

SZAKDOLGOZAT

Huszár Henrietta

**Kaposvár
2022.**

MAGYAR AGRÁR- ÉS ÉLETTUDOMÁNYI EGYETEM
KAPOSVÁRI CAMPUS
GAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR
VIDÉKFEJLESZTÉSI ÉS FENNTARTHATÓ GAZDASÁG INTÉZET

ELTÉRŐ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK
ÖSSZEHAJONLÍTÁSA

Készítette:

Huszár Henrietta

Pénzügyi és Számvitel

Konzulens:

Dr. Parádi Dolgos Anett Katalin

egyetemi docens

Szakfelelős:

Prof. Dr. Zéman Zoltán

egyetemi tanár

2022.

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	4
2. Az egészségügyi finanszírozási modellek bemutatása.....	5
2.1 Bismarcki modell.....	5
2.2 Beveridge Modell.....	6
2.3 Szabadpiaci modell.....	8
2.4 Szemaskó-modell.....	9
2.1.5 Kiegészítő finanszírozások.....	10
3. A magyar és a német egészségügyi rendszer.....	11
3.1 Magyarország.....	11
3.2 Németország.....	12
4. Egészségügyet befolyásoló hatások.....	14
4.1 A 2008-as gazdasági válság.....	17
4.2. A 2019-ben kirobbanó Koronavírus.....	18
5. Az egészségügyi szolgáltatások változása.....	19
5.1 Járóbeteg ellátás.....	19
5.2. Fekvőbeteg ellátás.....	21
5.3 Hosszú idejű ápolás.....	24
5.4 Gyógyszeripar.....	25
6. Megoldások, egészségügyi intézkedések.....	27
7. Egészségügyi helyzet alakulása 2019 után	27
7.1 Egészségügyi kiadások.....	28
7.2 A kialakult egészségügyi helyzet kezelése.....	30
8. Összefoglalás.....	31
10. Ábrák és táblázatok jegyzéke.....	33
11. Felhasznált Irodalom.....	34

1. Bevezetés

A szakdolgozatom témája az eltérő egészségügyi rendszerek összehasonlítása, ezen belül pedig a 2008-as gazdasági válság hatása a német és a magyar egészségügyi finanszírozásokra. A dolgozatomban szeretnék kitérni arra, hogy a világon milyen egészségügyi modellek alapján épülnek fel a biztosítások. Ezt követően bemutatni Magyarország helyzetét az utóbbi 10 évben, itt a fekvőbeteg/járóbeteg, és gyógyszer ellátásra gondolva, ezt részletezni, hogy mekkora költségeket fordít erre az állam. Milyen egészségbiztosítási kedvezmények vannak jelenleg országban, és ezek milyen módon kerülnek elszámolásra, milyen módon csökkentik a TB fizetési kötelezettséget. Szeretném megemlíteni, hogy a házi orvosok milyen fizetési rendszer alapján kapják a jövedelmüket.

A 2019-es Koronavírus okozta gazdasági válság következtében megnövekedett egészségügyi ellátások mekkora összeggel növelték meg a kiadásokat. Milyen szerepet vállalt az állam, és milyen támogatásokat nyújtott ebben a helyzetben. Szeretnék kitérni az állami finanszírozású kórházak működésére. Az ezekből levolt következtetéseimet, elemzéseimet szeretném összehasonlítani a német egészségügyi rendszerhez viszonyítva. Azért erre az országra esett a választásom mivel az egészségügyi modelljük, mely szerint felépül nagyon hasonló, viszont a magyarországi rendszerhez képest jelentősen eltér finanszírozás és biztosítás szempontjából. A választásomban szerepet játszott még az is, hogy a gyakorlatomat az OTP Bank zrt-nél töltöttem, így lehetőségem volt megismerni az egészségügyipénztár rendszerét, és a különböző egészségügyi biztosításokat, amelyeket köthetnek az ügyfelek maguknak illetve a családjuknak.

Ennek bemutatása után a korábban említett egészségügyi modelleket szeretném részletesen, diagramokkal alátámasztva bemutatni. Majd a német és a magyar egészségügyi rendszert, a gazdasági hatás, a finanszírozás és a rendszer főbb jellemzői szerint elemezni.

2. Az egészségügyi finanszírozási modellek bemutatása

A XX. századra jelentős különbségek alakultak ki az európai és az amerikai egészségügyi rendszer között. Az egészségügy finanszírozásának két szélsőséges modellje van, az egyik a közfinanszírozás, a másik pedig a magánfinanszírozás. Azonban ezek a világban kicsit másképpen alakulnak, ugyanis vegyes, keveredett rendszerekkel találkozhatunk. A közfinanszírozás előnyei közé tartozik, hogy nagyon magas a társadalmi szolidaritás és egyszerűbben ellenőrizhetők az egészségügyi kiadások. Hátránya közé sorolhatjuk, hogy az államháztartást nagy mértékben leterheli, valamint gyakran nem tudja a lakosság igényeit kielégíteni. A magánbiztosítás eltérő módon jelenik meg a világon, vannak olyan országok, ahol a fogyasztói réteg nagy része választja ezt az alapszolgáltatás mellett, például Németország, és más országokban a magánbiztosítás az egyetlen lehetőség, ilyen például Svájc és az Egyesült Államok. Valamint vannak olyan országok, ahol a közösségi finanszírozás mellett egyfajta kiegészítés jelleggel jelennek meg, ilyen országnak számít Belgium, Szlovákia (Karner, 2008).

Következtetésképpen elmondhatjuk, hogy nincsen olyan ország, ahol az egészségügyi rendszer valamilyen formában ne térne el.

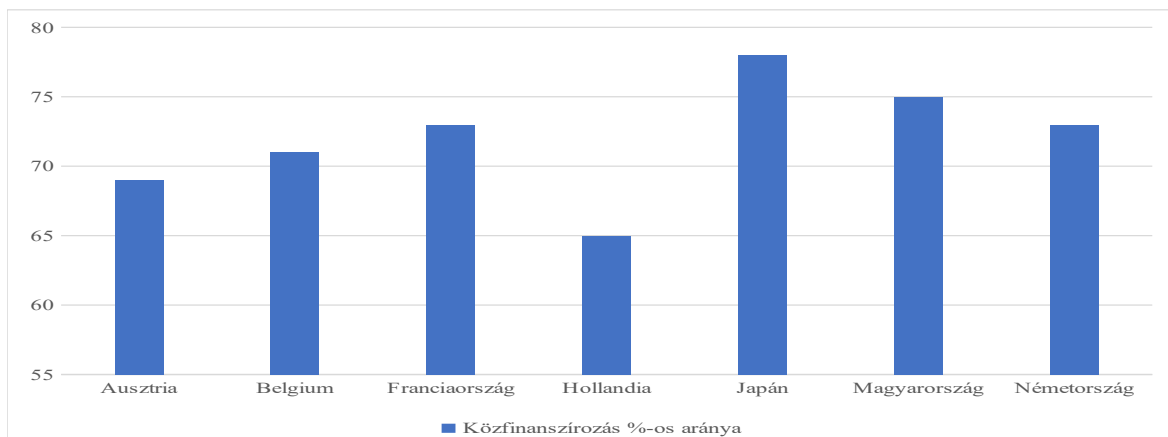
A köz- és magánfinanszírozás esetében különböző egészségügyi modelleket különböztetünk meg. A közfinanszírozás modelljei közé tartozik a Bismarcki modell, amely egy társadalombiztosításon alapuló rendszer, a Beveridge modell, ami adóból finanszírozott egészségügyi rendszer és a Szemaskó modell, másképp a térítésmentes ellátási rendszer. A magánfinanszírozás keretein belül három modellt különböztetünk meg. A szabadpiaci modellt, vagyis a magánfinanszírozást, az előtakarossági egészségügyi számlákat és az out-of-pocket kiadásokat (Karner, 2008).

2.1 Bismarcki modell

1883-ban került elfogadásra a munkások kötelező egészségügyi biztosításáról szóló törvény, mely Otto von Bismarck-Schönhausen német kancellárról kapta a nevét. A bismarcki modell lényege, hogy a népesség nagy részét kötelezik arra, hogy társadalombiztosításban vegyenek részt. Ennek hatására a belépő hozzátartozói is biztosítottá válnak (Ragány, 2014). A rendszer társadalompolitikai célja az, hogy a gazdaság számára fontos népességet szinten tartsa, ugyanis ez a réteg a megbetegedési kockázat miatt elég sérülékeny. A biztosított résztvevők főként munkaviszonyban állók, azonban ez a réteg egy meghatározott jövedelmi szintet nem haladja meg. Ez a rendszer lehetőséget kínál arra, hogy adott rétegek kimaradjanak a biztosításból. Ilyen rétegnek számítanak a szegények ugyanis ők a mindennapi megélhetésként képtelenek arra, hogy biztosítást fizessenek, valamint ennek hatására instabil a kapcsolatuk a munkapiaccal. Másik ilyen réteg, aki olyan tevékenységet folytat, mely vagy önálló, vagy pedig nem beszámítható, és külön említendő a gazdagok körébe tartozók, akiknek a helyzete nem szükségelteti azt, hogy biztosítsák magukat (Német, 2007).

A modell a szolidaritás elvére épül, mely szerint minden természetes személynek biztosítottak kell lennie, és nem alakulhatnak olyan társaságok, melyek a gazdagokat vagy a szegényeket támogatná. Azokban az országokban, ahol ezt a rendszert alkalmazzák igyekeznek arra törekedni, hogy azonos lehetőségeket teremtsenek meg a különböző társadalmi rétegek számára, valamint arra, hogy a szegényebb, sérülékenyebb rétegek társadalmi helyzetét segítse, illetve javítsa. A biztosításhoz szükséges forrást az állam jövedelemalapú járulék alapján szedi be. Az egészségügyi intézmények és az egészségügyi szolgáltatások többségben köztulajdonban vannak, és jellemző rájuk, hogy kerülik a verseny politikát, inkább az együttműködést részesítik előnyben. Ennek ellenére megjelenik a magánbiztosítási rendszer szerepe is, ugyan ez csak kiegészítést nyújt az alapbiztosítás mellett (Csákó, 2017).

A járulékokat általában mindkét fél köteles fizetni, vagyis a munkáltató és a munkavállaló is. Azonban a jelenlegi számítás szerint a társadalombiztosítás összegét a bruttó megkeresett jövedelemből vonják le. Ennek mértéke jelenleg az országunkban 15,5 %. Jellemző országok, ahol ez a rendszer alapján számolják a biztosítást: Magyarország, Németország, Franciaország, Ausztria és Belgium. A közfinanszírozás szempontjából láthatjuk, hogy Hollandia kivételével szinte mindegyik ország százalékos aránya eléri a 70%-ot. Magyarország és Németország esetében csekély eltérés van (Csákó, 2017).



1. ábra: Közfinanszírozás aránya a bismarcki modellt használó országokban

Forrás: Karner 2008

2.2 Beveridge Modell

William Beveridge a II. világháború idején Angliában fogalmazta meg a későbbi Beveridge egészségügyi modell elődjét. Ezt a modellt alkalmazó országok teljes népessége biztosítottá válik, ellentétben az előző pontban említett modellhez képest (Német, 2007).

A modellnek lényege, hogy minden személyt egyenrangúnak és teljesen egyenlőnek tekint, és minden szereplőnek egyenlő hozzáférési lehetőségeket kínálnak. Itt már nincsenek járulékok, melyet a jövedelemből vonnak le, működését tekintve az általános adóból fedezi az állam a költségeket. Tekintve azt, hogy ez a rendszer nem a járulékokra épül, azt lehet mondani, hogy

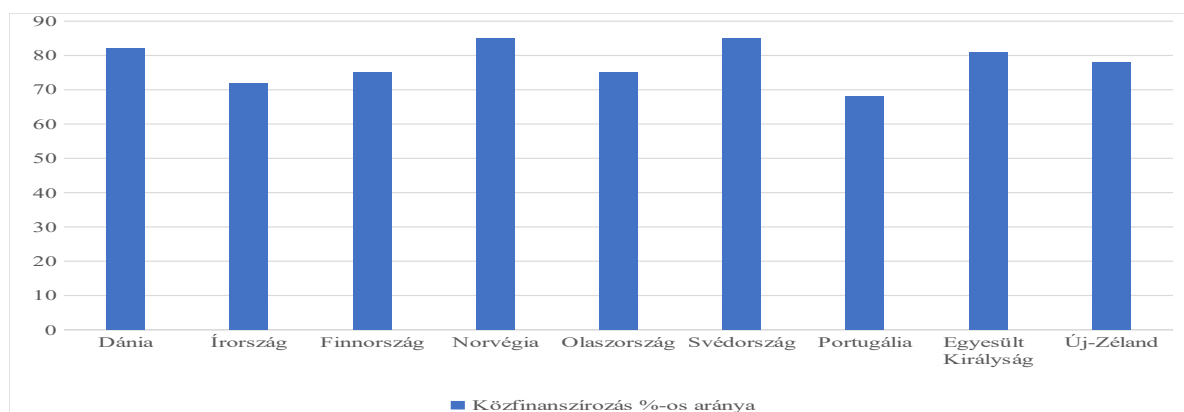
nincs a rendszernek szolidaritás tartalma. Mondhatjuk azt, hogy ez az a rendszer, mely nemtől, vagyontól függetlenül a legmagasabb biztosítást kínálja a szereplők számára (Csákó, 2017).

Ezt a modellt úgyis értelmezhetjük, hogy a kormány köteles a személyeket biztosítani, mégpedig úgy, hogy az általuk befizetett adóból a költségvetésben meghatározott százalékgig egészségbiztosítást vásárol. A Beveridge modellben nem jelenik meg az önrész szerepe, mivel az állam úgy véli, hogy ennek hatására a társadalombiztosítási politika romlásnak, gyengülésnek indulhat. Pont az említett ok miatt nincs lehetőségük a természetes személyeknek arra, hogy kimaradjanak a rendszer által bevezetett biztosítási rendszerből. Egységesen a leggazdagabb rétegtől a legszegényebb réteggig mindenki tagja, ezért is mondhatjuk el azt, hogy egyenrangúnak tartanak minden személyt. Sokszor a társadalombiztosítás szerves részét képezi a közigazgatásnak vagy esetleg alig elkülönülten működő egysége (Csákó, 2017).

Következtetésként elmondhatjuk, hogy erős állami tulajdon jellemzi, ez tölti be a tulajdonos, finanszírozó, ellenőrző és irányító szerepet is. A magánbiztosítási szerepkör minimális megjelenése jellemző, viszont elmondhatjuk, hogy van lehetőségük a biztosítottaknak úgynevezett kimaradásra, melynek keretein belül kisebb adófizetési terhek fejében lemondhatnak a biztosítottságról (Csákó, 2017). A magánbiztosítás keretein belül akadálytalanul van lehetőségük arra, hogy a megválasztott magánorvoshoz, magánklinikára menjenek, azonban ezt teljes áron kötelesek megfizetni.

A bismarcki modellhez képest hasonlóságokat vehetünk észre. Ilyen hasonlóság a magánegészségügyi ellátásnál jelenik meg, egyértelműen elmondhatjuk, hogy mindkét modell lehetőséget hagy a személyek számára, így önkéntes alapon dönthetnek amellet, hogy inkább ezt a szolgáltatást veszik-e igénybe. Az orvosi ellátás korlátozott, vagyis csak korlátozottan szabad az orvosválasztás. Alárendeltség szerint elmondható, hogy az orvosok alárendeltek az államnak, a betegek pedig mind az állam és mind az orvosoknak is (Német, 2007). Angliában jött létre 1948-ban az úgynevezett NHS, vagyis a National Health Service állami szerv, aminek lényege, hogy az egészségügyi szolgáltatásokban központi szerepet tölt be és segíti a rendszer gördülékeny működését (Karner, 2008).

A közfinanszírozás aránya kiemelkedik Norvégia, Olaszország és Dánia esetében. A többi ország majdhogynem egyenlő eredményt mutat, egyedül Portugália az, ahol az arány a 70%-os közfinanszírozási arányt sem éri el.



