

Versenyképesség és egészségügy

Prof. Dr. Csath Magdolna,
Szent István Egyetem, Nemzeti Közszolgálati Egyetem

Az írás vizsgálja az összefüggéseket a nemzeti versenyképesség, a humán tőke állapota, és az egészségügyi rendszer finanszírozása között Magyarországon. Többféle adatbázisra és elemzésre támaszkodva bizonyítja, hogy a magyar gazdaság versenyképességi problémái, a lakosság egészségi állapota és az egészségügyi alulfinanszírozottsága között erős összefüggés található. A humán tőke egészségi állapota rontja a versenyképesség javítás jövőbeli esélyeit is. Az írás rámutat arra is, hogy nem elég az egészségügyre szánt összegeket növelni, annak hatásosabb és hatékonyabb felhasználása nélkül ugyanis a rendszer teljesítménye, és ezzel a lakosság egészségi állapota sem javítható jelentősen. Ezért át kellene mielőbb térni a hagyományos input-output – ráfordítás – és annak közvetlen eredménye – szemléletről az input-outcome, azaz ráfordítás – társadalmi hatás szemléletre.

The paper examines the interrelationships among national competitiveness, conditions of human capital and the financing of the health care system in Hungary. It proves – based on different data sources and analyses – that there is a strong correlation between the health conditions of the population and the underfinanced healthcare system. The poor health status of the population decreases the chances of improving future competitiveness, as well. The paper argues that it is not enough to increase the amount of money spent on the healthcare system, as without more effective and efficient spending neither the performance of the healthcare system nor the health status of the population utilization can be significantly improved. Therefore it would be important to change from the traditional input-output mentality to the input-outcome perspective, with a strong focus on the societal consequences of money spent.

BEVEZETÉS

A versenyképesség korunk egyik legnépszerűbb témája. Ritkán hallunk olyan politikai nyilatkozatot, amelyben ne szerepelne a versenyképes, versenyképesség kifejezés. De tudják-e a nyilatkozók, hogy miről is beszélnek, és azt, hogy mitől is függ a versenyképesség? A versenyképesség ugyanis átfogó fogalom, amelyet a cégek és a nemzetgazdaságok szintjén egyaránt lehet értelmezni. Az értelmezés cégek esetén viszonylag egyszerű. A cégek, piacgazdasági körülmények között, akkor versenyképesek, ha képesek olyan ter-

mékeket és szolgáltatásokat kínálni a vevőknek, amelyekért azok hajlandók olyan árat fizetni, amely biztosítja a cég tartós nyereségességét, folyamatos fejlődését és tulajdonosai számára az elvárt hozamot. A cégek esetén tehát a hangsúly a nyereségességen van. De mi a helyzet a nemzetgazdaságokkal? Azok mikor versenyképesek? A legelterjedtebben idézett meghatározást erre az OECD (Organization for Economic Cooperation and Development: Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet) adta. Eszerint a versenyképesség egy nemzet esetén azt méri, hogy szabad kereskedelem és tisztességes verseny mellett milyen mértékben tud olyan termékeket és szolgáltatásokat előállítani, amelyek keresettek a nemzetközi piacokon, és mennyire képes arra, hogy a lakosság reáljövedelmét hosszú távon növelni tudja. Ez a definíció elég közel áll az üzleti versenyképesség meghatározáshoz, de van egy figyelemre méltó többlet eleme, ez pedig a lakosság jövedelmének emelkedése, mint a versenyképesség jele.

A NEMZETGAZDASÁGI VERSENYKÉPESSÉG

Mi kell azonban a lakosság jövedelmének emeléséhez? Egyrészt olyan munkahelyek, amelyekben a tudását, képességeit hasznosítja, másrészt pedig az, hogy a munkáját meg is fizessék. Ezen a ponton azonban beleütközünk abba, hogy a mindenkori gazdaságpolitika milyen fejlesztési célokat választ. Ha annak lényege, hogy sok új munkahelyet elsősorban a külföldi cégek tudnak teremteni, azokat pedig elsősorban olcsó munkaerővel lehet bevonítani, akkor az várható, hogy a cégek az egyszerűbb, összeszerelő munkafolyamatokat fogják betelepíteni, és az olcsó munkaerőre építve fogják profitjukat maximalizálni. Ezek a munkahelyek azonban nem igényelnek különleges tudást és képességeket, csak fizikai állóképességet és a stressz elviselésének képességet. Nem is fizetnek általában jó béreket. További gond, hogy ha a cégek becsábítása érdekében jelentős adókedvezményeket és támogatásokat is ad egy kormány, akkor ezzel korlátozza egyrészt saját bevételeit, másrészt megterheli a költségvetés kiadási oldalát. Ezzel viszont csökkenti a legfontosabb fejlesztési területekre, az oktatásra és egészségügyre fordítható összegek nagyságát. De az alacsony bérek után fizetendő személyi jövedelemadó is alacsonyabb, ami szintén költségvetési kiesést jelent. A külföldi tőke gazdaságban játszott szerepe miatt érdemes a nemzetgazdasági szintű versenyképességre olyan új definíciót alkotni, amely a munkaerő képességeinek okos hasznosítását és állandó erősítését is versenyképességi tényezőnek tekinti. Egy ilyen definíció lehetne a következő: akkor versenyképes egy nemzetgazdaság, ha a nemzet képességei jól hasznosulnak és

