
NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

*Kalmár Gabriella**

EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDÉSEK AZ EURÓPAI UNIÓBAN ÉS MAGYARORSZÁGON

Az egészséghez való jog alapvető emberi jog

Az Európai Unió létrehozásának fő célja a gazdasági integráció. Az EU a termékek, a szolgáltatások, a tőke és a munkaerő szabad áramlásán alapuló, korlátozásoktól mentes, egységes, szabad piac megvalósításának színtere. A közös piac és a közös politika működésének biztosítására kötelező, kényszerítő erejű rendeleteket, irányelveket alkalmaznak.

Ugyanakkor számos olyan terület van, amelyet az Unió csupán – az alapcél által megkövetelt – minimális mértékben kíván szabályozni. Ezek közé sorolható az egészségügyi ellátás és a társadalombiztosítás, melyek továbbra is az egyes tagállamok saját hatáskörébe tartoznak.

Az EU tagállamainak közel azonos problémákkal kell szembenéznük az egészségügy és a szociálpolitika területén. Folyamatosan csökken a születésszám, a lakosság elöregedik, egyes krónikus, ill. fertőző betegségek gyakorisága növekszik, terjed a kábítószer-fogyasztás; az új, drága technológiák alkalmazása, az egészségügyi költségek növekedése – ha nem egyforma mértékben is – minden tagállamban észlelhető.

Az EU egyik nagy, megoldásra váró feladata az egészségügy területén az, hogy bár lakói napjainkra egyre egészségesebbek lesznek (a születés-

* A szerző a Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar Európa tanulmányok (egyetemi szakirányú) szakján, Európai menedzsment szakirányon folytatott tanulmányokat 2000–2002-ben. A közlemény szakdolgozatának rövidített változata. A témaválasztás és a szakdolgozat elkészítésének célja az Európai Unió és Magyarország egészségügyi helyzetének, a népesség jelenlegi és jövőbeli problémáinak, valamint a várható fejlődési irányoknak a bemutatása (a teljesség igénye nélkül). A dolgozat ezen témakörrel foglalkozó szerzők megállapításainak, szakvéleményeinek összegzésére épül.
Konzulensek: Dr. DSc. Gidai Erzsébet és Jean Monnet Prof. Fáyiné Dr. Péter Emese.

kor várható élettartam a 15 tagállamban 75 év fölé emelkedett), *mégis az egészségügyi ellátás javítására és ezzel az egészségügyi kiadások növelésére vonatkozó igény folyamatosan nő.*

Ennek egyik oka az, hogy a népesség idősödése növeli a költségesebb, hosszabb ápolási idejű szolgáltatások iránti igényt. Emellett új kockázatok jelentek meg (pl. a Creutzfeldt-Jakob betegség, antibiotikum-rezisztens baktériumok stb.).

Az egészségügy területén új kihívásokkal is számolni kell – különösen az Unió bővítése kapcsán –, amelyek a demográfiai változásokkal együtt növelik az egészségügyi szolgáltatások iránti elvárásokat. Szomorú tény, hogy a tagjelölt országok állampolgárainak ijesztő egészségi állapota miatt életeresélyeik 6-8 évvel maradnak el az EU átlagától.

Az egészséggel és az egészségüggyel való Uniós szintű foglalkozás annál is inkább indokoltnak tekinthető, mivel a társadalmi egyenlőtlenségek közül az egyik legsúlyosabb az, hogy egyes társadalmi csoportoknak lényegesen rosszabbak az életkilátásaik, mint a jobb helyzetű társadalmi csoportoké, és rövidebb élettartamukat is rosszabb egészségi állapotban élik le, nagyobb mértékben válnak rokkantakká.¹ Ez nemcsak a legszegényebbek esetében van így – de jellemzően a „társadalmi létrán” lefelé haladva romlanak az életkilátások.

Az elmúlt egy-két évtizedben az egészségi állapot egyenlőtlenségei a fejlett országokban is inkább növekedtek (vagy nem csökkentek), és különösen szembeötlően növekedtek a gazdag és szegény országok között.

¹ Az életkilátásokat általában (a születéskor és egyes kitüntetett életkorban) várható élettartammal vagy egyes kitüntetett életkorok (pl. 40-45 vagy 60-65 év) túlélési valószínűségével szokták jellemezni. Az egészségi állapot jellemzésére az utóbbi évtizedekben számos olyan módszert fejlesztettek ki, amelyek együtt törekednek számszerűsíteni a (korai) halálozást és az egészségi állapotnak a megbetegedésekből eredő romlását: például ilyenek a QALY, DALY módszerek, továbbá az egészségkárosodással korrigált várható élettartam: DALE (disability adjusted life expectancy). Ez utóbbit használta például a WHO „The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance” c. kiadványa az egyes országok egészségi állapotának összehasonlítására.

1. ÉLETMINŐSÉG, EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGÜGY

Napjaink orvostudományának fejlettségi szintje és folyamatos fejlődése – annak gazdasági vonzatai – következtében olyan helyzet állt elő, amely nem képes biztosítani azt, hogy a fejlett diagnosztikus és gyógyító technikák egyformán hozzáférhetőek legyenek mindenki számára (1. táblázat).

1. táblázat: Nemzetközi adatok – a népesség mozgásának változása

Ország	Ezer lakosra jutó						Ezer élveszületésre jutó 1 éven aluli meghalt	Év
	Élveszületés	Év	Halálozás	Év	Természetes szaporodás, fogyás (-)	Év		
Amerikai Egyesült Államok	14,5	1999	8,8	1999	5,7	1999	7,2	1998
Ausztrália	13,0	1999	6,8	1999	6,2	1999	5,0	1998
Ausztria	9,6	2000	9,4	2000	0,2	2000	4,3	1999
Belgium	11,1 ⁺	2000	10,1 ⁺	2000	1,0 ⁺	2000	5,3	1999
Bulgária	8,7 ⁺	2000	13,9 ⁺	2000	-5,2 ⁺	2000	14,9	1999
Csehország	8,8 ⁺	2000	10,3 ⁺	2000	-1,5 ⁺	2000	4,6	1999
Dánia	12,4 ⁺	2000	10,8 ⁺	2000	1,6 ⁺	2000	4,2	1999
Egyesült Királyság	11,4 ⁺	2000	10,5 ⁺	2000	0,9 ⁺	2000	5,8	1999
Finnország	11,0	2000	9,5	2000	1,5	2000	3,6	1999
Franciaország	13,1 ⁺	2000	9,0 ⁺	2000	4,1 ⁺	2000	4,8	1999
Görögország	11,7	2000	10,5	2000	-0,1 ⁺	2000	5,9	1999
Hollandia	13,0 ⁺	2000	8,8 ⁺	2000	4,2 ⁺	2000	5,2	1999
Horvátország	9,9	1999	11,4	1999	-1,5	1999	7,7	1999
Írország	14,6 ⁺	2000	8,0 ⁺	2000	6,6 ⁺	2000	5,5	1999
Japán	9,3	1999	7,8	1999	1,5	1999	3,6	1998
Kanada	11,4	1998	7,2	1998	4,2	1998	5,3	1997
Lengyelország	9,7 ⁺	2000	9,6 ⁺	2000	0,1 ⁺	2000	8,9	1999
Luxemburg	13,1	2000	8,6	2000	4,5 ⁺	2000	2,9	1999
Magyarország	9,7	2000	13,5	2000	-3,8	2000	9,2	2000
Németország	9,2 ⁺	2000	10,5 ⁺	2000	-1,3 ⁺	2000	4,6	1998
Norvégia	13,4 ⁺	2000	10,0 ⁺	2000	3,4 ⁺	2000	3,9	1999
Olaszország	9,7 ⁺	2000	9,8 ⁺	2000	-1,0 ⁺	2000	5,2	1999
Oroszország	8,4	1999	14,8	1999	-6,4	1999	16,9	1999
Portugália	11,9	2000	10,6	2000	1,3	2000	5,6	1999
Románia	10,4	2000	11,4	2000	-1,0	2000	18,6	1999
Spanyolország	9,8 ⁺	2000	9,1 ⁺	2000	0,7 ⁺	2000	4,9	1999
Svájc	10,7	2000	8,6	2000	2,1	2000	4,6	1999
Svédország	10,2 ⁺	2000	10,5 ⁺	2000	-0,3 ⁺	2000	3,4	1999
Szlovákia	10,2	2000	9,8	2000	0,4	2000	8,3	1999
Szlovénia	8,8 ⁺	2000	9,3 ⁺	2000	-0,5 ⁺	2000	4,2	1999

Forrás: Monthly Bulletin of Statistics, Demographic Yearbook, Population and Vital Statistics Report (Data available as of 1 January 2001, Recent demographic developments in Europe (Council of Europe, Strasbourg), Statistics in focus (Eurostat, Luxembourg))

Az egészségügynek négy alapvető feladatát – funkcióját – különböztethetjük meg:²

1. Preventív (megelőző),
2. Kuratív (gyógyító),
3. Rehabilitációs és habilitációs,
4. Gondoskodás (szociális ellátás).

Az egészségügyi ellátás céljai:³

- Az élet meghosszabbítása
 - a betegségek kiküszöbölése (prevenció),
 - a betegségek meggyógyítása (kuráció),
 - az állapot stabilizálása (kuráció).
- Az életminőség javítása
 - az egészségben töltött életevek számának növelése (prevenció),
 - a fájdalom csillapítása (kuráció),
 - az elveszett funkciók pótlása, fejlesztése vagy helyettesítése (rehabilitáció és habilitáció),
 - testi-lelki alkalmazkodás segítése a kialakult állapotokban.
- Populációs érdekek érvényesítése (közegészségügy és járványügy)

Az egészségi állapotot meghatározó külső tényezők:⁴

- GDP/capita,
- a társadalmi egyenlőtlenségek mértéke,
- társadalmi minták, elvárások,
- környezeti káros hatások mértéke,
- az egészségügyi ellátás hozzáféréseinek egyenletessége (equity),
- az egészségügyi ellátás fejlettsége, minősége.

} **Élet-
mód**

Ugyanakkor az életminőségre hatással van az is, hogy egy adott országban milyen típusú az egészségügyi rendszer finanszírozása (2. táblázat, 1. ábra).

² Gyetvai László – Szabó Irén: Az egészségügy anyagi érdekviszonyai. Kossuth, 1988. (p.81.)

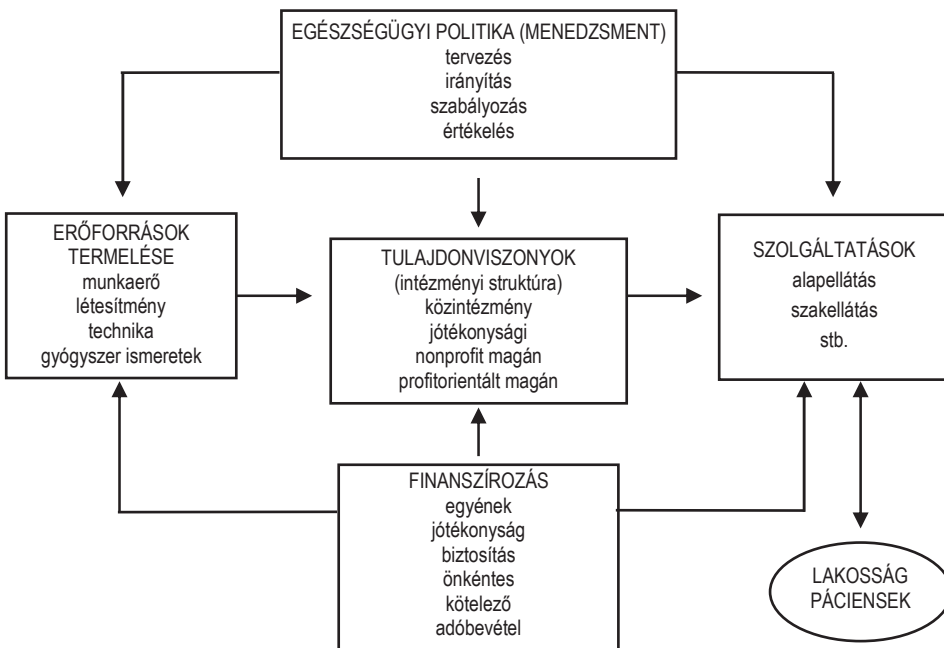
³ Kincses Gyula: Egészség (?) – Gazdaság (?). Praxis Server Kft. 1999.

⁴ Uo.

2. táblázat: Az egészségügyi rendszerek alaptípusai

	NHS	Bismarck	USA
Kötelező biztosítottság	Minden állampolgár	Kivéve a nagyon gazdagok	Öregek és szegények
Szolidaritás érvényesülése	Teljes körű	Majdnem teljes körű	Szűk körű
Equity	Jól érvényesül	Jól érvényesül	Erősen sérül
Forrás	Adó	Járulék	Vegyes
Magánfinanszírozás szerepe	Marginális	Marginális	Jelentős
Összköltség	Alacsonyabb	Alacsonyabb	Magas
Szolgáltatók	Vegyes	Vegyes	Zömmel magán

Forrás: Kincses Gyula: Egészség(?) – Gazdaság(?). Praxis Server Kft. 1999.



1. ábra: Az egészségügyi rendszer összetevői

Forrás: Orosz Éva: Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések. 1992.

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők – a WHO állásfoglalása alapján:

- életmód 43%,
- genetikai, biológiai jellemzők 27%,
- környezeti hatás 19%,
- egészségügyi ellátás 11%.

„Az egészségügy szervesen illeszkedik a nemzetgazdaság teljes rendszerébe, s a lakosság egészségi állapotának védelmét és karbantartását szolgáló egészségügyi ellátás a gazdaság fejlődésének meghatározó eleme. Kiemelt figyelmet igényel abból adódóan is, hogy az egészség különleges »jószág« mert:

- mással nem helyettesíthető »árucikk«,
- hiánya lerombolja az egyén jövedelemszerző képességét,
- keresletét nem a fizetőképesség határozza meg,
- helyreállítása iránti igény időpontja, minősége, időtartama az esetek jelentős részében nem tervezhető előre.”⁵

2. EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGÜGY AZ EURÓPAI UNIÓBAN

Az integráció kezdetén az egészségügyi szempontok csak általánosságban fogalmazódtak meg az EU „iránymutatásában”.

Az egészséggel, egészségüggyel kapcsolatos kihívások, elvárások csak az utóbbi időben kerültek a fontos kérdések közé az EU-ban. A csatlakozni vágyók számára ezek elsősorban arra irányulnak/szolgálnak, hogy csökkenjen a szakadék az Unió és a jelöltek, így Magyarország polgárainak életesélyei között (3. sz. táblázat).

