European Commission



State of Health in the EU

Magyarország

Egészségügyi országprofil 2019

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Egészségügyi országprofilok sorozat

A *State of Health in the EU* egészségügyi országprofiljai szakpolitikai szempontból releváns rövid áttekintést nyújtanak az EU/Európai Gazdasági Térség egészségügyi helyzetéről és egészségügyi rendszereiről. Az országprofilok országok közötti összehasonlítás mentén emelik ki az egyes országok sajátosságait és kihívásait. A cél, hogy a kölcsönös tanulás és az önkéntes adatcsere eszközével támogassák a politikai döntéshozókat és véleményvezéreket.

Az országprofilok az OECD és a European Observatory on Health Systems and Policies közös munkájának eredményeként jöttek létre, az Európai Bizottsággal együttműködésben. A munkacsoport köszönetet mond a Health Systems and Policy Monitor hálózatnak, az OECD Egészségügyi Bizottságának és az EU egészségügyi információkkal foglalkozó szakértői csoportjának az értékes észrevételeikért és javaslataikért.

Tartalom

1. ÖSSZEFOGLALÓ 3
2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI HELYZET MAGYARORSZÁGON 4
3. KOCKÁZATI TÉNYEZŐK 7
4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER 9
5. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER TELJESÍTMÉNYE 12
5.1. Hatékonyság 12
5.2. Hozzáférés 15
5.3. Reziliencia 18
6. FŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK 22

Az adatok és információk forrásai

Az egészségügyi országprofilokban szereplő adatok és információk főként az Eurostatnak és az OECD-nek eljuttatott hivatalos nemzeti statisztikákon alapulnak, amelyeket hitelesítettek a legmagasabb szintű adat-összehasonlíthatóság biztosítása érdekében. Az adatok alapjául szolgáló források és módszerek elérhetők az Eurostat adatbázisában és az OECD egészségügyi adatbázisában. Bizonyos további adatok az Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME; Egészségügyi Mérési és Értékelési intézet), a European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC; Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ), a Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC; iskoláskorú gyermekek egészségmagatartására vonatkozó felmérések) és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) forrásaiból, valamint egyéb nemzeti forrásokból származnak.

A számított uniós átlagok a 28 tagállam súlyozott átlagai, kivéve, ha az másként nem kerül feltüntetésre. Az uniós átlag Izland és Norvégia adatait nem tartalmazza.

Ez a profil 2019 augusztusában készült, 2019 júliusáig bezárólag elérhető adatok alapján.

Az ebben a profilban szereplő táblázatokhoz és grafikonokhoz tartozó Excel-munkalapok letöltéséhez gépelje be internetes böngészőjébe az alábbi URL: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Hungary.xls

A demográfiai és társadalmi-gazdasági környezet Magyarországon 2017-ben

Demográfiai tényezők	Magyarország	EU
Népesség (évközi becslés)	9 788 000	511 876 000
A 65 év feletti népesség aránya (%)	18,7	19,4
Termékenységi arányszám[1]	1,5	1,6
Társadalmi-gazdasági tényezők		
Egy főre jutó GDP (PPP EUR[2])	20 300	30 000
Relatív szegénységi arány[3] (%)	13,4	16,9
Munkanélküliségi ráta (%)	4,2	7,6

1. Az egy főre jutó gyermekszületések száma a 15–49 év közötti nők körében. 2. Vásárlóerő-paritás (PPP): pénznemek átszámítására alkalmazott arányszám, amely kiegyenlíti a különböző valuták vásárlóerejét, kiküszöbölve az országok árszínvonalában mutatkozó különbségeket. 3. A rendelkezésre álló ekvivalens mediánjövedelem kevesebb mint 60 %-ából élő személyek száma.
Forrás: Eurostat adatbázis.

Felelősségkizáró nyilatkozat: Ez a dokumentum kizárólag a szerzők véleményét és érveit tartalmazza, amelyek nem feltétlenül tükrözik az OECD vagy annak tagországai, a European Observatory on Health Systems and Policies, illetve annak bármely partnere hivatalos álláspontját. Az itt szereplő vélemények semmi esetre sem tekinthetők az Európai Unió hivatalos álláspontjának.

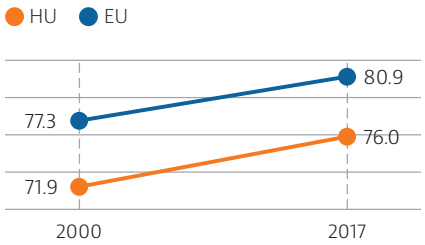
Ez a dokumentum, valamint a benne foglalt adatok és térképek nem érintik a területek státuszát vagy a területek feletti fennhatóságot, a nemzetközi határok kijelölését, illetve területek, városok vagy térségek nevét.

A WHO további felelősségkizáró nyilatkozatai az alábbi címen olvashatók: http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Összefoglaló

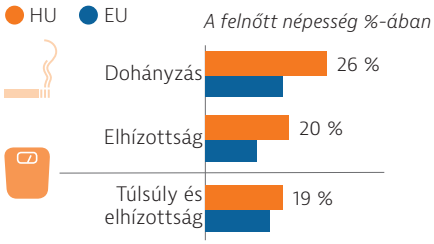
A 2000 óta tapasztalható javulás ellenére Magyarország egészségi állapot mutatói még mindig elmaradnak a legtöbb uniós országétól, ami egyfelől az egészségtelen életmódra, másfelől az egészségügyi ellátás korlátozott hatékonyságára vezethető vissza. A dohányzás szintje, a túlzott mértékű alkoholfogyasztás és az elhízás a legmagasabb értékek között van az EU-ban, amely hozzájárul a szív- és érrendszeri betegségekkel és a rákkal összefüggő halálozás magas arányához. Az egészségügyi ellátásra fordított közkiadások jelentősen elmaradnak az uniós átlagtól, és sok magyarnak közvetlenül kell finanszíroznia az ellátását, ami aláássa a méltányosságot. Az egészségügyi rendszer továbbra is túlzottan kórházközpontú, és nem fordítanak elegendő figyelmet az alapellátásra és megelőzésre. További reformokra és beruházásokra van szükség, hogy csökkentsék az EU többi részéhez viszonyított teljesítménybeli hátrányt.



Születéskor várható élettartam (évek)

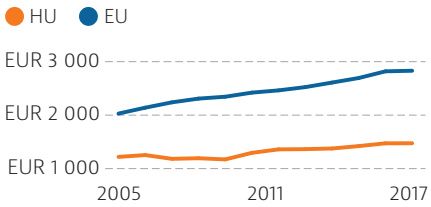
Az egészségügyi helyzet Magyarországon

A várható élettartam Magyarországon alacsonyabb, mint a legtöbb uniós szomszédjánál, a nemek és a társadalmi-gazdasági csoportok közötti eltérések pedig jelentősek. 2017-ben a születéskor várható élettartam 76,0 év volt, ami négyéves emelkedést jelent a 2000-ben mérthez képest, de még mindig közel öt évvel elmarad az uniós átlagtól (80,9 év). Az iskolázottság szerint nagy eltérések mutatkoznak a várható élettartamban: a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező férfiak átlagban 12 évvel rövidebb ideig élnek, mint a legképzettebbek, míg e szakadék több mint 6 év a nők esetében.



Kockázati tényezők

Az életmóddal összefüggő kockázati tényezők felelnek a halálozások feléért Magyarországon. Négy felnőttből több mint egy dohányzott napi szinten 2014-ben – ez a harmadik legmagasabb arány az EU-ban. A felnőttkori elhízás is a legmagasabbak között van az EU egészéhez viszonyítva: 2017-ben öt felnőttből egy volt elhízott, ez az arány pedig folyamatosan növekedett az elmúlt évtizedben. A túlsúly és az elhízás a gyermekek körében is növekvő probléma, amely majdnem minden ötödik 15 évest érintett 2013–2014-ben.



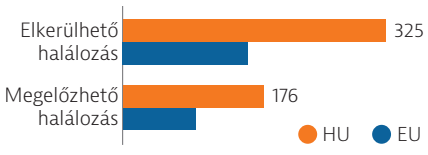
Egy főre jutó kiadás (PPP EUR)

Az egészségügyi rendszer

Magyarország mind abszolútértékben, mind a GDP százalékában kifejezve jóval kevesebbet költ az egészségügyre, mint az uniós átlag. Ráadásul az egészségügyi kiadásoknak alig több mint kétharmadát finanszírozza az állam, így a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások szintje az uniós átlag duplája. Összességében az egészségügyi rendszer túlzott mértékben támaszkodik a kórházi ellátásra, az alapellátás felszereltsége pedig elégtelen ahhoz, hogy komolyabb szerepet játsszon.

Hatékonyság

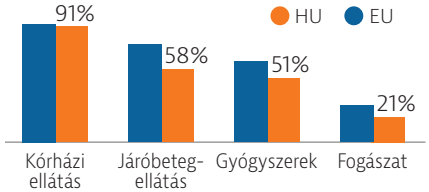
A megelőzhető és kezeléssel elkerülhető halálozás magas szintje azt sugallja, hogy az egészségügyi rendszer eredményességén nagymértékben lehetne javítani. A megelőzés és az alapellátás középpontba helyezése segíthet az elkerülhető elhalálozások csökkentésében.



Standardizált halálozási arányszám 100 000 lakosra, 2016

Hozzáférés

A társadalmi egészségbiztosítás által nyújtott egészségügyi ellátási csomag magassága viszonylag korlátozott más uniós országokhoz képest, aminek eredményeként a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások magasak, különösen gyógyszerek esetében. Az ellátáshoz való hozzáférést az egészségügyi szakemberek hiánya is akadályozza.



Kiválasztott ellátások biztosítási lefedettsége, 2016

Reziliencia

A magyar egészségügyi rendszer tartós alulfinanszírozottságának kezelése javíthatna az ellátás hozzáférhetőségén, tágabb értelemben pedig az egészségi állapoton. Ugyanakkor jelentős hatékonyságjavulás lenne elérhető a kórházi ágazat megreformálása, méretének csökkentése, valamint az alapellátás megerősítése révén.

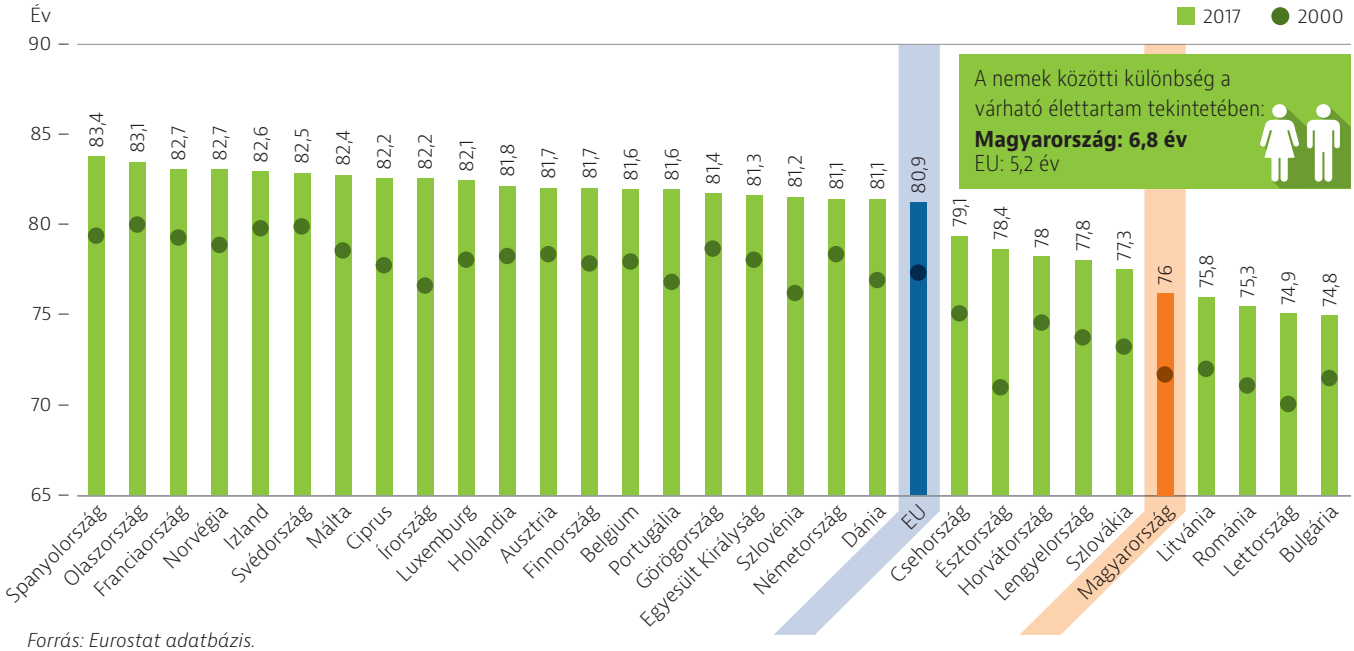
2 Az egészségügyi helyzet Magyarországon

A javuló tendencia ellenére a születéskor várható élettartam Magyarországon még mindig a legalacsonyabbak között van az EU-ban

Magyarországon a születéskor várható élettartam több mint négy évvel emelkedett 2000 és 2017 között (71,9 évről 76,0 évre), amely növekedés valamivel magasabb, mint az uniós átlag (3,6 év). Ennek ellenére 2017-ben a születéskor várható élettartam még mindig majdnem öt évvel volt alacsonyabb az uniós átlagnál (1. ábra), és a legalacsonyabb a visegrádi országok (Csehország, Magyarország, Lengyelország és Szlovákia) körében.

A magyar nők átlagosan hét évvel tovább élnek, mint a férfiak (79,3 év, szemben a 72,5 évvel). A nemek közötti különbség magasabb, mint az EU egészében (5,2 év), ami különösen annak köszönhető, hogy a férfiak nagyobb mértékben vannak kitéve kockázati tényezőknek, különösen a dohányzásnak és a túlzott mértékű alkoholfogyasztásnak (lásd a 3. szakaszt).

1. ábra Magyarországon a születéskor várható élettartam majdnem öt évvel kevesebb, mint az uniós átlag



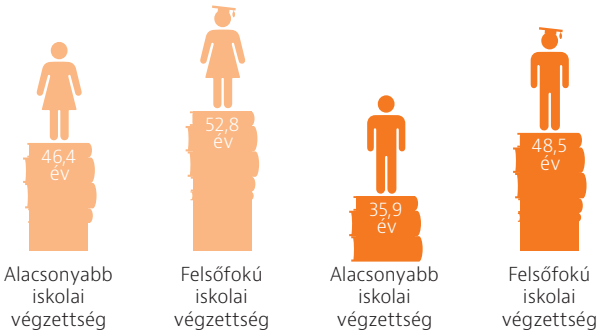
Forrás: Eurostat adatbázis.

A várható élettartamban megmutatkozó iskolázottság szerinti egyenlőtlenségek erőteljesek

A várható élettartamot illetően jelentős egyenlőtlenségek figyelhetők meg Magyarországon nemcsak a nemek szerint, hanem a társadalmi-gazdasági státusz szerint is. Amint a 2. ábrán látható, a 30 éves, felsőfokú végzettséggel rendelkező férfiak átlagosan 12 évvel élnek tovább, mint az alacsony végzettségű kortársaik; ez a különbség hat év a nők esetében.

A várható élettartamban az iskolázottság szerint meglévő különbség jóval meghaladja az uniós átlagot, ami részben azzal magyarázható, hogy az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők nagyobb mértékben vannak kitéve a különböző kockázati tényezőknek. Ideértendők például a magasabb dohányzási arányok és a helytelenebb táplálkozási szokások (lásd a 3. szakaszt). Minthogy a magasabb iskolázottsághoz általában magasabb társadalmi-gazdasági státusz társul, a várható élettartamban az iskolázottság szerint meglévő különbségek jövedelmi és életszínvonalbeli különbségekkel is összefüggnek, amely mind a különböző kockázati tényezőknek való kitettséget, mind az ellátás igénybevételének lehetőségét befolyásolhatja.