hosszabb távon folyamatosan erősödnek, a cégek nagy hozzáadott értéket termelnek, és mindezek következtében az emberek életszínvonala és életminősége folyamatosan javul (saját definíció). Eszerint nem jól gazdálkodik egy nemzet a rendelkezésére álló humán képességekkel, ha nem jó az oktatás minősége, az egészségügy nem segít megelőzni, illetve meggyógyítani a betegségeket, és ha nem hasznosul a tudás a munkahelyeken, mivel ott csak monoton összeszerelő munkára használják az embereket. Ez a helyzet nemcsak az egyének, de a társadalom számára is káros. Az OECD Observer [1] ezzel kapcsolatban így fogalmaz: az egészségügyi állapot hatása a gazdasági fejlődésre bizonyított. Gyenge egészségi állapotú lakossággal nehezebb elérni a fenntartható gazdasági növekedést. Kutatók bizonyítják azt is, hogy a várható élettartam 10%-os növekedése körülbelül 0,3-0,4 százalékkal emeli még az éves átlagos gazdasági növekedést. A gyenge egészségi állapot nehezíti a termelékenység növekedését is. A rossz egészségi állapot tehát egyrészt felesleges emberi élet vesztését, másrészt csökkenő gazdasági értékteremtési lehetőséget jelent (nem szó szerinti idézet). Nem véletlen ezért, hogy a nemzetközi versenyképesség-elemző intézmények versenyképesség befolyásoló tényezőként vizsgálják az oktatási és az egészségügyi rendszer működésének minőségét és hatékonyságát, és az erre szánt források nagyságát. Az egyik legtekintélyesebb nemzetközi kutatóintézet, az IMD (Institute for Management Development, Lausanne, Svájc) évente jelenteti meg versenyképességi elemzését. A vizsgálatok során különös figyelmet fordít arra, hogy egy ország mit tesz a humán vagyoni erősítése érdekében. 2016-ban a vizsgált 61 ország között Magyarország a 46. az IMD versenyképességi listáján. Az EU-ban nálunk rosszabb helyezése csak Romániának (49), Bulgáriának (50.) és Görögországnak (56.) van. A vizsgált részmutatók között különösen rossz a helyezésünk az egészségügy és az oktatás színvonala (55., 53.) és az életminőség (57.) tekintetében. Az egészségügyi helyzettel kapcsolatban vizsgálják a finanszírozást és az egészségi mutatókat. Az életminőség esetén pedig elemzik például, hogy hogyan érzik magukat a munkavállalók a munkahelyü-

kön. A munkavállalók munkahelyekkel kapcsolatos véleményét mutatja motiváltságuk és az elvándorlás mértéke, vagy ahogyan a kutatók fogalmazzák, az agyelszívás. Motiváltság tekintetében az 58., agyelszívás tekintetében pedig a 60. helyen vagyunk a 61 országot tartalmazó listán. A továbbiakban vizsgáljuk meg kicsit részletesebben az egészségügyi adataink alakulását és az azokból levonható következtetéseket.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTUNK ÉS EGÉSZSÉGÜGYÜNK A SZÁMOK TÜKRÉBEN

