

## Égészségügyi helyzetkép 2020 végén Európában

Report on health state and health care in Europe, 2020

Prof. Botos Katalin, SZTE GTK

A tanulmány az egészségügy helyzetét áttekintve megállapítja, hogy az tartalmaz kockázati tényezőket, amelyeket a COVID válság csak fokozott. Megállapítja, hogy az ágazat csaknem minden országban alatta marad annak a figyelemnek, amit megérdemelne. Kelet-Közép-Európában a részesedése a GDP-ből különösen- és csaknem egységesen- jelentősen alacsonyabb, mint nyugati partnereiknél. A munkaerő-állomány elmaradása a kívánatos szinttől jelentős, hazánkban kifejezetten tragikus. Csakúgy, mint az ágazat részesedése a közpénzekből, s mint a bérszínvonal elmaradása a nemzetgazdasági átlagtól.

A közép-kelet-európai országok – félreérthetetlenül, mint a korábbi szocialista tábor örökösei – minden egészségügyi mutatóban a nyugat-európai- és általában az OECD országok- átlaga alatt vannak. Mindez nem véletlen, ám az OECD-EU jelentések erre semmi utalást nem tettek. Vonjuk le itt és most a következtetést: egy egységes Európában ez korrekcióra szorulna.

A 2020-as és 2021-es évre vonatkozó adatok bemutatják a pandémia súlyos hatásait, amelyek kényszerítően hatnak a gazdaságpolitikák korszerűsítésére, az ágazat fejlesztésének átgondolására.

*Reviewing the situation of global healthcare, the present study elucidates the risk factors that have only been exacerbated by the coronavirus pandemic. The study notes that the sector in almost every country is falling short of the attention it deserves. In Eastern Central Europe, its share of GDP is significantly lower, especially and almost uniformly, than that of its Western counterparts. The former CMEA countries, the Eastern Central European countries, unequivocally like the heirs of the former socialist camp, are below the average of Western European and OECD countries in all health indicators. They are always at the end of the listing of the different figures: life expectancy, main causes of mortality, limitation in daily activities, risk factors like smoking, obesity. But first of all: in health expenditure as a share of GDP, number of nurses, etc. The shortage of the labour force from the desired level is significant, and it is especially wrong in Hungary. As well as the lag of the wage level in health care from the national average. This is no coincidence, but the OECD – EU reports make no reference to it. In a united Europe, we must say, this would need to be corrected.*

*Data for 2020 and 2021 show the effects of the coronavirus pandemic, which already have and will have a compelling effect on modernising economic policies and rethinking the development of the sector.*

### BEVEZETÉS

2020-ban kitört a világméretű koronavírus-pandémia. Ennek kapcsán fény derült az egészségügyi rendszer világszerte tapasztalható törékenységére. Nemcsak a válság tüneteire, közvetlen következményeire, de az okokra is ráirányult a figyelem. Szembesülni kellett a válság kapcsán a modern társadalmi rendszer alapvető filozófiai kérdéseivel. Ezek túlmutatnak az egészségügy fogalmkörén...

Az OECD 2016 óta kétévenként jelentést ad az egészségügy állapotáról az EU-ban. A 2020-as jelentés kissé más volt, mint a korábbi kettő. Ez alkalommal az egyes mutatók időben alakulásában láthattuk a 2020-as vírus-válság kezdeti hatását is. A jelentés a szektor állapotának bemutatásán túl, mindenekelőtt a legfrissebb változásokat vázolta. Az EU tagországain kívül csak néhány további európai országra terjedt ki, de mutatóba néhány további ország adatait is tartalmazta, az összehasonlítás céljából. (Például Dél-Korea, Új-Zéland.) A 2020-as jelentés adatait felhasználva, vegyük szemügyre az egészségi állapotot az Unióban, és hazánkban. A közölt adatok a továbbiakban – ha másként nincs jelezve – a Health at a Glance 2020 és 2021-es OECD kiadványából származnak [1].

Mivel az eltelt év sok fontosat hozott a válságkezelés terén, egy fejezet erejéig kitérünk arra, mit mutatnak a 2021-es év végén közölt legfrissebb adatok. A tanulmány azonban elsősorban azt keresi, hogy mi a kelet-közép-európai országok – és ezen belül hazánk – sajátos helyzete Európa egészségügyet jellemző állapotán belül. Sajnos, ez nem változik máról holnapra, így a 2020-as láttelet feltehetően ma is érvényes.

### AZ EURÓPAI TÁRSADALOM EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

#### A születéskor várható élettartam

Az egészségi állapot legkomplexebb mérőszáma a születéskor várható élettartam. [1, 111. oldal] Ez az elmúlt évtizedekben gyorsan emelkedett az Unióban: 2018-ban 81 év volt. A gyors javulást egyébként a 2015/6 utáni évek influenza-szezonjai lassították. A mostani koronavírus-járvány valószínűleg vissza is veti a várható élettartamot, főleg a leginkább érintett országokban. A volt szocialista évtizedek hatása megmutatkozik az adatokban. A kelet-európaiaknál ugyanis tendenciaszerűen alacsonyabbak a várható élettartam értékek. Bulgária, Litvánia, Románia csak 75 évet mutat. (Nálunk is csak 76 év az adat.)

A várható élettartamon belül fontos adat az egészségben megélt élettartam. Férfiak és nők bontásában eltérő, és ezen

belül a jövedelmi réteghez tartozás szerint is. A nők esetében hosszabb a várható időtartam, mert a nők általában tovább élnek. Éppen emiatt azonban rosszabbak nőknél az egészségben megélt évek mutatói. Míg a születéskor várható élettartamban 6 év a különbség a nők javára, 65 éves korukra az egészségben eltölthető évek számának különbsége már csak fél évre csökken, sőt több országban a nők mutatója alacsonyabb, mint a férfiaké (hollandoknál, dánoknál, svédoknél, de a portugáloknál is). A férfiak várható élettartama átlagban 4 évvel rövidebb, mint a nőké az EU-ban. A nők azonban hamarabb szorulnak segítségre. 2018-ban a férfiak 81%-a, a nők 77%-a élt az Unióban krónikus betegségállapot nélkül.

A volt szocialista országok rossz helyzete ismét kiemelkedik. Míg Máltán és Svédországban mindkét nemnél a legmagasabb a várható egészségben megélt élettartam, Litvániában és Észtországban a legrosszabb, mind a férfiak, mind a nők várható egészségben megélt élettartama [1, 116-118. oldal].

### Halálokok

Melyek a leggyakoribb halálokok Európában? Áttekintve a halálozás okait, a szív- és érrendszeri betegségek és a rák a vezető halálokok, amelyek a halálozások 60%-áért felelnek. Ezt követik a légzőszervi megbetegedések és a külső okok (baleset, öngyilkosság vagy gyilkosság). Utóbbiak közül az öngyilkosság a legfontosabb halálok. Érdekes megállapítás, hogy a kamaszkori öngyilkosságban a balti államok vezetnek, s a fiúknál gyakoribb [1, 128. oldal]. A fiatalabb korosztályban inkább a balesetek a gyakoribbak, az öngyilkosság idős korban fordul elő többször. Úgy tűnik, az idősebb emberek egyre inkább azt látják, hogy nincs miért élni. Ez mentális, de egyben társadalmi okokra is visszautal. Magukra maradtak, egyedül, lelki és testi segítség nélkül. Fontos lenne, hogy az idős korosztályok is célt, értelmet találjanak a maguk számára. „Életet az éveknek...” (Igaz, a koronavírus-járvány hatására a fiatalabb korosztály mentális állapota is erősen romlott.) Ezekkel a kérdésekkel azonban a tanulmány nemigen foglalkozik. Érdemes lenne erre a témára alkalmasint külön visszatérni.