⁵ Gidai Erzsébet: A piac szerepe az egészségügyben. In: Egészségügy és piacgazdaság. MTA Budapest, 1998

3. táblázat: Az egyes életkorokban várható átlagos élettartam nemek szerint

Ország	Év	0 éves		1 éves		2 éves		3 éves		4 éves	
		férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
Amerikai Egyesült Államok	1998	73,8	79,5	73,4	79,0	59,7	65,2	31,9	36,4	16,0	19,2
Ausztrália	1994/96	75,2	81,1	74,7	80,5	60,9	66,7	32,8	37,5	15,8	19,6
Ausztria	1999	75,1	81,0	74,4	80,3	60,6	66,5	32,2	37,3	15,8	19,4
Belgium	1998	74,8	81,1	74,2	80,4	60,4	66,7	32,1	37,6	15,6	19,8
Bulgária	1999	68,3	75,1	68,5	75,0	55,0	61,4	27,2	32,6	12,9	15,4
Csehország	1999	71,4	78,2	70,8	77,5	57,0	63,7	28,8	34,4	13,6	16,9
Dánia	1999	74,2	79,0	73,6	78,3	59,8	64,4	31,3	35,2	14,9	18,1
Egyesült Királyság	1999	75,0	79,8	74,5	79,2	60,7	65,3	32,1	36,1	15,3	18,5
Finnország	1999	73,8	81,0	73,1	80,3	59,2	66,4	31,2	37,2	15,1	19,2
Franciaország	1998	74,7	82,2	74,1	81,6	60,3	67,8	32,3	38,8	16,3	20,8
Görögország	1998	75,4	80,4	75,0	79,9	61,2	66,1	32,9	36,9	16,2	18,5
Hollandia	1999	75,3	80,5	74,7	79,9	60,9	66,0	32,1	36,8	15,1	19,1
Horvátország	1995	69,3	77,2	69,0	76,7	55,2	63,0	28,0	33,9	13,1	16,5
Írország	1999	73,9	79,1	73,3	78,5	59,5	64,6	31,1	35,4	14,2	17,7
Japán	1996	77,0	83,6	76,3	82,9	62,6	69,1	33,8	39,8	16,9	21,5
Kanada	1995	75,2	81,2	74,7	80,7	61,0	66,9	32,8	37,8	16,1	20,1
Lengyelország	1999	68,2	77,2	67,9	76,8	54,2	63,0	27,1	34,1	13,2	17,0
Luxemburg	1999	74,7	81,2	74,0	80,4	60,3	66,6	31,9	37,3	15,3	19,5
Magyarország	2000	67,1	75,6	66,8	75,2	53,0	61,5	25,5	32,7	12,5	16,2
Németország	1998	74,5	80,5	73,8	79,9	60,0	66,0	31,6	36,8	15,3	19,0
Norvégia	1999	75,6	81,1	75,0	80,4	61,2	66,6	32,7	37,3	15,6	19,5
Olaszország	1997	75,7	81,6	75,1	81,1	61,3	67,3	32,9	38,0	16,1	19,8
Oroszország	1999	59,9	72,4	60,1	72,5	46,7	59,0	22,6	31,1	11,1	15,0
Portugália	1999	72,0	79,1	71,4	78,5	57,7	64,7	30,5	35,8	14,3	17,8
Románia	1999	67,1	74,1	67,5	74,4	54,2	61,0	26,8	32,2	13,0	15,4
Spanyolország	1998	75,0	82,0	74,4	81,4	60,7	67,6	32,5	38,4	16,0	20,0
Svájc	1999	76,8	82,5	76,3	81,9	62,4	68,0	33,9	38,8	16,8	20,6
Svédország	1999	77,1	81,9	76,4	81,1	62,5	67,2	33,7	37,9	16,4	19,9
Szlovákia	1999	69,0	77,2	68,6	76,8	55,0	63,0	27,1	33,9	13,0	16,6
Szlovénia	1999	71,8	79,3	71,1	78,6	57,4	64,7	29,4	35,6	14,1	18,1

Forrás: Monthly Bulletin of Statistics, Demographic Yearbook, Population and Vital Statistics Report (Data available as of 1 January 2001, Recent demographic developments in Europe (Council of Europe, Strasbourg), Statistics in focus (Eurostat, Luxembourg).

Szerződési alap (jogi alapok): Az EK (RSZ) szerződés 129. cikke; szociálpolitikai egyezmények.

Célkitűzések: az egészség védelme; egészségügyi és biztonsági óvintézkedések a munkahelyi balesetek megelőzésére.

A maastrichti csúcsértekezleten (1992) az EK állam- és kormányfői az Európai Unió Szerződés keretében megállapodtak abban, hogy a közösség tagállamaiban az „*egészségvédelem magas szintjét*” fogják biztosítani. A meghatározott cél a széles körben elterjedt, súlyos betegségek kutatása, megelőzése és kezelése, beleértve a kábítószer-függőséget is. Ennek eléréséhez a tagállamok összehangolják ilyen irányú politikájukat és programjaikat, az Európai Bizottsággal történt egyeztetést követően. Az egészségügyi politika megvalósítása érdekében az EU tanácsa minősített többséggel elfogadott ajánlásokat vagy támogató intézkedéseket tesz, a RSZ 189b. cikkében meghatározott döntéshozatali eljárás szerint. A tulajdonképpeni jogalkotási hatalom azonban a tagállamok hatáskörében marad. A 90-es évek közepén az EU szakmai programokat indított néhány kiemelkedő fontosságú népegészségügyi problémával kapcsolatban. 1998-tól kezdődően a tagjelölt országok is részt vehetnek az egészségmegőrzéssel, a rák elleni küzdelemmel, a kábítószerrel, valamint az AIDS és egyéb fertőző betegségek megelőzésével foglalkozó programokban.

Igazi áttörést azonban az Amszterdami Szerződés 1999. május 1-jei hatályba lépése hozott az egészségvédelem uniós hatáskörbe emelése területén. Ennek az új alapokmánynak a 152. cikkelye mondja ki azt, hogy „az egészségvédelem magas színvonalát minden közösségi politikában és tevékenységben biztosítani kell”. Ezzel a közösségi joganyag részévé vált az az elvárás, hogy a döntéshozóknak minden ágazatban mérlegelniük kell, hogy elhatározásaik milyen hatást gyakorolnak az emberi egészségre.

1999 őszén a Romano Prodi vezetésével megalakult Európai Bizottság már hivatalba lépésének kezdetétől a korábbiaknál nagyobb hangsúlyt helyezett az egészséggel, az egészségüggyel kapcsolatos kérdésekre. A közösség történetében először neveztek ki egészségvédelemért felelős főbiztost az ír David Byrne személyében. A főbiztos hivatalán belül működő népegészségügyi igazgatóság legfontosabb feladata az Unió egységes népegészségügyi stratégiájának előkészítése, mely három területre összpontosít:

- Egységes és átfogó egészségügyi információs és adatkezelési rendszer létrehozása, amely a szakma, a politikusok és a nyilvánosság számára egyaránt szolgáltat megbízható jelentéseket az egészségi állapotjelzőkről.
- Egészségügyi katasztrófahelyzetek (járványok) kezelésére rugalmasan és hatékonyan mozgósítható szellemi és anyagi erőforrások biztosítása.
- Az emberek egészségét befolyásoló társadalmi-gazdasági, életmódbeli és környezeti tényezők elemzése.

A bővítés egészségügyi vonatkozásai is egyre gyakrabban kerülnek szóba. Az Európai Bizottság már mintegy 3 évvel ezelőtt dokumentumban foglalta össze aggodalmait, amelyet az egészségügyért felelős főbiztos az Európai Parlament előtt összegzett. Eszerint a tagjelöltek népegészségügyi elkötelezettsége nem kielégítő, ellátó rendszereik reformra és jelentős mértékű pótlólagos forrásra szorulnak. Úgy vélte, hogy amennyiben a csatlakozni kívánó államok elavult egészségügyi szerkezeit nem sikerül korszerűsíteni, az a finanszírozhatóságukat és a makrogazdasági stabilitást már középtávon veszélyezteti.

Mindezek ellenére az ellátó rendszer egységesítése – jelenleg – nincs napirenden: egységes európai egészségpolitika napjainkban sem létezik, tehát nincsenek előírások arra, hogy a tagállamok milyen egészségügyi ellátó rendszert működtessenek. Ennek egyik oka a szociális védelmi rendszerek sokszínűségében, a másik pedig a mély kulturális és gazdasági különbségekben rejlik. Ezért hivatkoznak gyakran az egészségügyet érintő kérdésekben a *szubszidiaritás elvére*, vagyis jelen esetben arra, hogy Brüsszel csak az államhatárokon túlnyúló kihívásokkal törődik. Ugyanakkor az egészségkárosodás kockázatai ebbe a körbe tartoznak.

2.1. JOGI ALAPOK, JOGFORRÁSOK AZ EGÉSZSÉGÜGY TERÜLETÉN⁶

Az Európai Unióhoz csatlakozni kívánó országok elsőrendű feladata a jogharmonizáció, azaz annak a nagy jogi rendszernek (Aquis Communitaire) az átvétele, amely célja az, hogy az Uniót szoros gazdasági, politikai, kulturális és szociális együttműködési rendszerbe fogja.

Az Aquis Communautaire elsődleges és másodlagos jogforrásokból áll:

- Az elsődleges jogforrások az alapító szerződések és azok módosításai, és a csatlakozási szerződések.
- A másodlagos jogforrások a közösségi intézmények jogalkotásából alakultak ki. Az Európai Bíróság joggyakorlata pedig precedens alapon (esetjog) járul hozzá az Uniós jogrendszer kialakulásához.⁷

Bár az Európai Gazdasági Közösség (EGK) létrehozásakor (1957) az alapvető cél a gazdasági együttműködés bővítése, az áruk, szolgáltatások, a tőke és a személyek szabad áramlásának biztosítása volt, mégis elmondható, hogy *a szerződésekben az egészségügyi szempontok és az egészségvédelem gondolata már a kezdetektől fogva folyamatosan jelen vannak az EU történetében.*⁸

Ugyanakkor meg kell említeni, hogy már az európai gazdasági együttműködés indulásakor az Európai Szén- és Acélközösséget 1951-ben létrehozó és az EUROATOM (1956) szerződés – bár még csupán a munkahelyi biztonság és egészségvédelem területén – érinti az egészségügyet.

Az Európai Gazdasági Közösség (EGK) megalakulásakor és a későbbiekben is sokáig – egészen a Maastrichti Szerződés életbe lépéséig – az egészségügyi szempontok leginkább csak a közegészségügy és munkaegészségügy területén érvényesültek, bár az EGK alapító szerződésének,

⁶ A fejezetben szereplő adatok elsődleges forrása: Czimbalmos Ágnes: Az Európai Unió szerepe az egészségügyben. Cikksorozat: Látélet 6–7. szám, 2000

⁷ Kecskés László: EK-jog és -jogharmonizáció. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1997. Király Miklós (szerk.): Az Európai Közösség kereskedelmi joga. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1998.

⁸ A mai Európai Unió alapját az a három európai integrációs szervezet képezte, amelyek az 1950-es években jöttek létre Európai Szén- és Acélközösség, EUROATOM és Európai Gazdasági Közösség néven. Ezek a szervezetek 1967-ben Európai Közösségek néven egyesültek. Az Európai Unió elnevezés 1993. november 1-jétől – a Maastrichti Szerződés életbe lépése óta – van érvényben, utalva a megalapítandó gazdasági és pénzügyi unióra.

a Római Szerződésnek (1957) több – más területeket szabályozó – cikkelyében szerepelnek az egészségügyet érintő, illetve az egészségüggyel kapcsolatos megfogalmazások.

A *Római Szerződés (1957)* – az Európai Gazdasági Közösség (EGK) alapító szerződése – egészségügyi vonatkozású kitételei:

- A szerződés 2. cikkelye többek között az életszínvonal emelését tűzi ki célul, és ezzel – bár csak közvetett módon – megfogalmazza az egészségügy helyét és szerepét a közösségi kapcsolatokon és folyamatokon belül.
- A 3. cikkely c) pontja a négy szabadságjoggal foglalkozva érinti az egészségügyet is a személyek és szolgáltatások szabad áramlását gátló akadályok megszüntetése kapcsán. Az i) pont a szociálpolitikára vonatkozik, beleértve az Európai Szociális Alapot. Az m) pont a kutatást és a műszaki fejlesztést szabályozva hatást gyakorol az egészségügyre. Az o) pont pedig a közösségnek a magas szintű egészségvédelemhez való hozzájárulását írja elő.

A 36. cikk megfogalmazza, hogy az árutranszitra tilalmat vagy korlátozást lehet elrendelni, amennyiben az emberek, állatok, növények életének, egészségének védelme vagy más, a szerződésben felsorolt ok ezt indokolja.

A 48. cikk a személyek szabad áramlásával foglalkozik, melybe beleértendők a betegek és az egészségügyi dolgozók is.

Az 59. cikk a szolgáltatások szabad áramlására vonatkozik, beleértve az egészségügyi szolgáltatásokat is.

- A 100. cikkely élelmiszervédelemre, gyógyszerekre, gyógyhatású termékekre fogalmaz meg szabályozást.
- A 117-118. cikkely a munkahelyi egészség és biztonság kérdésével foglalkozik.
- A 126-127. cikkely az oktatás, szakképzés témaköröket fogja át, és így érinti az egészségügyi képzéseket is.
- A 152. cikkely a népegészségügyi szempontok figyelembevételét írja elő a döntéshozataloknál.

- A 163–173. cikkelyek az egészségügyet is érintő kutatásokra vonatkoznak.

Az *Egységes Európai Okmány (1986)* szilárdította meg a közösségi akcióprogramok jogalapjait az egészségügy területén.

- A 118/a cikkely a jogi alapját adja az egészségügyi ellátás és a munkahelyi biztonság szabályozására vonatkozó direktíváknak.
- A 130/r cikkely a környezetvédelem és a fogyasztóvédelem elemeit tartalmazza.
- A 181/a cikkely az egészségügyi szempontok érvényesülését követeli meg a munkahelyeken.

Az utóbbi két évtized azonban nyilvánvalóvá tette a tagállamok közös, egészségügyet is érintő problémáit, ezzel közös fellépésre serkentve őket.

Lényeges változást a *Maastrichti Szerződésben (1992. febr. 07.) foglaltak* hoztak, amely célul tűzte ki az egészségügy európai kompetenciába történő bevonását, így *népegészségügyi szempontok is megfogalmazódtak benne*. Addig az EU-nak nem volt ebben közvetlen és önálló kompetenciája. Az egészségügyre is vonatkozó szabályozásai közül

- a 6. cikk a jogi és belügyi kooperációról,
- a 75/c cikkely a közlekedésbiztonságról szól.
- A *népegészségügyre vonatkozó 129. cikke szerint a közösség tevékenysége a betegségmegelőzésre, valamint a különösen súlyos egészségkárosodás megelőzésére irányul, és az egészségvédelem követelményei a közösség egyéb területeken folyó politikájának is részét képezik. A 129/a cikk a fogyasztóvédelemmel foglalkozik.*
- a 126–127. cikkelyek a minőségi szakképzésre vonatkoznak.

Az egészségpolitika és ezen belül a népegészségügyi politika ennek a szerződésnek köszönhetően vált önállóvá.

Az egészségügyi együttműködés leginkább csak a népegészségügy területére terjed ki, és a közösség a tagállamok közötti együttműködés előmozdítása, és tevékenységük támogatása révén működik közre az emberi egészségvédelem magas színvonalának biztosításában.

Az 1990-es évek végén az Európai Bizottságnak és a tagállamoknak újra kellett értékelniük a helyzetet (egyik oka a kergemarhakór megjele-
nése), és arra készítette a tagállamokat és a bizottságot, hogy nagyobb fi-
gyelmet szenteljenek az egészségügyi szempontoknak.

