European Commission



State of Health in the EU

Magyarország

Egészségügyi országprofil 2023

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 helyzet az Európai Unióban) 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 infromációcsere eszközével támogassák a politikai döntéshozókat és véleményvezéreket. A sorozat kezdete óta először az egészségügyi országprofilok 2023. évi kiadása külön fejezetet szentel a mentális egészségnek.

Az országprofilok az OECD (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet) és a European Observatory on Health Systems and Policies (Egészségügyi Rendszerek és Politikák Európai Megfigyelőközpontja) közös munkájának eredményeként jöttek létre, az Európai Bizottsággal együttműködésben. A munkacsoport köszönetet mond a Health Systems and Policy Monitor hálózatnak, az OECD

Tartalom

1. ÖSSZEFOGLALÓ 3
2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI HELYZET MAGYARORSZÁGON 4
3. KOCKÁZATI TÉNYEZŐK 7
4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER 9
5. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER TELJESÍTMÉNYE 11
   5.1 Eredményesség 11
   5.2 Hozzáférhetőség 13
   5.3 Reziliencia 16
6. REFLEKTORFÉNYBEN A MENTÁLIS EGÉSZSÉG 20
7. FŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK 22

Egészségügyi Bizottságának és az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelésével foglalkozó európai uniós szakértői csoportnak értékes észrevételeikért és javaslataikért.

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), a European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ), a Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) forrásaiból, valamint egyéb nemzeti forrásokból származnak.

Eltérő megjegyzés hiányában a számított uniós átlagok a 27 tagállam súlyozott átlagai. Az uniós átlag Izland és Norvégia adatait nem tartalmazza.

E profil véglegesítésére 2023 szeptemberében került sor a 2023. szeptember első felében hozzáférhető adatok alapján.

Demografiai és társadalmi-gazdasági kontextus Magyarországon, 2022

Demográfiai tényezők	Magyarország	EU
Népesség	9 689 010	446 735 291
A 65 év feletti népesség aránya (%)	20,5	21,1
Termékenységi ráta[1] (2021)	1,6	1,5
Társadalmi-gazdasági tényezők		
Egy főre jutó GDP (PPP EUR[2])	27 259	35 219
Relatív szegénységi arány[3] (%)	12,1	16,5
Munkanélküliségi ráta (%)	3,6	6,2

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

Felelősségkizáró nyilatkozatok: Ezen munka megjelenéséért az OECD főtitkára vállal felelősséget . Az itt kifejtett vélemények és alkalmazott érvek nem feltétlenül tükrözik az OECD tagországainak hivatalos álláspontját. Az Egészségügyi Rendszerek és Politikák Európai Megfigyelőközpontjának kiadványaiban kifejtett nézetek és vélemények nem feltétlenül képviselik a résztvevő szervezetek hivatalos álláspontját.

Ez a munka az Európai Unió pénzügyi támogatásával készült. Az itt kifejtett nézetek semmiképpen sem tekinthetők az Európai Unió hivatalos véleményének.

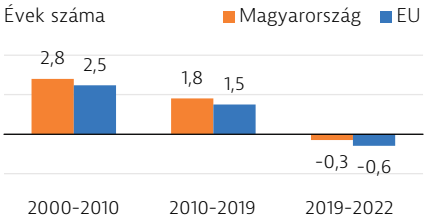
A közös kiadványban használt országok és területek neve és ábrázolása a WHO gyakorlatát követi.

Az OECD-re vonatkozó területi felelősségkizárások: Ez a dokumentum, valamint az abban szereplő adatok és térképek nem érintik semmilyen terület státuszának vagy szuverenitásának meghatározását, a nemzetközi határok és határvonalak kijelölését, valamint bármely terület, város vagy terület elnevezését. További különleges felelősségkizáró nyilatkozatok itt érhetők el.

A WHO-ra vonatkozó területi felelősségkizárások: Az alkalmazott megnevezések és a jelen anyag bemutatása nem jelenti a WHO részéről semmilyen vélemény kinyilvánítását bármely ország, terület, város vagy terület jogi státuszával, hatóságaival, illetve határainak vagy határainak kijelölésével kapcsolatban. A térképeken a pontozott és szaggatott vonalak olyan hozzávetőleges határvonalakat jelölnek, amelyekkel kapcsolatban még nem biztos, hogy teljes egyetértés van.

© OECD és az Egészségügyi Világszervezet (az Egészségügyi Rendszerek és Politikák Európai Megfigyelőközpontjának befogadó szervezeteként és titkárságaként) 2023.

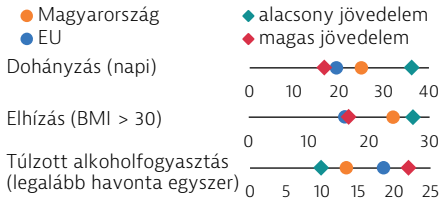
1 Összefoglaló



Változások a születéskor várható átlagos élettartamban

Az egészségügyi helyzet magyarországon

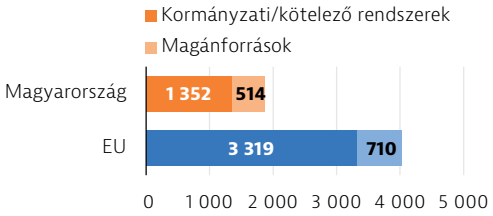
Miután 2000-től kezdődően közel két évtizeden át az EU átlagát meghaladóan nőtt a születéskor várható élettartam, 2019 és 2022 között összességében 0,3 évvel csökkent a várható élettartam Magyarországon. Ez a Covid19-világjárvány idején az EU-ban tapasztalt átlagos csökkenés felét jelenti. 2022-ben a születéskor várható élettartam 76,2 év volt, ami az ötödik legalacsonyabb szint az EU-ban.



a 15+ éves korú népesség %-a

Kockázati tényezők

A magyarok többet dohányoznak, és nagyobb mértékben elhízottak, mint a többi uniós polgár. Ezzel szemben a lakosság körében az uniós átlagnál kisebb mértékű a túlzott alkoholfogyasztás. A legalacsonyabb jövedelmű kvintilisben élők sokkal nagyobb valószínűséggel dohányoznak és híznak el. Míg a legmagasabb jövedelmi kvintilisbe tartozó magyarok kétszer nagyobb valószínűséggel számolnak be túlzott alkoholfogyasztásról, mint a legalacsonyabb kvintilisbe tartozók.



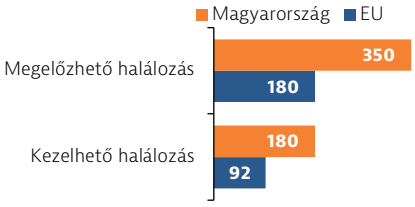
Egy főre jutó vásárlóerő-paritás (PPP) EUR, 2021

Az egészségügyi rendszer

Bár az összes egészségügyi kiadás folyamatosan nő, 2021-ben, az egy főre jutó 1 866 EUR összeggel, Magyarországon az egészségügyi kiadások nem érik el az uniós átlag felét. Az egészségügyre fordított közfinanszírozás aránya Magyarországon (a folyó egészségügyi kiadások 72,5%-a) szintén jóval az uniós átlag alatt van (81,1%).

Eredményesség

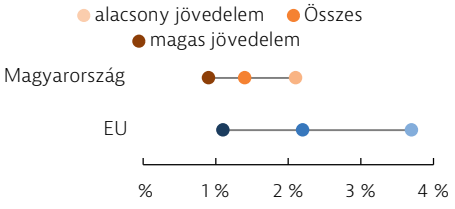
Az elkerülhető halálozás aránya Magyarországon sokkal magasabb, mint az EU-ban: a 100 000 főre jutó megelőzhető (megelőzéssel elkerülhető) és kezelhető (kezeléssel elkerülhető) halálozás aránya egyaránt közel kétszerese az uniós átlagnak. Miután több éve folyamatosan csökkent, 2020-ban megugrott a megelőzhető halálozás, mivel a Covid19-nek tulajdonítható halálesetek megelőzhetőnek minősülnek a halálozási statisztikákban.



Életkor szerint standardizált halálozási arányszám 100 000 főre vetítve, 2020

Hozzáférhetőség

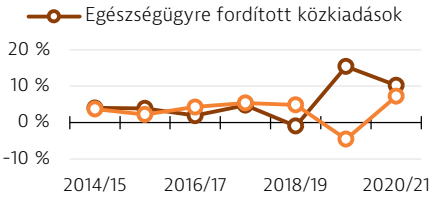
A jövedelmekre és életkörülményekre vonatkozó uniós statisztikai adatok szerint az orvosi vizsgálatok iránti kielégítetlen igényekről beszámoló magyarok aránya 2022-ben az uniós átlag alatt volt. Emellett a saját bevallás szerint kielégítetlen egészségügyi szükségletek tekintetében a magas jövedelmű és az alacsony jövedelmű csoportok közötti különbség Magyarországon sokkal kisebb volt az uniós átlagnál.



a kielégítetlen egészségügyi szükségletekről beszámolók %-os aránya, 2022

Reziliencia (ellenálló és alkalmazkodóképesség)

Az egészségügyre fordított közkiadások növekedése Magyarországon 2016/17 és a Covid19-világjárvány kezdete között a GDP növekedési rátája alatt maradt. A népegészségügyi szükséghelyzet idején az egészségügyi rendszer támogatására fordított kiadások jelentős növekedése azt jelenti, hogy a közkiadások növekedési rátája 2020-ban és 2021-ben messze meghaladta a korábbi évekét.



Éves változás reálértékben

Reflektorfényben a mentális egészség

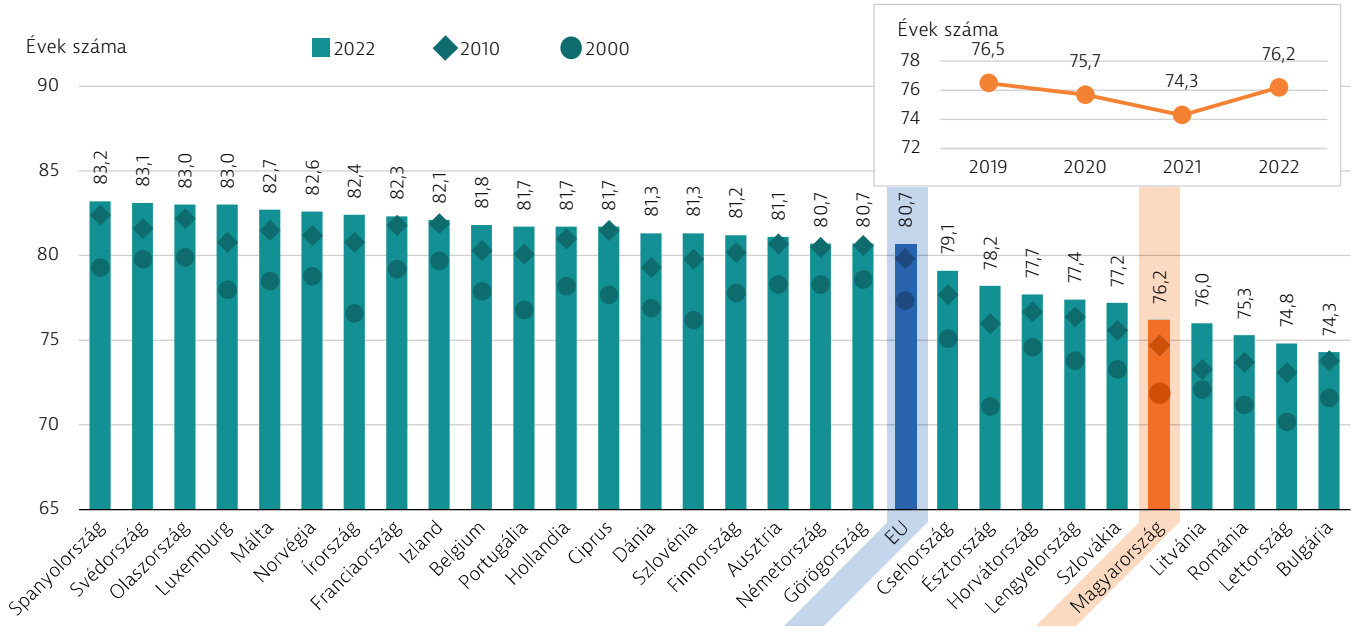
Becslések szerint 2019-ben a magyarok 14%-a élt mentális egészségügyi problémával, szemben az EU-ban mért 17%-kal. A mentális egészségügyi problémákkal küzdő magyarok aránya nagyjából hasonló az uniós átlagokhoz, Magyarországon valamivel kevesebb szorongást és depressziót diagnosztizáltak. Annak ellenére, hogy 2020 óta jelentős csökkenés következett be, a 100 000 főre vetített öngyilkossági arány a férfiak körében Magyarországon az egyik legmagasabb az EU-ban. A magyar válaszadók szerint a Covid19-világjárvány során tapasztalt, kielégítetlen egészségügyi szükségletek mintegy 15%-a kapcsolódott a mentális egészségügyi ellátáshoz.

2 Az egészségügyi helyzet Magyarországon

Magyarországon a születéskor várható élettartam négy és fél évvel alacsonyabb az uniós átlagnál

2022-ben Magyarországon 76,2 év volt a születéskor várható élettartam, amely az ötödik legalacsonyabb az EU-ban és a többi visegrádi országban (Csehország, Lengyelország és Szlovákia) mérttől is elmarad. A Covid19-világjárványt megelőzően közel két évtizede fokozatosan közelített az uniós átlaghoz, és 2019-re a születéskor várható élettartam 76,5 év volt, amely nem egészen öt évvel kevesebb, mint az uniós átlag. A Covid19-világjárvány kitörését követően azonban a születéskor várható élettartam 2019 és 2021 között több mint két évvel csökkent Magyarországon (1. ábra), ami két évtized alatt a legnagyobb megfigyelt csökkenés. 2022-ben aztán ismét négy és fél évvel uniós átlag alatt volt. Más uniós országokhoz hasonlóan Magyarországra is igaz, hogy a férfiak élettartama általában rövidebb. 2022-es adatok szerint a magyar férfiak várhatóan átlagosan 6,8 évvel korábban halnak meg, mint a nők. Ez a várható élettartam tekintetében megmutatkozó nemek közötti különbség (amely közel 1,5 évvel haladja meg az uniós átlagot) különösen a kockázati tényezőknek – főként a dohányzásnak és a túlzott mértékű alkoholfogyasztásnak – való nagyobb kitettségnek tulajdonítható (lásd a 3. szakaszt).

1. ábra. A várható élettartam több mint két évvel csökkent a Covid19-világjárvány kezdete után



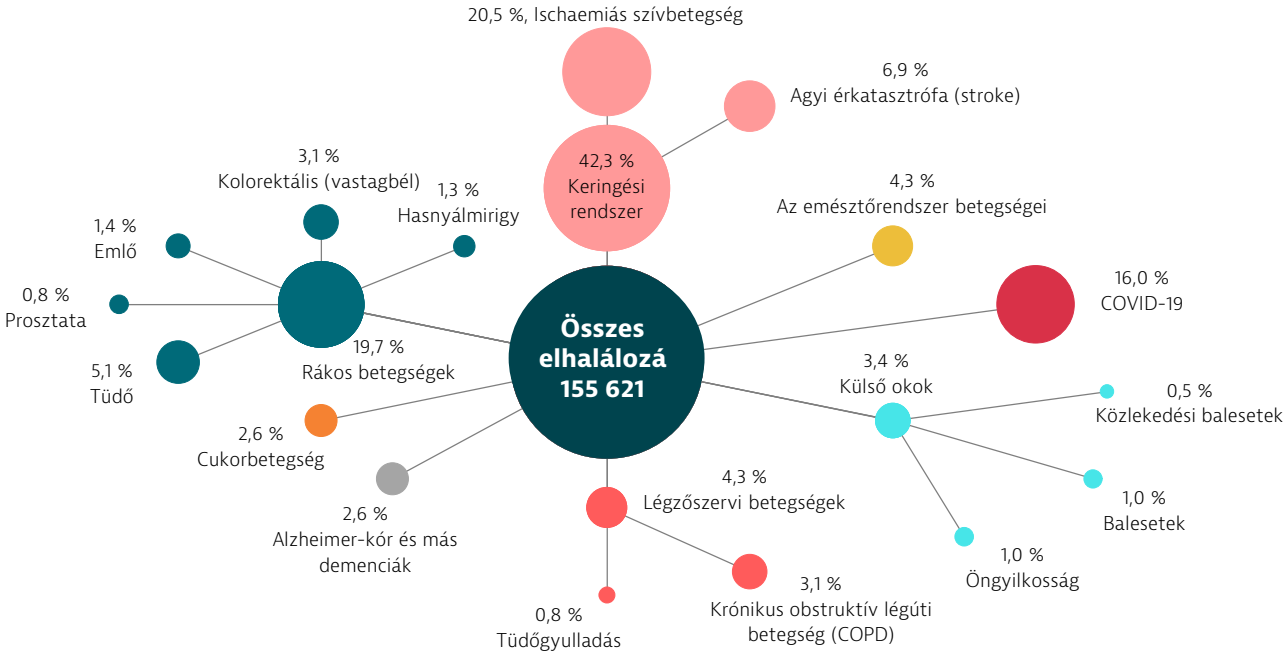
Megjegyzések: Az uniós átlag súlyozott. A 2022. évi adatok az Eurostat előzetes becslései, amelyek eltérhetnek a nemzeti adatoktól, és amelyek felülvizsgálat tárgyát képezhetik. Az írországi adatok 2021-re vonatkoznak.
Forrás: Eurostat adatbázis.

