

OROSZ ÉVA

# MEGÁLLÍTHATÓ-E A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY LESZAKADÁSA A VISEGRÁDI ORSZÁGOKÉTÓL?\*

A magyar egészségügy válságjelenségei mögött hosszabb távú, aggasztó trendek húzódnak meg: az elmúlt évtizedben a magyar egészségügy leszakadó pályára sodródott – nem csak a fejlett EU országokhoz, hanem a többi visegrádi országhoz képest is. A tanulmány ezt a folyamatot tárja fel az egészségügy ráfordításait és eredményességét jellemző alapvető indikátorok elemzésével. Kiugróan rossz a helyzetünk az elkerülhető (kezelhető és megelőzhető) halálozás esetében, amely mutatók átfogóan jellemezik az egészségügyi rendszerek működésének eredményességét is. Ennek egyik alapvető oka a cikk által részletesen dokumentált forráskivonás az egészségügyből, aminek emberéletekben mért következményei is megbecsülhetők. Szélesebb perspektívából tekintve, a cikk azt is bemutatja, hogy az egészségügy kedvezőtlen folyamatai részét képezik a gazdasági és társadalmi felzárkózásunk megtorpanásának. Mindezek tükröződnek a lakosság közérzetében is: egy nemzetközi felmérés szerint 2017 tavaszán a magyar lakosság szerint az egészségügy problémái jelentették országunk számára a legsúlyosabb kihívást.

## Bevezető

Az egészségügy működési zavaraira utaló esetek mindennapos tapasztalatunkká váltak. Nemcsak a sajtóban, hanem szűkebb vagy tágabb környezetünkben is találkozhatunk ezekkel a konkrét, az egyéneket érzelmileg is érintő, felháborodást keltő esetekkel. Társadalmi méretekben ezt jól tükrözi, hogy az Európai Unió által rendszeresen végzett Eurobarometer felmérés<sup>1</sup> szerint 2017 tavaszán a magyar lakosság szerint az egészségügyi és szociális ellátórendszer problémái jelentették a legsúlyosabb kihívást Magyarországon (European Commission, 2017). A látható válságjelenségek mögött hosszabb távú, aggasztó trendek húzódnak meg. A magyar egészségügy számos alapvető jellemzőjét tekintve – nemcsak a fejlett

\* A 2017. évi Önkormányzati Egészségügyi Napokon tartott előadás (2017. augusztus 31.) kibővített változata.

<sup>1</sup> Az Eurobarometer felmérés eredményeiről később részletesebben is lesz szó a tanulmányban.

EU országoktól, hanem a többi visegrádi országtól is – leszakadó pályára sodródott.

A tanulmány célja, hogy a fenti állítást bizonyítsa és a leszakadó pálya néhány alapvető összetevőjét elemezze. A tanulmány első része bemutatja, hogy az egészségügy kedvezőtlen trendjei részét képezik a gazdasági és társadalmi felzárkózás megtorpanásának – annak, hogy Magyarország szélesebb értelemben véve is leszakadó pályára került az elmúlt évtizedben (Mellár, 2017; Tölgyessy, 2017). Ezt követően az egészségügyi kiadások és az egészségi állapot alakulását elemzem. Végezetül azt mutatom be, hogyan tükröződnek ezek a folyamatok a lakosság-  
nak az egészségügyre vonatkozó véleményében. Fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy a leszakadó pálya az ország relatív helyzetére vonatkozik. Ha csak a saját korábbi helyzetünkhöz viszonyítunk, akkor számos vonatkozásban a gazdasági helyzet és az egészségi állapot javulásáról beszélhetünk: például az elmúlt években 2-3 százalékos volt a gazdasági növekedés és növekedett a születéskor várható élettartam is. A javulás mértéke azonban kisebb volt annál, hogy a relatív helyzetünkben is javulás következhetett volna be. A jövőbeli trendek pedig – tekintettel arra, hogy az EU15 és a V3 országokhoz hasonlított relatív helyzetről van szó – nemcsak Magyarország teljesítményének, hanem a többi ország teljesítményének az alakulásától is függenek.

Az egészségi állapot és az egészségügyi rendszer különböző összetevőinek a nemzetközi összehasonlításakor általában az EU15<sup>2</sup> országok vagy az EU országok átlagához (EU28) szoktunk viszonyítani. A visegrádi országokkal való összehasonlítás egy lényeges aspektussal egészíti ezt ki. A visegrádi országok közel azonos fejlettségi szinten voltak a 80-as évek végén, továbbá a széles értelemben vett intézményi örökségük is hasonló volt. Így az elmúlt évtizedben az EU15 országokhoz való felzárkózást tekintve Magyarországon és a többi V3<sup>3</sup> országban kibontakozott – számos fontos összetevőben eltérő irányú – trendek azt tükrözik, hogy a hasonló történelmi örökség talajáról nemcsak egy haladási irány volt lehetséges. Azaz indokolt annak a feltételezése, hogy a következőkben változt magyarországi trendek bekövetkezése nem volt szükségszerű.

Néhány esetben – a nemzetközi helyzetünk árnyalt bemutatása érdekében – bevontam az összehasonlításba Romániát és Bulgáriát is. Az adatok ugyanis azt jelzik, hogy bizonyos vonatkozásokban sokkal közelebb vagyunk Románia és Bulgária helyzetéhez, mint a V3 országokhoz, vagy a jelenlegi trendek alapján egy ilyen helyzet kialakulása valószínűsíthető.

A tanulmánynak nem célja, hogy átfogó elemzést adjon a magyar egészségügy működési zavarairól<sup>4</sup>. Szemléletesen szólva: a tanulmány „fekete dobozként” kezeli az egészségügy működését. A „fekete doboznak” egyrészt az inputjáról, másrészt pedig az eredményéről (outcome-járól) lesz csak szó. Arra vonatkozóan,

<sup>2</sup> Az Európai Unió – 2004-es bővítése előtti – tagállamai.

<sup>3</sup> A visegrádi országok Magyarországot kivéve (azaz Csehország, Lengyelország és Szlovákia).

<sup>4</sup> Erre, illetve egy-egy részterületre vonatkozóan számos, a szélesebb közönség számára is elérhető írás és interjú látott napvilágot az elmúlt hónapokban is (Új Egyenlőség, 2017; Lantos, 2017).

hogyan, milyen működési mechanizmusokon keresztül használja fel a rendszer az inputokat és ez milyen módon hat a rendszer „outcome”-jára, csak néhány utalást teszek. A lakosság egészségi állapotát jellemző néhány alapvető indikátor leíró elemzése mellett csak általános összegzést adom a lehetséges befolyásoló tényezőknek, de nem törekedtem az összefüggések számszerűsítésére. Mindezek következtében az olvasóban jogosan maradhat hiányérzet. Úgy vélem azonban, hogy a tanulmány fő céljának eléréséhez, a magyar egészségügy leszakadó pályára sodródásának a bizonyításához és dokumentálásához a bemutatott elemzések elégségesek.

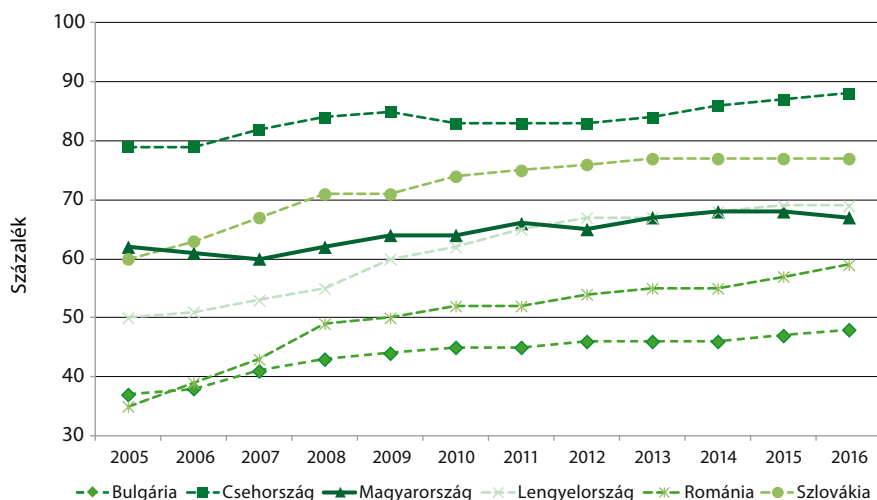
## Eltérő trendek a gazdasági növekedésben és versenyképességben

A gazdaság és az egészségügy között kétirányú a kapcsolat. Az egészségügyre fordítható közkiadásokat jelentősen befolyásolja, de nem determinálja az országok gazdasági fejlettsége és növekedése. Ugyanakkor a népesség egészségi állapota befolyásolja a hosszú távú gazdasági fejlődést – a rossz egészségi állapot a fejlődési potenciál egyik korlátozó tényezője lehet. A gazdaság fejlettsége (1 főre jutó GDP) és növekedési üteme általában meglehetősen széles mozgásteret biztosít a kormányzatoknak, amelyen belül a kormányzat által meghatározott prioritásoktól függ az egészségügyre fordított közkiadások nagysága és növekedési üteme. A magyar GDP növekedési ütemének az EU országokhoz viszonyított alakulása azt tükrözi, hogy Magyarország gazdasági felzárkózása a 2000-es évek közepén megtorpant és relatív helyzete az elmúlt 15 évben lényegében változatlan maradt. Ugyanebben az időszakban a többi V3 országra a felzárkózó trend volt a jellemző: jelentősen javították a relatív helyzetükön. Hasonló trend volt jellemző – alacsonyabb fejlettségi szinten – Romániára és Bulgáriára is, aminek következtében, ha a jelenlegi trendek folytatódnak Románia hamarosan leghagyhatja Magyarországot az 1 főre jutó GDP tekintetében. Az 1. ábra a vizsgált országoknak az EU28-hoz viszonyított relatív helyzetét mutatja. Hasonló képet kapunk, ha Németországot vesszük viszonyítási alapnak. Az is látható, hogy a magyar gazdaság elmúlt években tapasztalható – a korábbi évekhez képest – magasabb növekedési üteme nemzetközi összehasonlításban nem volt elegendő elmaradásunk mérsékléséhez, ugyanis elmaradt a V3 országok növekedési ütemétől.

