

Az egészségügyi kiadások legfőbb jellemzői, 2007–2012

A tartalomról

1. Nemzetközi összehasonlítás	1
2. Az egészségügy finanszírozói	2
2.1. Közkiadások	3
2.2. Magánszektor	4

A társadalom életnívójának egyik legfontosabb fokmérője az egészségügyi ráfordítások alakulása, amit a nemzeti egészségügyi számlával (NESZ), az egészségre fordított kiadásokkal mérhetünk. Az OECD,¹ a WHO² és az Eurostat irányításával készült nemzetközi módszertan lehetővé teszi az egyes országok adatainak összehasonlítását és értékelését is. Az elmúlt évek gazdasági válsága a szolgáltatások terén és ezen belül az egészségügyi kiadásokban is éreztette hatását. A gazdasági válságok rövid távú hatásként az egészségügyi ráfordítások csökkentését eredményezik, hosszú távon pedig részben a finanszírozási keretek szűkülését, részben – társadalmi-lélektani okok miatt – a társadalom egészségi állapotának romlását vonhatják maguk után, ami aztán az egészségügyre fordított kiadások szerkezetét kedvezőtlenül alakíthatja.

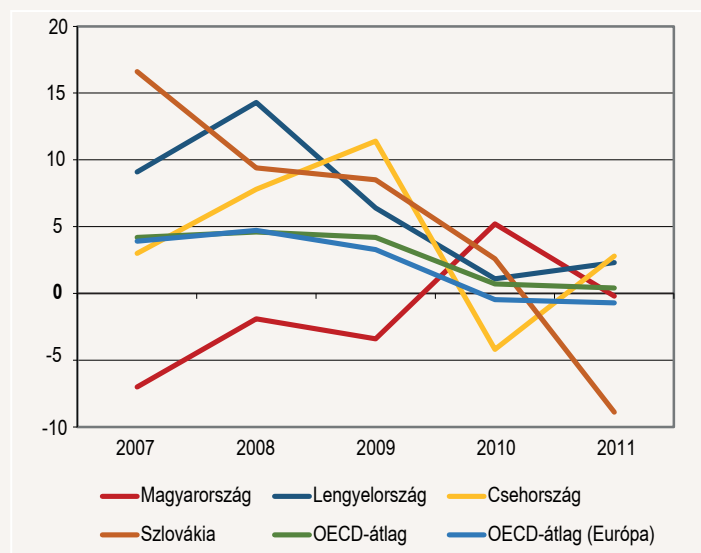
1. Nemzetközi összehasonlítás

Az egészségügyi kiadások **reálértékben mért változása** a gazdasági válság mélységét is mutatja. Ez a reálérték Görögországban például 2010-ben 11,2, 2011-ben 11 százalékkal, Írországban és Izlandon 2010-ben 7,7, illetve 7 százalékkal csökkent. Hazánknak azonban már 2007-ben szembe kellett néznie egy, a magas államháztartási hiányban megmutatkozó pénzügyi krízissel, ami az egészségügyi ráfordításokban is azonnal éreztette hatását. Az egészségügyi kiadások folyó áron az előző évi 1955 milliárd forintról 2007-ben 1918 milliárd forintra csökkentek. A 2008. évi szerényebb nominális növekedés (1981 milliárd forint) reálértéken még mindig csökkenést mutatott, majd 2009-ben a nemzetközi gazdasági krízis kikényszerítette az egészségügyi kiadások nominálértékének az előző évi szinten tartását (1982 milliárd forint). Így az egészségügyi kiadások reálértéken folyamatosan csökkentek Magyarországon 2007 és 2009, Görögországban pedig 2009 és 2011 között. 2010-ben, elsősorban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) költségvetésének konszolidációja következtében nominálértéken (2137 milliárd forint), és reálértéken is növekedtek, 2011-ben (2200 milliárd forint) azonban – minimális mértékben – reálértéken újra csökkentek az egészségügyi kiadások. 2012-ben a gyógyszerátogatási rendszer átalakítása, a gazdasági visszaesés mellett a költségvetési szigor, valamint a háztartások fogyasztásának reálértéken mért csökkenése miatt összességében reálértéken visszaesés várható. A 2013. évi előirányzat szerint³ az Egészségbiztosítási Alap nagyobb összegből gazdálkodhat, ami várhatóan ismét növeli az egészségügyi ráfordítások reálértékét.