Magyarországon a halálesetek jelentős részét az ischaemiás szívbetegség vagy a stroke okozza

A szív- és érrendszeri betegségek, mint az ischaemiás szívbetegség és a stroke a vezető halálozási okok, amelyek a 2021-ben Magyarországon regisztrált halálesetek több mint 40%-át tették ki. A Covid19-világjárványt megelőző években a várható élettartam növekedését Magyarországon elsősorban a keringési betegségek és kisebb mértékben a rák okozta halálozások csökkenése okozta. A rákos megbetegedésből fakadó halálozások között továbbra is a tüdőrák a leggyakoribb, amelyet a vastagbélrák és az emlőrák követ (2. ábra). A világjárvány második évében Magyarország közel 25 000 Covid19 okozta megerősített halálesetről számolt be, ami 2021-ben az összes haláleset 16%-át tette ki: ezek 75%-a 65 éves és annál idősebb személyeknél fordult elő.

A megnövekedett arányú mortalitás tágabb mutatója, amely egy a világjárvány előtti ötéves időszak (2015–19) adataiból kalkulált alapszintet meghaladó haláleseteket jelenti (az okuktól függetlenül), átfogóbb képet nyújt a világjárvány hatásáról. 2020 és 2022 között a Magyarországon bekövetkezett, megközelítőleg 43 350 többlethalálozás a halálozások 11,1%-át teszi ki a történelmi bázishoz képest, ami valamivel elmarad a többlethalálozás 12,6%-os átlagos uniós változásától. Más visegrádi országokhoz hasonlóan Magyarországon is 2021-ben nőtt a legnagyobb mértékben (19%) a többlethalálozás.

2. ábra. 2021-ben a szív- és érrendszeri betegségek feleltek a legtöbb halálesetért



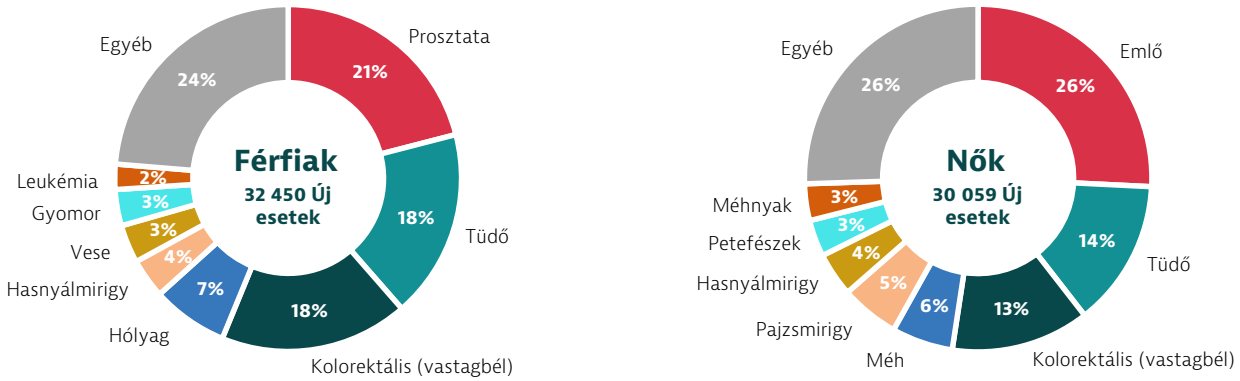
Megjegyzés: A COPD a krónikus obstruktív tüdőbetegségre utal.
Forrás: Eurostat adatbázis (az adatok 2021-re vonatkoznak).

A többlethalálozás jelentős növekedése nagyrészt azzal magyarázható, hogy egyetlen éven belül – tavasszal, majd télen – két jelentős Covid19-hullám tört ki.

A tüdő- és a vastagbélrák a fő rákos megbetegedések Magyarországon

A Közös Kutatóközpont korábban azt jelezte előre a korábbi évek előfordulási tendenciái alapján, hogy Magyarországon 2022-ben várhatóan több mint 62 000 új rákos megbetegedés fog előfordulni. Ez a becslések szerint 100 000 főre vetítve a férfiak körében 786, míg a nők körében 528 rákos megbetegedést jelent – mindkettő meghaladja a vonatkozó uniós átlagot. A rákos megbetegedések előfordulására vonatkozó viszonylag magas becslések részben a lakosság kockázatos egészségmagatartását, például a dohányzást és az alkoholfogyasztást tükrözhetik (lásd a 3. szakaszt). Magyarországon a vezető rákdiagnózis a nők esetében az emlőrák, a férfiak esetében pedig a prosztatarák, amelyet a tüdő- és a vastagbélrák követ mind a férfiak, mind a nők esetében (3. ábra).

3. ábra: 2022-ben Magyarországon több mint 62 000 új rákos megbetegedésre lehetett számítani



Életkor szerint standardizált arány (valamennyi rákos megbetegedés): 786 100 000 lakosra vetítve
EU-átlag: 684 100 000 lakosra vetítve

Életkor szerint standardizált arány (valamennyi rákos megbetegedés): 528 100 000 lakosra vetítve
EU-átlag: 488 100 000 lakosra vetítve

Megjegyzések: A nem melanoma bőrrák nem tartozik ide; a méhrák nem foglalja magában a méhnyakrákot.
Forrás: ECIS– Európai rákinformációs rendszer.

A 65 év feletti magyarok közül sokan krónikus betegségben szenvednek és fogyatékossággal élnek

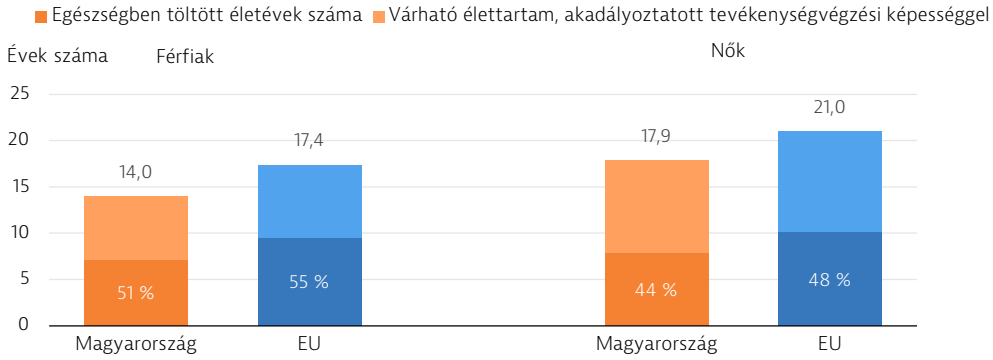
Az elmúlt évtizedben Magyarországon az idősebb populáció irányába való gyorsabb ütemű demográfiai elmozdulás ment végbe. A 65 évesek és annál idősebbek aránya a teljes népesség egyhatodáról (2012) 2020-ra több mint egyötödére emelkedett. Ez az arány az előrejelzések szerint 2050-re több mint egynegyedre nő, ami némileg elmarad az előre jelzett uniós átlagtól.

2020-ban Magyarországon a 65 éves nők további 18 évre számíthattak, míg a férfiak előreláthatólag további 14 évet élhettek; ezek az adatok több mint három évvel elmaradnak az adott uniós átlagtól.

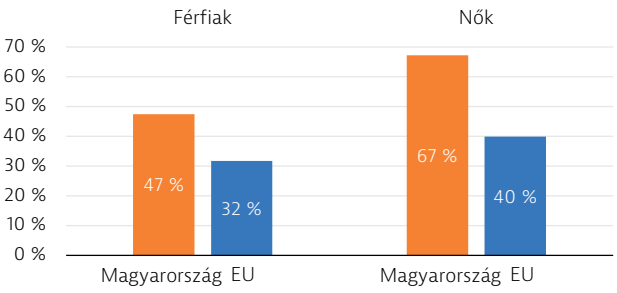
A 65 éves magyar férfiak és nők az uniós átlagnál alacsonyabb arányban élnek hátralévő életükben egészségi problémáktól és fogyatékosságoktól mentesen, és Magyarországon belül regionális különbségek is vannak: a városi területeken (különösen Budapesten) élő időskorúak egészségesebbek, mint a vidéki területeken élők. A 65 éves vagy annál idősebb magyar férfiak közel fele és a nők több mint kétharmada számolt be arról, hogy többszörös krónikus betegségben szenved, ami az uniós országok között az egyik legmagasabb arány. Hasonlóképpen, az EU-ban Magyarországon a legmagasabb azon 65 éves és idősebb férfiak és nők aránya (36%, illetve 46%), akik a mindennapi életük alapvető tevékenységeiben való valamely akadályoztatottságról számolnak be (pl. öltöztetés és zuhanyozás) (3. ábra).

4. ábra: A 65 év feletti magyarok körében az EU-ban az egyik legmagasabb a multimorbiditás és a mindennapi élet tevékenységeiben való akadályoztatottság aránya

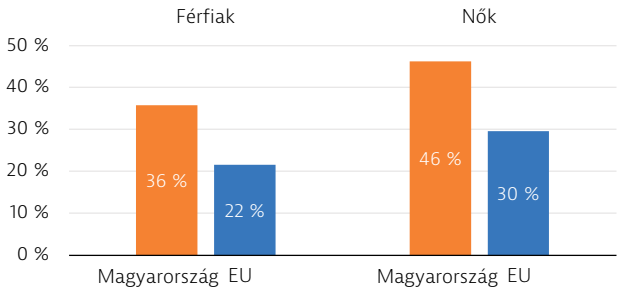
A 65 éves korban várható élettartam és az egészségben töltött életévek száma



A 65 éves és annál idősebb, többszörös krónikus betegségben szenvedők aránya



Napi tevékenységvégzési képességükben akadályoztatott 65 éves és annál idősebb személyek



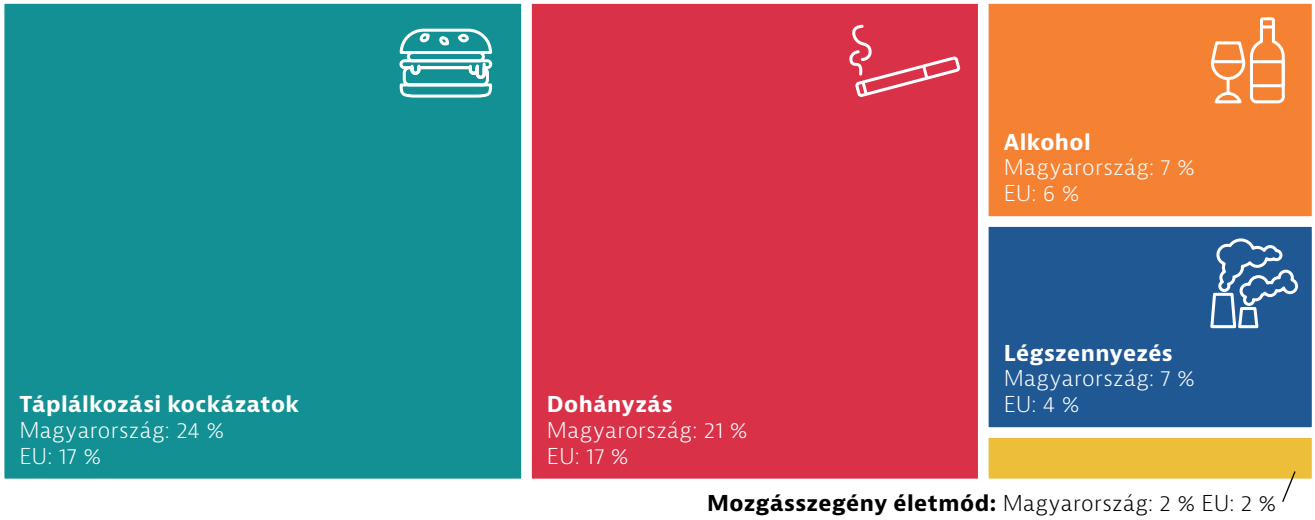
Források: Az Eurostat adatbázisa (a várható élettartamra és az egészségben eltöltött életévekre vonatkozóan) és a SHARE felmérés 8. hulláma (a krónikus betegségekre és a mindennapi tevékenységekben való akadályoztatottságra vonatkozóan). Az adatok 2020-ra vonatkoznak.

3 Kockázati tényezők

Az életmódbeli (egészségmagatartási) és környezeti kockázati tényezők az összes halálozás több mint feléért felelősek

2019-ben Magyarországon a halálesetek mintegy fele az életmódbeli kockázati tényezőknek volt tulajdonítható (5. ábra). Ebben az évben az összes haláleset közel egynegyede (24%) az egészségtelen étrendnek volt tulajdonítható, ami meghaladja az uniós átlagot (17%). A dohányzás, beleértve az aktív és a passzív dohányzást is, az összes haláleset további 21%-át okozta, míg a halálesetek 7%-a az alkoholfogyasztásnak, 2%-a pedig a mozgásszegény életmódnak volt tulajdonítható. A finomrészecskék ($PM_{2,5}$) és az ózonnak való kitettség formájában jelentkező légszennyezés önmagában az összes haláleset mintegy 7%-áért volt felelős, ami az uniós átlagnál (4%) jelentősen magasabb arány. A légszennyezés okozta halálesetek a legtöbb esetben a keringési és légzőszervi megbetegedésekhez, valamint a rák bizonyos típusaihoz kapcsolódnak.

5. ábra: A nem megfelelő étrend és a dohányzás növeli a halálozási arányt Magyarországon



Megjegyzések: Az e kockázati tényezőkhöz kapcsolódó halálesetek száma összességében alacsonyabb, mint az egyes tényezőkhöz kapcsolódó esetek összege, mivel ugyanaz a haláleset több kockázati tényezőnek is tulajdonítható. A táplálkozási kockázatok 14 tényezőből állnak, mint például az alacsony gyümölcs- és zöldségfogyasztás és a magas cukrozottital-fogyasztás. A légszennyezés a finomrészecskéknek ($PM_{2,5}$) és az ózonnak való kitettségre utal. Források: IHME (2020), Global Health Data Exchange (a becslések 2019-re vonatkoznak).

