



State of Health in the EU

Magyarország

Egészségügyi országprofil 2021

Egészségügyi országprofilok sorozat

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

Az országprofilok az OECD (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet) és a European Observatory on Health Systems and Policies szervezet közös munkájának eredményeként jöttek létre, az Európai Bizottsággal együttműködésben. A munkacsoport köszönetet mond a Health Systems and Policy Monitor hálózatnak, az OECD Egészségügyi Bizottságának és az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelésével foglalkozó európai uniós szakértői csoportnak értékes észrevételeikért és javaslataikért.

Tartalom

1. ÖSSZEFOGLALÓ	3
2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI HELYZET MAGYARORSZÁGON	4
3. KOCKÁZATI TÉNYEZŐK	6
4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER	8
5. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER TELJESÍTMÉNYE	12
5.1 Eredményesség és hatékonyság	12
5.2 Hozzáférés	15
5.3 Reziliencia (ellenálló és alkalmazkodóképesség)	18
6. FŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK	22

Az adatok és információk forrásai

Az egészségügyi országprofilokban szereplő adatok és információk főként az Eurostatnak és az OECD-nek eljuttatott hivatalos nemzeti statisztikákon alapulnak, amelyeket hitelesítették a legmagasabb szintű adat-összehasonlíthatóság biztosítása érdekében. Az adatok alapjául szolgáló források és módszerek elérhetők az Eurostat adatbázisában és az OECD egészségügyi adatbázisában. Bizonyos további adatok az Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC), a Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) és az

Egészségügyi Világszervezet (WHO) forrásaiból, valamint egyéb nemzeti forrásokból származnak.

A számított uniós átlagok a 27 tagállam súlyozott átlagai, hacsak az másként nem kerül feltüntetésre. Az uniós átlag Izland és Norvégia adatait nem tartalmazza.

Ez a profil 2021 szeptemberében készült, a 2021. augusztus végén elérhető adatok alapján.

Demográfiai és társadalmi-gazdasági környezet Magyarországon 2020-ban

Demográfiai tényezők	Magyarország	EU
Népesség (évközi becslés)	9 769 526	447 319 916
A 65 év feletti népesség aránya (%)	19,9	20,6
Termékenységi ráta ¹ (2019)	1,6	1,5
Társadalmi-gazdasági tényezők		
Egy főre jutó GDP (PPP EUR ²)	22 103	29 801
Relatív szegénységi arány ³ (% , 2019)	12,3	16,5
Munkanélküliségi ráta (%)	4,3	7,1

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

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

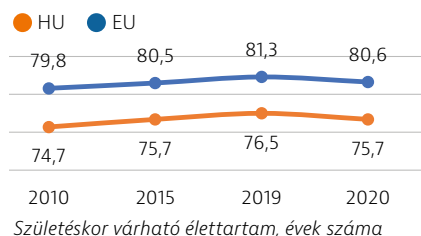
Ez a dokumentum, valamint a benne foglalt adatok és térképek nem érintik a területek státuszát vagy a területek feletti fennhatóságot, a nemzetközi határok kijelölését, illetve a területek, városok vagy térségek nevét.

A WHO-ra további felelősségkizárások vonatkoznak.

© OECD és World Health Organization (a European Observatory on Health Systems and Policies megbízott befogadószervezeteként és titkárságaként) 2021

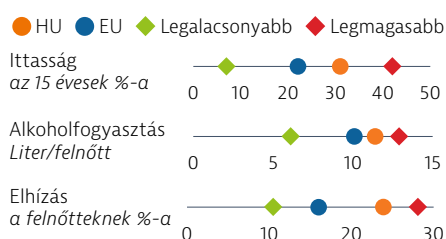
1 Összefoglaló

A várható élettartam Magyarországon viszonylag egyenletesen nőtt a Covid19-világjárvány előtt, de majdnem öt évvel elmarad az uniós átlagtól. 2019 és 2020 között a várható élettartam a Covid19-világjárvány miatt átmenetileg közel 10 hónappal csökkent, ami az uniós átlaghoz hasonló csökkenést jelent. Az ellátás folyamatosságának fenntartása érdekében a világjárvány alatt új távegészségügyi szabályozást vezettek be; a kielégítetlen egészségügyi szükségletek szintje ennek ellenére nőtt. A tartós munkaerőhiányra válaszul a kormány 2020-ban új egészségügyi szolgálati jogviszonyt hozott létre a közszférában, amely 2023-ig 120%-os béremelést irányoz elő az orvosok számára.



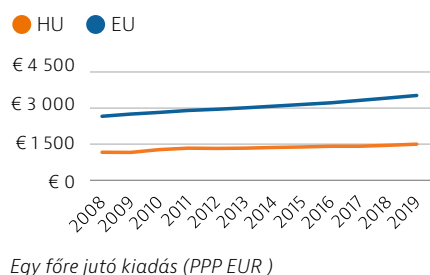
Az egészségügyi helyzet magyarországon

Magyarországon a várható élettartam 2010 és 2019 között közel két évvel nőtt, majd 2020-ban a Covid19-világjárvány következtében ideiglenesen közel 10 hónappal csökkent, ami nagyjából ugyanolyan csökkenést jelent, mint az EU egészében. Magyarországon 2020-ban az emberek átlagosan közel öt évvel éltek kevesebbet, mint az uniós átlag.



Kockázati tényezők

A magyarországi halálozások mintegy 50%-áért az életmóddal összefüggő kockázati tényezők felelősek. Más uniós országokhoz képest Magyarországon viszonylag magas a túlzott alkoholfogyasztás mind a serdülők, mind a felnőttek körében. Az elhízott felnőttek aránya szintén meghaladja az uniós átlagot.

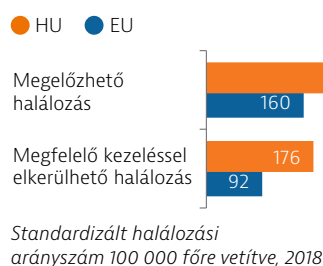


Az egészségügyi rendszer

Magyarországon az egészségügyi kiadások mérsékelt növekedtek a világjárványt megelőző években, de mind az egy főre jutó, mind a GDP százalékában kifejezett kiadások az uniós átlag alatt maradtak. A közfinanszírozás az összes egészségügyi kiadás kétharmadát teszi ki, ami elmarad az EU 80%-os átlagától, ami azt eredményezi, hogy magas a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások aránya. A világjárvány idején a kormány jelentős béremeléseket vezetett be, hogy megállítsa az egészségügyi szakemberek állami szektorból való elvándorlását.

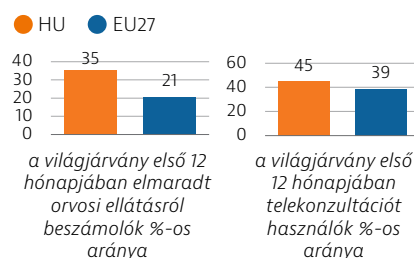
Eredményesség és hatékonyság

A megelőzhető okok miatti halálozási arány az összes uniós ország közül Magyarországon volt a legmagasabb a világjárvány előtt, ami kiemeli a életmódbeli és egyéb kockázati tényezők csökkentésének szükségességét. A megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás is jóval meghaladta az uniós átlagot, ami az egészségügyi szolgáltatások minőségével kapcsolatos problémákat tükrözi.



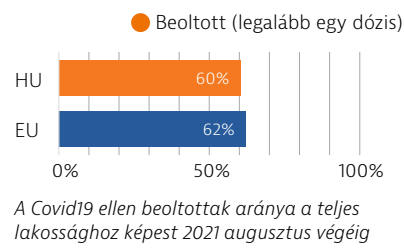
Hozzáférés

Magyarországon alacsony a kielégítetlen egészségügyi szükségletek szintje, de 2020-ban átmenetileg emelkedett: a világjárvány első 12 hónapjában az emberek harmada számolt be kielégítetlen egészségügyi szükségletekről, míg az EU egészében az emberek ötöde. A telemedicina megkönnyítette az ellátáshoz való hozzáférést a világjárvány idején: az emberek 45%-a vett részt online konzultáción, miközben az uniós átlag 39% volt.



Reziliencia

A világjárvány okozta többletigények kielégítése érdekében nőtt a dolgozók és a kórházi ágyak száma. Ezzel egyidejűleg az ország meglévő kapacitásokat szabadított fel, például a kórházi ágyak egy részét a Covid19-betegek számára tartotta fenn, ami egyes nem Covid-betegek késedelmes ellátását eredményezte. Az átoltottság az oltások bevezetésekor viszonylag magas volt, de azt követően lelassult.



2 Az egészségügyi helyzet Magyarországon

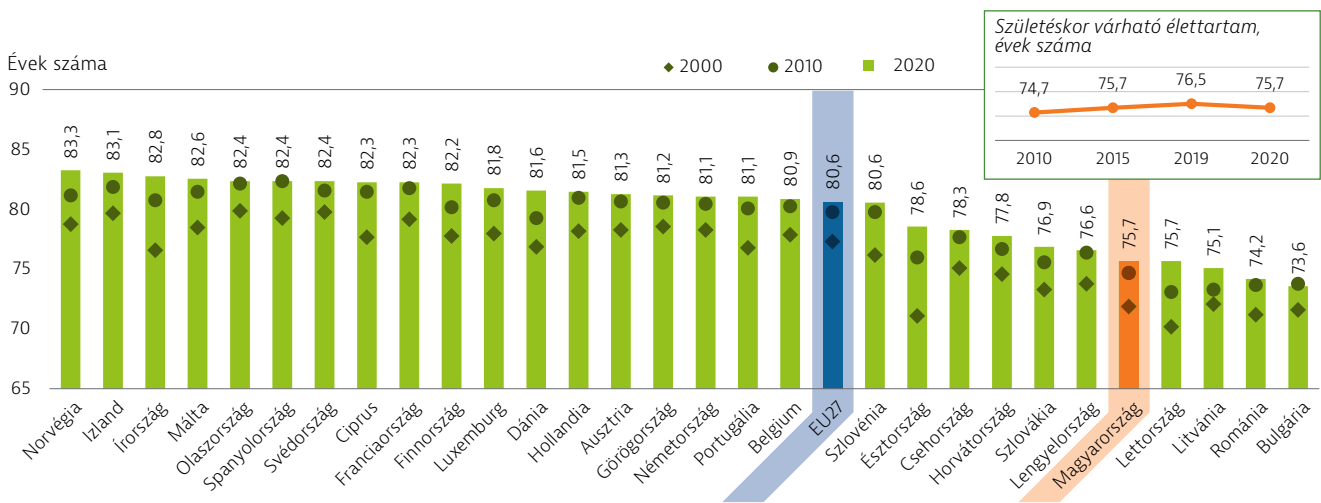
Magyarországon a születéskor várható élettartam a legalacsonyabbak között van az EU-ban

Magyarországon a születéskor várható élettartam 2000 és 2020 között 71,9 évről 75,7 évre nőtt. Ennek ellenére 2020-ban a születéskor várható élettartam csaknem öt évvel elmaradt az EU egészének átlagától (1. ábra), és alacsonyabb volt, mint Csehországban, Lengyelországban és Szlovákiában. A Covid19-világjárvány következtében a várható élettartam 2019 és 2020 között átmenetileg közel 10 hónappal csökkent, ami összhangban van

az uniós átlaggal, és a négy viseigrádi ország közül a legalacsonyabb¹.

A magyar nők átlagosan majdnem hét évvel tovább élnek, mint a férfiak – 79,1 évig, szemben a 72,3 évvel. Ez a nemek közötti különbség nagyobb, mint az EU egészében és nagyrészt annak tudható be, hogy a férfiak jobban ki vannak téve különböző kockázati tényezőknek, különösen a dohányzásnak és a túlzott alkoholfogyasztásnak (lásd a 3. szakaszt).

1. ábra. Magyarországon a születéskor várható élettartam majdnem öt évvel alacsonyabb az uniós átlagnál

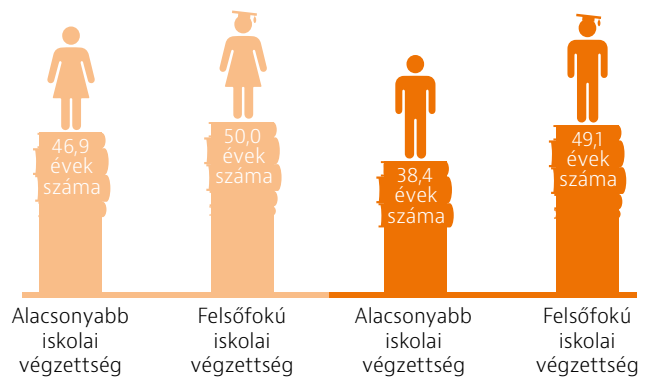


Megjegyzés: Az uniós átlag súlyozott. Az írországi adatok 2019-re vonatkoznak. Forrás: Eurostat adatbázis.

Miközben a különbség csökken, a várható élettartamban megmutatkozó iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségek továbbra is jelentősek

Magyarországon a várható élettartam tekintetében jelentősek a nemek és az iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségek. 30 éves korban a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező férfiak átlagosan majdnem 11 évvel kevesebbet fognak élni, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkezők. Bár ez a különbség az elmúlt években csökkenő tendenciát mutatott, még mindig majdnem négy évvel meghaladja az uniós átlagot. A nők esetében a várható élettartambeli különbség sokkal kisebb: Magyarországon 3,1 év, míg az EU-ban 3,4 év (2. ábra). Ezek a különbségek részben azzal magyarázhatók, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségűek nagyobb mértékben vannak kitéve olyan kockázati tényezőknek, mint például a dohányzás (lásd a 3. szakaszt).

2. ábra. Az iskolázottság szerinti különbség a várható élettartamban majdnem 11 év a férfiak és több mint 3 év a nők esetében



A 30 éves korban várható élettartam különbsége iskolázottság szerint:
 Magyarországon: 3,1 évek száma EU18: 3,4 évek száma
 Magyarországon: 10,7 évek száma EU18: 6,9 évek száma

Megjegyzés: Az adatok a 30 éves korban várható élettartamra vonatkoznak. A magas iskolai végzettség a felsőfokú végzettség (ISCED 5–8), míg alacsony iskolai végzettségűek azok, akik középfokú tanulmányaikat sem fejezték be (ISCED 0–2).
 Forrás: Eurostat adatbázis (az adatok 2017-re vonatkoznak).

Magyarországon minden harmadik halálestet az ischaemiás szívbetegség vagy a stroke okozza

Az ischaemiás szívbetegség és a stroke a vezető halálozási okok, amelyek a 2018-ban Magyarországon regisztrált halálestek egyharmadát tették ki.

1. Csehország, Lengyelország, Magyarország és Szlovákia.

A rákos megbetegedések közül a tüdőrák a leggyakoribb halálok, amelyet a vastagbél-, a hasnyálmirigy- és az emlőrák követ (3. ábra).