2. ábra: Közfinanszírozás aránya a Beveridge modellt használó országokban
Forrás: Karner 2008

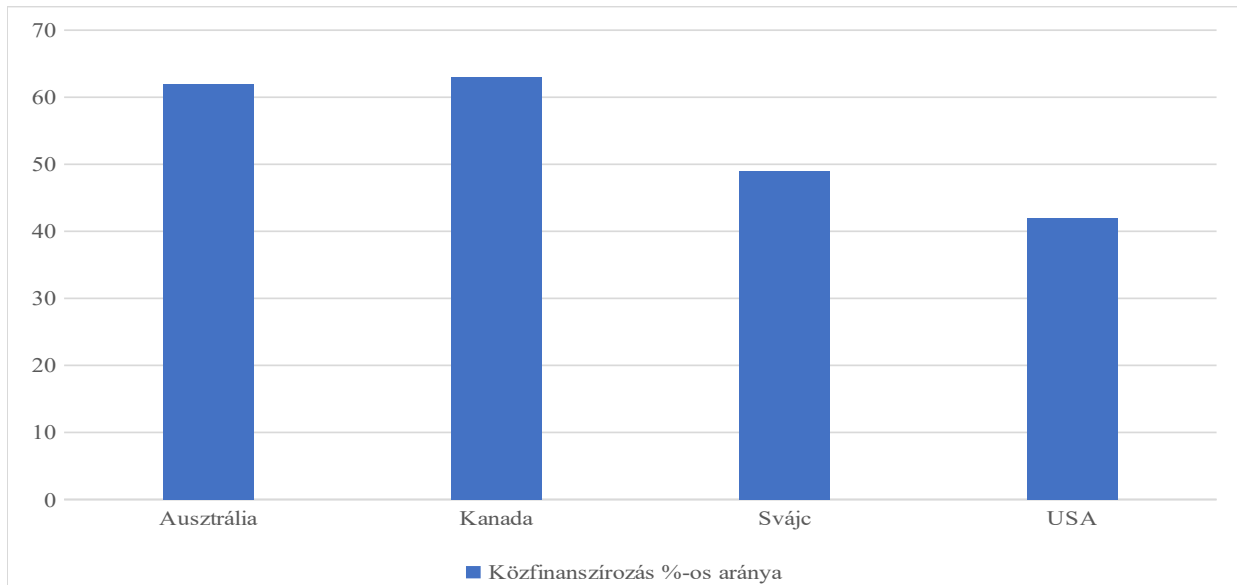
2.3 Szabadpiaci modell

Svájcban, Ausztráliában és az Amerikai Egyesült Államokban jellemző a szabadpiaci modell, melynek legfőbb elve a hatékonyság. Mivel ezekben az országokban liberális politika működik, így a rendszer fő elmélete, hogy egy jól működő országban a lakosság saját felelősségre és kockázatvállalásra dönthet arról, hogy mely biztosítási lehetőséget választja. Tehát itt mindenki saját maga dönti el, hogy kinél szeretne biztosítást kötni vagy egyáltalán szeretné-e magát biztosítani. Fő elv melyre épül, hogy teljesen önkéntes és a biztosítás díja pedig kockázatarányos. Ennek következménye mégpedig az, hogy a modell elég rosszul teljesít az egészségügyi állapot javításában. Erre tökéletes példa az amerikai biztosítás, ahol a legszegényebb réteg képtelen arra, hogy kifizesse a magas egészségügyi biztosítás összegét, így nagyon sokan ellátás nélkül maradnak. Ez pedig negatív hatást eredményez, vagyis sérülni fog, idővel pedig megszűnik az egyenlőség. A társadalom egyre inkább eltávolodik az államtól, ezzel együtt pedig csökken a társadalmi szolidaritást. Hosszútávon pedig ez társadalmi és területi egyenlőtlenségeket okoz vagy akár az állam bukását is jelentheti. Svájcban is a szabadpiaci modell működik, azonban itt kötelező, hogy mindenki a biztosítási rendszer tagja legyen. A magánbiztosítási rendszeren felül van egy úgynevezett szegényeket támogató szociális segély. Ennek a segélynek két változata van, az első a Medicare-rendszer. A költségeket az aktív keresők járulékaiból, a közvetlen befizetésekből és a befizetett biztosítási díjból finanszírozzák. Ez a rendszer a 65 évnél idősebbeket segíti, valamint a krónikus betegeket, azonban nem nyújt 100%-os támogatást, csupán csak az 50%-át finanszírozzák, a fennmaradó részt pedig minden személynek saját magának kell megoldania. Komoly problémát jelent ennél a rendszernél az, hogy az életkor emelkedik, így egyre több problémát és kiadást okoznak az Egyesült Államoknak. A másik rendszer a Medicaid, itt azonban a résztvevőknek semmilyen díjat nem kell fizetniük, a teljes kiadást az állam fizeti. Mondhatjuk úgy, hogy ez egy szegényprogram (Karner, 2008).

A jogosultságot az életkor, gyermekek száma, a rokkantság és az egészségügyi helyzet határozza meg. Összességében a szabadpiaci modellt üzleti jelleg jellemzi, hiszen minden országban egyfajta verseny alakult ki a biztosítók mennyisége miatt, ez pedig gyenge társadalmat és biztosítási helyzetet eredményezhet (Karner, 2008). Az egészségügyi

szolgáltatások főként magánkézben vannak, és az előbb említett verseny jellemzi ezeket a szolgáltatásokat (Csákó, 2017). Előnynek mondhatjuk azt, hogy differenciáltabb igényeket is kielégít, a legnagyobb hátrány pedig, hogy a társadalmat teljesen kettészakítja és korlátozottan elérhető a társadalom számára (Karner, 2008).

Jellemzően Ausztráliában, Kanadában, Svájcban és az Egyesült Államokban használják ezt a modellt. Az országok esetében jóval csekélyebb a közfinanszírozás aránya, ez főként a magánbiztosítók miatt alakul így. Svájc és az USA esetében elmondhatjuk, hogy a finanszírozás felét sem éri el az érték.



3. ábra: Közfinanszírozás aránya a szabadpiaci modellt használó országokban
Forrás: Karner 2008

2.4 Szemaskó-modell

A Szovjetunió első egészségügyi rendszere, melyet N. A. Szemaskó hozott létre 1918-ban. Ez volt a világon a legelső térítésmentes egészségügyi ellátása (Karner, 2008). A költségvetést állami forrásokból vagyis az adóalapról finanszírozták, viszont a finanszírozás az önkormányzatokon keresztül működött. Jól szervezett egészségügyi rendszer volt, melyet a regionalitás jellemzett. A rendszer fő céljaként mondható, hogy minden állampolgárnak igyekeztek esélyegyenlőséget biztosítani. Jelentős centralizáltság és a költség mérséklése jellemezte, csökkentést az egyes szolgáltatások kiszorításával és szigorú beutalási rendszerrel kívántak elérni. Azonban a kialakult szükségletekhez egy nem megfelelő kapacitás alakult ki, egyszerre volt jelen a kórházi ellátások túlkínálata és a gyógyszerek drasztikus hiánya (Karner, 2008). A gyógyító intézmények többsége állami kézben volt, viszont a működtetésük nem az állam feladata volt. Az alapellátási szinten dolgozók töltötték be a kapuőri szerepet, melynek lényege az volt, hogy egyenletesen férjen mindenki hozzá az egészségügyi szolgáltatásokhoz. A járóbeteg ellátásokat az egységes rendszerként működő szakrendelők biztosították. A rendszer fő célja a kórházak teremtése mellyel lehetőség nyílt a járványok és a

csecsemő-halandóság csökkentésére. Az egészségügyi dolgozók bérezése jelentősen alacsony volt, viszont a rendszer költséghatékonyan működött (Mihályi , 2003).

Hátrányai is bőven voltak, már ekkor is járt a hálapénz egy-egy elvégzett vizsgálat, beavatkozás után. A jelentősebb szükségletek következtében nem tudták megteremteni a megfelelő kapacitás mennyiségét. A betegek, illetve az orvosok számára sem adódott meg a választás lehetősége. Hátrányként említhető a centralizáltság is (Mihályi , 2003). Ettől függetlenül elmondható, hogy állampolgári jogon járó biztosítás és térítésmentesség jellemezte, az államok igyekeztek minden polgár számára elérhetővé tenni, és társadalmi szinttől függetlenül biztosítani. Erős közegészségügy jellemezte és itt jelent meg először az úgynevezett paraszolvencia, vagyis a hálapénz. Az egészségügyi szolgáltatások teljes mértékben állami finanszírozásúak. Ennél a rendszerrel mondhatjuk el, hogy nem volt szerepe a magánegészségügyi ellátásoknak, a magánbiztosítási rendszereknek. Ez a rendszer jellemzően a volt szocialista országokban jelent meg, napjainkban már csak kevert formában van jelen az egészségügyi biztosítások területén (Csákó, 2017).

2.1.5 Kiegészítő finanszírozások

Az Out-of-pocket kiadások alatt azokat a szolgáltatásokat, ellátásokat értjük, melyet a társadalombiztosítás nem finanszíroz, vagyis az igénybe vett szolgáltatást teljes mértékben magánfinanszírozásból kell ellátni. Az egészségügyi ellátásért az igénybe vevő fizet a felmerült költség teljes összegével, ezt nevezzük full-payment-nek. Többségében a fejlődő közép-és dél-afrikai országokban jellemző, ahol a szegénység miatt korlátozottak a költségvetés lehetőségei. A modell előnyei közt szerepel, hogy költségtudatosságra ösztönzi a lakosságot, segíti az ellátás fejlődését. Az intézmény részéről hosszútávon fokozni fogja az egyén felelősségérzetét, növelni fogja az ellátás presztízsét, és pótlólagos forrást fog bevonni az egészségügyi ellátásba. Hátrányai közt fontos megemlíteni, hogy a szegényebb társadalmi rétegek még nagyobb mértékben le fognak szakadni a társadalomtól, megnöveli az adminisztratív terheket. Az intézmény részéről fokozódni fognak az ellátási költségek, úgymond jövedelemhez köti az egészségügyi ellátások igénybevételét, társadalmi elletétet vált ki a gazdagabb és a szegényebb réteg között (Bokor László, 2007).

Az egészségügyi előtakarékosági számla egy kiegészítő jelleggel rendelkező finanszírozási forma. A szolgáltatást igénybe vevő a saját lakossági folyószámlájáról fizet egy adott összeget a nyugdíjkorhatár eléréséig, ezt követően van lehetősége a megtakarított összeget felhasználni. Abban az esetben, ha az egészségügyi kiadások meghaladnák a korábban meghatározott felső határt, akkor a biztosító felelősséget vállal erre (Mihályi , 2003).

1. táblázat: Egészségügyi modellek jellemzői

	Bismarcki	Beveridge	Szabadpiaci	Szemaskó
Jellemzők	a biztosítás nem az egész lakosságra terjed ki	állampolgári jogon jár a biztosítás, ingyenes egészségügy	magánbiztosítók versenye, gyengébb egészségbiztosítás	erős közegészségügy
Célja	azonos esély megteremtése mindenki számára, társadalmi rétegek helyzetének javítása	nemre és anyagi helyzetre való tekintet nélküli jog, legmagasabb szintű ellátás	hatékonyság, gyorsaság	minden lakos számára elérhető legyen
Finanszírozás	járulékok beszedése jövedelem arányosan	beszedett adókból	magánfinanszírozás	központosított finanszírozás
Tulajdon	egészségügyi szolgáltatók köztulajdonban vannak, nem jellemző a verseny	állam tulajdonos, finanszírozó, irányító és ellenőrzőként jelenik meg	egészségügyi szolgáltatók javarészt magántulajdonban vannak	csak állami tulajdon
Magánbiztosítás szerepe	kiegészítő jelleg	csekély szerep	szinte csak ez a biztosítás jelenik meg	nincs
Országok	Ausztria, Németország, Magyarország, Franciaország	Egyesült Királyság, Dánia, Olaszország, Svédország	Egyesült Államok, Svájc, Kanada	volt szocialista országok

Forrás: GYEMSZI 2014, Mihályi Péter 2003

3. A magyar és a német egészségügyi rendszer

3.1 Magyarország

A magyar egészségügyi rendszer a Bismarcki modell szerint épül fel. A magyar egészségügyi finanszírozás 1990-től újból a társadalombiztosítás szerves részévé vált. Ezzel együtt megszületett az Egészségbiztosítási Alap is, ami a kezdetekben önkormányzati kézben, később pedig állami irányítás alá került. 2017-től az Országos Egészségbiztosítási Pénztár addigi feladatait a Nemzetközi Egészségbiztosítási Alapkezelő vette át. A magyarországi egészségügyi rendszer legfontosabb elve a szolidaritás, vagyis a biztosítottak nem kockáztatványosan fizetik a biztosítási díjat, hanem a munkájuk által kapott jövedelemből levont járulékokkal fizetik meg. Ezek alapján elmondhatjuk, hogy az országunk rendszerében egy biztosítós rendszer épült ki, mely következtében az ellátás jogviszony alapján jár minden állampolgárnak. A rendszer kimondja, hogy állami feladat gondoskodni az egészségügyi ellátások megszervezéséről, illetve finanszírozásáról. Ezt a rendeletet Magyarország Alaptörvénye is szabályozza (Böröcz, Kisapáti , & Nagy , 2019). Az *1997. évi CLIV. törvény II. fejezete* tartalmazza az egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos jogokat (Magyar Országgyűlés, 1997).

Az egészségügyi ellátások jogalkotásáért az országgyűlés, a kormány, a minisztériumok és az önkormányzatok felelősek. Az irányítási feladatokért az önkormányzatok, az egészségbiztosítási szervek, a megyei népegészségügyi szervek, a minisztériumok és az intézményi fenntartó felelősek. Az újonnan bevezetett Egészségbiztosítási Alap kezelési feladatait a NEAK látja el, ami a korábban említett Országos Egészségbiztosítási Pénztárt váltotta fel. Az egészségügyi szolgáltatásokat az országos intézetek, a kórházak, klinikák és a rendelők kínálják a betegek számára. Finanszírozás szempontjából Magyarország a biztosításokat főként munkáltatói és munkavállalói járulékokból, adókból és az Egészségbiztosítási Alapból látja el. Az Egészségbiztosítási Alap szolgáltatásait az államháztartás finanszírozza. Másodlagosan a lakosság dönthet az öngondoskodás mellett, így a finanszírozás érinti a lakosság jövedelmét a járulékokon kívül is. Minden természetes embernek teljes joga van sürgős, életmentő ellátások igénybevételéhez (Böröcz, Kisapáti , & Nagy , 2019). Ezt a korábbi 1997. évi CLIV. törvény szabályozza (Magyar Országgyűlés, 1997). A felmerült költségek nagy részét a természetbeni ellátások, kisebb részét a pénzbeli ellátások és az egyéb kiadások adják. Pénzbeli ellátások alatt értendő a táppénz (Böröcz, Kisapáti , & Nagy , 2019).

A természetbeni ellátások négy csoportra bonthatók. Első csoport az egészségügyi alapellátások, mely keretein belül van lehetőségük háziorvosi, gyermekorvosi, fogorvosi alapellátásokon részt venni. A rendszer nyújt óvodás, iskolás korú gyermekek számára iskolai egészségügyi szolgáltatásokat. A várandós hölgyek számára pedig védőnői ellátásokat, amit már a terhesség alatt és a gyermek megszületése után kötelező igénybe venni. Ezekben a szolgáltatásokban résztvevő orvosokat fix díjak, fejkvóta és teljesítményalapú díjazásokat jellemzik. Az alapellátások között megkülönböztetünk még olyan szolgáltatásokat, mely után kötelező fizetni. Ilyenek például a fogászati vizsgálatok közül a fogszabályzó, egyéb

protézisek, vagy idesoroljuk még a jogosítványhoz szükséges alkalmassági vizsgálatokat is. A második csoport a járóbeteg ellátás. Itt a betegek szakrendeléseket és laboratóriumi vizsgálatokat tudnak igénybe venni. A járóbeteg szolgáltatók közül körülbelül 400-500 db van, ahol hetente több tízezer óra a rendelések száma. Ez a szolgáltatási kör az elvégzett vizsgálatok, beavatkozások után és a FT/pont értékek szerint részesülhetnek finanszírozásban (Böröcz, Kisapáti, & Nagy, 2019).