A gazdasági válságoknak az egyes országokra gyakorolt eltérő hatását az 1. ábra mutatja, melyből kitűnik, hogy míg Magyarországon már 2007-ben csökkentek az egészségügyi kiadások, a másik három visegrádi országban csak 2010-ben volt jelentős mértékű a visszaesés. Az OECD-államok átlagértéke is hasonlóan alakult, a korábbi évek 4 százalékos fölértéke után 2010–2011-re már alig volt emelkedés, az európai OECD-államok körében viszont 2010-től már csökkent az egészségügyi kiadások reálértéke.

1. ábra

Az egészségügyi kiadások reálértékének változása Magyarországon és a visegrádi országokban (előző év=100 százalék)



Forrás: OECD Health Data, 2013.

A másik mutató – amennyiben az állami hozzájárulást vizsgáljuk – az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya és ezen belül az egészségügyi közkiadások **GDP-hez viszonyított aránya**. A mutató jellemzője válság idején, hogy a termelés visszaesése késleltetett hatásként gyűrűzhet be az egészségügyi szektor költségvetésébe. Ez történt az OECD-országokban és ezen belül a többi visegrádi országban is: 2009-ben még nőtt az állami ráfordítások GDP-aránya, a korrekció a 2010–2011-es években következett be (2. ábra). Magyarországon az egészségügyi közkiadások GDP-hez viszonyított aránya az átlagostól eltérően alakult: 2007-ben az állam pénzügyi válságban volt (a magánkiadások GDP-aránya az előző év szintjén maradt, csupán az állami szektornál következett be visszaesés); 2009-ben a világot sújtó gazdasági válság idején, amikor a magyar bruttó hazai termék volumenindexe 93,2 százalék volt⁴, az egészségügyi közkiadások és a GDP-aránya alig változott az előző évhez képest.

¹ Organisation for Economic Co-operation and Development: Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet.

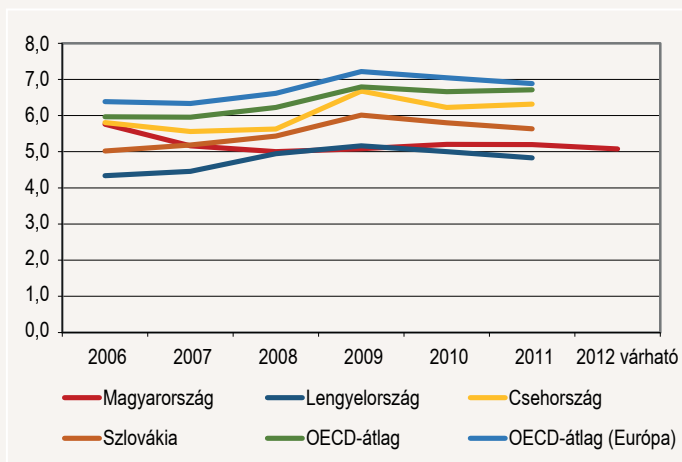
² World Health Organisation: Egészségügyi Világszervezet, az Egyesült Nemzetek Szervezetének egészségügyért felelős irányító és koordináló szakosított szerve.

³ 2012. évi CCIV. törvény Magyarország 2013. évi költségvetéséről.

⁴ Forrás: KSH, Stadat, 3.1.1 tábla.

Az egészségügyi közkiadások GDP-hez viszonyított arányának változása Magyarországon és a viseigrádi országokban (előző év=100 százalék)

2. ábra



Forrás: KSH, OECD Health Data, 2013.

