

# Esélyegyenlőtlenség az egészségügyben

---

2016. június

# TARTALOMJEGYZÉK

---

Vezetői összefoglaló.....	2
Bevezetés .....	4
Egészségügyi modellek és egyenlőség .....	5
Alapfogalmak és alapmodellek.....	5
Modellek összehasonlítása .....	6
Biztosítások által nem fedezett költségek .....	8
A vagyoni egyenlőtlenségek hatása az egészségügyre .....	10
A társadalmi egyenlőtlenségek gyökereinek hatása az egészségügyre.....	12
A politika szerepe az egészségügyben .....	14
Ideológia .....	14
Politikai rendszer .....	15
Szakpolitika .....	16
Egy jó gyakorlat az egyenlőtlenség csökkentésére: az ausztrál példa .....	17
Magyarországi helyzetkép.....	19
Szegénység, társadalmi kirekesztődés .....	19
Elmaradt orvosi ellátások .....	20
Háziorvosi ellátás.....	22
Magánkiadások az egészségügyben .....	23
Korrupció az egészségügyben.....	25
Politikai környezet .....	26

- **Az egészségügyi egyenlőtlenségek fogalmának többféle értelmezése is lehetséges. Az egyik megközelítés az egészségügy finanszírozási oldalán, vagyis az egészségügyi rendszer működtetéséhez való hozzájárulásban létező egyenlőtlenségekre vonatkozik. A másik megközelítés az egészségügyi szolgáltatások igénybe vétele, egyáltalán az azokhoz való hozzáférés kapcsán vizsgálja az egyenlőtlenségeket. Jelen tanulmány utóbbi megközelítést alkalmazza, és annak keretében használja az **esélyegyenlőség-esélyegyenlőtlenség fogalmát**, ami azonban nem jelenti azt, hogy az előbbi megközelítést nem tartanánk fontosnak és relevánsnak.<sup>1</sup>**
- A nemzetek egészségügyi rendszerei közötti különbségekben, és **az egyes egészségügyi rendszereken belül kialakuló egyenlőtlenségekben a választott egészségügyi modell mellett az adott ország gazdasági teljesítménye, a vagyoni különbségek, és azok mélyebb társadalmi gyökerei is fontos szerepet játszanak.**
- Ebből következően az esélyegyenlőtlenségek csökkentésében nemcsak a jól működő finanszírozási modell és az egészségügyre fordított források számítanak, hanem az ágazaton kívül álló társadalmi egyenlőtlenségek hatékony kezelése is, amely csak hosszú távon végiggondolt, következetes társadalom- és szociálpolitika segítségével érhető el. **Magyarán: az egészségügyi egyenlőtlenségek elleni küzdelem nem várható el kizárólag az egészségügyi szakpolitikától.** Ugyanakkor egy felelősségteljes egészségpolitikai irány jelentősen hozzájárulhat az emberek életkörülményeinek javulásához.
- Az oktatáspolitika kiemelten fontos szerepet játszik az egészségügyi szektor egyenlőtlenségeinek kiküszöbölésében. Több nemzetközi kutatás is arra jutott, hogy a magasabb oktatási színvonalat elért emberek egészségesebb életmódot követnek.
- **A politikai döntéshozók számára tehát nem az egészségügy finanszírozási modelljének kiválasztása a legfontosabb feladata az egészségügyi esélyegyenlőtlenségek csökkentése érdekében, hanem a társadalmi vagyoni különbségek csökkentése, valamint az oktatás erősítése, mivel ez a két faktor bizonyul a legnagyobb hatásúnak az egészségügyi szektoron belüli egyenlőtlenségek kialakulásában.**
- **Ehhez képest Magyarországon épp ellentétes irányú folyamatok zajlanak. A társadalmi környezet jelentősen romlott az elmúlt években. Az Eurostat adatai szerint a szegénységgel és a társadalmi kirekesztődéssel kapcsolatos indikátorok értékei 2009-től emelkedni kezdtek Magyarországon. A folyamat egészen 2013-ig tartott, amikor is a lakosság bő harmada (34,8%) volt kitéve a szegénység, vagy a társadalmi kirekesztődés kockázatának, és érzékelhető javulás azóta nem történt.**

---

<sup>1</sup> 2016. június 17-én, az e tanulmányhoz kapcsolódó *Esélyegyenlőtlenség az egészségügyben* című konferencián elhangzott olyan vélemény is, miszerint a hazai egészségügy problémáinak nem használ az esélyegyenlőség fogalma által kijelölt keretezés, mivel az hozzájárul az egészségügyi reformokat évtizedek óta gátló rossz struktúrák fenntartásához, ezért elsősorban a finanszírozás oldalán létező egyenlőtlenségeket kellene vizsgálni, és kiterjeszteni a járulékfizetők körét. Mások szerint ez már csak azért is túlzás, mert az esélyegyenlőség az egészségüghöz való hozzáférést illetően valójában nem eléggé kutatott téma, amit jelez az is, hogy ebben a kérdéskörben módszeresen gyűjtött adatok sem állnak rendelkezésre, így az egészségügyi reformoknak aligha lehet ez az akadály.

- **Nőtt azok aránya, akik azért nem vettek igénybe legalább egyszer orvosi ellátást, mert (1) nem engedhették meg maguknak, túl drága volt, vagy (2) várólistára kerültek, nem kaptak beutalót, vagy (3) túl messze volt az orvos, illetve nem volt megfelelő közlekedési eszköz.** 2010-től 2012-ig minden jövedelmi ötödben emelkedett az előfordulások száma. 2012 után a legszegényebbek, az alsó jövedelmi ötödbe tartozók körében folytatódott az emelkedés, és a legutolsó, 2014-es felmérés 2005 óta a legmagasabb arányt (8%) mutatja. Ezzel párhuzamosan az alacsonyan iskolázottak esélyei ugyanis tovább romlottak.
- Az egészségügyi kiadásokban jelentős teher hárul a magánszektorra. A WHO adatai szerint 2014-ben az összes egészségügyi kiadás bő harmadát (34 százalékát) a háztartások kiadása tette ki. Ennél is fontosabb, hogy a magánkiadások túlnyomó részét (78 százalékát) zsebből fizették, ami tehát az előtakarékoság marginális szerepe miatt azonnali anyagi terhet ró a lakosságra.
- A politikai környezetet tekintve az egészségügy romló helyzete évek óta az egyik legsúlyosabb politikai kérdés Magyarországon. **A politikai szereplők legkésőbb a 2008-as népszavazás óta kormányok sorsát eldöntő kérdésként tekintenek az egészségügyre,** ezért az rendszeresen az országos politikai kampányok fókuszába kerül. A helyi intézmények, például a vidéki kórházak helyzete pedig helyi a választási kampányoknak is fontos témája. **Mindez azonban nem változtatást ösztönző tényezőként, hanem sokkal inkább bénító hatásként jelenik meg a politikai döntéshozók szintjén.** A politikai szereplők tartanak az egészségügy témájától, a 2008-as népszavazás következtében a „reform” szó használata is sokáig tabunak számított.

## BEVEZETÉS

---

2005-ben a WHO tagállamai vállalták, hogy minden állampolgárunknak biztosítják az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, valamint azt, hogy elérik, ne hozza a szolgáltatások igénybevétele pénzügyileg nehéz helyzetbe a páciens.<sup>2</sup> Az elérics az egészségügyi szolgáltatás használatbavételének szabadságát jelenti, pontosabban azt, hogy olyan helyzetnek kell előállnia, ami biztosítja a lehetőséget, hogy valaki szükség esetén használja az egészségügyi rendszert.<sup>3</sup> A hozzáférést pedig, a szolidaritás jegyében, a kezelésre való rászorulás (szükség) függvényében célszerű biztosítani, mivel ilyen alapon sokkal egyszerűbb a tapasztalatok alapján vizsgálni az egyenlőséget, mintha például az életmódbeli rizikófaktorok alapján sztratifikálnánk.<sup>4</sup>

A *The Health Systems and Policy Monitor (HSPM)* adatai alapján azonban gyakran még a legfejlettebb államok sem tudtak a WHO által meghatározott feltételeket teremteni. Így például Belgiumban a betegbiztosítás 1995 és 2007 között az állampolgárok körülbelül 99 százalékát fedte le, míg Luxemburgban a mélyponton mindössze 97.5 százalékot védett ilyen módon egy biztosító.<sup>5</sup> Az OECD 2015-ös jelentése szerint Észtországban, Lengyelországban és Szlovákiában az emberek mindössze 90-95, míg Görögországban és az Amerikai Egyesült Államokban kevesebb mint 90 százalékát fedezi valamilyen biztosítás.<sup>6</sup> Magyarország ebben a vonatkozásban a 95 százalék feletti kategóriába esik.

Ebben a tanulmányban az egészségügy rendszereinek lehetséges finanszírozási modelljeit és azoknak hatását tekintjük át, illetve azt, hogy azok miként befolyásolják az állampolgárok közötti egyenlőséget és méltányosságot. Megvizsgáljuk, hogy az anyagi helyzet és a társadalmi egyenlőtlenségek mélyebb okai milyen hatással vannak az egészségüghöz való hozzáférésre, illetve, hogy milyen szempontok alapján lehet felmérni az ágazaton belüli egyenlő és méltányos bánásmódot. Írunk a politika szerepéről, végül pedig áttekintjük az aktuális magyarországi helyzetképet.

---

<sup>2</sup> *The World Health Report 2013. Research for Universal Coverage.* World Health Organisation. Utoljára megtekintve: június 8 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf) XI. o.

<sup>3</sup> McIntyre, D.; Mooney, G. (2007). *The Economics of Health.* Cambridge University Press: Cambridge, UK. 103.o.

<sup>4</sup> Kuhlmann, E.; Blank, R.H.; Bourgeault, I.L.; Wendt, C. (ed). (2015). *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance.* Palgrave: London, UK. 661.o.

<sup>5</sup> <http://www.hspm.org/searchandcompare.aspx> A 'financial protection and equity in financing', valamint a 'User experience and equity of access to healthcare' témakörök kiválasztásával készült, az oldal által generált dokumentum alapján.

<sup>6</sup> *Health at a Glance 2015.* OECD. Utoljára megtekintve: június 8 [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en#page27](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page27) 27.