Az időskori demencia, Alzheimer-kór (5%) és a cukorbetegség (2%) kisebb részben felelősek a rossz egészségügyi állapotért. Tudjuk, hogy a Covid esetében a krónikus betegségek, így a cukorbetegség is fokozottan hozzájárul a járványban meghaltak számának az emelkedéséhez. Ezért az utóbbi most kiemelt figyelmet érdemel. A halálozási ráta 2017-ben a déli országokban (Spanyolország, Olaszország) és Franciaországban 15%-kal az EU átlag alatt volt. A volt szocialista országokban (bolgár, román, lett, litván és magyar adat) azonban 40%-kal fölülte van (ismét egy érdekes adalék a szocializmus örökségéből.) [2, 118. oldal].

### Halálokok és társadalmi háttér

A volt szocialista országoknál mindenütt a vezető halálok a szív-érrendszeri megbetegedések. Magyarországon a halálozások 3. leggyakoribb oka a daganatos megbetegedé-

sek. Hazánk a halálozási adatokban 27 országból hátulról a negyedik. Alig néhány volt szocialista ország van még az EU-ban mögöttünk [1, 120. oldal]. Elgondolkodtató ez a nagyon kedvezőtlen „helyezés”, még a szocialista országok között is, hiszen Magyarország volt korábban „a legvidámabb barakk a lágerben”. Hogyhogy az egészségügy, az életminőség terén ennyire hátul kullogunk, még a volt szocialista országok között is? Gazdaságtörténet alapján a következő magyarázat adódik: az ún. új gazdasági mechanizmus bevezetése után, amikor a piaci elemeket megpróbálták összeházasítani a tervgazdasággal, létrejött a második gazdaság. Végül is az emberek nagy része két műszakot végzett: a mezőgazdaságban a termelőszövetkezetben, majd utána a saját háztájiában dolgozott. Az ipari munkás pedig az adott munkahelyén lehúzott kötelező 8 óra után, élt a pluszmunka, a GMK-zás lehetőségeivel. Utóbbival immár törvényesen, hivatalosan. Hiszen az új mechanizmus „csodaszere” volt ez a lehetősége az önkiszákmányolásnak. Az asszonyok pedig a családi tennivalókat végezték a munkapiaci tevékenységük után. Általános volt a szocializmusban, hogy a házimunka a nők feladata, még ha dolgoztak is valahol. Nálunk már csak azért is, mert a férjek egy része kettős műszakot teljesített. Egy végsőkéig kizsigerelt ország lépett ily módon át 1990-ben a piacgazdaságba. A rendszerváltás után pedig tömegek tapasztalták meg a keserű csalódást, a munkahely elvesztésének stresszét, és a magas inflációt. Amiről ugyan nem az új kormány tehetett, hiszen az előzőekben felhalmozott államadósság játszott benne döntő szerepet, meg a piacvesztés, a többi szocialista ország összeomlása. Az tény azonban, hogy a rendszerváltás nem jobb, hanem a korábbinál még rosszabb körülményeket eredményezett, számos embernél megnövelte az egészségügyi rizikó-faktorokat.

Ezekről a kérdésekről azonban az EU-OECD szakszerű egészségügyi felmérése egy mondat erejéig sem nem vesz tudomást. Holott rendszeresen megemlíti a kelet-közép-európaiak rossz sorolási „helyezését”. Más témánál külön felgyelt a jelentés, ha markáns geográfiai különbségek jelentkeztek. Például a csecsemőhalandóság vizsgálatakor. Megállapította, hogy általánosságban a csecsemőhalandóság az EU-ban 1990-és 2018 között sokat javult (1000 születésre vetítve, 10-ről 3,4-re csökkent a mutató). Az északi országoknál azonban a babák általában nem születnek alacsony súlyllyal, míg a déli országoknál ez nagyon is gyakori. E jellegzetes fiziológiai különbségek tehát területileg meghatározhatóan jelentkeznek [1, 124. oldal]. És annyi minden más, kifejezetten a kelet-közép-európaiaknál. Vajon miért nem tűnik fel nekik az elmaradás az Elbán inneni országok egészségügyi adataiban, a többi területéhez, az átlaghoz képest? Pedig jól meghatározható területileg, hogy Kelet-Közép-Európában az összes mutató lényegesen rosszabb. El kellene gondolkodni ennek rendszer-függő okairól!

Végző soron nemcsak az élet hossza, de az idős kori élet állapota is fontos az emberek jól-létének mérésekor. Azt láthatjuk az EU-OECD tanulmányból, hogy igen jelentősen korlátozódik a különböző krónikus betegségekben szenvedő idős embereknek az önellátási képesség. A 65 évesnél idő-

sebb lakosság 37%-a legalább két krónikus betegségről számolt be, 2017-ben. Nőknél kicsit magasabb az arány, mint a férfiaknál. Meglehetősen sajnálatos, hogy mi ebben a kérdésben is az utolsó helyeken osztozunk Lengyelországgal, az EU tagországok közül.

A felmérés szerint a 75 év fölöttiek 45%-a jelzi az EU-ban, hogy korlátozva van napi tevékenysége ellátásában. Mint olyan sok állapotjellemző esetében, itt is függ az adat az egyes emberek anyagi helyzetétől. A 65 év fölöttiek közül a magasabb jövedelműeknél ez az arány csak 18%; a szegényebeknél viszont, (a legalacsonyabb ötödnél) már 43%. Gyakorlatilag a korlátozottság nagyon sok mindenben megjelenik: öltözködés, mozgás a szobában, vagy a fürdés, az ágyból való felkelés és lefekvés, a WC használat, a meleg étel készítése, bevásárlás, telefonálás, gyógyszerek beszédése, pénzügyek intézése, kertészkedés, mosás stb. Ennek az állapotnak a segítséggel való ellátása roppant költséges. Vannak az EU országaiban – jövedelmi viszonyoktól függő – támogatási rendszerek. De sokan mégis nyomorúságos helyzetbe kerülnek idős korukra. Mindez az életkor kitolódásán túl, a posztmodern társadalom berendezkedésének is a következménye, amely nem alapoz a családi szolidaritásra. Talán ennek tudható be, hogy kivételesen egy fejlett nyugati ország, Belgium is velünk van a „futottak még” országok között. Mindenesetre mi ebben is – Romániával együtt- az utolsók vagyunk az EU tagországok között [1, 133. oldal].

A cukorbetegség külön figyelmet érdemel. A cukorbetegnek nyilvántartott száma 32millió az Unióban. Hozzá számíthatunk még mintegy 24 millió beteget, akinél nem diagnosztizálták, de a becslések szerint már létezik a betegség. (A COVID esetében ez súlyosbító körülmény, külön figyelembe kell tehát venni.) Dél- és Kelet-Közép-Európában a cukorbetegség tendenciája enyhén emelkedő, az előregedésnek, az elhízásnak és a kevés mozgásnak köszönhetően. 2019-ben hazánk kevéssel az átlag fölött volt a diabéteszesek arányát tekintve. Meglepő, hogy e betegség arányát illetően az egyébként jobb mutatókat produkáló Németország „vezet” az EU-ban.) [1, 135. oldal].

### Az elkerülhető halálokok

A felmérés elgondolkodtatott arról is, hogy vajon minden halál szükségszerű-e napjainkban? Természetesen, aki született, az előbb-utóbb meghal. De a gondos egészségügyi ellátás mellett azért vannak hosszabb ideig elkerülhető halálesetek. Az EU-OECD felmérés szerint 2017-ben mintegy 1 millióra volt tehető az elkerülhető halálesetek száma Európában. A szívinfarktus, a tüdőrák és a balesetek: olyan halálokok, amelyek nem kellene, hogy olyan mennyiségben és olyan korán megjelenjenek, mint amilyen időpontban azt tapasztaljuk napjainkban. Az ilyen megelőzhető halálesetek, figyelemre méltó módon, háromszor gyakoribbak Kelet-Európában, mint Nyugat- vagy Észak-Európában. (Véletlen lenne?) A szívbaj, a stroke és a kezelhető rákbetegségek játszanak ebben nagy szerepet. Hazánkban kiemelkedő a tüdőrák miatti korai halálozás. Az egyének életvitelében rejlik okokon túl a különbségekben nyilván nagy jelentősége van a

szűrések elterjedtségének, esetenként a gyógyításhoz szükséges személyi és eszközellátottsági feltételek meglétének vagy hiányának, például a kórházba szállítás kellő gyorsaságának is. Figyelemreméltó jelenség, amit 2020-ban több országból jelentettek, hogy a stroke miatt kórházba kerültek ellátása a pandémia miatt késedelmet szenvedett.