A legfontosabb egészségügyi adatnak a várható élettartam alakulását tekintik az elemzők. Az OECD legfrissebb adatai [2] szerinti várható élettartam idősoros adatait hat országra az 1. táblázatban láthatjuk. A 2014. évi értékek szerint, a vizsgált országok között férfiak és nők esetén egyaránt Magyarországon a legalacsonyabb a várható élettartam. Viszont az OECD átlagot a többi V4 ország sem éri el. Legközelebb hozzá a cseh adatok vannak. Ha a változást is figyelembe vesszük, akkor azt látjuk, hogy míg 1960-ban a magyar várható élettartam közel volt a némethez és az osztrákhhoz, és magasabb volt a lengyelnél, 1980-tól fokozatos lemaradást tapasztalunk. 2014-ben pedig a lemaradás már jelentős. Érdemes megemlíteni, hogy a nemzetfogyás is 1980-ban indult el, vagyis ettől kezdve haladták meg a halálozási számok a növekedést. Az 1. táblázat alapján látható, hogy míg az élettartam hosszabbodása 1960 és 2014 között kiugróan magas volt Németországban és Ausztriában, addig a V4 országokban sokkal szerényebb növekedés történt. A másik fontos egészségi mutató a csecsemőhalandóság. E tekintetben az 1000 élve születettre jutó halálozásokhoz mérve 2014-ben az OECD országok között 4,5-os értékünkkel a 8. legrosszabb helyen vagyunk. Fel kell figyelni arra, hogy a korai halálokok között még 2014-ben is élen járunk az öngyilkosságok száma tekintetében. A 100 ezer lakosra jutó öngyilkosságok száma nálunk 18, ami a 4. legrosszabb érték. Az OECD átlag 12,1 fő. De rosszul állunk a dohányzás tekintetében is. A 2014. évi adatok alapján a 15 évnél idősebb

Ország	1960		1970		1980		1990		1995		2000		2005		2010		2014		Változás (%) 1960-			
	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő
Ausztria	65,4	71,9	66,5	73,5	69,0	76,1	72,3	79,0	73,4	80,1	75,2	81,2	76,6	82,2	77,8	83,5	79,2	84,0	21,0	16,8	9,5	6,3
Cseh-ország	67,8	73,5	66,1	73,1	66,9	74,0	67,6	75,5	69,7	76,8	71,6	78,5	72,9	79,2	74,5	80,9	75,8	82,0	11,8	11,6	12,1	8,6
Német-ország	66,5	71,7	67,5	73,6	69,6	76,2	72,0	78,5	73,3	79,9	75,1	81,2	76,7	82,0	78,0	83,0	78,7	83,6	18,3	16,6	9,3	6,5
Lengyel-ország	64,9	70,6	66,6	73,3	66,0	74,4	66,3	75,3	67,7	76,4	69,6	78	70,8	79,3	72,2	80,7	73,7	81,7	13,6	15,7	11,2	8,5
Szlovákia	67,9	72,7	66,8	73,3	66,3	74,4	66,7	75,7	68,4	76,5	69,2	77,5	70,2	78,1	71,8	79,3	73,3	80,5	8,0	10,7	9,9	6,3
Magyar-ország	65,9	70,2	66,3	72,1	65,5	72,8	65,2	73,8	65,4	74,5	67,5	76,2	68,7	77,2	70,7	78,6	72,3	79,4	9,7	13,1	10,4	7,6
OECD átlag																	77,9	83,3				

Forrás: [2]

1. táblázat
Várható élettartam (férfiak, nők)

lakosságon belül a rendszeresen dohányzók aránya 25,8%. Ennél magasabb érték csak három OECD országban van (Chile, Görögország, Lettország). A jó hír viszont, hogy a 2014-es adatok alapján az OECD országok között az alkoholfogyasztás (l/fő) tekintetében javult a pozíciónk: a miénknél (10,6 l/fő) magasabb a fogyasztás 8 országban, közöttük például Ausztriában, Csehországban és Németországban is.

Végül egy további nagyon kedvezőtlen adat: nálunk a különböző okok miatt potenciálisan elvesztett életévek száma a 0-69 kor közötti férfiak esetén 100 ezer főre vetítve, 2014-ben 7031 év. Ez Lettország és Mexikó után a harmadik legrosszabb adat. Az OECD átlag 4409 év. Az osztrák érték 3563 év. A nők esetén is sokkal jobb a helyzetünk. A 3289 évvel a 4. legrosszabb hely a miénk. Az OECD átlag 2289 év. Az osztrák érték 2034 év. 1960-ban azonban férfiak és nők esetén is még sokkal jobbak voltak az adataink. Akkor még a miénknél rosszabbak voltak például a lengyel és a portugál adatok is, adataink közel voltak az osztrák, finn, olasz értékekhez. A lecsúszás – összhangban a korábban idézett adatokkal – a 80-as években indult el. A különböző okok miatt potenciálisan elvesztett éveket az OECD a megelőzhető korai halálozás elemzésével úgy számítja ki, hogy 70 évnek tekinti azt a kort, amelyet elérhetnének, de nem érnek el az emberek. Ezzel arra kíván rámutatni, hogy mekkora kár éri azzal az országok társadalmát és gazdaságát egyaránt, ha az emberek túl korán halnak meg. Az egészségi állapotot nyilvánvalóan befolyásolja az életmód, de a társadalmi közeg is, például a rendelkezésre álló munkahelyek minősége, vagy az, hogy hogyan bánnak a munkaadók a munkavállalókkal.