### Alapfogalmak és alapmodellek

Az egészségügyi rendszerek finanszírozását három alapmodell függvényében lehet leírni. Ezek az önkéntes biztosítási rendszer (VI), a Társadalombiztosítási rendszer (SHI), valamint a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS).<sup>7</sup> Ezek a megoldások részben felelősek lehetnek a szolgáltatások színvonaláért, az egészségügybeli méltányosság és egyenlőség megteremtéséért, fenntartásáért.<sup>8</sup>

Mind Európában, mind az Amerikai Egyesült Államokban nagyjából egyetértenek abban a kutatók és a politikusok, hogy az egészségügy finanszírozását biztosító forrásokat a fizetési képesség alapján kell beszédni, de a szükség függvényében újraosztani.<sup>9</sup> Ennek keretében az egészségügy méltányos finanszírozása és az egyenlőség két fő vonal mentén vizsgálható: beszélhetünk vertikális egyenlőségről (tehát a különböző fizetési képességű emberek más és más mértékben járuljanak hozzá a közös költségekhez), valamint horizontális egyenlőségről (tehát ugyanolyan fizetési képességű emberek ugyanannyit fizessenek a közös kasszába).<sup>10</sup>

A három alapmodell, melyek általában valamilyen szinten keverten és nem azok ideáltipikus formájában valósulnak meg az egyes országokban, más-más forrásokból fizeti ki az egészségügyi szolgáltatásokat (pl. a kórházakat) az ellátásért.<sup>11</sup>

A privát biztosításon alapuló rendszerekben az állampolgárok maguk dönthetik el anyagi lehetőségeik, egészségességük és kockázati faktorok alapján, hogy mely biztosítóval kötnek szerződést, amennyiben egyáltalán szeretnének kötni ilyet. Ezekben a rendszerekben az emberek viszonylag szabadon választhatják meg, hogy hol és kik kezeljék őket.<sup>12</sup> A páciens választási lehetőségeinek korlátozása azonban nem feltétlenül hátrányos, mert hiányozhat a döntéshez szükséges tudás és információ, a meghozott döntés pedig nem feltétlenül ésszerű.<sup>13</sup> Az olyan országokban, ahol magánbiztosítókra alapozzák az egészségügyet, fordul elő a leggyakrabban, hogy a társadalom egy rétegét semmilyen biztosítás nem védi: az Egyesült Államok lakosságának körülbelül 14 százaléka, azaz úgy 40 millió ember védtelen.<sup>14</sup>

A társadalombiztosítási modell (Bismarck-modell) arra alapoz, hogy az állam nem közvetlenül biztosítja a polgárokat, hanem társadalombiztosítási alapok útján, melyek begyűjtik a

---

<sup>7</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?*

<sup>8</sup> Wagstaff, A. (1992). *Equity and finance of health care: Some international comparisons*. Journal of Health Economics (11). 364. o.

<sup>9</sup> Wagstaff, A. (1992). *Equity and finance of health care: Some international comparisons*. Journal of Health Economics (11). 364. o.

<sup>10</sup> Wagstaff, A. (1992). *Equity and finance of health care: Some international comparisons*. Journal of Health Economics (11). 371. o.

<sup>11</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?* International Political Science Review 34(2). 160. o.

<sup>12</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?* International Political Science Review 34(2). 160. o.

<sup>13</sup> Oliver, A. (ed.) (2003). *Equity in Health and Healthcare*. The Nullified Trust: New Cavendish, UK. 9.o.

<sup>14</sup> *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*. OECD Health Working Papers. 10. o.

dolgozóktól a biztosítási hozzájárulást, mely a fizetésük egy fix százaléka, amit részben ők, részben munkáltatójuk fizet. Ebben a helyzetben az emberek választási lehetőségei korlátozottabbak, az állampolgárok nagy részét kötelezik a regisztrációra, sőt, általában a rendelkezésre álló alapok között sem tudnak választani.<sup>15</sup> Lehetséges, hogy csak egy biztosító van egy országon belül. Máshol közigazgatási egységenként egy biztosító van, vagy több biztosító van egy-egy területen, melyek nem versenyeznek egymással. Végül pedig az is megtörténhet, hogy több, egymással versengő biztosító van jelen a piacon. Megjegyzendő, hogy vannak olyan országok, például Hollandia, ahol a magas jövedelműeket kizárják a rendszerből; és olyanok, mint Németország, ahol a gazdagabbak akár magánbiztosítót is választhatnak.<sup>16</sup> A Bismarck-modellben, annak ideáltipikus változatában, az egészségügyi szolgáltatók továbbra is különállnak a biztosítóktól, melyek között a polgár válogathat.<sup>17</sup> Ennek a kategóriának a legrégebbi képviselői közé tartozik Németország és Hollandia.<sup>18</sup>

A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (Beveredge-modell) finanszírozását az általános adóbevételekből oldják meg. A Beveredge-rendszerben az állam egy személyben biztosító és szolgáltató. Az egyik fontos vonása az ilyen típusú szerveződésnek, hogy a teljes népesség számára garantálja az orvosi ellátást. A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat rendszerben elméleti síkon minden állampolgár azonos ellátásra jogosult, nem okoz különbségeket a többféle társadalombiztosítók által kínált eltérő csomagok miatti variáció. Ebben a rendszerben a kórházak többsége állami tulajdonban van, a legtöbb orvos pedig közalkalmazott.<sup>19</sup> Federico Toth szerint az ilyen rendszerek a leghátrányosabbak az orvosok számára, mert az NHS-ben limitálják a legjobban szakmai autonómiájukat és bevételeiket.<sup>20</sup> Az ilyen típusú rendszert használó országok között van többek között Nagy-Britannia, az északi országok, Spanyolország és Portugália.<sup>21</sup>

## Modellek összehasonlítása

A Beveredge és Bismarck modellek összehasonlítása során megállapító, hogy „az egészségügyi kiadások fedezésére szolgáló befizetések progresszívebbek az adófinanszírozott rendszerben”, valamint a Nemzetközi Egészségügyi Szolgálat sikeresen fedi le a lakosság egészét, amíg a Bismarck-féle rendszerek az informálisan dolgozókat és a szegényeket gyakran magukra

---

<sup>15</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?* International Political Science Review 34(2). 160. o.

<sup>16</sup> Mossialos, E.; Dixon, A.; Figueras, J.; Kutzin, J. (ed.) (2002). *Funding health care: options for Europe*. Open University Press. Philadelphia, USA. 37.o.

<sup>17</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?* International Political Science Review 34(2). 160. o.

<sup>18</sup> Wagstaff, A. (2007). *Social Health Insurance Reexamined*. World Bank Policy Research Paper.

<sup>19</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?* International Political Science Review 34(2). 161. o.

<sup>20</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?* International Political Science Review 34(2). 166. o.

<sup>21</sup> Mossialos, E.; Dixon, A.; Figueras, J.; Kutzin, J. (ed.) (2002). *Funding health care: options for Europe*. Open University Press. Philadelphia, USA. 37.o.

hagyják.<sup>22</sup> Ezt a hiányosságot egyre több ország, főként Latin Amerikában, úgy próbálja megoldani, hogy a Társadalombiztosítási rendszer mellett felállítanak egy párhuzamos Nemzeti Egészségügyi Szolgálati alapon működő szervezetegységet, melyek általában rosszabb minőségű, limitáltabb ellátást nyújtanak.<sup>23</sup>

Más országok a szegényebbek számára külön társadalombiztosítási csomagot állítottak fel, melyek révén az általános adóbevételekből finanszírozzák az államok az ellátásukat. Ennek a fő hiányossága az, hogy sok szegény család egyszerűen nem regisztrál: Mexikóban például az államilag finanszírozott *Seguro Popular* programra feliratkozottak 43 százaléka tartozik mindössze a társadalom legszegényebb ötödébe.<sup>24</sup> Ennél is nehezebb feladatnak bizonyult a feketén dolgozó, nem szegény állampolgárok bevonása a tb ernyője alá, mivel a regisztráltak és nem regisztráltak gyakran ugyanazokat a közintézményeket látogatják, és bár a biztosítottak kevesebbet fizetnek zsebből, ekkor sem ingyenes az ellátás, tehát a tb nem elég vonzó alternatíva sokak számára.<sup>25</sup>

A legtöbb olyan gazdag országban, ahol adóból finanszírozzák az egészségügyet, többlépcsős adózási rendszer van, tehát a magasabb keresetűek többet fizetnek a közösbe. Egy kutatás megállapította, hogy minél kisebb részben állják az adóbevételek a költségeket, annál többet profitálnak a gazdagabbak; így a magánbiztosítási rendszer bármilyen szintű bevezetése a közép- és felsőosztály hasznára válna, a legrosszabb helyzetűek terhére.<sup>26</sup>

A tb-alapú rendszerek gyakran regresszívek, tehát nagyobb terhet rónak a szegényebb rétegekre. Ez azért következhet be, mert a hozzájárulások mértéke maximalizálva van, valamint a különböző biztosítók alá tartozók eltérő árakat fizetnek ugyanazokért a szolgáltatásokért, mivel belekényszerítik őket egy a földrajzi helyzetüktől vagy foglalkozásuktól függő csomagba.<sup>27</sup> A Bismarck-modell előnyét többnyire abban látják, hogy a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat alacsony minőségű ellátást biztosít túlságosan magas áron. A társadalombiztosítás alapú rendszerek, ezzel ellentétben, az ellátás egy részének irányítását kiveszik az illetékes minisztérium kezéből azzal, hogy leválasztják a szolgáltatás megvételét (a kezelésért való fizetést) az intézményről, mely a szolgáltatást nyújtja.<sup>28</sup> Adam Wagstaff a tb-rendszer mellett hozza fel érvnek azt, hogy adóztatás útján kevesebb bevételre lehet számítani, mint a társadalombiztosítási járulékokból, ráadásul az adóbevételek a gazdaság növekedésével, visszaesésével együtt változnak. Wagstaff végül arra jut, hogy valóban kisebb a variáció a beérkező járulékok összegében, de semmiképpen sem lehetetlen, hogy egy válság hatására a bevételek csökkennek. Németországban például a munkanélküliek ellátásáért a dolgozók hozzájárulása felel, így a munkanélküliség növekedése komoly válságot okozott az ország

---

<sup>22</sup> Wagstaff, A.; Moreno-Serra, R. (2007). *Europe and Central Asia's Great Post-Communist Social Health Insurance Experiment: Impacts on Health Sector and Labor Market Outcomes*. Policy Research Working Papers. 1.o.

<sup>23</sup> Wagstaff, A. (2007). *Social Health Insurance Reexamined*. World Bank Policy Research Paper. 11. o.

<sup>24</sup> Wagstaff, A. (2007). *Social Health Insurance Reexamined*. World Bank Policy Research Paper. 12. o.

<sup>25</sup> Wagstaff, A. (2007). *Social Health Insurance Reexamined*. World Bank Policy Research Paper. 12. o.

<sup>26</sup> Mossialos, E.; Dixon, A.; Figueras, J.; Kutzin, J. (ed.) (2002). *Funding health care: options for Europe*. Open University Press. Philadelphia, USA. 33.o.

<sup>27</sup> Wagstaff, A. (2007). *Social Health Insurance Reexamined*. World Bank Policy Research Paper. 10. o.