2020-ban a Covid19 közel 10 000 halálesetet okozott Magyarországon (az összes haláleset 7%-a). 2021 júniusának végére ez a szám megháromszorozódott, és megközelítőleg 30 000 halmozott halálesetre emelkedett, ami egymillió lakosra vetítve több mint 3 000 halálesetnek felel meg. Ez a legmagasabb érték az EU-ban.

A többlethalálozás - azaz a különbség az előző évek adatai alapján általában várható összes okból bekövetkezett halálozás és a ténylegesen tapasztalt halálozás között - azt jelzi, hogy a Covid19 közvetlen és közvetett halálos áldozatainak tényleges száma valószínűleg még magasabb lesz. Bár magasabbak, a népességre vetített többlethalálozási adatok kedvezőbb fényben tüntetik fel a Covid19 magyarországi halálozási adatait – például az egymillió lakosra jutó többlethalálozás a második legalacsonyabb a visegrádi négyek országai között.

3. ábra. A szív- és érrendszeri betegségek a fő halálokok, de a Covid19 2020-ban sok halálesethez vezetett



Megjegyzés: A Covid19 okozta halálesetek száma és aránya 2020-ra, míg az egyéb okokból bekövetkezett halálozások száma és aránya 2018-re vonatkozik. A Covid19-doboz mérete arányos a 2018. évi egyéb fő halálokok dobozáinak méretével.

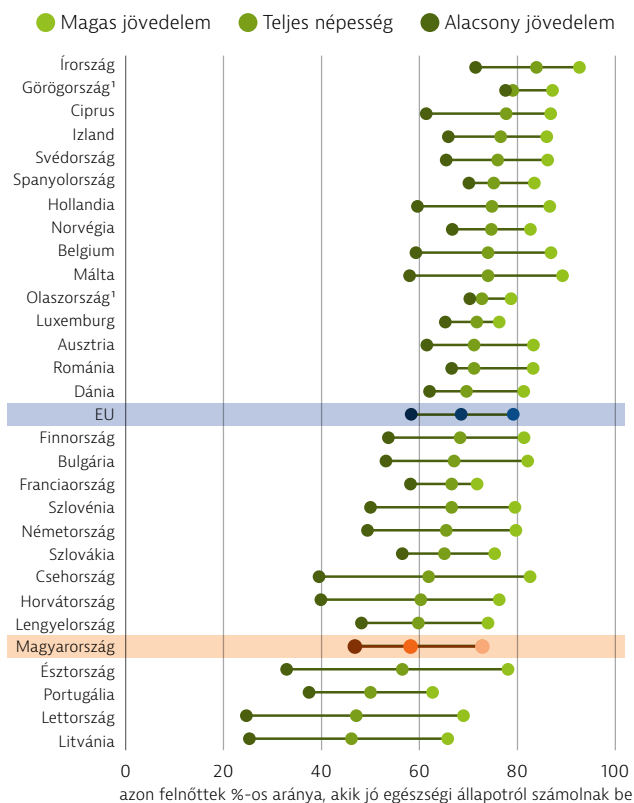
Források: Eurostat (2018-as halálokok tekintetében); ECDC (a Covid19 okozta halálesetek tekintetében 2020-ban, egészen az 53. hétig).

Más uniós országokhoz képest kevesebb magyar számol be jó egészségi állapotról

2019-ben a felnőttek kevesebb mint 60%-a számolt be arról, hogy jó az egészségi állapota, ami elmarad az uniós átlagtól, amely megközelítőleg 70%. Magyarországon és az EU egészében is a magasabb jövedelműek nagyobb valószínűséggel számolnak be jó egészségi állapotról: 2019-ben a legmagasabb jövedelmi ötödbe (kvintilisbe) tartozó magyarok 73%-a, míg a legalacsonyabb jövedelmi kvintilisbe tartozók 47%-a nyilatkozott úgy, hogy jó egészségnek örvend (4. ábra). Az uniós országok átlagos adatai magasabbak: a legmagasabb jövedelmi kvintilisben 79%, a legalacsonyabb jövedelmi kvintilisben 58%.



4. ábra. A saját bevallás szerinti egészségi állapotban a jövedelmi szintek szerint jelentős egyenlőtlenségek mutatkoznak Magyarországon



Megjegyzés: 1. A teljes népességre és az alacsony jövedelmű népességre vonatkozó arány nagyjából azonos. Forrás: Eurostat adatbázis, az EU-SILC alapján (az adatok 2019-re vonatkoznak).

Magyarországon tíz felnőttből közel négy él krónikus betegséggel

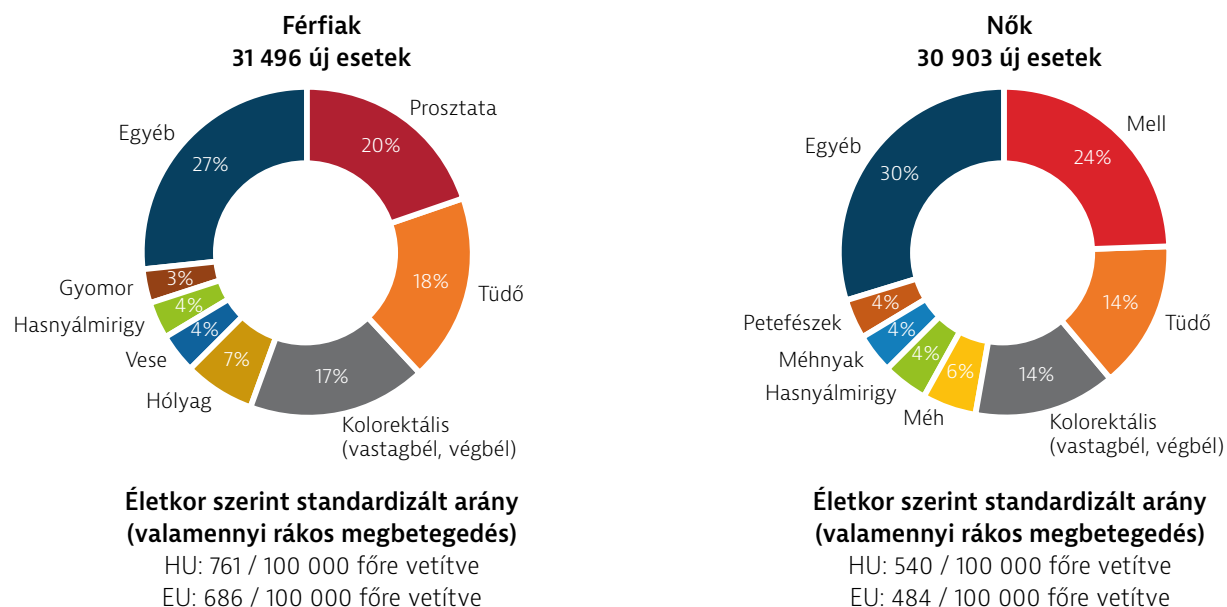
2019-ben a felnőttek közel 40%-a számolt be legalább egy krónikus betegségről – ez az arány magasabb, mint az EU egészében (36%). Csakúgy, mint a saját egészségi állapot megítélése tekintetében, a krónikus betegségek előfordulását illetően is jelentős a jövedelmi csoportok szerinti különbség: a legalacsonyabb jövedelmű csoportba tartozó magyar felnőttek 46%-a számolt be arról, hogy legalább egy krónikus betegségben szenved, míg a legmagasabb jövedelmi csoportba tartozók csupán 30%-a nyilatkozott így. Ez a két számadat nagyjából összhangban van az uniós átlaggal.

Magyarországot nagyobb mértékben sújtják rákos megbetegedések, mint a legtöbb uniós országot

Az Európai Bizottság Közös Kutatóközpontja (JRC) korábban azt jelezte előre, hogy Magyarországon 2020-ban várhatóan több mint 62 000 új rákos megbetegedés fog előfordulni. Ez 100 000 főre vetítve mintegy 623 rákos megbetegedést jelent, ami 10%-kal magasabb az uniós átlagnál. A rák okozta halálozási arány Magyarországon 2020-ban várhatóan szintén magas lesz: 100 000 főre vetítve 330 haláleset várható, míg az EU egészében 263. A rákos megbetegedések előfordulására és a rák okozta halálozásra vonatkozó viszonylag magas becslések részben a lakosság kockázatos egészség-magatartását, például a dohányzást és az alkoholfogyasztást tükrözhetik (lásd a 3. szakaszt).

Az 5. ábra. ábra azt mutatja, hogy Magyarországon a vezető rákdiagnózis várhatóan a nőknél a mellrák, a férfiaknál pedig a prosztatatarák lesz. A becslések szerint mind a férfiak, mind a nők esetében a tüdőrák lesz a második, a vastagbélrák pedig a harmadik vezető típus.

5. ábra. Magyarországon a becslések szerint 2020-ban 62 000 új rákos megbetegedés várható



Megjegyzés: A méhrák nem foglalja magában a méhnyakrákot; az adatok nem melanoma bőr rák adatait nem tartalmazzák.
 Forrás: ECIS– Európai rákinformációs rendszer.

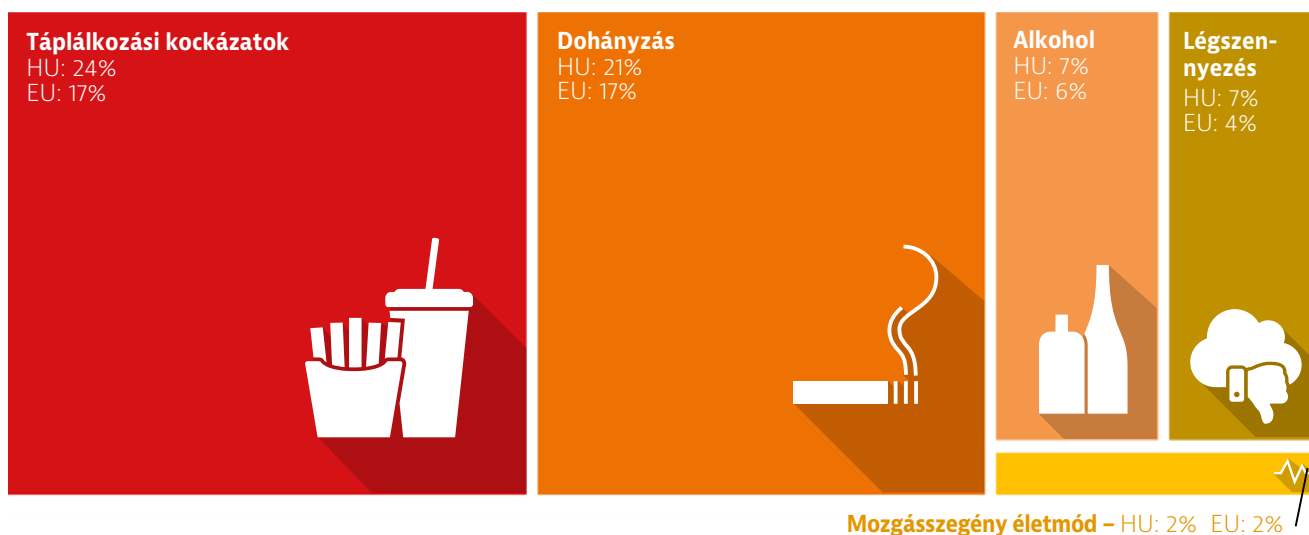
3 Kockázati tényezők

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

Magyarországon a halálesetek mintegy fele az egészséges magatartásbeli kockázati tényezőknek tulajdonítható (6. ábra). 2019-ben az összes haláleset egynegyede táplálkozási kockázatoknak volt tulajdonítható, ami meghaladja az uniós átlagot (17%). A dohányzás, beleértve az aktív és a passzív dohányzást is, az összes haláleset további 21%-át okozta, míg a halálesetek 7%-a

az alkoholfogyasztásnak, 2%-a pedig a mozgásszegény életmódnak volt tulajdonítható. A finomrészecskék (PM_{2,5}) és az ózonnak való kitettség formájában jelentkező légszennyezés önmagában az összes haláleset mintegy 7%-áért volt felelős 2019-ben, ami az uniós átlagnál (4%) jelentősen magasabb arány. A légszennyezés okozta halálesetek a legtöbb esetben a keringési és légzőszervi megbetegedésekhez, valamint a rák bizonyos típusaihoz kapcsolódnak.

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



Megjegyzés: Az e kockázati tényezőkhöz kapcsolódó halálesetek száma összességében alacsonyabb, mint az egyes tényezőkhöz kapcsolódó esetek összege, mivel ugyanaz a haláleset több kockázati tényezőnek is tulajdonítható. A táplálkozási kockázatok 14 tényezőtől állnak, mint például az alacsony gyümölcs- és zöldségfogyasztás és a magas cukrozottital-fogyasztás. A légszennyezés a finomrézcskéknek (PM_{2.5}) és az ózonnak való kitettségre utal.
Források: IHME (2020), Global Health Data Exchange (a becslések 2019-re vonatkoznak).

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

2019-ben a magyar felnőttek mintegy negyede számolt be arról, hogy napi szinten dohányzik – ez a harmadik legmagasabb arány az EU-ban² Bulgária és Horvátország után (7. ábra). A dohányzás az elmúlt két évtizedben lassabban mérséklődött Magyarországon, mint a legtöbb uniós országban. Magyarországon a dohányzók aránya jelentős különbségeket mutat a nemek szerint: a magyar férfiak közel egyharmada számolt be arról, hogy 2019-ben naponta dohányzott, szemben a nők körülbelül egyötödével. A kamaszok körében szintén magas a dohányzók aránya: 2018-ban a 15 évesek 23%-a számolt be arról, hogy az elmúlt hónapban dohányzott, ami meghaladja a 18%-os uniós átlagot.

A dohányzás magas aránya részben a dohánytermékekre kivetett alacsony jövedéki adókat tükrözheti. Magyarország éveken keresztül nem érte el az uniós rendelet³ által a cigarettákra megállapított minimális jövedéki adó mértékét. Ennek következtében az Európai Bizottság 2019-ben az Európai Unió Bíróságához fordult, ami miatt a kormány 2021-ben két áremelést hajtott végre: a januári 7,3%-os áremelést áprilisban további 4,8%-os emelés követte. 2021 végére a kormány valamennyi cigaretta és sodort cigaretta termék esetében kötelezővé teszi az egységes csomagolást.

A felnőttek és serdülőkorúak magas alkoholfogyasztása komoly aggodalomra ad okot

2019-ben a 15 éves és annál idősebb magyar állampolgárok átlagosan 11,4 liter tiszta alkoholt fogyasztottak évente, ami 5%-kal kevesebb, mint 2000-ben, de még mindig 13%-kal több az uniós átlagnál. A túlzott alkoholfogyasztás a serdülőkorúak körében is aggodalomra ad okot: 2018-ban a 15 évesek közel egyharmada számolt be arról, hogy élete során többször volt már részeg. Az uniós átlag alacsonyabb: a 15 évesek körülbelül egyötöde.