AZ EGÉSZSÉGÜGYRE FORDÍTOTT FORRÁSOK

Az is ismert tény, hogy jelentős hatással van egészségügyre, a megelőzés és gyógyítás lehetőségeire, hogy mekkora összeget szán erre egy kormány, illetve, hogy a rendelkezésre álló összeget milyen hatékonyan költi el. Kirkegaard [3] szerint összefüggés van egy ország által az egy főre fordított egészségügyi kiadások és a feleslegesen elvesztett életévek között. A modell, amely a 2011-12. évi adatokra építve vizsgálta az OECD országok egészségügyre szánt kiadásai és az elvesztett életévek közötti összefüggést, azt mutatta, hogy Magyarországon szoros összefüggés található az egészségügy alulfinanszírozottsága és a magas elvesztett életévek között férfiak és nők esetén egyaránt. A magyar egészségügyi kiadásokat nemzetközi összehasonlításban 2008. és 2015. között a 2. táblázatban látjuk. A vizsgált 12 OECD ország között 2015-ben csak két ország szánt kevesebbet a GDP százalékában egészségügyre, mint Magyarország.

A magyar érték 2015-ben az OECD érték csupán 77,8%-a. A fejlett gazdaságú országok mind a GDP 10 százaléka fölött vagy ahhoz közel (Nagy-Britannia 9,8%) költenek az egészségre. A vizsgált időszakban Magyarország 2008 és 2011 között növekvő, azóta minden évben csökkenő százalékban szán pénzt az egészségügyre a megtermelt új értékből.

Ország	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ausztria	9,6	10,1	10,1	9,9	10,1	10,1	10,3	10,3
Csehország	6,4	7,3	6,9	7,0	7,1	7,0	7,7	7,6
Németország	10,1	11,1	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1
Görögország	9,8	9,8	9,9	9,5	8,9	8,7	8,3	8,2
Japán	8,5	9,4	9,5	11,1	11,2	11,3	11,4	11,2
Lengyelország	6,4	6,6	6,4	6,2	6,2	6,4	6,4	6,3
Szlovákia	7,0	8,0	7,8	7,4	7,7	7,6	7,0	7,0
Svédország	8,3	8,9	8,5	10,7	10,9	11,1	11,2	11,1
Szlovénia	7,8	8,6	8,6	8,5	8,7	8,8	8,5	8,4
Nagy-Britannia	7,9	8,7	8,5	8,4	8,5	9,9	9,9	9,8
Magyarország	7,1	7,3	7,6	7,6	7,5	7,3	7,2	7,0
USA	15,3	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,6	16,9
OECD átlag								9,0

Forrás: OECD, 2016

2. táblázat
Egészségügyi kiadások a GDP százalékában (%)

A GDP egészségügyre szánt százalékos értékének évenkénti változását 2008. és 2015. között Magyarország esetén a 3. táblázat mutatja.

2009/2008	2010/2009	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014
2,6	4,1	0	-1,3	-0,9	-1,4	-2,8

3. táblázat
A GDP egészségügyre fordított százalékos arányának évenkénti változása (%), Magyarország

A táblázatban azt látjuk, hogy a GDP-hez viszonyított százalékos érték legjobban 2009-ről 2010-re nőtt, és legerősebben 2014-ről 2015-re csökkent. Ez természetesen azzal is összefügg, hogy hogyan alakult maga a GDP. Ugyanis ha nagyobb az értéke, akkor ugyanaz az egészségügyi ráfordítás százalékosan kisebb. A 2015. évi 7,0 százalék kisebb, mint a 2008-as válság évi 7,1 százalék. Azonban a GDP arányos egészségügyi kiadás nem ad elegendő információt az egészségügyre ténylegesen szánt pénzről, hiszen nagyon fontos az is, hogy egy főre vetítve mennyit szán egy ország egészségügyre. Az egy főre jutó egészségügyi kiadások tekintetében (USA dollárban és vásárlóerő paritáson mérve) 2015-ben Magyarország 1845 dolláros értékével a 35 OECD ország között a hatodik legrosszabb helyen van. Nálunk rosszabb értékei Észtországnak (1824), Lettországnak (1371), Mexikónak (1070), Lengyelországnak (1677) és Törökországnak (1064) vannak. Az OECD átlagnak (3740) a magyar érték csupán a 49,3 százaléka. A csehek 34, a szlovákok 12, a szlovének 43, az osztrákok pedig 170 százalékkal fordítanak többet egy főre vetítve egészségügyre. Még pontosabb adat az egy főre jutó egészségügyi kiadások inflációval csökkentett, azaz reálértéke. A 2005-2015-ös időszakban a 35 OECD ország között csupán 4-ben csökkent az egészségügyre fordított kiadások egy főre jutó reálértéke: Görögországban 3,8, Olaszországban 0,4, Portugáliában 0,7 és