<sup>28</sup> Wagstaff, A. (2007). *Social Health Insurance Reexamined*. World Bank Policy Research Paper.



egészségügyi szektorában.<sup>29</sup> A társadalombiztosítási modellt vádolják azzal is, hogy szerepe van a munkanélküliség emelkedésében és a feketegazdaság elterjedésében, éppen ezért indult el az a trend, hogy a legrégebbi SHI-rendszerben gondolkodó országok, például Németország vagy Hollandia, lassan próbálják csökkenteni egészségügyi rendszereik függőségét a járulékoktól.<sup>30</sup>

## Biztosítások által nem fedezett költségek

Az egészségügyben közismerten léteznek különböző zsebből fizetendő díjak is, melyek az egyenlőség érvénysülését nagyban befolyásolják, hiszen megfizetésüknél az alacsony jövedelműek bevételének nagyobb része használódik fel, mivel ezek a szolgáltatás használatához kötődnek, az egyén fizetési képességétől függenek és nem progresszív jellegűek.<sup>31</sup>

A zsebből fizetendő díjakat úgy lehetne jellemezni, mint olyan kiadásokat, „melyeket sem állami, sem magánbiztosítások nem fedeznek teljes mértékben”.<sup>32</sup> Ezek közé tartoznak a megosztottan viselt díjak, azok, melyeket egy háztartásnak közvetlenül kell kifizetni, valamint a „hálapénz”.

Lengyelországban, Csehországban, Magyarországon és Kanadában az ilyen típusú költségek több mint fele gyógyszerészeti termékekre megy el.

A limitált fogászati lefedettség miatt az OECD tagállamok fogászatain az egészségügyi többletkiadások 20 százalékát költik el átlagosan, bár Spanyolországban és Dániában ez 30 százalékra is rúghat.<sup>33</sup> Ennek egyik következménye az, hogy az OECD-n belül mind a fogorvosi látogatások gyakorisága, mind azok bekövetkeztének valószínűsége sokkal magasabb a gazdagabbak körében, főleg Portugáliában, Kanadában, Magyarországon vagy Finnországban.<sup>34</sup>

A hálapénzek általában olyan országokban válnak népszerűvé, ahol az egészségügyi rendszer „a kormányzat által dominált, elszámoltathatatlan ágazat, ami könnyű terepet enged azoknak, akik informálisan fizetnének a szolgáltatások gyorsításáért (például azért, hogy átugorják a várólistákat) vagy azok elképzelt jobb minőségéért.”<sup>35</sup> A helyzetet súlyosbítja, hogy a hálapénzt elfogadók szinte biztos, hogy nem buknak le, vagy ha igen, akkor is minimális szankciókkal

---

<sup>29</sup> Wagstaff, A. (2007). *Social Health Insurance Reexamined*. World Bank Policy Research Paper. 9. o.

<sup>30</sup> Wagstaff, A.; Moreno-Serra, R. (2007). *Europe and Central Asia's Great Post-Communist Social Health Insurance Experiment: Impacts on Health Sector and Labor Market Outcomes*. Policy Research Working Papers. 3.o.

<sup>31</sup> Mossialos, E.; Dixon, A.; Figueras, J.; Kutzin, J. (ed.) (2002). *Funding health care: options for Europe*. Open University Press. Philadelphia, USA. 33.o.

<sup>32</sup> *Health at a Glance 2015*. OECD. Utoljára megtekintve: június 8 [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en#page27](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page27) 126. o.

<sup>33</sup> *Health at a Glance 2015*. OECD. Utoljára megtekintve: június 8 [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en#page27](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page27) 126. o.

<sup>34</sup> *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*. OECD Health Working Papers. 26. o.

<sup>35</sup> Mossialos, E.; Dixon, A.; Figueras, J.; Kutzin, J. (ed.) (2002). *Funding health care: options for Europe*. Open University Press. Philadelphia, USA. 185.o.

néznek szembe.<sup>36</sup> A hálapénzek szerepe azért különösen fontos, mert nem csak a kormányzásra vagy a kormány prioritásaira vannak hatással, hanem az egészségügyön belüli méltányosságra és a szolgáltatások elérhetőségére is.<sup>37</sup>

A zsebből fizetendő többletköltségek összességében úgy szorítják le az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségét, hogy csak azok tudják igénybe venni, akik meg tudják fizetni ezeket a díjakat, ami korlátozhatja a nélkülözhetetlen kezelések igénybe vételét; a hálapénz, ahol ezt elvárják, bizonytalanná teszik a költségeket. Ezek az anyagi elvárások értelemszerűen leginkább a szegényeket tántorítják el az egészségügyi rendszer használatától.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> Mossialos, E.; Dixon, A.; Figueras, J.; Kutzin, J. (ed.) (2002). *Funding health care: options for Europe*. Open University Press. Philadelphia, USA. 187.o.

<sup>37</sup> Mossialos, E.; Dixon, A.; Figueras, J.; Kutzin, J. (ed.) (2002). *Funding health care: options for Europe*. Open University Press. Philadelphia, USA. 188.o.

<sup>38</sup> Mossialos, E.; Dixon, A.; Figueras, J.; Kutzin, J. (ed.) (2002). *Funding health care: options for Europe*. Open University Press. Philadelphia, USA. 189.o.

## A VAGYONI EGYENLŐTLENSÉGEK HATÁSA AZ EGÉSZSÉGÜGYRE

---

Az OECD 2004-ben 21 tagállamában mérte fel, hogyan hat az állampolgárok anyagi helyzete az egészségügyi méltányosságra.<sup>39</sup> A kutatás az egészségügyi rendszer tényleges használatát és nem az elérhetőségét vizsgálta; ugyanakkor vannak, akik szerint attól még, hogy ha valakiknek egyenlő szüksége van egy kezelésre és ugyanúgy van lehetőségük azt igénybe venni, nem biztos, hogy ugyanúgy meg fogják ezt tenni.<sup>40</sup>

A kutatás legfontosabb eredménye, hogy a vizsgált országok felében a gazdagabbak, amennyiben ugyanolyan szükségük van egy kezelésre, mint egy rosszabbul élőknek, gyakrabban veszik igénybe orvos segítségét. Ez különösen látható az Amerikai Egyesült Államok, Mexikó, Finnország, Portugália és Svédország esetében,<sup>41</sup> míg Magyarországon ebben az esetben a különbségek elhanyagolhatók.<sup>42</sup> Ezen belül viszont a kutatócsoport azt is megállapította, hogy a háziorvosi látogatások szintjén, amennyiben egy-egy személynek ugyanolyan szüksége van egy kezelésre, kijelenthető, hogy 10 vizsgált országban a szegényebbek lényegesen gyakrabban veszik igénybe a szolgáltatást, mint a gazdagabbak. Kivétel ez alól Finnország, ahol a jobbmódúak lényegesen többször látogatnak háziorvoshoz.<sup>43</sup> Amikor viszont a szakorvosi látogatásokat vizsgálták, akkor kiderült, hogy egyenlő szükség esetén a jómódú állampolgárok gyakorlatilag minden OECD-tagállamban gyakrabban látogatnak meg szakorvost, különösen Olaszországban, Írországban, Portugáliában és Finnországban, míg Norvégiában, Hollandiában és Nagy-Britanniában nincs ilyen eltérés.<sup>44</sup> A szegényebb rétegek azok, akik nagyobb eséllyel kerülnek kórházba fekvőbetegként, kivéve Mexikót. Mexikóban van egyébként a legkisebb esélye annak, hogy valakit kórházi ápolásra bent tartsanak (3.7%), míg Magyarországon ez az arány 15,2%, a legmagasabb a vizsgált országok között.<sup>45</sup>

Összességében nemzetközi viszonylatban kimutatható, hogy az országok gazdasága és a népegészségügyi helyzet között erős kapcsolat van addig, amíg a gazdaság teljesítménye vásárlóerő-paritáson el nem éri az ötezer dollár per főt, e felett viszont ez a kapcsolat jelentéktelen, és a jövedelmi egyenlőtlenségek lesznek az egészségügyi szektoron belüli egyenlőtlenségek fő okozói.<sup>46</sup>

---

<sup>39</sup> *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*. OECD Health Working Papers.

<sup>40</sup> McIntyre, D.; Mooney, G. (2007). *The Economics of Health*. Cambridge University Press: Cambridge, UK. 105.o.

<sup>41</sup> *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*. OECD Health Working Papers. 6.o.

<sup>42</sup> *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*. OECD Health Working Papers. 14.o.

<sup>43</sup> *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*. OECD Health Working Papers. 15.o.

<sup>44</sup> *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*. OECD Health Working Papers. 16.o.

<sup>45</sup> *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*. OECD Health Working Papers. 17.o.

<sup>46</sup> McIntyre, D.; Mooney, G. (2007). *The Economics of Health*. Cambridge University Press: Cambridge, UK. 24.o.

Ennek ellenére vannak olyan országok, amelyek a vártnál sokkal jobban teljesítenek, ilyen például Kuba. A karibi országot a WHO 2013-as jelentése<sup>47</sup> és más publikációk<sup>48</sup> is kiemelik. A zsebből való kifizetések tekintetében például Kuba aközött a 62 ország között van, amelyekben az ilyen költségek a teljes egészségügyi költségek kevesebb mint húsz százalékát teszik ki.<sup>49</sup> Az Egészségügyi Világszervezet azt írja, hogy Lesotho, Thaiföld és Kuba „megmutatták, hogyan lehet az alacsony bevételek ellenére megvédeni a lakosság legszegényebb rétegét a katasztrofálisan magas egészségügyi készpénzfizetésektől.”<sup>50</sup> A.K. Bagchi ezt azzal magyarázza, hogy egyrészt Kubában jut a legtöbb orvos százezer főre, másrészt pedig több fontos intézkedéssel is javították az egészségügy helyzetét. Ilyen intézkedés volt a regionális szintű kórházi szolgáltatások és orvosképzés megszervezése, az innovatív életmóddal és járványmegfigyeléssel kapcsolatos kezdeményezések, a teljes egészségüghöz való hozzáférés komoly gátak nélkül, etnikumra, szociális osztályra, és korra való tekintet nélkül, valamint az alternatív és tradicionális kezelési módok felhasználása mind alacsony technológiai igényű, hasznos lépések.<sup>51</sup> Az ország ezek mellé költségesebb reformokat is bevezetett, például a HIV-kezelés, a műtéti procedúrák vagy a gyógyszerészet területein.<sup>52</sup> Az ország egészségügyi rendszerének alapja a „családi háziorvos”.<sup>53</sup> Az ő feladatuk azon személyek ellenőrzése is, akik fertőző betegségekkel kerülhetnek kapcsolatba, és megelőző, valamint szükség esetén a kezelésre szolgáló lépéseket tegyenek. Az országban egy százmillió dolláros költségvetésű kutatási központ is nyílt, mely többek közt vakcinák előállításában segítkezik, melyeket exportra is termelnek, aminek az értéke évi szinten százmillió dollár körül alakul.<sup>54</sup> Összegezve, a karibi ország, bár vannak más hasonló eredményeket elérő országok is, bebizonyította, hogy az állampolgárok egészségi állapota nem feltétlenül függ az ország politikai berendezkedésétől és gazdasági erejétől, sőt, „a megfelelően összehangolt kormányzati lépések az egészség, illetve a szociális biztonság területén létfontosságúak a jó életminőség teljes populációra való kiterjesztésében.”<sup>55</sup>

---

<sup>47</sup> *The World Health Report 2013. Research for Universal Coverage*. World Health Organisation. Utoljára megtekintve: június 8 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf)

<sup>48</sup> McIntyre, D.; Mooney, G. (2007). *The Economics of Health*. Cambridge University Press: Cambridge, UK. 48.o.