2. ábra Az iskolázottság szerinti különbség a várható élettartamban 30 évesek körében 12,6 év a férfiak, és 6,4 a nők esetében



A 30 éves korban várható élettartam különbsége iskolázottság szerint:

Magyarország: 6,4 év
EU21: 4,1 év

Magyarország: 12,6 év
EU21: 7,6 év

Megjegyzés: Az adatok a 30 éves korban várható élettartamra vonatkoznak. A magas iskolai végzettség úgy határozható meg, mint felsőfokú végzettség (ISCED 5–8), míg alacsony iskolai végzettségűek azok, akik középfokú tanulmányaikat sem fejezték be (ISCED 0–2).
Forrás: Eurostat adatbázis (az adatok 2016-ra vonatkoznak).

A várható élettartamot érintő egyenlőtlenségek a növekvő regionális különbségekben is tetten érhetőek. Az egészségi állapot földrajzi különbségei nőttek az 1990-es évek közepe óta, így a születéskor várható élettartam három évvel magasabb a leggazdagabb régióban (Közép-Magyarország), mint Észak-Magyarország viszonylag szegény régiójában (ÁEEK, 2016; Uzzoli, 2016).

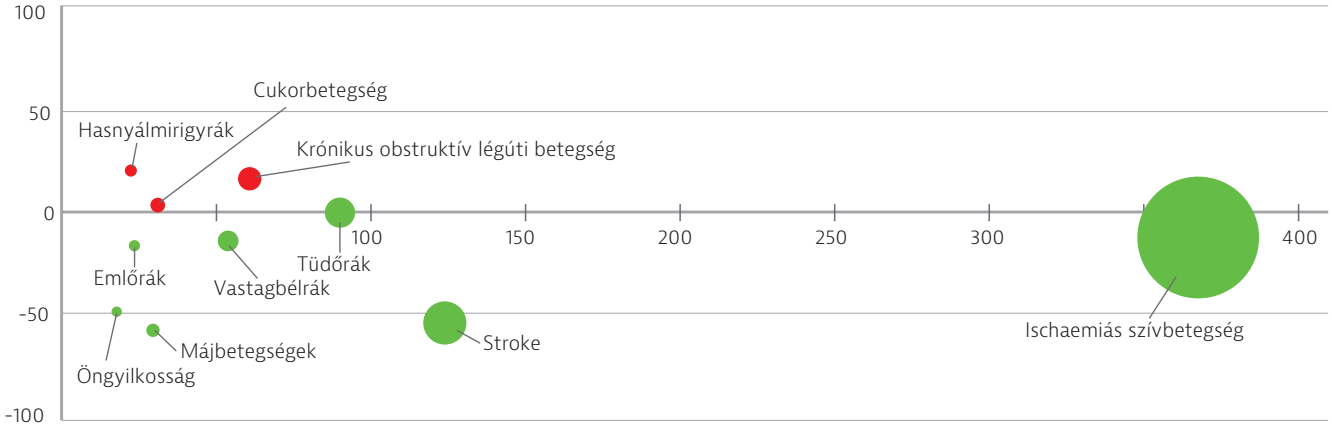
A szív- és érrendszeri betegségek a vezető halálokok Magyarországon

A várható élettartam 2000 óta tartó növekedéséhez főként a szív- és érrendszeri betegségek, különösen a stroke okozta mortalitás csökkenés vezetett (3. ábra). Mindazonáltal 2016-ban továbbra is a keringési rendszer betegsége volt messze a legmagasabban vezető halálok, és a szív- és érrendszeri betegségekre visszavezethető elhalálozások sokkal gyakoribbak voltak Magyarországon, mint a legtöbb uniós országban. Noha az ischaemiás szívbetegségből eredő halálozás az egész EU-ban több mint 40%-kal esett vissza 2000 és 2016 között, ez a csökkenés jóval mérsékeltebb volt Magyarországon, ahol a mortalitás mindössze 12%-kal lett alacsonyabb. Az agyi érkatasztrófával összefüggő halálozás gyorsabb ütemben csökkent ugyanezen időszakban, de így is lényegesen meghaladja az uniós átlagot.

Szembetűnő vonás, hogy Magyarországon volt a legmagasabb a rák okozta mortalitás 2016-ban; a rákkal összefüggő halálozások leggyakoribb okai pedig a tüdőrák, a vastagbélrák, a májdaganat és az emlőrák voltak, ami részben a szűrési és népegészségügyi programokba történő invesztálás alacsony fokáról tanúskodik (lásd az 5.1. szakaszt).

3. ábra Az ischaemiás szívbetegség, a stroke és a rák felelnek az halálozások többségéért Magyarországon

%-os változás 2000–2016 (vagy a legközelebbi rendelkezésre álló év)



Standardizált halálozási arányszám 100 000 lakosra, 2016

Megjegyzés: A buborékok mérete a 2016-os mortalitással arányos.
Forrás: Eurostat adatbázis.

A lakosság javarészt jó egészségi állapotról számol be, bár lényegesek a különbségek is

2017-ben Magyarországon öt felnőttből három állította, hogy az egészségi állapota jó, ami 10%-kal marad el az Unió egészére jellemzőtől. Amint az más uniós országokban is látható, inkább a magasabb jövedelemmel rendelkezők vélték jónak az egészségi állapotukat, szemben az alacsonyabb jövedelemből élőkkel. 2017-ben a legmagasabb jövedelmi kvintilisbe tartozók majdnem háromnegyede (72%) vallotta, hogy jó az egészsége, szemben a legalacsonyabb kvintilisre jellemző mindössze 53%-kal. Az önbevalláson alapuló egészségi állapot szintjére jellemző e jövedelmi eltérés hasonló az EU egészéhez.

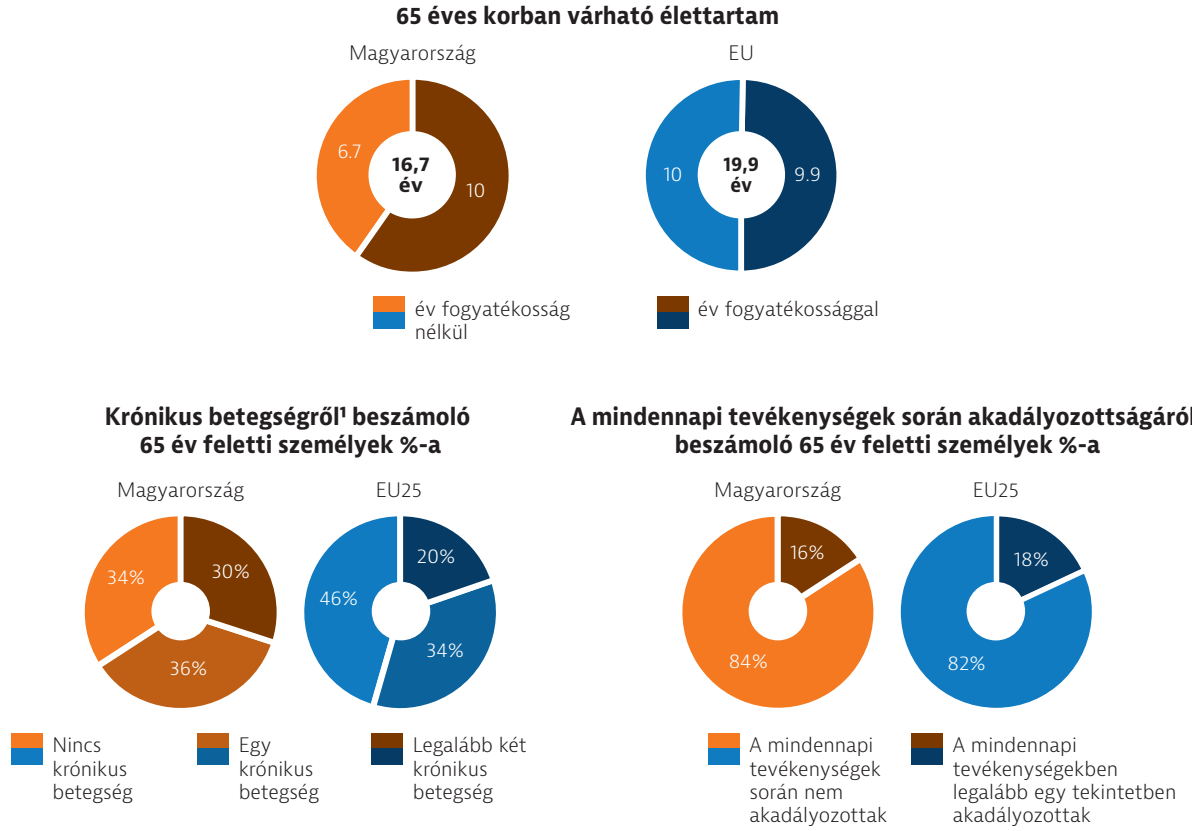
Ugyanígy, azok aránya, akik jó egészségi állapotról számolnak be, általában csökken az életkorral. 2017-ben a 65 éves és az a feletti korosztályba tartozó magyarok mindössze 18%-a mondta, hogy jó egészségnek örvend, a 16–64 éves felnőttek 70%-os arányához képest; mindkét arány jóval elmarad az uniós átlagtól (41%, illetve 78%).

A 65. életévüket betöltött magyarok közül sokan élnek krónikus betegséggel és fogyatékossággal

A Magyarországon várható élettartam általános növekedése részben az idősebb korosztály élettartamának meghosszabbodására vezethető vissza. 2017-ben a 65 éves magyarok várhatóan átlagosan még 16,7 évre számíthatnak, 1,6 évvel többre, mint 2000-ben. Ugyanakkor 65 év felett már több évet krónikus betegségekkel és fogyatékosságokkal élnek le (4. ábra). Ez különösen igaz a magyar nőkre. Jóllehet a nők 65 éves korban várható élettartama majdnem négy évvel meghaladja a férfiakét, az egészségben eltöltött életévek száma hasonló a férfiak és a nők körében, mivel a magyar nők nagyobb valószínűséggel élnek krónikus betegséggel vagy fogyatékossággal későbbi éveikben.

A 65 éves és annál idősebb magyarok kétharmada számolt be legalább egy krónikus betegségről, amely arány 12 százalékponttal magasabb az uniós átlagnál. A legtöbb ember képes önálló életvitelre időskorban is, de egyhatoduk említette, hogy a mindennapi tevékenységeik során (pl. fürdés, öltözködés, felkelés) bizonyos mértékben akadályoztatva van, ami miatt tartós ápolásra-gondozásra szorul.

4. ábra Az idősebb magyarok kétharmada legalább egy krónikus betegséggel él, de viszonylag kevesen számolnak be arról, hogy a mindennapi tevékenységeik során akadályoztatva lennének



Megjegyzés: 1. A krónikus betegségek körébe tartoznak a szívroham, a stroke, a cukorbetegség, a Parkinson-kór, az Alzheimer-kór, a reumás ízületi gyulladás vagy a degeneratív ízületi gyulladás. 2. A mindennapi alaptevékenységek körébe tartoznak az öltözködés, a szobán való átsétálás, a fürdés vagy tusolás, az étkezés, a lefekvés vagy felkelés, illetve a vécéhasználat.
Forrás: Eurostat-adatok a várható élettartam és az egészségben eltöltött életévek vonatkozásában (az adatok 2017-re vonatkoznak); SHARE-felmérés más mutatók tekintetében (az adatok 2017-re vonatkoznak).

Az antimikrobiális rezisztencia egyre növekvő probléma Magyarországon

Az antimikrobiális rezisztencia jelentős népegészségügyi probléma Magyarországon. 2014-ben és 2015-ben a magyar kórházak évente megközelítőleg 4000, az antibiotikumokkal szemben rezisztens baktériumok okozta, egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésről számoltak be a Nemzeti Nosocomialis Surveillance Rendszerben. Ráadásul 2005 és 2015 között e fertőzések előfordulása jelentősen növekedett: 5,4-ről 24,8-ra 100 000 betegnaponként. Összességében a baktériumizolátumok antibiotikum-rezisztenciájának aránya Magyarországon magasabb volt, mint az európai középértékek 2014-ben az antimikrobás szercsoportok és baktériumok legtöbb kombinációjának vonatkozásában, és a különbség majdnem minden esetben statisztikailag szignifikánsnak volt mondható (Hajdu et al., 2018).

Mind az antibiotikum-használatra vonatkozó nemzetközi minőség mutatók, mind a nemzeti tanulmányok azt mutatják, hogy Magyarországon széles körben alkalmazzák rosszul az antibiotikumokat, jóllehet az ország mennyiség tekintetében a legkevesebb antibiotikumot használók között van az EU-ban. Az adatok arra utalnak, hogy a betegeket gyakran kezelik szükségtelenül széles spektrumú antibiotikumokkal, amelyeknek több a mellékhatásuk, drágábbak, emellett gyorsabban fejlődik ki rezisztencia velük szemben (Hajdu et al., 2018).

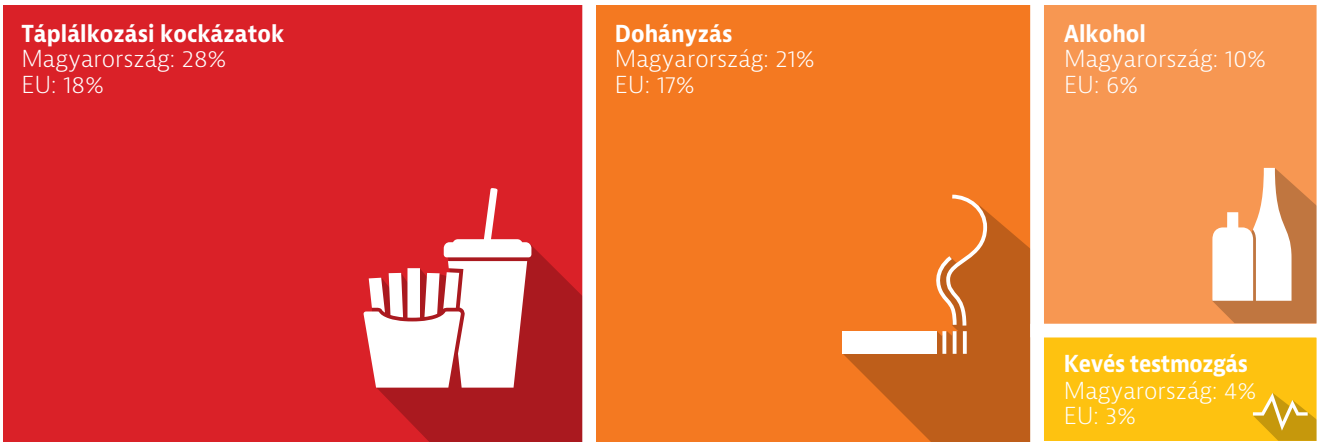
3 Kockázati tényezők

Magyarországon a halálozások fele az egészségtelen életmódra vezethető vissza

A becslések szerint Magyarországon a halálozások fele egészség-magatartásbeli kockázati tényezőknek tulajdonítható, ideértve a helytelen táplálkozást, a dohányzást, az alkoholfogyasztást és a kevés testmozgást (IHME, 2018). Ez az arány jóval magasabb a 39%-os uniós értéknél.

2017-ben az összes halálozás mintegy 28%-a (34 000) volt betudható az étrenddel összefüggő kockázatoknak (ideértve a csekély mértékű gyümölcs- és zöldségfogyasztást, valamint a magas só- és cukorfogyasztást), ami tíz százalékponttal magasabb, mint az uniós átlag. A dohányzás, ideértve az aktív és passzív dohányzást, az összes haláleset 21%-ában (több mint 25 500) játszott szerepet a becslések szerint, megközelítőleg 10% (12 000) volt az alkoholfogyasztásnak, (ami az egyik legmagasabb az EU-ban) és 4% (4500) a kevés testmozgásnak tulajdonítható (5. ábra).