Magyarországon 0,4 százalékkal. Ez azért érdekes adat, mert ezen adat alapján egy csoportban vagyunk az ún. válság országokkal, amelyek – komoly gazdasági gondjaik miatt – megszorításokra, közöttük az egészségügyre szánt állami kiadások csökkentésére kényszerülnek.

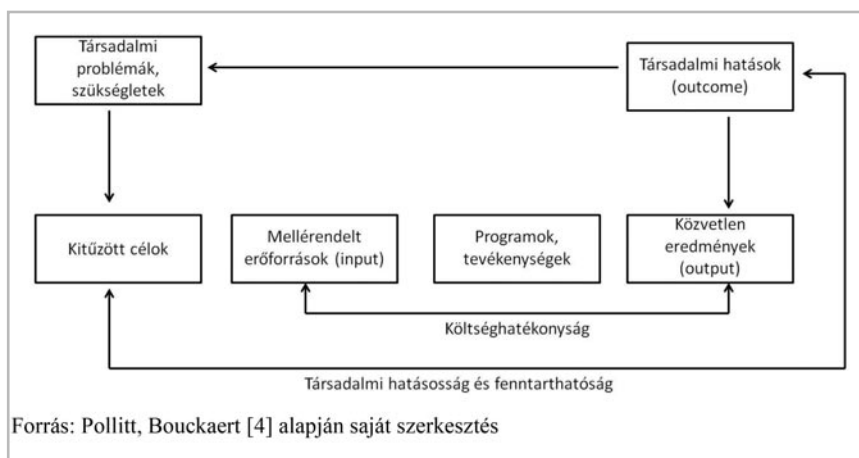
Érdemes végül kiemelni az OECD megállapításaiból, hogy meglepően rossz a helyzetünk a CT diagnosztikai eszközök rendelkezésre állása tekintetében. 2014-ben egy millió lakosra 7,9 készülék jutott. Ennél rosszabb érték az OECD országok között csak Mexikóban van (5,9). Viszont Csehországban 15,1, Ausztriában 29,4, Németországban 18,8, Szlovákiában 14,4 és Svájcban 36,2 ez az érték.

EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK ÉS AZOK HATÁSAI: JÓ CÉLOK ÉS HATÉKONY FELHASZNÁLÁS

Már korábban is említettük, hogy az egészségügyre szánt összeg mellett az is fontos, hogy mire és milyen hatékonysággal költjük el a pénzt. Ezt a folyamatot az 1. ábrával szemléltethetjük.

A model szerint nagyon fontos a problémák és a kitűzött célok összehangolása, a jó célok kitűzése, és azok költség-hatékony megvalósítása. Például, ha a népességfogyás és a rövid várható élettartam a probléma, akkor ki lehet például tűzni célként a legelterjedtebb halálnemekben, például rákban meghalók számának csökkentését. Ebből már le lehet vezetni azokat a konkrét akciókat, amelyek segítségével ez a cél elérhető. Ezután lehet meghatározni a cél elérését segítő források nagyságát, beleértve a megelőzésre és a gyógyításra, vagy a technikai korszerűsítésre szánt összeg nagyságát (mellérendelt erőforrás, input). Az eredmény értékeléséhez azonban kevés bemutatni azt, hogy mennyi pénzt fordított az állam készülékbeszerzésre, kórház korszerűsítésre. A ráfordított pénz az input, a létrejövő beruházás, készülékbeszerzés pedig a közvetlen eredmény, vagyis az output. A valódi eredmény, az outcome viszont az elért hatást mutatja. Azt, hogy a beruházással, készülékbeszerzéssel milyen közel kerülünk a célok eléréséhez, az említett példához kapcsolódva az egész-

