jellemző eltérések kifejezői a dinamikák, a változás irányát és mértékét meghatározó viszonyszámok, indexek. Ezek mutatják az elemzett időszakban az elmozdulások irányát „sebességét”, azaz a fejlődés „lendületét”. A múlt és a jelen minősítését tehát csak ilyen komplex módon lehet elvégezni, ami az objektív tájékozódás szempontjából nagyon lényeges.

Figyelembe kell természetesen venni, hogy az emberek többségét kevésbé a múlt inkább a jelen de főleg a jövő kilátásai lényegesen jobban érdekli. Ennek megítéléséhez az előbbi tényezők már kevesebb eligazítást adnak. A jövő megítélésének és minősítésének kérdésében viszont a nemzetgazdaság strukturális szerkezete a legfontosabb támpont. A struktúra értelmezése a gazdasági és társadalmi vonatkozásban rendszerint egy adott országban végbemenő folyamatok arányrendszerének gyűjtőfogalmaként használatos. Alakulásában ilyen az ország adottságai, társadalmi rendszere, fejlettsége, természeti sajátossága, történelmileg kialakult kapcsolatai, a nemzetközi munkamegosztásban való részvétele fejeződik ki.

A strukturális átalakulás ilyen értelemben stratégia megjelenésének egyik formáját is jelenti. Jellegzetessége, hogy a strukturális összefüggések változásai a gazdasági szférában általában szabályosság szerint mennek végbe annak ellenére, hogy – alakulásuk, mint minden több alkotórészből álló jelenség – elég nagy szóródást mutat. (Speciális természeti, ökológiai stb. okok miatt). A strukturális összefüggések törvényszerűségeinek összessége, a fejlődés esetében a trendet a fejlődés általános tendenciáját fejezik ki. Átalakulásukra ható számtalan tényező között leginkább a gazdasági fejlettség mondható meghatározónak.

A struktúrapolitikával kapcsolatos döntésekre az is jellemző, hogy alapvetően hosszú távra szólnak. Ezek a döntések egy ország fejlődési irányait sokféle értelemben tartósan behatárolják. Esetünkben az oktatás, a kutatás az egészségügy környezetvédelem és általában a szürkeállomány gyarapítását „előállító, növelő tevékenység” ilyen értelemben egy struktúraformáló tényező, és ennek megítélése sok szempontból az egész gondolkodást és a kormány stratégiai döntéseit nagymértékben visszatükrözi.

A struktúra, mint egy soktényezős hatás eredője, ebből adódóan matematikai formában is meghatározható, és mint a vektorok eredője modellben is kifejezhető. Egy erre vonatkozó egyszerű összefüggést kívánok bemutatni.\* Annak ellenére, hogy az idézett információk nem mondható túlságosan frissnek, a tendenciák megismerésére alkalmasak. A fejlett országok többségének ugyanis évtizedekkel korábban mutatott sajátosságai több olyan összefüggésre tudják felhívni a figyelmet, amely sok tévedést megélt gazdaságpolitikánkban jól hasz-

---

\* Forrás: Fecske M.: „Az ideális kórházmodell és a mai valóság” GT. 1998.1-2.sz.

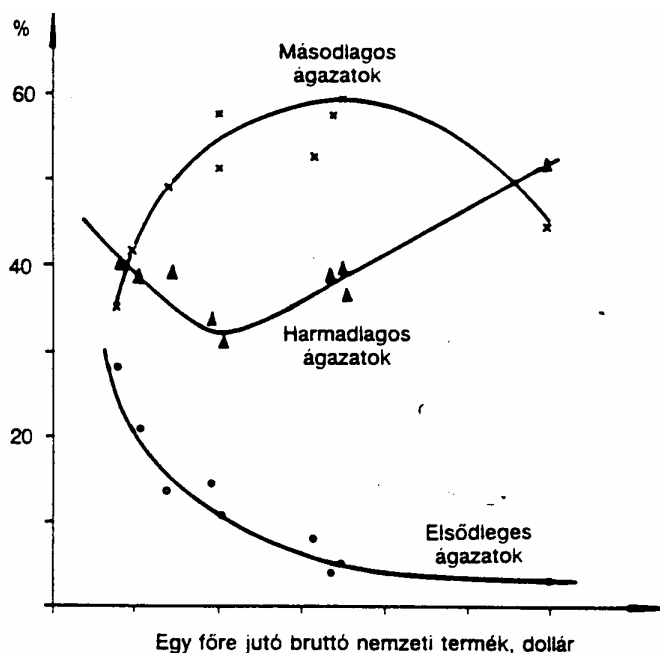
nosíthatók. (Ráadásul Magyarország gazdasági fejlettsége több tekintetben a nyugat-európai országok két-három évtizeddel korábbi szintjét még ma sem haladja meg.) A modellt a közérthetőség kedvéért igen leegyszerűsített és a nemzetgazdasági ágakból három nagy csoportot képez; elsődleges, (úgynevezett őstermelői ágazatok), másodlagos (úgynevezett feldolgozó tevékenység) és harmadlagos (az úgynevezett tercier, infrastrukturális) ágazatok. Az összefüggésekből az derült ki, hogy - bizonyos egyéni sajátosságoktól eltekintve - az országok gazdasági szerkezetét az elért fejlettségi színvonal jelentősen determinálja.

A fejlettség alacsonyabb fokán a legnagyobb súlyt az elsődleges (primer) ágazat képezi és szinte meghatározza az ország jellegét. A fejlettség előre haladtával a primer ágazat súlya rohamosan csökken. A másodlagos (secunder) ágazatok aránya a gazdasági fejlettség bizonyos színvonaláig növekszik, majd egy fejlettségi fokon túl a szerepe megváltozik, és fokozatos csökkenése indul el. A jellegét kifejező tendencia egy félkörívhez hasonló képet mutat. Más szavakkal a magas gazdasági fejlettség a nemzetgazdaságon belül nem az ipar arányának abszolút túlsúlya, hanem inkább fokozatos csökkenése jelenti.

A harmadlagos (tercier) ágazat (a szolgáltatás, az infrastruktúra, és többek között idetartozó oktatás, kutatás) szerepe a gazdasági fejlődés előrehaladtával kezdetben csökken, majd egy közepes fejlettséget megközelítő szinten, tendenciaváltozás történik. A korábbi csökkenés növekedésre vált át. Az ágazat sajátosságának jellemzője, hogy a legmagasabb gazdasági fejlettség fokán ennek van a legnagyobb súlya nagyobb, mint az elsődleges, vagy másodlagos ágazatoké.

A magas gazdasági fejlettség értelemszerűen a magas szolgáltatást, az infrastruktúra igen magas szintjét jelenti. Értelmezhető ez úgy is, hogy bizonyos szinten túl a fejlődést nem a természetes termelési folyamatok bővülése, hanem a szürkeállomány által létrehozott értékek képezik. Ebben az oktatásnak, a kutatásnak az egészségügy fejlettségének meghatározó jelentősége van. Gondoljunk csak arra, hogy ma már a fejlett ipari országokban az igen magas intellektuális szintet követelő mikroelektronika, számítástechnika, biofizika, biokémia, biotechnológia milyen óriási szerepet játszanak a fejlődésben.

Ezek tevékenysége viszont már nem is a szekunder ágazatban jelennek meg, hanem „szellemi termékként” zömmel a terciér ágazatban a szürke állomány „termelőtevékenységeként”. A fejlett országok közül (főleg a kicsiknél, amelyek természeti kincsekkel nem rendelkeznek) a gyarapodás fő forrását adják. A modell képét az alábbiakban ábrán is bemutatjuk.



- o Elsődleges ágazatok: mezőgazdaság
- x Másodlagos ágazatok: ipar, építőipar, közlekedés
- Harmadlagos ágazatok: oktatás, kutatás egészségügy, környezet gazdálkodás, kereskedelem, szolgáltatás stb.

Ami a nyugati gazdasági fejlődésben teljesen egyértelműen kimutatható az nálunk különböző okok miatt sokáig nem volt szalonképes ideológiai okok miatt, majd pedig a korábbi berögződések következményeinek hatásai erősen fékezték a helyes koncepció kibontakozását. Pedig egyáltalán nem bizonyított, hogy Magyarország jövője csak a “hagyományos termelőszektor” növekedésén keresztül valósítható meg. A történelmi tanulságokat, a természeti adottságainkat, a világpiacon lehetőségeinket figyelembe véve, úgy tűnik, hogy a nemzetgazdaság fejlődésében a legkedvezőbb lehetőségeket jelenleg a terciér ágazat ígéri.

A koncepciót már csak azért is érdemes alaposan megvizsgálni, mivel a hagyományos ("natúrális termelő") területek fejlesztésében potenciális konkurenseink igen kemény ellenfeleknek számítanak, a terciér szektor fejlesztéséhez, pedig jó hagyományaink és komparatív előnyeink vannak. Ide sorolható az egész humán szféra, az oktatás, a kutatás, az egészségügy, a környezetvédelem és az egész szolgáltatás. Ezek közül természetesen jelenleg kiemelten az egészségüggyel, azon belül az életminőség helyzetével foglalkozunk.

Az igazsághoz természetesen hozzátartozik, hogy a tőkeigényt figyelembe véve ez utóbbi terület fejlesztése nem látszik olcsóbbnak a hagyományos "natúrális termelésnél". Az eredményeikhez szükséges idő sem rövidebb valószínű az előbbinél. A terciér szektor - ezen belül - az egészségüghöz kapcsolódó tevékenység - konjunkturális ingadozása, ugyanakkor kisebb, mint a termelő ágazatoké, és a verseny e téren nem mutat számunkra olyan kegyetlen konkurenciát, mint az úgynevezett hagyományos termelő szférában. A terciér ágazat fejlesztése így - azonos erőfeszítés mellett - biztosabb felemelkedést ígér az előbbiekénél.

A magyarországi stratégiai gondolkodásban a humán tényezőknek az előzőekben bemutatott fontos szerepe sajnos még nem kapott kellő rangot. Ez nem független attól a négy és fél évtizedes rendszertől, amelyben a fejlődésünket meghatározó értékeink megítélésében komoly zavarok keletkeztek.

A modellben bemutatott terciér szektor értékalkotó tevékenységét a szocialista államrendszer nem ismerte el, és az egész tevékenység megítélése ennek a téves következtetésnek a nyomait szenvedti még ma is.

Az itt felvetett koncepció és az ebből levonható konzekvenciák még tudományos körökben sem volt korábban túlzottan ismert, (éppen a már ismertetett okok miatt,) még kevésbé a laikus közvéleményben. A magyar lakosság életminőségében jelentkező gondok feltárása és rendezése - mint látható - elméleti és gyakorlati kérdések tisztázásának egész sorát igényli és ennek a témának a mélyebb elemzésével - a körülötte meghúzódó zavarok feltárásával- ehhez szeretnék hozzájárulni.

A modellben a függőleges tengely, a nemzetgazdaságon belül az egyes gazdasági ágak súlyát érzékelteti, a vízszintes tengelyen pedig a gazdasági fejlettség mértéke jelenik meg. A koncepció leegyszerűsített modellje Magyarországon a politikának azt a lehetőséget kínálja, amelyet a közgazdaság - az egyenlőtlen fejlődés törvénye - címen ismer, és amely Németország és Japán gyors fellendülését eredményezte. Az úgynevezett „ideológiai” magyarázatot azért tartom szükségesnek a bevezetőben tisztázni, mivel a korábbi ismeretekhez képest ma már alapvetően más a nemzetgazdaság gazdaságfilozófiája, de az átalakulás még nincs eléggé a köztudatban.

Az Európához való kapcsolódás, a Nyugathoz való felzárkózás egyre világosabbá teszi számunkra – és a tisztánlátás is mind jobban igényli – hogy ezen a téren az alapvető fogalmakat minél világosabban értelmezzük. Ma már a kiélezett versenyhelyzetben nem kizárólag a politikai döntések intézik (mint valaha) a folyamatok alakulását, hanem egyre jobban érvényesülnek a valós közgazdasági értékrendek. A dolog azonban korántsem ilyen egyszerű, mivel nálunk - és ez igaz a volt szocialista országok többségére - a „valós gazdasági értékrend” még esetenként zavarosan működik. E tekintetben a „világgal lépéshátrányban” vagyunk. Közgazdasági fogalmaink tisztulása még nem zárult le, a stratégiai koncepciónk „kikristályosodási folyamata” nem fejeződött be. (Egyes vélemények szerint igazán el sem kezdődött). Pedig egyre világosabb, hogy csak olyan területen lehetünk versenyképesek, ahol természeti adottságaink folytán komparatív előnyeink vannak, vagy ahol technikai felkészültségben nincs lemaradásunk más országokhoz képest.

Műszaki elmaradottságunk, a korszerűtlen termelési struktúránk mai adottsága mellett „a gazdagodás” nem elsősorban a klasszikus termelő tevékenységeknél kínálkozik. Munkakultúránk és szervezettségünk alacsony, megszüntetésükhöz megfelelő tőkével, kellő ismeretekkel és a szükséges gyakorlattal pedig belátható időn belül nem rendelkezünk. Bár vannak olyan tevékenységeink – és itt elsősorban az agrártermelésre gondolunk – ahol magyar sajátosságainkat a Világpiac elismeri. Ezek aránya azonban nem nagy. Az ágazat helyzetének valós megítélése kapcsán azt is figyelembe kell venni, hogy az agrárszektor új értéket létrehozó népessége igen kicsi, 30 év alatt nem is nőtt.

Az is köztudott, hogy a fizetőképes kereslet az élelmiszerek iránt csökkenő, tehát az agrártermelést alig ha lehet az új helyzetben „a minden bajt megoldó ágazatnak” kinevezni. (Az Európához való közeledés e téren jelentkező gondjait nem is említve.) Ilyen egyoldalú szemlélet újabb tévútra vezetne.

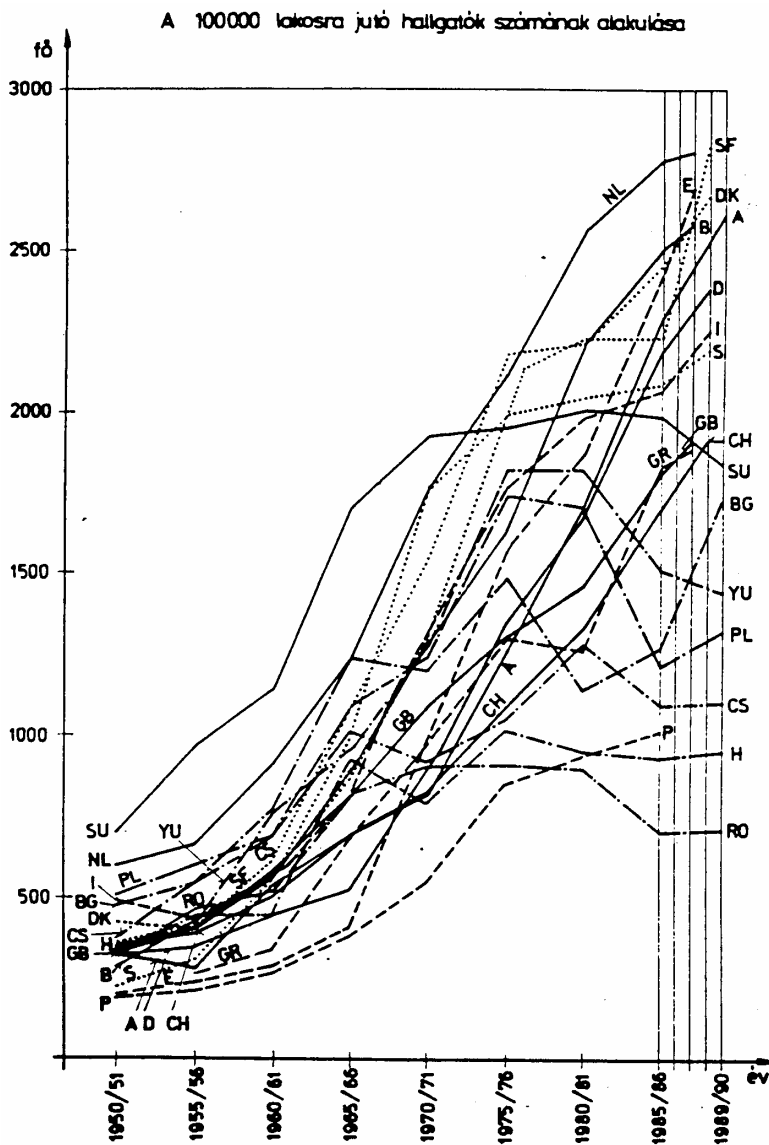
Évi mintegy 3 milliárd dollár agrárexportunk ellenére a hagyományosan jó agrártermékeinkkel a világpiacon maradni rendkívül nehéz. Ez a megállapítás még azokra a termékekre is igaz, amelyeknél komparatív előnyeink vannak, és amelyek a világpiacon ismertek. Ezeknek a cikkeknek a nemzetközi élvonalba való emelése, vagy ott tartása (kiszerezés, csomagolás, szállítás stb.) nagy anyagi áldozatot kíván, amelyhez megfelelő tőkével ma a magyar mezőgazdaság nem rendelkezik.

Iparunk fejlettségének szintje nemzetközi mércével mérve ugyancsak számos kívánnivalót hagy maga után. A rendszerváltással elindult átalakítás eredményeire még sokáig várni kell és egyelőre nem remélhető, hogy a Magyarországon gyártott Opel vagy Suzuki autót a müncheni kirakatokban kínálják eladásra. (Az ilyen termékeknek a súlya a magyar ipari termelésén és a foglalkoztatottságán belül nagyon kicsi.)

A bevezetőben ismertetett és a modell tanulságaiból leszűrhető összefüggések a mai magyar gazdaságstratégiában alig tükröződnek. Ennek magyarázata abban keresendő, hogy fejlődésünk hosszú időn keresztül az úgynevezett szovjet modell szerint alakult, amelyben a természetes termelés volt a meghatározó. Ez önmagában nagy ellentmondása volt fejlődésünknek, hiszen köztudott, hogy a természetes termeléshez szükséges alapanyagokkal a magyar gazdaság alig rendelkezik. Technikai felszereltségünk, és fejlettségünk is messze elmarad a fejlett országokétól. Nem véletlen, hogy az ebből adódó torzulások ilyen nagy erővel törnek most a felszínre és előtérbe állítják az úgynevezett szocialista városoknak azokat a visszasságait, amelyek teljesen a szovjet hadiiparra, és a fegyverkezési versenyt kiszolgáló tevékenységre alapozódtak. Ezekben a városokban a rendszerváltás után – mivel teljesen egy „lábon álltak” és nem kapcsolódtak a magyar ökológiai adottságokhoz – kiemelkedő a munkanélküliség és az „újrakezdés” nehézségei is itt a legnagyobbak.

Egyáltalán nem bizonyított, hogy Magyarország felemelkedése csak a „hagyományos termelő szektor” növelésén keresztül lehetséges. Ezt a koncepciót már csak azért is érdemes mérlegelni, mivel a nyugat-európai kis országok gyors fejlődésében a terciér szektornak a „szürke állomány értékteremtésének” bizonyítottan kiemelkedő szerepe volt, amely felett egészségügyi szolgáltatás nélkül nem lehet elérni. Nem véletlen írja D. Corten a „Kistigrisek” gazdasági ideológiájának megteremtője, hogy korunkban a gazdasági fejlődés legbiztosabb és kimeríthetetlen forrása az egészséges emberek okos gondolatai. És hogy ez nagyon okos koncepció az előbbieken vázolt modell hibás értelmezése (a nem természetes termelés érték alkotásának nem elismerése) milyen károkat okozott. Ezt az alábbi ábra jól érzékelteti.





Az ábra értelmezéséhez azt gondolom nem kell különösebb kommentár még akkor sem, ha 1990 óta feltehetően e téren értünk el javulást, ami az ábra egész tendenciáját nem tudja alapvetően megváltoztatni. (Nemcsak nálunk, hanem a többi országban is ez idő alatt születtek sikerek). Az itt közölt fejlődést bemutató tendenciához annyit kívánok hozzáfűzni, hogy a lakosság műveltségi szintje az életmód, valamint az emberi fejlettségindexe között szoros összefüggés tapasztalható, amit számszerűen is bemutatok.

\* Forrás: Ladányi Andor: A felsőoktatás mennyiségi fejlődésének nemzetközi tendenciái.

## Az emberi fejlettség indexe (HDI) az 1999. évben

Ország-csoport	Születéskor várható élettartam, év	A beiskolázás kombinált aránya, %	Az egy főre jutó GDP vásárlóerő értékén USD	Várható élettartam indexe	Iskolázottság indexe	Emberi fejlettségi index (HDI)
Fejlődő országok	64,5	61	3530	0,66	0,69	0,65
Kelet-Európa és a FÁK országai	68,5	77	6290	0,73	0,91	0,78
OECD	76,6	87	22020	0,86	0,94	0,90
Magas jövedelmű	78,0	93	25860	0,88	0,97	0,93
Közepes jövedelmű	69,5	74	5310	0,74	0,82	0,74
Alacsony jövedelmű	59,4	51	1910	0,57	0,58	0,55
<b>Világátlag</b>	<b>66,7</b>	<b>65</b>	<b>6980</b>	<b>0,70</b>	<b>0,74</b>	<b>0,72</b>
<b>Magyarország</b>	<b>73,1</b>	<b>81</b>	<b>11430</b>	<b>0,77</b>	<b>0,93</b>	<b>0,83</b>

Részletezését lásd az 1-3 mellékletben

Mivel az egészségi állapotra a legnagyobb befolyást az életmód gyakorolja, ezért az összefüggés vizsgálatát a továbbiakban az életminőség alakulásának és azokat befolyásoló tényezők részletezésével kívánom dokumentálni.

### 3.1. Életminőség

Az elmúlt években munkám jelentős részét olyan feladatok képezték, amelyek az egészségügy különböző problémáinak feltárására és a bajok megoldására irányultak. A szakmával összefüggő többirányú közelítés során arra a következtetésre jutottam, hogy a mai kedvezőtlen demográfiai, család- és egészségügyi helyzet megítélései nem nélkülözhetik az egészség alakulását jelentősen befolyásoló életminőség állapotának hatás vizsgálatát.

Ezen gondolataimat az alábbiakban foglalom össze:

A VHO definíciója szerint az egészség nem pusztán a betegség hiányát jelenti, hanem mindazon feltételek meglétét, amelyek fizikailag és mentálisan biztosítják a tágon értelmezett produktív életvitel lehetőségeit. Az egészség politikának tehát nem elég a betegségek a kedvezőtlen demográfiai mutatók, a családi feltételek alakulását vizsgálni, hanem a gazdasági és társadalmi körülményeknek az emberi életre gyakorolt hatásaira is figyelemmel kell lenni. Ez a fajta közelítés az egészségügyi problémáknak már egészen más értelmezését jelenti, mint amit a jelenlegi gyakorlat követ. A hagyományos értelemben vett egészségi állapot csak egy szeletét jelenti a probléma körnek.

A széles kört felölelő módszer alkalmazása annál is inkább indokolt, mert az elmúlt száz év során az egészségi állapotot leginkább fenyegetőbb fertőző betegségek károsító hatásai a minimálisra csökkentek, közülük egyesek pedig teljesen eltűntek és ezzel az emberiség életminősége az átlagosnál magasabb szintre emelkedett. Ugyanakkor az egészséggel összefüggésben egyre inkább az általános jólét igénye került előtérbe. Miközben az egészségi állapot fogalmát egyre szélesebben értelmezzük, rá kell döbbernünk arra, hogy ez a közelítés számunkra sok új megoldandó problémát tárt fel.

A magyar egészségügyi helyzetet ilyen széles összefüggésben vizsgálva hosszú idő óta azonban nem javulást, hanem romlást, vagy jó esetben stagnáló állapotot regisztrálhatunk. Más országokhoz képest mért összehasonlítás szerint, pedig hazánk a mérvadónak számító európai országok között a sor végére került.\*

Az egészségi állapotot alapvetően befolyásoló minél több tényező együttes vizsgálata annál is inkább indokolt, mert azok a hagyományos mutatók, amelyek a klasszikusan értelmezett egészségi állapotra jelentős befolyással vannak (orvos szám, gyógyszerfogyasztás, gyógyító technika, kórházi ágy szám) az elmúlt évtizedekben jelentős növekedést mutatnak.\* A bajok forrását tehát ezeken kívüli tényezőkben kell keresni, amelyek romlása viszont olyan mértékű volt, hogy az előbbi tényezők pozitív hatásait is lerontották, és a soktényezős vektorhatás negatív eredményt mutat. Ezek között számtalan olyan tényező található, amelyeket anyagiakban nem is lehet kifejezni.

Az életminőséget alakító tényezők jelentős része ugyanis nem anyagi jellegű problémákra vezethető vissza, (ahogy az tévesen a közvéleményben ismert). A jó lelki közérzet, a boldogság, az egymás megértése és megbecsülése, az összetartozás érzése, a szabadidő kellemes eltöltése és még sok minden más körülmény anyagi mércével nem mérhető.\* A téves hiedelem pedig azzal magyarázható, hogy a mindenkorai politikai irányzatok a legfontosabb stratégiai témának számító célkitűzéseit, (mint például a lakosság életkörülményeinek javítására irányuló törekvések, amelyek értelemszerűen a fogyasztást, az egész-

---

\* Forrás: KSH. A humán és gazdasági fejlődés nemzetközi összehasonlítása 2001.

\* Forrás: KSH. Elmúlt 30 év Statisztikai Évkönyvei.

\* Forrás: MTA.: Életminőség. Vizi E. Sz.: Klinikai szempontból szükséges és pénzügyi szempontból lehetséges. Bp. 1998.

ségügyet, az életminőség, a kultúrát stb. is) magába foglalja, mint az életminőséget döntően befolyásoló általában anyagi jellegű ígérekhez kapcsolja. Amennyiben ezek közül valami nem teljesül, a közvéleményben az alakul ki, hogy a politika másra elköltötte a pénzt.

Mivel az alapvető stratégiai célkitűzéseink közjavaink meghatározó részét képezik és közöttük mással nem helyettesíthető és egyenértékűség híján gazdaságilag nem is számszerűsíthetők, így anyagi értéket nem is képeznek. A pénzben nem kifejezhető jelenségek fenntartása, működtetése és fejlesztése viszont pénzbe kerül, és akkor már e területen a piac törvényei érvényesülnek és a kereslet-kínálat kölcsönhatása is megjelenik.

Ha a politikában domináns tényezőnek számító területen - mint amilyen a széles összefüggésben értelmezett egészségügy - az ígérek nem teljesülésnek, tehát nem csak az anyagi ráfordítások hiányával magyarázhatók. Például amikor a témával foglalkozó politika, vagy az azt szolgáló tudományág, a nagy ügyek mögött meghúzódó utat nem járja végig, a meglepetés szinte szükségszerű és a várt eredmény elmaradása majdnem szükségszerű.

Sajnos ilyen meglepetések nem ritkán érik az embert. Az életkörülményekkel kapcsolatban pedig minden téma ilyen bonyolult összefüggésnek számít, közöttük az életminőség állapotának és változásának mérése és minősítése is. Ezt az állítást bizonyítja a Pearson-féle korrelációs együttható bemutatása, amely a népesség egészségügyi állapotát befolyásoló tényezők közötti összefüggést méri. (Részletezését lásd a 6/a. mellékletben.)

A várttól eltérő eredményekben az is szerepet játszhat, hogy ha a célok eléréséhez vezető útnak nemcsak távolságát, hanem időigényét sem járjuk végig. A várt eredmény ilyenkor is elmarad (ahogy ezt a fizika törvényei jól bizonyítják). Márpedig megesik, hogy egy ilyen bonyolult út "végigjárásának időigénye" de főleg rendbetétele hosszabb, mint egy politikai ciklus. Például, ha egy tényező hiányzik a "fizikai képletből", teljesen nyilvánvaló, hogy a folyamat nem mérhető, így a várt és a prognosztizált eredmény bekövetkezése gyakorlatilag nem is jöhet létre. Például, ha az OHM törvény egyik tényezőjét nem ismerjük, vagy elfelejtettük „megmérni”, akkor az elektromossággal kapcsolatos vizsgálatunk eredménytelen marad.

Abban az összefüggés rendszerben, amelyekben jelen esetben az egészségügyet vizsgáljuk az egyes résztényezők összhangjának ugyan úgy meg kell lenni, mint az alapvető fizikai jelenséget leíró képletben. Ha itt, vagy ott a "képlet" (esetünkben a modell) egyik tényezője hiányzik, vagy hibás értéken szerepel, nincs értékelhető eredmény. (A hibás képletből származó eredmény, pedig hamis.)

Az időtényező rossz értelmezésében szerepet játszhat az a körülmény is, hogy a siker eléréséhez több időre van szükség, mint egy politikai ciklus. Ilyenkor előfordulhat az az eset, hogy amikor a kívánt folyamat elérése érdekében hozott áldozat "gyümölcse" "beérik" (2-3 ciklus elteltével) már esetleg a kezdeményezőre sem emlékeznek.

Ez a körülmény igen komoly akadályozója lehet a hosszú távú (és a politikai ciklus végén alig kamatoztatható) kezdeményezéseknek. Sok év ilyen jellegű eredményei\* és eddigi tapasztalataim ezt elég meggyőzően bizonyítják.

Vagy egy másik szempont, amely a végeredményt alapvetően befolyásolja, ha a kezdeményező személyesen, vagy anyagilag nem érdekelt (vagy nem eléggé érdekelt a kivitelezésben).

A nagy horderejű stratégiai ügyek döntéseiben - a már említett gyakorlati megfontolásokon kívül - olyan történelmi, elméleti tényezők is belejátszanak, amelyek hatásai nem múltak el nyomtalanul a magyar közgondolkodásban. A múlt rendszernek a maitól eltérő hatásai között, ugyanis nagyon nehezen korigálható problémák egyike a valós értékek megismerése és helyre állítása, ahogy ezt már a korábbiakban láthattuk.

Az életminőség elméleti tényezőinek a kutatás során a következő alapvető területek áttekintése célszerű:

- Társadalmi rétegződés változásai
- A lakosság műveltségi viszonyainak oktatás, kutatás helyzete
- Demográfiai tényezők alakulása
- Szociális egészségügyi viszonyok, fogyasztás, foglalkoztatottság
- Családi szerkezetek átalakulása
- Kriminálisztikai tényezők változásai
- A gazdaság általános fejlődése, növekedési pályák.

---

\* Gidai E.: Gazdaság, oktatás, kutatás. Akadémiai Kiadó. Bp. 1997.

A fentiekben felsorolt témák részleteit és kölcsönhatásait még csak részben sikerült megismernem, így az ezekre épült modell eredményeinek prognosztizálására nem is vállalkozom, úgy gondolom, hogy egy ilyen munka messze meg is haladná a címben ígért téma feldolgozását. Az itt felvetett témákkal elsősorban azt kívántam érzékeltetni, hogy az életminőség alakulásának vizsgálatában milyen tényezők vizsgálatát tartom fontosnak. (A témához kapcsolódóan a 6-26. sz. mellékletben csatolt KSH. vizsgálataira nagymértékben támaszkodtam.)

A téma kutatása során arra is választ keresek, hogy az utóbbi évtizedek változásai, a rendszerváltozással bekövetkezett átalakulás, mekkora vákuumot idézett elő azokon a területeken, amelyeknek hatásai az életminőséget meghatározó anyagi és nem anyagi jellegű területeit determinálják.

Szeretném azt is bizonyítani, hogy a mai figyelem túlzottan az anyagiakkal összefüggő hatásokra koncentrál és nem veszi figyelembe - vagy nem elég súlyúnak minősíti - azokat a tényezőket, amelyek a minőség kialakulásának nagyon fontos meghatározó elemei.

Nincs felmérve és kiszámítva annak a változásnak a hatása sem, hogy mekkora kár származik abból, hogy a korábban mindent meghatározó központi "dirigáció" helyébe csak lassan lépnek be az új (civil) szervezetek, vagy a keletkezett hiányok pótlására nem születtek új megoldások. Például alig van ma a társadalmi körülményekhez igazodó olyan ifjúsági, vagy felnőtt szervezet, amely az egyes korosztályok, társadalmi rétegek sajátosságaihoz igazodna és azokat az állam legalább úgy, vagy jobban felkarolná, mint ezt tették a korábbi rendszerek. A rendszerváltozással megszűnt szervezetek helyébe nem igen léptek intézményesen újak (esetenként a régiek túlélése sem ritka) és az így keletkezett "vákuum" hatás rossz irányba vitte a fejlődést.

Jelenleg a dolgozók érdekvédelme sincs igazán megoldva. Az, ami ma szak-szervezet, vagy kamarák címén működik, zömmel a múltrendszer maradványai, amelyek a dolgozóknak legfeljebb csak egy részének érdekét védik és nem a többség valós érdekvédelmét szolgálják.

Ezek a kérdések annál is fontosabbak, mivel minden rendszerben lényeges szempont a tömegeket mozgató befolyás megszerzése. Ma ezekre a problémákra nincs intézményes válasz. Ennek hiányában a legkülönbözőbb szekták, mindenféle deviáns mozgalmak, a szenvedélybetegségek terjedései óriási károkat okoznak.

A nem anyagi jellegű, de következményeiben súlyos anyagi gondokat okozhat a "média" szerepének tisztázatlansága, közöttük az a hatás, amely az életminőség romlásával hozható összefüggésbe. (Ifjúságra gyakorolt káros sugallatok, az agresszivitást kiváltó filmek, az ellenőrizetlen reklámok, akciófilmek, horrorfilmek stb., amelyeken keresztül szűrő nélkül áramlik be hazánkba mindenféle szennyes áramlat, azért, mert nem tisztázott, hogy ki, miért felel e téren.) Ezek káros hatásai az életminőségre, a családok életére nincsenek feltárva. Az sincs felmérve, hogy a tulajdonviszonyok átalakulása, hogyan változtatta meg az érdekeltségi viszonyokat. Az alkalmazott és az önálló vállalkozók magatartása, az önkizsarolás, milyen hatással vannak az élet minőségére, a családi életre, vagy a munkamorálra, a köz és a munkaerőre.

Nincs felderítve az sem, hogy melyek azok az akadályok (szervezeti, tárgyi, személyi stb.), amelyeket a fejlődés gyorsítása érdekében el kellene távolítani, vagy mi hiányzik, amit a javulás gyorsítása érdekében létre kellene hozni.

Mindenki által ismert az a társadalmi, egészségügyi-gazdasági hatás, amely a prevenció komoly alkalmazásával érhető el. Különösen igaz ez az általunk vizsgált területen. A folyamatokban résztvevők személyi érdekeltiségének és az egyértelmű felelős megjelölésének hiánya miatt a jelenség nem működik, melynek konzekvenciái sem anyagi, sem egyéb vonatkozásban nincsenek feltárva. A meghatározó jelenségek minden összefüggéseire kiterjedő részletes és időben hosszú távot átfogó elemzése nélkül így csak felületi kezelésnek számít az életminőség javítására irányuló minden törekvés.

A több évtizede zajló és a nyugat-európai tendenciákkal ellentétben álló folyamatok okainak feltárása, megállítása, visszafordítása, csak több tudományág megalapozott összefogásával lehetséges. Meggyőződésem, hogy ezek tisztázását a lakosság zöme (politikai hovatartozástól függetlenül) támogatja.

Téves az a hiedelem, hogy a specialistáknak csak a részterületre kell koncentrálni. Ez igaz a finomítást végző stádiumban, de a stratégiai kijelölés esetén nem. Részproblémának látszó ügyek sikeres megoldása csak akkor várható, ha a jelenséget meghatározó tényezők hatásainak (vektorainak) eredője (az elmozdulás iránya) ismert (kiszámított).

A közvéleménnyel el kell és el is lehet fogadtatni azokat a stratégiai pillérek lerakásának áldozatait, amely nélkül nagy horderejű cselekedetek nem születnek. Ilyen a mindennek alapját képező kiművelt emberfő „szürke állomány” tőke létrehozása, mely területen igen komoly lemaradásainkat kell pótolni. Számos demográfia, családi, egészségügyi probléma és a lakosság műveltségi színvonala között közismerten szoros összefüggés mutatható ki. Ebben a magyar közvélemény nincs kellően felvilágosítva. Pedig a gazdasági fejlődésünk legbiztosabb forrását csak erre lehet alapozni. A múlt rendszer szörnyű mulasztását a legradikálisabb akcióval sem lehet rövid néhány év alatt korigálni. Először azért, mert ilyen ügyekben nagy ugrásokat nem lehet megvalósítani. Másodszor pedig azt is tudomásul kell venni, hogy egy friss diplomának a “beérési időigé-nye” optimális esetben is legalább egy fél évtized, de annál inkább több év.

Mivel a rendszerváltást követő mindenkori kormányainak pedig nem a tercier ágazatokban, azon belül az oktatásban történt mulasztások rendbehozatala volt a fő cselekvési programja, ezért a számunkra előnytelen állapot radikális változására nagy esélyeink néhány év alatt nem alakulhattak ki. Véleményem szerint mostani bukdácsolásaink okai is egyrészt abban gyökereznek, hogy a fejlődésünk átalakulása során “a lépcsőknek egyes fogait” nem építettük ki és ezek hiányoznak a rendszerből, amelyeket pótolni kell. Az akadályok megkerülésével idővesztést kell elszenvednünk melynek rendbehozatala komoly és nagy áldozatokat követel.

Az életminőség mai állapota és romlásának mai képe a jéghegycsúcsa, mely megjelenik a horizonton, aminek alapján a szemlélő véleményt alkot. “Ha a jéghegy vízből kilátszó részéből nem számolunk vissza a vízben levő láthatatlan részre”, amely többszöröse a láthatónak, az könnyen katasztrófához vezethet.

A felvetett körültekintő számítások e területen gyakran hiányoznak. (Nincs megépítve minden lépcsőfok, a felfelé vezető úton, amelynek pótlásához a jelen kutatással kívánok hozzájárulni.) De, hogy mi hiányzik még a teljes képhez az sem teljesen ismert. A jobbítás szándékkal történt ráfordítások hatásfoka így nem biztos, hogy hozza a remélt eredményt. Ismeretek hiányában azt sem tudjuk, hogy az összefüggés rendszer melyik fázisába kellene befektetni, hogy a befektetés hatásfoka maximum legyen. Sok milliárdot fordítunk olyan betegségek gyógyítására az egészségügyben, amelynek hozadéka csak a tüneti keze-



lést jelenti, miközben tudjuk, hogy a baj gyógyításának gyökerei, másutt keresendők. (Lásd szenvedélybetegek költségeit, és a megfelelő családteremtés, vagy a megfelelő civil szervezetek működtetésére adott támogatások nagyságát. Vagy a légzőszervi betegségek és a büntetlenül hagyott környezetszennyezés kárait a gyógyszer nélkül gyógyító és kihasználatlan lehetőségeket barlangterápiában, vagy a mozgásszegény életmódból származó károsodásokat.)

A megváltozott családi struktúrák sokszor instabil helyzete, az értékrendek és a morális felfogások zavarainak léte, a humánszféra átalakulásának lassúsága, az ideológiai megtisztulás döcögése és bizonytalanságai, mind olyan befolyással vannak az életminőségre, amelyek hatásai, ma még igazán nincs kiszámítva. Ebből adódóan a veszteség nagysága is legfeljebb közelítő számításokkal becsülhető.

Minden olyan jellegű kis, vagy nagyobb stratégiai vállalkozás, amely a felsorolt témákkal kapcsolatban van - akár közvetlenül, mint az említett mechanizmusba beépülve működik -, vagy áttételesen is érintett, figyelmetlenül hagyás esetén nagyon nagymértékben ronthatja a befektetések hatásfokát.

Mivel a vállalt téma tisztázásának, kihatásainak megismerése minden uralkodó politikának is érdeke, az eredmény haszna legalább annyira fontos az uralmon lévő pártnak, mint annak, amelyik odavágyik. Ezért ilyen témák esetén talán meg lehet találni azt a konszenzust, amelynek megvalósításához többségi akarat szükséges.

Az a véleményem, hogy a kutatás eredményességét növelni lehetne azzal, ha a soktényezős hatásfok vizsgálata egy helyen koncentráltan történne, mely lineáris kapcsolatban áll a befektetések hatásfokának növelési lehetőségeivel, és az egymásra épülő témák belső összhangjának megteremtésével és fokozásával. Az életminőség javításában az egészségügyi intézmények működése fontos helyet foglalnak el. Teljesítményük nagymértékben hozzájárulhat egy adott térség életminőségének javításához, vagy kifogásolható működésük fékezheti az egyébként elvárható színvonal biztosítását. Nagyon nehéz az irányítónak, vagy a tulajdonosnak abban viszont állást foglalni, hogy mi az elfogadható szint egy ilyen intézményben.

Például nincs is objektív mérce e tekintetben, csak közelítő viszonyítási lehetőségekkel rendelkezünk más hasonló intézményekhez képest. Az úgynevezett szóródás vizsgálatok eddigi tapasztalatai viszont azt mutatják, hogy e tekintetben komoly tartalékaink tárhatók fel. A példában szereplő adatokat a „Városi 1” kategóriába tartozó kórházakból vettük ki, mivel itt 31 olyan homogén intézmény van – az összes kórházak egyötöde –, amelyek jellemzői a helyzet értékelésére alkalmasak.

Ebben a kategóriában a legjobb és a legrosszabb közötti eltérés a következő értékeket mutatja:

Az átlagkeresetben	másfélszeres
A 100 ágyra jutó létszámban	kétszeres
A Ft/ágyköltésben	két és félszeres
Az ápolási napok száma egy ágyra a bel osztályon	háromszoros
A szülészeten	kétszeres
A sebészeten	másfélszeres
Összesen	1,7-szeres

eltérést mutat. Ugyanazon egészségügyi kategórián belül a teljesítményadatokban többszörös eltérések tapasztalhatók. (Részletezését lásd a 33-36. sz. mellékletet, amely 20 azonos kategóriába tartozó kórház összehasonlító adatait mutatják be.) Bizonyos eltérések természetesen szükségszerűnek mondhatók, (pl. az intézmény méretéből, vagy a strukturális összetétel különbözőségéből adódóan stb.), de az egységre számított értékeknél mutatkozó eltérések már hasznos ötlettel szolgálhatnak a határfok növelésében, vagy a fejlesztés irányának kijelölésében. Ez utóbbi szempont különösen a regionális problémák kiegyenlítésénél segíthet sokat az irányítás számára.

#### **Néhány mutató közötti különbség a legmagasabb és a legalacsonyabb érték közötti különbség %-ban (2000)**

1 lakosra jutó GDP	3,6-szoros
Öregedési index	1,7-szeres
Élve születés	1,6-szoros
Halálozás	1,2-szeres
Keresetek	1,6-szoros
Épített lakás	5,1-szeres
Közüzemi	4,0-szeres
1 körzeti orvosra	24%-os
1 osztályteremre	34%-os
Telefonvonal	2,2-szeres

(Részletezését lásd a melléklet 6. számtól 26 számig csatolt mellékletben.)

A határfok növelésében a befektetések hatékonyságának fokozásában a technikai eszközök elemzése is tud sok hasznosítható támpontot tud adni. Meghatározó operatív döntés megalapozását segítheti, az ugyanazon rendeltetésű eszközök között mutatkozó eltérő típusfélések, különböző teljesítmények, árak, garanciák és szervizelési helyek, módok sokaságának elemzése az eltérések okainak feltárása. A legalapvetőbb egészségügyi eszközök területén megdöbbentően sokféle gyártótól nagyon sokféle típus van forgalomban.

Néhány jellemző adat az utóbbi 10 évben az ORKI által történt engedélyezésekről:

EKG-ből 35 gyártótól	225-féle típus
Altatógépekből 20 gyártótól	80-féle típus
Endoszkóp kategóriában 30 gyártótól	209-féle típus került forgalomba.

(Ezek az ORKI nyilvántartásaiból dokumentálhatók.) (Lásd a 27-29. sz. mellékletet)

Az említett problémák a társadalmi átalakulás szükséges kísérőjeként is felfoghatók, de fenntartásuk nem fogadható el így hosszútávon rendezést igényelnek. A korábban központi ellátásból fedezett igényeket, most az önállósult egészségügyi intézmények a szabad piacon szerzik be, ahol a sokféle gyártó igyekszik betörni az új piacra. Ennek következménye az azonos funkcióra gyártott sokféle típus alkalmazása. (Ezek egy részéhez igen kedvező feltételekkel jutott az egészségügy, éppen a piacra való betörés lehetőségének engedve, amelynek következménye az a sokféle eszköz, amely nem biztos, hogy az intézmény számára a legnélkülözhetetlenebb) Mindezen összefüggések nincsenek átgondolva és előnytelen hatásuk sincs kiszámítva.

A technika sokfélesége a működtetés költségét jelentősen növeli (sokféle szerviz, különböző alkatrész költségek stb.) A fejlett országoknál ez a sokféleség kevésbé tapasztalható. (Pl. Németországban az alapvető eszközökben maximum 2-3 gyártótól származó típus rendszeresített.

### 3.1.1. Az életminőséget az átlagosnál lényegesen jobban befolyásoló tényezők

A lakosság nagyobbik felének életminőségét negatívan befolyásoló három tényező hatásvizsgálatát részleteiben is áttekintettük. Ezek a mai magyar lakosság életében, az életminőség alakulásában olyan súllyal jelennek meg, és a lakosság nagyobbik részét érintik, hogyha sikerül ebben valamit elérni, lényeges javulás várható az egészségügyi viszonyokban. Vizsgálatuk ilyen értelemben feltétlen figyelmet érdemelnek. Ide tartoznak a szenvedélybetegségek (drog, alkohol és azokat kísérő depresszió), a légzőszervi megbetegedések és a mozgásszegény életmódból származó bajok.

Az általam kiemelt három betegségcsoport történeti áttekintése igen figyelemre méltó tanulsággal szolgál.

Az alkoholisták száma:

1980-ban 224.000 fő volt,

1994-ben 1.048.000 fő,

a növekedés 14 év alatt 4,7-szeres. Ezek a riasztó számok nyilván felkeltették a „felelősök” figyelmét is. Az eredmény a korábbi metodika alapján közölt számítások megszüntették és a későbbiek során, már csak a súlyos állapotban lévő és rendszeres kezelést igénylőket közölték, amely a legutóbbi közlésben (1994 évi Statisztikai Évkönyv) szereplőknek alig több, mint 5%-a.

Hasonló változás történt a reumás betegként szakrendelőknél kezelt páciensekkel is.

#### Fontosabb gyógykezelési esetek százalékos megoszlása 1994 évben

Reumatológia	9,63%
Fogászat	7,96%
Röntgen	7,60%
Belgyógyászat	6,36%
Sebészet	5,58%
Nőgyógyászat	4,03%
Szemészet	4,00%
Gyermekgyógyászat	3,41%
Fül-orr-gége	3,11%
<b>Kiemelték összesen</b>	<b>51,68%</b>
Labor	42,00%

A reuma kiugróan vezető helye is szemet szúrhat a döntést hozók számára, mert a következő évben (és azóta is) ez az arány már csak 2%-ot alig meghaladó arányt képvisel. (A fizikó terápiás betegeket és kezelésüket már nem itt, hanem az „egyéb” kategóriában tartják nyilván.)

A légzőszervi megbetegedések közül pedig csak a halálesetek, vagy súlyos kórházi esetek kerülnek regisztrálásra, pedig

- |   |          |
|---|----------|
| - az óvodás és általános iskolás gyermekeknek | 65-75%-a |
| - a felnőtteknek kb.                          | 50%-a    |

szennved légúti megbetegedésekben. A légző rendszer betegségben elhaltak aránya pedig az európai országokban a kormegoszlásra standardizált arányszámai 4,06, (Magyarország) és 15,60 (Egyesült Királyság) értékei között szóródnak.