5. ábra A helytelen táplálkozás és a dohányzás a halálozás vezető tényezői Magyarországon



Megjegyzés: Az e kockázati tényezőknek betudható halálozások teljes száma (62 000) alacsonyabb, mint az e tényezőkhöz egyenként rendelhető halálozások összege (76 000), mivel ugyanaz a halálozás több kockázati tényezőnek is tulajdonítható. A táplálkozással kapcsolatos kockázatok 14 alkotóeleme között található az alacsony gyümölcs- és zöldségfogyasztás és a cukrozott üdítőitalok nagyarányú fogyasztása.
Forrás: IHME (2018), Global Health Data Exchange (a becslések 2017-re vonatkoznak).

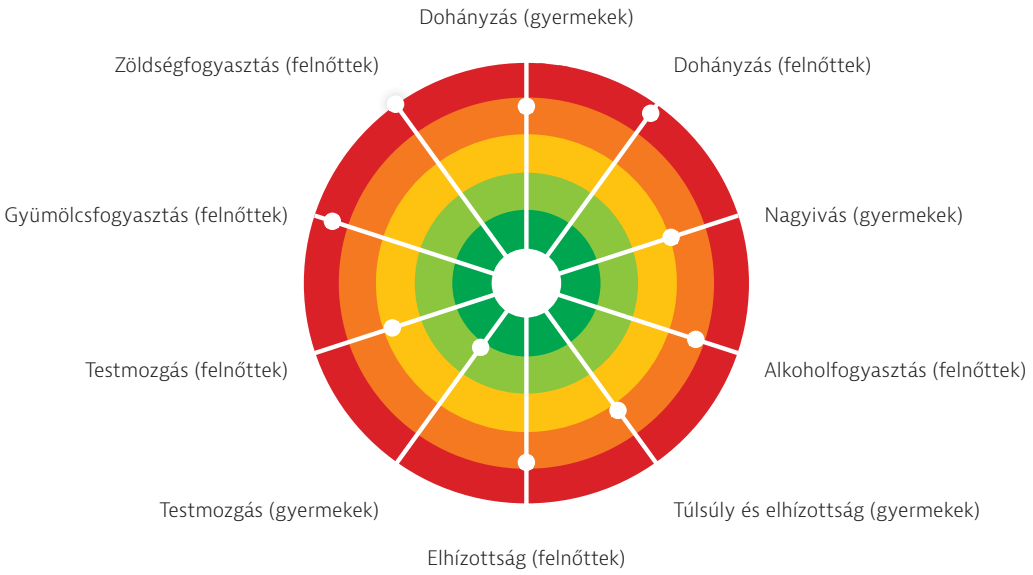
Az elmúlt években tapasztalható csökkenés ellenére a magyarok a legerősebb dohányosok között vannak az EU-ban

2014-ben a magyar felnőttek több mint negyede számolt be arról, hogy napi szinten dohányzik – ez a harmadik legmagasabb arány az EU-ban[1] Bulgária és Görögország után (6. ábra). A dohányzás az elmúlt két évtizedben lassabban mérséklődött Magyarországon, mint a legtöbb uniós országban. Mindemellett a dohányzási arányok jelentős nemek közötti különbséget mutatnak: a magyar férfiak közel egyharmada állította, hogy 2014-ben naponta dohányzott, szemben a nők ötödével. A kamaszok körében is nagyon magas a dohányzók aránya. 2015-ben Magyarországon a 15–16 évesek közel egyharmada állította, hogy dohányzott az elmúlt hónapban, ami szintén a legmagasabb arányok között van az EU-ban.

A magyar hatóságok ezért lépéseket tettek e népegészségügyi probléma kezelésére (Joo et al., 2018). 2012-ben módosult a nemdohányzók védelméről szóló törvény, és korlátozták a zárt térben, köztük bárokban és bizonyos nyilvános helyeken, például a kórházakban történő dohányzást. Az úgynevezett „trafik törvény" is ugyanabban az évben került elfogadásra. E jogszabály drasztikusan csökkentette a dohány kiskereskedelmi értékesítési pontjainak számát, és növelte a dohánytermékekre kivetett jövedéki adót. A dohányzás visszaszorítására vonatkozó, mérlegelés alatt álló következő szakpolitikai intézkedés a dohánytermékek egységes csomagolásának bevezetése.

1: Az Eurobarométer tematikus felmérés alapján a jelenleg is dohányzó személyek aránya Magyarországon 27% volt 2017-ben, amely közelebb van az uniós átlaghoz (26%).

6. ábra A magyarok a legtöbb uniós országhoz képest kockázatosabb egészséggel kapcsolatos magatartást tanúsítanak



Megjegyzés: Minél közelebb helyezkedik el a pont a középponthoz, annál jobban teljesít az adott ország az uniós országokkal összevetve. Egyik ország sincs a fehér „célterületen' belül, mivel minden ország számára adott a fejlődési lehetőség minden területen.
Forrás: A gyermekekre vonatkozó mutatók a 2015-ös ESPAD-felmérésen és a 2013–14-es HBSC-felmérésen alapulnak; míg a felnőttekre vonatkozó mutatók a 2017-es EU-SILC, a 2014-es EHIS és az OECD 2019-es egészségügyi statisztikáin alapuló OECD-számításokat veszik alapul.

A magas alkoholfogyasztás és a kamaszkori nagyivás jelentős aggodalomra adnak okot

Noha az elmúlt évtizedben csökkent az alkoholfogyasztás a magyar felnőttek körében, 2017-ben még mindig több mint 10%-kal magasabb volt az uniós átlagnál: az egy főre jutó alkoholfogyasztás Magyarországon 11,1 liter volt, szemben az uniós 9,9 literrel. A kamaszok körében megfigyelhető alkalomszerű erős alkoholfogyasztás (nagyivás[2]) szintén aggodalomra ad okot. 2015-ben a 15–16 éves fiúk 43%-a és a lányok 36%-a számolt be legalább egy olyan alkalomról, amikor az elmúlt hónapban nagy mennyiségű alkoholt fogyasztott, amely az egyik legmagasabb szint az EU-ban. Ez különösen azért nyugtalanító, mert nő a kockázata a nagymértékű alkoholfogyasztással összefüggő baleseteknek és sérüléseknek.

A túlsúly és az elhízás egyre nagyobb népegészségügyi probléma Magyarországon

A helytelen táplálkozási szokások részben megmagyarázzák az elhízás egyre növekvő előfordulását Magyarországon. A 2017-es beszámolók szerint a felnőttek 60%-a nem fogyaszt naponta gyümölcsöt, és 70%-uk említette, hogy nem eszik naponta zöldséget (ez az arány nagyobb, mint a legtöbb uniós országban – 6. ábra). 2017-ben a magyar felnőttek ötöde (20%-a) volt elhízott az EU-ban átlagosan megfigyelhető 15%-kal szemben.

Az elhízás és a túlsúly már a magyar gyermekek körében is jelentős probléma. A 15 évesek majdnem ötöde volt túlsúlyos vagy elhízott 2013–14-ben; a túlsúly és elhízás aránya pedig a kisebb gyermekek (7 évesek) körében még ennél is magasabb (22% 2016-ban), bár ezek az arányok 2010 óta stabilizálódni látszanak (Kovacs et al., 2018). Bizonyos közelmúltbeli kormányzati intézkedések meghozatala, mint a népegészségügyi termékadó, a gyermekkori elhízás visszaszorítását is célozta (lásd az 5.1. szakaszt).

A társadalmi–gazdasági egyenlőtlenségek hozzájárulnak az egészségügyi kockázatokhoz

Sok életmódbeli kockázati tényező gyakrabban fordul elő az alacsonyabb iskolai végzettségű vagy jövedelmű személyek körében. 2014-ben a középiskolai tanulmányaikat be nem fejezett felnőttek 30%-a dohányzott naponta, szemben a felsőfokú végzettséggel rendelkezők mindössze 13%-ával, amely különbség majdnem a duplája az uniós átlagnak. Ugyanígy, a középfokú végzettséggel nem rendelkezők 21%-a volt elhízott 2017-ben, szemben a felsőfokú végzettségűek 17%-ával. A kockázati tényezők e magasabb előfordulása a társadalmilag hátrányos helyzetű csoportok körében jelentősen hozzájárul az egészséggel és a várható élettartammal kapcsolatos társadalmi–gazdasági egyenlőtlenségekhez.

2: A nagyivás hat vagy több pohár szeszes ital elfogyasztása egyetlen alkalommal a felnőttek és öt vagy több pohár szeszes ital elfogyasztása a kamaszok esetében.

4 Az egészségügyi rendszer

Egyetlen egészségbiztosítási alap biztosítja a magyar lakosságot

A magyar egészségügyi rendszer egyetlen egészségbiztosítási alap köré szerveződik, amely közel valamennyi lakosnak nyújt egészségbiztosítást. A finanszírozást munkáltatói és munkavállalói járulékok, valamint adóbevételek adják. Az alapot a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) kezeli, amely jelenleg az Emberi Erőforrások Minisztériumának felügyelete alatt álló kormányzati szerv.

A központi kormányzat erőteljes ellenőrzést gyakorol az egészségügyi rendszer felett

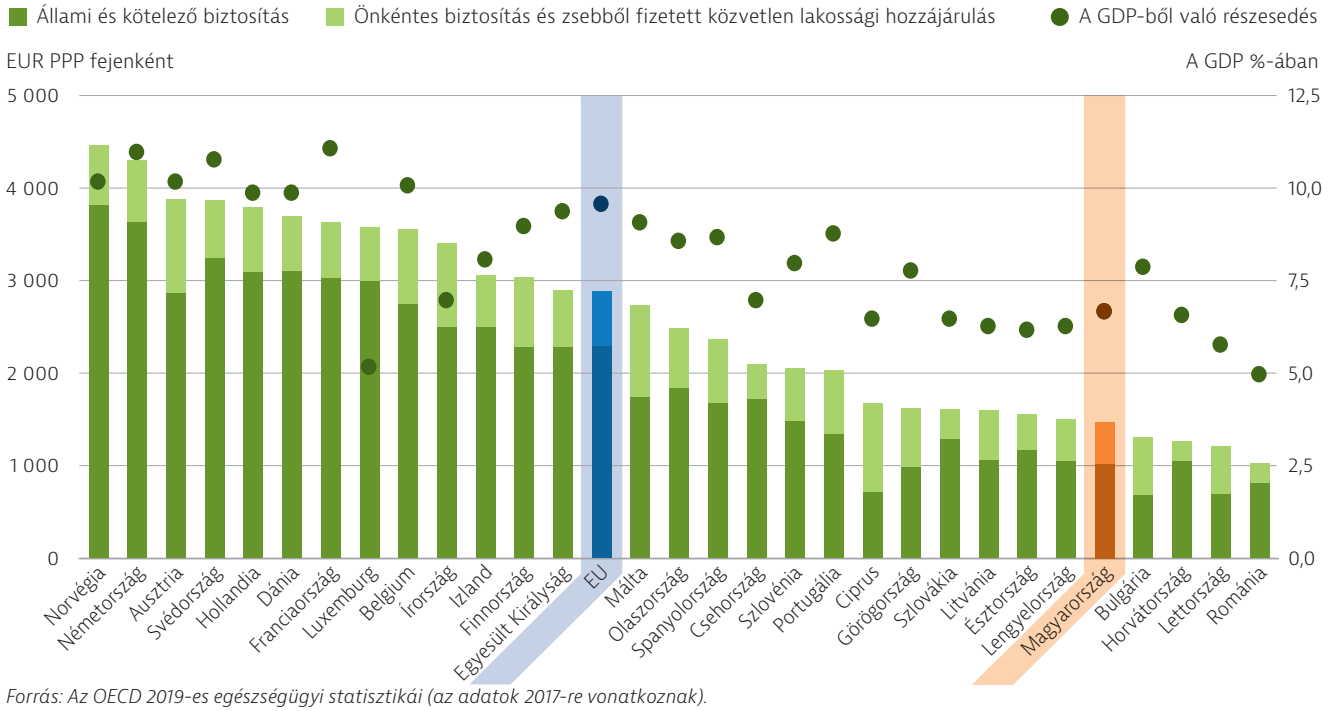
Egy sor, 2011-ben kezdeményezett reformot követően a magyar egészségügyi rendszer egyre inkább központosítottá vált. A kormány felel jelenleg a stratégiai irányításért, a finanszírozás ellenőrzéséért és a jogszabályi környezet kialakításáért, valamint a szabályok végrehajtásáért, továbbá nyújtja a járóbeteg-, és fekvőbeteg-ellátás legnagyobb részét.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma az Állami Egészségügyi Ellátó Központon (ÁEEK) keresztül irányítja az egészségügyi ellátórendszert; e Központ feladatai közé tartozik az ellátás szervezés, a kórházi tervezés és irányítás, valamint az orvosi működési engedélyek kiadása. Az ÁEEK az egészségügyi rendszer regionális és helyi intézményeinek ernyőszervezete is. A központi kormányzat 2012-ben visszavette a helyi kórházak feletti irányítást a megyei és települési önkormányzatoktól (az ÁEEK az állami tulajdonú kórházakat üzemeltető irányító hatóság). 2018-ban elfogadták a nemzeti egészségügyi programot, amely meghatározza a kormányzat elsődleges egészségpolitikai prioritásait a szív- és érrendszeri betegségek, az onkológiai és reumatológiai betegségek, a gyermekkori betegségek, valamint a mentális egészség terén.

Az egészségügyi kiadások jelentősen elmaradnak az uniós átlagtól, amely miatt magas a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulás szintje

A magyar egészségügyi rendszer krónikusan alulfinanszírozott. Az egy főre jutó, egészségügyi ellátásra fordított kiadások 1468 EUR-t tesznek ki (vásárlóerő-paritáson számolva), ami a legalacsonyabbak között van az EU-ban (7. ábra). Az egy főre jutó egészségügyi kiadások nagyjából ugyanolyan ütemben emelkedtek 2010 óta, mint a GDP, így az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya viszonylag állandó maradt: a 2010-es 7,5% és a 2017-es 6,9% között mozgott, és továbbra is jóval elmarad az uniós átlagtól. Az egészségügyi kiadásokból való állami részesedés (a kormányzati és a kötelező társadalombiztosítás) a 2017-es összes egészségügyi kiadás alig több mint kétharmadát adta, míg a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások[3] 27%-ot tesznek ki, amely az uniós átlag (16%) majdnem duplája (lásd az 5.2. szakaszt).

7. ábra Magyarország kevesebbet költ az egészségügyi ellátásra mint a legtöbb uniós ország



Forrás: Az OECD 2019-es egészségügyi statisztikái (az adatok 2017-re vonatkoznak).

3: A zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások közé tartoznak az önrész, az ellátási csomagon kívüli szolgáltatásokért fizetett összegek és a paraszolvencia (hálapénz).

A magyar országgyűlés felel az egészségbiztosítási alap költségvetésének meghatározásáért, a járulékkulcs megállapításáért, a központi költségvetés adóbevételeiből az alapnak juttatott összegek jóváhagyásáért, és a szükséges bevételek előteremtését célzó adókivetésért. Mivel a munkáltatók által fizetett szociális hozzájárulási adó nemcsak az egészségügyi rendszert, hanem a nyugdíjakat is finanszírozza, az egészségügyhöz rendelt összeg a kormányzati prioritásoknak megfelelően változott (Szigeti et al., 2019). Ebből eredően az egészségügyi kiadásokat Magyarországon az instabilitás jellemzi még egy adott pénzügyi éven belül is, mivel a kormányzat néha változtat a nyugdíjbiztosítási alap és az egészségbiztosítási alap közötti elosztáson az év előrehaladtával (Magyar Államkincstár, 2018).