Az elvileg megelőzhető halálozás a férfiak esetében háromszor nagyobb eséllyel következik be, mint a nőknél. Hasonlóan, az elvileg kezelhető betegségeknél is mintegy 40%-kal magasabb a férfiak aránya, mint a nőké. Ennek oka részben a dohányzás és az alkoholfogyasztás, bár valószínűleg a férfiak rosszabb stressztűrő képessége is szerepet játszhat. A férfiakat általában jobban megviseli munkájuk, hivatásuk elvesztése, ami az elmúlt évtizedek velejárója volt. A nők jobban vissza tudnak vonulni a családi életbe. A férfiaknál a stressz fokozta a betegségek kialakulásához és súlyosbodásához vezető italozást, dohányzást.

Szomorú rekord, hogy az elvileg megelőzhető halálokok listáján Magyarország (az Eurostat Database szerint) 2017-ben az utolsó(!) helyen volt, és az elvileg kezelhető betegségeknél is hátulról az ötödik a 27 EU tagország közül [1, 177. oldal, 2]. Ez nyilván nem válik a magyar egészségügy dicsőségére. Mondani se kell, hogy az utóbbi esetben mind a négy utánunk lévő állam – egykori KGST ország... (Egyre csak felvetődik a kérdés: véletlen lenne ez? Geográfiai adottság, vagy netán mégis csak a szocializmus öröksége?).

### Oltási hajlandóság

A lakosság egészségi állapota jelentősen függ a megelőzésben nagy szerepet játszó oltási rendszerektől. A mai idősebbek élénken emlékeznek a gyermekparalízis járványra, és a súlyos gyermekbetegségek tizedelő hatására. Furcsa ugyanakkor, hogy az általános székeszség jegyében sajátos kortünet lett Európa – szerte, hogy csökkent az oltási hajlandóság. Az oltások a „hagyományos” gyermekbetegségek ellen, mint pl. a kanyaró, a nemzeti oltóprogramok részét képezték. A Hepatitis B oltás is számos országban jelen van, bár még nem kötelező; sajnos hazánkban és az északi országokban sem. Az oltási rendszerek működése egyéni döntések függvénye lett, s e döntések a telekommunikációs csatornákon terjedő vélemények következtében, vagy a pusztá közömbösség miatt, egyre vegyesebbek. A tapasztalat szerint az oltási hajlandóság napjainkra egyértelműen csökkent. Így előfordul, hogy az oltások elhanyagolása miatt olyan országok, amelyek korábban a fő gyermekbetegségektől már mentesnek minősültek, elvesztették ezt a státusukat: pl. Csehország, Nagy-Britannia, Görögország. Itt példának okáért 2017-18-ban felütötték a fejüket a kanyaró-járványok. A legtöbb kanyarós megbetegedést 2019 februárja és 2020 márciusa között Romániában, Lengyelországban és Bulgáriában mutatták ki, továbbá – ki tudja, miért? – Franciaországban [1, 178. oldal]. Az oltásoktól a félelmet felerősítette a koronavírus-pandémia is; a hagyományos oltások háttérbe szorultak.

Az elmúlt években számos haláleset következett be az influenzának tulajdoníthatóan a felnőtt lakosság körében.

15-70 000-re tehető az egyes „szezonokban” a halálesetek száma Európában. A WHO és az EU bizottság azt javasolta, hogy az idősebb korosztály legalább 75%-a oltassa be magát. Sokan ezt mégsem tették meg, mert nem vélték szükségesnek, vagy nem ajánlotta külön az orvosok; esetleg drágának találták. Különösen alacsony (25%) volt az arány a Közép-Európai országokban. (Már megint itt!) [1, 181. oldal]. Tény és való, hogy az influenza elleni oltással szemben hazánkban is voltak fenntartások, „elég erős az én immunrendszerem!” felkiáltással. A pandémia várhatóan valamivel nagyobb figyelmet irányít az oltások szükségességére, de még mindig nagy a szkeptikusok aránya. Egyes friss eszmefuttatások arra utalnak, hogy ez a jelenség az állami intézményekben, magában az államban való bizalom megfogantatásában gyökerezik [3].

## A PANDÉMIA KEZELÉSÉNEK KÖRÜLMÉNYEI

### Helyzet a pandémia kitörésekor

Sajnálatos módon, jelenleg majdnem minden országban létszámgondok vannak az ágazatban. Általános az orvoshiány, nővérhiány. A létszámhiányban döntő részben az anyagiaknak van szerepe, de a személyes szolgáltatásoknak ez a különösen nehéz és felelős válfaja egyébként sem vonzza a mai fiatal munkavállalókat... Posztmodern, az idealista eszméket kiömlő, a könnyű, kellemes életet reklámozó világunkban kevesen választják ezt a foglalkozást, pusztán hivatástudatból. Az egészségügyi szolgálat minden, csak nem könnyű. Ennek a hatása a pandémia kapcsán különösen élesen jelentkezett.

A 2020 késő őszi, tél eleji adatok szerint a válság kezelése csak a kevésbé sűrűn lakott országokban tűnt viszonylag sikeresebbnek (Finnország, Norvégia, Észtország). Ott szerepet játszott a lakosság bizalma, fegyelmezettsége, szabálykövetése is. Természetesen, a kormányzatok időben megtett lépései ugyancsak fontosak voltak.

A nemzetközi felmérés szerint, 2020 december elejéig még 90%-ban a 60 éven felüliek hunytak el [1, 14. oldal]. Napjainkra már egyre több fiatalabb beteg is van. Tulajdonképpen eléggé döbbenetes, hogy a halálesetek döntő hányada (60%) a járvány kitörésekor mindenütt az idősothonok zárt közösségeiben történt. Elgondolkodik az ember: vajon mennyien érték volna el ilyen „gyorsított ütemben” életük végét, ha családi körülmények között élhettek volna? Tisztában vagyunk vele, hogy az idősothonok egyáltalán nem a lelketlenség példázatai. Sok idős ember valójában örül a társaságnak, és egyébként is, a fiatalok általában dolgoznak, nincs, aki otthon velük szakszerűen foglalkozzék. A gyerekekkel sincs, aki otthon tudna lenni, nemhogy az idősekkel... A lakások többnyire nem alkalmasak a három generáció együttélésére. Mindenütt a szervezett, „nagyüzemi” megoldás jön ezért szóba: idősothon, iskolai felügyelet.

Jól van-e ez így? A társadalom fejlődésének visszafordíthatatlanul ez lenne a tendenciája? Nem vetődnek-e fel bizonyos kérdések a gazdasági racionalitás kizárólagossága

alapján szervezett társadalom célszerűségével kapcsolatban? Nem lehetne távlatilag előnyös a női foglalkoztatás terén több otthoni munkavégzéssel járó, részidős pozícióban gondolkodni? Nem lehetne a lakásépítéseknel valamelyest visszatérni a régi építkezések több generációs együttélését lehetővé tevő, „kis ház-nagy ház” gyakorlatára, ahol a fiatalok és idősek, nem ugyanott, de egy portán vagy a közelben éltek? Természetesen mindezt a modern viszonyoknak megfelelően. Vajon nem lehet-e az urbanizáció egyre gyorsuló folyamatát a nagy kertekkel bíró vidékies életforma irányába valamelyest visszafordítani? Nem gondolhatunk gyors és gyökeres változásokra. A trendvonal módosulása azonban – talán – mégse lenne teljesen lehetetlen. Ha volna ilyen komplex, kidolgozott társadalompolitikai forgatókönyv...