Ennek eredményeképpen az *Amszterdami Szerződésben* (1997. okt. 02.) már más megfogalmazásban, általánosabban szerepelnek a közösség feladatai az egészségügy területén, a betegségmegelőzés helyett a nép-
egészségügy javítását tűzve ki célul:

- A szerződés 152. cikkelye értelmében a különböző szektorpolitikák kialakításakor pedig figyelembe kell venni az egészségvédelmi szempontokat is.

A jelenlegi álláspontok szerint a későbbiekben sem a közösség, sem a tagállamok nem kívánják tovább bővíteni a közösség lehetőségeit az egészségügy területén.

Ezzel együtt az egészségügy továbbra is a tagállamok kompetenciájá-
ba tartozik, és ezen a területen jogharmonizáció jelenleg nincs.

2.2. A NÉGY SZABADSÁGJOG KÉRDÉSKÖRE ÉS KAPCSOLATA AZ EGÉSZSÉGÜGGYEL⁹

*A Maastrichti Szerződés azért bír nagy jelentőséggel az egészségügy te-
rületén, mert ennek életbe lépésével alakult ki az egységes belső piac és
szűnt meg minden az áruk, személyek, szolgáltatások és a tőke szabad
áramlását gátló akadály. A négy szabadságjog védelme központi kérdés
az Egységes Európai Piacon belül.*

*Az Unió szabályozás másik vonulata, amely az egészségügyet, az
egészségügyi ellátórendszereket érinti, a négy szabadságjog – az áruk,
személyek, szolgáltatások és a tőke szabad mozgásával, érvényesülésével
kapcsolatos.*

⁹ Forrás: Czibalmos Ágnes dr. a Hungaromed 2. Nemzetközi Egészségügyi Szakkiállításához csatlakozó Egészségügyi Tudományos Konferencián (Budapest, 2001. szeptember 6.) elhangzott előadása nyomán.

A *Római Szerződés 3. cikkelyében* található az a szabályozás, amely a négy tényező tagállamok közötti szabad mozgását gátló akadályok eltörlését tűzte/tűzi ki célul.

Kezdetben a közegészségügyi szempontok (az állat- és növényegészségüggyel összefüggő kérdéskörök is) és a munkaegészségügyi szempontok érvényesültek. Ezen szabályozások összehangolásával azonban egyre inkább az egységes belső piac akadályát képező problémák kerültek előtérbe.

Egy tanulmány úgy vizsgálta az egységes belső piac hatását az egészségügyre, hogy áttekintette az 1958–1998 közötti jogi szabályozásokat, melyek erre a területre vonatkoztak. A tanulmány szerzői összesen 233 olyan, a tagállamokra nézve kötelező szabályozást, bírósági ítéletet vagy nem kötelező javaslatot találtak, amelyek egészségügyi vonatkozással bírnak. Azóta számuk folyamatosan nő.

Meg kell említeni, hogy a szabályozás – beleértve az Európai Bíróság ítéleteit is – elsősorban a személyek és a termékek (kiemelt helyen a gyógyszerek) szabad áramlásával kapcsolatos (4. táblázat).

A négy szabadságjog és hatása az egészségügyre:

1. Az áruk (termékek) szabad áramlása: magába foglalja a gyógyszereket és az orvosi eszközöket is.
2. A szolgáltatások szabad áramlása: kiterjed az egészségügyi ellátásra és az egészségbiztosításokra.
3. A tőke szabad áramlása: jelenti az euró – mint fizetési eszköz – mozgását, és az árak, valamint az árképzés növekvő átláthatóságát.
4. A személyek szabad áramlása: tartalmazza az egészségügyi dolgozók és a páciensek mozgását.

4. táblázat: A négy szabadságjog érvényesülésének előnyei és hátrányai az egészségügy szereplői szempontjából

Szereplők	Előnyök	Hátrányok
<i>Páciensek</i>	Nagyobb választék Kedvezőbb árak Hozzáférhetőség határon túli egészségügyi szolgáltatásokhoz Elkerülhető várólisták Az árak különbözőségéből fakadó előnyök (pl. gyógyszerek esetén) Folyamatos külföldi gyógykezelés lehetősége (pl. baleset után vagy nyugdíjasoknak)	A piac esetleg telítetté válik Bizonytalanság az ellátásban, ellátatlan területek alakulhatnak ki Nehéz a védekezés a túlszámlázás ellen Nincs minőségi garancia az ellátó szak tudására és az ellátásra vonatkozóan Várólisták kialakulása a külföldiek miatt Nincs közvetlen számlakiegyenlítés a biztosító által
<i>Hatóságok</i>	A versenyhelyzetből és a nagyobb választékból fakadó előnyök: pl. alacsonyabb ár A különféle testületek, tanácsok, szak-szervezetek kisebb beleszólási, beavatkozási lehetősége	A külföldi ellátókat nem lehet szankcionálni, emiatt közegészségügyi előírások sérülhetnek Az ellátás minősége nem garantálható A költségek emelkedhetnek Az ellátás tervezhetetlen, nem alkalmazkodik a lakosság szükségleteihez Növekvő igénybevétel, ami növekvő költségekhez vezet Növekvő adminisztráció az egészségügyi adatokat tartalmazó dokumentumok szétszórtsága miatt (nincs központi adatbank) Növekvő adminisztráció a külföldön igénybe vett egészségügyi ellátások miatt
<i>Egészségügyi szolgáltatók</i>	A verseny és a piacnyitás előnyei: növekvő igények, nyitott piac, jobb eszközkihasználás, a minőség javul(hat)	A versenyhelyzet és a piacnyitás hátrányai: tisztességtelen verseny a külföldi szolgáltatók részéről, akiket más tagállambeli hatóságok nem szankcionálhatnak A páciensek elvándorlása és/vagy rendszertelen megjelenésének hatása
<i>Gyártók</i>	A verseny és a piacnyitás előnyei: növekvő igények, nyitott piac, a minőség javul	Parallel import

Forrás: AIM: Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection system

2.3. MUNKAHELYI BIZTONSÁG ÉS EGÉSZSÉGVÉDELEM¹⁰

A munkahelyi biztonság és egészségvédelem területe, valamint a munkakörülmények javítása nem tartozik szorosan a négy szabadságjog körébe, ugyanakkor elmondható, hogy az uniós szabályozás talán legkidolgozottabb és leginkább technikai jellegű területe.¹¹

Az ide vonatkozó szabályozások – munkahelyi biztonsággal és egészségvédelemmel foglalkozó kitételek – már az első közösségi szerződésekben is szerepelnek (ld. ESZAK Szerződés 2. cikkelye, EUROATOM Egyezmény 30–39. cikkelyek, Római Szerződés 117–118. cikkely). Ezek a megfogalmazások azonban nem bizonyultak elégségesnek, mivel ezek alapján munkavédelmi irányelvet csak a közösség deklarált gazdasági céljainak címkéjével lehetett hozni. Ebből következett az, hogy *1974-ig csupán egyetlen irányelv és néhány ajánlás született ezen a területen.*

A tényleges jogalkotás csak az 1970-es évek második felében indult, mert ekkorra alakult ki a tagállamok között általános egyetértés abban, hogy ezen a területen is szükség van harmonizációra.

A Szociális Akcióprogram létrehozásával – amely kinyilvánította a munkahelyi biztonság és egészségvédelem elsőbbségét – és ennek szellemében 1974 után létrehozták a munkavédelem közösségi intézményeit, a kutatással foglalkozó Dublini Alapítványt és egy tanácsadó testületet a biztonság, higiéné és az egészségvédelem területén. Ezek után az 1977–1988 közötti időszakban olyan irányelvek születtek, amelyek:

- a munkahelyi biztonsági jelek használatával;
- a fizikai, kémiai és biológiai anyagok káros hatásainak kitett munkások védelmével;
- az üzemi balesetek megelőzésével, illetve a balesetek következményeinek csökkentésével;
- a terhes munkavállalók védelmével foglalkoztak.

¹⁰ A fejezetben szereplő adatok elsődleges forrása: Czibalmos Ágnes dr.: Az Európai Unió szerepe az egészségügyben. Cikksorozat: Látélet 6–7 szám, 2000.

¹¹ Kőnczei György, Gyulavári Tamás: Európai szociális jog köztisztviselők számára. Kézirat, 1999.

Az ezt követő időszakban az e területre vonatkozó *jogalkotás tovább gyorsult*, hiszen az áruk és szolgáltatások biztonságos áramlása, valamint a munka- és egészségvédelem között szoros összefüggés mutatható ki: a magasabb szintű munkavédelem kezdetben bár növeli a költségeket, hosszú távon azonban nagyobb hatékonysághoz és olcsóbb foglalkoztatáshoz vezet a munkahelyi balesetek számának csökkenése révén.

A közösségi munkavédelmi jog – a fentiekből következően – kettős célt szolgál:

- egyrészt kiegyenlíti a versenyfeltételeket a tagállamok és azok vállalatai között,
- másrészt azzal, hogy megelőzi az üzemi balesetek létrejöttét és a foglalkozási betegségek kialakulását, szociális és egészségvédő hatással bír.

Újabb előrelépést jelentett az *Egységes Európai Okmány létrejötte*, amely a 118/a cikkkel jogi alapot adott a másodlagos jogalkotáshoz. A tanács 89/391/EGK irányelve az alapvető eljárási rendet, a munkavállalói és munkáltatói kötelezettségeket fogalmazta meg a munkahelyi biztonság és egészségvédelem terén.¹²

A szabályozások értelmében az elsődleges a megelőzés, ezért

- a munkáltató felelőssége és kötelezettsége: a munkavállalók egészsége és biztonsága érdekében szükséges intézkedések meghozatala és ezek betartásának ellenőrzése, továbbá olyan intézkedések bevezetése, amelyek csökkentik a munka monoton jellegét;
- a munkavállalók felelőssége és kötelessége: vigyázni önmaguk és mások biztonságára, testi épségére, a gépek és szerszámok helyes kezelése, a személyes védőfelszerelés használata, és a veszélyhelyzetek azonnali jelentése.

Az irányelv hatálya vertikális, vagyis a munkavállaló csak a tagállamot perelheti a keretirányelv vagy az annak alapján kiadott egyedi irányelv végre nem hajtása miatt, de munkáltatóját nem.¹³

¹² Kőnczei György, Gyulavári Tamás: Európai szociális jog köztisztviselők számára. Kézirat, 1999.

¹³ Uo.

Megállapítható, hogy míg a korábbi időszakok a jogalkotásra fókuszáltak, az 1996–2000 közötti akcióprogram az információ biztosítására és a szabályok tényleges betartására helyezte a hangsúlyt.

2.4. AZ EURÓPAI EGÉSZSÉGFÓRUM

Az egészségügyi szempontok előtérbe kerülése arra készítette az Európai Bizottságot, hogy létrehozza az *Európai Egészségfórumot*, melynek első ülésére 2001 novemberében került sor.

Létrehozásának célja:

- hogy a közösség egészségügyi stratégiája világos legyen mindenki számára, és biztosítsa az érintettek és a lakosság bevonását az egészségpolitika fejlesztéséhez és megvalósításához, a prioritások meghatározásához;
- egyúttal segíti az információáramlást, és konzultációs lehetőséget biztosít.

Részei:

- Egészségpolitikai fórum:
résztevői: a tagállamok és a tagjelölt államok képviselői, európai szervezetek képviselői (olyanoké, melyeknek tagjainak 50%-át a tagállamok adják), továbbá az NGO-k, az egészségügyi szakmai szervezetek és szakszervezetek, az egészségügyi szolgáltatók és egészségbiztosítási szervezetek, az ipar, az önkormányzatok képviselői, nemzetközi szervezetek és alkalmi meghívottak.
- Nyitott fórum: 1-2 téma megbeszélésére szolgál, részt vehet minden érintett szervezet.
- Látszólagos fórum: célja: mindenki számára hozzáférhetően biztosítani a fenti két szervezet dokumentumait, teret adni speciális témák megvitatására, információ- és dokumentumforrás biztosítása. Online hírlevelük a tájékoztatást szolgálja. Továbbá javaslatokat fogad a lakosságtól az egészségfórum felé.

- Titkárság: végzi a koordinálást, kapcsolattartást, szervezést, kiadványok továbbítását.

2.5. A BETEGJOGOK ÉRVÉNYESÜLÉSE AZ UNIÓ ORSZÁGAIBAN

Az, hogy a betegnek joga van részt venni a döntésben vagy döntést hozni, többszörösen is megalapozott:

- Először is *rendelkezik az ún. politikai joggal*, vagyis állampolgárként szabadon választhatja meg, hogy ki járjon el az ügyében.
- A másik jog, amely megalapozza a beteg részvételét a döntésben, az, hogy fogyasztója egy szolgáltatásnak, és minthogy ennek a szolgáltatásnak a finanszírozásához a beteg is egyre inkább hozzájárul, ezen az alapon élhet beleszólási joggal.
- A harmadik pedig az, hogy az állampolgárok jogokkal felruházott személyek, s ennek alapján részt vehetnek a döntésben.

A betegjogok növekvő elismertségét tükrözi, hogy egyre több szervezet foglalkozik rendszeresen ezzel a kérdéssel. A WHO-val együttműködő szervezetek közül ebben a témában élenjáró az Egészségügyi szakellátók egyesülete, ez az Európai Unió állandó bizottsága. Hasonló még a Nemzetközi szolgáltatást igénybe vevők szervezete.

Maga az EU is ide tartozik, azonban az EU szóhasználatában nem a betegjogok dominálnak, hanem a betegjogokat a fogyasztói jogok körébe sorolják. Az együttműködő szervezetek között meg kell említeni az Európa Tanácsot, az Európai Kórházzövetséget, az Orvosok Világszövetségét. Ez utóbbi egyébként 1985-ben már kidolgozott a betegjogokról egy deklarációt, amely az évek során több módosításon esett át.

A szervezetek közös célja az, hogy a betegek jogvédelmet kapjanak az egészségügyi szolgáltatások során. E jogosultságot több elv is alátámasztja. Első helyen kell említeni az önrendelkezés jogát, vagyis hogy minden embernek joga van a testi és pszichológiai integritáshoz. Az elvek közül nagyon fontos az – és ez minden beavatkozás előfeltétele –, hogy a beteget megfelelően tájékoztassák.

Az ellátás során az adott intézménynek teljesítenie kell a minimális minőségi követelményt, amely mindenképpen elvárható és ellenőrizhető.

A WHO olyan jellegű tevékenysége, amely a betegjogok elismertetésére irányult, a 60-as évekre nyúlik vissza, *de a betegjogi deklaráció szövegét csak 1994-ben, Amszterdamban alkották meg*. Ezt a nemzetközi dokumentumot számos országban alkalmazzák, és számos országban alkották meg úgy a betegjogi törvényt, hogy az *Amszterdami Deklaráció* alapelveiből indultak ki. Az Amszterdami Deklaráció fő alapelvei közül meg kell említeni *az emberi jogokat*, hiszen ezek azok, amelyek sérülhetnek az egészségügyi ellátás során.

A kezelési döntésekben *az információhoz jutás* is rendkívül fontos, de ugyanilyen fontos alapelv a döntési jogosultság, az orvos-beteg kapcsolatban a titoktartás, az adatok bizalmas kezelése.

Fontos alapelv még a gyógyszerkezelés színvonalához kapcsolódó kérdésekre adandó válasz, és egyáltalán, a gyógyszerkezeléshez való jog.