Az egészségügyi szolgáltatók kihívást jelentő költségvetési korlátokkal szembesülnek

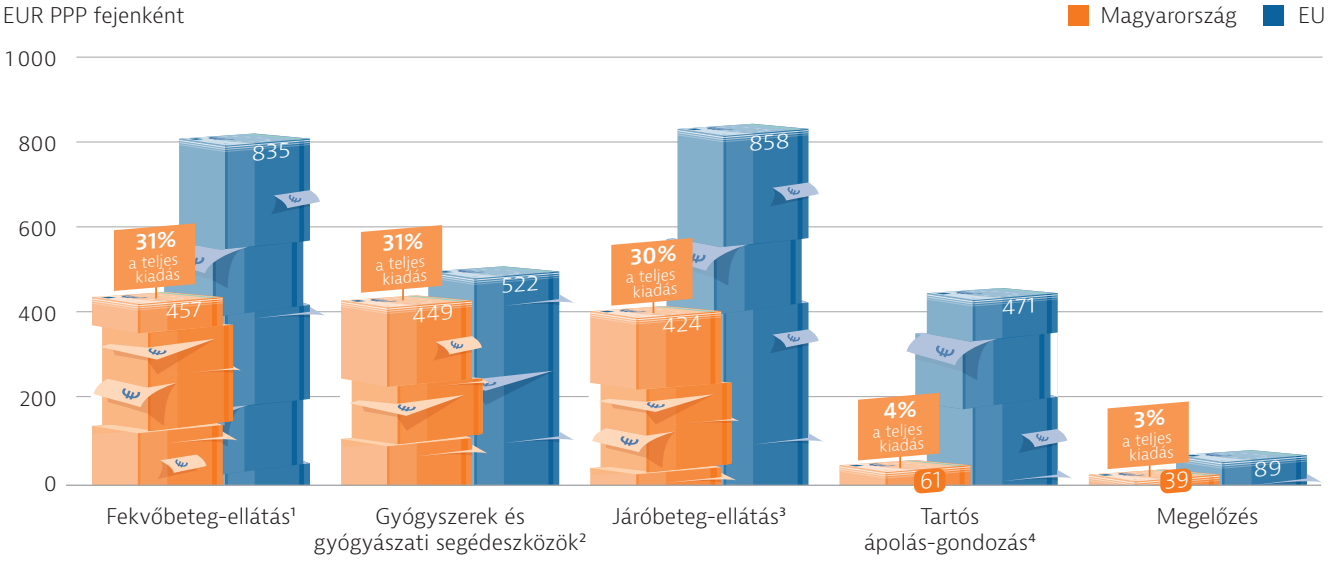
Az alapellátásban a háziorvosokat alapvetően fejkvóta alapján finanszírozzák (ami a praxis bevételének közel 70%-át jelenti), ahol minden egyes bejelentkezett beteghez rendelnek egy adott összeget, függetlenül attól, hogy igényel-e ellátást vagy sem, bár a rendszer bizonyos kiigazításokat is alkalmaz az életkorra és az orvos képesítésére tekintettel. Ezt egészíti ki, többek között, az eredményalapú finanszírozás (P4P) és a földrajzi elhelyezkedéstől függő, fix összegű juttatás, amelyek a fennmaradó 30%-ot teszik ki. A járóbeteg-szakellátást nyújtó egészsgügyi szolgáltatókat a szolgátatásért járó díjazás alapján (fee-for-service) finanszírozzák: minden egyes beavatkozáshoz pontszámot rendelnek, a szolgáltatók pedig közvetlenül az egészségbiztosítótól igénylik a pontjaikért járó kifizetést. Az egészségbiztosító, néhány speciális eset kivételével, az akut fekvőbeteg ellátás esetében homogén betegségcsoportok (HBCs), a krónikus ellátás esetében pedig ápolási napok alapján fizet a kórházaknak.

A kormány az úgynevezett „teljesítményvolumen-korlát” (TVK) útján szabályozza a járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátáshoz kapcsolódó kiadásokat. A TVK-kat minden év elején a korábbi évek adatai alapján határozzák meg minden egyes egészségügyi szolgáltató tekintetében. Az egészségügyi ágazatnak ugyanakkor nehézséget okoz, hogy e költségvetési korlátokon belül működjön, ami a kórházi adósság felhalmozódásához és egyéb beszállítói kifizetési nehézségekhez vezet (lásd az 5.3. szakaszt).

Magyarországon közel a teljes lakosság rendelkezik egészségbiztosítással, de az ellátási csomag magassága korlátozott

Az alapjogoknak megfelelően az Egészségügyi törvény kimondja: „minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalmának csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez”. A többi egészségügyi szolgáltatás igénybevételének lehetősége a kötelező egészségbiztosítási rendszerben való tényleges részvételtől függ. 2007 óta az államilag finanszírozott szolgáltatók online rendszer segítségével kötelesek vizsgálni a betegek társadalombiztosítási jogviszonyát. 2017-ben a lakosság majdnem 6%-ának nem volt rendezett az egészségbiztosítási jogosultsága, amely többnyire az egy másik uniós tagállamban dolgozó és a lakóhelyük szerinti ország által biztosított magyar állampolgárokat érintette. Néhány, az országban élő magyar azért nem tud biztosítási jogviszonyt létesíteni, mert nincs állandó lakcíme. A gyakorlatban ugyanakkor egyetlen magyarországi lakóhellyel rendelkezőtől sem tagadták meg a szolgáltatás igénybevételét az ellátás helyén. A nem uniós tagállamból érkező külföldiek egyes csoportjai rögzített összegű díj fejében léphetnek be a rendszerbe. Ők csak korlátozott ellátási csomagban részesülnek, amelybe nem tartozik bele a fogászati ellátás, a határokon átnyúló kezelés vagy a szervátültetés.

8. ábra A gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök az egészségügyi kiadások közel egyharmadáért felelnek



Megjegyzés: Az igazgatási költségek itt nem szerepelnek. 1. Magában foglalja a kórházakban és más intézményekben nyújtott gyógyító-rehabilitációs eljárásokat; 2. Csak a járóbeteg-ellátási piacot tartalmazza; 3. Magában foglalja az otthonápolást; 4. Csak az egészségügyi szolgáltatásokat tartalmazza. Forrás: OECD 2019-es egészségügyi statisztikák; Eurostat adatbázis (az adatok 2017-re vonatkoznak).

Az egészségbiztosítási alap által fedezett ellátási csomag relatíve szűkebb más uniós országhoz képest. Míg a fekvőbeteg- és járóbeteg- (ambuláns) ellátásra fordított legtöbb kiadás közfinanszírozott, a gyógyszerek, a gyógyászati segédeszközök és a fogászati ellátás állami biztosítottsága jóval korlátozottabb (OECD/EU, 2018). Az ezekkel kapcsolatban fizetendő önrész mértéke részben magyarázza a gyógyszerekre és a gyógyászati segédeszközökre fordított közvetlen lakossági hozzájárulás magas összegét (lásd az 5.2. szakaszt).

A fekvőbeteg-ellátás és a gyógyszerek jelentik a legnagyobb kiadási tételeket az egészségügyi rendszerben

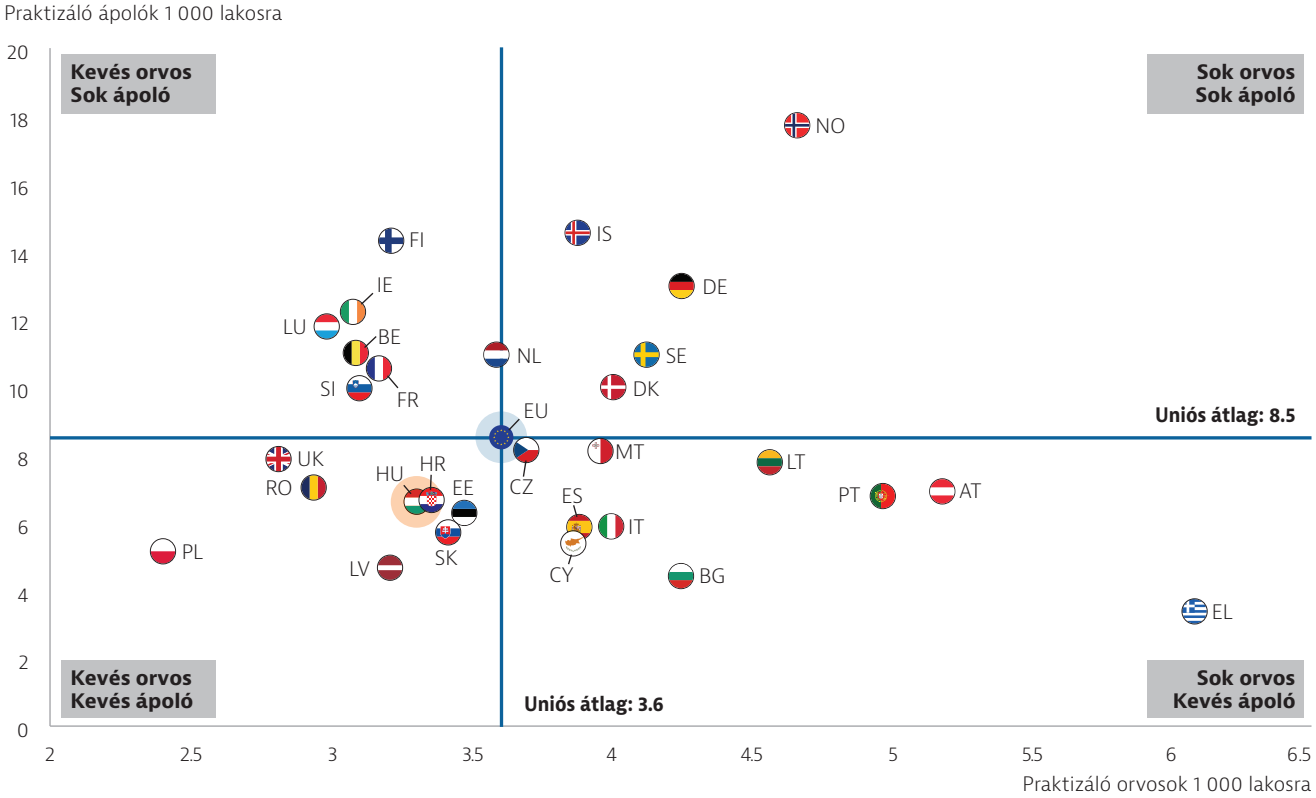
A fekvőbeteg-ellátás és a gyógyszerek együtt az egészségügyi ráfordítások több mint 60%-áért felelnek. 31%-kal a fekvőbeteg-ellátás alig haladja meg a 29%-os uniós átlagot, míg a gyógyszerek esetében ez az arány (szintén 31%) jóval magasabb az uniós számadatnál (18%). Ennek ellenére, fejenkénti abszolútértékben kifejezve a gyógyszerekre fordított kiadások (449 EUR személyenként a vásárlóerő-paritáshoz igazítva) továbbra sem érik el az 522 EUR-nak megfelelő uniós átlagot (8. ábra). A megelőzésre és a tartós ápolásra-gondozásra fordított részarány is alacsonyabb, mint az EU-ban megfigyelhető átlag.

Az orvosok és ápolók száma Magyarországon elmarad az uniós átlagtól

Az uniós átlaghoz képest Magyarországon kevesebb az orvos (1 000 lakosra 3,3 a 3,6-hoz viszonyítva) és kevesebb az ápoló (6,5 a 8,5-höz viszonyítva; 9. ábra). A munkaerőhiányt súlyosbítja az egészségügyi munkaerő elöregedése és sok orvos (különösen szakorvosok) kivándorlása, amely az ország 2004-es uniós csatlakozását követően felgyorsult. 2010 és 2016 között csaknem 5 500 orvos hagyta el az országot, hogy egy másik uniós országban vagy harmadik országban dolgozzon (OECD, 2019). Az ápolók kivándorlása is jelentős volt az elmúlt években.

A magyar kormány erre válaszul megemelte az egészségügyi szakemberek bérét, ideértve a mentőtisztek példátlan, 19,4%-os béremelését 2018 májusában. Ennek eredményeként az egészségügyi szakemberek kiáramlása lelassult az elmúlt években, noha aktuális átlagbérük még mindig alacsony a legtöbb uniós országhoz képest. Az orvosok megoszlása régiónként is egyenlőtlen, ami további gátat jelent az ellátás igénybevételekor, különösen azon lakosok számára, akik már így is hátrányos helyzetűek és a szegényebb vidéki térségekben élnek (lásd az 5.2. szakaszt).

9. ábra Magyarországon az egy főre jutó egészségügyi szakemberek száma kevesebb, mint a legtöbb uniós országban



Megjegyzés: Portugáliában és Görögországban az adatok a praktizálásra engedélyt kapó minden orvosra vonatkoznak, amely a praktizáló orvosok számának nagymértékű túlbecslését eredményezi (pl. körülbelül 30%-kal Portugáliában). Ausztriában és Görögországban az ápolók száma alulbecsült, mivel csak a kórházi dolgozókat tartalmazza.
Forrás: Eurostat adatbázis (az adatok 2017-re vagy a legközelebbi rendelkezésre álló évre vonatkoznak).

Az egészségügyi ellátás továbbra is meglehetősen kórházközpontú

A kórházi ágyak számának 2000 óta tartó csökkenése ellenére (lásd az 5.3. szakaszt) 2017-ben Magyarországon volt a negyedik legmagasabb az egy főre jutó kórházi ágyak száma az EU-ban. A kórházi elbocsátások magas aránya és az ápolás átlagos időtartama is arra mutat, hogy a rendszer erőteljesen a kórházi ellátásra támaszkodik.

A korábban többségében a helyi önkormányzatok által működtetett kórházak közvetlen állami irányítás alá vonásának eredményeként a kormány lett mind a fekvőbeteg-ellátás, mind a járóbeteg szakellátás elsődleges szolgáltatója (mivel a járóbeteg-szakellátás 70%-át továbbra is a kórházak biztosítják), jóllehet néhány helyi önkormányzat továbbra is rendelkezik járóbeteg-szakellátást biztosító szakrendelőkkel. Az uniós strukturális alapok támogatták a vidéki kórházak infrastrukturális fejlesztését. 2017-ben indították az Egészséges Budapest Programot a főváros kórházainak modernizálására. A program célja, hogy csökkentse a fővárosban működő létesítmények számát, de egyúttal garantálja, hogy mindegyik jobban felszerelt és személyzettel jobban ellátott legyen.

A magyar egészségügyi rendszer volt az egészségügynek szentelt uniós alapok legnagyobb kedvezményezettje

Magyarország tekintélyes támogatást kapott egészségügyi rendszerének korszerűsítésére az EU strukturális és beruházási (ESB-) alapjaiból. A 2014–2020 közötti időszakban Magyarország 483 millió EUR támogatást kap, amely az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése (253 millió EUR), az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása (215 millió EUR) és az e-egészségügyi fejlesztések (15 millió EUR) között oszlik meg. Magyarország a korábbi, 2007 és 2013 közötti időszakban is részesült az ESB-alapok finanszírozásából (1 336 millió EUR), amikor az ország volt az ESB-alapok legnagyobb kedvezményezettje. Összességében az ESB-alapok az összes egészségügyi kiadás 2,4%-át fedezik Magyarországon (Európai Bizottság, 2016).