A túlsúly és az elhízottság egyre nagyobb népegészségügyi probléma Magyarországon

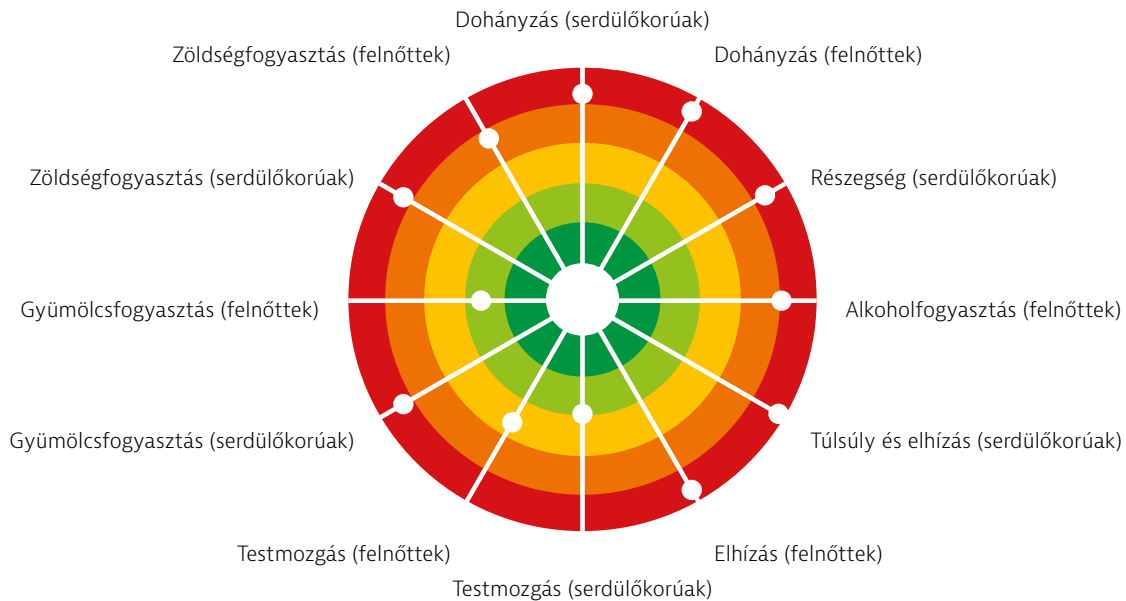
A helytelen táplálkozási szokások részben megmagyarázzák az elhízottság egyre növekvő előfordulását Magyarországon. A 2019-es beszámoló szerint a felnőttek 45%-a nem fogyaszt naponta gyümölcsöt, és 55%-uk említette, hogy nem eszik naponta zöldséget (ez az arány nagyobb, mint a legtöbb uniós országban – lásd: 7. ábra). 2019-ben a magyar felnőttek majdnem negyede (24%-a) volt elhízott az EU-ban megfigyelhető átlagosan 16%-kal szemben.

Az elhízottság és a túlsúly már a magyar gyermekek és serdülők körében is jelentős probléma. 2018-ban csaknem minden negyedik 15 éves volt túlsúlyos vagy elhízott, ami Málta után a második legmagasabb arány az EU-ban. Egyes közelmúltbeli kormányzati intézkedéseket, mint a népegészségügyi termékadót azzal a céllal vezettek be, hogy kezeljék a gyermekkori elhízottságot (lásd az 5.1. szakaszt).

2. Egy másik forrás – az Eurobarométer felmérése – alapján a felmérés idején dohányzók aránya 2020-ban 28% volt Magyarországon, ami magasabb az uniós átlagnál (25%), de több országban kaptak ennél magasabb eredményt.

3. A Tanács 2011/64/EU irányelve (2011. június 21.) a dohánytermékekre kivetett jövedéki adó szerkezetéről és adókulcsáról.

7. ábra. Magyarországon magasabb a kockázatos egészség-magatartást tanúsítók aránya, mint a legtöbb uniós országban



Megjegyzés: Minél közelebb helyezkedik el a pont a középponthoz, annál jobban teljesít az adott ország az uniós országokkal összevetve. Egyik ország sincs a fehér „célterületen” belül, mivel minden országban van még hová fejlődni minden területen.

Források: Az OECD számításai a 2017–18-as HBSC-felmérés alapján a serdülőkorúak mutatói tekintetében; valamint az OECD egészségügyi statisztikái, EHIS 2014 és 2019, a felnőttekre vonatkozó mutatók esetében.

A társadalmi–gazdasági egyenlőtlenségek hozzájárulnak az egészségügyi kockázatokhoz

Számos életmódbeli kockázati tényező gyakrabban fordul elő az alacsonyabb iskolai végzettségű vagy jövedelmű személyek körében. 2014-ben a középiskolai tanulmányaikat be nem fejezett felnőttek 30%-a dohányzott naponta, szemben a felsőfokú végzettséggel rendelkezők mindössze 13%-ával, amely különbség majdnem a duplája az uniós átlagnak.

Hasonlóképpen, 2019-ben a középfokú végzettséggel nem rendelkezők 25%-a nyilatkozott úgy, hogy elhízott, szemben a felsőfokú végzettségűek 17%-ával. A kockázati tényezők magasabb előfordulása a társadalmilag hátrányos helyzetű csoportok körében hozzájárul az egészséggel és a várható élettartammal kapcsolatos társadalmi–gazdasági egyenlőtlenségekhez.

4 Az egészségügyi rendszer

A magyar egészségügyi rendszer egyetlen egészségbiztosítási alappal rendelkezik, és erősen centralizált

Egyetlen egészségbiztosítási alap nyújt egészségbiztosítást szinte valamennyi lakos számára. Az alapot a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) kezeli, amely 2017 óta az Emberi Erőforrások Minisztériumának közvetlen irányítása alatt működik. A minisztérium kizárólagos hatáskörébe tartozik a stratégiai irányvonal meghatározása, a finanszírozás ellenőrzése, az ellátási csomag meghatározása, valamint a rendeletek kiadása és végrehajtása. Az egészségügy mellett a minisztérium felel a kultúra, az oktatás, a szociális ügyek és a sport felügyeletéért is.

2020 végéig az Emberi Erőforrások Minisztériuma az Állami Egészségügyi Ellátó Központon (ÁEEK) keresztül irányította az egészségügyi rendszert. A Központot 2020 végén magába olvasztotta a Belügyminisztérium alá tartozó, újonnan létrehozott Országos Kórházi Főigazgatóság. Feladatai közé tartozik az állami egészségügyi ellátórendszer felügyelete, a stratégiai kormányzati döntések végrehajtása, a kórházak működésének figyelemmel kísérése és az új nemzeti egészségügyi irányítási rendszer kialakításához való hozzájárulás. E változás részeként az Országos Kórházi Főigazgatóság felügyelete alatt a helyi megyei kórházak felelnek a megyei szintű fekvőbeteg-ellátás tervezéséért és irányításáért.

2020 elején a kormány operatív törzset hozott létre, amely feladata az ország Covid19-világjárványra adott válaszlépéseinek irányítása (1. háttéranyag).

1. háttérmagyarázat: A Belügyminisztérium és az Emberi Erőforrások Minisztériuma közösen irányította Magyarország Covid19-re adott válaszlépéseit

2020 januárjában a magyar kormány létrehozta a belügyminiszter és az emberi erőforrások minisztere által vezetett 11 tagú operatív törzset. A további tagok közé tartozik a Nemzeti Népegészségügyi Központ vezetője (az országos tisztifőorvos) és az Országos Mentőszolgálat főigazgatója.

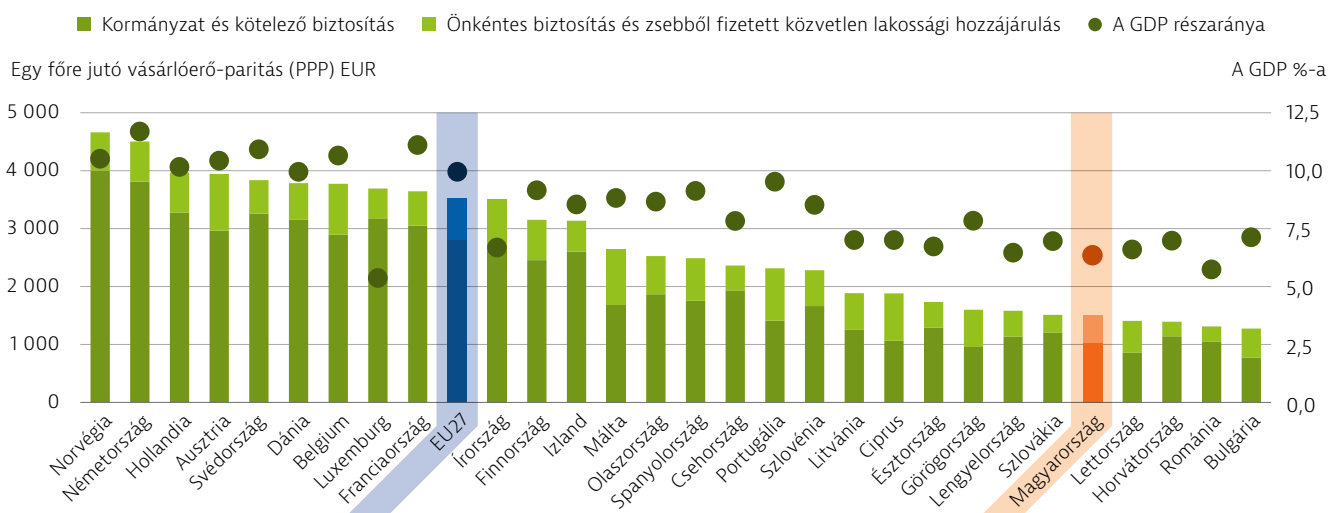
Az operatív törzs feladata, hogy megszervezze a Covid19-világjárványra válaszul hozott orvosi és járványügyi intézkedéseket, például a tesztelést, valamint a fizikai és emberi erőforrások allokációját.

Az egészségügyi kiadások növekedési üteme Magyarországon emelkedik, de továbbra is elmarad az uniós átlagtól

Az elmúlt években Magyarországon nőtt az egészségügyi kiadások növekedési üteme: Az egy főre jutó egészségügyi kiadások átlagos éves növekedési rátája a 2013 és 2019 közötti időszakban 2,9% volt, szemben a 2008–13 közötti –0,5%-os negatív növekedéssel.

E közelmúltbeli növekedés ellenére az egy főre jutó egészségügyi kiadások a vásárlóerő-paritáshoz való igazítást követően nem érik el az uniós átlag felét (8. ábra. táblázat). Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya szintén viszonylag alacsony: 6,4%, szemben az EU egészére jellemző 9,9%-kal. Ez az eredmény azonban részben azzal magyarázható, hogy Magyarországon az elmúlt években viszonylag magas a GDP növekedési üteme.

8. ábra. Magyarország kevesebbet költ egészségügyi ellátásra, mint a legtöbb uniós ország



Megjegyzés: Az uniós átlag súlyozott.

Forrás: Az OECD 2021-es egészségügyi statisztikái (az adatok 2019-re vonatkoznak, kivéve Málta esetében, ahol 2018-ra).

Magyarországon az összes egészségügyi kiadás 68,3%-át teszik ki a kormányzati kifizetések, valamint a munkaadók és munkavállalók által fizetett kötelező járulékok, ami alacsonyabb az uniós átlagnál (79,8%). A munkáltatói járulékok egy nagyobb társadalombiztosítási járulék részét képezik, amely a nyugdíjalapot is fedezi. Az egészségbiztosítási alapba irányuló közvetlen kormányzati kifizetések növekvő aránya lehetővé tette a kormány számára, hogy szabadon határozza meg prioritásait és nagyobb ellenőrzést gyakoroljon a kiadások felett. Ez nem oldotta meg az egészségügyi rendszer finanszírozásának örökölt instabilitását, amelyet a megszorítások hosszú és a túlköltekezés rövid – általában választási évekre eső – időszakai jellemeztek (Szigeti et al., 2019). Másrészt a Covid19-világjárvány idején ez a rendszer lehetővé tette a kormány számára, hogy további forrásokat biztosítson az egészségügyi rendszer számára. 2020. április 4-én a kormány 663 milliárd Ft (1,8 milliárd EUR) összegű, járvány elleni védekezési alap létrehozását jelentette be az egészségügyi rendszer

támogatására. Ennek az alapnak a finanszírozása nagyrészt más minisztériumoktól származó költségvetési átcsoportosításokból történt. Ez az alap fedezte a Covid19-járvánnyal kapcsolatos költségeket, beleértve az egészségügyi dolgozóknak nyújtott egyszeri, 500 000 forint (1 362 EUR) összegű rendkívüli juttatást is.

Az új intézkedések ösztönözték az alapellátási praxisközösségek létrehozását és megerősítették a házi orvosok szerepét

Az alapellátásban a házi orvosokat fejkvóta alapján finanszírozzák, ahol minden egyes bejelentkezett beteghez rendelnek egy adott összeget, függetlenül attól, hogy igényel-e ellátást vagy sem, noha a rendszer bizonyos kiigazításokat is alkalmaz. A közelmúltig ez tette ki a praxis bevételeinek mintegy 70%-át; a fennmaradó 30% a praxis elhelyezkedésén és a teljesítményalapú kifizetéseken alapult.

A kormány által a Covid19-világjárvány idején kezdeményezett reformok részeként a kormány további bérjellegű többletfinanszírozást juttatott a praxisközösségeket létrehozó házi orvosok számára. Ezért a házi orvosi szolgáltatások finanszírozásának domináns formáját a fix összegű költségvetési kifizetések jelentik. A szorosan együttműködő praxisközösségek nagyobb összegű finanszírozásban részesülnek, cserébe például kompetencia-térképet, vagy készségekre és berendezésekre vonatkozó fejlesztési tervet készítenek, valamint olyan kiegészítő szolgáltatást nyújtanak, mint a szűrés. Az egészségügyi szakemberek szabadon dönthetnek arról, hogy milyen típusú praxisközösséghez csatlakoznak, vagy továbbra is egyéni praxist folytatnak-e. Utóbbi esetben a béremelésre adott támogatás összege alacsonyabb.

A kormány olyan intézkedések bevezetését is tervezi, amelyek a házi orvosok szakorvosi képesítéseinek kiaknázására irányulnak - különösen a beutalásokra és a receptek felírására vonatkozó bizonyos korlátozások megszüntetése révén.

