

OROSZ ÉVA

## Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején<sup>1</sup>

A tanulmány áttekinti az egészségügy legsúlyosabb problémáit és az enyhítésükre kidolgozott stratégiákat – globális, európai és hazai szinten egyaránt. Az egészségi állapot és az egészségügyi források elosztásának globális egyenlőtlenségei a gazdaság egyenlőtlenségeinél is mélyebbek. Emellett egyetlen olyan régió sincs a fejlődő országokban, ahol az ENSZ Millenniumi Fejlesztési Céljaiban kitűzött mértékben javult volna a helyzet, 2000 óta. A fejlett országok egészségügyi reformjai mindenekelőtt arra keresik a választ, hogy miként enyhíthető a feszültség a költségnövelő technológiai fejlődés, a betegek növekvő elvárásai és a közkiadások korlátozott növekedési lehetősége között. Új, globális válságjelenség az egészségügyben a humán erőforrások elégtelensége. A fejlett országok – a munkaerő elszívásával – még tovább súlyosbítják a hiányt, számos közepesen fejlett és fejlődő országban. Magyarországnak – miközben szembesül mindezekkel a kihívásokkal – súlyos sajátos problémái is vannak. A kilencvenes évek eleje óta növekedett a lemaradásunk a fejlett országoktól, mind az egészségügyre fordított közkiadásokat, mind a magyar népesség életésélyeinek számos fontos mutatóját tekintve.

A tanulmányban tárgyalt folyamatok, problémák három fő kérdéskör, kihívás köré csoportosíthatók:

- A globális folyamatokat tekintve: milyen globális stratégiát igényel az egészségi állapot drámai mértékű egyenlőtlenségeinek a csökkentése?
- Szűkebb környezetünket, az Európai Uniót tekintve: hogyan érvényesíthetők, tarthatók fenn a tradicionális európai értékek az egész-

<sup>1</sup> A tanulmány korábbi változata megjelent a *Globális kihívások, Millenniumi Fejlesztési Célok és Magyarország. ENSZ Akadémia 2008.* (Magyar ENSZ Társaság, 2008) c. kötetben. Az adatokat a legújabb nemzetközi adatok (OECD Health Data 2009) alapján frissítette a szerző.

ségügyben a radikálisan változó gazdasági és társadalmi körülmények között?

- A magyar népesség egészségi állapotát, életesélyeit illetően pedig: hogyan állítható meg leszakadásunk a fejlett országoktól?

### **Bevezető: Az egészség és az egészségügyi rendszer fontossága**

Az elmúlt évtizedek folyamatai rendkívül ellentmondásosak, az előadásomban érintett mindhárom – azaz a globális, európai és hazai – szinten. Az egészség felértékelődött az egyének és a társadalmak számára, ugyanakkor lokális és globális szinten egyaránt fokozódott az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők jelentősége. Mindeközben azonban azt tapasztaltuk, hogy a kormányzatok, a piaci szereplők és az egyének is kevés figyelmet szenteltek a problémáknak, és csekély gyakorlati erőfeszítést tettek azért, hogy fellépjenek a kockázati tényezőkkel szemben, vagy hogy korlátozzák azokat. Mindenki elismeri, hogy a jó egészség alapvető, önmagában vett érték. Azonban hiányzik a „közös kép”, domináns nézet – mind a politikai elit, mind a szakmai és a laikus közönség körében – arról, hogy mi az egyén és a társadalom, ennek részeként a kormányzati egészségpolitika felelőssége és feladata az egészség megőrzésében, helyreállításában. Az alapkérdésekről, alapértékekről való gondolkodás és a „közös minimumok” kialakítása nélkül hatáson – az egészség szempontjait valóban figyelembe vevő – hosszú távú egészségpolitika azonban nehezen képzelhető el.

A gazdaság, egészség és egészségügy között többirányú hatásmechanizmusok érvényesülnek. A súlyos betegség és annak következményei a szegénység egyik alapvető okává válhatnak. A magasabb gazdasági fejlettség potenciálisan jobb feltételeket teremthet az egészségi állapot, várható élettartam növekedéséhez. Nem igaz azonban, hogy a magasabb egy főre jutó GDP-vel rendelkező országokban szükségszerűen jobb a népesség egészségi állapota is. A nemzetközi szinten napjainkban egyre nagyobb figyelmet kap, hogy a gazdasági fejlettség és az egészségi állapot közötti összefüggés kétirányú: a népesség egészségi állapota – és így maga az egészségügyi rendszer is – alapvetően befolyásolja a hosszú távú gazdasági növekedést.

Az egészségügy mint gazdasági tényező jelentőségét mutatja az is, hogy az egészségügyre fordított kiadások a világ GDP-jének kb. 10 százalékát tették ki a 2002-ben (Gottret–Schieber, 2006).

Arra a kérdésre, hogy mikor működik jól egy egészségügyi rendszer, több nézőpontból is válaszolhatunk, ugyanazt a folyamatot, jelenséget a különböző szempontrendszer alkalmazó elemzők meglehetősen eltérően értékelhetik. Ezért a Tisztelt Olvasó számára a melléklet egy rövid összefoglalót tartalmaz – az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szakértői által kidolgozott, és a nemzetközi szakirodalomban domináns nézetnek számító koncepció alapján – az egészségügyi rendszer általános jellemzőiről és teljesítményének értékelési kritériumairól.

## Globális trendek: növekvő egészségi kockázatok, növekvő egyenlőtlenségek

Az egészségi állapot globális trendjeit, a világ népességének egészségét tekintve az elmúlt 20–30 év mérlege rendkívül ellentmondásos. Az egészségi állapot változását globális gazdasági és társadalmi folyamatok alakítják. A gazdasági fejlődés, iskolázottsági színvonal emelkedése, és nem utolsósorban az egészségügyi rendszer pozitív hatásai jelentős szerepet játszottak abban, hogy a várható élettartam jelentősen növekedett a világ legtöbb régiójában. Ugyanakkor azonban növekedett a krónikus megbetegedések és a multi-morbiditás prevalenciája<sup>2</sup>, így például a szív- és érrendszeri és daganatos megbetegedések, cukorbetegség, depresszió, balesetek. Az alacsony jövedelmű országokban megszűntnek hitt járványos betegségek tértek vissza. A fejlett és közepesen fejlett országokban új „népbetegséggé” vált az elhízás. A globális járványok kockázata is fokozódott. Ezen problémák mögött szintén olyan gazdasági és társadalmi folyamatok húzódnak meg, amelyek közvetlenül is veszélyeztethetik az egészségi állapotot, vagy közvetve, azáltal, hogy az egyének életmódját, egészségkárosító szokásait is jelentős mértékben a társadalmi viszonyok alakítják. (Ez a megállapítás – azzal, hogy hangsúlyozza az egyének választási lehetőségeinek társadalmi meghatározottságát – nem mond ellent annak, hogy az egyének felelősséget kell viselnie a saját egészségi állapotáért.) Az egészségi állapotra, az egészségügyi ellátás iránti szükségletekre ható globális folyamatok közül mindenekelőtt a növekvő egyenlőtlenségek, az urbanizáció és a népesség idősödése említendő. Az életmód mintái, az egészségkárosító szokások (dohányzás, kábítószer fogyasztás stb.) és a hozzájuk kapcsolódó gazdasági érdekek is globalizálódtak. Például miközben – köszönhetően részben a kormányzati prevenció intézkedéseknek is – a fejlett országokban szűkült a dohányipar piaca, a fejlődő országokban ezzel szemben jelentősen bővült. Végül, de nem utolsósorban növekedtek a környezetszennyezésből, éghajlati változásokból eredő egészségi kockázatok is.

Szeretném néhány adattal is illusztrálni ezeket a folyamatokat. Az 1970-es évek végén a világ népességének 38 százaléka élt városokban, 2008-ban már 50 százaléka. A városi népesség egyharmada (több mint 1 milliárd ember) nyomornegyedekben él – nélkülözve az egészség alapvető feltételeit, az egészséges ivóvizet és alapvető higiénias feltételeket. Ezek a helyeken él a 2000-es évek közepén kb. 200 millióra becsült migráns népesség egy jelentős része, akik sokszor ki vannak zárva az adott országban elérhető alapvető egészségügyi ellátásból is (WHO, 2008. p. 8).

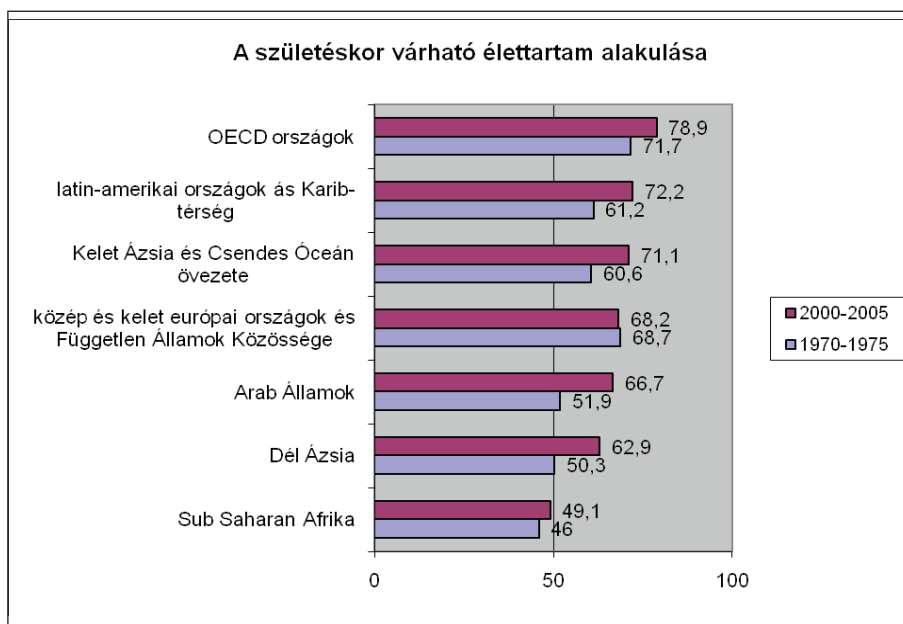
A fejlett országok társadalmainak előregedése egyszerre hathat a források relatív szűkülésére és az egészségügyi szolgáltatások iránti szükségletek növekedésére. Az ENSZ előrejelzése szerint 2050-ben a jelenlegi fejlett országok lakosságának 30–40 százaléka 60 év feletti (10–15 százaléka 80 év feletti) lesz (United Nations, 2006). A egészségügyi rendszer,

<sup>2</sup> Egy adott időpontban/időszakban az adott betegséggel rendelkezők aránya a népességben belül.