A harmadik csoport a fekvőbeteg ellátás, mely keretein belül van aktív és krónikus ellátás. Itt a betegek kisebb és súlyosabb beavatkozások és balesetek után vehetik igénybe az ellátást. Finanszírozása homogén betegcsoportok szerint történik. Befolyásoló tényezőnek számít, hogy meddig tartott az adott kezelés, majd ezt követően súlyszám alapján kerül meghatározásra a finanszírozás. A negyedik csoport az egyéb ellátások. Az egyéb ellátások közé soroljuk a gyógyszerellátásokat, a szakellátásokat és a betegszállítást is (Böröcz, Kisapáti, & Nagy, 2019).

Fontos megemlítenünk a teljesítményvolumen korlátot is, mely jelentősen hat az egészségügyi finanszírozásokra. 2004-ben került bevezetésre, és a korlát lényege, hogy előírja a kórházak számára, hogy az adott egészségügyi szolgáltatásból mennyit láthat el. Az OEP csak addig finanszíroz, míg a korlát tart. Viszont lehetőség van arra, hogy a meghatározott korlátot 10%-kal túllépjék. 2013-tól szigorítások léptek életbe, a fekvőbeteg ellátás területén már csak 4%-kal lehet túllépni, míg a járóbeteg ellátást 8%-kal (grantis.hu).

3.2 Németország

Németország és Magyarország egészségügyi rendszere ugyanúgy a bismarcki modell szerint épül fel. Azonban jelentős különbségeket vehetünk észre. A német egészségügyi ellátás rendszerét a szövetségi államhálózat határozza meg. Ezáltal az irányítás a szövetségi és a tartományi kormányok közt oszlik meg, de fontos szerepet játszanak az egészségügyi szervezetek is. Az ellátás szervezetét pedig az államrend befolyásolja. 2007–2009 között került bevezetésre az, hogy az egészségbiztosítás védelmét a teljes lakosságra kiterjesszék (Herman, 2015).

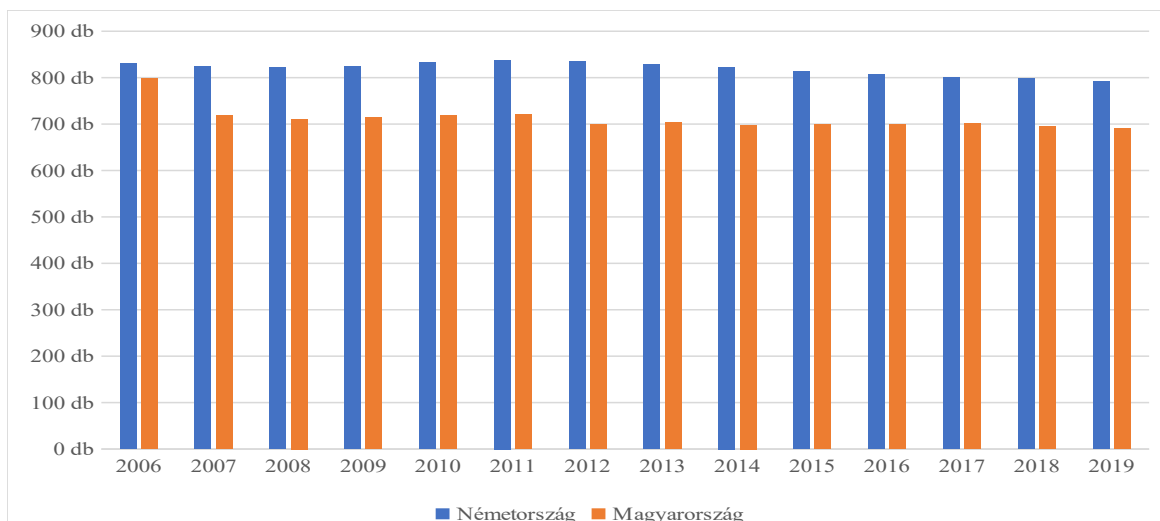
Azért mondhatjuk, hogy vannak különbségek, ugyanis a német rendszer egy több-biztosítási rendszer. Ez abban nyilvánul meg, hogy a társadalombiztosítók és a magánbiztosítók együttesen működnek. A magánbiztosítóknak és a magánintézmények egyfajta kiegészítő jelleggel vannak jelen (Ágoston István, 2015).

A társadalombiztosítás fejlődése miatt a magánbiztosítók egyre jobban szorulnak ki a biztosítási rendszerből. Míg 2000-ben körülbelül 450 db, addig 2014-ben már csak 132 ilyen pénztár működött. A társadalombiztosítók foglalkozási szintek és területi szintek szerint csoportosíthatóak. A betegbiztosítást az úgynevezett Sozialgesetzbuch ötödik könyve határozza meg. A kötelező biztosítás fellett a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium gyakorolja hatását. A Bundesausschuss vagyis a Közös Szövetségi Bizottság feladatai az ellátás tartalmának megfogalmazása és meghatározása annak, hogy a betegbiztosítások

milyen szolgáltatásokat és hogyan finanszíroz. A német rendszerben a magyarhoz hasonlóan a biztosítottak előzetes fizetés nélkül is részesülnek egészségügyi ellátásokban. A szolgáltatóknak csak betegpénztárakkal szükséges elszámolniuk, így lehetőségük van a betegeknek a költségtérítés elvét igénybe venni. A magánbiztosítókat a VVG és a VAG törvények szabályozzák. A német lakosság körülbelül 11%-ka vesz részt magánbiztosítóknál, míg 99,8%-ka betegbiztosítási lehetőséget választ. A rendszer fő jellemzője, hogy a járó- és fekvőbeteg ellátás szektorális szinten elkülönültek. Különbségnek tekinthető, hogy a német ambuláns ellátásokat önálló rendelkezésű és szabadfoglalkozású orvosok végzik el. A fekvőbeteg ellátást a kórházban dolgozó alkalmazotti dolgozók látják el. Finanszírozását főleg közkiadások adják. A kötelező biztosítást az ápolásbiztosítás, betegbiztosítás, nyugdíjbiztosítás és a balesetbiztosítás adja, amely az összkiadás körülbelül 70%-a (Finkenstadt, 2015).

A kötelező biztosítás köreibe soroljuk azokat a munkavállalókat, akiknek a bruttó jövedelme nem éri el a 4050 euró/hó szintet. A fedezethez szükséges összeg a munkavállalók és a munkáltatók járulékaiból adódik össze. A kötelező betegbiztosításban résztvevőknek van egy olyan lehetőségük, hogyha háziorvosi vagy szakellátást vesznek igénybe az úgynevezett önrészt nem kell megfizetniük. 2013-ben megszüntették a korábbi negyedévenként fizetendő vizitdíjat, melynek összege 10 euró volt, ezt követően szabadon és költségmentesen vehetik igénybe az ellátásokat. A magánegészségügy esetében az adott szolgáltatástól függ a költség, amit a betegnek kell fizetnie. A német rendszer sajátossága, hogy a kötelező biztosításban résztvevő lakosság szabadon választhat háziorvost és szakorvost, aminek annyi a feltétele, hogy az adott orvosnak legyen működési engedélye. Azok, akik magánegészségügyi ellátást választanak azoknak is ugyanúgy megvan a lehetősége a szabad orvosválasztásra, amit semmilyen tényező nem befolyásol. A betegek beutaló nélkül tudnak orvoshoz menni, vagyis direkt hozzáférés van (Finkenstadt, 2015).

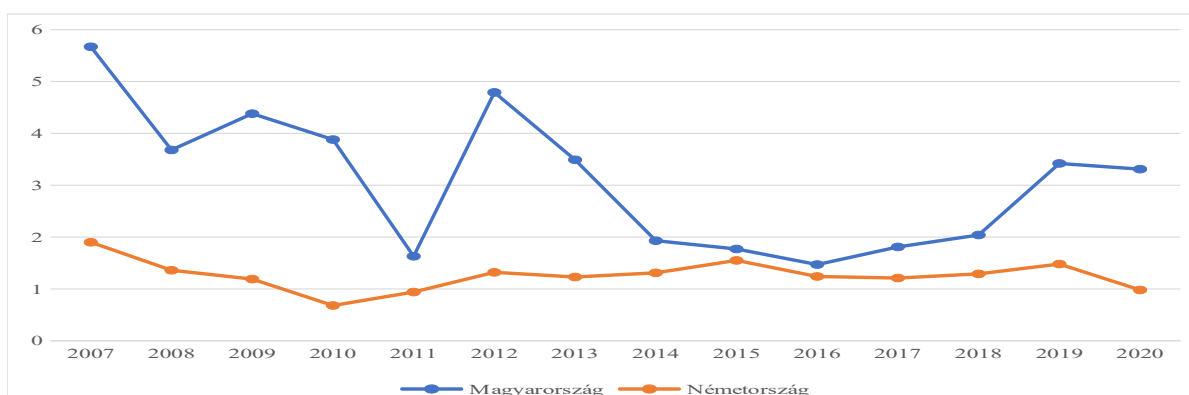
A betegek számának növekedése, a különböző járványok, gazdasági hatások és az elöregedő társadalom miatt, az 5. ábráról leolvashatjuk, hogy a kórházi ágyak folyamatos változásnak vannak kitéve. Németország esetében minimális növekedések és csökkenések figyelhetők meg. A legmagasabb érték 2011-ben a legalacsonyabb 2019-ben volt. Magyarországon is hasonló tendencia figyelhető meg. A legmagasabb érték 2006-ban és 2011-ben volt. Mondhatjuk, hogy 2011-ben azért növekedett az érték mert eddigre sikerült a magyar gazdaságnak annyira helyreállnia, hogy növelni tudta az ágyak számát.



4. ábra: Ezer lakosra jutó Kórházi ágyak száma 2006-2019
 Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

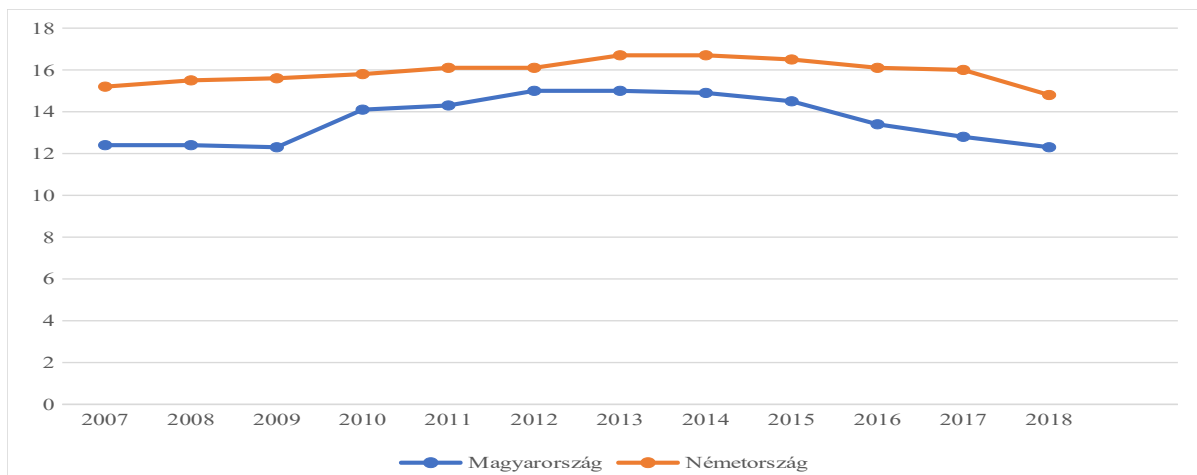
4. Egészségügyet befolyásoló hatások

Az előregedő társadalom és a betegségek folyamatos növekedése miatt az egész társadalomra kiható problémák alakultak ki. Ennek kialakulásában jelentős szerepe van a környezeti, gazdasági és társadalmi hatásoknak. Gazdasági szempontból megemlítenünk az inflációt, ami hosszútávú hatását kifejti az egészségügyre is. Az erősödő tendencia hozzájárul ahhoz, hogy a lakosság életszínvonala csökkenjen és ezzel együtt a munkanélküliek növekedéséhez vezet. Az ábrán láthatjuk, hogy 2009-re Magyarországon jelentősen megemelkedett az infláció mértéke, 3,68%-ról 4,58%-ra növekedett. Németország esetében az infláció 2011-ben kezdett növekedni, ennek az volt a célja, hogy ösztönözzék a fogyasztás szintjét. Abban az esetben ha, nem nő az infláció a fogyasztási szint sem emelkedik, így a gazdasági növekedést gátolni fogja.



5. ábra: Infláció aránya 2007-2019
 Forrás: OECD adatai alapján saját szerkesztés

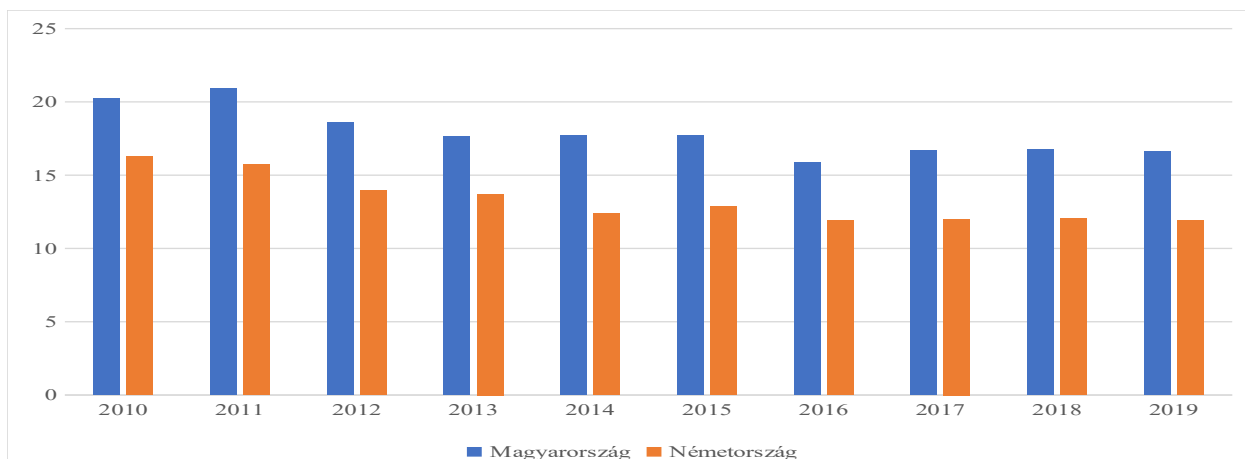
Társadalmi hatások közül a szegénység az, ami legjobban befolyásolja az egészségügyet (Mihályi, 2003). Az egyre növekvő arány miatt egyre több beteg lesz, mely következtében egyre jobban növekedni fognak a kiadások, egyre több kórházi ágyra lesz szükség. Németország esetében jelentős a bevándorlók száma is, ami miatt a szegénység növekvő tendenciát mutat. Nagy mértékű bevándorlás miatt az ország nem tud elegendő munkahelyet biztosítani a lakosság számára. A szegénység megközelíthető egy olyan oldalról is, hogy ezek az emberek csak segédmunkát, betanított munkát vagy fizikai munkát fognak tudni ellátni. Ebben az esetben sokkal nagyobb esély lesz arra, hogy betegek lesznek. Az iskolázottsági szint is egy befolyásoló szint. Azok akik magasabb végzettséggel és munkával rendelkeznek, sokkal egészségesebben és tudatosabban élik az életüket. Ezért is mondhatjuk, hogy a szegénységgel együtt nő a betegek száma (Mihályi, 2003). A 6. ábra jól szemlélteti, hogy Magyarország esetében 2010-re 1,8%-kal megemelkedett a szegénységi ráta, míg Németországban 2012-ben vehető észre egy jelentősebb növekedés.