### Az ellátórendszer rezilienciája

A 2021 elején készült OECD elemzés alkalmas volt arra, hogy a nem túl régi fogalomnak, az egészségügyi rendszerellenálló képességének, rugalmasságának (resilience) a meghatározását is tesztelje [1,43-55. oldal, 4]. Az elemzés felszínre hozta a szektornak a már említett, korábban is meglévő, latens munkaerő hiányát. Svájc, Norvégia és Németország még viszonylag jól áll e téren. (Bár a németeknél is számottevő lengyel munkaerő dolgozott az egészségügyben...) A kelet – európai országokban azonban nagyon kritikus a helyzet. Nem csoda, hiszen itt a kisebb GDP-ből is lényegesen kevesebbet kap az egészségügy... Kelet-Közép-Európában lényegesen kevesebb orvos és nővér van lélekszám-arányosan, mint nyugaton, s így reagálási lehetőségük a válságra értelemszerűen kedvezőtlenebb [1, 46. oldal].

Szinte minden európai országban jelentős túlórázásra került sor a járvány miatt. Ezt igyekeztek honorálni pénzügyileg, túlórapénzzel, egyszeri nagyobb összegekkel. Franciaországban mobilizálták a tartalékkapacitásokat, és máshol is döntöttek tartalékkapacitások létrehozásáról, esetleg átvezénylésekről. A legtöbb országban mozgósították a medikusokat, az egészségügyi tanulmányaikat folytatókat. Sor került a nyugdíjas doktorok behívására, és az országok kétharmadában területi átvezénylésekre is. (A magyar intézkedések Európa-szerte tipikusnak tűnnek, bár a fokozott kitettség miatt az idős orvosokat az első hullámban a magyar egészségügyi irányítás kezdetben visszahívta a frontvonalból.) A válság első szakaszában, amikor még nem állt rendelkezésre elegendő maszk, majd később vakcina, a tűzvonalban dolgozók közül az egészségügyben nagyon sokan megfertőződtek (például Franciaországban 30 000-en, Spanyolországban 50 000-en, Németországban 15 000-en; háromnegyedük nő). Az egészségügyben túlterhelt személyzet lelki gondozásával ugyancsak külön kellett foglalkozni a legtöbb országban. (Hazai egészségügyi dolgozóinknál is igen nagy a túlfatadás, kiegészítés, stressz jelentkezése.) A járvány alatt az egyéb betegségekben szenvedők ellátásával is törődni kellett. Számos országban a gyógyszereszek számára lehetővé tették a krónikus betegségeknek a „szokásos” gyógyszerek kiadásának meghosszabbítását.

### A rendelkezésre álló ellátó kapacitások

Az egészségügyi kapacitások terén külön elemzendő a kórházi ágyszám alakulása. 2018-ban Németország állt a legjobban, 1000 főre 8 ágygal, ezt Ausztria és Bulgária követte. Csaknem mindenütt bekövetkezett az elmúlt évtizedekben az ágyszámcsökkenés. A legtöbb európai országban a vírusválság előtt már csak 3-7 ágy/1000 fő között volt ez a mutató. Svédoknál, Dániában, Izlandban és Nagy-Britanniában volt alacsonyabb ez az érték. A németek kevésbé követték az ágyszám-leépítés trendjét. A pandémia kitörésekor ezért náluk kisebb probléma keletkezett emiatt [1, 49. oldal]. A rendszerváltáskor még nálunk is a németekéhez hasonlóak voltak az arányok. 2000-2018 között csak három országban (Németország, Ausztria, Bulgária) volt magasabb az 1000 főre eső ágyszám, mint nálunk. Az egészségügyi menedzsment azonban az elmúlt 30 évben követte a többi „racionálizáló” ország példáját. A pandémia fényében talán mondhatjuk, szerencse, hogy nem sikerült túlságosan. Igaz, az ágykapacitás nem minden. Ha a forrásokat, amelyeket már előbb is az egészségügyre költöttünk, jobban arra irányítottuk volna, hogy a szakdolgozói kapacitást bővítsük és honoráljuk, talán kevesebb áldozattal éljük túl a pandémiát.

Az ágykihasználás 2018-ban átlagosan 73% volt az EU-ban, de pl. Írországon még magasabb, 91%-os. Néhány országban 80% körüli volt az érték (Portugália). Mindenütt kicsi azonban a tartalék. Kiemelt fontosságú volt az intenzív ágyszám. Különösen azért, mert a járvány áldozatainak nagy hányada szorult ilyen kezelésre. Ez a szám 100 000 főre vetítve 34 és 5 ágy között szóródott, Németország és Írország volt a két szélsőérték. Hazánkban 11,2 ágy áll rendelkezésre. A járvány kitörésekor az intenzív ágyak nagy részét a COVID-os betegek vették igénybe. Olaszországban 2020 első felében 80%-ban, a többi nyugati európai országban 65%-ban (A válság kitörésekor hazánkban még csak a kapacitás 15%-át vették igénybe. Ausztriában hasonlóképpen. A további hullámokban azonban ez megnövekedett.) [1, 49. oldal].

A kormányzatok a válság beköszönte után mindenütt határozott lépéseket tettek a kapacitások bővítésére. 14 országban tábori kórházakat állítottak fel. Észtországban, Franciaországban, Olaszországban, Szlovéniában, Spanyolországban, valamint hazánkban, a katonaságsegített ebben. További fontos intézkedések a következők voltak: 31 országból 24-ben átalakítottak osztályokat a COVID kezelésére; 8 országban volt az a gyakorlat, hogy a kevésbé terhelte területi kórházakba vitték a betegeket – adott esetben még a szomszédos országokba is – és 11 országban partnerkapcsolatba léptek a magánkórházakkal.

A személyzet és az ágyszám mellett a különböző orvosi segédeszközök, anyagok, gyógyszerek is szükségesek a COVID kezeléséhez. Emellett lélegeztető gép, infúziós pumpa, monitor, laboratóriumi berendezések, továbbá, gyógyszerek, így antibiotikumok, altatók, izomlazítók, orvosi oxigén stb. is kell. Ezek gyors beszerzése nagy kihívás volt, különösen, hogy már a járvány előtt is szűkös volt a rendelkezésre álló mennyiség. Hatékony közbeszerzési eljárásokra

volt szükség, hogy időben beszerezhetőek legyenek. A folyamat felgyorsítása a válság idején szükséges volt, de a különböző lazítások miatt egyben kockázatokkal is járt. Az országok próbálkoztak központi készletezéssel, de csak Finnországnak sikerült ezt a szükségleteknek megfelelően menedzselnie. Az Európai Bizottság finanszírozta bizonyos mennyiségű – szükség esetén felosztható – készletek felhalmozását. Az országok bevetettek exportkorlátozásokat a hazai ellátás érdekében, ami természetesen a nemzetközi forgalomban problémákat okozott, hiszen egyetlen ország sem önellátó valamennyi termék körében. A legtöbb gazdaság ösztönzőkkel támogatta a hazai gyártás gyors felhívását. Több ország felemelte az importkorlátozásokat, egyszerűsített a csomagolási előírásokon, ideiglenesen csökkentette a vámokat, forgalmi adókat. Az EU a vakcinagyártás szorgalmazására és szétterítésére jelentős közös pénzt szánt. (A folyamat a későbbi, 2021. évi eleji információk szerint nem járt teljes sikerrel). Furcsa módon, hazánkban éppen a gyors reagálás miatt a kelletnél több lélegeztető gépet szereztek be, amelyek hasznosítása később nehéz volt. De az igazság az, hogy a járvány kezdetén annak lefolyásáról még szinte senkinek nem volt világos képe, információja...

Az egyik legkritikusabb terület a társadalomban az idősothtonokkérdése volt. Ezeket általában nem vették előre az intézkedéseknél, a tesztelés, védőfelszerelések biztosításakor – Magyarország e tekintetben kivételt jelentett. Inkább a kórházakra összpontosítottak. Nem csoda, hogy az idősgondozó intézményekben volt a legtöbb haláleset. Mintegy két-hónapos késéssel reagáltak csak a hatóságok. 31 országból 17-ben megtiltották a kórházakban, idősothtonokban látogatásokat. Volt, ahol késve valósították meg a látogatások korlátozását (Angliában, Szlovákiában pl. mintegy négy hetes késéssel). Az otthon gondozottaknál is késedelem volt tapasztalható az intézkedések területén. (Pl. Nagy-Britanniában).