Hangsúlyozni kell, hogy ezen betegségcsoportban szenvedők csak akkor kerülnek a hivatalos szervek (orvos, táppénz, intézeti kezelés, családvédelem stb.) látóterébe, amikor már a páciens panaszai elviselhetetlenné válnak és a hatásos gyógyítás ilyenkor már nagyon nehéz és főleg lényegesen költségesebb, mint egy korábbi fázisban. Ebbe a stádiumba a panaszosoknak általában a kisebbik része kerül, mert többségük úgy éli le életét, hogy egyáltalán nem is fordul orvoshoz, és életminőségét betegségének panaszai folyamatosan rontják.

Már előljáróban szeretnénk leszögezni, hogy a kiemelt betegségek kapcsán nem a gyógyítással kapcsolatos problémákat kívánom elemezni, sőt ennek kapcsán még csak nem is alapvetően egészségügyi kérdésekkel kívánok foglalkozni. A témánál „a betegséghez vezető utat” kívánom végigjárni olyan alkalmazott kutatási módszerrel, amelynek során a végeredményként előidézhető betegség elkerülésének lehetőségeit, illetve a csökkentésének lehetőségeit szeretném feltárni.

Az általános részében megjelölt kutatási formákat a gyakorlatban is megkíséreltem végigvezetni. Ezt a lépést egyben egy olyan kontrollnak szánom, amelyen keresztül lemérhetővé válik, hogy olyan területen, ahol a betegség exponenciális növekedést mutat, a legnagyobb hatásfokot olyan eszközökkel lehet elérni, amelyek magának a problémának a kialakulását akadályozzák meg, vagy legalább is erősen fékezik a „kialakulás sebességét”.

A szenvedélybetegségek kialakulásához vezető út áttekintése jól érzékelteti a társadalmi átalakulás során keletkezett vákuumhatást (a megfelelő civil szervezetek létének hiányát, vagy a fejlődésük lassúságát, a családi szerkezetek átalakulásának következményeit stb.), valamint a prevenció hatékonyságának hiányát, egyben jól érzékelteti a társadalmi átalakulás “melléktermékeinek” problematikáját is.

A légzőszervi megbetegedések kapcsán pedig elsősorban azokra a környezeti adottságaink kihasználatlanságára kívánom felhívni a figyelmet, amely területeken komoly komparatív előnyeink vannak másokkal szemben és ahol számos olyan előnyös kisvállalkozási lehetőség kínálkozik, amely nagyon fontos lakossági igényt elégít ki ezen a téren.

A mozgásszegény életmódból származó bajok lehetőségeinél pedig a fiatalok nevelésével a technika mindent helyettesítő emberi mozgás kihasználásának fontosságára szeretném a figyelmet ráirányítani. Az életminőséggel kapcsolatos “gyakorlópályánk” a Budapest Szent János Kórház járó beteg szakrendelésének keretein belül, a Pesthidegkúton működő TÁMASZ Gondozó segítségét vettem igénybe mely a szenvedélybetegekkel kapcsolatos szakmai összefogást és irányítást végzi. A légzőszervi megbetegedésekkel kapcsolatos információkat a Szemlőhegyi barlangban folyó kutatások eredményeinek felhasználásával végzem.

Mindkét intézmény a Budapest Szent János Kórház szerves részét képezi, így a kutatás során biztosított az egészségüggyel kapcsolatos maximális szakértelem és kontrol. A mozgás hiányából adódó káros hatásokat egy több évtizedes gyakorlattal rendelkező tornatanár és két reumatológus orvos tapasztalatait gyűjtöttem össze.

#### **3.1.1.1. Néhány jellemző adat a szenvedélybetegségekről Dr. Csikós Pál vizsgálatai alapján**

Hazánkban kb. 1 millió szenvedélybeteget tartanak nyilván, ami azt jelenti, hogy e tekintetben minden harmadik család érintett. Az ijesztő méreteket öltő szenvedélybetegek (drog, alkoholfüggőségeket kiemelve), bemutatása Budapest középiskoláiban végzett felmérés adataiból származnak. Úgy érzem, a modellértékű munka segítségével több olyan hasznos következtetés vonható le amely a téma feldolgozásának színvonalát nagyban emelni fogja. Az első ilyen általános jellegű észrevételem.

Magyarországon főként gyógyító kezelések folynak, a megelőzés, a felderítés és a rehabilitáció ezeken a területeken erősen háttérbe szorul.

A megelőzéssel kapcsolatban néhány már ma is látható megjegyzés:

Az addiktológiában jártas szakemberek tudják, hogy a 14-18 éves korosztály a legfogékonyabb része ebben a betegségben szenvedők populációja a leginkább sebezhető. A felmérésben résztvevő iskolákban ezért egészségnevelő, informáló előadások keretén belül történtek a felmérések, melynek keretén belül

- Tudást kaptak a gyermekek arról, hogy mi az, ami lelkiileg egészséges, és mi az, ami kóros. Mit kezdhet szorongásaival, az érintett és mit a hangulati hullámzásaival.
- Magyarázatot kaptak arra vonatkozóan, hogy hogyan kapcsolódnak össze a lelki zavarok helytelen kezelése, az alkohol és a drogfogyasztással.
- Információt kaptak a különböző drogok és az alkohol testi és szellemi mellékhatásairól. (Elbutulás, elmebetegséget produkáló tünetek stb.)

Az előadások mellett a diákok részvételével alkohol és drogfelelősi rendszer kiépítésére is sorkerült az érintett iskolákban. A szakemberek ugyanis a saját tapasztalataikból és a szakirodalomból tudják hogy ez a 14-18 éves korosztály leginkább kortársai révén befolyásolható legjobban. A drogfelelősök a későbbiek során saját maguk és barátaik köréből szimpatizánsok társaságot hoznak létre. a hatás fokozása érdekében A szimpatizánsok feladata a környezet figyelése és a veszélyeztetettek összehozása a drogfelelőssel.

A drogfelelős természetesen szükség szerint közvetlen segítséget kap az orvosi irányítótól. A rendszer hatékonyságát, egyéni érdemek jutalmazásával természetesen fokozni lehet. Az a tapasztalat, hogy az ilyen munka csak az ifjúság fogékony részének megmozgatásával válik eredményessé. Hasonló modell megvalósításáról sem a hazai, sem a külföldi irodalomban nem találtak példát a szakemberek.

A megelőzés keretén belül előadásokat tartanak az iskolákban a tanárok az érdeklődő szülők részére, melynek keretén belül megismertetik a résztvevőket a drog, az alkohol veszélyeztetettség felismerésének módszerével és szövődményeik sokféleségével valamint a megoldási lehetőségeivel.

A gyógyítás elérhetőségének javítása érdekében kulcsintézményekkel kell felvenni a kapcsolatot. Ilyenek a már említett iskolák, háziorvosi rendelők, ideg és pszichiátriai szakrendelők, kórházak belgyógyászati és hepatológiai, neurológiai osztályai, idetartozónak számítjuk a Vöröskeresztet, a Nevelési Tanácsadókat, a családvédelmi szolgálatokat, egyházi és civil szervezeteket, alkohol és a drogambulanciákat.

A gyógyítás gyors elérhetőségét fokozná a kulcsintézményekkel - beleértve a drogfelelősi rendszert is - kapcsolatban álló sürgősségi egységek felállítása, és bővítésükkel pedig a rehabilitáció megvalósítása is elképzelhető.

### **3.1.1.2. Légúti megbetegedések (Dr. Lackovits Gabriella vizsgálata) alapján**

A légúti megbetegedések növekedése világszerte nagy problémát okoz.

- a tüdőtágulás, a hörghurut az 50 év feletti korosztályt,
- az allergiás megbetegedés pedig leginkább a gyermekeket érinti
- a légúti betegek száma az elmúlt évtizedben megtízszereződött.

A magyar lakosságból

- a bölcsődés, óvodás és általános iskolás gyermekeknek mintegy háromnegyede,
- a felnőtt népesség közel fele szenved kisebb nagyobb mértékű légúti betegségben.

Hazánkban szinte nincs is olyan család, amelynek valamelyik tagja (vagy tagjai) ne küszködnének e betegség panaszaival. (A probléma kialakulásában a gyermekeknél a korai közösségi életmód, a felnőtt lakosság esetében az iparosítással összefüggő szennyezettség elterjedése, a dohányzás hozott jelentős változást.)

Magyarország geológiai helyzetét és a növekvő légszennyezettségét figyelembe véve potenciálisan az egész lakosság veszélyeztettnak tekinthető. A légúti betegségek gyógyítására fordított költségek, valamint az ilyen címen kiesett munkaidő veszteségekből származó károk csak százmilliárd forintos nagysággal fejezhetők ki. És akkor még nem említettük - e betegség pénzben nem mérhető - azon kellemetlen kísérő hatását, amely az érintett személy életminőség romlásában jelenik meg.



A téma szakértői szerint a probléma kezelése az egészségügyben kialakult hagyományos gyakorlattól eltérő megoldást igényel. A szakemberek által ajánlott komplex megoldásoknak egy ilyen hatásos formája a barlangterápia. A barlangterápia előnyeinek, hasznának megismertetéséről, elterjesztéseiről azonban gondoskodni kell. Ehhez meggyőző érvként felhasználhatók azok az eddig feltárt és bizonyított orvosi eredmények, amelyeket az Egészségpénztár is elismert és finanszírozott. A barlangterápiában a töredék költséggel érték el, mint azt, amit a hagyományos gyógyítás igényel.

A példákban említett betegségek gyógyításán túl a kezdeményezés sok kis befektető számára előnyös lehetőséget kínál. A barlangban létesítendő tornatermek, fitnessz klubok, a felszínen végezhető sportokkal összekapcsolva olyan egyszerű és hatásos szórakozást, stresszoldást, az immunrendszer javítását szolgálja, amely minden korosztály számára komoly érdeklődést válthat ki.

A kezdeményezés a fiatalok körében vonzó programot is jelent, amely sok fiatal menthet meg a drog, az alkohol iránti érdeklődéstől. A koncepcióban rejlő lehetőség jelenleg csak "labor méretekben" működik.

A kezdeményezés az idegenforgalommal nagyon jól összekapcsolható és az ez irányú tevékenység nagymértékben bővíthető. A jelenlegi kezdeményezések sikereit a prognózisok nagyon ígéretesen igazolják.

Hazánkban eddig feltárt és feltáratlan (a közönség számára még nem látogatható) barlang kapacitásunk tízezrekben mérhető légzőszervi beteg számára kínál a hagyományos gyógyítási módszernél lényegesen alacsonyabb költséggel megoldást.

### **3.1.1.3. Egy testnevelő tanár és két reumatológus orvos véleménye a mozgásszegény életmódról és az életminőség összefüggéseiről**

Az életminőség állapotát a testi edzettség közismerten jelentősen befolyásolja. A fizikai edzettség legegyszerűbben a friss levegőn történő minél több mozgással érhető el. Ilyen meggondolásból igyekeznek a normális szülő már a kicsi babát is minél többet a friss levegőre vinni a különböző évszakoktól függetlenül, hogy immunrendszerét erősítse és ezzel a betegségekkel szembeni ellenálló képességét fokozza.

Amikor a kisgyermek már járni tud akkor a friss levegőn való passzív tartózkodást kiegészíti a séta a játék, a minél több mozgás. Mikor a gyermek életében az iskolai kötelezettség elérkezik akkor az edzés zömét a testnevelési órák veszik át és ez a forma végigkíséri minden oktatási fázisban. (Vagy legalább is ennek kellene történnie.)

A torna az egyre modernizálódóbb korunkban azt a feladatot látja el, amit az ősember életében az életben maradáshoz védekezés megszerzése kellő erőt az élelmiszer megszerzéshez, tudjon kellő gyorsasággal futni a veszély elöl és legyen elég ügyes a létért való küzdelemben). A testedzés tehát az életben maradáshoz szükséges állapot (kondíció) fenntartását biztosítja a szervezet számára amely a mindenkori fejlettségéhez az embernek igazodni kell.

Az iskolába bekerülő 6-7 éves gyermeknapjainak jelentős részét zárt levegőn gyakorlatilag mozdulatlanul tölti, ezért az iskolai elfoglaltságok között általában a tornát szeretik legjobban, mert akkor kedvükre mozoghatnak és a feszülő energiájuknak zömét levezethetik, a más órákon szerzett szorongásaikat feloldhatják.

Mik változtatták és folyamatosan változtatják ezt a fontos funkciót?

Az életforma állandóan változik és mindinkább távolodik el a természetes körülményektől. Egyre kisebb erőpróbának kell alávetni magát az embernek ahhoz, hogy a mai feladatait ellássa. Mozgásának mind nagyobb hányadát gépek helyettesítik, ami a szervezet elgyengüléséhez vezet, ha nem védekezünk ellene. Emellett még számos más körülmény is degenerálja az életmódot. Már a kiskorban is megjelennek ezek a negatív jelenségek. Melyek az akadályozó tényezők?

A túl öltöztetett gyerek nem szívesen vetkőzik le a tornaórán, mert mire elkészül a többiek már javában játszanak. Egyre gyakoribb az olyan eset, hogy a tanítónak kell megszabadítani néhány réteg ruhadarabtól a gyermeket, hogy kibírja az órán való részvételt. A hétféle mozgás és testedzés gyakorlata is egyre több csorbát szenved.

A szülők a hétvégi iskolai programokra - amely a közösségi együttműködés ki-fejlesztését, a szabadlevegőn való kirándulást, sportolást jelenti, - kényelmi okokból akadályozzák a gyermek megjelenését vagy azért, mert ez zavarja a családi programot amit a család együtt akar eltölteni autós kirándulás keretében, vagy egyéb kényelmi megfontolásból. Az ifjúság "mozgatásának" megte-remtéséhez szükséges feltételek központilag sem kellően támogatottak. Egyre kevesebb a lehetőség a tömegsport gyakorlására és egyre drágább az ilyen en való részvétel. Érdemes lenne kiszámítani az abból eredő kárt, hogy a tömeg-sport megnehezítésével okozott kár mennyivel növeli az e miatt keletkezett be-betegségek költségét. A fejlődés során a következő probléma a kamasz kor eléré-se során jelentkezik. Az edzetlen kamasz, aki nem szokott hozzá a szabad le-vegőn való mozgáshoz, természetesen hamar megfázik és a betegségben szervezete legyengül. Mindez újabb betegségeknek válik a melegágyává élet-minőségének általános romlásával. Az az ember, aki fiatal korában nem szokta meg a rendszeres testedzést nyilván felnőtt korban ezt már nem igen könnyen kezdi el különösen akkor ha a családi körülményei esetleg ezt nem is segítik elő. Ilyenkor hamar elfogy az ifjú korban megszerzett edzettség tartaléka és egyre gyakrabban jelentkeznek az edzettség hiánya miatt a betegségek és az ezzel járó problémák.

Az ifjúkorból hozott negatívumokat a felnőtt kor helytelen szokásai csak tovább rontják (a mértéktelen alkoholfogyasztás, dohányzás, a televízió, a számítógép előtt mozdulatlanul eltöltött napi több óra, a munkahelyi stressz, az egészségte-len táplálkozás stb.) nagyrészt azzal magyarázható, hogy a szakorvosi rendelő-intézetekben a klinikai szakmák között a legtöbb beteg a reumatológián jelenik meg, csaknem kétszerese annak, mint ami a nagy forgalmú bel-osztályon és sebészeten tapasztalható.

Nagyrészt mozgásszegény életmód felnőttkori problémáival magyarázható a ma már népbetegségnek számító csontritkulás és az egyre gyakoribb combfej elhalás. Ez utóbbinak csupán a műtéti költsége mintegy háromnegyed millió forintba tehető, (melynek kialakulásában a – reumatológusok szerint – nem kis szerepe van az alkoholnak).

A mai gyakorlat a megoldásokat általában a fejlett országokban kialakult rendszerek adaptációjában keresi, amelyeknek a magyar sajátosságokhoz igazítására nem fordítanak kellő gondot és a magyar viszonyokra való átültetés eseténként - a vártak megfelelően - nem viszi előbbre a megoldást. Lásd bizonyos egészségügyi teljesítményméréseket, amelyekben teljesen ellentétes hatások együtt jelennek meg. Például az egészségügyi intézmények finanszírozása teljesítmény alapján történik, miközben az ott dolgozók fix bért kapnak. A két érdek összeegyeztetlensége nagyon sok olyan problémát szült, amely a mai élethelyzeteknek megoldatlan problémája. (Lásd a paraszolvenciát.) Az összefüggő rendszerek összekapcsolásának hiánya, a rossz struktúrák kialakulását eredményezi, más esetekben viszont nem a gyökereitől indítják az összefüggés vizsgálatot, így alapvető tényezők mérésének lehetőségei eleve kiesnek, és zavaros hatásuk az életminőség romlásában is megjelennek, vagy javulásukat akadályozzák.

## **4. Nemzetközi tapasztalatok adaptálása\***

Ha bármely ország tapasztalatát egy másik ország szeretné átvenni feltétlen szüksége van arra, hogy az adaptáció feltételeit alaposan megvizsgálják. Sok év tapasztalatai azt mutatják, hogy más országnak a feltétel nélküli másolása igen sok zavart okozhat. A megállapítást jelen esetben elsősorban az egészségügy esetében kívánom bemutatni. A fekvőbeteg ellátásának modellje az Amerikai Egyesült Államokban alkalmazott módszer, a járó beteg ellátás a németországi minta alapján került kialakításra.

Mivel az piacgazdaság követelményeinek követelményeihez alkalmazható módszerre való átálláshoz különösebb tapasztalatunk nem volt az említett két terület gyakorlata nagyon hasznosnak ígérkezett. Néhány év távlatából azonban ma már egyértelműen látszik, hogy a minden kritika nélküli átvétel nálunk számos probléma forrásává vált, Ezeknek orvoslására úgy tűnik az elmúlt években csak toldozgató-foltozgató megoldások születtek, de a problémákat igazán nem sikerült megnyugtatóan megoldani. Azzal, hogy a HBCs bevezetése óta minden félévben, de legalább évente módosítani kellett a működő rendszert, napnál világosan bizonyítja, hogy ennek zömét a bevezetés előtt kellett volna alaposabban elvégezni. (Mi sem bizonyítja ezt jobban, mint az, hogy a rendszereket a kitalálás hazájában is gyakran módosítják.)

### **4.1. Egészségügyi rendszerek alaptípusai**

Európa területén az egészségügyi rendszerek a XX. század első felében kezdtek kialakulni és a szolgáltatások finanszírozása kollektív alapon történt. Az ellátás sehol sem teljesen ingyenes és a biztosításban való részvétel általában kötelező. A befizetett biztosítási díj és az igénybe vett szolgáltatások között általában nincs szoros kapcsolat. A világon nagyon sokfajta egészségügyi rendszer működik, amelyek ugyan különböznek egymástól, de alaptípusukat tekintve nagyobb csoportokba besorolhatók. Négy nagyobb biztosítási csoport különböztethető meg. Ilyen a Bismarchi-modell, a Beveridge-modell, a harmadik az Egyesült Államok úgynevezett kevert rendszere, a negyedik pedig a Semashko-modell (szovjet modell). Ezeknek a lényegét az alábbiakban röviden ismertetem.

---

\* Forrás: [www.Medinfo.hu](http://www.Medinfo.hu).

#### **4.1.1. Bismarcki-modell**

A rendszer Bismarck kancellár javaslatára 1881-ben alakult Németországban, három fő céllal. A munkahelyi baleset és rokkantság esetére, betegség alatti fizetés elleni védelemre, harmadik a betegbiztosításra. Kezdetben főleg az alacsony jövedelműekre, ma már a lakosság 90%-ára terjed ki. Akik jövedelme meghaladja az évi amerikai 40 ezer dollárt, azok kiléphetnek a rendszerből. A fegyveres testületek tagjainak külön biztosításuk van.

Ha a biztosított munkanélkülivé válik, vagy nyugdíjba megy, nem veszíti el a biztosítását. A Bismarcki-modell pénzügyi alapjai a következőképpen oszlik meg. A díjnak egyharmad részét a munkavállaló, kétharmad részét a munkáltató fizeti, ami mindkét fél számára kötelező volt kezdetben. Az állam szerepe minimális. Jelenleg a munkanélküliek után az állam fizeti a biztosítási díjat.

A biztosító intézmények olyan nonprofit szervezetek, amelyek átmenetet képeznek az állami és a magánszféra között. A biztosítási díj korlátozásának alapvető eszköze a szolgáltatások körének a pontos körülhatárolása. A biztosító pontosan meghatározta azokat a szolgáltatásokat, amelyeknek a költségét hajlandó téríteni. Amennyiben a befolyt összeg nem fedezi a költségeket, akkor a biztosító a járulékokat emeli. Túlköltés esetén a díjakat pedig csökkenti. Az elmúlt évtizedben egyre több kelet-európai ország választja ezt a társadalombiztosítási formát. Csehország, Észtország, Grúzia, Lengyelország, Litvánia, Szlovénia és Szlovákia.

#### **4.1.2 A Beveridge- modell**

A rendszer William Beveridge nevéhez fűződik, aki Angliában 1942-ben új szociális biztonságról szóló törvény elfogadását javasolta. Az új rendszer a finanszírozás radikális egyszerűsítését, központi rendszer bevezetését (Nemzeti Egészségügyi Rendszer NHS) hozta létre. Azóta minden állampolgár jogosult az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére. A Nemzeti Egészségügyi Rendszert alapvetően közpénzből finanszírozzák. A kiadások zömét (mintegy 82%-át) adókból fedezik, a fennmaradó részt munkáltatók és munkavállalók fizetik. A munkáltatók hozzájárulása az alaphoz 14%, a lakosságé kereken 4%. Az állami ellátó rendszert regionálisan szervezik, melyben a helyi, illetve a regionális hatóságok igen nagy hangsúlyt kapnak.

A kórházi dolgozók fizetését országosan egységesítik, amely különböző kategóriák szerint módosulhat. A Nemzeti Egészségügyi Rendszeren kívül létezik magánbiztosítás is és magán egészségügyi ellátás is, de a magán egészségügyi ellátást azonban a beteg, vagy a magánbiztosító finanszírozza.

A családorvosok magánszolgáltatók, akiknek saját tulajdonukban van a rendelő és annak felszerelése. A Beveridge-modell alapvetően őrjük támaszkodik. A Nemzeti Egészségügyi Rendszer szigorú korlátokat alkalmaz, a sebészek a szakorvosok számának behatárolásával és behatárolja a gyógyító technikai kapacitásokat is, emiatt hosszú várólisták alakulnak ki ezen a területen.

A kapuőr szerepet a családorvosok látják el és jövedelmük az ellátottak számának megfelelően alakul. A családorvoshoz mindenkinek be kell jelentkezni. Kórházi ellátást kizárólag család-orvosi beutalóval lehet igénybe venni, kivéve a sürgősségi, a baleseti eseteket. A családorvosok funkciója a rendszerben az utóbbi időben tovább erősödött.

#### **4.1.3. Az Egyesült Államok kevert rendszere**

Az USA-ban magánbiztosítás működik, és ezek díjai az egyéni kockázati tényezőktől függenek. Következésképpen a betegek relatíve sokkal többet fizetnek, az egészségeseknél. Alapvetően ezzel magyarázható, hogy az USA-ban a lakosság kb. 15%-a nem biztosított és kb. 35%-nak pedig nincs megfelelő biztosítása a drága orvosi beavatkozások fedezésére.

A 65 évnél idősebb amerikai állampolgároknak és a 65 évnél fiatalabb krónikus betegeknek a Medicare nyújt ellátást közpénzekből. A Medicaid (szintén közpénzből finanszírozott egészségbiztosító a 6 évesnél fiatalabb gyermekek és terhes anyák , valamint azoknak, akiknek a családi jövedelme a családi küszöb 133%-át nem haladja meg, biztosítást nyújt.

#### **4.1.4 Semashko (szovjet modell)**

A szovjet modellt az alkotmányban alapvetően rögzített emberi jogokra hivatkozva mindenki számára térítés mentesen biztosítják az egészségügyi ellátást. A finanszírozás adókból, az önkormányzatokon keresztül történik. A rendszer-váltásig gyakorlatilag ez a rendszer működött az egész szocialista táborban. A rendszer kezdettől fogva magasan centralizált, teljes mértékben állami tulajdonú egészségügyi ellátó rendszerként működött. A hatalmi ágazatoknak rendőr-

ség, katonaság és más fegyveres szolgálatoknak külön egészségügyi szervezete működött. A Semashko-modell egészségügyi színvonalra közismerten nagyon alacsony volt, de a járványok felszámolásában figyelemreméltó eredményt ért el. A lakosság betegségének összetételeire, és szükségleteinek más vonatkozásaira azonban nem tudott időben reagálni. A rendszer hatékonysága igen alacsony volt, hiszen egyszerre volt jelen a krónikus hiány és a túlkínálat.

A II. Világháború után az európai szocialista országok is kezdték kiépíteni ezt a modellt, de alapvető elemeit vegyítették a Bismarcki hagyományokkal. Így ezekben az országokban ennek a kettőnek a keveréke működött.

#### **4.1.5 Néhány ország ellátásának bemutatása**

##### **a) Ausztria**

Ausztriában az egész lakosság rendelkezik biztosítással, mivel a biztosítás kötelező. Vannak tartományi, ágazati és vállalati biztosítók, a lakosság zöme nem rendelkezik választási szabadsággal, csak egy bizonyos jövedelemszint felett. A magánbiztosítások kiegészítő biztosításként működnek, (pl. magasabb komfortfokozatot a kórházakba, vagy a hotelszolgáltatásnál stb.). A járó-beteg ellátást elsősorban önálló praxisban a háziorként tevékenykedő magánorvosok végzik. A járó-beteg ellátást végző orvosoknak csak egy része áll szerződésben a társadalombiztosítással, de a betegnek jogában áll választani, hogy a szerződéses, vagy a magánorvossal óhajtja-e gyógyíttatni betegségét. A beteg szabadon választhat szolgáltatót. Ha olyan orvost választ, aki nem áll szerződésben a társadalombiztosítással, akkor a honoráriumnak csak 80%-át téríti a biztosító.

A fekvőbeteg ellátás zömmel a tartományi hatóságokhoz tartoznak. A kórházi szolgáltatások elszámolása teljesítmény orientált, és országosan egységes. A betegnek a kórházi ellátás 28 napjáért viszonylag kis összegű napi díj térítést kell fizetni. Az egészségügyi ellátás finanszírozása kereken 60%-ban a társadalombiztosítás, 20%-ban a munkáltató és 20%-ban a munkáltató által térített összegből fedezett. A fogászati ellátás is – hasonlóan a fekvőbeteg ellátáshoz – országosan egységes díjazás alapján történik.



## **b) Belgium**

Belgiumban lényegében a teljes lakosság biztosított. A járó-beteg ellátás esetén a betegek fizetik ellátásuk költségeit, amelynek a biztosítóval kötött szerződés alapján meghatározott részét a kezelés befejezése után a biztosító visszatéríti. Kórházi tartózkodás esetén a beteg csak egy naponkénti átalány összeget fizet, a többi kiadást a biztosító közvetlenül a kórháznak utalja át.

## **c) Dánia**

Dániában a lakosság két biztosítási forma közül választhat. Az első, egy általános térítésmentes ellátást biztosító formula, ilyenkor a házi orvos személyéhez kötött az ellátás. Ez esetben csak az ő beutalójával részesülhet a beteg szakorvosi, vagy kórházi ellátásban. Ez alól kivétel a szemészeti, fül, orr, gégészeti kezelés. Ha a beteg ezt nem tartja be, a kezelés teljes költségét a betegnek kell megfizetni. Ha a beteg rendelkezik háziorvosi beutalóval, ennek birtokában szabadon választhat a kórházak között. Van olyan lehetőség is, amikor a beteg nem a háziorvosi beutalóval fordul a kórházhoz, ez esetben a beteg költségtérítésnek csak az első csoportban érvényes díjszabását téríti a biztosító, a különbözetet a betegnek kell fedezni. A különböző csoportok közötti változtatás évente lehetséges.

A házi orvosok Dániában gyakorlatilag mind vállalkozók, és a náluk regisztrált és általuk ellátott betegekért a kezelések számától függetlenül fejkvóta szerinti díjazásban részesülnek.

A finanszírozási költségek Dániában főleg állami és tartományi (megyei) kiadásokból fedezett, amely a költségeknek 83%-ára terjed ki. A maradék 17%-ot a magánkiadások fedezik, amely elsősorban gyógyszerköltségekből, fogászati és fizioterápiás kezelési térítésekből tevődik ki. A privát költségeknek azonban közel az egyharmadát a magánbiztosítók megtérítik.

## **d) Finnország**

Finnországban a lakosság teljes egészében biztosított, amelynek költségeit részben az adók és meghatározott részét a munkáltatók hozzájárulása fedezi. A finn egészségügyi rendszer jelentősen decentralizált. Az Önkormányzatoknak aktív szerepük van a szolgáltatások megszervezésében és aránylag szabadon döntenek igazgatási, személyzeti és térítési díj meghatározása ügyében.

Az önkormányzatoknak meg van a lehetősége arra, hogy szolgáltatásokat vásároljanak bármely ellátótól, és akár a magánszektorból, vagy szerződést köthessenek az ellátás biztosítására. A helyi hatóságok önállóan állapíthatják meg a betegek által fizetendő részesedést az ellátás díjaiból.

A házi orvos központi szerepet tölt be, a kapuőr teendőket is ellátja. A szakorvosi ellátás a kórházak feladata, melynek ellátásáért az önkormányzatok felelősek. Az országot 21 ellátási körzetre osztják be, amely a szolgáltatásokat elvégzi. A közkórházak olyan szolgáltatók, amelyek a helyi hatóságoknak és az általános orvosoknak adják el szolgáltatásaikat. A magánkórházak száma viszonylag csekély.

A helyi önkormányzat által nyújtott ellátásokon kívül széleskörű a magán és a foglalkozás egészségügyi szolgáltatás is Finnországban. A munkáltatók ugyanis kötelesek munkavállalóiknak üzem-egészségügyi ellátásáról gondoskodni. A magánellátók, a fekvőbeteg szolgáltatásnak kb. 5%-át, a járóbeteg-ellátásnak mintegy a felét nyújtják. A finn egészségügyi rendszer finanszírozása 31%-ban állami, 12%-ban betegségbiztosítási, 34%-ban helyhatósági, 19%-ban közvetlen térítéses, 4%-ban a munkáltató általi hozzájárulás alapján történik. A kötelező országos egészségbiztosítási rendszer általában a felírt gyógyszer költséget a közlekedés, a betegszállítás költségeit a magán-orvosi ellátás, magán orvosi és fogorvosi honoráriumokat az általuk elrendelt kezelések és vizsgálatokat, a foglalkozás egészségügyet, az iskola egészségügyet és a rehabilitációt téríti meg. Ezen kívül a biztosító megtéríti a jövedelem kiesését is a betegség, terhesség, szülés esetén, továbbá, hogyha a beteg gyermekét ápolja a hozzátartozó, illetve rehabilitáció idején kiesett költséget.

#### **e) Franciaország**

A tájékozott szakemberek szerint Európában a legmagasabb szintű és a legjobb egészségügyi ellátás Franciaországban található. A francia egészségügy központi irányítással vezérelt, amely alapvetően a foglalkoztatottságon alapuló biztosításra épül. Ez a lakosságnak mintegy 80%-át fogja át. A foglalkozásra alapított biztosítási formák magánbiztosítókkal is kiegészülnek. A francia egészségügy finanszírozásának 71%-át a társadalombiztosítás, 17%-át a magánbiztosítók, 6%-át a nem profitorientált (kölcsönösségi alapon működő se-

gélyegyletek), 2%-át egyéb biztosítók és 4%-át az adóbevételek fedezik. A francia járó-beteg ellátásban a magánpraxisok dominálnak. A szolgáltatásért járó költségeket a beteg fizeti, és annak 70%-át visszaigényelheti a biztosítótól. A szolgáltatások árait a biztosítók és a szolgáltatók megegyezés alapján határozzák meg. A beteg az orvosok között szabadon választhat, és közvetlenül fordulhatnak minden orvoshoz.

Egyre erősebben érvényesülnek azok a törekvések, hogy a szakellátást, néhány szakma kivételével csak a házi orvos beutalójával lehessen igénybe venni. A társadalombiztosítással majdnem minden olyan orvos szerződésben áll, aki orvosként regisztrálva van. A hátrányos helyzetű betegek számára közkórházak, járó-beteg ellátó részlegei nyújtanak egészségügyi szolgáltatásokat. A francia finanszírozás az amerikai DRG módszerhez hasonlóan betegségcsoportokon alapuló finanszírozási rendszer, amelyet az állami és a magánterületen egyaránt érvényesítenek.

#### **f) Görögország**

Görögországban az egészségbiztosítás kötelező és a lakosság 99%-a biztosított. Az utóbbi időben Görögországban is a betegek szabadon választhatják meg már az orvost. Az alapellátást vidéken általában az egészségügyi központok végzik, a városi lakosságot a kórházi ambulanciák, illetve meghatározott esetekben külön ilyen célra létesített központok látják el. A betegek közvetlenül a szakorvosokat keresik fel, mivel az általános orvosok száma viszonylag kevés. Ami azt is jelenti, hogy a kapuőr szerepét igazában ezek nem tudják tökéletesen ellátni. Vidéken általában fix fizetést kapnak az orvosok, a városokban viszont már a szolgáltatások alapján történik a finanszírozás. A kórházakat napok szerint fizetik a biztosítók, a törvényben megállapított árak szerint. Az egészségügy koncentrációjára jellemző, hogy a szolgáltatások fele a fővárosban üzemel. Görögországban a hálapénz elég gyakorinak mondható, mivel az egészségügyi fizetését meglehetősen alacsonyan határozzák meg a megfelelő rendelkezések. A görög egészségügy finanszírozása alapvetően az általános finanszírozásra alapozott, azon kívül biztosítók, magánszolgáltatók és az önrész együttes összege képezi az egészségügyben felmerült költségek fedezetét.

## **g) Hollandia**

A holland egészségügyi rendszerre jellemző, hogy zömében a magánkézben lévő intézményekre épül, viszont a kormány felelős az egészségügyért és annak pénzügyi ellenőrzéséért. A központilag megállapított tarifákat, szigorúan ellenőrzik. Ez vonatkozik az állami és a magánszektorban végzett szolgáltatásokra egyaránt. A holland egészségügyi rendszer egy szociális és magánbiztosítókból álló háromszintű modell.

1. A hosszú időtartamú betegségekre szóló törvény által szabályozott átfogó biztosítás kötelező jellegű.
2. Az akut betegségekre szóló törvény szabályozott biztosítás bizonyos jövedelemszintig kötelező. Ebbe a biztosítási körbe a lakosság kb. 61%-a tartozik. A privát egészségbiztosítás kötelező, azok számára nyújt fedezetet, akinek jövedelme meghatározott szintet elér. Ide tartozik a holland lakosság kb. egyharmada.

Az első két pillér együttesen a holland egészségügyi költségeknek kereken a kétharmadát fedezi. A magánbiztosítóktól a költségek 16%-a, adóbevételekből 10%-a és közvetlen térítésből 8%-a folyik be. A holland egészségügyi alapellátás alapvetően a házi orvosokra épül, akik többségükben vállalkozókként dolgoznak és rendelőt működtetnek, vannak azonban kisebb számban olyanok, akik csoportpraxisként működnek. A házi orvosok a kapuőr tevékenységet nagyon magas szinten látják el, mivel a betegeket csak ők utalhatják kórházba, vagy szakorvoshoz. A házi orvosát a beteg szabadon választhatja ki, akik minden betegért úgynevezett fejpénzt kapnak.

A különleges egyedi szolgáltatások általában a magánbiztosítókon keresztül kerülnek megtérítésre. Bár a holland betegellátás alapvetően magánkézben lévő intézményekre alapozott, a létesítmények kb. 90%-át nem profitorientált szervezetek tartják fenn. Hollandiában az egészségügyön belül a nyereségorientáltság törvényileg kizárt. A kórházakon kívül kb. 40 egészségügyi központ nyújt sebészeti és nappali kórházi ellátást.

## **h) Írország**

Írországban a teljes lakosság biztosított, a szociálisan rászorulóknak számára ez a biztosítás ingyenes. Ez a lakosságnak több, mint egyharmadát képezi. A magas jövedelemmel rendelkezők magánbiztosításon keresztül olyan kiegészítő biztosításhoz juthatnak, amely azokat a szolgáltatásokat nyújtja, amit az államilag biztosított rendszer nem nyújt. (Luxus ellátás stb.) Az egészségügyi ellátásért a regionális egészségügyi testület felelős. A lakosság alapellátását az általános orvosi szolgálat biztosítja, amely a házi orvosokat fogja össze. A betegek szabadon megválaszthatják a házi orvosokat, aki egyben kapuőrként működik. A szakellátás és a kórházi szolgáltatások igénybevételéhez a házi orvos hozzájárulása szükséges. A házi orvosok fizetésüket fejkvóta alapján kapják. Az ír egészségügyi rendszerre jellemző a kórházak dominanciája. Az egészségügyi rendszer finanszírozása 75%-ban állami erőforrásokból, főként adóbevételekből (25%-ban magánbiztosítások és a háztartások hozzájárulásainak kiegészítésével történik.) A kórházi ellátás és általában a járó-beteg ellátás központilag megállapított fix összegek alapján történik.

## **i) Luxemburg**

Luxemburgban az egészségbiztosítás kötelező. A kötelező biztosítás keretén belül 9 foglalkozási kategóriák szerint választható biztosító működik. A lakosság 99%-a itt kerül biztosításra. Az egészségügyi szolgáltatási költségek térítése viszonylag magas, a betegek önrészesedése pedig aránylag kis megterhelést jelent, mégis az aktív lakosság mintegy 75%-a rendelkezik kiegészítő magánbiztosítással. Ezek természetesen extra szolgáltatásokra vonatkoznak. Az egészségügyi ellátáson belül az alapellátást az önálló praxisban dolgozó házi orvosok biztosítják. Versenyben állnak a szakorvosokkal, akikhez a betegek szabadon fordulhatnak alapellátásra tartozó problémáikkal is. A házi orvosok szolgáltatásaikért hivatalosan rögzített díjtételt kapnak és ezt a betegeknek a kötelező önrészesedésen felül utólag téríti meg a biztosító. Luxemburg lakosságának fekvőbeteg ellátását 14 akut ellátást nyújtó kórház biztosítja. A fekvőbeteg ellátó intézmények költségeik megtérítésére minden évben külön megállapítást létesítenek a betegbiztosító pénztárakkal. A betegeknek kórházi kezelésük esetén kisösszegű napidíjat kell fizetni. A nagyobb kórházi beruházásokhoz és a felszerelések beszerzéséhez központi, állami hozzájárulás van, ennek aránya mintegy 80%-os.

## j) Nagy-Britannia

Ennek az ország egészségügyére jellegzetes, hogy majdnem, minden egészségügyi szolgáltatás állami fennhatóság alá tartozik, és a finanszírozás az adóbevételekből történik. Az egészségügyi ellátás mindenre kiterjed, anyagi helyzetétől és lakóhelyétől függetlenül és nem a járulék fizetése határozza meg. Az országra jellemző, hogy kötelező életbiztosítás működik, de természetesen itt is köthető egyedi extra biztosítás. Az egészségügy finanszírozása 84%-ban állami részből, 16%-ban pedig magánforrásokból biztosított. Az állami térítésnek 85%-a adóbevételekből, 4%-a a betegek által térített összegből, és 12,5%-ban társadalombiztosítási hozzájárulásból tevődik össze. Az angol egészségügyben is használják az amerikai rendszerű DRG teljesítményfinanszírozást, a fekvő- és a járó-beteg ellátás területén egyaránt. Az angol nemzeti egészségügyi szolgálat költségvetése három nagy tételre oszlik.

1. Felőleli gyakorlatilag az egész kórházi szolgáltatás és a közegészségügyi, közösségi egészségügyi szolgáltatások jó részét, amit ebből finanszíroznak.
2. A család-egészségügyi szolgáltatások, ami leginkább az egészségügyi alapellátásnak felel meg. Ide tartozik a háziorvosi, a fogorvosi, a gyógyszerészeti, és bizonyos látszerészeti szolgáltatások, valamint a háziorvosok által felírt gyógyszerek támogatása.
3. Az egyéni szociális ellátás, amelyet a helyi hatóságok útján osztanak szét.

Az Egyesült Királyság területén minden orvosnak kötelezően be kell jelentkezni a Nemzeti Egészségügyi Szolgálathoz, különben nem végezhet munkát. A betegeknek viszont kötelezően be kell jelentkezni egy háziorvos körzetébe, és minimum hat hónapig ugyan annál az orvosnál kell maradnia. Az utóbbi időben a háziorvosok, vagy más néven általános orvosok két csoportra oszlanak. Egy részük a praxisukat önállóan finanszírozó, illetve nem finanszírozó orvosokra. Azok az orvos csoportok, ahova több, mint 11 ezer beteg jelentkezett be, önálló költségvetésért folyamodhatnak, melynek szintje a betegek számától és az ellátandó terület demográfiai sajátosságaitól függ. Az orvosoknak csak kisebb része (13%-a tartozik ebbe a csoportba) többségük továbbra is különböző kombinációk alapján előre rögzített árak térítéseként kap díjazást, amely a betegszám szolgáltatása, mérete, nagysága és színvonala alapján kerül kiszámításra.

A házi orvosok a fontos kapuőr szerepét töltik be, ők utalják a betegeket a különböző szak, illetve kórházi ellátáshoz. 1991 óta önálló működő kórháztrösztökbe tömörülve működik a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat kb. 2000 kórháza. Ezek a trösztök szerződéses viszonyban vannak alkalmazottaikkal és az ellátást segítő szállítókkal. Ugyancsak szerződéses viszony van köztük és a körzeti orvosok között. A magyar mutatókkal összehasonlítva a brit kórházi ellátottság ágyszámát tekintve jóval alacsonyabb a magyarénál, és a kórházban töltött idő meglehetősen hosszúnak mondható. Ezek és egyéb tényezők alapján Nagy-Britanniában meglehetősen hosszú várólisták alakultak ki, amit a kormány az utóbbi időben 18 hónapban maximált. Az Egyesült Királyságban az egészségügyi szolgáltatások nagy része térítésmentes. A fogászati ellátás, a szemüveg rendelés és a gyógyszer ellátás területén vannak térítési kötelezettségek.

#### **k) Németország**

Németországban a kötelező betegbiztosítás az ipari munkásság és a kisiparosok számára 1882-ben Bismark kancellár vezette be. A német betegbiztosítási rendszer a modern társadalombiztosítási rendszerek mintájául szolgál. Az egészségügy, a mindenkor német politika meghatározó elemének, fő ismérvének számított. A biztosítás minden német állampolgár rendelkezésére áll, anyagi helyzetétől függetlenül. Az uralkodó betegbiztosítási forma az állami felügyelet alatt álló társadalombiztosítás, amely a lakosság betegbiztosításának 90%-át képviseli. Az egészségügyi ellátás elsődleges közfeladat, amelyet a helyi szervek, független nonprofit és magánintézmények bonyolítanak le. A biztosítási rendszer kötelező jellegű, de bizonyos jövedelem felett a részvétel már fakultatívvá válik. Ez a lakosságnak alig 8-10%-át foglalja magába. A járó-beteg ellátását elsősorban önálló házi orvosok, vagy csapatpraxisban tevékenykedő orvos csoportok látják el. Az orvosok többsége szerződésben áll a német biztosítási rendszerrel. A díjazás a teljesítmény alapján történik, amit az orvosok nem közvetlenül a biztosítóval, hanem érdekképviselőik, szervezeteik alapján bonyolítják le. A betegek szabadon választhatják meg orvosukat, de a biztosítási kártyájuk elhelyezése után három hónapon belül nem változtathatnak orvosukon. A házi orvosok által a betegnek nyújtott biztosítás térítésmentes, a magánorvosoknál viszont a biztosító utólag téríti meg a beteg által megelőlegezett összeget.

A megbiztosítással kapcsolatos protokollok előírják azokat a minimális feltételeket, amelyeket az orvosoknak teljesíteni kell. A kórházak tervezési beruházásait a regionális szervek látják el, a működési költségek finanszírozása pedig a biztosítón keresztül történik. A kötelező megbiztosítás nemcsak a munkavállalóra, hanem az egyetemi hallgatókra, nyugdíjasokra, munkanélküliekre és mindezek családtagjaira értelemszerűen kiterjed. A magas jövedelmű állampolgárok mentesülnek a kötelező biztosítás alól. A megbiztosítás a prevenciótól, a korai diagnózis megállapításon át a széleskörű alap, szak, kórházi ellátásig, házi gondozásig, rehabilitációig kiterjed, beleértve a táppénz, a szülészeti ellátást és egyes speciális szolgáltatásokat is. Ezek költségeit a biztosítási járulék-ból fizetik. A biztosítók a tartományi, az állami, a foglalkozási ágak szerinti szövetségekkel együtt a szakmai kamarák közreműködésével döntenek a honoráriumokról, illetve a kórházi ápolási díjakról. A kórházak beruházási költségeit az állam finanszírozza. A német rendszerben a finanszírozás teljesítményre alapozott és itt az úgynevezett német pontrendszer teljesítményét alkalmazzák. 16 betegségcsoportnál pedig az amerikai DRG rendszer adaptált.

## **I) Olaszország**

Az olasz egészségügyi rendszer a Beveridge-i rendszerek közé számít. Az ország egészségbiztosítását az Országos Egészségügyi Szolgálat működteti. Az olasz orvosok többsége a szolgálat alkalmazásában áll, vagy vele kötnek szerződést. Gyakori az országban a csoportpraxis működése, de az alapellátást nyújtó háziorvosok többsége egyedül dolgozik. A háziorvosi kapuőr funkció igen erősen érvényesül. A szakellátást és az ambulanciát végző orvosok többsége szintén az Országos Egészségügyi Szolgálattal állnak szerződéses kapcsolatban. A kórházi szolgáltatások pedig a DRG szerint teljesítmény alapján kerülnek finanszírozásra. Az olasz egészségügyet 40%-ban társadalombiztosítási járulékból, 30%-ban adóbevételekből finanszírozzák. A fennmaradó hányadon osztoznak a háztartások közvetlen kifizetések útján, másrészt a magánbiztosítók térítésében. Magánbiztosításnak két formája ismert, a vállalati és az egyéni biztosítás. A magánbiztosítók általában hasonlóan a más országokban alkalmazott rendszerrel, bizonyos kiegészítést jelentenek, de az olaszok esetében az Országos Egészségügyi Szolgálat által nyújtott szolgáltatásokat is esetenként pótolják.



A lakosság rászorult része, az alacsony jövedelműek, a betegek, nyugdíjasok, ingyenes ellátásban részesülnek. Olaszországban rendszeres és állandó az egészségügyi szolgálat szakszemélyzetének és a szociális ápolást ellátóknak a hiánya.

#### **m) Portugália**

A portugál egészségügyi ellátásért a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat a felelős, amely a finanszírozását adókból fedezi. Az orvosok állami alkalmazottak, és gyógyító tevékenységük mellett természetesen a szerződéssel és irányítással járó kapuőr teendőket is ellátják, a szakorvosi ellátás elérhető beutaló nélkül is. Az alapellátást egészségügyi központok biztosítják, amelyek a diagnosztikus tevékenység mellett foglalkoznak közegészségügyi, egészség megőrzési és más prevencióval összefüggő feladatokkal is. Az alapellátási központok a kórházakkal bizonyos egységeket alkotnak. A rendszer központosított és koordinált, mely 5 régióra van tagolva, s ezek széleskörű autonómiával rendelkeznek. Természetesen Portugáliában is működik az egészségbiztosítás magánjellege, amelyik a lakosság körében az utóbbi években egyre jobban terjed és úgynevezett kiegészítő biztosítást nyújt.