A 2000-es évektől egyre inkább teret nyer az az álláspont, hogy az egy főre jutó GDP alakulása meglehetősen korlátozott információt nyújt csak a gazdaság állapotáról, fejlődési potenciáljáról és a társadalom jólétéről (Stiglitz et.al, 2010). Számos kutatás és nemzetközi projekt törekszik arra, hogy – a társadalom jólétéről és a gazdaság állapotáról árnyaltabb képet adó – komplex indikátorrendszereket alakítson ki, továbbá ezek alapján rendszeresen adatokat és elemzéseket közöljön. Ezek közül az egyik legjelentősebb a globális versenyképességi index,

amelyet 2005 óta tesz közzé a World Economic Forum (World Economic Forum, 2017). Ez a komplex indikátor<sup>5</sup> alkalmas arra, hogy az országok relatív helyzetét és annak változását jellemezze a fejlődési potenciáljuk és a gazdaság minőségi jellemzői alapján.

1. ábra: Az egy főre jutó GDP alakulása (PPPs, EU28 = 100), 2006–2016



Adatok forrása: Eurostat: GDP per capita in PPS (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tec00114>)

1. táblázat: A magyar gazdaság helyzete a globális versenyképességi index alapján

	Globális versenyképességi index (helyezés az országok rangsorában)				Kritikus komponensek	
	2005–2006	2011–2012	2015–2016	2016–2017	Intézmények	Innováció és piacfejlettség
					2016–2017	2016–2017
HU	35	48	63	69	114	97
CZ	29	38	31	31	54	35
PL	43	41	41	36	65	55
SK	36	69	67	65	102	57
BG	61	74	54	50	97	71
RO	68	77	53	62	92	100

3 sub-index, 12 pillér, 105 indikátor

Adatok forrása: World Economic Forum, 2006, 2012, 2016, 2017

<sup>5</sup> A globális versenyképességi index három fő összetevője: a gazdaság működésének alapvető feltételei, a hatékonyságnövekedés tényezői, valamint az innováció és piaci fejlettség. Mindegyik összetevőnek több pillére (indikátorcsoportja) van. A 12 pillér összesen 114 egyedi indikátort tartalmaz (mindegyik pilléren belül 6-12 indikátor található).

A globális versenyképesség adatai alapján túlzás nélkül állítható, hogy a 2000-es évek közepéhez képest drámai változások következtek be a magyar gazdaság nemzetközi téren elfoglalt helyzetében (amit a GDP adatok önmagukban nem képesek tükrözni). 2005–2006-ban még a 35. helyen álltunk a globális versenyképesség rangsorában, közel Csehország után és valamivel Lengyelország és Szlovákia előtt. Továbbá lényegesen jobb helyzetben, mint Románia és Bulgária. A 2016–2017-es felmérésben Magyarország – pozíciója fokozatos romlása következtében – a 69. helyre szorult vissza. Eközben a többi vizsgált ország kedvezőbb helyzetbe került, mint ahol a 2010-es évek elején álltak – azaz változtatni tudtak a válság utáni években átmenetileg romló nemzetközi pozíciójukon<sup>6</sup>. A globális versenyképességi index számításához kialakított 12 pillér közül Magyarország helyzete különösen kedvezőtlen az intézmények<sup>7</sup> (114. hely), az innováció és az üzleti környezet fejlettsége (97. hely), továbbá az „egészség és elemi oktatás” helyzetét<sup>8</sup> (78. hely) tekintve. Mindhárom területen lényegesen rosszabb volt a relatív helyzete, mint a globális versenyképesség egészét tekintve (World Economic Forum, 2017a, 2017b).

## Nagyságrendi különbség az anyagi depriváció mértékében

A fejlett országokban az elmúlt évtizedek egyik meghatározó – a politikai stabilitásra és a gazdaságra is kiható – társadalmi folyamata volt a társadalmi egyenlőtlenségek növekedése. Az 1980-as és 1990-es években végbement gazdasági növekedés egyáltalán nem vezetett a jólét általános növekedéséhez, hanem azt a társadalmi egyenlőtlenségek jelentős növekedése kísérte (OECD 2011). A társadalmi polarizáció, dezintegráció fokozottan veszélyezteti az alacsonyabb társadalmi státuszú egyének fizikai és mentális egészségét. Az egészségi állapot egyenlőtlenségeit befolyásoló egyik meghatározó társadalmi tényező a szegénység kiterjedtsége és mélysége. A szegénységben<sup>9</sup>, súlyosan deprivált körülmények között élők egyrészt fokozottan ki vannak téve egészségkárosító tényezőknek, másrészt kisebb az esélyük arra, hogy megbirkóznak ezekkel a kockázatokkal. A szegénység (a jövedelmi szegénység és az anyagi depriváltság) növeli az egészségi állapotra közvetlenül kiható kockázatokat (rosszminőségű lakáskörülmények, egészségte-

<sup>6</sup> A legutóbbi 2017–18-as jelentés szerint Magyarország a 60. helyre került. Ugyanakkor a többi ország helyzete is javult vagy nem módosult – így az előzőekben vázolt trendek sem módosultak. .

<sup>7</sup> Az intézmények komplex indikátora 21 indexen alapul, amelyek a gazdasági intézmények fejlettsége (pl. stabil tulajdonjog, kormányzati tisztviselők döntéseinek elfogulatlansága stb.) mellett a társadalom olyan jellemzőit is tükrözik, amelyek előfeltételei a jól működő piacgazdaságnak (pl. bizalom a politikuskokban stb.).

<sup>8</sup> A globális versenyképességi index számításánál is figyelembe veszik, hogy a népesség jó egészségi állapota alapvető feltétele a hosszú távú gazdasági fejlődésnek: az index számításához kialakított 12 pillér egyike az „egészség és elemi oktatás”

<sup>9</sup> A szegénység jellemzésére az Eurostat statisztikáiban használt mutatók a jövedelmi szegénység (at-risk-of-poverty / mobetary poverty), az anyagi depriváció és a súlyos anyagi depriváció (Eurostat, 2013)

len táplálkozás stb.). A súlyosan deprivált körülmények között élőkre fokozottan jellemző a stressz és ugyanakkor az azt enyhíteni tudó társadalmi támogatás hiánya. Mindezek a körülmények növelik az egészségkárosító magatartási minták követésének valószínűségét.

A gyermekkori szegénység súlyos kockázat a gyermekek egészségi állapotára. Továbbá a gyermekkori szegénység és az azzal összefüggő rosszabb egészségi állapot negatív spirált indíthat el. A gyermekkorban kialakuló gyengébb fizikai és mentális egészségi állapot számos mechanizmuson keresztül kihat arra, hogy milyenek lesznek az egyének lehetőségei felnőttkorban. A kevésbé fejlett (kevesbé egészséges) gyerekek rosszabbul teljesítenek az iskolában, az iskolai teljesítmény pedig negatív hatással lesz munkaerőpiaci esélyeikre és ezáltal a jövedelmükre. Az így kialakuló depriváltság pedig a családokon belül ismét átöröklődik a fiatalabb generációkra. Mindezeket a folyamatokat látnunk kell a 2. és 3. táblázatok szegénységre vonatkozó adatai mögött.