5 Az egészségügyi rendszer teljesítménye

5.1. Hatékonyság

Sok haláleset elkerülhető lenne megelőzés és jobb egészségügyi ellátás segítségével

2016-ban Magyarországon volt a harmadik legmagasabb a megelőzhető halálozás és az ötödik legmagasabb a megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás az EU-ban, ami azt jelzi, hogy bőven van még mit javítani (10. ábra). Magyarországon ugyanebben az évben közel 30 000 halálesetet lehetett volna elkerülni hatékonyabb népegészségügyi és prevenciós beavatkozásokkal. További 16 000 halálesetet lehetett volna megelőzni eredményesebb és időben nyújtott egészségügyi ellátással.

A közelmúltbeli szakpolitikai intézkedések igyekeztek az egészségesebb életmódot népszerűsíteni

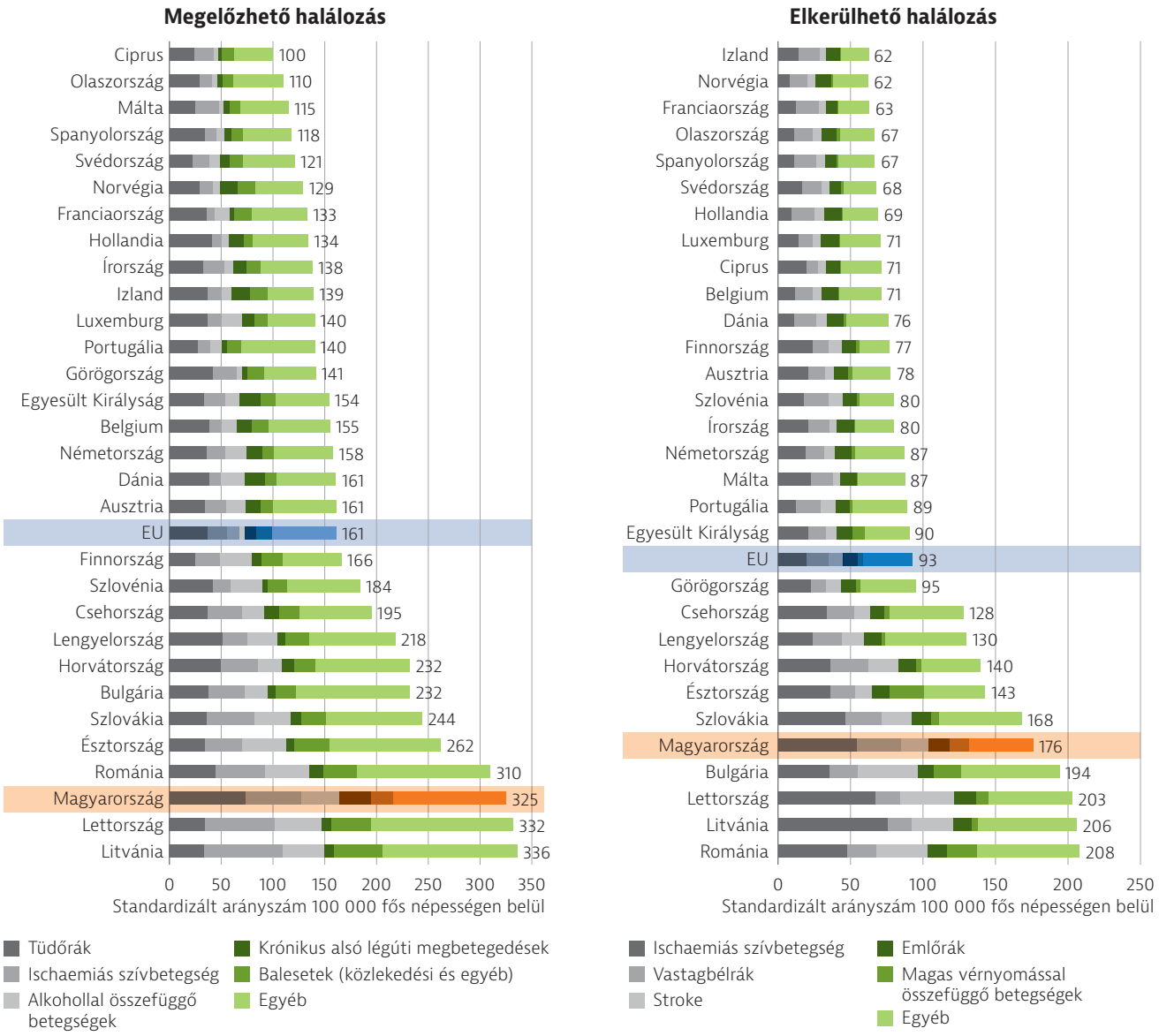
Magyarország régóta lemaradással küzd számos más európai országhoz képest, ami az egészségfejlesztést és a betegségmegelőzést illeti. 2017-ben Magyarország az összes egészségügyi kiadás 2,6%-át fordította a megelőzésre, ami kicsit alacsonyabb, mint az uniós átlag (3,1%). Amint a 3. szakasz bemutatta, több kockázati tényező gyakrabban fordul elő Magyarországon, mint a legtöbb uniós országban, ideértve a nagyarányú dohányzást, a nagyobb mértékű alkoholfogyasztást, az elhízást és a helytelen táplálkozást.

A közelmúltban a magyar kormány nagyratörő programokat hajtott végre a lakosság táplálkozási szokásainak javítása érdekében. 2011-ben bevezették a népegészségügyi termékadót, amelynek célja, hogy visszafogja az egészségtelen élelmiszerek fogyasztását. 2014-ben egy értékelés azt állapította meg, hogy az adó elérte népegészségügyi célját, azaz csökkent e termékek fogyasztása, és ezt a csökkenést a bevezetést követő első néhány évben is sikerült tartani. Ezenfelül, azon személyek kétharmada, akik nem választották a magasabb adót tartalmazó termékeket, étkezési szokásain is változtatott és egészségesebb alternatívákra állt át. A program a pénzügyi célkitűzéseit is megvalósította, hiszen minden évben teljesültek a várható bevételi célok, a többletforrásokat pedig az egészségügyi ágazatban a bérek emelésére használták fel (WHO Európai Regionális Iroda, 2015).

Ugyanezen elképzelés mentén 2013-ban elfogadták az élelmiszerekben lévő transzzsírsavak korlátozásáról szóló jogszabályt. A rendelet meghatározta a transzzsírsavak megengedhető legnagyobb mennyiségét, felülvizsgálta a forgalmazás feltételeit, és bevezette a lakosság transzzsírsav-bevitelének nyomon követését. Magyarország azon kevés európai ország egyike, amely ennyire szigorú jogszabályt fogadott el a transzzsírsavakról. 2015-ben szigorúbb élelmezési szabályokat vezettek be a közétkeztetésben (ideértve az iskolákat). E jogszabály egyik célja, hogy garantálja, hogy a gyermekek megfelelő energiához és tápanyaghoz jutnak az egészséges fejlődésük támogatása érdekében.

Noha a közelmúltban megemelték, a dohánytermékekre és alkoholtermékekre kivetett jövedéki adó kulcsa még mindig viszonylag alacsony, azon széleskörű bizonyítékok ellenére, hogy a dohány és az alkohol árának adókivetéssel történő megemelése a reklámozás szabályozásával együtt hatékonyan szorítja vissza a dohányzást és a káros alkoholfogyasztást.

10. ábra Magyarországon az egyik legmagasabb a megelőzhető és a megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás az EU-ban



Megjegyzés: A megelőzhető halálozás az a halálozás, amelyet főként népegészségügyi és elsődleges prevenciós beavatkozásokkal el lehetett volna elkerülni. A megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás az a halálozás, amelyet főként egészségügyi beavatkozásokkal, többek között szűréssel és kezeléssel el lehetett volna kerülni. Mindkét mutató a korai (75 év alatti) halálozásra utal. Az adatok a felülvizsgált OECD/Eurostat listákon alapulnak.
Forrás: Eurostat adatbázis (az adatok 2016-ra vonatkoznak).

A gyermekeket célzó rutin védőoltási programok sikeresnek bizonyultak

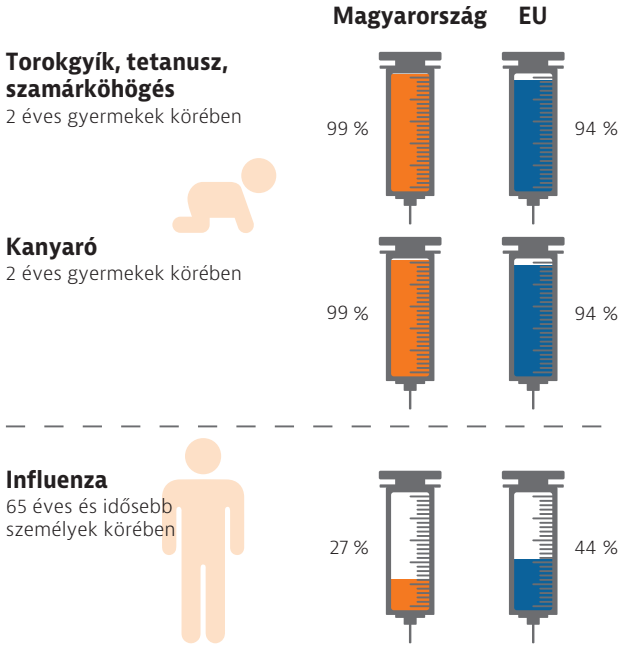
A gyermekkori immunizáció aránya sok éve magas Magyarországon, köszönhetően a kellő átoltottságot garantáló határozott szakpolitikának. A védőoltási programokat miniszteri rendelet szabályozza. A kötelező gyermekkori rutin immunizációba jelenleg 12 védőoltás tartozik, mivel 2019-ben a kormány úgy döntött, hogy bevezeti a bárányhimlő elleni védőoltást is. A kockázatnak kitett lakosság más védőoltásokban is részesülhet, így influenza elleni, vagy a 12 éves lányoknak a nemzeti védőoltási program keretében biztosított HPV elleni védőoltásban. Az immunizációs programokat nemzeti szinten határozzák meg, de végrehajtásukat a megyei és járási kormányhivatalok népegészségügyi egységei szervezik meg.

A kötelező védőoltások (és egyes önkéntes védőoltások, például az influenza elleni) ingyenesek, az átoltottság pedig meghaladja a WHO által meghatározott 95%-ot (11. ábra). A magyar hatóságok hatékony elektronikus nyomonkövetési rendszert is kidolgoztak az országban az átoltottság megfigyelésére (Rechel, Richardson & McKee, 2018). Ebből következően a kanyaró előfordulása rendkívül ritka, és főként behurcolt esetekről lehet számot adni.

Az influenza-átoltottság a 65 év felettiek körében nagyon alacsony, e kohorsz mindössze 27%-a oltatta be magát 2017-ben. Ez az arány messze elmarad a 44%-os uniós átlagtól, és még inkább a 75%-os WHO-célértéktől.

Csakúgy, mint számos országban, a védőoltás-ellenes hangulat az elmúlt években Magyarországon is erőre kapott. Erre válaszul egy alkotmánybírósági határozat kinyilvánította, hogy ha a szülők jogszerű indok nélkül nem egyeznek bele a kötelező védőoltásokba, a gyermekük neveléséhez fűződő joguk korlátozható. Végső esetben a szülőknek a gyermeket súlyosan veszélyeztető, a hatóságokkal való együttműködést megtagadó magatartása esetén a gyermek családból való kiemelése is alkotmányosnak minősülhet. A szülők nevelési jogának elvonása azonban csak ideiglenes lehet, és ez a szülők egészségügyi hatóságokkal együttműködő magatartásuk garantálható helyreállása esetén megszüntetendő.

11. ábra A gyermekkori védőoltások átoltottsági arányai kiválóak Magyarországon



Megjegyzés: Az adatok a torokgyík, a tetanusz és a szamárköhögés elleni védőoltás harmadik dózisára és a kanyaró elleni védőoltás első dózisára vonatkoznak. Forrás: WHO/UNICEF Global Health Observatory Data Repository a gyermekek tekintetében (az adatok 2018-ra vonatkoznak); az OECD 2019-es egészségügyi statisztikái és az Eurostat adatbázis a 65 éves és idősebb személyek tekintetében (az adatok 2017-re, vagy a legközelebbi rendelkezésre álló évre vonatkoznak).

A daganatos betegségek ellátása elmarad más uniós országoktól

A 2. szakaszban leírtak szerint Magyarországon a legmagasabb a rákkal összefüggő mortalitás az EU-ban. A nagyarányú dohányzás részben megmagyarázza a tüdőrák és más, dohányzáshoz köthető rákbetegségek okozta halálozást, de az országnak nagyok a hiányosságai a rák megelőzése, felismerése és kezelése terén is. Jóllehet bizonyos rákbetegségek, így az emlőrák és a méhnyakrák esetében a korai felismerés mind az életminőséget, mind az élettartamot javítja, e két betegség tekintetében a szűrési arányok a legalacsonyabbak között vannak az EU-ban. 2017-ben az 50–69 éves magyar nők mindössze 41%-a vett rész emlőrákszűrésen a megelőző két évben, szemben az Unió egészére jellemző 61%-kal. A méhnyakrákszűrési arányok még ennél is alacsonyabbak, a 20–69 éves nők mindössze egyharmada vett részt szűrésen 2017-ben, ami az uniós átlag alig fele.

A magyar hatóságok jelenleg új programot dolgoznak ki a daganatos betegségekkel kapcsolatban, amelynek célja, hogy átalakítsa az ellátást és javítsa a betegek túlélési esélyeit és életminőségét. A korai felismerés előmozdítására irányuló erőfeszítések nyomán bejelentették az új vastagbélrákszűrési programot (1. keretes rész). Ezenfelül adókedvezmény-csomagot vezettek be az emlőrákban, petefészekrákban, méhnyakrákban, hererákban vagy prosztatarákban szenvedő betegek számára.

Az alapellátás megerősítése segíthetne a krónikus betegségek ellátásának javításában

A 4. szakaszban leírtak szerint a magyar egészségügyi rendszer továbbra is meglehetősen kórházközpontú, és az alapellátás nem játszik jelentős szerepet. Noha a krónikus obstruktív légúti betegséggel, a pangásos szívelégtelenséggel és a cukorbetegséggel összefüggő kórházi betegfelvétel csökkent Magyarországon 2005 óta, továbbra is a második legmagasabb az ilyen adatokról jelentést tevő uniós országok körében (12. ábra). Hatékonyabb alapellátás révén még több kórházi kezelést el lehetne kerülni.

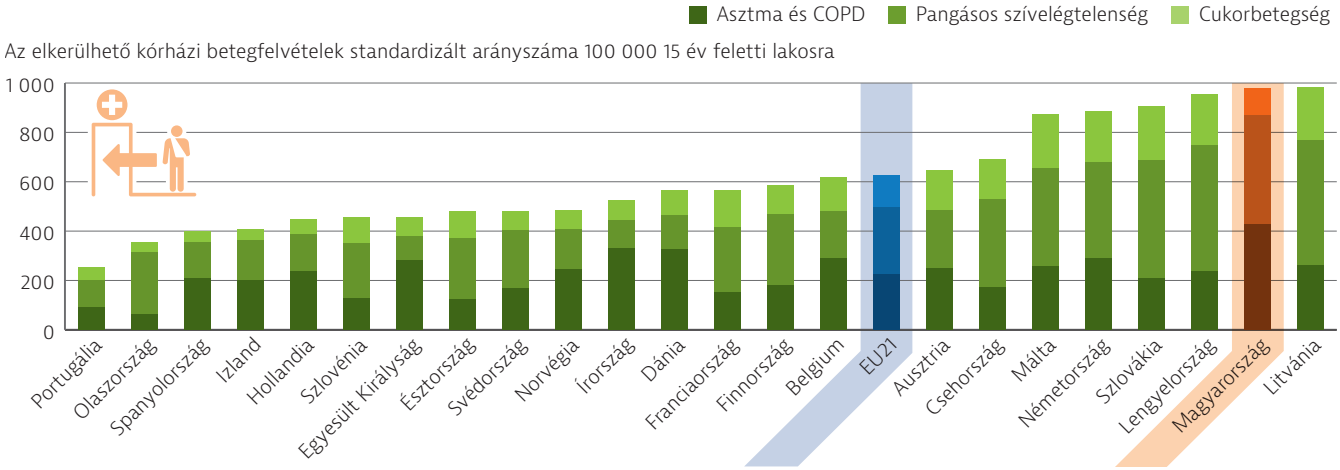
A magyar háziorvosok körében az egyéni praxisok dominálnak továbbra is, amely miatt egyre nagyobb kihívást jelent a fiatal orvosokat megnyerni a terület számára, miközben egyre fokozódik az ellátás összetettsége az alapellátási környezetben. A közelmúltban kísérleti program indult csoportos praxisok kialakítására a hátrányos helyzetű vidéki térségekben, aminek eredményeként javult az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetősége és a célcsoport egészsége (Dózsa K et al., 2017). Az ilyen kezdeményezések mutatják, hogy milyen hasznai lehetnek az alapellátás megreformálásának és megerősítésének (lásd az 5.3. szakaszt).