<sup>49</sup> *The World Health Report 2013. Research for Universal Coverage*. World Health Organisation. Utoljára megtekintve: június 8 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf) 12.o

<sup>50</sup> *The World Health Report 2013. Research for Universal Coverage*. World Health Organisation. Utoljára megtekintve: június 8 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf) 12.o.

<sup>51</sup> McIntyre, D.; Mooney, G. (2007). *The Economics of Health*. Cambridge University Press: Cambridge, UK. 48.o.

<sup>52</sup> McIntyre, D.; Mooney, G. (2007). *The Economics of Health*. Cambridge University Press: Cambridge, UK. 48.o.

<sup>53</sup> Dresang, L.T.; Brebrick, L.; Murray, D.; Shallue, A.; Sullivan-Vedder, L. (2005). *Family Medicine in Cuba: Community-Oriented Primary Care and Complementary and Alternative Medicine*. Journal of the American Board of Medicine. Utoljára megtekintve: június 9. <http://www.jabfm.org/content/18/4/297.full.pdf+html> 297. o.

<sup>54</sup> McIntyre, D.; Mooney, G. (2007). *The Economics of Health*. Cambridge University Press: Cambridge, UK. 48.o.

<sup>55</sup> Dresang, L.T.; Brebrick, L.; Murray, D.; Shallue, A.; Sullivan-Vedder, L. (2005). *Family Medicine in Cuba: Community-Oriented Primary Care and Complementary and Alternative Medicine*. Journal of the American Board of Medicine. Utoljára megtekintve: június 9. <http://www.jabfm.org/content/18/4/297.full.pdf+html> 300.o.

## A TÁRSADALMI EGYENLŐTLENSÉGEK GYÖKEREINEK HATÁSA AZ EGÉSZSÉGÜGYRE

---

Bár a gazdasági helyzet van a legnagyobb közvetlen hatással az egészségügyi rendszereken belüli egyenlőtlenségekre<sup>56</sup>, nemcsak a vagyoni helyzet felelős az egészségüghöz való hozzáférés egyenlőtlenségeiért, hanem nyilvánvalóan azok a mélyebb társadalmi okok is fontos szerepet játszanak, amelyek nyomán maguk a vagyoni egyenlőtlenségek is kialakulnak.

A 2010-es spanyol EU-elnökség egyik prioritása volt az „innováció a népegészségügyben: az egészség társadalmi meghatározóinak monitorozása és az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése” című téma. Az ennek keretében készült tanulmányból az ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iroda készített kivonatot<sup>57</sup>. Ebben az egészségügyi egyenlőtlenségek leküzdését, a méltányosság megvalósítását a fejlett és fejlődő világ számára egyaránt az egyik legnagyobb kihívást jelentő feladatként határozták meg.

A vizsgálat szerint a legtöbb egészségügyi probléma és a korai halálozások legfőbb okai az egészségügyön kívül álló tényezőkben gyökereznek, így az oktatás, a foglalkoztatás, a munkafeltételek, a jövedelmek, a környezet, a helyi körülmények, a társadalmi kirekesztés által befolyásoltak. Mindezek a lakosságot egyenlőtlenül érintik. Ezért a jövőt illetően a szakértők megállapították, hogy el kell mozdulni a biomedikális paradigmától, amely a felelősséget legnagyobb részben az egészségügyi szektorra teszi, az egészség társadalmi meghatározóira alapuló modell irányába. Ehhez szükséges egy tágabb megközelítés elfogadása, amely demográfiai, társadalmi és kulturális indikátorokat is tartalmaz, a társadalmi fejlődést a jólét és az egészség, a fenntarthatóság és a méltányosság együttes indikátoraival méri. A társadalmi meghatározók monitorozása nemcsak az egészség előrejelzése szempontjából fontos, hanem önmagában létező célként is a politika számára. A társadalmi kirekesztés egészségügyi egyenlőtlenségekre gyakorolt hatása kapcsán a tanulmány megállapítja, hogy a társadalmi státusz szorosan összefügg a társadalmi-gazdasági helyzettel, a társadalmi tőke pedig a jövedelmi egyenlőtlenséggel. A társadalmi státusz kulcstényezője a társadalmi és intézményi diszkriminációnak, amely munkanélküliséghez, az egészségügyi és szociális ellátáshoz való egyenlőtlen hozzáféréshez, valamint verbális és fizikai erőszakhoz, ebből eredően pedig betegséghez vagy rokkantsághoz vezet.

Minden kutatás szerint kiemelt fontosságú az egészségügyi egyenlőtlenségek kialakulásában az egyén oktatásának minősége és szintje.<sup>58</sup> Az OECD kutatása azt találta, hogy kifejezetten az alacsony oktatási szinttel rendelkezők azok, akik kevesebbszer látogatnak el szakorvoshoz.<sup>59</sup> Ezen felül, Norman Daniels szerint, a megfelelő oktatás hiánya vezethet ahhoz is, hogy az

---

<sup>56</sup> McIntyre, D.; Mooney, G. (2007). *The Economics of Health*. Cambridge University Press: Cambridge, UK. 236.o

<sup>57</sup> [http://www.eski.hu/civiltajekoztatasi/kepek/ho/anyagok/egeszsseg\\_tarsadalmi\\_meghatarozok\\_eski\\_tomoritveny.doc](http://www.eski.hu/civiltajekoztatasi/kepek/ho/anyagok/egeszsseg_tarsadalmi_meghatarozok_eski_tomoritveny.doc)

<sup>58</sup> Daniels, N. (2008). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press: Cambridge, UK. 22. o.

<sup>59</sup> *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*. OECD Health Working Papers. 18.o.

emberek „rizikós magatartási formákat követnek, és ezek a kockázati tényezők vezetnek egyenlőtlenségekhez az egészségügyben.”<sup>60</sup>

Nemzetközi viszonylatban a képzett egészségügyi munkaerő vándorlását emelik még ki, mint az egészségügy globális szintű egyenlőtlenségeinek elmélyítéséért felelős egyik fő okot.<sup>61</sup> Az egyik legfontosabb tényező az orvosok, nővérek elvándorlásában az, hogy ez különösen a legszegényebb régiókat érinti, ami súlyosbítja az egyébként is nehéz helyzetben lévő területek helyzetét.<sup>62</sup> Az OECD 2015-ös adatai alapján az egy főre jutó nővérek száma az, amely területen a szegényebb országok rosszul teljesítenek, a rangsor végén található Görögország, Lengyelország, Szlovákia vagy éppen Mexikó, míg az ebből a szempontból rohamosan romló helyzetű Magyarország a huszonkettedik helyet foglalja el a rangsorban.<sup>63</sup>

---

<sup>60</sup> Daniels, N. (2008). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press: Cambridge, UK. 80.o.

<sup>61</sup> McIntyre, D.; Mooney, G. (2007). *The Economics of Health*. Cambridge University Press: Cambridge, UK. 151.o.

<sup>62</sup> Daniels, N. (2008). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press: Cambridge, UK. 154.o.

<sup>63</sup> *Health at a Glance 2015*. OECD. Utoljára megtekintve: június 8 [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en#page27](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page27) 29.

o.

## A POLITIKA SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

---

Az egyes országokban a politikai rendszer jellege, az aktuálisan érvényesülő ideológiai irányzatok, illetve a fő politikai erők pozíciója komoly hatással lehet az egészségügyi rendszer alakulására.

### Ideológia

Federico Toth egy tanulmányában azt vizsgálta, hogy a politikának milyen szerepe van az egészségügyi finanszírozási modellek kiválasztásakor.<sup>64</sup> A társadalombiztosítási rendszerek bevezetésében döntően konzervatív, liberális, vagy katonai kormányok játszottak szerepet; egyedül Svédországban tettek így a szociáldemokraták.<sup>65</sup> A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat modellt választó országok döntő többségében szociáldemokrata kormányok döntöttek ezen rendszer használata mellett, kivéve az olasz kormányt 1978-ban, melyet a Kereszténydemokraták vezettek, de a Kommunista Párt kívülről támogatott; e támogatás letéteményese volt az NHS bevezetése.<sup>66</sup> Az Amerikai Egyesült Államokban egyik meghatározó politikai párt sem áll ki egyértelműen egy nemzeti egészségügyi rendszer kidolgozása mellett. Mivel tradicionálisan a baloldali pártok játszottak stimuláló szerepet a jóléti állam kiterjesztésében, így ott „egy meghatározó szociáldemokrata, szocialista vagy munkáspárt hiánya azt jelenti, hogy a baloldalnak és a munkásosztálynak a moderáltabb Demokratákhoz kell fordulniuk a problémáikkal mind a választások, mind a törvényhozás szintjén, ami komolyan befolyásolja a nemzeti egészségügyi rendszer bevezetésének esélyét.”<sup>67</sup>

A páciensek döntési szabadsága a különböző modellek alatt különböző mértékű lehet, így a politikának ezt is figyelembe kell vennie a döntések meghozatalakor. Adam Oliver szerint a döntési szabadság növelése mindenkinek hozna előnyöket, de méltánytalanabbá is tenné a rendszert (például azért, mert egyes páciensek több információ alapján hoznának döntést), így mérlegelni kell, hogy a jobb teljesítmény oltárán fel lehet-e áldozni valamit a méltányosságból. A túlzott döntési jog biztosítása azonban veszélyes következményekkel járhat, ugyanis a jobban informált betegek a legkorszerűbb, legdrágább gyógyítási módokat és több konzultációt várhatnak el, a szolgáltatók pedig, az elvárások teljesítése érdekében, egyre nagyobb költségeket igényelnének, a politikusok pedig – a limitált források ellenére – azon intézmények felé irányíthatják a költségvetést, amelyek ezeket a páciensek szolgálják ki.<sup>68</sup>

---

<sup>64</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?* International Political Science Review 34(2).

<sup>65</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?* International Political Science Review 34(2). 165. o.

<sup>66</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?* International Political Science Review 34(2). 165. o.

<sup>67</sup> Blake, C.H.; Adolino, J.R. (2001). *The Enactment of National Health Insurance: A Boolean Analysis of Twenty Advanced Industrial Countries.* Journal of Health Politics, Policy and Law. 26(4). 686. o.

<sup>68</sup> Oliver, A. (ed.) (2003). *Equity in Health and Healthcare.* The Nullified Trust: New Cavendish, UK. 6.o.