2. táblázat: A súlyos deprivációban élő 16 évesnél fiatalabb népesség aránya (%)

	2007	2010	2013	2016
EU27	10,1	9,7	11,0	8,8
Bulgária	57,7	45,3	46,4	35,7
Románia	42,5	35,8	37,2	30,0
<b>Magyarország</b>	<b>24,0</b>	<b>28,9</b>	<b>35,8</b>	<b>21,3</b>
Csehország	9,9	8,6	6,9	6,3
Lengyelország	22,0	14,7	11,5	5,4
Slovákia	15,7	13,2	12,7	9,7
Svédország	3,4	1,2	1,9	0,6

Adatok forrása: Eurostat: Material deprivation statistics

3. táblázat: A súlyos deprivációban élő népesség aránya (%)

	2007	2010	2013	2016
EU27	9,2	8,3	9,6	7,7
Bulgária	57,6	45,7	43,0	31,9
Románia	38,0	30,5	29,8	23,8
<b>Magyarország</b>	<b>19,9</b>	<b>21,6</b>	<b>27,8</b>	<b>16,2</b>
Csehország	7,4	6,2	6,6	4,8
Lengyelország	22,3	14,2	11,9	6,7
Slovákia	13,7	11,4	10,2	8,2
Svédország	2,2	1,3	1,4	0,8

Adatok forrása: Eurostat: Material deprivation statistics

A szegénység (súlyos anyagi depriváció) mértékét tekintve Magyarország és a többi visegrádi ország között nagyságrendi különbség van. A 2016-os adatokból az országok két egymástól élesen elváló csoportja azonosítható. A V3 országokban a súlyos deprivációban élők aránya a gyermekek és a teljes népesség esetében is alatta marad a 10 százaléknak, és közel állnak az EU27 átlagához (Csehország helyzete pedig kedvezőbb az átlagnál). A másik országcsoportban a gyermekszegénység 20-35 százalék között volt 2016-ban, a teljes lakosság esetében pedig a népesség 16-32 százaléka súlyosan deprivált körülmények között élt. Magyarország, Románia és Bulgária tartoznak ebbe a csoportba.

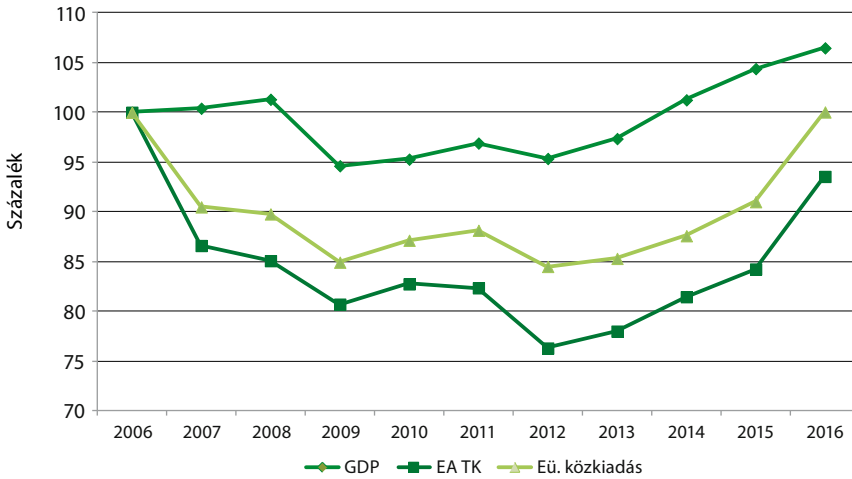
A V3 országokban mind a gyermekek, mind a teljes lakosság esetében fokozatosan csökkent a súlyos deprivációban élők aránya és 2016-ban az EU átlaghoz viszonyított relatív helyzetük lényegesen kedvezőbb volt, mint 2007-ben. Magyarországon 2013-ig drámai módon növekedett a szegénység. Az ezt követő javulás csak ahhoz volt elégséges, hogy 2016-ra a relatív helyzetünket – az átlagtól való lemaradásunkat – tekintve visszakerüljünk a 2007-es szintre.

## Forráskivonás a magyar egészségügyből

Az egészségügyi kiadások alakulásának a nemzetközi összehasonlítását megelőzően először csak a magyarországi trendeket tekintem át. Az elmúlt évtizedben a magyar kormányok az egészségügyre lényegesen kevesebbet fordítottak annál, mint amennyit a gazdaság állapota – a 2008-as válság ellenére is – megengedett volna. A gyógyító ellátás szempontjából a közkiadásokon belül az Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) természetbeni kiadásainak meghatározó a szerepe. Ezen kiadások reálértékének a drasztikus csökkentése már a válság kitörése előtt, 2007-ben elkezdődött – az állami költségvetés konszolidációját célzó program részeként. Ezt követően is tovább csökkent az egészségügyi közkiadások reálértéke 2012-ig (2. ábra). Ekkor reálértékben 24 százalékkal kevesebb forrás jutott az E. Alapból finanszírozott ellátásokra, mint 2006-ban. A 2. ábrán a GDP és az E. Alap trendvonalai egyértelműen mutatják, hogy az egészségügyi kiadások visszaesése mélyebb volt, a felzárkózás pedig lassabb, mint amit a gazdaság alakulása lehetővé tett volna. Az E. Alap természetbeni kiadásai 2016-ban is csak a 10 évvel korábbi érték 93,5 százalékát érték el, miközben a GDP értéke már 6,5 százalékkal meghaladta a 2006-os szintet. A két görbe közötti terület nagysága érzékelteti a forráskivonás mértékét. Az E. Alap kiadásaihoz hasonló trendet, de kisebb mértékű csökkenést figyelhetünk meg a szélesebb kategóriának számító folyó egészségügyi közkiadások esetében is<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> A folyó egészségügyi közkiadások az E. Alap természetbeni kiadásain kívül tartalmazzák a központi kormányzat (pl. mentőszolgálat, prevenciók programok stb.) és a helyi önkormányzatok egészségügyi kiadásait – kivéve a beruházásokat (amelyek nem tartoznak a folyó kiadások körébe).

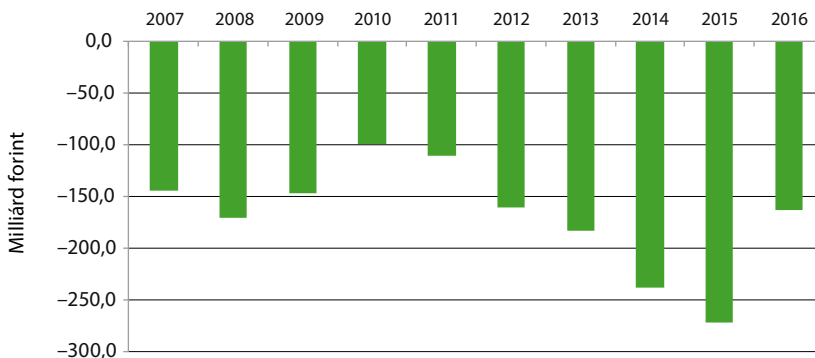
**2. ábra:** A GDP, az egészségügyi közkiadások és az E. Alap természetbeni kiadásai reálértékének alakulása (2006 = 100)



*Adatok forrása:* OEP: Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének pénzforgalmi teljesítése; OECD HealthData: közkiadás adatok; KSH: GDP adatok

A forráskivonás viszonyítási alapja a bázisév (2006) természetbeni kiadásainak a GDP-hez viszonyított aránya, a mértéke pedig az az összeg, amivel az egyes évek tényleges kiadásai elmaradtak ahhoz képest, mintha a bázisév közkiadás/GDP aránya változatlan maradt volna (3. ábra). Ezt a megközelítést a nemzetközi trendek is indokolják: a 2006–2016 közötti időszak egészét tekintve az EU országok többségében az egészségügyi közkiadások GDP-hez viszonyított részaránya növekedett vagy szinten maradt – azaz indokolt feltételeznünk, hogy a szinten tartásra a magyar kormányzatnak is lehetősége lett volna.

**3. ábra:** Forráskivonás: az E. Alap természetbeni kiadásainak csökkenése a 2006. évi E. Alap / GDP arányhoz képest



*Adatok forrása:* OEP: Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének pénzforgalmi teljesítése, KSH: GDP adatok

Az E. Alap természetbeni kiadásai 2006-ban a GDP 4,8 százalékát, a forráskivonás mélypontján, 2015-ben a GDP-nek csupán 4 százalékát, 2016-ban pedig 4,4 százalékát érték el. *Ha az elmúlt évtizedben fennmaradt volna a 2006-os arány*, akkor a 2007 és 2016 közötti időszak egészét tekintve kb. 1863 Md forinttal több forrás jutott volna egészségügyi ellátásra. Másképp fogalmazva: az elmúlt 10 évben végbement forráskivonás nagysága kb. 1863 Md Ft-ra becsülhető.

## Az egészségügyi közkiadások eltérő trendjei

A magyarországi egészségügyi közkiadások trendje *alapvetően* eltér a V3 országo-  
kétól. Ezt egyértelműen tükrözi a kiadások éves növekedési üteme és az egy főre  
jutó egészségügyi közkiadások relatív értékének az alakulása (4. táblázat).

A 2006 és 2015 közötti időszakban az egészségügyi közkiadások alakulását  
alapvetően befolyásolta, hogy milyen mértékben érintette az adott országot a  
2008-as válság, milyen módon ment végbe a válságból való kilábalás, továbbá  
a gazdasági nehézségek időszakában a kormányzatok milyen mértékben mérlegel-  
ték az egészségügyi kiadások túlzott visszafogásának lehetséges következményeit.