A WHO néhány évvel ezelőtt létrehozta az *EPPRCE (European Partnership on Patient's Rights and Citizens' Empowerment)* szervezetét a betegjogok területén munkálkodók összefogására. Álláspontjaik közül a legfontosabb az, hogy a beteget mindig a közegészségügyi döntésekről zajló viták középpontjába kell helyezni. Mindebben partnernek tekintik az egészségügyi dolgozókat is.

Az egészségügyi rendszer átalakításával kapcsolatos döntésekben a szervezet nagy hangsúlyt fektet az állampolgári részvételre. Együttműködő partnereik között található az 51 WHO-tagország egészségügyi miniszterei, az Európa Tanács, az orvosok és egészségügyi szakdolgozók szervezetei, a betegszervezetek, valamint a gyógyszergyártók különböző szervezetei.

Az EPPRCE 2001 szeptemberében Budapesten tartotta soros konferenciáját. A konferencia két fő témája közül az egyik a tájékozott beleegyezés joga, a másik pedig az állampolgári részvétel az egészségügyi döntésben és a betegszervezetek szerepe a betegjogok betartásában, érint-

ve azt a kérdést is, hogy hogyan tudnak kapcsolatot fenntartani harmadik féllel, pl. a gyógyszergyártókkal.

Az EPPRCE szerint az egész egészségügyi ellátórendszer minőségének fejlesztéséhez nélkülözhetetlenek a panaszeljárásokban megfogalmazódott tapasztalatok.

2.5.1. A betegjogok szabályozása Európában (2001-es információ szerint)

Eddig tíz országban foglalták *törvénybe* a betegjogokat: Izland, Norvégia, Finnország, Hollandia, Litvánia, Magyarország, Görögország, Izrael, Grúzia, Dánia.

A betegjogok másik lehetséges megközelítése, amikor nem törvénybe, hanem *chartába* foglalják a jogokat. Ezek a jogok azonban bíróságok vagy más hatóságok előtt nem érvényesíthetők, tulajdonképpen pusztán csak a morális elvek összefoglalásai. Összesen kilenc országban foglalták chartába a betegjogokat: pl. Angliában, Írországon, Franciaországban, Portugáliában.

Belgiumban, Spanyolországban és Moldovában jelenleg betegjogi törvényt, Németországban és Szlovákiában pedig chartát készítenek elő.

A német betegjogi charta, szemben a megszokottal, jogi erejű dokumentumként funkcionál.

Betegjogi képviselői rendszer működik az európai országok közül Finnországban, Norvégiában, az Egyesült Királyságban, Spanyolországban, Izraelben, Görögországban és **Magyarországon**.

2.6. AZ EURÓPAI UNIÓ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS KÉRDÉSEKKEL FOGLALKOZÓ SZERVEZETEI, INTÉZMÉNYEI ÉS A SZABÁLYOZOTT TERÜLETEK

Az EU egyik kulcsfontosságú intézményének, az Európai Bizottságnak a fő szervezeti egységei a főigazgatóságok (Directorate-General, DG). Minden főigazgatóság egy-egy szakterület, ágazat irányításáért, felügyeletéért felelős. Több főigazgatóság tevékenységi körébe, felügyelete alá tartoznak olyan kérdések, amelyek az egészségügyet és/vagy a szociális

szférát közvetlenül érintik (pl. közegészségügyi kérdések, környezetvédelem, fogyasztóvédelem stb.).

2.6.1. Az EU egészségügyi és/vagy szociális kérdésekkel (is) foglalkozó főigazgatóságai¹⁴

- Health and Consumer Protection Directorate-General (Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság)
- Enterprise Directorate-General (Vállalkozási Főigazgatóság)
- Employment and Social Affairs Directorate-General (Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatósága)
- Environment Directorate-General (Környezetvédelmi Főigazgatóság)
- Research Directorate-General (Kutatási Főigazgatóság)
- Enlargement Directorate-General (az EU Bővítési Főigazgatósága)

2.6.2. Az egészségügyet érintő, közösségi szinten szabályozott területek¹⁵

Orvostechikai eszközök; gyógyszergyártás, gyógyszer-kereskedelem, gyógyszerellátás; daganatos betegségek; dohányzás; kábítószer-függőség; alkoholfüggőség; AIDS és egyéb fertőző betegségek; dopping; ólommérgezés; cardiovasculáris betegségek; örökklődő betegségek; ritka betegségek; környezet és egészség, környezetegészséggel kapcsolatos betegségek; orvosi vizsgálat és kezelés közben fellépő ionizáló sugárzás elleni védelem; nukleáris balesetek; elektromágneses terek; munkahelyi biztonság és egészségvédelem; fogyasztóvédelem; élelmiszerbiztonság; egészségügyi foglalkozások; diplomák elismerése, orvosi címek viselése. A foglalkoztatás gyakorlásának szabályai; szakképzés, továbbképzés, egészségnevelés; egészségmegőrzés, táplálkozás és egészség; egészségmonitorozás; a nők egészsége; dializált betegek védelme; vér és vérkészítmények, véradás; szervátültetés; sürgősségi egészségügyi kártya; toxikológia és egészségvédelem, akut humán mérgezések megelőzése és kezelése; baleset-megelőzés; kutatás- és információtechnológia; szociális

¹⁴ Forrás: www.medinfo.hu/weblap/eu/kerdes.html

¹⁵ Uo.

ügyek; személyek szabad mozgása; idősek, rokkantak, fogyatékosok; a faji megkülönböztetés elleni küzdelem.

Az Európai Tanács 1993-as koppenhágai csúcstalálkozóján született döntés arról, hogy az integrációs felkészülés érdekében egyes közösségi programokhoz a társult közép- és kelet-európai országok is csatlakozhatnak. Magyarország részvételének feltételeit az Európai megállapodáshoz kapcsolódó 1995 júniusában aláírt kiegészítő jegyzőkönyv tartalmazza. Ennek értelmében az integrációs felkészülés elősegítése érdekében az alábbi az egészségügyet érintő közösségi programokhoz történő csatlakozás feltételeiről és módozatairól született megállapodás az EU és Magyarország között.

Népegészségügyi programok:

- egészségmegőrzés (Health Promotion);
- rákellenes program (Combating Cancer);
- kábítószer elleni harc (Fight Against Drugs);
- az AIDS megelőzése (AIDS Prevention).

A közösségi programokban való magyar részvételt szabályozó kerethatározat hatályba lépése eredményeképpen 2002-től kezdődhet meg részvételünk azokban a programokban, amelyek 2001-ben nem kerültek egyedi társulási tanácsi határozattal megnyitásra. E programok azok, amelyekben vagy korábban nem vettünk részt, vagy 2001-ben újonnan indultak.

Az új népegészségügyi keretprogram:

- egészség monitorozása (Health Monitoring);
- sérülések megelőzése (Injury Prevention);
- szennyeződésekkel kapcsolatos betegségek (Pollution-related diseases).

2.7. AZ EURÓPAI UNIÓ EGÉSZSÉGÜGYEL FOGLALKOZÓ AKCIÓI, PROGRAMJAI

Az akciók jogalapjait a népegészségügy területén a Maastrichti Szerződés teremtette meg. A szerződés alapján a bizottság kötelező jelleggel figyeli, hogy az általa javasolt politikák, intézkedések és eszközök ne legyenek ártalmasak a lakosság egészségére, ne okozzanak közegészségügyi szempontból kedvezőtlen feltételeket, folyamatokat.

A programok célja olyan egész Európát átfogó hálózat létrehozása, amelynek segítségével lehetővé válik a tudományosan megalapozott, az egészségvédelmet célzottan és átfogóan előmozdító horizontális együttműködés kialakítása és koordinálása.

Az akcióprogramok magukban foglalják:

- az életmódot érintő kérdéseket,
- az információáramlást és -értékelést,
- egyes betegségek, betegségecsoportok megelőzését, valamint
- a közegészségügyi szakképzést is.

A főbb programok:

- a lakosság egészségi állapotának felügyelete (monitoring), összehasonlító elemzések készítése;
- egészségvédelmi információs, egészségnevelő és -oktató program – AIDS és egyéb szexuális úton terjedő betegségek megelőzése;
- rákmegelőzési program;
- a ritka betegségek megismerése, megelőzése;
- az allergiás betegségek megelőzése;
- a balesetek és sérülések megelőzése.

További területek:

- hálózat kialakítása a fertőző betegségek ellenőrzésére és felügyeletére;
- együttműködés a vérkészítmények biztonsága és ellenőrzése érdekében;
- az egészségügyi szempontok integrálása az egyéb közösségi politikákba;

- költségvetési programok az egészségügyi ellátásban a kiadások növekedésének mérséklésére;
- az egészségügy prioritásainak összehasonlító, elemző vizsgálata.¹⁶

A programok segítik a tagországokat saját egészségvédelmi prioritásaik, elveik, eredményeik közzétételében, a közösség érdekében történő együttműködésben, az egészséges életmód kialakításához szükséges ismeretek, aktivitások (szabadidő- és sporttevékenységek, fizikai aktivitás, egészséges táplálkozás, az alkoholfogyasztás csökkentése) és a rizikófaktorokra (alkoholfogyasztás, dohányzás) vonatkozó ismeretek terjesztésében.¹⁷

A veszélyeztetett csoportokra kiterjedő programok az iskolát elhagyó fiatalok részére szerveznek az egészséges életmódot elősegítő sport- és kulturális programokat, továbbá együttműködnek az idős személyeket ellátó intézményekkel is az idősek helyzetének javítása érdekében.

Hálózatok:

- *„Egészséges iskolák” hálózat:* A WHO és az Európai Unió összefogásával működik, és célja a gyermekek egészséges életmódra való nevelése. Ez az egyetlen olyan program, amely nem csak uniós tagállamok és tagjelölt országok együttműködéséből áll: 37 országból több mint 500 iskola a tagja.
- *„Egészséges városok” hálózat:* programjában szerepel az idős emberek, a fiatalok, a fiatal családok támogatása és egészséges élethez segítése.

Képzés:

A program prioritásai közé tartozik a népegészségügyi szakemberképzés. Ennek célja az egészségügyi döntéshozók, politikai vezetők, közalkalmazottak, az egészségügyi akciókat szervező szakemberek (orvosok, nővérek, szociális munkások, oktatók, védőnők stb.) és az azokban részt vevő aktivisták (szülők, tanárok stb.) továbbképzése.

¹⁶ Hanusz Klára: Az Európai Unió Közegészségügyi Akcióprogramjai. Kézirat, 1998.

¹⁷ European Commission: Community Action Programme on Health Promotion, Information, Education and Training, Manuscript, 1998.

A tagállamok között jelenleg is folyó együttműködésnek köszönhetően lehetővé válik az eddig szerzett tapasztalatok és a legjobban bevált módszerek közkinccsé tétele és elterjesztése.

2.7.1. Egészségügyi indikátor- és felügyeleti rendszer

A közösségi egészségügyi helyzet helyes értelmezéséhez, a közösségi akcióprogramok megtervezéséhez és értékeléséhez elengedhetetlen az egységes, megbízható és összehasonlításra alkalmas egészségügyi indikátor- és felügyeleti rendszer kialakítása.¹⁸ Ez a program biztosítja a többi politika kialakításához nélkülözhetetlen kiinduló adatokat.

Elve és célkitűzése: az egészségügyi és az egészségi állapotjelző adatok figyelemmel kísérése az unió területén. Ezzel biztosítja a más, külső országokkal való reális összehasonlítást, és megkönnyíti a közösségi programok és akciók tervezését, megvalósítását és értékelését.

Az összehasonlítás alapja: a közös adatszótár, az egységes definíciók, az egységes adatgyűjtési metodológia, a harmonizált adatgyűjtési módszerek és gyakoriság kialakítása, elfogadtatása, valamint harmonizált kérdőívek használata.

A felügyeleti rendszer így lehetővé teszi:

- az egészségmonitorozást;
- az egészségpolitika értékelését;
- a tagországok közötti összehasonlítást;
- a minőségi különbségek azonosíthatóságát.

A felügyeleti rendszer képezi az alapját az egészséget fenyegető veszélyek elhárításának.

2.7.2. Speciális cselekvési akciók/programok

A bizottság 1987-től területspecifikus és azóta állandóan továbbfejlesztett akcióprogramokat dolgoz ki:

- Az „*Európa a rák ellen*” elnevezésű program volt az első, hosszú távú kezdeményezés, melyet az EK állam- és kormányfői hívtak életre már

¹⁸ Takács Albert, Boján Ferenc és mtsai: Az európai integráció szociális és egészségügyi kérdései. Budapest, 1996.

1985-ben. Ide sorolható: a rák kialakulása kockázatának csökkentését célzó európai kutatási és képzési támogatás, valamint egy átfogó információs politika.

- Egy másik EK-program az „*Európa az AIDS ellen*”, amely 1991 óta folyamatosan működik. A betegség elleni hatékonyabb harc érdekében egy, az egész unióra kiterjedő adat- és tapasztalatcsere-rendszerrel határoztak a miniszterek.
- A *drogellenes küzdelemben* is összefogtak a tagállamok. Mivel a RSZ 129. cikke nyomatékmal említi a kábítószer-függőséget, a bizottság 1995-ben kidolgozta az első, 2000-ig tartó ütemtervét. A drogproblémák sokrétűsége miatt a hangsúly itt is elsősorban a megelőzésre helyeződik, az információk, tapasztalatok és a bevált módszerek cseréjére, valamint a közösségi szintű adatgyűjtésre. Támogatják emellett a kábítószerfüggő személyek rehabilitációját, társadalmi újraintegrációját és a nekik nyújtott tanácsadást.
- Hagyományosan komoly figyelem illeti a *munkavállalók egészségvédelmét*. Az évezred végéig tartott a harmadik, 1993-ban indított akcióprogram. Ez kiemelten foglalkozott a munkahely biztonsági, ergonómiai és higiénés szempontjaival, valamint az ott zajló szociális párbeszéddekkel. Az egységes védelmi szint gyakorlati megvalósítása érdekében fejtik ki határokon átívelő tevékenységüket az ún. üzemi eurotanácsadók, akik felvilágosítják és meghallgatják a közösségszerte működő vállalatok és konszernek munkavállalóit.

2.8. EGÉSZSÉGMONITOROZÁS AZ EU-BAN

Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Az egészség a teljes testi, mentális és szociális jóllét állapota, és nem csupán betegség- vagy fogyatéknélküliség.

(I. Egészségfejlesztési Konferencia, Ottawa, 1986.)

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Régiójának tagállamai 1980-ban előkészítették közös egészségpolitikájukat, az *Egészséget min-*

denkinek európai stratégiát (European Strategy for Health for All). 1984-ben megfogalmazódtak azok az ajánlások, melyek meghatározták az egészségügyi célkitűzéseket, s ezt követően megkezdődött a stratégia megvalósítása, majd az eredmények rendszeres megfigyelése.

Az Európai Unió egészségmonitorozási programja – a népegészségügyi szempontból jelentős adatok folyamatos és szisztematikus gyűjtése, feldolgozása és értékelése, valamint az eredményeknek a döntéshozókhoz történő továbbítása – az Európai Parlament és az Európa Tanács politikai döntése nyomán 1998-ban indult. Az Európai Parlament és az Európa Tanács 1997. június 30-i határozatának megfelelően a népegészségügyi keretprogramon belül – az akkori tervek szerint – 1997 és 2001 között egységes egészségmonitorozási rendszert alakítanak ki és alkalmaznak a tagállamokban.