6. ábra: Relatív jövedelmi szegénységi ráta 2007-2018

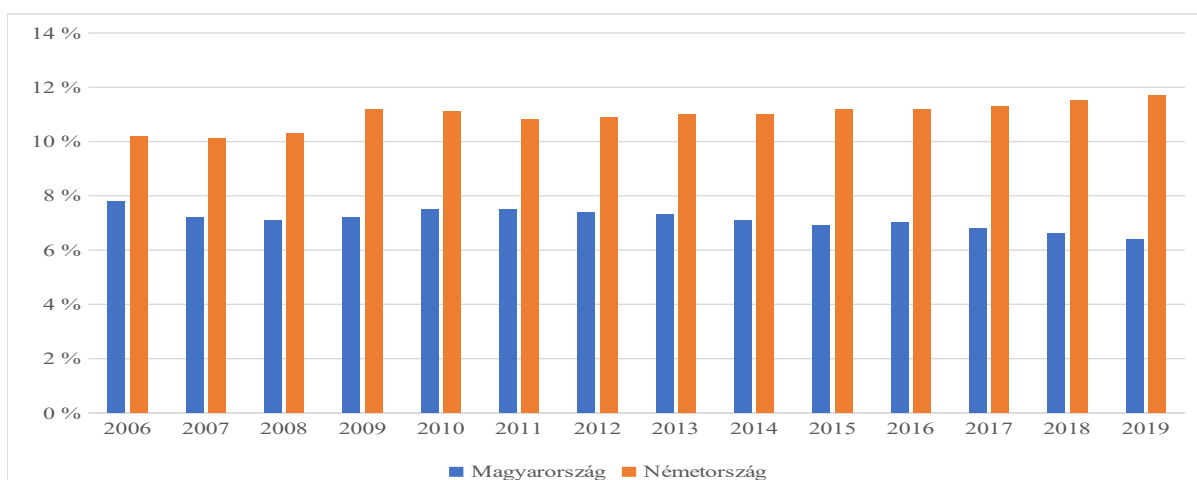
Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

Környezeti szempontból a légszennyezés érinti az egészségügyet legjobban, az Európai Környezetvédelmi Ügynökség beszámolója szerint (Európai Környezetvédelmi Ügynökség, 2014). Az egyre jobban fejlődő ipar és az általa kibocsátott szennyezés következtében a betegek száma is növekszik. Németországban egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek a környezet megóvására és a környezeti adottságok kihasználására. Az elemzett országoknál láthatjuk, hogy a 2010-2011-es évek a kiemelkedők, majd ezt követően csökkenés alakult ki. Ezt követően kisebb kilengésekkel, de egy mondhatni stagnáló időszak látható.



7. ábra: Légszennyezés mértéke 2010-2019
 Forrás: OECD adatai alapján saját szerkesztés

Az egészségügyi ellátásokat és kiadásokat a legjelentősebb mértékben a gazdasági hatások befolyásolják. Az elemzett időszakban a 2008-as gazdasági és a 2020-as koronavírus okozta válság befolyásolta az adatokat (OECD, 2015). A 8. ábra jól mutatja, hogy 2009-2010-ben is jelentős volt Németországban az egészségügyi kiadások és 2019-re is emelkedést mutatott már a szint. Magyarország esetében 2010-2012 között vehetünk észre emelkedést, ezt követően a százalékok csökkenő tendenciát mutattak.



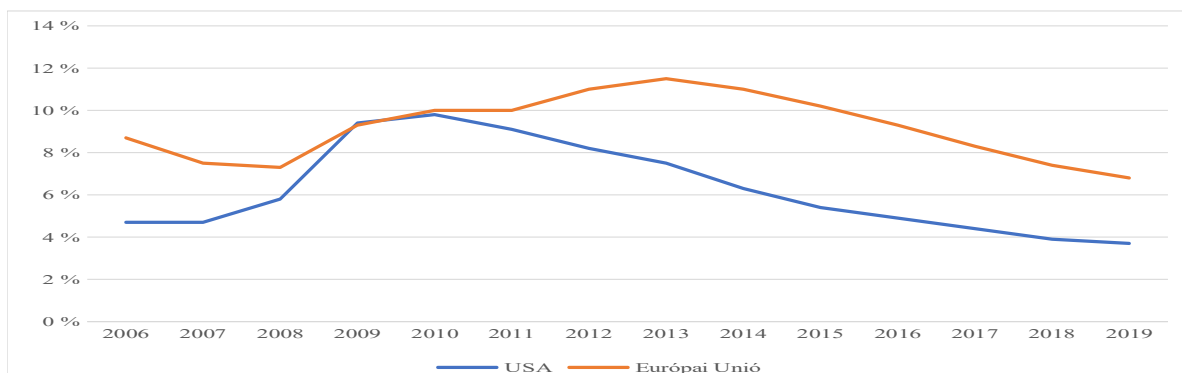
8. ábra: Egészségügyi kiadások a GDP %-ban
 Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

4.1 A 2008-as gazdasági válság

A 2008-ban kirobbant gazdasági válság a pénzügyi szektorból indult ki és rohamos léptekkel az egész világgazdaságra kiterjedt. Azonban három eltérő válság alakult ki, ezek voltak a pénzügyi szektorban bekövetkezett válság, a likviditási válság és a reálgazdaság válsága (Magas, 2010). Kiindulópontjának az USA bankrendszerét tekinthetjük. A válsághoz különböző okok járultak hozzá, ilyenek például, hogy a rendszer nem végezte hatékonyan a kontrollját, a kockázat szintjét nem csökkentette, hanem saját maga generálta és növelte a

beruházások volatilitását, vagyis az ármozgások mértékének gyorsaságát. Valójában a gazdasági válságnak három nagyobb oka volt. Az első ilyen oknak mondható, hogy a 2005-2007 közötti időben hatalmas viharok pusztítottak az Egyesült Államokban, mely következtében a lakosság nagy része elveszítette az otthonát. Így ezek a családok hiteleket vettek fel, ami egyébként is jelentős szerepet bír az USA-ban. A bankok pedig komolyabb hitelbírálat nélkül nyújtottak jelzáloghiteleket ezeknek a családoknak, amit később nem bírtak fizetni és eladósodáshoz vezetett (Scheuer Gyula, 2008). A követelések nem fizetése pedig rövid időn belül likviditási válságot generált, ami hozzájárult ahhoz, hogy az értékpapírpiacok és a bankok befagyasztották vagy pedig lecsökkentették a hitelek összegét. Ezek eredményeképpen jelentősen megnőtt a munkanélküliek aránya, és visszaesés alakult ki a gazdaságban. Az eredmények pedig hozzájárultak ahhoz, hogy a pénzügyi szektoron keresztül a válság elérjen a reálgazdaság szintjére is. Innen pedig rohamos léptekkel haladt az egészségügy területére is (Egészségügyi Rendszerek, 2013), (Magas, 2010).

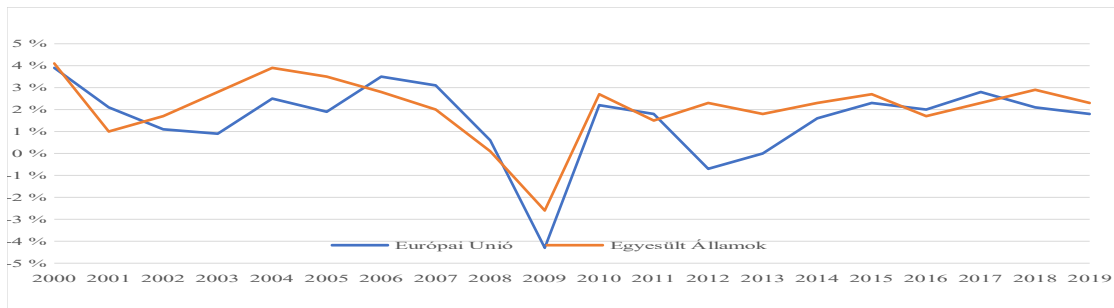
A munkanélküliség arányát jól mutatja az 9. ábra, melyen megfigyelhető, hogy 2008-ban már jelentősen emelkedett az érték, a válság kirobbanása után pedig duplájára nőtt. A válság hozzájárult a kórházak eladósodásához, ami a helyzet fokozódásával egyre jobban terjedt el. A természeti erőforrások árainak rohamos növekedése miatt a kórházi fenntartások is kezdtek ellehetetlenülni. Az egészségügyi felszerelések és a gyógyszerek árainak változásai is hozzájárult a kórházak finanszírozási változásához.



9. ábra: Munkanélküliség aránya 2006-2019

Forrás: Katona 2018

A 9. ábrán láthatjuk, hogy a munkanélküliség 2009-re jelentősen megnövekedett, ami hozzájárult a betegek számának növekedéshez (Uzzoli & Egedy, 2016.). Munkanélküliség esetében 2013-ban látható még egy jelentősebb emelkedés, ami azért alakult így, mert a 2008-as válság hatásai még ekkor is komoly problémát okoztak. Az eredmények a 2020-as évekre kezdtek növekedni, ugyanis a koronavírus alatt bevezetett intézkedések következtében rengeteg munkahely szűnt meg. Ennek hatását láthatjuk a tízes ábrán, ami megmutatja nekünk, hogy a válság után 10 évvel se érte el a GDP növekedés a válság előtti időszakot. Az eladósodás mértéke pedig stagnált, valamint több európai országban is jelentős problémát okozott, ilyen volt Magyarország és Németország is. (Katona, 2018)



10. ábra: A válság hatása a GDP növekedésére
 Forrás: Katona 2018

4.2. A 2019-ben kirobbanó Koronavírus

A 2019-ben kirobbanó koronavírus járvány egy olyan nagy méretű gazdasági válságot hozott magával, mely 2020-ra már megelőzte az eddigi legnagyobb válságot, vagyis a 2008-as nagy gazdasági válságot. Ebben a kialakult helyzetben főként a járványügyi intézkedések játszottak szerepet, mely komoly mértékben érintették a gazdaság egyéb területeit. A járványügyi megszorítások és korlátozások miatt, egy stagnáló időszak alakult ki a gazdasági életben. Az elemzett eredményekkel jól láthatjuk majd, hogy a 2008-as válsághoz hasonlóan 2020 után is jelentősen sok évre lesz szükség míg a kialakult helyzetet korrigálni tudják.

Ebben a javuló időszakban komoly problémát okozott a 2022-ben kirobbanó orosz-ukrán háború. A helyzet súlyosságát tovább fokozza Magyarország és Németország elöregedő társadalma, az eladósodottság csökkentésének kényszere, az ellátási láncok újjászervezésének hosszú ideje, valamint a nagy államok lassabb kilábalásának üteme. A pandémia időszakában bevezetett intézkedések nem csak a társadalmi életet, de világgazdasági szinten is komoly megpróbáltatásokat eredményeztek (Posgay , Regős , Horváth , & Molnár , 2020.).

Ezeknek a befolyásoló tényezők hatására az egészségügyi finanszírozások és a szervezetek folyamatos változásokon mentek keresztül, amit Németország és Magyarország különböző egészségügyi intézkedésekkel próbáltak koordinálni. Az intézkedések hatására is jelentős változásokat láthatunk majd a járóbeteg, fekvőbeteg és a gyógyszerellátásban.

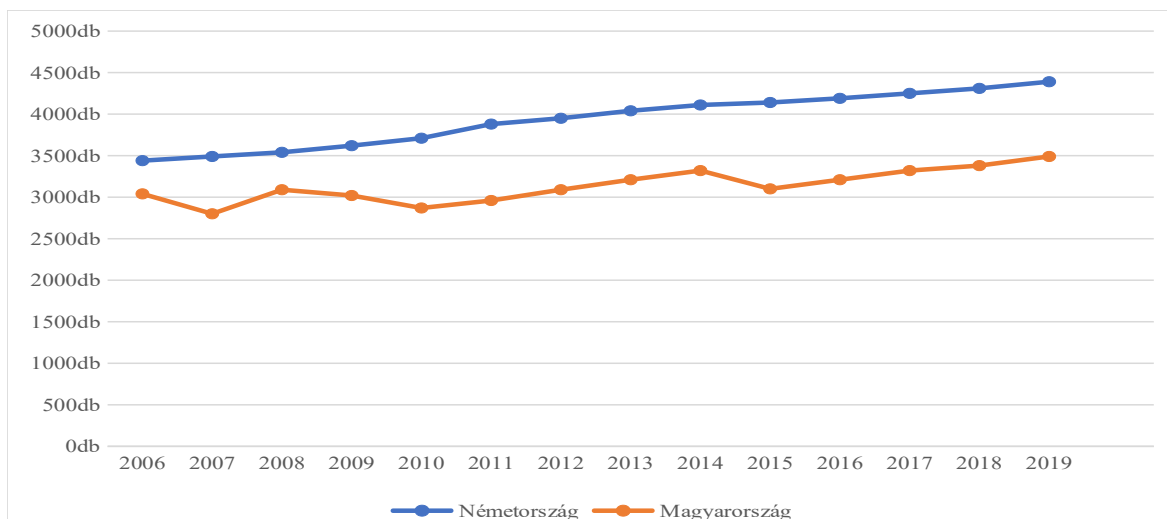
5. Az egészségügyi szolgáltatások változása

5.1 Járóbeteg ellátás

A járóbeteg ellátásra szolgáló kiadások növekedési rátája a válság után folyamatosan csökkent. Megfigyelhető, hogy Magyarországon a járóbeteg ellátás kiadása körülbelül a felére csökkent, -3,9-ről 1,8%-ra változott. Általánosságban elmondhatjuk, hogy kettő szakorvos jut egy általános orvosra. Az általános orvosok mértékének lassú növekedése hozzájárul ahhoz, hogy csökkenjen az alapellátáshoz való hozzáférés, ez pedig hosszútávon negatív hatással lesz a szakorvosokra és a fekvőbeteg ellátásra (Eski, 2009). Az alábbi táblázat is jól szemlélteti, hogy Magyarországon a válság után ugyan kismértékben, de csökkenés alakult ki. Ezzel

szemben a német gazdaság lassan, kismértékben, de növekedett. Így elmondható, hogy az orvosok számának alakulására nem volt befolyással a válság. 2008-ban körülbelül 5145 vegyes praxis működött, mely keretein belül vegyesen látták el a gyerekeket és a felnőtteket is. A házi orvosok átlag életkora 57 év felett van, ami jól mutatja, hogy kevés az utánpótlás, és ez a helyzet rámutat arra is, hogy a magyar társadalom előregedő tendenciát követ. A házi orvosok 6%-a önkormányzati alkalmazottként, míg 93%-a pedig egészségügyi vállalkozóként vett részt. A házi orvosi szolgáltatást igénybe vevők a 2007-es évhez képest 5%-kal növekedtek, ezzel együtt pedig nőttek a beteglátogatások is 1,7%-kal. A vegyes praxisok miatt a gyermekorvosok körében kapacitásgondok alakultak ki. A járóbeteg-ellátást 2008-ban körülbelül 70 millió lakos kereste fel, ebből kiemelkedő eredményt ért el a laboratóriumi szolgáltatás, melyet 12,5 millió alkalommal kerestek fel, és fogászati szakrendelésen 7,1 millió esetet rögzítettek. Kiemelkedő számokat mutatott a röntgen, a belgyógyászat, a tüdőgyógyászat, a szülészet és a nőgyógyászat is (Eski, 2010).