A dohányzás arányának elmúlt években tapasztalható csökkenése ellenére a magyarok a legerősebb dohányosok között vannak az EU-ban

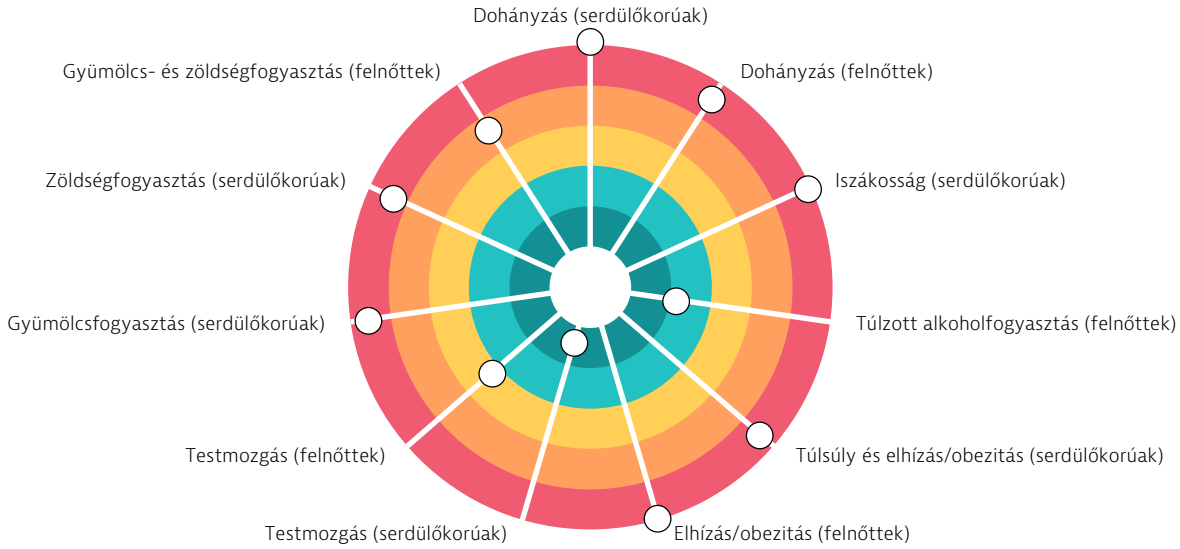
2019-ben a magyar felnőttek mintegy negyede számolt be arról, hogy napi szinten dohányzik. A dohányzási arány, Bulgária után, Görögországban és Magyarországon volt a második legmagasabb az EU-ban[1]. A dohányzás az elmúlt két évtizedben lassabban mérséklődött Magyarországon, mint számos más uniós országban. Míg a 2010 és 2014 között bevezetett összehangolt intézkedések észrevehető csökkenést eredményeztek, a tendencia azóta megfordult, és a hevített dohánytermékek gyorsan teret nyertek (Joó et al., 2024). Magyarországon a dohányzók aránya jelentős különbségeket mutat a nemek szerint: a magyar férfiak közel egyharmada számolt be arról, hogy 2019-ben naponta dohányzott, szemben a nők körülbelül egyötödével. A serdülők körében is magasak az arányok: 2022-ben a 15 évesek 29%-a számolt be arról, hogy az elmúlt hónapban dohányzott, ami meghaladja a 17%-os uniós átlagot. Az Európai Unió Bíróságának ítéletét követően Magyarország 2021-ben jelentősen megemelte a legtöbb dohánytermék jövedéki adóját annak érdekében, hogy megfeleljen az uniós rendeletek által a dohánytermékekre előírt minimumkövetelményeknek, mivel Magyarországon a dohány- és más nikotintermékekre vonatkozó korábbi adómértékek alacsonyabbak voltak (Európai Unió, 2021).

A túlzott alkoholfogyasztás továbbra is fontos népegészségügyi probléma

A 15 éves vagy annál idősebb magyarok által évente átlagosan fogyasztott tiszta alkohol mennyisége 2021-ben 10,4 liter volt. Ez az adat 2000-hez képest csökkenést jelent, viszont 5%-kal meghaladja az uniós országok egy főre jutó átlagos fogyasztását.

1 *Egy másik forrás – az Eurobarométer felmérése – alapján a dohányzók aránya 2020-ban 28% volt Magyarországon, ami szintén magasabb az uniós átlagnál (25%), de több országban mért eredmény volt magasabb a magyar aránynál.*

6. ábra: A legtöbb életmóddal kapcsolatos egészségügyi kockázati tényező gyakrabban fordul elő Magyarországon, mint más uniós országokban



Megjegyzések: 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 országban van még hová fejlődni minden területen.
Források: Az OECD számításai a 2022-es HBSC-felmérés alapján a serdülőkorúak mutatói tekintetében; valamint az EHIS 2019 alapján a felnőttekre vonatkozó mutatók esetében.

Ugyanakkor a túlzott alkoholfogyasztás[2] a felnőttek körében kevésbé elterjedt, mint az EU-ban (6. ábra). Bár a magyar serdülők körében 2010 óta csökken a túlzott alkoholfogyasztás aránya, továbbra is komoly aggodalomra ad okot. 2022-ben Magyarországon a 15 évesek 37%-a számolt be arról, hogy élete során többször volt már ittas, míg az EU-ban ez az arány 18% volt.

Az elhízás (obezitás) jelentős népegészségügyi probléma Magyarországon

A 2019-es, önbevalláson alapuló adatok szerint a magyar lakosság több mint egyharmada túlsúlyosnak, 24%-a pedig elhízottnak minősült. Az elhízás aránya meghaladta a 16%-os uniós átlagot, és a 2014-es 21%-hoz képest is nőtt. Az elhízás magyarországi előfordulási gyakoriságára vonatkozó, az emberek testtömegindexének tényleges mérésén alapuló adatok még ennél is magasabb arányokat jeleznek: 2019-ben a népesség egyharmada (33%) volt elhízott, ami a 2009. évi 29%-hoz képest növekedést jelent. Ez a tendencia különösen aggasztó a férfiak körében, mivel esetükben 2009 és 2019 között 26%-ról 36%-ra nőtt az elhízás előfordulási gyakorisága, miközben az a nők körében meglehetősen stabil maradt. A túlsúllyal kapcsolatos problémák a serdülők körében is hasonlóan súlyosak. Felmérési adatok szerint 2022-ben a 15 éves magyarok 25%-a volt túlsúlyos vagy elhízott, ami a negyedik legmagasabb arány az EU-ban.

Részben a táplálkozási szokások magyarázzák az elhízottság egyre növekvő előfordulását Magyarországon. 2019-ben a felnőttek mindössze 8%-a számolt be napi öt adag gyümölcs- és zöldségfogyasztásról, ami alacsonyabb, mint a 2014-es (10%) és az uniós átlag (12%). Ezzel szemben a testmozgás szintje mind a serdülők, mind a felnőttek esetében viszonylag magasabb, mint uniós társaiké.

A társadalmi-gazdasági körülmények súlyosbítják az életmódbeli kockázati tényezőket

Csaknem minden más uniós országhoz hasonlóan Magyarországon is számos életmódbeli kockázati tényezőről elmondható, hogy jellemzően társadalmi-gazdasági gradienst követ. 2019-ben a legalacsonyabb jövedelmi kvintilisbe tartozó felnőttek 36%-a számolt be napi dohányzásról, szemben a legmagasabb kvintilisben élők 17%-ával. Ez a dohányzási arány tekintetében megmutatkozó jövedelemkülönbség a legnagyobb az EU-ban. A felnőttek esetében az elhízás terén is nagy a különbség: a legalacsonyabb jövedelmi kvintilisbe tartozók körében közel kétszerese annak a valószínűsége, hogy elhízottak, mint a legmagasabb kvintilisben élők körében.

2 *A felnőttek esetében a túlzott alkoholfogyasztás hat vagy több szeszes ital egyetlen alkalommal történő elfogyasztását jelenti.*

4 Az egészségügyi rendszer

Magyarország egyetlen egészségbiztosítási alappal rendelkező társadalombiztosítási rendszert működtet

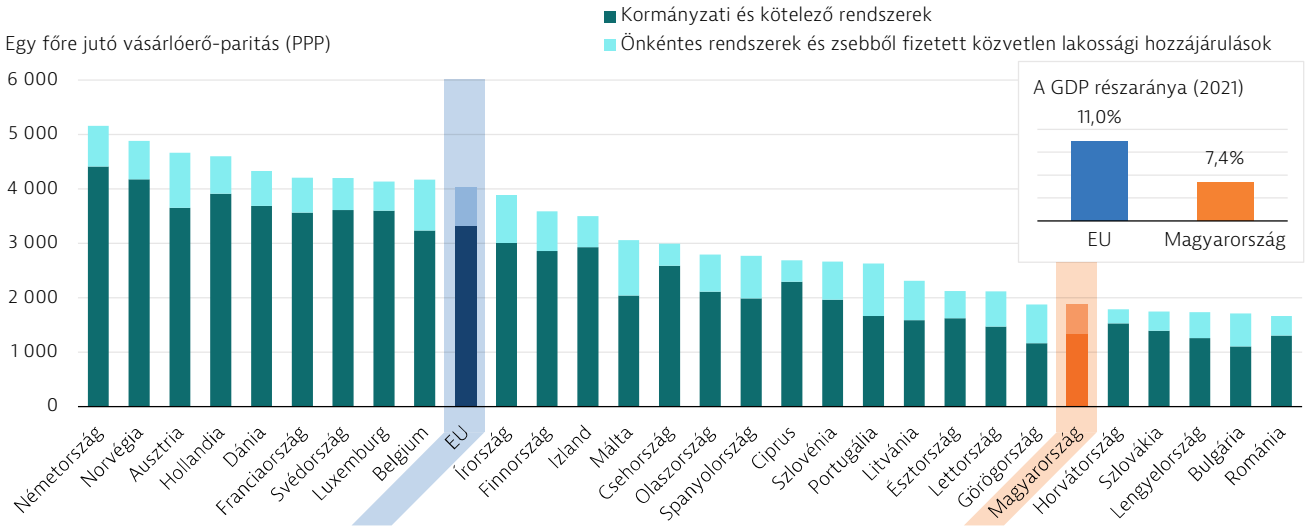
A magyar egészségügyi rendszer erősen centralizált. A magyar egészségügyi rendszerben a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) kezeli az egységes egészségbiztosítási alapot. Az alap szinte teljes körű fedezetet nyújt, egyetemes hozzáférést biztosítva, bár a népesség mintegy 5%-a, azaz a külföldön dolgozó polgárok és az állandó lakcímmel nem rendelkezők biztosítási státusza nem egyértelmű. Az egészségügyi rendszer irányítását a közelmúltban (2020-ban) az Emberi Erőforrások Minisztériumából a Belügyminisztériumba helyezték át.

A másodlagos és harmadlagos ellátás nyújtása többnyire a közellátás keretében biztosított, az önkormányzatok és a központi kormányzat között oszlik meg, a magánszolgáltatók szerepe csekély. A helyi önkormányzatok feladata az alapellátás megszervezése, ahol a háziorvosi szolgáltatásokat elsősorban egyéni, magánpraxisok nyújtják. A 2022 decemberében elfogadott új reformmal mindazonáltal a kormány célja, hogy az alapellátási praxisok határainak meghatározásával kapcsolatos felelősséget központosítsa a döntési jognak helyi önkormányzatoktól az Országos Kórházi Főigazgatósághoz való áthelyezésével, továbbá a háziorvosok számára pénzügyi ösztönzőket biztosított praxisközösségek létrehozásának ösztönzése érdekében (lásd az 5.3. szakaszt). Néhány település szakrendelőnek nevezett saját járóbeteg-szakellátással is rendelkezik, ahol a különböző orvosi szakterületeken nyújtanak másodlagos járóbeteg-ellátást a helyi lakosoknak. Egyeztetések zajlanak a szakrendelők irányításának központosításáról, de a helyi önkormányzatok döntenek arról, hogy átadják-e ezeket a központi kormányzatnak.

Magyarországon az egészségügyi kiadások lassan, de folyamatosan növekedtek az elmúlt két évtizedben

Magyarország 2021-ben GDP-jének 7,4%-át fordította az egészségügyre, szemben a 11,0%-os uniós átlaggal. Miután 2019 és 2020 között a folyó egészségügyi kiadások éves növekedési üteme magas, 11,9%-os volt, 2020–21-ben 7,7%-ra lassult. Az egy főre jutó 1 866 eurós (vásárlóerő-különbségekkel kiigazított) összeget tekintve, Magyarország az egy főre jutó kiadások uniós átlagának kevesebb mint felét költi egészségügyre (7. ábra). Az egészségügyre fordított közfinanszírozás aránya az elmúlt évtizedben fokozatosan nőtt, és 2021-ben 72,5%-ot tett ki, szemben a 81,1%-os uniós átlaggal. Következésképpen a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások magas volt, ugyanebben az évben 25%-ot tett ki, szemben a 15%-os uniós átlaggal (lásd az 5.2. szakaszt). A zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulás meghatározó a járóbeteg-ellátás, a gyógyszerek, az orvostechnikai eszközök és a fogászati ellátás vonatkozásában (lásd az 5.2. szakaszt).

7. ábra: Az egészségügyi kiadások Magyarországon az egyik legalacsonyabbak az EU-ban



Megjegyzés: Az uniós átlag súlyozott.
Forrás: Az OECD 2023-as egészségügyi statisztikái (az adatok 2021-re vonatkoznak, kivéve Málta esetében [ahol 2020-ra]).

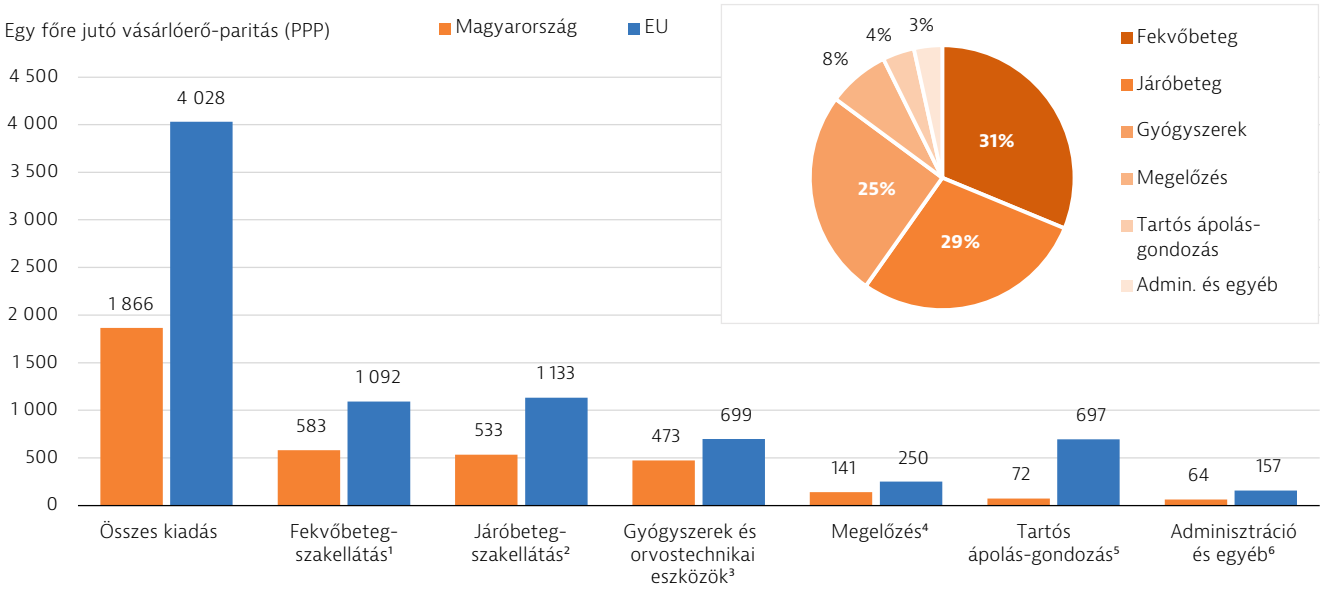
Új intézkedések a paraszolvencia visszaszorítása érdekében

A paraszolvencia megszüntetése évek óta vitatott tárgykör, mivel a igazságosság, a betegségek költségterhelése elleni védelem, az átláthatóság és a hatékonyság javításának akadályaként tekintenek rá (Gaal et al., 2021). Az egészségügyi dolgozók új foglalkoztatási státusza szabályozásának részeként a kormány 2021-től kezdődően három év alatt több mint kétszeresére növelte az orvosok hivatalos fizetését, míg a paraszolvencia nyújtását és elfogadását – a kis értékű ajándékok kivételével – bűncselekménnyé nyilvánította (lásd alább és 5.2. szakasz). Mindazonáltal az Eurobarométer 2022. évi felmérésének eredményei azt mutatták, hogy a magyarok többsége elfogadhatónak tartja, hogy a közszolgáltatások igénybevételéért ajándékot adjanak vagy szívességet tegyenek (Eur Commission, 2022a)[3].