### A PANDÉMIA TÁRSADALMI HATÁSAI

Cseppet sem meglepő módon, a koronavírus-pandémia kiélezte a jövedelmi különbségek hatását. A járvány a szegényebb rétegeket és bevándorlókat lényegesen nagyobb arányban sújtotta. Francia, spanyol, norvég és svéd adatok utalnak erre, mindezek forrása az idézett OECD kiadvány. Svédországban pl. a lakosság alsó jövedelmi harmadában 80%-kal nagyobb volt a halálozás kockázata, mint a társadalom többi részében. Angol felmérések szerint a legrosszabb körülmények között élők a legkevésbé rossz helyzetben lévőkhöz képest kétszeres gyakorisággal haltak meg a járványban. A szegényebbek magasabb halálozásában szerepe volt annak, hogy ezen rétegekben nagy az elhízottak aránya, ami a COVID szempontjából kifejezetten hátrány.

Több ország célzott módon igyekezett segíteni a nehezebb helyzetben lévő lakossági csoportoknak. Ilyen pl. a mobil egészségügyi klinikák működtetése. Preventív jelleggel igyekeztek enyhíteni a gondokon, COVID-os és nem COVID-os polgároknál egyaránt. (A legszegényebb régiókban a men-

tális megbetegedéseken, vagy fogászati problémákon is ilyen módon igyekeznek segíteni.) A szorosán vett egészségügyi ellátás mellett számos ország célzott anyagi támogatást is biztosított a migráns vagy roma kisebbsége számára (Svájc, Spanyolország), amelyek a leginkább veszélyeztetettek ebben a jelen helyzetben.

A nem a járvány miatti betegeknel, sajnos az egyéb vizsgálatok, műtétek, igen jelentős arányban elhalasztódtak. Nem volt mód ugyanis a személyes vizsgálatokra. Különösen a daganatos betegeknel növelte a vizsgálatok ritkulása a halálos kimenetelek számát. Ez akkor is gond, ha egyidejűleg a „távgyógyítás”, az internetes konzultáció erősen fejlődött. Jelentősen megnőtt a kényszer hatására a távorvoslás gyakorlata [1, 64. oldal]. Volt, ahol nem volt jogszabályban rendezve a távgyógyászat. A válság hatására megszülettek az ilyen irányú jogszabályi lépések. Ahol ez viszont már gyakorlat volt, sokszorosára nőtt az esetszám. Franciaországban 2020-ban egy márciusi héten a korábbi 10 000-hez képest fél millióra, Németországban a január-februári 1700 esetről március hóra 19500-ra nőtt a konzultációk száma. Ha kiterőt teszünk az Egyesült Államok felé, ott a távgyógyítás lehetőségét a Medicare 20%-ra becsüli. A vírusválság nagy lökést adott a folyamatnak. Azonban ez a példa egyértelműen mutatta azt is, hogy amint lehetséges, azért a betegek visszatérnek a személyes vizsgálatokhoz, hiszen a széles sávú internethez való hozzáférés nem mindenkinek adott, és azért a biztonság, adatvédelem sem megnyugtató.

A pandémia a pszichiátriai betegeknel különösen problémássá tette a személyes kapcsolatok hiányában az ellátást. Az egyes országok nagy erőfeszítéseket tettek, hogy a folyamatos kezelés fenntartható legyen, akár távgyógyítás formájában is. Nagy gond azonban magának az egészségügyi személyzetnek a lelki leterheltsége. Ezt itthon is tapasztalhatjuk. Szerény megjegyzés: talán a terhelésük enyhítése lenne az első és legfontosabb feladat. De hogyan, ha akkorák a létszámgondok, amekkorák? További mentális egészségügyi feladat egyébként a hozzátartozóknál is a szereteteik elvesztése miatti megrázkódtatások kezelése is.

Noha az átmeneti intézkedések segítettek, semmiképpen nem takaríthatják meg az országok az ágyszámok növelését, és a munkaerő létszámának (és javadalmazásának) emelését. Különösen nagy probléma ez, mert az egészségügyi munkaerő kiképzése hosszabb ideig tartó, és igen költséges folyamat. Nyomatékot kapott továbbá a megelőzés fontossága is, valamint az a tény, hogy az egészségügy ellenálló képessége nem csupán magától a szektortól, hanem a gazdaságpolitika egészétől függ, amelybe beágyazódik. Fejlődött a nemzetközi együttműködés is, amelynek szép példája volt a szomszédos országok közötti betegfogadás a kórházakban.

## AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÁGAZAT SÚLYA

Társadalmi – gazdasági szempontból a válság 2020-ban mindenképpen jelentős visszaesést eredményezett minden ország GDP-jében. 2020-ban az EU gazdasága 6,1%-kal, az

euróövezet gazdasága pedig 6,6%-kal esett vissza. A munkanélküliség fokozódása, hála a különböző országokban a kormányzati intézkedéseknek, ezzel nem volt arányos. Mivel a 2021 elején elérhető adatok a múlt esztendő nem teljes egészére terjedtek ki, inkább csak a válság első fázisára adott válaszokról adnak valamelyes képet ezek a számok. Feltehetően a második és további hullámok adatai további információkkal szolgálhatnak majd. Ezek a tanulmány írásakor még nem álltak rendelkezésre. Az utolsó fejezetben azonban kiterünk a frissebb adatokra.

Nézzük meg, hogy mekkora az egészségügy részesedése az egyes országok GDP-jéből, vagyis mekkora ennek az ágazatnak a gazdasági súlya! (Adataink részben a KSH egy korábbi kiadványára támaszkodnak, így alapvetően a válság előtti arányokat tükrözik.)

Összességében a GDP-ből Európában átlagosan 8,3% volt 2020-ban az egészségügyi részesedése 2008-ban még csak 7,8%, de 2009-re ez 8,5%-ra ugrott fel [1, 160. oldal]. Talán nem azért, mert az egészségügy (a számláló) nőtt, hanem mert a GDP (a nevező) csökkent... S aztán e szint közelében maradt. Nagyjából ezt a szintet tartották tehát az országok. Ezen átlag mögött azonban jelentős a szórás. Mint várható, az egészségügy részesedése a nyugati országokban magasabb. A kelet-közép-európai országokban viszonylag alacsony. 2019-ben az EU országok negyede 10%-nál nagyobb összeget költött az egészségügyre a GDP-jéből. Németország 11,7%-ot, Franciaország 11,2%-ot. Európában csak Svájcban magasabb még ennél is a GDP-ből az egészségügyre eső hányad, 12,1%.) Románia, Lengyelország Litvánia és Magyarország ismét a sor végén van, 5,7-6,4% közötti értékekkel. Ennél alacsonyabb, 4,4%-os értéket csak a körön kívüli összehasonlítás céljából nézett Törökország mutat. [5, 477. o]

Egy meglepő adat van Európában: Luxemburg. Ez az ország, ahol egyébként az egy főre eső GDP a legmagasabb, az egészségügy részesedése a GDP-ből 5,4%, azaz a legalacsonyabb. Ennek elemzésére azért néhány szóval kitértek a jelentés szerkesztői. Felhívták a figyelmet arra, hogy az egészségügyi kiadásokat helyesebb lenne a Bruttó Nemzeti Jövedelemhez (GNP) viszonyítani a GDP helyett, hiszen az országban termelt értéket igen sok nem-rezidens munkavállaló állítja elő.

Arról viszont ismét csak nem esik szó, hogy miért ilyen alacsony a részesedés az egykori KGST-országokban? 2020-ban mindenütt magasabb részarány lett ismét az átlagos százalékos eredmény, mint 2019-ben volt. Hiszen a GDP erősen visszaesett, ezzel szemben a kiadások az egészségügyben emelkedtek... Kétes öröm.