#### **n) Spanyolország**

A spanyol egészségügy is regionális alapon szerveződött, az országban 17 autonóm régió működik. Az Országos Egészségügyi Szolgálat az egész lakosság számára térítésmentes ellátást biztosít. Az alapellátást fizetésben részesülő háziorvosok biztosítják, akik egyben a kapuőr teendőket is ellátják. A munkát általában ellátó központokban végzik, ahol a gyermekgyógyász, nőgyógyász is elérhető. Az orvosválasztás szabadon történik, a beteg megválaszthatja háziorvosát azon a településen belül, ahol lakik. Természetesen itt is megtalálhatók azok a magánorvosok, akik a biztosítóval nem állnak kapcsolatban, de a lakosság igénybe veheti szolgálatukat, ezért a biztosítótól nem kapnak térítést. Az orvosi fizetés fix összegű, amely az önkormányzat, vagy a régió vezetése által különböző kiegészítéssel megtoldható. A fizetés természetesen az ellátott lakosságcsoportok összetételétől függően különböző pótlékokat tartalmazhat. A kórházak működésének anyagi hátterét a költségvetés biztosítja, és a spanyol egészségügyi rendszert 80%-ban általános adókból, 20%-ban társadalombiztosításból finanszírozzák. Az országban a munkanélküli orvosok száma figyelemreméltó.

## **o) Svédország**

Svédországban az ország minden állampolgára élvezi a társadalombiztosítás előnyeit. A rendszert a társadalombiztosítás alapjait kezelő regionális szervezetek működtetik, irányítják és finanszírozzák. A betegek szabadon választhatják meg orvosukat, de Svédországban a háziorvos a kapuőr szerepét csak minimális mértékben látja el. A háziorvos a vele együttműködő ápolónővel, gyermekgyógyással, nőgyógyással általában szoros kapcsolatban állnak, és ezek együttese látja el az alapellátást. A szakmai irányítást tulajdonképpen Svédországban kevésbé általános, inkább a szakorvosok látják el. A kórházi kezelés közpénzből finanszírozott. A finanszírozás az Országos Társadalombiztosítási Testületnek a feladata.

A kórházak között is szabadon választhat a beteg, amennyiben nem a területileg illetékes kórházat keresi fel, a háziorvosától előzetes felhatalmazásra van szükség, hogy egyáltalán a biztosító megtérítse a költségeit. A betegek által fizetett kezelési díjak területenként eltérhetnek, de egy bizonyos maximált összeghatáron túl azonban ezek sem léphetnek át. 19 éves kor alatt a fogászati ellátás ingyenes, azon túl bizonyos összeghatár felett a biztosító fizeti az ellátás költségeit. Az egészségügyi költségeknek 70%-át az adók, 20%-ban a társadalombiztosítás és állami támogatás, 8%-ban a betegek által befizetett összeg és 2%-ban a magánbiztosításokból befolyó összegek fedezik.

## 5. Egészségügyi viszonyok a második világháború után

A magyar egészségügy színvonala a második világháború előtt az európai mezőnyben elfogadhatónak számított. A problémát csupán az jelentette, hogy a magas színvonalú egészségügyi ellátást a lakosságnak viszonylag kicsi hányada élvezhette.

A második világháború után az általános színvonal emelkedésben lényeges változás ugyan nem következett be, mégis a lakosság körében olyan közérzet alakult ki, hogy javult az egészségügyi ellátás színvonala. Ez a látszólagos helyzet azzal magyarázható, hogy fokozatosan bővült az ingyenes egészségügyi ellátásba bevontak száma, ezért mutat a viszonylag alacsony színvonalon elindult gyógyítás kedvező megítélést. Az a parasztember, aki korábban gyakorlatilag azért nem tudott orvoshoz fordulni, mert nem tudta megfizetni az orvosi költségeket, annak az ingyenes gyógyítás bevezetése rendkívül nagy előrelépést jelentett. Még akkor is, ha a gyógyítás színvonalával voltak is kifogásolni valók. Maga az a tény, hogy bármikor ingyen fordulhatott orvoshoz, az már eleve nagy eredménynek számított részére, és ez volt a többség. Az a kisebbség pedig, aki korábban a magas színvonalú egészségügyi ellátás színvonalát élvezhette, azoknál ez az állapot, óriási esést jelentett, de a kettő átlaga, mégis a kedvező irányú megítélés felé mutat. Ráadásul azok, akiknek korábban az ingyenes egészségügyi ellátás biztosított volt, politikailag olyan megítélés alá kerültek, hogy ezek az emberek reklamálni nem mertek.

Az egészségügyi fejlődés története attól az állapottól, amikor a lakosságnak csak egyharmada sem részesült betegellátásban, egészen a teljes biztosított állomány megszületéséig bonyolult és hosszú út vezet. A papírforma szerint problémamentes korszaka az egészségügynek (amelyet a Kádári „aranykorral” azonosítanak) úgy emlegetik, hogy akkor nem volt különösebb probléma, mert gyakorlatilag mindenre volt elegendő pénz és nem kellett kuncsorogni az alapvető feltételek biztosításának megteremtéséért.

Mivel magyarázható ennek a korszaknak a látszólag zavarmentes jellege? Valóban olyan jó volt akkor minden, vagy csak annak a korszaknak a megítélése hamis? Erre a kérdésre adandó válasz egy kicsit bonyolultnak tűnik, és némi hosszabb áttekintést, részletesebb összefüggés vizsgálatot igényel.

A korszak egészségügyi helyzetének megítélését két terület számszerű eredményeinek bemutatásával kívánom érzékeltetni. Miért kell a demográfiát bemutatni, mert igen lényeges átalakulás történt.

### 5.1. Alapvető demográfiai tendenciák\*

A magyar **lakosság számára** a második világháború utáni első népszámlálás idején (1949. január 1-jén) 9205000 fő volt és 1980-ig fokozatosan nőtt, amikor is elérte 10709000 lélekszámot. A növekedés három évtized alatt, több mint másfél millió volt, viszont 1980 óta a magyar lakosság fokozatos lélekszámának csökkenésével kell szembenéznünk.

Néhány tényező, amely a lakosság számát befolyásolja:

- a) **Az élve születések száma** (1000 lakosra számítva) fél évszázad alatt felénél is kisebbre zsugorodott. Ebben az időben két szakasz különíthető el egymástól.
  - 1949-től 1965-ig csökkent az élve születések száma és az 1965-ös szint, csak kétharmada volt a 1949 évinek,
  - majd 1965-től 1975-ig 40%-os növekedés következett be.
  - Az 1975-ös csúcs óta viszont a második szakaszban napjainkig folyamatos a csökkenés.
- b) **A halálozások száma** 40-es és az 50-es években lényeges változást nem mutat, gyakorlatilag kisebb hullámzásokkal stagnálásnak mondható. 1961 óta egy fokozatos növekedés tapasztalható és
  - 1961 és 1970 között ez a növekedés 24%-os volt.
  - 1970 és 1980 között a halálozások száma 14%-kal nőtt,
  - 1980 és 1990 között mindössze 4%-os volt.
- c) **A természetes szaporulat** csökkenésében némi mérséklő hatása volt annak, hogy a csecsemőhalandóság egy fél évszázad alatt a tizedére csökkent.
- d) **A népesség alakulását kedvezőtlenül befolyásolja** a házasságkötések számának alakulása.

---

\* Forrás: KSH. Statisztikai Évkönyvek és Demográfiai Évkönyv.

- 1949-ben 1000 lakosra 11,7 házasság jutott,
- 1960-ban 8,9,
- 1960 és 1973 között nőtt a házasságkötések száma és
- a csúcst 1973-ban érte el, amikor ezer lakosra 9,7 házasságkötés jutott. Azóta folyamatos a csökkenés.

Ma már a felénél is kevesebben kötnek házasságot, mint amennyi az 1973 évi csúcs volt.

e) **A válások száma** (1000 lakosra számítva)

- 1949 és az 1960-as évek közepéig 1,4-1,7 körül, gyakorlatilag stagnált,
- majd a 60-as évek közepétől emelkedni kezdett,
- a csúcst (2,8) az 1980-as évtized közepén érte el.

Az utóbbi néhány évben ez a mutató 2,5%-ban stabilizálódott.

f) **Terhesség megszakítás** (100 élve születésre számítva)

- 1949-ben gyakorlatilag alig volt (mindössze 0,7%),
- 1960-ban viszont már 100 éve szülöttre 110,7 abortusz jutott.
- 1964-ben 139,5%-kal érte el a csúcst, innen rohamosan csökkent és
- a mélypont 1974-ben volt, amikor ez a mutató 49,5%-ot ért el. Innen ismét nőni kezdett és
- a rendszerváltásig nőtt,
- azóta viszont ismét csökken.

g) **Teljes termékenység** (hány gyermeknek tudna életet adni az adott korosztályú női populáció)

- 1949-ben 2,54 volt,
- 1964-ben 1,80,
- 1968-ban 2,06,
- 1975-ben 2,38, ez volt a csúcs,
- 1980-ban 1,92 és
- 1990-ben 1,84, azóta további csökkenés tapasztalható.

- h) **A halálozások száma** valaha a fertőző betegségek jelentős hányadát okozták,
- 1960 és 1990 között ez a mutató a hatodára csökkent, és ma már tizedannyian halnak meg ebben a betegségben, mint a keringési betegségekben.
- A daganatos betegségben viszont jelenleg kétszer többen halnak meg, mint 40 évvel korábban, és a daganatos betegségek a halálokok között jelenleg a második helyen állnak.
- i) Magyarországon a **keringési betegségekben** hal meg legtöbb ember, évente mintegy 73-74 ezer fő, (annyi, mint Szolnok, vagy Tatabánya lakossága). Ez a mutató 40 év alatt 1,6-szorosára emelkedett.
- j) **Légzőszervi betegségekben évente** 6-7 ezer állampolgár veszíti életét. E téren évtizedeken keresztül érdemi változás nem történt.
- k) **Balesetben évente** 6-7 ezer ember hal meg, ez kétszer több, mint 40 évvel korábban.
- l) **Öngyilkosságot**, ami halállal fejeződik be, évente 3-4 ezer ember követ el,
- számuk 20 évvel korábban, mintegy másfélszer több volt a jelenleginél.

## 5.2. Fontosabb családi jellemzők

Negyedszázad alatt 1970-1976 között hazánkban 14%-kal nőtt a **családok száma**,

- viszont 13%-kal csökkent a családok mérete.
- Jelenleg egy családban átlag 2,57 fő él, míg korábban ez a szám 2,95 fő volt.

Jelentősen megváltozott a **családok összetétele**.

Fokozatosan nőtt az 1 személyes és az egy szülő gyermekkel típusú családok száma és aránya. (Az előbbi másfélszeresre, az utóbbi 42%-kal bővült.)

A két családtípus ma több, mint a harmadát képezi az összes családnak.

Két **szülő gyermekkel típusú családok** aránya a 60-as évek közepén 68,2%-t képezte az összes családoknak.

A vizsgált időszakban, mintegy felére csökkent a több generációs családok aránya, és 1966-ban már csak mintegy 3%-át képezte az összesnek ez a típus.

**Gyermeknélküli házaspárok** kereken egyharmadát képezik az összes családoknak. Az apa gyermekkel (1970 és 1996 között, amikor is ez a vizsgálat ezeket az adatokat rögzítette) csaknem megduplázódott,

az anya gyermekkel az 1970 évi 8,9%-ról fokozatosan növekszik.

**A gyermekes családokban** a kétgyermekes család a jellemző és ez a típus növekedést mutat, némileg csökkent a gyermektelen családok aránya.

A háromgyermekes családok aránya nem változott, negyedszázad alatt

A 4 és többgyermekes családok aránya azonban csökkent.

**A családalapításra jellemző**, hogy akik először házasságot kötnek, azok az összes házasságot kötötteknek kb. a 71-73%-a között szóródnak és az először házasságot kötöttek átlagos életkora általában 24 év körül alakul.

**A válások aránya** ezer fennálló házasságra számítva növekedést mutat. 1960-ban ez a mutató 6,5% volt és azóta csaknem megduplázódott.

A válások 44,8%-át 1960-ban a gyermektelen házasságok száma képezte. Ez az arány, fokozatos csökkenést mutat és jelenleg kb. 36,5%-a ez a mutató.

**A házasságon kívül született gyermekek** az összes élve születetteknek 1960-ban 5,5%-át 1990-ben 13,1%-át képezték.

Évente mintegy 2500-3500 közötti **ikerszülés tapasztalható** a 3-as és ennél nagyobb számú ikerszülés harminc fölötti számot mutat.

### **5.3 Az egészségügy fontosabb sajátosságai**

Az egészségügy működése Magyarországon a II. világháború után teljesen átalakult. Az államosításokkal, a mezőgazdaság kollektivizálásával – ahogy arra már korábban utaltam – mintegy két évtized alatt a társadalombiztosítás már az egész magyar lakosságra kiterjedt. A biztosítottak számának több, mint háromszorosára való növekedését az egészségügyi intézmények fejlődése (az egészségügyi személyzet létszáma, a gyógyító ellátás kapacitása, kórházak, kórházi ágyak száma, szakrendelő intézetek, körzeti orvosi ellátás, egészségügyi technikai fejlesztések stb.), azonban csak bizonyos fáziskéséssel követte.

A növekvő igény és a fejlesztés azonban nem volt különösebben összehangolva, aminek az lett az eredménye, hogy az átlagos fejlődés mellett minden területen nőtt az ellátási sáv alsó és felső határa közötti távolság. A fejlesztést motiváló tényezők esetenként pedig meglehetősen vitathatóak voltak. Például a politikailag prioritást élvező területeken egészen más módon alakult az ellátottság, mint ott, ahol ez az előny hiányzott. Közismert, hogy a hatalmi szervezetek (fegyveres testületek), valamint a kormányhivatalok dolgozóit kiszolgáló egészségügyi intézményekben a komfortszint, a felszereltség, a fejlett országok ellátottsági szintjétől alig maradt el, ellentétben a nagytömeget kiszolgáló egyéb területekkel, ahol egyre jobban nőtt a lemaradás a fejlett országok átlaga mögött.

Az átlagosnál ugyancsak jóval gyorsabb volt a fejlődés az úgynevezett szocialista településeken, ahol a hadiipari, vagy azt kiszolgáló termelés folyt. Nem véletlen, hogy az ellátási különbség nőtt az egyes régiók között, amire nincs szakmailag elfogadható magyarázat.

Az egészségügyi színvonal eredményességét leginkább kifejező mutatók, a születéskor várható élettartam alakulása, már a teljes körű biztosítás létrejötte előtt valamivel korábban (1970-ben) a férfi lakosságnál megállt, és ezt a szintet csak harminc év múlva (2000-ben) lépte át.

A háború utáni első feljegyzések (1948-1949) 58,8 évi férfi átlagos élettartam.

1970-ig hét és fél évet nőtt és ekkor 66,31-es szintet ért el.

Az 1990-es rendszerváltás idején a férfiak születéskor várható átlagos élettartama 65,1 év volt, lényegében ugyanannyi, mint az 1965 évi szint (65,2).\*

A nőknél ez a mutató sokkal kiegyenlítettebb és az esetenkénti stagnálástól eltekintve a folyamatos növekedés a jellemző. A születéskor várható élettartam a nőknél 1948-1949 év átlagában 63,2 év volt, és az 1990 évi rendszerváltás idején ez az érték 73,71-es értéket mutatott.

A születéskor várható átlagos élettartam 1948-1949 év átlagától 1990 évig

a férfiaknál	6,33 évvel
a nőknél	10,51 évvel nőtt.

---

\* Forrás: KSH. A humán és gazdasági fejlődés nemzetközi összehasonlítása 2001.



Egyértelmű, hogy az egészségügyi körülményeket meghatározó tényezők közül a folyamatosan növekvő orvos és egészségügyi létszám a növekvő kórházi ágyszám és a szakrendelői esetszám megtöbbszöröződését az egyéb tényezők gyakorlatilag semlegesítették

A II. világháború után az egészségügy területén elért fejlődési eredmények az állam-szocialista rendszer félidejére tehát kifulladtak. A tömeges ellátást biztosított szint továbbfejlesztéséhez viszont már nem voltak meg sem a társadalmi, sem a gazdasági feltételek.

A lakosság életviszonyainak átalakulásával (ha mindenki alkalmazottá vált) a korábbi többgenerációs családok eltűntek, ahol az olyan egészségügyi igényeket a közintézmények igénybevétele nélkül oldották meg, mint a könnyebb betegségek, öregek, csecsemők otthoni ápolása, amelyek robbanásszerűen köz - főleg egészségügyi - feladattá váltak.

Ehhez járult továbbá a gyorsuló igény szint is, amelyet nagyban elősegített a fejlett világ felé nyitás. (Turisztika, TV elterjedése stb.). Amihez „az eredeti tőkefelhalmozódási háttér” (államosítások, kollektivizálás), az anyagi fedezetet már nem tudta biztosítani. Még a rohamosan növekvő eladósodás mellett sem.

Mindezek eredőjeként a stagnálás szintjén hullámzó helyzet alakult ki, amely a hibásan létrehozott aránytalanságokat egyre jobban felszínre hozta.

A halálozásban előkerültek a modern élet betegségei,

- felgyorsult a keringési betegségek aránya,
- a rákbetegségek
- és különösen az emésztőszervi rendszerrel kapcsolatos betegségek.

A gyógyításban egyre jobban előtérbe került és rendkívül drága technikai berendezések beszerzésének lehetőségei is beszűkültek, sőt a korábbiak pótlására sem jutott pénz.

## 6. A magyar egészségügy a rendszerváltás után

### 6.1. Előzmények

Az egészségügy - és általában a humánszféra - a rendszerváltás idején nem volt felkészülve arra, hogy a piaccgazdaság követelményeinek megfelelően a közgazdasági szabályzókat befogadja és olyan fejlődési pályára álljon, mint a természetes termelési tevékenységet folytató vállalatok - ahol elsősorban a privatizáció elindításával - látványos hatékonysági növekedési eredmények születtek. (Viszont a termelő vállalatok átalakulását kísérő negatív jelenségek - mint az intézmények megszűnése, munkanélküliség keletkezése stb. - sem jelentkeztek a humánszférában.)

A politikai átalakulás idején

- Az ország hosszú távú fejlődését meghatározó stratégiai elképzelések a nemzetgazdaság területén még nem fogalmazódtak meg, amelyek mint „iránytű” az alapvető rendező elvekben eligazítást nyújthattak volna. Ez különösen problémát jelentett a humánszféra területén, ahol a folyamatok vég-eredményét sokkal több és bonyolultabb tényező alakítja, mint a természetes termelési folyamatok esetében és a többi nemzetgazdasági ágira a tovaryűrűző hatásuk is mélyebb. Ehhez járul az is, hogy a „befektetés és annak megtérülése” között évtizedes, vagy annál nagyobb a távolság.
- A humánszférában ebben az időben még az előző rendszer mechanizmusai működtek és nem alakult ki egy olyan mértékrendszer, amellyel az intézmények működésének eredményessége mérhető lett volna, továbbá a szervezeti felépítés, működési rendszer sem volt alkalmas arra, hogy a piaccgazdaság követelményeinek megfeleljen.
- A humánszféra dolgozóinak szemléletéből teljesen hiányzott az eredményességre való törekvés, mivel ilyen igényt velük szemben a rendszer évtizedeken keresztül nem is támasztott. A dolgozók bérezésébe pedig nem épült be semmiféle olyan elem, ami őket a jobb eredmények elérésére sarkallta volna. (Ez még ma is hiányzik.)
- „A gazdálkodási szemlélet” befogadásában komoly akadályt jelentett az is, hogy - a gazdálkodási gondolat elindításakor - az egyes intézmények igen eltérő adottságokkal rendelkeztek. Egységnyi eredmény elérésében többszörös ráfordítási különbségek mutatkoztak és a „közös nevező” kialakítása szinte lehetetlennek látszott ilyen körülmények között.
- A ráfordításokban és az eredményekben mutatkozó eltéréseket a regionális sajátosságok még tovább fokozták.

A gazdálkodási rendszerváltás az egészségügy területén:

Az egészségügy területén csak 1992 második felében kezdődött el a gazdasági rendszerváltás; igen óvatos és kicsi lépések formájában, alapvetően nyugati tapasztalatok adaptációjával.

Az átalakulás, a teljesítmények definiálásával és a mérési módszerek kialakításával, valamint az egységes díjazás alapjainak lerakásával kezdődött. Illúzió lett volna azt hinni, hogy egy ilyen nagyhorderejű átalakulás rövid idő alatt zökkenőmentesen lebonyolódik, különösen akkor, amikor erre vonatkozóan semmilyen nemzeti hagyományokkal nem rendelkezünk és a „közös nevezőre” hozandó intézmények adottságokat tekintve igen széles skálán szóródtak.

Az új rendszerre való átállást csak fokozatosan és a felszínre kerülő problémák lépésről-lépésre való bevezetésével, korrekciójával lehetett elindítani, törekedve a szintkülönbségek közelítésére. (Lásd pl. a HBCS különböző verzióinak módosítását.)

A közgazdasági és társadalmi összefüggések mélyebb megismerése időközben felszínre hozott több olyan korábban ismeretlen problémát, amelyek az addigi gyakorlatban - ismeretek hiányában - fel sem merültek.

- Pl., hogy mi mibe kerül:
- Hogyan lehet a felmerülő költségeket lefaragni és a bevételeket növelni,
- Melyek azok a területek, vagy gyógyítási módok, amelyek „pénzt hoznak” és melyek azok, amelyek „ráfizetésesek”.

A felsorolt problémák, továbbá a külföldi gyakorlat és a már kezdeti tapasztalatok mélyebb megismerése egyre élesebben vetették fel a hazai gyógyítási gyakorlat revízióját, módosításának szükségességét.

- Hogyan lehet a nálunk kialakult gyakorlatnál olcsóbban és hatékonyabban gyógyítani úgy, hogy közben a páciensért kellemetlenségek egyre jobban minimalizálódjanak.
- Reálisan mennyi kórházi ágyra van szükség Magyarországon.
- Mivel függenek össze a magyarországi túl nagyszámú megbetegedések.
- Irreálisan magas a gyógyszerfogyasztás, valójában mennyi a reális szükséglet.
- Hosszú a betegtartás a kórházakban.
- Rossz a kórházak területi eloszlása.
- Az alapvető kórházi teljesítménymutatók között nagy a szóródás, amely a tartalékok lehetőségeit és a pazarlást egyaránt jelzik.

A nagy aránytalanságok megszüntetésére elindult egy pénzügyi kiegyenlítés, amivel egy elfogadható mederbe kívánták terelni az egészségügy működését. A kezdeményezés azonban nem hozta a várt sikert, inkább egyre több kudarcot és problémát hozott felszínre. Szakértői vélemények szerint a bajok nagyrészt abból származnak, hogy olyan alapvető kérdések, mint a teljesítményrendszerben dolgozó egészségügy működése, sem a személyi érdekeltséggel, sem a teljesítmény növekedéséből származó intézményi jövedelemmel nincs összhangban.

A teljesítményre alapozott gazdálkodás feltűnően nagy ellentmondása, hogy a papíron kimutatott teljesítmény-növelést nem követi a bevételek emelkedése, mivel az elosztható forrás nem illeszkedik a teljesítmények változásához. (A központi alapon jóváhagyott fix pénzeket a teljesítmények alapján osztják el.)

Az egészségügyi intézmények korán felismerték az úgynevezett teljesítményelvekre épülő finanszírozás gyengéit és a legkülönbözőbb „ügyeskedésekkel” igyekeztek azokat kijátszani. (lásd a különböző csaló programokat.) Ennek a harcnak - mely napjainkban is dúl - van számos vesztese, akik vagy nem tudják, vagy nem merik a mások által szemrebbenés nélkül alkalmazott módszert követni. A bajba jutás azonban nemcsak gyávaságból, vagy hozzá nem értésből adódhat, gyakori előidézője lehet a rossz felszereltség, vagy a másokkal szemben kedvezőtlen adottságok objektív ténye is.

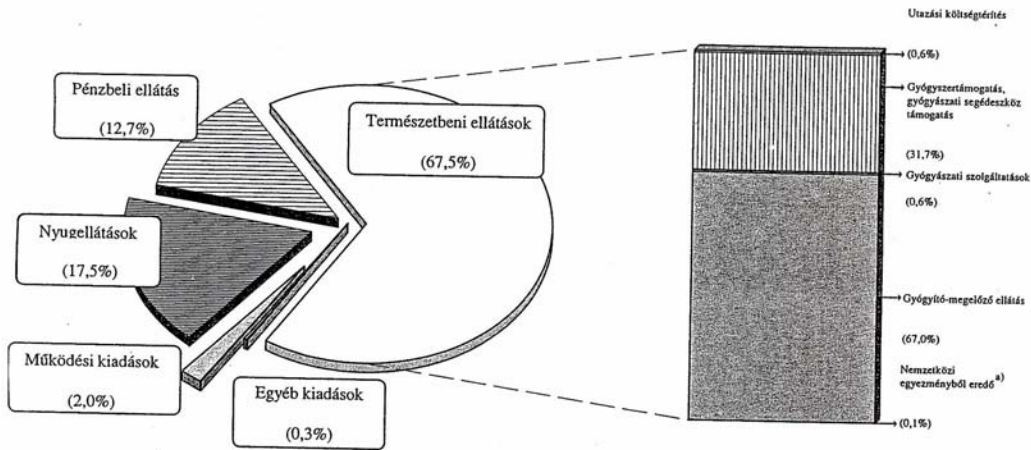
Az egészségügy anyagi nehézségeibe nem kis mértékben az is belejátszik, hogy egészen az utóbbi időkig a gyógyító munka és ezt átfogó stratégia és finanszírozás nem azonos irányítási koncepció szerint működött. Pl. a gyógyításban azt a törekvést, hogy a betegek közül minél többet otthonukban gyógyítsanak meg, a finanszírozás nem támasztotta alá. A koncepció meghirdetése ellenére az alapellátás és a szakellátás preferálása nem ezt bizonyítja.

**Az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak részletezése  
2001-2002**

<b>Megnevezés</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2002/2001 %</b>	<b>2002 év %-os megoszlása</b>
<b>Természetbeni ellátások</b>	<b>623358,4</b>	<b>750325,6</b>	<b>120,4</b>	<b>67,52</b>
Ebből:				
- gyógyító-megelőző ellátások	410304,3	502851,7	122,6	
- gyógyfürdő-szolgáltatás	3951,9	4223,1	106,9	
- anyatej-ellátás	119,1	124,2	104,3	
- gyógyszer-támogatás	179464,9	209033,1	116,5	
- gyógyászati segédeszköz támogatás	25001,9	28915,2	115,7	
- utazási költségtérítés	3836,3	4273,8	111,4	
- nemzetközi egyezményből eredő és külföldi sürgősségi gyógykezelések kiadásai	680,0	904,5	133,0	
<b>Pénzbeli ellátások</b>	<b>112808,4</b>	<b>141468,8</b>	<b>125,4</b>	<b>12,73</b>
Ebből:				
- táppénz	64205,8	80863,9	125,9	
- betegséggel kapcsolatos segélyek	1108,7	843,0	76,0	
- kártérítési járadék	1129,5	1192,0	105,5	
- terhességi-gyermekágyi segély	12469,7	15777,2	126,5	
- GYED folyósítás kiadásai	29464,1	34806,7	127,5	
- baleseti járadék	4248,6	4986,0	117,4	
<b>Nyugellátás</b>	<b>157963,8</b>	<b>194284,4</b>	<b>123,0</b>	<b>17,48</b>
Ebből:				
Korhatár alatti III. csoportos rokkant- sági és baleseti rokkantsági nyugdíj	152461,1	180156,1	118,2	
Hozzá tartozói nyugellátás <sup>a)</sup>	5502,7	6589,0	119,7	
<b>Működésre fordított kiadások</b>	<b>18126,2</b>	<b>21990,7</b>	<b>121,3</b>	<b>1,99</b>
<b>Vagyongazdálkodás kiadásai</b>	<b>564,5</b>	<b>531,3</b>	<b>94,1</b>	<b>0,04</b>
<b>Egyéb kiadások</b>	<b>2155,7</b>	<b>2630,7</b>	<b>122,0</b>	<b>0,24</b>
<b>Kiadások összesen</b>	<b>914977,0</b>	<b>1111231,6</b>	<b>121,4</b>	<b>100,00</b>

Az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak megoszlása, 2002

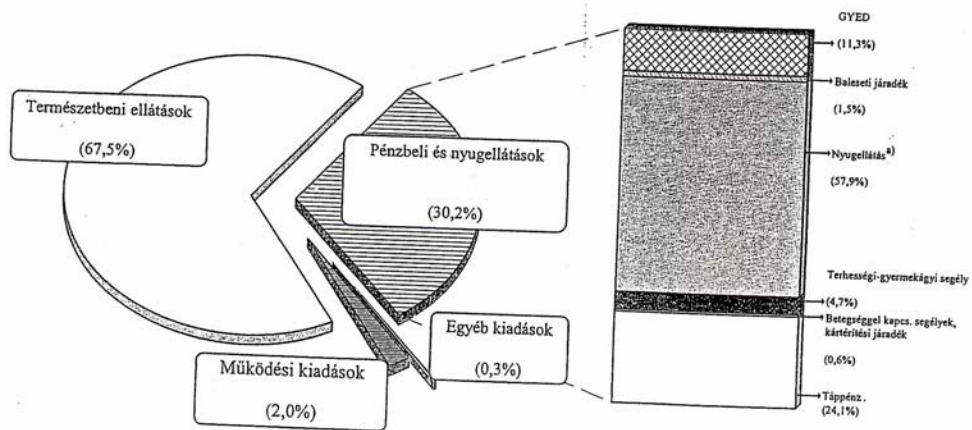
(a természetbeni ellátások részletezésével /



<sup>a)</sup> Tartalmazza a nemzetközi egyezményből, valamint a külföldi sürgősségi gyógykezelésekből eredő kiadásokat.

Az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak megoszlása, 2002

(a pénzbeli és nyugellátások részletezésével / benefits in cash and



<sup>a)</sup> Korhatár alatti III. csoportos rokkantsági és baleseti rokkantsági nyugdíj, hozzátartozói nyugellátás  
Disability and accident disability pension of degree III under the age limit, survivor's pension

## 7. 2. Következmények

Az a törekvés, amit eredetileg a HBCS és a német pontrendszer bevezetése célul tűzött ki, igazából más eredményt hozott, mint amit ettől elvártak. A bevezetéssel kapcsolatos szándékokból csak az valósult meg, hogy az alsó és a felső határ díjazását egységesítették, hogy minden kórházban ugyanazon tevékenységért, egyforma díjazás kerüljön elszámolásra. Ennek a törekvésnek a megvalósításánál nem számoltak azzal, hogy egy alacsony technikai szinten dolgozó kórház és egy magas technikai felszereltséggel működő kórház fenntartása, nem azonos költséggel működik. A komfortfokozatokban mutatkozó különbségek, a technikai felszereltség működtetési eltérő költségeket eredményeznek. Ugyanazon művelet elvégzése során, egy magas színvonalú kórházban, és egy egyszerű technikai eszközökkel és alacsony szintű komfort fokozattal dolgozó kórházban.

Az azonos díjazás bevezetésének első számú hibája tehát az volt, hogy az induló helyzetnél mutatkozó rendkívül nagy eltéréseket csak átmenetileg egyenlítette ki. Ez a törekvés az egyszerű és az alacsony szintű komfort fokozattal dolgozó kórházakban természetesen eleinte kedvező lehetőséget eredményezett, mivel a HBCS és a német pont mindegyikénél az átlagos költség szint volt irányelvnek megadva. A rendszer fokozatos bevezetésénél a korábbi költségeknél először jelentős, majd egyre csökkenő hányadát ismerte el a költségvetés, mint korrekciós tényezőt, ez azonban nem tudta kiegyenlíteni azt a különbséget, amely, a valóságban felmerült a különböző színvonalú gyógyító intézményekben.

A fokozatosság és kiegyenlítő tényezők csökkentése a legjobb kórházak és a legmagasabb szintű komfortfokozattal dolgozó gyógyító intézményeknél olyan leépülést eredményezett, amely a legjobb kórházakban a fejlesztés teljes leállítását eredményezte, akkor, amikor ebben az időben az egészségügyi technikában olyan robbanásszerű eredmények születtek, amelyeknek a bevezetése indokolttá tette volna a további fejlesztéseket. A modernizáció az egyszerűbb kórházakban részben felkészültség, részben alacsony költségvetésű összegek volumene miatt szóba sem jöhetett, a magasabb szinten dolgozóknál pedig az egyre zsugorodó lehetőségeik miatt igyekeztek a legegyszerűbb üzemeltetési költségek fedezetét biztosítani.

Mindez olyan körülmények között ment végbe, amikor a kórház technikában a modernizáció, a számítástechnika és a mikroelektronika térhódítása évről-évre rohamosabb fejlődést ért el. A keletkezett vákuum által kínált lehetőségeket a nyugati cégek felismerték és rendkívüli módon ki is használták. Ők tisztában voltak azzal, hogy a magyar egészségügyi viszonyok finanszírozásában milyen zavarok keletkeztek és igyekeztek ezt a helyzetet saját javukra úgy kihasználni, hogy minél nagyobb piacot nyerjenek a magyar egészségügyben. Olcsó reklámáron, esetenként ingyen olyan technikákat ajánlottak fel az egészségügyi intézmények részére, amely az adott helyzetben kedvező fogadtatásra talált és ezzel komoly részesedést sikerült a piacon megszerezniük. Mindez azt eredményezte, hogy néhány év alatt a magyar egészségügyben annyiféle gyártótól olyan sokféle termék honosodott meg, amely az egyébként is bajba jutott ágazat gondjait tovább súlyosbította.

A helyzetet jól érzékelteti az ORKI-nak az ezredfordulón készült felmérése, amely azt mutatta, hogy

EKG termékekből 335 gyártótól 225-féle

altatógépekből 20 gyártótól 80-féle és

endoscop termékekből 30 gyártótól 209-féle típus honosodott meg az országban.

(A fejlett országokban a technikai eszközökben 2-3 gyártótól 4-5-féle termék található. A technikai eszközök helyzetét részletesen lásd a 27-29. sz. melléletekben.)

### Kórházi eszközök

	Érték millió Ft	Átlagos életkor (év)	Nullára leírt arány %	1 ágyra jutó eszköz db.
Orvostechnika	145.565	10.70	62	1.571
Ügyviteltechnika	16.699	7.16	82	0.704
Kórháztechnika	15.879	9.47	56	0.466
<b>Összes eszköz</b>	<b>178.143</b>	<b>9.58</b>	<b>66</b>	<b>2.742</b>

Az igen előnyös áron, vagy ingyen kapott eszközök beszerzése végül is egy olyan helyzetet teremtett az országban, hogy az üzemeltetés, a karbantartás és egyáltalán ezeknek a működtetése a beszerzés után rövid időn belül akkora terhet zúdított a magyar egészségügyre, amelyik az egyébként is bajba jutott ágazatot még jobban visszavetette.



Elképzelhető az olyan helyzet, amikor egy nyíregyházi kórházban meghibásodott eszköz szervize például Sopronban székelt, vagy fordítva a soproni kórház termékét nyíregyházi szerviznek kell javítani. Hogy ez várakozásban, költségben és egyéb szervezésben milyen feladatok elé állította az egészségügyet, azt gondolom különösebben nem kell kommentálni.

Tovább súlyosbította a helyzetet az, hogy a rendszerváltás utáni években kerültek forgalomba olyan modern egészségügyi, technikai eszközök, mint a CT és az MR, amelynek értékét száz milliókban lehet kifejezni. A legtöbb kórház arra törekedett, hogy az új technikában mutatkozó lehetőségeket minél jobban megragadja, s ha volt valamennyi pénze, akkor igyekezett ezekre fordítani. Természetesen a külföldi eladó itt tudott értékben (és jutalékban) legnagyobb kedvezményt nyújtani, ami egy kórház esetében tíz milliókat jelentett. A technikai berendezéseknél mutatkozó diverzifikációt, ez a helyzet természetesen még tovább bonyolította.

Érdemes azt is megemlíteni, hogy a nagyon drága és modern technikának a beszerzésében semmiféle központi koordináció nem működött, és megfelelő ellenőrzés sem volt e tekintetben. Hogy beszerzésük mögött milyen kórházi vezetői érdek húzódott meg és milyen anyagi előny származott abból egyes vezetőknek, (hogy a drága technikát fele áron, vagy negyed áron vásárolták meg) azt csak elképzelni lehet.

A problematikus műszaki-technikai berendezések állapota mellett az a helyzet alakult ki, hogy a legdrágább eszközökből végül is olyan ellátottság született Magyarországon, amilyen még a hozzánk képest a nagyon gazdag Németországban sem volt általános. (Természetesen a kihasználtsági mutatókról nemigen esett szó.) Viszont az általános helyzet (lásd a 28. és a 29. sz. mellékletet) a %-ra leírt eszközök aránya katasztrofális.

**Például:**

A Foto-Fonostin	84%-a
A Nukleár diagnosztika	78%-a
A Dializátorok	76%-a
Az Inkubátorok	72%-a nullára leírt.

Visszakanyarodva a finanszírozásnál elmondott problémák adaptációjára, amely esetben a modern technika fejlesztésére nem biztosítottak fedezetet, ennek ellenére az egészségügyi intézmények az előbbiekben bemutatott módon beszereztek számos berendezést, ami a helyzetet tovább nehezítette azaz, hogy a pénzügyi elszámolási rendszerben a technikai eszközök elavultságának, az amortizációs költségeknek a biztosítására viszont nem történtek intézkedések. (A mai napig sincs amortizációs költség elszámolás egy olyan ágazatban, ahol több száz milliárd értékű termék segíti a munkát.)

Mit tudott egy kórházvezető ilyen helyzetben csinálni? Amikor az összes létező lehetőségek megragadása mellett sem tudta biztosítani a normális fedezetét a felmerülő költségeknek. A pénzszerzésnek mindenféle módja, legális és nem legális, (nyilvánvalóan előkerül). A központi akarat viszont behatárolta azokat a lehetőségeket, ami korlátozásokat valahogy megpróbáltak kivédeni. A pénzek nem mentek a teljesítmények után, hanem a költségvetésben előirányzott mindenkori összeget osztották el a teljesítmények arányában. Így előfordult olyan eset, hogy a növekvő teljesítmények ellenére nominálisan kevesebb pénz került kiosztásra.

Látható, hogy az új rendszerre való áttéréssel mennyi zavaró körülmény jelent meg, amit egy alaposan átgondolt koncepció esetén, nagyrészt ki lehetett volna védeni. Nem készültek el - a mai napig sem - semmilyen területen olyan hatástanulmányok, amelyek bizonyos lépéseknek a következményeit kivetítették volna. Tehát az átalakulás során a nemzetközi gyakorlatban már ismert területekről innen is, onnan is kivettek egy részt, megpróbálták a saját viszonyaikra alkalmazni, de a kísérő jelenségek következményei nem kerültek kiszámításra. Ezt a mulasztást a tanulmány elején külön azért hangsúlyoztam, hogy az ideológiai zavaroktól kezdve a szervezési problémák, átgondolatlan pénzügyi rendszerek és a számviteli rendszer fejletlenségének a következményei mind összeálltak ebben az egész egészségügyi ágazatban, és azt eredményezték, hogy egymás után keletkeztek a csődök, különböző kórházakban és egészségügyi intézményekben.

A sok szakmai probléma mellett, természetesen ezekhez az is hozzájárult, hogy erősen előtérbe kerültek a politikai szempontok az egészségügyi intézmények vezetőinek kiválasztásánál. A politikai mechanizmus előtérbe kerülése szinte kizárta azt, hogy hosszú távú fejlesztési koncepciók szülessenek, mert a vezetők olyan gyakran váltották egymást, hogy amit az egyik elgondolt, azt a másik már politikai megfontolásból sem fogadta el. Mindez azt eredményezte, hogy a kaotikus helyzet egyre nagyobb lett.

Nem véletlen, hogy dolgozatom elején azt hangsúlyoztam, hogy tulajdonképpen a mércék, a mértékrendszerek, a szervezeti módszerek hiánya, magyarul egy alapokmányban való definíciók elterjesztése vagy bevezetése nélkül ugrottak fejest a sötétbe, és a teljes kép összeállításához a mozaik képből olyan sok fehér folt hiányzik, hogy igazában sem a tettesek utolérése, sem a rendszerek hibáinak következményei nem kerültek tisztázásra.

A 90-es évek végénél, amikor az első alkalommal készült központi felmérés harmincöt csődöt jelentett kórházból, akkor kiderült, hogy mindössze kettő volt a kórházak közül olyan, amelyiknek az önhibájából keletkezett a csőd. Magyarul a zavaros helyzet szükségszerűen hozta ezt az állapotot.

A GYOGYINFOK számításaiból az is kiderült, hogy a német pontrendszer szerinti díjazásból a rendelőintézeti költségeknek csak kb. egyes esetekben maximum a 70%-át térítették meg. Tehát szükségszerű volt az, hogy ilyen helyzetbe jussanak az egészségügyi intézmények.

Egy másik zavart okozó tény, hogy időközben történt az a tulajdonváltás, amikor a kórházak állami kézből önkormányzati kézbe kerültek. Az önkormányzatoknál a termelő üzemekkel való törődés ekkor már túlsúlyban volt, mert a bevételeknek egy jelentős a termelő üzemekkel való törődés, és a pénzükhöz egy jelentős részét ezeknek az adó befizetéseiből fedezték. A kórházak ugyanakkor nem befizetők voltak az önkormányzati kasszába, hanem onnan fejlesztéshez pénzt igényeltek, amit a tulajdonos köteles volt a rábízott szakfeladatok ellátása során biztosítani, és a fejlesztéshez szükséges technikai eszközök költségét fedezni. (A TB. ugyanis, csak az üzemeltetés költségeit térítette és téríti ma is.)

Ez akkora zavart, ellentmondást és mindenféle egyéb problémát váltott ki, amelynek az lett a következménye, hogy az önkormányzatok nem elsősorban a kórházak, vagy a rendelők működését próbálták anyagilag biztosítani, hanem a saját anyagi helyzetüket megalapozó termelőüzemeket segítették, mert a pénz onnan jött, a kórházba pedig ment. Érzékelhető, hogy egy vidéki önkormányzat esetében, ahol a kórház rendszerint a város legnagyobb üzeme, nem jövedelmnövelő, hanem a kiadás forrása.

Az egészségügyi intézmények körül kialakult probléma, nagyon sok ötletet hozott a felszínre és kényszerített ki az önkormányzatokból és az államból egyaránt. De végül is a problémakör összefüggő rendszerbe való kezelésének hiánya miatt ezek esetenként legfeljebb egy-egy jó példának szolgáltak átmenetileg és előfordult, hogy egy későbbi időpontban a jó példának szolgáló intézmény a sor végére került. Az előjel változásnak gyakran az volt az oka, hogy jött közben egy másik vezető, aki egészen máshogyan gondolkodott, és cselekedett, ami a negatívumot eredményezte.

A rendszerváltás utáni irányítás nem vitte előbbre a gyógyító munkát, és nem véletlen, hogy az anyag feldolgozásánál arra döbbsentem rá, hogy mindenhol a pénz hiányzik, mert a rendszer eddig nem is tette lehetővé azt, hogy a zavarmentesítés megvalósuljon. Voltak jó kezdeményezések, voltak olyan kórházak, amelyek kitaláltak valamit és amíg a többi rá nem jött az általuk alkalmazott módszerre, ennek az extraprofitnak előnyeit, sikerült a maguk hasznára fordítani. De tartósan ún. jó kórházat, vagy jó rendelőintézetet nem is lehet találni. Ennek több oka van.

Magyarországon nincs olyan kórház, vagy rendelő, ahol több ciklust átívelően ugyan az a vezérkar működne, amelyiknek hosszú távra módja nyílt volna megalapozni a saját kórháza, vagy a rendelőintézete jövőjét.

A rendszerváltás után nem sokkal (1994-ben) bevezették az ún. TAJ-számokat. Ennek most már tíz éve. A TAJ-számmal összekapcsolt vizsgálatok számtalan olyan lehetőséget kínált a gyógyítás szervezésében, amelynél rengeteg pénzt meg lehetett volna takarítani. A TAJ-szám alapján történő betegkövetés azonban napjainkig sem igazán valósult meg. Közben több száz milliót elköltöttek arra, hogy végre ennek alapján egy áttekintés szülessen a különböző egészségügyi műveletek körüli zűrzavarban. Vajon megvizsgálta-e valaki, hogy miért

kellett tíz évnek eltelni ahhoz, hogy a betegkövetés a TAJ-számok alapján elinduljon. E mögött is számtalan személyes érdek húzódik meg. Jó példa erre, hogy amikor a Parlamentben Dr. Gidai Erzsébet professzorasszony, mint képviselő szóvá tette ezt, olyan pánik keletkezett az érdekelt vállalkozói körben, hogy másnap több, mint 20 vállalatot adtak el, akik ilyenfel foglalkoztak. Nyugodtan feltételezhető, hogy egyrészt a hozzáértés tanulásának időigénye mellett ebben olyan személyes anyagi érdekeltségek is belejátszottak, amit az említett 20 vállalatnak a tulajdonától való megszabadulása, fényesen bizonyít.

Legalább 10 éve annak, hogy a GYOGYINFOK közelítő számítással bemutatták azt, hogy a jelenlegi kórházi ágyaknak csaknem a fele olyan eset, amelyek igazában nem kórházi kezelést igényel. Idetartoztak azok a szociális betegek, akiket nem volt hova hazavinni a kórházból, ezért az orvosok humán megfontolásból, esetleg személyes érdekből bent tartották őket. Egy másik része a betegeknek olyan egyszerű kezeléssel került kórházba, amit egy normális háziorvosi rendelőben teljes biztonsággal és eredményesen lekezelhetnek. (Magas vérnyomásnak kezdeti stádiuma cukorbetegség nem előrehaladott körülményei stb.)

Ezeket az eseteket tulajdonképpen kórházi soronként ki lehetett számítani, és ennek alapján intézkedési tervet lehetett készíteni. Ez a kezdeményezés azonban megtorpant, egyrészt az érintett kutatók a GYOGYINFOK-nál féltek attól, hogy ennek a következményei esetleg az egzisztenciájukba kerülhet, (mint ahogyan erre volt is példa) másrészt mindenki félt attól, hogy ez a felelősségvadás, tulajdonképpen olyan lavinát indít el, amelynek a kezelésére nincsenek felkészülve. Amikor ezek a gondolatok kezdtek felszínre kerülni, a GYOGYINFOK az Internet bevezetésével fokozatosan a világ elé tárta ezeket a dolgokat, a legújabb átszervezés eredményeként a GYOGYINFOK-nak ezt a lehetőségeit megvonták, a GYOGYINFOK egész tevékenységét az OEP alá terelték. Azóta ilyen adatokhoz ma már egyszerű halandó nem férhet hozzá. Azok az orvosok, és a kutatók, akik ilyen típusú bajoknak a feltárását vállalták, vagy meg tudták csinálni, ma már nem kapnak adatokat. Van néhány kivételezett KFT, akiknek vezetői korábban az egészségügyi hatalmi szférában dolgoztak és onnan magukkal vitték az információt. Azt pedig nem lehet tudni, milyen anyagi érdekeltséggel kapják meg azokat az adatokat, amelyeket a megrendelők számára célirányosan jó pénzért eladnak.