Teljesítményalapú költségvetési előirányzatokat vezettek be a hatékonyság javítása érdekében

A járóbeteg-szakellátók díjazása szolgáltatásonkénti díjtételek alapján történik, ahol minden egyes eljáráshoz meghatározott számú pont tartozik, és a szolgáltatók közvetlenül az egészségbiztosítótól igénylik a pontok kifizetését. Néhány konkrét beavatkozás kivételével az egészségbiztosító az akut fekvőbeteg ellátás esetében homogén betegcsoportok (HBCs) alapján fizet, a krónikus fekvőbeteg-szakellátást pedig az eset összetettségével korrigált napidíj alapján téríti.

A kormány a NEAK-on keresztül erős kontrollt gyakorol az egyes egészségügyi szolgáltatók költségvetése felett. Az egészségügyi ágazat azonban nehezen tud megállapított költségvetési korlátok között működni, így az adóssághalmozódás és a fizetési hátralékok problémát jelentenek. A krónikus humán erőforrás-hiány, valamint a finanszírozási és mennyiségi korlátozások rontják az ellátáshoz való hozzáférést és az ellátás minőségét.

A Covid19-világjárvány alatt ezeket a finanszírozási technikákat ideiglenesen felfüggesztették, és fix összegű költségvetési kifizetésekkel helyettesítették. A világjárvány harmadik hullámát követően visszaállították a teljesítményalapú finanszírozási technikákat; a teljesítmény volumen korlátok korábbi rendszerét azonban rugalmasabb, tervezett éves költségvetés váltotta fel. E költségvetés keretében az egészségügyi szolgáltatók finanszírozási korlátait az előző évi teljesítményük alapján határozzák meg, amelyet évente felülvizsgálunk. Bár ez az intézkedés nem szünteti meg az általános költségvetési korlátokat és a mennyiségi korlátozásokat, a teljesítményalapú keretmeghatározás célja a hatékonyság javítása és az adóssághalmozódás csökkentése.

Magyarország társadalombiztosítási rendszere közel teljes körű egyetemes egészségügyi ellátást nyújt

A magyar alaptörvény kimondja, hogy minden magyar állampolgár jogosult az ellátáshoz való hozzáférésre. Az állampolgárok és az országban dolgozó külföldiek kötelesek csatlakozni a nemzeti társadalombiztosítási rendszerhez: a kívülmaradás nem megengedett. A társadalombiztosítási lefedettség tehát magas, de nem teljes körű: a lakosság mintegy 5%-a rendelkezik tisztázatlan társadalombiztosítási jogállással, amelybe beletartoznak a külföldön dolgozó magyar állampolgárok és az állandó lakcímmel nem rendelkező személyek is.

Az egészségbiztosítási pénztár által fedezett ellátási csomagról központi szinten döntenek a gyógyszerek pozitív listája és az orvosi eljárások negatív listája révén. Míg a fekvőbeteg ellátásra fordított kiadások nagy része közfinanszírozott, a járóbeteg- (ambuláns) ellátás, a járóbeteg ellátás keretében rendelt gyógyszerek, a gyógyászati segédeszközök és a fogászati ellátás állami fedezete sokkal szűkebb. Részben ez magyarázza az ezekre a tételekre fordított viszonylag magas közvetlen lakossági hozzájárulásokat (lásd az 5.2. szakaszt).

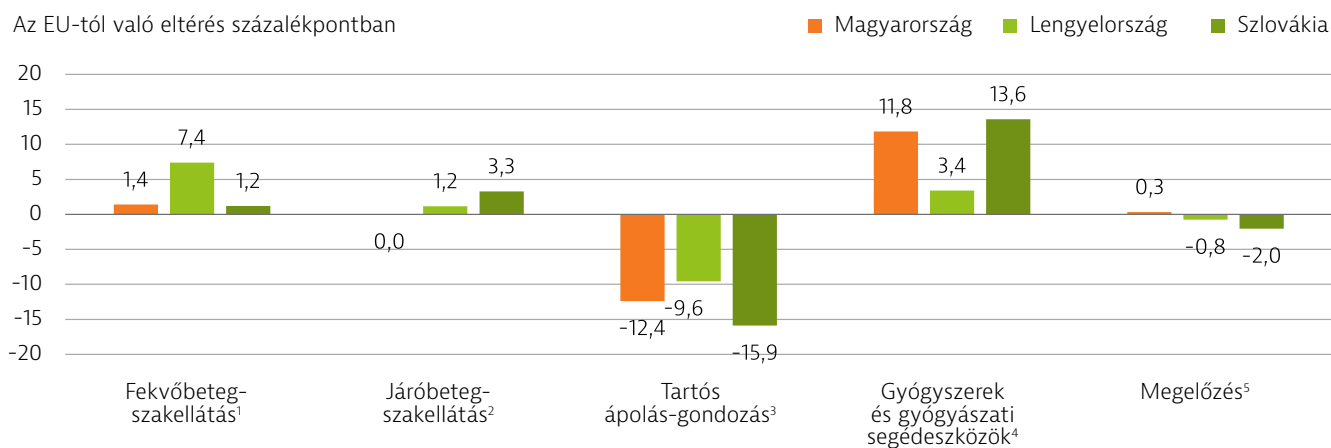
A kiadások viszonylag magas hányadát a gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök teszik ki

2019-ben Magyarország az egészségügyi kiadások 30,5%-át fordította fekvőbeteg-ellátásra, 29,5%-át járóbeteg-ellátásra, 30,2%-át pedig gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre. A fekvőbeteg- és a járóbeteg-ellátásra fordított kiadások aránya nagyjából megegyezik az uniós átlagokkal, de a gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre fordított kiadások több mint 10 százalékponttal magasabbak. A kiadások e viszonylag magas szintje az egészségügyre fordított alacsony összkiadásokat tükrözi (lásd: 8. ábra). Ezzel szemben a tartós ápolás-gondozásra fordított kiadások Magyarországon, ahogy a visegrádi négyek többi országában is, jelentősen elmaradnak az uniós átlagtól (9. ábra).



9. ábra. Magyarország az uniós átlagnál jelentősen kevesebbet költ tartós ápolás-gondozásra

Az EU-tól való eltérés százalékpontban



Megjegyzés: A diagramm az egészségügyi rendszer igazgatási költségeit nem tartalmazza. 1. Magában foglalja a kórházakban és más intézményekben nyújtott gyógyító-rehabilitációs eljárásokat; 2. Magában foglalja az otthoni ápolás-gondozást és a kisegítő szolgáltatásokat (pl. betegszállítás); 3. Csak az egészségügyi szolgáltatásokat tartalmazza; 4. Csak a járóbeteg-ellátási piacot tartalmazza; 5. Csak a szervezett megelőzési programokra fordított kiadásokat foglalja magában. Az uniós átlag súlyozott.

Források: OECD 2021. évi egészségügyi statisztikák, Eurostat adatbázis.

Magyarországon az orvosok és ápolók száma alacsonyabb az uniós átlagnál, de javulnak a számok

2010 és 2020 között több mint 50%-kal nőtt a magyarországi egyetemeken orvosi diplomát szerzők száma. A végzettek számának növekedése részben megmagyarázza az egy főre jutó orvosok számának növekedését az országban: 2019-ben 1 000 lakosra 3,5 orvos jutott, ami 30%-kal magasabb, mint 2000-ben, de elmarad a 3,9-es uniós átlagtól. Ugyanebben az időszakban az ápolók száma 25%-kal, 1 000 főre vetítve 6,6-ra nőtt, ami szintén elmarad a 8,4-es uniós átlagtól.

Magyarországon évek óta problémát jelent a munkaerőhiány, amely nagyrészt az alacsony béreknek tulajdonítható. Ennek következtében gyakori, hogy az egészségügyi szakemberek Nyugat-Európába vándorolnak, különösen az ország 2004-es uniós csatlakozása óta.

Bizonyos egészségügyi szakmák – például az ápolók és a népegészségügyben dolgozó orvosok – esetében súlyosabb hiány mutatkozik. A munkaerőhiány régióként is eltérő: a kevésbé sűrűn lakott, valamint a gazdaságilag és társadalmilag hátrányos helyzetű térségek nagyobb munkaerő toborzási és megtartási problémákkal küzdenek. A munkaerőhiány enyhítése érdekében a kormány számos intézkedést tett, például emelte a béreket (lásd az 5.2. szakaszt).

Az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele Magyarországon magas, különösen a kórházi ellátás esetében

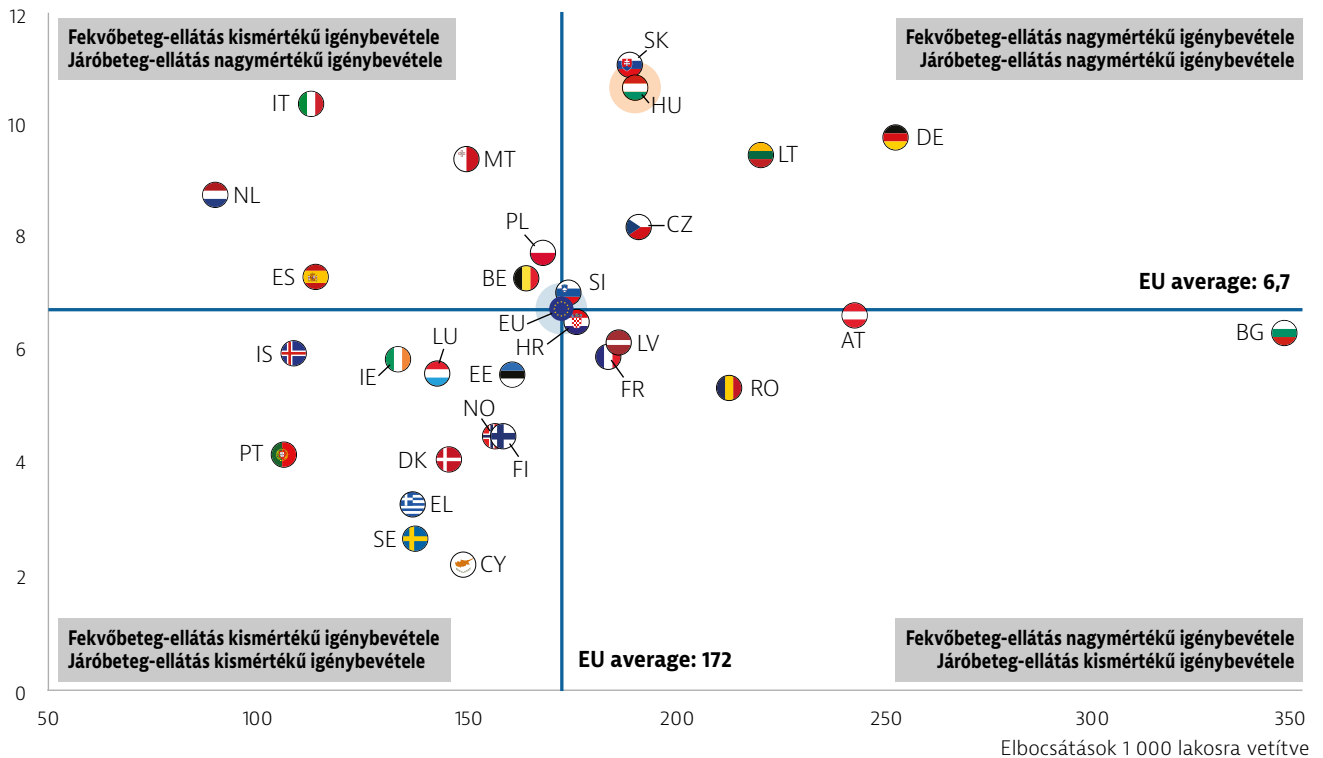
Magyarország egészségügyi rendszerében magas a kórházi ágyak száma, magas az elbocsájtott betegek száma, és 2019-ben az EU-ban itt volt a leghosszabb az átlagos kórházban töltött idő: 9,6 nap, szemben a 7,4 napos uniós átlaggal. A magyarok az egyik legmagasabb arányban fordulnak orvoshoz is – 2019-ben átlagosan 10,7 alkalommal, ami Szlovákia után a második legmagasabb arány az EU-ban (10. ábra).

A nagyszámú kórházi ágy és az egészségügyi szolgáltatások központi irányítása együttesen lehetővé tette a kormány számára, hogy a Covid19-világjárvány idején közvetlenül beavatkozzon az egészségügyi rendszer működésébe, például ágykapacitást foglaljon le a Covid19-betegek számára (lásd az 5.2. szakaszt).



10. ábra. Magyarországon a második legmagasabb az orvoshoz fordulók száma az EU-ban

Orvosi konzultációk száma egy személyre vetítve



Megjegyzések: Az uniós átlag nem súlyozott.

Források: Az OECD egészségügyi statisztikái és az Eurostat adatbázisa (az adatok 2019-re vagy a legközelebbi rendelkezésre álló évre vonatkoznak).