## AZ EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSA

A közösségi költségvetés számos különböző tevékenységet finanszíroz. Az egészségügy végül is versenyben van a forrásokért számos területtel, mint az oktatás, a védelem, a lakásügy. Úgy tűnik, e versenyben gyakran alulmaradt ez a terület. Napjainkig mindenesetre nem kaptak

meg azt a prioritást, amit egy demokráciában megérdemelne.

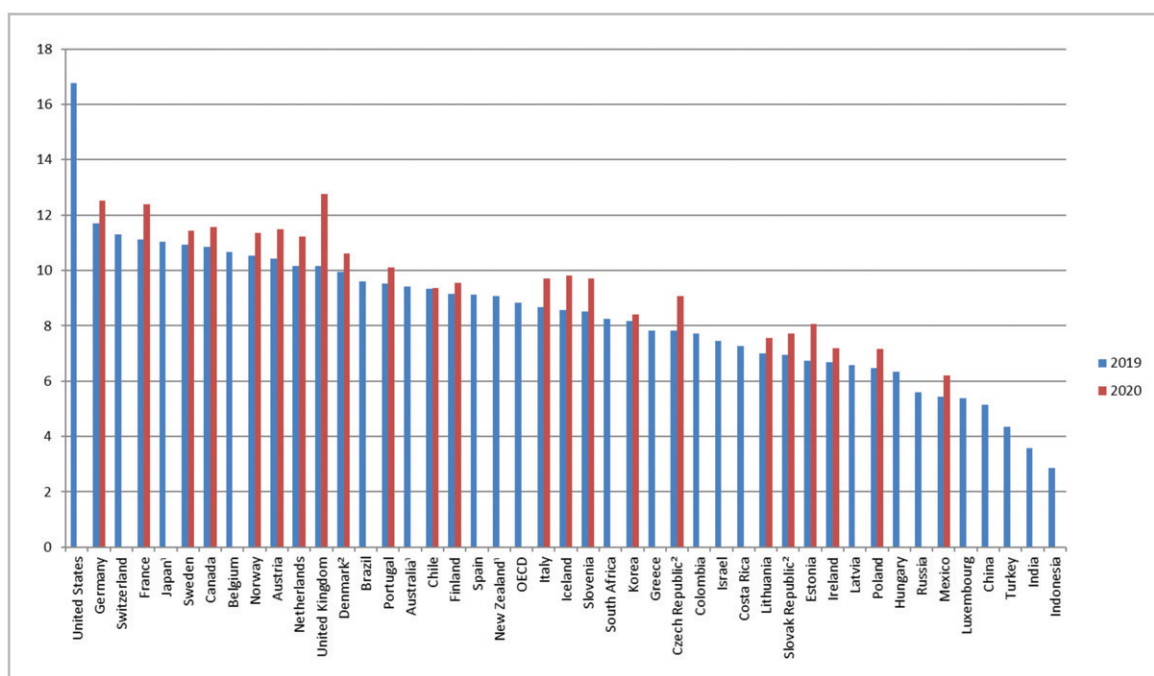
Nem meglepő módon, kapcsolat van az egy főre eső GDP és az egészségügyi kiadások között. Természetesen a gazdag országok költenek a legtöbbet az egészségre, a magasabb GDP-jük arányában is. Európában Svájc volt 2020-ban az élen. Norvégia a második. Németország, Ausztria, Svédország és Hollandia egészségügyre költött összege 50%-kal magasabb, mint az EU átlag. A legkevésbé meglepő módon, itt is a volt KGST országok kullognak a sor végén. Bulgária, Románia, Litvánia és Horvátország a felét se érte el az EU átlagának... Azaz, egy főre jutóan háromszoros különbség van az Unión belül az egészségre költött összegekben a legalacsonyabb, és a legmagasabb értékek, Nyugat és Kelet-Közép-Európa országai között. [1, 157. oldal] S lám, még mindig nem keresik ennek okait az elemzők. Csupán megállapítják a tényt. 2008-ig stagnált, vagy igen lassan nőtt a ráfordítás. 2008-13 között 0,7%-kal nőtt, majd 2013-19 között 3%-kal. A két „csúcstartó”, Svájc és Norvégia 2-2,5%-os növekedési értéket tartott az elmúlt tíz évben, míg a legalacsonyabb GDP-vel rendelkező országokban viszonylag magas, 6 %-os volt az egészségügy felzárkózása. A fejlett nyugat-európai országokban szerényebb, 1%-os növekedés volt tapasztalható. (Mindez reálértékben értendő, az inflációval korrigálva.) A balti országokban, Romániában, Bulgáriában, jelentős ütemnövekedés volt. Hazánk azonban azokhoz az országokhoz tartozik, ahol a 2008-as válság után még csökkentek is az egészségügyre fordított kiadások, és csak viszonylag szerény volt a későbbi növekedés, 2019-ig (Az OECD-EU tanulmány ennek vizsgálatába nem megy bele. De mi aligha kerülhetjük meg majd ezt a kérdést.) 1. ábra.

2018-ban az EU-ban átlagosan a kormányzati kiadások 14%-át fordították az egészségügyre. Egyes országokban (Németország, Írország) ez 20%-ot is elért. Más országoknál – és sajnos, mi is ide sorolódunk – ez 10% alatt volt. (Az átlag alatti részesedésszerű országok többnyire ismét a volt szocialista országok. Csak néhány dél-európai ország jelenik meg közöttük...)

2013 után csekély emelkedés volt tapasztalható a részarányt illetően legtöbb országban, így a sereghajtók között velünk együtt lévő Görögországban is, de 2018-ban ott még ekkor se érte el még a 2010-es szintet sem. Az a szükség-helyzet és azok a megszorítások, amelyekre az államadósággá ellehetetlenülése miatt a görögök rákényszerültek, nem tette lehetővé a vissza-zárkózást sem az egykori saját szintjükhöz, nemhogy a felzárkózást a nyugati országok náluk sokkal magasabb arányaihoz... (Hasonló problémák nálunk is jelentkeztek).

Láthatjuk tehát a vizsgált jelentésből, hogy az elmúlt évtizedekben az egészségügy, különösen a közfinanszírozott egészségügy, finanszírozás szempontjából szinte minden ország gazdaságában hátrányos helyzetben volt. Az EU országokra vonatkozóan az áttekintés már 2016-ben rámutatott, hogy komoly hiányosságok vannak a finanszírozás terén. (Az egészségügy pénzügyi vonatkozásai egyébként nem is korlátozhatók pusztán az egészségügyi kasszák költségvetésére, hiszen ide tartozik többek között az oktatási kiadások közé sorolt képzés átfogó problémaköre is.)

A „közgazdaságtan imperializmusa” jegyében az egészségügyet minden fejlett országban –és mi sem vagyunk kivétel, – már hosszabb ideje megpróbálták maximálisan a termelő ágazatok szempontjai szerint irányítani. Ezen azt értjük, hogy az üzleti hatékonyság szempontjai szerint figyelték a



1. ábra  
Az egészségügyi kiadások a GDP százalékában

szolgáltatások különböző mutatóit. A társadalmi hatások, a biztonság és a jóllét, a „well-being” szempontjai háttérbe szorultak. Így volt a fejlett országokban, kivétel nélkül. Ott is, ahol sokat költöttek rá a GDP-ből. Mint pl. az Egyesült Államokban. A sok pénz költsége nem jelentette azt, hogy az USA egészségügyi mutatói a többletköltséggel arányban jobbak lennének, mint a többi országban. Csupán azt, hogy pénzben kifejezve, a GDP nagyobb hányadát teszi ki az egészségügyi költségek. Mivel az USA-ban az egészségügy szervezése vállalkozásként történik, s a vállalkozók profitja is benne van a részarányban, ez részben érthető. A polgárok azonban messze nem arányosan részesedtek a szolgáltatásokból. Részben azért, mert a szolgáltatások igen drágák, részben, mert nem mindenki biztosított. A szegényebb rétegek 8-9%-a nem részese a Medicaid-nek, így a szolgáltatások számukra csak korlátozottan elérhetőek.