ségi állapot javulásához, végső soron pedig a népességfogyás lelassulásához, a várható élettartam meghosszabbodásához. Vagyis a pénzbeli ráfordítás nagyságán kívül mérni kell a felhasználás hatékonyságát is: azt, hogy jó célra és takarékosan költöttük-e el az összegeket. Egyszerűen fogalmazva ez azt jelenti, hogy az egészségügyi rendszer egészenek működését annak alapján ítéljük meg, hogy az mekkora hatással van a társadalom egészségi állapotára. A témához kapcsolódva egy egyszerű példát szeretnék említeni anélkül, hogy a gyűjtőkórház, nagy központi kórház, illetve helyi közösségeket kiszolgáló egészségügyi intézmények egymáshoz való viszonyával kapcsolatos hazai szakmai vitában állást foglalnék, hiszen ez nem az én szakterületem. Viszont felfigyeltem egy érdekes amerikai kísérletre, amely abból indult ki, hogy a helyi közösségek egészségi állapotáért a helyi kötédsű egészségügyi intézmények tudnak a leginkább felelősséget vállalni. Ezzel összhangban, az USA-beli Dallasban, a gyermekkórházban egy fiatal csapat úgy döntött, hogy elébe megy a helyi egészségügyi problémáknak. Átnézték a korábbi kórházi adatokat, és kiválasztottak 32 családot, amelyeken belül legalább egy tag már igényelt sürgősségi kezelést. Interjúkat készítettek a családokkal, és folyamatosan vizsgálták napi rutinjaikat, és azon belül azt, hogy mi árthatott az egészségüknek. Egy féléves felmérés után készítettek egy tervet az egészségi állapot javítására. A munkával azonban a kórházban nem mindenki értett egyet, mivel sokan voltak azon a véleményen, hogy a kórház feladata a gyógyítás és nem a közösségi megelőző munka. Ráadásul eléggé túlterheltek is voltak a kórház dolgozói. Ekkor a csapat magához a közösséghez fordult, és a helyi civilekkel megszervezte az „egészségfigyelő és előrejelző szolgálatot”. A szolgálat munkáját időről-időre a kórház lelkes fiatal csapata ellenőrizte, és tanácsokkal látta el. Később a kórház többi dolgozója is elfogadta, hogy a megelőzés, a képzés és a folyamatos ellenőrzés miatt javult a kiválasztott családok egészségi állapota, és így a kórház munkája is csökkent. Ezzel együtt a kórház gyógyítási költségei is alacsonyabbak lettek. Ezért a közösségi egészségmegőrző programot további családokra is kiterjesz-



1. ábra
Költség-eredményesség modell problémák

tették. A kórház ezek után úgy fogalmazta meg feladatát, hogy az több mint a betegek gyógyítása, és magában foglalja az egész közösség egészségi állapotáért való felelősségvállalást is. [5] Valószínű, hogy egy nagy, központi kórház ilyen feladatot nem tudna vállalni. Ez a gondolat persze tovább vihető. Chipman (2016) [6] például így fogalmaz: a kórházakat is az eredmények és nem önmagukban a beavatkozások száma alapján kellene finanszírozni. Ezt a gyakorlatot értékalapú egészségügyi szolgáltatásnak nevezi. E szerint nem a „szolgáltatásért” magáért, hanem annak eredményéért kapják a kórházak a finanszírozást.

A The Economist Intelligence Unit [7] ilyen szemlélettel vizsgálta meg néhány ország egészségügyi rendszerét. Azt találta, hogy a legjobb társadalmi hatással a szingapúri, ciprusi, costa ricai, dél-koreai és izlandi rendszer működik. Ennek oka a világos célkitűzés és a hatékony megvalósítás.

ÖSSZEFOGLALÓ GONDOLATOK

A nemzeti versenyképesség javítás egyik legfontosabb feltétele az értéktérítésre képes ember és az a lehetőség, hogy képességeit, tudását valóban értéktérítésre használhassa, illetve, hogy képességeit, tudását állandóan frissen tarthassa. A képességek és a tudás frissen tartását a tanulási lehetőségek, hasznosítását pedig a jó egészségi állapot segíti. A nemzet legfontosabb erőforrásának korunkban a humán vagyont tekintik. A humán vagyon minősége befolyásolja a versenyképességet, a gazdasági növekedést és a társadalmi haladást. Ezért rossz gazdaságpolitikai logika az, ha az oktatásra és egészségügyre fordított összegek nagyságának meghatározásánál azzal érvelünk, hogy azt az aktuális gazdasági eredményektől kell függővé tenni. A gazdaságpolitika mindig választások és értékrend kérdése is. Ha egy ország hosszú távon akarja biztosítani fejlődését, akkor a humán vagyonba történő beruházást kell az egyik legfontosabb prioritásnak tekintenie. A humán vagyon képes ugyanis arra, hogy a pénztőke és a fizikai tőke okos kombinálásával