1. keretes rész Magyarországon országos vastagbélrákszűrési programot indítottak

Az országos vastagbélrákszűrési programot 2016-ban jelentették be; a programot uniós forrásokból támogatták, és a Nemzeti Népegészségügyi Központ koordinálja. Célja a vastagbélrákkal összefüggő mortalitás 10%-kal történő csökkentése három év alatt.

A program beindítását többször elhalasztották, amikor a kidolgozási fázisban jelentős problémák adódtak, például az egészségügyi szakemberek nem megfelelő felkészítettsége, a tesztelésre szolgáló anyagok hiánya vagy a megnövekedett számú diagnosztikai vastagbéltükrözés ellátásához szükséges HR kapacitás hiány miatt. A program végül 2019-ben indult el, mostanáig több mint 72 000 fő kapott szűrőcsomagot a háziorvosától. A 223 500 behívott 50–70 éves személy közül több mint 61 000 küldött vissza mintát. A Nemzeti Népegészségügyi Központ szerint 2019 végéig több mint 600 000 meghívót küldenek ki.

12. ábra Nagy számú kórházi betegfelvétel lenne elkerülhető erősebb alapellátással



Forrás: Az OECD 2019-es egészségügyi statisztikái (az adatok 2017-re vagy a legközelebbi rendelkezésre álló évre vonatkoznak).

5.2. Hozzáférés

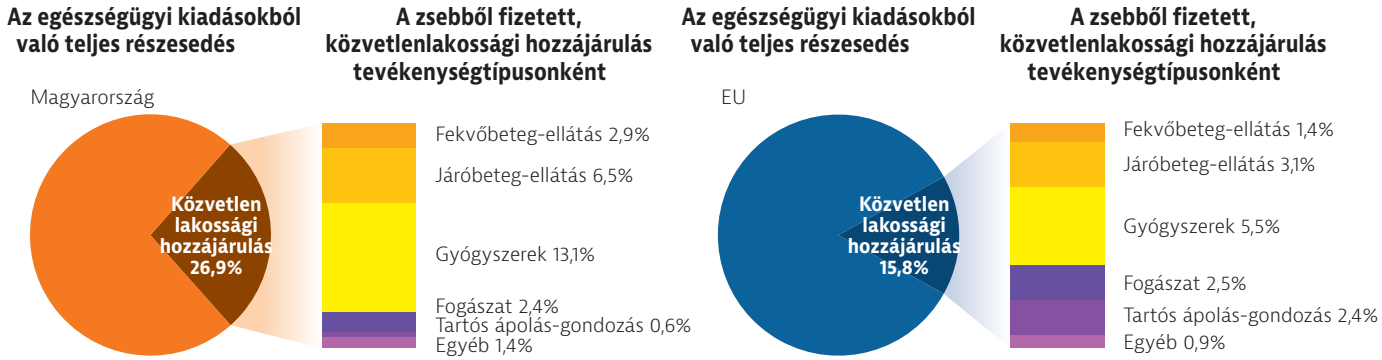
A kielégítetlen egészségügyi szükséglet nem számottevő, de a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulás nagy anyagi megterhelést jelent

Viszonylag csekély a magyar lakosságból azok aránya, akik orvosi vizsgálat vagy kezelés iránti kielégítetlen szükségletről számolnak be. A lakosságnak mindössze 1,0%-a mondta, hogy nem tudtak ellátást igénybe venni 2017-ben a várólisták, a költségek és az ellátástól való távolság miatt. Ráadásul a jövedelemcsoportok közötti eltérések is viszonylag mérsékeltek. Ugyanez a felmérés ugyanakkor azt mutatta, hogy több a kielégítetlen szükséglet a kevésbé jól biztosított szolgáltatások, például a fogorvosi ellátás terén (lásd a 4. szakaszt). A zsebből fizetett nagy összegű közvetlen lakossági hozzájárulás is komoly problémát okoz Magyarországon (lásd alább).

Noha kevés magyar említette, hogy anyagi okból nem vett igénybe egészségügyi ellátást, a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulás sokak számára okoz pénzügyi nehézséget. A közvetlen lakossági hozzájárulások az egészségügyi kiadások több mint negyedét (27%) tették ki Magyarországon, amely az egyik legnagyobb hányad az EU-ban, és majdnem a duplája az uniós átlagnak (13. ábra).

A magyar háztartások közel 12%-ának kellett katasztrofális egészségügyi kiadásokkal[4] szembesülnie 2015-ben, amely az egyik legmagasabb arány azon uniós országok körében, amelyek tekintetében rendelkezésre állnak adatok (14. ábra). A közvetlen lakossági hozzájárulás legnagyobb mértékben a legalacsonyabb jövedelmi kvintilisbe tartozókat súlytotta.

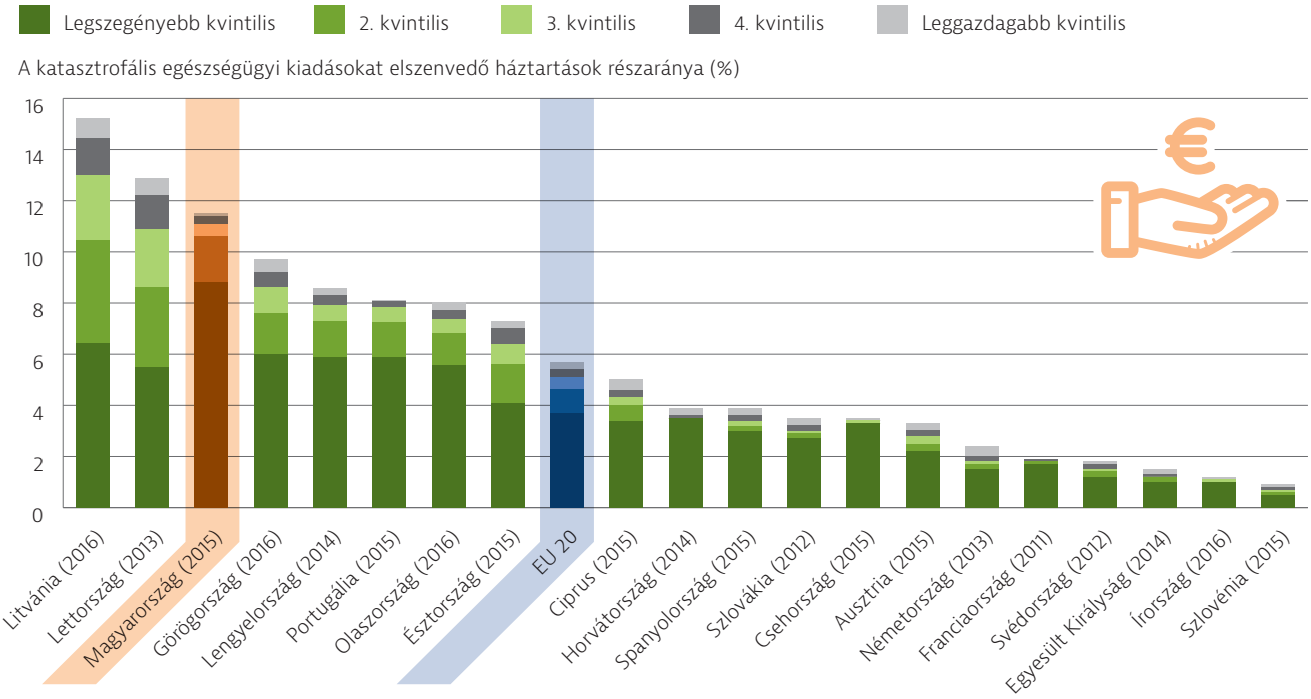
13. ábra A zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulás az uniós átlag majdnem kétszeresét teszi ki



Forrás: Az OECD 2019-es egészségügyi statisztikái (az adatok 2017-re vonatkoznak).

4: Katasztrofális kiadásokról akkor van szó, ha a háztartások zsebből fizetett, közvetlen egészségügyi kiadásai a létfenntartási szükségleteik (azaz élelmiszer, lakhatás és közüzemi számlák) feletti kiadásaiknak legalább 40 százalékát teszik ki.

14. ábra A magyar háztartások több mint egytizedénél merültek fel katasztrofális egészségügyi kiadások 2015-ben



Forrás: WHO Európai Regionális Iroda (2019).

Ezenfelül a közvetlen lakossági hozzájárulás több mint fele Magyarországon gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre megy el, amely az egyik legmagasabb arány az EU-ban. Az önrész mértéke jelentős, a lakosság kiszolgáltatottabb csoportjait védő intézkedések pedig nem elég erősek. Magyarországon a betegek a legtöbb receptre felírt gyógyszerhez csak térítési díj ellenében juthatnak hozzá. Általában nagyobb a támogatási összeg és kisebb a térítési díj, ha a betegséget súlyosabbnak vagy tartósnak ítélik, vagy ha a gyógyszer hatásosabb. Míg a közgyógyellátási rendszer biztosít némi mentességet konkrét, kiszolgáltatottabb csoportok számára, a gyakorlatban ez csak korlátozott védelmet nyújt. Az önrészt csak havi 12 000 Ft (megközelítőleg 40 EUR) határértékig nem kell megfizetni, azoknak a betegeknek pedig, akinek a havi önköltsége meghaladja ezt a szintet, a különbözetet saját zsebből kell megfizetniük (WHO Európai Regionális Iroda, 2018).

A hatóságok igyekeznek javítani a gyógyszerekhez való hozzájutást

A gyógyszerekhez való hozzáférés kérdése az elmúlt években nagyobb figyelmet kapott. A kormány lépéseket tett a generikus verseny fokozására, ideértve a nemzetközi szabadnéven történő felírást, a kezelési protokollok felülvizsgálatát és a központosított beszerzést.

Magyarország regionális együttműködéseket kezdeményezett a gyógyszerekhez való hozzáférés javítására. A 2017 márciusában indított, Méltányos és megfizethető árak elnevezésű kezdeményezés olyan, országok közötti regionális együttműködési platform, amelynek célja, hogy javítsa a tagországok állampolgárainak gyógyszerekhez való hozzájutását. A projektet a visegrádi országok (Csehország, Magyarország, Lengyelország és Szlovákia) körében dolgozták ki, de nyitva áll más országok előtt is (Litvánia az alapító tagok egyike, Lettország pedig meghívott vendég).

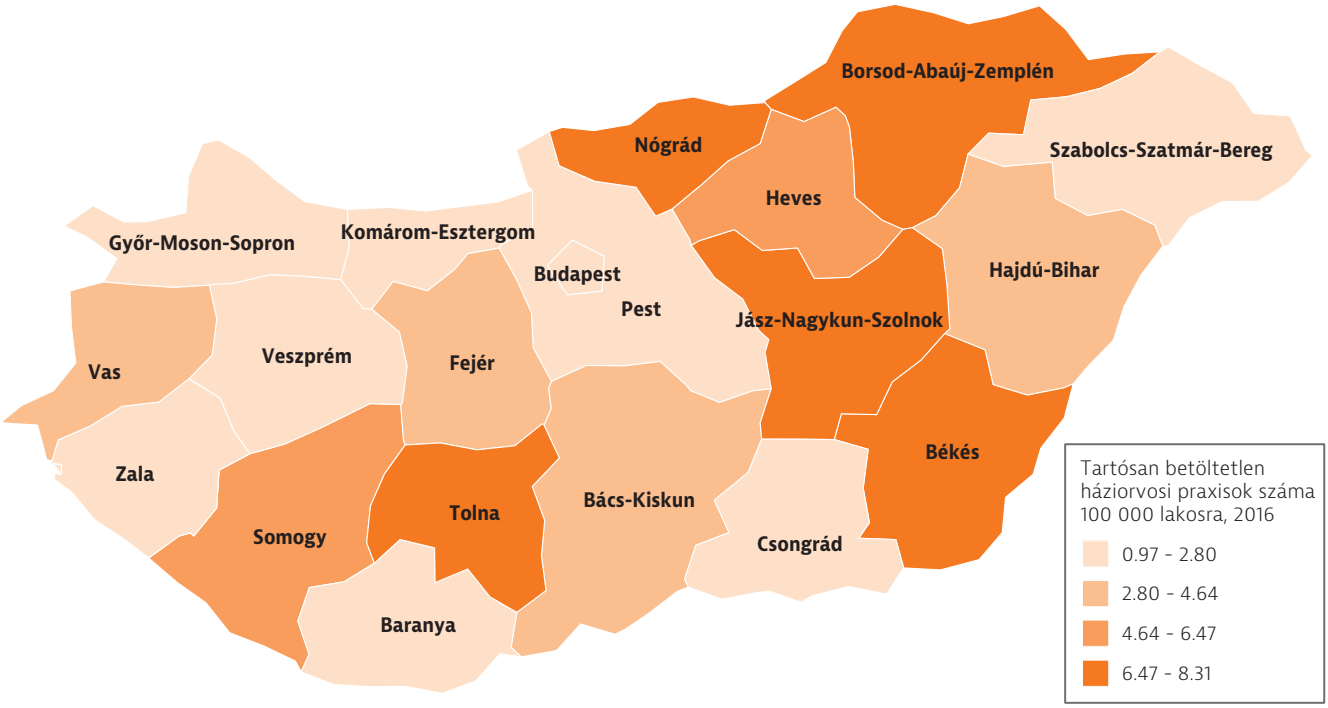
A program keretein belül több regionális találkozót és technikai konzultációt szerveztek. A projekt olyan kiegészítő platformként jelenik meg, amely lehetővé teszi a nemzeti térítési és árazási döntések jobb, proaktívabb előkészítését. Mindeközben tárgyalás alatt áll egy kísérleti közös megállapodás, amely célja, hogy meghatározza a jövőbeni regionális tárgyalási stratégiák lehetséges mechanizmusait.

Az egészségügyi munkaerő hiánya komoly probléma Magyarországon

A 4. szakaszban említettek szerint Magyarországon nemcsak az orvosok lakossághoz viszonyított aránya alacsonyabb, mint az uniós átlag, hanem az egészségügyi munkaerő még egyenlőtlenül is oszlik meg az országon belül. A Közép-Magyarországon az egy főre jutó orvosok száma majdnem a kétszerese az Észak-Magyarországéinak, miközben az egyes régiókon belül is a munkaerőhiány a vidéki térségekre összpontosul. Ezt tükrözi a tartósan betöltetlen háziorvosi praxisok száma is, amelyek a szegényebb megyékben koncentrálódnak (15. ábra).