A 2006 és 2015 közötti időszakban az OECD-be tartozó 35 ország közül  
csupán négyben volt negatív az egészségügyi közkiadások átlagos éves növeke-  
dési üteme. Ezek az országok a következők (az országok után zárójelben az éves  
növekedési ütem szerepel): Görögország (-6,0%), Magyarország (-0,7%), Olasz-  
ország (-0,7%), Portugália (-0,8%). Az OECD országok többségében növekedtek  
az egészségügyi közkiadások, de a válság előtti évtizednél lényegesen alacsonyabb  
mértékben: az átlagos éves növekedési ütem 1 és 3 százalék közötti volt. Az Euró-  
pai országok közül az egészségügyi közkiadások 4 százalékot meghaladó átlagos  
éves növekedési üteme csak Észtországbán, Lengyelországbán és Szlovákiában  
volt megfigyelhető.

A politikai prioritásokat egyértelműen tükrözi, hogy az éves költségvetési ki-  
adásoknak mekkora hányadát fordítják a kormányzatok az egészségügyre. Ma-  
gyarország esetében ez az indikátor alig éri el a 10 százalékot – ezzel messze alatta  
maradunk Csehország és Szlovákia valamint az EU15 szintjének (4. táblázat).  
Nem csak a költségvetéshez viszonyítva, hanem a GDP-hez viszonyítva is lényeg-  
esen alacsonyabb nálunk az egészségügyi közkiadások aránya.

A Magyarország és a V3 országok közötti alapvető különbséget jelző másik  
mutató az egy főre jutó egészségügyi közkiadások – EU15 országokhoz viszo-  
nyított – relatív értéke<sup>11</sup>, illetve annak a változása. Ennek az indikátornak az  
alakulása azt mutatja meg, hogy közelebb került-e az adott ország kiadásainak  
a szintje a legfejlettebb EU országokéhoz – azaz felzárkózó trend jellemző-e az  
adott országra vagy éppen ellenkezőleg. Érdekes a 90-es évek elejétől, azaz a poli-

<sup>11</sup> A „relatív érték” azt jelenti, hogy minden évben az EU15 átlag *százalékában* fejezzük ki a vizsgált országok kiadásának szintjét. Azaz minden évben EU15 = 100.

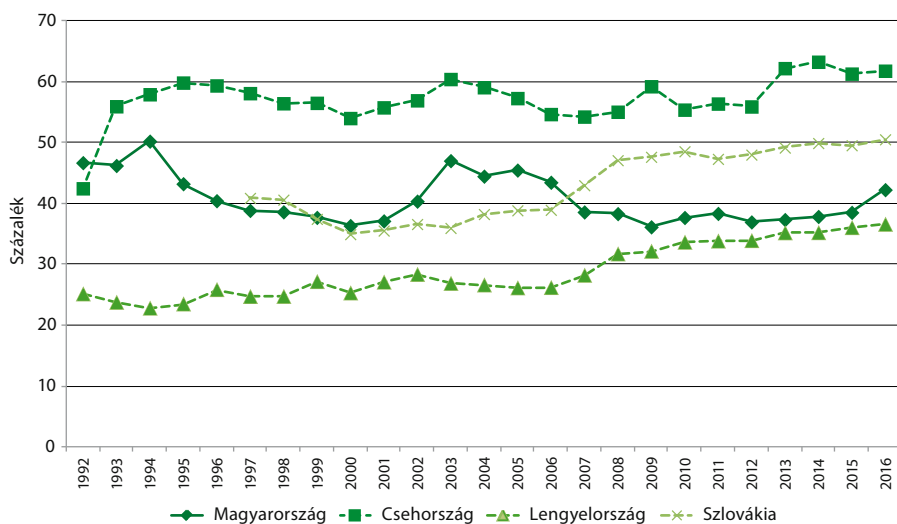
tikai rendszerváltás időszakától vizsgálni ezt a kérdést. A vizsgált időszak egészét tekintve Magyarország esetében jelentősen növekedett, a többi V3 ország esetében pedig csökkent a különbség az EU15 átlagához viszonyítva (4. ábra).

4. táblázat: Az egészségügyi közkiadások néhány alapvető indikátora a visegrádi országokban (2006/2007, 2015)

		HU	CZ	PL	SK	EU15
Összes kormányzati kiadás a GDP %-ában	2007	50,1	40,0	43,1	36,3	44,9
	2015	50,0	42,1	41,6	45,6	48,3
Eü kiadás a kormányzati kiadások %-ában	2007	9,9	16,4	10,4	16,7	14,9
	2015	10,6	18,2	11,2	15,7	14,7
Eü közkiadás a GDP %-ában	2006	5,5	5,4	4,0	4,8	6,7
	2015	4,8	6,0	4,4	5,5	7,5
Egy főre jutó egészségügyi közkiadás (EU15 = 100)	2006	43,5%	54,7%	26,2%	39,0%	100%
	2015	38,5%	61,3%	36,0%	49,6%	100%
Eü közkiadás éves átlagos növekedési üteme	2005–2015	-0,5	1,8	5,2	4,9	1,2

Adatok forrása: OECD, Government at a Glance dataset, 2017

4. ábra: Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások relatív értékének az alakulása, 1992–2016 (EU15 = 100)



Adatok forrása OECD HealthData, 2017

1992-ben a magyarországi egy főre jutó egészségügyi közkiadások az EU15 szintjének 47 százalékát érték el, 2015-ben pedig már csak 38 százalékát. Ugyan-

ebben az időszakban Csehország az EU15 szintjének 42 százalékaról 61 százalékra zárkózott fel. Az egy főre jutó cseh egészségügyi közkiadások 1996-tól kezdve – a 2002 és 2006 közötti időszak kivételével – 40–60 százalékkal meghaladták a magyar kiadások szintjét. Magyarország és a V3 országok egymástól elkanyarodó pályáit mutatja a Szlovákiával való összehasonlítás is. A két országban 1997-ben közel azonos szinten voltak az egy főre jutó egészségügyi közkiadások. 2000 és 2006 között Magyarország relatív helyzete valamivel jobb volt, mint Szlovákiáé. 2006 és 2009 között Szlovákiában kiemelkedő mértékben növekedtek az egészségügyi közkiadások, aminek következtében 2014-re Szlovákia elérte az EU15 szintjének 50 százalékát. Az egy főre jutó szlovák kiadások a 2008 utáni időszakban 20–30 százalékkal meghaladták a magyar kiadások szintjét.

A 4. ábra jól szemlélteti, hogy a V3 országokra a felzárkózó trend volt a jellemző, miközben a magyar egészségügy esetében az egészében leszakadó trenden belül megfigyelhetők kisebb átmeneti felzárkózó szakaszok. Egy ilyen figyelhető meg 2015-ben és különösen 2016-ban, amikor számottevően növekedtek az egészségügyi közkiadások. Azt csak néhány év múlva tudjuk megmondani, hogy jelenleg ismét egy átmeneti ingadozásról van-e szó, vagy egy tartós felzárkózás kezdetéről.

Az egészségügyi rendszer működésére fordított megfelelő források alapvető (szükséges, de nem elégséges) feltételét jelentik annak, hogy az egyének megfelelő időben hozzáférjenek a jó minőségű, adekvát egészségügyi szolgáltatásokhoz. A forráskivonás ennek a lehetőségét ássa alá, egyrészt a humán erőforrások, másrészt a tárgyi feltételek oldaláról. A forráskivonásnak a lakosság számára is leginkább látható következményei: az orvosok elvándorlása, az orvoshiány (beleértve az üres háziorvosi körzeteket is), a várólisták növekedése, a kórházi ellátás körülményeinek rosszabbodása. A válságjelenségek másik csoportja nem számszerűsíthető, de érzékelhető: az orvos–beteg kapcsolat változása; a kiégés, a kilátástalanság növekedése az egészségügyi dolgozók körében; a korrupció, a bizalomhiány a rendszer minden lényeges pontján; és nem utolsósorban a hitelen, reális jövőkép hiánya. Általánosan fogalmazva: a hozzáférés és a minőség különbségei megengedhetetlenül nagyok a jelenlegi magyar egészségügyben. Például 2015-ben a várakozási időt (az összes várólistát együtt) tekintve a legjobb és a legrosszabb helyzetű megyék között 4-5-szörös volt a különbség (28 és 154 nap) (ÁEEK, 2016). Az egyes beavatkozásokat tekintve: 2015-ben a várakozási idő megyék közötti különbsége 11,7-szeres volt a szürkehályog-műtét, 4,4-szeres a csípőprotézisműtét és 5,4-szeres a térdprotézisműtét esetében. A hozzáférés és minőség problémái jelentős hatást gyakorolnak a népesség egészségi állapotára. A magyar politikai és gazdasági elit, illetve az egészségügyi szakma kevésbé tájékozott része is hajlamos még mindig azt gondolni, hogy az egészségügyi ellátás csak csekély mértékben befolyásolja az egészségi állapot alakulását. Ez a nézet azonban több évtizeddel ezelőtti helyzetet tükröz. A nemzetközi szinten a 2000-es évek első felében jelentős szemléletváltás következett be: a korábban elsősorban költségvetési teherként interpretált egészségügyi kiadásokkal kapcso-

latban a hosszú távú gazdasági növekedésben játszott szerepükre helyeződött át a hangsúly (European Commission, 2013). Továbbá domináns nézetté vált, hogy az egészségügyi szolgáltatások szerepe jóval nagyobb a népesség egészségi állapotának az alakulásában, mint 40-50 évvel ezelőtt (Figueras et al., 2008).