Az egészségügyi kiadások legnagyobb részét a fekvőbeteg-ellátás teszi ki

2021-ben Magyarország egészségügyi kiadásainak körülbelül egyharmadát (31%) fordította a fekvőbeteg-ellátásra, ami magasabb, mint az uniós átlag (28%). Magyarország 29%-ot fordít a járóbeteg-ellátásra, ami megegyezik az uniós átlaggal (8. ábra). Tekintettel arra, hogy Magyarország teljes egészségügyi kiadása viszonylag alacsony, a járóbeteg-ellátáshoz kapcsolódó gyógyszerek és orvostechnikai eszközök – amelyek ára az egységes piacon belüli árhoz közelít – az egészségügyi kiadások 25%-át emésztették fel, ami jóval magasabb, mint az uniós átlag (18%). Ezzel szemben Magyarország kiadásainak csupán 4%-át fordította a tartós ápolás-gondozásra, ami jóval elmarad a 16%-os uniós átlagtól.

8. ábra: Magyarország minden kategóriában kevesebbet költ egy főre vetítve, mint az uniós átlag



Megjegyzések: 1. Magában foglalja a kórházakban és más intézményekben nyújtott gyógyító-rehabilitációs eljárásokat. 2. Magában foglalja az otthoni ápolás-gondozást és a kisegítő szolgáltatásokat (pl. betegszállítás). 3. Csak a járóbeteg-ellátási piacot tartalmazza. 4. Csak a szervezett megelőzési programokra fordított kiadásokat foglalja magában. 5. Csak az egészségügyi komponenst tartalmazza. 6. Magában foglalja az egészségügyi rendszer irányítását és igazgatását, valamint egyéb kiadásokat. Az uniós átlag súlyozott.
Forrás: Az OECD 2023-as egészségügyi statisztikái (az adatok 2021-re vonatkoznak, kivéve Málta esetében [ahol 2020-ra]).

Az állami és magánszolgáltatók vegyes összetétele miatt az orvosok és az ápolók többféle munkát végeznek az ágazatokon belül és azok között

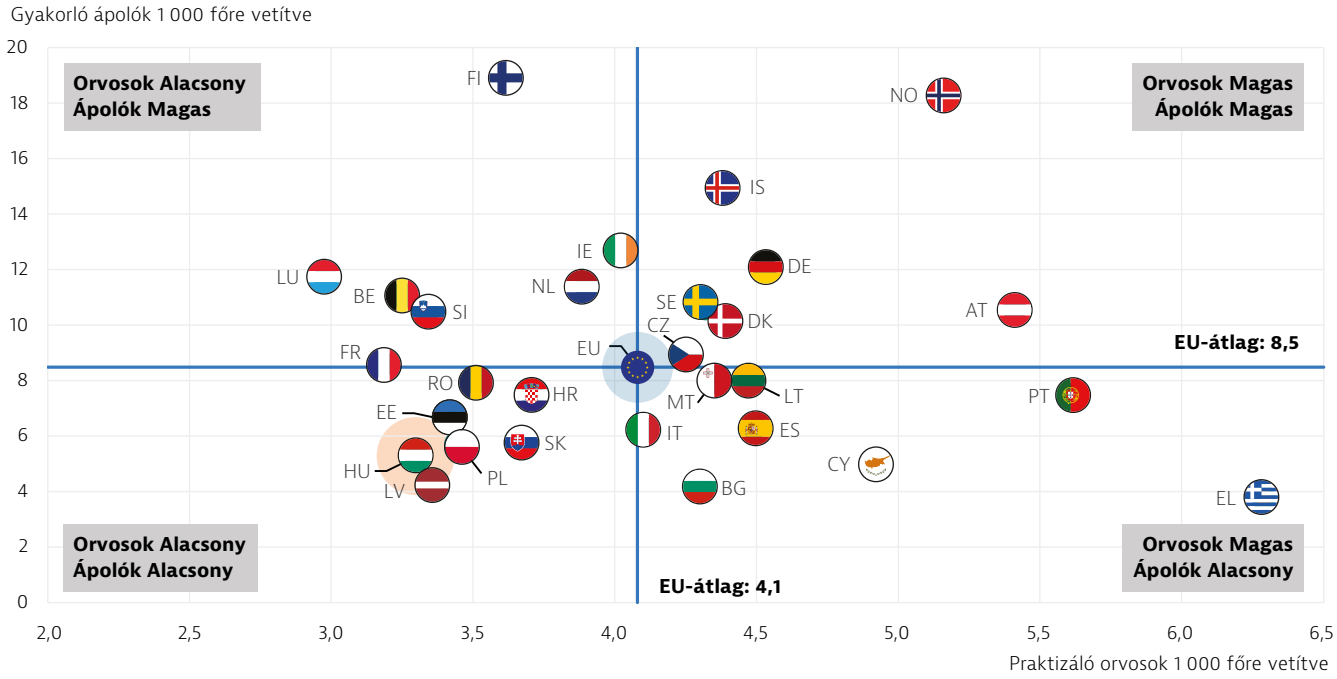
Sok más uniós tagállamhoz hasonlóan Magyarországon is sok éve problémát jelent a munkaerőhiány. Az orvosok száma 2000 óta többé-kevésbé az 1000 lakosra jutó 3,0 fő körül ingadozott, majd 2021-ben elérte az 1000 lakosra jutó 3,3 főt, amely elmarad az 1000 lakosra jutó 4,1-es uniós átlagtól. 2021-ben 1000 lakosra vetítve 5,3 ápoló volt, amely jóval elmarad az 1000 lakosra jutó 8,5-es uniós átlagtól (9. ábra).

A munkaerőhiány a más európai országokba irányuló, magasabb bérezés céljából történő kivándorláshoz és bizonyos mértékig a magánszektorhoz kapcsolódik (Gaal et al., 2021). A magánszektor bővülésének következtében gyakori, hogy az orvosok és az ápolók több munkahelyen is dolgoznak a közszférában és ágazatokon átívelően is. Az egészségügyi dolgozók foglalkoztatási státuszáról szóló, 2020-ban kiadott új jogszabályt számos tényező indokolta, többek között a következők: a magánszektor növekedése és összefonódása az állami rendszerrel; az egészségügyi dolgozók elégedetlensége a munkakörülményekkel és az alacsony bérezéssel; valamint a paraszolvenciáról szóló vita. Új szabályokat vezettek be a köz- és a magánszektor szétválasztására, bár azokat csak részben valósították meg. Például, míg az eredeti terv

3 *Ez nemcsak az egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódik, hanem az adminisztratív szolgáltatások szélesebb körű tendenciáját tükrözi.*

szerint az orvosoknak választaniuk kellett volna a köz- és a magánszektorban végzett munka között, végül csak a részmunkaidős foglalkoztatást kell bejelenteniük az Országos Kórházi Főigazgatóság általi jóváhagyás céljából, amelyet gyakorlatilag mindenki megkapott.

9. ábra: Az orvosok és ápolók száma Magyarországon elmarad az uniós átlagtól



Megjegyzések: Az ápolókra vonatkozó adatok az ápolók valamennyi kategóriáját tartalmazzák (nem csak azokat, akik megfelelnek a szakmai képesítések elismeréséről szóló uniós irányelvnek). Görögországban az ápolók száma alulbecsült, mivel csak a kórházi dolgozókat tartalmazza. Portugáliában és Görögországban az adatok a praktizálásra engedélyt kapó minden orvosra vonatkoznak, ami a praktizáló orvosok számának nagymértékű túlbecslését eredményezi (Portugáliában pl. körülbelül 30%-kal).
Források: Az OECD 2023-as egészségügyi statisztikái (az adatok 2021-re vagy a legközelebbi rendelkezésre álló évre vonatkoznak).

5 Az egészségügyi rendszer teljesítménye

5.1 Eredményesség

A megelőzhető halálozási arány Magyarországon az egyik legmagasabb az EU-ban

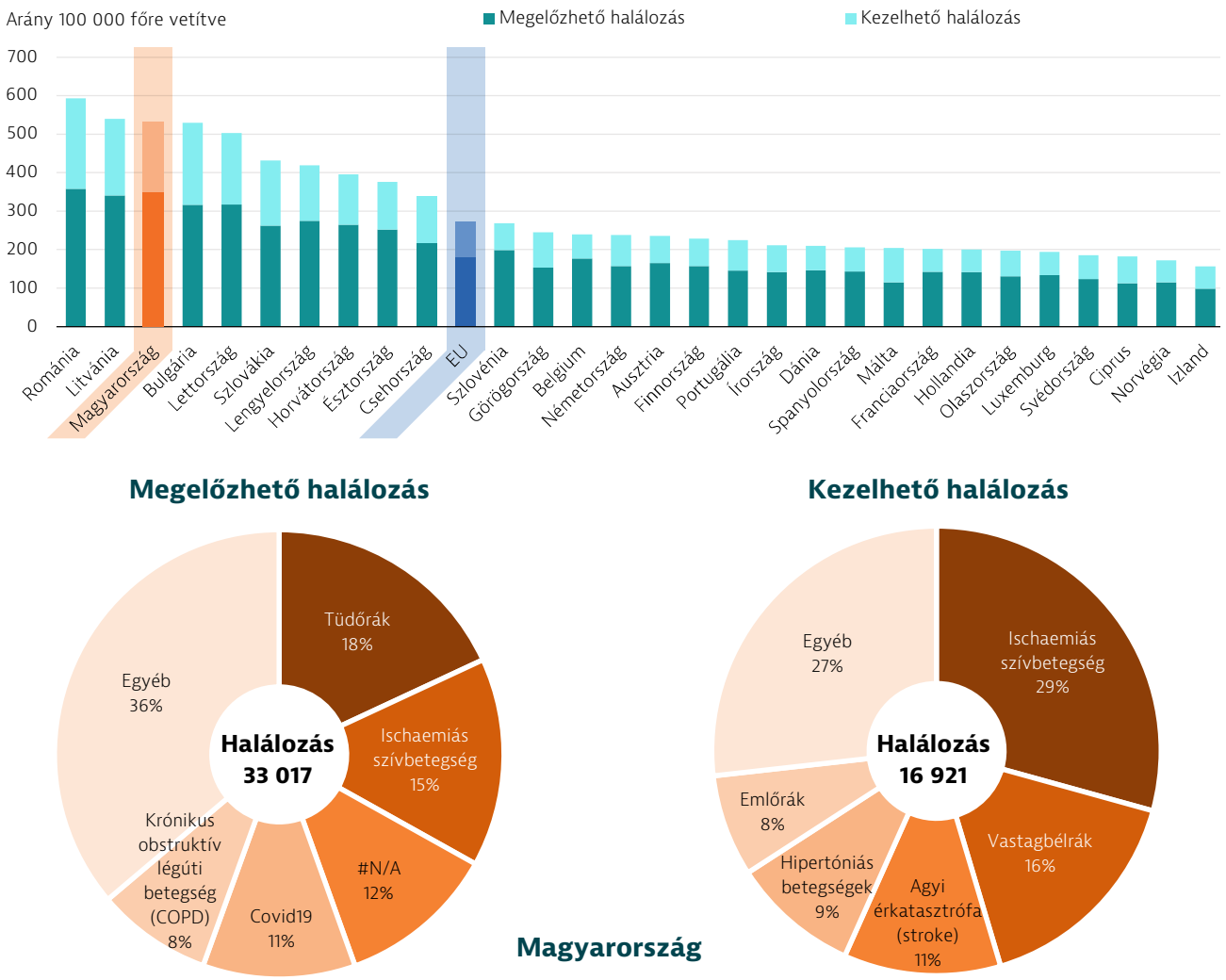
A megelőzhető halálozások aránya Magyarországon az elmúlt évtizedben csökkent, és 2019-ben 100 000 lakosra vetítve 315 volt, bár ugyanebben az időszakban továbbra is az egyik legmagasabb maradt az EU-ban. Ez 2020-ban 100 000 főre vetítve 350 halálesetre emelkedett, ami részben azzal magyarázható, hogy a Covid19-nek tulajdonítható haláleseteket 2020 óta megelőzhetőnek minősítik a halálozási statisztikákban (10. ábra). Magyarországon 2020-ban a megelőzhető halálozás három vezető oka a tüdőrák (18%), az ischaemiás szívbetegség (15%) és az alkohollal kapcsolatos betegségek (11%). Az EU-n belül Magyarországon a legnagyobb a megelőzhető tüdőrák okozta halálozások aránya.

A megelőzhető halálozáshoz hasonlóan a kezelhető okokból bekövetkező halálozás is viszonylag magas Magyarországon. Bár az elmúlt évtizedben az arány 100 000 lakosra vetítve csökkent, és 2019-ben 173 volt, 2020-ban 180-ra emelkedett. A három vezető ok az ischaemiás szívbetegség (29%), amely az egyik legmagasabb arány az EU-ban, a vastagbélrák (16%) és a stroke (11%).

Az egészségügyi rendszer megelőző egészségügyi ellátás felé történő elmozdítását célzó korábbi öt nemzeti egészségügyi program aktualizálása folyamatban van

A magyarországi megelőző ellátás javítása érdekében az emberi erőforrások minisztere 2019-ben öt nemzeti egészségügyi programot hirdetett meg a 2019–22-es időszakra, amelyek a gyermekegészségügyre, a szív- és érrendszeri betegségekre, a mentális egészségre,

10. ábra: Az elkerülhető halálozás aránya Magyarországon a harmadik legmagasabb az EU-ban



Megjegyzések: A megelőzhető halálozás az a halálozás, amelyet főként népegészségügyi és elsődleges prevenciós beavatkozásokkal el lehetett volna kerülni. A kezelhető 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. A listák az egyes betegségekből (pl. ischaemiás szívbetegség, stroke, cukorbetegség és hipertónia) eredő halálesetek felét a megelőzhető halálozások közé sorolják, a másik felét pedig a kezelhető okoknak tulajdonítják, így ugyanazt a halálesetet nem számolják kétszer. A COPD a krónikus obstruktív tüdőbetegségre utal.
Forrás: Eurostat adatbázis (az adatok 2020-ra vonatkoznak).

a váz- és izomrendszeri, valamint a rákos megbetegedésekre terjedtek ki. 2023-ban bejelentettek egy új nemzeti egészségügyi program kidolgozására irányuló kezdeményezést, de az új tervek még kezdeti szakaszban vannak. A népegészségügy és a megelőzés javítására irányuló egyéb kiemelt szakpolitikai programok közé tartozik a népegészségügyi termékadó kiterjesztése olyan termékekre, mint az alkoholos üdítőitalok, valamint a sportlétesítményekbe tervezett 83,5 milliárd HUF (229 millió EUR) összegű beruházás.

Az influenza elleni immunizációs arány az idősebb népesség körében továbbra is az uniós átlag alatt marad

Magyarországon a (65 évesnél idősebb) idősek körében az influenza elleni védőoltások aránya a 2000-es évek eleje óta lassan csökkent, és továbbra is az uniós átlag alatt marad. A Covid19-világjárvány első évében jelentősen nőtt, a 2020. évi 23,6%-ról 2021-ben 30,5%-ra. 2022-ben azonban ismét 22,3%-ra csökkent, amely 2003-ig visszatekintve a legalacsonyabb magyarországi arány, és amely Luxemburg után a második legalacsonyabb az EU-ban.

Ezzel szemben a humán papillomavírus (HPV) elleni immunizációs arány viszonylag magas. 2022-ben a 15 éves lányok 80%-a kapta meg a HPV elleni védőoltás ajánlott adagját. Ez a 2017. évi 74%-hoz képest növekedést jelent, és jóval meghaladja a 2022. évi 63,4%-os uniós átlagot.