## Politikai rendszer

Toth szerint a politikai rendszer is befolyással bír az egészségügyre. Példának hozza fel, hogy az Amerikai Egyesült Államokban a fékek és ellensúlyok rendszere segíti az érdekcsoportokat abban, hogy megakadályozzák az átfogó reformokat. Steve Steinmo és Jon Watts ennek a gondolatnak az alapját úgy foglalták össze, hogy „az Amerikai honatyák által felvázolt rendszer kifejezetten a felek közti vitára lett kihegyezve, így védve a kisebbségben lévőket a többségtől.”<sup>69</sup> Ez a gyakorlatban oda vezet, hogy a szervezetlen és patthelyzetekre hajlamos amerikai politika miatt szinte lehetetlen az átfogó egészségügyi reformok bevezetése.<sup>70</sup>

Az olyan országokban, ahol a végrehajtó ágazat kezében összpontosul a legnagyobb hatalom, ott a legkönnyebb egy Nemzeti Egészségügyi Szolgálat bevezetése az érdekcsoportok akaratával szemben.<sup>71</sup> Weaver és Rockmann szerint a parlamentáris rendszerek velejárója a szigorúbb pártfegyelem és a kabinet erősebb döntéshozási hatalma.<sup>72</sup> Ez azért fontos, mert amikor a végrehajtó hatalom eldönti, hogy keresztül szeretne vinni egy egészségügyi reformot, akkor kulcskérdés, hogy „politikusként vagy a választók a rendszer egy pontján meg tudják-e vétetni a folyamatot. Amennyiben igen, akkor az érdekképviselők, melyeknek ráhatása van ezekre a szavazatokra, változásokat követelhetnek, vagy blokkolhatják a teljes procedúrát.”<sup>73</sup> Ezt az elméletet arra alapozzák, hogy az egészségpolitika kialakításakor bizonyos szereplők – a kormány, az ellenzék, a szektorban dolgozók és az érdekképviselők – egymással vetélkednek a döntések meghozásakor. Így lehet az, hogy a tradicionálisan jól szervezett munkásosztállyal rendelkező Angliában a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat rendszert vezették be, míg a gyengébb munkásosztállyal rendelkező Amerikai Egyesült Államokban nyitottabb a szektor a magánszféra felé.<sup>74</sup> Amerikában több huszadik századi próbálkozás a biztosítótársaságok és az orvosok szakszervezeteinek ellenállásában bukott meg, mivel sikeresen tartották távol a reformpróbálkozásokat a napirendtől, vagy amennyiben azok mégis felkerültek erre, akkor sikeresen akadályozták meg az elfogadásukat.<sup>75</sup> Federico Toth szerint az orvosok érdekképviseléseinek komoly szerepe van az egészségpolitika alakításában. Amennyiben sikerül egy olyan szervezet alá vonniuk a szakma többségét, akkor sikeresen csökkenthetik az állami beavatkozás szintjét az egészségügyben. Az Egyesült Államok erre ugyancsak jó példa, mivel itt az Amerikai Orvosi Szövetség (American Medical Association) az egyik legerősebbnek tartott

---

<sup>69</sup> Blake, C.H.; Adolino, J.R. (2001). *The Enactment of National Health Insurance: A Boolean Analysis of Twenty Advanced Industrial Countries*. Journal of Health Politics, Policy and Law. 26(4). 683. o.

<sup>70</sup> Blake, C.H.; Adolino, J.R. (2001). *The Enactment of National Health Insurance: A Boolean Analysis of Twenty Advanced Industrial Countries*. Journal of Health Politics, Policy and Law. 26(4). 684. o.

<sup>71</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?* International Political Science Review 34(2). 168. o.

<sup>72</sup> Blake, C.H.; Adolino, J.R. (2001). *The Enactment of National Health Insurance: A Boolean Analysis of Twenty Advanced Industrial Countries*. Journal of Health Politics, Policy and Law. 26(4). 684-685. o.

<sup>73</sup> Blake, C.H.; Adolino, J.R. (2001). *The Enactment of National Health Insurance: A Boolean Analysis of Twenty Advanced Industrial Countries*. Journal of Health Politics, Policy and Law. 26(4). 685. o.

<sup>74</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?* International Political Science Review 34(2). 163-164. o.

<sup>75</sup> Blake, C.H.; Adolino, J.R. (2001). *The Enactment of National Health Insurance: A Boolean Analysis of Twenty Advanced Industrial Countries*. Journal of Health Politics, Policy and Law. 26(4). 684. o.



lobbi.<sup>76</sup> Összefoglalva tehát nem meglepő, hogy elsőként a többségi modellt és erősebb munkás szakszervezeteket felvonultató két országban, Új-Zélandon és Nagy-Britanniában vezették be az NHS-t; míg a politikai rendszerüket a konszenzusra alapozó és gyengébb érdekképviselőkkel, de egy nagyon erős orvosi lobbival bíró országokban a magánbiztosítós rendszerek élnek, így az Egyesült Államokban is.<sup>77</sup>

## Szakpolitika

A politika egyik legnagyobb hibája az egészségügy tekintetében az, hogy ugyan a legtöbb szektorális problémát hosszú idő alatt lehet csak megoldani, a politikusok inkább egy parlamenti ciklusban gondolkodnak, és szakpolitikai szinten olyan eredményeket próbálnak elérni, amelyek még a mandátumuk lejárta előtt felmutatható. E célok elérésére kis, rövid időn belül eredményt hozó projektekre koncentrálnak és a költségvetést úgy irányítják, hogy a pénzek átcsoportosításának hatása a megfelelő időben jelentkezzen.<sup>78</sup>

Problémákat okozhatnak a gazdasági válságok és azok nyomán az egészségügyet rendre sújtó megszorító intézkedések is. A Centre for Global Development kutatása arra jutott, hogy az IMF által elvárt programok teljesítésekor az egészségügyi szektort diszproporcionális mértékben érintik a kiadáscsökkentések. A megszorítások fizetési maximumokhoz vagy orvosok kirúgásához vezetnek, melyek miatt a szakemberek a gyengébben teljesítő régiók felől a nagyobb bevételek érdekében a jómódúbb országokba távoztak, további egyenlőtlenségeket okozva a nemzetközi szinten.<sup>79</sup>

A költségvetésnek azonban nem csak elégségesnek, de effektívnek is kell lennie. Ennek megállapításához meg kell vizsgálni, hogy egy kezelés és annak alternatívái, melyek ugyanahhoz a végeredményhez vezetnek, mennyibe kerülnek, melyekből aztán lehetséges a legköltséghatékonyabb opció kiválasztása.<sup>80</sup> Az 1990-es évek egészségügyi reformjai egyes Afrikai országokban (például Nigériában) a kormányzatok költséghatékonysági kritériumok alapján választották ki az általuk támogatott létfontosságú kezelési csomagokat.<sup>81</sup> Az Európai Unió területén a költségek kérlelhetetlen növekedése is arra bírta a döntéshozókat, hogy megreformálják a kifizetések rendszerét és olyan vezetési technikákat vezessenek be, melyek megakadályozzák a költségek növekedését anélkül, hogy az állampolgárok hozzáférést a szolgáltatásokhoz vagy az egyenlőséget a szektorban jelentősen negatívan érintsék a

---

<sup>76</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?* International Political Science Review 34(2). 167. o.

<sup>77</sup> Federico, T. (2012). *The choice of healthcare models: How much does politics matter?* International Political Science Review 34(2). 169. o.

<sup>78</sup> Oliver, A. (ed.) (2003). *Equity in Health and Healthcare*. The Nullified Trust: New Cavendish, UK. 9.o.

<sup>79</sup> Kuhlmann, E.; Blank, R.H.; Bourgeault, I.L.; Wendt, C. (ed). (2015). *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. Palgrave: London, UK. 41.o.

<sup>80</sup> Smith, S.; Sinclair, D.; Raine, R.; Reeves, B. (2005). *Health Care Evaluation*. London School of Hygiene and Tropical Medicine. 127. o.

<sup>81</sup> Kuhlmann, E.; Blank, R.H.; Bourgeault, I.L.; Wendt, C. (ed). (2015). *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. Palgrave: London, UK. 194.o.

reformok.<sup>82</sup> Összefoglalva, amennyiben a költségek elosztását egy költséghatékonyság alapján felállított rangsor alapján megoldják, akkor sikerülhet a legnagyobb fejlődést elérni a népegészségügy terén a rendelkezésre álló anyagi forrásokból<sup>83</sup>. Ezért nem csak az egészségügyi menedzsmentet, de az elérhető kezelések közötti választási folyamatot is célszerű újragondolni, és az ugyanolyan eredményt elérő terápiák közül a legköltséghatékonyságot szükséges kiválasztani. Ez sajnos nem olyan egyszerű, mint amilyennek hangzik, hiszen nem csak az államnak és a biztosítóknak vannak költségei, hanem a pácienseknek is (például a kieső munkanapok miatt), bár ezekre a gazdasági elemzők ritkán gondolnak.<sup>84</sup> Az egyik költségcsökkentő megoldás lehetne egyébként a kórházi ágyak számának csökkentése, melynek szükségét széles körben elismerik; az Egyesült Államokban ennek elmaradását például a fentebb már említett érdekcsoportoknak tulajdonítják.<sup>85</sup>

A zsebből való kifizetések esetében a közpolitikának ugyancsak komoly szerepe van, például előremutató kezdeményezésekkel rábírhatja az orvosokat a helyes magatartás követésére.

## Egy jó gyakorlat az egyenlőtlenség csökkentésére: az ausztrál példa

Ausztráliában 2008-ban döntött úgy a kormány, hogy bevezetik a nemzeti férfi egészségprogramot, miután megállapították, hogy a férfiak egészségi állapota rosszabb a nőkénel; különösen az aboriginál, vagy vidéken és a civilizációtól elzárt területen élőknel tapasztaltak komoly különbséget.<sup>86</sup>

Ezután tényleges „nemzeti konzultáció” kezdődött: sok helyszínen kerekasztalbeszélgetéseket hívtak össze meghívott vendégekkel, azzal a céllal, hogy párbeszéd útján segítsék az új program kidolgozásának fejlődését. A beszélgetések során és az azok alapján készült dokumentumokban kiderült, hogy az országban van kapcsolat a nemek és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének gyakorisága között, így sikerült megegyezésre jutni abban is, hogy komoly eredményeket lehetne elérni, ha a férfiakat rá lehetne bírni a házi orvosok gyakoribb látogatására.

Kommunikációs megoldásként azt javasolták, hogy a férfiaknak a munkahelyeken, sportolás közben, vagy akár a kocsmákban is elérjék az egészséges életmódot hirdető, oktató anyagokkal. Az egészségügyi oktatást arra helyezték ki, hogy a férfiak alapegészségügyi tudását kibővítsék, amiben a teljes egészségügyi szektornak komoly szerepet szántak. Ebbe az oktatásba tartozik az, hogy megtanítsák a célcsoportot arra, hogyan lehet használni a rendszer nyújtotta lehetőségeket. Hatékonyan felhívták a figyelmet arra, hogy a férfiak egy része nincsen tisztában

---

<sup>82</sup> Kuhlmann, E.; Blank, R.H.; Bourgeault, I.L.; Wendt, C. (ed). (2015). *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. Palgrave: London, UK. 259.o.