## Az egészségi állapot: javuló mutatók, romló relatív helyzet

Egy ország lakossága egészségi állapotának változását és annak részeként a társadalom különböző csoportjai közötti egészségyenlőtlenségek alakulását számos tényező befolyásolja. A szakirodalom ezeket a tényezőket három nagy csoportba sorolja (Solar O, I. 2010; WHO, 2008):

- strukturális tényezők (gazdasági, társadalmi, szociálpszichológiai tényezők és az ezeket befolyásoló kormányzati cselekvés, továbbá a népesség jövedelem, iskolázottság, foglalkozás szerinti rétegződése);
- az egészségi állapotra közvetlenül ható kockázati tényezők (környezeti ártalmak, stressz, táplálkozás, egészségkárosító szokások stb.); és
- az egészségügyi rendszer működése (pl. a megelőző programok épp a legveszélyeztetettebb csoportokat nem érik el, az ellátáshoz való hozzáférésben és minőségben meglévő óriási egyenlőtlenségek stb.).

A fenti számos tényező egymással ellentétes irányba is hathat – az egészségi állapot alapvető, átfogó indikátorai, így a *várható élettartam* alakulása is az eredményüket tükrözik. Azaz a várható élettartam növekedését egyaránt befolyásolják a strukturális tényezők (pl. a jövedelmi egyenlőtlenségek növekedése), a közvetlen kockázatok (pl. a táplálkozási szokások változása) és az egészségügyi rendszer működése (pl. a várakozási listák hosszának növekedése). Lehetséges, hogy egy adott időszak szerény mértékű javulása egyes tényezők jelentős pozitív hatásának és más tényezők negatív hatásának az eredményét jelenti.

A magyar népesség várható élettartama a 90-es évek közepe<sup>12</sup> óta ismét növekszik, ami elsősorban a szív- és érrendszeri halálozások csökkenésének köszönhető (KSH, 2015; Bálint–Kovács, 2015). Ennek a pozitív trendnek a mértéke azonban nem volt elégséges ahhoz, hogy nemzetközi összehasonlításban Magyarország relatív helyzetén javítson. Továbbra is a magyar népesség egészségi állapota az EU-országok között az egyik legrosszabb. A helyzet súlyosságát mutatja, hogy az egészségi állapot számos alapvető mutatójában – így a 40 éves korban várható további élettartam esetében – nemcsak az EU15 átlagához képest nagyobb

<sup>12</sup> A férfiak várható élettartama – különösen a 40 éves korban várható élettartam – az 1960-as évek közepén indult csökkenésnek, ami drámai mértékben erősödött fel az 1990-es évek elején egészen 1993-ig.

még mindig a lemaradásunk, mint amekkora az 1980-as évek végén volt, hanem a többi visegrádi országhoz képest is<sup>13</sup> (5. táblázat).

5. táblázat: A 40 éves korban várható élettartam alakulása

	Férfiak			Nők		
	1989	2015	2015 – 1989	1989	2015	2015 – 1989
EU15	35,0	40,4	5,4	40,6	44,7	4,1
Bulgária	31,6	33,2	1,6	37,1	39,5	2,4
Románia	31,8	33,6	1,8	36,4	40,0	3,6
Magyarország	29,0	33,7	4,7	36,2	39,8	3,6
Csehország	30,6	37,0	6,4	37,0	42,3	5,3
Lengyelország	30,2	35,3	5,1	37,7	42,4	4,7
Slovákia	29,9	34,8	4,9	37,5	41,2	3,7
Ausztria	34,5	40,0	5,5	40,3	44,4	4,1

*Adatok forrása:* Eurostat Database: mortality statistics

2015-ben a 40 éves magyar férfiak életkilátása 6,7 évvel volt rövidebb, mint az EU15-országokban élő férfiaké és 3,3 évvel rövidebb, mint a cseh férfiaké. (1989-ben 6,0 és 1,6 év volt a különbség, ugyanebben a sorrendben). A nők esetében is nagyobb a különbség, mint amekkora az 1980-as évek végén volt: 2015-ben az EU15-országok átlaga és Magyarország között a nők 40 éves korban várható élettartamában 4,9 év volt a különbség, míg 1989-ban 4,4 év. A cseh és magyar nők 40 éves korban várható élettartamában 0,8 évről 2,5 évre növekedett a különbség. Még élesebb megvilágításba kerül Magyarország relatív helyzetének romlása, ha az összehasonlításba a visegrádi országok mellett bevonjuk Bulgáriát és Romániát is (5. táblázat). A 80-as évek végén a 40 éves korban várható élettartam közel azonos volt a 6 vizsgált országban (Magyarorszáé volt a legrosszabb). A férfiak esetében – az országok gazdasági fejlettségével ellentétben – Bulgária és Románia volt a legkedvezőbb helyzetben. Az elmúlt 15 évben minden országban növekedett a várható élettartam – de meglehetősen különböző mértékben. Így 2015-ben jól látható módon kirajzolódik két csoport. Az első csoportba sorolható bolgár, román és magyar férfiak várható élettartama közel azonos volt. A másik csoportba a V3 országok sorolhatók, amelyekre az első csoportnál lényegesen magasabb várható élettartam jellemző. Ugyanez mondható el a nők várható élettartamának az alakulásáról is. Az 1989 és 2015 közötti változás mértékét mutató adatokból jól látható, hogy ebben az időszakban csak Csehországnak, a nők esetében pedig Csehországnak és Lengyelországnak sikerült csökkentenie lemaradását az EU15

<sup>13</sup> Azért a 40 éves korban várható élettartamot és nem a születéskor várható élettartamot használtam az életkilátások összehasonlítására, mert a születéskor várható élettartam alakulását jelentősen befolyásolja a csecsemőhalandóság alakulása. A csecsemőhalandóság javulása esetén akkor is nő a várható élettartam, ha a középkorú népesség várható élettartama nem változik.

átlagától, az összes többi ország még távolabb került tőle. A középkorú népesség várható élettartama szempontjából nem a visegrádi országokkal, hanem sokkal inkább Bulgáriával és Romániával tartozunk egy csoportba.

Az egészségi állapot másik alapvető, átfogó mutatója a *korai (idő előtti) halálozás*, amelynek egyik lehetséges mutatója: egy adott életkor (65, 70 vagy 75 év) előtt bekövetkező halálozások 100 ezer főre jutó rátája. A korai halálozás másik mérőszáma: a potenciális elvesztett életek száma (PYYL: *potential years of life lost*), amely a limitként választott életkor előtt bekövetkezett halálozások miatt elvesztett életek számát, illetve 100 ezer főre jutó rátáját mutatja. A 6. táblázat adatai rávilágítanak, hogy a korai halálozás esetében lényegesen rosszabb a relatív helyzetünk, mint a halálozás egészét tekintve (mind a 75 évesnél, mind a 65 évesnél fiatalabb népesség esetében)<sup>14</sup> (6. táblázat). A 65 évesnél fiatalabb – azaz a munkaképes korú – népesség halálozási helyzetében mutatkozó lemaradásunk úgy is interpretálható, hogy a gazdasági fejlődés humán erőforrásainak egyik alapvető összetevőjében sokkal kedvezőtlenebb a helyzetünk mind az EU15 országokénál, mind a V3 országokénál.

**6. táblázat:** Az egészségi állapot néhány alapvető indikátorának relatív értékei

	EU15 átlaga = 1						
	HU	CZ	PL	SK	Magyarország relatív értéke Csehország = 1		
					2001	2011	2014
	2014						
Halálozási ráta (standardizált)	1,54	1,31	1,31	1,43	1,10		1,18
Idő előtti halálozás (PYLL/0–74 év)	1,89	1,27	1,76	1,68		1,48	1,49
Halálozási ráta: 65 évnél fiatalabb népesség	2,1	1,34	1,8	1,73	1,50		1,57
<b>Megelőzhető halálozás</b>	<b>2,14</b>	1,38	1,43	1,81		1,46	1,55
<b>Kezelhető halálozás</b>	<b>2,61</b>	1,73	1,67	2,38		1,47	1,51

*Adatok forrása:* Eurostat Database: causes of deaths

Az adatok egyértelműen jelzik, hogy az egészségi állapot összes vizsgált indikátora esetében rosszabb volt a helyzetünk 2014-ben, mint az többi visegrádi országé (ld. a 6. táblázat bal oldali része). Továbbá az összes vizsgált indikátor esetében rosszabbodott Csehországhoz képest a helyzetünk (ld. a 6. táblázat jobb oldali része). Például a 65 évesnél fiatalabb magyarországi népesség halálozási rátája 2001-ben 50 százalékkal, 2014-ben pedig 57 százalékkal volt magasabb Csehországnál. A kezelhető halálozás rátája 2011-ben 47 százalékkal, míg 2014-

<sup>14</sup> Ez utóbbi adat minden korcsoportot és halálokot magában foglal.

ben 51 százalékkal volt magasabb nálunk, mint Csehországban. (Lengyelországhoz és Szlovákiához viszonyítva vagy nem változott vagy szintén rosszabbodott a helyzetünk a vizsgált időszakban.)