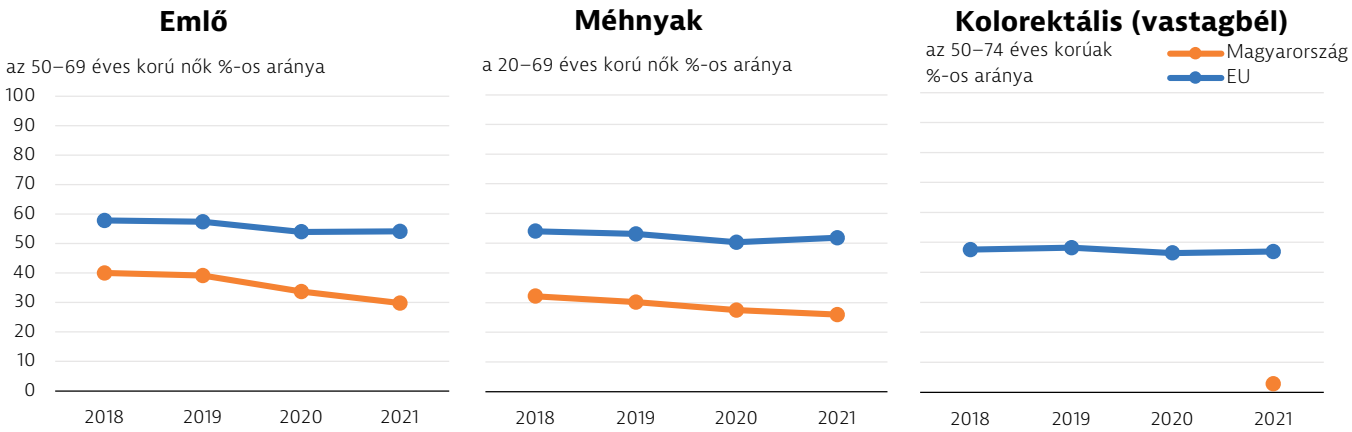
A Covid19-világjárvány tovább rontotta a már egyébként is csökkenő emlőrák- és méhnyakrák-szűrési arányt

Magyarországon már a Covid19-világjárvány előtt is csökkent az emlő- és méhnyakrák szűrési aránya. A vírus terjedésének megfékezése érdekében végrehajtott korlátozó intézkedések, például az összes onkológiai szűrési tevékenység 2020. március közepi,

majd 2021. áprilisi ideiglenes felfüggesztése miatt ezek a szűrési arányok tovább romlottak. A 2019. évi adatok szerint az 50–69 év közötti nők 39,1%-a vett részt emlőrákszűrésen az előző két évben; ez az arány a világjárvány alatt 2020-ban 33,7%-ra, 2021-ben pedig 29,8%-ra csökkent (11. ábra). A 20 és 69 év közötti nők körében végzett méhnyakrákszűrések arányát vizsgálva 2019 és 2021 között ugyanez a fokozatos csökkenés figyelhető meg. 2018-ban vastagbélrákra vonatkozó szűrőprogramot vezettek be az 50–70 évesek körében. 2021-ben a szűrőprogramban való részvétel aránya 2,8% volt, amely a vastagbélrák-szűrésre vonatkozóan adatokat közlő 16 uniós országéi közül a legalacsonyabb.

A szűrésen való részvétel terén figyelemre méltó különbségek vannak az képzettségi és jövedelmi szintek között. Például a 20–69 év közötti, felsőfokú végzettséggel rendelkező nők 72,5%-a számolt be arról, hogy az elmúlt két évben legalább egyszer hozzáfért a méhnyakrákszűréshez. A 20–69 év közötti, alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező nők esetében az önbevallás szerinti arány csak 45,7% volt. A jövedelmi szintek tekintetében ugyanez a kép rajzolódik ki, mivel a magasabb és az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező nők közötti különbség szintén markáns (75,1%, illetve 50,8%).

11. ábra: Az emlő- és méhnyakrákszűrés aránya csökkent, és az uniós átlag alatt van



Megjegyzés: Az arányok a célcsoportokon belül az elmúlt két évben szűrésen átesett személyek arányára vonatkoznak.
Forrás: Az OECD 2023. évi egészségügyi statisztikái (a nemzeti programok adatai alapján)

Folyamatban vannak új, a rákszűrési szolgáltatások bővítésére irányuló tervek

2022-ben sor került a magyarországi szűrési rendszer felülvizsgálatára. A fejlesztésre szoruló területek közé sorolták a jogosultak körének bővítését, a szűrés gyakoriságának módosítását és az elektronikus behívórendszer használatát; ezek elfogadása jelenleg a Belügyminisztérium irányítása alatt zajlik. Emellett 2023-ban a Nemzeti Népegészségügyi Központ szakértői munkacsoportot bízott meg azzal, hogy vizsgálja felül a szűrési szolgáltatások jelenlegi megszervezését, és dolgozzon ki javaslatokat a rákmegelőzés hatékonyságának és eredményeinek javítására. A munkacsoport javaslatai a meglévő stratégiák módosítását és a kísérleti projektek országos szintű bővítését szorgalmazzák. A tervek szerint a 30 év feletti nőket ötévente HPV-alapú vizsgálatra hívják. Ugyancsak tervezik a tüdődaganat, valamint a gyomor- és prosztatarák megelőző szűrésének megszervezését, valamint a sztomato-onkológiai szűrés bevezetését.

A tervek között szerepel az elkerülhető kórházi felvételek csökkentése

Krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), kongesztív szívelégtelenség, asztma vagy cukorbetegség esetén a kórházi felvétel elkerülhetőnek tekinthető, mivel az ilyen betegségekben szenvedő betegek járóbeteg-ellátásban hatékonyan kezelhetők. Az elkerülhető kórházi felvételek magas száma miatti országos kezdeményezés fogalmazódott meg a COPD-s betegek kórházi tartózkodásának csökkentésére. Az EU technikai támogatási eszközének segítségével Magyarország jelenleg egy új finanszírozási és klinikai irányítási modell kialakításán dolgozik, kötegelt finanszírozást alkalmazó kísérleti projektek keretében. Ezeket az intézkedéseket még nem terjesztették ki rendszerszinten. Az alapellátás átszervezésére (egyéni helyett praxisközösségek kialakítására) irányuló törekvéseknek is célja, hogy növeljék a betegek kórházi ellátás nélküli, eredményes ellátásának megvalósítását (lásd a 4. szakaszt).

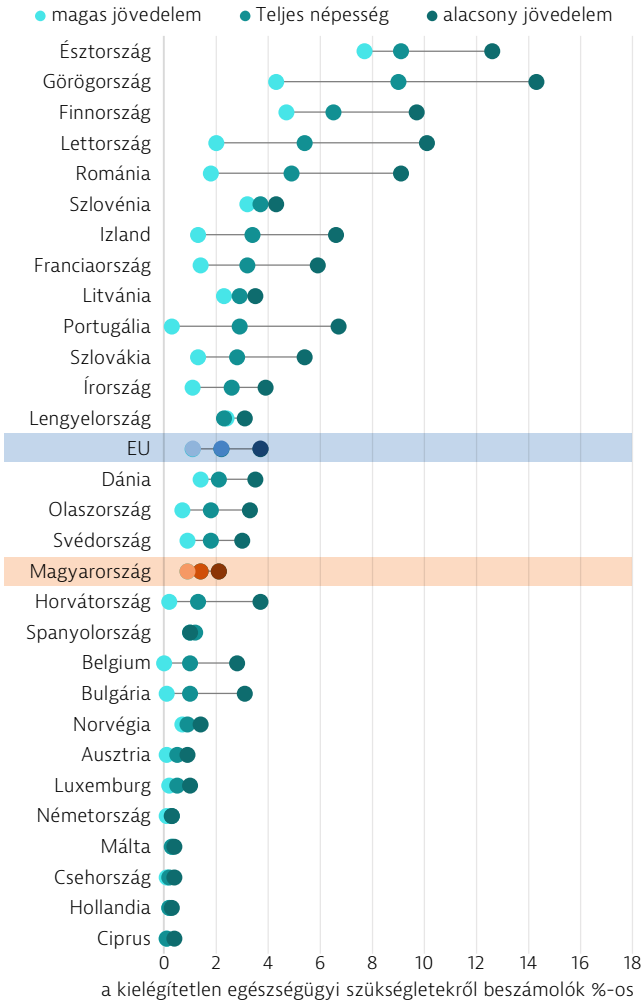
5.2 Hozzáférhetőség

A kielégítetlen egészségügyi szükségletek viszonylag alacsonyak

2022-ben az EU-SILC felmérésben a magyar lakosságnak csak 1,4%-a számolt be arról, hogy a költségek, az utazási távolság vagy a várakozási idő miatt orvosi vizsgálatra vagy kezelésre irányuló, kielégítetlen egészségügyi szükséglete volt (12. ábra), annak ellenére, hogy bizonyos szolgáltatások esetében magas a zsebből fizetett közvetlen

lakossági hozzájárulás (lásd a 4. szakaszt). Más uniós országokhoz hasonlóan a kielégítetlen egészségügyi szükségletek önbevallás szerinti szintje az alacsony és a magas jövedelemmel rendelkezők körében is eltérő (2,1%, illetve 0,9%), bár a különbség Magyarországon általában sokkal kisebb, és mindkét csoport átlaga az uniós átlag alatt van. A fogorvosi ellátás iránti kielégítetlen igények nagyobb különbséget mutatnak a jövedelmi csoportok között: az alacsony jövedelműek 2,6%-a számolt be elmaradt ellátásról, szemben a magas jövedelműek mindössze 0,6%-ával.

12. ábra: Az alacsony jövedelmű magyarok nagyobb valószínűséggel számolnak be kielégítetlen egészségügyi szükségletekről



Megjegyzések: Az adatok az orvosi vizsgálatra vagy kezelésre vonatkozó, a költségek, az utazási távolság vagy a várakozási idő miatt kielégítetlen igényekre vonatkoznak. Az adatok országok közötti összehasonlítását kellő körültekintéssel kell elvégezni, mivel némileg eltérőek az alkalmazott mérési eszközök.
Forrás: Eurostat adatbázis, az EU-SILC alapján (az adatok 2022-re vonatkoznak, kivéve Norvégiát és Izlandot, amelyek esetében 2020-ra, illetve 2018-ra).

A Covid19-világjárvány során több egészségügyi ellátás nélkül maradt betegről számoltak be

Annak ellenére, hogy az önbevallás szerint általában kevés egészségügyi szükséglet marad kielégítetlen, tudományos bizonyítékok utalnak arra, hogy a Covid19-világjárvány alatt ezek száma jelentősen emelkedett. Számos Eurofound-felmérés[4] megállapította, hogy 2021 tavaszán a magyarok 35%-a számolt be arról, hogy a világjárvány első 12 hónapjában volt kielégítetlen egészségügyi ellátási igénye, ami jelentősen meghaladja a 17%-os uniós átlagot. Szemben azonban azzal az uniós tendenciával, hogy a következő évben nőttek a kielégítetlen igények, ezek aránya Magyarországon 28%-ra csökkent; ez azonban továbbra is meghaladta az uniós átlagot (18%) (Eurofound, 2022). A magyarok által említett, kielégítetlen egészségügyi szükségletek arányát, legalábbis részben, magyarázhatja a tervezett (elektív) műtétek 2020 novembere és 2021 májusa közötti ideiglenes felfüggesztése, valamint a rendelkezésre álló kórházi ágyak korlátozottsága a világjárvány bizonyos hullámai során.

A szinte teljes népességi lefedettség ellenére is vannak kisebb hiányosságok

A NEAK szinte teljes körű ellátást biztosít a lakosság 95%-a számára. A népesség fennmaradó 5%-ának biztosítási státusza nem tisztázott. Ezek túlnyomórészt olyan külföldön élő polgárok, akik a lakóhelyük szerinti országban részesülnek egészségügyi ellátásban, illetve olyan polgárok, akik nem rendelkeznek Magyarországon állandó lakcímmel (lásd a 4. szakaszt). 2019-ben a kormány bevezette a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló törvényt. E jogszabály értelmében a biztosítással nem rendelkező betegeknek – a sürgősségi ellátás kivételével – térítést kell fizetniük a kezelésért, vagy le kell mondaniuk az ellátásról.

Azok a népességcsoportok, akik nem férnek hozzá Magyarország társadalombiztosítási rendszeréhez – például a nem uniós diákok – a NEAK-nál köthetnek biztosítást a felnőttek esetében a havi minimálbér 50%-ában, a gyermekek és a nappali tagozatos hallgatók esetében pedig annak 30%-ában meghatározott éves összegű biztosítási díj ellenében. A szolgáltatási csomag azonban korlátozott a társadalombiztosítási rendszer által biztosítottakéhoz képest, mivel nem tartalmazza a fogorvosi ellátást és a határon átnyúló kezelési szolgáltatásokat.

Magyarország szolgáltatási csomagja széles körű, de a fogászati ellátást és a gyógyszereket nem fedezi teljes mértékben

A magyar állampolgárok szolgáltatások széles köréhez férhetnek hozzá a jogszabályban előírt szolgáltatási csomagban, amely az egészségügyi ellátás valamennyi szintjére és a gyógyszerekre is kiterjed.

4 *Az Eurofound felméréséből származó adatok a módszertanok eltérései miatt nem hasonlíthatók össze az EU-SILC felmérés adataival.*

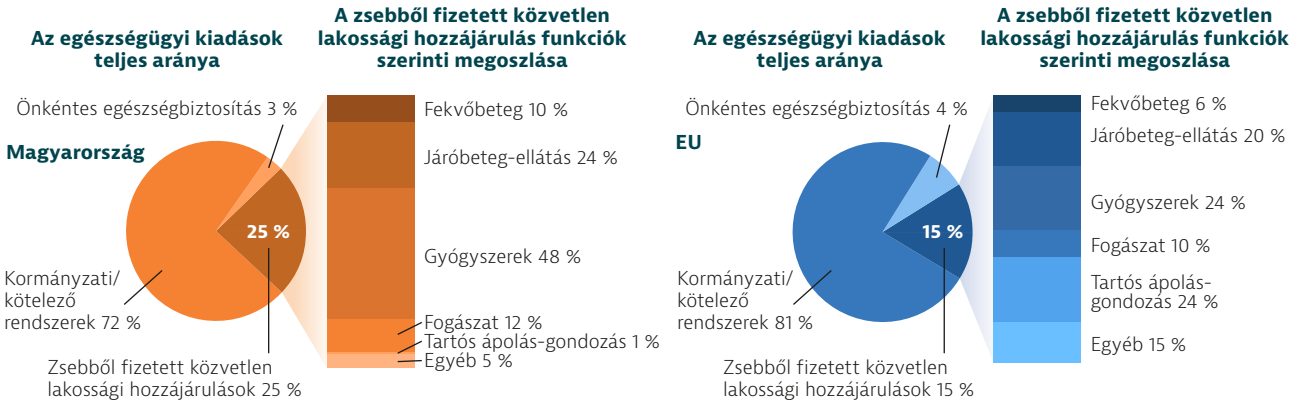
A járóbeteg-ellátás és a gyógyszerek államilag fedezett költségeinek aránya azonban elmarad az egészségügyi közkiadások uniós átlagától, míg a fogorvosi ellátás esetében nagyjából megegyezik azzal. 2021-ben Magyarországon a fogorvosi ellátás az igénybe vevő általi közvetlen fizetés 12%-át tette ki. Ennek egyik magyarázata az, hogy a fogorvosi szolgáltatásokat nem tartották fenn ugyanolyan mértékben, mint más szolgáltatási területeket, és az ilyen szükségletek kielégítése terén nagyobb hangsúlyt kapott az egyéni felelősségvállalás.

Magyarország szolgáltatási csomagja a gyógyszeripari termékek pozitív jegyzékét tartalmazza, és 2023-ban mintegy 4050 gyógyszer szerepel a listán. A márkás termékek helyett a generikus termékek fogyasztásának növelését célzó szakpolitikai programok célja a költségek csökkentése és a gyógyszerekhez való hozzáférés javítása. E téren a két fő eljárásmód a generikus helyettesítés és a hatóanyag-alapú gyógyszerfelírás, amelyek mindegyike önkéntes alapon működik Magyarországon, bár a generikus gyógyszerek használatát ösztönző szakpolitikai programok vannak érvényben. A NEAK például finanszírozási ösztönzőket biztosít a gyógyszertárak számára a generikus gyógyszerek használatára.

A zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások elsősorban a gyógyszerekre és a járóbeteg-ellátásra irányulnak

2021-ben Magyarország összes egészségügyi kiadásának 25%-át tette ki a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások mértéke, ami jóval meghaladja a 15%-os uniós átlagot (13. ábra). A zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások mértéke 2021-ben alacsonyabb volt, mint az előző két évben, ami részben a Covid19-hez nem kapcsolódó ellátás zavarait, illetve a betegeknek az egészségügyi ellátások igénybevételére vonatkozó törekvésében a világjárvány idején bekövetkezett változást tükrözte. A zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások legnagyobb részét a járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszerekre fordítják (48%), ami a magas társfinanszírozási aránynak tudható be. Magyarországon a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulás másik jelentős része (24%) a járóbeteg-ellátásra irányul, ami a magán egészségügyi szolgáltatások fokozott igénybevételét tükrözi.

13. ábra: A járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszerekre fordított, zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások a legmagasabbak az EU-ban



Megjegyzések: VHI: önkéntes egészségbiztosítás (voluntary health insurance), amely egyéb önkéntes előlegfizetési rendszereket is magában foglal. Az uniós átlag súlyozott.
Források: Az OECD 2023-es egészségügyi statisztikái; Eurostat adatbázis (az adatok 2021-re vonatkoznak).

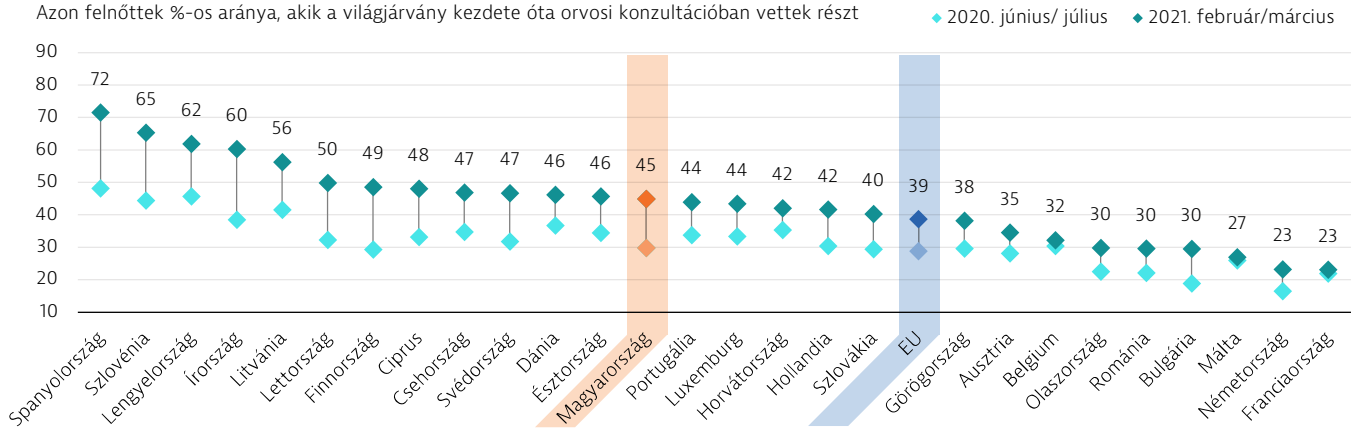
A távkonzultációk száma tovább nőtt a világjárvány idején

A Covid19-világjárvány alatti mobilitási korlátozásokra válaszul a távellátás lehetővé tétele érdekében feloldották azt a követelményt, miszerint orvosi konzultációkat csak a beteg fizikai jelenlétében lehetett végezni. Ennek célja az volt, hogy a fertőzés kockázatának minimalizálása mellett fenntartsák a betegellátás színvonalát. Ezenkívül az orvosok mellett az ápolókra is kiterjesztették azon egészségügyi dolgozók körét, akik távkonzultációt végezhetnek (OECD/EU, 2022). Ezeket a változásokat tükrözi a világjárvány első két évében folytatott távkonzultációk száma. Egy Eurofound-felmérés kiemeli, hogy 2020 júniusában/júliusában a megkérdezett felnőttek 30%-a számolt be arról, hogy a világjárvány kezdete óta részt vett online vagy telefonos távkonzultációban. 2021 februárjára/márciusára ez az arány 45%-ra nőtt (14. ábra).

A szakpolitikai programok célja az egészségügyi munkaerőhiány enyhítése és a megtartási arány javítása

A magyarországi munkaerőhiány részben a más európai országokba történő kivándorláshoz kapcsolódik. Erre válaszul a kormány számos programot vezetett be a megtartási arány növelése érdekében, és csökkent is azon orvosok száma, akik hivatalos igazolást kérnek szakmai képesítésük külföldön történő elismertetéséhez. 2011 óta a

14. ábra: A távkonzultációk száma Magyarországon 2021 elején meghaladta az uniós átlagot



Megjegyzések: Az uniós átlag súlyozott. Ciprus, Lettország és Málta 2021. évi adatainak, valamint Luxemburg 2021. és 2020. évi adatainak megbízhatósága az alacsony mintavételi szám miatt alacsony.
Forrás: Eurofound (2022).

rezidensek ösztöndíjra is pályázhatnak, ha vállalják, hogy a végzettségük megszerzését követően 10 évig Magyarországon dolgoznak. Az egészségügyi szakemberek is többször részesültek béremelésben, legutóbb a 2020-as új egészségügyi közalkalmazotti szerződés keretében, amely három éven keresztül (2021 és 2023 között) fokozatos béremelést biztosít az orvosok, fogorvosok és gyógyszerészek számára. Egy 2022. évi módosítás lehetőségeket vezetett be az orvosok jó teljesítményének akár 40%-os béremeléssel történő jutalmazására, valamint a nem jól teljesítők fizetésének akár 20%-os csökkentésére, bár ennek alkalmazására még nem került sor (lásd a 4. szakaszt).

Az új javadalmazási csomagra vonatkozó jogszabálynak fontos részét képezi a paraszolvencia kifejezett tilalma, amely ma már börtönbüntetést vonhat maga után. Az orvos-sűrűség Magyarországon belül a városi és a vidéki területek között nagy eltéréseket mutat.

5.3 Reziliencia

Az elmúlt évtizedekben a Covid19-világjárvány okozta az egészségügyi rendszerek legjelentősebb diszrupcióját. Rávilágított az országok veszélyhelyzeti felkészültségi stratégiáinak sebezhetőségére és kihívásaira, valamint arra, hogy milyen mértékben képesek egészségügyi szolgáltatásokat nyújtani lakosságuknak. A világjárvány tartós következményeire – valamint más közelmúltbeli válságokra, például a megélhetési költségekre nehezedő nyomásra és az olyan konfliktusok hatására, mint az Ukrajna elleni háború – válaszul az országok olyan szakpolitikai programokat valósítanak meg, amelyek enyhítik a szolgáltatásnyújtásra gyakorolt folyamatos hatásokat, beruháznak az egészségügyi rendszerek helyreállításába és rezilienciájába[5], javítják az egészségügyi ágazat kritikus területeit, és megerősítik felkészültségüket a jövőbeli sokkhatásokra.

A kórházi tevékenység lelassult a világjárvány alatt

Magyarország, felismerve az egészségügyi ellátás kórházcentrikusságát , 2000 óta fokozatosan csökkenti a kórházi ágyak számát. A 2021-es, 1000 lakosra vetítve 6,8 ágyas kórházi ágysűrűséggel azonban még mindig jóval meghaladja az 1000 lakosra vetítve 4,8-as uniós átlagot. A Covid19-világjárvány alatt a rendelkezésre álló ágyak kihasználtsági aránya az ellátás elhalasztása miatt meredeken csökkent: a 2019. évi 63,8%-ról 2021-ben 51,5%-ra esett vissza. Az arányok mindkét évben jóval elmaradtak az uniós átlagtól. Hasonlóképpen, a kórházi elbocsátások száma is jelentősen csökkent 2020-ban: Magyarország 2021-ben 2019-hez képest 35%-kal kevesebb fekvőbeteg-elbocsátást regisztrált 100 000 lakosra vetítve, ami most az uniós átlag alatt van, szemben a korábbi évekkel, amikor is jóval több fekvőbeteg-elbocsátás történt.

A sebészeti tevékenységet a világjárvány összefüggésében vizsgálva megállapítható, hogy a volumen Magyarországon az egész EU-hoz hasonlóan csökkent. Hasonló tendenciák figyelhetők meg például a csípő- és térdprotézisek, valamint az emlőműtétek esetében, bár Magyarországon a világjárvány előtt és alatt e kategóriák mindegyikében kevesebb műtétet regisztráltak. Az uniós átlagokkal ellentétben azonban a sebészeti aktivitás 2021-ben tovább csökkent.

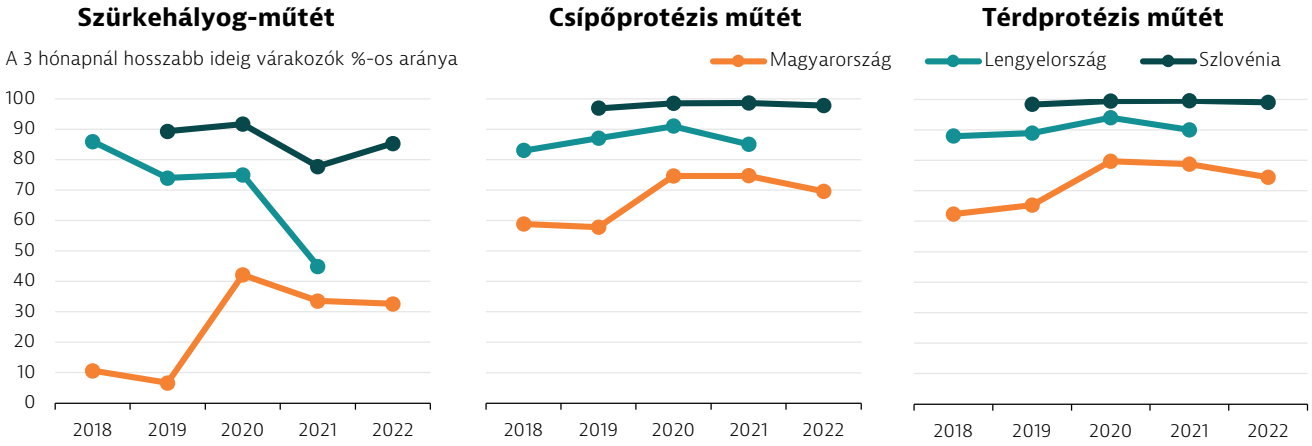
A tervezett (elektív) szürkehályog-, csípő- és térdműtétek terén továbbra is az elmaradások ledolgozásával küzdenek

Mivel az egészségügyi rendszer Covid19-re adott válaszának részeként számos nem sürgősségi szolgáltatást felfüggesztettek, megnövekedett a várakozási idő a szürkehályog-, valamint a csípő- és térdprotézisműtétre. A legnagyobb növekedés a szürkehályog-műtétek esetében következett be: 2020-ban a betegek 42,2%-ának kellett három hónapot vagy annál

5 *Ebben az összefüggésben az egészségügyi rendszer rezilienciáját úgy határozták meg mint a sokkhatásokra való felkészülés, azok kezelése (megelőzés, kivédés, alkalmazkodás és átalakulás) és az azokból való tanulás képességét (az egészségügyi ellátórendszerek teljesítményértékelésével foglalkozó uniós szakértői csoport, 2020).*

hosszabb időt várnia az eljárásra (szemben a 2019. évi 6,7%-kal). Ez az arány 2022-ben 32,7%-ra csökkent. Csípő- és térdprotézisre is több betegnek kellett tovább várnia, és a várakozási idő mindkettő esetében még 2022-ben is magasabb volt, mint 2019-ben (15. ábra).

15. ábra: A Covid19-világjárvány alatt Magyarországon nőtt a tervezett (elektív) műtétek várakozási ideje



Forrás: Az OECD 2023-es egészségügyi statisztikái.

A 60 éves és annál idősebbek körében viszonylag alacsony volt a Covid19 elleni emlékeztető oltások aránya

A Covid19 elleni oltási program kezdeti, 2021-es magyarországi bevezetése sikeres volt: az első oltás felvételének aránya magas volt, amely az év nagy részében lépést tartott az uniós átlaggal, majd 2021 decemberében a felnőtt lakosság körében elérte a 70%-ot. A jó átoltottság fenntartása azonban kihívást jelentett, különösen a kiszolgáltatottabb idősebb korcsoportok körében: a második emlékeztető oltást felvevők aránya a 60 éves és annál idősebbek körében nagyon alacsony, 2022 végén mindössze 12% volt (az uniós átlag 36%).

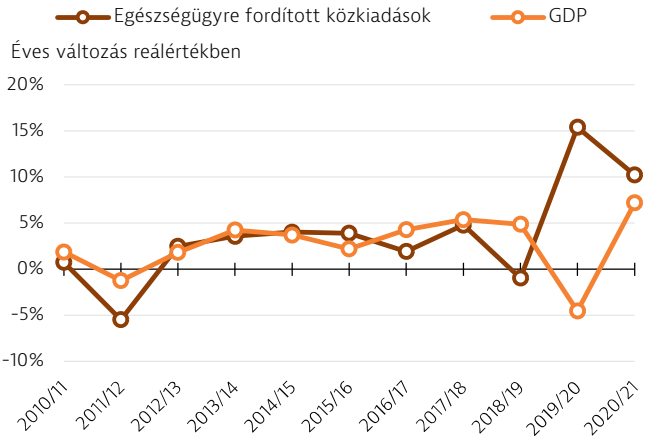
Az egészségügyi ellátás közfinanszírozásának fokozatos növekedése a világjárvány alatt élénkült

Magyarországon az egészségügyre fordított közkiadások a 2018/2019-es időszak kivételével 2012 óta minden évben növekedtek. 2019 és 2020 között jelentősen, 15,4%-kal nőttek, mivel a kormány a Covid19-világjárványra való reagálás érdekében gyorsan szabadított fel közfinanszírozási forrásokat az egészségügy számára. Ugyanakkor a gazdasági tevékenységnek a kijárási korlátozások és más járványügyi intézkedések hatására bekövetkezett visszaesése a GDP 4,5%-os csökkenését eredményezte (16. ábra). 2020/2021-ben az egészségügyre fordított közkiadások ismét nagyobb mértékben nőttek, mint a GDP, bár a gazdasági tevékenység ismét fellendült, és a különbség sokkal kisebb volt.

A Helyreállítási és Ellenállóképességi Eszközből származó finanszírozás jelentős forrásokat biztosít Magyarország számára az egészségügyi rendszer korszerűsítéséhez

Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve alapján Magyarországot 5,8 milliárd EUR illeti meg (ami a GDP

16. ábra: Az egészségügyi közkiadások 2020-ban megugrottak annak érdekében, hogy felkészítsék az egészségügyi rendszert a Covid19-járvány elleni küzdelemre



Forrás: Az OECD 2023-es egészségügyi statisztikái.

valamivel kevesebb mint 4%-ának felel meg). Célja, hogy e finanszírozás valamivel több mint egyötödét (22%) – összesen 1,3 milliárd eurót – egészségügyi beruházásokra fordítsa. Az egészségügyi ágazat digitalizálása a terv egyik fő prioritása (17. ábra), és magában foglalja az egészségügyi intézmények információtechnológiai infrastruktúrája fejlesztésének finanszírozását, a telemedicina megoldások fejlesztését, a továbbfejlesztett mobilegészségügyi alkalmazások bevezetését, valamint az időseket szolgáló egészségügyi távfelügyeleti digitalizációs programot. Az egyéb beruházások az egészségügyi infrastruktúra és felszerelések korszerűsítésére, a kórházi hálózat keretében nyújtott szolgáltatások megerősítésére, valamint az alapellátás és a megelőző ellátás integrációjának a háziorvosi praxisközösségek létrehozása révén történő megerősítésére összpontosítanak (European Commission, 2022b). Jelenleg a

források folyósítása 27 „szupermérföldkő” végrehajtásától függ, amelyek közül több a korrupcióellenes intézkedésekre, a közbeszerzésre, az igazságszolgáltatás függetlenségére és a jogállamiságra irányul (Európai Parlament, 2023).

