

# Tartalom



## Biológiai terápiás regiszter hazai tapasztalatai

Dr. Rojkovich Bernadette,  
Dr. Gáti Tamás

2

## Adókedvezmény a súlyos fogyatékossgal élő ízületi és gerincbetegek számára

Tóth Gábor

5

## Magyarország egészségügyi országprofilja 2017

7

## Beszámoló a Betegszervezetek Akadémiája Tudásbörzéről

Weisz Lajos

16

## Tisztelt Olvasóink!

Ez a lapszámunk elsősorban az egészségi állapotot tükröző adatgyűjtésről szól. Az Európai Unió egészségügyi országjelentései valóban tükröztárnak az egészségpolitikuskok, különösen a döntéshozók elé. A nyilvános és számos fórumon kommentált, hazánk egészségügyi rendszerét tárgyilagosan minősítő, szenttelen országjelentés nem lehet közömbös az egészségügyben dolgozók – orvosok, szakdolgozók – számára, de a betegek és a veszélyeztetettek számára is méltányos, ha el tudják helyezni esélyeiket a lehetőségek széles skáláján. Különös jelentőséget ad ennek az összehasonlításnak, ha látják, hogy a reumatológiai betegségek terén milyen szervezett adatgyűjtés folyik.

Nemcsak az úgynevezett regiszterek, hanem a programszerűen gyűjtött, a reumatológiai betegségek terheit összegyűjtő, globális és európai programok is arra utalnak, hogy a reumatológiai betegek állapota, a lehetséges ellátáshoz való hozzáférése nagyon szoros összefüggést mutat az egyes országok gazdasági teljesítőképességével. A jó egészségpolitika a hátrányos helyzetben belül is segíthet a korrigáló intézkedések meghozatalával.

Nemzetközi jelenség, hogy a krónikus, az életminőséget rontó betegségek enyhítésére fordítható források az elosztáskor hátrányban vannak, a halálózásra vezető okok elhárítása előnyt élvez, különösen az e téren inkább veszélyeztetett társadalmakban. A nemzetközi reumatológus szervezetek e téren legfőbb feladatuknak tekintik, hogy a döntéshozókat tájékoztassák a reumatológiai betegségek egyéni és társadalmi terheiről.

Nagy szükség van rá, hogy hazánkban is szülessenek a reumatológiai területet elemző, tényfeltáró adatgyűjtések.

Dr. Hodinka László  
szerkesztő

### REUMATOLÓGIA MINDENKINEK

Betegújság reumatológiai betegeknek • XIII. évfolyam, 2. szám, 2017. november • ISSN 2064-2326

Laptulajdonos: A Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány, Magyar Reumabetegek Egyesülete

Megbízott főszerkesztő: Dr. Hodinka László • A szám orvos-szerkesztője: Dr. Hodinka László • Szerkesztőségi titkár: Pethő Gáborné

Szerkesztőségi munkatárs: Dózsa Klára • A szerkesztőség címe, hirdetésfelvétel:

1023 Budapest, Ürömi u. 56., Tel.: 326-3396, Fax: 335-0876, E-mail: mra@reumatologia.hu

Szerkesztőségi fogadóórák: szerdánként 10–14 óráig.

Kiadja a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány (1023 Budapest, Ürömi u. 56.)

A kiadásért felel: Dr. Hodinka László

Terjeszti a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány és a Gyógysarok (1023 Bp., Frankel Leó u. 38–40. földszint – ORFI).

Megjelenik évente háromszor. Egyedi példányok 400 Ft-os áron a Gyógysarokban kaphatók. Előfizetés 1 évre 2000 Ft.

Olvasható a [www.reumatologia.hu](http://www.reumatologia.hu) honlapon. Csoportos megrendelés a betegklubokon keresztül.

Nyomdai kivitelezés: IPRINT Kft. [www.iprint.hu](http://www.iprint.hu)

# Biológiai terápiás regiszter hazai tapasztalatai

*Dr. Rojkovich  
Bernadette*



*Dr. Gáti  
Tamás*



## Adatbázisok és regiszterek

Az egészségügyi ellátás során egy adott intézményben számos adat képződik, melyeket a minőségbiztosítás, a szakmai ellátás színvonalának emelése miatt tárolni szükséges. Egészségügyi adat az érintett testi, értelmi és lelki állapotára utaló mindennemű adat. Személyazonosító adat többek között a családi és utónév, a leánykori név, a nem, a születési hely és idő, az anya leánykori családi és utóneve, a lakóhely, a tartózkodási hely, és a TAJ-szám.