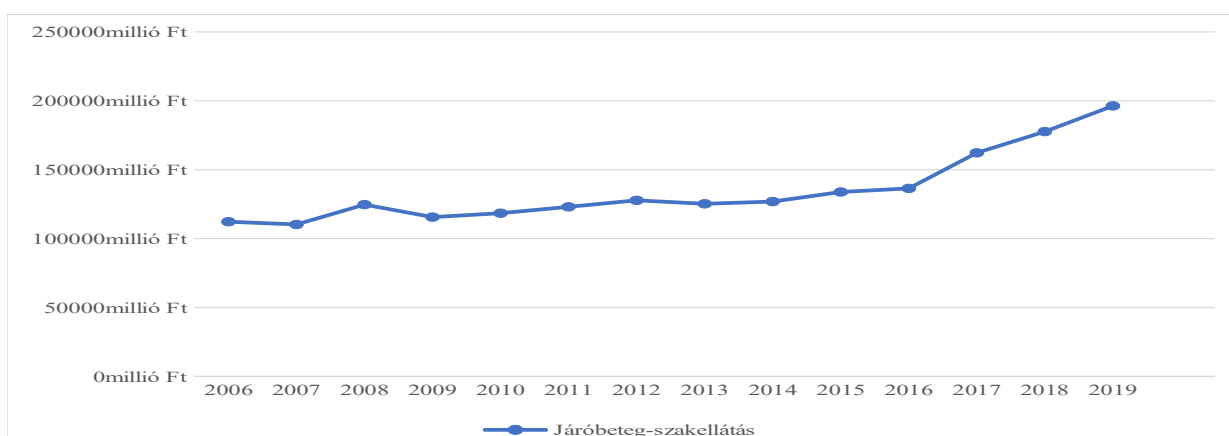
Németországban a járóbeteg-ellátást az önálló praxisban vagy csoportos praxisban lévő orvosok látják el, 2008-as adatok szerint ez a szám körülbelül 135 ezer fő volt. A betegek saját választás alapján dönthetnek arról, hogy melyik orvoshoz szeretnének menni. A német egészségügyi rendszerben kevésbé jellemző a házi orvosi kapuőri szerep. Azonban a különböző reformok segítségével próbálták ezt a szerepet erősíteni, ilyenek voltak például, hogy 2004-ben bevezették a vizitdíj részleges vagy teljes visszatérítését, a szakorvosi vizitdíj mentességet és hogy az orvosok jobb képzettségére törekedtek. 2007-ben pedig az otthontámogatásra kiemelt finanszírozás volt jellemző. Ezeknek a reformoknak 2008–2009-re az lett a következménye, hogy minden biztosítási csomagban szerepelnie kell a házi orvosközpontú ellátási csomagnak. Ennek következményeképpen pedig csökkenni kezdett a betegek szabad orvosválasztási lehetősége és nehezebbé vált egy második szakvélemény kérése. Az úgynevezett házi orvosi modellnek további kedvezőtlen hatásai is kialakult, ez nem volt más, mint az, hogy a házi orvos terápiás szabadságának mennyisége jelentősen lecsökkent, és a pénztár írta elő a kezelés irányelveit. Az említett reformok és szorítások következtében megnövekedtek a házi orvos igazgatási költségei, ami 2007-re már 5,3 millióra tehető és a lakosság körülbelül 7,5 %-a tartozott ebbe a rendszerbe. Jól szemlélteti a diagram is a korábban említett reformok egyikét, mely szerint az orvosokat a jobb képzettségre ösztönzik. Az orvosok száma folyamatos növekedésben van (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és, 2014).



11. ábra: Orvosok száma ezer lakosra nézve 2006-2019

Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

2019-ra a járóbeteg ellátások visszaesést mutattak, mivel a megnövekedett járványügyi helyzet miatt egyre több orvost és ellátást követeltek meg. Azonban a vírus gyorsasága és erőssége miatt nem tudták felvenni a harcot. A járóbeteg ellátás keretein belül Németországban és Magyarországon is nagy mértékben emelkedtek a háziorvosi szolgáltatások. Rengeteg ember fordult náthás, influenzaszerű tünetekkel orvoshoz, mely elősegítette a vírus növekedését. Azért mondható, hogy visszaesés figyelhető meg, mivel a kormányok próbálták megszorításokkal csökkenteni az ellátások mennyiségét. Kijárási korlátozásokat vezettek be, a veszélyeztetett korosztály és a fiatalok nem mehetnek egyszerre vásárolni. Ennek eredményeképpen sikerült valamilyen szinten csökkenteni az ellátások mennyiségét. A járóbeteg ellátásban résztvevőket kötelezték az időpontfoglalásra, a maszkhasználatra, illetve az olyan tünetek, mely nem covid-ra utalt, abban az esetben telefonos egyeztetés alapján került a gyógyszer felírásra. Illetve a kormányok ismételten bevezették az átlagfinanszírozást.



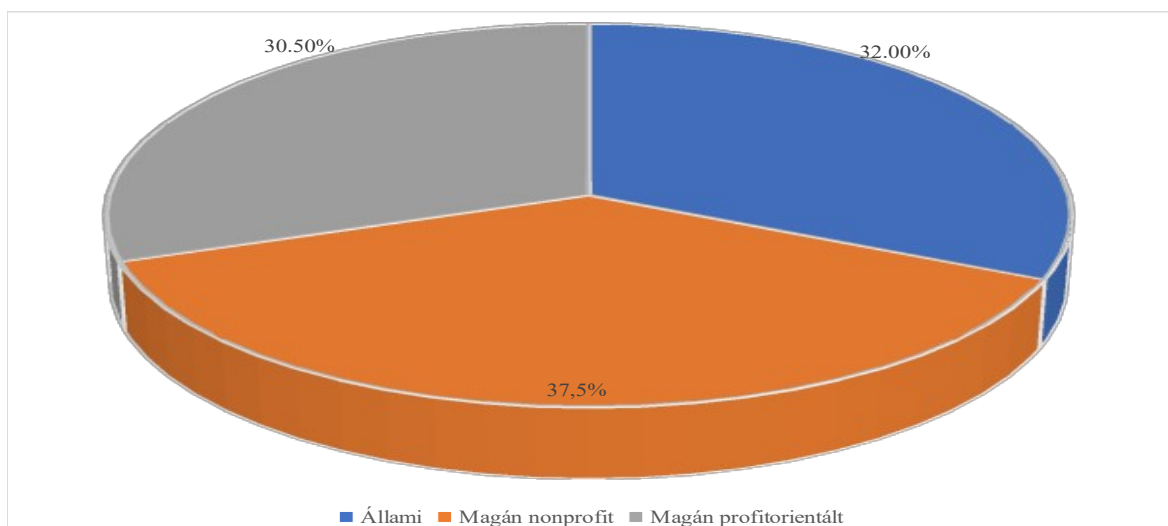
12. ábra: Járóbeteg ellátás finanszírozása millió Ft 2006-2019

Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

A diagramról pontosan leolvasható, hogy a 2008-as válság után a magyar járóbeteg-ellátásban csökkenés következett be. Ennek lehetséges okai a már korábbi fejezetben említett eladósódás, a hitelek befagyasztása és a beszállítók mennyiségének csökkenése. Jól látható, hogy 2008-ról 2009-re 9.043.000 millió forinttal kevesebb pénz jutott a járóbeteg-ellátás finanszírozására. Viszonylag hamar sikerült korrigálni a csökkent finanszírozást, ugyanis 2010-re már kismértékben, de meghaladta a 2009-es összeget, ezt követően pedig már folyamatos növekedés mutatkozik, egyedül a 2013-as évben vehetünk észre kisebb hanyatlást. 2019-re, ahogy a járványügyi helyzet egyre jobban emelkedett, a járóbeteg ellátás mértéke is egyre növekvő tendenciát mutatott.

5.2. Fekvőbeteg ellátás

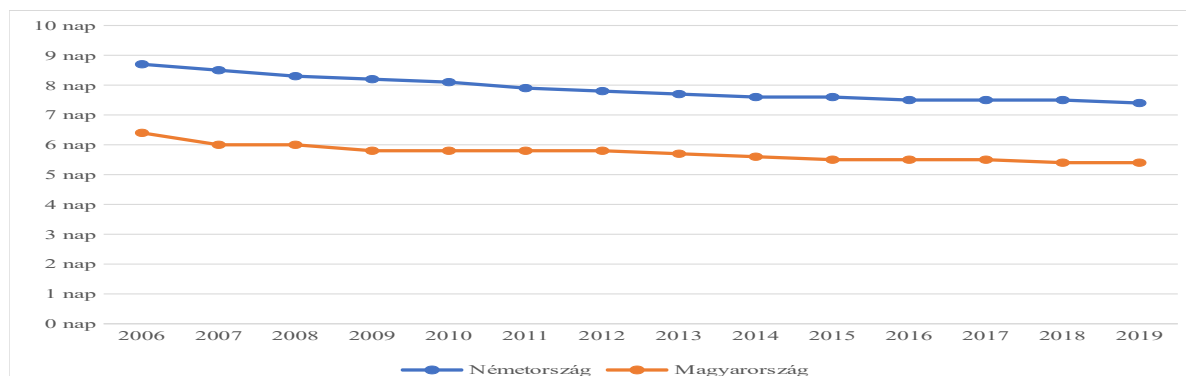
Németország esetében a betegek a kórházi ellátásokat csak háziorvosi vagy pedig szakorvosi beutalóval vehetik igénybe. A fekvőbeteg ellátás a tartományi szinthez tartozik, ami annyit jelent, hogy ők számolják ki a fekvőbeteg ellátásra irányuló terheket és beruházásokat (Finkenstadt, 2015).



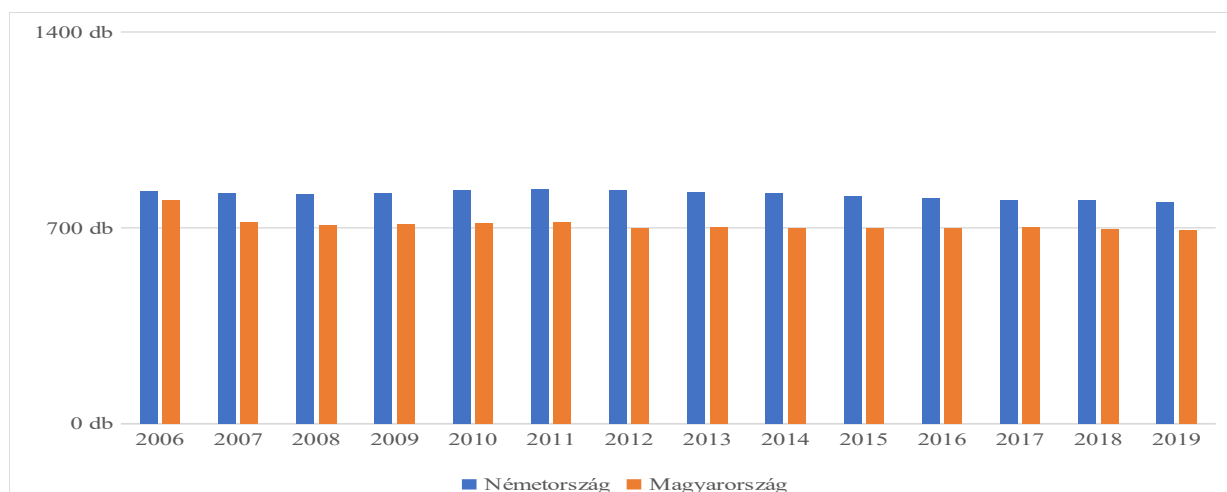
13. ábra: Fekvőbeteg ellátást nyújtó kórházak tulajdonjoga 2008-ban
 Forrás: Németország egészségügyi rendszere

A fekvőbeteg ellátást 2008-ban a válság idején 2083 kórház látta el melyből 32% állami, 30,5% magán profitorientált és 37,5% magán nonprofit finanszírozású kórház volt. Ez az eredmény jól mutatja, hogy Németországban sokkal nagyobb előnyben részesítik a magán nonprofit kórházakat és ez jól tükrözi, hogy ebben az országban a magánbiztosítási rendszer jellemző. A 2008-as évben 503.306 ágy állt rendelkezésre melynek a megoszlása állami szintű 49%, magán nonprofit 35% és magán profitorientált 16% volt. Kiemelkedik még, hogy az aktív kórházak száma 1781 darab volt és 464.288 darab ágy állt rendelkezésre. 2009-re az átlagos ápolási idő 8,2 nap volt, míg 2008-ban 8,3 nap volt az eredménye. Az ágykihasználás ebben az évben 77,5% volt, ami 0,1%-os emelkedés a 2008-as évhez képest. A kórházi tartózkodások hossza 2006-ban jelentősen lecsökkent, melynek az előbb említett szigorítások

álltak a háttérben. 2009-től 2011-ig egy stagnáló időszak alakult ki, melyet 2012-ben zuhanás követett. Érdekes megemlíteni, hogy amíg a fekvőbeteg ellátásban résztvevők száma folyamatos növekedésben volt, addig a kórházi tartózkodások időtartalma csökkenést mutatott (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és, 2014).



14. ábra: Kórházi tartózkodás hossza napokban 2006-2019
Forrás: OECD adatai alapján saját szerkesztés

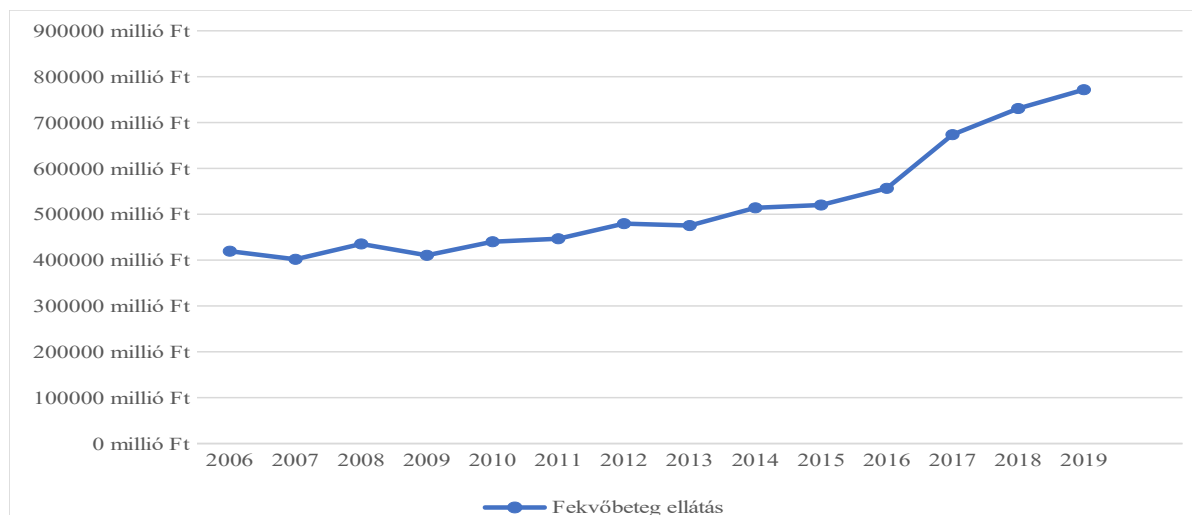


15. ábra: Kórházi ágyak száma 2006-2019
Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

A kórházi ágyak kihasználásában emelkedés vehető észre, ahogy a kórházi ágyak számának növekedésében is. Érdekes megemlíteni, hogy a válság utáni években nem csökkent az ágyak száma, hanem növekvő tendenciát mutatott 2011-ig. Jól érzékelhető, hogy az egészségügyi finanszírozásokban nem a válságot követő évek, hanem a válság után 3-4 évvel alakultak ki a finanszírozási problémák. A hanyatlás megkezdésétől folyamatos csökkenő tendencia figyelhető meg, melyet a 2019-es Koronavírus még nagyobb mértékben befolyásolta ezt az értéket.

2008-as évvel jelentősen csökkent a fekvőbeteg ellátásban szereplő ágyak száma, feltehetőleg további 1000 ágy volt a csökkenés mértéke. A kórházi-ágykapacitás 70.971-re változott ezzel szemben 122.000-rel növekedett az egynapos ellátásban résztvevők száma. Az aktív

osztályokon az ágyak kihasználása esetében javulás mutatkozott, míg 2007-ben 69,2% volt, 2008-ra már elérte a 75,3%-ot is. A kórházi ágyak összesített esetében 2008-ban visszaesést vehetünk észre mely 2009-re kis mértékben, de javult. Jól szemlélteti a diagram, hogy 2011-ig folyamatosan, szinte egységes mértékben növekedtek az ágyak számai. 2012-re mint ahogy Németország esetében is, jelentős csökkenés kezdett mutatkozni, melynek okai közé tartozik, hogy a válság ebben az időszakban fejtette ki hatását az egészségügyre (Eski, 2010).