<sup>83</sup> McIntyre, D.; Mooney, G. (2007). *The Economics of Health*. Cambridge University Press: Cambridge, UK. 151.o.

<sup>84</sup> Smith, S.; Sinclair, D.; Raine, R.; Reeves, B. (2005). *Health Care Evaluation*. London School of Hygiene and Tropical Medicine. 127. o.

<sup>85</sup> Weissert, C.S.; Weissert, W.G. (2006). *Governing Health: The Politics of Health Policy*. The John Hopkins University Press: Baltimore, USA. 180. o.

<sup>86</sup> Smith, J.A.; Bollen, C. *A focus on health promotion and prevention through the development of the national men's health policy*.

azzal, hogy milyen vizsgálatokra van szüksége, főleg az alacsonyabb társadalmi rétegeket képviselők körében.

Az ausztrál kormány mindezek finanszírozása kapcsán úgy döntött, hogy nem az egészségügyi szektort terheli a költségekkel, hanem külön forrásból finanszíroznák ezt a programot. Felmerült az is a költségvetési megbeszélések közben, hogy a férfiak egészségügyi ellátása előtt komoly akadályok vannak: az árak és a fizetési korlátok (az orvosi díjak és gyógyszerek ára), valamint az elérhetőség tekintetében (földrajzi helyzet és nyitva tartás).

Mindez rámutat annak a fontosságára, hogy az egyenlőtlenségeket az egészségügyben fel kell ismerni és cselekedni kell azok megszüntetéséért.<sup>87</sup> A program bevezetése után az ausztrál kormány 4 év alatt 16,7 milliárd ausztrál dollárt költött a férfi egészségprogramra.<sup>88</sup> A program nemcsak arra jó példa, hogy a kormányok szakértők segítségével dolgozhatnak ki hosszabb távú egészségügyi kezdeményezéseket, melyeket kifejezetten a feltérképezett problémák orvoslására dolgoznak ki, hanem arra is, hogy az oktatásnak valóban komoly szerepe lehet az egyenlőség megteremtésében.

---

<sup>87</sup> Smith, J.A.; Bollen, C. *A focus on health promotion and prevention through the development of the national men's health policy.*

<sup>88</sup> <http://health.gov.au/malehealthpolicy>

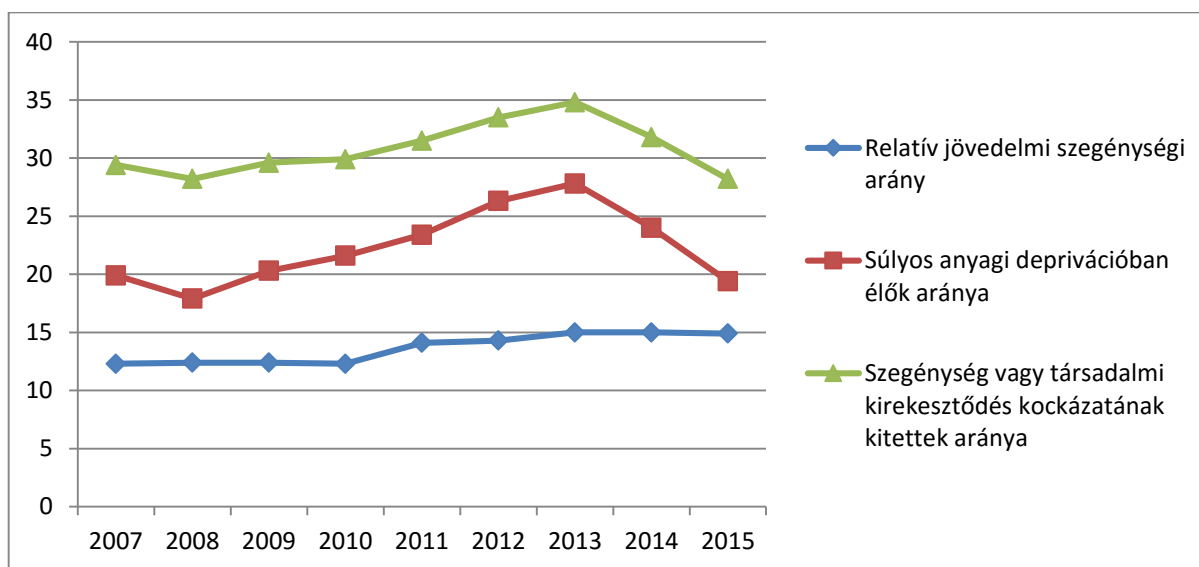
## MAGYARORSZÁGI HELYZETKÉP

A következőkben az eddigiekben vázolt tényezők alapján bemutatjuk néhány kiemelt fontosságú egészségügyi indikátor hazai trendjét, illetve ahol ez lehetséges, elhelyezzük a magyarországi adatokat a nemzetközi térben.

### Szegénység, társadalmi kirekesztődés

A szegénységgel és a társadalmi kirekesztődéssel kapcsolatos indikátorok értékei 2009-től emelkedni kezdtek Magyarországon. A folyamat egészen 2013-ig tartott, amikor is a lakosság bő harmada (34,8%) volt kitéve a szegénység vagy a társadalmi kirekesztődés kockázatának, 27,8 százalékuk élt súlyos anyagi deprivációban, és 14,3 százalékuk volt relatív jövedelmi szegény (azaz keresete kevesebb volt, mint a mediánjövedelem 60 százaléka). Az elmúlt két évben az első két mutató tekintetében jelentős javulás figyelhető meg. A szegénységi arány ugyanakkor 2013-2015 között lényegében stagnált.

**1. ábra. A szegénységgel vagy társadalmi kirekesztődéssel kapcsolatos fontosabb indikátorok alakulása Magyarországon (az adatok forrása: Eurostat)**



A KSH adatai szerint a fenti mutatók értékei a roma lakosság körében többszörösen felülmúlják a nem romák esetében kapott arányokat. A relatív jövedelmi szegénységi arány a romák esetében 63,1%, a súlyos anyagi deprivációban élők aránya 67,8%, míg a szegénység vagy társadalmi kirekesztődés kockázatának kitétek aránya 83,7 százalék. A rendkívül magas értékek jól mutatják a roma közösség alacsony társadalmi státuszát, amely nyilvánvalóan csökkenti az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésüket is.

A jövedelmi egyenlőtlenségeket mérő S80/S20 mutató hazánkban a 2010-es 3,4-es szintről három év alatt 4,3-re emelkedett, azóta pedig ezen a szinten tartózkodik<sup>89</sup>. Azaz a jövedelmek közötti olló kinyílt, a legtöbbet kereső ötöd jövedelme 4,3-szer akkora, mint a legkevésbé kereső ötödé.

Európai összehasonlítást – a 2015-ös adatok hiányossága miatt – a 2014-es értékekkel tudunk végezni. A relatív jövedelmi szegénységi arány tekintetében a tagállamok a 9,7 százalékos értékkel szereplő Csehország és a 25,4 százalékos Románia között helyezkednek el. A magyarországi 15 százalék a tizedik legalacsonyabb érték. A súlyos anyagi deprivációban élők aránya 0,7 százalék (Svédország) és 33,1 százalék (Románia) között mozgott 2014-ben. A Magyarországon mért 24 százalék a harmadik legmagasabb, a román adat után (25%). A szegénységnek, vagy a társadalmi kirekesztődés kockázatának kitettek aránya az adatok alapján Csehországban volt a legalacsonyabb (14,8%), a legmagasabb pedig (Bulgáriában (40,1%). A hazai 31,8 százalékos adat az ötödik legmagasabb.

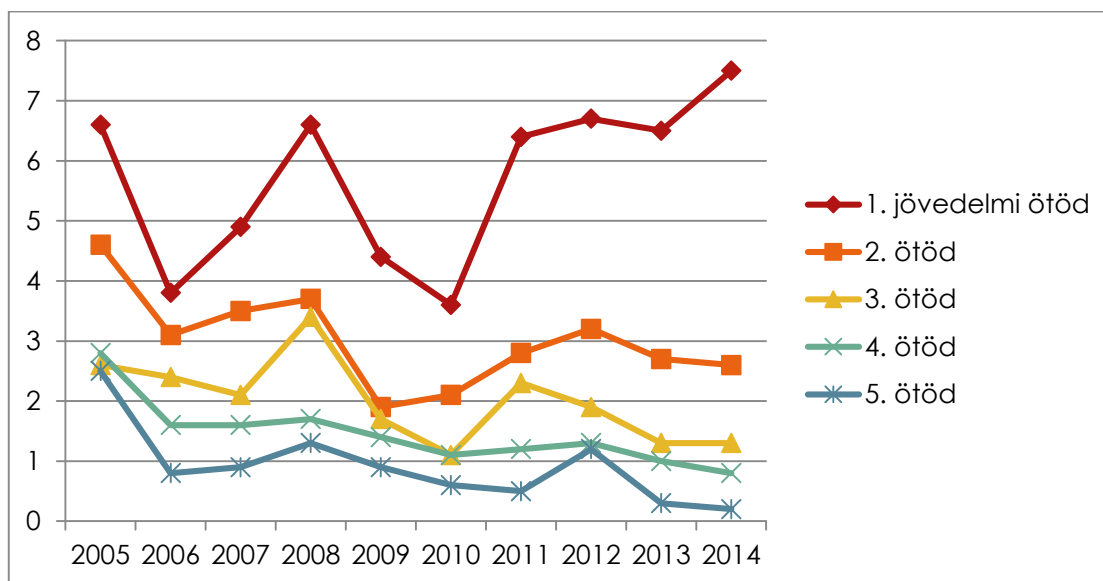
## Elmaradt orvosi ellátások

Az Eurostaton elérhető EU-SILC kutatás egészségügyi blokkjában arról is kérdezik a felmérésben résztvevőket, hogy előfordult-e a megelőző egy évben, hogy orvosi ellátásra lett volna szükségük, de azt nem vették igénybe. Ha volt ilyen eset, akkor arra is rákérdeztek, hogy mi volt ennek az oka. Az alábbi ábrán azoknak az arányát mutatjuk be, akik azért nem vettek igénybe legalább egyszer orvosi ellátást, mert (1) nem engedhették meg maguknak, túl drága volt, vagy (2) várólistára kerültek, nem kaptak beutalót, vagy (3) túl messze volt az orvos, illetve nem volt megfelelő közlekedési eszköz. A jövedelmi ötöd szerinti bontás azt mutatja, hogy a jövedelmi helyzet romlása egyértelműen növeli az ellátásból való kiesés esélyét. A trendek pedig azt jelzik, hogy 2010-től minden jövedelmi kategóriában emelkedett az előfordulások száma. 2012 után viszont javulás figyelhető meg, egyetlen kivétellel. A legszegényebbek, az alsó jövedelmi ötödbe tartozók körében folytatódott az emelkedés és a legutolsó, 2014-es felmérés 2005 óta a legmagasabb arányt mutatja.