Egészségügyi kiadások a világ néhány országában, 2011

1. tábla

Ország	Egészségügyi kiadás a GDP százalékában		Egy főre jutó összes egészségügyi kiadás, dollár ^{a)}		Az államháztartás egészségügyi kiadása az összes egészségügyi kiadás százalékában
	összesen	ebből: közkiadás	összesen	ebből: közkiadás	
Ausztria	10,8	8,2	4 546	3 466	76,2
Belgium	10,5	8,0	4 061	3 083	75,9
Csehország	7,5	6,3	1 966	1 655	84,2
Dánia ^{b)}	11,1	9,4	4 495	3 827	85,1
Egyesült Királyság	9,4	7,8	3 406	2 821	82,8
Észtország	5,9	4,7	1 302	1 033	79,3
Finnország	9,0	6,8	3 374	2 545	75,4
Franciaország	11,6	8,9	4 118	3 161	76,8
Görögország ^{b)}	9,1	5,9	2 361	1 536	65,1
Írország	8,9	6,0	3 700	2 477	67,0
Izland	9,0	7,2	3 305	2 656	80,4
Lengyelország	6,9	4,9	1 452	1 021	70,3
Magyarország	8,0	5,2	1 689	1 098	65,0
Németország	11,3	8,6	4 495	3 436	76,5
Norvégia	9,3	7,9	5 669	4 813	84,9
Olaszország	9,2	7,2	3 012	2 345	77,8
Spanyolország	9,3	6,8	3 072	2 244	73,0
Svájc	11,0	7,1	5 642	3 661	64,9
Svédország	9,5	7,8	3 925	3 204	81,6
Szlovákia	7,9	5,6	1 915	1 358	70,9
Szlovénia	8,9	6,6	2 421	1 784	73,7
Egyesült Államok	17,7	8,5	8 508	4 066	47,8
Chile	7,5	3,5	1 568	735	46,9
Izrael	7,7	4,7	2 239	1 362	60,8
Japán ^{b)}	9,6	7,9	3 213	2 638	82,1
Kanada	11,2	7,9	4 522	3 183	70,4
Koreai Köztársaság	7,4	4,1	2 196	1 217	55,3
OECD-átlag	9,3	6,7	3 339	2 427	72,2

Forrás: KSH, OECD Health Data, 2013.

a) Vásárlóerő-arányok alapján számítva.
b) 2010. évi adat.

A vásárlóerő arányok alapján számított egy főre jutó egészségügyi kiadás Magyarországon – a 2007. évi visszaeséstől eltekintve – minden évben kismértékben nőtt, 2011-ben megközelítette az 1700 dollárt. A fejlett európai államok 2,5–3-szor többet költenek egészségügyre, mint a közép-kelet-európai és a szovjet utódállamok; a közkiadásokban még jelentősebb az eltérés (1. tábla).

2. Az egészségügyi finanszírozói

Az egészségügyi ráfordításokat Magyarországon kétharmadrészt (65 százalék) az államháztartás, egyharmadrészt (35 százalék) a magánszféra finanszírozza, szemben a közkiadási részesedés 72 százalékos OECD-átlagával. A kisebb mértékű hazai állami részvállalás részben az egészségügyi szféra alacsony béreivel és a háztartásokat terhelő hálapénzzel magyarázható. Magyarországon az egészségügyi közkiadásokat a központi, illetve az önkormányzati költségvetésből, valamint az Egészségbiztosítási Alap költségvetéséből finanszírozzák, a magánszférában pedig a háztartások (a közvetlen kifizetések), az önkéntes egészségpénztárak, a lakosságot segítő nonprofit intézmények, illetve a vállalkozások finanszírozzák azokat.

Az elmúlt évek egészségügyi kiadásainak a nemzetgazdaság főbb szektorai szerinti változását a 2. tábla mutatja: az egy főre jutó közkiadások nominálértéken két alkalommal, 2007-ben és 2009-ben is csökkentek, és az előzetes adatok alapján – a már említett okok miatt – hasonlóan alakulnak 2012-ben is.