5 Az egészségügyi rendszer teljesítménye

5.1 Eredményesség és hatékonyság

Magyarországon továbbra is nagyon magas a megelőzhető és megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás

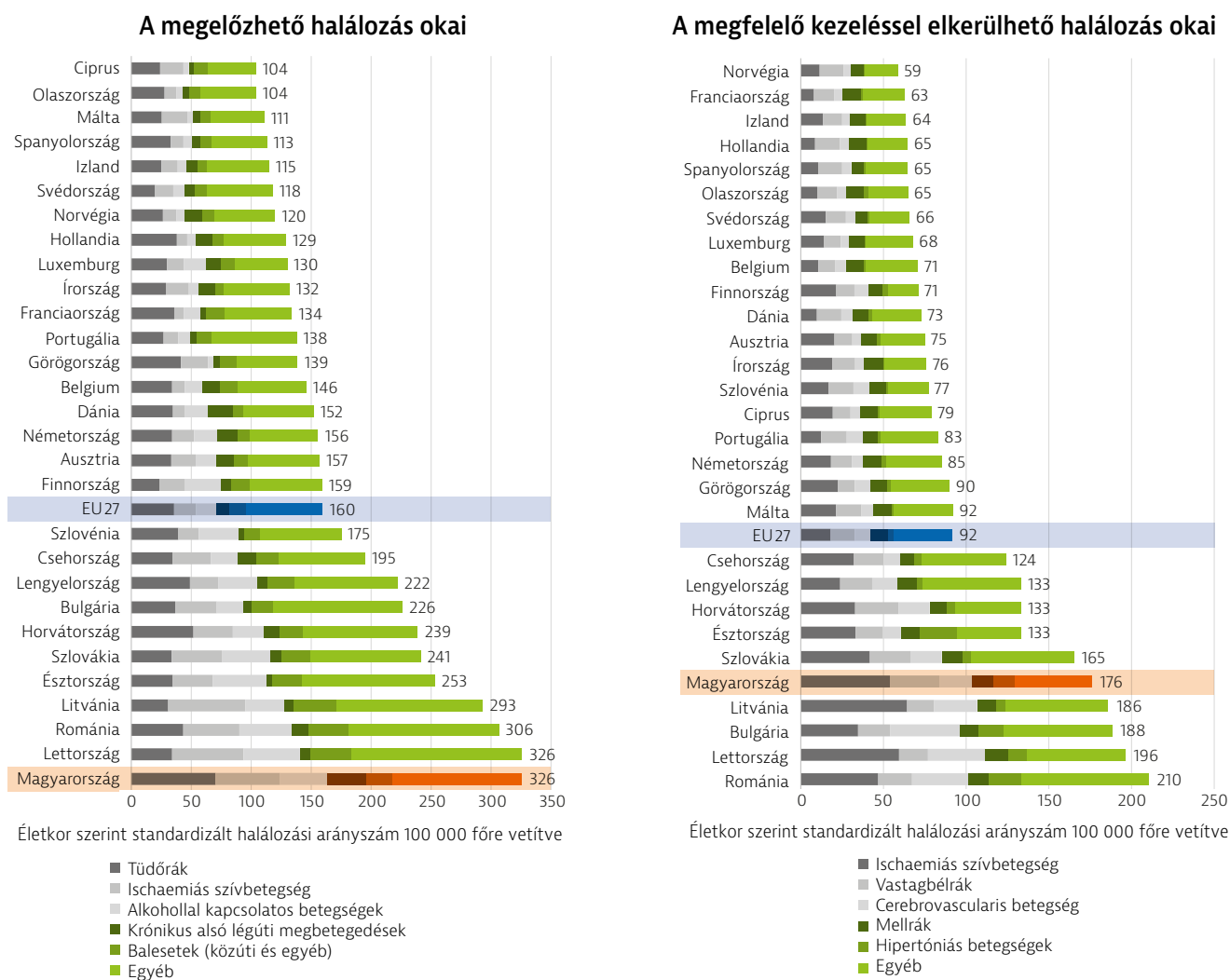
Továbbra is Magyarországon az egyik legmagasabb a megelőzhető halálozási arány az EU-ban. 2018-ban 100 000 emberből 326-an haltak meg megelőzhető okok miatt – ami a legmagasabb arány az uniós országok között (11. ábra. ábra). A megelőzhető halálozás vezető oka a tüdőrák, amelyet az ischaemiás szívbetegségek és az alkohollal összefüggő betegségek követnek. A megelőzhető halálozás magas aránya olyan kockázatos egészségügyi magatartásformákat tükröz, mint a – Magyarországon igen elterjedt – dohányzás (lásd a 3. szakaszt). Az elkerülhető okokból bekövetkező halálozás szintén viszonylag magas Magyarországon.

Az öt nemzeti egészségügyi program a megelőző ellátás irányába mozdítja el a magyar egészségügyi rendszert

A megelőző ellátás nem volt kiemelt prioritás Magyarországon: a megelőzésre fordított kiadások 2010 és 2019 között a teljes egészségügyi kiadás 3,9%-áról 3,2%-ára csökkentek. A megelőző ellátás javítása érdekében az emberi erőforrások minisztere 2019-ben öt nemzeti egészségügyi programot vezetett be a 2019-22-es időszakra, amelyek a gyermekegészségügyre, a szív- és érrendszeri betegségekre, a mentális egészségre, a váz- és izomrendszeri, valamint a rákos megbetegedésekre terjednek ki. E programok mindegyike a megelőző ellátás egész életciklusra kiterjedő megerősítésére összpontosít (2. háttérmagyarázat).

A népegészségügy és a megelőzés javítására irányuló egyéb kiemelt intézkedések közé tartozik a népegészségügyi termékadó kiterjesztése olyan termékekre, mint az alkoholos üdítőitalok, valamint a sportlétesítményekbe tervezett 83,5 milliárd HUF (229 millió EUR) összegű beruházás.

11. ábra. A megelőzhető és elkerülhető halálozás aránya a legmagasabbak között van az EU-ban



Megjegyzés: A megelőzhető halálozás az a halálozás, amelyet főként népegészségügyi és elsődleges prevenció beavatkozásokkal el lehetett volna kerülni. A megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás az a halálozás, amelyet főként egészségügyi beavatkozásokkal, többek között szűréssel és kezeléssel el lehetett volna kerülni. Egyes betegségek (például az ischaemiás szívbetegség és az agyi érrendszeri betegségek) esetében a halálesetek fele a megelőzhető halálozások közé sorolható; a másik fele egyébként elkerülhető okoknak tulajdonítható. Mindkét mutató a korai (75 év alatti) halálozásra utal. Az adatok a felülvizsgált OECD/Eurostat listákon alapulnak.

Forrás: Eurostat adatbázis (az adatok 2018-ra vonatkoznak, kivéve Franciaország esetében, ahol 2016-ra).

2. háttérmagyarázat: A „Három generációval az egészségért” népegészségügyi és megelőzési kezdeményezés célja az egészséges életmóddal kapcsolatos magatartásformák javítása

A „Három generációval az egészségért” kulcsfontosságú kezdeményezés, amelyet a 2019–2022-es időszakra szóló nemzeti egészségügyi programok keretében hajtanak végre. A program a háziiorvosi praxisok és praxisközösségek, valamint önkormányzatok számára biztosít legfeljebb 50–90 millió forint (159 000–286 000 euró) összegű támogatást a népegészségügyi és megelőzési szolgáltatások finanszírozásához. A kezdeményezésre közel 6 milliárd forint (16,5 millió euró)

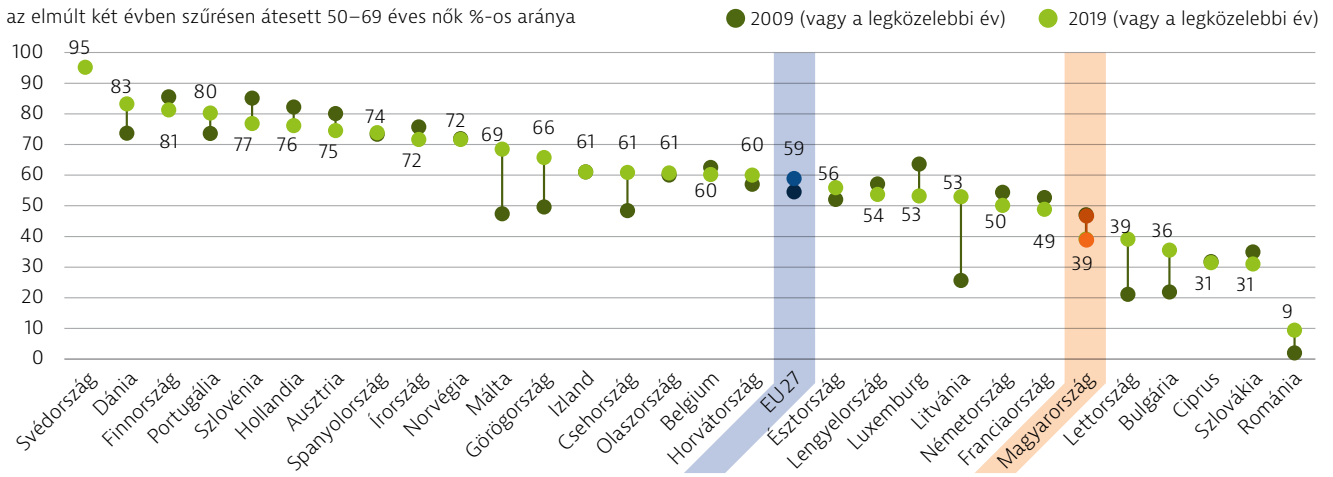
összeget különítettek el. Eddig 143 háziiorvosi praxis kért és kapott támogatást. A kezdeményezés keretében finanszírozott tevékenységek az egészséges táplálkozásra, a rendszeres testmozgásra és a dohányzásról való leszokásra összpontosítanak. A Covid19-világjárvány idején például arra ösztönözték a kezdeményezésben részt vevő háziorvosokat, hogy mozgítsák elő a cukorbetegség megelőző gondozását.

A rákszűrési arányok tovább csökkentek Magyarországon a Covid19-világjárvány alatt

A rákos megbetegedések korai felismerése javíthatja a betegek életminőségét és élettartamát. Ennek ellenére a rákszűrési arányok csökkentek Magyarországon. Például 2009 és 2019 között az emlőrák szűrése a nők körében

47%-ról 39%-ra csökkent. Ezzel szemben ugyanebben az időszakban az uniós országokban ezek az arányok átlagosan 55%-ról 59%-ra emelkedtek (12. ábra. ábra). A szűréseken történő alacsony részvétel részben hozzájárul a rák okozta halálozás magas arányához (lásd a 2. szakaszt).

12. ábra. A célcsoportba tartozó magyar nők kevesebb mint 40%-a vesz részt emlőrákszűrésen



Megjegyzés: Az uniós átlag nem súlyozott. A legtöbb ország esetében az adatok szűrőprogramokon, nem pedig felméréseken alapulnak. Források: Az OECD 2021. évi egészségügyi statisztikái és az Eurostat adatbázisa.

A Covid19 terjedésének megfékezése érdekében bevezetett korlátozó intézkedések negatív hatást gyakoroltak a rákszűrésre. A világjárvány első hulláma alatt, 2020. március közepén, a kormány felfüggesztette az összes onkológiai szűrési tevékenységet. Magyarország tisztí főorvosa 2020. május 28-án jelentette be, hogy a szűrővizsgálatok júniustól folytatódnak. 2021 áprilisában a fertőzési arányok emelkedése miatt ismét felfüggesztették két hétre a szűrési tevékenységeket.

A nemzeti és uniós szintű kezdeményezések célja a betegellátás és a kezelési eredmények javítása

Mivel Magyarországon jelentős a rákos megbetegedések mértéke, bevezették a Nemzeti Rákellenes Programot (2019–22). A program egyik fő célja a megelőző ellátás javítása – például az 1 milliárd forint (2,7 millió EUR) összegű „Házhoz jön az egészségügyi ellátás” kezdeményezés révén, amely otthonaikhoz közel biztosít ingyenes szűrést az embereknek. A rák elleni küzdelemre

irányuló nemzeti szintű szakpolitikai erőfeszítéseket az Európai Bizottság Európai Rákellenes Terve egészíti ki (3. háttérmagyarázat).

Az uniós tendenciákkal ellentétben Magyarországon nőtt az elkerülhető kórházi felvételek aránya

A krónikus obstruktív tüdőbetegségben (COPD), pangásos szívelégtelenségben vagy cukorbetegségben szenvedő betegek eredményesen kezelhetők járóbeteg ellátás keretében, ezért a kórházi felvétel elkerülhetőnek tekinthető. 2019-ben Magyarországon volt a legmagasabb az asztma és COPD miatti elkerülhető kórházi felvételek száma az EU-ban: 100 000 lakosra vetítve 448 elkerülhető felvételre került sor⁴. A COPD-betegek kórházi tartózkodásának csökkentése érdekében Magyarország jelenleg egy olyan új finanszírozási és klinikai irányítási modell kialakításán dolgozik, amely „kötegelt” kifizetéseket foglal magában.

3. háttérmagyarázat: Az Európai Rákellenes Terv egy új megközelítési mód az EU-ban a rák elleni küzdelem terén

2021 februárjában az Európai Bizottság bemutatta a rák elleni küzdelemre irányuló európai tervét. A teljes betegutat középpontba helyező új uniós megközelítés, a megelőzéstől kezdve a szűrésen át a rákos betegek és túlélők ellátásáig és életminőségük javításáig, olyan intézkedésekre összpontosít, amelyekkel az EU a legnagyobb hozzáadott értéket tudja teremteni.

A terv négy kiemelt cselekvési terület köré szerveződik, amelyeket a Bizottság finanszírozási eszközeinek teljes skáláját felhasználva hajtanak végre; összesen 4 milliárd eurót különítenek el a rák elleni fellépésekre:

- Megelőzés az olyan kulcsfontosságú kockázati tényezőkkel foglalkozó intézkedések révén,
- mint a dohányzás, a káros alkoholfogyasztás, az egészséges étrend, a környezetszennyezés és a veszélyes anyagok
- A rák korai felismerése a szűréshez való hozzáférés és a szűrés minőségének javítása révén
- Diagnózis és kezelés a jobb, integrált rákellátást biztosító intézkedéseken, valamint a minőségi ellátáshoz és gyógyszerekhez való egyenlőtlen hozzáférés csökkentésén keresztül
- A rákbetegek és túlélők életminőségének javítása, beleértve a rehabilitációt, valamint a társadalmi beilleszkedést és a munkahelyi visszailleszkedést támogató intézkedéseket

Forrás: Európai Bizottság (2021a).

4. A Magyarországra vonatkozó 2012 és 2019 közötti adatok a korábbi tendenciákon alapuló becslések.

Az influenza elleni védőoltások arányának növelésére irányuló erőfeszítéseket hátráltatja a felnőttek körében tapasztalható bizalmatlanság

A 65 éves és annál idősebbek körében a 2000-es évek eleje óta csökken az influenza elleni védőoltásban részesülők aránya Magyarországon. 2019-ben az ebbe a korcsoportba tartozók körülbelül egynegyede kapott influenza elleni védőoltást, ami csökkenést jelent ahhoz képest, hogy 2009-ben az érintettek harmada kapott. Az EU egészében hasonló tendencia figyelhető meg: ugyanebben az időszakban az influenza elleni oltások aránya körülbelül 50%-ról 40%-ra csökkent.

Az alacsony és csökkenő oltási arány azt tükrözi, hogy az influenzával szembeni mesterséges immunizációval kapcsolatban nagyfokú szkepticizmus jellemzi az országot. 2020-ban például a magyar lakosság mindössze 60%-a értett egyet azzal az állítással, hogy „fontos az influenza elleni védőoltás” – ez az arány a legalacsonyabb volt az EU-ban (Európai Bizottság, 2020a).