---

<sup>89</sup> Eurostat: <http://goo.gl/ps29ud>

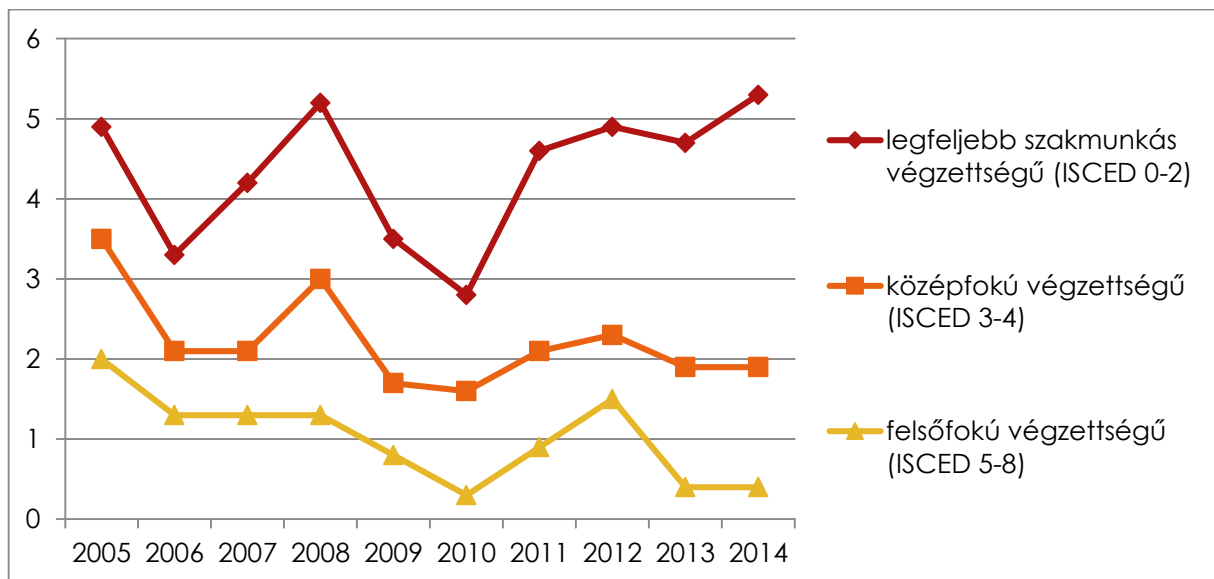
**2. ábra. Azoknak az aránya, akik a megelőző egy évben azért nem tudtak igénybe venni orvosi ellátást, mert az túl drága volt, túl messze volt, vagy várólistára került, nem kapott beutalót, jövedelmi ötöd szerint, Magyarországon (EU-SILC/Eurostat<sup>90</sup>)**



Amennyiben a fenti adatsort a legmagasabb iskolai végzettség szerint bontásban ábrázoljuk, akkor pedig az állapítható meg, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében tapasztalhatunk magasabb arányokat. Az elmúlt pár év enyhén javuló, majd stagnáló trendje pedig csak a legalább középfokú végzettséggel rendelkezőkre érvényes. Az alacsonyan iskolázottak esélyei ugyanis tovább romlottak. A két bemutatott ábra közötti hasonlóság nem véletlen, hiszen az iskolai végzettség és a jövedelmi helyzet általában összefüggnek.

<sup>90</sup> Eurostat: Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, detailed reason and income quintile [hlth\_silc\_08]. Elérhető online: <http://goo.gl/UVYAQO>

**3. ábra. Azoknak az aránya, akik a megelőző egy évben azért nem tudtak igénybe venni orvosi ellátást, mert az túl drága volt, túl messze volt, vagy várólistára került, nem kapott beutalót, iskolázottság szerint, Magyarországon (EU-SILC/Eurostat<sup>91</sup>)**



## Háziorvosi ellátás

Mind a felnőtt, mind a gyermekorvosi szolgálatok száma évről évre csökken. Az elmúlt 10 évben a felnőtt és vegyes szolgálatok száma 3, a gyermekorvosi szolgálatok száma 4 százalékkal lett kevesebb. Ugyanakkor a szolgálatokhoz bejelentkezettek száma is négy százalékkal mérséklődött, ami azt eredményezte, hogy az egy szolgálatra bejelentkezettek átlagos száma lényegében stagnált<sup>92</sup>.

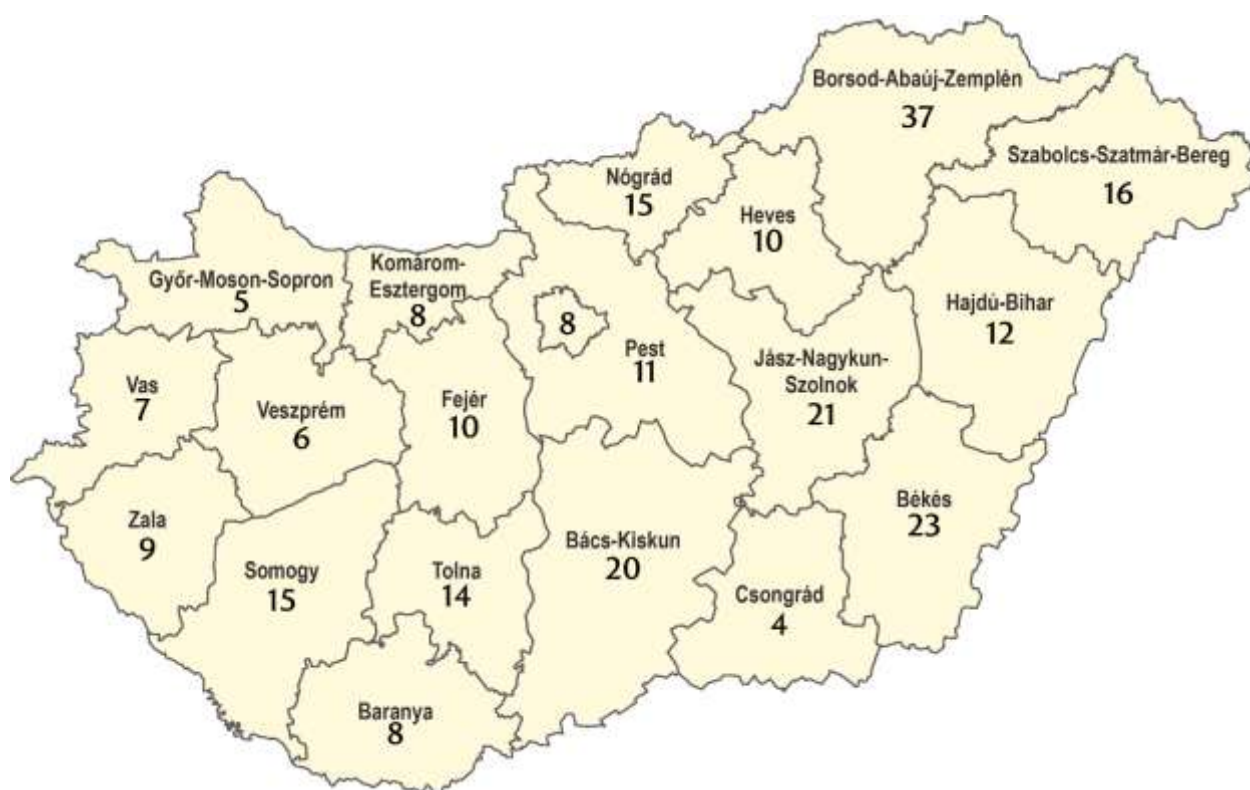
	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Felnőtt és vegyes szolgálatok száma (db)	5,226	5,166	5,147	5,117	5,098	5,083	5,063
Gyermekorvosi szolgálatok száma (db)	1,590	1,571	1,561	1,557	1,552	1,546	1,531
Szolgálatokhoz bejelentkezettek átlagos száma (ezer fő)	9,764	9,667	9,623	9,568	9,510	9,454	9,385
Egy szolgálatra jutó bejelentkezettek száma (fő)	1,433	1,435	1,435	1,434	1,430	1,426	1,423

<sup>91</sup> Eurostat: Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, detailed reason and educational attainment level [hlth\_silc\_14]. Elérhető online <http://goo.gl/tk9rzi>

<sup>92</sup> OEP Statisztikai Zsebkönyv, 2015. Elérhető online [http://www.oep.hu//data/cms1011883/Zsebkonyv\\_2015.pdf](http://www.oep.hu//data/cms1011883/Zsebkonyv_2015.pdf)

Az országos képet árnyalja, hogy a betöltetlen háziiorvosi körzetek száma magas. 2016. április elseji állapot szerint 259 praxis volt tartósan (azaz legalább hat hónapja) betöltetlen<sup>93</sup>. Ezek nagy része vegyes (59%, 152 db), kisebb része gyermek (22%, 56 db), illetve felnőtt (20%, 51 db). A megyei eloszlás pedig rávilágít arra, hogy éppen a leghátrányosabb régiókban található a legtöbb üres praxis. Ráadásul 61 százalékuk kistéleplésen (jogállás szerint községben) helyezkedik el. Rontva ezzel az amúgy is nehéz körülmények között élő csoportok hozzáférését az egészségügyi rendszerhez.

**4. ábra: Tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetek száma megyei bontásban, 2016. április 1-jei állapot szerint**



## Magánkiadások az egészségügyben

Az egészségügyi kiadásokban jelentős teher hárul a magánszektorra. A WHO adatai szerint 2014-ben az összes egészségügyi kiadás bő harmadát (34 százalékát) a háztartások kiadása tette ki. Ennél is fontosabb, hogy a magánkiadások túlnyomó részét (78 százalékát) zsebből fizették, azonnali anyagi terhet róva a lakosságra. Az 'out-of-pocket' kiadásoknak az egészségügyi kiadásokon belüli részaránya a finanszírozási kockázatok elleni védelemnek, illetve a védelem elégtelenségének egy indirekt mérőszáma<sup>94</sup>. Ez hazánkban az elmúlt években