Az Európai Unió egészségmonitorozási programja, a projektek, valamint az egészségmonitorozási közösségi akció programbizottságának és a munkacsoportoknak a bemutatása, a publikációk, az egészségi állapotfelmérések, továbbá az éves munkaprogramok ismertetése az Európai Bizottság honlapjának *Egészségmonitorozás* fejezetében található:

Europa – European Commission – Health – Public Health – Programmes – Health-Monitoring.

(http://europa.eu.int/com/health/ph/programmes/monitor/index_en.htm)

Az EU egészségmonitorozási programbizottságának – mint egyetlen EU-n kívüli ország – megfigyelőként Magyarország is tagja.

2.9. AZ EURÓPAI UNIÓ ÁLLANDÓ NŐVÉRBIZOTTSÁGÁNAK (*Permanent Committee of Nurses of the European Union = PCN*) **TEVÉKENYSÉGE**

A PCN az ápolók szakmai érdekképviseleti szervezete az EU-ban. Székhelye Brüsszel, a belga jog szerint hivatalosan bejegyzett, önálló jogi személy. Képviselet a tagországok, illetve a felvételre váró országok ápolóit, kiknek nemzeti ápolói egyesülete – **Magyarországon a Magyar ápolási egyesület** – INC-tagsággal rendelkezik. A bizottság alapokmányában

meghatározott célok között szerepel, hogy fellépjen az illetékességi körébe tartozó, az ápolói hivatásra és az unión belüli egészségügyi ellátásra vonatkozó kérdésekben. Az Állandó Nővébizottság munkáját a négy-évenként választásra kerülő vezetőség irányítja.

A PCN évente két alkalommal, áprilisban és novemberben ülésezik. Az üléseken részt vesznek a tagállamok nemzeti ápolási egyesületének képviselői, akik a felvetett kérdésekben szavazati joggal rendelkeznek. Meghívott megfigyelőként részt vehetnek a felvételre váró országok nemzeti egyesületeinek képviselői is, akik részvételi joggal rendelkeznek. 1999. április 15–16-án 72. soros ülését Budapesten rendezte.

A PCN minden olyan kérdéssel foglalkozik, ami hatással van az unión belüli egészségügyi ellátásra, a környezetre, az ápolói hivatásra és az ápolókra. Ezek közül kiemelten foglalkozik az alábbi témákkal:

- ápolóképzés, ápoláskutatás;
- az ápolás minősége, biztonsága, jogi szabályozása, részvétel az egészségügyi döntés előkészítésében;
- foglalkoztatáspolitikai, munkaerő-vándorlás, az EU bővítésének egészségügyi vonatkozásai.

2.10. AZ UNIÓ LEGFONTOSABB EGÉSZSÉGÜGYI PROBLÉMÁI, FELADATOK ÉS CÉLKITŰZÉSEK

Egészségügyi problémák

- A lakosság elöregedése:
 - a születéskor várható élettartam növekedése,
 - az idős páciensek arányának növekedése,
 - a születési arányszámok csökkenése.
- Az egészségügyi költségek növekedése:
 - új, költséges diagnosztikus eljárások alkalmazása,
 - új terápiás eljárások bevezetése (beleértve az eszközöket és az egyre dráguló gyógyszereket is),

- növekvő egészségügyi kiadások, melyek tartalmazzák a korábban nem gyógyítható betegségek kezelését is,
- az egyenlő hozzáférés biztosítása mindenki számára.
- A folyamatosan növekvő lakossági elvárások az egészségügyi szolgáltatásokkal szemben:
 - a mobilitás (turizmus, más tagállamokban történő letelepedés és munkavállalás stb.) növekedéséből adódó problémák: növekszik a betegségek átadhatósága, új fertőző források jelennek meg, régebbi, már visszaszorított betegségek újabb térhódítása (pl. tuberkulózis), a migráns munkások, közösségek eltérő egészségügyi problémái által okozott feszültségek, a többletterhelés hatása a helyi egészségügyre;
 - egészségnevelés és információ biztosítása a lakosság számára;
 - a munkahelyi balesetek és foglalkozási betegségek megelőzése, csökkentése.

Megoldandó feladatok, célkitűzések

A megelőzés terén:

- az elkerülhető megbetegedések és halálozások csökkentése – a korai elhalálozás esélyeinek csökkentése;
- a krónikus betegségeket okozó tényezők kiküszöbölése – munkaképtelenséget okozó tényezők kiküszöbölése;
- időskori betegségek elkerülése;
- az egészséges életévek meghosszabbítása – az általános egészségi állapot javítása;
- az aktív öregkort akadályozó tényezők kiküszöbölése;
- az életminőség javítása;
- a lakosság általános jó közérzetének védelme;
- a betegségek gazdasági és szociális következményeinek csökkentése;
- a munkahelyi biztonság növelése;
- a foglalkozási betegségek megelőzése, csökkentése;
- a megváltozott természetes és munkahelyi környezet következtében fellépő betegségek visszaszorítása;

- a fertőző betegségek terjedésének megakadályozása;
- uniós és regionális szintű egészségnevelő, egészségfejlesztő programok kidolgozása és megvalósítása;
- közös akcióprogramok kialakítása a népegészségügy szempontjából legfontosabb területeken;
- regionális és nemzetközi környezetvédelmi rendszerek kialakítása – regionális és nemzetközi monitorozó rendszerek kialakítása.

Az egészségügyi költségek finanszírozása terén:

- az aktív lakosok számának csökkenéséből adódó gondok kezelése;
- az új diagnosztikus és terápiás eljárásokhoz való hozzáférés biztosítása;
- az új, általában a korábbinál költségesebb eljárások finanszírozási forrásainak megteremtése;
- a hatékonyság növelése;
- átlátható, összehasonlítható egészségügyi költségek kialakítása és nyilvánosságra hozatala;
- a migráns munkások eltérő egészségügyi igényeinek biztosítása.

A minőségbiztosítás terén:

- a tagállamok és régiók egészségügyi szolgáltatásainak színvonalában meglévő különbségek megszüntetése (standardizálás);
- minőségügyi szempontok bevezetése szakmai hálózatok kialakításával, tapasztalatcserével;
- akkreditációs rendszerek kialakítása;
- egységes szakmai álláspont kialakítása az egyes (elsősorban terápiás) eljárások hatásosságának megítélését illetően.

A négy szabadságjoghoz kapcsolódóan:

- az egészségügyben dolgozók szabad mozgását korlátozó – ma még meglévő – adminisztratív korlátok eltörlése;
- a más tagállamban lévő egészségügyi szolgáltatók igénybevétele anyagi következményeinek tisztázása.

Az oktatás és kutatás terén:

- az egészségügyben dolgozók oktatása;

- a folyamatos szakmai továbbképzési rendszer uniós szintű kialakítása;
- a kutatás elősegítése, az együttműködés növelése a tagállamok kutatói között.

2.11. AZ EU ÉS A TAGÁLLAMOK VISZONYA AZ EGÉSZSÉGÜGY TERÜLETÉT ÉRINTŐ KÉRDÉSEKBEN

Az Európai Unióról szóló szerződés 3/b paragrafusa alapján azokon a területeken, ahol az EU nem illetékes, nem avatkozik be, csak abban az esetben, ha a fellépés hatékonyabban kivitelezhető a közösség szintjén (szubszidiaritás).

Az unió akcióinak meg kell felelniük a kitűzött céloknak.¹⁹

- *Összehangolás:* az EU minden szinten törekszik az építő kapcsolatok létrehozására, az ismeretek két-, illetve többoldalú átadására, az észlelt hiányosságok leküzdésére, az intézkedések hatékonyságának növelését célzó stratégiák kialakítására, illetve javítására.
- *Az arányosság elve:* az EU olyan átfogó tervek létrehozására és megvalósítására koncentrálja tevékenységét, melyek kivitelezése több tagország részvételét igényli.

Ezek lehetővé teszik az Európai Közösség maximális hatékonyságát, és elhárítják annak lehetőségét, hogy az EU elkötelezze magát behatárolt területet érintő kérdésekben, beavatkozzon a tagállamok hatóságai által kezelt ügyekbe, vagy a kitűzött céloktól eltérően nagyobb hangsúlyt fektessen egyes területekre.

2.12. A LJUBLJANAI CHARTA AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK REFORMJÁRÓL

A 80–90-es évek európai reform tapasztalatait összegezte és vitatta meg 1996-ban Ljubljanában a WHO európai tagállamai részvételével tartott

¹⁹ Commission of the European Communities: Fourth report on the integration of health protection requirements in community policies, 1999.

konferencia, amely elfogadta (az egészségügyi miniszterek aláírták) a „Ljubljani Charta az egészségügyi rendszerek reformjáról Európában” dokumentumot.

A charta funkciója: megfogalmazza azokat a közös alapelveket, amelyekre az európai országok hosszú távon az egészségügyi rendszereiket alapozni kívánják. A charta megerősítette az európai egészségügyi rendszerek hagyományos alapelveit.

„A charta ... azon az alapelven nyugszik, amely szerint az egészségügyi ellátásnak elsősorban és mindenekelőtt a népesség jobb életminőségéhez és jobb egészségéhez kell vezetnie. ... az egészségügyi reformokat az emberi méltóság, esélyegyenlőség, szolidaritás és a professzionális etika alapelveinek kell vezérelnie. ... az egészségügyi rendszereknek fenntartható finanszírozáson kell alapulniuk. Az egészségügyi rendszerek finanszírozásának ezen ellátásokat – fenntartható módon – minden állampolgár számára elérhetővé kell tennie. Ez univerzális jogosultságot és egyenlő hozzáférést jelent minden állampolgár számára az alapvető ellátáshoz, ami ugyanakkor megköveteli az erőforrások hatékony felhasználását.” (WHO, 1996.)

2.13. AZ EURÓPAI UNIÓ TAGORSZÁGAI EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREINEK FŐBB JELLEMZŐI

Az egyes tagállamok és Magyarország egészségügyével foglalkozó írássok az *Egészségügyi Menedzsment* című folyóirat 1999–2001 között megjelent számaiban, illetve a 2002-es különszámban – „Egészségügy az Európai Unióban és Magyarországon” címmel – található. (Kiadó: EM Csoportegészségügyi Menedzsmentfejlesztő Kht., Szeged.)

Megállapítható, hogy:

- Az utóbbi évtized folyamán az egészségügy irányítói számos tagországban megkezdték az egészségügyi ellátási rendszerek és finanszírozásuk átalakítását.

- Az egészségügyi reformok célja: a szolgáltatások túlzott felhasználásának csökkentése.
- A verseny fokozásával a rendszer hatékonyságának javítása.
- Jelenleg Európában az egészségügyi rendszerekben túlnyomó az állami szabályozás dominál. Ám az állami tervezés eszköze és az ezzel kapcsolatos hiányzó ösztönzés a hatékonyságra és a minőségre nem alkalmas a nagy kihívásokkal való megküzdésre.

2.14. AZ EURÓPAI UNIÓ EGÉSZSÉGÜGYI PROGRAMJA 2001–2006²⁰

A közegészségügy európai programja az első közös vállalkozása az EU-nak a kommunális egészségügyi szektor terén. Ez a program helyettesítheti az európai egyedi kezdeményezéseket az egészségügy területén egy olyan globális egészségügyi programmal, amely főként a betegségek megelőzését célozza.

Aktuális megfogalmazásában a program fő célja a tagállamok közötti jobb kooperáció a közegészségügy területén olyan témákban, amelyeket az egyes államok egyedül nehezen kezelhetnének. E témák közül három igen fontos terület van:

1. az egészségügyi információ és az ismeretcsere javítása;
2. az egészségügyi fenyegetésekre való gyors reagálás;
3. azon egészségi kritériumoknak és tényezőknek a középpontba helyezése, amelyek az egészséget befolyásolják

Ezen komplex program hatásos koordinálása, ellenőrzése egy központi koordináló szerv feladata, melynek neve Health Coordination and Monitoring Center (HCMC).

²⁰ A szerző, A. Trakatellis, az Európai Parlament képviselője. In: Hospital, 2001, 3, 4, 9. (Tömörítvény).
Forrás: Kövesi Ervin, Egészségügyi Minisztérium.

2.15. AZ EGÉSZSÉGÜGY JÖVŐKÉPE AZ EU-BAN

Egyes elemzők szerint²¹ az egységes belső piac a rendszerből kifolyólag a gazdasági és szociális rendszerek harmonizációjához vezet. Az egészségügyi rendszerek harmonizálása előreláthatóan a következő sorrendben fog bekövetkezni:

1. járóbeteg-ellátás;
2. ambuláns és fekvő betegek megelőzési és rehabilitációs ellátása;
3. finanszírozás (adók vagy járulékok);
4. fekvőbeteg-ellátás;
5. egészségügyi rendszerek.

Az európai egészségügyi egyesítési folyamat kihatása és sebessége részleteiben nem látható előre, de valószínű, hogy az egészségügyi rendszerek és a színvonalat illető döntések még sokáig nemzeti hatáskörben lesznek.

Nem létezik tehát egységes európai szociál- vagy egészségpolitika, nincsenek előírások arra vonatkozóan, hogy milyen egészségügyi ellátórendszert működtessenek a tagállamok.

Ennek oka egyrészt a tagállamok szociális védelmi rendszereinek sokszínűségében, másrészt a mély gazdasági, történelmi és kulturális különbségekben rejlik, nem pedig abban, hogy a tagállamok milyen jelentőséget tulajdonítanak a szociális és egészségügyi kérdéseknek.²² Ezért is hivatkoznak olyan gyakran a tagállamok a szubszidiaritás elvére ezen a területen.²³

Ez azt jelenti, hogy az EU-nak nincsen hivatalos szerepe az egészségügyi ellátás terén, szemben a népegészségüggyel, melynek szerepe az Amszterdami Szerződésben is rögzítve van (152. cikkely). A gyakorlatban az EU mégis egyre növekvő hatást gyakorol a tagállamok által nyújtott egészségügyi ellátásra.²⁴

²¹ E. Brucknerberger dr. (1999)

²² Novák Katalin: Az európai integráció egészségügyi dimenziója, integrációs feladatok az egészségügy területén. Kézirat, 1999.

²³ Paul J. Belcher: The role of the European Union in Health Care, Zoetermeer, 1999.

²⁴ Czibalmos Ágnes: Az Európai Unió szerepe az egészségügyben. Látélet, 6. szám, 2002.

Az uniós szemlélet gyökeresen ellentétes azzal, amit más nemzetközi szervezetek – OECD, Világbank, Egészségügyi Világszervezet (WHO), Európa Tanács – tevékenységében tapasztalhatunk. Ez utóbbi például valódi európai egészségpolitika kialakítását javasolja a tagállamok egészségpolitikáinak összehangolása révén. A WHO Ljubljana-i Chartája pedig útmutatást és támogatást nyújt tagállamainak az egészségügyi reformokhoz.²⁵

3. EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGÜGY MAGYARORSZÁGON

3.1. EGÉSZSÉGÜGYI HELYZETKÉP

A társadalmat egyik legérzékenyebben érintő jelenségek közé tartozik az egészségügyi ellátórendszer jelenlegi helyzete, valamint a népesség egészségi állapotának rosszabbodása, életkilátásainak csökkenése (5. táblázat).