2020-ban az egészségügynek a közpénzekből való részesedése Nyugat-Európában 10 % körüli volt, de az ágazat finanszírozottsága nem tekinthető kielégítőnek. A finanszírozás témaköre egyébként még az uniós felmérésekben is meglehetősen hátrább sorolódik. Társadalmi szempontból valóban elsősorban az egészség-szakmai kérdések a fontosak. Így az, hogy milyen a lakosság állapota, egészségtudata, melyek a tipikus betegségek, és mi azoknak az oka. (Ezért foglalkoztunk mi is a jelen tanulmány első részében magával a lakosság egészségi állapotával. De mégiscsak rendkívül lényeges, hogy az értékhierarchia megmutatkozik-e a pénzügyi mutatókban is? Hiszen a demokráciában, ahol azt hangsúlyozzák, hogy minden ember számít, alapvető kérdés, hogy erre a megfelelő forrásokat valóban rászánják-e? Ezért némileg problematikusnak tartjuk, hogy a pénzügyi kérdésekkel csak a jelentés vége felé, és véleményem szerint súlya alatt foglalkozik az elemzett OECD tanulmány is. Pedig itt ok-okozati viszonyról van szó! Az, hogy milyen a lakosság egészségi állapota, jelentősen függ az erre a területre fordított forrásoktól is. Nézzük meg azonban kissé részletesebben a finanszírozási helyzetképet! [1, 157-175. oldal])

Európa magán és közösségi forrásokból finanszírozza az egészségügyi kiadásokat, ideértve a működési és a beruházási kiadásokat. A finanszírozás forrása lényegében a következő: a költségvetésből, a kötelező biztosítási rendszerekből, az önkéntes biztosítási rendszerekből, avagy teljes mértékben magánpénzből történik. Európában közösségi forrásból finanszírozzák a költségek döntő részét, értve ezen a kötelező egészségbiztosítókat, vagy a költségvetést, esetleg ezek kombinációját, mint nálunk. A kiadások másik részét zsebből fizetik az emberek, adózott jövedelmükből.

A költségek gyógyító tevékenységre (akár kórházi, akár ambuláns formában), illetve a gyógyszerekre, gyógyászati segédeszközökre történő kiadásra oszlanak meg. Nehéz azonban a nemzetközi összehasonlítás, mert a gyógyszerkiadások egy része benne van a kórházi költségekben, és nem mindenütt kezelik egyformán. 2020-ban a válság miatt minden országban jelentős változásokra került sor a kiadások szerkezetében, elsősorban költség- átcsoportosításokra. Sajnos, az egyéb ellátások terén elmaradások következtek

be, hogy ott költséget takarítsanak meg. (A személyi feltételeket, orvos- és ápoló személyzetet is lekötötték a COVID betegek.) Fel kellett építeni a diagnosztizáló, tesztelő kapacitásokat, a kórházakban bővíteni kellett a COVID kezelésére alkalmas részlegeket. Volt azonban, ahol gyors-segéllyel új intézményeket is létrehoztak. Ezt a folyamatot a legtöbb országban pluszforrással is megtámogatták.

## MAGYAR HELYZET

Hazánkban a működési költségeket a korábban teljes egészében költségvetési forrást követően, létrehozása után az Egészségbiztosítási Alap fedezi. A beruházásokat továbbra is az állami, uniós és önkormányzati költségvetésből finanszírozzák [6]. A finanszírozó intézménye a rendszerváltozás után folyamatosan változott. Kezdetben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), majd napjainkra a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, az OEP utódja) lett a technikai finanszírozó intézmény, bár ez utóbbi már a Kincstáron keresztül végzi tevékenységét. Lényegében a költségvetésből finanszírozó rendszerek típusához kerültünk közelebb. Érdemi döntések a minisztérium főosztályán történnek.

A teljes kormányzati kiadás a Nemzeti Számlák Rendszerének definíciója szerint az alábbi főbb komponenseket öleli fel: folyó fogyasztás, munkabérek, kamatok, szociális juttatások és természetbeni transferek, támogatások és egyéb folyó kiadások a központi és helyi hatóságok, valamint a társadalombiztosítási alap részéről.

Mint utaltunk rá, hasonló helyzetben voltunk 2010-ben, mint a görögök. A 2008-2009-es válság miatt a magyar kormány is komoly devizaadósság-fizetési nehézségekkel küzdött. Az akkor megválasztott kormány csak úgy kaphatta meg az EU támogatását, ha minden erővel leszorítja a deficitet. Hiszen, ellenkező esetben nem tudta volna tartani a Maastricht-i 3%-ot meg nem haladó költségvetési hiány előírást. A nemzetközi válság miatt a bevételi oldal nehezen volt növelhető, így bármi áron le kellett csökkentenie a kiadási oldalt. Ennek egy módja volt, hogy éppen a két nagy rendszerből, az oktatásból és az egészségügyből csíptek le, legfőképpen úgy, hogy nem emelték e szektorokban a béreket. Nem jószántából tette ezt a kormány, kényszerhelyzetben volt. (Az már más kérdés, hogy később azért valamit lehetett volna tenni, például a szociális hozzájárulások szisztematikus csökkentése helyett a bevételek egy részéből az egészségügy béreit emelni. De nem ez történt.)

Az a rendkívül szomorú helyzet állt elő hazánkban, hogy az egészségügy bérei voltak – az összes ágazat bérszintjéhez viszonyítva -2019-ig szintjükben az utolsó előttek. Csak a szociális ágazat következett az egészségügy után ... (2016-ban például a nemzetgazdasági átlagbérenek az egészségügyi átlag csak 57%-át tette ki. Összehasonlíthatjuk más országok adataival. Hasonló volt pl. a helyzet Lengyelországban is, de ott valamivel közelebb volt az országos átlaghoz, 75%.) Azt is látni kell, hogy nemcsak az orvos-bérekről van szó, hanem a teljes kisegítő személyzetről is. A gyógyítás csapatmunka. A magyar adatok tanúsága szerint, a fizi-



kai bérek is alacsonyabbak voltak, mint a többi ágazatban, azaz, a szektor egésze volt lemaradva... Miért keres egy fizikai munkás kevesebbet az egészségügyben, mint más ágazatban? Van rá bizonyos magyarázat... Az egyes ágazatokban valamennyire együtt mozognak a különböző kategóriákban a bérek, felfelé, illetve lefelé. A bankszektorban még egy kézbesítő fizetése is magasabb, mint bármely más ágazatban. Ha az orvosoké alacsony, akkor a többi kisegítő személyzeté különösen az lesz. Természetesen, elsősorban az érthetetlen, hogy miért kerestett a gyógyító személyzet olyan keveset. A közelmúltban emelt orvos-bérek változtatnak a helyzeten. De a segédszemélyzet bére még mindig katasztrofálisan elmarad az indokolhatótól.

Az egészségügyi bérek alacsony szintje elképesztő aránytalanság. Hazánkban minden bizonnyal a bérezés az egyik fő oka az egészségügyi munkaerő-hiálynak, az orvostársadalom elöregedésének, a végzős hallgatók tömeges külföldi munkavállalási szándékának. A „szabad termelési tényező áramlás” megengedése ugyanis elszívó hatású. Itthon maradó orvosaink pedig kizsákmányolták magukat. Külföldön hétféle ügyeket vállaltak, pl. Angliában, gyors oda-vissza repülőutakkal... Persze vannak további magyarázatok is, így a vidék orvos-ellátottságának hiányát vizsgálva találhatunk egyéb okokat pl., életmód, presztízs stb..