Az egészségügyi kiadások alakulása a nemzetgazdaság főbb szektorai szerint

2. tábla

Megnevezés	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{a)}
Kormányzat, önkormányzat, milliárd forint	212,1	232,9	228,0	212,3	215,0	233,4	244,0
Társadalombiztosítás (OEP), milliárd forint	1 152,0	1 057,0	1 100,3	1 089,8	1 169,4	1 197,2	1 180,0
Államháztartás összesen, milliárd forint	1 364,1	1 289,9	1 328,3	1 302,1	1 384,4	1 430,6	1 424,0
Egészségpénztárak, milliárd forint	30,1	39,3	42,2	53,4	57,8	57,1	..
Háztartások, milliárd forint	473,6	487,0	509,0	502,5	561,3	572,5	..
Nonprofit szervezetek, vállalatok, milliárd forint	87,4	101,7	101,5	124,4	133,1	139,3	..
Magánszektor összesen, milliárd forint	591,1	628,0	652,7	680,3	752,2	768,9	792,0
Egészségügyi kiadások összesen	1 955,2	1 917,8	1 980,9	1 982,4	2 136,6	2 199,5	2 216,0
Egy főre jutó egészségügyi kiadás, ezer forint/fő	194,1	190,7	197,3	197,8	213,7	220,9	223,4
Egy főre jutó egészségügyi közkiadás, ezer forint/fő	135,4	128,3	132,3	129,9	138,4	143,7	143,5
Egészségügyi kiadások aránya a GDP-ből, százalék	8,3	7,7	7,5	7,7	8,1	8,0	7,9

a) Előzetes, illetve becslés adatok.

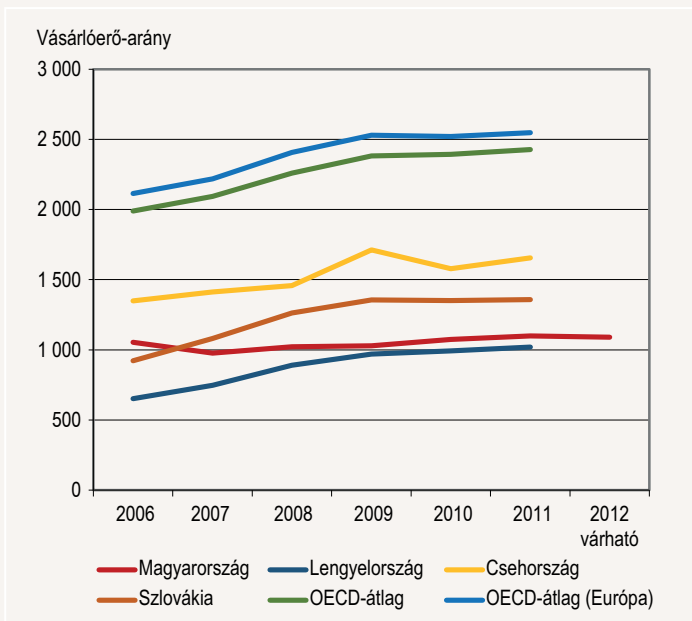
Forrás: KSH.

2.1. Közkiadások

Az állami egészségügyi kiadások GDP-hez mért aránya 2007-ben az előző évi 5,8 százalékos értékről 5,2 százalékra csökkent, 2008 és 2011 között az 5 százalékot kismértékben meghaladó szintet ért el, 2012-ben 5 százalék körüli GDP-arány várható. A vásárlóerő-arányon számolt, egy főre jutó egészségügyi közkiadás a 2007. évi mélyrepülés után enyhé emelkedésnek indult, de még az OECD-átlag felét sem éri el. (3. ábra)

3. ábra

Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások alakulása Magyarországon és a visegrádi országokban



Forrás: KSH, OECD Health Data, 2013.