Diagnózis:

- Folyamatosan romlik a lakosság egészségi állapota.
- Általánossá váltak a működési és strukturális problémák.
- Az ország különböző régióit összevetve óriási szakmai és területi aránytalanságok figyelhetők meg.
- A gazdasági feltételek irracionálisak és anakronisztikusak.
- Az egészségügyben dolgozók munkakörülményei, társadalmi megbecsülése, bérhelyzete társadalmunk teherbíró képessége alatt maradt.

²⁵ WHO: Ljubljana Charter, 1996.

5. táblázat: Magyarország: összefoglaló adatok

Megnevezés	A népesség főbb demográfiai jellemzői				
	1970	1980	1990	1999	2000
A népesség száma január 1-jén (ezer fő)	10 322	10 710	10 375	10 092	10 043
0–14 éves	2 177	2 341	2 131	1 745	1 717
Ebből: 0–2 éves	443	498	366	300	290
60 éves és idősebb	1 760	1 830	1 960	1 977	1 974
15–49 éves nő	2 673	2 583	2 530	2 551	2 530
Az élveszületések száma	151 819	148 673	125 679	94 645	97 597
Aránya ezer lakosra (%)	14,7	13,9	12,1	9,4	9,17
A terhességmegszakítások száma	192 283	80 882	90 394	65 981	59 249
Aránya ezer 15–49 éves nőre (%)	71,5	31,4	35,6	26,0	23,5
A halálozások száma	120 197	145 355	145 660	143 210	135 601
Aránya ezer lakosra (%)	11,6	13,6	14,1	14,2	13,5
Az egy éven aluli meghaltak száma	5 449	3 443	1 863	798	900
Aránya ezer élveszületésre (%)	35,9	23,2	14,8	8,4	9,2
Születéskor várható átlagos élettartam:					
Férfi	66,3	65,5	65,1	66,3	67,1
Nő	72,1	72,7	73,7	75,1	75,6

Forrás: Statisztikai szakévkönyv [2000]: Egészségügy. Központi Statisztikai Hivatal. (CD)

Az egészségügyben is meginduló reformtörekvések jelentős környezeti változásokat vontak maguk után. Vannak közöttük olyanok is, amelyek széles körben és egyszerre több ponton érintették/érintik a kórházakat és az egészségügyi szolgáltatókat.

Néhány az elmúlt években bekövetkezett lényeges változások közül:

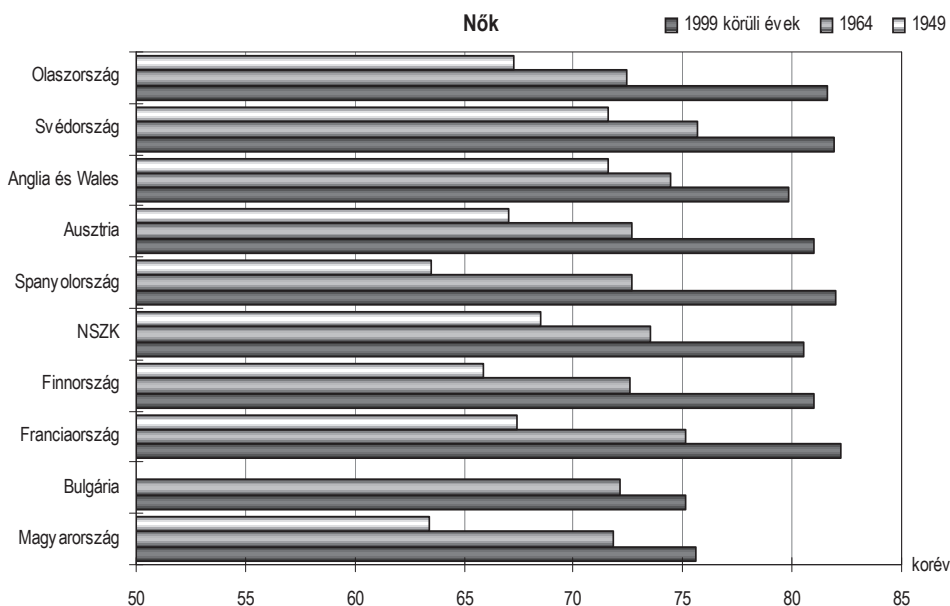
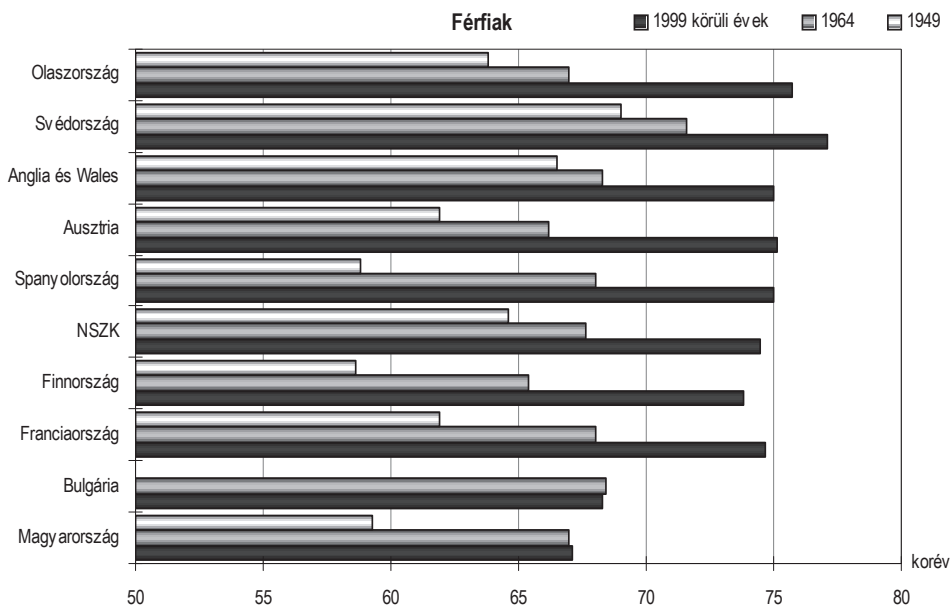
- Átalakult a jogi környezet – több mint száz jogszabályi változás történt, melyek valamilyen szinten érintették a kórházakat.
- Az önkormányzatok tulajdonosként jelentek meg.
- Megszűnt a korábbi tervutasításos, centralizált döntési rendszer, ebből adódóan elvárásként jelent meg az autonóm vezetői felfogás.
- Átalakult az alapellátás, bevezetésre került a háziorvosi rendszer, amely teljesen más kórházi magatartást igényel.

- Megalakult az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat.
- Megtörtént a társadalombiztosítás ágainak szétválasztása, létrejött a kórházakat közvetlenül finanszírozó Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP).
- Bevezetésre került a teljesítményelvű finanszírozás: ez azt is eredményezte, hogy az eddigi báziselvű finanszírozás helyett a havonta jelentett teljesítmények után eltérő nagyságrendben jár a működéshez szükséges összeg.
- A bevételek folyamatos növelése érdekében kulcskérdéssé vált a forrás-keresés.

3.2. A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

A magyarországi helyzetet tekintve megállapítható, hogy a lakosság egészségi állapota lényegesen rosszabb, mint a hasonló gazdasági fejlettségű országoké.

„Magyarország lakosságának egészségügyi állapota és az egészségügy helyzete a fejlett országokéhoz viszonyítva a 90-es évtizedben tovább romlott. Ez ellentétes azzal a trenddel, amit a hasonló fejlettségű »rendszerváltó« országokban tapasztalható» (Orosz Éva [2001]). A magyar férfiak 40 éves korban várható élettartamát tekintve 6,3 évről 7,4 évre növekedett a lemaradás az EU átlagtól, míg pl. Csehország és az EU átlag között 4,9 évről 3,4 évre csökkent a különbség (2. ábra, 6., 7. táblázat).



Forrás: Statisztikai szakévkönyv [2000]: Egészségügy. Központi Statisztikai Hivatal. (CD)

2. ábra : Születéskor várható élettartam

6. táblázat: A népesség nemek szerint (január 1.)

Év	Férfi	Nő	Összesen	Férfiak	Nők	Ezer férfira	Népsűrűség,
	ezer fő			aránya %		jutó nő	egy km ² -re
1960	4 804,0	5 157,0	9 961,0	48,2	51,8	1 073	107,1
1970	5 003,7	5 318,4	10 322,1	48,5	51,5	1 063	111,0
1980	5 188,7	5 520,8	10 709,5	48,4	51,6	1 064	115,1
1990	4 984,9	5 389,9	10 374,8	48,0	52,0	1 081	111,5
1995	4 903,7	5 342,0	10 245,7	47,9	52,1	1 089	110,1
1996	4 883,9	5 328,4	10 212,3	47,8	52,2	1 091	109,8
1997	4 863,3	5 311,2	10 174,4	47,8	52,2	1 092	109,4
1998	4 841,9	5 293,5	10 135,4	47,8	52,2	1 093	108,9
1999	4 817,6	5 274,2	10 091,8	47,7	52,3	1 095	108,5
2000	4 791,8	5 251,4	10 043,2	47,7	52,3	1 096	108,0

Forrás: Statisztikai szakévkönyv [2000]: Egészségügy. Központi Statisztikai Hivatal. (CD)

7. táblázat: A népmozgalom főbb adatai terület szerint, 2000

Területi egység	Népesség 2000. I. 1. (ezer fő)	Házasság- kötések	Élve- születések	Halálozások	Természetes szaporodás, ill. fogyás (-)	Ezer élve szülőltre jutó 1 éven aluli meghalt
Budapest	1 812	4,8	8,2	13,9	-5,7	10,0
Pest	1 033	4,8	10,6	12,5	-1,9	8,5
Közép-Magyarország	2 844	4,8	9,1	13,4	-4,3	9,3
Fejér	424	4,5	9,3	11,3	-2,0	8,9
Komárom-Esztergom	312	4,9	9,5	12,8	-3,3	8,8
Veszprém	372	4,6	8,7	12,3	-3,6	7,8
Közép-Dunántúl	1 107	4,6	9,2	12,1	-2,9	8,5
Győr-Moson-Sopron	425	5,2	9,0	12,2	-3,2	10,7
Vas	266	4,7	8,5	13,8	-5,3	7,6
Zala	293	4,2	8,3	13,8	-5,5	11,2
Nyugat-Dunántúl	984	4,8	8,6	13,1	-4,4	10,0
Baranya	401	4,8	9,4	13,4	-3,9	9,8
Somogy	330	4,4	9,8	14,6	-4,8	8,0
Tolna	244	4,5	9,4	14,0	-4,7	11,8
Dél-Dunántúl	975	4,6	9,6	14,0	-4,4	9,7
Borsod-Abaúj-Zemplén	730	4,5	11,3	13,8	-2,5	9,6
Heves	323	4,9	9,4	14,0	-4,6	6,2
Nógrád	217	4,3	9,9	15,5	-5,5	6,1
Észak-Magyarország	1 269	4,6	10,6	14,1	-3,5	8,3
Hajdú-Bihar	542	5,0	11,1	12,5	-1,4	8,5
Jász-Nagykun-Szolnok	411	4,4	10,2	14,2	-4,1	8,7
Szabolcs-Szatmár-Bereg	570	5,1	12,0	12,5	-0,5	11,7
Észak-Alföld	1 522	4,9	11,2	13,0	-1,8	9,8
Bács-Kiskun	532	4,7	9,9	14,0	-4,1	9,3
Békés	392	4,3	9,2	14,9	-5,7	8,6
Csongrád	418	4,6	9,2	14,7	-5,5	8,1
Dél-Alföld	1 342	4,6	9,5	14,5	-5,0	8,7
Ország összesen	10 043	4,8	9,7	13,5	-3,8	9,2

Forrás: Statisztikai szakévkönyv [2000]: Egészségügy. Központi Statisztikai Hivatal. (CD)

A magyar egészségügynek a 90-es évek végére mind a legfejlettebb, mind a kevésbé fejlett nyugat-európai országoktól való leszakadása tovább folytatódott – az egészségi állapot és az egészségügyi rendszer erőforrásai szempontjából egyaránt.²⁶

További adatok: a magyar férfiak 40 éves korban várható (további) élettartama 1990-ben 5,8 évvel volt rövidebb, mint a vizsgált legfejlettebb országoké (Dánia, Belgium és Ausztria átlaga), és 6,9 évvel, mint a vizsgált kevésbé fejlett európai országoké (Görögország, Spanyolország és Portugália átlaga). A különbség 1997-re 6,8, ill. 7,4 évre²⁷ növekedett. A nők 40 éves korban várható élettartama esetében kisebb volt a különbség, de itt is növekedett (8. táblázat).

8. táblázat: A várható átlagos élettartam alakulása

Év	Születéskor		1 éves korban		40 éves korban		60 éves korban	
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
1970	66,3	72,1	68,1	73,4	31,5	35,8	15,2	18,2
1980	65,5	72,7	66,2	73,2	29,6	35,5	15,6	18,3
1985	65,1	73,1	66,1	73,9	29,6	36,2	15,1	19,2
1990	65,1	73,7	65,2	73,7	28,8	36,1	14,7	19,0
1995	65,3	74,5	65,0	74,2	28,3	36,4	14,8	19,5
1998	66,1	75,2	65,9	74,8	28,9	36,8	15,0	19,8
1999	66,3	75,1	65,9	74,7	28,9	36,7	14,9	19,6
2000	67,1	75,6	66,8	75,2	29,6	37,2	15,3	20,0

Forrás: Statisztikai szakévkönyv [2000]: Egészségügy. Központi Statisztikai Hivatal. (CD)

A különbség Magyarország és a nyugat-európai országok között növekedett az egészségügyi rendszer működési feltételeit, az egészségügy pénzügyi erőforrásait tekintve is. Az egy főre jutó magyar egészségügyi kiadások 1991-ben (vásárlóerő-prioritáson számolva) a fejlett országokénak 42%-át, a kevésbé fejlett országokénak 86%-át érték el, 1997-ben már csak 35%-át és 71%-át.

²⁶ Forrás: Orosz Éva (2001): Félúton vagy tútúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Nemzetért Egyesület.

²⁷ Első ránézésre meglepő lehet, hogy a férfiaknál a kevésbé fejlett nyugat-európai országok esetében magasabb a 40 éves korban várható élettartam, mint a magasabb gazdasági fejlettségükénél. Ez jelzi, hogy a gazdasági fejlettség nem feltétlenül párosul jobb egészségi állapottal, nincs szoros összefüggés az egy főre jutó GDP és az egészségi állapot között.