Időközben olyan is született, hogy tulajdonképpen ilyen mélységű adatok vizsgálata sérti a kórházak érdekeit, és mindenki megkaphatja a saját magára vonatkozó részletes adatot és annak esetleg az ahhoz tartozó országos adatokat, tehát azt megnézni, hogy egy adott kórház jó, vagy nem jó, és ki az, aki nálam jobban csinálja, vagy nálam rosszabbul csinálja és miért csinálja jobban, és vajon ott hogy megy a dolog, ezt a lehetőséget nem engedik kibontakozni.

Összevont megyei adatok jelennek meg, ahol összemosódnak a jó és a rossz eredmények. A kórházakat csak saját kategóriáján belül szabad összehasonlítani, melynek csoportosítását az alábbi tábla mutatja.

Állami kórház volt	17 db	9,55%
önkormányzati kórház	117 db	65,73%
klinika	4 db	2,25%
MÁV kórház	4 db	2,25%
HM és BM kórház	5 db	2,81%
alapítványi kórház	17 db	9,55%
egyházi kórház	9 db	5,00%
egyéb kórház	2 db	1,12%
Igazságügyi Minisztérium kórháza	2 db	1,12%
magánkórház	1 db	0,56%
Összesen	178 db	100,00%

Egy másik felosztása a kórházaknak, amely a funkció szerinti besorolást mutatja. Ennek azért kell különösen nagy jelentőséget tulajdonítani, mert a kórházak összehasonlításánál csak az azonos kategórián belüli kórházakat szabad összemérni.

## Kórházak számszerinti százalékos megoszlása besorolási kategóriák szerint

<b>Országos intézetek</b>			6,87%
	1-es kategória	5,0%	
	2-es kategória	1,87%	
<b>Egyetemek</b>			3,13%
<b>Szakkórházak</b>			13,76%
	Gyermek	5,00%	
	Pulmon 1	3,13%	
	Pulmon 2	2,50%	
	Pszichiátria	3,13%	
<b>Klasszikus régió</b>			1,88%
<b>Klasszikus megyék</b>			6,25%
<b>Fővárosi kórházak</b>			13,13%
	1-es kategória	5,63%	
	2-es kategória	7,50%	
<b>Városi kórházak</b>			42,51%
	1-es kategória	19,38%	
	2-es kategória	23,13%	
<b>Szanatóriumok</b>			5,00%
<b>Egyéb egészségügyi</b>			7,50%
<b>Összesen</b>			100,00%

Ma már a kórházi szoros adatok teljesen eltűntek az internetről és még azt sem lehet vizsgálni, hogy melyiki kórházban milyen az ágykihasználás, vagy a betegtartás, magyarul azok a mechanikus adatok, amiből, ha pénzre nem is, de legalább a jó, vagy a rossz munkára lehet következtetni.

Hogy a TAJ-számokkal kapcsolatos vonzáskörzeti ellátottság hogyan alakul, kik mennek el egy adott kórház vonzáskörzetéből máshová, kik jönnek oda máshonnan, kik jönnek oda, és miért mennek el onnan, ezek ma már nem vizsgálhatók. Ezt a mézesmadzagot elhúzták annak idején a kutatók szája előtt, nem gondolva arra, hogy ebből mi minden kiszámítható, és amikor látták, hogy milyen következtetések vonhatók le erről, sürgősen megszüntették ezeket. Pedig a teljesítmény alapján fizetett orvos, vagy ápolói tevékenység bevezetésének alapvetően ilyen primitív feltételeit kell először tisztázni, és aztán el lehetne dönteni, hogy ki a jó orvos, meg ki a rossz orvos. Kitől mennek el a betegek, kihez jönnek oda más területről a betegek. Ki hozza a pénzt a kórháznak, vagy a rendelőnek, és ki az, aki miatt romlik a finanszírozási helyzete, és ennek megfelelően lépni lehetne, minőségi munkát lehetne végezni, vagy minőségi szelekciót lehetne végezni az egészségügyi apparátusban.

Nem támogatott pl. az olyan kezdeményezés sem, amelyik egy-egy gyógyintézetnek a piacszerzését segítik elő. Korábban voltak olyan kórházak, ahol az anyagi helyzet romlását úgy próbálták kijavítani, hogy kimentek falura olyan házi orvosoknak segíteni, ahonnan a vonzáskörzeti betegeket igyekeztek mind a saját kórházukba begyűjteni. Kecskeméti példa mutatja, hogy ez mennyire eredményes volt a kórház szempontjából. A vonzáskörzethez tartozó községekben olyan szűrővizsgálatokat végeztek, amelynek alapján a betegeket a saját kórházukba csalogatták, és ezzel rövid idő alatt a veszteséges kórházból egy jövedelem többlettel rendelkező kórház keletkezett.

Máig érthetetlennek mondható az a megoldás, hogy miért nem mernek hozzányúlni azokhoz a kórházakhoz, amelyekről nyilvánvaló, hogy túlságosan nagy ágyszámmal, rossz kihasználtsággal és olyan felesleges költséggel dolgoznak, ami egy jól működő házi orvosi, vagy szakorvosi rendelés esetén igen lecsökkenthető lenne. Minden polgármester presztizst csinál abból, hogy legyen kórháza. Ha az akár milyen rosszul működő kórházhoz hozzá akarnak nyúlni, felázítja a lakosságot (lásd kisbéri ítélezést).

Természetesen nincs végiggondolva az, hogy egy ilyen racionalizálási folyamat esetén mit kezdjenek az orvosokkal. Legfőbb ideje lenne az, hogy a házi orvosi körzeteket, olyan a racionális méretekre szabják, ahol az orvos megfelelő szinten el tudja látni a betegeket. Ennek a szakértői vélemények szerint a felső határa valahol az 1300 fő körülire tehető.

Vannak olyan magyarországi körzetek, ahol ennek a duplájánál is több az egy orvosra jutó beteg. Ez szükségszerűen hozza azt magával, hogy egy házi orvos nem tud annyit foglalkozni a beteggel, mint amennyire szükség lenne, inkább elküldi a rendelőbe, vagy egyenesen a kórházba. (De személy szerint ebben nem is érdekelt.)

Ezeket a folyamatokat senki nem vezette végig, nincs kiszámítva az ilyen következmények, ebből adódóan csikorogva, recsegve, ropogva működik az ágazat, és egyre több bajjal és egyre több gonddal. Természetesen négy évben gondolkodó politikánál ez nem is képzelhető el máshogyan.



Érdemes végigmenni azon, hogy a rendszerváltás óta hány egészségügyi miniszter váltotta egymást ezen a poszton és melyiknél történt egyáltalán olyan lépés, ahol ezek a felsorolt alapvető bajok a felszínre kerültek. Tulajdonképpen Mikola doktor volt az egyetlen, aki az alapvető gondolatok megértéséig eljutott, de mire lépett volna ebben a feladatkörben, megszűnt a funkciója.

Újabb „rendszerváltás” következett, de azok, akik korábban ezt a posztot töltötték be, nem tanultak a kudarcokból, meg azokból a problémákból sem, amely újra a nyakukba szakadtak. Ellenkezőleg, inkább elindult egy mondhatni orvos ellenes, vagy egészségügyi ellenes kampány, lásd a médiának a különböző ilyen közléseit. Egyik egészségügyi miniszter sem jutott odáig, hogy a rendszerét kiszolgáló politikai vezetésből kikényszerítse azt, hogy definiálják azt, hogy az egészségügy a prioritások között, hányadik helyen áll. Ehelyett inkább a paraszolvencia igazságtalanságát és mindenféle rossz tulajdonságait igyekeztek előtérbe állítani. Ezzel kvázi politikai népszerűséget próbáltak megszerezni. Nem igaz az, hogy az orvosok olyan mértékben zsebre játszanak, mint ahogyan az a közvéleményben elterjedt. Nem is az orvos találta ki a paraszolvenciát, hanem azt a piac szülte.

Számos beteg látva azt, hogy a képzettsége, végzettsége és jövedelme az öt gyógyító orvoséval, mennyiben különbözik. Ennek különböző fórumokon hangot is adtak. Ezek szülték azt az általam is elítélt paraszolvenciát. Tulajdonképpen a piac próbál korrigálni azok számára, akik relatíve igazságtalanul alacsony díjazásban részesülnek. Dr. Fecske Mihály 31874 sz. OTKA kutatásából kiderül, hogy a fizetések nemzetgazdasági sorrendjében az egészségügyi bérszínvonal után olyan ágazatok következnek, ahol az analfabétákat is alkalmazni lehet. (Mezőgazdaság, erdészet, építőipar, textilipar.)

A KSH legutolsó nyilvánosságra hozott adatai szerint (2003 Statisztikai Évkönyv) a szellemi foglalkozásúak átlagkeresete az országos átlagnak

az egészségügy és szociális ellátásban	76%-a
a villamos energia iparban	124%-a
a posta és távközlésben	122%-a
a pénzügyi közvetítésben	143%-a
a közigazgatásban és társadalombiztosításban	117%-a volt.

Egy korábbi kutatás szerint 1938-ban négy szakmában a jövedelmi viszonyok a következő arányokat mutatták. A kórházi osztályvezető főorvos, az egyetemi tanár és az ügyvédi irodát működtető ügyvéd jövedelme nagyjából megegyezett, és a gyári munkás fizetésének a nyolcszorosával volt egyenlő. Nem érdekes most a nyolcszoros szorzószámon vitatkozni és azt sem érdemes vitatni, hogy most Európa meghatározó részein melyek a szorzók, azt azonban ki lehet mondani, hogy amíg a kórházi főorvos fizetése (legalábbis a fiataloké) a gyári munkáséval azonos, vagy ahhoz közeli, a paraszolvencia elleni küzdelem minden erkölcsileg megalapozott törekvés ellenére reménytelen.

Nehéz megmagyarázni, hogy egy bank vezérigazgató titkárnő fizetése miért magasabb, mint egy osztályvezető főorvosé. Pedig az is ismert, hogy a két munkakör betöltéséhez szükséges végzettség között mekkora a különbség. Természetesen nem a többletet kapó titkárnő javára. (KSH. Statisztikai Évkönyv 2002.)

Külön szólni kell arról, hogy a rosszul értelmezett orvos választás milyen károkat okoz az egészségügy számára, mekkora felesleges költséget emészt ez fel. Köztudott, hogy a nyugat-európai rendszereknél a beteg maga dönti el, hogy kivel gyógyíttatja magát. De ez a döntés, bizonyos időre kötelezettséget is jelent a beteg számára, nem lehet az, hogy ugyanazzal a betegséggel egyszerre egymás után több orvost kereshet fel, minden következmény nélkül.

Magyarországon idáig még nem jutott a rendszer, hogy egy ugyanazon beteg, ugyanazzal a betegséggel esetenként több orvost, több rendelőintézetet és több laboratóriumot is felkereshet minden következmény nélkül és ezt ma még senki nem számította ki. Pedig a TAJ-számok alapján és a betegkövetés megvalósítása esetén, ezek mind kiszámíthatók lennének, mint ahogyan az is kiszámítható, hogy a szociális beteg egy napi kórházi költsége kb. 14-15.000 forint, melynek a nagyobb részét a hotelszolgáltatás képezi és, ha ezt a beteget rendes szociális körülmények között ellátnák, akkor ennek az ötöde is elég lenne, valószínű a napi kiadásainak a fedezésére. Így egy kórházi ágy költségéből 5 szociális „beteg” volna ellátható.

Vagy azok a költség összehasonlítások és eredményességek sem kerültek kiszámításra, amit a különböző kórházakra fordított támogatások és az ott elért eredmények produkálnak. Van olyan példa a mellékletekben is, ahol egy bizonyos vizsgált kórház, akkora támogatást kapott a kapcsolatai révén, hogy a kategóriájában lévő másik 20 kórház együtt nem kapott akkorát.\* Ennek a teljesítményei a kategória kórházai között az átlagos körül alakultak. Lásd a 34-36. sz. mellékletet. Ezért senkit nem vontak felelősségre, esetenként az elköltött pénznek legfeljebb azok itták meg a levét akik később kerültek a kórházhoz, és őrajtuk lehetett elverni a port. Igaz, a zöme ezeknek máshol újra alkalmazásra került. Szeretném hangsúlyozni, hogy dolgozatomban a bevezetőmben erősen bíráltam azt a médiát, amelyik csak a rossz oldalát mutatja be a kórházaknak és igazságtalanul azt a látszatot kelti, hogy Magyarországon nem adnak kellő pénzt a kórházaknak ahhoz, hogy normálisan működni tudjanak.

Az előbbieken felsorolt számos példában körülbelül ez a hangulat, csak viszontükröződik azzal a különbséggel, hogy a pénzhiány keletkezésének okaiban próbálok megkeresni azt, amivel megoldást lehetne keresni arra, ahogy a jelenleg rendelkezésre álló költségek, hogyan költhetők el úgy, hogy többszörös hatásfokot eredményezzenek a jelenleginél.

Az a véleményem, hogy az egészségügyben keletkezett bajokért, nem lehet az egészségügyi apparátust a vádlottak padjára ültetni, kivéve azokat az eseteket, amelyekről bebizonyosodik, hogy olyan emberi hibára vezethetők vissza, ami normális körülmények között kivédhető. A kaotikus állapot felelősségét a felső szinttől kell számon kérni, akik politikai megfontolásból, gyávaságból, vagy ha hozzáértés hiánya miatt nem hajtották végre. A jelenlegi bajokat nem lehet áthárítani a zömmel becsületesen dolgozó egészségügyiek nyakába.

Egy termelő üzem, ha deficitese, azért nem a munkás a felelős, hanem az az irányító testület, amelyik azt a termelési folyamatot irányítja. A termelő üzem, ahol mérik a teljesítményt, a vállalat vezetése bukik meg és nem a munkás, aki a rá kiszabott feladatokat végrehajtja.

---

\* Forrás: A mellékletben közölt 20 kórház összehasonlító adatai.

Az egészségügyi dolgozók többsége ezzel teljesen tisztában van, és elkészeríti az a hozzáállás amit idestova egy évtizede a politikai és a kormány szintű irányítás területén ebben a műfajban tapasztal. Ma már a legtöbb feltétel adott ahhoz, hogy az egészségügy alapvető bajai feltárhatók, ehhez a szükséges információk ma már rendelkezésre állnak, nagyon sok olyan orvos-közgazdász és egészségüggyel foglalkozó közgazdász van az országban, akik ezt a feladatot meg tudnák oldani, csak támaszkodni kellene a szakértelmükre is engedni kellene, hogy hozzáférjenek a megfelelő információkhoz. Ha a Történelmi Hivatalban lehet egyéni ügyekben kutatni, miért nem engedik ezt a közérdekeiket legalább annyira szolgáló egészségügyi intézmények tevékenységében.

Hazánkban a lakosság száma gyorsuló ütemben csökkent. A jelenség két meghatározó tényezője közül a születések száma – bár egyre lassuló mértékben, de – 1975-ig nőtt, azóta viszont rohamosan csökken, az idősek aránya pedig nő.\*

A különböző negatív tényezők hatására az elmúlt fél évszázad alatt a népesség struktúrája kedvezőtlenül változott;

- a fiatalok aránya a kétharmadára csökkent,
- az időseké pedig csaknem megduplázódott,
- az öregedési index (0-14 évesek száma osztva a 65 év felettiekével) az 1960 évi 35,2-ről 2004-re 97,6-ra nőtt. (Részletezést lásd a 6/b. sz. mellékletben.)

### Eltartottsági ráta, öregedési index (január 1)

Év	Korösszetétel			A gyermek népesség eltartottsági rátája	Az idős népesség eltartottsági rátája	Az eltartott népesség rátája	Öregedési index
	0-14 (A)	15-64 (B)	65- ©	(A/Bx100)	(C/Bx100)	(A+C/Bx100)	(C/Ax100)
1960	25,4	65,7	8,9	38,7	13,6	52,3	35,2
1970	21,1	67,4	11,5	31,3	17,0	48,3	54,4
1980	21,9	64,6	13,5	33,8	20,9	54,8	61,9
1990	20,5	66,2	13,2	31,0	20,0	51,0	64,5
2000	16,9	68,1	15,0	24,8	22,0	46,8	88,5
2001	16,6	68,3	15,1	24,3	22,2	46,5	91,3
2002	16,3	68,4	15,3	23,8	22,3	46,1	93,5
2003	16,1	68,5	15,4	23,5	22,4	45,9	95,4
2004	15,9	68,6	15,5	23,1	22,6	45,7	97,6

\* Forrás: KSH. Statisztikai Évkönyv 2003.

A születések és halálozások egyenlege; a természetes szaporulat

- 1975-ben volt a legmagasabb, (1000 lakosra számítva 6.0) és
- 1981-ben fordult át csökkenésbe
- 1990 óta a fogyás mértéke megduplázódott.

A lakosság számának alakulását a szülő nők gyermekvállalásának kitolódása és a gyermekvállalási készség csökkenése, kedvezőtlenül befolyásolja.

- 1990 óta az első gyermeküket szülő anyák átlagos életkora csaknem 3,5 évvel emelkedett, és
- 2002-ben megközelítette a 26 évet
- a diplomás nőknél ez a mutató 29 év.

A KSH nyilvántartása szerint 1990 és 2004 között a magyar népesség lélekszáma a születések és halálozások egyenlege szerint, mintegy 480 ezer fővel csökkent,

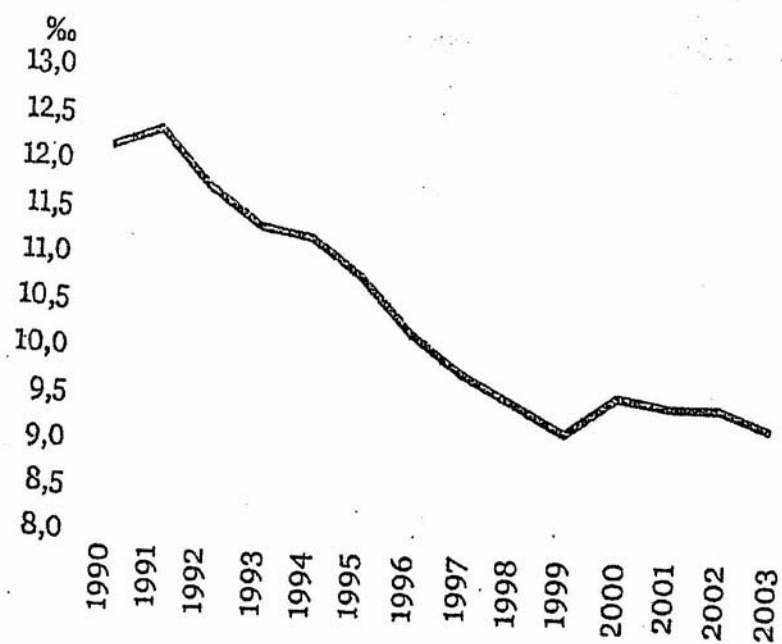
- viszont a nemzetközi vándorlás következményeként ez idő alatt a vándorlások eredményeként 200 ezer fővel gyarapodott,
- így a tényleges csökkenés 280 ezer fő. (KSH. 2003. Társadalmi helyzetkép.)

#### A lakónépesség száma nemenként

Év	Férfi	Nő
	<b>Fő</b>	
<b>1990</b>	4984904	5389919
<b>1991</b>	4979833	5393319
<b>1992</b>	4975730	5397917
<b>1993</b>	4966328	5398707
<b>1994</b>	4953428	5396582
<b>1995</b>	4941620	5395081
<b>1996</b>	4929222	5392007
<b>1997</b>	4915956	5385291
<b>1998</b>	4901764	5377960
<b>1999</b>	4884396	5369020
<b>2000</b>	4865194	5356450
<b>2001</b>	4851012	5349286
<b>2002</b>	4836980	5337873
<b>2003</b>	4818456	5323906

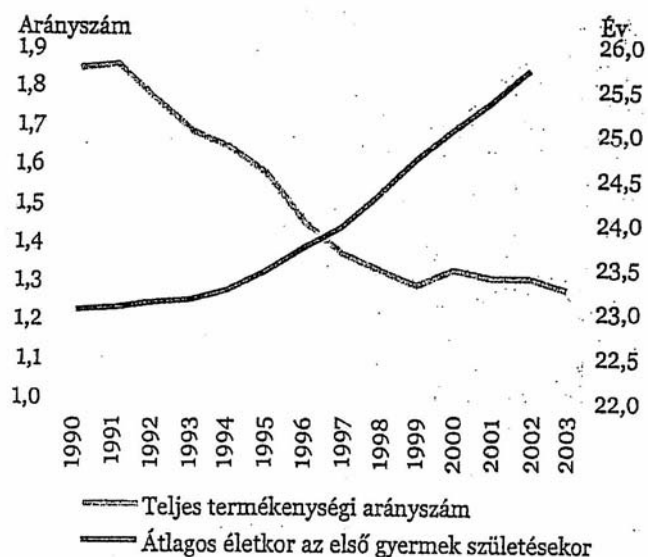
Forrás: Időszaki Tájékoztató; Népmozgalom (1990-2001); Demográfiai Évkönyvek.

## Nyers élve születési arányszám



A magyar népesség reprodukciójában különös figyelmet érdemelnek az utóbbi évtizedekben alapvetően megváltozott családi körülmények, ezen belül a teljes termékenységi viszony, amelyet a felnőtt (szülő) és a gyermek egymáshoz viszonyított aránya fejez ki legáltalánosabban.

### Teljes termékenységi arányszám és a nők első gyermekvállalási életkora



Forrás: Időszaki Tájékoztató; Népmozgalom (1990–2001); Népmozgalom, 2003. január-december; Demográfiai Évkönyv, 2002.

Ez a mutató azt jelzi, hogy egy nő élete folyamán hány gyermeket hozna létre, ha az adott év termékenységi viszonyai tartósak lennének.

A népesség megtartása, stabilizálása esetén ennek a mutatónak a 2,10-es érték alá nem szabadna süllyedni.

A teljes termékenységi arányszám Magyarországon 1990 és 2003 között több, mint 30%-kal csökkent.

A jelenlegi termékenységi szint mellett 100 szülőnő élete során csak 60 leánygyermeket hozna a világra, azaz a reprodukciós hiány tehát 40%-os.

Az elmúlt másfél évtizedben az előbbieken felsorolt tényezők mellett a szülőnők életkora is gyorsan növekedett. Ezzel függ össze, hogy az első és a további gyermekek világrahozatala, egyre későbbre tolódott. A változás értelemszerűen negatívan befolyásolja a családok méretét.

Csökkent az átlagos családnagyság és nőtt a gyermektelen családok száma és aránya. A jelenlegi körülmények között eredeti szándékukkal ellentétben, jóval többen maradnak gyermek nélkül, és nő azoknak a családoknak a száma, akik csak egy gyermeket vállalnak. Egyébként a házasságkötés, vagy a családi állapot, egyre kevésbé feltétele a gyermekvállalásnak.

A csökkenő születésszám mellett az utóbbi időkben rendkívüli módon megnőtt a házasságon kívül született gyermekek száma. Ma már minden harmadik gyermek házasságon kívül jön a világra.

A családon belüli gyermekszám alakulásában – a házasságon kívül született arány rohamos növekedése ellenére – a korábbinál lazábbá váltak a családi kapcsolatok, növekedett a válások aránya, és az élettársi kapcsolat terjedése, a család alakulására és a gyermekszámra komoly hatást gyakorolnak. 1990 óta az élettársi kapcsolatokban élők száma több, mint a duplájára emelkedett (125 ezerről 272 ezerre) és ma már ezen arány az összes párkapcsolatoknak több, mint a 11%-át képezi. Minél fiatalabbak a nők, annál nagyobb arányban választják az élettársi formát. Az együttélésnek ez a formája a képzettséggel és a munkaviszonnyal is szoros összefüggést mutat.



## A népesség megoszlása háztartástípusok szerint

Háztartástípusok	1970	1980	1990	2001
Házaspáros családból álló háztartás	67,2	64,7	58,7	57,8
Egy szülő gyermekkel	7,3	8,1	10,6	10,6
Egyszemélyes háztartás	17,5	19,6	24,3	25,6
Két- vagy többcsaládos háztartás	5,5	4,2	2,6	3,2
Egyéb összetételű háztartás	2,6	3,4	3,9	2,8
<b>Összesen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

*Forrás: Népszámlálások.*

Az élettársi kapcsolatban élők aránya a pár-  
kapcsolatban élő 20-49 éves nők között  
korcsoportonként

Korcsoport, éves	1970	1984	1990	2002
20-24	2,0	4,6	6,7	46,3
25-29	2,0	3,0	4,8	26,0
30-34	2,2	3,2	4,8	14,6
35-39	2,3	3,4	4,8	9,0
40-44	2,2	3,5	4,9	7,7
45-49	2,3	3,6	4,7	10,2

*Forrás: Népszámlálás; Mikrocenzus 1984; „Életünk fordulópontjai” felvétel, 2002.*

## **7. Regionális sajátosságok**

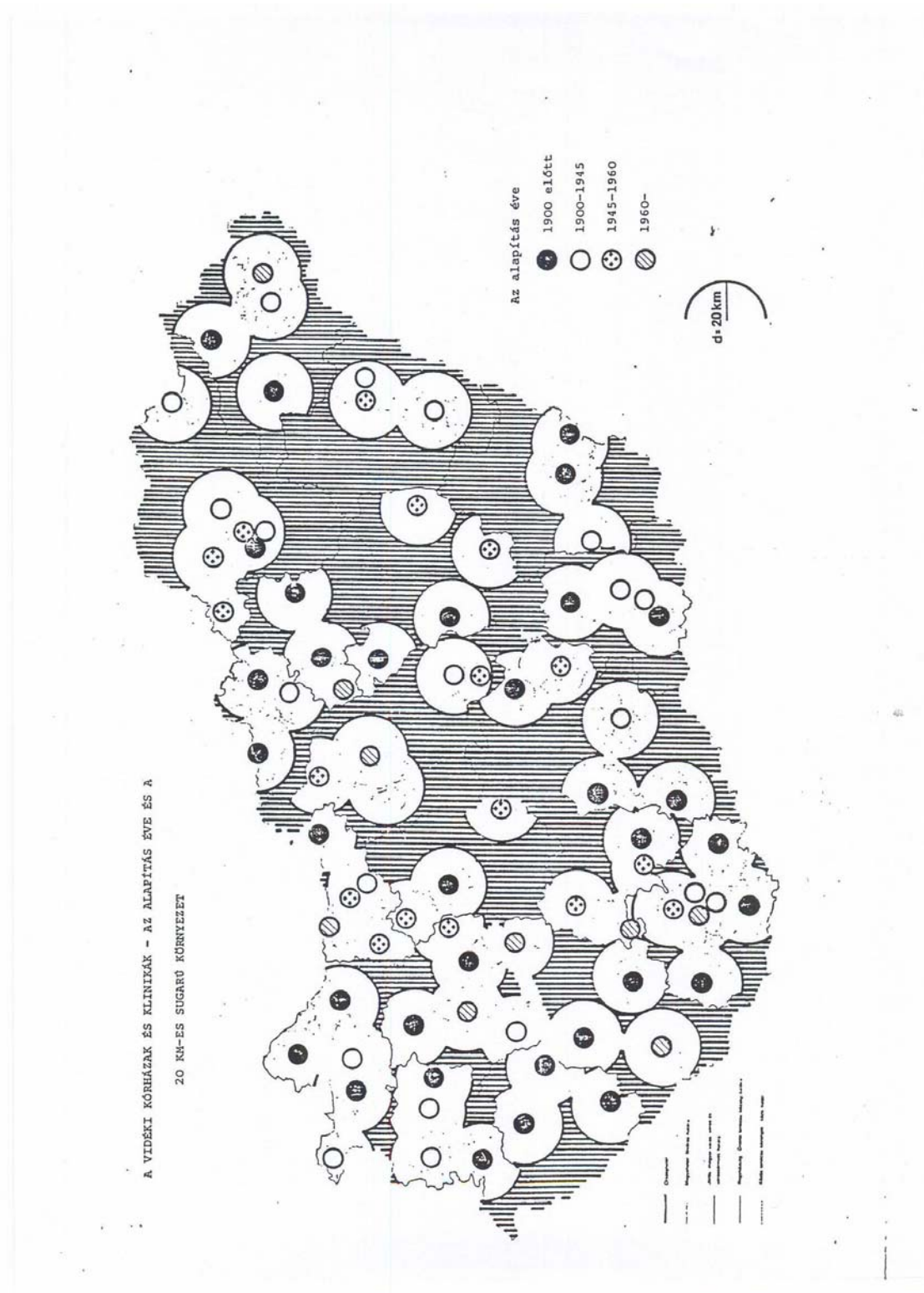
### **7.1. Általános összefüggések**

A tanulmány során többször utaltam arra vonatkozóan, hogy az egészségügyi intézményekben megoldandó feladatok kialakulását számtalan bonyolult tényező befolyásolja. Az összefüggésekben való eligazodás megkívánja, hogy minél szélesebb körben vizsgáljuk a közvetlen és a közvetett hatásokat, valamint az egyes tényezők kereszthatásait. Ennek az összefüggésrendszernek egy fontos eleméről eddig nem esett szó, amit tömören „regionális sajátosságok” címen foglaltam össze.

Amint a bevezető részben is ígértem, hogy a regionális sajátosságok során is csak az alapvető kérdéseket érintem, azokat is csupán olyan mélységben, amit az általam felvetett témák megértései, illetve a problémák megoldásának ismeretei megkívánnak. A téma részletes feldolgozása ugyanis jóval meghaladná a disszertáció által nyújtott lehetőségeket.

A regionális vizsgálatnál a hazai szélsőségek feltárása mellett fontos szempontnak tartom, hogy utaljak az Európai Unió gazdaságfilozófiájának az egyes térségek között mutatkozó eltérések kiegyenlítésére való törekvésre, amely fontos helyet foglal el az Unió politikájában. A téma vizsgálatának azért is van értelme, mivel a magyar eltérések kiegyenlítésében az Unióhoz benyújtható ilyen témájú pályázatok kedvező lehetőségeket kínálnak számunkra és e téren van mit pótolnunk, amit a nemzetközi összehasonlítás születéskor várható adatai az emberi fejlettségben való lemaradásunk, továbbá a hazai megyék között mutatkozó eltérések jól bizonyítják. (Lásd az 1-3 sz. és a 6-26 sz. mellékleteket.)

A hazai egészségügyi helyzet regionális sajátosságait legjobban a kórházak regionális elosztásának és a kórházak 20 km-es vonzáskörzetének bemutatása tükrözi vissza.



Az ábrára történő egyetlen pillantásból megállapítható, hogy Magyarországon a regionális igényekhez komolyan igazodó egészségügyi fejlesztési stratégia nem nagyon olvasható ki ebből az ábrából. Ismeretes ugyanis, hogy egy kórházat minimum 50, de inkább 100 évet kiszolgáló időre építenek. (Ilyen hosszú távú kitekintésre vonatkozó gazdaságstratégiai irodalom sehol sem található.) A tör-

téneti visszapillantásból, a kórházak építési idejét is figyelembe véve, egyértelműen megállapítható, hogy egy ilyen koncepció nem is létezhetett. A kórházak építési idejét és az adott település mindenkori vezetőjének politikai, vagy személyi kapcsolatait után kutatunk, akkor megtalálhatjuk a magyarázatot. A kórházak építésében nem az igény, hanem a vezetők személyi kapcsolatának függősége jól tetten érhető. (Ezek részletes feltárására sok történésznek és politológusnak tudna hasznos témát adni a téma részletes feldolgozása.)

Az egészségügynek a regionális elemzéseire megfogalmazott sommás megállapítás az egyes tényezők esetében változatos képet mutat. De általánosságban megállapítható, hogy

**Budapest sok esetben a legkedvezőbb** mutatók közé tartozik,

míg **Zala, Bács, Borsod és Szabolcs megyék között, zömmel a legkedvezőtlenebb mutatók** találhatóak.

Az általánosság mögött az egyes konkrét témákat megvizsgálva a következő kép alakult ki az 1999 évben végzett részletes KSH felmérések alapján.

## **7.2. A lakosság számának és alapvető egészségügyi ellátásának regionális jellemzői**

A magyar lakosság száma 1980 óta fokozatosan csökken. A lakosság számának változása az ország egyes régiói között eltérően alakult.

- 1980 és 1990 között a magyar lakosság számának csökkenése 3,1%-os volt és
- minden régióban csökkenés tapasztalható.

A rendszerváltás után 1990 és 2000 között a csökkenés 2,5%-ra mérséklődött és

a régiók közötti változás azonban rendkívüli módon megváltozott. A +10,9%-os növekedés és a -11,2%-os csökkenés között szóródott.

A legnagyobb változás ebben az időszakban a fővárosban és Pest megyében következett be.

Budapest lakosainak száma 1980 és 2000 között 340 ezerrel csökkent. A csökkenés 2000 és 2003 között 72 ezer főre tehető.

A Budapestről elvándorolt lakosok zöme az agglomerációban elepedett le. A budapesti lakosoknak az agglomerációba való érzékelhető letelepedése csak a rendszerváltás után mutatható ki.

Pest megyében ugyanis a lakosság száma 1980 és 1990 között még kereken 24 ezerrel csökkent,

1990 óta viszont 2000-ig, kereken 104 ezerrel nőtt és

2000-től, 2003-ig, további 52 ezerrel gyarapodott. A rendszerváltás után az ország más tájain a lakosság számbeli változásában is érzékelhető eltérések következtek be. 1990 és 2000 között az ország egyes tájain, mindkét irányban +-figyelemre méltó vándorlás indult meg.

A rendszerváltozás után Budapest és a vonzáskörzete között lezajlott lakossági cseréhez hasonló méretű változás értelemszerűen másutt nem jelentkezett. Az ország átlagos változásától azonban figyelemreméltó eltérések tapasztalhatók, miközben

- az ország lakossága 1990 és 2000 között 1,5%-kal csökkent,
- a már említett Pest megyén kívül Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 3,5%-os,
- Győr-Moson-Sopron megyében 1,5%-os és
- Fejér megyében 1,3%-os növekedés volt, továbbá
- ugyancsak valamelyest nőtt a létszám, Hajdú-Bihar, Komárom-Esztergom és Bács-Kiskun megyékben is.

A **csökkenésben az országos átlagot meghaladó** mértékű volt tapasztalható (Budapesten kívül) Vas megyében, Békés megyében, Nógrád megyében, ahol 2, vagy azt meghaladó százalékos volt az átlagot meghaladó érték.

Az előbbieknél kisebb volt az eltérés Heves megye, Zala megye, Baranya megye, Csongrád megye és Békés megyékben.

**2000 és 2003 között a lakosság számának csökkenése** -0,8%-ot mutatott. Ezen belül

- Budapest -0,4%-kal,
- Békés megyében 1,9%-kal,
- Veszprém megyében 1,8%-kal,
- Borsod megyében 1,4%-kal haladta meg a csökkenés az országos átlagot.
- Ebben az időben továbbra is növekedést mutatott
- Pest megye (4,9%),
- Győr-Moson-Sopron megye (1,2%) és
- Fejér megye (0,5%).

Az egészségügyi viszonyokat leginkább jellemző mutatók közül a rendszerváltás után (1990 és 2000 között) a **kórházi ágyszám** 21600-al csökkent. Így 10.000 lakosra számítva az 1990 évi 98,3-ről 2002-re 79,2-re csökkent. Az utolsó regionális közlés (2002) szerint

- legtöbb kórházi ágy Budapesten van (68%-kal több az országos átlagnál) és
- a legkevesebb Pest megyében, ahol az országos átlagnak csak 41%-a található.

Az országos átlagszintet (melyben Budapest súlya jelentősen torzít), a fővároson kívül

Veszprém, Zala, Baranya, Csongrád megyék haladják meg.

A háziorvosi ellátottság terén az elmúlt években alapvető változás nem történt. A legjobb ellátottság Budapesten és általában a klinikákkal rendelkező megyékben és a legtöbb dunántúli megyében található. Legrosszabb az átlag alatti szint az Alföldön és az északi megyékben. Nagyjából ez a jellemző a gyermekorvosokkal való ellátottságra is.

Háziorvosok, 2002

Megye, főváros, régió	Háziorvos	Egy házi-orvosra jutó lakos	Rendelésen megjelent	Beteglá-togatás	Betegfor-galom együtt	Szakrendelésre küldött	Kórházba utalt
Budapest	981	1 753	6 430,5	954,6	7 385,1	1 300,7	55,4
Pest	470	2 352	4 248,4	608,3	4 856,7	653,1	41,3
<b>Közép-Magyarország</b>	<b>1 451</b>	<b>1 947</b>	<b>10 678,9</b>	<b>1 562,9</b>	<b>12 241,8</b>	<b>1 953,7</b>	<b>96,7</b>
Fejér	203	2 110	2 172,0	243,9	2 415,9	283,9	15,4
Komárom-Esztergom	159	1 984	1 658,5	152,3	1 810,8	254,0	12,1
Veszprém	191	1 936	1 898,3	131,6	2 029,8	217,1	9,9
<b>Közép-Dunántúl</b>	<b>553</b>	<b>2 014</b>	<b>5 728,8</b>	<b>527,8</b>	<b>6 256,6</b>	<b>754,9</b>	<b>37,3</b>
Győr-Moson-Sopron	214	2 052	2 078,1	237,4	2 315,4	268,8	12,7
Vas	148	1 807	1 349,7	134,0	1 483,6	146,2	8,6
Zala	153	1 947	1 530,2	119,0	1 649,2	163,8	8,5
<b>Nyugat-Dunántúl</b>	<b>515</b>	<b>1 950</b>	<b>4 957,9</b>	<b>490,4</b>	<b>5 448,3</b>	<b>578,9</b>	<b>27,8</b>
Baranya	232	1 744	2 403,9	168,2	2 572,1	356,1	16,5
Somogy	183	1 834	1 948,1	145,9	2 094,0	272,6	18,0
Toina	127	1 961	1 398,1	132,2	1 530,2	204,2	9,7
<b>Dél-Dunántúl</b>	<b>542</b>	<b>1 825</b>	<b>5 750,1</b>	<b>446,2</b>	<b>6 196,3</b>	<b>832,9</b>	<b>43,3</b>
Borsod-Abaúj-Zemplén	367	2 029	4 186,8	357,9	4 544,8	590,9	30,3
Heves	158	2 057	2 007,6	172,0	2 179,6	233,9	13,3
Nógrád	112	1 959	1 200,6	87,9	1 288,4	131,5	9,4
<b>Észak-Magyarország</b>	<b>637</b>	<b>2 023</b>	<b>7 395,0</b>	<b>617,9</b>	<b>8 012,8</b>	<b>956,3</b>	<b>53,0</b>
Hajdú-Bihar	270	2 044	2 631,7	286,3	2 918,0	341,1	18,7
Jász-Nagykun-Szolnok	198	2 102	2 219,6	192,3	2 411,9	279,9	16,2
Szabolcs-Szatmár-Bereg	268	2 187	3 106,7	258,0	3 364,7	348,4	20,0
<b>Észak-Alföld</b>	<b>736</b>	<b>2 112</b>	<b>7 958,0</b>	<b>736,6</b>	<b>8 694,6</b>	<b>969,3</b>	<b>55,0</b>
Bács-Kiskun	265	2 053	2 946,1	246,9	3 193,0	375,4	19,8
Békés	197	2 011	2 023,4	222,2	2 245,6	305,1	17,3
Csongrád	229	1 864	2 138,5	218,8	2 357,3	298,1	18,2
<b>Dél-Alföld</b>	<b>691</b>	<b>1 978</b>	<b>7 108,0</b>	<b>687,9</b>	<b>7 795,9</b>	<b>978,6</b>	<b>55,3</b>
<b>Összesen</b>	<b>5 125</b>	<b>1 979</b>	<b>49 576,7</b>	<b>5 069,6</b>	<b>54 646,3</b>	<b>7 024,7</b>	<b>368,4</b>

Házi gyermekorvosok, 2002

Megye, töváros, régió	Házi gyermekorvos	100 000 lakosra jutó házi gyermekorvos	Rendelésen megjelent	Lakáson történő látogatás	Betegforgalom együtt	Szaktanácsadáson megjelent
Budapest	346	20	1 275,7	269,4	1 545,1	275,2
Pest	177	16	1 053,6	169,6	1 223,2	147,1
<b>Közép-Magyarország</b>	<b>523</b>	<b>19</b>	<b>2 329,3</b>	<b>439,0</b>	<b>2 768,3</b>	<b>422,3</b>
Fejér	63	15	396,8	41,4	438,2	54,4
Komárom-Esztergom	50	16	318,7	46,0	364,7	34,6
Veszprém	54	15	293,0	24,7	317,7	41,1
<b>Közép-Dunántúl</b>	<b>167</b>	<b>15</b>	<b>1 008,5</b>	<b>112,2</b>	<b>1 120,7</b>	<b>130,1</b>
Győr-Moson-Sopron	61	14	322,8	51,4	374,2	58,0
Vas	41	15	184,6	30,7	215,3	30,2
Zala	38	13	204,2	28,8	233,0	27,5
<b>Nyugat-Dunántúl</b>	<b>140</b>	<b>14</b>	<b>711,7</b>	<b>110,8</b>	<b>822,5</b>	<b>115,6</b>
Baranya	68	17	404,0	35,5	439,5	48,4
Somogy	40	12	267,5	29,8	297,3	33,2
Tolna	41	16	281,4	30,9	312,3	28,5
<b>Dél-Dunántúl</b>	<b>149</b>	<b>15</b>	<b>952,9</b>	<b>96,1</b>	<b>1 049,0</b>	<b>110,1</b>
Borsod-Abaúj-Zemplén	104	14	646,8	87,1	733,9	80,0
Heves	35	11	230,8	35,3	266,1	30,0
Nógrád	25	11	178,0	17,1	195,1	21,4
<b>Észak-Magyarország</b>	<b>164</b>	<b>13</b>	<b>1 055,7</b>	<b>139,5</b>	<b>1 195,1</b>	<b>131,3</b>
Hajdú-Bihar	93	17	574,6	72,5	647,1	69,6
Jász-Nagykun-Szolnok	61	15	396,4	37,2	433,7	42,3
Szabolcs-Szatmár-Bereg	67	11	416,7	46,1	462,9	42,0
<b>Észak-Alföld</b>	<b>221</b>	<b>14</b>	<b>1 387,7</b>	<b>155,8</b>	<b>1 543,6</b>	<b>153,9</b>
Bács-Kiskun	86	16	572,4	53,2	625,6	75,0
Békés	56	14	410,7	27,8	438,5	43,9
Csongrád	73	17	427,5	54,7	482,3	65,1
<b>Dél-Alföld</b>	<b>215</b>	<b>16</b>	<b>1 410,7</b>	<b>135,7</b>	<b>1 546,4</b>	<b>184,0</b>
<b>Összesen</b>	<b>1 579</b>	<b>16</b>	<b>8 856,5</b>	<b>1 189,1</b>	<b>10 045,6</b>	<b>1 247,4</b>



A szakrendelők nyilvántartásai szerint egy magyar lakos évente általában 18-szor fordul meg a szakrendelésen. Ezen belül Budapesten 33-szor, Csongrádban 29-szer, Veszprémben, Zalában általában 21-szer. Legkevesebb rendelői forgalom Győr, Fejér, Somogy, Komárom és Pest megyékben. (Itt az egy lakosra számított érték 9-11 között váltakozik.)

Járóbeteg-szakellátás\*, 2002

Megye, főváros, régió	Rendelőóra		Gyógykezelési eset		Egy gyógykezelési esetre jutó idő, perc
	összesen, 1000 óra	1000 lakosra	összesen	egy lakosra	
Budapest	5 282	3 054	57 311	33,1	5,5
Pest	1 038	946	11 983	10,9	5,2
<b>Közép-Magyarország</b>	<b>6 320</b>	<b>2 235</b>	<b>69 294</b>	<b>24,5</b>	<b>5,5</b>
Fejér	536	1 251	3 688	8,6	8,7
Komárom-Esztergom	409	1 293	3 421	10,8	7,2
Veszprém	434	1 172	7 746	20,9	3,4
<b>Közép-Dunántúl</b>	<b>1 379</b>	<b>1 237</b>	<b>14 855</b>	<b>13,3</b>	<b>5,6</b>
Győr-Moson-Sopron	508	1 158	3 568	8,1	8,5
Vas	402	1 500	3 220	12,0	7,5
Zala	451	1 510	6 303	21,1	4,3
<b>Nyugat-Dunántúl</b>	<b>1 361</b>	<b>1 353</b>	<b>13 092</b>	<b>13,0</b>	<b>6,2</b>
Baranya	828	2 042	7 375	18,2	6,7
Somogy	436	1 296	3 316	9,9	7,9
Tolna	293	1 174	2 821	11,3	6,2
<b>Dél-Dunántúl</b>	<b>1 557</b>	<b>1 570</b>	<b>13 511</b>	<b>13,6</b>	<b>6,9</b>
Borsod-Abaúj-Zemplén	1 011	1 354	9 432	12,6	6,4
Heves	404	1 239	6 142	18,8	3,9
Nógrád	214	974	3 588	16,3	3,6
<b>Észak-Magyarország</b>	<b>1 629</b>	<b>1 260</b>	<b>19 161</b>	<b>14,8</b>	<b>5,1</b>
Hajdú-Bihar	1 032	1 868	7 286	13,2	8,5
Jász-Nagykun-Szolnok	462	1 106	7 997	19,2	3,5
Szabolcs-Szatmár-Bereg	685	1 167	7 386	12,6	5,6
<b>Észak-Alföld</b>	<b>2 178</b>	<b>1 399</b>	<b>22 668</b>	<b>14,6</b>	<b>5,8</b>
Bács-Kiskun	671	1 230	7 893	14,5	5,1
Békés	537	1 350	7 555	19,0	4,3
Csongrád	870	2 035	12 406	29,0	4,2
<b>Dél-Alföld</b>	<b>2 077</b>	<b>1 516</b>	<b>27 853</b>	<b>20,3</b>	<b>4,5</b>
<b>Összesen</b>	<b>16 502</b>	<b>1 624</b>	<b>180 434</b>	<b>17,8</b>	<b>5,5</b>

\* A MÁV és a községi fogászatok adataival együtt. – Data of MÁV (Hungarian State Railways) and dentists of villages included.

### 7.3. A halálozás\*

Nemzetközi viszonylatban a magyarországi mortalitási mutatók igen kedvezőtlenek:

- a férfiak halálozása 1,8-szer,
- a nőké 1,7-szer volt nagyobb 1999-ben, mint az 1997. évi EU-átlag.
- Rosszabb a helyzetük a 0-64 évesek halálozásában,
- a férfiak standardizált halálozási aránya 2,4-szer,
- a nőké 1,9-szer magasabb, mint az EU-átlag.

A halálozási mutatók változásában jelentős szerepe van annak, hogy 1980 óta a népesség korösszetételében lényeges változások történtek, jelentősen megnőtt az időskorosztályok aránya és ez a folyamat a tágabb korcsoportokra vonatkozó korszpecifikus mutatók nem változtak, sőt nem egy esetben javultak. A mutatók területi összehasonlításainál is figyelembe kell venni, hogy a különböző területek lakosságának kormegoszlásában jelentős különbségek vannak, melyek szintén befolyásolják a halálozási viszonyokat.

**a. Standardizált halálozási arány,** a férfiaknál az országos átlag 14,30 értéket mutat. Ezen belül legkisebb a budapesti érték (12,15) ezután a sorrendben Győr, Békés és Vas megyék következnek. Az országos átlagnál 8 megyében alacsonyabb a mutató az országos átlagnál.