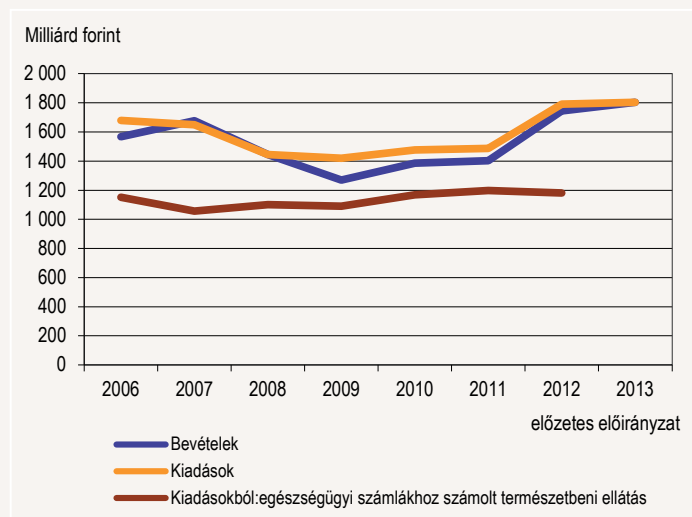
A közkiadásoknak a négyötödöt meghaladó része az OEP-kasszán fut át, ezért az egészségbiztosítási pénztár költségvetése meghatározó jelentőségű az egészségügyi ráfordítások szempontjából. **Bevételi oldalon** a korábban legnagyobb tételt jelentő munkáltatói járulék – a befizetési kötelezettség változása miatt – 2007 és 2009 között a felére, ezt követően 2010-ben ismét a felére csökkent. A foglalkoztató által fizetendő társadalombiztosítási járulék 2012-ben megszűnt, 2012. január 1-jétől pedig a kifizető – a külön törvényben meghatározottak szerint – szociális hozzájárulási adó fizetésére köteles⁵. A 2007 és a 2009 közötti munkáltatóijárlék-kiesést nem pótolták, így az Egészségbiztosítási Alap bevételei jelentős mértékben csökkentek. 2010–2011-ben a központi költségvetési hozzájárulások (a központi költségvetésből járulék címen átvett pénzeszközök) megnövelésével sikerült csökkenteni a kiadás és a bevétel közötti, mintegy 150 milliárd forintnyi különbséget. A 2012. évi változást a biztosítottak járulékának növekedése (melyhez mind a pénzbeli egészségbiztosítási járulék 1 százalékkal, mind pedig a foglalkoztatottak számának bővülése is hozzájárult), a rokkantsági rehabilitációs ellátások fedezetére átvett pénzeszközök, valamint két új adónem, a baleseti adó és a népegészségügyi termékadó bevezetése biztosította.

A 2013. évi előirányzat ismét növekedéssel számol mind bevételi, mind kiadási oldalon. (4. ábra)

Kiadási oldalon az OEP, illetve a kormányzati és önkormányzati finanszírozás legnagyobb tétele a *gyógyító fekvőbeteg-ellátás*. A finanszírozási összeg 2006 és 2010 között folyó áron sem változott, 400 milliárd forint körül alakult, 2011-ben enyhén növekedett (414 milliárd forint). Jelentős forrásbővülés 2012-től következett be, egyrészt a bérfejlesztésnek, másrészt a speciális finanszírozású fekvőbeteg-szakellátás összegének közel 30 milliárd forintra történő megnövelésének következtében. Ez utóbbi nagy értékű műtéti eljárásokat, tételes elszámolás alá tartozó eszközöket és gyógyszereket foglal magába.

4. ábra

Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek és kiadásainak alakulása



Forrás: OEP, 2012. évi CCIV. törvény Magyarország 2013. évi költségvetéséről.

A közkiadások második legnagyobb tételét a *gyógyszertámogatások* teszik ki. A gyógyszerek támogatási rendszerében 2007-ben, majd 2012-ben következett be jelentős változás: 2007-ben a támogatás nettó összege⁶ közel 75 milliárd forinttal mérséklődött, 2012-ben pedig, az előzetes adatok szerint, a korábbi évek inflációt követő növekedése után, a 2011. évi 338 milliárd forintról 270 milliárd forint alá csökkent. A 2012. évi csökkenés oka, hogy a kiadások egy része a gyógyító-megelőző ellátásokhoz került át, a tételes elszámolás alá tartozó gyógyszerek körének bővülésével. Bevezették az ún. "vaklicitet", melynek lényege, hogy az OEP versenyt hirdet az azonos hatóanyagot tartalmazó gyógyszerek között, s miután a gyógyszergyártók megtették ajánlatukat saját készítményük árára, az OEP kiválasztja a legolcsóbb ajánlatot, és a többi azonos hatóanyagot tartalmazó készítmény számára is ugyanilyen összegű támogatást nyújt.⁷ Ennek hatásaként – a 2013. évi költségvetésről szóló 2012. évi CCIV. tv. szerint – 2013-ban tovább csökken a gyógyszerek támogatására szánt állami hozzájárulás, az így felszabaduló pénzforrás pedig túlnyomórészt a gyógyító-megelőző kiadások finanszírozásába áramlik⁸.