Éppen ezért a Magyar Falu Program részeként új szolgálati lakásokat építenek vagy újítanak fel a háziorvosok számára az olyan kistelepüléseken, ahol az álláshely már jó ideje betöltetlen. A projekt célja, hogy a praxisokat vonzóbbá tegye a fiatal szakemberek számára. Mindemellett a program keretein belül mintegy 11 milliárd forintot (34 millió EUR-t) fordítanak majd orvosi rendelők felújítására és korszerűsítésére.

15. ábra Magyarország szegényebb régióiban nagyobb a betöltetlen háziorvosi praxisok aránya

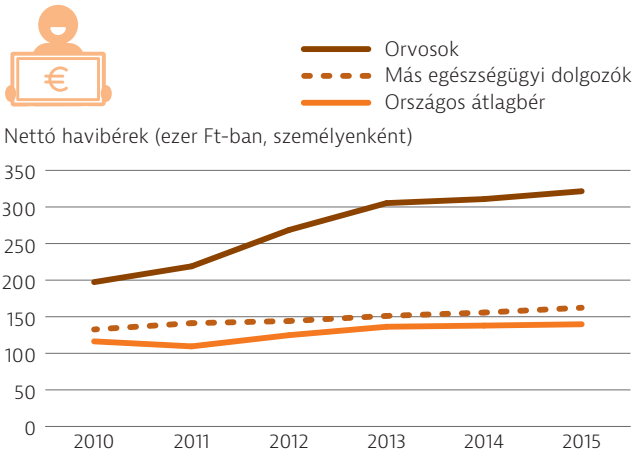


Megjegyzés: Az adatok az összes betöltetlen háziorvosi praxisra vonatkoznak, ideérve a csak a házi gyermekorvosi, csak felnőtt háziorvosi és a vegyes praxisokat is.
Forrás: ÁEEK (2016).

Az elöregedés és a kivándorlás tovább súlyosbítják az orvoshiányt. A Magyarországon praktizáló orvosok jelentős hányadának fokozatos nyugdíjba vonulása tovább növeli a regionális egyenlőtlenségeket, és megnehezíti az ellátás igénybevételét. Hacsak nem lép a nyugdíjba vonulók helyébe sok új orvos. 2000 és 2017 között az 55 év feletti orvosok aránya a körülbelül 25%-ról 43%-ra emelkedett. Az orvosi munkaerő elöregedése sokkal sürgetőbb probléma a háziorvosok körében, akik egyharmada már betöltötte a nyugdíjkorhatárt (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2014).

Amint a 4. szakaszban említésre került, közel 5 500 orvos (az aktív orvosok megközelítőleg 15%-a) hagyta el Magyarországot 2010 és 2016 között, hogy külföldön dolgozzon. A kormány ezért jelentősen megnövelte az orvosok javadalmazását, hogy ösztönözze az országban maradást, így a nettó bérek több mint 60%-kal emelkedtek 2010 óta (16. ábra). E béremelések mérhető hatást gyakorolnak: 2017 és 2018 között a külföldi munkavállalási engedélyt kérelmező szakemberek száma 13%-kal csökkent az orvosok, 26%-kal más egészségügyi szakemberek esetében.

16. ábra A szakorvosok javadalmazása jelentősen megnövekedett az elmúlt években Magyarországon



Forrás: ENKK (2016).

5.3. Reziliencia[5]

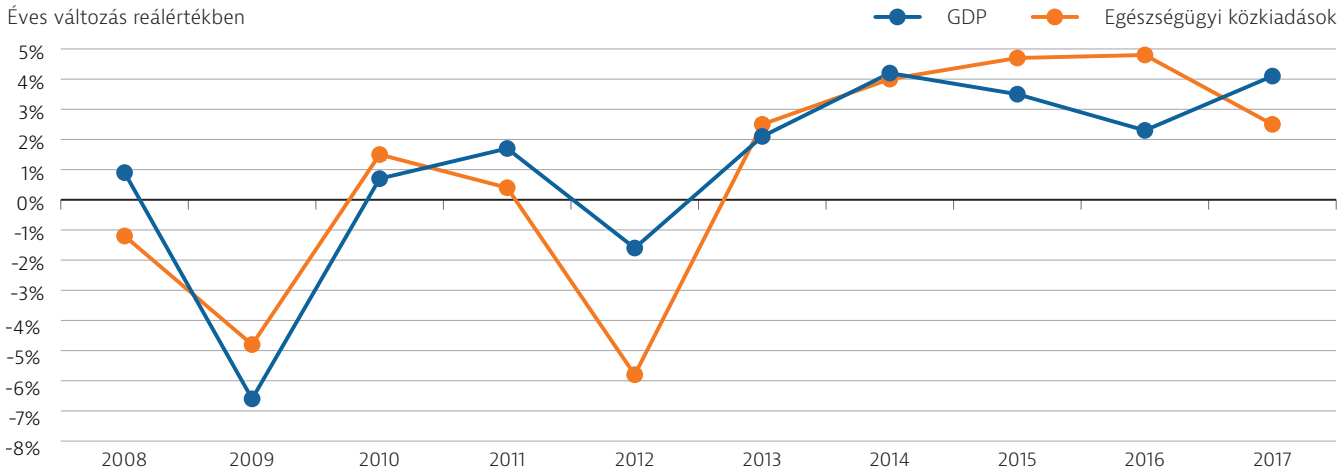
Az egészségügyi közkiadásokra hatással volt a válság

Az elmúlt tíz évben az egészségügyi közkiadások Magyarországon a nemzeti gazdasági környezettel összhangban ingadoztak. A 2008–09-es gazdasági válságtól 2012-ig e kiadások elmaradtak a GDP növekedésétől, így az egészségügyi közkiadások részaránya reálértékben csökkent (17. ábra). Ugyanakkor e kiadások 2013 óta többnyire megegyeztek vagy meg is haladták az általános gazdaság bővülését, 2017-ben pedig elérték a válság előtti szintet.

Amint a 4. szakaszban kifejtésre került, Magyarország jelenleg kevesebbet költ az egészségügyre, mint a legtöbb uniós ország, mind fejenként, mind a GDP arányában. Emögött az alacsony közkiadási szint áll, amiben az egészségügyhöz rendelt csekély politikai prioritás köszön vissza. A kormányzati kiadások mindössze 10%-át fordítják erre az ágazatra, az Unió egészére jellemző 16%-hoz képest. Az egészségügyi közkiadások Magyarországon csak a GDP 4,9%-át tették ki 2016-ban, amely jóval kevesebb, mint az uniós átlag (7,8%). Az előrejelzések szerint az elkövetkezendő évtizedekben a növekedésük is lassabb lesz, mint EU egészében: 2070-re a közkiadások összességében a GDP 0,8 százalékpontjával emelkednek a jelenlegi szakpolitika mellett (ami elmarad az EU tekintetében várt 0,9 százalékpontos átlagos növekedéstől). A tartós ápolásra-gondozásra fordított közkiadások várhatóan csak a GDP 0,4%-ával növekednek majd 2070-ig, szintén kisebb ütemben, mint a legtöbb uniós országban (Európai Bizottság, 2019). Pedig az egészségügyi közkiadások növelése javíthatja az ellátás hozzáférhetőségét és minőségét, és végső soron az egészségi állapotot, feltéve, hogy az erőforrásokat megfelelően allokálják.

Magyarországon rövid távon alacsony kockázattal kell számolni az államháztartás fenntarthatóságát illetően. Ezzel szemben a közép- és hosszú távú kockázatok magasak, jóllehet az egészségügyi ellátás és a tartós ápolás-gondozás e kockázatokhoz való hozzájárulása viszonylag minimális (Európai Bizottság, 2019).

17. ábra Az egészségügyi közkiadások csökkentek a válságot követően



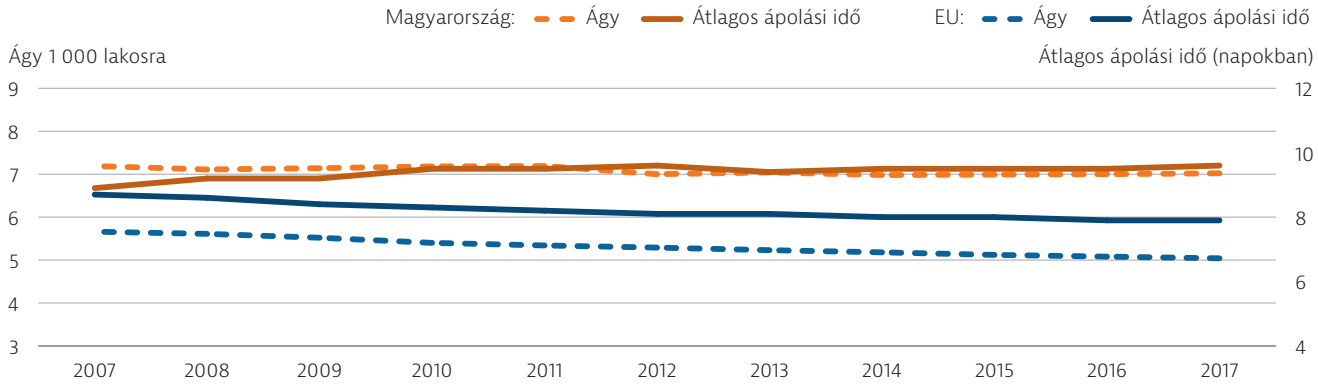
Forrás: OECD 2019-es egészségügyi statisztikák; Eurostat adatbázis.

5: A reziliencia azt mutatja, hogy az egészségügyi rendszerek mennyire hatékonyan képesek alkalmazkodni a változó környezethez, a hirtelen megrázkódtatásokhoz vagy a válságokhoz.

A kórházi ellátás átszervezése az erőforrások hatékonyabb felhasználását eredményezheti

A fent megfogalmazottak szerint az egészségügyi ellátás továbbra is nagymértékben kórházközpontú Magyarországon. Az elmúlt évtizedben a kórházi ágyak száma 1000 lakosra vetítve alig-alig mérséklődött; Ennek eredményeként 1000 lakosra számítva 40%-kal több volt a kórházi ágy 2017-ben Magyarországon, mint az Unióban átlagosan (18. ábra). Magyarország tudhatja magáénak a második leghosszabb átlagos ápolási időt is az EU-ban (9,6 nap, szemben az EU-ra jellemző 7,9 nappal). Ugyanakkor a magasabb átlagos kórházi tartózkodási idő főként a rehabilitációs ellátások és a tartós ápolás-gondozás fokozottabb igénybevételének eredménye, mivel az átlagos tartózkodási idő az akut esetek ellátásában csökkent az elmúlt tíz évben.

18. ábra A kórházai ágyak száma Magyarországon jóval meghaladja az uniós átlagot



Forrás: Eurostat adatbázis.

A kórházak számának csökkentésével a fennmaradó kórházak megfelelő felszereltsége és finanszírozottsága biztosítottá válhatna. Az egy főre jutó csúcstechnológiai orvosi berendezések, köztük a mágneses rezonancia alapú képalkotó készülékek vagy a komputertomográfiás szkennerek száma a legalacsonyabb az EU-ban (OECD/EU, 2018).

Az egynapos sebészet fokozottabb térnyerése javíthatná a kórházi kiadások hatékonyságát

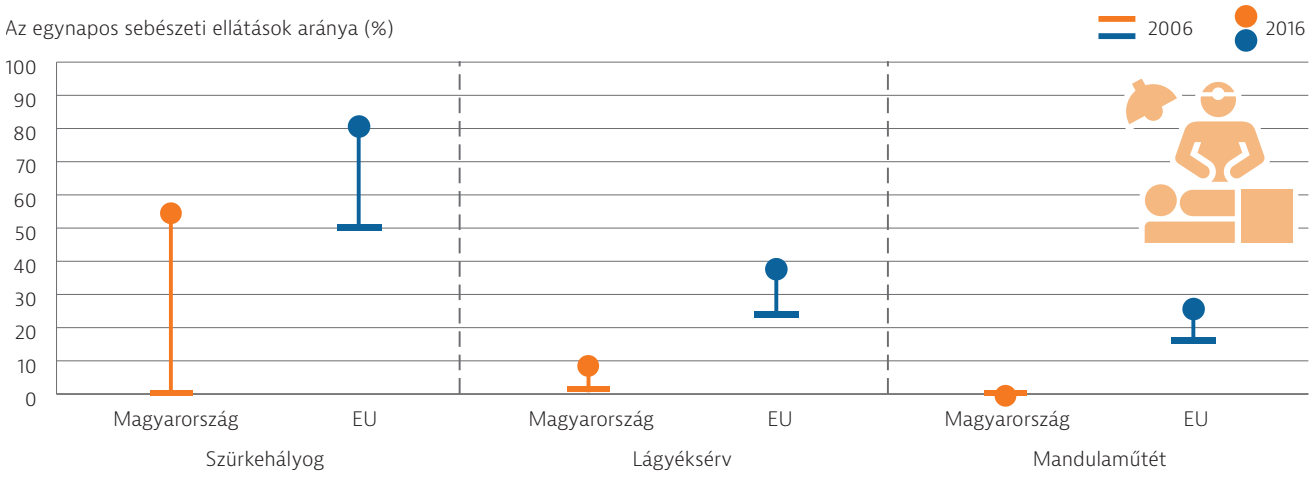
Az egynapos sebészet továbbfejlesztése szintén ígéretes lehetőség a szolgáltatásokhoz való időbeni hozzáférés növelése terén, egyúttal hatékonyabban lehetne kihasználni a kórházi erőforrásokat is. Noha az egynapos sebészetet egyre növekvő mértékben alkalmazták az elmúlt években bizonyos beavatkozások esetén, a jelenlegi elterjedtsége még mindig alacsony a legtöbb uniós országhoz viszonyítva (19. ábra). 2016-ban a szürkehályog-műtétek mindössze 55%-át végezték egynapos sebészet keretében, ami jóval elmarad a 84%-os uniós átlagtól. Ugyanígy, míg a mandulaműtétek majdnem egyharmadát egynapos sebészet keretében hajtják végre az EU-ban, Magyarországon ez alig fordul elő. A Strukturálisreform-támogató Szolgálat égisze alatt kialakított, az egynapos sebészeti szolgáltatások javítását célzó új projekt végrehajtása folyamatban van.

A kórházak finanszírozási rendszere nem ösztönöz a szolgáltatások leghatékonyabb biztosítására. Magyarország 1993-ban vezette be a HBCs rendszert, de az többnyire nem naprakész, és nem veszi figyelembe az amortizációt sem. Ennek eredményeként a jelenlegi díjak nem tükrözik az egészségügyi szolgáltatások valós költségét, így a kórházi ágazat általános hatékonyságának javítását szolgáló eszközkénti hasznosságuk korlátozott. A díjak rendszeresebb felülvizsgálata és naprakésszé tétele tehát helyreállítaná az árjelzések által közvetített hatékonysági ösztönzőket.

Ezenfelül az intézményi szintű helyi autonómia és döntési jogosultság hiánya korlátozza a kórházak azon képességét, hogy az ellátást hatékonyabban szervezzék meg és az egészségügyi szolgáltatások kínálatát kiigazítsák. A jelenlegi kórház-finanszírozási rendszer, amely teljesítményvolumen-korlátot tartalmaz, nem szándékolt következményekkel jár, például magasabb a kisebb kórházakból a nagyobbakba való továbbutalás aránya, valamint megnövekedtek a kórházi tartozások, amelyeket végső soron a kormányzat fizet meg.

A növekvő kórházi adósságállomány továbbra is problémát jelent; 2017 decembere és 2018 szeptembere között a tartozások havonta 10,5 millió EUR-val emelkedtek, és 2018 szeptemberében összesen 142 millió EUR-t tettek ki (Magyar Államkincstár, 2018). A helyzet orvoslása érdekében 2019-ben a hatóságok költségvetési felügyelőket rendeltek ki a leginkább eladósodott kórházakhoz. A kórház vezetőségével együtt a költségvetési felügyelők felülvizsgálják a kiadásokat és a gazdasági helyzetet, miközben azonosítják a jelenlegi adósságállományhoz vezető fő tényezőket.