Legkedvezőtlenebb ez az érték Somogy megyében 15,93, visszafelé sorrendben ezt követi Szabolcs, Tolna és Borsod megye. Heves megye lényegében az országos átlagon áll, előtte Csongrád mögötte Szolnok helyezkedik el.

A nőkre vonatkozó országos átlag a vizsgált időpontban 10,72, amelynél magasabb érték 6 megyében található. A legjobb és a legkedvezőtlenebb egyezik a férfiaknál bemutatott megyékkal az ezt követő sorrendben azonban már van némi eltérés. (Pl. Pest megye értékei a harmadik legrosszabb értéket mutatják.)

**b. A csecsemő halandóság értékei** 1997 és 1999 évek átlaga alapján kerültek kiszámításra. Az Európai Unió átlaga ebben az időben (1997 évben) 5,2-es értéket mutatott a magyar átlag (1997-1999 átlag) ekkor 9,3 volt.

---

\* Forrás: KSH. Statisztikai Évkönyvek és Életminőség 2002.

A csecsemőhalandóság húsz év alatt Magyarországon látványos módon csökkent

1979-1981 évek átlaga	22,7
1981-1991 évek átlaga	15,4
1997-1999 évek átlaga	9,3 volt.

Érdemes megjegyezni, hogy a magyar adatok között

- Csongrád megye átlaga mutatott ebben az időben legkedvezőbb értéket, de ez is valamivel (0,2-del) magasabb volt az Európai Unió átlagánál.
- A budapesti érték a csecsemőhalálzásnál a hatodik helyen áll.
- A legrosszabb értékek Somogy, Fejér, Szabolcs és Borsod megyékben található.

A fontosabb halálokok regionális különbségei között az alábbiakra kívánom a figyelmet felhívni.

Közismert, hogy az összes halálokok között legnagyobb arányt

**c. A keringési betegségek** képezik. A keringési betegségben meghaltak az összes halálokoknak több, mint a felét képezik.

A keringési betegségek okozta halálzás arány mind a két nem esetében több, mint a kétszerese az EU tagországok átlagainak.

A betegségre jellemző, hogy a 65 év feletti korosztályra tehető a zöm, de érdemes megjegyezni, hogy

1999-ben a 65 évnél fiatalabb keringési betegségben elhaltak aránya csaknem az egyötödét képezte az ilyen betegségben elhaltak közül.

A keringési betegség okozta halálzás területi különbségei a 34-64 éves korcsoportban a legszembetűnőbb. 1999-ben a férfiak esetében ez az érték országos átlagban 40,55 értéket mutatott.

Ezen belül

a legjobb mutatót Budapesten 33,1,

a legrosszabbat Bács-Kiskun megyében 47,9 regisztráltak.

A korábbi esetekben általában

a sor végén található Borsod, valamivel jobb, mint az országos átlag (39,9) és Szabolcs is közel a középmezőnyben helyezkedik el.

A nőknél az országos átlag 15,06 értéken alakul. Ezen belül a legjobb térség Hevesben van 10,8 értékkel, Budapest pedig ebben a kategóriában az ötödik

helyen áll (12,8-kal). A legrosszabb térségnek Borsod számít, ahol a mutató 17,9 volt.

#### **a) Daganatok okozta halálozás**

Magyarországon az elmúlt két évtizede évente 30-34 ezer ember halt meg különböző daganatos betegség következtében,

1999-ben számuk 34255 volt, ebből 13131 fő, aki 65 éves kor előtt halt meg e betegségcsoport miatt.

Rákhalandóságunk nemzetközi viszonylatban a legrosszabbak közé tartozik, 1999-ben

a férfiak 58%-kal,

a nőké 44%-kal volt nagyobb, mint az 1997. évi EU-átlag.

Daganatok okozta halálozás 1980 és 1990 között 27,397-ről 34,255-re, 23%-kal emelkedett. A daganatos betegségben elhaltak száma 1999-ben az halálesteknek kerekén a negyedét képezte.

A különböző megyék között a 30-64 éves férfiak standardizált halálozási mutatója 1999 évben országos átlagban 35,4 értéket mutatott, amely

legjobb Budapesten (30,6) és

a legrosszabb Szabolcsban volt.

A jók között második Győr, harmadik Baranya, majd Vas megyék helyezkednek el.

A legrosszabb után (visszafelé) Békés, Somogy, majd Heves megye következik.

A nőknél ez a mutató országos átlagban 19,1-es értékű, melynek legkedvezőbb értéke Győr (15,2) Nógrád (15,8) és Bács (16,3) megyékben volt. A legrosszabb Hajdú (23,6), Tolna (20,7), Borsod (20,5).

Budapest a nők esetében 20,3 értékkel a negyedik legrosszabb értéket képviseli.

#### **b) Az emésztőrendszer betegségei**

Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás az elmúlt két évtizedben igen jelentős mértékben növekedett. Ebbe a kategóriába tartozó halálokok 1999-ben Magyarországon a harmadik helyen álltak és az összes halálesetben 7,2%-a képezték az ide sorolt esetek.

A nagyobb csoportokat képező halálesetek között viszont az emésztő rendszeri betegségben elhaltak növekedése mutat legnagyobb emelkedést (1980 és 1999 között 46,4%-ot). A növekedés alapvetően az alkoholos májbetegségek számának emelkedése okozta. Ez a betegség főleg a férfiakat érinti, azonban Magyarországon – ellentétben más országokkal – a nők körében is jelentősen megnőtt a rendszeres és nagymértékű alkoholfogyasztás következtében kialakult májzsugorodás okozta halálozás.

Míg a közismerten borfogyasztó országokban jelentősen csökkent a májbetegségek miatti mortalitás, addig hazánkban évről évre emelkedett. A 65 éven aluli férfiak emésztőrendszer-betegségei miatti halálozása

1980-ban még csak 1,5-szer volt nagyobb, mint az EU-átlag, az 1999. évi adatok szerint 5,5-szeresre emelkedett ez az arány. A 65 éven aluli nők halálozása 1999-ben 4,2-szer nagyobb, mint az 1997. évi EU-átlag.

Az emésztőrendszeri betegségben elhaltak regionális alakulása elég széles sávon szóródik. A legjobb és a legrosszabb területi eltérés között mintegy 2,4-szeres különbség van.

1999 évben a 30-64 éves férfiak emésztőrendszeri betegségben meghaltak standardizált halálozási arányának országos átlaga 20,2 értéket mutatott.

Ezen belül

a legjobb Békés megyei mutató 10,8,

a legrosszabb Borsod 25,6 volt.

A budapesti érték, bár az átlagosnál kedvezőbb, de a negyedik helyen állt.

A legutolsó kategóriába Borsodon kívül Nógrád, Pest és Zala megyék tartoztak.

A nőknél az országos átlag értéke 7,0, ezen belül

a legalacsonyabb érték Zalában 4,5.

a legrosszabb (legmagasabb) Komáromban 11,0 volt.

A budapesti érték a nők esetében a negyedik legrosszabb 7,6.

**c) A légzőszervi betegségek** okozta halálozási arányok az elmúlt két évtizedben, nemzetközi összehasonlításban is kedvezően alakultak. Az összes korcsoportra a halálozási arányuk jobb, mint az EU-átlag. A légzőszervi fertőzések miatti halálozás csökkenése elsősorban az antibiotikumok alkalmazásának köszönhető.

A légzőrendszer betegségekben meghaltak száma és aránya két évtized alatt csaknem 40%-kal csökkent. 1999-ben 6208 ember vesztette életét az ide tartozó betegségcsoportban.

A légúti megbetegedések közül a felvétel időpontjában területi részletességű felvétel nem készült. E betegségcsoporthoz sorolható regionális helyzetet a 100.000 lakosra vonatkozó új tbc-s betegek 1999 évi adataival kívánjuk érzékeltetni. A felvétel időpontjában az országos átlag érték 39 volt, melynél 5 régió mutatója volt rosszabb.

Békés megye	40
Budapest	51
Hajdú-Bihar megye	52
Pest megye	52
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	57.

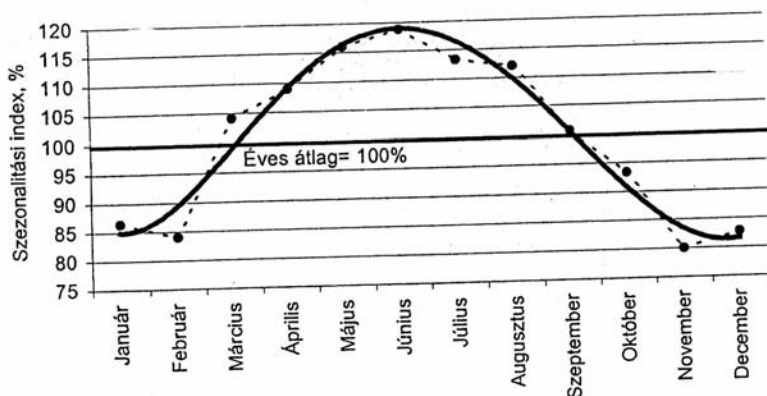
A legjobb értéket Zala megye (18) Vas megye (20) Győr-Moson-Sopron megye (22) mutatta.

A középén Somogy megye (30), Komárom megye (32) Szolnok megye (34) található.

#### **d) A halállal végződő öngyilkosságok**

1980 és 1999 között csaknem 30%-kal csökkent. Az öngyilkosoknak háromnegyede a férfiak halállal végződő eseteiből adódik. Érdeemes megjegyezni, hogy a halállal végződő öngyilkosságok szezonális megoszlása – több év átlaga alapján – a Simusz vonalra hasonlít, ahol a maximumot az év közepi hónapok, a legalacsonyabb értékeket az év eleji és végi hónapok képezik.

A halállal végződő öngyilkosságok szezonális változása, 1992–1999 évek átlaga



A férfiaknál a halállal végződő öngyilkosság 100.000 férfi lakosra számítva 1997 és 1999 évek átlagában 51,1 volt.

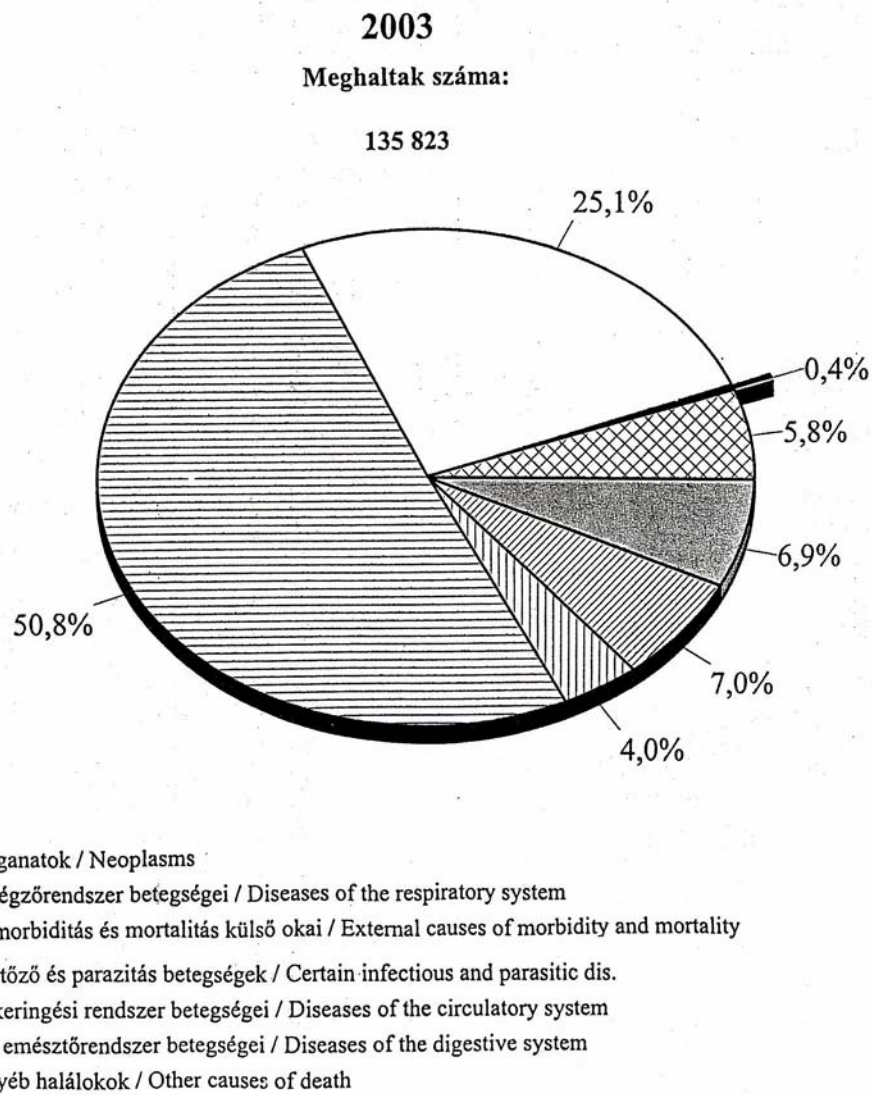
A legalacsonyabb értékek a Nyugat-Dunántúlon, a legmagasabbak a Dél-keleti országrészben találhatók.

Az országos átlaghoz képest a legalacsonyabb érték Győr megyében (kb. a fele az átlagnak), volt a legmagasabb Csongrádban az országos átlagnak a másfélszerese található. Budapesten a férfiak halállal végződő öngyilkossága a második legkedvezőbb értéket mutatják.

A nőkre vonatkozóan a legkedvezőbb és a legrosszabb mutató azonos a férfiaknál bemutatottal (Győr-Csongrád). A budapesti helyezés viszont a nőknél az ötödik legrosszabb értéket mutatja.



**Halálozások haláloki főcsoportok szerint,  
a X. nemzetközi haláloki névjegyzék alapján <sup>a)</sup> 2003**



a) Forrás: Központi Statisztikai Hivatal

#### 7.4. A születéskor várható élettartam

2002-ben a férfiaknál 68,26,  
a nőknél 76,56 év volt.

A nemzetközi mezőnyben a fenti értékek nagyon kedvezőtlennek számítanak. A 39 ország adataival való összehasonlítással a férfiak esetében a harmincadik,

a nőknél a huszonötödik helyen állunk.

1960 óta a legalacsonyabb érték (legrövidebb várható élettartam)

a férfiaknál 1993 évben volt 64,53 év,

a nőknél 1962-ben 70,02 év.

A regionális adatok között (a korábbi halandósági mutatókkal megegyező időben 1999-ben).

Az EU országainak átlagától

a férfiak esetében 8,52 évvel (13%-kal)

a nőknél 6,1 évvel (8%-kal) maradtunk el.

A megyék között a férfiaknak

a legkedvezőbb a mutató Győr megyében (68,16) utána Budapest (67,88) következett.

A középen helyezkedik el Fejér megye (66,38), Szolnok megye (66,10) és Pest megye (65,97).

A születéskor várható átlagos élettartam

legrosszabb volt Szabolcsban (64,72), amely a legjobb Győr megyétől 3,44, évvel

az országos átlagtól másfél évvel és

az EU-átlagtól 5,42 évvel marad el.

Az alsó sávban Szabolcs-Szatmár-Bereg megye után Borsod-Abaúj-Zemplén (64,95), majd Somogy megye következik (65,00).

1990 és 1999 között a férfiak születéskor várható átlagos élettartama

Pest megyében javult legjobban (2,16 év).

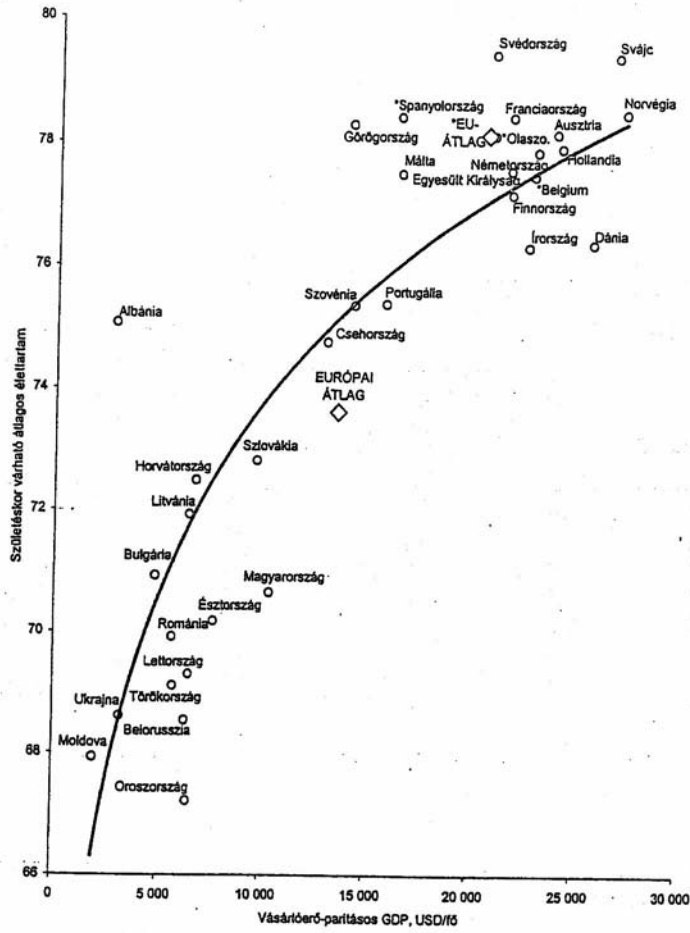
Budapest ebben a sorrendben a harmadik helyen állt (1,58-as értékkel).

Borsod-Abaúj-Zemplén a negyedik (1,57) és

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye az ötödik (1,38) volt.

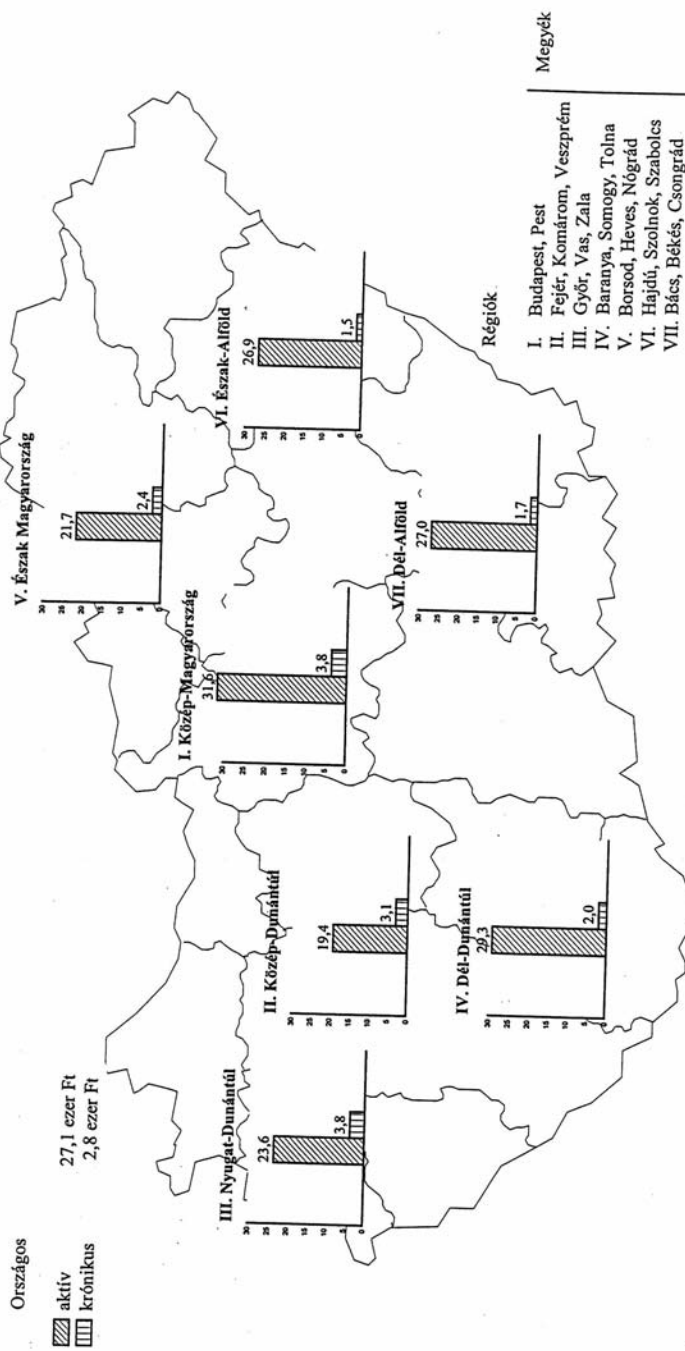
Somogyban a vizsgált időben csökkent (-0,12) az érték, Zala megyében pedig lényegében alig változott (0,09). Részletesen lásd a ...sz. mellékletben.

Az egy főre jutó vásárlóerő-paritásos GDP és a születéskor várható élettartam kapcsolata, 1998



$r=0,843$ ;  $P<0,001$   
 \*1997. évi adat.

Egy lakosra jutó finanszírozási összeg<sup>a)</sup> régiók szerint<sup>b)</sup>, 2003  
 (Fekvőbeteg-szakellátás /



a) A teljesítményfinanszírozás rendszerébe 2003-ban még nem épült be a bérérmelés (átlagosan 50%) fedezete.  
 b) Klinikákkal, országos hatáskörű intézményekkel rendelkező régiók lakosságára vettelt adatai felfelé torzítanak, mert ezekben jelentős a más régiókból érkező betegek ellátása is.

## **7.5. Gyógyvizeink, gyógy-turizmus és a regionális egészségügyi stratégia kapcsolata**

### **7.5.1. Fontosabb sajátosságok**

Évezredekkel korábban az emberiség már felfedezte a földből feltörő melegvizeknek a hasznosságát. Bizonyos vallásokban a rituális fürdés hozzátartozik a vallásgyakorlás szertartásaihoz, ezzel egyidejűleg évezredekkel korábban azt is felfedezte az emberiség, hogy a földből feltörő vizek közül egyik, másik különleges tulajdonságokkal bír és bizonyos betegségek gyógyítására, vagy azok panaszainak enyhítésére nagyon alkalmas. Ezeknek a történelmi koroknak a maradványai Magyarországon a rómaiak által üzemeltetett gyógyfürdők, majd a török időkből származó fürdő maradványok fényesen bizonyítják.

Magyarország, mint gyógyvíz nagyhatalom adatokkal is bizonyítható. Hazánk a világ összes országai között a gyógyvizekkel való ellátottságban az ötödik helyen áll.

- A sorban első Japán,
- utána Izland,
- Olaszország,
- Franciaország,
- végül Magyarország.
- Magyarország gyógyvízben való gazdagságát sajátos földrajzi adottságainak köszönheti.

A Kárpátokkal körülvett terület évezredekkel korábban az úgynevezett Pannon-tenger borította, mely a tektonikus erők folytán eltűnt a Kárpát-medence területéről. Az eltűnést előidéző belső erők olyan repedéseket és törésvonalakat hoztak létre a területen, ahova részben a korábbi tengervíz, részben a felszíni vizek azóta is folyton beszivárognak. A belső hő a vizet felmelegíti és a belső feszültség következtében, (vagy a fúrásokkal keletkezett nyílásokon) ez a víz a felszínre tör.

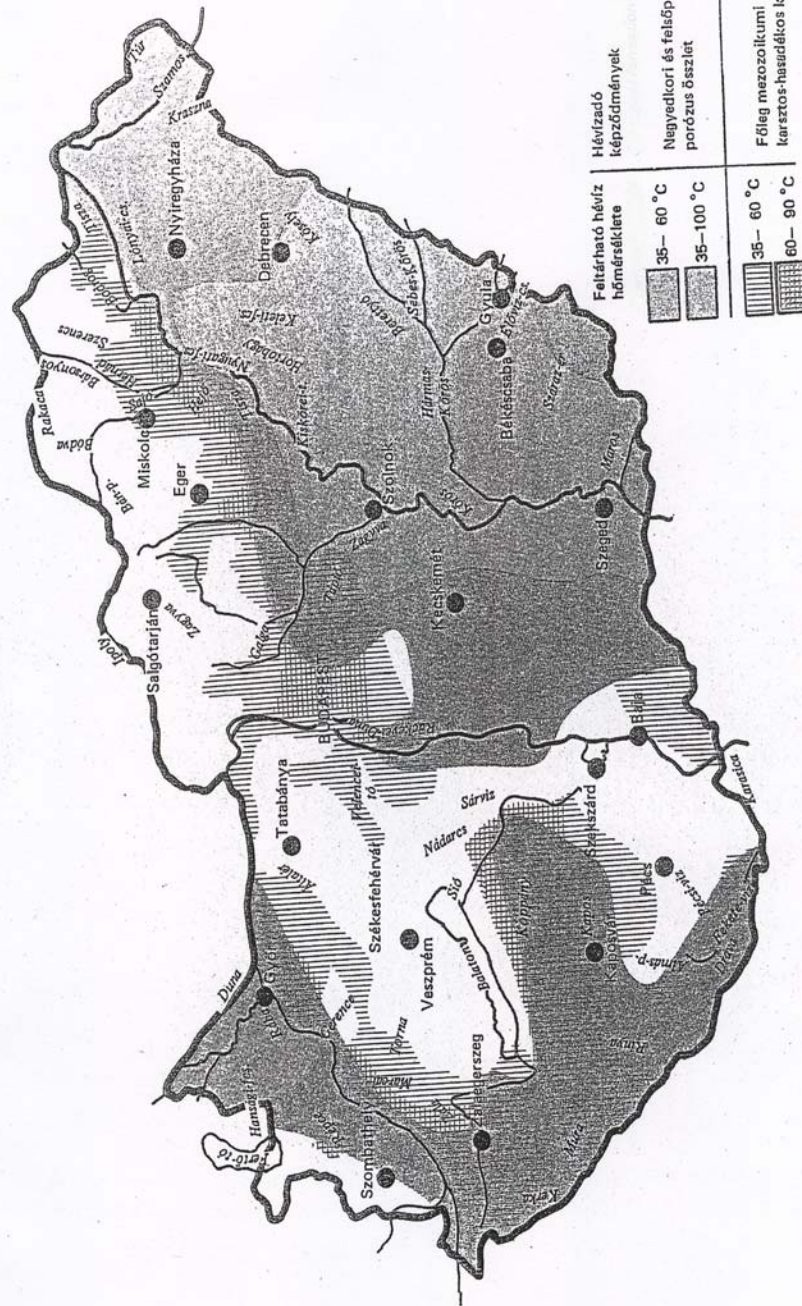
Sajátos adottsága Magyarországnak, hogy az ún. geotermikus grádiens ezen a területen nagyon kedvező. A mutató azt fejezi ki, hogy 33 méterenként a föld belseje felé haladva 1°C-szal emelkedik a hőmérséklet. Ahol ez a távolság ennél rövidebb, ott a geotermikus grádiens a világ átlagnál kedvezőbb. Magyarországon minden 18 méter mélységben emelkedik a hőmérséklet 1°C-szal, tehát a világátlagtól ilyen mértékben tér el.

A magyarországi hévizek kialakulásában, annak is jelentős szerepe van, hogy a Pannon-tenger egykori területe fölött a földkéreg vastagsága az átlagosnál lényegesen kevesebb, vagyis mindössze 24-26 km. Ebből adódóan az a vízmennyiség, amely a föld belsejében tárolódik, vagy a törésvonalakon beszivárog, lényegesen jobban fölmelegszik, mint ott, ahol a miénktől eltérően kedvezőtlenebb a geotermikus grádiens.

Az eddigi ismereteink szerint az ország területének 90%-a alatt hévíz található. Ez a szám annál is inkább érdekes, mivel Magyarországon a nemzetközi gyakorlattól eltérően az számít hévíznek, amely legalább 35 °C-ot eléri. A jelenlegi technikák és adottságok mellett ennek a vízkészletnek kb. 10%-a az, amelyik aránylag kifizetődő módon hasznosítható. Vagy úgy, hogy magától a felszínre tör, vagy pedig a fúrások során olyan energia befektetéssel érhető el, amelynek következtében a melegvizet érdemes a felszínre hozni.

A következőkben térkép mutatja, hogy az országban, mely területek azok, ahol különböző hőmérsékletű víz található fúrás, vagy természetes feltörés esetén. Kiegészítést lásd még a .....sz. mellékletben.

# A HÉVÍZFELTÁRÁSRA ALKALMAS KÉPZŐDMÉNYEK ELTERJEDÉSÉNEK SEMATIKUS TÉRKÉPE



Forrás: KSH. A környezet állapotja és védelme 1986.

A föld mélyéből feltörő, vagy beavatkozás folytán megszerzett melegvizet különböző módon kategorizálhatók. Az a vízmennyiség, amely literenként legalább ezer milligramm oldott szilárdanyagot tartalmaz, ásványvíznek nevezzük.

Az ásványvizek a tartalmuk alapján következő csoportba sorolhatók.

- Egyszerű termálvizek,
- egyszerű szénsavas vizek,
- alkáli-hidrogén-karbonátos vizek,
- kalcium-magnézium-hidrogén-karbonátos vizek,
- kloridos vizek,
- szulfátos vizek,
- vasas vizek,
- kénes vizek,
- jódos-brómos vizek,
- fluoridos vizek,
- radioaktív vizek.

Hazánk területének mintegy kétharmada részén található olyan összetételű és hőfokú vizek, amelyek részben gyógyhatást is kifejtenek. Ilyen források környékén gyógyfürdők épültek ki. Három ilyen gyógyfürdő területet különböztetünk meg, a dunántúli, amely

Harkány, Zalakaros, Hévíz,

Sárvár, Bükk és

Balf fürdőket foglalja magába.

Észak-Magyarországon, amelyhez Parád, Eger, Mezőkövesd és Miskolc-tapolca tartozik.

Az Alföldön található Hajdúszoboszlón, Gyulán ilyen hévíz, azonkívül külön területnek számítanak a budapesti gyógyfürdők és gyógyvizek.

A II. világháborút közvetlen megelőzően elsősorban szénhidrogének után kutatva Magyarországon számos olyan fúrás történt, ahonnan gyógyvíz jött a felszínre. Az eddig történt ezer fölötti fúrásból 135 olyan, amelyik gyógyvíz minősítést kapott.

A gyógyvíz kritérium az összetétel alapján lehetséges, amit szükséges orvosi vizsgálatok és minősítések igazolnak.

A hazai gyógyvizeink elsősorban

- a mozgásszervi megbetegedésekre rendkívül alkalmasak, azon kívül
- bőrbetegségek,
- a nőgyógyászati panaszok,
- keringési betegségek kezelésére és rehabilitációra, valamint
- ivókúrák hasznosítására is megfelelnek.



Pontos határvonal a gyógyvizek és az ásványvizek között nincsen.

Magyarországon 1929 évi 16 törvénycikk határozta el végérvényesen egymástól a gyógy és az ásványvizeket.

Ásványvíznek minősül minden olyan víz, amelynek a talajrétegen keresztül a kőzetekből kioldott mennyisége literenként, az ezer milligrammot meghaladja.

A gyógyvíz pedig olyan ásványvíz, amelynek vegyi összetétele és fizikai tulajdonságai gyógyító hatást fejtenek ki.

Korábban ezeknek a hévizeknek a hatása részben dietetikus, prevenciós céljuk, illetve testedzési célokat szolgált.

Az első világháború után hazánk ezeknek a természeti kincseknek nagy részét az elszakított területekkel elveszítette, a megmaradottak pedig nagy része tönkrement megfelelő kezelés hiányában a háború alatt. Ezek közül csupán a Budapest területén található gyógyfürdők részesültek olyan gondozásban, ami a fennmaradásukat biztosította.

A II. világháború szintén óriási károkat okozott a magyar ásvány- és gyógyvíz telepek között, amely jelentősen visszavetette a korábbi termelést.

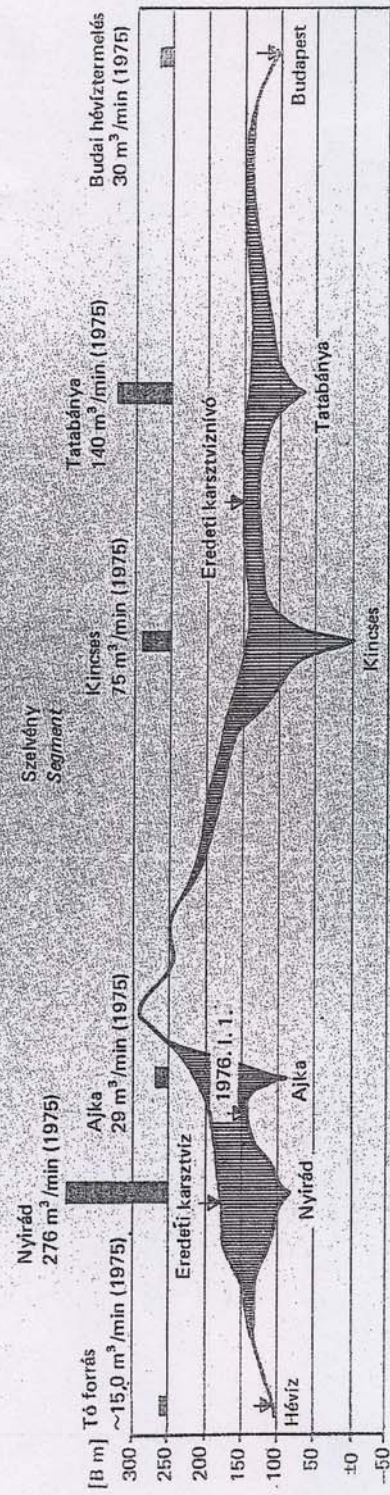
A háború befejezése után csak lassan indult meg ezeknek a területeknek a rehabilitációja, és 1949-ben pedig az államosítással tulajdonképpen állami tulajdonba kerültek a korábban magán kezelésben működtetett gyógyfürdők.

A rendbe hozott gyógyfürdők kezdetben és szociális megfontolásból elsősorban tisztasági fürdőkként működtek, és csak magyar betegeket fogadtak, ebben az időben gyógy-idegen forgalom nem volt.

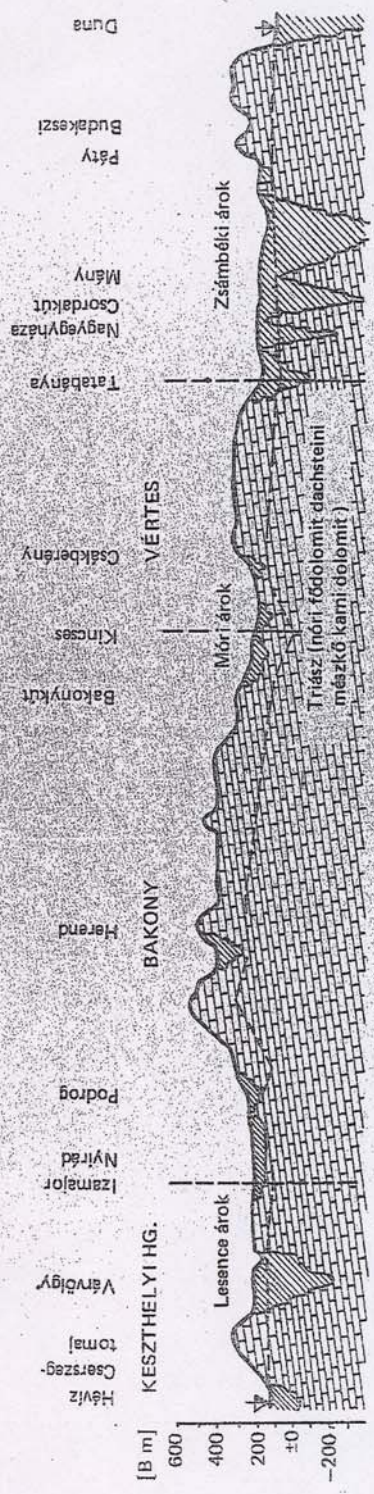
A 60-as években országszerte egy fürdő fejlesztési akció indult, és több gyógyfürdőt, uszodát és strandfürdőt építettek, fejlesztettek tovább. Az ENSZ a 70-es évek elején a magyarországi törekvéseket figyelembe véve, úgynevezett termál projektet létesített, melynek székhelye Budapesten volt, feladata a magyarországi fürdő fejlesztések elősegítése, tervezése, programok kidolgozása volt. Ezt azzal a szándékkal kezdeményezte, hogy a Magyarországon megszületett nohau, más országokban is hasznosítható legyen.

Az utóbbi időkben a gyógyvizeinkben lévő lehetőségek egyre jobban az érdeklődés középpontjába kerültek. Ez különösen akkor kapott komolyabban szárnyra, amikor az egyre jobban kiszélesedő gyógyvíz hasznosítás az alumínium programmal kapcsolatban a dunántúli hévizek hozamának csökkenése miatt veszélybe került. Ez a koncepció egyrészt a hévíz hasznosítás veszélye, másrészt az alumínium ipar gazdaságtalansága miatt az alumínium bányászatot megszüntette, de az ebből keletkezett károk nem tűntek el nyomtalanul. Ezt a következő ábrán jól lehet érzékelni, amely azt mutatja, hogy a dunántúli hévizek területén tulajdonképpen a vízszint mélysége hogyan változott.

VÍZSZINTSÜLLYEDÉS A DUNÁNTULI-KÖZÉPHEGYSÉGBEN



vízszintsüllyedés  
depression of level



A magyarországi hévizekben rejlő óriási lehetőséget igazában a Széchenyi-terv karolta fel, amely kiemelten kezeli az egészségturizmus fejlesztését, abban a reményben, hogy az az egészségturizmust Magyarország természeti adottságainak köszönhetően kulcsfontosságú szerephez juttatja a jövőben. A kormány által meghirdetett Széchenyi-terv a gyógyvizekkel kapcsolatban egy olyan komplex programot hirdetett, amely a magyarországi termálvizekben rejlő lehetőséget sok irányban kívánja hasznosítani.

A program széles körűen felöleli a gyógyítás, a szórakozás, az üdülés, a rehabilitáció és minden olyan az egészséges életmóddal kapcsolatos koncepciót, amely Magyarországnak az adottságaiban mutatkozó komparatív előnyeit kívánja igen sok irányba hasznosítani. Nem véletlen, hogy a Széchenyi-terv e tekintetben tulajdonképpen a legkiemeltebb kategóriába sorolja az itt mutatkozó lehetőségeinket, hiszen a befogadó képesség szempontjából a fürdős éves átlagos kihasználtsága 30-50%-os. Ez az arány igen alacsonynak mondható, és ehhez tudomásul kell venni azt is, hogy Magyarországnak ezen a téren még nagyon sok pótolnivalója van.

A gyógyfürdők és más egészségügyi szolgáltatások is gyengének mondhatók, ha megnézzük, hogy Ausztriában, Németországban, vagy más olyan országokban, ahol az egészségturizmus a miénknél fejlettebb, akkor nagyon sok pótolnivalónk van.

Ha csak a nyitva tartást nézzük,

- Magyarországon általában a reggeli 7-8 órás kezdéstől, este 5-6 óráig vannak nyitva ezek a helyek, míg
- vannak olyan országok, ahol a szezonban non-stop,
- vagy legalább este 10-11-ig működő nyitva tartást vezettek be.

Európa szerte a fürdőkhöz kapcsolódó szolgáltatások széles szervezete kínáltaival több generációt is megcélzó komplex fejlesztése került előtérbe, ezzel szemben Magyarországon

- nincs kielégítő több generációt foglalkoztató és lehetővé tévő egészségturisztikai szolgáltatás,

- az egészségturisztikai szolgáltatások a szükséges alap- és infrastruktúra, valamint a települési, környezeti, turisztikai célú fejlesztéssel nincsenek összhangban, hiányzik a megfelelő marketing tevékenység, különösen a regionális szemléletmód, a beruházások rendkívül tökeszegények és csak hosszú távon térül meg,
- ma még tartós állami szerepvállalás nélkülözhetetlen és nem szabad azt teljesen a vállalkozók nyakába varrni, ami az egészséges és színvonalas egészségturisztikához kapcsolódik.

### **7.5.2. Hévíz város a gyógyforrás adottságai és a mozgásszervi betegek gyógykezelése**

Hévíz városának a magyar gyógy-turisztikában, a reumás betegek kezelésében és a mozgásszervi betegségek utókezelésében kiemelt jelentősége van. A település természeti adottságai – a hatalmas melegvizű tó - egyedülálló egész Európában.

Hasonló terjedelmű meleg vizű tó az egész világon is csupán egy található Új-Zélandban. Hévízen a történelmi feljegyzések óta különleges gyógyforrás ontja gyógyító vizét és hatalmas tavat képezve igen kedvező lehetőséget biztosítva a különböző gyógyulni vágyó betegek számára.

A gyógyvíz számtalan beteget vonzott és vonz ma is folyamatosan a településre és erre a keresletre épült a reumás betegeket gyógyító kórház is, mely szoros együttműködésben a tó üzemeltetésével már sok évtizede sikeresen funkcionál.

A magyar egészségügy alapvető átalakulása folytán egyre gyakrabban került előtérbe a tó és a kórház hagyományos együttműködésének megkérdőjelezett kapcsolata. A különböző kórházak strukturális átalakulása folytán, ugyanis számos olyan koncepció vetődött fel, amely a kórház és a tó közös üzemeltetését kétségbe vonta.

Egy másik koncepció a kórháznak a jelenlegi tulajdon formáját, az állami kézben tartását vitatja. Ezen koncepció szerint indokolt lenne- mint a kis kórházak többségében- a kórházat az önkormányzat kezelésébe adni, mivel a fenntartásával kapcsolatban számos teher és infrastrukturális feladat az önkormányzatra hárul.

További - a tulajdon formákkal kapcsolatos - vita folyik abban is, hogy bizonyos körök a tó önkormányzati kezelését tartanák előnyösebbnek a jelenlegi megoldással szemben. Ezen koncepció alapvetően arra alapozott, hogy minden a tóval összefüggő funkcionális teher teljes mértékben független az egészségügytől és elsősorban olyan önkormányzati feladatot képez, amelynek költségeit célszerű lenne a tó bevételeiből fedezni. Ennek a koncepciónak a további indoka arra alapozott, hogy a hosszú távú fejlesztések során csak úgy lehet egy konzisztens stratégiai fejlesztést készíteni, ha az objektum igazgatása és az azzal összefüggő üzemeltetési feladatok egy kézben összpontosulnak.

Más összefüggésben Hévíz jövőjével kapcsolatban további olyan elképzelések is felmerültek, hogy térséget célszerű lenne nemzetközi balneológiai központtá fejleszteni, amely Közép-Európa legnagyobb ilyen jellegű ellátó centruma lehetne. Erre vonatkozóan már különböző befektetők részéről történtek is komoly kezdeményezések, amelyek sorra megbuktak a magyar hozzáálláson.

Van olyan vélemény is, amely szerint a természeti adottságokhoz kapcsolódóan a térségben nemzetközi összefogással olyan graduális és posztgraduális reumatológus képzés létesülhetne. Az ilyen jellegű szakember képzés biztosítani tudná a közép-európai térség igen magas szinten képzett reumatológus szakember igényét. Ilyen fejlesztés esetén rendkívüli módon fellendíthető lenne Dél-Dunántúl (amely az ország egyik depressziós térségének számít).

Mindezen viták, mint a háborgó tenger a kórház körül kavarnak és sok bizonytalanságot teremtenek a gyógyító munkában és az üzemeltetésben egyaránt, de elbizonytalanítja a gyógy-turisztika fejlesztésének koncepcionális kialakítását is.

Azt azonban mindenképpen tudomásul kell venni, hogy mint minden javaslatban, van számos olyan elem, amely megfontolásra alkalmas. Az viszont, minden józan koncepcióval ellenkezően, ha bármilyen változtatás megalapozó számítások nélkül születne. Ha a jövőre vonatkozó háttérszámítások nélküli stratégia születne, az a térség, vagy a kórház sorsát hosszútávra rendkívül hátrányosan befolyásolhatná.

Miközben a tó és a kórház tulajdonlása és kezelésének sorsa körül folynak a viták, Hévíz város rohamosan épül, számos olyan tényezőt figyelmen kívül hagyva, amelyek a tó biztonságát, vízhozamát, minőségét, hőfokát garantálná. (Minden épülő új szálló igyekszik biztosítani saját melegvíz ellátását.)

A tó helyzetének rendezetlensége mellett magának a kórháznak a jövőbeli sorsa sem rendezett megnyugtatóan. A jellegében hasonló kórházak már mind kikerültek az állami kezelés alól, és ma már zömében önkormányzati vagy más tulajdonformában működnek. Igazában nem is biztos, hogy a tulajdonforma rendezetlensége okozza a kórház életében a legnagyobb gondot.

Különböző helyekről merültek már fel olyan koncepciók is, miszerint Hévíz- éppen a rohamos fejlődése folytán- alkalmas lenne arra, hogy a térség egészségügyi központja legyen kedvező egészségügyi turisztikai jellegénél fogva. Ez esetben érdemes lenne abban a koncepcióban gondolkodni, hogy Hévíz körül elhelyezkedő kis kórházakat, hogyan lehetne különböző szakmák szerint összekapcsolni (mint például szívgyógyászat Balatonfüred székhellyel, Mosdós mint tüdőgyógyászati profil, Keszthely belgyógyászat és esetleg szemészet, illetve a közelben lévő más kórházban olyan protézis műtéteket ellátó részleg alakulhatna, ahol a szükségleteknek megfelelő ilyen jellegű igény lebonyolítható lenne). Egy ilyen szervezet kialakulása esetén természetesen az előbbieken felmerült tulajdonformától egészen más forma kialakítására lenne szükség.

A koncepció a regionális fejlesztéseket támogató Európai Közösség törekvéseinek is megfelelne és ehhez komoly külső támogatás volna elérhető. Természetesen a nagyon sokféle koncepció nagyon sokféle hatóságot, minisztériumot, de főleg személyes érdeket érint, vagy inkább sért.

Vegyük sorra az egyes témákat a hozzájuk tartozó mellékkörülményeket is figyelembe véve. Nézzük először azt, hogy kormány szinten melyik szakminisztérium lehetne a témában a fő koordinátor. Ez egyértelműen az egészségügyi profilra helyezné a legnagyobb súlyt. Vagyis a fő koordinációt ide kellene telepíteni (az egész koncepcióban ugyanis egészségügyi jelleg dominál).

Már az első lépés világosan jelzi, hogy innen már nem is mehet tovább a dolog. Egy ilyen nagy koordinációra a tárca nincs berendezkedve. De a hatalmi szférában való elhelyezkedése sem tenné lehetővé egy ilyen jellegű feladat levezénylését. Amennyiben mégis felvállalná, számos konfliktus lehetőségét zúdítaná magára, amellyel biztos, hogy nem tudna megbirkózni. Ezek után nyilvánvaló az ilyen jellegű kezdeményezéssel szembeni elzárkózás.

A téma kapcsán lehetne a „gazdája” a Munkaügyi Minisztérium is, mivel a térség fejlesztése mindenképp a foglalkoztatottsággal kezdődik. (Előzetes számítások szerint a vázolt terv megvalósítása a térségben kb. 60.000 embernek a speciális kiképzését igényelné úgy, hogy azok angolul és németül kommunikálni tudjanak). Ez esetben a kivitelezésnek a szakmai ismeretei hiányoznak.

Azt gondolom, hogy a sor még sokáig folytatatható lenne, de nem érdemes végigvenni az egyes változatokat, mert a megoldás úgy tűnik egy szinttel feljebb keresendő.