## TANULMÁNYOK

egészségügyi technológia fejlődési irányai jelentősen befolyásolhatják, hogy az idősödő népesség szükségleteinek kielégítése milyen mértékben fogja a kiadásokat tovább növelni.

1. ábra A születéskor várható élettartam alakulása<sup>3</sup>



Az egészségi állapot, a várható élettartam trendjei egyaránt tükröznek jelentős pozitív változásokat és súlyos problémákat. Az 1. ábra a nemzetközi elemzésekben szokásos 7 régióra osztva mutatja a várható élettartam alakulását (Marmot, 2008).<sup>4</sup> A globális adatokat tekintve – Sub-Saharan Afrika (a továbbiakban: Afrika) és CEE–CIS országok kivételével – jelentősen növekedett a várható élettartam. Csökkent a fejlett országok (OECD országok) és a többi 4 régió közötti különbség (2. ábra). Ugyanakkor drámai mértékben növekedett Afrika és CEE–CIS országok és a többi régió közötti különbség. Például Dél-Ázsiában 12 évvel hosszabbodott a várható élettartam az 1970-es évek első fele és a 2000-es évek első fele között, ugyanakkor Afrikában csupán 3 évvel és így 2005-ben már 13 évvel alacsonyabb volt, mint a régiók rangsorában utána következő Dél-Ázsiában. A másik leszakadó régiót a Kelet-Európai poszt-szocialista országok (kivéve az OECD országokat) és a korábbi Szovjetunióból kialakult államok (CEE–CIS országok) jelentik. Az 1970-es évek elején ebben a régióban a várható élettartam az OECD országok átlagától csupán 3

<sup>3</sup> Human Development Report 2007/2008

<sup>4</sup> Az arab államok (részét képezi Észak-Afrika is); Kelet-Ázsia és Óceánia; Latin-Amerika és a Karib térség; Dél-Ázsia; Sub-Saharan Afrika; az OECD országok; Kelet-Európa OECD országok közé nem tartozó államai és a volt Szovjetunióból létrejött független államok (CIS).

évvel volt rövidebb. A 2000-es évek közepére a különbség több mint 10 évre növekedett. A régió átlagát tekintve alacsonyabb volt a várható élettartam, mint 30 évvel ezelőtt. Nyilvánvalóan minden régióon belül jelentősek a különbségek, és vannak a régió átlagától eltérő, pozitív trendet mutató országok is a CEE–CIS országok között.

Az egészségügyi rendszer globális folyamatai közül az egyik meghatározó az orvosi technológiák robbanásszerű fejlődése – különösen a képalkotó diagnosztika, biotechnológia, géntechnológia (génsebészet), transzplantáció, bio-kibernetika (mesterséges szervek), új, nagyhatású gyógyszerek, minimál-invazív műtéti eljárások (lézersebészet, endoszkópos, laparoszkópos eljárások), valamint a telemedicina területén. Az új diagnosztikai és gyógyító eljárások jelentősen növelték az egészségügy befolyását a népesség egészségi állapotának az alakulására, és változásra készítették az egészségügy működését, intézményi struktúráját és finanszírozását is.

A technológiai fejlődés az egyik meghatározó tényezője annak, hogy a GDP növekvő része fordítódik az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására. Napjaink egészségügyének egyik legnagyobb kihívása: milyen eszközökkel enyhíthető a technológiai fejlődés által nyújtott terápiás lehetőségek és az egészségügyi ellátás finanszírozására elérhető források között kiéleződött feszültség. A bővülő, de dráguló terápiás lehetőségek és korlátozott források viszonyai között hogyan csökkenthetők az egyenlőtlenségek az ellátáshoz való hozzájutásban. A problémák nyilvánvalóan különböző szinten jelentkeznek a világ különböző fejlettségű országaiban. A közepes és alacsony jövedelmű országok fokozottan szembesülnek azzal, hogy az új technológiák kifejlesztésekor a fejlett országok pénzügyi feltételeit, lehetőségeit veszik figyelembe, azaz a technológia követésének, alkalmazásának feltételei jelentősen nehezedtek ezekben az országokban. Az alacsony jövedelmű országokban pedig a népesség jelentős része a legszükségesebb egészségügyi ellátást is nélkülözi.

Egyre inkább láthatóvá válik az egészségügy egy új globális válságjelensége: a humán erőforrások szűkössége, elégtelensége. Az elmúlt évtizedekben számos fejlett országban munkaerőhiány alakult ki, aminek egyik oka, hogy a közpénzekből finanszírozott egészségügyben az egészségügyi dolgozók relatív jövedelmi helyzete jelentősen romlott a gazdaság piaci szektoraihoz képest. A fejlett országok a munkaerő-probléma enyhítése érdekében az alacsony és közepes fejlettségű országból vonzzák az orvosokat és nővéreket. Az elmúlt évtizedben jelentőssé vált az egészségügyi munkaerő globális migrációja. Ez azt is jelenti, hogy valójában az alacsony és közepes fejlettségű országok finanszírozzák a fejlett országokban dolgozó orvosok egy részének a képzését. Miközben a fejlett országok – a munkaerő elszívásával – „exportálják”, súlyosbítják a problémát a többi országban.

### **Alapvető kihívások: alacsony jövedelmű országok**

Az egészségügy globális egyenlőtlenségei a gazdaság egyenlőtlenségeinél is mélyebbek. A világ különböző gazdasági fejlettségű régiói közötti különbségek drámai mértékét érzékelteti, hogy 2002-ben a 25 legmaga-

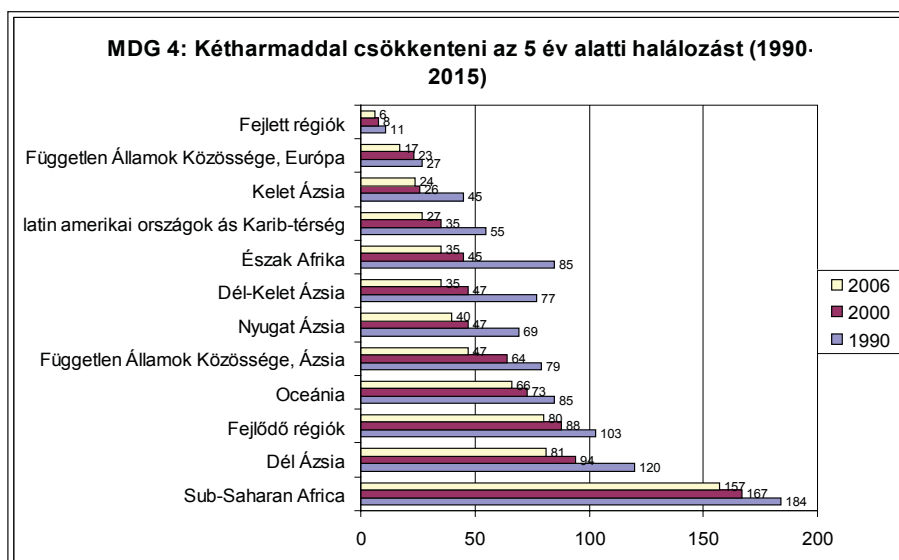
## TANULMÁNYOK

sabb jövedelmű<sup>5</sup> (legnagyobb egy főre jutó GDP-vel rendelkező) országának a részesedése a világ népességéből 16 százalék, a bruttó nemzeti termékéből (GDP-jéből) 80 százalék, a betegség-teherből<sup>6</sup> 10 százalék, az egészségügyi kiadásokból pedig 88 százalék volt. Az összes többi (alacsony<sup>7</sup> és közepes jövedelmű) ország részesedése a népességből 84 százalék, a GDP-ből 20 százalék, a betegség-teherből 90 százalék, az egészségügyi kiadásokból pedig 12 százalék volt (Gottret and Schieber, 2006).

Az ENSZ által – a szegénység elleni globális stratégiaként – 2000-ben meghirdetett Millenniumi Fejlesztési Célok (MDG<sup>8</sup>) az egészségi állapot területén három fő célt (és ezek elérését szolgáló számos további célt) fogalmazott meg (United Nations, 2008; Devarajan, et al., 2002):

- kétharmaddal csökkenteni az 5 éves életkor előtti halálozást 2015-re az 1990-es szinthez képest (MDG 4);
- háromnegyeddal csökkenteni az anyai halálozást 2015-re az 1990-es szinthez képest (MDG 5);
- a HIV/AIDS, malária és más fertőző betegségek elleni küzdelem (megállítani és visszafordítani a HIV/AIDS, malária és tuberkulózis terjedését (MDG 6).

2. ábra Az öt éves életkor előtti halálozás, 1990, 2000 és 2006<sup>9</sup>



<sup>5</sup> Egy főre jutó GNI > USD 16 000 (Gottret and Schieber, 2006)

<sup>6</sup> A betegség-teher alatt általában a korai halálozásból (vagy halálozásból és megbetegedésből) eredő életév veszteséget értjük. Például a „Potential Years of Life Lost” indikátor a 70 év előtti elhalálozásokból eredő életév veszteséget mutatja (OECD, 2007).