A WHO egészségi állapotot kifejező komplex mutatója²⁸ is példázza, hogy a hasonló gazdasági fejlettségű országok megdöbbentően különböző helyzetben lehetnek az egészségi állapot alapján. Az egy főre jutó GNP alapján (1998.) a 32. helyen álló Magyarország az egészségi állapot komplex mutatója alapján a 62. helyen állt (Csehország a 35., Szlovákia a 42., Lengyelország a 45. volt), továbbá a relatív „teljesítményt” kifejező mutató esetében még rosszabb volt a helyzetünk: a világ országainak rangsorában a 105. helyet foglaltuk el. Magyarország gazdasági teljesítményéhez mért „egészség-teljesítménye” az elmúlt évtizedben folyamatosan romlott.²⁹

„A magyar egészségpolitika folyamatosan a legfontosabb célként deklarálta a lakosság egészségi állapotának javítását, azaz a fejlett országoktól való elmaradás csökkentését – az egészségi állapot egyenlőtlenségei azonban még a deklarációk szintjén sem (vagy nagyon ritkán) kaptak figyelmet.” (Orosz Éva)

²⁸ A WHO a 2000 nyarán közreadott „The World Development Report, 2000. Health Systems: Improving Performance” c. kiadványában új módszereket tett közzé az egyes országok egészségügyének értékelésére. Az „egészség-eredmény” mutató két összetevőből áll: az egészségi állapotot és az egészségi állapot egyenlőtlenségét jellemző indikátorokat súlyozott átlagaként konstruálták. Az egészségi állapot indikátora: az egészségkárosodással korrigált várható élettartam (disability-adjusted life expectancy). Ez a ténylegesen várható élettartamot korrigálja a megbetegedésekkel – azaz átszámítja a teljes egészségben leélt évekre. Az egyenlőtlenség indikátorát az országok többsége esetében a gyermekkori (5 év alatti) halálozás társadalmi különbségeire alapozva konstruálták (ahol a felnőttkori halálozás társadalmi csoportok szerinti adatai is elérhetőek voltak, ott azt is figyelembe vették). Az egészség-teljesítmény index számításakor az egészség-eredmény mutatóit összevetik az egészség(ügy)re fordított erőforrásokkal. Erőforrásként a lakosság iskolázottsági szintjét és az egészségügyi kiadásokat veszik figyelembe. Ezek adott szintje mellett az aktuálisan elért és a maximálisan elérhető „egészség-eredmény” viszonya fejezi ki egy adott ország egészség-teljesítményét.

²⁹ Forrás: Orosz Éva i. m.

3.3. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY FŐ SZEREPLŐINEK EGY LEHETSÉGES CSOPORTOSÍTÁSA³⁰

Állampolgárok

(járulékfizetők/páciensek/fogyasztók)

Szolgáltatók

- orvosok, egészségügyi dolgozók;
- az önkormányzati egészségügyi intézmények menedzsmentje;
- egészségügyi magánvállalkozások, nonprofit szolgáltatók;
- egészségügyi oktatási, kutatási intézmények.

Finanszírozók

- a kötelező egészségbiztosítás,
- magánbiztosítók,
- önkéntes egészségpénztárok.

Egészségügyi bürokrácia

- a kormányzat (Minisztérium, ÁNTSZ),
- a települési önkormányzatok.

Egészségpolitikai/érdekvédelmi tényezők

- politikusok (kormánypartok és ellenzék),
- civil szerveződések (egészségvédő mozgalmak, betegjogi szervezetek, zöldmozgalmak stb.),
- egészségügyi dolgozók szakmai és érdekvédelmi szervezetei (kamarák, szakszervezetek stb.).

Az egészségügyi rendszer működésére alapvető befolyást gyakorolnak még az egészségügyi technológiáknak az előállítói és beszállítói, azaz a gyógyszergyárak (és -nagykereskedők), valamint az egészségügyi berendezéseket gyártók (és kereskedelmi vállalatok).

3.4. A CSATLAKOZÁSSAL KAPCSOLATOS FELADATOK

A jogharmonizáció – benne az EU egészségüggyel kapcsolatos szabályainak átvétele – megoldandó feladatot jelent a jelöltek, így Magyaror-

³⁰ Forrás: Orosz Éva i. m.

szág számára. Hazánkban a csatlakozás időpontjáig kb. 300 törvény és rendelet paragrafusainak eurokonform átszabásával kell megbirkózni, ezek többsége a munkahelyi biztonság kérdéskörével függ össze.

Magyarországon – az európai trendekhez igazodva – olyan menedzselte betegellátást kell kialakítani, amely garantálja a nemzeti egészségmegőrzési célok (1. 1030/1994 sz. kormányhatározat: „A népegészségügy prioritásai az ezredfordulóig”) megvalósítását, a közösségek egészségének javítását, a betegségek korrekt kezelését és a betegközpontú ellátást.

A menedzselte betegellátás egyensúlyt teremthet az egészségügyi szolgáltatások és a korlátozott források között. Ennek érdekében estről esetre monitorozza a tevékenységet, és a nyert adatokat a szolgáltatás optimalizálása érdekében használja. E funkciójában valójában az állami egészségpolitikát is közvetíti, tehát ötvözi a különböző menedzsmenszinteket.

Ezen túlmenően az egészségügyi képzés tartalmi és időbeli előírásait, az egészségügyi-orvosi technológiák értékelésének szabályait és minőségtanúsítási rendszerét kell összhangba hozni az uniós joggal, ami lényegében már megtörtént. Komoly feladat a közegészségügyi vizsgálólaboratóriumok akkreditálása, amelynek jelentős beruházási és fejlesztési vonzataihoz az EU Phare-segély formájában hozzájárul.

Az integrációs felkészülés az Európai Bizottság által meghatározott szektorok szerinti felosztásban történik. A csatlakozási tárgyalások két részből állnak: a közösségi joganyag közös áttekintéséből és a konkrét érdemi tárgyalásokból.³¹

Az EU-ban a szociálpolitika fogalma eléggé széles körben értelmezhető és a szociális fejezethez tartozó európai joganyag az egészségügy szempontjából fontos következő témaköröket is tartalmazza:

- munkahelyi biztonság és egészségvédelem;
- népegészségügy;
- az idős emberek és a kirekesztettség;
- a fogyatékkal élő személyek;

³¹ Horváth Zoltán: Kézikönyv az Európai Unióról, Magyar Országgyűlés, 1998

- a nők és férfiak esélyegyenlősége;
 - a Munka- és Életkörülmények Javításáért Európai (Dublini) Alapítvány.
- Az uniós tagságra való felkészülés részét képező, egészségügyet érintő feladatok*

- Jogharmozáció: pl. a munkahelyi biztonság és egészségvédelem területén, a dohánytermékekkel kapcsolatos szabályozások átvétele.
- Intézményfejlesztés: a hatósági tevékenységet folytató intézmények a közegészségügy és munkaegészségügy területén (ÁNTSZ, Országos Munkabiztonsági és Munkaügyi Főfelügyelőség).
- A jogi eszközökkel nem szabályozott elvárásokhoz (politikai jellegű ajánlások, akciók, közlemények és tervezetek) való alkalmazkodás: ide tartoznak azok az egészségpolitikai kérdések, amelyek az EU-ban a szubszidiaritás elve alapján a tagállamok kompetenciájába tartoznak.

Az emberi élet és egészség védelmét szolgáló szabályozások a közösségi joganyag számos szektorában megtalálhatók, különösen jelentősek az áruk szabad áramlásával, a környezetvédelemmel és a mezőgazdasággal foglalkozók. E jogforrások integrálásáért az Egészségügyi Minisztérium a felelős együttműködve a többi illetékes tárccával.³²

A négy szabadságjoghoz kapcsolódó feladatok:

- *Személyek és szolgáltatások szabad áramlása:*
A személyek szabad áramlása az a terület, amely – bonyolultsága miatt – az Európai Unión belül is a legkésőbb valósult meg.
E kérdéskört érintő – az Unió jelenlegi tagországain belül is – megoldandó feladatok:
 - a más tagállamban tartózkodó uniós polgár számára biztosítani kell az egészségügyi ellátást, függetlenül a tartózkodás időtartamától,
 - valamint a más tagállamba való utazást gyógykezelés céljából;
 - az egészségügyi diplomák elismerése;
 - a migráns munkások és családtagjainak szociális biztonsága stb.

³² Novák Katalin: Tájékoztató az Országgyűlés Egészségügyi és Szociális Bizottsága számára. A csatlakozási tárgyalásra történő felkészülés helyzete a szociálpolitika, a foglalkoztatás és a egészségügy területén. Kézirat, 1999

- *Termékek szabad áramlása:*

Jelentős népegészségügyi, közegészségügyi összefüggései vannak, melyeket az utóbbi időszak élelmiszerbiztonsági problémái is bizonyítanak. A különösen érzékeny termékek esetében – pl. gyógyszerek, oltóanyagok, orvosi műszerek stb. – szükség van a forgalomba hozatal előtti megfelelés-vizsgálatra, -tanúsításra.

Az Egészségügyi Minisztérium hatáskörébe tartozik az emberi élet és egészség védelmét szolgáló közösségi szabályozások átvétele a jogharmonizáció révén. A harmonizált közösségi előírások érvényre juttatásához megfelelő intézményi kapacitás megléte szükséges a népegészségügy és a közegészségügy területén.

Az egészségfejlesztés infrastruktúrájának átalakítása, továbbfejlesztése több intézmény bevonásával történik, melyek közül a legjelentősebbek: ÁNTSZ, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, az Egészségfejlesztési Kutatóintézet és a Debreceni Népegészségügyi Iskola.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése az Egészségügyi Minisztérium, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, az Országos Kórházszövetség, az Egészségfejlesztési Kutatóintézet, a szakértők, az alap- és szakellátást nyújtó vállalkozások, alapítványok, intézetek részéről igényel összehangolt cselekvést.³³

3.5. PHARE-PROGRAMOK AZ EGÉSZSÉGÜGY TERÜLETÉN (1999–2002)

Magyarországon – és a többi tagjelölt országban – 1998 óta a PHARE program célja, hogy elősegítse a lehető leggyorsabb csatlakozást az Európai Unióhoz, és tovább támogassa a demokrácia és a piacgazdaság fejlődését. Az Unió PHARE alapjából megvalósuló projektek (kétharmad euró, egyharmad hazai forrás) elsősorban az intézményrendszer fejlesztésére irányulnak, de indokolt esetben lehetőség van az ezzel összefüggő beruházások finanszírozására is.

³³ Czibalmos Ágnes dr.: Az Európai Unió szerepe az egészségügyben. Látlelet, 2000. 7. szám.

A nagyobb arányú PHARE-támogatások megszerzése az egészségügy számára 1999-től vált lehetségessé, és mivel az EU joganyag csak a népességügy területét szabályozza, elsősorban az ÁNTSZ (Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat) fejlesztésére adhatók be programtervek.³⁴

3.6. AZ EGÉSZSÉGES NEMZETÉRT NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAM

A program illeszkedik az Egészségügyi Világszervezet Health21 politikájához, és olyan cselekvési terveket tartalmaz, amelyek teljesítése elengedhetetlen Európai Unió csatlakozásunkhoz.

A program legfőbb célja az egészséges életmód fejlesztése és a betegségek megelőzése, melynek eredményeképpen – a várakozások szerint – tíz év alatt a mai 66 évről 70-re emelkedjék a férfiak, illetve 75-ről 78 esztendőre a nők születéskor várható átlagéletkora Magyarországon.

A 2010-ig kitűzött öt nemzeti cél eléréséhez tíz kiemelt nemzeti feladatot rendelt a program. A tíz kiemelt nemzeti feladat mindegyike az egészséget befolyásoló különböző tényezőkre irányul, tőlük a pozitív hatások erősítését, a negatív tényezők csökkentését, kiküszöbölését remélik, ez pedig majd a megbetegedési és halálozási mutatók javulását eredményezi.³⁵

ÖSSZEGZÉS

Az integráció előrehaladtával és az újabb kibővülés kapcsán egyre sürgetőbbé válik az egységes belső piac szabályainak olyan jellegű módosítása, amely figyelembe veszi a páciensek és az egészségügyi szektor érdekeit is.

Az új szemlélet a közösségekre épülő együttműködést tekinti elsődleges fontosságúnak. A tagállamok politikusai egyetértenek abban is, hogy az egészségügyi ellátórendszer szerkezete, hozzáférhetősége és tervezése,

³⁴ További információ a programokról: www.eu.hu/politika/phare.htm honlapon található.

³⁵ További információ a programról: www.netkorhaz.hu honlapon található.

továbbá finanszírozási struktúrája (biztosítás vagy adó, ki mikor és miért fizessen, valamint a közfinanszírozás aránya) mindenképpen tagállami döntés kell, hogy maradjon. Ugyanakkor olyan uniós szintű politikának, mint a konvergencia-kritériumok, nemcsak a tagállamok költségvetésére van hatása, hanem azon belül az egészségügyi költségvetésre is.

Mivel az egészségbeli egyenlőtlenségek óriási kihívást jelentenek minden európai ország számára, így megkülönböztetett figyelmet kell fordítani a népesség nehezebb helyzetben lévő csoportjaira. Sok tagállamban magas a munkanélküliek és a szociálisan hátrányos helyzetűek aránya, kétségtelen, hogy mindkét faktor alapvetően érinti az egészségi állapotot, ezért feltétlenül szükséges, hogy az Egészségfejlesztési Program javítsa az emberek és családok életkörülményeit.

Néhány várható fejlődési irány, melyek nemzetközi jellemzőkké válhatnak:

- Az állam visszavonul, csupán megadja és ellenőrzi a tükörszabályokat az egészségügyi piacon.
- A saját felelősség fokozása önrészesedéssel: a finanszírozásban a magánrész a betegeken keresztül növekedni fog. A finanszírozásban a szolidaritási arány a jövőben egy minimális ellátást és ezzel a nagy kockázatok fedezését fogja magában foglalni.
- Az egészségügyi szolgáltatók szektorai összenőnek: ahol ma az ambuláns, a fekvőbeteg és a rehabilitációs ellátás el van választva, ez a jövőben meg fog változni. Egyre inkább egy egységes folyamatlánc fog fejlődni, melynek középpontjában a beteg mint ügyfél áll, és nem az egyes szektorok szolgáltatóinak érdekei.
- A szolgáltatók struktúrái egymáshoz idomulnak: a fejlődés jelentős struktúraváltozást fog okozni a szolgáltatóknál. A minden oldalról való nyomás jelentősen növekedni fog, és egy kórház jövőjéről a költség- és szolgáltatásstruktúrák fognak dönteni.

„Az európai integráció fejlődése az egészségügyi rendszerekben is érezhető lesz és fokozódó harmonizáció várható.”³⁶

Ami az általánosabb értelemben vett egészségügyi politikát illeti, a kórházaknak el kell fogadniuk, hogy a jövőben nagyobb hangsúly kerül a megelőzésre (egészségnevelés és -javítás), mint a gyógyításra, és az alapellátást, illetve a közösségi (szociális) ellátást egyre hatékonyabb és eredményesebb alternatívának fogják tekinteni a kórházi kezelés bizonyos meglévő formáihoz képest.³⁷

Az egészségügy főbb tendenciái a századvégen:

- folyamatos költségnövekedés;
- a közfinanszírozás szerepének növekedése, az áltagostól eltérő igények magánfinanszírozásba terelése;
- konvergencia az egészségügyi rendszerek között;
- közösségi megoldások terjedése, a kórházi ellátás szerepének csökkenése, az alapellátás (járóbeteg-ellátás) felértékelődése;
- a szükségletek és igények változása;
- globalizáció, koncentráció és differenciálódás.

Az európai integrációs folyamat következtében a határok nélküli belső piacon egyre jelentősebb szerephez jut a közös alapkutató, a betegségek elleni küzdelem és az egészségügyi információ. Az unióról szóló szerződés (EUSZ) nagyobb súlyt helyez az egészségügyi politikára, és megteremtette a népegészség védelmének közösségi szintű előfeltételeit.