növekvő értéket teremtsen. Ebben az írásban elemeztünk néhány, a humán vagyon állapotát és annak javítását célzó állami intézkedést jellemző adatot, amelyek alapján azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az OECD országok, de még a V4 országok között is a legtöbb adat lemaradottságunkat bizonyítja. De versenyképességünk tekintetében is romlik a teljesítményünk, ami azt igazolja, hogy a humán vagyonnal való nem megfelelő gazdálkodásnak nyoma van a versenyképességi eredményekben is. A humán vagyon megerősítéséhez szükség lenne megfelelően finanszírozott és hatékonyan működő egészségügyi rendszerre, ami egyben maga is, mint nagy tudást és hozzáadott értéket termelő ágazat, a gazdaság stratégiai ágazataként javíthatná a nagy hozzáadott értéktermelés arányát a gazdasági szerkezeten belül.

A finanszírozás mellett fontos lenne továbbá a ráfordítás és társadalmi haszon összhangjának megteremtése az egészségpolitikában, ami jelenti a jó célok választását és azok takarékos, gazdaságos és mérhető társadalmi eredményeket hozó megvalósítását is. Az írás, a megadott terjedelmű belülről a jelenlegi rendszer javítását segítő részletesebb javaslatok megfogalmazására nem vállalkozhatott.

Befejezésként egy friss adat: az USA-ban 2015-2016. között a legtöbb új munkahely – az informatikai terület mellett – az egészségügyben és az oktatásban jött létre. Ennek egyik oka, hogy a korszerűsödő gazdaságnak egyre több felkészült és egészséges szakemberre van szüksége. Nincs ez másképpen Magyarországon sem, azzal kiegészítve a gondolatot, hogy míg az USA lakosságszáma nő, a miénk csökken. A csökkenő lakosság pedig a gazdasági teljesítmény szempontjából is veszélyforrás. A gazdasági és társadalmi fejlődéshez ezért a prioritások között a népességfogyás és a rövid élettartam egészségügyi és egyéb okait is elemezni kellene, és stratégiát kellene alkotni az okok megszüntetésére. A stratégián belül – az életmódból adódó problémák mellett – az egészségügyi rendszer finanszírozási és hatékonysági problémáira is megoldást kellene találni.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] OECD Observer (2004) No. 243. May 2004: Health and the Economy: a vital relationship. (oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy.) Letöltve 2016.09.02.
- [2] OECD (2016): OECD Health Statistics. June. 30. 2016. (www.oecd.org/els/health_systems/health_data.htm) Letöltve: 2016.09.01.
- [3] Kirkegaard, JF: The True levels of Government and Social Expenditures in Advanced Economies. Policy Brief. Peterson Institute for International Economics No. PB15-4. Washington DC. (2015): (https://www.ciaonet.org/attachments/28026/uploads?1444080866.) www.pii.com. Letöltve: 2016.09.04.
- [4] Pollitt Ch., Bouckaert G: Public Management Reform, A Comparative Analysis, Oxford: New York Oxford University Press, 2010
- [5] Satell, G.: This Children's Hospital in Dallas is Reimagining The Healthcare Business Model, Digital Tonto. 2016. aug. 10. www.digitaltonto.com/2016/this-childrens-hospital-in-dallas-is-reimagining-the-healthcase-bu. (letöltve: 2016. augusztus 14.)
- [6] Chipman, A: Value-based Healthcare in Japan, EIU Report, 2016.
- [7] EIU (2016): Health outcomes and cost: A 166-Country comparison. (http://www.eiu.com/public/thankyou=download.aspx?activity=download&campaignid=Healthoutcome 2014). Letöltve 2016. aug. 10.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Prof. Dr. Csath Magdolna a Szent István Egyetem Emeritus professzora és a Nemzeti Közszerológiai Egyetem magántanár kutató professzora, valamint a Prágai Közgazdaságtudományi Egyetem vendégprofesszora. Érdeklődési és kutatási területei elsősorban a versenyképesség és gazdasági stabilitás, a gazdaság, mint nemzetbiztonsági