A jelenlegi képzésben szerzett ismereteim szerint úgy látom, hogy minden nagy horderejű kérdés esetében - amely különböző és azonos hierarchikus szervezetre érint - csak kormány szinten lehet eredményes megoldást kezdeményezni. Ennek azonban úgy tűnik talán még nem jött el az ideje és főleg nem teremtődtek meg egy ilyen akciónak sem az intézményi, se személyes érdekeltségi feltételei.

A felvetett akció elmaradását annál is inkább szomorúnak tartom, mert az ilyen koncepciójú kezdeményezésnek a felismerése a szakemberek körében évtizedekkel korábban már ismerté vált.

A közelmúltban a Hévízi Kórházban olyan tulajdonformai átalakulás történt (KHT) amelyet a szakma ma a leginkább elfogadható formának tart. Egy vállalkozási forma azonban nem vállalhatja fel egy kormány szintű koncepció megvalósítását. Tudomásul kell venni, hogy Hévíz fejlesztése az egész Dél-Dunántúl helyzetét nagyban meghatározhatja.



## 8. Irányított betegellátás

Ezt a témát azért vettem be a disszertációm témái közé, mert ez a rendszer alapvetően a pénzről szól, én pedig azt kívántam az eddigiekben bizonyítani, hogy a pénznek valóban meghatározó a szerepe, de az a szemlélet, amit ezzel kapcsolatban a közhangulatban és a felelős vezetők körében képviselnek, erősen vitatható. Azért vitatható, mert a soktényezős hatások közül egyetlen egyet, a pénzt ragadják ki és azt gondolják, hogy ezzel az összes baj megoldható. Ha ez igaz lenne, akkor az Egyesült Államokban lenne a legjobb az egészségügy, ahol a legtöbbet költenek erre a célra, de nem ott a legegészségesebbek az emberek, és nem ott a leghosszabb a születéskor várható élettartam. Miért tulajdonítok mégis jelentőséget az irányított betegellátásnak? Miért tulajdonítottam mégis olyan jelentőséget a már említett okon kívül?

A rendszernek van olyan eleme, amely a pazarló egészségügy sajátos hibáira mutatott rá és, ahol ezt bevezették szüntették meg, amelyek az egészségügyre fordított pénzek határfokát nagymértékben rontotta. A soktényezős egyenletnek azonban csak részelemeire, a pénzre koncentrálok, ezért félrevezetőnek tartom ezt a szemléletet. A pénzgazdálkodással kívánja az egészségügynek olyan problémáit megoldani, amelyek ezen a körön kívül van, és nem pénzügyi, hanem társadalompolitikai és egyáltalán politikai döntések kérdésén múlik, hogy olyan országban, mint Magyarország, az egészségügy javulása terén radikális eredmények szülessenek. (Szeretnék itt emlékeztetni az angol rendszerrel alkalmazott szigorú társadalmi ellenőrzés igen hatásos és eredményes módszerére, amelyről az általunk adaptált módszer még említést sem tesz.)

Az irányított betegellátás lényege – ahogy a nevében is bent foglaltatik – a beteget nem hagyja magára a bajának a gyógyításában, hanem egy arra kiképzett szervezet megmondja neki, hogy a betegsége hogyan és milyen körülmények között gyógyítható legeredményesebben. Ez önmagában rendkívül sok olyan költségtől mentesítheti a rendszert, amely a tudatlan és félelmében összevissza kóválygó beteg helyett a szakember által racionálisan elképzelt optimumot próbálja megvalósítani. Követi a beteg útját onnantól kezdve, hogy mint beteg, bejelentkezik az orvosához, egészen odáig, amíg teljesen meg nem gyógyul. Egy ilyen segítség önmagában csak dicsérendő lehetne, ha ennek

nem lenne számos olyan kísérő árnyoldala, amely végeredményben a beteg ember gyógyulásában nem bizonyított, hogy a legcélravezetőbb. Az első ilyen vitatható dolog, amelyekre nincs megfelelő kontroll, hogy a rendszert profitorientált szervezetek működtetik, ahol a legnagyobb profit elérése a fő cél. Ha egy befektető az egészségügybe kívánja pénzét elhelyezni, azt nyilván azzal a céllal teszi, hogy nagyobb profitot érjen el, mint másutt. Az irányított betegellátásról megjelent közlemények eddig rendkívül nagy meggyőző erővel próbálják bizonyítani, hogy szó sincs arról, hogy ez lenne az elsődleges cél a befektető részéről. De ki hiszi azt el, hogy egy pénzember, más szándékkal kívánja pénzét pont az egészségügybe elhelyezni. Ennek az ellenkezőjét eddig még sehol nem bizonyították be. Ellenkezőleg, az ötlet származásának helyén, Amerikában, egyértelműen bebizonyosodott, hogy ez a rendszer fokozatosan lefarag a szolgáltatásokból, illetve a nyújtott költségekből, hogy minél kevesebbet kelljen visszaadni abból, amit a szolgáltatást vásárló, illetve a beteg ennek fejében kap. Nem véletlen az sem, hogy az egészségügyi költségek a világon éppen az USA-ban a legmagasabbak, ahol az irányított betegellátás különböző formái működnek. Az USA-ban alkalmazott rendszernek három típusa ismert.

Az első az egészségmegőrző szervezet (HMO). Ez a rendszer egy meghatározott előre fizetett összeg ellenében teljes körű egészségügyi ellátást nyújt a tagjai részére. A díjfizetés független a szolgáltatásokból, de a beteg csak a hálózaton belül működő személyek, vagy intézmények szolgáltatásait veheti igénybe. A HMO szervezet emberei fejkvóta alapú elszámolási rendszerrel dolgoznak. A beteg irányítását az általa szabadon megválasztott házi orvos végzi, az ő beutalása nélkül a beteg nem jogosult sem szakorvosi, sem kórházi felvételre. A házi orvos anyagilag érdekelt abban, hogy megőrizze a páciens egészségi állapotát és minimálisra csökkentse az egészség megőrzéséhez szükséges szolgáltatások igénybevételét.

A rendszerben kórházi orvosok és a szolgáltatások igénybevétele rendkívül szoros kontroll alatt áll, például a nagyon költséges szolgáltatásokat csak a felülvizsgáló rendszer, vagy orvos engedélyével végezhetik el, ellenkező esetben díjazást azért nem kapnak. A rendszernek fontos eleme a szűrés, a védőoltás, hiszen ezzel a prevencióval rendkívüli módon tudják növelni a befektetések hatékonyságát. Ez a rendszer képes lefaragni a kórházi költségeknek egy jelentős

részét anélkül, hogy a beteg minőségi ellátása csorbát szenvedne. A rendszer kiszűri a párhuzamos, esetenként a többszörösen párhuzamos műveleteket, ami önmagában egy jelentős költség megtakarítást eredményez. A sikerek olyan látványosak voltak, hogy jelentős spekulatív tőke mozdult meg erre a területre. Természetesen ennek a látványos megtakarításnak kísérőjeként az ellátásban olyan méretű korlátozásokat vezettek be, ami szakmai szempontból nagyon vitatható. Nem véletlen, hogy napjainkban az HMO szervezetek megítélése egyre kritikusabbá vált. A kezdeti sikerek után egyre jobban előtérbe kerülnek ezek a negatív tényezők, amelyek a profitszerzés érdekében egyszerűen elkerülhetetlenek egy ilyen rendszer működtetése mellett. Magyar szempontból tehát elsősorban ennek a veszélyhelyzetnek a kialakulásától félttem a magyar egészségügyet. Többek között azért, mert Magyarországon nincsenek olyan kontroll szervezetek, amelyek ezt a fajta veszélyt meg tudnák akadályozni. Ellentétben egy fejlett piacgazdasággal rendelkező országokban, ahol ezeknek a szervezeteknek több évtizedes tradíciója ismert.

Az előbbi változatnak egy továbbfejlesztett formája az úgynevezett elágazási pont alapján működő szervezet (POS) az előbbivel szemben ez a forma megadja a választási lehetőséget a hálózaton kívül történő ellátásra is, de megjelöli azokat a pontokat, ahol a páciens ezzel élhet. Nyilvánvalóan, hogy ezért a betegnek magasabb díjat kell fizetnie, és a hálózaton kívüli szolgáltatásoknak csak egy bizonyos részét téríti meg a szervezet. Magyarul az önrész a szolgáltatásért fokozatosan növekszik, és ebben a formában a preventív ellátás már nem számít bele a rendszer automatizmusába.

Az irányított betegellátás harmadik formája az úgynevezett preferált szolgáltató szervezet (PPO). Ez a legdrágább ellátási forma. Működése szövetkezi formához hasonlít, ahol a biztosítottak havi díjat fizetnek. Ha a beteg a rendszeren belüli orvoshoz megy, szabott árat fizet, ennek – betegségtől függően – 80-100%-át téríti a biztosító. Ha a rendszeren kívüli orvoshoz fordul, akkor a rendszerben működő orvosi díjnak maximum a 60-70%-át téríti. A három ellátási forma közül a HMO a biztosítottaknak 27%-át, a PPO 31%-át és a POS a 23%-át öleli fel. A maradék 23% az egyéb más formákhoz tartozik. A menedzselt, vagy irányított betegellátási formák jelenleg az USA-ban a biztosítottaknak a háromnegyed részét ölelik fel.

Miért látszik vonzónak Magyarországon az irányított betegellátás és miért mutatott fel az eddig végzett forma óriási sikereket? Közismert, hogy Magyarországon a szabad orvos választása azt jelenti, hogy ugyanazzal a betegséggel, akár öt, vagy akár tíz orvost is felkereshet a beteg és ezek után eldönti, hogy melyikkel gyógyíttatja magát. Tehát a betegek részéről egy olyan jellegű pazarlást próbál kiszűrni, amelyik egy fejlett piacgazdasági országban természetesen nem megengedett. Az irányított betegellátási formában Magyarországon továbbra is megválaszthatja a beteg azt az orvost, akivel kívánja magát gyógyíttatni, de ha belépett a rendszerbe, akkor ezzel a döntését véglegesítette, vagy legalább is bizonyos időre lezártnak tekinthette. Ezzel a párhuzamosságok kiszűrése, már önmagában is egy óriási pénzmegtakarítást tud eredményezni. A megtakarítás már akkor is létrejön, hogy ha az orvos semmiféle költségfelfaragást, vagy szolgáltatás csökkentést nem vezet be. Pusztán a sokszorozódása a felesleges műveleteknek önmagában nagy eredménynek számít. Érdekes azt is átgondolni, hogy ennek a megtakarításnak a kiszámítása hogyan történik. A jelenlegi körülmények között a rendszerben egy betegre jutó költséget hasonlítják az országos átlag költséghez, és amennyivel olcsóbban dolgoztak, vagy amennyivel olcsóbban gyógyítottak a rendszeren belül, ezt a differenciát a rendszert működtető visszakapja, amit azután a meghatározott szisztéma szerint oszt el a rendszeren belüli szolgáltatók között.

További megtakarítás érhető el azzal, hogy az irányított betegellátási rendszert eddig főleg olyan területeken vezették be, ahol minimális orvosi ellátás folyt, következésképpen az országos átlagtól való eltérés minden takarékoságtól függetlenül, már eleve egy jelentős előnyhöz juttatja a rendszert működtetőt. Nem véletlen, hogy ezért a rendszer elsősorban a leggyengébb kórházak környezetében kapott szárnyra. Ahol igen magas a szolgáltatás és az országos átlag költséget meghaladja, ez a rendszer már sokat nem ígér, hiszen nem megtakarítást, hanem ráfizetést produkálnak.

Külön kell szólni arról, hogy a rendszeren belül van egy sajátos ellentmondás. A teljesítmény elvre alapozott fekvőbeteg ellátásnál a kórház akkor éri el az optimális bevételt, ha a HBCS által meghatározott időtávon belül felső határig tartja a beteget. Az irányított betegellátás pedig azt tűzi ki célul, hogy a beteg minél rövidebb ideig legyen kórházban.

Mivel a gyógyítási költségeknek a legdrágább része általában a fekvőbeteg ellátásban keletkezik, ezért a kórház és a rendszer érdeke nem azonos irányba mutat. Az eddigi gyakorlat azt mutatta, hogy bizonyos esetekben a rendszer a kórház ellenérdekeltségét úgy próbálja kivédeni, hogy a kórház szempontjából optimumnak számító időnél rövidebb esetben a kórház részére kiesett költséget megtéríti. Ez egészen addig elképzelhető, amíg olyan nagy a bevétel többlete a rendszernek, hogy ezt probléma mentesen vállalni tudja. Ez elsősorban azokon a területeken megoldható, ahol korábban és jelenleg is egy alacsony szintű egészségügyi szolgáltatás működött, de minél jobb ellátási területeket vonnak be a rendszerbe, ez a többletpénz fokozatosan csökken és egy idő után, elfogy az a plusz pénz, amit a rendszerből ki lehet venni.

Matematikailag is kiszámítható, hogy maximum az ország felének a területén lehet ezt a rendszert úgy működtetni, hogy biztos hozamot érjen el. A másik fele, ahol a költségek az országos szint felett alakulnak, szintén lehet a rendszer működtetésével olyan nyereségeket elérni, amely a párhuzamosságok kiszűrésével, illetve a felesleges költségek ésszerű lefaragásával elérhetők. De majdnem biztos, hogy a rendszernek egy jelentős része abba a kategóriába esik, ahol ma a legmagasabb szolgáltatást nyújtanak, ahol ennek a rendszernek a működtetését, vagy senki nem vállalja, vagy pedig ennek a működtetése már nem kifizetődő. Erre utal a létminimum növekedésével csökkenő bevétel, amelyet az alábbi tábla (OEP Évkönyv) egyértelműen bizonyít.

**Az irányított betegellátás összefoglaló adatai,  
2001. október – 2003. szeptember**

Időszak	Átlag létszám <sup>a)</sup> Fő/hó	Évi folyószámla <sup>b)</sup> Millió Ft			Kiadás/bevétel %	Egyenleg/ Bevétel %
		Bevétel	Kiadás	Egyenleg <sup>c)</sup> (megtakarítás)		
2001.X.2002.IX.	476053	31042,5	28331,5	2710,9	91,3	8,7
2002.X.2003.IX.	601915	42512,7	41060,7	1452,0	96,6	3,4

- a) Az irányított betegellátási rendszerben résztvevő szervezőkhöz tartozó érintett lakosok létszáma, súlyozva az ellátás-szervező tárgyidőszakban rendszerben eltöltött idejével.
- b) Lásd Módszertant
- c) Az egyenleg a tárgyévi tételek figyelembevételével került kiszámításra, nem tartalmazza a korábbi évekre vonatkozó visszamenőleges korrekciókat. Ezek figyelembevételével az egyenleg 1173 milliárd Ft-ra módosul.

Úgy tűnik, hogy ezeknek az összefüggéseknek az eredménye nem került ki számításra, de az is lehet, hogy ennek a rendszernek a jogcímén próbálják a betegkövetésnek valami olyan ésszerű formáját meghonosítani, amelyik egy bizonyos pontig kétség kívül rávezeti a rendszert arra, hogy melyek azok a pazarló műveletek, amelyiket a későbbiek során meg lehet takarítani. Tehát felfogható úgy is ez az egész koncepció, hogy egyfajta olyan kísérlet, vagy tanulási szakasz, amelynek eredményeit a későbbiek során az egészségügyben véglegesíteni kívánják. Ezt azonban célszerű lenne a lakosságnak megmondani, és nem holmi politikai tőkévé változtatni, majdan a beígért ígéretet a későbbiek során elfelejteni.

A rendszerből azok a gondolatok, amelyek világosan javítanak a hatékonyságon és ésszerű megtakarítással nem csorbítják a betegek gyógyításának eredményességét, a fejlett piacgazdasági országokban ezeket az elemeket több helyen hasznosítják, de azok az országok, ahol ennek az eredményes működése folyik, olyan társadalmi kontroll működik, amely csak a fejlett demokráciákban jött eddig létre. Mi még, ettől a fokozattól nagyon messze vagyunk, és a védőhálón akkora lukak vannak, hogy mire észrevesszük a lukakon kifolyt eredményeket, addigra úgy tönkre mehet az egész egészségügy, hogy annak a talpra állítása többszörös pénzbe kerülhet annál, mint amit az ígért kísérlet hozama jelenleg ígér.

Az irányított betegellátás bevezetésének gondolatát eddig csak a rendszeren kívüli vállalkozók, illetve szervezetek támogatták, minden az egészségügyön belüli szakmai szervezet a jelenleg meghirdetett fórumát kifogásolja.

Az országot egyre nagyobb megpróbáltatások elé állító politikai hullámvész az utóbbi időben úgy tűnik, mintha le vette volna napirendről az egészségügynek ilyenfajta átalakítását, de nincs meg a garancia arra, hogy a politikai viharok elcsitulása után ez a koncepció ismételten a felszínre tör, és a tájékozatlan magyar biztosítottakat egy olyan karámba terelik, hogy mire észbe kapnak, az új rendszer előnyei mellett mennyire hátránya (és főleg drágulása) következik be, amikor már a dolog visszafordíthatatlanná vált.

Jó lenne, hogyha a döntést hozók végignéznék azt, hogy milyen szintű egészségügyi intézményeknek hozott ez a rendszer sikert és szakemberekkel kiszámíttatnák azt, hogy melyik az a pont, amikor ennek a pénzt ígérő rendszer működtetésének a tartalékai kifutnak.

Nyilvános publikációk alapján bele lehet nézni, hogy olyan kórházak, mint a nyíregyházi, a sátoraljaújhelyi kórház, amelyekben a case-mix index (azaz az orvosi teljesítmény színvonala) a legalacsonyabb, ezek ma a legnagyobb szervezőivé és zászlóvivőivé váltak a rendszernek. A politikai vezetők tanácsadói csak a case-mix indexeket gyűjtik ki azoknak a rendszert szervező kórházaknak, amelyek ma az élen járnak, ez önmagában már figyelmeztető jel lehetne arra, hogy milyen ingoványos talajra viszi ez a fajta átgondolatlan szervezés a magyar egészségügyet.

## 9. Házi szakápolás

A fejlett gazdasággal rendelkező országokban a kórházi kapacitásnak egy jelentős részét a házi betegápolási rendszerbe állításával váltották ki. Ez az aktív, de főleg a krónikus ellátás terheinek csökkentését eredményezte. A gondolatnak nálunk is elindult a bevezetése, de az eddig eredmények nagyon szerénynek mondhatók. Annak ellenére, hogy 2003-ban kereken az előző években kereken a kétszeresét fordították ilyen célra ez az összeg (2,2 milliárd Ft) az egészségbiztosítási kiadásoknak a fél ezrelék körüli hányadát képezte.

### A házi szakápolás fontosabb jellemzői

Házi szakápolás	2002	2003
Szolgáltatók száma <sup>a)</sup>	324	319
Betegek száma, ezer fő	40	41
Vizitek száma <sup>b)</sup> , ezer	899	946
Tízezer lakosra jutó betegek száma	39	41
Tízezer lakosra jutó vizitek száma	885	934
Finanszírozási összeg, millió Ft.	1 707,1	2 298,2
Egy vizitre jutó finanszírozási összeg, Ft	1 900	2 429

- a) A finanszírozott szolgáltatók havi átlagos száma  
 b) Szakápolási vizitek és szakirányú terápiás vizitek együtt

### A házi szakápolás tíz leggyakoribb betegségcsoportja 2002

A betegségcsoportok megnevezése (BNO X. revízió jegyzéke alapján)	Esetek száma	Vizitek száma	Finanszírozási összeg	
			Millió Ft	%
<b>Összesen</b>	77560	898594	1707,1	100,0
<b>Ebből:</b>				
A bőr és bőr alatti szövet egyéb rendellenességei	15999	194064	373,9	21,9
Agyi bénulás és egyéb bénulásos szindrómák	7642	90046	167,4	9,8
Arthrosis	6197	74552	136,9	8,0
Cerebrovasculáris betegségek	5099	54919	107,0	6,3
Dorsopathiák	4413	52599	96,6	5,7
A csípő és comb sérülései	4019	46994	87,6	5,1
A vénák, nyirokerek és nyirokcsomók máshol nem oszt. betegségei	2517	31170	57,8	3,4
A térd és lábszár sérülései	2142	25504	47,1	2,8
Az artériák, arteriolák és hajszálerek betegségei	1823	19966	38,8	2,3
Epizodikus és paroxysmalis rendellenességek	1620	15614	31,2	1,8
<b>A tíz leggyakoribb betegségcsoport összesen</b>	<b>51471</b>	<b>605428</b>	<b>1144,3</b>	<b>67,0</b>



## 10. Üzemorvosi munka és az egészségügy

A kórházgazdálkodás témái között érdemes odafigyelni azokra az esetekre, amit az utóbbi időben a multinacionális cégek esetében lehet tapasztalni, különösen a vegyipar területén. Mint ismeretes, a vegyipari cégeknél számos olyan munkaművelet folyik, amelyek kivédéséhez rendkívül drága berendezések működtetése szükséges. Ahol ezek a berendezések hiányoznak, előbb-utóbb a dolgozónak valamilyen egészségügyi kára keletkezik. Közismert, hogy a vegyipari üzemeknél a májkárosodás elég gyakori a megfelelő berendezések hiányában. Nem véletlen azért, hogy azok az üzemorvosok, akik ilyen helyen dolgoznak, a többszörösét kapják annak a pénznek, mintha a kórházban, vagy a rendelőintézetben dolgoznának. Ez a többszörös díjazás azonban nem véletlen.

Az érintett orvosoktól rendszerint azt várják el, hogy olyan egészségkárosodásokat „ne vegyenek észre”, amelyeknek kivédése nagyon sokba kerülne a tulajdonosnak. Ha pedig észreveszik, akkor elég hamar megválnak tőlük a munkahelyen.

Nem véletlen ezért, hogy a vegyipari üzemekből tömegesen kerülnek ki olyan májkárosodással leszázalékolt dolgozók, akiknek a gyógyítására csak akkor kerül sor, amikor már a munkahelyen a betegségük miatt nem tudják őket alkalmazni. Az ilyen okból rokkanttá vált dolgozó időközi májfunkció vizsgálata rendszeresen elmaradt az elmondott okok miatt.

## 11. Az anyag vázlatos összefoglalása

A világ legtöbb országában az egészségügy általában a problematikus nemzetgazdasági ágazatok közé tartozik. Különösen igaz ez a volt szocialista országokra, A probléma gyökerei arra vezethetők vissza, hogy a rendszerváltás előtti materialista gazdaságfilozófia a naturáliában nem mérhető tevékenységet nem ismerte el értékalkotónak, így az ilyen ágazatok a prioritásokban érdemtelenül háttérbe szorultak; közöttük értelemszerűen az egészségügy is. Többek között ezzel magyarázható, hogy az előbbi területeken nem alakult ki semmi olyan mértékrendszer, amellyel a tevékenységük mérhető és minősíthető lett volna. Természetesen a szervezeti rendszerük is az előbbi céloknak megfelelően épült fel.

Csaknem egy fél évszázadon át ilyen szemléletben működött az egészségügy, amelyet nem is kíséreltek meg a rendszerváltás időpontjában a piacgazdaság követelményeihez igazítani, mert a kivitelezéshez a feltételek nem voltak adottak .(szemléleti, intézményi szervezeti, érdekeltségi stb.) Igazában máig sem teremtődtek meg azok a körülmények, amelyek szükségesek volnának ahhoz, hogy az ágazat problémáit átfogóan rendezni lehetne. A négyéves politikai ciklusban gondolkodó szemlélet ehhez nem alkalmas, és eddig nem teremtődtek meg a feltételei annak, hogy ilyen alapvető kérdésben a szükséges politikai akarat létrejöjjön.

Az a feltételezés is tévesnek bizonyult, hogy ha az egészségügyi rendszer működéséhez lemásoljuk a legfejlettebb országok gyakorlatát, akkor minden gondunk megoldód. A tévedés elsősorban abból adódott, hogy ahonnan átvettük az alapötletet ott is folyamatos korrekcióra szorul a rendszer. A nagyobb gondot pedig az jelenti, hogy egy fejlett piacgazdaság mechanizmusát, amely mögött több évtizedes gyakorlat húzódik meg, nem lehet egy nálánál jóval fejletlenebb viszonyok közé egy az egyben probléma mentesen átültetni. Ez akkor is igaz, ha ezt a kudarcot egyik rendszer sem hajlandó elismerni. Náluk a gazdaság fejlettsége, az üzleti viszonyokat működtető költség elszámolás és nyilvántartás, valamint az adózás, rendszere a pénzügyi fegyelem és még sok minden egyéb sokkal fejletlenebb, mint ott, ahol a piacgazdaság feltételei évtizedekkel korábban megteremtődtek és szinte szükségszerű a működésbeli zavarok megjelenése. A zavar elhárítás eddig legfeljebb a felületi kezelés szintjén működött. (Lásd a különböző korrekciókat)

A mi viszonyainknak megfelelő átfogó egészségügyi helyzetelemzés, amelyet minden politikai párt elfogadott volna és amelyre biztonságos hosszú távú stratégia épülhetett volna nem készült. Ezt a feladatot viszont nem úszhatja meg sem a jelenlegi sem a jövőbeli kormányzat egyike sem. A tisztán látás nélkül nincs és nem is lesz soha elég pénz az egészségügyben. Állításom alátámasztására szeretném idézni azokat a statisztikákat, melyek szerint Magyarországon az alapvető egészségügyi feltételeket biztosító mutatók; orvos ellátottság kórházi ágy szám gyógyszer felhasználás az egészségügyi dolgozók szakmai színvonala stb.) számszerű értékeiben kedvezőbb a kép, mint több nálunk fejlettebb országban. Ugyanakkor a lakosság egészségi állapota, a születéskor várható élettartam messze elmarad az előbbi országoké mögött. Ilyen és hasonló ellentmondások egy részének feltárását kívántam dolgozatomban bemutatni és javaslatot készíteni az általam kifogásolt problémák megoldására.

### **11.1. Levonható tanulságok**

1. Az egészségügyben megjelenő és kezelésre váró problémák többségének kialakulására az egészségügynek gyakorlatilag alig van befolyása. A betegségek kialakulásában az egészségügyön kívüli hatások nyolcszor nagyobbak, mint amekkora közvetlen befolyása ebben az egészségügynek kimutatható (életmód, környezeti hatások, genetikai adottságok). Az egészségügyi helyzetet meghatározó tényezők (a betegségek kialakulásának többségének) esetében az egészségügynek csupán úgynevezett követő szerepe van de a kialakulás megakadályozására szinte nincs módja a bajok kezelését viszont tőle várják. A felelősség és a hatáskör méretei jelentősen eltérnek. Magyarországon az orvos ellátottság, a kórházi ágyak száma és a gyógyszerfogyasztás nemzetközi mércével magas, az egészségi állapot viszont kifogásolható.
2. A kórházi ágyaknak közel a felét olyan betegek foglalják el, akik nem szorulnak szükségszerűen kórházi kezelésre (szociális betegek, illetve "lábon gyógyítható esetek"). A gyógyításnak ez a változata a legdrágább és a nagyon pazarló, de felszámolása anyagi érdeket sért.

3. A kórházakban számos olyan feladatot végeznek, amelyeknek semmi köze sincs a gyógyításhoz. Ezzel függ össze, hogy a kórházi létszámnak a fele nem a gyógyítással foglalkozik (szolgáltatás, infrastruktúra) A kórházi működést kiszolgáló apparátus – a kellő hozzáértés hiánya miatt igen alacsony hatékonysággal dolgozik.
4. Nincs egyértelmű mérce a kórházi teljesítmények minősítésére. A HBCS rendszerének alkalmazása csupán a pénzügyi elszámolás egyik eszköze. A különböző fajlagos mutatók alapján képzett eredmények között pedig olyan eltérések tapasztalhatók, hogy annak alapján egyértelmű véleményt kialakítani nem lehet. A hasonló kórházak egymás közötti összehasonlításában így a valós sorrendet nem is igen lehet eldönteni. A vélemény alkotást, ezért csak nagyon sokféle közelítéssel szabad felállítani, amelynek kivitelezésében számos megoldatlan nehézség adódhat. A legnagyobb nehézséget az jelenti, hogy a GYOGYINFOK által közölt intézetenkénti adatokból a legfontosabb összefüggések nem számíthatók ki.
5. Számos olyan szervezési hiányosság tapasztalható, amelyek kiküszöbölése komoly hatékonyság növelést eredményezne. (A gépek és műszerek esetében a sokféle gyártótól beszerzett sokféle típus számának csökkentése, a műtők kihasználási fokának növelése, a különböző fajlagos mutatók között tapasztalható rendkívül nagy szóródás okainak vizsgálata stb.)
6. A pénzügyi helyzet felemás. Az egészségügyi intézményekkel kapcsolatos elvárások teljesítményre alapozottak, az elszámolási rendszerük azonban a teljesítményekre alapozott elemeket csak részben tartalmazza;
7. a költségek elszámolásában az amortizációt ugyanis nem ismerik el.
8. a teljesítményben dolgozó intézmények alkalmazottai fix bérezéssel díjazottak, amely ellenérdekelt a teljesítménnyel.
9. Nincs közgazdasági kapcsolat a teljesítmények és a teljesítmények díjazása között. A teljesítményekért kifizetett díjat nem a teljesítmény mennyisége, hanem a költségvetésből erre kiutalt összeg nagysága határozza meg. Ez a helyzet szükségszerűen a teljesítményekkel kapcsolatos csalásokat váltja ki.

10. Sem elvi, sem gyakorlati magyarázatot nem lehet adni arra, hogy miért sújtja ÁFÁ-val az egészségügy által vásárolt cikkeket a mindenkori rendszer.
11. A mai számítógépes rendszer által nyújtott lehetőség közül számos olyan tartalék nincs kihasználva, amelynek alkalmazásával a munka hatékonysága jelentősen fokozható lenne, mint pld: a beteg követés, a párhuzamos vizsgálatok kiküszöbölése és még számtalan olyan felesleges munkafázis, amelyre mindenki több példát tud mondani.
12. Az egészségügy egész működésén érződik, hogy az utóbbi két évtizedben a nemzetgazdaságban végbement változások (a pártállami rendszer felbomlásának évei, majd a rendszerváltást követő négyévenkénti politikai irányváltások ) közben az ágazat fontosságának jelentősége (ahogy az a humánszféra egészével történt) háttérbe szorult. Ezzel magyarázható az a vitathatatlan tény, hogy hosszútávot átfogó stratégiai rendezőelv nem született. Ennek elkészítésének legfőbb ideje, amelyet meg kell előzni az ágazat valós állapotát feltáró helyzet elemzésnek.

## **11.2. Legfontosabb teendők**

### **1. Első és legfontosabb teendő**

A korábbi szemlélet megváltoztatása

Az összefüggő rendszerben, a nemzetgazdaság egészében való gondolkodás,

A hatás vizsgálatok nélküli gyakorlat megszüntetése (a fejlesztések vagy a visszafejlesztések esetében)

A realitásokból való kiindulás gyakorlatának következetes betartása.

### **2. A valós állapotok pontos feltárása**

- a humán- és technikai kapacitások felmérése (kiszámítása)
- a kórház potenciálisan elvárható teljesítő képességének bemutatása
- a potenciális kapacitás és a tényleges teljesítő képesség összevetése (mérleg készítés)
- a kórházon belüli aránytalanságok felderítése (hol van többlet, vagy hiány)
- A kórház számára kijelölt vonzás körzet lakosságát jellemző legfontosabb adatok (lakosság száma, korösszetétele, egészségi állapota stb.) összegyűjtése

1. Egységes pénzügyi rendszer megteremtése.(A költség-hozam valós értékeinek számbavétele és ennek tőke érték teremtő lehetőségeinek maximalizálása, Amortizáció elszámolása, AFA rendezése, a teljesítmények alapján való elszámolás munkában és annak díjazásában. A beteg legrövidebb időn belüli ("lábon gyógyítás")és legkisebb megterheléssel járó megoldása és a gyógyító apparátus anyagi érdekeinek azon irányba való ösztönzése. A biztosítási pénzek legdemokratikusabb felhasználását. Meg kell teremteni azt a mechanizmust, amely biztosítja a tulajdonos fizetés képtelensége esetén is az egészségügyi intézmény zavartalan működését.
2. Biztosítani kell az ország területén az egészségügyi intézmények arányos eloszlását.
3. Meg kell teremteni a gyógyító szak személyzet (orvos ápoló) munka teljesítményének mérését és emberi értékeik minősítését.
4. Ki kell használni a szervezési lehetőségekből adódó tartalékok hatékonyságnövelő és költség csökkentő lehetőségeit. (műtők kihasználtság fokának növelését, mátrix korházi formulák alkalmazását, bizonyos ritkábban előforduló és drága technikát igénylő (szemészet, gégszét, urológia) kezeléseknél megyei, vagy szak kórházakba való áthelyezését.

## 12. Mellékletek tartalomjegyzéke

### I. Helyünk a világban (Nemzetközi összehasonlítás)

- a. Emberi fejlettség indexe
- b. Egy főre jutó GDP és a születéskor várható élettartam (szám szerint)

### II. OEP finanszírozás

- a. bevétel
- b. kiadás

### III. Népeség egészségi állapotát befolyásoló tényezők közötti összefüggések

- a. Pearson féle korrelációs együttható
- b. Eltartottsági ráta, öregedési index (január 1.)
- c. Eltartottsági ráták
- d. Teljes válási arányszám
- e. Az élettársi kapcsolatban élő 15-74 évesek aránya

### IV. Regionális eltérések

- a. A vidéki kórházak és klinikák – az alapítás éve és 20 km-es környezet
- b. Orvos ellátottság terület szerint 1989, 1999
- c. A dolgozó orvosok 10000 lakosra jutó száma terület szerint 1989/99.
- d. A járóbeteg-szakellátás gyógykezelési eseteinek száma
- e. Természetes fogyás, élve születés, halálozás 1000 lakosra
- f. A 15-74 éves népesség munkanélküliségi rátája 180 napon túl 2002
- g. Tízezer lakosra jutó működő kórházi ágyak száma területenként 1999
- h. Egy házi orvosra és gyermekorvosra jutó lakosok száma területenként 1989, 1999.
- i. Egy házi orvosra jutó betegforgalom területenként 1989/99.
- j. Egy házi gyermekorvosra jutó betegforgalom területenként 1989/99.
- k. Az egy főre jutó GDP és a születéskor várható élettartam kapcsolata
- l. Az egy főre jutó GDP és a férfiak születéskor várható élettartam kapcsolata
- m. Az egy főre jutó GDP és a nők születéskor várható élettartamának kapcsolata
- n. Az egy főre jutó GDP és a csecsemőhalálozások kapcsolata
- o. A munkanélküliségi ráta és a keringési rendszer betegségei
- p. A munkanélküliségi ráta és az agyér betegségek okozta halálozások
- q. A munkanélküliségi ráta és az agyvérzés okozta halálozások kapcsolata
- r. A ivóvízvezeték-hálózatba bekapcsolt lakások aránya és a születéskor várható élettartam kapcsolata
- s. Az iskolai végzettség és a születéskor várható élettartam kapcsolata 1990, 1990-1998. évek átlaga

## V. Egészségügyi gép-műszer

- a. Egészségügyi intézetek gép, műszer és tárgyi eszközök értékeinek %-os megoszlása megyénként
- b. Az egészségügyi intézetek műszer állománya 2000 év végén
- c. A műszerállomány különböző csoportok szerint

## VI. Hévizek

- a. A hévízfeltáráshoz alkalmas képződmények elterjedésének tematikus térképe
- b. A vízminőség
- c. Vizek osztályozása

## VII. Orvosok-kórházak minősítése

- a. Kitöltési útmutató
- b. Minősítő lap
- c. Azonos kategóriába tartozó kórházak összehasonlító adatai (A kórházak neve helyett az adatvédelem miatt csak az ágyszám szerint sorba rendezett sorszámot közöljük)
- d. Azonos kategóriába tartozó kórházak összehasonlító adatai (A kórházak neve helyett az adatvédelem miatt csak az ágyszám szerint sorba rendezett sorszámot közöljük)
- e. Azonos kategóriába tartozó kórházak összehasonlító adatai (A kórházak neve helyett az adatvédelem miatt csak az ágyszám szerint sorba rendezett sorszámot közöljük)



## **Mellékletek**

1.sz. melléklet  
Az emberi fejlettség indexe  
(Human Development Index = HDI)  
1980–1999

Rang-sor <sup>a)</sup>	Ország	1980	1985	1990	1995	1999
16	Ausztria	0,85	0,87	0,89	0,91	0,92
5	Belgium	0,86	0,87	0,90	0,93	0,94
57	Bulgária	0,76	0,78	0,78	0,78	0,77
33	Csehország	..	..	0,83	0,84	0,84
15	Dánia	0,87	0,88	0,89	0,91	0,92
6	Egyesült Államok	0,88	0,90	0,91	0,92	0,93
14	Egyesült Királyság	0,85	0,86	0,88	0,91	0,92
10	Finnország	0,85	0,87	0,89	0,91	0,93
13	Franciaország	0,86	0,87	0,90	0,91	0,92
23	Görögország	0,82	0,84	0,86	0,87	0,88
8	Hollandia	0,87	0,89	0,90	0,92	0,93
18	Irország	0,83	0,84	0,87	0,89	0,92
3	Kanada	0,88	0,90	0,93	0,93	0,94
38	Lengyelország	..	..	0,79	0,81	0,83
36	Magyarország	0,79	0,80	0,80	0,81	0,83
17	Németország	..	..	..	0,91	0,92
1	Norvégia	0,88	0,89	0,90	0,92	0,94
20	Olaszország	0,85	0,86	0,88	0,90	0,91
55	Oroszország	0,81	0,83	0,82	0,78	0,78
28	Portugália	0,76	0,79	0,82	0,85	0,88
58	Románia	0,79	0,79	0,78	0,77	0,77
21	Spanyolország	0,84	0,85	0,88	0,89	0,91
4	Svédország	0,87	0,88	0,89	0,92	0,94
35	Szlovákia	..	0,81	0,82	0,82	0,83
29	Szlovénia	..	..	0,84	0,85	0,87
82	Törökország	0,62	0,65	0,68	0,72	0,74

a) Rangsor a HDI 1999. évi értékének csökkenő sorrendjében.

Forrás: Human Development Report 2001 UNDP New York 2001.

KSH.2001.A humán és a gazdasági fejlődés nemzetközi összehasonlítása

2. sz. melléklet

Az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson számított GDP és a születéskor várható átlagos élettartam nemzetközi összehasonlítása, 1998

Ország	Egy főre jutó vásárlóerő- paritáson számított GDP (USD)	Születéskor várható átlagos élettartam (év)
Svédország	20 867	79,40
Svájc	26 782	79,35
Norvégia	27 187	78,45
Franciaország	21 721	78,40
Spanyolország*	16 376	78,40
Görögország	14 095	78,28
Ausztria	23 872	78,13
Olaszország*	20 865	78,10
Hollandia	24 119	77,90
Németország	22 951	77,84
Anglia	21 675	77,54
Málta	16 447	77,49
Belgium*	22 820	77,45
Finnország	21 741	77,15
Dánia	25 687	76,35
Írország	22 587	76,30
Portugália	15 787	75,37
Szlovénia	14 293	75,35
Albánia	2 804	75,07
Csehország	13 004	74,75
Szlovákia	9 699	72,81
Horvátország	6 749	72,49
Litvánia	6 436	71,93
Bulgária	4 809	70,93
Magyarország	10 373	70,65
Észtország	7 682	70,18
Románia	5 648	69,92
Törökország	6 486	69,30
Lettország	5 728	69,11
Ukrajna	3 194	68,61
Belorusszia	6 319	68,54
Moldova	1 947	67,93
Oroszország	6 460	67,22

\* 1997-es adat.

KSH.2001.A humán és a gazdasági fejlődés nemzetközi összehasonlítása

Egészségbiztosítási Alap bevételei, 1994-2003

Év	Járulékbevételek és hozzájárulások										Központi költségvetési hozzájárulások					Ervéb bevételek					Index, előző év= 100%
	munkáltatói		biztosítotti	munkáltatói téppénz hozzájárulás	egészségügyi hozzájárulás	készenléti pótlék, bírság	egyéb járulékok, hozzájárulások <sup>1)</sup>	költségvetés által fizetett járulékok	átdöntésként	egészségügyi feladatra	GYED kiadásainak megterhelése	egyéb bevételek, hozzájárulások	vagyongazdálkodással kapcsolatos bevételek	működési célú bevételek <sup>2)</sup>	alapközzételek <sup>3)</sup>	egyéb bevételek	Összesen				
	járulékok	járulékok																			
1994	239,7	48,2	-	-	-	11,2	7,0	-	4,5	-	-	0,4	4,1	54,7	-	2,4	379,7	123,6			
1995	288,4	46,9	-	-	9,4	10,4	-	-	2,5	-	1,9	0,7	3,7	56,7	-	2,3	422,9	111,4			
1996	315,7	50,6	3,5	-	8,1	12,0	-	-	2,5	-	0,8	0,5	2,1	66,1	-	3,6	465,5	110,1			
1997	329,7	62,5	7,7	72,0	8,5	-	-	-	2,5	-	0,8	8,7	2,8	-	-	4,4	499,5	107,3			
1998	377,1	62,7	9,5	92,6	7,7	-	-	-	2,5	-	1,3	1,9	2,9	-	-	3,3	561,5	112,4			
1999	344,6	76,4	12,3	156,8	1,2	-	26,7	2,7	2,7	-	0,9	24,4	4,4	-	-	3,2	653,5	116,4			
2000	373,0	81,3	13,4	181,4	3,0	1,6	46,6	2,9	20,5	20,5	0,9	3,9	3,0	-	-	2,6	734,1	112,3			
2001	441,9	105,6	14,6	194,7	3,9	1,7	70,6	3,1	29,2	1,0	1,0	0,9	1,8	-	-	15,7	884,7	120,5			
2002	520,4	128,6	18,1	209,9	4,3	2,5	93,0	3,2	38,7	1,0	1,0	0,1	1,5	-	-	3,5	1 024,6	115,8			
2003	583,5	142,7	21,4	173,3	4,4	2,3	36,0	3,3	45,6	1,1	1,1	0,1	1,7	-	-	10,0	1 025,4	100,1			

<sup>1)</sup>Tartalozza a munkaadóknál ellátás után fizetett járulékokat, a baleseti és a nem biztosított egészségbiztosítási, valamint a megállapodás alapján fizetett, és a közterhegy után elszámolt járulékokat is.

<sup>2)</sup>Sorkatonai és polgári szolgálatot teljesítőknél, valamint a fegyveres testületek kedvezményes nyugellátásainak kiadásához hozzájárulás.

<sup>3)</sup>1999-ben jövedéki adóból átvett, 2000-tól a központi költségvetésből átvett pénzeszköz.

<sup>4)</sup>Tartalozza az előző évi pénzeszközök igénybevételeit is.

<sup>5)</sup>A Nyugdíjbiztosítási Alapból átvett járulékok és egészségügyi átcsoportosítás.

Egészségbiztosítási Alap kiadásai, 1994-2003

Év	Tervezésbeli kiadások										Pénzübeli ellátások és nyugellátás				Működési kiadás	Egyéb kiadás	Alapok közötti elszámolás <sup>1)</sup>	Összesen	Index, előző év =100%
	Terheskezelési ellátások					nemzetközi egyezményből eredő <sup>2)</sup>					ebből: táppénz	terheskezelési-gyermekápolási segély	GYED kiadás egyenesen	nyugellátás <sup>3)</sup>					
	gyógyító- megelőző ellátás	gyógyászati szolgáltatások <sup>4)</sup>	gyógyászati támogatás	gyógyászati segélyeskedő támogatás	utazási költség-térítés	nemzetközi egyezményből eredő <sup>2)</sup>	beteg-ségi ellátás <sup>5)</sup>	beteg-ségi ellátás <sup>5)</sup>	beteg-ségi ellátás <sup>5)</sup>	beteg-ségi ellátás <sup>5)</sup>									
1994	169,4	0,9	62,4	7,3	1,4	..	41,9	40,8	8,3	-	57,8	10,5	5,0	32,9	397,8	119,5			
1995	191,0	1,4	70,8	10,8	1,8	0,1	41,1	39,8	8,9	-	68,1	12,6	1,5	37,1	448,1	111,9			
1996	224,8	1,5	85,5	12,1	2,1	0,1	34,3	33,0	8,3	-	79,3	15,5	8,2	37,2	509,0	114,3			
1997	268,0	1,7	100,9	16,8	2,6	0,1	37,7	36,1	6,0	-	98,0	19,0	4,8	-	585,6	109,2			
1998	299,1	2,0	135,5	19,6	2,2	0,0	42,8	41,3	6,9	-	99,9	21,3	2,8	-	632,2	113,8			
1999	338,9	2,4	139,5	20,6	2,7	0,1	50,9	49,2	7,8	-	115,9	19,2	3,2	-	701,2	110,9			
2000	376,1	3,2	150,8	22,7	3,3	0,3	58,1	56,1	10,0	20,4	132,2	17,4	3,3	-	797,7	113,8			
2001	410,3	4,1	179,5	25,0	3,8	0,7	66,4	64,2	12,5	29,6	162,2	18,1	2,7	-	918,0	114,7			
2002	502,9	4,3	209,0	28,9	4,3	0,9	82,9	80,9	15,8	37,8	199,3	22,0	3,2	-	1 111,2	121,5			
2003	623,0	4,7	251,8	35,0	4,8	1,1	101,1	98,9	20,2	45,6	219,5	23,7	5,0	-	1 335,4	120,2			

<sup>1)</sup>Gyógyítói-szolgáltatás, anyatej-ellátás

<sup>2)</sup>Tartalmazza a nemzetközi egyezményből, valamint a külföldi sürgősségi

<sup>3)</sup>Bejegyzéssel kapcsolatos segélyekkel, kártérítési járadékkal együtt.

<sup>4)</sup>1997-ig a korhatár alatti rokkantsági és baleseti rokkantsági nyugdíj, hozzátartozói nyugellátások, baleseti járadék.

1998-tól a korhatár alatti III. csoportos rokkantsági és baleseti rokkantsági nyugdíj, hozzátartozói nyugellátások, valamint az összehasonlíthatóság miatt a pénzübeli ellátásokhoz tartozó baleseti járadékot is tartalmazza.

<sup>5)</sup>Nyugdíjbiztosítási Alapnak átadott járadék és egyösszegi átcsoportosítás. / *Contribution transferred to the Pension Insurance Fund and one-amount redistribution.*

## 6. NÉPESSÉG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK KÖZÖTTI ÖSSZEFÜGGÉSEK

### 6/a. Pearson féle korrelációs együttható

A népesség egészségi állapota és az azt meghatározó tényezők közötti összefüggések matematikai-statisztikai elemzése Pearson-féle korrelációs együttható ( $r$ ), valamint kétváltozós regressziószámítás alkalmazásával történt.

Két folytonos változó ( $x, y$ ) kapcsolatát a korrelációs együttható ( $r$ ) fejezi ki, melynek értéke  $-1,0$  és  $+1,0$  között mozog.

Számítása:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 * \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

ahol  $n$  a mintaelemek száma,  $x_i$  és  $y_i$  a két vizsgált tényező értéke az  $i$ -edik mintaelemben,  $\bar{x}$  és  $\bar{y}$  a két változó számtani átlaga.

A korrelációs együttható statisztikai szignifikanciájának számítása t-próbával  $P=0,05$  szinten történt.

A regressziós egyenesek számítása:

$$Y=a+b.x$$

regressziós egyenlet alapján történt, ahol az  $a$  a tengelymetszet, a  $b$  az egyenes meredeksége.