<sup>7</sup> Egy főre jutó GNI < USD 766 (Gottret and Schieber, 2006)

<sup>8</sup> Millennium Development Goals

<sup>9</sup> The Millennium Development Goals Report, 2008

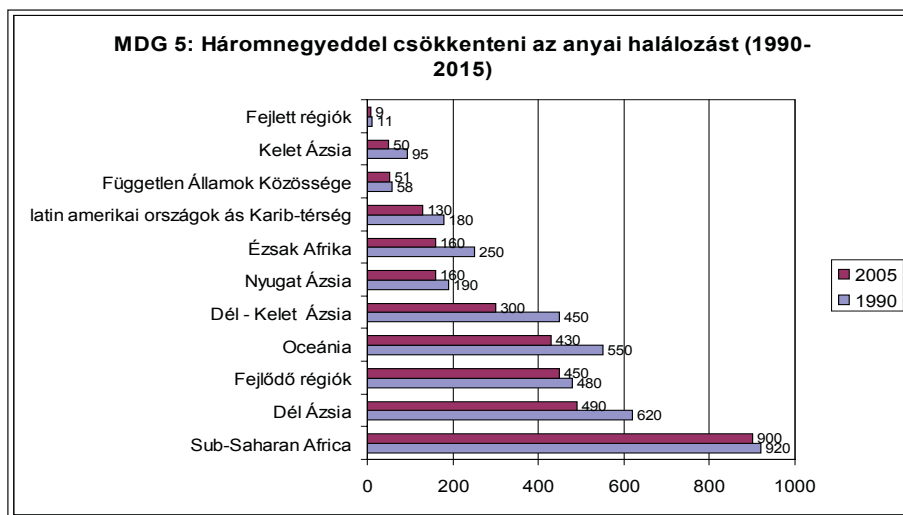


Az adatok azt mutatják, hogy – amennyiben az elmúlt nyolc év tendenciái folytatódnak –, a fenti Millenniumi Fejlesztési Célok valószínűleg nem valósulnak meg. Nincs egyetlen olyan régió sem, ahol a célul tűzött mértékben javult volna a helyzet (United Nations, 2008).

Az életésélyekben már a születéskor drámaiak a különbségek: a fejlődő országok régióinak átlagát tekintve 2006-ban 1000 gyermekből 80 meghalt az 5 éves kor elérése előtt, ami 13-szorosa volt a fejlett országok hasonló adatának<sup>10</sup> (2. ábra). Az 5 éves életkor előtti halálozás csak 22 százalékkal csökkent 1990 és 2006 között, ami messze elmarad a célul tűzött kétharmados csökkenés időarányos mértékétől (United Nations, 2008). Az átlag mögött nagyok a különbségek az egyes régiók között. Afrikában a fejlődő országok átlagánál is lassabb volt a javulás: minden 6–7-ik gyermek meghal az 5 éves kor elérése előtt, az 5 év alattiak halálozási rátája 26-szorosa a fejlett országokénak (a fejlődő országok átlagának is majdnem a kétszerese).

Még döbbenetesebb a különbség, még súlyosabb az elmaradás a Millenniumi Fejlesztési Célok megvalósításában az anyai halálozást tekintve. 1990 és 2006 között a fejlődő országok átlagát tekintve csupán 6 százalékkal csökkent az anyai halálozás (480-ról 450-re 100 ezer élve születésre), Afrikában pedig gyakorlatilag nem mérhető javulás (920-ról 900-ra csökkent a 100 ezer élve születésre jutó anyai halálozás). Ez azt jelenti, hogy Afrikában minden száztizedik szülés az anya halálával jár együtt. Ez 100-szoros a fejlett országokhoz képest. Néhány ország példája azt mutatja, hogy rövid idő alatt is elérhető radikális javulás, ugyanis az anyai halálozás egyik alapvető oka, hogy a szüléseknek csupán 40–47 százalékát segíti képzett egészségügyi személyzet Dél-Ázsiában és Afrikában.

3. ábra Az anyai halálozás, 1990 és 2005<sup>11</sup>



<sup>10</sup> A fejlett országokban 1000 élve születésre 6 öt év alatti halálozás jutott 2006-ban.

<sup>11</sup> The Millennium Development Goals Report, 2008

## TANULMÁNYOK

Az egészségügyre vonatkozó harmadik alapvető Millenniumi Fejlesztési Cél: a HIV/AIDS, malária és más fertőző betegségek elleni küzdelem. Az ENSZ-nek a MDG megvalósítására vonatkozó 2008. évi jelentése szerint tovább növekedett HIV/AIDS fertőzéssel élők száma: 2001-ben 29,5 millió, 2007-ben pedig 33 millió volt a számuk, és többségük Afrikában élt. A fejlődő országokban a kezelésre (antiretroviral gyógyszerre) szoruló 9,7 millió beteg közül csupán 3 millió jutott hozzá a szükséges gyógyszerhez 2007-ben (United Nations, 2008).

Az alacsony jövedelmű országok többségében a minimálisan szükséges alapvető ellátás biztosítása is külső forrást igényel. Sokszor nemcsak a források elégtelensége jelent problémát. A külső támogatáson alapuló programokban az AIDS, malária, tuberkulózis elleni programok dominálnak, és sokszor nem kap megfelelő hangsúlyt az alapvető egészségügyi infrastruktúra és humán erőforrás kialakítása. A programokra sokszor a donor-szervezetek közötti koordinátlanság jellemző; számos országban az adminisztratív kapacitás hiánya az egyik fő akadálya a segélyek hatékony felhasználásának. A donor-programok nem szándékolt mellékhatásaként számos esetben súlyosbodott a munkaerőhiány az egészségügy belső forrásokból finanszírozott alapvető területein – mivel a donorkok által támogatott programok a bennük dolgozók magasabb jövedelme miatt elszívták a munkaerőt más területekről.

Afrikában kb. 1 millió egészségügyi dolgozó hiányzik ahhoz, hogy a minimális egészségügyi alapellátást biztosítani lehessen. Az alacsony jövedelmű országokban a munkaerőhiányt súlyosbította az egészségügyi munkaerő elvándorlása a fejlett országokba.

A Millenniumi Fejlesztési Célok néhány kiemelt problémára fókuszál, konkrét, jól mérhető, alapvető fontosságú célokkal kívánja mobilizálni az erőforrásokat. Az egészségügy globális problémáinak enyhítésére az Egészségügyi Világszervezet 2008 nyarán elindított egy másik – átfogóbb koncepción alapuló – globális stratégiát is. 2005-ben hívta életre a WHO „Az Egészség Társadalmi Meghatározói” Bizottságot<sup>12</sup>, azzal a feladattal, hogy összegezze az egészség egyenlőtlenségeit meghatározó társadalmi, gazdasági tényezőkre vonatkozó tudományos bizonyítékokat és tegyen javaslatot egy átfogó globális stratégiára az egyenlőtlenségek csökkentésére. A Bizottság 2008 augusztusában tette közzé jelentését, amelynek középpontjában az egészségre ható legfontosabb társadalmi tényezőiknek az alakítása áll (4. ábra) (WHO, 2008).<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Commission on Social Determinants of Health.

<sup>13</sup> Dr. M Chan, WHO főtitkár, 2008, augusztus 28-i sajtótájékoztató alkalmával hangsúlyozta: „Ez a munka pontot tesz a vita végére. Az egészségügyi ellátás fontos meghatározója az egészségi állapotnak. Az életmód is fontos meghatározója az egészségi állapotnak. Azonban a társadalmi tényezők azok, amelyek meghatározzák az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást és elsősorban meghatározzák az életmódválasztást.”



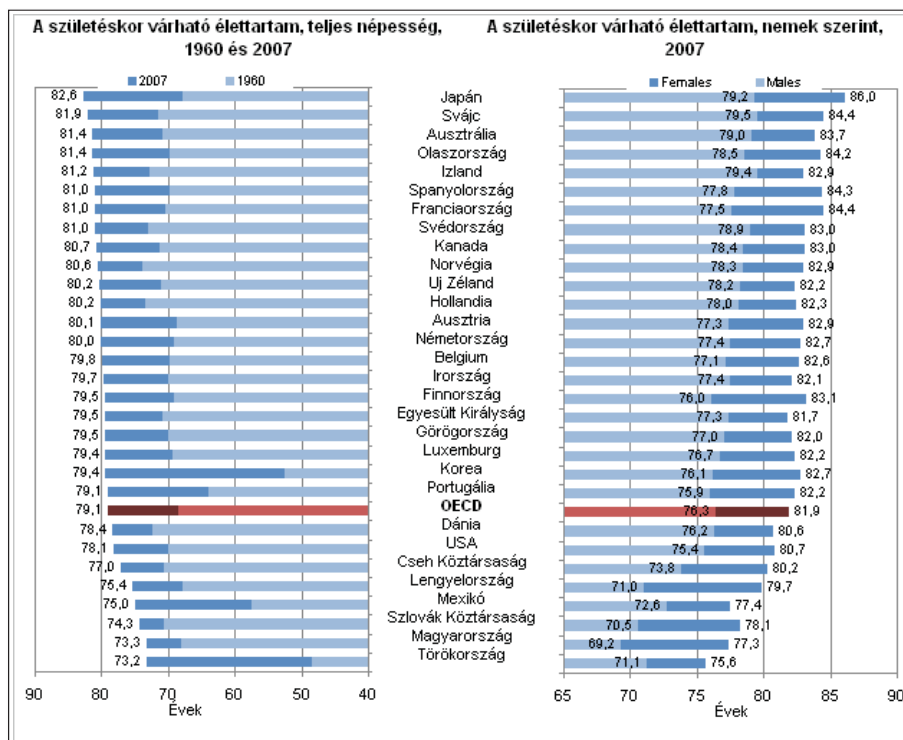
4. ábra Az egészség társadalmi meghatározói<sup>14</sup>



### Az egészség és egészségügy kihívásai a fejlett országokban

Az elmúlt négy évtizedben jelentősen javultak a népesség életkilátásai a fejlett országokban. 1960 és 2007 között a születéskor várható élettartam – az OECD országok átlagát tekintve – 10,7 évvel hosszabbodott: 68,4 évről 79,1 évre. Ez számos tényező eredője, amelyek közül csak egyik és nem is döntő jelentőségű a gazdasági fejlődés. Ezt jelzi például, hogy miközben az 1 főre jutó GDP 2007-ben a harmadik legmagasabb volt az USA-ban (csak Luxemburg és Norvégia előzte meg), az amerikai népesség várható élettartama az egyik legrosszabb az OECD országokban (5. ábra). Továbbá lényegesen kisebb mértékben növekedett a várható élettartam az USA-ban, mint az 1960-ban hasonló szinten álló országokban (pl. Olaszország, Németország stb.).