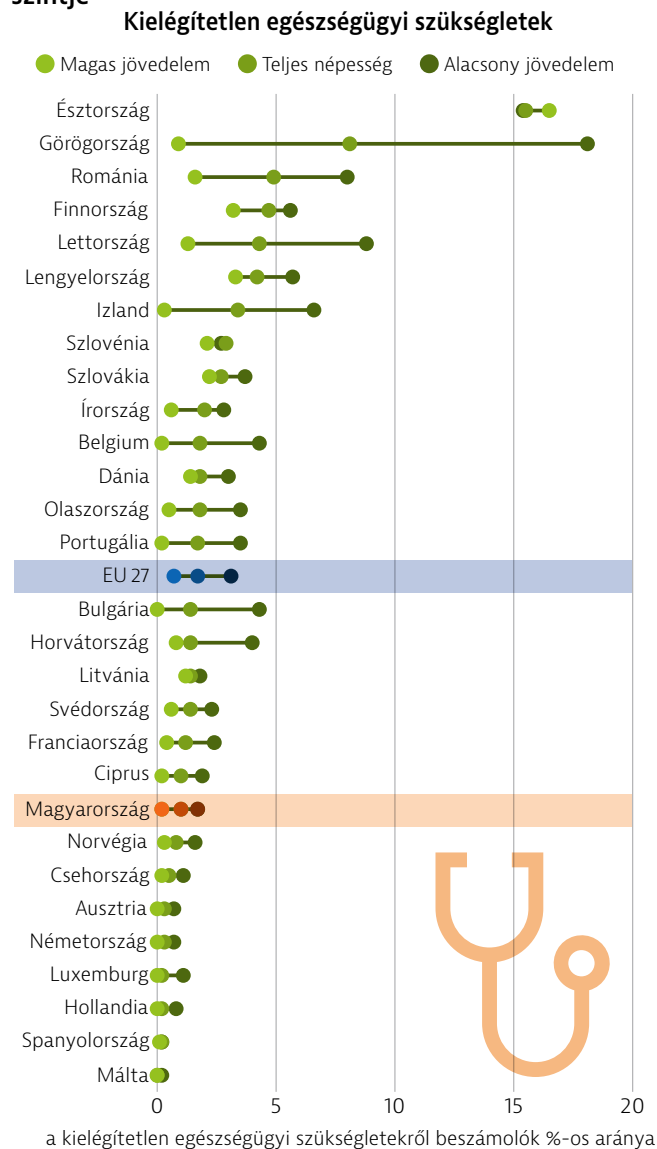
5.2 Hozzáférés

Magyarországon az egyik legalacsonyabb a kielégítetlen egészségügyi szükségletek szintje Európában, de továbbra is vannak hiányosságok

Magyarországon a lakosság 95%-a az ország társadalombiztosítási rendszerének hatálya alá tartozik. A fennmaradó 5% túlnyomórészt olyan külföldön élő magyar állampolgárokból áll, akik a lakóhelyük szerinti országban részesülnek egészségügyi ellátásban, illetve akik nem rendelkeznek Magyarországon állandó lakcímmel (lásd a 4. szakaszt). Emellett a társadalombiztosítási rendszer közelmúltbeli változásai miatt fennáll a veszélye, hogy nőhet a biztosítás nélküliek száma. 2019-ben a kormány módosította a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló törvényt. A törvény értelmében a biztosítással nem rendelkező betegeknek – a sürgősségi ellátás kivételével – térítést kell fizetniük a kezelésért, vagy le kell mondaniuk az ellátásról. A rendelkezés azzal a kockázattal jár, hogy nő a biztosítással nem rendelkező személyek száma, mivel a nem biztosított betegek korábban a kezelés után rendezhették az elmaradt társadalombiztosítási járulék befizetését, és így a későbbiekben fedezetben részesültek.

Annak ellenére, hogy nem sikerült elérni az egészségügyi ellátáshoz való egyetemes hozzáférést, a ki nem elégített egészségügyi szükségletek szintje Magyarországon alacsony: 2019-ben a lakosság mindössze 1%-a számolt be kielégítetlen egészségügyi szükségletekről, míg az EU egészében ez az arány 1,7% volt (13. ábra). Más uniós országokhoz hasonlóan a ki nem elégített egészségügyi szükségletek szintje Magyarországon is magasabb az alacsony jövedelmű csoportok körében. A kielégítetlen szükségletek alacsony szintje ellenére Magyarország arról számol be, hogy bizonyos szolgáltatások esetében viszonylag magasak a közvetlen, zsebből fizetett lakossági kiadások.

13. ábra. Magyarországon az uniós átlaghoz képest alacsony a kielégítetlen egészségügyi szükségletek szintje



Megjegyzés: Az adatok az orvosi vizsgálatra vagy kezelésre vonatkozó, a költségek, az utazási távolság vagy a várakozási idő miatt kielégítetlen szükségletekre vonatkoznak. Az adatok országok közötti összehasonlításakor óvatosságra van szükség, mivel az alkalmazott felmérési eszközben eltérések mutatkoznak.

Forrás: Eurostat adatbázis, az EU-SILC alapján (az adatok 2019-re vonatkoznak, kivéve Izland esetében, ahol 2018-ra).

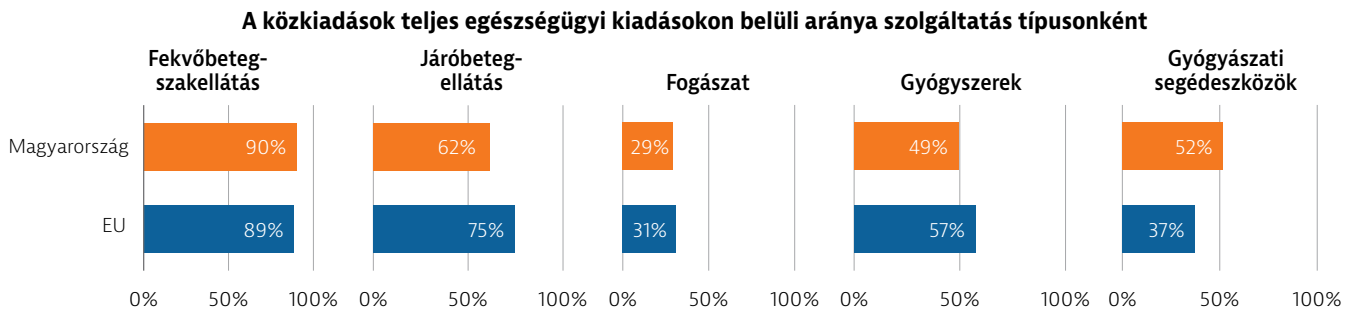
Más uniós országokhoz hasonlóan a Covid19 jelentősen növelte a kielégítetlen egészségügyi szükségleteket

A világvárványra reagálva a kormány 2020 novemberében az összes tervezett műtétet felfüggesztette. A felfüggesztést 2021 májusában feloldották a Covid19 elleni védettségi igazolvánnyal vagy 48 órán belüli negatív PCR-teszttel, valamint a műtét napján végzett negatív antigéntesztrel rendelkező betegek esetében. Emellett a világvárvány ideje alatt a kormány utasította a kórházakat, hogy az ágyak jelentős hányadát hagyják szabadon a Covid19-betegek kezelésére. Ez az arány az esetek számától függően 20–60% között mozgott, amely 15 000–40 000 ágyat jelent. Ezt az intézkedést a világvárvány első hullámában túlzottnak ítélték, és ezért

egyes esetekben az egészségügyi dolgozók ellenállásába ütközött. A világvárvány előtt, 2018-ban például, a kórházi férőhelyek kihasználtsága 65% volt, ami azt jelenti, hogy nagyszámú beteget küldtek haza az intézkedés végrehajtása érdekében.

A tervezett műtétek felfüggesztése és a rendelkezésre álló kórházi ágyak mesterségesen korlátozott kínálata – legalábbis részben – magyarázatot adhat a magyarok által jelzett kielégítetlen egészségügyi szükségletek megnövekedett arányára: Az Eurofound felmérése⁵ szerint a világvárvány kezdete és 2021 februárja/márciusa között körülbelül minden harmadik ember nyilatkozott úgy, hogy nem fér hozzá orvosi vizsgálathoz vagy kezeléshez. Az uniós országok körében ez volt a legmagasabb arány, közel kétszerese (1,7-szerese) az uniós átlagnak (Eurofound, 2021).

14. ábra. A járóbeteg-szakellátásra és a gyógyszerekre fordított közkiadások alacsonyak Magyarországon



Megjegyzés: A járóbeteg-ellátás elsősorban a házi orvosok és a szakorvosok által az ambuláns ellátás területén nyújtott szolgáltatásokat jelenti. A gyógyszerek közé tartoznak a receptköteles és a vény nélkül kapható gyógyszerek, valamint a nem tartós orvosi készítmények. A gyógyászati segédesszközök a látásjavító termékekre, hallókészülékekre, kerekesszékekre és egyéb orvostechnikai eszközökre vonatkoznak. Forrás: Az OECD 2021-es egészségügyi statisztikái (az adatok 2019-re vagy a legközelebbi rendelkezésre álló évre vonatkoznak).

Azok a népességcsoportok, akik nem férnek hozzá Magyarországon társadalombiztosítási rendszeréhez – például a nem uniós diákok – a NEAK-nál köthetnek biztosítást a felnőttek esetében a minimálbér 50%-ában, a gyermekek és a nappali tagozatos hallgatók esetében pedig annak 30%-ában meghatározott, fix összegű biztosítási díj ellenében. Az ország társadalombiztosítási rendszerében így elérhető ellátási csomag némileg korlátozott a magyar állampolgároknak kínált ellátásokhoz képest, mivel kizár bizonyos szolgáltatásokat, például a fogorvosi ellátást és a határokon átnyúló kezelést.

A közkiadások hiányosságai miatt magas a közvetlen lakossági hozzájárulás aránya

A közvetlen, zsebből fizetett lakossági kiadások az összes egészségügyi kiadás több mint egynegyedét teszik ki – ez az arány meghaladja az EU egészének átlagát (15. ábra). A lakossági kiadások többsége a járóbeteg-szakellátásra és a járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszerekre irányul. Az előbbi a magán-egészségügyi szolgáltatásoknak az állami szektorban tapasztalható hosszú várakozási idők miatti nagymértékű igénybevételét tükrözi, míg az utóbbi a magas önrész arányoknak tudható be.

A Magyarországon biztosított ellátási csomag széles körű, de az EU többi tagállamához képest nem elég mély

Az ország társadalombiztosítási rendszerének keretében a polgárok az egészségügyi ellátás minden szintjét és a gyógyszereket lefedő szolgáltatások széles köréhez juthatnak hozzá (lásd a 4. szakaszt). Mindazonáltal az uniós átlaghoz képest a közfinanszírozott költségek aránya viszonylag alacsony, amit az egészségügyre – különösen a járóbeteg-szakellátásra és a gyógyszerekre – fordított közkiadások átlag alatti szintje is tükröz (14. ábra).

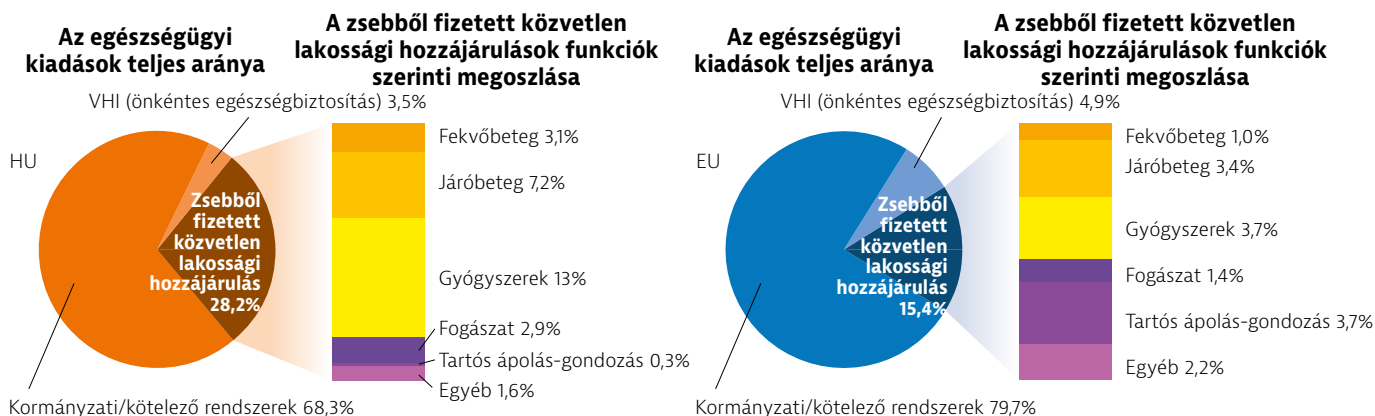
A világvárvány alatt nőtt a digitális egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

Annak érdekében, hogy a világvárvány idején is biztosítsa az ellátáshoz való hozzáférést, Magyarország a digitális szolgáltatások használatának növelésére irányuló intézkedéseket vezetett be. 2020 áprilisában a kormány rendeletben tette lehetővé az orvosok számára, hogy online egészségügyi szolgáltatásokat nyújtsanak. Ennek célja az volt, hogy a fertőzés kockázatának minimalizálása mellett fenntartsa a betegellátás színvonalát.

A távegészségügyi szolgáltatások világvárvány alatti igénybevételére vonatkozó adatok – különösen az orvosi rendelvények esetében – magas szintű elterjedést jeleznek. A világvárvány kezdete és 2021 februárja/márciusa között Magyarországon az emberek 71%-a fordult orvoshoz online vagy telefonon keresztül receptfelírás céljából, ami magasabb, mint az EU egészében mért 53%-os arány. Ebben az időszakban a távkonzultációk száma is jelentősen nőtt.

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

15. ábra. Magas a közvetlen lakossági hozzájárulás mértéke, amely főként járóbeteg-szakellátásra és gyógyszerekre megy



Megjegyzés: Az uniós átlag súlyozott. VHI = önkéntes egészségbiztosítás (voluntary health insurance), amely egyéb önkéntes előrefizetési rendszereket is magában foglal.

Forrás: Az OECD 2021-es egészségügyi statisztikái; Eurostat adatbázis (az adatok 2019-re vonatkoznak).

Nemzeti és nemzetközi erőfeszítések zajlanak a gyógyszerekhez való hozzáférés javítása érdekében

Magyarországon a szolgáltatási csomag a gyógyszerek esetében tételes lista (lásd a 4. szakaszt). Más uniós országokhoz képest ez meglehetősen szűkös.

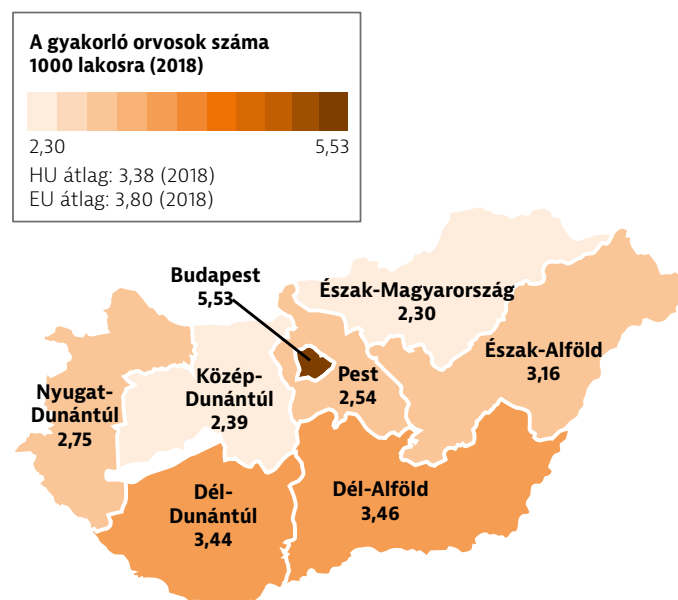
Az originális készítmények helyett a generikus termékek fogyasztásának növelését célzó intézkedések célja a költségek csökkentése és a gyógyszerekhez való hozzáférés javítása. E téren a két fő eszköz a generikus helyettesítés és a generikus gyógyszerek felírása, amelyek mindegyike önkéntes alapon működik Magyarországon, bár a generikus gyógyszerek használatát ösztönzik. A NEAK például pénzügyi ösztönzőket biztosít a gyógyszerárak számára, hogy az originális készítményeket generikus megfelelőjükkel helyettesítsék.