Amennyiben a két változó közötti összefüggés nem lineáris, hanem logaritmikus volt, akkor a regressziós egyenlet:

$$Y=a+b.\ln(x)$$

összefüggés szerint került meghatározásra.

Forrás: KSH.2002. Életminőség és egészség

### Eltartottsági ráta, öregedési index (Január 1.)

Év	Korösszetétel, %			A gyermek- népesség el- tartottsági rátája (A/B x 100)	Az idős né- pesség eltar- tottsági rátája (C/B x 100)	Az eltartott népesség rátája $\left(\frac{A+C}{B} \times 100\right)$	Öregedési index (C/A x 100)
	0-14 (A)	15-64 (B)	65- (C)				
1960	25,4	65,7	8,9	38,7	13,6	52,3	35,2
1970	21,1	67,4	11,5	31,3	17,0	48,3	54,4
1980	21,9	64,6	13,5	33,8	20,9	54,8	61,9
1990	20,5	66,2	13,2	31,0	20,0	51,0	64,5
2000	16,9	68,1	15,0	24,8	22,0	46,8	88,5
2001	16,6	68,3	15,1	24,3	22,2	46,5	91,3
2002	16,3	68,4	15,3	23,8	22,3	46,1	93,5
2003	16,1	68,5	15,4	23,5	22,4	45,9	95,4
2004	15,9	68,6	15,5	23,1	22,6	45,7	97,6

6/d. sz. melléklet

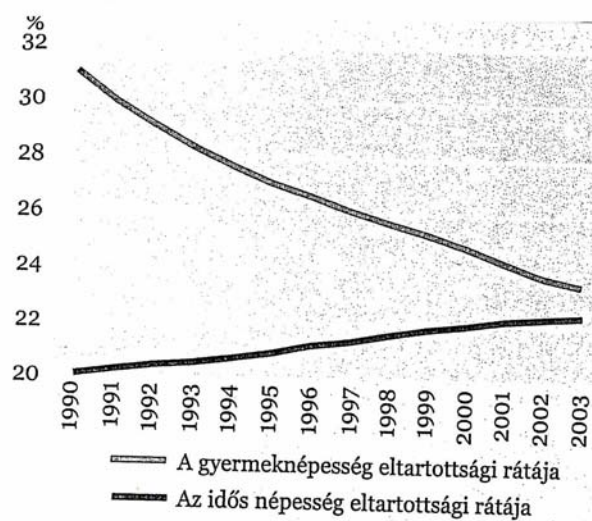
### A népesség megoszlása háztartástípusok szerint

Háztartástípusok	1970	1980	1990	2001
Házaspáros családból álló háztartás	67,2	64,7	58,7	57,8
Egy szülő gyermekkel	7,3	8,1	10,6	10,6
Egyszemélyes háztartás	17,5	19,6	24,3	25,6
Két- vagy többcsaládos háztartás	5,5	4,2	2,6	3,2
Egyéb összetételű háztartás	2,6	3,4	3,9	2,8
<b>Összesen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

(%)

*Forrás: Népszámlálások.*

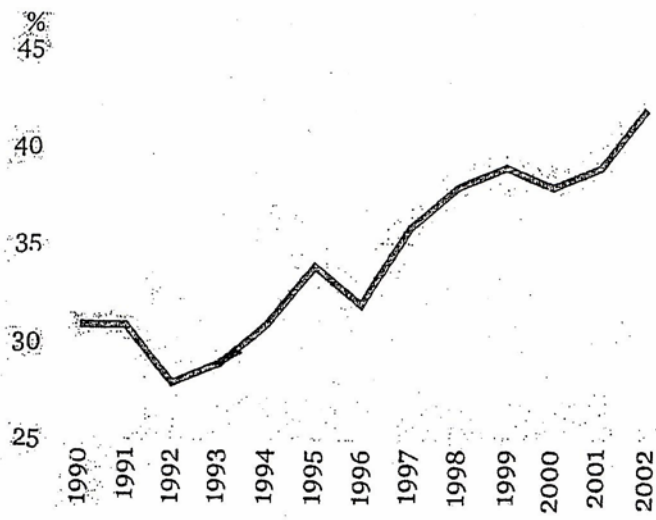
### Eltartottsági ráták



*Forrás: Időszaki Tájékoztató; Népmozgalom (1990-2001); Demográfia évkönyvek.*

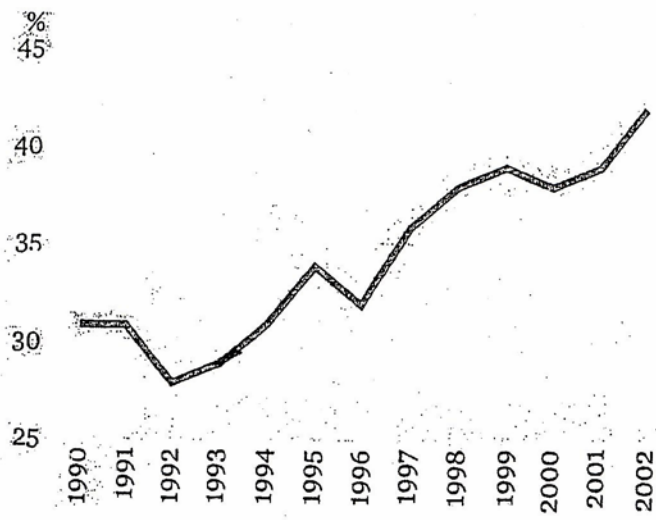


## Teljes válási arányszám



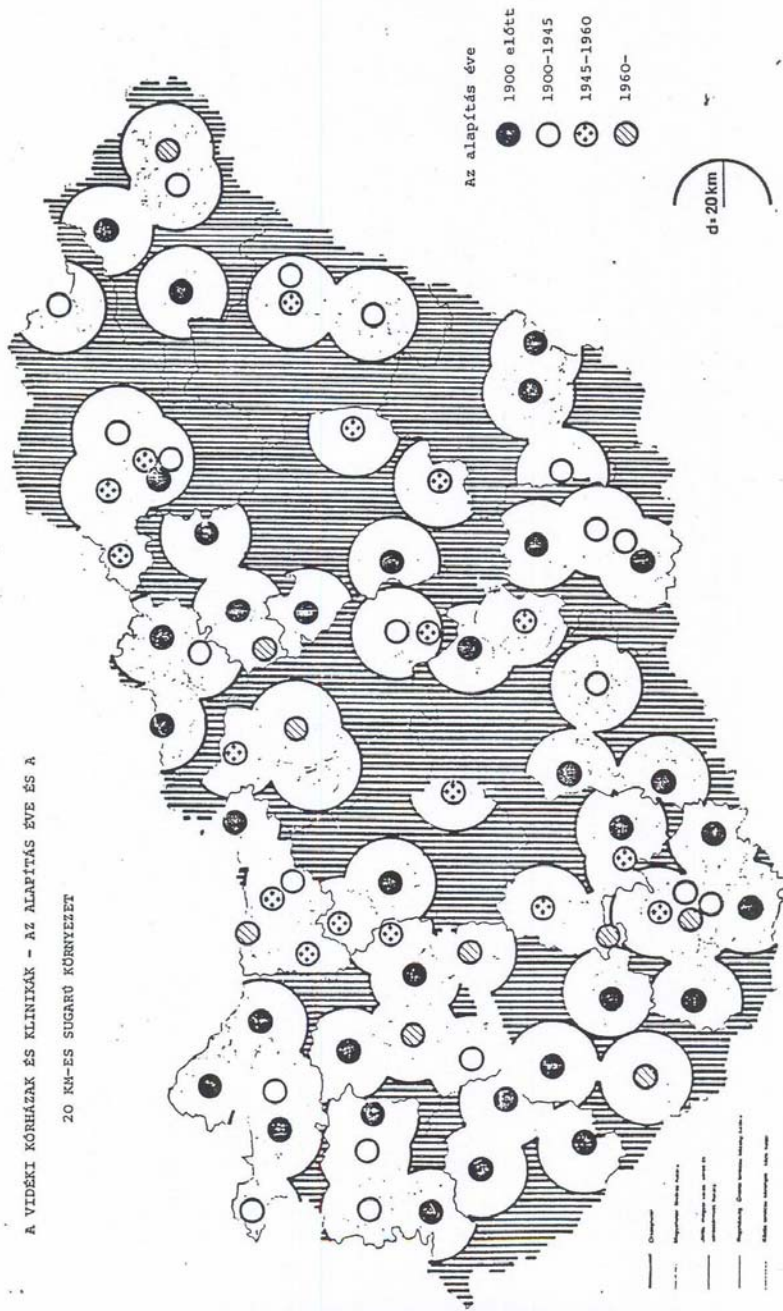
Forrás: Demográfiai évkönyvek.

## Teljes válási arányszám



Forrás: Demográfiai évkönyvek.

A VIDÉKI KÓRHÁZAK ÉS KLINIKÁK - AZ ALAPÍTÁS ÉVE ÉS A  
20 KM-ES SUGÁRÚ KÖRNYEZET



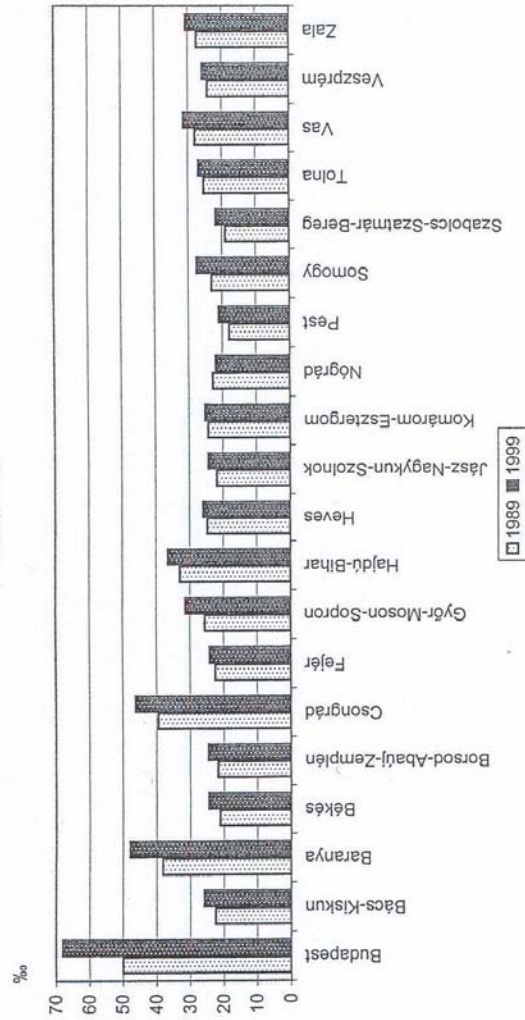
8. tábla Orvoslátottság terület szerint,  
1989, 1999

Megyék, főváros	1989		1999	
	dolgozó orvosok		dolgozó orvosok	
	száma	aránya 10 000 lakosra	száma	aránya 10 000 lakosra
Budapest	10 577	49,9	12 312	68,0
Bács-Kiskun	1 238	22,5	1 371	25,8
Baranya	1 654	38,1	1 917	47,8
Békés	865	21,1	954	24,4
Borsod-Abaúj-Zemplén	1 665	21,7	1 786	24,5
Csongrád	1 801	39,4	1 924	46,1
Fejér	959	22,5	1 024	24,1
Győr-Moson-Sopron	1 088	25,6	1 326	31,3
Hajdú-Bihar	1 805	32,9	1 974	36,4
Heves	828	24,7	836	25,9
Jász-Nagykun-Szolnok	923	21,8	1 002	24,3
Komárom-Esztergom	777	24,3	781	25,2
Nógrád	512	22,8	475	21,9
Pest	1 779	17,9	2 165	21,0
Somogy	798	23,1	907	27,5
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1 057	18,9	1 241	21,8
Tolna	661	25,3	656	26,9
Vas	768	27,9	835	31,3
Veszprém	936	24,2	959	25,7
Zala	846	27,4	898	30,6
Ország összesen <sup>a)</sup>	31 537	29,8	36 386	36,2

a) A fegyveres testületek adataival

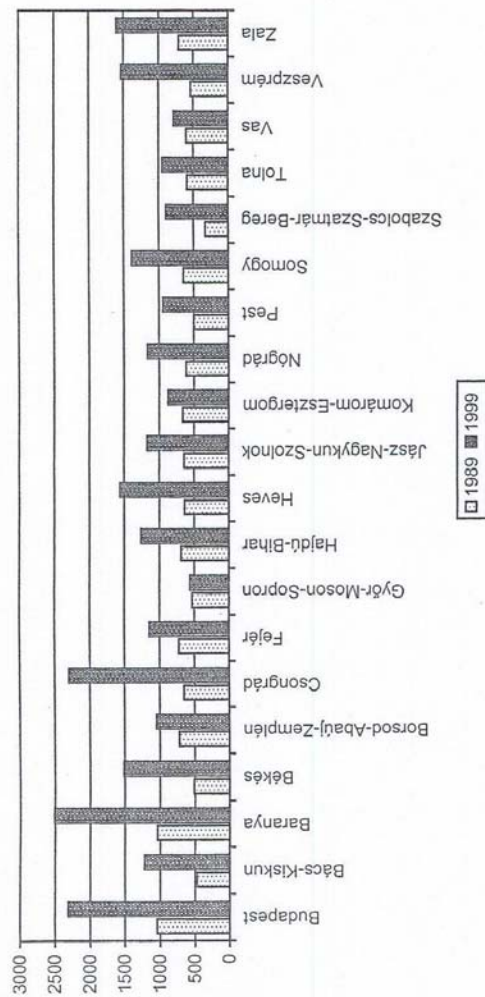
Forrás: KSH. Területi Statisztikai Évkönyv 2002.

9. ábra A dolgozó orvosok 10 000 lakosra jutó száma terület szerint, 1989, 1999



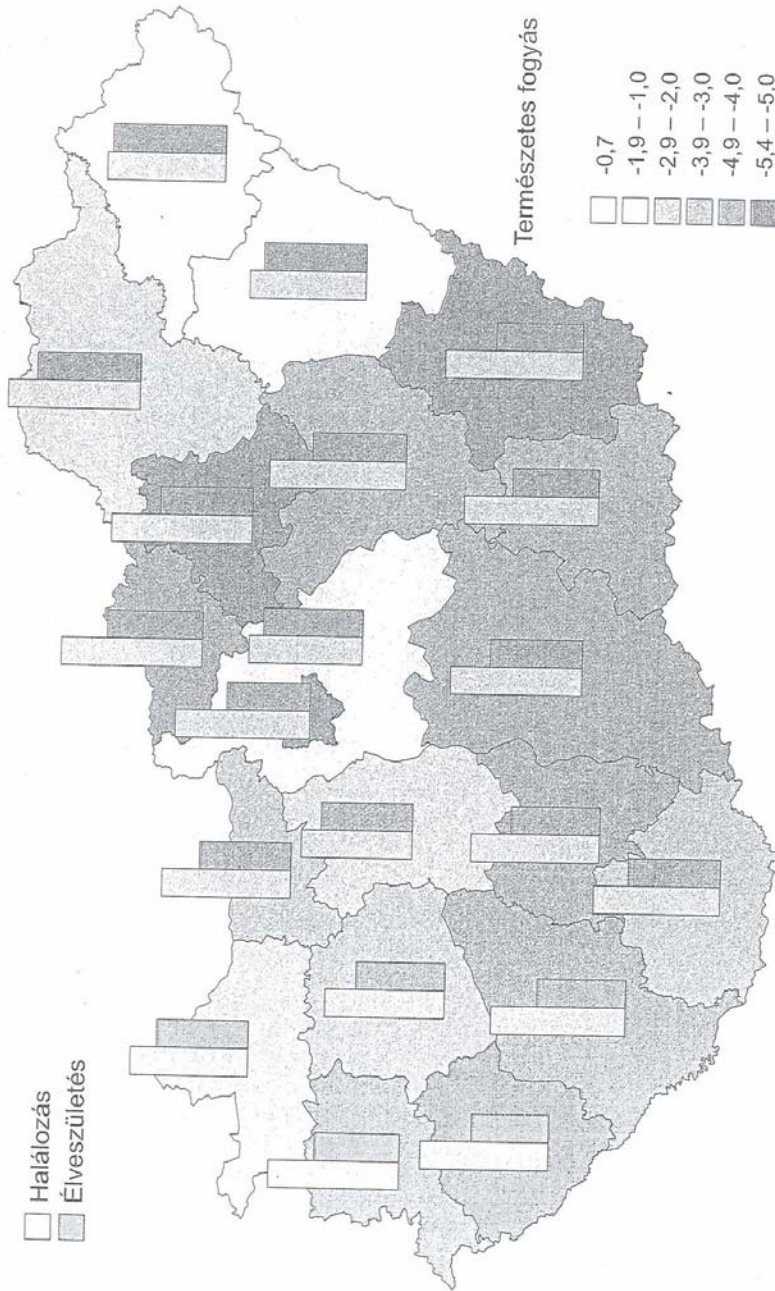
Forrás: KSH. Területi Statisztikai Évkönyv 2002.

10. ábra A járóbeteg-szakellátás gyógykezelési eseteinek száma 100 lakosra számítva területenként, 1989, 1999



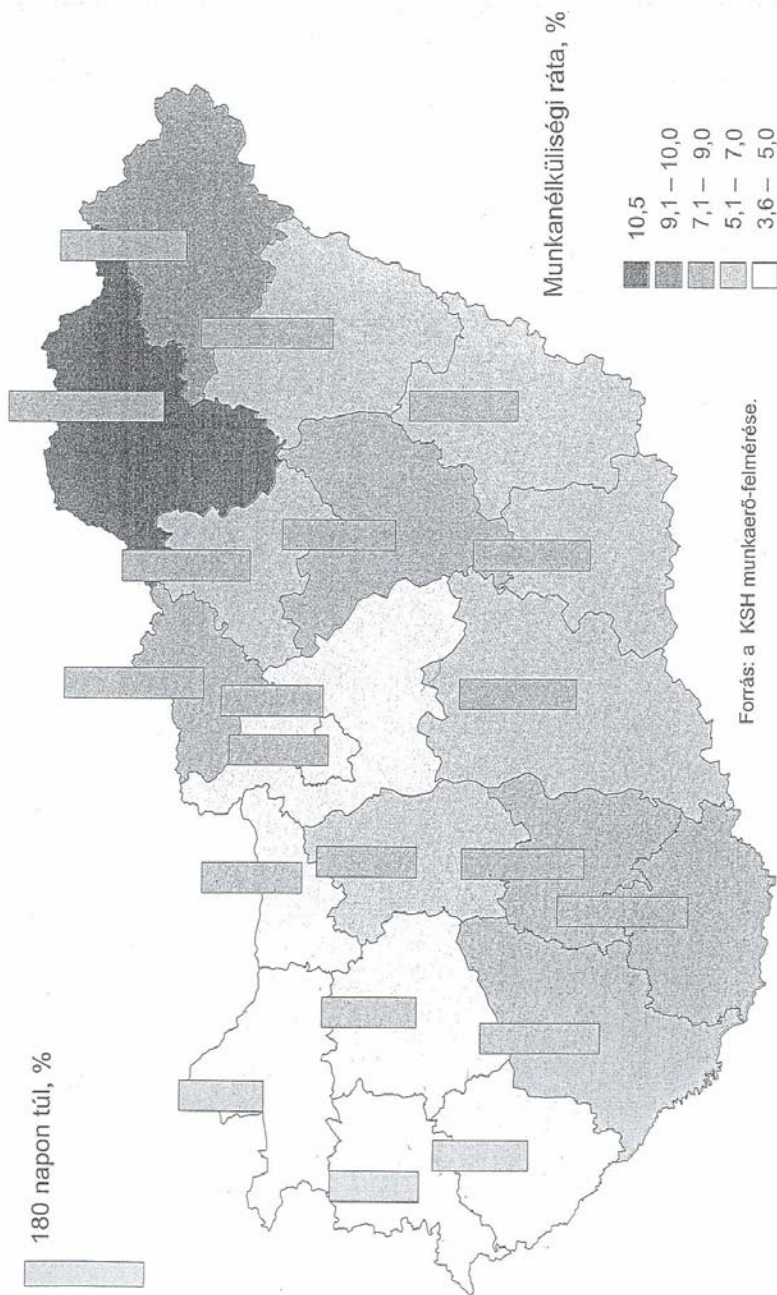
Forrás: KSH. Területi Statisztikai Évkönyv 2002.

12. Természetes fogyás, élveszületés, halálozás ezer lakosra, 2002  
*Natural decrease, live births and deaths per thousands, 2002*



Forrás: KSH. Területi Statisztikai Évkönyv 2002.

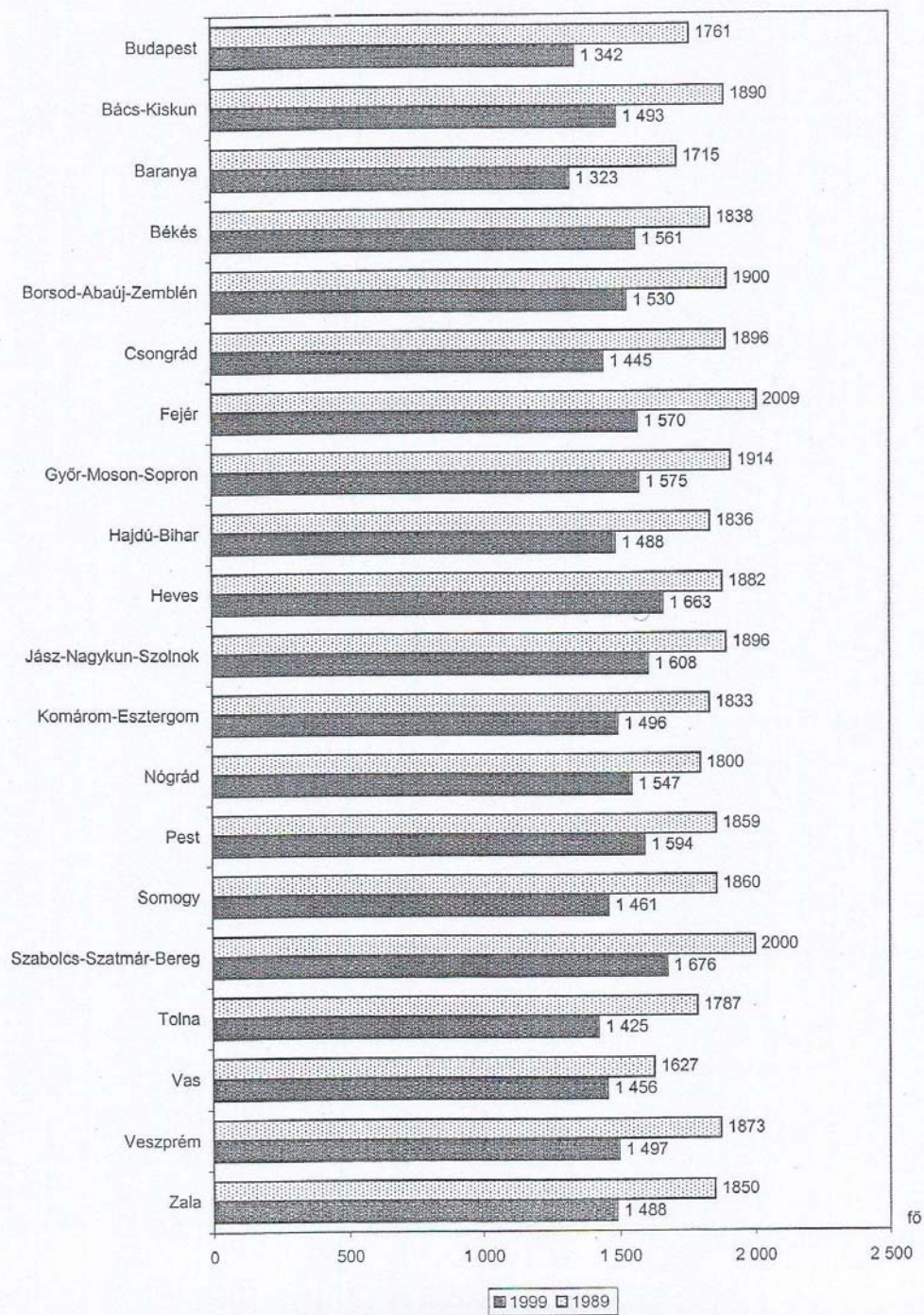
13. A 15–74 éves népesség munkanélküliségi rátája, a 180 napon túli munkanélüliek aránya, 2002



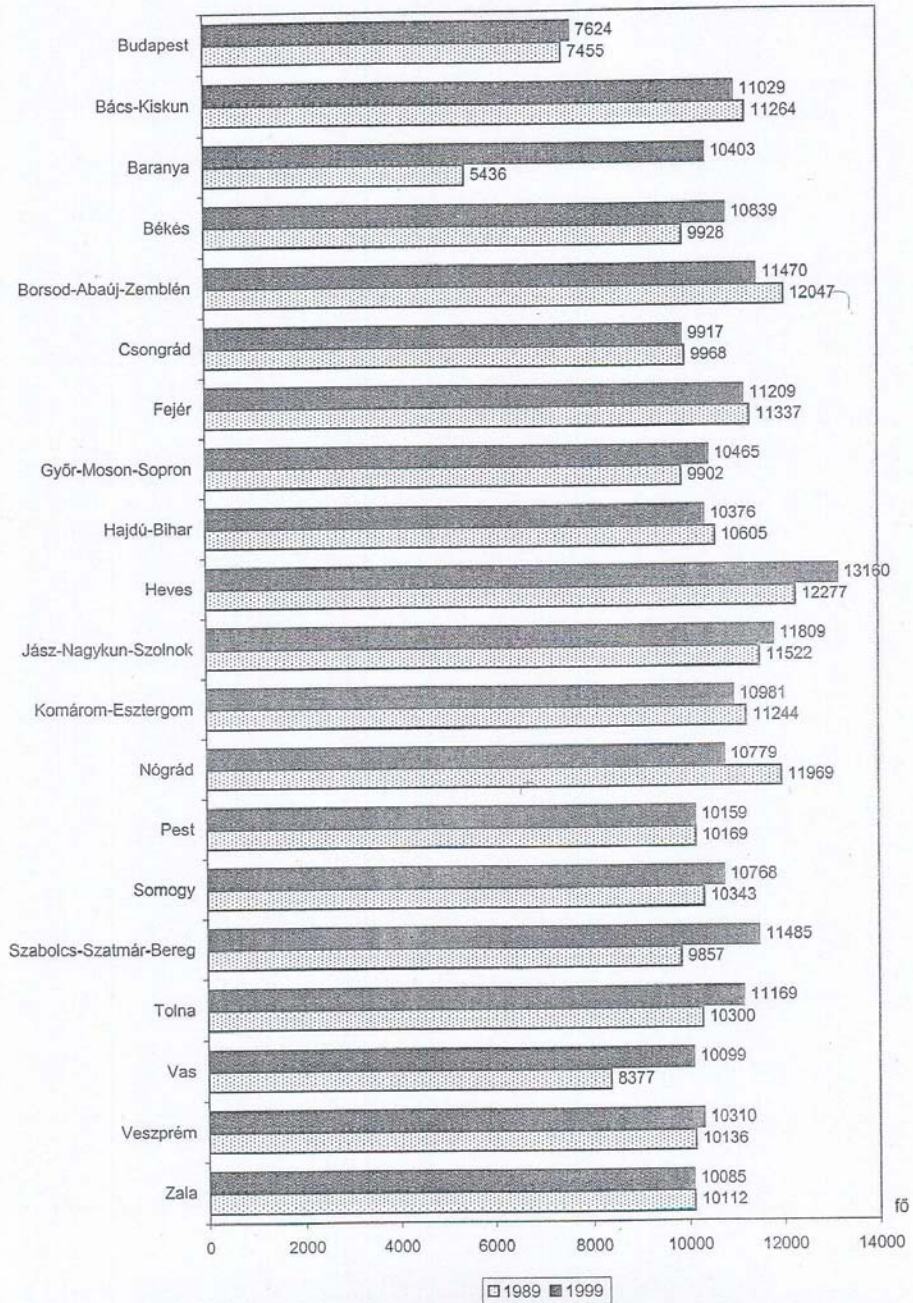
Forrás: KSH. Területi Statisztikai Évkönyv 2002.



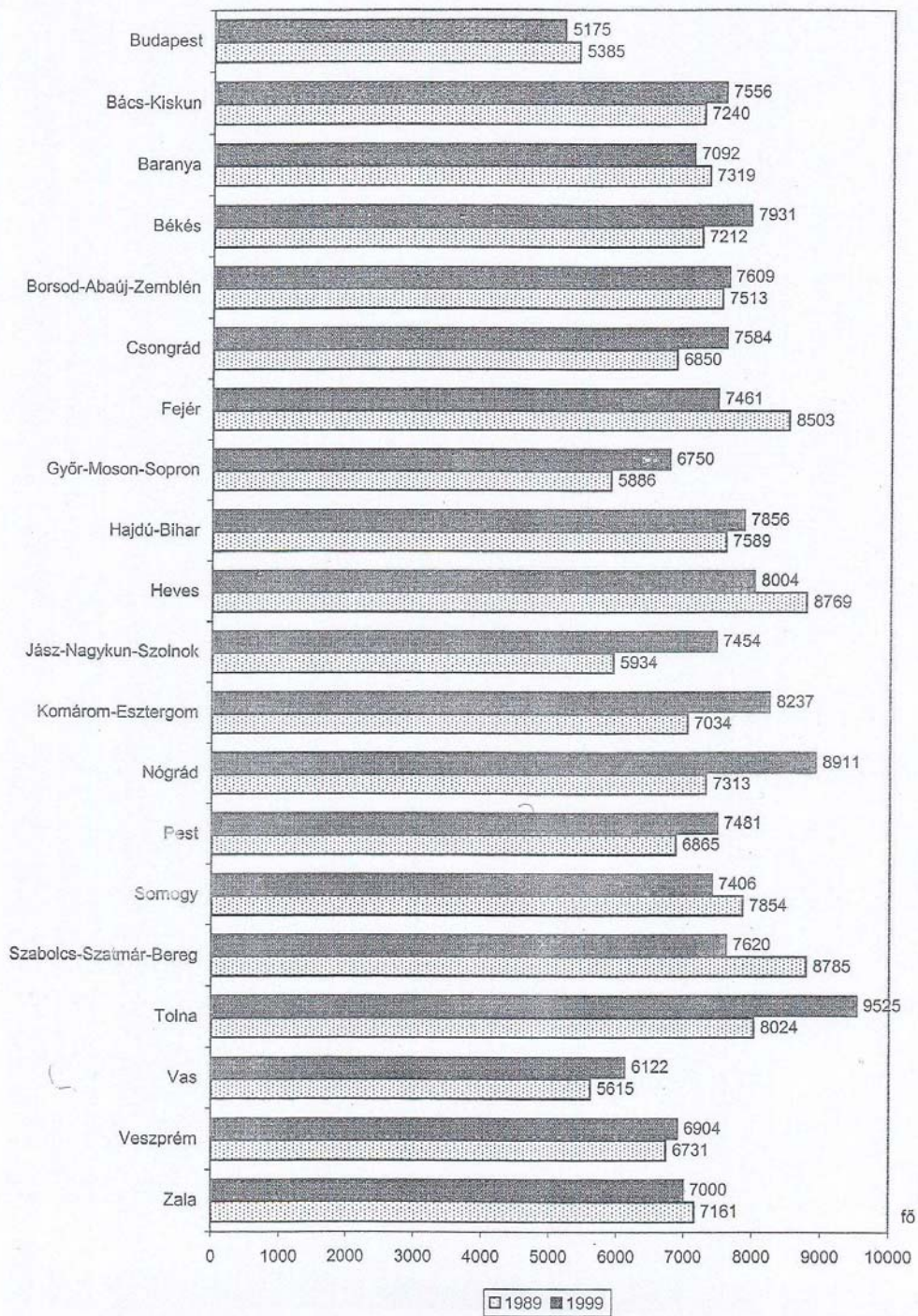
15. ábra Egy házi orvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosok száma területenként, 1989, 1999



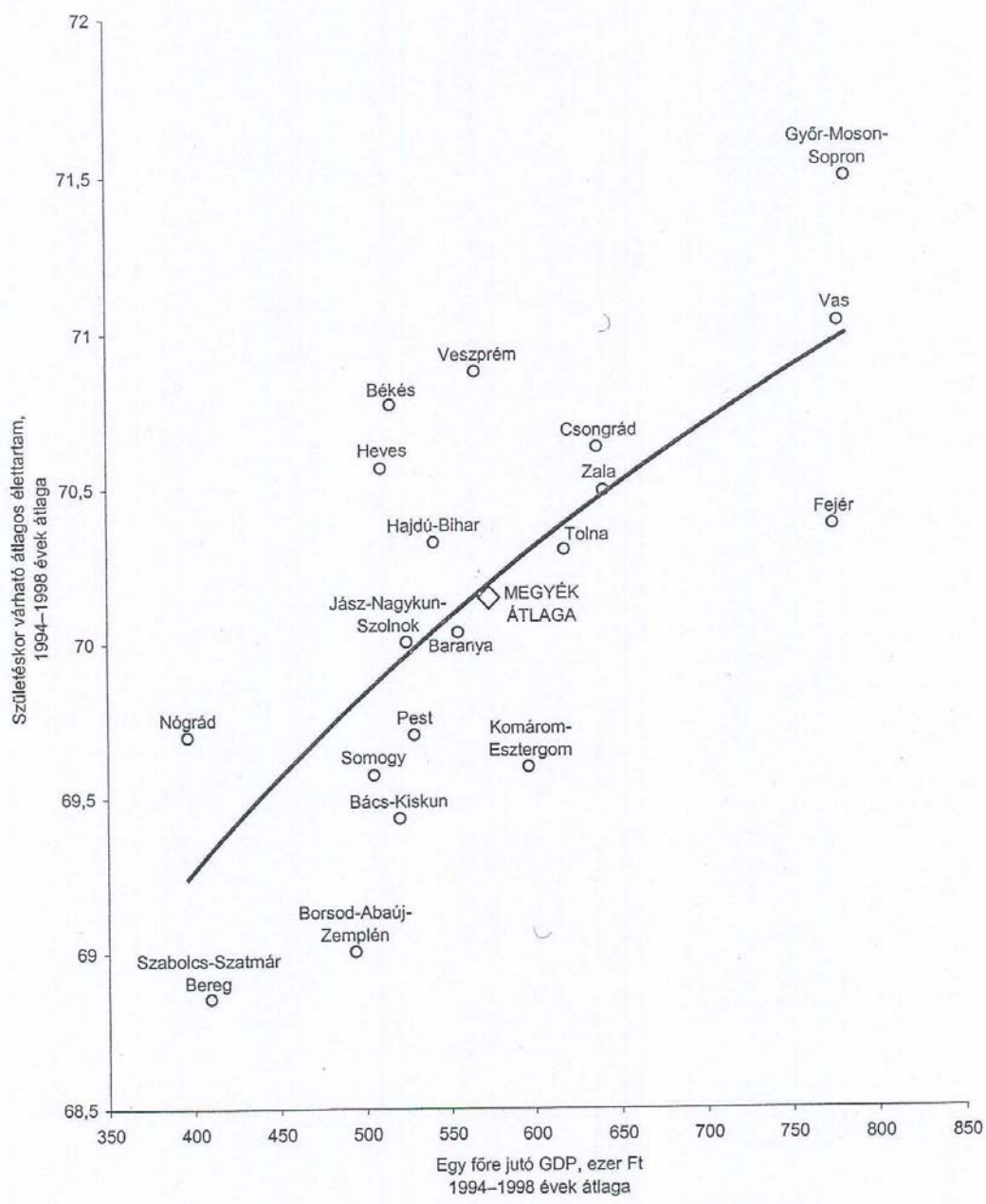
16. ábra Egy háziiorvosra jutó betegforgalom területenként, 1989, 1999



17. ábra Egy házi gyermekorvosra jutó betegforgalom területenként, 1989, 1999

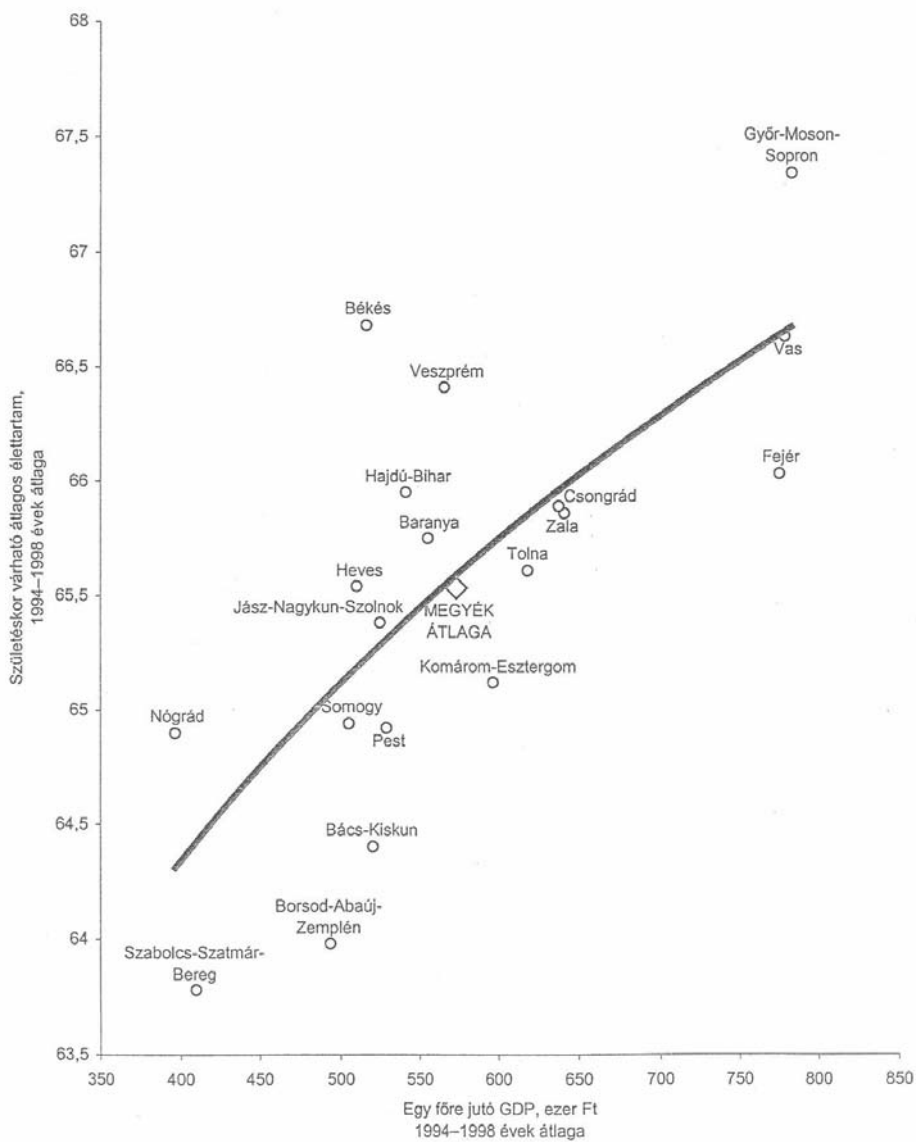


19. ábra Az egy főre jutó GDP és a születéskor várható átlagos élettartam kapcsolata

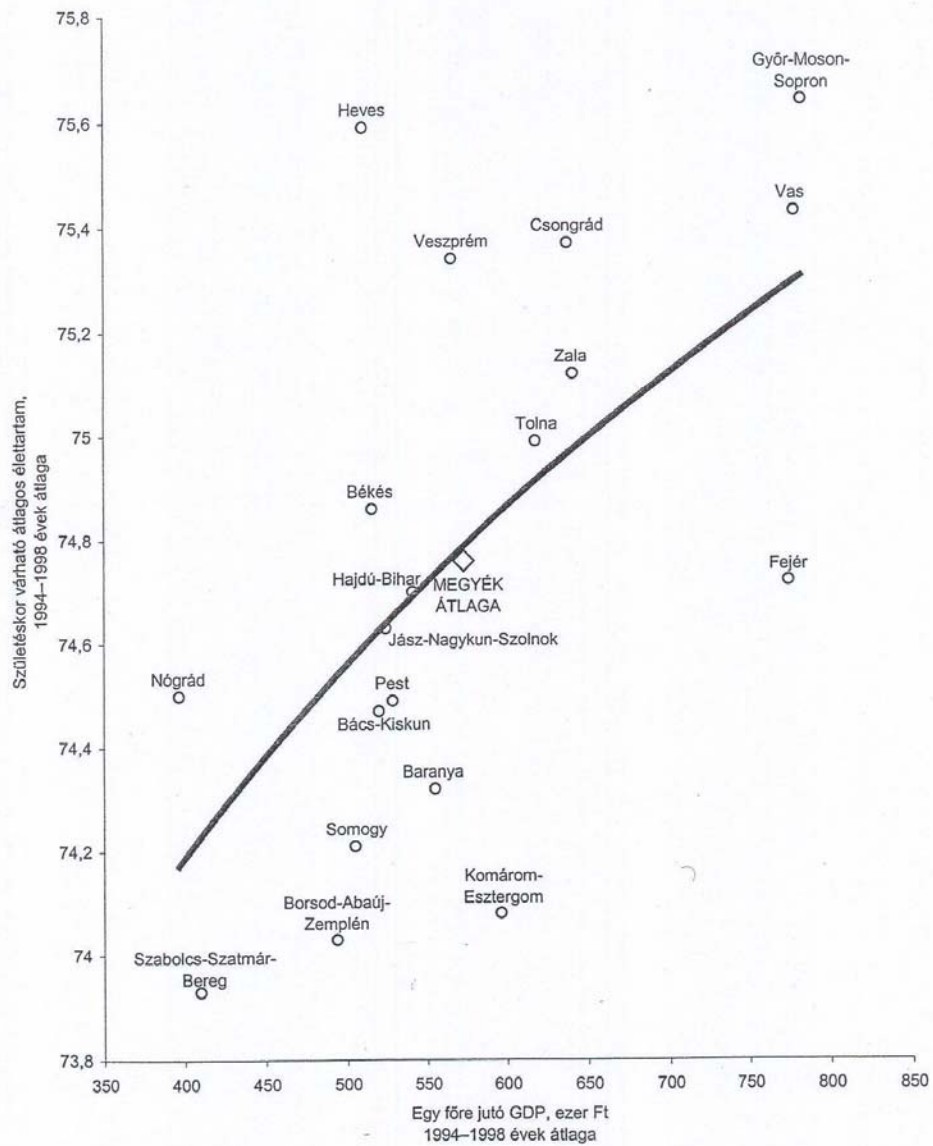


r=0,7; P<0,001

26. ábra Az egy főre jutó GDP és a férfiak születéskor várható átlagos élettartamának kapcsolata

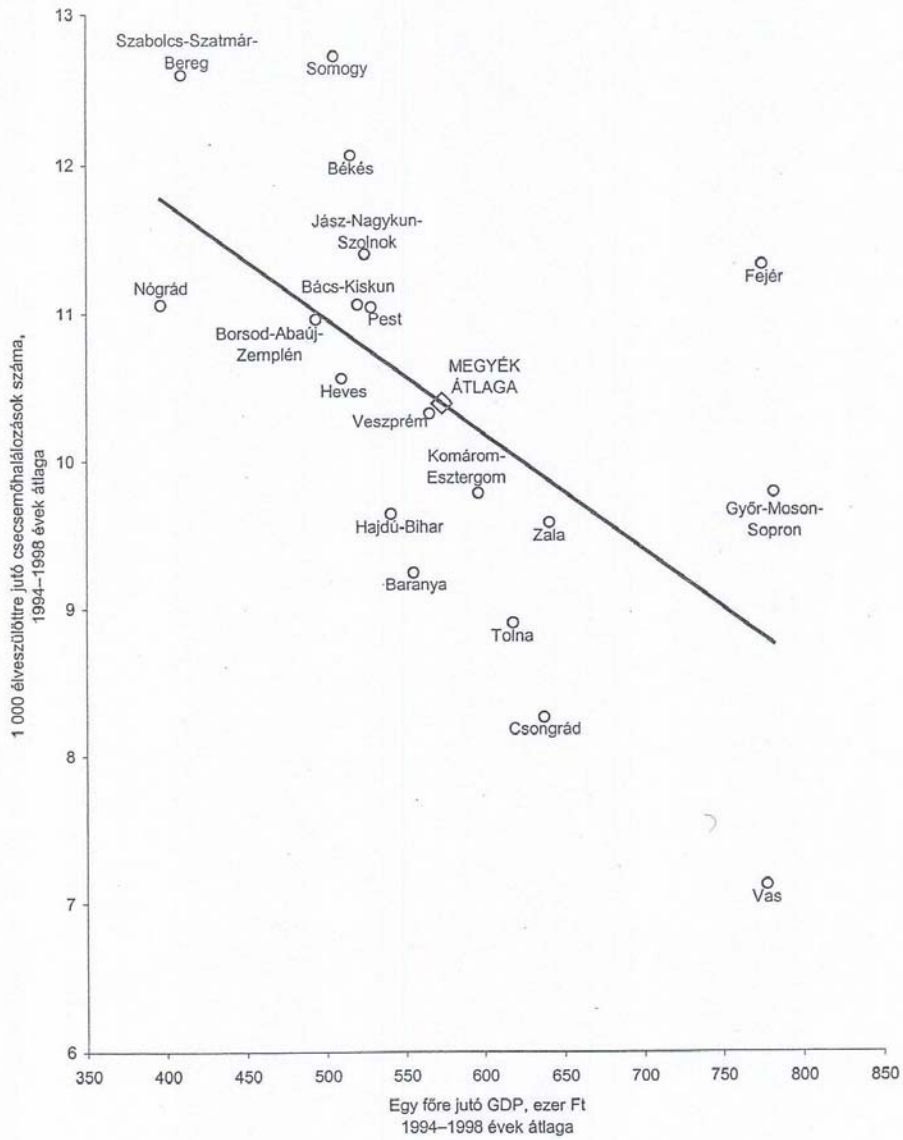


19. ábra Az egy főre jutó GDP és a nők születéskor várható átlagos élettartamának kapcsolata



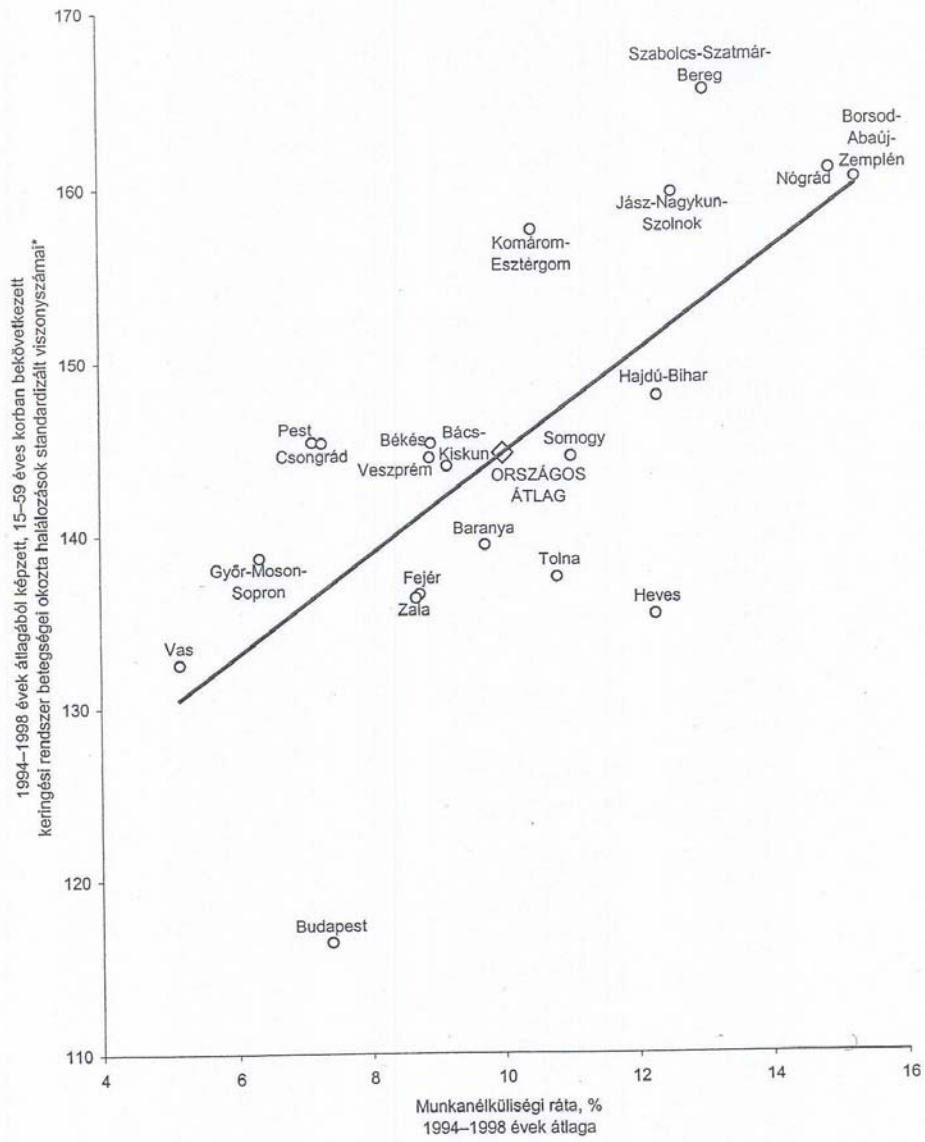
$r=0,586$ ;  $P<0,01$

20. sz. ábra Az egy főre jutó GDP és a csecsemőhalálozások kapcsolata



$r = -0,604$ ;  $P < 0,01$

21. ábra A munkanélküliségi ráta és a keringési rendszer betegségei okozta halálozások kapcsolata

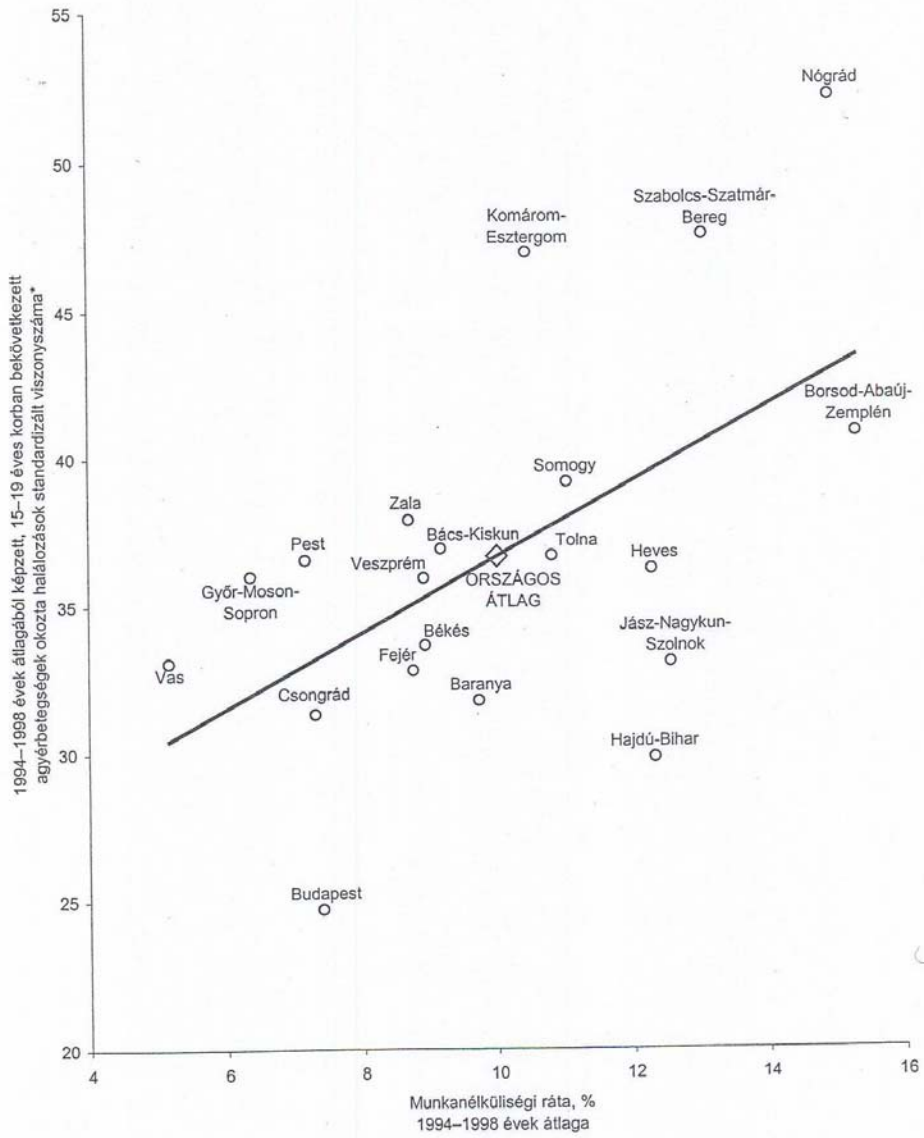


$r=0,684$ ;  $P<0,01$

100 000 lakosra jutó halálozások száma az 1996. évközépi korstruktúra alapján standardizálva.