<sup>14</sup> WHO, 2008

5. ábra Születéskor várható élettartam alakulása az OECD országokban<sup>15</sup>

### Az egészségügyi rendszerek eltérő modelljei

A jelenlegi egészségpolitikai törekvések megértéséhez fontos az egészségügyi rendszerek fejlődés-történetének az ismerete, figyelembe vétele. A fejlett országok 20. századi fejlődése során, különösen a jóléti államok második világháború utáni kiépülésével markáns különbség alakult ki az amerikai és az európai egészségügyi rendszerek között. A különbség nemcsak a konkrét szervezeti jellemzőkben (pl. a finanszírozás módjában) mutatkozik, hanem az alapvető politikai és etikai elvekben is, amelyek az európai és az amerikai egészségügyi rendszerek alapulnak. A nyugat-európai országokban tradicionális, évszázados érték a szolidaritás és a jelenlegi modern egészségügyi rendszerekben is alapvető politikai prioritás az esélyegyenlőség a szolgáltatásokhoz való hozzájutásban<sup>16</sup>. Nyilvánvalóan függ az adott ország gazdasági fejlettségétől, hogy ezt az elvet milyen ellátási körre, milyen feltételek között tudja biztosítani.

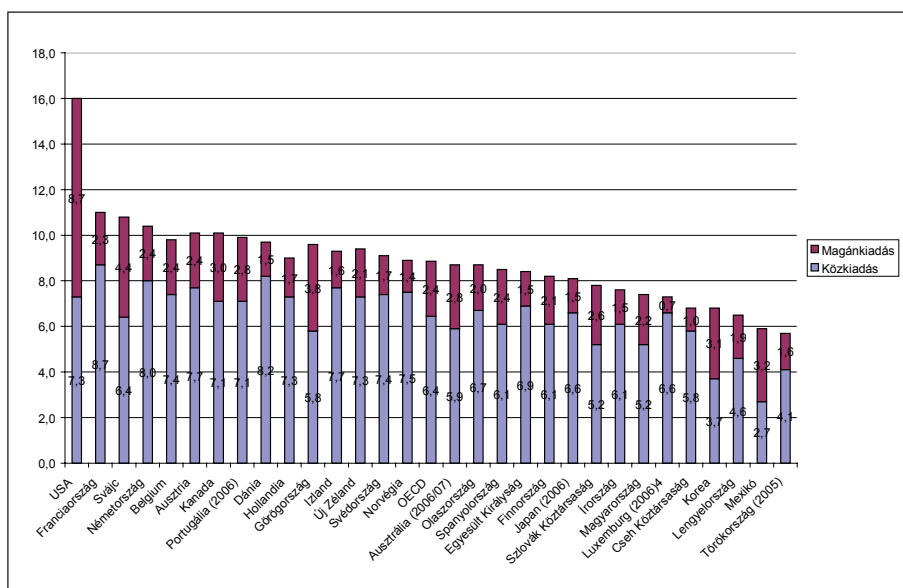
<sup>15</sup> Forrás: OECD Health Data 2009.

<sup>16</sup> Az esélyegyenlőséget középpontba állító értékrendszeren alapuló modellben az, hogy ki milyen szolgáltatáshoz jut hozzá, nem függhet az egyének jövedelmi vagy vagyoni helyzetétől. A nyugat-európai egészségügyi rendszerekben érvényesülő szolidaritási elv azt jelenti, hogy az egyének a teherviselő képességük (jövedelmük) arányában járulnak

A piaci modellben, amelyen az USA egészségügyi rendszere alapul a fogyasztói szuverenitás az alapelv. Ebből következően a magánbiztosítás és a páciensek általi közvetlen fizetés jelenti a finanszírozás fő formáját. A piaci modell előnye, hogy jobban képes igazodni a fizetőképes kereslettel rendelkezők differenciált fogyasztói igényeihez (ami nem feltétlenül azonos az egészségi állapotból adódó szükségletekkel). A hátránya pedig, hogy a biztosítással rendelkezők között is jelentős különbségek vannak az ellátáshoz való hozzájutásban – attól függően, hogy a munkáltatójuk milyen biztosítást vásárol számukra, vagy az egyéni biztosítás esetén, hogy az egészségi kockázatuk és jövedelmi helyzetük alapján milyen biztosítást képesek megfizetni, továbbá éppen azok a rétegek nem rendelkeznek fizetőképes kereslettel, akiknek legnagyobb szükségük van az egészségügyi ellátásra (szegények, idősök).

A valóságos egészségügyi rendszerek természetesen nem tisztán csak az egyik vagy a másik modell jellemzőivel bírnak; a különbséget az jelenti, hogy melyik modell értékrendszere, strukturális jellemzői a dominánsak. A nyugat-európai országokban a közfinanszírozás (szolidaritási elv) dominanciája mellett fontos kiegészítő szerepet játszik az önkéntes, kiegészítő biztosítás. Az USA-ban pedig az időskorúak számára a szövetségi költségvetésből finanszírozott Medicare, a munkajövedelem nélküli legszegényebbeknek pedig az államok költségvetéséből finanszírozott Medicaid programok nyújtanak biztosítást.

6. ábra Az egészségügyi kiadások a GDP százalékában, 2007<sup>17</sup>



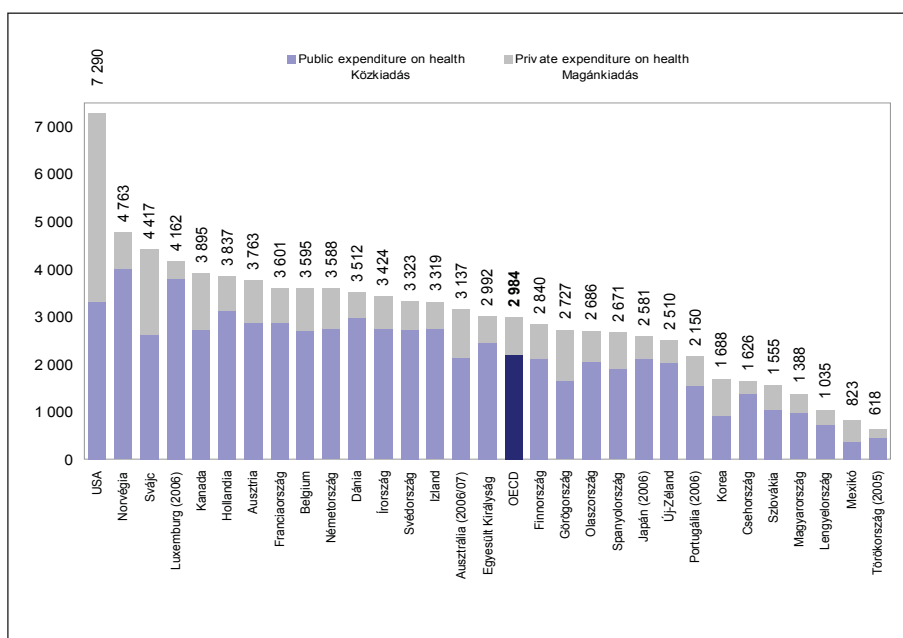
hozzá a rendszer finanszírozásához, míg a szolgáltatások igénybevételének az alapelve a szükségletek szerinti hozzáférés.

<sup>17</sup> OECD Health Data 2009

## TANULMÁNYOK

A szigorúan vett gazdasági megfontolások is a közfinanszírozás dominanciáján alapuló európai egészségügyi rendszerek eredményesebb működését jelzik. Az elmúlt évtizedek tapasztalatai azt mutatják, hogy a nyugat-európai egészségügyi rendszerek jobban tudták befolyásolni az egészségügyi kiadások makro-szintű alakulását: az egészségügyi kiadások növekedési üteme kevésbé szakadt el a gazdasági növekedés alakulásától, mint az USA-ban (6. ábra). 1980-ban az USA, Németország, Dánia és Svédország a GDP közel azonos százalékát fordították egészségügyre. Ezzel szemben 2007-ben az egészségügyi kiadások (közkiadások és magánkiadások együtt) a GDP 16 százalékát tették ki az USA-ban, míg Németország, Dánia és Svédország 9,1–10,4 százalékát.