Ezeket a beruházásokat kiegészíti az uniós kohéziós politika 2021–2027-es programozási időszakra vonatkozó megvalósítása, amelyen keresztül Magyarország összesen 154 millió EUR-t fog beruházni egészségügyi rendszerébe. Az EU jelentős összegű (85%) társfinanszírozást fog nyújtani az Európai Regionális Fejlesztési Alapon (ERFA) keresztül a szolgáltatás minőségének korszerű infrastruktúra-fejlesztés révén történő javítása érdekében, hogy a megcélzott térségek lakosai számára elérhetővé váljon a megfelelő ellátás[6].

17. ábra: A Helyreállítási és Ellenállóképességi Terv finanszírozásának nagy része az infrastruktúra korszerűsítésére és az egészségügyi ágazat digitalizációjára fog irányulni



Megjegyzések: Ezek az adatok az eredeti Helyreállítási és Ellenállóképességi Tervre vonatkoznak. A terv folyamatban lévő felülvizsgálata hatással lehet annak mértékére és összetételére. A diagram olvashatóságának javítása érdekében egyes elemeket csoportosítottunk.
Források: Európai Bizottság – Helyreállítási és rezilienciaépítési eredménytábla; Eurostat adatbázis.

Az irányítás nagyobb fokú központosítása kulcsfontosságú eszközként jelenik meg az egészségügyi rendszer hatékonyságának javításában

A magyarországi egészségügyi rendszer irányítása a közelmúltban a Belügyminisztérium felelősségi körébe került (lásd a 4. szakaszt). Ezzel a kompetenciaváltással az egészségügyi rendszer hatékonyságának javítása az elkövetkező évek egyik kiemelt szakpolitikai prioritásává válik. 2022 decemberében a magyar Országgyűlés számos intézkedést elfogadott az egészségügyi rendszer átszervezése és az irányítás központosítása érdekében. Ezek között szerepeltek az alapellátással kapcsolatos döntéshozatal központosítására, a kórházakon belüli tartós ápolási-gondozási osztályok szociális ellátórendszerbe való áthelyezésére, az állami mentőszolgálatnak az ügyeleti sürgősségi szolgáltatások nyújtására való igénybevételére, a döntéshozatal megyei szintre történő központosítására és a megyei kórházak irányítási hatáskörének megerősítésére, valamint a védőnői szolgáltatások irányításának központosítására vonatkozó tervek.

Nem minden szereplő támogatja a jelenlegi reformcsomagot. A Magyar Orvosi Kamara különösen kifogásolta az egészségügyi rendszer további központosítását, és 2023 januárjában alternatív szakpolitikai csomagot terjesztett elő, amely az alapellátás és a fogorvosi szolgáltatások megerősítésére, a szakorvosok munkakörülményeinek könnyítésére és a kapcsolódó egészségügyi szakemberek fizetésének növelésére összpontosított. A Magyar Orvosi Kamarában való kötelező tagságot a kormány 2023 februárjában megszüntette.

Széleskörű alapellátás reform

A 2022-es reformcsomag keretében a kormány felhatalmazást kapott az 1 200 regisztrált felnőtt vagy 600 gyermekbetegnél kevesebbet ellátó praxisok bezárására (2028-ig kell végrehajtani), valamint az alapellátási praxisok határainak újbóli meghatározására, ami korábban a helyi önkormányzatok felügyelete alá tartozott. Ezek a fejlemények olyan egyéb intézkedéseket követnek, amelyeket 2021-ben vezettek be annak érdekében, hogy a háziorvosoknak nyújtott további közvetlen kifizetések révén ösztönözzék a praxisközösségek kialakítását, és növeljék ezek szerepét. Az alapellátásbeli praxisközösségek magukban foglalhatják több háziorvos, gyermekorvos és alapellátást nyújtó fogorvos együttműködését a krónikus betegségben szenvedő betegek integrált ellátásának javítása érdekében, amely során egyre nagyobb mértékben vonhatnak be más szakembereket, például dietetikusokat, gyógytornászokat, védőnőket és pszichológusokat, valamint szakellátást és közösségi szintű egészségfejlesztési és megelőző szolgáltatásokat, például szűrővizsgálatokat.

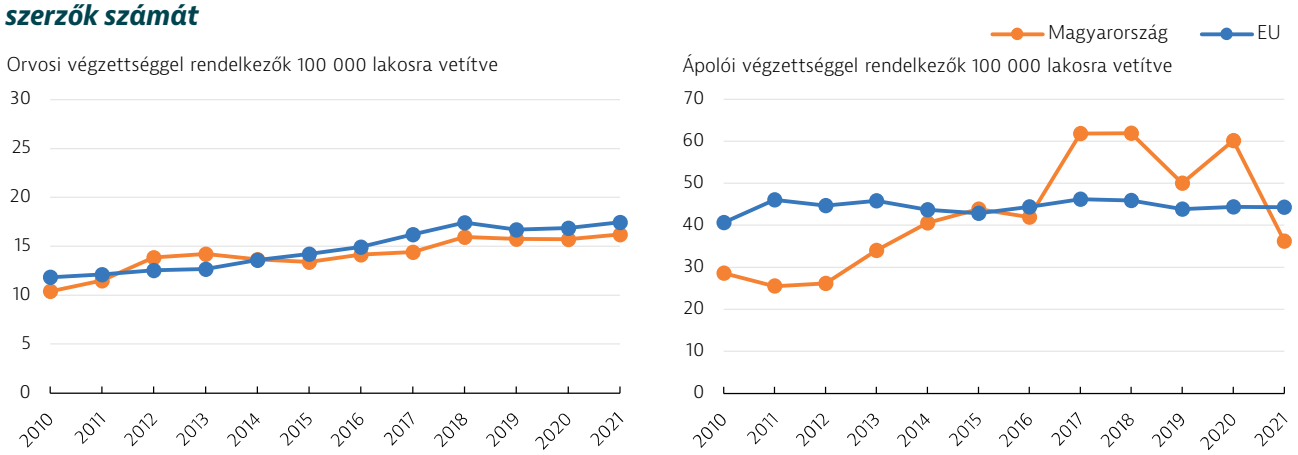
6 *Ezek az uniós kohéziós politikai adatok a 2023. szeptemberi helyzetet tükrözik.*

Az orvosi diplomát szerzők száma fokozatosan nőtt

Magyarországon a frissen végtett ápolók számának növekedése az elmúlt évtizedben változó volt, és 2016 után általában meghaladta az uniós átlagot. A 18. ábrán bemutatott 2021. évi meredek csökkenés a jelentéstétel változását tükrözi, amely azóta nem terjed ki az ambuláns ápolókra és a három évnél rövidebb időtartamú programokban részt vevőkre. Így a 100 000 lakosra vetítve 36 frissen végzett ápolót mutató 2021. évi adat szerint a legutóbbi magyarországi arány az uniós átlag (44/100 000) alatt volt.

Az orvosi diplomát szerzők száma 2010 óta fokozatosan nőtt Magyarországon, és 2021-ben 100 000 lakosra vetítve 16 fő volt, amely arány megközelítette az uniós átlagot (100 000 főre 18). Fontos kérdés azonban, hogy az újonnan végzett orvosok a közszférában helyezkednek-e el, vagy a magánszektorban, vagy külföldön fognak-e praktizálni.

18. ábra: Magyarország a közelmúltig gyorsabban tudta növelni az ápolói, mint az orvosi végzettséget szerzők számát



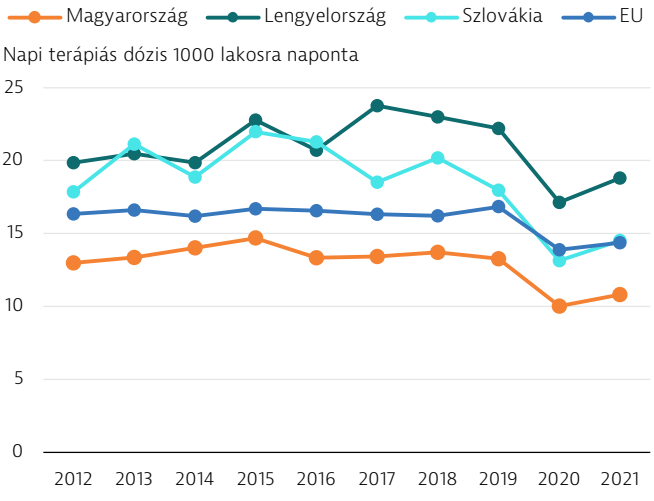
Megjegyzés: A Magyarországon ápolói diplomát szerzőkre vonatkozó adatok 2021-ben megszakadnak.
Források: Az OECD 2023-es egészségügyi statisztikái; Eurostat adatbázis.

Magyarországon az antibiotikum-fogyasztás szintje viszonylag alacsony

Az antimikrobiális rezisztencia (AMR) komoly népegészségügyi problémát jelent az EU-ban: becslések szerint az EU/EGT-térségben mintegy 35 000 haláleset történik antibiotikum-rezisztens fertőzések miatt (ECDC, 2022) és az egészségügyi ellátással kapcsolatos költségek mintegy 1,1 milliárd EUR-t tesznek ki évente (OECD/ECDC, 2019). Mivel az antibiotikumok túlrendelése és túlzott emberi felhasználása jelentősen hozzájárul az antibiotikumokkal szemben rezisztens baktériumok kialakulásához, az antibiotikum-fogyasztási adatok hasznos eszközt jelentenek az antimikrobiális rezisztencia kockázatának és a megfelelő használatot elősegítő programok hatásosságának értékeléséhez.

2021-ben Magyarországon az antibiotikum-fogyasztás 1000 lakosra vetítve 10,8 meghatározott napi adagot tett ki, amely elmarad az uniós átlagtól (14,4) (19. ábra), és fele az olyan országok antibiotikum-fogyasztásának, mint Bulgária és Románia. A WHO „hozzáférhető” (access), „odafigyeléssel alkalmazandó” (watch) és „tartalék” (reserve) antibiotikum-kategóriáira lebontva, Magyarországon a korlátozott számú javallatra fenntartott („odafigyeléssel alkalmazandó”) antibiotikumok fogyasztása nagyjából megegyezett az uniós fogyasztási átlaggal, míg a széles körben elérhető, elsőként és másodikként alkalmazott („hozzáférhető”) antibiotikumok fogyasztása jóval alacsonyabb volt. Az antibiotikum-fogyasztás tendenciája Magyarországon lassan, de fokozatosan csökkent az elmúlt évtizedben. Az antibiotikum-rezisztencia egyik mutatója azonban azt mutatja, hogy Magyarországon a 2021-ben vizsgált vérmintával rendelkező betegek körében a meticillinrezisztens Staphylococcus aureus (MRSA) miatt regisztrált véráramfertőzések szintje meghaladta az uniós átlagot.

19. ábra: Magyarországon az antibiotikum-fogyasztás jóval az uniós átlag alatt van



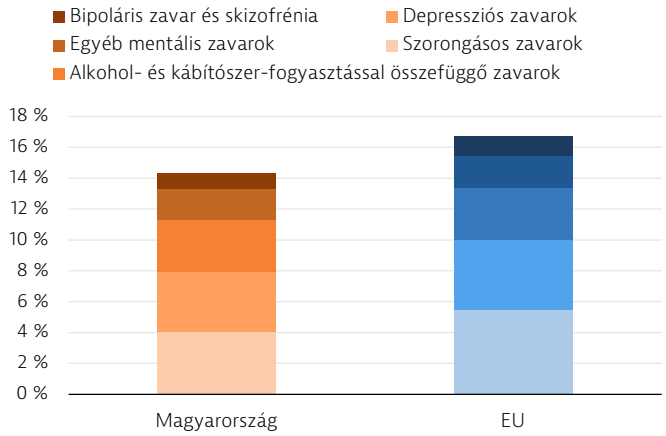
Megjegyzések: Az uniós átlag nem súlyozott. Az adatok csak a lakossági (járóbeteg) fogyasztásra vonatkoznak.
Forrás: ECDC ESAC-Net.

6 Reflektorfényben a mentális egészség

A mentális egészségügyi problémák mértéke Magyarországon arányait tekintve alacsony, mégis sokakat érint

Az Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, Egészségügyi Mérési és Értékelő Intézet) becslései szerint 2019-ben a magyar lakosság 14%-a küzdött mentális egészségügyi problémával, szemben az EU-ban mért 17%-kal (20. ábra). A mentális betegségek gazdasági költségei jelentősek, a közvetlen és közvetett költségek a becslések szerint Magyarországon a GDP 3,1%-át teszik ki, ami 2015-ben közel 3,5 milliárd EUR-t jelentett (OECD/EU, 2018). Magyarországon a leggyakoribb mentális zavarok a szorongásos és depressziós zavarok (a becslések szerint mindkettő a lakosság 4%-át érinti), valamint az alkohol- és kábítószer-fogyasztással összefüggő zavarok (3%).

20. ábra: A mentális egészségügyi zavarok legnagyobb részét a depressziós és a szorongásos zavarok teszik ki



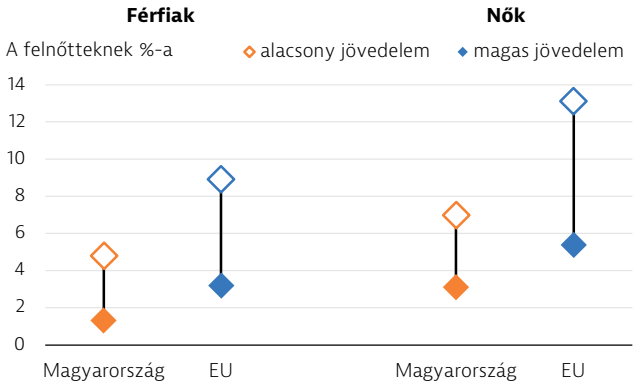
Forrás: IHME (az adatok 2019-re vonatkoznak).

Az alacsony jövedelmű csoportok gyakrabban számolnak be depresszióról

A 2019. évi európai egészségügyi felmérés adatai azt mutatják, hogy Magyarországon a legalacsonyabb jövedelmi kvintilisbe tartozók gyakrabban számoltak be depresszióról (a férfiak 4,8%-a és a nők 7%-a), mint a legmagasabb jövedelmi kvintilisbe tartozók (a férfiak mindössze 1,3%-a és a nők 3,1%-a). Ezek a jövedelmi csoportok közötti különbségek azonban mind a magyar férfiak, mind a nők esetében kisebbek az uniós átlagnál (21. ábra).