Az állami egészségügyi kiadások 2012. évi legjelentősebb változását az egészségügyi bérrendezés első ütemének végrehajtása jelentette, melynek során az egészségügyi szektor bruttó átlagkeresete reálértékben 8,9 százalékkal nőtt, azt követően, hogy 2007-ben és 2009 és 2011 között jelentős mértékben veszített reálértékéből (3. tábla). Az egészségügyi szektor átlagkeresete még mindig alacsonyabb a nemzetgazdaság átlagánál, ugyanis a 2012. évi bérfejlesztés után lényegében a 2007–2008. évi szintet érte el.

⁵ Forrás: Nemzeti Adó- és Vámhivatal.

⁶ Nettó érték: a gyógyszer-támogatásnak a gyógyszergyártók és forgalmazók befizetéseivel csökkentett összege.

⁷ Forrás: OEP.

⁸ Az egészségügy 2013. évi költségvetése, várható kilátások. Banai Péter Benő, Nemzetgazdasági Minisztérium.

Átlagkeresetek alakulása az egészségügyben

3. tábla

Megnevezés	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Havi bruttó átlagkereset az egészségügyben, ezer forint	162,6	176,6	189,9	184,5	185,0	185,7	213,7
ebből: orvosok	307,2	322,0	348,6	339,1	338,1	348,4	415,0
egészségügyi szakdolgozók	150,3	162,3	174,5	169,8	170,9	167,7	191,6
a nemzetgaz- daság átlagában, százalék	94,9	95,5	95,6	92,3	91,3	87,1	95,8
Bruttó reálkere- seti index az egészségügyben, összesen, százalék	102,6	96,6	101,3	93,2	95,6	96,6	108,9
ebből: orvosok	103,1	97,1	102,1	93,3	95,1	99,2	112,7
egészségügyi szakdolgozók	101,7	96,6	101,4	93,3	96,0	94,4	108,1

Forrás: Gyemsi, KSH.

2.2. Magánszektor

A magánszektor kiadásaiból a legnagyobb részt a – hálapénz becsült értékét is magába foglaló – **háztartások** közvetlen (azaz nem az adók formájában befizetett) kiadásai jelentik. Magyarországon az egy főre jutó,

vásárlóerő-arányok alapján számított magán-egészségügyi kiadás összege 440 dollár (2011-ben), ami alacsonyabb az OECD-országok 563 dolláros átlagánál. A háztartások legnagyobb kiadási terhet a gyógyszerráfordítások teszik ki, melyeknek 2011-ben mért 277 milliárd forintos értéke a háztartások egészségügyi kiadásainak 48 százalékát adta. 2006-ban még 183 milliárd forint volt a háztartások gyógyszerkiadása, tehát az elmúlt öt évben a háztartások egészségügyi ráfordításainak növekedése mögött csaknem teljes egészében a gyógyszerek álltak. Ennek legnagyobb része 2007-ben következett be (43 milliárd forint), amikor is a gyógyszer-támogatások jelentős mértékű csökkentésének hatására a gyógyszerek fogyasztói ára 18,5 százalékkal emelkedett.⁹

Az **egészségpénztárak** részesedésének dinamikája a korábbi évek jelentős növekedése után, az adózási kedvezmények szűkítése miatt 2010 után lelassult. Akárcsak a háztartások közvetlen kiadásai esetében, az egészségpénztárak is a gyógyszerekre fordították a kifizetéseik nagyobb részét: 2011-ben az 57 milliárd forintból 30 milliárd forintot, miközben 2006-ban a 30 milliárd forintból csak 13 milliárd forintot.

A **vállalkozások** ráfordításainak legnagyobb tételét a gyógyszergyártók és a forgalmazók OEP részére történő befizetése jelentették: mely tartalmazza a gyógyszergyártói befizetéseket, a forgalomhoz köthető befizetéseket, a támogatott gyógyszertermenységet meghaladó forgalom miatti visszafizetéseket, továbbá a gyógyszer-ismertetési díjat.

Módszertani megjegyzések:

Az egészségügyi kiadások adatait a Központi Statisztikai Hivatal az OECD által kidolgozott módszertan alapján állítja össze, az OECD által közreadott *Egészségügyi számlák rendszere (System of Health Accounts – SHA)* kézikönyvben leírt módszertan és osztályozás szerint.

⁹ Forrás: KSH, Stadat, 3.6.4. tábla.

Elérhetőségek

kommunikacio@ksh.hu

[Információs szolgálat](#)

Telefon: (+36-1) 345-6789

www.ksh.hu