7. ábra Az egy főre jutó egészségügyi kiadások az OECD országokban, 2007<sup>18</sup>

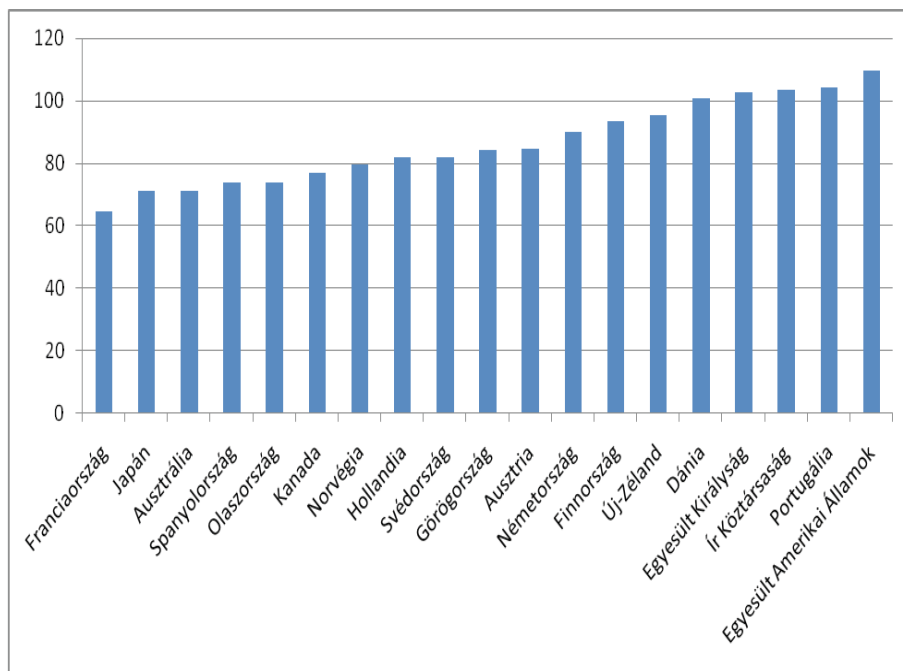


Az USA egy főre jutó egészségügyi kiadása 2,2-szerese az EU(15) országok átlagának (7. ábra), miközben az egészségi állapotra vonatkozó és az egészségügyi rendszer hatását, teljesítményét mutató indikátorok az USA-ban rosszabbak, mint a legtöbb fejlett országban. Ezzel a helyzettel kívánta szembesíteni az amerikai politikai és szakmai közvéleményt az amerikai Commonwealth Alapítvány 2006-ban közzétett „Why not the best?” (Miért nem a legjobb?) című tanulmánya (Commonwealth Fund, 2006). Egyebek közt rámutatott, hogy miközben több mint kétszerese az egy főre jutó egészségügyi kiadás az USA-ban, az egészségügyi rendszer eredményességét jelző egyik legfontosabb mutató, az „elkerülhető halálokból” eredő halálozás a vizsgálatban szereplő 20 fejlett ország közül

<sup>18</sup> OECD Health Data 2009.

az USA-ban volt a legmagasabb 2002/2003-ban; a relatív helyzete pedig romlott 1997/98-hoz képest (8. ábra).

**8. ábra Elkerülhető okokból eredő halálozás, 2002/03<sup>19</sup>**  
A kellő időben nyújtott megfelelő terápiával nagymértékben befolyásolható halálokokból eredő 75 éves kor előtti halálozás, 100 ezer lakosra



### Az európai egészségügyi reformok főbb jellemzői

A globális trendek között már tárgyaltam azokat a problémákat, amelyek enyhítésére a fejlett országok egészségügyi reformjai irányulnak. Alapvető kihívás: az egészségügyi kiadások alakulásának a befolyásolása, annak a trendnek a mérséklése, hogy az egészségügyi kiadások a GDP növekedési ütemét meghaladó mértékben növekednek. Ennek a tendenciának a fő okát a technológiai fejlődés jelentette. Az elmúlt évtizedekben a technológiai fejlődés alapvetően költségnövelő volt: azaz az egy betegre, egy adott betegség kezelésére jutó költségek jelentősen növekedtek. Az új technológiák alkalmazásával kapcsolatban azonban számos probléma is nyilvánvalóvá vált. Az új technológiák, gyógyszerek nem kis része csak csekély egészségjavulást eredményez, azaz nem költséghatékony, összehasonlítva a hagyományos terápiákkal. Az alkalmazásukban azonban a gyártók és sokszor az orvosok is érdekeltek, a páciensek elvárásaira pedig jelentős befolyást tud gyakorolni a gyártók és orvosok által nyújtott információ. A finanszírozói döntésekben is sokszor nem kellően érve-

<sup>19</sup> McKee: Measuring the Health of Nations, Health Affairs, 2008.1

## TANULMÁNYOK

nyesülnek a költséghatékonysági szempontok. Napjaink egészségügyének egyik legnagyobb kihívása: milyen eszközökkel enyhíthető a technológiai fejlődés által nyújtott terápiás lehetőségek és az egészségügyi ellátás finanszírozására elérhető források között kiéleződött feszültség. A bővülő, de dráguló terápiás lehetőségek és korlátozott források viszonyai között hogyan biztosítható az esélyegyenlőség az ellátáshoz való hozzájutásban. Nemcsak az az alapvető kérdés, hogy miként biztosítható a hozzáférés a dráguló, modern orvosi technológiához, hanem hogy miként adható nagyobb prioritás a költségcsökkentő technológiáknak. Ezeket a problémákat az egészségpolitikák az új technológiák hatásosságának és költség-hatékonyságának a vizsgálatával és az új technológiák alkalmazásának a fokozottabb szabályozásával igyekeznek enyhíteni.

Az egészségügyi ellátás iránti szükségletet számos demográfiai és társadalmi folyamat is növeli, mindenekelőtt a népesség öregedése, ami – a demográfiai előrejelzések szerint – alapvetően fogja megváltoztatni a társadalmak korstruktúráját. Várhatóan jelentősen növekszik az időskorra jellemző krónikus betegségek (pl. Alzheimer-betegség, demencia stb.) aránya. A krónikus betegségek kockázatát növeli a napjainkra már új „népbetegségnek” számító elhízás.

### *Útkeresés: stratégiák a hatékonyság és minőség javítására*

Az egészségügyi reformok középpontjában a finanszírozhatóság mellett a hatékonyság és minőség javítása, a páciensek-fogyasztók elégedettségének növelése áll. Azaz a reformok a következő alapvető kérdésekre keresik a válaszokat: Hogyan hangolható össze az egészségügyi rendszer, a jóléti rendszer és a gazdasági növekedés szempontjai, rövid és hosszabb távon? (Hogyan biztosítható a fenntartható finanszírozás?) Hogyan csökkenthetők a indokolatlan különbségek abban, hogy adott betegséggel ki mikor és milyen ellátáshoz jut hozzá? Hogyan növelhető a betegek biztonsága? Hogyan javítható az egyének-páciensek elégedettsége? Hogyan érhető el minél több „egészség-nyereség” a rendelkezésre álló forrásokkal? Hogyan érhető el a modern technológiák költséghatékony alkalmazása? Hogyan befolyásolhatók az egészségi állapotra ható egészségügyön kívüli tényezők?

Az Európai Uniót tekintve a jelenlegi évtized meghatározó jellemzője, hogy egyrészt az EU egészségpolitikájában nagy hangsúlyt kapott a közös értékek és alapelvek megerősítése<sup>20</sup>; ugyanakkor ezen elvek érvényesítésének eszközeit, a konkrét reformokat tekintve rendkívül változatos a kép. A nyugat-európai országokban a hatékonyság és minőség javítását célzó reformok az „útkeresés” szóval jellemezhetők: nincs

<sup>20</sup> A „Közös értékek és alapelvek az Európai Unió egészségügyi rendszereiben” dokumentum (2006/C146/01) szerint „a mindenkire kiterjedő társadalmi védelem, a jó minőségű szolgáltatásokhoz való hozzáférés és az esélyegyenlőség és szolidaritás” jelentik az alapvető értékeket; „a minőség, biztonság, bizonyítékokon alapuló etikus ellátás, a betegek aktív részvétele, a személyiség védelme és a személyes információ védelme, titkossága” pedig a közös működési alapelveket az Európai Unió tagállamainak egészségügyi rendszereiben.



egyetlen csodaszer, ugyanaz az eszköz (pl. decentralizáció, privatizáció) különböző hatással járhat két különböző országban – a gazdasági és társadalmi feltételek, valamint az egészségügyi rendszer eltérő jellemzői következtében. Az utóbbi egy-két évtized reformjai – a finanszírozási és szolgáltatási rendszerben végrehajtott változtatások – között egyaránt láthatunk példákat a centralizációra és decentralizációra, a verseny ösztönzésére és a koordináció erősítésére, a magánszektor szerepének növelését célzó törekvésekre, míg máshol a korábbi időszak céljainak felülvizsgálatára, inkább a magánszektor térnyerésének a korlátozásra. Ugyanakkor néhány közös vonás is kirajzolódik: a fejlesztéseket tekintve a hosszabb távra szóló stratégiai tervezés, a szolgáltatások területén pedig a koordináció erősítése a szolgáltatók között, különösen a krónikus betegek ellátásában. Például Ausztriában a 2000-es évek közepén kidolgozott reformprogramban nagy hangsúlyt kapott az Egészségügyi Strukturális Terv készítése és a szolgáltatók közötti koordináció (IHS, 2007). Dániában átfogó tervet fogadtak el a minőség javítására a közszolgáltatásokban a 2007–2018 közötti időszakra; valamint kiemelt szerepet kap az országos rákellenes cselekvési terv. Franciaországban új módszereket vezettek be a kórházhálózat tervezésében, valamint előtérbe került a munkaerő hosszú távú tervezése (Zeynep Or, 2007). Nagy-Britanniában kiemelt szerepet kapott az egészségügyi technológia értékelése, valamint a szolgáltatók közötti verseny ösztönzése. A német egészségügyi reform egyik fontos eleme: pénzügyi ösztönzők alkalmazása a krónikus betegek ellátásának jobb koordinációjára. Kanadában országos stratégia készült a mentális betegségek megelőzésére és kezelésére. A spanyol reform középpontjában az ellátás-szervezés integrált egészségügyi szervezetek létrehozása állt. Ezenkívül célul tűzték az ápolásbiztosítás 2007 és 2015 közötti bevezetését.