tényező, az állami szektor és a közszerféra stratégiai menedzsmntje, innovativitása és minőségbiztosítása témaköröket ölelik fel. De foglalkozik a kisvállalkozások szerepével a modern gazdaságokban, és kutatja üzleti környezetük alakulásának főbb tendenciáit. Tagja a „Social Progress Initiative” nemzetközi hálózatnak, amely a gazdasági haladás és

a társadalmi haladás együttes rendszerét elemzi átfogó mutatószámrendszer segítségével az EU országaiban. Szerkesztője és részben szerzője a Nemzeti Közszerológiai Egyetem gondozásában megjelent és alternatív nézeteket is bemutató Közgazdaságtan tankönyvnek. A „Jó állam” kutatás keretében „A gazdasági stabilitás és versenyképesség” munkacsoportot vezeti a Nemzeti Közszerológiai Egyetemen. 2015-ben a nemzetgazdasági minisztertől a „Magyar vállalkozásokért”, a köztársasági elnöktől pedig a Magyar Érdemrend Tisztikeresztje kitüntetését kapta meg. Legfrissebb publikációi: A gazdasági biztonság, mint a nemzeti biztonság egyik pillére (Társadalom és Honvédelem, 2015/3), Innovatív és agilis állam, mint a sikeres gazdaság és társadalom feltétele. (Pro Publico Bono, Magyar Közigazgatás, 2016/1).

Magyarországra érkezett az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) ügyvezető igazgatója, prof. Guido Rasi

Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet meghívására Magyarországra érkezett az Európai Gyógyszerügynökség (European Medicines Agency, EMA) ügyvezető igazgatója, prof. Guido Rasi. Az Európai Gyógyszerügynökség az Európai Unió decentralizált testülete, fő feladata a humán és az állategészségügy területén az egészségvédelem előmozdítása, az emberi, illetve állatgyógyászati felhasználásra szánt gyógyszerek értékelésén és felügyeletén keresztül. Az ügynökség a gyógyszerkészítmények európai forgalombahozatali engedély kérelmek tudományos értékelését látja el (centralizált eljárás) a tagállamok gyógyszerhatóságainak közreműködésével. Az EMA jelenleg körülbelül 900 munkatársa és a tagállamok gyógyszerügyi hatóságainak szakértői szoros együttműködésben azon dolgoznak, hogy az Európai Unióban élő több mint 500 millió ember számára elérhető gyógyszerek biztonságosak, hatékonyak és megfelelő minőségűek legyenek.

Az elmúlt 21 évben, az EMA fennállása óta Magyarországon nem került sor hasonló látogatásra. Dr. Pozsgay Csilla, az OGYÉI főigazgatója szerint „a találkozó egy fontos alkalom, lehetőség, melynek kapcsán közvetlen információt nyerhetünk az EMA céljairól, stratégiájáról, illetve a személyes beszélgetések módját teremtenek arra is, hogy közösen feltárjuk, miként erősítheti az OGYÉI az együttműködést a Gyógyszerügynökséggel”. A megbeszélésen az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet vezetői ismertették az EMA igazgatójával az OGYÉI feladatait, céljait és stratégiáját, azokat az alakulóban lévő, illetve megvalósult elképzeléseket, melyeken keresztül a magyarországi gyógyszerügyi hatóság még szorosabbra fűzheti az együttműködést az EMA különböző bizottságaival, egyre nagyobb részt vállalhat a közös európai feladatokból.

Az OGYÉI vezetője elmondta, szeretné, ha a közös gondolkodásnak, eszmecserének részesei lennének a magyarországi gyógyszerpiac szereplői is. Az OGYÉI által szervezett találkozó keretében prof. Guido Rasi megoszthatta a jelenlevőkkel az Európai Gyógyszerügynökség fő stratégiai elképzeléseit. Az EMA vezetője betekintést nyerhetett a Magyarországon tevékenykedő gyógyszeripari vállalatok, kis- és nagykereskedelmi tevékenységet folytató cégek, kórhelyek – egyetemek – tevékenységébe, megismerhette a hazánkban zajló innovatív folyamatokat és kutatásokat – mondta Pozsgay Csilla.

Az EMA tevékenységéről

Az Európai Gyógyszerügynökség prioritásként kezeli, hogy jövő év végére befejeződjön a farmakovigilancia-jogszabály teljes bevezetése, illetve a klinikai vizsgálatokra vonatkozó új jogszabály életbe léptetéséhez szükséges rendszerek létrehozatala.

Folytatás a 20. oldalon