16. ábra: Fekvőbeteg finanszírozott ellátás millió Ft-ban 2006-2019

Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

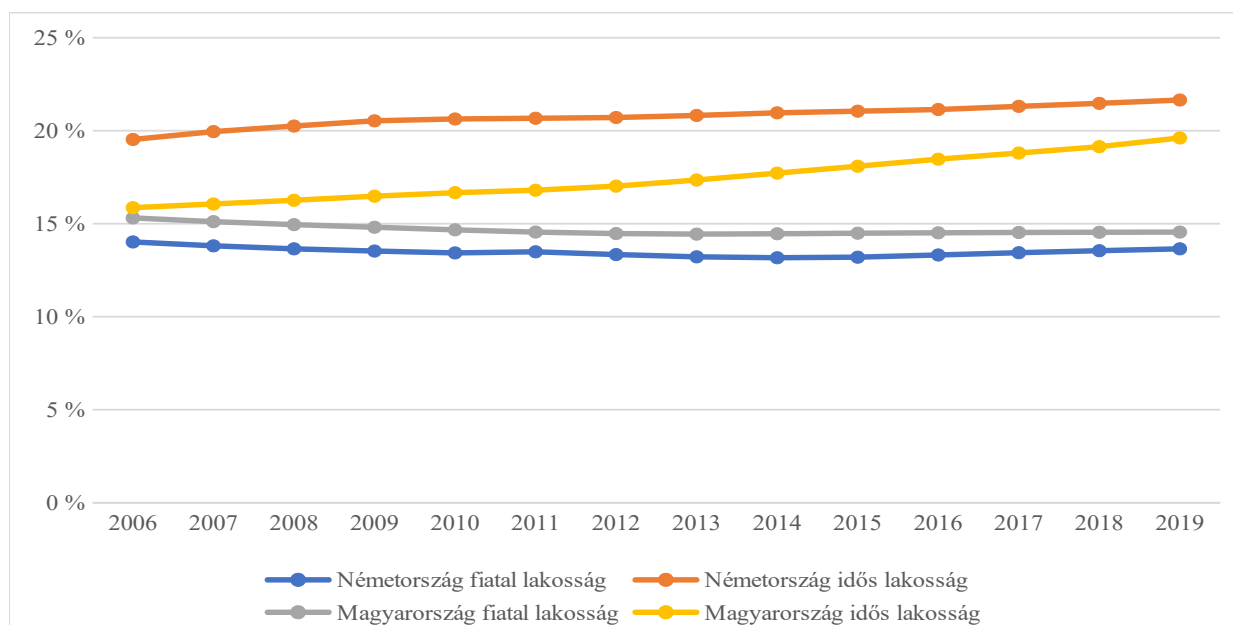
A fekvőbeteg ellátás finanszírozásában jól láthatjuk, hogy 2006-tól 2010-ig egy elég hullámzó tendencia alakult ki, melynek több oka is volt. Az egyik ilyen ok, hogy 2005–2007-ig különböző szorításokat vezettek be, melynek hatására hol nőtt, hol csökkent a mérték. A másik ok, hogy az eddigi kemoterápiás kezeléseket járóbeteg ellátásból finanszírozták, azonban 2006-tól ezt már a fekvőbetegkasszából tették. Az ellátási igények változásával ilyen mértékű ingadozás nem alakulhatott volna ki, így egyértelművé vált, hogy más eszközök okozták. (Eski, 2010) A fekvőbeteg ellátás az egészségügyi kiadások legnagyobb számát jelenti, 2008 után körülbelül 30%-át tette ki az egészségügyi kiadásoknak. A válság után negyedére csökkent a növekedés üteme, és ez együtt járt a kórházi alkalmazottak bércsökkenésével is (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és, 2014).

A fekvőbeteg ellátás és a kórházi ágyak száma is 2019-re már növekedni kezdett. A súlyos betegségek gyors növekedése és mennyisége a teljes fekvőbeteg ellátást lefoglalta. Ami miatt, a kevésbé fontos műtéteket eltolták és várólisták alakultak ki. A kórházak olyan szinten lefoglaltak voltak, hogy szinte minden orvos és ápoló a covid osztályokon dolgozott. Átmenetileg ellátások álltak le, vagy csak korlátozott számban vehettek részt rajta a betegek.

5.3 Hosszú idejű ápolás

Az OECD országokban a 2008-as válság után az egy főre jutó kiadásnövekedés erős mértékben romlott az egészségügyi területeken. Egyedül a hosszú idejű ápolás volt az a

szolgáltatás, az egészségügyi szolgáltatásokon belül, mely viszonylag egy stabil eredményt tudott mutatni. A válság után a hosszú idejű ápolásra szánt kiadások 2,8%-os mértékben növekedtek, mely a válság előtti százalék körülbelül fele volt. A hosszú idejű ápolásra szánt kiadások növekedést erősíti az, hogy Magyarországon is és Németországban is az elöregedő társadalom a jellemző. 2005 és 2011 között az OECD országokban az állami kiadások 4,8%-kal növekedtek ezen a területen. Ami az egészségügyi kiadások növekedését is megelőzi (Eski, 2010). A 16. diagrammon jól látjuk, hogy Magyarországon 2013 után növekedni kezdett az idős lakosság aránya, Németország esetében 2006-tól folyamatosan növekedést vehetünk észre. Míg a fiatal lakosság arányára stagnálás jellemző, az adatokból leolvasható, hogy nagyon kis mértékben történik a csökkenés és a növekedés is mindkét országban (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és, 2014).



17. ábra: A Fiatal és az idős lakosság aránya 2006-2019
 Forrás: OECD adatai alapján saját

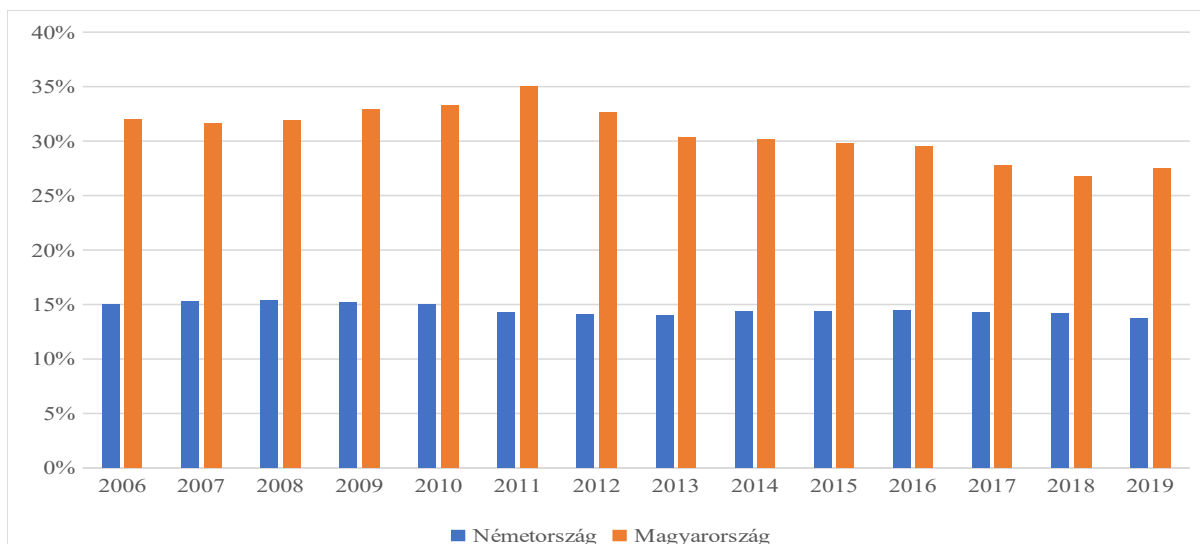
5.4 Gyógyszeripar

Minden államban elmondható, hogy fontos szerepet tölt be a gyógyszeripar és ennek megfelelő szabályozása. A magas számú gyógyszerfogyasztás miatt biztosítani kell a megfelelő gyógyszerellátás mennyiségét, illetve egészségvédelmi szempontból is jelentős lépéseket kell tenni a védelem érdekében. A piac szabályozásának fő kérdése, hogy a verseny erősítésével a várt eredmények felerősíthetők-e? A szabályozás főbb célja közé tartozik az, hogy elősegítse a K+F kiadások megtérülését, valamint hogy a fejlesztés szintje egységesen fennmaradjon. A második célja, hogy a forgalomban lévő gyógyszerek minősége megfelelő legyen és hosszútávon ezt a minőséget biztosítsa. A következő terület az esélyegyenlőség megteremtése a gyógyszerekhez való hozzájutás esetén. Az utolsó cél a gyógyszerkiadások ellenőrzése, vagyis az árkontroll, amit az árérsszabályozásával lehet megvalósítani. Ezek a célok mellett van a gyógyszeriparnak egy úgynevezett liberalizálás célja is, ami bővebben annyit jelent, hogy fenntartsa a szabályozást, vagyis hosszútávon is megfelelő minősége,

biztonságos és költséghatékony legyen a fogyasztói réteg számára. A fejezetben említett célok szabályozására jött létre (Garaj Erika, 2011). *Az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv. 102. §* törvény (Magyar Országgyűlés, 1997).

Németországban a gyógyszerek engedélyezéséért a BfArM a felelős. A gyógyszerár-rendelet határozza meg a nagykereskedők és a gyógyszertárak árrését és az értékesítési ár mértékét. Átlagosan 7% nagykereskedési díjat számolnak fel a gyártó értékesítési árára. Gyógyszertárak esetében a beszerzési ár 3%-a, ami körülbelül 8,10 Euró, számolható fel dobozonként. 2007-es reformok következtében a gyógyszertárak 2,30 Euró kedvezményt kaptak a pénztártól. A vény nélkül kapható gyógyszereket a betegbiztosítók nem térítik meg a biztosítottak részére. A német egészségügy különböző változásokon ment keresztül a jobb ellátás érdekében, ezért 2007-ben több reformot vezettek be. A költséghatékony elemzés elkerülhetetlen egy ekkora államban, megjelent egy olyan lehetőség, mely keretein belül egy-egy tablettát értékesítenének, így csökkentve a gyógyszerek mennyiségét, a felhalmozott hulladék növelését. A nem használt gyógyszerek, amiket központilag tároltak, azokat a kórházak számára eljuttatták ezzel is növelve a kórházak ellátásának fejlődését (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség , 2014).

Magyarországon az egészségügyi kiadások legnagyobb részét a gyógyszerkiadások jelentik. Az elöregedő társadalom együtt jár a betegségek számának növekedésével, és a gyógyszerfogyasztás mennyiségének növekedésével. A gyógyszerkiadások alatt értjük a kiváltáshoz szükséges támogatásokat és a közvetlen gyógyszerkiadásokat is. A gyógyszerár-támogatások segítséget nyújtanak azoknak a lakosoknak, akiknek problémát okozna a gyógyszer teljes áron való megvásárlása. Ezt a fajta támogatási rendszert két nagy csoportra bonthatjuk. Ez egy kötött biztosítás, mely során kiemelt 100%-os és emelt 90%-70%-és 50%-os támogatások vannak. A másik lehetőség a normatív támogatások, vagyis a normatív 80%-55%- és 25%-os támogatások, valamint még a támogatási érték nélküli 0%-os támogatás. Mivel az egészségügyi kiadások jelentős részét teszik ki a gyógyszerkiadások, így fontos a társadalombiztosítási támogatások szoros ellenőrzése. Ezt jól mutatja, hogy míg 1995-ben 80 milliárd volt a támogatás összege, addig 2009-re már ez az összeg elérte a 390 milliárdot (Eisingerné Balassa Boglárka, 2019).



18. ábra: Gyógyszerkiadások aránya az egészségügyi kiadások %-ban 2006-2019

Forrás: OECD adatai alapján saját szerkesztés

Mindkét országra jellemző, hogy a gyógyszerkiadásoknál magasabb szinten van a magánfinanszírozás mértéke. Az OECD országokban körülbelül a kiadások 43%-át teszik ki a magánbiztosítások, a magánfinanszírozás vagy egyéb finanszírozás, ebbe a kategóriába tartozik az out-of-pocket kiadások is. A járó- és fekvőbeteg ellátás esetében a gyógyszerkiadások csak 21%-ot érnek el. Elmondható, hogy sokkal nagyobb az igény a gyógyszerekre a kórház területein kívül. Japánban, Franciaországban és Németországban a gyógyszerkiadások magánkiadásai körülbelül 25-30% körül mozog. Ezzel szemben azokban az országokban, ahol a magánbiztosítási rendszer a jellemző, mint például az Egyesült Államok és Svájc esetében, sokkal magasabb összegű a magánbiztosítás mértéke a gyógyszerkiadások területén.

A gyógyszerkiadások száma ellentétes irányba változik a két ország esetében. Németország 2006-tól 2019-ig nagyon alacsony szintű növekedést, és kismértékű csökkenést mutat. Ennek hátterében állhat, hogy a társadalmi, gazdasági és környezeti tényezők sokkal kedvezőbbek, mint országunkban. Magyarország esetében 2011-től egyfajta csökkenési tendencia vehető észre, ez összefügg a válság hatásaival, valamint a kialakult gazdasági hatásokkal is (OECD, Health at a Glance , 2015.).

6. Megoldások, egészségügyi intézkedések

6.1 Megoldások 2008 után

A gazdasági válság után az egészségügyi kiadások negatív irányt vettek és kezdett lelassulni a mértékük. A 2008 előtti években a növekedés körülbelül évi 5% körül mozgott, addig 2010-től kezdődően a növekedés csak 0,1-0,5%-ot esett vissza. A korábban elemzett adatok jól mutatják, hogy Magyarországon és Németországon a gazdasági hatásokhoz képest viszonylag stabilan tudták tartani az egészségügyi kiadások értékeit. A recesszió

következtében a munkanélküliséget, a jövedelmet és a jólét szintjét is negatívan befolyásolta (Egészségügyi Rendszerek, 2014).

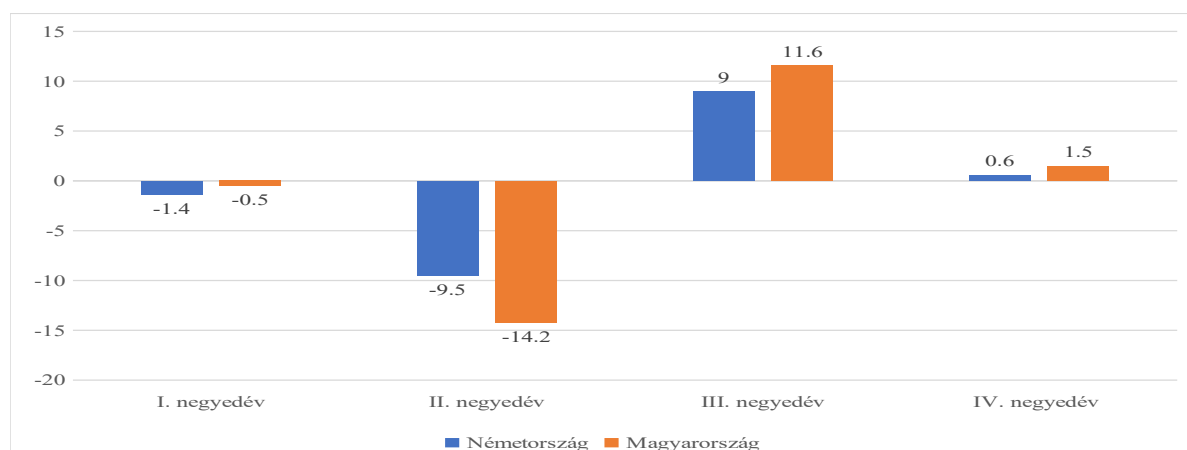
Németország esetében sokkal kedvezőbb volt az eredmény, ez köszönhető annak is, hogy a lakosság nagy része választott a biztosításuk mellett különböző egyéb biztosítást. A válság után nagyon sok ország kényszerült arra, hogy egészségügyi intézkedéseket, és megszorításokat vezessenek be. A bevezetett intézkedéseket öt nagyobb csoportra bonthatjuk (Egészségügyi Rendszerek, 2014).