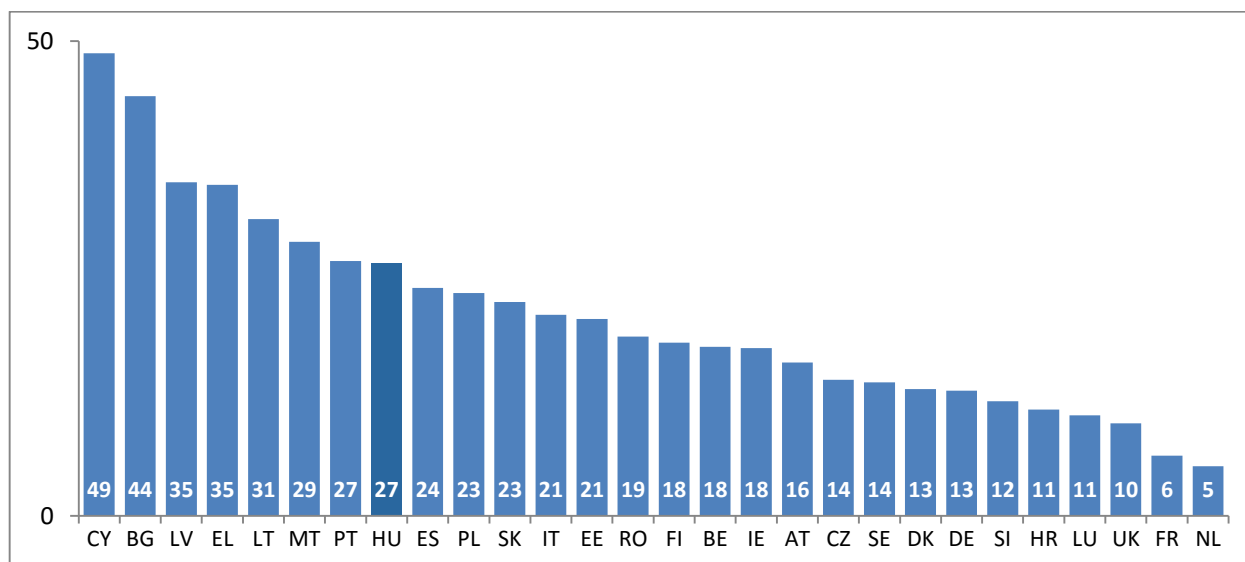
<sup>93</sup> Az adatok forrása: Országos Alapellátási Intézet: Tájékoztató A Tartósan Betöltetlen Háziiorvosi Körzetekről. Elérhető online [http://www.oali.hu/praxiskezelo-nyilvtartas/tartosan-betoltetlen-korzetek/95-tajekoztato-a-tartosan-betoltetlen-haziorvosi-koerzetekrol#lista\\_ho](http://www.oali.hu/praxiskezelo-nyilvtartas/tartosan-betoltetlen-korzetek/95-tajekoztato-a-tartosan-betoltetlen-haziorvosi-koerzetekrol#lista_ho)

<sup>94</sup> The World Health Report 2013, WHO. 28. o. Elérhető online: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1)



tartósan magas szinten ragadt. 2011-2014 között 27 százalékon állt. A legfrissebb, 2014-re vonatkozó adat szerint a 28 uniós tagállam között a hetedik legmagasabb érték. Ez az érték közelít a 30 százalékhöz, ami felett már nagyon rossz a betegek költségteher elleni védelme még akkor is, ha a legszegényebbeket célzott intézkedésekkel próbálják védeni<sup>95</sup>.

**5. ábra: Out-of-pocket kiadások az összes egészségügyi kiadás százalékában, 2014-ben**

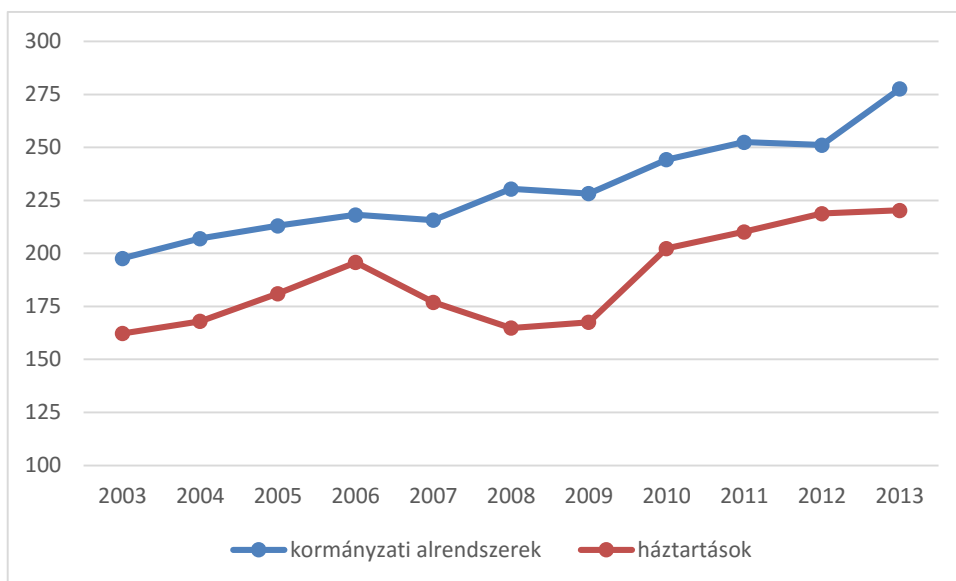


Az egészségügyi magánkiadásokban a második legjelentősebb tételt (a gyógyszerkiadások után) a járóbeteg-ellátásra fordított összegek jelentik. Ezek szintje a 2007-2009 között megfigyelhető visszaesést leszámítva folyamatosan emelkedik<sup>96</sup>. Növelve ezzel a lakosságra eső terhet. Az előtakarékoság marginális szerepe miatt pedig ezek a kiadások rendszerint azonnal jelentkeznek a háztartásokban. A kormányzati alrendszerek kiadásai a magánkiadásokkal párhuzamosan emelkedtek, így a háztartások kiadásainak részaránya a járóbeteg-ellátásra fordított összes kiadásban nem változott jelentősen. 2009-2013 között 41-44 százalék között mozgott, míg a kormányzati alrendszereké 51-55 százalékos volt. Az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek súlya nem tudta átlépni az 5 százalékos értéket.

<sup>95</sup> Rékassy Balázs előadása a XI. IME Regionális Egészségügyi Konferencián, 2016. február.

<sup>96</sup> KSH 2.4.1. Egészségügyi kiadások alakulása, elérhető online [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fec001.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001.html)

6. ábra: Járóbeteg-ellátásra fordított kiadások megoszlása, 2003-2013 (milliárd forint)



## Korrupció az egészségügyben

A jobb minőségű, illetve gyorsabb egészségügyi szolgáltatások elérése érdekében fizetett hálapénz jelenléte érdemben rontja az egyenlő hozzáférés esélyét a nehéz anyagi helyzetben lévők körében. Az Európai Bizottság 2013 végén megjelent tanulmánya szerint a hálapénz szerepe nem változott jelentősen Magyarországon az elmúlt húsz évben. Az orvoslátogatások ötödében történt informális fizetés, a kórházi kezelések esetében pedig 44 százalékos volt ez az arány<sup>97</sup>.

Egy 2014 elején publikált Eurobarometer kutatásban<sup>98</sup> pedig a megkérdezettek 56 százaléka vélte úgy, hogy az egészségügyben a korrupció elterjedt. Ennél csak öt országban mértek nagyobb arányt. Ugyanakkor nem csak a korrupció szintje, de annak elfogadottsága is magas Magyarországon, ami nehezíti a hálapénz elleni hatékony fellépést, illetve segíti a rendszer fennmaradását. A felmérésben a lakosság 39 százaléka bizonyos helyzetekben elfogadhatónak tartja, hogy pénzt fizet a jobb közszolgáltatásért cserébe. Még többen vannak, akik ajándékot adnának, vagy szívességet tennének. A három kérdés alapján képzett korrupciós tolerancia index értéke Magyarországon 59 százalék, ami lényegesen magasabb az európai 33%-os átlagnál, Litvánia, Szlovákia és Lettország után pedig ez a negyedik legmagasabb érték.

<sup>97</sup> Study on Corruption in the Healthcare Sector, 2013, 249. oldal. Elérhető online [http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-is-new/news/news/docs/20131219\\_study\\_on\\_corruption\\_in\\_the\\_healthcare\\_sector\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-is-new/news/news/docs/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf)

<sup>98</sup> Special Eurobarometer 397 Corruption. Elérhető online

<http://ec.europa.eu/COMMFrontOffice/PublicOpinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/57238>

## Politikai környezet

Az egészségügy romló helyzete évek óta az egyik legsúlyosabb politikai kérdés Magyarországon. Ezt mutatja, hogy a politikai napirendet az elmúlt másfél évben uraló menekültügy sem tudta teljesen háttérbe szorítani az egészségüggyel kapcsolatos témákat. A politikai szereplők legkésőbb a 2008-as népszavazás óta kormányok sorsát eldöntő kérdésként tekintenek az egészségügyre, ezért az rendszeresen témája az országos politikai kampányoknak. A helyi intézmények, például a vidéki kórházak helyzete pedig a helyi választási kampányoknak is fontos témája.

Mindez azonban nem változtatást ösztönző tényezőként, hanem sokkal inkább bénító hatásként jelenik meg a politikai döntéshozók szintjén. A politikai szereplők tartanak az egészségügy témájától, a 2008-as népszavazás következtében a „reform” szó használata is sokáig tabunak számított. 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 azóta a többszöri kormányátalakítás jól mutatta, hogy részben a gondok elrejtésének szándéka miatt nem kap önálló tárcát az ágazat. Az egészségügy politikai irányítása 2018-ig szinte biztosan az Emberi Erőforrások Minisztériumának (EMMI) keretein belül marad. A szakmaiság hiánya még annak ellenére is érzékelhető, hogy időnként történnek előremutató döntések, így például az alapellátás megerősítése, melynek előkészítésében nagy szerepe volt a szakmának, valamint a szociális és gyógyító funkció szétválasztása a kórházakat illetően, ami szintén régi követelés.

A pénzügyi források szempontjából ugyanakkor az EMMI és az egészségügyi államtitkárság mozgástere korlátozott. A költségvetési kérdések általában az NGM és Miniszterelnökség keretein belül dőlnek el. Az elmúlt időszakban az egészségügy fejlesztését szinte kizárólag uniós forrásból finanszírozták.

Az egészségügyön belüli témákat tekintve, jelenleg – az egyes intézmények romló körülményein túl – a legsúlyosabb problémaként a szakemberhiány kérdése fogalmazódik meg a politikai közbeszéd szintjén: nem is annyira az orvosok, hanem az egészségügyi dolgozók, a nővérek és ápolók hiánya. Továbbra is nagyarányú a külföldre vándorlás, a kormány által felerősített bevándorlásellenesség pedig hosszú távon is nehezíti a szakemberek pótlását.

A szakemberhiánnyal szorosan összefüggő probléma a bérek kérdése. Így 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 fontos téma a politikai közbeszédben, hogy a járóbeteg-ellátásban rohamosan erősödik a magánszektor, ami a részben már megvalósult szegény és gazdag-ellátásra való szétszakadás kérdésével összefüggésben jelenik meg.

A pártpolitikai térben az ellenzéki pártok közül a baloldaliak elsősorban béremelést követelnek, de nem képesek meghatározni vagy befolyásolni a döntéseket és becsatornázni az elégedetlenséget, a Jobbik pedig a vidéki intézmények védelmét helyezi politikája középpontjába.

Mindez jelzi, hogy az egészségügy várhatóan a közeljövőben is fontos politikai téma marad, ám az, hogy ez elvezet-e az évtizedek óta hurcolt rossz struktúrákat áttörő reformokhoz az egészségügyben, erősen kérdéses.