## Az egészségügyi rendszer hatása az egészségi állapotra

Az *elkerülhető halálozás* koncepciója az 1990-es évektől van jelen a nemzetközi szakirodalomban (Mackenbach–Bouvier–Colle–Jougla, 1990) – egyik megközelítésként egy olyan mérési módszer kialakításának céljával, amivel átfogó módon jellemezhető lenne az egészségügyi rendszerek működésének az eredményessége. Az elkerülhető halálozás azokat a halálokokat veszi csak figyelembe, amelyek esetében optimálisan működő ellátással és eredményes megelőzéssel elkerülhető lenne bizonyos életkor előtt a halálozás. Az elkerülhető (avoidable) halálozás két (egymást részben átfedő) típusa a kezelhető (amenable) és a megelőzhető (preventable) halálozás: az első azokat a halálokokat veszi figyelembe, amelyek esetében optimálisan működő ellátással, a második pedig azokat, amelyek esetében eredményes megelőzéssel elkerülhető lenne a halálozás. Az Eurostat álláspontja szerint az *elkerülhető (kezelhető és megelőzhető)* halálozás, ha „nem is tekinthető a tagállamok egészségügyi ellátása minőségének definitív mérőszámának, bizonyos mértékben jellemzi az egészségügyi rendszer teljesítményét és minőségét, valamint széles értelemben vett népegészségügyi politikáját” (Eurostat, 2017).<sup>15</sup> Magyarország relatív helyzete különösen rossz az elkerülhető halálozás mutatóinak az esetében: míg 2014-ben az összes halálokot tekintve a magyar (standardizált) halálozási ráta 1,5-szerese volt az EU15-országok halálozási rátájának, addig a kezelhető halálozási ráta 2,6-szerese, a megelőzhető halálozás rátája pedig 2,1-szerese (6. táblázat). Azaz kiugróan magasabb a halálozás azokban a halálokokban, amelyekre jelentős hatást gyakorol az egészségügyi rendszer működése. Az elkerülhető halálozás területén Csehországhoz és Lengyelországhoz viszonyítva lényegesen rosszabb, Szlovákiához viszonyítva pedig kismértékben rosszabb a helyzetünk, mint a halandóság egészét tekintve.

Az elkerülhető (kezelhető és megelőzhető) halálozás fontosságát jól érzékelteti az Eurostat-nak az EU észére vonatkozó becslése (Eurostat, 2017). Ezek szerint 2014-ben az EU-ban körülbelül 1,2 millió 75 év alatti ember halt meg elkerülhető halálokok miatt: 562 ezer kezelhető halálokok, 1 millió pedig megelőzhető halálokok miatt. (A két kategória átfedi egymást – mivel néhány betegségből eredő halálozás egyaránt tekinthető megelőzhetőnek és kezelhetőnek is – ezért nagyobb az összegük az elkerülhető halálozásokénál.) Az összes 75 év alatti halálozás 1,7

<sup>15</sup> Nyilvánvalóan nem reális az a feltételezés, hogy elérhető egy olyan állapot, amikor adott életkor előtt egyáltalán ne fordulna elő ezen okokból halálozás, de az elkerülhető halálozás nagyságrendjének időbeli vagy térbeli összehasonlítása jól jellemzi az egészségügyi rendszerek működésének az egészségi állapotra gyakorolt hatását.

millió volt, így *elméletileg* a 75 év alatti halálozások kb. 70 százaléka jól működő egészségügyi ellátással és hatásos prevencióval elkerülhető lett volna.

Magyarországban 2014-ben a 0–74 éves korban meghaltak száma 59 137 fő volt. Közülük kezelhető halálokok miatt 24 058, megelőzhető halálokok miatt pedig 37 983 fő halt meg. A két kategória közötti átfedést kiküszöbölve, kb. 48 ezer volt az elkerülhető halálozások száma. Azaz a 75 évesnél fiatalabban meghaltak kb. 79 százaléka elkerülhető halálokok miatt halt meg. Az összes halálozáshoz (126 ezer fő) viszonyítva: a halálozások 38 százalékát az elkerülhető halálozások tették ki. Ez az arány is jelzi az egészségügyi rendszer jelentős szerepét az egészségi állapot alakulásában. Ha a kezelhető és megelőzhető halálozások aránya a csehországihoz hasonló lett volna, akkor a 48 ezer halálozás helyett kb. 30 ezer, ha az EU15 szintjén lettünk volna, akkor pedig kb. 20 ezer halálozás következett volna be. A különbség – bizonyos leegyszerűsítéssel – interpretálható a rosszabbul működő egészségügyi rendszerünk emberéletekben kifejezett „költségére” vonatkozó becslésként is. Ennek az adatnak a nagyságrendjét akkor tudjuk igazán érzékelni, ha figyelembe vesszük, hogy hasonló veszteség minden évben bekövetkezik. Például a 2011–2014-es időszakot<sup>16</sup> tekintve, ha a magyar egészségügy elérte volna legalább a cseh egészségügy teljesítményének a színvonalát, akkor kb. 70 ezerrel kevesebb 75 évesnél fiatalabb honfitársunkat veszítettük volna el a vizsgált négy éves időszak egészét tekintve.

Az Eurostat adatai csak részlegesen adnak lehetőséget a kezelhető és megelőzhető halálozás fő összetevőinek<sup>17</sup> (az egyes halálokok szerinti) részletes összehasonlításra – ugyanis a standardizált halálozási rátákra vonatkozó adatok a 65 évesnél fiatalabb, illetve a 65 évesnél idősebb népességet különböztetik meg. Így a 7. táblázatban közölt kezelhető halálokokra vonatkozó összehasonlítás csak a 65 évesnél fiatalabb népességre vonatkozik. (A kezelhető halálozásra vonatkozóan akkor kapnánk teljes képet, ha a 65–74 éves korcsoportot is magukba foglalnák az adatok.)

A relatív helyzet romlása eltérő mértékű volt az egyes halálokok esetében és voltak olyan halálokok, ahol a relatív helyzetünk nem változott vagy javult. A relatív helyzet romlása jelentős mértékű volt bizonyos kezelhető halálokok – így az ischaemiás szívbetegségek és a vastagbél- és végbéldaganatok – esetében (7. táblázat).

<sup>16</sup> Az Eurostat adatbázisában csak a 2011–14-es időszakra érhető el országonként a kezelhető és megelőzhető halálozásokra adatok. A becsléshez használt adatok forrása: ([http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_cd\\_apr&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_apr&lang=en))

<sup>17</sup> Az EU-ban a kezelhető halálozások 77 százaléka következő hat haláloknak tulajdonítható (csökkenő fontossági sorrendben): ischaemiás szívbetegségek, cerebrovasculáris betegségek, a vastag- és végbél rosszindulatú daganatai, mellrák, magasvérnyomás betegségek és tüdőgyulladás. Az ischaemiás szívbetegségek tették ki a kezelhető halálozásoknak a 31 százalékát. A megelőzhető halálozás több mint 73 százaléka a következő okoknak tulajdonítható (csökkenő fontossági sorrendben): ischaemiás szívbetegségek, tüdőrák, balesetek, alkohollal összefüggő betegségek (kivéve ún. külső okok), vastag- és végbél rosszindulatú daganatai, szándékos önrátlom, mellrák.