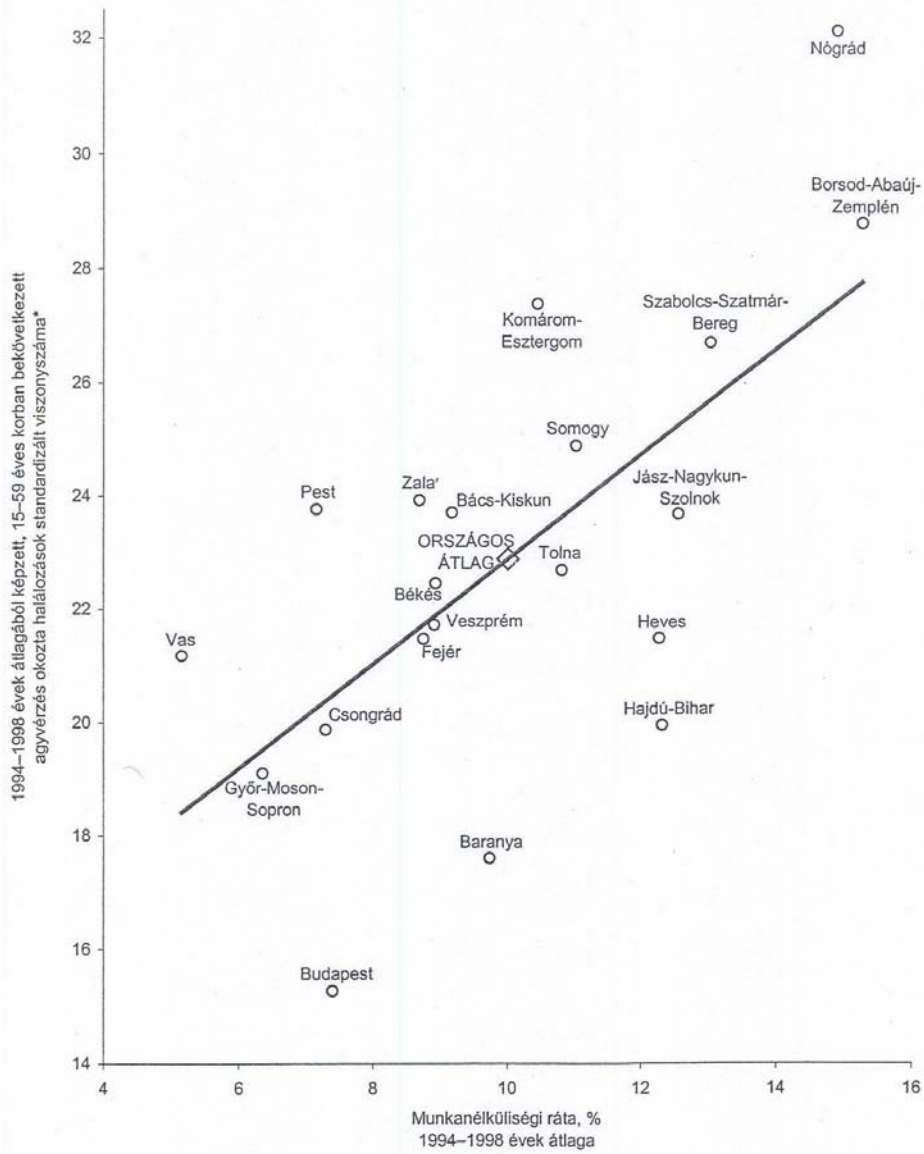
22. ábra A munkanélküliségi ráta és az agyérbetegségek okozta halálozások kapcsolata



$r=0,551$ ;  $P<0,05$

\*100 ezer lakosra jutó halálozások száma az 1996. évközépi korstruktúra alapján standardizálva.

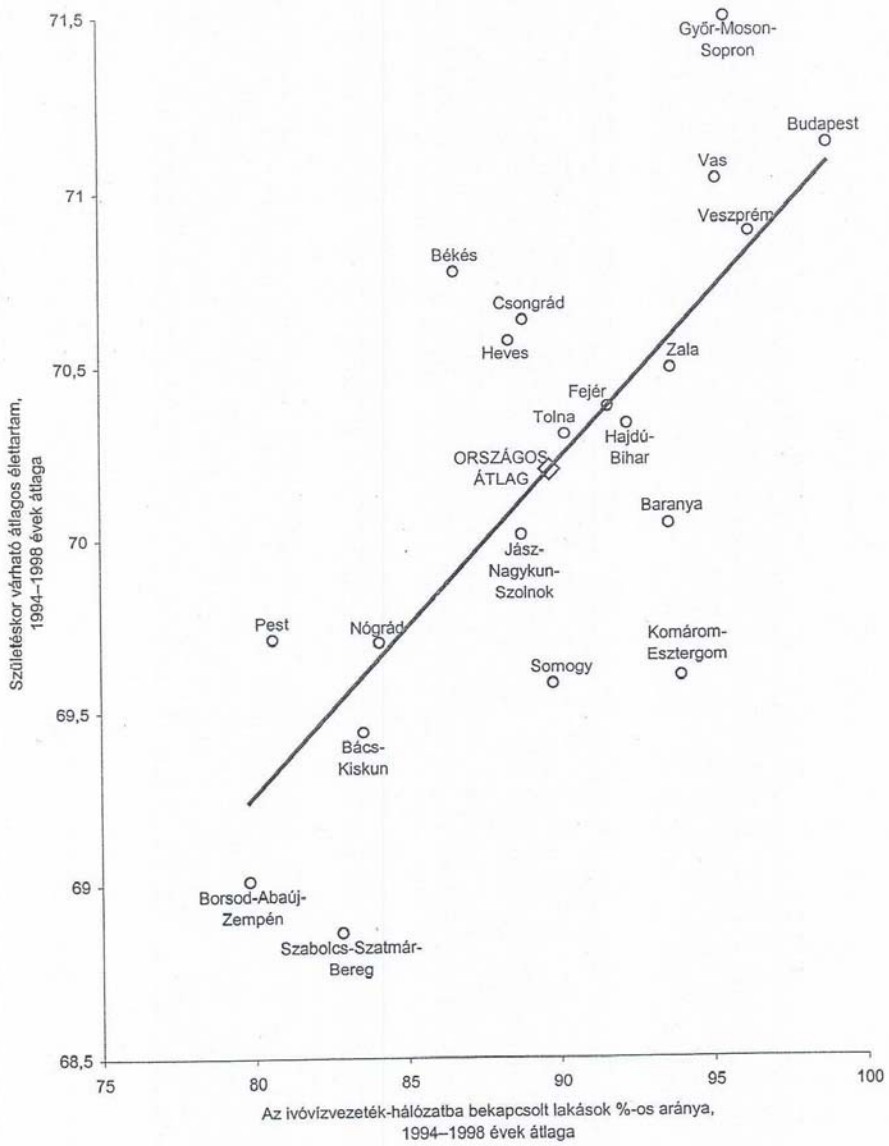
23. ábra A munkanélküliségi ráta és az agyvérzés okozta halálozások kapcsolata



$r=0,655, P<0,01$

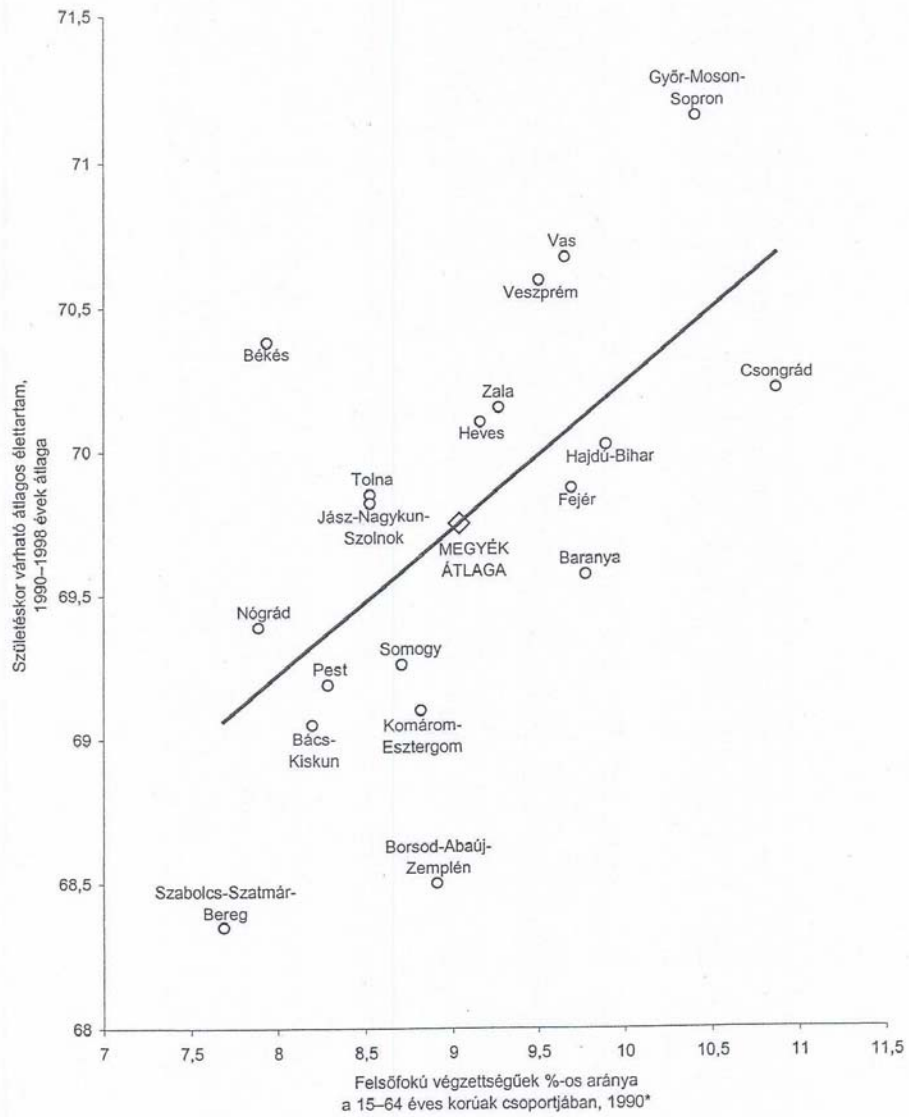
\*100 000 lakosra jutó halálozások száma az 1996. évközépi korstruktúra alapján standardizálva.

24. ábra Az ivóvízvezeték-hálózatba bekapcsolt lakások aránya és a születéskor várható élettartam kapcsolata



$r=0,738; P<0,001$

25. ábra Az iskolai végzettség és a születéskor várható élettartam kapcsolata 1990, 1990–1998. évek átlaga



$r=0,607$ ;  $P<0,01$

\*Népszámlálási adat

**27. sz. ábra**  
**Egészségügyi intézetek gép, műszer és tárgyi eszközök értékeinek %-os megoszlása megyénként**

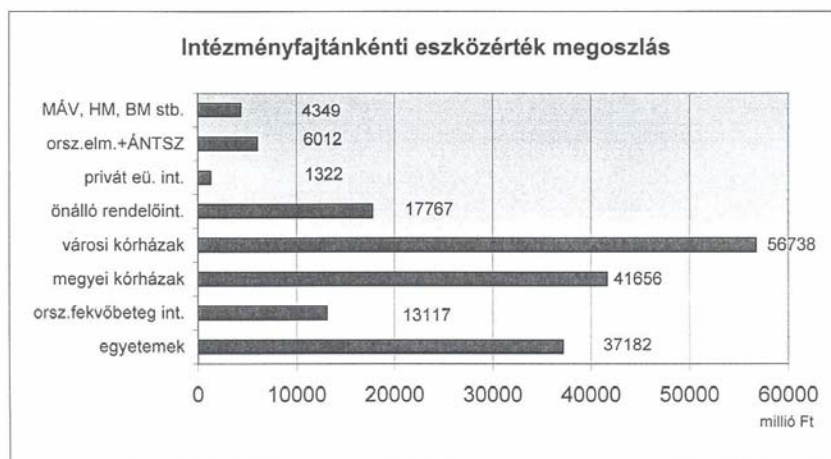
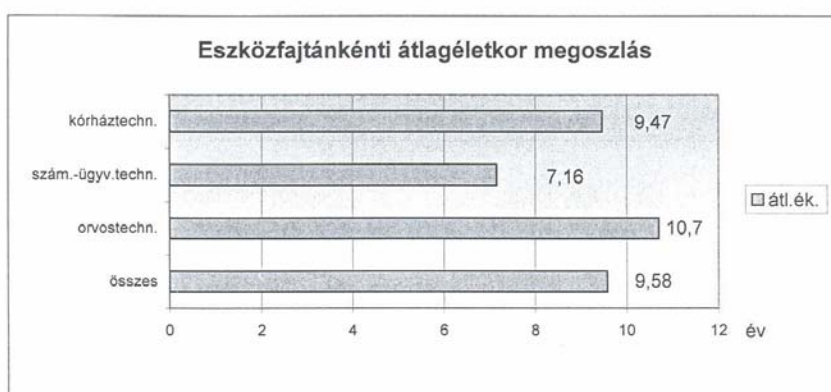
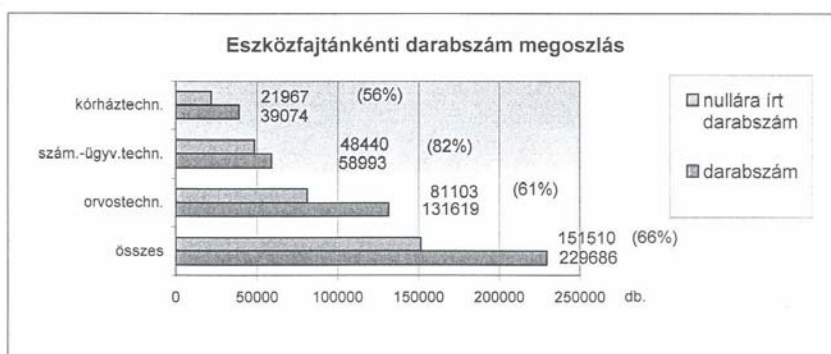
<b>Megye</b>	<b>Százalék</b>
Főváros	38,09
Baranya megye	5,95
Bács-Kiskun megye	3,73
Békés megye	2,90
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	4,57
Csongrád megye	6,58
Fejér megye	2,46
Győr-Moson-Sopron megye	3,89
Hajdú-Bihar megye	6,45
Heves megye	1,93
Komárom megye	1,51
Nógrád megye	1,54
Pest megye	3,80
Somogy megye	1,80
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	3,64
Jász-Nagykun-Szolnok megye	2,55
Tolna megye	1,30
Vas megye	2,55
Veszprém megye	2,15
Zala megye	2,61
<b>Összesen</b>	<b>100,00</b>

Forrás: 27-29. ORKI nyilvántartás

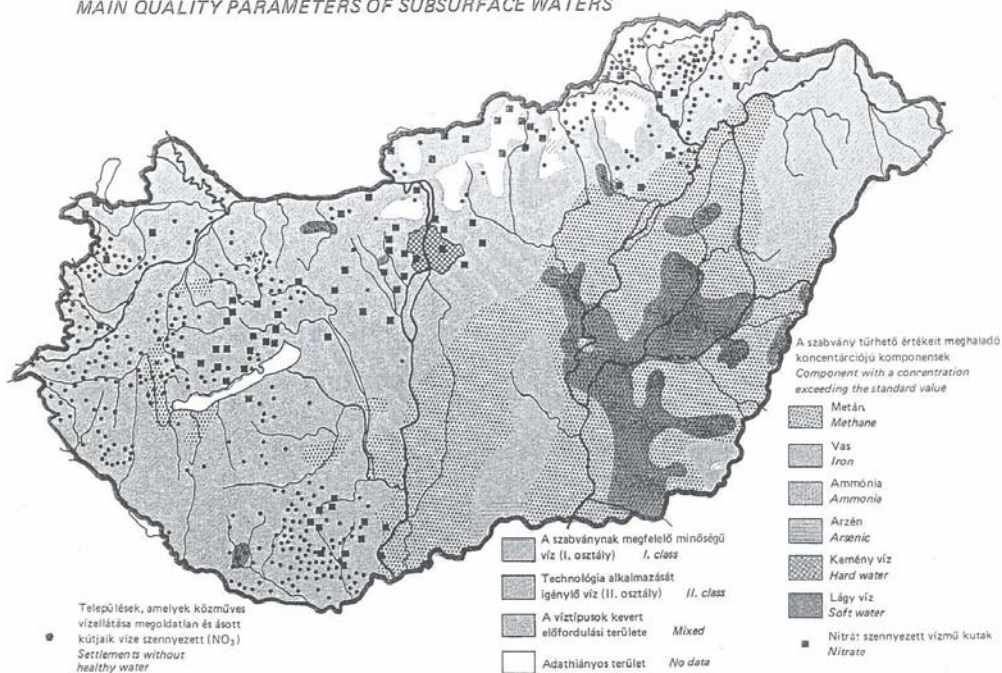
28. sz. ábra Az egészségügyi intézetek műszer állománya 2000 év végén

	ORSZÁGOS ÖSSZES			
	ÉRTÉK (eFt)	ÁÉK. (év)	NULL (%)	ESZK/ÁGY (db)
ENDOSZKÓPOK	8895255	10.95	61%	0.086
EKG	13382177	10.38	65%	0.080
BETEGMEGFIGYELŐ	8271490	9.89	61%	0.081
DEFIBRILLÁTOROK	1405373	11.22	62%	0.017
EEG	1019844	12.38	72%	0.006
FOTO-FONOSTIM.	16205	13.92	84%	0.001
SPIROMETRIA	809417	11.27	70%	0.017
NAGYFR. SEB. KÉSZ.	1455386	10.67	63%	0.020
ALTATÓK	5230452	14.89	78%	0.026
LÉLEGEZTETŐK	3192487	11.85	61%	0.029
LÉZEREK	1342307	9.63	67%	0.006
INKUBÁTOROK	665271	10.60	72%	0.016
DIALIZÁTOROK	541091	11.77	76%	0.004
ELEKTROTHERÁPIÁS	588221	9.52	57%	0.024
UH-TERÁPIÁS	1369270	12.71	74%	0.017
TERMOTERÁPIA	300360	15.29	85%	0.004
UH-KÉPALKOTÁS	11495136	9.56	63%	0.017
ÁLT. RTG.	26620206	12.50	66%	0.090
NUKLEÁRDIAGN.	2377268	15.37	78%	0.018
NUKLEÁRTERÁPIA	3269669	10.06	59%	0.001
MŰTŐASZTAL/SZÉK	3332453	12.07	66%	0.044
STERILIZÁTOROK	4610276	14.14	74%	0.054
LABORESZKÖZÖK	22649775	11.79	68%	0.351
ORVOSTECHNIKA:	145565367	10.70	62%	1.571
ÜGYVITELTECHN.:	16699209	7.16	82%	0.704
KÓRHÁZTECHNIKA:	15879423	9.47	56%	0.466
ÖSSZES ESZKÖZ:	178143999	9.58	---	2.742

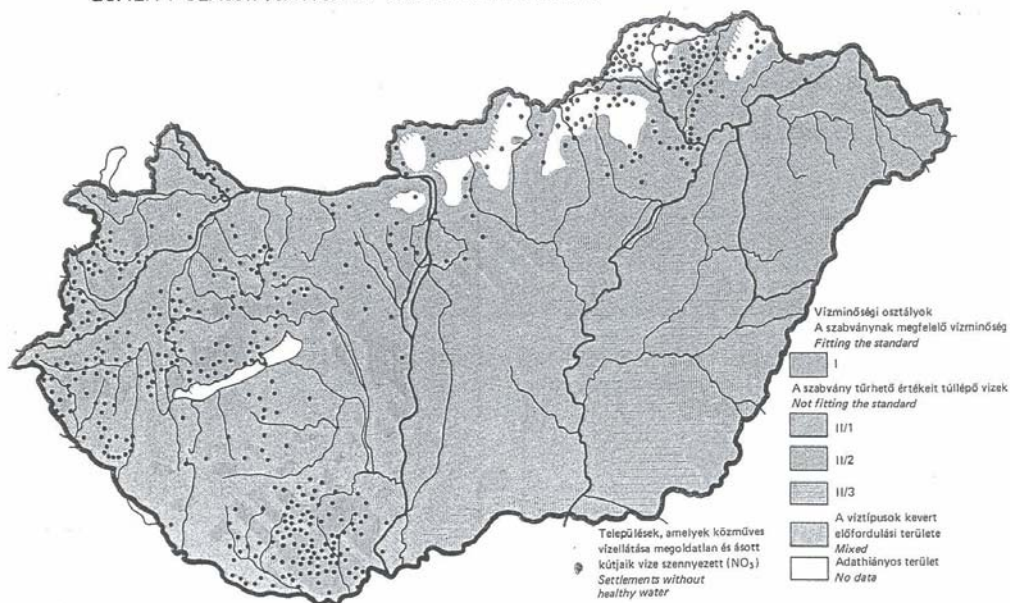
29. sz. ábra A műszerállomány különböző csoportok szerint



30. ábra: MAGYARORSZÁG FELSZÍN ALATTI VIZEINEK FŐBB VÍZMINŐSÉGI JELLEMZŐI  
 az MSz 10/433-1 szabvány szerint (0–600 m mélységekőzre)  
 MAIN QUALITY PARAMETERS OF SUBSURFACE WATERS



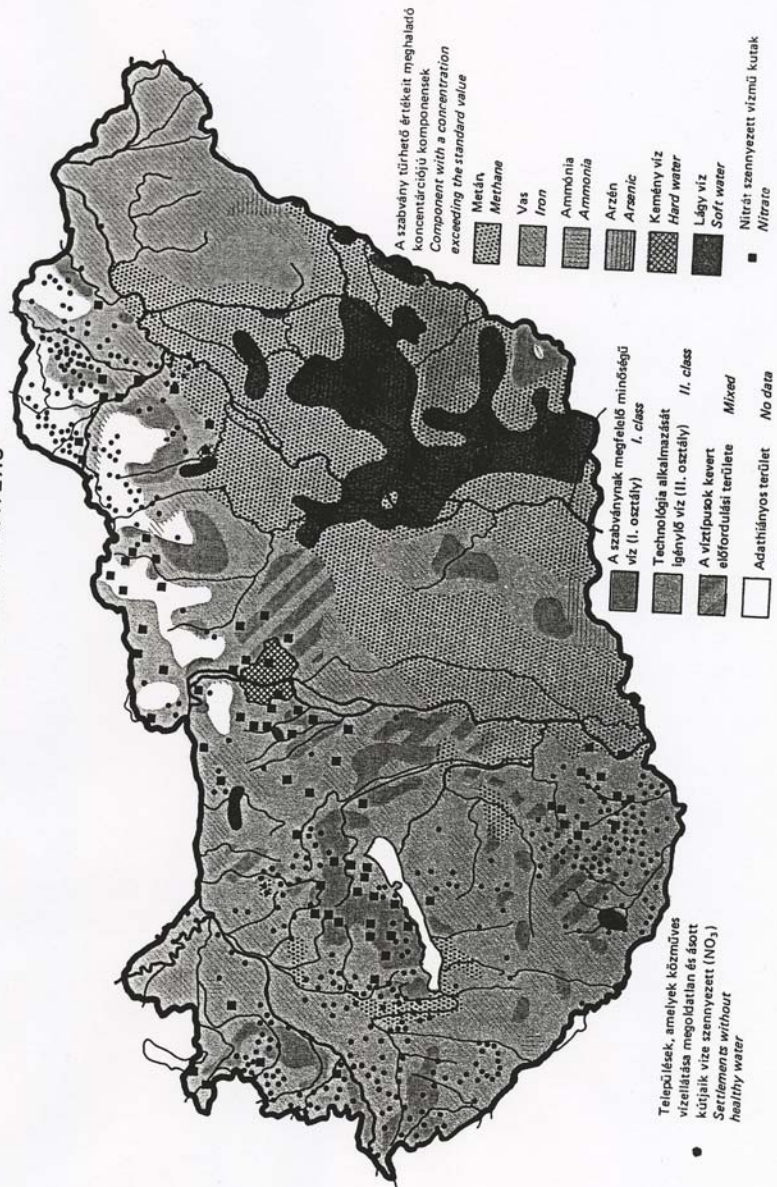
ábra: MAGYARORSZÁG FELSZÍN ALATTI VIZEINEK VÍZMINŐSÉGI OSZTÁLYOZÁSA  
 az MSz 10/433-1 szabvány szerint (0–600 m mélységekőzre)  
 QUALITY CLASSIFICATION OF SUBSURFACE WATERS



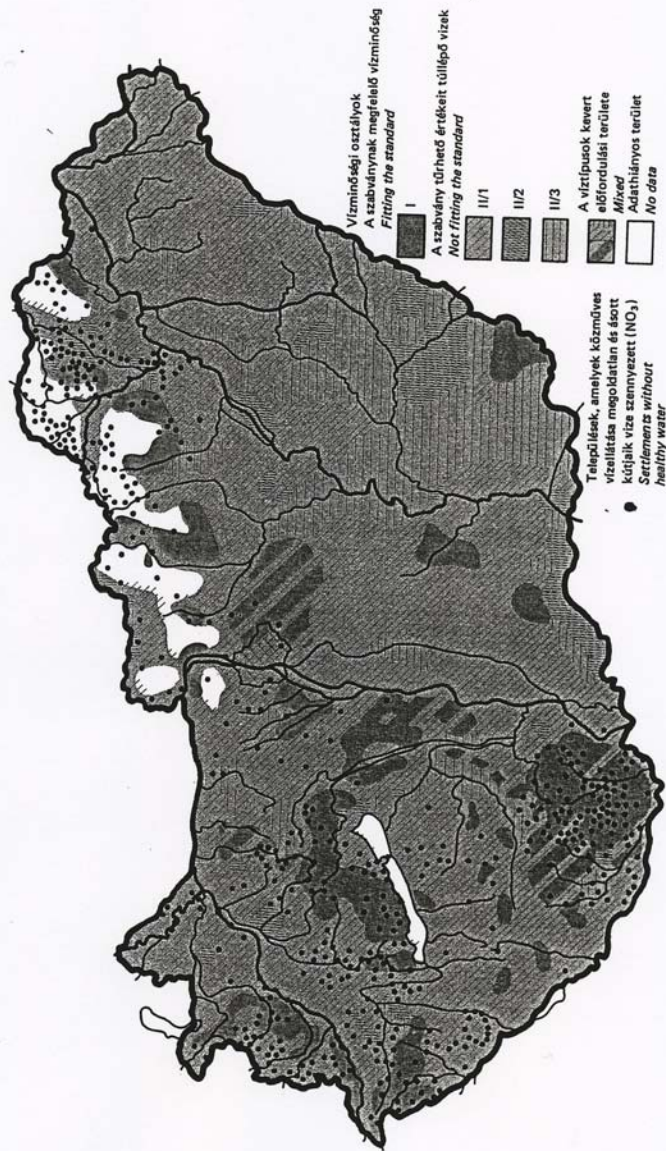
Forrás: KSH. A környezet állapota és védelme 1986.



MAGYARORSZÁG FELSZÍN ALATTI VIZEINEK FŐBB VÍZMINŐSÉGI JELLEMZŐI  
 az MSZ 10/433-1 szabvány szerint (0-600 m mélységtöbbré)  
 MAIN QUALITY PARAMETERS OF SUBSURFACE WATERS



MAGYARORSZÁG FELSZÍN ALATTI VIZEINEK VÍZMINŐSÉGI OSZTÁLYOZÁSA  
 az MSz 10/433-1 szabvány szerint (0–600 m mélységtöbbrre)  
 QUALITY CLASSIFICATION OF SUBSURFACE WATERS



21 Környezet

Tisztelt Doktornő – Doktor Úr!

A kórházi tevékenység minősítésének keretén belül szükségessé vált a "kórházat elsősorban fenntartó apparátusnak" (orvosi karnak) a minősítése. E feladat elvégzését a kórházátvilágítás keretében kívánjuk lebonyolítani.

Mint ismeretes a minősítésnek számos szubjektív eleme van, ezért fontosnak tartottuk, hogy e téren felmerülő "torzulást" minimalizáljuk. Ezt úgy kívánjuk megoldani, hogy az értékitélet kialakítását a legilletékesebbekre, magukra az orvosokra bizzuk. Az érintett kérdéseken az orvosok titkos szavazással mondanak egymásról véleményt.

Arra kérjük Önt, hogy a megadott listán ismert kollégáit és saját magát is – az iskolában használt osztályzattal 1-5-ig érdemjeggyel – minősítse minden feltett kérdésben. Amennyiben a kérdések között szereplő tulajdonságok közül valamelyikre nincs információja, akkor azt a rovatot hagyja üresen. Értelemszerűen üresek maradnak azoknak a kollégáinak a rovatai is, akiket Ön egyáltalán nem ismer.

Tapasztalataink szerint vannak, akik a kérdőívet nem szívesen töltik ki, a titkos szavazással róluk alkotott minősítést pedig vitatják.

Az általunk javasolt kérdésekre ma korrektebb minősítést nehéz találni. Ezért úgy ítéljük meg mindenkinek érdeke, hogy a minősítés objektivitásának növelése érdekében minél többen válaszoljanak kérdéseinkre.

A kitöltött kérdőlapokat a könyvtárban elhelyezett urnába ...ig kérjük dobja be. A határidőre beérkezett anyagot "szigorúan titkosként" kezeljük és a feldolgozás eredményéről mindenki értesül. A listán szereplő személyek csak a saját eredményükről szereznek tudomást és az összesítést a kórház igazgatója is értelemszerűen "szigorúan titkosként" kezeli.

Közreműködését előre is köszönjük.

Budapest



## 34. sz. melléklet a)

Azonos kategóriába tartozó kórházak összehasonlító adatai  
(A kórházak neve helyett az adatvédelem miatt csak az ágyszám szerint sorba rendezett sorszámot közöljük)

	Ágyszám		HBCS súlyszám		Létszám (fő)		Éves jövedelem (Ft)
<b>Összesen</b>	<b>6312,15</b>	<b>Összesen</b>	<b>19837,44</b>	<b>Összesen</b>	<b>8931,53</b>	<b>Összesen</b>	<b>6176903882</b>
1 Kórház	860,00	1 Kórház	25775,13	1 Kórház	1236,29	1 Kórház	945457057
2 Kórház	691,00	5 Kórház	22555,05	7 Kórház	876,62	7 Kórház	674494752
3 Kórház	649,00	3 Kórház	20140,43	5 Kórház	857,62	5 Kórház	635200387
4 Kórház	619,00	4 Kórház	19742,78	4 Kórház	824,40	4 Kórház	597680204
5 Kórház	582,00	2 Kórház	19386,04	2 Kórház	817,01	3 Kórház	568299279
6 Kórház	572,00	6 Kórház	19347,58	3 Kórház	793,04	8 Kórház	547158698
7 Kórház	570,00	8 Kórház	17955,69	8 Kórház	788,89	13 Kórház	544768971
8 Kórház	565,00	11 Kórház	17799,69	9 Kórház	752,96	2 Kórház	526228151
9 Kórház	558,00	7 Kórház	17207,98	13 Kórház	751,29	12 Kórház	526143977
10 Kórház	553,00	9 Kórház	17062,21	16 Kórház	746,08	14 Kórház	523603591
11 Kórház	514,00	13 Kórház	16795,97	10 Kórház	725,48	11 Kórház	515197562
12 Kórház	502,00	14 Kórház	16390,41	12 Kórház	716,53	10 Kórház	508278806
<b>ÁTLAG</b>	<b>483,15</b>	<b>ÁTLAG</b>	<b>15215,86</b>	17 Kórház	708,02	9 Kórház	503260124
13 Kórház	463,00	10 Kórház	15018,13	<b>VIZSGÁLT</b>	707,17	16 Kórház	492136247
14 Kórház	461,00	<b>VIZSGÁLT</b>	14778,25	14 Kórház	674,99	<b>VIZSGÁLT</b>	486200698
<b>VIZSGÁLT</b>	460,00	12 Kórház	13994,41	<b>ÁTLAG</b>	660,49	20 Kórház	477302470
15 Kórház	434,00	17 Kórház	13815,33	11 Kórház	660,30	17 Kórház	475433263
16 Kórház	432,00	16 Kórház	13433,62	18 Kórház	545,58	<b>ÁTLAG</b>	471106169
17 Kórház	422,00	20 Kórház	13134,11	20 Kórház	543,89	6 Kórház	372164902
18 Kórház	376,00	18 Kórház	12022,86	6 Kórház	543,24	22 Kórház	369299448
19 Kórház	375,00	21 Kórház	10889,04	22 Kórház	538,69	18 Kórház	364197925
20 Kórház	370,00	19 Kórház	10753,67	15 Kórház	524,39	15 Kórház	350868215
21 Kórház	347,00	22 Kórház	10695,97	19 Kórház	521,21	19 Kórház	331985356
22 Kórház	334,00	15 Kórház	10453,67	23 Kórház	409,26	24 Kórház	269373883
23 Kórház	313,00	25 Kórház	8964,94	24 Kórház	392,99	23 Kórház	261562895
24 Kórház	280,00	23 Kórház	8876,11	21 Kórház	292,47	25 Kórház	220870491
25 Kórház	260,00	24 Kórház	8623,22	25 Kórház	224,29	21 Kórház	161593037

Forrás: Fecske: OTKA. T.31874.

## 35. sz. melléklet b)

Azonos kategóriába tartozó kórházak összehasonlító adatai  
(A kórházak neve helyett az adatvédelem miatt csak az ágyszám szerint sorba rendezett sorszámot közöljük)

	Létszám/ ágyszám		Súlyszám/ létszám		Éves jöv./ létszám (Ft)		Súlyszám/ ágyszám
21 Kórház	0,84	25 Kórház	39,97	25 Kórház	984754	15 Kórház	24,09
25 Kórház	0,86	21 Kórház	37,23	20 Kórház	877572	10 Kórház	27,16
6 Kórház	0,95	6 Kórház	35,62	11 Kórház	780248	12 Kórház	27,88
2 Kórház	1,18	11 Kórház	26,96	14 Kórház	775721	2 Kórház	28,06
15 Kórház	1,21	5 Kórház	26,30	7 Kórház	769427	23 Kórház	28,36
3 Kórház	1,22	3 Kórház	25,40	1 Kórház	764753	19 Kórház	28,68
11 Kórház	1,28	14 Kórház	24,28	5 Kórház	740655	1 Kórház	29,97
23 Kórház	1,31	20 Kórház	24,15	12 Kórház	734294	7 Kórház	30,19
10 Kórház	1,31	4 Kórház	23,95	13 Kórház	725111	9 Kórház	30,58
4 Kórház	1,33	2 Kórház	23,73	4 Kórház	724988	24 Kórház	30,80
9 Kórház	1,35	<b>ÁTLAG</b>	23,04	3 Kórház	716609	3 Kórház	31,03
<b>ÁTLAG</b>	1,37	8 Kórház	22,76	<b>ÁTLAG</b>	713269	16 Kórház	31,10
19 Kórház	1,39	9 Kórház	22,66	10 Kórház	700610	21 Kórház	31,38
8 Kórház	1,40	13 Kórház	22,36	8 Kórház	693580	<b>ÁTLAG</b>	31,49
24 Kórház	1,40	18 Kórház	22,04	<b>VIZSGÁLT</b>	687530	8 Kórház	31,78
12 Kórház	1,43	24 Kórház	21,94	22 Kórház	685551	4 Kórház	31,89
1 Kórház	1,44	23 Kórház	21,69	24 Kórház	685447	18 Kórház	31,98
18 Kórház	1,45	<b>VIZSGÁLT</b>	20,90	6 Kórház	685084	22 Kórház	32,02
14 Kórház	1,46	1 Kórház	20,85	17 Kórház	671497	<b>VIZSGÁLT</b>	32,13
20 Kórház	1,47	10 Kórház	20,70	15 Kórház	669098	17 Kórház	32,74
5 Kórház	1,47	19 Kórház	20,63	9 Kórház	668376	6 Kórház	33,82
<b>VIZSGÁLT</b>	1,54	15 Kórház	19,93	18 Kórház	667543	25 Kórház	34,48
7 Kórház	1,54	22 Kórház	19,86	16 Kórház	659629	11 Kórház	34,63
22 Kórház	1,61	7 Kórház	19,63	2 Kórház	644090	20 Kórház	35,50
13 Kórház	1,62	12 Kórház	19,53	23 Kórház	639112	14 Kórház	35,55
17 Kórház	1,68	17 Kórház	19,51	19 Kórház	636951	13 Kórház	36,28
16 Kórház	1,73	16 Kórház	18,01	21 Kórház	552511	5 Kórház	38,75

Forrás: Fecske: OTKA. T.31874.

**Azonos kategóriába tartozó kórházak összehasonlító adatai**  
**(A kórházak neve helyett az adatvédelem miatt csak az ágyszám szerint sorba rendezett sorszámot közöljük)**

	Jövedelem/ Súlyszám (Ft)		Súlyszám/ Létszám		Létszám/ Súlyszám		Jövedelem/ Ágyszám (Ft)
21 Kórház	14840	16 Kórház	18,01	25 Kórház	0,025	21 Kórház	465686
6 Kórház	19236	17 Kórház	19,51	21 Kórház	0,027	6 Kórház	650638
25 Kórház	24637	12 Kórház	19,53	6 Kórház	0,028	2 Kórház	761546
2 Kórház	27145	7 Kórház	19,63	11 Kórház	0,037	15 Kórház	808452
5 Kórház	28162	22 Kórház	19,86	5 Kórház	0,038	22 Kórház	836664
3 Kórház	28217	15 Kórház	19,93	3 Kórház	0,039	25 Kórház	849502
11 Kórház	28944	19 Kórház	20,63	14 Kórház	0,041	3 Kórház	875654
22 Kórház	29468	10 Kórház	20,70	20 Kórház	0,041	19 Kórház	885294
9 Kórház	29496	1 Kórház	20,85	4 Kórház	0,042	9 Kórház	901900
4 Kórház	30273	VIZSGÁLT	20,90	2 Kórház	0,042	10 Kórház	919130
18 Kórház	30292	22 Kórház	21,69	ÁTLAG	0,043	24 Kórház	962050
8 Kórház	30473	24 Kórház	21,94	8 Kórház	0,044	4 Kórház	965558
19 Kórház	30872	18 Kórház	22,04	9 Kórház	0,044	8 Kórház	968422
ÁTLAG	30962	13 Kórház	22,36	13 Kórház	0,045	18 Kórház	968612
24 Kórház	31238	9 Kórház	22,66	18 Kórház	0,045	ÁTLAG	975065
14 Kórház	31946	8 Kórház	22,76	24 Kórház	0,046	11 Kórház	1002330
13 Kórház	32435	2 Kórház	23,73	22 Kórház	0,046	12 Kórház	1048096
VIZSGÁLT	32900	4 Kórház	23,95	VIZSGÁLT	0,048	VIZSGÁLT	1056958
15 Kórház	33564	20 Kórház	24,15	1 Kórház	0,048	5 Kórház	1091410
10 Kórház	33844	14 Kórház	24,28	10 Kórház	0,048	1 Kórház	1099369
17 Kórház	34413	3 Kórház	25,40	19 Kórház	0,048	22 Kórház	1105687
22 Kórház	34527	5 Kórház	26,30	15 Kórház	0,050	17 Kórház	1126619
20 Kórház	36341	11 Kórház	26,96	22 Kórház	0,050	14 Kórház	1135800
16 Kórház	36635	ÁTLAG	31,49	7 Kórház	0,051	16 Kórház	1139204
1 Kórház	36681	6 Kórház	35,62	12 Kórház	0,051	13 Kórház	1176607
12 Kórház	37597	21 Kórház	37,23	17 Kórház	0,051	7 Kórház	1183324
7 Kórház	39197	25 Kórház	39,97	16 Kórház	0,056	20 Kórház	1290007

Forrás: Fecske: OTKA. T.31874.

## Felhasznált szakirodalom

1. Hargitai Sándor: A controlling
2. Bodor és szerzőtársai: Budapest 2002. Az egészségügyi intézmények controllingjának alapjai
3. MTA Magyarország az ezredfordulón sorozat:
  - Egészségügy és piacgazdaság
  - Losonczy Ágnes: Utak és korlátok az egészségügyben
  - Népegészség, orvos, társadalom
  - Egészségügy Magyarországon
4. A környezet állapota és védelme (KSH)
5. [WWW.GYOGYINFOK.hu](http://WWW.GYOGYINFOK.hu)
6. ORKI nyilvántartás
7. [WWW.ORKI.hu](http://WWW.ORKI.hu)
8. OTKA 031874.sz. tanulmány az egészségügyről
9. [WWW.OTKA.hu](http://WWW.OTKA.hu)
10. Nagy Júlia: Egészségügyi gazdaságtan jegyzet
11. OEP Statisztikai Évkönyv 2000-2003
12. KSH Életminőség és egészség 2002
13. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2004. 1-3
14. Gidai Erzsébet: Gazdaság, oktatás, kutatás. Akadémiai Kiadó Bp. 1997
15. Fecske Mihály: Az ideális kórházmodell és a mai valóság GT. 1998/1-2
16. Ladányi Andor: A felsőoktatás fejlődésének nemzetközi tendenciái
17. KSH. A humán és gazdasági fejlődés nemzetközi összehasonlítása
18. KSH. Elmúlt 30 év Statisztikai Évkönyvei
19. MTA: Életminőség. Vizi E. Szilveszter: Klinikai szempontból szükséges, pénzügyileg lehetséges
20. WWW.MEDINFO. Hu
21. KSH. Statisztikai Évkönyvek és Demográfiai Évkönyv
22. Parlamenti Törvénytár
23. A mellékletben közölt 20 kórház összehasonlító adatai. MTA Prognózis Alapítvány Kórház-átvilágítási anyaga 2002
24. Időszaki tájékoztató; Népmozgalom (1990-2001) Demográfiai Évkönyvek
25. Népszámlálás; Mikrocenzus 1984; „Életünk fordulópontjai” felvétel 2002
26. Statisztikai Évkönyvek 2002, 2003 és Életminőség