- 1. Az állami finanszírozást érintő reformok
- 2. A lefedettséget csökkentő reformok
- 3. Az államilag finanszírozott egészségügyi termékek és szolgáltatások árának csökkentésére irányuló változtatások
- 4. Az egészségügyi szolgáltatások kínálatának csökkentését célzó reformok
- 5. Az egészségügyi rendszer vagy az ártárgyalások ösztönzőinek megváltoztatását célzó strukturális reformok (Egészségügyi Rendszerek, 2014)

7. Egészségügyi helyzet alakulása 2019 után

7.1 Egészségügyi kiadások

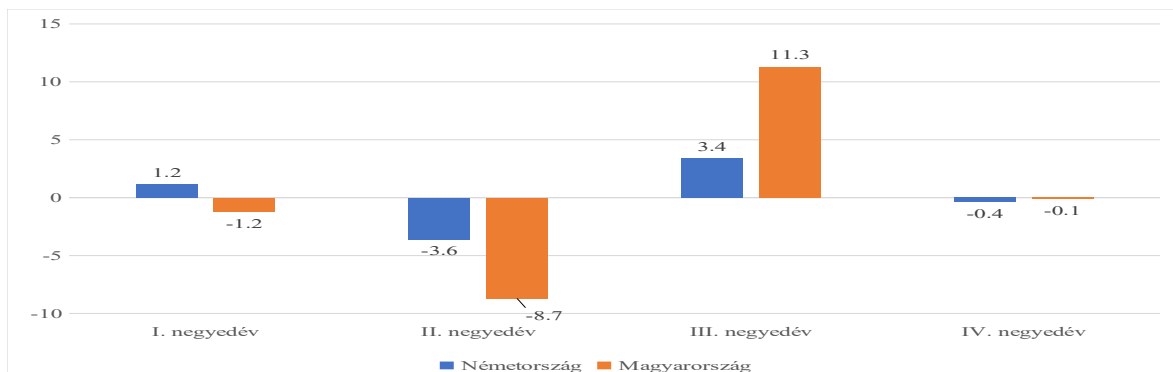
A 2020-as válság kiindulópontja jelentősen más volt a 2008-as válsághoz képest, itt az ágazatok negatív sokkja miatt kezdődött el a hanyatlás. A kibocsátási szint csökkenésével az aggregált kereslet stagnálni kezdett. Ezt jól mutatja, hogy 2020 második felében az EU területén a GDP csökkenés 13,9% volt, míg az euróövezetben 14,7%. 2009-ben a válság ugyanúgy az aggregált keresletet érintette 5,5%-ban.



19. ábra: Negyedéves GDP változás 2020
Forrás: OECD adatai alapján saját szerkesztés

A 20-as diagramon láthatjuk, hogy 2020-ban jelentős mértékben változott a GDP negyedéves változása. Míg 2009 I. negyedévében Magyarországon -4,12% volt a csökkenés, addig 2020 I.

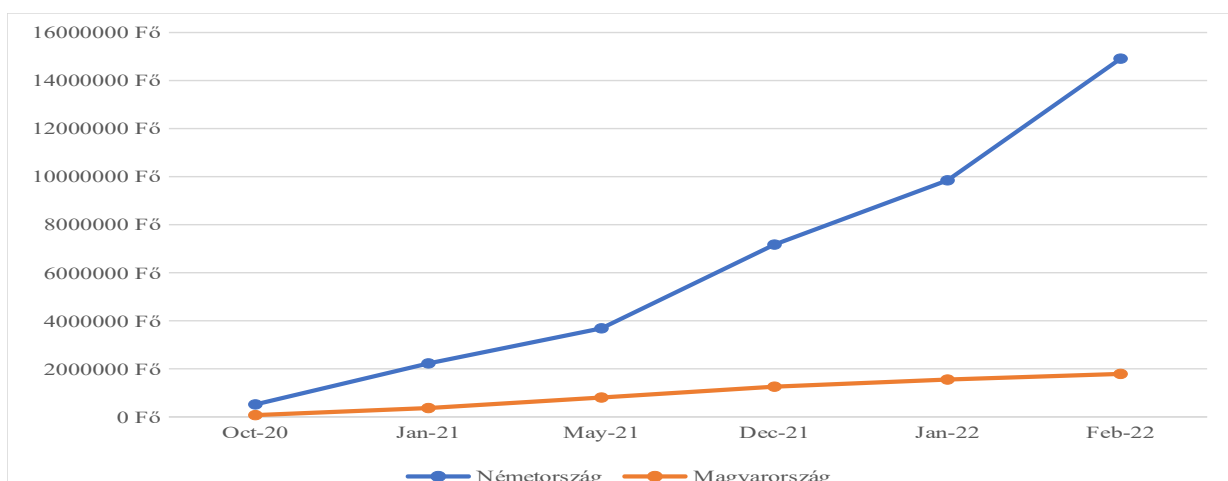
negyedévére csak -0,5. Németország esetében 2009-ben -4,68 volt, 2020-ra pedig -1,4% (Juhász, 2022). Ebben szerepet játszik az, hogy a 2008-as válság a pénzügyi szektorban következett be, és rohamos léptekkel haladt a gazdaságok teljes összeomlása felé. 2019 után az első negyedévben viszonylag egy lassabb tendencia vehető észre, ennek fő oka az volt, hogy a bevezetett intézkedésekkel próbálták orvosolni a kialakult helyzetet, amit a második negyedévre már nem tudtak kellően kordában tartani. A mélypont mindkét ország esetében 2020 második negyedévére köszöntött be, ekkora már kellően elhatalmasodott a járvány mértéke. A társadalom megtorpant, az elhalálozások száma nagy mértékben haladt és a gazdaságok is kezdték elérni mélypontjukat.



20. ábra: Háztartások rendelkezésre álló jövedelme 2020

Forrás: OECD adatai alapján saját szerkesztés

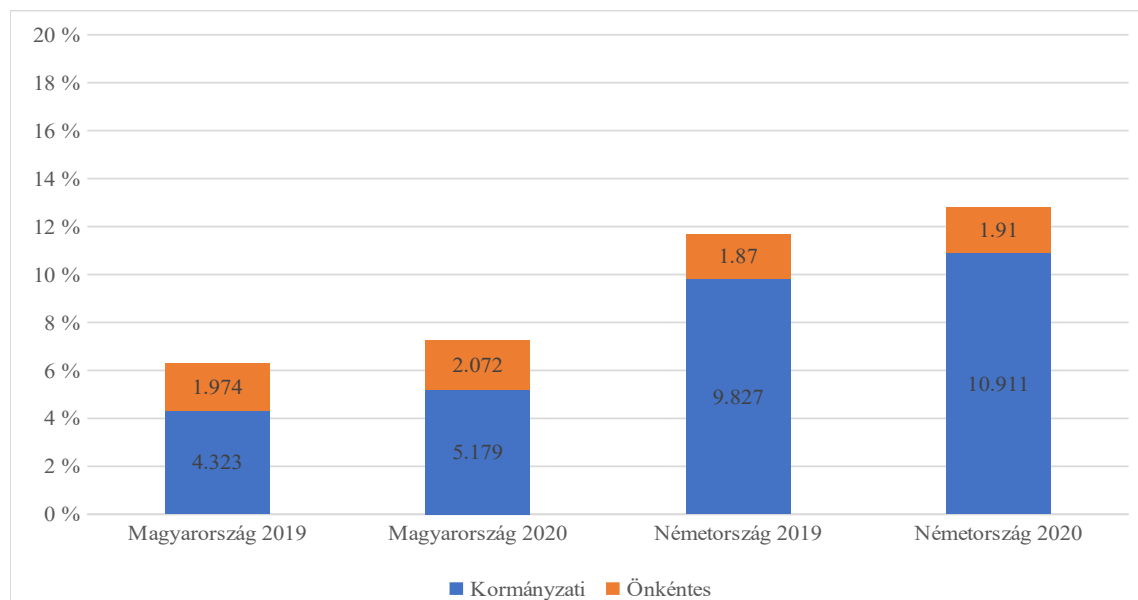
A koronavírus következményei után jelentősen elkezdett csökkenni a háztartások rendelkezésére álló jövedelme is. A munkahelyek csökkenése, a korlátozások miatt rengeteg ember lett munkanélküli, a hiánycikkek növekedése és a járvány gyorsaságával átrendeződött a háztartások szerkezete is.



21. ábra: Covid esetek száma 2020.10-2022.02

Forrás: Pandemia.hu

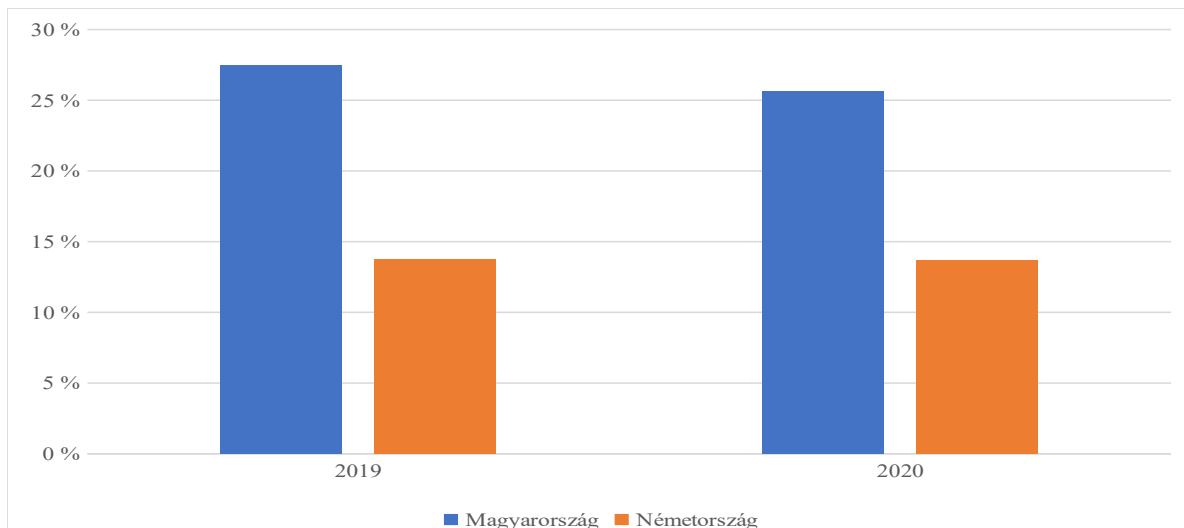
A 21.ábráról leolvashatjuk, hogy a járvány kirobbanása után rohamosan nőtt a vizsgált országokban az esetek száma. Németország esetében sokkal nagyobb volt a szám, ez főként azért alakult így, mivel az országban jelentős a bevándorlások száma. Magyarországon viszonylag egyenletes ütemben növekedett, csak 2021 végén figyelhetünk meg egy enyhe emelkedést.



22. ábra: Egészségügyi kiadások a GDP %-ban 2019-2020

Forrás: OECD adatai alapján saját szerkesztés

Az egészségügyi kiadások 2020-ra növekedést hoztak, ez főként a nagy mennyiségű beteg miatt alakult ki. A koronavírus okozta válság miatt Németországban és Magyarországon is a kiadások terén változások jöttek létre. Ez főként a költségek átcsoportosításában nyilvánult meg. Ennek következtében bizonyos szolgáltatások területén elmaradások alakultak ki. A fő célja az volt, hogy költségeket tudjanak megtakarítani. A 22. ábra szerint az egészségügyi költségek növekedtek 2020. A növekedés oka, hogy a kórházi kapacitásokat bővíteni kellett, hogy alkalmas legyen a koronavírusos betegek ellátására, tesztelőpontokat kellett kialakítani, az oltási időszakban, pedig biztosítani kellett az oltóanyagokat és az ápolókat (Botos, 2020). Valamint a kórházi gyógyszerek mennyisége jelentősen megnőtt.



23. ábra: Gyógyszerkiadások az egészségügyi kiadások %-ban 2019-2020

Forrás: OECD adatai alapján saját szerkesztés

A gyógyszerkiadások esetében egy enyhe csökkenést vehetünk észre, amit a 23. ábra jól szemléltet. Ez azért alakulhatott, így mivel a gyógyszerek területén egyfajta hiány alakult ki. A kialakult hiány miatt, pedig próbálták csökkenteni a kiadások számát.

7.2 A kialakult egészségügyi helyzet kezelése

A két ország esetében mondható, hogy azonos szinten próbálták kezelni a járványt. Különböző egészségügyi intézkedéseket vezettek be, melyekkel csökkenteni kívánták a megbetegedések számát. Ilyen intézkedés volt a kijárási tilalom, a karantén, ki- és beutazás előtti kötelező koronavírus teszt, a határok lezárása és az online oktatás bevezetése. A kórházak esetében több részleget átalakítottak covid osztállyá, hogy minél több beteget tudjanak ellátni, azonban elmondhatjuk, hogy mindkét ország esetében kapacitáshiány alakult ki az ágyak számát tekintve.

2020-ban járvány első időszakában kerültek bevezetésre a lokális korlátozó intézkedések. Kezdetekben jól látszódtott, hogy a járványt és a következményeit nem lehet megállítani, csak különböző intézkedésekkel lassítani. A bevezetett korlátozások miatt csökkenni kezdett a kereslet a turizmus, vendéglátás, rendezvényszervezés és a közlekedési szolgáltatások iránt, aminek fő oka az volt, hogy a lakosságok nagy része tartott a fertőzéstől, így csökkentették a kijárást és a tömegközlekedés használatát (Posgay , Regős , Horváth , & Molnár , 2020.).

Ezt követően kezdett kialakulni a tömeges megbetegedések száma, ezért a kormányok olyan intézkedéseket próbáltak behozni, melyekkel csökkenteni lehet a fertőzések számát. A helyzet súlyossága és a korlátozások egy olyan mértékű gazdasági hanyatlást hozott, mely a gazdaságok teljesítményének negatív csökkenéséhez vezetett. A kereslet korlátozásával elindult egy hanyatló kumulatív gazdasági helyzet. A gazdálkodó egységek leálltak, ellátási nehézségek alakultak ki és a globális értékláncok sérültek. A gazdasági hatások mellett eddig nem látott társadalmi csökkenés alakult ki, a vírus beláthatatlan ideje és következményei miatt bizonytalanság alakult ki mind a fogyasztók, mind a vállalkozók részéről. Ennek

következtében sérült a keresleti és a kínálati oldal is. A megromlott üzleti bizalom, a fogyasztói ellátás problémái miatt a fogyasztási és a beruházási kereslet megingó tendenciát kezdett mutatni. Az emberekben kialakult félelem miatt, túlvásárlások kezdődtek. Ennek következtében hiánycikkek jelentek meg az élelmiszerek, gyógyszerek és a higiéniai eszközök területén, amit az ellátási problémák miatt nem tudtak kellően pótolni. Ezek hatására a termelékenység pozitív növekedése megakadt és komoly eladósodási problémák jellemezték a vállalatok életét (Posgay , Regős , Horváth , & Molnár , 2020.).

8. Összefoglalás

Összegezve a dolgozatomat, elmondható, hogy hiába négy alap egészségügyi modellre épülnek a biztosítások, az országok fejlődésével egyre jobban figyelhető meg, hogy kevert modellek alakulnak ki. A magyar és a német egészségügyi rendszer tökéletes példája ennek. Csákó Beáta megfogalmazása alapján három alapelv határozza meg a rendszereket és ezek keveredése okozza a hasonlóságokat.

- *„szolidaritás: senki nem maradhat megfelelő ellátás nélkül, nem alakulhatnak ki szegényeket vagy gazdagokat biztosító társaságok;*
- *verseny: a biztosított választhat a biztosítók, a biztosítók pedig a szolgáltatók között, ami minőségjavulást eredményez;*
- *biztonság: stabil rendszer és felügyelet biztosítása”* (Csákó, 2017).

Az egészségügyi rendszereket különböző nehézségek fenyegetik, amik hatásai főként az egészségügyi kiadásokon és a finanszírozáson érződik. A társadalmi hatások közül a legjelentősebb probléma az előregedés és a munkanélküliség következtében kialakult szegénység. Környezeti problémák helyzetét folyamatosan növeli a vállalatok, gyárak számának növekedése és a magas számú kipufogógáz kibocsátása. Az egészségügy életében a legnagyobb megpróbáltatást a gazdaságban bekövetkezett hatásokat okozzák. Az elemzett idő alatt a két nagy válság érintette az országokat.