7. táblázat: A 65 évesnél fiatalabb lakosság relatív halálozási rátái 2001, 2014

	Keringési rendszer betegségei		Daganatok		Ischeamias szívbetegség*		Vastagbél- és végbéldaganatok*		Tüdőrák**	
	EU15=1									
	2001	2014	2001	2014	2001	2014	2001	2014	2001	2014
CZ/EU15	1,8	1,9	1,4	1,2	1,9	2,0	2,0	1,5	1,6	1,0
PL/EU15	2,2	2,6	1,5	1,4	1,9	1,7	1,3	1,5	1,7a	1,6
SK/EU15	2,4	2,5	1,5	1,5	2,4	2,7	2,0	2,1	1,4	1,1
HU/EU15	2,7	3,3	1,9	2,0	2,7	3,5	2,1	2,6	2,6	2,6
BG/EU15	3,8	5,1	1,2	1,5	2,3	2,6	1,3	1,6	1,2	1,4
RO/EU15	3,3	3,5	1,4	1,7	2,8	3,2	1,1	1,5	1,6	1,6
	Magyarország relatív értékei (viszonyítás alapja: CZ, PL, SK)									
HU/CZ	1,52	1,74	1,33	1,69	1,45	1,72	1,04	1,77	1,60	2,57
HU/PL	1,22	1,26	1,30	1,39	1,44	2,09	1,65	1,78	1,43 <sup>a</sup>	1,66
HU/SK	1,12	1,33	1,25	1,35	1,15	1,29	1,04	1,25	1,84	2,44

\* kezelhető halálokok;

\*\* megelőzhető halálokok

<sup>a</sup> 2005-ös adat

*Adatok forrása:* Eurostat Database, causes of deaths

Az adatok egyértelműen jelzik, hogy ezeknek a betegségeknek a megelőzése és kezelése területén a magyar egészségügy teljesítménye (hozzáférhetősége, az ellátás minősége) távolabb került mind a fejlett országoktól, mind a többi V3 országtól, mint ahol a 2000-es évek elején volt. Ugyanis Magyarországnál lényegesen kedvezőbben alakult a V3 országok relatív helyzete az EU15 átlagához képest: az ischeamias szívbetegségek esetében Lengyelország relatív helyzetében kismértékű javulás, a másik két ország esetében kismértékű romlás, a vastagbél- és végbéldaganatok vonatkozásában Csehország esetében lényeges javulás, a másik két ország esetében kismértékű romlás következett be. Az összes vizsgált halálok esetében Magyarország helyzete mindhárom másik visegrádi országhoz képest romlott. Például az ischeamias szívbetegségből eredő halálozás (a 65 évesnél fiatalabb lakosság esetén) Magyarországon 2001-ben 45 százalékkal volt magasabb, mint Csehországban, 2014-ben pedig már 72 százalékkal. (Lengyelország esetében a megfelelő adatok: 44 százalék és 2,09-szeres; Szlovákia esetében pedig: 15 százalék és 29 százalék.)

Az EU egészét tekintve a megelőzhető halálozások 17 százalékát a tüdőrák miatti halálozás teszi ki. A 65 évnél fiatalabb népesség körében a tüdőrák miatti halálozás kiugróan magas volt Magyarországon mind 2001-ben mind 2014-ben (7. táblázat). 2014-ben 44,4 halálozás jutott 100 ezer 65 évnél fiatalabb lakosra. Ez 50 százalékkal magasabb volt, mint az utánunk következő Horváthországban

és Romániában (ahol 29,0 és 28,1 volt ez az adat). Az elmúlt 15 évben Magyarországon csak minimális mértékben csökkent a tüdőrák miatti halálozás, a többi V3 ország (különösen Csehország és Szlovákia) jelentősen tudta csökkenteni – így a különbség jelentősen növekedett: a magyarországi halálozás 2001-ben 1,6-szerese, 2014-ben pedig 2,6-szerese volt a csehországinak.

Ismét fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy meg kell különböztetnünk a magyar adatok önmagában vett alakulását és Magyarország relatív helyzetének az alakulását. A leggyakoribb elkerülhető halálokok esetében a magyar adatok önmagában vett alakulása általában javulást mutat, míg a relatív helyzetünk a legtöbb halálokok esetében romlott vagy változatlan maradt. Például 2001 és 2014 között a 65 évesnél fiatalabb népesség ischeamiás szívbetegségekből eredő halálozási rátája nálunk is csökkent: 73,7-ről 53,6-ra (100 ezer lakosra vetítve). A relatív helyzetünk azonban jelentős mértékben romlott annak következtében, hogy mind a fejlett országok, mind a V3 országok lényegesen jobban ki tudták használni az orvostechológia nyújtotta lehetőségeket a betegség megelőzésében és kezelésében. Ezt tükrözi, hogy az EU országok többségében 40-50 százalékos volt az ischeamiás szívbetegségek halálozási rátájának a csökkenése (a 65 évesnél fiatalabb népesség körében), a magyarországi halálozás csak 27 százalékkal csökkent. A tanulmányban vizsgált többi volt-szocialista ország esetében is 35-50 százalékkal csökkent a halálozás, továbbá 2014-ben Bulgária és Románia relatív helyzete is kedvezőbb volt, mint Magyarországé (2001-ben Románia még kedvezőtlenebb helyzetben volt).

A kezelhető halálozást általánosan véve két alapvető tényező befolyásolja: időben hozzájutnak-e a betegek az ellátáshoz és az adekvát ellátást kapják-e a betegek. A kezelhető halálozás területén a relatív helyzetünk kedvezőtlen alakulása azt jelzi, hogy ezekben a tényezőkben sokkal súlyosabbak a problémáink, mint az összehasonlítás alapjául választott EU15 és V3 országokban. Az adatok természetesen nem mutatják, hogy milyen területeken legsúlyosabbak a problémák. Általánosan fogalmazva, a hozzáférést és a minőséget is befolyásolják a következő tényezők: az alapellátás elérhetősége és minősége, az alapellátás és a szakellátás koordináltsága, illetve a kapacitások (technológia, humán erőforrás). Továbbá a hozzáférésben és a minőségben eltérő mértékű különbségek lehetnek az egyes országokon belül. Az egyes országokon belüli egyenlőtlenségek mértéke pedig kihat az országok közötti egyenlőtlenségekre is. Mindezek a tényezők jelentős mértékben függenek az egészségügyre fordított közkiadások nagyságától és a források felhasználásának a módjától – illetve azoknak a hosszabb időszakon keresztüli alakulásától.

## Az egészségügy helyzetének tükröződése a társadalmi közérzetben

Az előbb vázolt folyamatokat tükrözi a társadalomnak az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos közérzetében végbement negatív irányú változás is. Az Eurostat által minden év tavaszán és őszén elkészített Eurobarometer felmérés<sup>18</sup> adatai lehetőséget adnak arra, hogy nyomon kísérjük, hogyan vált egyre inkább a *magyar társadalom megítélésében* az egészségügy helyzete az ország legfontosabb problémájává. Ha óvatosak vagyunk, akkor „egyik legfontosabb” problémáról beszélünk „a legfontosabb” helyett – ugyanis a módszer, a kérdések megfogalmazása bizonyos mértékben befolyásolhatja a kapott eredményeket. Az Eurobarometer 2010 és 2017 közötti eredményei egyértelműen mutatják, hogy ebben az időszakban a magyar lakosság által az egészségügy helyzetéről alkotott kép drámai módon változott meg. 2010 őszén a felmérésben felsorolt problémák közül még csak az 5. helyre került az egészségügy, ami az elégedetlenségnek inkább egy alacsonyabb szintjét tükrözi. 2014 őszére már a 3. helyre került a problémák sorában (de a súlya jelentősen elmaradt a munkanélküliség mögött), 2016 tavaszára pedig az egészségügy helyzete vált a magyar lakosság által legfontosabbnak tartott problémává. Érdekes azt is meggondolni, hogy megelőzte a bevándorlás, a munkanélküliség, gazdasági helyzet, megélhetési költségek, továbbá a nyugdíj problémáját. Azt, hogy ez az eredmény nem volt véletlen, jól mutatja, hogy az egészségügy megtartotta az első helyét a legutóbbi két felmérés alkalmával is. 2017 tavaszán a gazdaság és társadalom 13 felsorolt problémája közül a magyar lakosság 40 százaléka tartotta az egészségügyet a legsúlyosabb problémának. Ezek az adatok jól tükrözik, hogy a társadalom széles rétegeinek személyes tapasztalatát jelentik az egészségügy működési zavarai, az ellátáshoz való hozzáférés akadályai és az ellátás minőségével kapcsolatos problémák.

Az egészségügy nemcsak Magyarországon került ebbe a „kitüntetett pozícióba”: a 28 EU tagállam közül 10 országban a leggyakrabban említett probléma volt, 16 országban pedig a 3 leggyakrabban említett probléma között szerepelt. Fontos kiemelni, hogy Csehországban egyetlen időpontban sem került a legfontosabbnak tartott problémák közé az egészségügy. Az okok között vitathatatlanul szerepel az a tény, hogy az elmúlt évtizedekben Csehország lényegesen nagyobb forrásokat fordított közpénzekből az egészségügy finanszírozására, mint a többi visegrádi ország, ezáltal a társadalombiztosítás magasabb színvonalú ellátást tud nyújtani.

<sup>18</sup> Az Eurobarometer felmérés egyik fontos kérdése: hogy az EU országok állampolgárai mely problémákat tartják az országuk előtt álló legfontosabb kihívásnak. Egy válaszadó két problémát jelölhet meg az előre felsorolt válaszok közül.

## Záró gondolatok

Szélesebb perspektívából nézve a tanulmányban vázolt folyamatok újabb – az egészségi állapotra és az egészségügyre vonatkozó – adalékot jelentenek ahhoz, hogy a 2000-es évek közepétől egyre inkább manifesztálódott a rendszerváltozáskor kezdődött újabb gazdasági-társadalmi felzárkózási kísérlet eddigi kudarca. Erről az utóbbi időben számos tanulmányt olvashattunk (Jakab – Urbán, 2017).