Az útkeresést mutatja az is, hogy hasonló problémákra eltérő reformkonceptiók figyelhetők meg az egészségügyi rendszernek a közelmúltban nálunk nagy figyelmet kapott részterületén: az egészségbiztosítási rendszer reformjában is. A kilencvenes évek közepén – részben a biztosítási rendszer széttagoztságából eredő problémák kezelésére – Hollandiában és Németországban lehetővé tették és ösztönözték a korábban területi elven vagy foglalkozási áganként szerveződő biztosítók közötti versenyt. A biztosítók közötti verseny tapasztalatai azonban meglehetősen ellentmondásosak (Mossialos, 2004; OECD, 2004, Ven, W. Van de, et al., 2003). Az egyes országok egészségügyének helyzetétől, politikai viszonyaitól függően a kormányzatok a biztosítók közötti verseny ellentmondásos tapasztalataiból eltérő következtetésekre jutottak a 2000-es évek közepén. Hollandiában radikális reformot vezettek be az egészségbiztosításban: 2006-tól a korábbi (a társadalom kétharmadára kiterjedő) társadalombiztosítást felváltotta a kötelező magánbiztosítás, amit az üzleti biztosítók nyújtanak (illetve a korábbi nonprofit alapoknak is át kellett alakulniuk). Ezzel szemben Ausztriában a 2000-es évek közepén mérlegelték és elvetették a biztosítók közötti verseny bevezetését.

*Az egészség, egészségügy és gazdaság viszonyára vonatkozó nézetek változása*

Az utóbbi évek szakmai vitái, publikációi és nemzetközi egészségpolitikai dokumentumai alapján talán nem túlzás azt állítani, hogy jelentős változások bontakoznak ki az egészségpolitikai gondolkodásban is, mindenekelőtt az egészség, egészségügy és gazdasági fejlődés kapcsolatára vonatkozó nézetekben. Növekvő hangsúlyt kap, hogy a 40–50 évvel ezelőtti időszakhoz képest az egészségügyi ellátás lényegesen nagyobb szerepet játszik a népesség egészségi állapotának alakulásában. Az ötvenes, hatvanas években még igaz volt, hogy a népesség várható élettartamát, egészségi állapotát maga az egészségügyi ellátás csak kis mértékben volt képes befolyásolni az egészségügyön kívüli (gazdasági, társadalmi, környezeti és életmódbeli) tényezőkhöz képest. Az egészségügyi technológia fejlődése azonban lényeges változást hozott. Ezt tükrözi a 2008 nyarán a Tallini Konferenciára készült tudományos dokumentumok elfogadott Tallini Charta is. Figueras, J. et al. szerint: „Az egészségügyi szolgáltatások hatása is jelentős. Az erre vonatkozó összefüggések komplexek, de konzisztensen azt mutatják, hogy az elmúlt évtizedekben a várható élettartam növekményének körülbelül a fele tudható be az egészségügyi ellátás javulásának”. (Figueras et al., 2008). Az egészségügyi ellátás – korábbiakhoz képest – megnövekedett szerepe nem jelenti azonban azt, hogy a társadalmi tényezők – jövedelmi egyenlőtlenségek, iskolázottság, élet- és munkakörülmények – hatása ne lenne alapvetően fontos. Azt is társadalmi, politikai tényezők befolyásolják, hogy egy ország mennyit fordít közpénzekből egészségügyre, milyen mértékűek az egyenlőtlenségek az ellátáshoz való hozzájutásban.

Növekvő hangsúlyt kap az egészség és egészségügy hatása a hosszú távú gazdasági növekedésre is: David Byrne, az Európai Unió korábbi egészségügyi biztosa hangsúlyozta: „Az egészségügyi kiadásokat túl gyakran csak rövid távú költségnek tekintik, nem pedig hosszú távú beruházásnak. Még csak elkezdődött annak a felismerése, hogy az egészségügyi ráfordítások a gazdasági növekedés alapvető hajtóerejét jelentik.” (European Commissioner for Health & Consumer Protection, 2004) Ismét előtérbe került a „Health in All Policies” stratégiai cél: azaz annak a fontossága, hogy minden kormányzati politikában érvényesíteni kell az egészség szempontjait. Az egészségpolitika, egészségügyi minisztériumok feladata nemcsak az egészségügyi szolgáltatások fejlesztése, hanem a koordináció a kormányzat egész tevékenységében. Erre valójában jogszabályi előírás is van az EU-ban: „Az egészség magas szintű védelmét kell biztosítani az összes közösségi politika és tevékenység kialakításában és megvalósításában” az Amszterdami Szerződés (1997) 152. cikkelye szerint.

A szemléletváltozás harmadik nagy területe: az állam és a piac szerepe. Az egyoldalú „fekete-fehér” megközelítésekkel szemben kezd teret nyerni egy – az egészségügy sajátosságait, a piac és az állam korlátait is figyelembe vevő – realisabb, árnyaltabb szemlélet. Ez tükrözi a korábbi évtizedekben a piaci típusú reformokat ösztönző Nemzetközi Valutaalap nemrég megjelent, „Mit kell tudnia a makro-közgazdászoknak az egészségpolitikáról?” című tanulmányában olvasható markáns megfogalma-

zás: „Az egészségpolitikai gondolkodást nemcsak az alapvető tények ismeretének a hiánya, hanem számos széles körben uralkodó mítosz is akadályozza... Makro-közgazdászok hibásan feltételezik, hogy a privát szektor által működtetett egészségbiztosítás és egészségügyi szolgáltatás eleve hatékonyabb, mint a public szektor” (IMF, 2007). A tanulmány hangsúlyozza, hogy az egészségügy a gazdaságtól eltérő sajátosságokkal rendelkezik, amit figyelembe kell vennie a makro-közgazdászoknak.

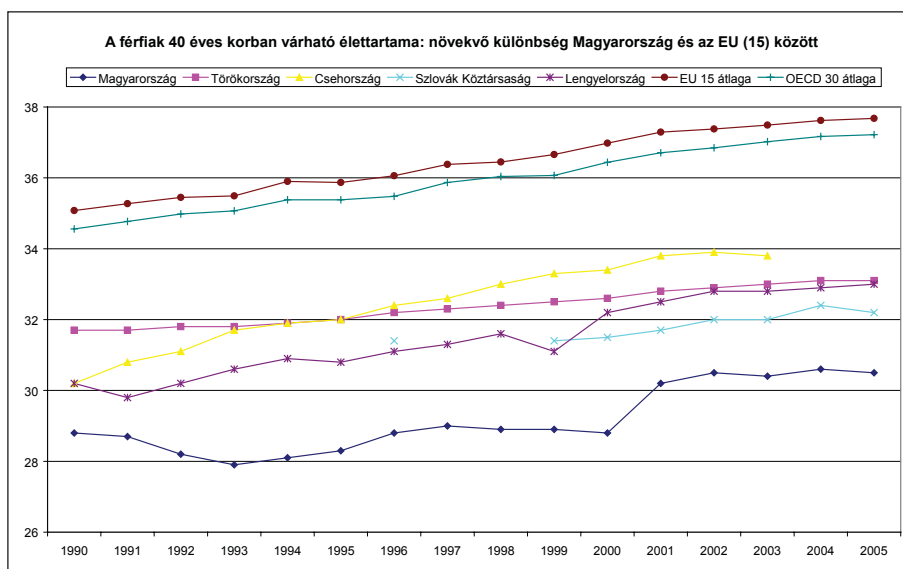
A korábban már hivatkozott „Közös értékek és alapelvek az Európai Unió egészségügyi rendszereiben (2006/C 146/01)” dokumentum szerint: „a gyakorlati módszerekben ... jelentős különbségek vannak a tagállamok között. A nemzeti feltételek között kell meghozni különösen az arra vonatkozó döntéseket, hogy ... milyen mértékben célszerű a piaci mechanizmusokra, a versenyre támaszkodni ...”. Azaz a piaci mechanizmusokat az EU nem sorolja a tagországok egészségügyi rendszereinek a közös, minden országban érvényesítésre javasolt működési alapelvei közé.

### **Alapvető kihívások: Magyarország**

A magyar népesség egészségi állapotának alakulása és a magyar egészségügy modernizációja szempontjából alapvető kérdések: követjük-e az európai tendenciákat egészségi állapotban, az egészségügy finanszírozásában, az egészségpolitikai gondolkodásban és kormányzati egészségstratégiában. Az első két kérdésre sajnos egyelőre nemleges, a harmadik esetében pedig nem adható egyértelmű válasz. A hosszú távú gazdasági fejlődésünk szempontjából is az egyik legfontosabb kihívás: hogyan javítható a magyar népesség egészségi állapota, hogyan csökkenthető a magyar népesség életésélyeiben a fejlett európai országoktól való elmaradás.

Az utóbbi másfél-két évtizedben tovább nőtt az elmaradásunk a „rég” uniós tagállamokhoz – a bővítés előtti tizenöthöz (EU-15) képest – a magyar népesség egészségi állapotát és az egészségügyi szolgáltatásokra fordított közkiadásokat tekintve is. Ezek a folyamatok jóval a rendszerváltás előtt kezdődtek, azonban a rendszerváltás után is tovább folytatódtak. Vegyük például az egészségi állapot egyik legjellemzőbb mutatóját, a férfiak negyven éves korban várható élettartamát. 1990-ben 6,3 évvel, 2006-ban pedig 7,7 évvel volt rövidebb a magyar férfiak negyven éves korban várható élettartama az EU(15) országok átlagánál.<sup>21</sup> Ugyanakkor más, hozzánk hasonló fejlettségű rendszerváltó országok – például Csehország – esetében éppen ellenkező tendenciát figyelhetünk meg: 4,9 évről 3,6 évre csökkent a lemaradásuk az EU(15)-től.

<sup>21</sup> Az EU(15) országokban a férfiak 40 éves korban várható további élettartama 35,1, illetve 38,6 év volt.

9. ábra A férfiak 40 éves korban várható élettartama<sup>22</sup>

Széles körben él az a téves nézet, hogy sokat költünk közpénzekből egészségügyre, ezért az egészségügyi közkiadásoknak a – konvergencia program által előidézett – csökkentése valójában nemcsak a gazdasági kényszer szülte intézkedés, hanem önmagában is hasznos. A tények, az adatok nemzetközi összehasonlítása alapján azonban más következtetésekre juthatunk. A közkiadások szintje (a GDP százalékában mérve) – már a konvergencia program keretében történt jelentős csökkentés előtt – elmaradt az EU(15) és az OECD átlagától: 2006-ban a GDP 5,9 százalékát tették ki az egészségügyi közkiadások Magyarországon, míg az EU átlaga 7 százalék volt. 2007-ben pedig a GDP 5,2 százalékát érték csak el (OECD, 2009).

Az elmúlt két évtizedben a nemzetközi trend az egészségügyi közkiadások GDP-hez viszonyított arányának a növekedése volt. A magyar trend eltért ettől a domináns iránytól: a közkiadások a GDP 6,6 százalékáról 5,2 százalékra csökkentek 1992 és 2007 között.

Az egészségügyre fordított erőforrásokat a szolgáltatások szempontjából az egy főre jutó egészségügyi kiadások jellemzik legjobban. A különbség tovább növekedett az egy főre jutó közkiadásokban Magyarország és az EU(13)<sup>23</sup> átlaga között: 1992-ben az egy főre jutó egészségügyi közkiadás az EU átlag 50 százaléka, ez 2007-ra 41 százalékra csökkent. Ez nem volt jellemző minden rendszerváltó országra. A cseh és a magyar egy főre jutó egészségügyi közkiadás közel azonos volt 1992-ben, 2007-ben pedig a magyar kiadások a csehországinak már csak a 71 százalékát érték el.

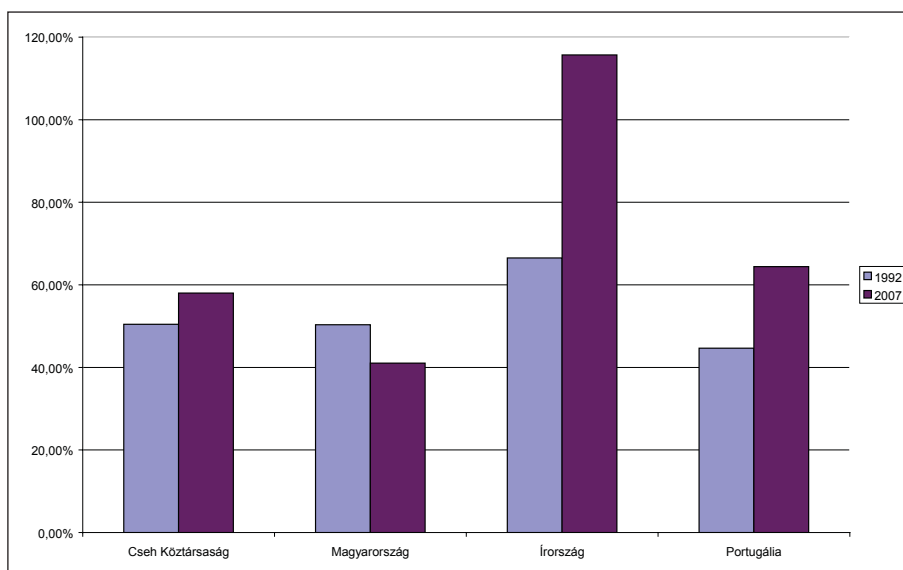
<sup>22</sup> OECD Health Data, 2008

<sup>23</sup> OECD Health Data, 2009. A bővítés előtti EU országok közül nem állnak rendelkezésre Belgium, Luxemburg és Hollandia adatai mind a két időpontra.

Az is téves nézet, hogy túlzottan nagy szerepet vállal az állam és a társadalombiztosítás. A valóság, hogy a közkiadások aránya Magyarországon (2007-ben: 71%<sup>24</sup>) az egyik legalacsonyabb volt az EU tagállamok között, és alacsonyabb az OECD átlagánál is (már a 2007-ben bekövetkezett jelentős csökkenés előtt is az volt).

**10. ábra Az egészségügyi közkiadások néhány országban – az EU(13) átlagának a százalékában**

Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások az EU(13) átlagához viszonyítva (EU(13) átlaga =100)



A magyar egészségügyi rendszer előtti kihívások egy része hasonló a fejlett nyugat-európai országokban tapasztaltakhoz: a hatékonyság növelése, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés és a szolgáltatások minőségében mutatkozó nagyfokú egyenlőtlenségek csökkentése, a páciensek-fogyasztók igényeinek jobb kielégítése; az időskorúak növekvő egészségügyi és szociális szükségleteinek megfelelő kielégítése, és nem utolsósorban a méltányos, fenntartható finanszírozás biztosítása. Ugyanakkor sajátos helyzetet jelent, hogy fennmaradt a szocialista egészségügytől örökölt egyik legsúlyosabb probléma: az orvosoknak és egészségügyi dolgozóknak – a magyarországi viszonyokhoz, más foglalkozási ágaihoz képest – alacsony bére és a hálapénz jelensége.

Az egészségügyi rendszer nem kielégítő hatékonysága mögött egymással összefüggő problémák állnak: az egészségpolitika, egészségügyi igazgatás szabályozó és ellenőrző tevékenységének hiányosságai; az intézményhálózat elavult, aránytalan szerkezete (pl. szétaprózott kórházi kapacitások); a szolgáltatók közötti koordináció hiánya; sem a

<sup>24</sup> Forrás: OECD Health Data 2009. A közkiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül az OECD országok átlagát tekintve 73 százalék volt.

## TANULMÁNYOK

finanszírozó, sem a szolgáltató intézmények nem rendelkeznek elégséges autonómiával és egyidejűleg nem érvényesül velük szemben a megfelelő számonkérési lehetőség; a finanszírozási módszerek által nyújtott ösztönzés a költséghatékonysággal ellentétes magatartásra ösztönözheti a szolgáltatókat; és nem utolsó sorban az ellátás biztonságát, minőségét veszélyeztető nővér- és orvoshiány.

Az egészségügyi ellátórendszer (mindenekelőtt a kórházi rendszer) struktúrájának az átalakítása a kilencvenes évek eleje óta folyamatosan napirenden van. Napjainkra kritikus mértékben kieleződött a konfliktus egyrészt a gazdasági mozgástér és az egészségügyi szükségletek között, másrészt az elavult intézményi struktúra és a rendelkezésre álló források között. Az elmúlt 2-3 évtizedben az orvosi technológia fejlődésének hatására számos betegségnek olyan terápiája alakult ki, ami nem igényli a kórházi ellátást, vagy a szükséges kórházi tartózkodás radikálisan lerövidült. Ugyanakkor a speciális, viszonylag kevesebb beteget érintő, de drága technológiát igénylő szolgáltatások az erőforrások (kórházak) koncentrációját igénylik. A kilencvenes évek közepétől több kísérlet történt Magyarországon is a kórházi struktúrájának a megváltozott technológiai, munkaerő és gazdasági feltételekhez való igazításához. Ezek azonban általában az ágyak számának csökkentésére redukálódtak, ami számos szempontból tovább súlyosbíthatta a helyzetet. (Például a kórházi kapacitások 2007-es átalakítása következtében számos kórházi osztály esetében jelenleg kevesebb az ágy, mint amit a minimálisan szükséges személyzetnek a hatékony foglalkoztatása indokolna.)

Az utóbbi években két, egymással ellentétes reformkonceptiót fogalmaztak meg a kormányzatok. A 2005-ben elfogadott kormányprogram a „kínálati oldal”, a szolgáltatási szféra átalakításának adott prioritást. Ennek keretében átfogó programok készültek a sürgősségi ellátás átalakítására és a fő népegészségügyi problémáknak (a szív és érrendszeri és daganatos megbetegedéseknek) a megelőzését és korszerű ellátását lehetővé tevő intézményhálózat kialakítására. Ezeket középpontba állítva és az Európai Unió forrásai által lehetővé váló fejlesztésekkel összehangolva, szakmai szempontból reális esélye volt az ellátó hálózat megfelelő modernizálásának.

Ezzel az irányzattal radikálisan szakított a biztosítási rendszer „piaci típusú” reformjának prioritást adó, 2007-es koncepció. Ez a hatékonysági és minőségi problémák kezelését a „keresleti oldal” radikális megváltoztatásától, a szolgáltatás vásárló szerepnek az üzleti biztosítókra való átruházásától várta. A két kormánypárt közötti hosszú vita eredményeként elfogadott törvényt – a vizitdíjat és a kórházi napidíjat eltörlő népszavazás után – a kisebbségbe került szocialista kormányzat visszavonta. Úgy tűnik, hogy a jelenlegi kormányzat egyrészt visszatért a 2005-ös koncepcióhoz, másrészt a társadalombiztosítás intézményi rendszerét az Országos Egészségbiztosítási Pénztár regionális struktúrájának kialakításával kívánja megvalósítani.

Az a tény, hogy 2007-ben többlettel zárt az Egészségbiztosítási Alap, valójában nem jelent stabil egyensúlyt. A többlet több tényező eredője. Kétségtelen eredmény a gyógyszerkiadások növekedésének a korlátozása. A második összetevő: bevezették számos társadalmi csoport után az állam általi járulékfizetést 2007-ben. A harmadik tényező a fekvő és



járóbeteg-ellátás által nyújtható szolgáltatásmennyiséget az egyes intézményekre lebontva szabályozó, úgynevezett teljesítmény-volumen korlát (TVK) csökkentése volt, azaz az intézmények kevesebb szolgáltatásért fizet az OEP (ha többet nyújtanak, azért nem kapnak egyetlen forintot sem). Ennek következtében a rendszer egészét tekintve a többlet csupán látszólagos: a finanszírozási technika következtében a hiány a kórházi szektorban jelentkezik: a szállítók felé való eladósodás növekedett 2007-ben és 2008-ban. A válságjelenségek fokozódnak: a jelenségek egy része – például orvosok elvándorlása, nővérképzésbe jelentkezők hiánya, a háziorvosi utánpótlás hiánya, a kórházak eladósodása, a várólisták növekedése – számszerűsíthető. A válságjelenségek másik csoportja nem számszerűsíthető, de érzékelhető az orvos–beteg kapcsolat radikális változása, a kiegészítő, kilátástalanság növekedése az egészségügyi dolgozók körében, a bizalomhiány a rendszer minden lényeges pontján, a hiteles, reális jövőkép hiánya.