A válság mindenképpen ráirányította a figyelmet a tarthatatlan helyzetre. Valójában nehezen érthető, hogy erre a kérdésre az egészségügyi stratégia kidolgozása során a korábbi időszakokban miért nem helyeztek nagyobb hangsúlyt. Az EMMI az EU részére készített egyik országjelentésében nemrég kimutatta, hogy már két-három éve elkezdtek egy több lépcsős béremelést, ami aztán a koronavírus-pandémia alatt jelentősen felgyorsult. Már 2018-ban is volt jelentősebb emelés. A korábban kialakult, majd a 2010 utáni fél évtizedben megnövekedett katasztrofális lemaradás behozására ez azonban aligha lesz elég. És mindenképpen igen sokba fog kerülni. Érdemes megjegyezni, hogy 2021. január elsején minden idők legnagyobb mértékű orvosi béremelése lépett életbe. A tervezett 2023-as emeléssel együtt ennek köszönhetően Magyarországon 2023-ra átlagosan 2,5-szeresére emelkedik az orvosok fizetése a 2010-es szinthez képest. A szakdolgozói bérek 2022. január elsejétől újabb 20%-kal emelkednek [7].

#### Updating: A koronavírus-pandémia hatása 2021-ben

A COVID 2020-ban és 2021 első felében közvetlenül és közvetetten 2,5 millió halálesetért volt felelős. 110 millió fertőzést jelentettek októberig, de ez a tesztelési kapacitás korlátai miatt eléggé alábecsült adat lehet. 2021 októberéig a kumulált esetszám átlagosan 100 ezer lakosra 8400 fő volt. Erős azonban a szórás. Csehország van az élen, 16 000-rel. A halálesetek száma OECD átlagban egy millió főre vetítve 1370 fő, de itt is nagy a szóródás. Élen sajnos Magyarország van, 3000 fővel. Mint látszik, máig Kelet-Európa „vezet” minden negatív adatban. Mellesleg az alkoholizmus és dohányzás rizikó tényezőjében is, továbbra is hazánk maradt az élen...

A várható élettartam 30 országból 24-ben csökkent. Különösen nagy arányban az USA-ban és Spanyolországban. Továbbra is elsősorban a 60 év fölöttieket sújtja a vírus. Egyértelmű, hogy a rosszabb helyzetben élők között nagyobb a megbetegedés és halálozás mértéke. Az oltások 2021 október közepére 15 országból 9-ben 70 %-os szintet értek el, és redukálták a súlyos esetek és a halálozás valószínűségét. Bár a delta variáns ellen kevésbé voltak hatékonyak, de a kórházba kerülést 90%-ban megakadályozták.

A pandémia súlyos hatással volt általában a lakosság a mentális állapotára. A szorongásos és depressziós egyének száma a krízis előttihez képest kétszeresére emelkedett (azokban az országokban, ahol ilyen adatok elérhetőek.) Nehéz továbbá a tapasztalatok szerint a felépülés, elhúzódik akár 4-6 hónapig is. Az ún. „hosszú COVID” jelentkezik pl. az USA-ban, az érintettek 37%-ánál... A pandémiának számos közvetett káros hatása is van, így az orvos-beteg találkozások jelentős mérséklődése, a dagantos megbetegedések kivizsgálásának csökkenése (2019-hez képest 5%-kal.) Mindez hozzájárul az egyéb betegségekhez, s azok miatti halálozás növekedéséhez. Talán egyetlen pozitív következménye a válságnak a digitális transzformáció felgyorsulása.

Ami a költséghatásokat illeti: értelemszerűen megnövekedett az egy főre jutó egészségügyi kiadások mértéke. OECD átlagban a járvány előtti időhöz képest fejenként mintegy 4000 dollárral, az USA-ban 11000 dollárral, valamint 60%-kal nőtt a fekvőbeteg és járóbeteg ellátásra fordított összeg. Az alapellátásra fordított összeg azonban csak 13%-kal nőtt. Mivel a gazdasági aktivitás mértéke mindenütt csökkent, a kiadások pedig nőttek, az egészségügyre fordított összegek részaránya a GDP-ben a 2019-es 8,8%-ról 2020-ra 9,7%-ra emelkedett. Angliában 10,2-ről 12,8%-ra, de másutt is jelentősen nőtt, pl. Szlovéniában 8,5-ről 10%-ra. Bár az orvosok és nővérek száma emelkedett, még mindig súlyos emberhiány van mindenütt az ellátó rendszerekben.

#### ÖSSZEFOGLALÁS

A tanulmány egyrésztől áttekintette, hogy milyen egészségügyi kockázatok vannak az Európai Unióban és néhány referencia országban. Világosan látható, hogy ezeket a koronavírus-pandémia csak fokozta, új elemeket is hozva a tényezők közé. Megállapítja, hogy az ágazat nem kapta meg azt a figyelmet – ahogy korábban sem –, amit megérdemelne. Ez a válságban kiemelten nehéz helyzetet teremtett, mert az ágazat nehezen bírta a járvány miatti megterhelést.

Kelet-Közép-Európában az egészségügy részesedése a GDP-ből jelentősen alacsonyabb, mint nyugati partnereiknél. A munkaerő-állomány elmaradása a kívánatos szinttől itt jelentős, hazánkban kifejezetten tragikus. Csakúgy, mint az ágazat részesedése a közpénzekből, és mint a bérszínvonal elmaradása a nemzetgazdasági átlagtól. A bérek és a létszám halaszthatatlan emelése súlyos anyagi terheket ró majd az országra.

A kelet-közép-európai országok – félreérthetetlenül, mint a korábbi szocialista tábor örökösei – minden egészségügyi

mutatóban a nyugat-európai-, és általában az OECD-országok átlaga alatt vannak. Mindez nem véletlen, ám az OECD-EU jelentések erre semmi utalást nem tettek. Vonjuk le itt és most a következtetést: egy egységes Európában ez korrekcióra szorulna.

A 2020-as és 2021-es évre vonatkozó adatok pedig bemutatják a koronavírus-pandémia súlyos hatásait, amelyek kényszerítően hatnak a gazdaságpolitikák korszerűsítésére, az ágazat fejlesztésének, digitális korhoz igazításának az átgondolására.

A tanulmány első változata a Szegedi Tudományegyetem GTK megrendelésére készült. Az eredeti kutatást az EFOP-3.6.1-16-2016-00008 azonosítójú, EU társfinanszírozású projekt támogatta.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] OECD Health at a Glance 2020.  
<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe>,  
Megtekintve 2022.03.06.
- [2] StatLink<https://stat.link/9zgx8b> Megtekintve 2022.03.06
- [3] MinoucheShafik: The Pandemic and Our Broken Social Contracts Project Syndicate, 2022 január,  
<https://www.project-syndicate.org/onpoint/new-social-contract-needed-for-21st-century-by-minouche-shafik-2022-01> Megtekintve 2022.03.06
- [4] Farkas BF, Gresz M: Az egészségügyi rendszerek rezilienciája: elméleti keretek, gyakorlati megfontolások 2021, XX. évf. 1. szám 4-10 <https://doi.org/10.53020/IME-2021-101>
- [5] KSH Évkönyv, 2017 477.o9. 7 tábla
- [6] Jelentés az egészségügy finanszírozásáról, ÁSZ, 2019.
- [7] [https://mandiner.hu/cikk/20211224\\_kasler\\_miklos\\_](https://mandiner.hu/cikk/20211224_kasler_miklos_)

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Prof. Botos Katalin**, pénzügyi közgazdász, nemzetközi pénzügyi, banki és államháztartási szakember. A közgazdaságtudományok doktora. A pénzügyminisztériumban és intézményeiben töltött két évtized után az Antall kormány pénzügyi államtitkára, majd bankügye-

kért felelős minisztere. Ezt követően több egyetem (PPKE, SZTE Corvinus) tanára, intézetvezetője, két egyetem doktori iskolának a vezetője volt. Emerita professzorként a gazdaságpolitika ágazatának kutatásával foglalkozik, kiemelt hangsúllyal a pénzügyek, a nyugdíj és egészségügy kérdéseivel.



## XI. IME Országos Infekciókontroll és Betegbiztonság Konferencia

2022. október 19-20. (szerda-csütörtök)