Az elmúlt évtizedek a V3 országokban sem voltak problémamentesek. Azonban, ha arra a kérdésre kell választ adnunk, hogy az egészségi állapot és az egészségügy alapvető mutatóit tekintve távolabb vagy közelebb kerültek-e a fejlett Európai országokhoz, a V3 országokra a felzárkózás tendenciái (vagy bizonyos mutatók esetében a relatív helyzetük megőrzése) a jellemző. Magyarország esetében pedig az EU15 átlaghoz képest a leszakadás tendenciái figyelhetők meg (vagy bizonyos mutatók esetében a relatív helyzetük megőrzése). Ennek következtében a vizsgált indikátorok többsége esetében Magyarország helyzete mindhárom másik visegrádi országhoz képest romlott. Ennek mértéke különösen jelentős volt az egészségügyi rendszer átfogó teljesítményét jelző elkerülhető halálozás körébe tartozó (a 7. táblázatban közölt) néhány halálok esetében.

Tekintettel arra, hogy a 80-as évek végén a visegrádi országok (Magyarországot is beleértve) megközelítően azonos fejlettségi szinten voltak, továbbá az államszocialista politikai és gazdasági berendezkedés hasonló intézményi örökséget jelentett, megfogalmazható az állítás, hogy az államszocialista múlt súlyos öröksége nem tette eleve lehetetlenné a felzárkózás irányába mutató trendeket. A magyarázatot arra, hogy a magyar egészségügynek a fejlett országok egészségügyéhez történő felzárkózási megtorpanás és számos tekintetben leszakadó trendek bontakoztak ki, elsősorban a kormányzati politikákban, a politikai elit kormányzati magatartásában, a kormányzás és a politikai berendezkedés intézményi jellemzőiben kell keresnünk. Természetesen, ahogy a rendszerváltás utáni időszak egészében a felzárkózás és lemaradás tendenciái váltakoztak, a jelenlegi trend is megfordulhat. Továbbá nyilvánvalóan a gazdaság és társadalom különböző területein ellentétes irányú trendek lehetnek jelen – azaz a gazdaság területén esetleg meginduló felzárkózásból sem következne automatikusan felzárkózás az egészségi állapot területén.

A magyar gazdaság és egészségügy közötti kapcsolat egyik sajátos elemét jelenti, hogy az elmúlt évtizedben az egészségügy volt az egyik legfőbb vesztese az eltorzult állami forráselosztásnak. A rendszerváltozás óta a magyar gazdaságpolitikát az úgynevezett „húzd meg – ereszd meg” (stop-go) szakaszok jellemezték: a választási években az állam túlköltekezett, amit az államháztartási egyensúly megingása, majd az egyensúlytalanságra válaszul adott restriktív követett. Ennek is szerepe volt abban, hogy a magyar gazdaság különösen sérülékennyé vált a 2008-as gazdasági válság időszakában: a külső, súlyos visszaesést a kormánynak nem volt lehetősége ellensúlyozni, hanem azt még fokozó kiigazításokra kényszerült (Oblath – Palócz, 2013). Továbbá a válságból nagyon lassú volt a kilábalás:

az egy főre jutó GDP szintje (reálértékben) csak 2014-ben érte el újra a 2008-as szintet. Az egészségügy (az oktatással együtt) a „stop” és a „go” szakaszoknak egyaránt vesztese volt: a megszorítások ezeken a területeken aránytalanul nagyok voltak, míg a „go” szakaszokban a kormányzatok elsősorban azokon a területeken növelték a kiadásokat, amelyeket az egyének közvetlenül a saját zsebükön érzékelní tudnak (nyugdíjmelés, családi adókedvezmény, lakástámogatás, rezsi-csökkentés stb.).

Nem túlzás azt állítani, hogy az egészségügyből történt forráskivonás következményei emberéletekben mérhetők. Például a 2011–14-es időszakot tekintve, ha legalább a cseh egészségügy teljesítményének a színvonalát elérte volna a magyar egészségügy (azaz a kezelhető és megelőzhető halálokok miatti halálozási rátánk azonos lett volna), akkor kb. 70 ezerrel kevesebb 75 évesnél fiatalabb honfitársunkat veszítettük volna el a vizsgált négy éves időszak egészét tekintve.

A címben feltett kérdésre természetesen csak feltételes válaszok és szcenáriók fogalmazhatók meg. Az egészségügyi közkiadások alakulásánál láthattuk, hogy 2015-ben és különösen 2016-ban az egészségügyi közkiadások reálértéke már növekedett. A társadalom és az egészségügyi dolgozók elégedetlensége azonban nem csökkent, sőt a lakosságé inkább tovább növekedett. Nagy a veszélye annak, hogy a gyors pozitív hangulatváltást remélő politikai döntéshozók arra a (téves) következtetésre jutnak, hogy többletforrásokkal nem lehet az egészségügyben eredményt elérni. Annak a belátására lenne szükség, hogy egy évtizedes súlyos forráskivonást és annak hatására kiéleződött problémákat nem lehet egyik napról a másikra megszüntetni. Továbbá az egészségügyi közkiadások több évig tartó lényeges növelése és azzal párosuló – az elérhetőségre és a minőségre hatni tudó – összehangolt intézkedések szükségesek ahhoz, hogy olyan pozitív tendenciák tudjanak kibontakozni, amelyek javítani tudják a társadalom elégedettségét az egészségüggyel. Ha ez nem valósul meg, akkor nagy a kockázata a tanulmányban vázolt tendenciák erősödésének, az egészségi állapot leszakadó trendjei folytatódásának – ami a hosszú távú társadalmi-gazdasági fejlődés egyik alapvető feltételét rombolná tovább.

Irodalom<sup>19</sup>

- ÁEEK (2016): *Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelése* <https://mertek.aEEK.hu/jelentes-2013-15>
- Bálint, L. – Kovács, K. 2015: Halandóság. In: Monostori J. – Öri P. – Spéder Zs. szerk.: *Demográfiai portré 2015*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, 75–94. p
- European Commission (2013): *Social investment package. Commission staff working document. Investing in health* SWD (2013) 43 final
- European Commission (2017): *Standard Eurobarometer 87*. Spring 2017 Public opinion in the European Union
- Eurostat (2017): *Amenable and preventable deaths statistics* [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable\\_and\\_preventable\\_deaths\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics)
- Figueras, J. et al. (2008): *Health System, Health and Wealth: Assessing the Case for Investing in Health Systems*, background document. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Jakab A. – Urbán L. (2017): *Hegymenet*. Társadalmi és politikai kihívások Magyarországon. Osiris Kiadó, Budapest.
- KSH (2015): A középkorú népesség halandósága az epidemiológiai krízist követő két évtizedben. *Statisztikai Tükör 2015/1*
- Lantos G. (2017): Erzsike néni utazzon 30 kilométert vagy Tóth doktor 1300-at? A finanszírozható és működőképes egészségügyi rendszer. In: Jakab A. – Urbán L. (2017): *Hegymenet*. Társadalmi és politikai kihívások Magyarországon. Osiris Kiadó, Budapest, 401-423.
- Mellár T. (2017): Nincsenek bombabiztos receptek. Gazdaságpolitikai alternatívák a modernizációra. In: Jakab A. – Urbán L. (2017): *Hegymenet*. Társadalmi és politikai kihívások Magyarországon. Osiris Kiadó, Budapest. 251-264.
- Oblath G. – Palócz É. (2013): Sérülékeny gazdaság: sérülékeny állam, sérülékeny háztartások. In: Kolosi, Tamás – Tóth, István György (eds.): *Társadalmi Riport 2012*. TÁRKI, Budapest
- OECD (2011): *Divided we stand: why inequality keeps rising*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development
- Orosz E. and Kollanyi, Z., (2014): *Opportunism of Public Policies as an Underlying Determinant of Health Inequalities in Hungary* Athens: ATINER'S Conference Paper Series, No: HEA2014-1009.
- Orosz É. – Kollányi Zs. (2016): Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. In: Kolosi T. – Tóth I. Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport 2016*, TÁRKI Zrt. 332-355.

<sup>19</sup> Az internetes hivatkozások utolsó letöltése: 2017. 11. 08.

- Solar O, I. (2010): *A Conceptual framework for action on the Social Determinants of Health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Debates, Policy & Practice, WHO Geneva
- Stiglitz, J. E., Sen, A., & Fitoussi, J.-P. (2010): *Mismeasuring Our Lives: Why GDP Doesn't Add Up*. New York: The New Press
- Tölgyessy P. (2017): Kompország reményei. In: Jakab A. – Urbán L. (2017): *Hegymenet*. Társadalmi és politikai kihívások Magyarországon. Osiris Kiadó, Budapest, 9-36.
- Új Egyenlőség (2017): *Romokban az egészségügy – beszélgetés Sinkó Eszterrel*  
<http://ujegyenloseg.hu/a-magyar-faktor-sinko-eszter-az-egeszsegugy-kihivasairol/>
- World Economic Forum (2017a): *The Global Competitiveness Report 2016–2017*
- World Economic Forum (2017b): *The Global Competitiveness Report 2017–2018*
- WHO (2008): *Closing the gap in a generation*. Commission on social determinants of health. Final report. Geneva, World Health Organization