19. ábra Az egynapos sebészet igénybevétele emelkedett az elmúlt években, de jóval csekélyebb, mint a legtöbb uniós országban



Forrás: OECD 2018-as egészségügyi statisztikák; Eurostat adatbázis (az adatok 2000-re és 2016-ra vagy a legközelebbi rendelkezésre álló évre vonatkoznak).

Az alapellátás szintjén a közelmúltban indított kísérleti projektektől ígéretes eredmény várható

A stabil alapellátási ágazat kialakítása abból a szempontból is lényeges, hogy hatékony választ lehessen adni a krónikus betegségek jelentette egyre növekvő teherre. A minél alacsonyabb szinten történő definitív ellátás, illetve a preventív szolgáltatásokra való összpontosítás révén összességében költségek takaríthatók meg, de növekszik az alapellátási ágazatra nehezedő teher. Az egyedi praxisokban dolgozó háziorvosokkal és a minimális támogató személyzettel működő hagyományosan megszervezett alapellátás szorongatott helyzetbe kerül, ha ezt a fokozottabb igényt ki kívánja elégíteni (lásd az 5.1. szakaszt). Az alapellátási ágazat megerősítése volt a témája az Európai Unió Tanácsa által a 2019-es európai szemeszter keretében kiadott országspecifikus ajánlásnak[6] (Európai Unió Tanácsa, 2019).

Az egészségügyi alapellátás fejlesztését célzó Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram célja az volt, hogy elősegítse az alapellátási rendszer átalakítását egy innovatív kísérleti projekten keresztül 2013 és 2017 között. A projekt bővítette az alapellátást nyújtók feladatkörét a háziorvosok együttműködésén és egészségügyi szakdolgozók, többek között dietetikusok, gyógytornászok, pszichológusok és népegészségügyi szakemberek bevonásán keresztül. A projekt két fő módon alakította át a helyi alapellátást. Először is, megelőzési eszközökkel és munkaerővel látta el a helyi háziorvosokat, így a beteg rendelkezésére tudtak bocsátani a gyógyszeres kezelésen túli alternatívákat, például étrendi vagy fizikoterápiát. Ennek eredményeként megnövekedtek az alapellátásban az egészségfejlesztési és -megelőzési beavatkozások a rokon szakmák képesített egészségügyi szakembereinek részvételével. Másodszor, az egyéni háziorvosi praxisokat csoportpraxisokba szervezték, amely lehetővé tette a munkafolyamatok és a betegadatok megosztását, elősegítette a más szolgáltatókkal való fokozottabb együttműködést és innovatív IT-megoldások alkalmazását (Dózsa K et al., 2017).

6: 2019 júliusában az Európai Unió Tanácsa országspecifikus jelentést adott ki Magyarország számára, hogy Magyarország „az egészségi állapotot a megelőző egészségügyi intézkedések támogatásával és az alapellátás megerősítésével javítsa”.

Az egészségügyi munkaerőhiány kezelésén segíthet bizonyos orvosi tevékenységek szakdolgozókhoz delegálása (task-shifting)

Az 5.2. szakaszban leírtak szerint a magyar hatóságok már fontos intézkedéseket hoztak az egészségügyi humánerőforrás-hiány kezelésére. A különböző egészségügyi szakmák szerepének továbbfejlesztése segíthet az ellátások hozzáférhetőségének és hatékonyságának a javításában. Az egyik példa bizonyos orvosi tevékenységek nagyobb mértékű delegálása a szakdolgozók felé. Több európai ország is kiterjesztette már a nem orvosi végzettségűek kompetenciát. A Magyarországon 2017-ben beindított, kiterjesztett hatáskörű ápoló, non-doktor (advanced practice nurse) mesterképzés fontos lépés ebben az irányban, és célja, hogy megkönnyítse bizonyos feladatok ápolókra delegálását (2. keretes rész). Amellett, hogy egyes orvosi feladatokat egészségügyi szakdolgozókra osztanak, a hatáskör szakorvosokról háziorvosokra történő átruházása is nagy valószínűséggel javítja majd az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségét és vonzóbbá teszi a háziorvosi szakmát.

2. keretes rész A kiterjesztett hatáskörű ápolók (non-doktorok) képzése segíthet az orvoshiány feloldásában Magyarországon

2016-tól rendelet szabályozza a kiterjesztett hatáskörű ápolók, non-doctorok (APN-ek) kompetenciaköreit, így hivatalosan is meghatározza e szakemberek szerepét Magyarországon. Egy APN hat szakterületre szakosodhat, lehet aneszteziológiai szakápoló, közösségi szakápoló, sürgősségi szakápoló, intenzív szakápoló, geriátriai szakápoló vagy perioperatív szakápoló. A háziorvosokról a közösségi szakápolókra ruházhatóak lennének olyan feladatok, mint például laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok rendelése és az eredmények értelmezése; a krónikus betegségek, mint például a magas vérnyomás és a cukorbetegség gondozásának támogatása; a védőoltások rendelése és felírása. Jelenleg három magyar egyetem kínál APN-képzési programokat; Ugyanakkor, noha az első évfolyam 2019 januárjában diplomázott, még mindig kidolgozás alatt áll az a jogszabály, amely meghatározná, hogy a végzettek milyen többletfeladatokat végezhetnek majd.

Magyarországon e-Recept rendszert vezettek be 2017-ben, amely a vények 75%-át lefedi

Az olyan digitális informatikai infrastruktúra, amely biztosítja a klinikai és egyéb információk időbeni és megbízható megosztását, az eredményesség és a hatékonyság javítását szolgálja. Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESzT) erre a célra jött létre az EU strukturális alapjainak felhasználásával. Ebben a rendszerben a kezelőorvos, valamint más egészségügyi szakemberek elektronikusan viszik be az általuk alkalmazott kezeléseket és más, a beteggel kapcsolatos információkat, például a kórtörténetet. Az e-Recept funkció az EESzT központi eleme. Ha az orvos felviszi a vényt a rendszerbe, az egy központi IT felhőbe kerül, és így azonnal látható lesz az országos gyógyszerészeti rendszerben is. E rendszer használata meglehetősen gyors ütemben növekedett: 2018-ra a vények 75%-át elektronikusan továbbították a magyarországi gyógyszertáraknak (OECD/EU, 2018). A rendszer jelenleg csak a gyógyszerek felírását teszi lehetővé, de kiterjesztik majd a gyógyászati segédeszközök rendelésére is.

A magánszektor ellátás hozzáférhetőségének előmozdításában betöltött szerepe még vita tárgyát képezi

Miközben az állami rendszer küzd azért, hogy fenntartsa az ellátás hozzáférhetőségét és a minőséget, egyre több a szakmai vita arról, hogy tisztázzák a magánszektor hivatalos egészségügyi szolgáltató szerepét. A kormány még nem tett közzé egyértelmű tervet, de jelenleg is zajlik az eszmecsere olyan kérdésekről, mint például az állami és magánszolgáltatók feladatainak és szerepének átláthatóbbá tétele és szétválasztása.

6 Fő megállapítások

- A magyar lakosság várható élettartama jelentősen javult 2000 óta, azonban még mindig öt évvel az uniós átlag alatt van, emellett a visegrádi országok közül is a legalacsonyabb. A nemek között is lényeges eltérések tapasztalhatók: a nők hét évvel tovább élnek, mint a férfiak; e különbség pedig ennél is markánsabb a képzettségi szint szerint: a legmagasabb végzettséggel rendelkező 30 éves férfiak 12 évvel hosszabb ideig élnek, mint a legalacsonyabb végzettségű kortársaik. Ez a szakadék pedig jóval mélyebb, mint az uniós átlag, amely hét év.

- Magyarországon a halálozások fele életmódbeli kockázati tényezőknek tulajdonítható, ideértve a helytelen táplálkozást, az erős dohányzást, az alkoholfogyasztást és a csekély testmozgást. A felnőttek több mint negyede számolt be napi szintű dohányzásról 2014-ben – ez az egyik legmagasabb arány az EU-ban. A dohányzók aránya a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében több mint a duplája, mint a legmagasabb iskolai végzettségűek között. A felnőttek között az elhízottak aránya szintén az egyik legmagasabb Európában: a felnőttek ötöde volt elhízott 2017-ben, és az eltérések ugyanúgy megfigyelhetők az iskolai végzettség mentén. Az életmóddal összefüggő kockázati tényezők e hangsúlyos előfordulása következtében magas a szív- és érrendszeri betegségek és a rák okozta halálozás. A magyar kormány több intézkedést hozott a táplálkozás javítására: 2011-ben bevezette a népegészségügyi termékadót, hogy mérsékelje az egészségtelen élelmiszerek fogyasztását, 2013-ban pedig rendeletet fogadott el az élelmiszerekben lévő transzzsírsavak korlátozásáról.

- A magyar egészségügyi rendszert egyetlen egészségbiztosítási alap köré szervezték, így az erősen központosított. A rendszer szinte a teljes lakosságot biztosítja, de az ellátási csomag kevésbé nagyvonalú, mint a legtöbb uniós országban. Az egészségügyi ágazat krónikusan alulfinanszírozott, és úgy tűnik, az egészségügy nem kiemelt prioritás, amint azt az egészségügyi közkiadások viszonylag alacsony részaránya is mutatja. Az állam az egészségügyi kiadásoknak csak kétharmadát fedezi, ami jóval alacsonyabb az uniós átlagnál (79%), a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulás aránya (27%) pedig jóval magasabb az uniós átlagnál (16%).

- Az önrész magas szintje aránytalanul érinti az alacsony jövedelmű csoportokat, és a háztartások magas arányának okoz katasztrofális egészségügyi kiadásokat. A közvetlen lakossági hozzájárulás majdnem felét gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre költik, amely arány az egyik legmagasabb az EU-ban. A kiszolgáltatott csoportokat védő mechanizmusok pedig gyengék.

- Az egészségügyi szakemberek hiánya és egyenlőtlen eloszlása szintén veszélyezteti az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést. A kormány lényegesen megemelte az orvosok és más egészségügyi szakemberek bérét az elmúlt években, azért, hogy a szakemberek megtartása érdekében a szakma vonzerejét helyreállítsa, de szükség lehet munkakörülményeik más vonatkozásainak a javítására is.

- Összességében az egészségügyi ellátás továbbra is elsődlegesen kórházközpontú, az alapellátás pedig még nem játszik kellően hangsúlyos szerepet Magyarországon. Az elmúlt években történtek erőfeszítések a minél alacsonyabb szinten történő definitív ellátás arányának növelésére például azzal, hogy támogatták a háziorvosok csoportpraxisba szerveződését, valamint az erőteljesebb feladatmegosztást az orvosok és más egészségügyi szakemberek, például az ápolók között. Az alapellátásban bevezetett közelmúltbeli kísérleti projektek ígéretes eredménnyel zárultak, de továbbra sem egyértelmű e kezdeményezések folyamatos finanszírozásának és bővítésének kérdése.

Legfontosabb források

Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D (2011), Hungary: Health System Review, *Health Systems in Transition,* 13(5):1-266.

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.* OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Hivatkozások

ÁEEK (2016), *Hungarian Health System Scan 2014-2015,* Budapest.

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Hungary.* Brussels, http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10170-2019-REV-2/en/pdf

Dózsa K et al. (2017), *Public Health Focused Model Programme for Organising Primary Care Services Backed by a Virtual Care Service Centre.* Swiss-Hungarian Cooperation Programme, Budapest.

ENKK (2016), *Report on human resources in the health sector,* Budapest.

European Commission (2016), *Mapping of the use of European Structural and Investment Funds in health in the 2007-2013 and 2014-2020 programming periods.* Brussels, http://www.esifforhealth.eu/pdf/Mapping_Report_Final.pdf

European Commission (2019), *Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability – Country documents 2019 update.* Institutional Paper 105. Brussels.

Hajdu Á et al. (2018), *Policy Brief: Promoting the Appropriate Use of Antibiotics to Contain Antibiotic Resistance in Human Medicine in Hungary.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Hungarian State Treasury (2018), Funding data, http://www.allamkincstar.gov.hu/

Joó T, Szócska M, Vokó Z, Demjén T, Bodrogi J, Gaál P, Foley KL (2018): The impact of anti-smoking policies of the 2010-2014 Hungarian government - a comprehensive evaluation. Tob. Induc. Dis. 16(Suppl 1):A440.

Kovacs VA et al. (2018), *Weight Status of 7-Year-Old Hungarian Children between 2010 and 2016 Using Different Classifications (COSI Hungary).* Obesity Facts, 11(3):195-205.

Ministry of Human Capacities (2014), *Healthy Hungary 2014-2020.* Government resolution: 1039/2015. (II. 10.)

OECD (2019), *OECD Economic Surveys: Hungary, 2019,* Paris, OECD Publishing.

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union,* European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels.

Szigeti Sz et al. (2019), *Tax-funded Social Health Insurance: an Analysis of Revenue Sources, Hungary*, Bulletin of the World Health Organization, 97(5):335-48.

Uzzoli A (2016), *Health Inequalities Regarding Territorial Differences in Hungary by Discussing Life Expectancy,* Regional Statistics, 6(1):139-63.

WHO Regional Office for Europe (2015), *Assessment of the Impact of a Public Health Product Tax.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO Regional Office for Europe (2018), *Medicines Reimbursement Policies in Europe*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO Regional Office for Europe (2019), *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Az országnevek rövidítéseinek jegyzéke

Ausztria	AT	Egyesült Királyság	UK	Horvátország	HR	Luxemburg	LU	Portugália	PT
Belgium	BE	Észtország	EE	Írország	IE	Magyarország	HU	Románia	RO
Bulgária	BG	Finnország	FI	Izland	IS	Málta	MT	Spanyolország	ES
Ciprus	CY	Franciaország	FR	Lengyelország	PL	Németország	DE	Svédország	SE
Csehország	CZ	Görögország	EL	Lettország	LV	Norvégia	NO	Szlovákia	SK
Dánia	DK	Hollandia	NL	Litvánia	LT	Olaszország	IT	Szlovénia	SI

European Commission

State of Health in the EU
Egészségügyi országprofil 2019

Az Európai Unió pénzügyi támogatásával készült egészségügyi országprofilok fontos lépést jelentenek az Európai Bizottság folyamatban lévő *State of Health in the EU* (Egészségi állapot az Európai Unióban) elnevezésű tudásmenedzsment-ciklusában. Az országprofilok a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) és a European Observatory on Health Systems and Policies közös munkájának eredményeként jöttek létre, az Európai Bizottsággal együttműködésben.

A szakpolitikai szempontból releváns rövid országprofilok átlátható, következetes módszertanon alapulnak, mennyiségi és minőség mutatók felhasználásával, mégis rugalmasan igazodnak az egyes uniós tagállamok/EGT-országok helyzetéhez. A cél olyan kölcsönös tanulási és önkéntes adatcserét szolgáló eszköz létrehozása, amelyet a politikai döntéshozók és véleményvezérek egyaránt használhatnak.

Minden országprofil rövid összefoglalást nyújt az alábbiakról:

- az ország egészségi állapota
- az egészség meghatározói, az egészségmagatartási kockázati tényezőkre összpontosítva
- az egészségügyi rendszer szervezete
- az egészségügyi rendszer eredményessége, hozzáférhetősége és rezilienciája (ellenálló-, és alkalmazkodóképessége)

A Bizottság az országprofilok fő megállapításait kísérő jelentéssel egészíti ki.

További információkért lásd a következő honlapot: ec.europa.eu/health/state

Kérjük, hogy erre a publikációra a következőképpen hivatkozzon: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Magyarország: Egészségügyi országprofil 2019, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264690851 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO