

GYÓGYÍTHATÓ-E AZ EGÉSZSÉGÜGY?

2017. június

TARTALOMJEGYZÉK

Vezetői összefoglaló.....	2
Bevezetés	3
Közvélemény a hazai egészségügyről	4
Problémaérzékelés	4
Elégedetlenség	8
Az egészségügyi rendszer állapota	11
Teljesítményértékelés	11
Háziorvosi alapellátás.....	12
Orvoselvándorlás	13
Korrupció.....	13
Egészségügyi kiadások.....	16
A hazai egészségügy helyzete régiós összehasonlításban	17
Politikai intézkedések és programok.....	20
Kormány	20
Ellenzék.....	21
MSZP	22
Demokratikus Koalíció	22
Együtt	23
Párbeszéd Magyarországért.....	23
Jobbik.....	24
LMP	24
Civil szervezetek az egészségügyben.....	25
Nemzetközi kitekintés – jó gyakorlatok.....	28
A költségemelkedés kezelésével kapcsolatos gyakorlatok.....	29
Fejlesztési kezdeményezések	30
Konklúzió: mindenkinek van feladata az egészségügy gyógyításában	32

- A közvélemény-kutatások szerint az egészségügy helyzete Magyarország legsúlyosabb problémája. A Standard Eurobarometer (EB) kutatások azt mutatják, hogy a magyarok ráadásul egyre nagyobb gondnak látják az egészségügy működését. 2012 májusában 11 százalékos említettséggel ez a probléma az ötödik helyre került a rangsorban. 2014 őszén 21 százalékos említéssel már a harmadik, a 2016. tavaszi adatfelvételkor pedig először ugrott a legproblematisabb pozícióba. Akkor a megkérdezettek 37 százaléka érzekelte súlyos problémának az egészségügyet, ami az eddigi legmagasabb érték.
- Több felmérésből az is kiderül, hogy mára a kormányzó Fidesz, a Jobbik és a baloldali pártok szimpatizánsai is magas arányban az egészségügyet tartják az ország legnagyobb problémájának. Az egészségügy vonatkozásában tehát a problémaérzékelést nem írja felül pártpolitikai szimpátia.
- Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést a lakosság kétharmada nem tartja igazságosnak. A Medián 2017. májusi felmérésében a megkérdezetteknek mindössze 28 százaléka nyilatkozott úgy, hogy a hozzáférés méltányos. Minden pártpreferencia-csoport többsége igazságtalannak tartotta a hozzáférést.
- Az erős elégedetlenség miatt nem meglepő, hogy sokan elfordulnak az állami egészségügyi rendszertől: továbbra is óriás mértékben növekszik magánszféra szerepe, főként a járóbeteg-ellátásban, valamint egyre inkább az alternatív gyógymódok felé fordulnak. Ennek következtében egyre nagyobb mértékű a háztartások egészségügyi kiadása, ami a szegényebb társadalmi rétegek számára aránytalan megterhelést jelent.
- E tanulmány írásakor vált nyilvánossá az az átfogó jelentés, amely az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) koordinálásával készült az egészségügyi rendszer a 2013-2015 közötti teljesítményéről. A jelentés, a Political Capital 2016-os tanulmányának következtetéseit megerősítve, óriási esélyegyenlőségi és területi különbségeket mutat ki a hazai egészségügy esetében, amelyek az egészségi állapot, az egészségügyi ellátás működése, valamint az anyagi terhek vonatkozásában egyaránt kimutathatók.
- Az egészségügy kihívásaira a politikai szereplők részleges válaszokat adnak. Jelentős reformra továbbra sincs sok esély. A kormányoldalon az egészségügy háttérbe szorítása a legfőbb politikai törekvés, míg az ellenzéki oldalon a tematizáció, amely azonban gyenge hatásfokkal működik. A civil szervezetek pedig jellegüknél fogva csak egy-egy területtel képesek foglalkozni, legyen szó akár érdekképviseletekről, akár szolgáltató szervezetekről.
- Eközben Magyarország nemzetközi elmaradása nő, és nem pusztán Nyugat-Európához képest. Régiós összehasonlításban az egészségügyi közkiadások lassú csökkenése indult el hazánkban, amely a Lengyelországban megfigyelhető trendhez hasonló. Szlovákia ugyanakkor növelte állami kiadásait ezen a területen. Csehországban pedig még dinamikusabb emelkedés következett be, amely a régiós viszonylatban kiugró értéket eredményezett.

BEVEZETÉS

Az elmúlt évben több közvélemény-kutatás készült arról, hogy melyek a legnagyobb problémának érzékelt témák, ügyek a mai Magyarországon. A kapott eredmények nem mindig ugyanazt a problématerképet rajzolják ki. Az eltérések hátterében részben az is áll, hogy a felmérések között módszertani szempontból releváns különbségek vannak: a kérdőíveken felkínált problémalisták eltérései, a válaszadók által megjelölhető problémák változó száma, az adatfelvétel különböző típusa (személyes, online), illetve a minták méretei közötti eltérések mind-mind nehezítik ezeknek a kutatásoknak az összehasonlíthatóságát.

A kapott problémamarangsorokban a leginkább egységes eredményt azonban éppen az egészségügy helyzetének társadalmi megítélése jelenti. Az összes olyan kutatásban, ahol a megkérdezetteknek egy felkínált listából kellett kiválasztaniuk az általuk legnagyobb gondnak érzékelt 1-2 tételt, minden esetben az egészségügy került az első helyre. Tehát ma Magyarországon az emberek többsége az egészségügy helyzetét tartja a leginkább aggasztó kihívásnak.

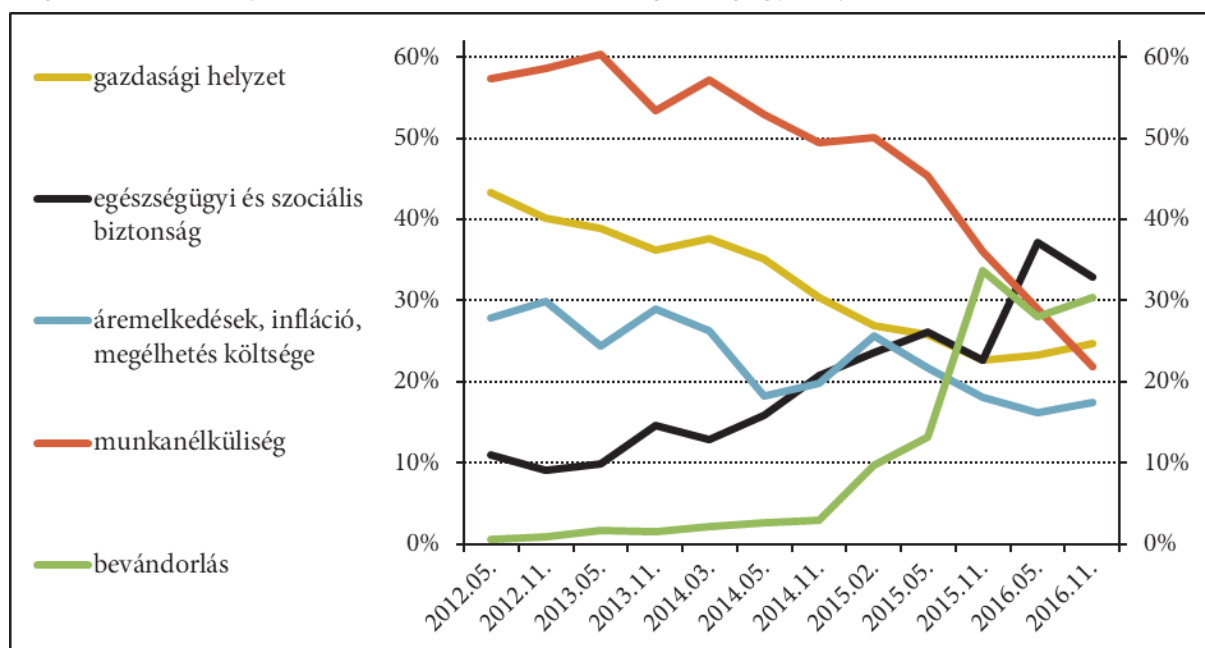
Az alábbiakban röviden bemutatjuk és értékeljük a nyilvánosan elérhető egészségügyi felméréseket. Írunk az egészségügyi rendszer állapotát jelző legmeghatározóbb adatokról. Elemezzük az egészségügyi problémákra adott politikai válaszokat, a kormány- és az ellenzéki oldalon. Kitérünk a civil szervezetek szerepére. Végül pedig nemzetközi és hazai példákra hivatkozva bemutatunk néhány jellemző gyakorlatot és kezdeményezést az egészségügyi gondok kezelését illetően.

KÖZVÉLEMÉNY A HAZAI EGÉSZSÉGÜGYRŐL

Problémaérzékelés

A Standard Eurobarometer (EB) kutatások részeként évente kétszer kérdezik meg az európai polgároktól azt, hogy melyik az a két legnagyobb probléma, amellyel országuk szembenéz¹. A 13 ügyet tartalmazó listában² összevontan szerepel az egészségügy és a szociális biztonság. A legutolsó, 2016 novemberében felvett kutatásban a magyar megkérdezettek harmada (33%) említette az egészségügyet első vagy második helyen. Ezzel ez az ügy lett a legnagyobb hazai probléma. Említettségben második helyre került a kormányzati kampányok fókuszában álló bevándorlás (30%), melyet a gazdasági helyzet követ (25%).

Az egészségügyet az elmúlt években egyre nagyobb gondnak látták a magyarok. 2012 májusában 11 százalékos említettséggel az ötödik helyre került a rangsorban. 2014 őszén 21 százalékos említéssel már a harmadik, a 2016. tavaszi adatfelvételkor pedig először ugrott a legproblematikusabb pozícióba. Akkor a megkérdezettek 37 százaléka érzékelte súlyos problémának az egészségügyet, ami az eddigi legmagasabb érték. Ezzel szemben a bevándorlás – amelynek problémaérzékelési szintje 2015-ben rendkívül gyorsan ugrott meg –, csupán egyszer kapott magasabb említettséget, mint az egészségügy, 2015 novemberében. 2016 mindkét kutatási hullámában – az uniós menekültkvótáról szóló népszavazás kampányának ellenére – megkérdezettek súlyosabb problémának látták az egészségügy helyzetét, mint a bevándorlást.



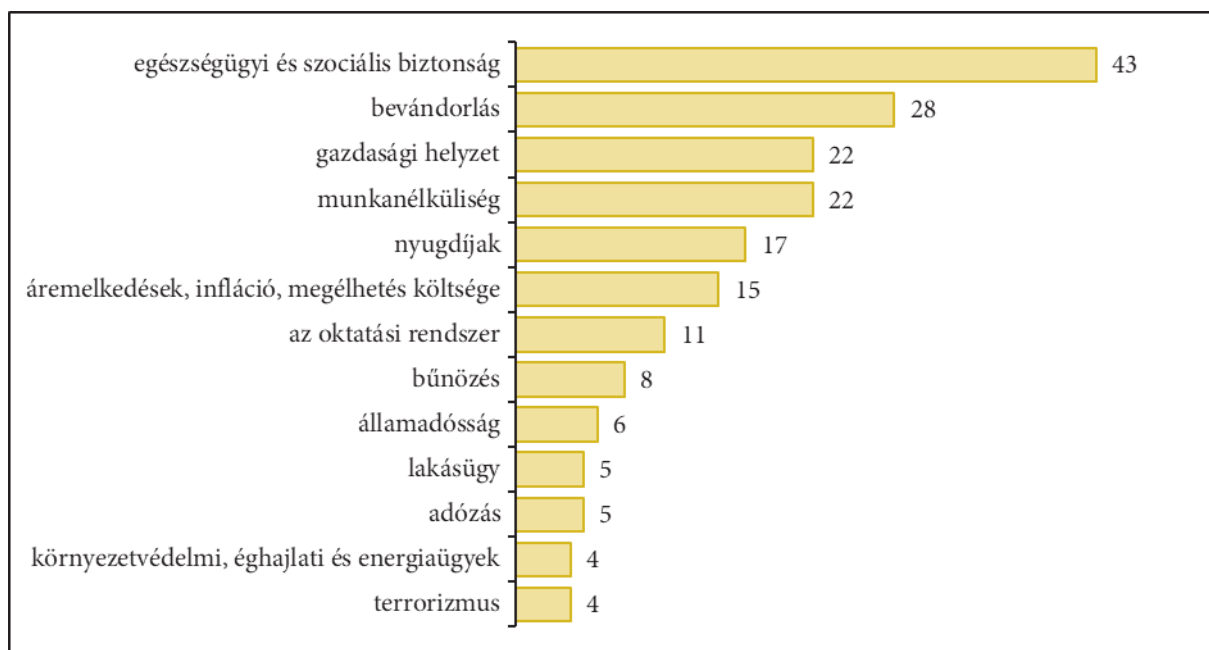
1. ábra: Mit gondol, mi az a két legfontosabb probléma, amellyel ma Magyarország szembenéz? (Az öt legkomolyabb probléma említettségének alakulása 2012-2016 között; az adatok forrása: Európai Bizottság)

¹ European Commission, „PublicOpinion - European Commission”, 2017, <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Chart/getChart/chartType/gridChart/themeKy/42/groupKy/208/savFile/54>. Módszertan: 1000 fős reprezentatív CAPI felmérés a 15 éves és idősebb lakosság körében.

² A lehetséges válaszopciók: bűnözés; gazdasági helyzet; az oktatási rendszer; környezetvédelmi, éghajlati és energia-ügyek; államadósság; egészségügyi és szociális biztonság; lakásügy; bevándorlás; áremelkedések, infláció, megélhetés költsége; adózás; terrorizmus; munkanélküliség; nyugdíjak.

A legsúlyosabbnak gondolt problémák foglalkoztatják leginkább a magyarokat, elsősorban ezekkel kapcsolatban szeretnének tájékozottabbak lenni. Legalábbis ezt jelzi az Európai Parlament (EP) 2017. márciusi felmérése³, amelyben arról kérdezték a résztvevőket, hogy az EP-ben tárgyalt témák, politikai területek közül melyekről szeretnének több információt kapni. A három legtöbbet említett téma a migráció kérdése (41%), a terrorizmus elleni küzdelem (38%), illetve az egészségügyi és szociális biztonság (38%) volt – éppen azok tehát, amelyek az említett EB-kérdésben vezető helyen szerepeltek.

Az Eurobarometertől átvett módszertannal készült a Republikon Intézet felmérése 2016 decemberében⁴. Ennek során – hasonlóan a novemberi EB-kutatáshoz – első helyre került az egészségügy és a szociális biztonság, 43 százalékos említettséggel. A problémarangsorban a bevándorlás (28%), majd a munkanélküliség és a gazdasági helyzet következett, egyaránt 22 százalékos említéssel. Az EB-kutatásokból pártpreferencia kérdés híján nem derül ki, hogy az egyes pártok szimpatizánsainak problémaérzékelése mennyire tér el egymástól. Ezzel szemben a Republikon felmérésében elkülöníthetők a pártválasztói csoportok. Az eredményekből kiderül, hogy a Fidesz, a Jobbik és az MSZP szimpatizánsai is egységesen az egészségügyet tartják az ország legnagyobb problémájának. A téma említettsége a Fidesz-táborban 40, a jobbikosok között 36, a baloldali, liberális pártok összevont szavazótáborában pedig 54 százalék.



2. ábra: Mit gondol, mi az a két legfontosabb probléma, amelyekkel ma Magyarország szembenéz? (A felsorolt problémák említettsége százalékban, 2016 decemberében; az adatok forrása: Republikon Intézet)

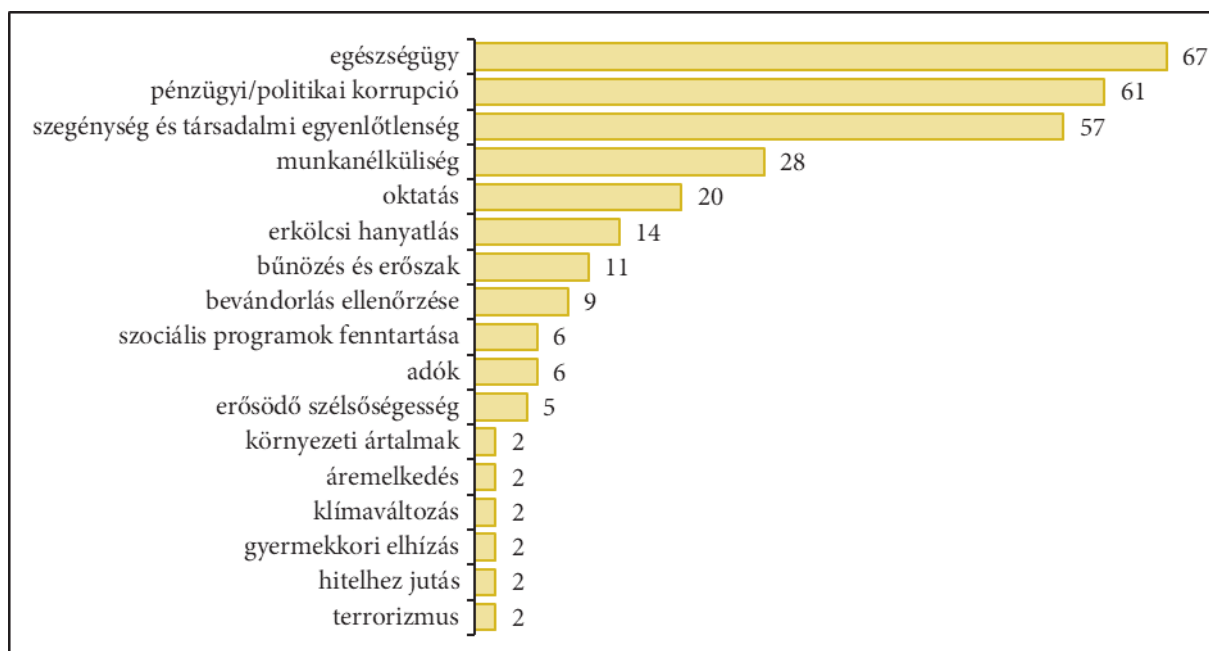
Az Ipsos 26 országra kiterjedő, 2017 májusában készült *What Worries the World* felmérésében⁵ a magyar megkérdezettek megint csak az egészségügy állapotát tartották a legaggasztóbbnak. 67 százalékuk említette ezt a három legnagyobb probléma egyikeként a felsorolt 17 lehetséges ügy

³ Európai Parlament, „Két év múlva 2019-es Európai Választások”, 2017, http://www.europarl.europa.eu/pdf/eurobarometre/2017/2019ee/two_years_until_the_2019_european_elections_hu_hu.pdf. Módszertan: 1053 fős reprezentatív CAPI felmérés a 15 éves és idősebb lakosság körében.

⁴ Republikon Intézet, „Egészségügy, szociális biztonság és bevándorlás”, 2016, <http://republikon.hu/elemzesek,-kutatások/170111-problemaak.aspx>. Módszertan: 1000 fős reprezentatív CAPI felmérés a felnőtt lakosság körében.

⁵ Ipsos, „What Worries the World - May 2017”, 2017, <https://www.ipsos.com/en/what-worries-world-may-2017>. Módszertan: 500 fős online panel, a 16-64 éves korosztályban.

közül⁶. Ez egyrészt 8 százalékpontos emelkedést jelent a 2016. szeptemberi eredményéhez képest⁷, másrészt az összes többi országnál magasabb arány. Magyarországon a képzeletbeli problémadobogó második fokán a pénzügyi/politikai korrupció (61%), harmadik fokán pedig a szegénység és társadalmi egyenlőtlenség (57%) áll.



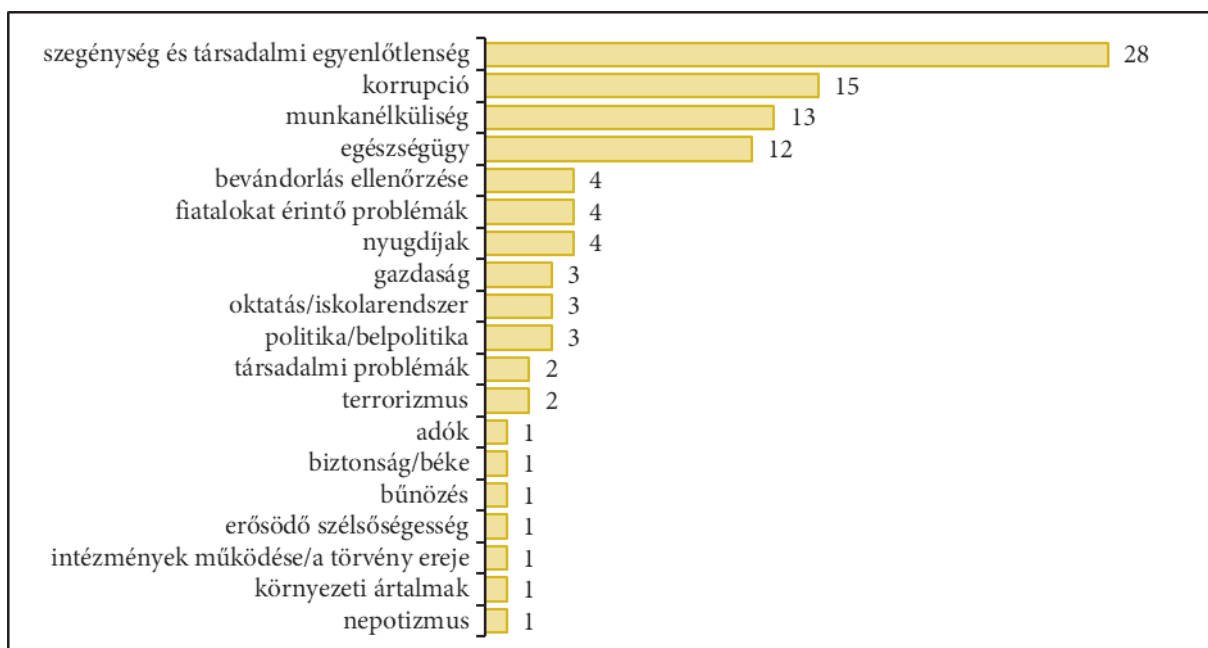
3. ábra: Melyik három témát tartja Magyarországon a legaggasztóbbnak? (A témák említettsége százalékban; az adatok forrása, Ipsos, adatfelvétel: 2017.04.21-2017.05.05.)

Az International Republican Institute (IRI) 2017 márciusában felvett közvélemény-kutatása⁸ az ország előtt álló legnagyobb problémára kérdezett rá. A megkérdezetteknek nem egy konkrét listáról választhattak ki egyetlen tételt, hanem iránymutatás nélkül, a saját szavaikkal fogalmazhatták meg a problémát. A válaszokat később a kutatók sorolták be, többnyire a fent bemutatott témákkal átfedő ügyekbe. Magyarországon a legtöbbet említett probléma a szegénység és társadalmi egyenlőtlenség – 28 százalék vélekedett így. Ezt követte a korrupció (15%), a foglalkoztatás/munkanélküliség (13%), majd az egészségügy (12%). A többi ügy említettsége egyenként nem érte el az öt százalékot. Tehát az egészségügy a spontán típusú kérdés esetében is benne van a négy fő problémacsoport között hazánkban.

⁶ A lehetséges válaszopciók: munkanélküliség; pénzügyi és politikai korrupció; szegénység és társadalmi egyenlőtlenség; bűnözés és erőszak; egészségügy; terrorizmus; oktatás; adók; erkölcsi hanyatlás; bevándorlás ellenőrzése; környezeti ártalmak; erősödő szélsőségeség; áremelkedés; szociális programok fenntartása; klímaváltozás; gyermekkori elhízás; hitelhez jutás.

⁷ Ipsos, „What Worries the World - September 2016”, 2016, <https://www.ipsos.com/en/what-worries-world-september-2016>.

⁸ International Republican Institute, „Public opinion in Hungary, Poland, Czech Republic and Slovakia”, 2017, http://www.iri.org/sites/default/files/four_country_full_presentation_may_24_2017.pdf. Módszertan: 1000 fős reprezentatív CAPI kutatás a felnőtt lakosságban.

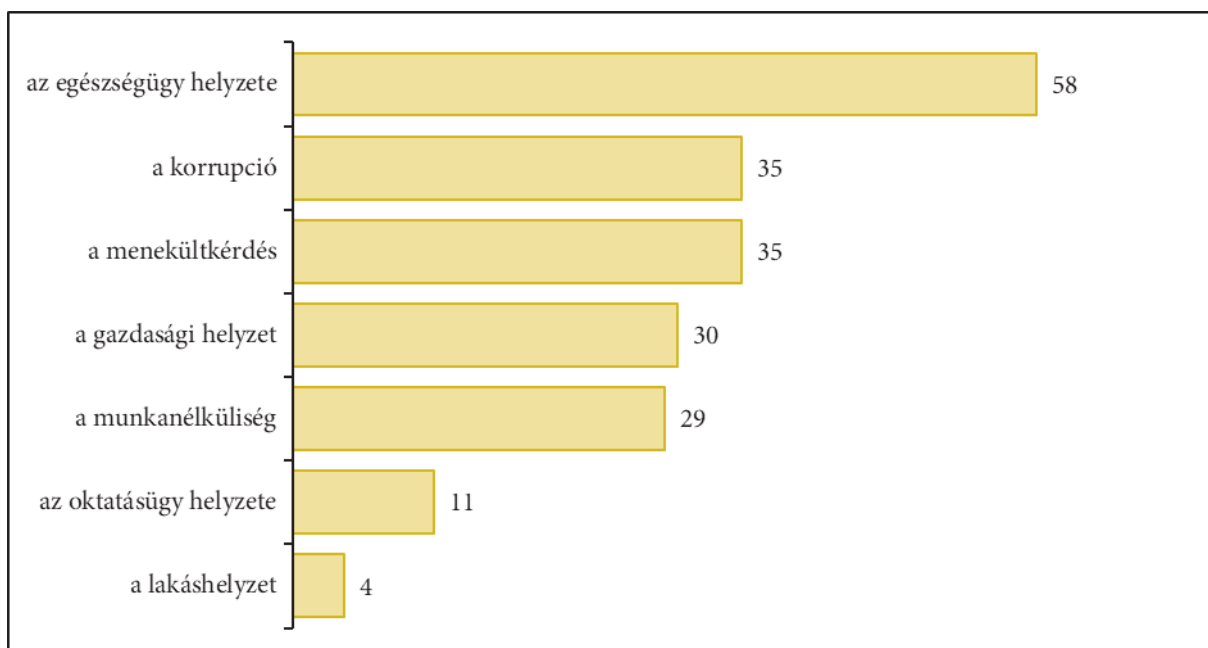


4. ábra: Ön szerint mi az a legnagyobb probléma, amellyel ma Magyarország szembenéz, amelyik Önt a leginkább aggasztja? (A problémák említettsége százalékban; az adatok forrása: International Republican Institute, adatfelvétel: 2017. március)

A Medián a 2016-os kvótareferendum előtt készített felmérést⁹ a társadalmi problémák fontosságáról. A megkérdezettek két problémát jelölhettek meg a felkínált 7-es listáról¹⁰. Első helyre az egészségügy helyzete került, 58 százalékos említéssel, a második helyre pedig a korrupció és a menekültkérdés (35-35%-kal). A három hónappal korábbi kutatásban is az egészségügyet látták a legnagyobb problémának, akkor a felmérés résztvevőinek 61 százaléka jelölte meg a két probléma valamelyikének.

⁹ HVG Kiadó Zrt, Medián, „Beérett a kampány? A migránsügy már a harmadik a magyarok gondjai között”, 2016, http://hvg.hu/gazdasag/20160928_Beerett_a_kampany_A_migransugy_mar_a_harmadik_a_magyarok_gondjai_kozott. Módszertan: 1200 fős reprezentatív CAPI felmérés a felnőtt lakosság körében.

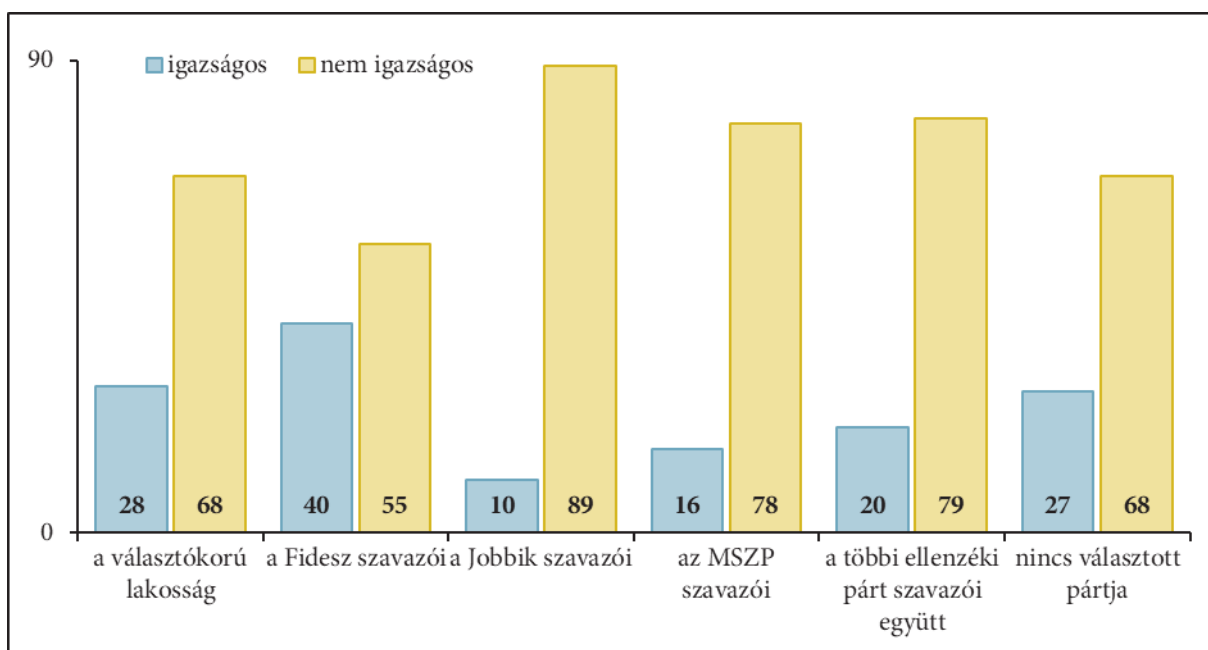
¹⁰ A lehetséges válaszopciók: az egészségügy helyzete; korrupció; menekültkérdés; gazdasági helyzet; munkanélküliség; oktatásügy helyzete; lakáshelyzet.



5. ábra: Ön szerint ma Magyarországon melyik a két legnagyobb társadalmi probléma? (A problémák százalékos említettsége; az adatok forrása: Medián/HVG, adatfelvétel: 2016. szeptember)

Elégedetlenség

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést a lakosság kétharmada nem tartja igazságosnak. A Medián 2017. májusi felmérésében¹¹ a megkérdezetteknek mindössze 28 százaléka nyilatkozott úgy, hogy a hozzáférés méltányos. Minden pártpreferencia-csoport többsége igazságtalannak tartotta a hozzáférést: legkevésbé a Fidesz szimpatizánsai (55%), legerőteljesebben pedig a Jobbik szavazótáborába (89%).

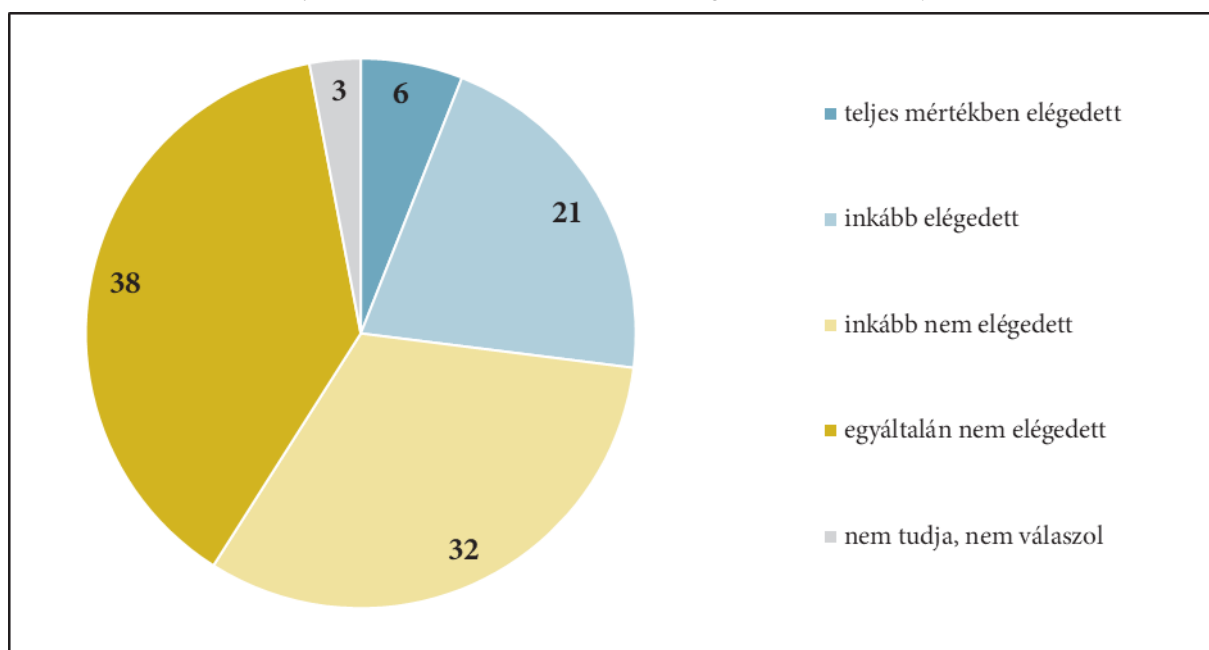


6. ábra: Ön igazságosnak tartja, vagy nem tartja igazságosnak az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést? (A válaszok százalékos aránya különböző pártpreferencia-csoportokban; az adatok forrása: Medián, adatfelvétel: 2017. május 18-20.)

¹¹ Medián, „Hol az igazság?”, 2017, <http://median.hu/object.e79a64ad-7697-4742-9fa8-3d56e737b1c2.ivy>. Módszertan: 800 fős reprezentatív CAPI felmérés a felnőtt lakosság körében.

A Publicus 2017. márciusi kutatásában¹² a valamilyen egészségügyi ellátást igénybe vett megkérdezettek 70 százaléka elégedetlen volt az állami egészségügyi rendszerben tapasztalt állapotokkal. Mindössze 27 százalék jelezte, hogy teljes mértékben, vagy inkább elégedett az igénybe vett ellátással. Az intézet másfél évvel korábbi hasonló méréséhez képest kissé nőtt az elégedetlenség (4 százalékponttal). Minden társadalmi csoportban többségben voltak az inkább elégedetlenek, de legkisebb mértékben a Fidesz szimpatizánsai között. Őket sokkal inkább az erős megosztottság jellemezte: 49 százalékuk elégedetlen, 48 százalékuk elégedett volt.

A felmérés azt is vizsgálta, miként érzékelik az emberek az utóbbi években tapasztalt változást. Javultak, vagy éppenséggel romlottak az állapotok az állami egészségügyi rendszerben. A megkérdezettek kétharmada (66%) szerint romlottak. A kedvező fejleményeket tapasztaltak részaránya mindössze 22 százalékos volt. A véleményeket ebben a kérdésben jelentős befolyásolja a válaszadó pártpreferenciája. Miközben az MSZP szimpatizánsainak 85, a Jobbik szavazóinak 74 százaléka érzékelt romlást, addig ez az arány a Fidesz táborában lényegesen kisebb: 40 százalék. Sőt, a kormánypárt szavazóinak relatív többsége (46%) szerint javultak az állapotok.

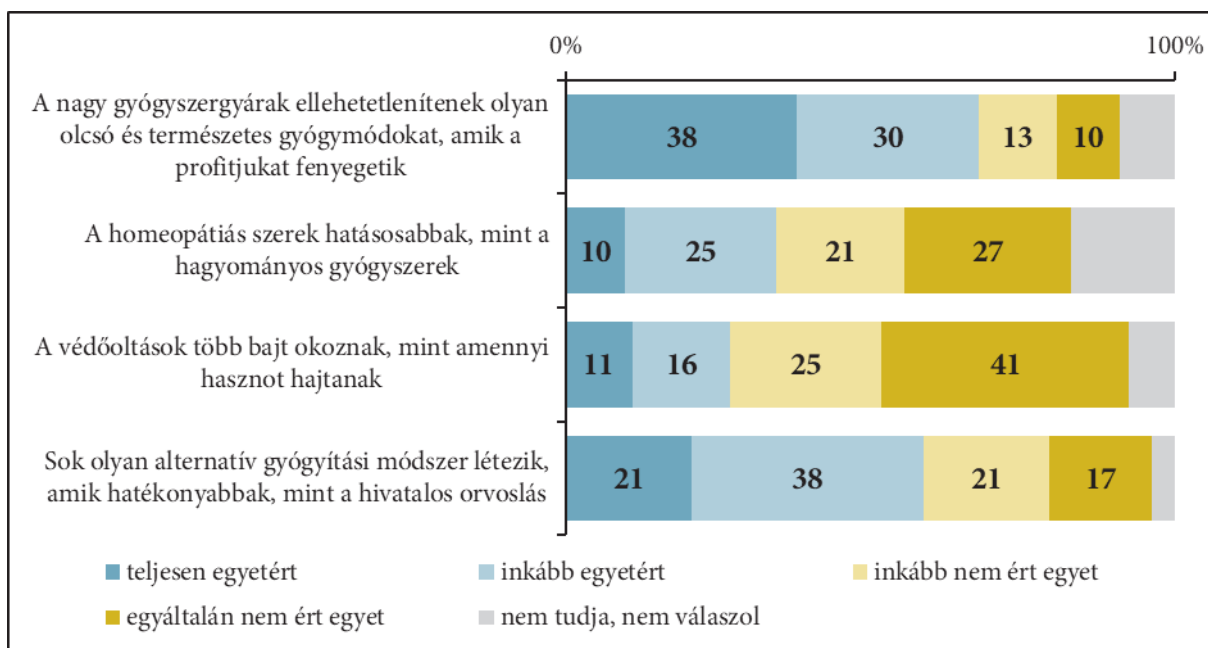


7. ábra: Ön összességében mennyire elégedett az állami egészségügyi rendszerben tapasztalt állapotokkal? (A válaszok százalékos megoszlása; az adatok forrása: Publicus Intézet, adatfelvétel: 2017. március 9-14.)

Az erős elégedetlenség ismeretében nem annyira meglepő, hogy sokan inkább az alternatív gyógy módok felé fordulnak. A Závecz Research az Index megbízásából 2016 végén készült felmérésében¹³ a megkérdezettek 59 százaléka egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy sok olyan alternatív gyógyítási módszer létezik, amik hatékonyabbak, mint a hivatalos orvoslás. A tájékozatlanságra és a bizalomhiányra utal, hogy az oltásellenesek tábora nem elhanyagolható méretű. A felmérés résztvevőinek 27 százaléka egyetért azzal, hogy a védőoltások több bajt okoznak, mint amennyi hasznot hajtanak.

¹² Publicus Research, „Kétharmad továbbra is fizetne vizitdíjat a jobb egészségügyért”, 2017, http://www.publicus.hu/blog/ketharmad_tovabbra_is_fizetne_vizitdijat_a_jobb_egeszsegugyert/. Módszertan: 1054 fős reprezentatív CAPI felmérés a felnőtt lakosság körében.

¹³ Hanula Zsolt, Index, „Magyarország nem hisz az orvostudománynak”, 2016, http://index.hu/tudomany/2016/12/12/magyarorszag_nem_hisz_az_orvostudomanynek/. Módszertan: 1000 fős reprezentatív CATI felmérés a felnőtt lakosság körében.



8. ábra: Ön mennyire ért egyet a következő kijelentésekkel? (A válaszok százalékos megoszlása; az adatok forrása: Závecz Research / Index, adatfelvétel: 2016. november)

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER ÁLLAPOTA

Teljesítményértékelés

Magyarországon épp e tanulmány írásakor vált nyilvánossá az az átfogó jelentés¹⁴, amely az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) koordinálásával készült az egészségügyi rendszer a 2013-2015 közötti teljesítményéről. A dokumentum 76 indikátor alapján súlyos megállapításokat fogalmaz meg az ellátórendszerről, annak hozzáférhetőségéről, finanszírozásáról, a lakosság egészségi állapotáról és életkilátásairól.

A jelentés szerint több mint 32 ezer haláleset, a hazai összhalálozás 26 százaléka elkerülhető lett volna jobb egészségügyi ellátórendszerrel és hatékony népegészségüggyel, 2014 Magyarországon. Mindezzel összességében Magyarország a harmadik legrosszabb eredményt éri el az EU-ban. Annak ellenére, hogy az ellátás és a lakosság egészségi állapota önmagához képest javuló tendenciát mutat, még mindig nő a lemaradás az uniós átlaghoz képest. A halálozásért elsősorban a keringési rendszer betegségei, illetve a daganatos megbetegedések a felelősek, a 65 évnél fiatalabbak körében ez utóbbi a leggyakoribb halálozási ok. Az iszkémiás szívbetegségek okozta halálozásban hazánk az EU-28-as listán a huszonhatodik, a rosszindulatú daganatok miatt bekövetkezett halálozásban az utolsó helyen áll, azaz a legrosszabb adatokat produkálja.

A Political Capital 2016-os tanulmányának¹⁵ következtetéseit megerősítve a jelentés óriási esélyegyenlőségi és területi különbségeket mutat ki Magyarország esetében. Eszerint 2014-ben az észak-magyarországi régióban a férfiak átlagosan 7, a nők pedig 8 évvel hamarabb halnak meg, mint az ebből a szempontból legjobbnak számító közép-magyarországi régióban. Az iskolázottság szerint is óriási különbségek vannak Magyarországon belül: az alapfokú végzettségű férfiak átlagosan 12, a nők pedig 5,6 évvel rövidebb ideig élnek, mint felsőfokú végzettségű honfitársaik. Az alacsonyabb végzettségűek körében pedig a csecsemőhalandóság is háromszor gyakoribb. A szükségesnek vélt egészségügyi ellátás elmaradása 2014-ben átlagosan a lakosság 7 százalékát érintette. Az elmaradás esélye 2015-ben a romák esetében 2,2-szer haladta meg a nem romákét, az alapfokú végzettségűek körében 1,8-szer volt nagyobb, mint a felsőfokú végzettségűeknél, a legalacsonyabb jövedelmi ötödbe tartozókat pedig 3,9-szer többször érintette, mint a legmagasabb jövedelmi ötödbe tartozókat.

A háztartások kiadásai 5-6 százalékát egészségügyre költik. Magas és növekvő trendet követ (2014-ben 21,6 százalék volt) a katasztrofálisnak minősíthető egészségügyi kiadásokat elszenvedő háztartások aránya, különösen az alsó két jövedelmi ötödben. E téren is óriásiak a regionális különbségek: Nyugat-Dunántúlon a lakosság 17 százaléka, Észak-Magyarországon a háztartások 29 százaléka szenvedett katasztrofálisnak minősíthető egészségügyi kiadásoktól.¹⁶

¹⁴ Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoport, „Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése 2013-15”, 2017, <https://mertek.aEEK.hu/jelentes-2013-15>.

¹⁵ „Esélyegyenlőtlenség az egészségügyben” (Political Capital, 2016), http://politicalcapital.hu/wp-content/uploads/FES_PC_EselyegyenlotlensegAzEgeszsegugyben_Tanulmany_160621.pdf.

¹⁶ Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése 2013-15. <https://mertek.aEEK.hu/web/mertek-magyar-egeszsegugyi-rendszer-teljesitmenyertekese//jelentes-2013-15>

Háziorvosi alapellátás

2017. május elsején közel 297 háziorvosi szolgálat volt tartósan, azaz legalább hat hónapja betöltetlen¹⁷. 2016 áprilisa óta a betöltetlen praxisok száma 15 százalékkal nőtt¹⁸, tehát az elmúlt egy évben nemhogy csökkenteni nem sikerült az ellátatlanságot, hanem újabb körzetekben vált problémássá a lakosság háziorvoshoz jutása. Már tavaly is az egyik leghátrányosabb megyében, Borsod-Abaúj-Zemplénben volt a legtöbb tartósan betöltetlen praxis. Ez jelenleg is így van, sőt, éppen itt bővült a leginkább (37-ről 46-ra) az ellátatlan szolgálatok száma.

MEGYE	felnőtt	gyermek	vegyes	Összes tartósan betöltetlen praxis (2017.05.01-i állapot)	Összes tartósan betöltetlen praxis (2016.04.01-i állapot)	változás
BÁCS-KISKUN	6	7	7	20	20	0
BARANYA	0	2	5	7	8	-1
BÉKÉS	6	6	14	26	23	3
BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN	6	4	36	46	37	9
BUDAPEST	5	5	0	10	8	2
CSONGRÁD	0	0	6	6	4	2
FEJÉR	2	3	10	15	10	5
GYÓR-MOSON-SOPRON	1	0	5	6	5	1
HAJDU-BIHAR	2	3	6	11	12	-1
HEVES	3	1	11	15	10	5
JÁSZ-NAGYKUN-SZOLNOK	6	7	11	24	21	3
KOMÁROM-ESZTERGOM	2	2	1	5	8	-3
NOGRÁD	3	4	8	15	15	0
PEST	7	6	4	17	11	6
SOMOGY	4	5	9	18	15	3
SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG	2	0	16	18	16	2
TOLNA	4	3	7	14	14	0
VAS	1	2	6	9	7	2
VESZPRÉM	0	3	4	7	6	1
ZALA	1	0	7	8	9	-1
Összesen	61	63	173	297	259	38

1. táblázat: Tartósan betöltetlen háziorvosi szolgálatok száma megyei bontásban, 2017. május 1-jei állapot szerint

A betöltetlen praxisok számának emelkedésével párhuzamosan nő a helyettesítésben ellátott szolgálatok száma, valamint a háziorvosok leterheltsége. A KSH statisztikája¹⁹ szerint 2010-2015 között a háziorvosok száma 6,6 százalékkal csökkent, az egy háziorvoshoz bejelentkezett lakosok száma pedig 10 százalékkal nőtt. A betegforgalom is jelentősen emelkedett, a rendelőkben egy háziorvos átlagosan negyedével több esetet látott el 2015-ben, mint az ezredfordulón.

¹⁷ Állami Egészségügyi Ellátó Központ Egészségügyi Szolgáltatási és Szervezési Főosztálya, „Tájékoztató A Tartósan Betöltetlen Háziorvosi Körzetekről”, 2017, <http://www.oali.hu/praxiskezeslo-nyilvtartas/tartosan-betoltetlen-korzetek/95-tajekoztato-a-tartosan-betoeltetlen-haziorvosi-koerzetekrol.html>.

¹⁸ „Esélyegyenlőtlenség az egészségügyben” (Political Capital, 2016), http://politicalcapital.hu/wp-content/uploads/FES_PC_EselyegyenlotlensegAzEgeszsegugyben_Tanulmany_160621.pdf.

¹⁹ Központi Statisztikai Hivatal, „Magyarország, 2016”, 2017, <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2016.pdf>.

Orvoselvándorlás

Az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ (ENKK) statisztikái szerint 2016-ban 615 orvos, 162 fogorvos, 33 gyógyszerész és 582 szakdolgozó részére állítottak ki az egészségügyi szakképesítésük külföldön történő elismeréséhez hatósági bizonyítványt²⁰. Bár az ENKK-nak arról nincs kimutatása, hogy az igénylők külföldi munkavállalása ténylegesen megvalósult-e, a migrációs szándék jellemzésére mindenképpen alkalmas a statisztika. A 2013-ig visszamenőlegesen elérhető és összevethető adatok azt jelzik, hogy 2016-ban lassult a szakember-elvándorlás mértéke: 12 százalékkal kevesebben kértek hatósági igazolást, mint egy évvel korábban.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
orvos	845	930	940	705	701	717	615
szakdolgozó	n.a.	n.a.	n.a.	644	629	639	582
fogorvos	n.a.	n.a.	n.a.	175	147	176	162
gyógyszerész	n.a.	n.a.	n.a.	69	70	53	33
Összesen	n.a.	n.a.	n.a.	1593	1547	1585	1392

2. táblázat: A szakképesítésük külföldön történő elismerése céljából hatósági bizonyítványt kérő személyek száma (nem tartalmazza azon külföldieket, akikről nagy valószínűséggel feltételezhető, hogy tanulási szándékkal érkeztek Magyarországra, a diploma megszerzését követően pedig hazájukba vagy más országba távoztak).

A legnépszerűbb célország mindkét nagy csoport (az orvosok és a szakdolgozók) esetében Németország, második helyen pedig az Egyesült Királyság szerepel. A képzeletbeli ranglista harmadik helyén jelentkezik az első eltérés: az orvosok számára Svédország, míg a szakdolgozók számára Ausztria a vonzóbb.

Korrupció

A Transparency International (TI) lakossági közvélemény-kutatáson alapuló 2016-os Globális Korrupciós Barometer jelentése²¹ szerint a korrupció messze az egészségügyi szolgáltatások terén fordul elő a leggyakrabban. A felmérésben a megkérdezettek 63 százaléka vett igénybe valamilyen egészségügyi szolgáltatást és közülük minden ötödik (22%) fizetett hálapénzt az ellátásért.

²⁰ Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ, „A szakképesítésük külföldön történő elismerése céljából hatósági bizonyítványt kérő személyek száma”, 2017, <http://www.enkk.hu/hmr/index.php/migracios-statisztikak/eves-statisztikak>.

²¹ Transparency International Magyarország, „Globális Korrupciós Barométer 2016 - korrupcióval kapcsolatos lakossági attitűdök Magyarországon”, 2016, <https://transparency.hu/wp-content/uploads/2016/11/Globalis-Korrupcios-Barometer-2016-Jelentes.pdf>. Módszertan: 1501 fős reprezentatív CAPI felmérés a felnőtt lakosság körében.

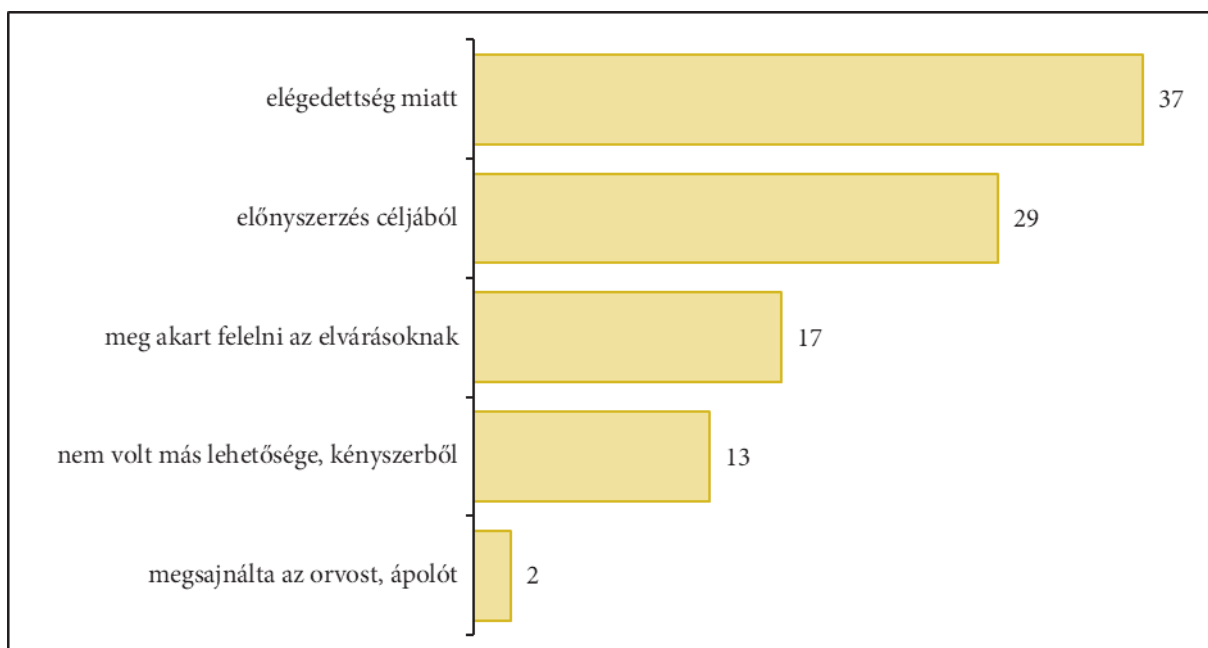


9. ábra: Az elmúlt 12 hónapban Ön vagy háztartásának valamelyik tagja adott-e nem hivatalos pénzt vagy ajándékokat az alábbi helyzetekben? (A válaszok százalékos megoszlása; az adatok forrása Transparency International Magyarország, adatfelvétel: 2015. december 9. – 2016. május 8.)

A Nézőpont Intézet szürkegazdaságra fókuszáló közvélemény-kutatásában²² is a hálapénz fizetését tartották a leginkább jellemző tevékenységnek (72 százalékuk) a megkérdezettek. Az elfogadottsága is a legmagasabb, minden ötödik résztvevő (22%) szerint a hálapénz fizetése elfogadható magatartás. A felmérés alapján készült másik jelentés²³ pedig arra a következtetésre jut, hogy sokkal inkább negatív okok (a kényszer vagy az elvárásoknak való megfelelés), mint az előnyserzés vagy a hála miatt működik a paraszolvencia Magyarországon. A kutatásban ugyanis a hálapénzt adó megkérdezetteknek csupán 37 százaléka adta azt elégedettsége kifejezése okán.

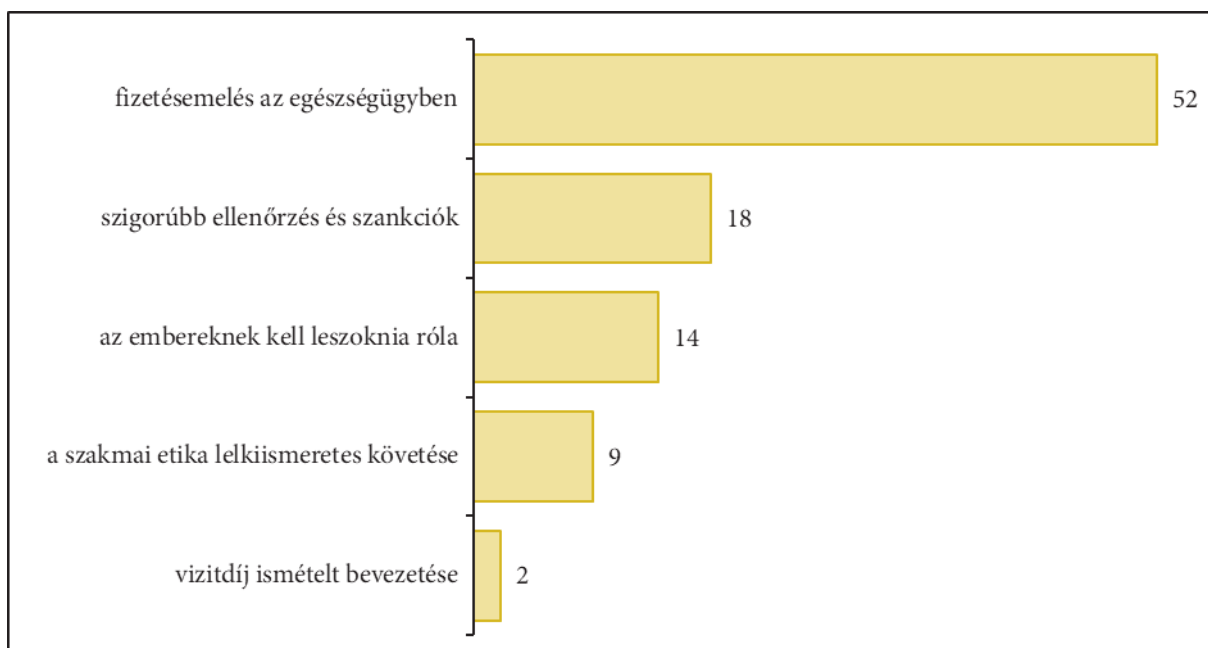
²² Nézőpont Intézet, „Utálják, de fenntartják a feketegazdaságot a magyarok”, 2016, http://nezopointintezet.hu/wp-content/uploads/2016/07/Sajt%C3%B3k%C3%B6zlem%C3%A9ny_Nezopont_Intezet_Gazdas%C3%A1lgefeh%C3%A9r%C3%ADt%C3%A9si_Kerekasztal_2016-07-29.pdf. Módszertan: 1000 fős reprezentatív CAPI felmérés a felnőtt lakosság körében.

²³ Nézőpont Intézet, „Nem hálából fizetünk hálapénzt”, 2016, http://nezopointintezet.hu/wp-content/uploads/2016/08/Sajt%C3%B3k%C3%B6zlem%C3%A9nyII_Nezopont_Intezet_Gazdas%C3%A1lgefeh%C3%A9r%C3%ADt%C3%A9si_Kerekasztal_2016-08-04.pdf.



10. ábra: Mi volt az oka elsősorban, hogy hálapénzt adott? (A válaszok százalékos megoszlása; az adatok forrása: Nézőpont Intézet, adatfelvétel: 2016. május 2-18.)

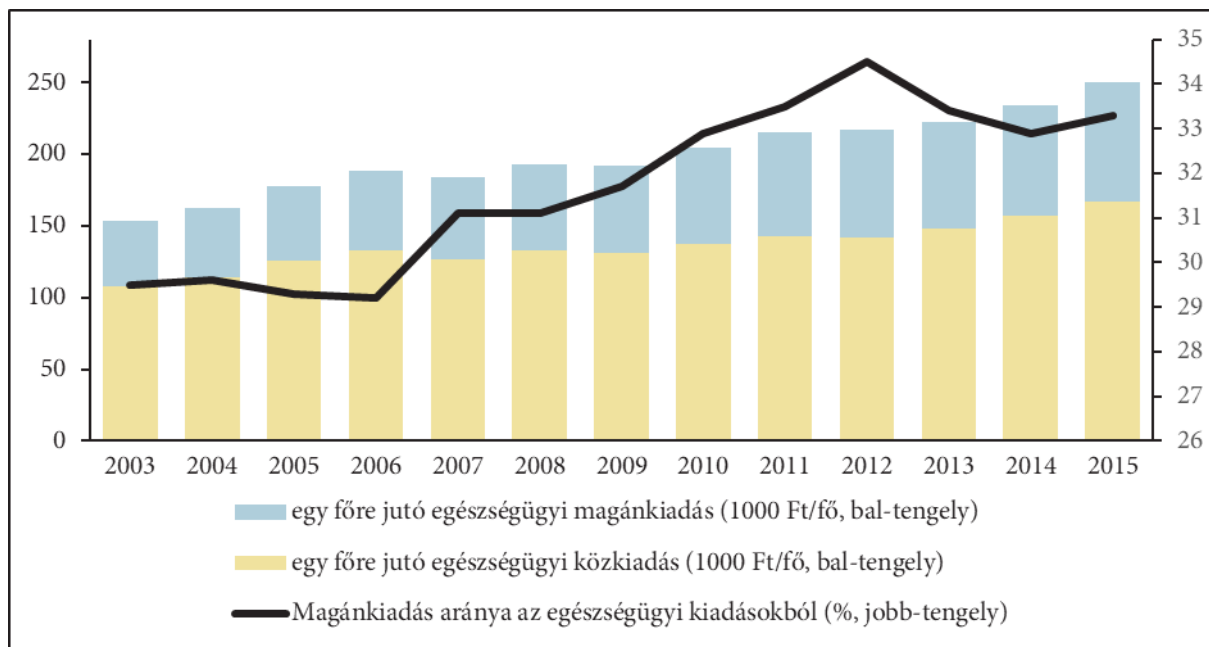
A felkínált megoldási javaslatok közül a kutatásban részt vettek többsége az egészségügyi dolgozói bérek emelését látja elsősorban hatásosnak. Bö harmaduk ugyanakkor az orvosok felelősségét tartja inkább problémásnak: 18% szerint a szigorúbb ellenőrzés és szankcionálás, további 9% szerint pedig a szakmai etika lelkiismeretes követése lenne a megoldás a paraszolvencia kivezetésére.



11. ábra: Ön szerint mire lenne elsősorban szükség ahhoz, hogy megszűnjön a hálapénz jelensége az egészségügyben? (A válaszok százalékos megoszlása; az adatok forrása: Nézőpont Intézet, adatfelvétel: 2016. május 2-18.)

Egészségügyi kiadások

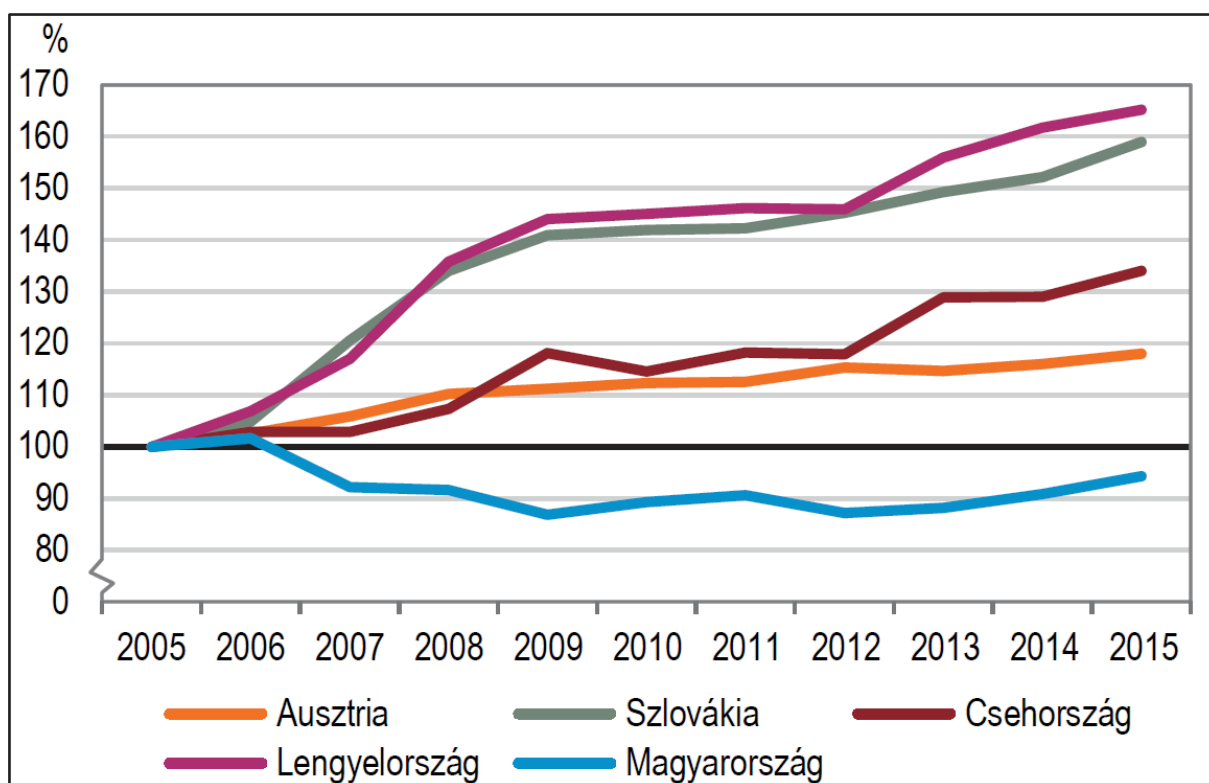
Az egészségügyi kiadásokban jelentős teher hárul a magánszektorra. Magyarországon 2015-ben az egy főre eső egészségügyi költségek harmadát a magánkiadások adták, a közkiadások súlya 66,7% volt²⁴. Tíz év alatt négy százalékponttal nőtt a háztartások saját hozzájárulása az egészségügyi kiadásokhoz. Így a KSH becslése alapján is elmondható, hogy a háztartások jövedelmük 5 százalékát fordítják egészségügyre.



12. ábra: Egészségügyi kiadások Magyarországon (Az adatok forrása: KSH)

A kormányzati alrendszerek egy főre jutó egészségügyi kiadásai 2007-2009 között fokozatosan csökkentek, 2009-ben nem érték el a 2005-ös szint 90 százalékát sem. 2010-2015 között ugyanakkor nem történt érdemi felzárkózás, a KSH által vásárlóerő-paritáson számolt érték még mindig nem éri el a 2005-ös szintet. Ezzel Magyarország lényegesen elmarad a három visegrádi országban megfigyelhető 30-70 százalék közötti emelkedésektől.

²⁴ Központi Statisztikai Hivatal, „Az egészségügyi kiadások alakulása Magyarországon, 2010–2015”, 2017, <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/eukiadasok1015.pdf>.



13. ábra A kormányzati alrendszerek egy főre jutó egészségügyi kiadásainak változásai reálértéken a visegrádi országokban és Ausztriában (vásárlóerő-paritáson számolt értékek alapján, forrás: KSH)

A már idézett teljesítményértékelési jelentés összességében megállapítja, hogy európai összehasonlításban a magyar állam keveset, a lakosság viszont nagyon sokat költ egészségügyre. A GDP 4,8 százalékát teszik ki az egészségügyi közkiadások, a lakosság pedig az egészségügyi kiadások 30 százalékát fizeti ki. A járóbeteg-ellátásban viszont az összköltség 43 százalékát állja a lakosság. Magyarországon a kormányzati kiadások 10,4 százaléka ment az egészségügybe 2014-ben, míg az EU-s átlag majdnem 14 százalék.²⁵

A hazai egészségügy helyzete régiós összehasonlításban

Mint láttuk, Magyarországon az egészségügyet látják az emberek a legnagyobb problémának, amivel az ország szembenéz²⁶. A három további visegrádi ország közül Lengyelországban és Szlovákiában is hasonló az egészségügyi és szociális biztonság említettsége, ami előbbiben az első, utóbbiban a második helyet jelenti a rangsorban. Csehországban ugyanakkor négy terület is nagyobb kihívást jelent az országnak, mint az egészségügy, melyet a cseh megkérdezetteknek 18 százaléka jelölt be a felmérés során.

²⁵ Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése 2013-15. <https://mertek.aek.hu/web/mertek-magyar-egeszseguyi-rendszer-teljesitmenyertekese//jelentes-2013-15>

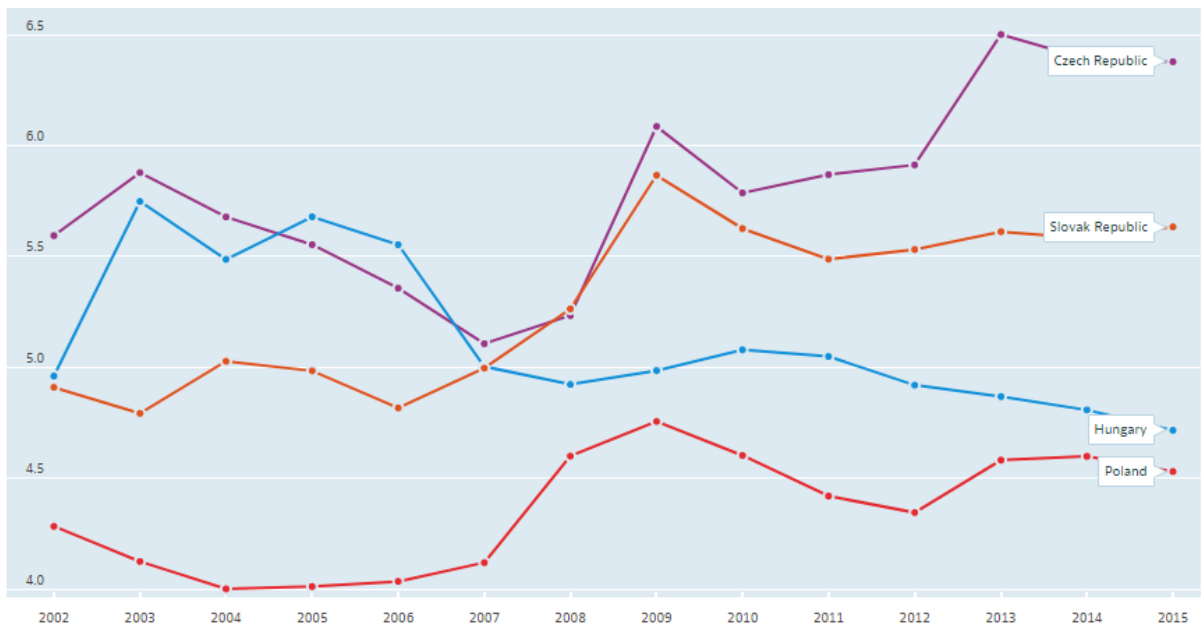
²⁶ European Commission, „PublicOpinion - European Commission”.

CZ	HU	PL	SK
áremelkedések, infláció, megélhetés költsége (27%)	egészségügyi és szociális biztonság (33%)	egészségügyi és szociális biztonság (31%)	munkanélküliség (34%)
bevándorlás (25%)	bevándorlás (30%)	áremelkedések, infláció, megélhetés költsége (27%)	egészségügyi és szociális biztonság (33%)
nyugdíjak (24%)	gazdasági helyzet (25%)	nyugdíjak (25%)	áremelkedések, infláció, megélhetés költsége (22%)
államadósság (20%)	munkanélküliség (22%)	munkanélküliség (21%)	gazdasági helyzet (19%)
egészségügyi és szociális biztonság (18%)	áremelkedések, infláció, megélhetés költsége (17%)	gazdasági helyzet (18%)	nyugdíjak (16%)

3. táblázat: Mit gondol, mi az a két legfontosabb probléma, amelyekkel ma az országa szembenéz? (Az öt legtöbbit említett probléma a visegrádi országokban; az adatok forrása: Európai Bizottság, adatfelvétel: 2016. november)

A GDP-arányos egészségügyi közkiadások tekintetében jelentős az eltérés a visegrádi országok között – legalábbis az OECD legfrissebb, 2015-re vonatkozó adatai alapján²⁷. Csehország a 6,38 százalékos értékével a nemzeti össztermékének jóval nagyobb részét költi az egészségügyre, mint Magyarország vagy Lengyelország, ahol 4,72, illetve 4,53 százalék ez az adat. Szlovákia a két véglet között helyezkedik el, az elmúlt évek fokozatos emelkedése után 2015-re 5,63 százalékra ért a kiadások mértéke. A hosszú távú trendeket megfigyelve az látszik, hogy 2002-2007 között hazánk és Csehország együtt mozgott, megelőzve Szlovákiát és a már akkor is elmaradó Lengyelországot. 2008-tól viszont új folyamatok indultak. Magyarországon az egészségügyi közkiadások lassú csökkenése indult el, amelynek eredményeképpen Lengyelországhoz került megközelítőleg egy szintre. Szlovákia ugyanakkor növelte állami kiadásait ezen a területen. Csehországban pedig még dinamikusabb emelkedés következett be, amely a régiós viszonylatban kiugró értéket eredményezett.

²⁷ OECD, „OECD (2017), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en”, elérés 2017. június 12., <http://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.



14. ábra: Egészségügyi közkiadások a visegrádi országokban (A GDP százalékában; forrás: OECD)

POLITIKAI INTÉZKEDÉSEK ÉS PROGRAMOK

Az egészségügy kihívásaira a politikai szereplők részleges válaszokat adnak. A kormányoldalon az egészségügy háttérbe szorítása a legfőbb politikai törekvés, míg az ellenzéki oldalon a tematizáció, amely azonban gyenge hatáskokkal működik. Megfigyelhető ugyanakkor az is, hogy a hazai egészségügy problémáit mind a kormánypárt, mind az ellenzék hasonlóképp azonosítja. Az olyan főbb pontok, mint az egészségügyi dolgozók béremelése, a képzett munkaerő kivándorlása, a háziorvosi ellátás reformja, a strukturális átalakítás, a kórházi betegellátás korszerűsítése és a mentőszolgálat helyzete, majdnem az összes programban megjelennek, kormány- és ellenzéki oldalon egyaránt.

Az egészségügyön belüli témákat tekintve, jelenleg – az egyes intézmények romló körülményein túl – a bérek kérdése dominál a politikai közbeszédben. Az egészségügyi dolgozók elégedetlensége, tiltakozása továbbra is politikai kockázatot jelent a kormány számára, különösen akkor, ha a követelések más ágazatok – például az oktatás – elégedetlenségével is összekapcsolódnak.

Az egészségügyön belül továbbra is fontos téma, hogy főként a járóbeteg-ellátásban rohamosan erősödik a magánszektor, ami a részben már megvalósult szegény és gazdag-ellátásra való szétszakadás kérdésével összefüggésben jelenik meg.

Kormány

A kormányoldal egészségügyi politikáját továbbra is meghatározza, hogy 2010 óta a szakpolitika szerepe háttérbe szorult, a főbb döntések hatalmi-politikai megfontolások alapján születnek, a kormányzat jól érzékelhető célja az ágazat problémáinak elfedése. Így például a kormányrendszer 2010 utáni kialakítása – és az azóta többször eszközölt kormányátalakítás – jól mutatja, hogy részben a gondok elrejtésének szándéka miatt nem kap önálló tárcát az ágazat. A pénzügyi források szempontjából az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) és azon belül az Egészségügyért Felelős Államtitkárság mozgástere is korlátozott. A költségvetési kérdések általában a Nemzetgazdasági Minisztérium és a Miniszterelnökség keretein belül dőlnek el. Az elmúlt időszakban az egészségügy fejlesztését szinte kizárólag uniós forrásból finanszírozták.²⁸

A kormány 2016-ban meghirdetett egy ötpontos egészségügyi reformcsomagot²⁹, amit a 2015-ben színre lépett új egészségügyi államtitkár, Ónodi-Szűcs Zoltán neve fémjelzett. Az ötpontos csomag fő ismertetőjegyei a centralizáció és az ellenőrzés voltak, a felsőoktatáshoz hasonlóan – a bürokráciacsökkentés jelmondata alatt – itt is kancelláriarendszerrel kívánták felügyeltetni a kórházak gazdasági működését, valamint célként jelent meg az ágazati háttérintézmények (például az Országos Egészségbiztosítási Pénztár [OEP]) megszüntetése, illetve beolvasztása.

A háziorvosi ellátás rendbetétele volt a következő, hiszen a már idézett statisztikák szerint a 6500 állásból közel 300 nincs betöltve, és ez a szám csak növekszik, ha a betöltetlen fogorvosi állásokat is nézzük. Mivel új forrásokat nem kapott az ágazat, a problémát a nővéri munkakör kiszélesítésével igyekeztek megoldani.

A harmadik pont a budapesti kórházi struktúra fejlesztése. Ezalatt négy új egészségügyi centrum (észak- és dél-pesti, valamint észak- és dél-budai) létesítését kell érteni. Az egészségügyi centrum

²⁸ „Esélyegyenlőtlenség az egészségügyben”.

²⁹ Népszava, „Mindössze öt pont”, elérés 2017. június 13., <http://nepszava.hu/cikk/1086703-mindossze-ot-pont>.

megnevezést hamarosan felváltotta a marketingszempontról kétségtelenül előnyösebb „szuperkórház” kifejezés.

A negyedik pont: új minimumkövetelmények felállítása a kórházakban. Ennek érdekében először fel kell mérni, pontosan hol és mennyi orvos, ápoló dolgozik, majd ennek fejében meghatározni a standardokat.

Legutolsó programpontként egy régi téma, a szociális és gyógyító tevékenységek szétválasztása került elő. A kórházak többségében a kettő ugyanis nem különül el élesen, ami extra orvosi felügyeletet és természetesen több fenntartandó ágyat jelent. Amennyiben a szociális ellátást leválasztják, azzal megspórolhatnak bizonyos mennyiségű erőforrást.

A sok szempontból indokolt reformcsomagra azonnal éles ellenzéki és szakmai ösztűz zúdult. Bizonyos programpontoknak (pl.: új minimumkritérium felmérése) már 2016 végére meg kellett volna valósulniuk, ezért érdemes egy pillantást vetni a program jelenlegi állapotára.

Ami elkezdődött, az épp egy olyan folyamat, ami nem is tartozott az öt pontba eredetileg: ez a fokozatos béremelés (többek között az ápolók körében). Az Országgyűlésen nem sikerült keresztülvinni a kancelláriák (illetve a „gazdasági biztosok”) tervezetét, pedig Ónodi-Szűcs magabiztosan úgy nyilatkozott, hogy az ügyben bírja a miniszterelnök támogatását. A szerkezeti átalakítás ugyanakkor megkezdődött: 73 érintett (az ellenzéki média által hallálistásnak titulált) intézményt, köztük az Országos Tisztiorvosi Hivatalt, az Epidemiológiai Központot megszüntették, illetve a minisztériumba integrálták. Az OEP Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) néven tagozódott be az EMMI alá. Az egészségügyi államtitkár pozíciója közben erősen meggyengült. Az új minimumkritériumok ügyében nem született döntés, sem pedig felmérés. A legtöbbet talán a szuperkórházak ügyével foglalkozik mind a kormánypárti, mind az ellenzéki média. Míg az előbbi az egészségügyi infrastruktúra reformjának láttatja a tervezetet, az utóbbi presztízsbetűzésnek titulálja. A szuperkórházakat amúgy is elég sok kritika éri, felmerült, hogy miért nem egy már működő kórházat (pl.: a Szent Imrét) újítják fel és bővítik ki. A tervezetre amúgy sem vet jó fényt, hogy a budai szuperkórház kijelölt telephelyének jelenlegi tulajdonosa egy Fidesz-közeli üzletember. Akadnak kritikák azt illetően is, hogy az infrastrukturális újítások önmagukban nem fogják megállítani a legmobilabb korosztályt, vagyis a fiatal, végzett orvosokat a kivándorlásban, így a frissen felhúzott épületekben nem lesznek szakemberek, akik dolgozzanak.

Az államtitkár az öt ponton kívüli célként határozta meg a betegszállító (mentős) infrastruktúra fejlesztését is: 15 perc alatt az ország bármely pontjába oda kell tudnia érnie a mentőknek. A 2016-os év azonban sok botrányt tartogatott az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) táján is. Az OMSZ év elején kinevezett új igazgatóját év végére leváltották, miután kijelentette, hogy a szervezet „morális válságban van”, és hogy a 15 perces szintidő tarthatatlan.

Ellenzék

Az ellenzéki oldalon a legnagyobb eltérés nem az egészségügyi problémák megnevezésében, hanem az azokra adott válaszok jellegében található. Ebből a szempontból két részre bomlik az ellenzéki mezőny. Az egyik csoportba tartoznak azok, akik elsősorban reaktív politikát folytatnak, gyakorlatilag hétről-hétre a kormánypárt programjával szemben meghatározva magukat, a másikba pedig azok, akik – bár a kormánypárt programjára is reflektálnak – rendelkeznek egy független, hosszú távú vízióval az egészségügyet illetően.

MSZP

Az MSZP és a baloldal többi szereplője megosztottak mind egészségügyi megoldástervezeteikben, mind azok artikuláltságában, valamint a választott retorikában is. Az MSZP fókuszpontjában egyfajta igazságosság eszmény áll, és ez a hozzáállás határozza meg az egészségügyhöz való viszonyulásukat is. Kampányuk az elszenvedett sérelmek tükrében határozza meg a programját³⁰. Az első konkrétum a forrásátcsoportosítás. Ez egyrészt az egészségügy 90 milliárdos adósságának konszolidálását, másrészt a fekvőbeteg-ellátás alapdíjának 180 ezer forintról 238 ezer forintra történő emelését szolgálná. A ciklus végéig 600 milliárdos többlettámogatást is szorgalmaztak. A párt egészségügyi vízióiról legutóbb 2016 júliusában, a párt tisztújító kongresszusán készült bővebb, összefoglaló jellegű anyag. Ebben deklarálják, hogy visszaállítanák a szolidáris egészségbiztosítást, valamint szó esik a béremelésekről is: az alapfizetés nem lehet kevesebb 150 ezer forintnál, a diplomás alapfizetés 200 ezer forintnál. Ezek mellett felmerül még a modernizáció, illetve a gyógyszeripar tehermentesítése a „túladoztatás bilincsetől”. A népegészségügy területén az egészséges életmód választását akarják megkönnyíteni, a káros függőségeket visszaszorítani, valamint szó esik a szegényebb, roma rétegek egészségügyi helyzetének javításáról is. A dokumentum utolsó pontként megfogalmazza, hogy a párt szakítana a Fidesz mindent centralizáló gyakorlatával.

Demokratikus Koalíció

A Demokratikus Koalíció azon ellenzéki pártok közé tartozik, melynek jól artikulált, az egészségügy szférájának majdnem minden aktuális problémájára kiterjedő javaslat- és ígéretcsomagja van³¹. Elsődleges kezelendő problémaként a human erőforrást jelenítik meg, amelyben súlyos hiányok mutatkoznak az elvándorlás miatt. Ennek megállítására többek között béremelést hajtanának végre: másfélszeresére növelnék a jelenlegi alapfizetést, valamint öt éven keresztül évi 15%-os emelést hajtanának végre, hogy a bérek jobban közeledjenek az európai minimumhoz. A béremelések és az életpályamodell finanszírozására visszaállítanák a szolidáris alapon működő társadalombiztosítást, valamint többletadót vetnének ki a nagyvállalatokra. A társadalombiztosításon belül megkülönböztetnének alanyi jogon járó ellátást, illetve úgynevezett tb-extrát az alapsomagon túli ellátásról – ez leírható lenne az adóból. A DK programpontjai között természetesen találni a Fidesz ötponos csomagjára vonatkozó elképzeléseket is. Ilyen a budai szuperkórház tervezete, amelytől a DK nem zárkózik el, de kijelenti, hogy azok épülését szakmai szempontoknak, és nem üzleti érdekeknek kell meghatározni, valamint mérlegelni kell a már meglévő infrastruktúra felújítása és az új kórházak építése között. Visszaállítanák továbbá a Fidesz ágazati háttérintézményeket érintő változtatásait. A párt nagyobb intézményi autonómiában, és a kórházak vegyes finanszírozásában gondolkodik, elképzelésükben egy privatizáltabb egészségügy jelenik meg. A kormánypárttal összhangban ők is célként tűzik ki a mentőszolgálat 15 perces szintidejét – ezt a technikai felszereltség és a személyi feltételek javításával eszközölnék. A DK rendelkezik külön szekcióval a női egészségmegőrzést illetően. Kijelentik, hogy akadnak olyan speciálisan női problémák, amelyeknek kezelése jelenleg nem megfelelő. Ezt a gondolatot követve a prevenció, a koraszülött-ellátás, a mesterséges megtermékenyítés és a művi meddővé tétel kapcsán is megnyilvánulnak. Hasonlóan majdnem

³⁰ Magyar Szocialista Párt, „A magyar egészségügy helyzete és a lehetséges megoldások”, 2016. június 25., <http://mszp.hu/page/download?ct=doc&cid=202&dt=atch&did=386>.

³¹ Demokratikus Koalíció és Demokratikus Koalíció Új Köztársaságért Alapítvány, „Sokak Magyarországa - A Demokratikus Koalíció programjavaslata”, 2017, <http://www.dkp.hu/SOMA.pdf>.

az összes baloldali párt programjához, itt is megjelenik az esélyegyenlőség és az elszegényedett roma rétegek egészségügyi helyzetének javítása.

Együtt

Az Együtt az egyetlen olyan parlamenti párt, amely a saját program hangsúlyozása helyett ajánlásokat³² fogalmazott meg a kormánynak arra nézve, hogy mit kellene tenni az egészségügyben. Egyfajta akciótervvel rendelkeznek, mely a fennálló problémák azonnali kezelésére irányul. A kormány irányában megfogalmazott javaslatcsomag a kórházi forráselvonások témájával kezdődik. 120 milliárdot különítettek volna el a 2016-os költségvetésből, valamint 3 éves megállapodást kötöttek volna a kormánnyal arról, hogy az éves GDP 1%-ával növeljék az egészségügyi forrásokat. Az egészségügyi bérezés kiszámíthatóságának érdekében tízéves bérmegállapodást, valamint az elmaradt túlóradíjak kifizetését ígértették volna meg. Kormányzati beavatkozást sürgettek az „ehetetlen” kórházi köszt javításának, valamint a betegszállítás rendbetételének területein. Szóba kerül még az előjegyzési idők hossza is, amelyeket a szakmai kapacitások fejlesztésével oldanának meg. Az Együtt külön, és meglehetősen részletesen foglalkozik a háziorvosi rendszer válságával is. Egyfelől kibővítenék a szakorvosképzés kereteit, másrészt megemelnék az alapbért, hogy vonzóbbá tegyék a pályát a kezdő orvosok számára. Újraindítanák a középfokú szakápolói képzést. Az eddigi gyakorlatot, miszerint egy praxisban egy szakorvos és egy ápoló dolgozik, csoportpraxissá bővítenék, több ápoló bevonásával. Az Együtt nyilatkozik a mentőszolgálat rendbetételéről, melyben béremelést és technikai újításokat sürgetnek.

Párbeszéd Magyarorszáért

A PM egy 38 oldalas „közpolitikai füzetben”³³ értekezik az egészségügy rendbetételéről, ezzel az ő egészségügyi átgondolásuk a legrészletesebb az összes ellenzéki párté közül. Az áttekintő anyag tudományos igényességű, inkább egyfajta ismeretterjesztésen keresztüli szemléletváltás jelenik meg benne. Ugyanakkor a javaslatok, amiket ki lehet emelni, a többi ellenzéki pártnál is megjelenő témák köré csoportosulnak. Ilyen például a bérrendezés. Ennek kapcsán lehetővé tennék az orvosok és az ápolók nyugdíj melletti munkavégzését is. A kórházi adósságrendezés is megjelenik, valamint az alapellátás finanszírozásának rendbetétele a háziorvosi ellátásra fordított keret legalább 20%-os növelésével. Az Együtthöz hasonlóan ők is támogatnák a praxiscsoportok létrejöttét. A PM hozzáállása az egészségügyhöz alapvetően környezettudatos. A többi pártprogramtól eltérően náluk megjelenik a kórházi fertőzések témája, amelyben a PM szerint az Európa Tanács iránymutatásait kellene követni. A kórházi várólisták problémáját online bejelentkezéssel (tehát az informatikai rendszer korszerűsítésével), a teljesítmény-volumenkorlátok átszabásával, valamint lakóhely-közeli szolgáltatások igénybevételek lehetőségével oldanák meg. A DK-hoz és az MSZP-hez hasonlóan a PM-nél is megjelenik a rászorulóknak, a hátrányos helyzetűek ügye, bár ők célzott tárgyi jellegű támogatásokat tennének lehetővé, valamint a nyugdíjasok, krónikus betegségben szenvedők és a gyereket nevelő családok számára kedvezmények igénybe vételét. A korrupció elleni küzdelem jegyében a PM rendelkezne az állami vezetők, illetve a vezető köztisztviselők kiemelt egészségügyi ellátásának megszüntetéséről.

³² Együtt – a Korszakváltók Pártja, „Az Együtt azonnali követelése az egészségügy rendbetételéért”, elérés 2017. június 13., <http://egyuttpart.hu/egyutt-egeszsegugy-javaslat/>.

³³ Párbeszéd Magyarorszáért, „Betegségügy helyett egészségügy - Javaslatok a népegészségügy és betegségmegelőzés fejlesztésére”, 2014, https://parbeszedmagyarorszagert.hu/files/public/betegsegugy_helyett_egeszsegugy_webre.pdf.

Jobbik

A Jobbik kifejezetten „erős” egészségpolitikai ügyekben, láthatóan nagy hangsúlyt fektetnek a kérdésre³⁴. A párt retorikája ugyan jónéhány kérdésben radikális, az egészségügyi megfontolásaik, az azonosított problémák nagyrészt megegyeznek a többi ellenzéki párt által azonosítottakkal. A Jobbik programjában két halmazra bontja a programpontokat: mi az, aminek a gyakorlatát befejeznék, és mi az, amit (helyette) elkezdénének. Mint a legtöbb ellenzéki program, a forráshiánnyal, illetve a forráskivonások gyakorlatával kezdik, kijelentve, hogy több pénzt kell folyósítani az egészségügynek. A szekcióban helyet kap még az egészségbiztosítás szolidáris alapokra történő (vissza)helyezésének mindenhol megtalálható toposza. Pozitív előjelű („amit megcsinálunk”) pontjaik változatosak. Szó esik a magyar népesség teljes állapotfelméréséről (ismerve a Jobbik sorkatonaságról vallott elképzeléseit, ez rendelkezik bizonyos felhangokkal), illetve ezzel összefüggésben a kötelező szűrővizsgálatok szélesebb körének bevezetéséről. Ez hozzájárulna a betegségprevencióhoz. Hogy ezt meg lehessen tenni, szélesíteni kell a külső forrásokat (például a dohány és az alkohol adójának visszaforgatása révén). A rendszer megbízható működésének érdekében szigorú pénzügyi szabályozás szükséges a tb-járadékok elköltése során. Helyet kap még az alapellátás reformja, illetve fejlesztenék az otthonellátási lehetőségeket a kórházak tehermentesítésének céljából. Foglalkoznak ezen felül egy másik visszas területtel: a mentőszolgálattal. Ebben a témában a Jobbik a regionális rendszer megszüntetését és nagyobb állami szerepvállalást szorgalmaz, valamint nem mulasztja el, hogy szóljon az utóbbi évek egyik legnagyobb botrányáról, a kockázati pótlék elmaradásáról, amit a Jobbik biztosítana a mentősöknek. Az ígéreteik között található még az ingyenes fogászati kezelés, ami mintha kilógna az eddig egymással összefüggő elgondolások közül – mégis, az egészségügyi programpontjaik közül ez az egyik legpopulárisabb. 2014-es választási ígéreteik óta programpontjaik közé bekerült még az elvándorló orvosok itthon tartása, illetve hazacsábítása, valamint a magyar tulajdonú egészségipari vállalkozások támogatása.

LMP

Az LMP-nek nem tartozik fő profiljába az egészségügy. Az olyan, minden más ellenzéki párt által fontosnak tartott problémákat az LMP is azonosítja³⁵, mint a brain-drain (szakember-elvándorlás), az alacsony bérek, és ezzel összefüggésben a paraszolvencia gyakorlata, vagy a háziiorvosi ellátás elégtelensége. Mivel „zöld” beállítottságú pártról van szó, megjelenik még az egészségtelen környezet, a gyermekek egészséges életmódra történő nevelése, és ehhez kapcsolódóan az egészséges étkezés/étkeztetés. Mint szinte mindenki más az ellenzéki oldalon, az LMP is kritizálta a budapesti szuperkórházak tervezetét, felhívva a figyelmet a szakmai egyeztetés hiányára. Az alapellátásban fellépő munkaerőhiány kapcsán volt egy olyan javaslatuk, miszerint az államnak saját kezelésébe kellene vennie a tartósan betöltetlen háziiorvosi és fogorvosi praxisokat, méghozzá a rendelők felszerelésével, a rezsi megtérítésével és a minimálbér emelésével vonzóbbá téve az üresen maradt orvosi székeket.

³⁴ Jobbik, „Kimondjuk. Megoldjuk. - A Jobbik országgyűlési választási programja a nemzet felemelkedéséért”, 2014, https://jobbik.hu/sites/default/files/cikkcsatolmany/kimondjukmegoldjuk2014_netre.pdf.

³⁵ Lehet Más a Politika, „11 pont, amivel új irányba állíthatjuk Magyarországot - Miért van bajban Magyarország és hogyan változtathatjuk meg?”, 2016, http://lehetmas.hu/wp-content/uploads/2016/08/11PONT_kifuto-nelkul-1.pdf.

CIVIL SZERVEZETEK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

A világtörténelem első, civilnek tekintett szervezete pont az egészségüggyel (is) foglalkozó Vöröskereszt volt. 1863-as alapítása óta rengeteg, hasonló célú szervezet jelent meg, illetve emellett kiépült egy olyan nemzetközi jogszabályi rendszer is, ami szabályozza ezen szervezetek működését. A civil szervezetekre a huszadik századtól kezdődően rengeteg munka hárult az elesettek megsegítésétől kezdve a legkülönbözőbb csoportok érdekképviselésén át egészen az állami működést megfigyelő „whistleblower” tevékenységekig. A magyar egészségügyben az első világháború vége után fokozatosan növekvő állami szerepvállalás volt megfigyelhető, 1945 után pedig a teljes szféra állami irányítás alá került. A civil szervezeteknek az államszocialista időszak alatt semmilyen legitimitása nem volt, egyetlen kivétellel: a Vöröskereszt – igaz, állami felügyelet alatt – továbbra is működhetett. A szabályozás a 1980-as években enyhült, a rendszerváltással pedig teljesen megnyílt az út az egyesületek, szövetségek, szervezetek alapításához, amelyek viszonya az establishmenttel azonban sosem volt egyértelmű, szerepük az egészségügy struktúrájában – a nyugat-európai országokhoz viszonyítva – a mai napig definiálatlan.

Az egészségügyben tevékenykedő civil szervezeteknek sokféle csoportosítása lehetséges. Bartal dichotómiájában³⁶ a civil szervezetnek lehet érdekképviselési vagy szolgáltatásnyújtási funkciója. A kétezres évek első évtizedéből származó csoportosítási módszer szerint³⁷ a célorientált (tehát szolgáltatásnyújtó csoportba) a vizsgált hazai szervezetek nagy többsége, mintegy 65%-a tartozott, míg a maradék 35% látott el érdekképviselési feladatokat. Ezt a csoportosítást némileg árnyalhatja, hogy vannak szervezetek, melyek mindkettőt végzik, illetve vannak „félcivil”, tehát állami intézmények által létrehozott nonprofit szervezetek is. Ezek mentén megkülönböztethetünk forrásteremtő alapítványokat, klinikákon belüli szolgáltatásnyújtó szervezeteket, a már említett állami alapítású nonprofit gazdasági társaságokat, illetve olyan betegszervezeteket, amelyek egyszerre látnak el érdekképviselési feladatokat és nyújtanak szolgáltatást valamilyen speciális csoport (pl.: daganatos betegek) számára. Ez utóbbi csoportok jellegzetessége, hogy alapítóik nem csupán civilek, de általában személyesen is érintettek abban, ami ellen harcolnak vagy amiben segítenek.

A civil egészségügyi szervezetek társadalmi támogatottsága a számukra juttatott személyi jövedelemadó 1%-ok, illetve az üzleti magánszektor adományain keresztül viszonylag jól mérhető. Az ilyen jellegű adományozás egyrészt függetlenséget jelent az állami forrásoktól, másrészt jól mutatja az egyes témák iránti közéleti érdeklődést. 2014-ben az SZJA 1% jóvoltából a karitatív szervezetek kasszájába mintegy 1 milliárd forint folyt be – a legtöbbet jellemzően a daganatos gyermekekkel, elesettekkel foglalkozók, illetve a Mentőszolgálat alapítványa kapta.³⁸

Ha a szakmai megfontolásokat nézzük, mind a gazdaság- és társadalomtudományok, mind az orvostudomány pozitívan nyilatkozik az egészségügyi civil szervezetekről, érveik pedig saját területeiknek megfelelően változatosak.³⁹ Állami szempontból ritkán van az

³⁶ Bartal Anna Mária (2005): Nonprofit elméletek, modellek, trendek. Századvég Kiadó, Budapest.

³⁷ Bocz János-Kmetty Zoltán (2008): Egészségügyi szegmens. Egészségügyi nonprofit szervezetek. *Civil Szemle* 1-2:39-60.

³⁸ Atlatszo.hu, „2014 legnépszerűbb egyházi és civil szervezetei az szja 1% felajánlások tükrében”, 2014, <https://atlatszo.hu/2014/12/27/2014-legnepszerubb-egyhazi-es-civil-szervezetei-az-szja-1-os-felajanlasok-tukreben/>.

³⁹ Péntek Eszter, „A civil szervezetek részvételi lehetőségei az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában és az egészségpolitikai folyamatok befolyásolásában - Ph.D. értekezés”, 2009, <http://www.idi.btk.pte.hu/dokumentumok/disszertaciok/pentekeszterphd.pdf>.

intézményrendszernek kapacitása minden egyes eltérő társadalmi réteg egészségügyi problémáinak megoldására, ahol pedig ez a kapacitás véget ér, ott a civil szervezetek képesek felvenni a fonalat. Az állami kapacitások elégtelensége volt tehát az a fő tényező, amely a civil szervezetek többségét életre hívta.

Az államok némelyike rájött, hogy saját dolgát könnyíti meg a civil szervezetek egészségügybe történő szerves bevonásával. A civil szervezetek alacsony költséggel működnek, és mint ahogyan az SZJA és a magánszektor támogatásaiból is látszik, igen nagy lehet a bevételszerző-potenciáljuk. Jórészüik speciális, jól körülhatárolható funkciót lát el, például egy-egy speciális csoport segítségére jött létre, amivel közelebb tudják egymáshoz hozni a beteget és az ellátórendszert – vagyis jóval kevésbé bürokratikusabbak, mint az állami intézmények. Hogy képesek legyenek reagálni az állam által már nem megkülönböztetett marginális csoportok problémáira is, mindenképp rugalmasnak kell lenniük, így sok területen (pl.: különböző szenvedélybetegségek kezelése) megoldásaik a leginnovatívabbak között vannak. Az innováció jelenléte annak is köszönhető, hogy a civil szervezetek szakmai potenciálja magas.

Az egészségügyi szférában dolgozó civil szervezetek nagy része a Vöröskereszthez hasonlóan „tűzoltó”, vagyis az aktuális problémák megoldásával vannak elfoglalva, nem pedig ajánlások megfogalmazásával, vagy kutatások, felmérések, közérdekű adatigénylések lefolytatásával az egészségügy területein. A forrásteremtő civil kezdeményezések kórházfelújításra gyűjtenek pénzt, a szolgáltató szervezetek segíthetik például a tartósan kórházi ellátást igénylő gyerekek kórházon belüli taníttatását önkéntesek által, de mindeközben nem forszírozzák a kérdést, hogy a problémák miért vannak jelen a rendszerben. Természetesen nem tételezhetjük fel, hogy az anomáliákkal vagy az alulfinanszírozottsággal szembesülve nem fogalmazódik meg bennük konstruktív kritika, vagy hogy teljesen vakok lennének arra nézve, milyen megoldások lennének helyénvalók, de mindez nem kap politikai artikulációt a tevékenységük elvégzése során – ebben az adott szervezeti hagyományok mellett jelentős befolyása lehet az attól való félelemnek, hogy kritikus megszólalás esetén ellehetetlenítik vagy megbélyegzik őket. Létezik ugyanakkor néhány szervezet, amely foglalkozik az egészségügy helyzetének kommunikálásával; kérdéses, mennyire tudják javaslataikat eljuttatni és keresztülvinni a döntéshozás magasabb szintjein. Amennyiben az egészségügy olyan, ingoványos terepén kívánnak megnyilvánulni, mint például a szenvedélybetegségek állami kezelése, ahol a szakmai megfontolások mellett folyamatosan jelen vannak politikai szlogenek is, tevékenységük jellemzően ellehetetlenül – elég, ha a túcsereprogram beszüntetésére gondolunk. A Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) az egyik olyan civil szervezet, amely ugyan nem kizárólag az egészségügy területén működik, de rendelkezik programokkal, elsősorban az egészségügy jogi dimenziói mentén. Fő profiljuk a betegjog, ami egyrészt a felvilágosításra és az oktatásra terjed ki (minden betegnek legyen fogalma arról, milyen jogai és kötelezettségei vannak), másrészt konkrét akcióprogramokkal hívják fel a figyelmet az ágazatban megjelenő problémákra⁴⁰. A TASZ egyik legújabb, kórházi fertőzések témájában indított kampánya⁴¹ például egy strukturális hiányosságra hívja fel a figyelmet: nevezetesen arra, hogy nincs olyan, kórházaktól független intézmény, amely kivizsgálná a betegek panaszait a kórházzal kapcsolatban. Ennek érdekében összegyűjtik a kórházi fertőzésekkel kapcsolatos panaszokat, hogy aztán azokat eljuttassák a megfelelő hatósághoz (akik lefolytathatnak vizsgálatot a kórházakban), így tesztelve a rendszert. Reflektálnak egy, a főleg

⁴⁰ Társaság a szabadságjogokért, „Betegjog”, elérés 2017. június 13., <https://tasz.hu/betegjog>.

⁴¹ Társaság a szabadságjogokért, „Kórházi fertőzés”, 2017. február 13., <http://korhazifertozes.tasz.hu/a-kampanyrol/>.

baloldali ellenzéki programokban előkerülő problémára is, a beteg vagy koraszülött gyermekek ellátásában a szülői részvétel kérdésére. A témában országos felmérést készítenek a kórházak körében, hogy ezzel előremozdítsák a gyermekbarát ellátás ügyét⁴².

A klasszikus irányvonal, amely szerint a civil szervezetek ott vegyék fel a fonalat, ahol az állami kapacitás véget ér, működni látszik Magyarországon. Egyrészt a szervezetek olyan témákban aktívak, amelyek az egészségügy határterületét képezik: szenvedélybetegségek, hajléktalanság. Másrészt foglalkoznak olyan innovatív ötletek propagálásával, amelyek bevezetéséhez valamilyen paradigmaváltás szükséges az egészségügyi ellátáson belül (új szemlélet a koraszülött klinikákon). A kórházi infrastruktúra fokozatos leromlása miatt azonban régi, egyszer már megoldottnak hitt problémák is a tevékenységük homlokterébe kerültek – ide tartozik a fertőzésekkel foglalkozó program elindítása, vagy egyszerűen az, hogy legyen elegendő WC-papír a betegosztályokon.

Az utóbbi két év során az egészségügy centralizálásának folyamata, valamint a civil szervezetekkel szemben offenzív politikát folytató kormányzás nem tett jót az egészségügyi civil szervezetek tevékenységének sem. A kormány civil társadalommal és azok szervezeteivel történő kapcsolattartása is új alapokat kapott már 2012-ben, mikor az akkori Civil Kapcsolatok Főosztálya beolvasztásra került az EMMI megaintézményébe. Ez az új irányvonal visszavetette az EU-s csatlakozás által is erősített szemléletváltást a civil szervezetekkel kapcsolatban.

Nemzetközi összehasonlításban jelentős különbségek mutatkoznak az egészségügy strukturális szervezettségében. Emögött nem feltétlenül kell azonnal a Nyugat utolérhetetlen fejlettségét feltételezni, egyszerűen más történelmi örökség és más társadalmi hagyományok mentén szerveződtek. Európában Olaszország és legfőképp Németország jár az élen. Németországban az egészségügyi intézmények mintegy harmadát üzemeltetik nonprofit szervezetek. Az intézményi együttműködésben is teljesen eltérő a gyakorlat. Míg a Magyarországon legfeljebb kiegészítő szerep jut a civileknek, máshol már intézményesült kooperációról beszélhetünk.⁴³ Ez azt is jelenti, hogy a teljes rendszer ma már nem lenne működtethető a civil egészségügyi szervezetek nélkül. A munkamegosztás ily módon széleskörűbb, definiáltabb és törvényileg is szabályozottabb.

⁴² Társaság a szabadságjogokért, „Gyerekekkel vagyok!”, elérés 2017. június 13., <https://tasz.hu/kampanyok/gyerekekvelvagyok>.

⁴³ Bocz János-Kmetty Zoltán (2008): Egészségügyi szegmens. Egészségügyi nonprofit szervezetek. *Civil Szemle* 1-2:39-60.

Az egészségügyi rendszerek nemcsak Magyarországon küzdenek komoly problémákkal, de a fejlettebb nyugati országokban is jelentős kihívást jelent az egészségügy reformja. Az ágazat területén három szinten eszközölhető változások:

- a nemzeti kormányok nagyobb, átfogó vagy csak kisebb, egy-egy területre kiterjedő reformokat is végrehajthatnak;
- kisebb fejlesztéseket helyi szinten, a kórházak és az önkormányzatok részvételével is lehet indítani;
- ha csak korlátozott mértékben is, de a civil szféra is részt tud venni az egészségügyi rendszerek átalakításában.

Az elmúlt időszakból mind a három itt felsorolt esetre találni példákat, bár az igazán átütő erejű, a rendszert alapjaiban átalakító állami reformokra egyelőre még várni kell.

Az átfogó, állami egészségügyi reformok gyakran abba a problémába ütköznek, hogy a politikusok parlamenti ciklusokban gondolkodnak és a szakpolitikai megfontolásaikat a rövid távú eredmények és nem a hosszú távon elért haszon vezetik.⁴⁴ A rövidtávú célok hajszolása és az újraválasztást célzó intézkedések azt eredményezik, hogy átfogó, de rövidtávon népszerűtlen reformokkal ritkán próbálkozik a politikai elit.

Nagyrészt a nemzeti kormányok felelősek az egészségügyi rendszerek finanszírozásáért, ez pedig meglehetősen költséges vállalkozás, mivel a világ GDP-jének nagyjából tíz százalékát emészti fel ez az ágazat, ezek a költségek pedig várhatóan tovább emelkednek majd a jövőben.⁴⁵ Egy kormány – elméletben – három fő egészségügy-finanszírozási modell közül választhat: az önkéntes biztosítási rendszer (VI), a társadalombiztosítási rendszer (TB) vagy a nemzeti egészségügyi szolgálat modell (NHS) közül. A gyakorlatban ezek a modellek azonban sosem valósulnak meg „tisztán,” szinte minden esetben valamilyen keverékmodellről beszélhetünk.⁴⁶

A választott modelltől függetlenül a világ gyakorlatilag minden állama – különböző mértékben – ugyanazzal a problémával találja szemben magát: az egészségügyi költségek növekedésével. Ennek a költségemelkedésnek több oka is van. Az egyik első és legfontosabb a társadalmon belüli beteg népesség arányának emelkedése, melynek egyik legfontosabb előidézője az elhízás, de szerepet játszik ebben a dohányzás és az alkoholfogyasztás emelkedése is.⁴⁷ Ezen felül csökkentek azok a határértékek is, amelyek felett egy adott kezelést megkezdnek, erre a legjobb példa a magas vérnyomás, amelyet a korábbi 160 higanymilliméteres érték helyett ma már 140-es értéktől kezdve kezelnek⁴⁸, ami növeli az egészségügyi szolgáltatások iránti keresletet. A harmadik fontos faktor a költségek emelkedésében az innovatív kezelési technológiák elterjedése.⁴⁹ Ezeken az okokon felül a lakosság előregedése is jelentős keresletnövelő tényező.⁵⁰

⁴⁴ „Esélyegyenlőtlenség az egészségügyben”.

⁴⁵ 2016 *Global health care outlook: Battling costs while improving care* (Egyesült Államok: Deloitte, 2015).

⁴⁶ „Esélyegyenlőtlenség az egészségügyben”.

⁴⁷ Kenneth E. Thorpe, „The Rise In Health Care Spending And What To Do About It”, *Health Affairs* 24, sz. 6 (2005), <http://content.healthaffairs.org/content/24/6/1436.full.pdf+html>.

⁴⁸ Uo.

⁴⁹ Uo.

⁵⁰ Boris Augurzky, Thomas K. Bauer, és Sandra Schaffner, *Copayments in the German Health System: Does It Work?* (Bonn: IZA, 2006).

Ritkábban esik szó róla, de egyre komolyabb problémát okoz az is, hogy az emberek egy része indokolatlan gyakorisággal, feleslegesen veszik igénybe az egészségügyi rendszert.⁵¹

A költségemelkedés kezelésével kapcsolatos gyakorlatok

Az elmúlt évek gazdasági válsága korlátozta a kormányokat az egészségügyi kiadások növelésében, és arra ösztönözte őket, hogy a költségek egy részét áthárítsák az állampolgárokra.⁵² Ezzel az állam és a lakosság együtt finanszírozza az egészségügyi költségeket. Az ilyen költségmegosztás melletti leggyakoribb érv az, hogy az extra, zsebből fizetendő terhek miatt a páciensek mindössze a szükséges mértékben vennék igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, egyes kutatók ugyanakkor arra hívják fel a figyelmet, hogy az eredmény lehet akár az is, hogy az állampolgárok a feltétlenül szükséges kezeléseket sem veszik igénybe.⁵³ A rosszul bevezetett, a kettős finanszírozás fokozására irányuló lépések rövid távon csökkenthetik ugyan az egészségügyi költségeket a kereslet csökkentésével, hosszú távon azonban a lakosság állapotának romlását, és így az egészségügyi rendszer pénzügyi igényeinek növekedését idézhetik elő.⁵⁴

Németország jó példa mind a kettős finanszírozás (költségmegosztás) szintjének emelésére, mind a szolgáltatások hatékonyságának növelésére. Németország 2009-ben hajtott végre reformokat, amelyekkel növelni kívánta a társadalombiztosítási alapok közötti versenyt.⁵⁵ A német kormány ekkor felállított egy központi alapot, amely a munkavállalóktól a bruttó fizetésük 15,5 százalékát gyűjti be, valamint az államtól kiegészítő jövedelmeket is kap. Ezt az összeget osztják el a különálló nonprofit társadalombiztosítási alapok között. Mindegyikük fix összeget kap biztosítottjai után⁵⁶; ezt az úgynevezett „kockázat-kiegyenlítő séma” alapján határozzák meg.⁵⁷ A társadalombiztosítók közötti versenyt alapvetően úgy növelték, hogy egy pénzügyi nehézségbe kerülő alapnak közvetlenül a biztosítottaktól kell kiegészítő befizetéseket kérniük. Mivel a biztosítottak szabadon választhatnak az alapok között, azok hatékonyabban költik el bevételeiket, például azzal, hogy spórolnak az adminisztrációs költségeiken vagy előnyösebb szerződéseket kötnek a szolgáltatókkal (kórházakkal), így növelve hatékonyságukat.⁵⁸ A német rendszer a jövőbeli költségemelkedésekkel szemben is ellenálló lehet, mivel a német társadalombiztosítási alapoktól elvárja az állam, hogy a jövőben a bevételük egyre nagyobb részét fedezzék a biztosítottak közvetlen befizetéseiből⁵⁹, tehát az állam részben saját magáról a lakosságra tereli az egészségügyi rendszer fenntartásának felelősségét.

A német kormány a rendszer igénybevételének csökkentésének céljával vezetett be egy 10 eurós díjat, melyet az adott negyedév első orvosi látogatásáért kell megfizetni a felnőtt állampolgároknak. Egy kutatás arra jutott, hogy a reform nem érte el célját, mivel a német kormány nem volt elég bátor ahhoz, hogy minden egyes látogatásra díjat szabjon meg, ami

⁵¹ Leah Binder, „The Five Biggest Problems In Health Care Today”, *Forbes*, elérés 2017. június 9., <http://www.forbes.com/sites/leahbinder/2013/02/21/the-five-biggest-problems-in-health-care-today/>.

⁵² „Esélyegyenlőtlenség az egészségügyben”.

⁵³ Mark Fedrick, Michael Chernew, és Gary W. Kevi, „Value-Based Insurance Design: Embracing Value Over Cost Alone”, *The American Journal of Managed Care* 15, sz. 10 (2009), <http://www.metaballcreative.com/INT001/pdf/HCPolicySupplement.pdf>.

⁵⁴ Uo.

⁵⁵ Michael Stolpe, „Reforming Health Care - The German Experience” (Christian-Albrechts-Universität Kiel, 2011), <https://www.imf.org/external/np/seminars/eng/2011/paris/pdf/stolpe.pdf>.

⁵⁶ Uo.

⁵⁷ A kockázat-kiegyenlítő séma alapvetően a biztosítók eltérő költségeit igyekszik kiegyenlíteni, melyeket például a biztosítottak átlagéletkora közötti különbségek okozhatnak. További információ a némethez hasonló ír rendszerről: <https://www.hia.ie/sites/default/files/Guide%20to%20Risk%20Equalisation%20Scheme%202017.pdf>

⁵⁸ Stolpe, „Reforming Health Care - The German Experience”.

⁵⁹ Uo.

viszont a cél eléréséhez nélkülözhetetlen lett volna.⁶⁰ Ez jó példa arra, hogy a politikai ciklusokban való gondolkodás hogyan fogja vissza a nemzetállamok kormányait az egészségügy átfogó reformjának elindításában.

A Csehországban 2008. január 1-jével bevezetett vizitdíj viszont már az év áprilisára megmutatta hatását: az orvosi látogatások száma csökkent, és 2,6 milliárd cseh koronával (kb. 26 milliárd forint) csökkent az ebben az időszakban eladott gyógyszerek értéke 2006-hoz képest. A háziorvosok pedig fejlesztéseket hajtottak végre az extra bevételből a rendelőkben.⁶¹ A csehek egy felső határt is bevezettek, ami felett a biztosító visszatéríti a páciensnek a vizitdíjat, valamint egyes sérülékeny csoportokat felmentettek a díjfizetés alól, így próbálva elkerülni azt, hogy ezen csoportok egészségügyi állapota komoly romlás veszélyének legyen kitéve.⁶² Az OECD statisztikái alapján látszik, hogy a vizitdíj bevezetését követően Csehországban az orvosi látogatások száma nagyot esett, majd azóta stabil szintet tart. A magyar statisztikai adatokból pedig az látszik, hogy a vizitdíj bevezetésének évében, 2007-ben nagyot esett a látogatások száma, de az eltörléskor, 2008-ban egyből növekedni kezdett a vizsgálatok száma.⁶³

Fejlesztési kezdeményezések

Magyarországon hosszú ideje téma a kórházak siralmas állapota; a málló vakolatok, az omladozó falak látványa egyáltalán nem ritka a magyar kórházakban készült fotókon.⁶⁴ Ahogy fentebb kifejtettük, a nemzetállamoknak egyre kevesebb felhasználható forrása marad az egészségügyre, ez a helyzet pedig a gazdasági válság óta tovább súlyosbodott. A budapesti Szent Margit Kórház „Fogadj örökbe egy helyiséget!” programja, az állami próbálkozásokhoz hasonlóan, a lakosságot (illetve a cégeket) próbálja bevonni a kórházban szükséges felújítási, modernizálási munkálatok finanszírozásába.⁶⁵ A kórház főigazgatója, Badacsonyi Szabolcs arról beszélt a sajtónak, hogy a kórház felújítási munkáit lassítaná, ha „csak arra várnánk, hogy az állam mikor tud forrást biztosítani a szükséges javításokra, fejlesztésekre”.⁶⁶ A kórház főigazgatója ugyanakkor hozzátette, hogy a civilek hozzájárulásai mindössze kiegészítik az állami forrásokat – így a Szent Margit Kórház felújítása gyakorlatilag ugyanúgy a költségmegosztás rendszerére épül, igaz, itt önkéntes alapon.

A kórház elfogad pénzt, eszközöket vagy szolgáltatást is. Egy adott helyiség „örökbefogadója” a helyiség bejáratánál egy emléktáblát is kap, a cégek esetében pedig – hála a helyi önkormányzat támogatásának – jár egy kis reklám a kerületi lapban és a közösségi médiában is. A kórház az ilyen felajánlásokból tudta kifesteni egy osztályát, felújítani egyes részlegeken a világítástechnikát, valamint sikerült klímát szerelni egy laboratóriumba is.⁶⁷

⁶⁰ Augurzky, K. Bauer, és Schaffner, *Copayments in the German Health System: Does It Work?*

⁶¹ „A cseh háziorvosok jónak tartják a vizitdíjat”, 2008. április 27., <http://index.hu/gazdasag/vilag/vdcseh0427n/>.

⁶² Veronika Krutilová, „Impact of User Fees in Health Care System On Health Care Consumption”, *Review of Economic Perspectives* 10, sz. 4 (2010), https://is.muni.cz/do/econ/soubory/aktivita/obzor/6182612/21934825/2010_4_1_Krutilova.pdf.

⁶³ „Health care use - Doctors' consultations - OECD Data”, *theOECD*, elérés 2017. június 9., <http://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>.

⁶⁴ „Életveszélyes állapotok vannak a magyar kórházakban”, *24.hu*, 2015. június 29.,

<http://24.hu/belfold/2015/06/29/életveszelyes-allapotok-vannak-a-magyar-korhazakban/>.

⁶⁵ Szent Margit Kórház, „Fogadj örökbe egy helyiséget a Szent Margit Kórházban! | Szent Margit Kórház”, elérés 2017. június 9., <http://www.szentmargitkorhaz.hu/fogadj-orokbe-egy-helyiseget-a-szent-margit-korhazban/>.

⁶⁶ HVG Kiadó Zrt, „Rendes kórteremben akar gyógyulni? Jöjjön és fesse ki!”, *hvg.hu*, 2017. május 12., http://hvg.hu/gazdasag/20170512_fogadj_orokbe_egy_kortermet.

⁶⁷ Uo.

Az ilyen széles körű összefogás az egészségügyi szolgáltatók, a helyi kormányzati szervek és a civilek, vállalatok között tehát érhet el kisebb eredményeket az egészségügyi szolgáltatások minőségének javítása terén azzal, hogy pluszforrásokat von be a kisebb problémák megoldásába.

Jó példák a civil szervezetek részvételére

A Partners in Health nevű civil szervezet az elszigetelt és szegény közösségeket igyekszik megsegíteni. Egyik programjuk keretében felfogadnak és kiképeznek „közösségi egészségügyi dolgozókat”, akik a pácienseket otthon meglátogatják, megvizsgálják egészségügyi állapotukat, majd összeköti őket a klinikákkal, kórházakkal. A közösségi egészségügyi dolgozók meglátogatják a kezelés alatt álló betegeket, felügyelik a gyógykezelést, és meggyőződnek arról is, hogy a páciens rendszeresen beveszi-e a gyógyszereit.⁶⁸ A Financing Alliance for Health nevű kezdeményezés hasonló célokért küzd, a kormányokat segíti olyan a közösségi egészséget javító programok megtervezésében és finanszírozásában, amelyek része a közösségi egészségügyi dolgozók kiképzése is.⁶⁹ A civil szervezetek ezen felül segítségére lehetnek a szegényebb államoknak az egészségügyi infrastruktúra kiépítésében. Például a Partners in Health a Build Health International nevű szervezettel együttműködésben Libériában, Sierra Leonében, Malawiban és Ruandában is segít az országok kórházainak felújításában, valamint új létesítmények építésében is.⁷⁰

A fejlettebb államokban, ahol komoly problémát és terhet jelent az egészségtelen életmód terjedése a lakosság körében⁷¹, a civil szervezetek szerepet vállalhatnak a probléma kezelésében az egészséges életmódot népszerűsítő és az ilyen életmódra nevelő programok kidolgozásában és lefolytatásában. Erre jó példa a magyar Gondolkodj Egészségesen Alapítvány, melynek Gondolkodj Egészségesen! programjának célja többek között az egészséges táplálkozás és a mozgás népszerűsítése az óvodáskorú gyermekek, szüleik és az óvodapedagógusok körében.⁷²

Az Egyesült Királyságban az Obesity Action azért küzd, hogy felhívja a figyelmet arra, mi okozza az elhízást, és az milyen egészségügyi következményekkel jár. A szervezet ezen felül a témakörben megjelent kutatások kiértékelése után elhízásmegelőző stratégiákat ír.⁷³ Az Obesity Action igyekszik a politikusokat is befolyásolni, hogy azok olyan szabályozást hozzanak, melyek az iskolákban tanítanak meg a gyerekeket a megfelelő táplálkozás alapelveire⁷⁴, ezzel csökkentve annak a valószínűségét, hogy a jövőben a fiatalok az elhízáshoz kapcsolódó betegségekben szenvedjenek, tovább növelve ezzel az egészségügyi rendszerre nehezedő terheket. Az Egyesült Királyságban az elhízás 1987 és 2002 között nagyjából az egészségügy költségnövekedésének 27 százalékáért volt felelős⁷⁵, tehát a beavatkozás mindenképpen szükséges – ha a politika erre nem

⁶⁸ „Community Health Workers”, elérés 2017. június 9., <http://www.pih.org/priority-programs/community-health-workers>.

⁶⁹ „Financing Alliance for Health Launches at the Clinton Global Initiative”, *Financing Alliance for Health Launches at the Clinton Global Initiative*, 2016. szeptember 21., <http://lastmilehealth.org/financing-alliance-launches-cgi/>.

⁷⁰ „Partners in Health/Africa”, *Build Health International*, elérés 2017. június 9., <http://www.buildhealthinternational.org/partners-in-healthafrica/>.

⁷¹ E. Thorpe, „The Rise In Health Care Spending And What To Do About It”.

⁷² „A GE! Program bemutatkozik — Gondolkodj Egészségesen! Program”, elérés 2017. június 9., <http://gondolkodjegeszsegesen.hu/rolunk/bemutatkozunk/>.

⁷³ „About Us - Obesity Action”, elérés 2017. június 9., <http://www.obesityactionsotland.org/about-us>.

⁷⁴ „Put Child Health Before Party Politics - Obesity Action”, elérés 2017. június 9., <http://www.obesityactionsotland.org/campaigns/115-put-child-health-before-party-politics>.

⁷⁵ K.E. Thorpe és mtsai., „The impact of obesity on rising medical spending.”, *Health Affairs*, 2004, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15496437>.

hajlandó, akkor pedig a civil társadalomnak kell majd egyre nagyobb részt vállalnia ezen a területen.

Az elhízás az egész világon terjedő jelenség, viszont ennek felismerése és a jelentőségének kiértékelése Magyarországon később kezdődött⁷⁶, tehát a civil szervezetek munkájára ezen a területen komoly szükség van.

Konklúzió: mindenkinek van feladata az egészségügy gyógyításában

Az egészségügyi költségek emelkedése komoly kihívás elé állítja mind a fejlett, mind a fejletlen országok kormányait. A finanszírozásban a legjelentősebb változásokat az átfogó állami reformok hozhatnák, de ezek a politikai akarat hiányában egyelőre elmaradtak, bár látványos, hogy több állam is igyekszik hatékonyabbá tenni az egészségügyi rendszert, valamint az állampolgárokkal megosztani a rendszer finanszírozásának költségeit. Ez helyi szinten és kisebb problémák orvoslására akár a civilek jótékonyására is alapozható, és viszonylag gyorsan is képes lehet kézzelfogható eredmények elérésére.

A nem-kormányzati szervek a fejletlen országokban akár az állam szerepét is át tudják venni az egészségügyi infrastruktúra kiépítésében. A fejlettebb országokban ez szintén megtörténhet, csak más területen: a civil szervezetek az egészséges életmód terjesztésével hosszú távon komoly költségektől kímélhetik meg a nemzetállami kormányokat.

A költségek növekedésének megelőzése összetett, komplex feladat, melyben az államoknak, a betegeknek, az egészségügyi rendszer szereplőinek és a civil szervezeteknek is van feladatuk.

⁷⁶ Imre Rurik és mtsai., „Elhízó Magyarország. A túlsúly és az elhízás trendje és prevalenciája Magyarországon, 2015”, 2015, <http://akademiai.com/doi/pdf/10.1556/650.2016.30389>.