A gyógyszerekhez való hozzáférés javítását célzó országos szakpolitikai programok összhangban vannak az Európai Bizottság 2020 novemberében végrehajtott európai gyógyszerstratégiájának első pillérével (Európai Bizottság, 2020b). A három további pillér célja a versenyképesség, az innováció és a fenntarthatóság támogatása; a válsághelyzetekre való felkészültség és reagálási mechanizmusok javítása; valamint a biztonságos, jó minőségű és hatásos gyógyszerek használatának előmozdítása.

A kormány célja, hogy nagyszabású reform révén kezelje az egészségügyi munkaerőhiányt

Amint azt a 4. szakaszban vázoltuk, Magyarország évek óta munkaerőhiánnyal küzd. Az egészségügyi szakemberek hiánya bizonyos szakmákban – például az ápolók esetében – és a gyéren lakott területeken jelentősebb (16. ábra).

16. ábra. A praktizáló orvosok koncentrációja nagyobb a sűrűn lakott területeken, például Budapesten



Forrás: Európai Bizottság (2021b).

Válaszul a kormány több szakpolitikai intézkedést is hozott. 2011 óta a rezidens orvosok ösztöndíjat igényelhetnek azzal a feltétellel, hogy 10 évig Magyarországon dolgozzanak. Az egészségügyi szakemberek ezenkívül több béremelésben is részesültek, legutóbb az újonnan bevezetett egészségügyi jogviszony keretében, amely 2023-ig 120%-os béremelést biztosít az orvosok, fogorvosok és gyógyszerészek számára (4. háttérmagyarázat). A legutóbbi béremelést részben az európai „Recovery and Resilience Facility”-ből (Helyreállítási és az Alkalmazkodóképesség Fejlesztését Segítő Pénzügyi Alapból) származó forrásokból finanszírozzák.

4. háttérmagyarázat: Új speciális jogviszonyt hoztak létre a közsférában dolgozó egészségügyi szakemberek számára

A Magyar Országgyűlés 2020. október 6-án törvényt fogadott el az állami egészségügyben dolgozók új jogállásáról. E törvény értelmében az egészségügyi szakembereknek új munkaszerződést kell aláírniuk ahhoz, hogy az állami rendszerben dolgozhassanak. Az új szerződésből eredő legfontosabb változások a következők:

- Az egészségügyi dolgozók többé nem dolgozhatnak a köz- és a magánszektorban egyaránt, bár bizonyos körülmények között kivételek engedélyezhetők.

Forrás: Gaal et al. (2021)

- Az orvosok, fogorvosok és gyógyszerészek 2023-ig körülbelül 120%-os béremelésben részesülnek.
- Az egészségügyi szakembereknek nyújtott hálapénz minden formáját büntetni fogják, kivéve a minimálbér 5%-át el nem érő kisebb, a kezelést követően átadott ajándékokat.

Az új törvényi szabályozás az egészségügyi dolgozók különböző szervezeti részéről ellenállásba ütközött; a szerződés aláírását azonban a megadott határidőig csupán az érintettek 3–5%-a nem írta alá.

5.3 Reziliencia (ellenálló és alkalmazkodóképesség)

Ez a rezilienciáról szóló szakasz elsősorban a Covid19-világjárvány hatásaira és az arra adott válaszlépésekre összpontosít⁶. Magyarországot súlyosan érintette a világjárvány: egymillió lakosra vetítve valamivel több mint 3 000 halálesetet regisztráltak, ami a legmagasabb érték az EU országai között. Ha azonban a többlethalalózással mérjük a világjárvány hatását, kedvezőbb a helyzet Magyarországon (lásd a 2. szakaszt). A vírus megfékezésére hozott intézkedések gazdasági károkat okoztak: a GDP 5%-kal csökkent. Bár jelentős, ez a csökkenés alacsonyabb, mint az EU egészében mért 6,2%-os csökkenés.

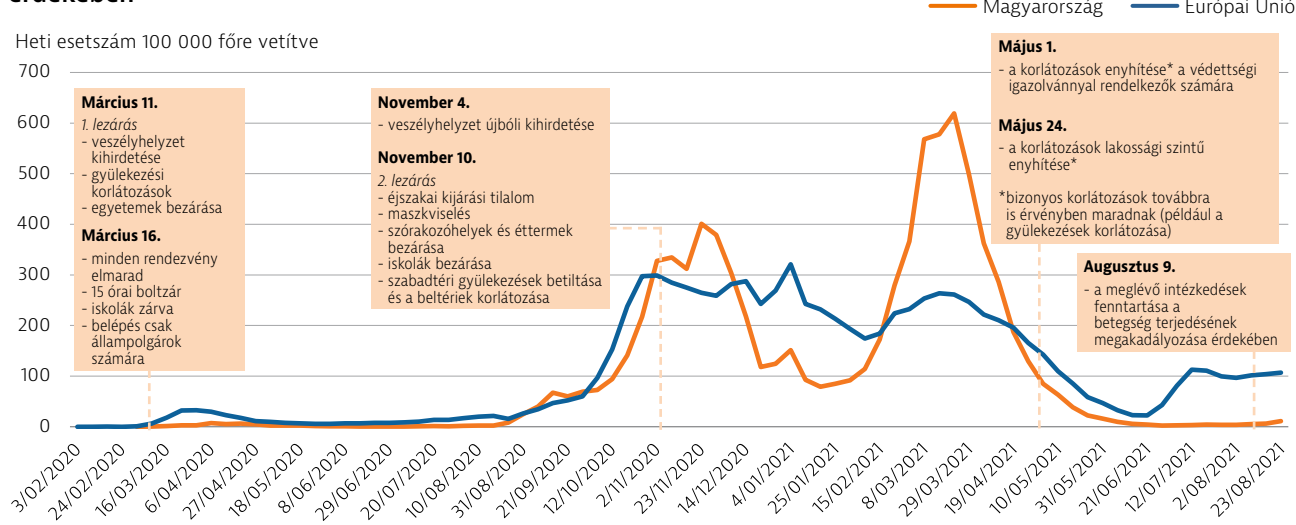
Magyarország veszélyhelyzetet hirdetett és lezárásokat vezetett be az emelkedő fertőzési arányokra válaszul

Magyarországon az első megerősített Covid19-esetet 2020. március 4-én regisztrálták, az első halálesetet pedig

kevesebb mint két héttel később. A Covid19-járvány első kitörésére adott válaszként a kormány március 11-én veszélyhelyzetet hirdetett, miközben intézkedéseket hozott a járvány megfékezésére – többek között elrendelte az iskolák bezárását is (17. ábra). Május közepén enyhítették a kijárási korlátozásokat, míg a következő hónapban hivatalosan is feloldották a veszélyhelyzetet.

Az uniós tendenciákkal összehangban 2020 augusztusától a megbetegedések száma újra emelkedni kezdett, és az év vége felé tetőzött. A fertőzések második hullámának leküzdése érdekében a kormány ismét veszélyhelyzetet rendelt el és néhány korlátozó intézkedést vezetett be. Ezeket követően a megbetegedések száma 2021 januárjában jelentősen csökkent, majd a vírus egy fertőzőbb változatának terjedése következtében ismét meredeken emelkedni kezdett. Ennek következtében a meglévő korlátozó intézkedéseket 2021 márciusában szigorították, majd májusban enyhítették.

17. ábra. Magyarország két körben vezetett be kijárási korlátozást a fertőzések arányának csökkentése érdekében



Megjegyzések: Az uniós átlag nem súlyozott (az átlaghoz használt országok száma a héttől függően változik).

Forrás: ECDC a Covid19-re vonatkozó adatok tekintetében, valamint a járvány megfékezésére irányuló intézkedések szerzői.

6. Ebben az összefüggésben az egészségügyi rendszer ellenálló és alkalmazkodó képességét úgy határozták meg mint a sokkhatásokra való felkészülés, az azokkal való megküzdés (kivédés, alkalmazkodás és átalakulás) és az azokból való tanulás képességét (az egészségügyi ellátórendszerek teljesítményértékelésével foglalkozó uniós szakértői csoport, 2020).

Van még mit javítani Magyarországon egy jövőbeli fertőző betegség kitérésére való felkészültsége terén

Az esetleges világjárványok kezelésére való felkészültség mérésére szolgáló mutatókat a Nemzetközi Egészségügyi Rendszabályok (IHR) keretrendszer⁷ határozza meg. Az IHR alapján történő önértékelése szerint Magyarország felkészültsége egy világjárvány kezelésére nem volt átfogó, bár az ország az uniós átlag felett teljesített a járványügyi felügyelet terén, amely azt tükrözi, hogy az ország képes-e gyorsan feltárni a népegészségügyi kockázatokat. Magyarország teljesítménye többek között az emberi erőforrások rendelkezésre állása terén maradt el jelentősen az uniós átlagtól. A világjárvány idején

figyelmet fordítottak a külföldről érkezők, például az utazók belépési pontjaira. Számos intézkedést vezettek be a betegség országhatárokon keresztüli terjedésének csökkentése érdekében (5. háttérmagyarázat).

Annak ellenére, hogy Magyarország nem volt teljesen felkészülve egy jelentős fertőző betegség kitérésére (ahogy más országok sem), sikeresen hajtott végre intézkedéseket a világjárvány nagyon korai szakaszában, többek között az operatív törzs 2020. januári létrehozásával (lásd: 1. háttérmagyarázat).

5. háttérmagyarázat: A világjárvány idején szigorú határellenőrzéseket vezettek be a betegség terjedésének csökkentése érdekében

Magyarország 2020 márciusában – bizonyos speciális eseteket kivéve – minden külföldi állampolgár előtt lezárta a határait. A határok a magyar állampolgárok, valamint az állandó lakóhellyel rendelkező vagy 90 napot meghaladó tartózkodásra jogosult nem magyar állampolgárok számára nyitva maradtak.

A Magyarországra érkezőknek orvosi vizsgálaton kellett átesniük annak megállapítása érdekében, hogy fennáll-e a Covid19-fertőzés gyanúja. Pozitív eredmény esetén, az érintett személyt kötelező karanténlétesítményben helyezték el; ellenkező esetben 10 napig a lakóhelyükön kellett karanténban maradniuk. A házi karantén akkor volt elhagyható, ha az illető két negatív, két nap

különbséggel elvégzett PCR-tesztel rendelkezik. Az mentesülhetett a karantén alól, aki rendelkezett védettségi igazolvánnyal, amelyben feltüntették, hogy az illető vagy védőoltásban részesült (két adagot vagy azzal egyenértékű dózist kapott), vagy a közelmúltban átesett a Covid19-betegségen.

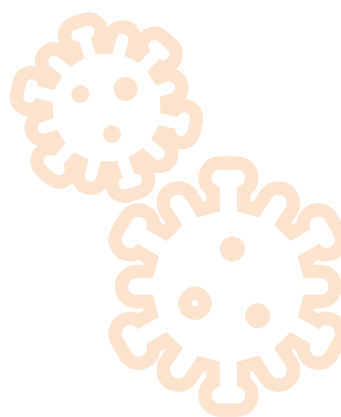
Annak érdekében, hogy segítse a rendőrséget a házi karanténban lévő személyek ellenőrzésében, a kormány bevezette a „Házi karantén rendszer” elnevezésű nyomkövető alkalmazást. Ez lehetővé tette a rendőrség számára, hogy ellenőrizze a felhasználók tartózkodási helyét, vagyis, hogy betartották-e a házi karanténra vonatkozó szabályokat.

Magyarországon az elvégzett Covid19-tesztek aránya következetesen elmaradt az uniós számoktól

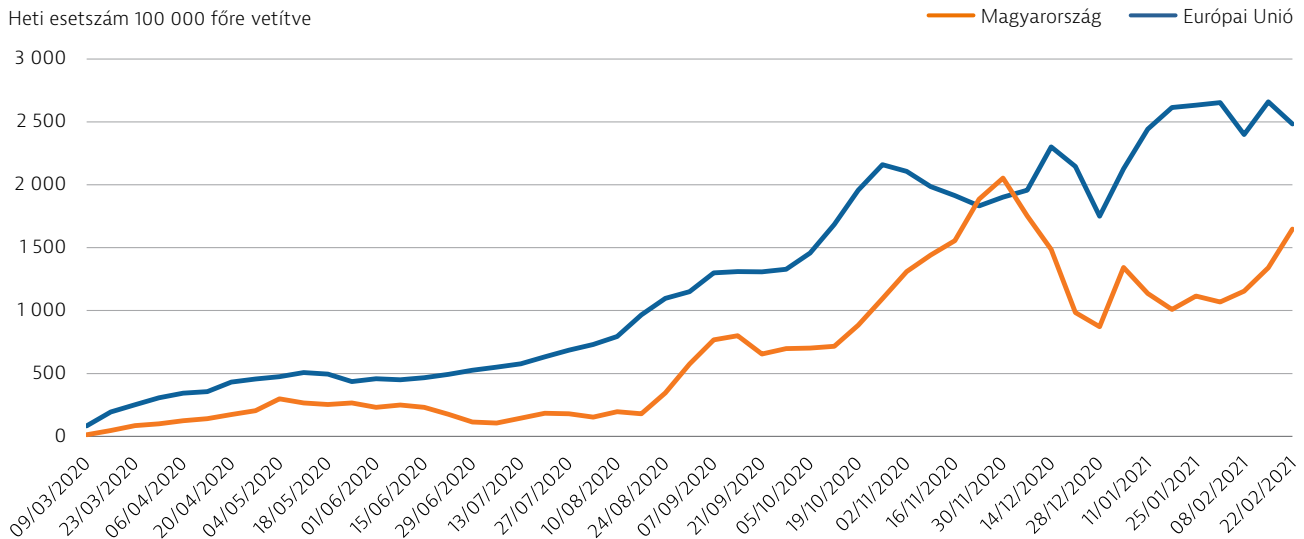
A kellő időben és gyorsan elvégzett tesztek minimalizálják a vírus terjedését azáltal, hogy lehetővé teszik az esetek korai azonosítását és elkülönítését, és elengedhetetlenek a hatékony kontaktuskutatáshoz. A világjárvány korai szakaszában a magyarországi tesztelési arányok jelentősen elmaradtak az uniós átlagtól. Ez valószínűleg az említett időszak alacsony előfordulási arányát tükrözi – például 2020 márciusának végén Magyarországon a pozitív tesztek aránya 3,1% volt, szemben az EU-ban mért 13%-kal.