Az unióra váró feladatok az egészségügy területén megfigyelhető tendenciák miatt nagyok és egyre sürgetőbbek. Az eddigiek ismeretében biztosan megjósolható, hogy az egészségügyi vonatkozású témák, kérdéskörök szerepe uniós szinten tovább fog nőni a jövőben.

Annak ellenére, hogy az egészségügyi és társadalombiztosítási rendszerek egységesítését az EU nem tervezi, az együttműködés, az összehan-

³⁶ Heinz Kölling (2001), a németországi kórházigazgatók szövetségének elnöke.

³⁷ A kórházfinanszírozás irányzatai az Európai Unióban. *Standing Committee of the Hospitals of the European Union (HOPE)*. Az Európai Unió Kórházügyi Állandó Bizottsága.

golt intézkedések jótékony hatásúak lehetnek számos aktuális és jövőbeli kérdés és probléma megoldásában.

A közösségi politikának egyik feladata, hogy segítse a tagállamokat egészségügyi rendszereik hatékonyabbá tételében, az egyes tagállamok közötti együttműködés javításában.

„Az Európai Közösség legnagyobb paradoxonja az egészségügy terén az, hogy bár a lakosság korábban soha nem volt olyan egészséges, mint most, mégis a tagállamokban az egészségügyi rendszer és ellátás javítására és ezzel az egészségügyi kiadások növelésére vonatkozó igény folyamatosan nő.” (European Commission, 1997.)

Irodalomjegyzék**Szakkönyvek, kiadványok, kéziratok:**

- Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001–2010. Célprogram a népegészségügyi problémák megelőzésére Magyarországon. *Egészségügyi Közlöny*, LI. évf. 16. sz. 2001. aug. 21.
- Balázs – Barnes – Fáyiné [2002]: Az Európai Unió. *Nyugat-Magyarországi Egyetem*, Sopron
- Belicza Éva – Zékány Zsuzsanna [1998]: A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben. *EMIKK füzetek (Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ, DOTE)* 17. szám, Debrecen
- Beluszky Pál [1999]: Magyarország településföldrajza. *Dialóg Campus Kiadó*, Budapest-Pécs
- Beluszky Pál – Bokor Béla – Tóth József [1999]: A terület- és településfejlesztés társadalmi összefüggés-rendszere. *JPTE FEEFI*, Pécs
- Emanuel S. Savas [1993]: Privatizáció. Hogyan vonuljon ki az állam a gazdaságból? *Akadémiai Kiadó*, Budapest
- Eugen Hauke [1991]: A szervezet kialakítása a kórházban. Vezérfonal vezetők részére. Budapest
- Európa A-tól Z-ig. [1997]: Az Európai integráció kézikönyve. *Európai Bizottság*
- Forman Balázs [2000]: Regionális politika az Európai Unióban. *VÁTI Kht.*
- Gidai Erzsébet [1998]: A piac szerepe az egészségügyben. In: Egészségügy és piacgazdaság. Magyarország az ezredfordulón – Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. V. Az életminőség tényezői Magyarországon. *Magyar Tudományos Akadémia*, Budapest
- Glatz Ferenc (szerk.) [1998]: Népegészség, orvos, társadalom. Magyarország az ezredfordulón – Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. V. Az életminőség tényezői Magyarországon. *Magyar Tudományos Akadémia*, Budapest
- Gyetzai L. – Szabó I. [1988]: Az egészségügy anyagi érdekvizonyai. *Kossuth Könyvkiadó*, Budapest
- Hanusz Klára [1988]: Az Európai Unió Közegészségügyi Akcióprogramjai. *Kézirat*
- Horváth Gyula. – Rechnitzer János (szerk.) [2000]: Magyarország területi szerkezete és folyamatai az ezredfordulón. *MTA Regionális Kutatások Központja*, Pécs
- John Ovretveit [1999]: Minőségszemlélet az egészségügyben. Bevezetés az egészségügyi szolgáltatások módszertanába. *Medicina Könyvkiadó*, Budapest
- Kecskés László [1997]: EK-jog és jogharmonizáció. *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó*, Budapest
- Kengyel Ákos [1999]: Az Európai Unió regionális politikája. *Aula*, Budapest
- Kincses Gyula [1994]: DRÁGA egészségünk. Az egészségügy gazdasági összefüggései. A magyar modell. *Praxis Server Kft.* Budapest
- Kincses Gyula [1999]: Egészség (?) – gazdaság (?). *Praxis Server Kft.*, Budapest
- Kincses Gyula [1999–2001]: Az egészségügyi reform egy esélye: A „köz” és a „magán” együttélésének új lehetőségei az egészségügyi rendszer továbbfejlesztésében. *Kézirat*
- Király Miklós (szerk.) [1998]: Az Európai Közösség kereskedelmi joga. *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó*, Budapest
- Kornai János [1998]: Az egészségügy reformjáról. *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó*, Budapest

- Könczei György – Gyulavári Tamás [1999]: Európai szociális jog köztisztviselők számára. *Kézirat*
- Kulin László [2001]: Az „Új univerzalizmus”. részletek a WHO Világegészségügyi Jelentéseiből. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2001. 39, 6, 607–610.
- Losonczy Ágnes [1998]: Utak és korlátok az egészségügyben. In: Magyarország az ezredfordulón – Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. V. Az életminőség tényezői. *Magyar Tudományos Akadémia*, Budapest
- Mihályi Péter [2000]: Magyar egészségügy: diagnózis és terápia. *Springer Orvosi Kiadó Kft*
- Mikola István [1998]: A „köz” és „magnán” viszonya az egészségügyi ellátórendszerben. In: Egészségügy és piacgazdaság. Magyarország az ezredfordulón – Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. V. Az életminőség tényezői Magyarországon. *Magyar Tudományos Akadémia*, Budapest
- Novák Katalin [1999]: Az európai integráció egészségügyi dimenziója, integrációs feladatok az egészségügy területén. *Kézirat*
- OLI/HIETE [1998]: Az orvosi laboratóriumi diagnosztika minőségi szabályozása – Laboratóriumi vizsgálatok minőségbiztosítása. V. *kiadvány*, Budapest
- Orosz Éva [1985]: Az egészségügyi infrastruktúra területi különbségeinek vizsgálata. *MTA RKK Eredményei 1.*, Pécs
- Orosz Éva [1990]: A magyar egészségügy alkalmazkodóképtelenségéről – a környezeti ártalmak példáján keresztül. *Kézirat*, MTA RKK, Pécs
- Orosz Éva [1992]: Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések. *Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány*
- Orosz Éva [2001]: Félúton vagy tévúton. Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. *Egészséges Magyarországért Egyesület*
- Pál Viktor [1998]: Egészségföldrajz. In: Tóth József, Vuics Tibor (szerk.): Általános társadalomföldrajz I., *Dialóg Campus*, Budapest–Pécs
- Peter Heimel-Wagner – Christian Köck [1999]: Az egészségügyi intézmények menedzsmentje. Stratégiák – Minőség – Változás. *Perfekt Kiadó*, Budapest
- Rechnitzer János [1998]: Területi Stratégiák. *Dialóg Campus*, Budapest–Pécs
- T/5047. számú törvényjavaslat. Az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról. [2001. szept.] *Magyar Köztársaság Kormánya*, Budapest
- Zékány Zsuzsanna – Nagy B. József [1996]: ISO szabványok alkalmazhatósága a kórházi minőségügyi modellekben. *EMIKK füzetek 10. szám*, Debrecen

Szakcikkek:

- A Laboratóriumi Vizsgálatok Szakmai Kollégium programja az egészségügy átalakításának legfontosabb feladataiban. [1993] *MLDT (Magyar Laboratóriumi Diagnosztikai Társaság) Füzetek*, 1.sz.
- Axel Kroeger – Torkel Falkenberg ... [2002]: Does Brussels listen? European health systems research in developing countries at the edge of extinction. *Tropical Medicine and International Health*, 7:2 (Febr) (101–103).
- Belicza Éva [1999]: Minőségi indikátorok az egészségügyi ellátásban. *LAM*, 9 (1)
- Boroviczény Károly György [1994]: Szabványok a laboratóriumi medicinában: helyzet és trendek az EU országokban. *Lab.Med.*, 3. évf. 4. sz.
- Celia Almeida, P. Braveman,...[2001.]: Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *The Lancet*, Vol 357, May 26.
- Christopher Murray, J. Frenk [2001]: World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. *The Lancet*, Vol 357, May 26.
- Colin D. Mathers, R. Sadana et al. [2001]: Health life expectancy in 191 countries, 1999. *The Lancet*, Vol 357, May 26.
- Czibalmos Ágnes [2000]: Az Európai Unió szerepe az egészségügyben. *Látélet*, 6–7. szám
- Czibalmos Ágnes [2001]: Az Európai Unióhoz való csatlakozás hatása az egészségügyi ellátórendszerre. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 39, 5, 403–418.
- Elias Mossialos – Martin McKee [2000]: A new European health strategy. *British Medical Journal*, 321:6 (1 July)
- Elias Mossialos – Martin McKee [2001]: Is a European healthcare policy emerging? *British Medical Journal*, 323:248 (6 August)
- Dr. Endrőczy Elemér [1999]: Klinikai laboratóriumi ellátás: szerkezet, minőség és gazdaságosság. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37,5, (463–477.)
- Prof. Dr. Eugen Hauke [2001]: Magyarország EU-belépésének hatása az egészségügyre a menedzsment szempontjából. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 39,5, (434–435.)
- Forgács Iván [1999]: Pro Sanitate 2000 – A betegellátás kihívásai az ezredfordulón. *LAM*, 9 (11): 812–817.
- Dr. Gulácsi László [1999]: Az európai minőségmodell. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37,1, (90–95.)
- Health Policy Lunch with Stephen Pollard [2001]: *The Health Care Briefing*, No. 1., Centre for the New Europe.
- Heinz Kölking [2001]: A kórházak jövője az EU-ban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 39,5, (428–433.)
- John Appleby – Sean Boyle [2001]: Health spending.Extra Time. *Health Service Journal*, 1 November (22–25).
- Jon Sussex [2001]: Cross-border healthcare. Going nowhere. *Health Service Journal*, 10 May
- Prof. Dr. Kovács Gábor [1999]: A hazai egészségügy jövőképe. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37,1, (1–22.)
- Kökény Mihály [2000]: Egészség az Európai Unióban. *Egészségügyi Menedzsment*, III. évf. 3. szám
- Malcolm Dean [2001]: Alternatives to treatment in the UK. *The Lancet*, 358(479), (11 August)

- Matthias Perleth – Elke Jakubowski – Reinhard Busse [2001]: What is „best practice” in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. *Health Policy*, 56, 235–250.
- Matthias Wismar – Reinhard Busse [2002]: Outcome-related health targets-political strategies for better health outcomes. A conceptual and comparative study (part 2). *Health Policy*, 59 (223–241).
- McCarthy M.[2002]: What role should the EU have in health-care regulation? *The Lancet*, 359(9306):591 (16 Feb)
- Paulik Edit – Müller Anna – Belicza Éva [1998]: Szakmai irányelvek bevezetése és alkalmazása helyi szinten /nemzetközi tapasztalatok/. *LAM*, 8 (10), (710–714.)
- Reinhard Busse – Matthias Wismar [2002]: Health target programmes and health care service-any link? A conceptual and comparative study (part 1). *Health Policy*, 59 (209–221).
- Vincent MG.[2001]: The role of hospitals in the new century. *World Hosp Health Serv*, 37(3):16-8,40,42.
- Wendy Moore [2001]: Wanless report sparks debate on funding health service. *British Medical Journal*, 323:1325. (8 Dec.)

A témához kapcsolódó fórumok, konferenciák, előadások, kongresszusok anyagai:

- Czibalmos Ágnes [2001]: Az Európai Unióhoz való csatlakozás hatása az egészségügyi ellátórendszerre. *Előadás a Hungaromed 2. Nemzetközi Egészségügyi Szakkiállításához csatlakozó Egészségügyi Tudományos Konferencián*, Budapest, szeptember 6.
- Egészségpolitikai konferencia előadások:*
- Bordás István [2001]: Egészségügyi rendszerünk megújítása. Az egészségpolitika szakmai konszenzusának lehetősége. *Zell am See*
- Kincses Gyula [2001]: Kitekintések. Az egészségpolitika alapvető összefüggésrendszere. *Siófok*
- Kincses Gyula [2001]: Konszenzus: Privatizáció. *Zell am See*
- Kincses Gyula [2001]: A keresleti oldal élénkítésének lehetőségei az egészségügyi szolgáltatások piacán. *Zell am See*

Közösségi anyagok, kiadványok:

- Article 152 of the Treaty on European Union
- Communication on the development of Public Health policy.[200-2001]: *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the development of public health policy in the European Community.*
- Európai Bizottság: Egészség és biztonság a munkahelyen: Közösségi program 1996–2000 (European Commission: Health and safety at work: Community Programme 1996–2000). Luxembourg, 1996.
- Európai Bizottság: Az Európai Unió és a kábítószer-ellenes küzdelem (European Commission: The European Union and the fight against drugs). Luxembourg, 1996

Látogatott web helyek:

<http://europa.eu.int/comm/health/index-en.html>

New public health strategy

Health monitoring

www.euport.hu/statisztikak.asp

European Health Care Consensus Group: www.ehccg.org

Külföldi egészségügyi minisztériumok, egészségüggyel foglalkozó kormányzati részlegek:

Ausztria: www.bmsg.gv.at

Belgium: www.health.fgov.be

Dánia: www.sum.dk

Egyesült Királyság: www.doh.gov.uk

Finnország: <http://www.vn.fi/stm/english/index.htm>

Németország: www.bmggesundheit.de

Svédország: www.social.regeringen.se

Magyarországi honlapok:

Egészségügyi Minisztérium: www.eum.hu

Egészségügyi portál: www.medsite.hu

Egészségügy+üzlet: www.extra.hu/euzlet

Euzoli (EU): www.extra.hu/euzoli

FVM: www.fvm.hu/euint/index.htm

HuDir (tematikus kereső): www.hudir.hu

KSH: www.ksh.hu

Magyar Orvosi Kamara: www.mok.hu

MediCentrum: www.medicentrum.hu

Medinfo: www.medinfo.hu

Országos Alapellátási Intézet: www.oali.hu

Világgazdaság – Medicina melléklete: www.vilaggazdasag.hu

WebOrvos: www.weborvos.hu

WHO: www.who.int

Egyéb források:

Az Egészségügyi Minisztérium 2001. évi tevékenysége. Beszámoló az Országgyűlés Egészségügyi és Szociális Bizottsága részére.

Heinz Kölling – a Németországi Kórházigazgatók Szövetségének elnöke – az Egészségügyi Menedzserklub tudományos konferenciáján (Budapest, 2001. szeptember 6.) az európai integrációnak a folyamatáról tartott előadása. In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2001, 39, 5, 428–433.

Lars Fallberg – a WHO európai betegjogi networkjének jogász munkatársa – 2001. március 23-án Budapesten a Közép-európai Egyetemen tartott előadása. In: *LAM (Lege Artis Medicinae)*, 2001. 11. évf. 3. szám, (234–236.)

Statisztikai szakévkönyv [2000]: Egészségügy. *Központi Statisztikai Hivatal*. (CD)

A szedést Bosnyákovits Józsefné készítette,
a tördelés Takács Eszter munkája.
A nyomtatás 2003 májusában készült

Ára: 1200,- Ft