Mindezek nyomtatékosítják egy hosszú távú stratégia szükségességét. A nemzetközi trendek és a sajátos problémáink is azt mutatják, hogy az előzőekben vázolt konfliktusokkal hosszabb távon együtt kell élni: ezek nem küszöbölhetők ki, csak a belőlük eredő feszültségek csökkenthetők. Másrészt a jelenlegi trendek egy része – a közkiadások csökkentése – a gazdasági kényszer hatására született intézkedés, amit az Európai Moneyparis Unióhoz való csatlakozás feltételeinek teljesítése után szükséges lenne átértékelni, az életesélyekben való felzárkózásnak a szempontjából. A gazdasági feltételek rendkívüli bizonytalansága mellett is készíthetők lennének scenáriók az egészségügy fejlesztési irányaira, ennek részeként a közkiadások kívánatos trendjére, GDP-hez viszonyított arányának kívánatos alakulására.

A lakosság egészségi állapota és az egészségügy helyzete sürgeti a változásokat, ugyanakkor a jelenlegi és közeljövőben várható gazdasági feltételek szűkre szabják az egészségpolitika tényleges mozgásterét. A politikai közállapotok azonban – mint annyi más fontos hosszú távú kérdés esetében – nem kedveznek a kormányzati ciklusokon átívelő, hosszabb távú stratégia kialakításához.

## Irodalom

- Commonwealth Fund (2006) *Why not the best? Results from a National Scorecard on U.S. Health System Performance*. Commonwealth Fund
- CSDH (2008) *Closing the gap in a generation. Commission on Social Determinants of Health Final Report*. Geneva: WHO
- European Commission (2004) *Enabling Good Health for All. A reflection process for a new EU Health Strategy*. European Commissioner for Health & Consumer Protection. 15 July 2004
- Figueras, J. et al. (2008) *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen: WHO
- Gottret, P. and Schieber, G. (eds.) (2006) *Health Financing Revisited*. Washington: The World Bank
- IHS (2007) *Austria's new coalition government's programme*. Institute for Advanced Studies (Vienna). Health Policy Monitor ([www.hpm.org](http://www.hpm.org))

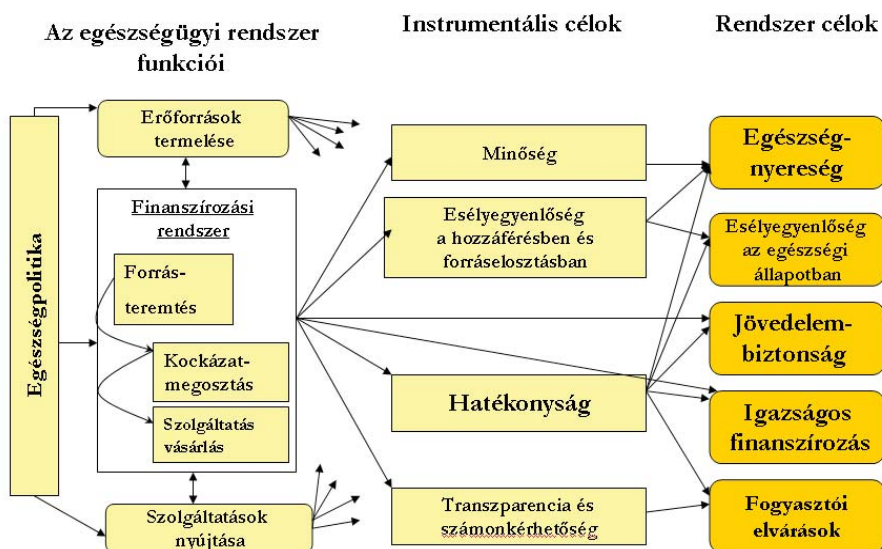
**TANULMÁNYOK**

Hsiao, W. and Heller, P. (2007) What Should Macroeconomists Know About Health Policy? IMF Working Paper. WP/07613. International Monetary Fund  
 Maarse, H. (2007) *Health reform – one year after implementation*. Health Policy Monitor (www.hpm.org)  
 Marmot, M. (2008) *Closing the gap in a generation*. European Health Forum-on elhangzott előadás, Gastein, 2–3 October, 2008  
 Mossialos, E., et al. (eds.) (2004), *Funding Health Care: Options for Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies  
 OECD (2004), *The OECD Health Project: Towards High-Performing Health Systems*, OECD, Paris.  
 OECD (2008) *OECD Health Data 2008*  
 United Nations (2001) *Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration*. United Nations  
 United Nations (2006), Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Prospects: The 2004 Revision*  
 United Nations (2008) *The Millennium Development Goals Report*, New York: United Nations  
 Ven, W. Van de, et al. (2003), “Risk Adjustment and Risk Selection on the Sickness Fund Insurance Market in Five European Countries”, *Health Policy* 65, pp. 75–85.  
 World Health Organisation (2008) *The World Health Report 2008. Primary Care: Now More Than Ever*. Geneva: WHO  
 Zeynep Or (2007) *Hospital 2007*. Health Policy Monitor (www.hpm.org)

**Melléklet**

*Az egészségügyi rendszer céljai és funkciói*

1. ábra Az egészségügyi rendszer<sup>25</sup>



<sup>25</sup> WHO 2006

*Orosz: Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején*

*Az egészségügyi rendszer fő összetevőit a következő funkciók és intézményrendszereik alkotják:*

- *Egészségpolitika (szabályozás)*
- *Az erőforrások termelése (oktatás, kutatás-fejlesztés, beruházás)*
- *Finanszírozás*
  - + *forrásteremtés*
  - + *kockázat megosztásának a módja (a társadalom egészén belül vagy egyes csoportjainak a szintjén)*
  - + *a források allokációja (a szolgáltatások „vásárlása”, finanszírozása a társadalombiztosítás, magánbiztosítás és az egyének által)*
- *Szolgáltatások (beleértve mind a közösségi szintű – elsősorban prevenciós – programokat, beavatkozásokat, mind a személyes egészségügyi szolgáltatásokat).*

*A finanszírozási rendszer két fő összetevője: a forrásteremtés és a források allokációja.*

*A forrásteremtés fő kérdései: mekkora források állnak rendelkezésre és kik a finanszírozók (költségvetés, kötelező biztosítás, magánbiztosítás, betegek általi közvetlen fizetés). Milyen módon jönnek létre az egészségügyi rendszer működéséhez szükséges források (adók, járulékok – törvény általi – kötelező beszedésével és /vagy önkéntes biztosítás és közvetlen fizetés által). Milyen típusú és mértékű a biztosítás által létrehozott kockázatközösség (pl. a társadalom kisebb csoportjai szerint megosztott, vagy az egész társadalom egyetlen kockázatközösséget alkot). A forrásteremtés módja alapvetően befolyásolja, hogy a társadalom egyes csoportjai milyen mértékben viselik az egészségügyi ellátás működtetésének anyagi terheit, továbbá az ellátáshoz való hozzáférés esélyeit.*

*A források allokációjának (a finanszírozók és szolgáltatók közötti kapcsolatnak) a fő kérdései: milyen mechanizmusokon, módszereken keresztül történik a rendelkezésre álló forrásoknak a felhasználása (mi jellemzi az egyes ellátási formák, pl. háziorvosok, fekvőbeteg-ellátás finanszírozási módszereit). A finanszírozási módszerek alapvetően befolyásolják a szolgáltatók magatartását, döntéseit, és azokon keresztül az egészségügyi szolgáltatások hatékonyságát és minőségét.*

*A szolgáltatási szektor több szempont szerint írható le: (i) a szolgáltatói szervezetek fő funkciói, struktúrája (megelőzés, alapellátás, rehabilitáció stb. intézményeinek mennyiségi és minőségi jellemzői); (ii) a szolgáltatási struktúra, azaz az egészségügyi intézmények által nyújtott szolgáltatások mennyiségi és minőségi jellemzői (pl. az egyes megelőzési programokra vagy az egyes betegségek kezelésére milyen eljárások, technológiák állnak rendelkezésre); valamint (iii) a tulajdonosi struktúra, működtetési formák. További fontos kérdést jelent a szolgáltató intézmények belső szervezeti jellemzői (a menedzsment hatásköre, az orvosok státusza stb.). A szolgáltatói szektor jellemzői alapvetően befolyásolják az egészségügyi szolgáltatások hatékonyságát és minőségét.*

*Milyen kritériumok alapján mondható egy egészségügyi rendszerről,*

## TANULMÁNYOK

hogyan jól vagy rosszul működik, romlott-e vagy javult a helyzete; az adott időszak egészségpolitikája eredményes vagy eredménytelen volt-e? Az egészségpolitikák fő céljai az adott helytől és időtől függően igen különbözőek lehetnek – a különböző országok más-más célokat és alapelveket állíthatnak egy adott időszakban az egészségpolitikájuk középpontjába. Továbbá egy adott országnak az egészségpolitikai céljai is jelentősen különbözhetnek más-más időszakokban

A WHO megkülönbözteti az egészségügyi rendszer alapvető céljait és ezen célok elérését szolgáló instrumentális célokat. Alapvető célok: a népesség egészségi állapotának javítása, az egészségügyi rendszer hozzájárulása az egészségi állapot javulásához (egészség-nyereség), az *egészségi állapot egyenlőtlenségeinek a csökkentése*, igazságos finanszírozás (mindenki a teherviselő képességének megfelelően járuljon hozzá); a fogyasztói elvárásokra, betegek igényeire megfelelően reagáló rendszer. Ezen célok elérését szolgálják az instrumentális célok: a hatékonyság és minőség javítása, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek a csökkentése, továbbá transzparencia és számonkérhetőség fokozása az egészségügyi rendszer működésében. A reformprogramok elsősorban az instrumentális célokra koncentrálnak: arra keresik az eszközöket, hogyan javítható az ellátás hatékonysága, minősége és hozzáférhetősége.