A 2020 nyarat követő megugró esetszámra reagálva a magyar kormány számos intézkedést vezetett be a tesztelési arány növelése érdekében. A legfontosabb példák közé tartozik az önkéntes PCR-tesztek lakossági ára vonatkozó 19 500 forintos (54 euró) felső határ, valamint 200 új tesztelő jármű, amelyekkel végzős orvostanhallgatók antigén- és PCR-teszteket végeznek. Ezen erőfeszítések ellenére a tesztelési arányok közötti különbségek Magyarország és az EU között idővel tovább nőttek (18. ábra).

7. 2005 óta az IHR átfogó jogi keretet biztosít, amely meghatározza az országoknak a népegészségügyi események és vészhelyzetek kezelésével kapcsolatos jogait és kötelezettségeit. Az IHR értelmében minden tagállamnak ki kell alakítania a népegészségügyi kockázatok megelőzésére, észlelésére, értékelésére, bejelentésére és az azokra való reagálásra szolgáló népegészségügyi kapacitásokat. Az IHR végrehajtásának nyomon követése során egy önértékelő kérdőív segítségével 13 alapképességet kell értékelni.



18. ábra. A tesztelési arányok a kapacitásnövelést célzó intézkedések ellenére is az uniós átlag alatt maradtak



Megjegyzés: Az uniós átlag súlyozott (az átlaghoz használt országok száma a héttől függően változik).
Forrás: ECDC.

A világvárványra válaszul növelték az egészségügyben dolgozók számát és az infrastruktúra kapacitását

Magyarország folyamatos munkaerőhiányát súlyosbította a Covid19-válság (lásd a 4. szakaszt). Válaszul a kormány számos ideiglenes rendelkezést vezetett be a munkaerő-kapacitás gyors növelése érdekében. A legfontosabb intézkedések közé tartozott 900 önkéntes egészségügyi szakember – például diákok – toborzása, valamint katonák állomásoztatása az ország kórházaiban, fizikai és logisztikai feladatok elvégzésére.

A kormány emellett forrásokat különített el a világvárvány támasztotta igények kielégítését szolgáló fizikai infrastruktúra és felszerelések fejlesztésére is, például egy 330 ágyas ideiglenes kórház építésére a budapesti vásárcsopontban, valamint egy 150 ágyas ideiglenes kórház építésére Kiskunhalas városában. Ezek az intézkedések hozzájárultak ahhoz, hogy Magyarország 2020 januárja és decembere között 44%-kal növelje az intenzív osztályos ágyak számát (NEAK, 2020a; NEAK, 2020b). Mindazonáltal az egészségügyi dolgozók, például az aneszteziológus és intenzív terápiás szakemberek hiánya megnehezítette az intenzív osztályok kapacitásának növelését.

A védelmi intézkedések következtében viszonylag alacsony volt a halálos esetek száma a tartós ápolást-gondozást biztosító intézményekben

Az idősek esetében sokkal nagyobb a kockázata annak, hogy a Covid19 súlyos vagy akár halált okozó komplikációkkal járjon. Annak érdekében, hogy segítsen a tartós ápolást-gondozást biztosító létesítményeknek reagálni a Covid19-járványra, a kormány munkacsoportot hozott létre, és kijelölte a Covid19-járvány kitörése esetén a felkészültség biztosításáért felelős vezetőt – ilyen intézkedést csak egyetlen másik ország, Írország hozott (Curry & Langins, 2020). Ezenkívül a kórházparancsnokok feladatkörét kiterjesztették az ápolási-gondozási

létesítményekre is. A legtöbb uniós országhoz hasonlóan Magyarország is bevezette az idősothonokban dolgozók kötelező tesztelését, az ápolási intézmények országos ellenőrzését és a látogatási jog korlátozását. A nyilvántartások szerint 2021 januárja óta Magyarországon az összes Covid19-haláleset 23%-a történt tartós ápolást-gondozást biztosító létesítményekben.

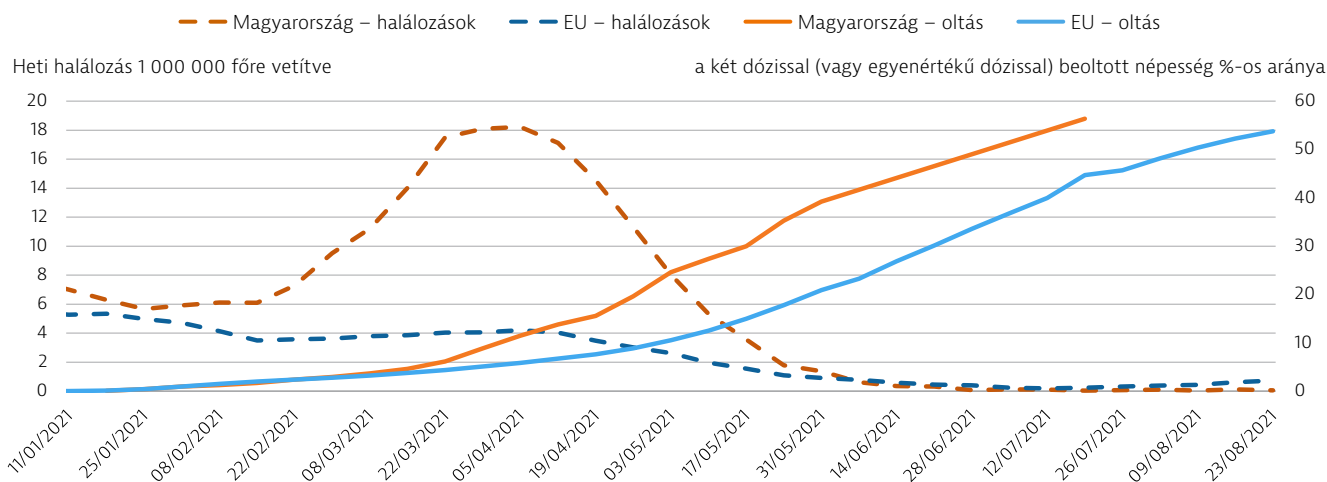
Magyarország további oltóanyagok jóváhagyásáról szóló döntése növelte a kínálatot az oltóanyagok bevezetésének korai szakaszában

Magyarország volt az első olyan uniós ország, amely engedélyezte a Kínában és az Oroszországban előállított oltóanyagokat. E két Covid19 elleni oltóanyag használatának az európai szabályozó hatóság általi jóváhagyását megelőző engedélyezésére vonatkozó döntés a program bevezetésének korai szakaszában növelte az oltóanyagok rendelkezésre állását. Ennek eredményeképpen 2021 márciusa és júliusa között a beoltott személyek aránya magasabb volt, mint más uniós országokban (19. ábra).

Az Európai Gyógyszerügynökség értékelésének megkerüléséről szóló döntést az uniós intézmények aggályosnak találták a Covid19 elleni védőoltásokba vetett közbizalom aláadásának kockázata miatt. Úgy tűnik azonban, hogy ez a döntés nem befolyásolta a közbizalmat, így a Szputnyik és a Sinopharm vakcinák 2021 júliusában a Magyarországon beadott vakcinák körülbelül egyharmadát tették ki (ECDC, 2021).



19. ábra. A védőoltások bevezetésének korai szakaszaiban Magyarország átoltottsága meghaladta az uniós átlagot



Megjegyzés: Az uniós átlag nem súlyozott (az átlaghoz használt országok száma a héttől függően változik).

Források: A Covid19-esetek vonatkozásában: ECDC; az átoltottsági arányok vonatkozásában: Our World in Data.

Magyarország erős egészségügyi adat- és információs rendszerrel rendelkezik

A Covid19-világjárvány rávilágított arra, hogy a megfelelő szakpolitikai válaszok kidolgozásához és végrehajtásához valós idejű adatokra van szükség. Magyarország már a világjárvány előtt is erős pozícióban volt ahhoz, hogy naprakész adatokat szolgáltatson a Covid19-cel kapcsolatban, tekintettel fejlett egészségügyi információs rendszerére, a nemzeti e-egészségügyi felhőre (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér, EESZT). Ez online összefoglalót nyújt a beteginformációkról, beleértve a laboratóriumi eredményeket és az e-recepteket is. A tervek szerint a nemzeti e-egészségügyi felhő keretében gyűjtött információkat az európai egészségügyi adattér projekt részeként a jövőben összekapcsolják más uniós országok adataival (6. háttérmagyarázat). Magyarország emellett innovatív módszereket is bevezetett nagyméretű, rutin adatbázisok felhasználására a pandémiával kapcsolatos döntéshozatal támogatása céljából. Példa erre az Innovációs és Technológiai Minisztérium, az adatszaktörők és három vezető távközlési vállalat együttműködésén alapuló projektje, amelynek célja, hogy a mobiltelefon-használatra vonatkozó adatok elemzésével mérje az emberek mozgását korlátozó intézkedések eredményességét. Konkrétan, a kormány két mutató – egy „mobilitási” és egy „otthon tartózkodási” index – formájában kap összesített mobiltelefon-adatokat. A két mutatóból származó információkat a kormány járványkezelési „irányítópultján” teszik közzé, amelyhez csak kormányzati tisztviselők férhetnek hozzá (Szocska et al., 2021).

Magyarország jelentős beruházásokat tervez egészségügyi rendszerébe az európai „Recovery and Resilience Facility”-nek⁸ felhasználásával

Magyarország 7,2 milliárd euró összegű vissza nem térítendő támogatást igényelt az uniós „Recovery and Resilience Facility”-ből. A kormány azt tervezi, hogy a

vissza nem térítendő támogatás nagy részét (34%-át) 2021 és 2026 között az ország egészségügyi rendszerének javítására fordítja.

Az ország nemzeti helyreállítási és rezilienciaépítési tervében körvonalazott legfontosabb egészségügyi javaslatok közé tartozik az alapellátásba történő beruházás – különösen a krónikus betegségek megelőzése és kezelése terén –, valamint az orvosok fizetésének 120%-os emelését biztosító finanszírozás (lásd az 5.2 szakaszt).

6. háttérmagyarázat: Az európai egészségügyi adattér javítani fogja az adatokhoz való hozzáférést és az adatcserét

Az európai adattér létrehozása – többek között az egészségügyi ágazatban is – a Bizottság egyik prioritása a 2019 és 2025 közötti időszakban. A közös európai egészségügyi adattér elősegíti a különböző típusú személyes egészségügyi adatok (pl. elektronikus egészségügyi dokumentációk, genomikai adatok, betegnyilvántartásokból származó adatok stb.) hatékonyabb cseréjét és az azokhoz való jobb hozzáférést az egészségügyi ellátás, valamint az egészségügyi kutatás és szakpolitikai döntéshozatal támogatása érdekében.

Az egész adatrendszer átlátható alapokra épül, amelyek teljes mértékben védik a polgárok adatait, és megerősítik az egészségügyi adatok hordozhatóságát. Az európai egészségügyi adattér három fő pillérré épül:

- erős adatkormányzási rendszer és adatcserére vonatkozó szabályok
- adatminőség
- erős infrastruktúra és interoperabilitás

Forrás: European Commission (2021c)

8. „Recovery and Resilience Facility”: Helyreállítási és az Alkalmazkodóképesség Fejlesztését Segítő Pénzügyi Alapjának

6 Fő megállapítások

- A Covid19-világjárvány előtt Magyarországon a várható élettartam valamivel gyorsabb ütemben nőtt, mint a legtöbb uniós országban, de 2019-ben még mindig csaknem öt évvel az uniós átlag alatt maradt. 2020-ban a Covid19-világjárvány miatt a várható élettartam átmenetileg 10 hónappal csökkent, ami az uniós átlaghoz hasonló csökkenést jelent.
- Más uniós országokhoz képest Magyarországon gyakrabban fordulnak elő olyan kockázati tényezők, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az egészségtelen étrend. Ezek hozzájárulnak a megelőzhető halálokok, például a rák és a szív- és érrendszeri betegségek viszonylag magas arányához.
- Magyarországon az elmúlt 10 évben csökkent a megelőző egészségügyi ellátásra fordított kiadások aránya az összes egészségügyi kiadáshoz képest. A betegségmegelőzés javítása érdekében a kormány a 2019 és 2022 közötti időszakra öt nemzeti egészségügyi programot vezetett be, amelyek az egész életciklusra kiterjedő megelőzésre összpontosítanak.
- Az elmúlt évek növekedése ellenére az egy főre jutó és a GDP-hez viszonyított egészségügyi kiadások Magyarországon jóval az uniós átlag alatt maradnak. Az állami kiadások különösen alacsonyak a járóbeteg-ellátás és a gyógyszerek esetében.
- Magyarországon tartós egészségügyi munkaerőhiány tapasztalható, amelyet a kormány az utóbbi időben jelentős béremelésekkel kezel. A világjárvány idején rövid távú intézkedéseket vezettek be a munkaerő növelésére, beleértve 900 önkéntes alkalmazott felvételét. Hosszabb távon a kormány a munkaerőhiányt az új egészségügyi jogviszonnnyal kívánja kezelni, amely többek között 2023-ig 120%-os béremelést irányoz elő az orvosok számára.
- A Covid19-világjárványra válaszul a magyar kormány központosította az irányítást, és létrehozta a belügyminiszter és az emberi erőforrások minisztere által vezetett Operatív Törzset. A betegség terjedésének csökkentése érdekében 2020 márciusa és 2021 májusa között két körben vezettek be korlátozó intézkedéseket. Ezen túlmenően az Operatív Törzs oly módon igyekezett felszabadítani a meglévő erőforrásokat, hogy felfüggesztette a tervezett sebészeti beavatkozásokat, és arra kötelezte a kórházakat, hogy a Covid19-betegek számára tartsák fenn az ágyak nagy részét. Ez utóbbi intézkedés eredményeként a világjárvány első hullámában jóval több kórházi ágyat biztosítottak, mint ami a fertőzési adatok alapján indokolt lett volna.
- Magyarország intenzív, gyors és széles körű oltási kampányt hajtott végre azzal, hogy első európai orszádként engedélyezte a kínai és orosz vakcinákat. Ennek eredményeképpen a bevezetés első hónapjaiban a beoltottak aránya gyorsabb ütemben emelkedett, mint a legtöbb uniós országban.





European
Commission

State of Health in the EU

Egészségügyi országprofil 2021

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

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

Minden országprofil rövid összefoglalást nyújt az alábbiakról:

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

A Bizottság az országprofilok fő megállapításait kísérő jelentéssel egészíti ki.

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

Kérjük, hogy erre a publikációra a következőképpen hivatkozzon: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Magyarország: Egészségügyi országprofil 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264864139 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)