Az alacsony jövedelem és a rossz mentális egészségi állapot közötti kapcsolat a Covid19-világjárvány során mindvégig fennállt. A felmérés adatai azt mutatták, hogy a bizonytalan anyagi körülmények között élőknél

21. ábra: Az alacsony jövedelmű csoportokba tartozó férfiak és nők nagyobb valószínűséggel számolnak be depresszióról



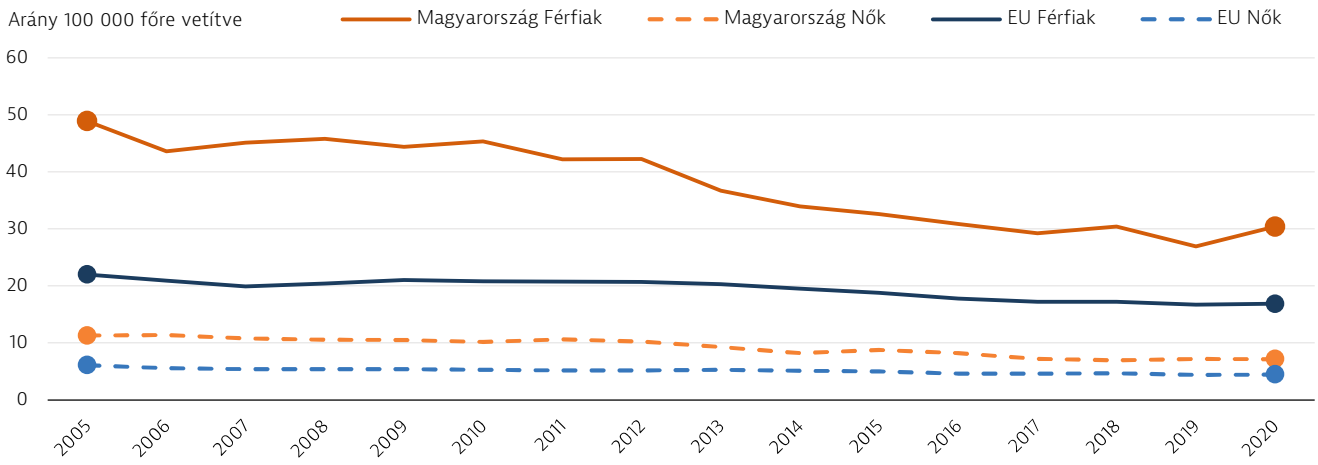
Megjegyzés: A magas jövedelem a legfelső jövedelmi kvintilisbe (a népesség legmagasabb jövedelemmel rendelkező 20%-a), míg az alacsony jövedelem az alsó jövedelmi kvintilisbe (a népesség legalacsonyabb jövedelemmel rendelkező 20%-a) tartozó emberekre vonatkozik.
Forrás: Eurostat adatbázis (az EHIS 2019 alapján).

nagyobb volt a depresszió kockázata. Az Eurofound „Élet, munka és Covid19" elnevezésű felmérése (Eurofound, 2021) szerint Magyarországon a pénzügyi nehézségekkel küzdő háztartásokban élők 58,4%-a volt kitéve a depresszió kockázatának, szemben az ilyen nehézségekkel nem küzdőkkel, ahol ez az arány 29,7%. Ezek az arányok alacsonyabbak voltak az uniós átlagnál.

Az utóbbi időben bekövetkezett csökkenés ellenére az öngyilkossági ráta a férfiak körében Magyarországon az egyik legmagasabb az EU-ban

Magyarországon előrelépés történt a történelmileg magas öngyilkossági halálozási arányok csökkentése terén. A férfiak és nők együttes öngyilkossági rátája jelentősen csökkent, a 2000. évi 100 000 lakosra vetített 35,1-ről 2019-re 15,7-re. 2020-ban azonban kismértékben ismét nőtt, 100 000 lakosra vetítve 17,1-re, ami valószínűleg a Covid19-világjárvány mentális egészségre gyakorolt káros hatásának tudható be. Ezen előrelépés ellenére a férfiak körében sokkal magasabb az öngyilkossági arány, mint a nők körében, és a második legmagasabb az uniós országok között. A nők öngyilkossági rátája a 2000. évi 100 000 lakosra vetített 16,0-ról 2020-ra lassan 100 000 lakosra vetítve 7,2-re csökkent (22. ábra).

22. ábra: A magyar férfiak körében csökkent az öngyilkossági arány, de továbbra is magas



Forrás: Eurostat adatbázis.

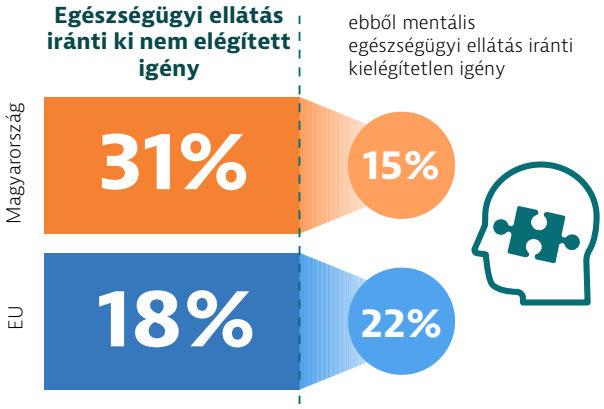
A magyarok a világjárvány idején kielégítetlen mentális egészségügyi szükségletekről számoltak be

A mentális egészségügyi ellátás mind szervezetileg, mind a finanszírozási struktúrák tekintetében az egészségügyi és szociális ellátórendszerbe integrálódik. Csaknem minden pszichiátriai osztályon (vagy pszichiátriai rendelőintézetben) rendelkezésre állnak járóbeteg-ellátó központok. 2022-ben 130 pszichiátriai és 19 ifjúsági- és gyermekpszichiátriai járóbeteg-szakellátást nyújtó állami szolgáltató működött Magyarországon (Központi Statisztikai Hivatal, 2023). Mindazonáltal az alulfinanszírozottság és a kapacitáshiány a kezelések elhalasztását, és az ellátásnak – azok számára, akik meg tudják fizetni – a magánszektor irányába való eltolódását eredményezik.

A segélyvonalakat nem kormányzati szervezetek működtetik, és a központi egészségügyi költségvetésből csak korlátozottan (vagy egyáltalán nem) jutnak támogatáshoz. Jelenleg több országos segélyvonal működik, némelyikük szolgáltatási hálózattá szerveződött. E telefonos segélyvonalak jól képzett szakembereket foglalkoztatnak, és alapvető részét képezik a mentális egészségügyi támogatásnak, a krízisintervenciónak és az öngyilkosság megelőzésének. A telefonos segélyvonalakat azonban nem építették be a klinikai gyakorlatokba (European Commission, 2013).

Sok más uniós országhoz hasonlóan a magyarok közül is sokan jelezték, hogy a Covid19-világjárvány idején kielégítetlen mentális egészségügyi szükségleteik voltak. Egy 2021 tavaszán és 2022 tavaszán végzett európai szintű felmérés szerint a magyarok 31%-a számolt be kielégítetlen egészségügyi szükségletekről, amelyek közel egyhatoda (15%) a mentális egészségügyi ellátáshoz kapcsolódott (23. ábra).

23. ábra: A világjárvány idején Magyarországon a kielégítetlen egészségügyi szükségletek közel egyhatoda kapcsolódott a mentális egészségügyi ellátáshoz



Megjegyzés: A felmérés válaszadóit arról kérdezték, hogy vannak-e jelenleg kielégítetlen egészségügyi szükségleteik, és ha igen, milyen típusú ellátásra lenne szükségük, beleértve a mentális egészségügyi ellátást is.
Források: Eurofound (2021; 2022).

Zajlik a 2030-ig tartó időszakra szóló új Nemzeti Népegészségügyi Program kidolgozása

A magyar kormány 2018-ban fogadta el a 2019-22 közötti időszakra vonatkozó nemzeti népegészségügyi programokat és kapcsolódó szakpolitikai intézkedéseket. Az öt program egyike a mentális egészségre vonatkozó nemzeti program volt. A program révén a helyi önkormányzatok önállóságot kaptak a helyi egészségfejlesztési tervek kidolgozására és végrehajtására. 2021-ben 110 egészségfejlesztéssel foglalkozó hivatal működött az országban. Magyarországon jelenleg folyik a Belügyminisztérium által megrendelt új nemzeti népegészségügyi program kidolgozása. A korábbi nemzeti programokhoz hasonlóan az új program várhatóan magában foglalja mentális egészséggel kapcsolatos szakpolitikai programokat, beleértve a mentális egészségfejlesztést is (a WHO Európai Regionális Irodája, hamarosan elkészül).

7 Fő megállapítások

- A Covid19-világjárvány megszakította Magyarországon a várható élettartam uniós átlaghoz való fokozatos közelítését, és a különbség 2022-ben 4,5 év volt. A várható élettartam világjárvány előtti növekedése a keringési betegségek – Magyarországon a fő halálozási ok – és a rák miatti halálozás csökkenésének tudható be. A magyar férfiak várhatóan közel 7 évvel kevesebbet élnek, mint a nők, ami nagyrészt annak tulajdonítható, hogy a férfiak körében gyakrabban fordulnak elő kockázati tényezők.
- Magyarország népessége gyorsan öregszik: 2020-ban az ország több mint egyötöde volt 65 éves vagy annál idősebb, akik közül sokan számoltak be arról, hogy több krónikus betegségben szenvednek. Valójában az EU-ban Magyarországon a legmagasabb a mindennapi élet alapvető tevékenységeinek végzésében való akadályoztatottságról beszámoló idősebb férfiak és nők aránya.
- A táplálkozási kockázatok és a dohányzás jelentős népegészségügyi kockázatot jelentenek Magyarországon: 2019-ben a magyarok az egyik legnagyobb arányban dohányzó nemzet voltak az EU-ban. Jelentős a nemek közötti különbség, mivel a magyar férfiak több mint egyharmada dohányzik naponta, szemben a nők több mint egyötödével. Ezenkívül a mért elhízás (obezitás) a 2009-es 29%-ról 2019-re 33%-ra nőtt, és különösen a serdülők körében aggodalomra ad okot: 2022-ben a 15 évesek 25%-a volt túlsúlyos vagy elhízott. Mint minden uniós országban, az egyes társadalmi-gazdasági csoportok között is jelentős különbségek vannak a kockázati tényezők hatása tekintetében.
- Magyarországon az elmúlt években nőttek az egészségügyi kiadások, amit a Covid19-világjárványhoz kapcsolódó ráfordítások tápláltak. Mindazonáltal Magyarország 2021-ben az egy főre jutó uniós átlag kevesebb mint felét költötte egészségügyre, amely a hatodik legalacsonyabb érték az uniós országok között. Bár 2021-ben csökkentek az egészségügyi ellátásra fordított, zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások, 25%-os arányuk jóval meghaladta az uniós átlagot (15%), ami annak köszönhető, hogy számos egészségügyi termék és szolgáltatás esetében csak részleges a költségtérítés. A háztartások zsebből fizetett közvetlen hozzájárulásuk közel felét gyógyszerekre fordítják.
- Magyarországon az ellátás nagymértékben függ a kórházaktól, az ágysűrűség jóval meghaladja az uniós átlagot, és az egészségügyi kiadások közel egyharmadát a fekvőbeteg-ellátás finanszírozása teszi ki. A 2022 decemberében elfogadott, új, széles körű egészségügyi reform az alapellátás megerősítését és a praxisközösségek ösztönzését tervezi, különösen a krónikus betegségben szenvedő betegek integrált ellátásának javítása és a megelőző szolgáltatások javítása érdekében.
- Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve mintegy 1,3 milliárd EUR-t irányoz elő az egészségügyi beruházások számára. Ez magában foglalja az egészségügyi létesítmények infrastruktúrájának és berendezéseinek korszerűsítését, valamint a nagyobb mértékű digitalizációra való ösztönzést, különös tekintettel az információtechnológiai keretek átalakítására, a telemedicina és távfelügyeleti megoldások fejlesztésére, valamint a mobil egészségügyi alkalmazások bevezetésére. Az uniós kohéziós politika keretében nyújtott támogatás az infrastruktúra fejlesztésére is irányul majd.
- A magyarországi magánellátási rendszer növekedése miatt sok egészségügyi szakember több munkahelyen is dolgozik, mind az állami, mind a magánszektoron belül. Emellett a magasabb bérek és a jobb munkakörülmények továbbra is ösztönzik a más országokba való kivándorlást. A kormány részben kezelte az egészségügyi munkaerő megtartásával kapcsolatos kihívásokat az orvosok, fogorvosok és gyógyszerészek jelentős béremelése révén, amelyet az elmúlt három évben fokozatosan hajtottak végre. Az orvosok állami és magánszektorban való egyidejű munkavégzésének megakadályozására irányuló egyéb intézkedések szintén a szabályozás részét képezték, bár azokat eddig csak részben hajtották végre.
- Magyarországon a legnagyobb mentális egészségügyi kihívást a depressziós és szorongásos zavarok jelentik, amelyek az alacsonyabb jövedelmű csoportokat érintik leginkább. Az öngyilkossági ráta a férfiak körében Magyarországon az egyik legmagasabb az EU-ban. A Covid19-világjárvány alatt a jelzett kielégítetlen egészségügyi szükségletek mintegy 15%-a mentális egészségügyi ellátáshoz kapcsolódott. A jelenleg kidolgozás alatt álló, 2030-ig tartó időszakra szóló új nemzeti népegészségügyi program várhatóan mentális egészségügyi szakpolitikai programokat is magában foglal majd.

Legfontosabb források

Health Systems and Policy Monitor – Hungary (2023), European Observatory on Health Systems and Policies, https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

Hivatkozások

ECDC (2022), Press Release: 35 000 annual deaths from antimicrobial resistance in the EU/EEA. Stockholm, https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/eaad-2022-launch.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessments (2020), Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement. Luxembourg.

Eurofound (2021), Living, working and COVID-19 survey, rounds one, two and three (spring 2020, summer 2020 and spring 2021). Dublin, https://www.eurofound.europa.eu/surveys/living-working-and-covid-19-e-survey.

European Commission (2013), Mental health systems in the European Union Member States: status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health. Brussels.

European Commission (2022a), Eurobarometer: Corruption. Brussels, https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2658.

European Commission (2022b), Laying the foundation for Hungary's recovery conditioned on rule of law reforms; Next Gen EU. Brussels.

European Parliament (2023), Briefing requested by the CONT committee: Rule of law-related "super milestones" in the recovery and resilience plans of Hungary and Poland. Brussels.

European Union (2021), Council Directive 2011/64/EU of 21 June 2011 on the structure and rates of excise duty applied to manufactured tobacco. Brussels.

Gaal P et al. (2021). The 2020 reform of the employment status of Hungarian health workers: will it eliminate informal payments and separate the public and private sectors from each other? Health Policy 125(7): 833-40.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): https://data-browser.hbsc.org

Központi Statisztikai Hivatal (2023), A pszichiátriai betegek gondozása, Budapest, https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0016.html.

Joó et al. (2024). The Impact of Regulatory Tightening of the Hungarian Tobacco Retail Market on Availability, Access and Cigarette Smoking Prevalence of Adolescents. BMJ Tobacco Control.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial resistance: tackling the burden in the European Union. Paris.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.

WHO Regional Office for Europe (forthcoming). WHO Mental Health Survey, 2023.

Az országnevek rövidítéseinek jegyzéke

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

European Commission

State of Health in the EU
Egészségügyi országprofil 2023

Az *egészségügyi országelemzések* kulcsfontosságú elemei az Európai Bizottság *Egészségügyi helyzet az EU-ban* című ciklusának, amely az Európai Unió pénzügyi támogatásával kidolgozott tudásközvetítő projekt.

Ezek az országprofilok a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) és az Egészségügyi Rendszerek és Politikák Európai Megfigyelőközpontja közötti, az Európai Bizottsággal fenntartott együttműködési partnerség eredményei. A kvantitatív és kvalitatív adatokat egyaránt felhasználó következetes módszertan alapján az elemzés az egyes EU-/EGT-országok legújabb egészségügyi szakpolitikai programalkotási kihívásaira és fejleményeire terjed ki.

Az egészségügyi országprofilok 2023. évi kiadása számos kritikus szempontot foglal magában, többek között a következőket:

- az országon belüli jelenlegi egészségi állapot;
- az egészséget befolyásoló tényezők, különös tekintettel az életmódbeli kockázati tényezőkre;
- az egészségügyi rendszer felépítése és felépítése;
- az egészségügyi rendszer eredményessége, hozzáférhetősége és rezilienciája (ellenálló és alkalmazkodóképességének értékelését);
- A sorozat első alkalommal számol be az országon belüli mentális egészségi állapotról és a kapcsolódó szolgáltatásokról.

Az egészségügyi országelemzések legfontosabb megállapításait kiegészíti az Európai Bizottság összefoglaló jelentése.

További információkért látogasson el a következő oldalra: ec.europa.eu/health/state

Erre a kiadványra a következőképpen hivatkozzon:
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
Magyarország: Egészségügyi országprofil 2023, State of Health in the EU,
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264452404 (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