A 2008-ban kialakuló nagy gazdasági válság jelentős hatással volt az egészségügyi finanszírozásokra. A válság a pénzügyi szektorból indult ki és a reálgazdaság elérésével jutott el az egészségügy területére, ami után komoly eladósódások és finanszírozási nehézségek alakultak ki. Ezt követően lassú helyreállási idő alakult ki, mondhatni mire a válság hatásaiból sikerült kilábalni, addigra bekövetkezett a másik egészségügyet érintő hatás.

A 2019-ben kirobbanó koronavírus járvány átrajzolta az egészségügy korábbi rendszerét. A vírus gyors növekedése miatt, ellátási nehézségek alakultak ki a kórházakban. Az egészségügyi szolgáltatások leterheltsége kimagasló volt. A bevezetett korlátozások miatt a kereskedelem, a szolgáltatások és a vendéglátás területén a munkanélküliség aránya folyamatosan emelkedett. Ezzel pedig elkezdődött a járvány okozta válság elterjedése a gazdaság többi területeire is.

Az említett befolyásoló tényezők hatására az egészségügyi szektorban különböző változtatások történtek. A német és a magyar egészségügyi finanszírozások, az orvosi ágyak és az orvosok száma 2008 után csökkenő tendenciát mutatott. Főként azért alakult ez ki, mivel Magyarországon és Németországban is a gazdaságot súlyosan érintette a 2008 utáni következmények.

A járóbeteg, a fekvőbeteg és a gyógyszerellátás területén a két ország között jelentős különbségek vehetők észre. Mivel Németország lakossága jóval nagyobb, így az országban sokkal magasabb a kórházi ágyak száma. Magyarország a kórházi ágyak számát illetően, csak

kis mértékben van elmaradva. 2020-ra hiába növekedtek az ágyak száma, komoly problémát jelentett a fertőzöttek ellátása. Az elemzett adatokkal jól láthatjuk, hogy 2008 után milyen mértékben változtak az ellátások és végül 2020 milyen hatást gyakorolt rá. A finanszírozás területén is látható, hogy 2008 után jelentősen lecsökkentek a kiadások. A kisebb kórházak összevonták és az orvosoknak ingáznuk kellett, mivel egy adott orvos több helyen is praktizált. 2020-ra az egészségügyi kiadások növekedni kezdtek, ebben fontos szerepe volt hogy, a járványügyi helyzet az egészséget érintette leginkább.

A kormányok reagálásként különböző egészségügyi intézkedéseket hoztak. 2008-ban öt ilyen reform volt.

- *„1. Az állami finanszírozást érintő reformok*
- *2. A lefedettséget csökkentő reformok*
- *3. Az államilag finanszírozott egészségügyi termékek és szolgáltatások árának csökkentésére irányuló változtatások*
- *4. Az egészségügyi szolgáltatások kínálatának csökkentését célzó reformok*
- *5. Az egészségügyi rendszer vagy az ártárgyalások ösztönzőinek megváltoztatását célzó strukturális reformok” (Egészségügyi Rendszerek, 2014).*

Az elemzett két ország esetében hasonló adatokat vehettünk észre. Németországot és Magyarországot is jelentősen megviselte a 2008-as válság. A kórházi finanszírozás 2008 után jelentősen megváltozott, azonban az eredményeken csak 2010-2012 között vehetünk észre jelentős változást. Ezt követően mindkét ország megoldásokat vezetett be a helyzet orvoslására. Az eredmények szinte 2019-ig javulást mutattak, ahol azonban nagymértékben megváltozott az egészségügyi helyzet. A kialakult koronavírus-járvány átrendezte az emberek mindennapi életét és a megbetegedések magas száma miatt jelentősen megváltoztak a kórházi ellátások és a finanszírozások.

10.Ábrák és táblázatok jegyzéke

Ábrák jegyzéke:

1. ábra: Közfinszírozás aránya a bismarcki modellt használó országokban.....	6
2. ábra: Közfinszírozás aránya a beveridge modellt használó országokban.....	7
3. ábra: Közfinszírozás aránya a szabadpiaci modellt használó országokban.....	9
4. ábra: Ezer lakosra jutó Kórházi ágyak száma 2006-2019.....	14
5. ábra: Infláció aránya 2007-2019.....	15
6. ábra: Relatív jövedelmi szegénységi ráta 2007-2018.....	15
7. ábra: Légszennyezés mértéke 2010-2019.....	16
8. ábra: Egészségügyi kiadások a GDP %-ban.....	16
9. ábra: Munkanélküliség aránya 2006-2019.....	17
10. ábra: A válság hatása a GDP növekedésére.....	18
11. ábra: Orvosok száma ezer lakosra nézve 2006-2019.....	20
12. ábra: Járóbeteg ellátás finanszírozása millió Ft 2006-2019.....	20
13. ábra: Fekvőbeteg ellátást nyújtó kórházak tulajdonjoga 2008-ban.....	21
14. ábra: Kórházi tartózkodás hossza napokban 2006-2019.....	22
15. ábra: Kórházi ágyak száma 2006-2019.....	22
16. ábra: Fekvőbeteg finanszírozott ellátás millió Ft-ban 2006-2019.....	23
17. ábra: A Fiatal és az idős lakosság aránya 2006-2019.....	24
18. ábra: Gyógyszerkiadások aránya az egészségügyi kiadások %-ban 2006-2019.....	25
19. ábra: Negyedéves GDP változás 2020.....	27
20. ábra: Háztartások rendelkezésre álló jövedelme 2020.....	27
21. ábra: Covid esetek száma 2020.10-2022.02.....	28
22. ábra: Egészségügyi kiadások a GDP %-ban 2019-2020.....	28
23. ábra: Gyógyszerkiadások az egészségügyi kiadások %-ban 2019-2020.....	29

Táblázatok jegyzéke:

1. táblázat: Egészségügyi modellek jellemzői.....	10
---	----

11. Felhasznált Irodalom

- Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség , é. (2014. október. 1). *Egészségügyi Rendszerek Adattára*. Forrás: Egészségügyi Rendszerek Adattára: Tájékoztató Országtanulmány Németország Egészségügyéről : https://era.aek.hu/HolOrszag/csatolt/20141010_nemetorszag_2014.pdf
- Ágoston István, B. I. (2015). *Egészségügyben használatos adatbázisok és kódrendszerek*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- Bokor László, D. Á. (2007). *A gazdaságpolitika nagy elosztórendszerei*. Budapest : Typotex.
- Botos, K. (2020). Egészségügyi helyzetkép 2020 végén Európában. *Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 4-13.
- Böröcz, I., Kisapáti , A., & Nagy , L. (2019). *Elemzés az egészségügy finanszírozásáról*. Budapest: Állami Számvevőszék.
- Csákó, B. (2017. Május 2). Egészségbiztosítás dióhéjban. *Infojegyzet*. Budapest, Pest, Magyarország: Országgyűlés Hivatala.
- Egészségügyi Rendszerek, A. (2013. április. 24.). *Egészségügyi Rendszerek Adattára*. Forrás: HealthOnline: A gazdasági válság eddigi hatásai az egészségre és az egészségügyi rendszerekre Európában, kormányzati intézkedések a válság hatásai: <https://era.aek.hu/teljes-HealthOnline-cikk.php?id=2967>
- Egészségügyi Rendszerek, A. (2014. december. 17.). *Egészségügyi Rendszerek Adattára* . Forrás: HealthOnline: OECD a gazdasági válság és a megszorító intézkedések hatása az egészségre és az egészségügyre: <https://era.aek.hu/teljes-HealthOnline-cikk.php?id=3213>
- Eisingerné Balassa Boglárka, C. T. (2019). Az egészségbiztosítási gyógyszerkiadások alakulása Magyarországon. *Orvosi hetilap*, 50-52.
- Eski. (2009). A gazdasági válság hatása az egészségügyre. Budapest, Pest, Magyarország.
- Eski. (2010. december. 1.). *Egészségügyi Rendszerek Adattára* . Forrás: ERA: Eski Egészségügyi Évkönyv 2009: https://era.aek.hu/zip_doc/evkonyv/evkonyv-2009.pdf
- Európai Környezetvédelmi Ügynökség. (2014. június 13). *Európai Környezetvédelmi Ügynökség*. Forrás: www.eea.europa.eu: <https://www.eea.europa.eu/hu/jelzesek/jelzesek-2013/grafikus-informacio/a-legszennyez-es-egeszsegugyi-hatasai-2/view>
- Finkenstadt, V. (2015. Szeptember 3). Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban. *EGVE Nemzetközi sajtószemle*. Budapest, Pest, Magyarország: EGVE Nemzetközi sajtószemle.
- Garaj Erika, N. T. (2011). *Bevezetés az alkalmazott egészségügyi gazdaságtanba*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

- Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és, S. (2014. Október 1). *Egészségügyi Rendszerek Adattára*. Forrás: ERA: Németország egészségügyéről: https://era.aek.hu/HolOrszag/csatolt/20141010_nemetorszag_2014.pdf
- Herman , S. (2015. január. 1). Európában működő határon átnyúló egészségügyi legjobb gyakorlatok feltárása, megismerése. Budapest, Pest, Magyarország: Szent Lázár Megyei Kórház.
- Juhász, I. (2022. március. 2.). *Magyar Kereskedelmi és Iparkamara*. Forrás: Magyar Kereskedelmi és Iparkamara: A német gazdaság aktuális helyzete és fejlődési kilátásai a müncheni Ifogazdaságkutató intézet vállalati felmérések tükrében: <https://mkik.hu/hirek/a-nemet-gazdasag-aktualis-helyzete-es-fejlodesi-kilatasai-a-muncheni-ifo-gazdasagkutato-intezet-vallalati-felmeresenek-eredmenyei-tukreben>
- Karner, C. (2008). Nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek és az állam szerepvállalása. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3-12.
- Katona, K. (2018). *A pénzügyi közvetítőrendszer funkciói*. Budapest: Wolters Kluwer.
- Magas, I. (2010. szeptember. 1.). *southeast-europe.org*. Forrás: southeats-europe.org: A pénzügyi válság hatása kis nyitott gazdaságokra: Magyarország esete: https://www.southeast-europe.org/pdf/03/DKE_03_M_W_MAGAS_I_SZN.pdf
- Magyar Országgyűlés. (1997. január 1). 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. Budapest, Pest, Magyarország.
- Mihályi , P. (2003). *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába*. Veszprém: Veszprémi Egyetemi Kiadó.
- Német, G. (2007). *Egészségbiztosítási alapmodellek*. Budapest: Esély.
- OECD. (2015. július. 1). *OECD Health Statistics 2015*. Forrás: OECD Health Statistics 2015: Focus on Health Spending: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>
- OECD. (2015.). Health at a Glance . *OECD mutatók*, 178-185.
- Posgay , I., Regős , G., Horváth , D., & Molnár , D. (2020.). A koronavírus-járvány gazdasági hatásairól. *Polgári Szemle*, 31-50.
- Ragány, K. (2014. január. 1.). *Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ*. Forrás: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ: Az egészségügyi rendszerek jellemzői: <https://docplayer.hu/3836687-Az-egeszsegugyi-rendszerek-jellemzoi-az-egeszsegugy-finanszirozasa-ragany-karoly-se-emk-2014-januar.html>
- Scheuer Gyula, S. T. (2008). A pénzügyi válság háttere. *Polgári Szemle*, 50-63.
- Uzzoli , A., & Egedy, T. (2016.. Augusztus). A gazdasági válság hatása az egészségegyenlőtlenségek területi különbségeire Magyarországon. *Polgári Szemle*, 326-340.

Internetes cikkek:

Pandemia.hu: Koronavírus Magyarország- statisztika: betegek, halottak, adatok, grafikon
Elérhetőség: <http://pandemia.hu/koronavirus-magyarorszag/> Letöltés: 2022.10.31

Pandemai.hu: Németország koronavírus térkép, adatok, esetszám, halálozás Elérhetőség:
<http://pandemia.hu/nemetorszag-koronavirus/> Letöltés: 2022.10.30

grantis.hu: Az orvosi teljesítménykorlát miatt a magán egészségbiztosítás elkerülhetetlen
Elérhetőség: <https://grantis.hu/orvosi-teljesitmeny-volumen-korlat-magan-egeszsegbiztositas/>
Letöltés: 2022.09.30

ec.europa.eu: Népeség és demográfia
Elérhetőség:<https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography/population-projections/database> Letöltés: 2022.09.22

ksh.hu: Egy főre jutó GDP
Elérhetőség:https://www.ksh.hu/docs/hun/eurostat_tablak/tabl/tsdec100.html
Letöltés: 2022.10.01

ksh.hu: A bruttó hazai termék (GDP) volumenének alakulása
Elérhetőség: https://www.ksh.hu/stadat_files/gdp/hu/gdp0082.html Letöltés: 2022.09.16

oecd.org: Háztartási adósság
Elérhetőség: <https://data.oecd.org/hha/household-debt.htm> Letöltés: 2022.10.18

ksh.hu: A 15-64 éves népeség munkanélküliségi adatai
Elérhetőség: https://www.ksh.hu/stadat_files/mun/hu/mun0094.html Letöltés: 2022.10.22

ksh.hu: Egészségügyi kiadások GDP %-ban
Elérhetőség: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0055.html Letöltés: 2022.08.30

oecd.org: Orvosok száma
Elérhetőség: <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm> Letöltés: 2022.08.14

ksh.hu: Kórházi ágyak száma (százezer lakosra)
Elérhetőség: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0056.html Letöltés: 2022.09.09

oecd.org: Légszennyezés expozíció
Elérhetőség: <https://data.oecd.org/air/air-pollution-exposure.htm> Letöltés: 2022.10.04

portfolio.hu: Egyre komolyabb bajt okoz a koronavírus-járvány Németországban
Elérhetőség:<https://www.portfolio.hu/global/20220712/egyre-komolyabb-bajt-okoz-a-koronavirus-jarvany-nemetorszagban-555781> Letöltés: 2022.10.21

NYILATKOZAT

szakdolgozat nyilvános hozzáféréséről és eredetiségéről

A hallgató neve: Huszár Henrietta
A Hallgató Neptun kódja: QBJO63
A dolgozat címe: Eltérő egészségügyi rendszerek összehasonlítása
A megjelenés éve: 2022.
A tanszék neve: Vidékfejlesztési és Fenntartható Gazdaság Intézet

Kijelentem, hogy az általam benyújtott záródolgozat/szakdolgozat/diplomadolgozat/portfólió¹ egyéni, eredeti jellegű, saját szellemi alkotásom. Azon részeket, melyeket más szerzők munkájából vettem át, egyértelműen megjelöltem, s az irodalomjegyzékben szerepeltettem.

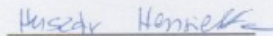
Ha a fenti nyilatkozattal valótlant állítottam, tudomásul veszem, hogy a Záróvizsga-bizottság a záróvizsgából kizár és a záróvizsgát csak új dolgozat készítése után tehetek.

A leadott dolgozat, mely PDF dokumentum, szerkesztését nem, megtekintését és nyomtatását engedélyezem.

Tudomásul veszem, hogy az általam készített dolgozatra, mint szellemi alkotás felhasználására, hasznosítására a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem mindenkori szellemi tulajdonkezelési szabályzatában megfogalmazottak érvényesek.

Tudomásul veszem, hogy dolgozatom elektronikus változata feltöltésre kerül a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem könyvtári repozitori rendszerébe.

Kelt: Kaposvár, 2022 november 2


Hallgató aláírása

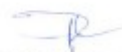
NYILATKOZAT

Huszár Henrietta hallgató (Neptun azonosítója: QBJO63) konzulenseként nyilatkozom arról, hogy a szakdolgozatot áttekintettem, a hallgatót az irodalmi források korrekt kezelésének követelményeiről, jogi és etikai szabályairól tájékoztattam.

A szakdolgozatot a záróvizsgán történő védeésre javaslom / nem javaslom.

A dolgozat állam- vagy szolgálati titkot tartalmaz: igen nem

Kelt: Kaposvár, 2022. év 11. hó 01. nap



Belső konzulens