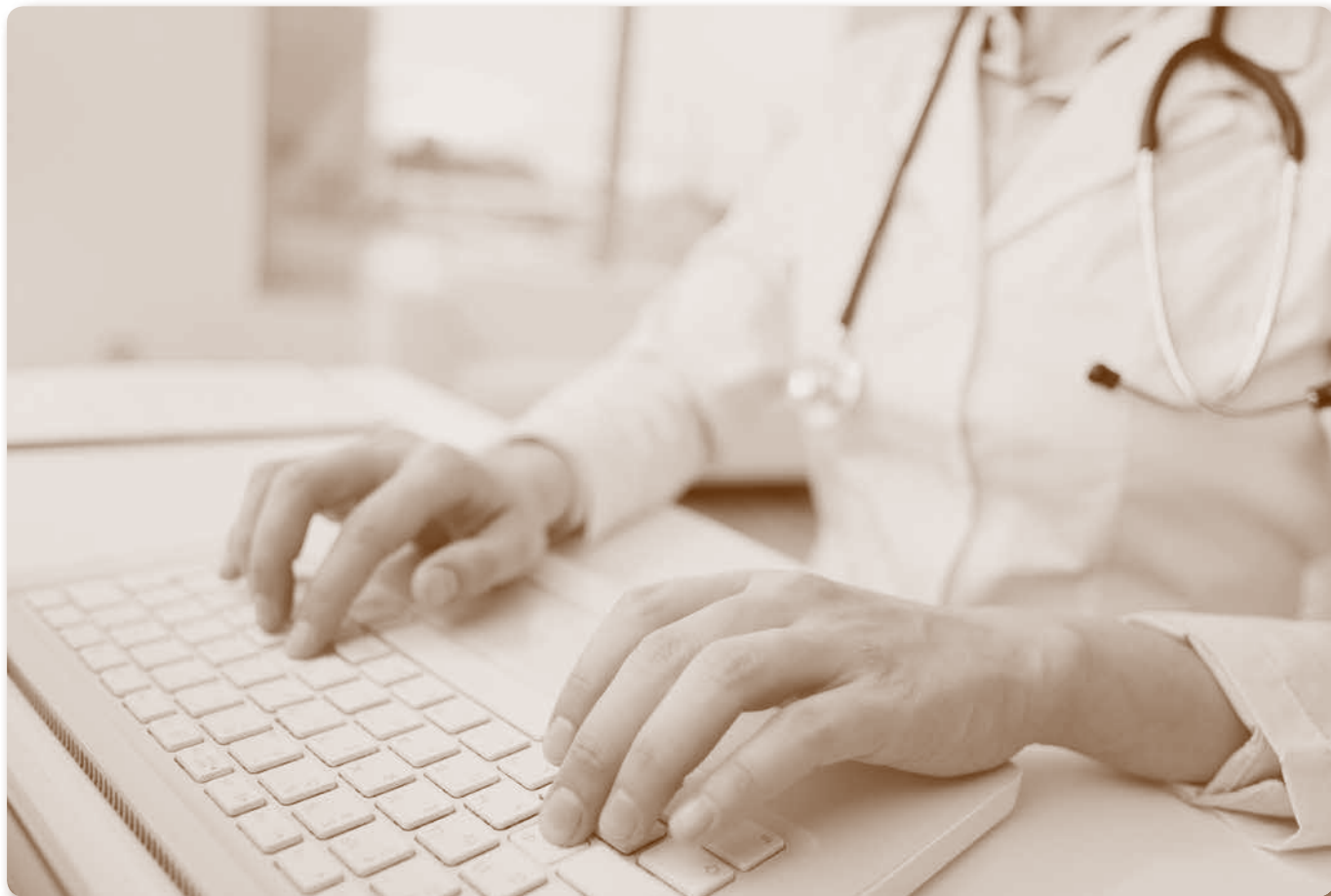
Az intézményi és állami adatbázisokban létrejött egészségügyi és egyéb személyes adatok az eredeti cél mellett orvosi kutatásokat is szolgál-

hatnak, melyekre adatvédelmi és kutatásengedélyezési jogszabályok érvényesek. A személytelen, tudományos közlemények egészségügyi adatainak metaanalízise nem minősül kutatásnak, ezért nem engedélyköteles.

## Szakmai regiszterek

Az egészségügyi szakmai regiszterek prospektív, tervezett vizsgálatok végzésére alkalmas olyan adatbázisok, melyek pontosan meghatározott kritériumok alapján egészségügyi és demográfiai adatokat gyűjtenek tudományos, népegészségügyi és/vagy finanszírozási célból.





Az arthritisek kezelésében a biológiai terápia új korszakot nyitott meg. Randomizált, kontrollált klinikai gyógyszervizsgálatok körülményei között igazolt a biológiai terápia költséghatékonysága. A mindennapi gyakorlat során a nagyobb betegszámot felölelő epidemiológiai adatok a nemzetközi regiszterekből ismertek, ezeknek a kutatásoknak az eredményeiből pontosabban lehet következtetni a biológiai terápiák valós költséghatékonyságára.

A biológiai terápia eredményességének epidemiológiai elemzésére használható regiszterek adatainak elemzésére az EULAR által is támogatott nemzetközi munkacsoport alakult, melynek magyar munkacsoport is tagja. A biológiai terápiás regiszterekbe bekerült betegek jellemzőinek keresztmetszeti összehasonlítása céljából önkényesen kiválasztva a 2008-ban az első biológiai terápiát kapó 5320 rheumatoid arthritises (RA) betegek adatait elemezték 14 európai ország biológiai terápiás regiszterében. A hazai munkacsoport ebben egy arthritis centrum regiszterével vett részt.

Az egyes európai regiszterek adatait főleg azért nehéz összehasonlítani, mert az egyes országok biológiai terápia indításának protokollja különbözik egymástól. Ezért a biológiai terápia elkezdésekor mért betegségaktivitás, betegségidőtartam, súlyosság és az ezekkel is összefüggő mellékhatások gyakorisága nehezen vehető össze. Putrik P. vezetésével 46 európai országban hasonlították

össze a biológiai terápia indikációjának előírásait és finanszírozási protokollját. 10 európai országban nem finanszírozza a társadalombiztosítás a biológiai terápia költségeit, míg az elemzésben részt vevő országok felében a hazánkban is előírt két szintetikus DMARD hatástalansága szükséges a biológiai terápia megkezdéséhez. Elsősorban az egyes országok gazdasági mutatói határozták meg a biológiai terápia finanszírozásának előírásait.

Az európai munkacsoport adatai szerint az egyes országokban a regiszter használata általában önkéntes volt, és minden vizsgált regiszterben a biológiai terápia indikációja a szintetikus DMARD hatástalansága volt. Míg Hollandiában, Svédországban, Svájcban a napi rutin ellátás adatai kerülnek be a regiszterbe, addig Angliában tervezett, prospektív kohorsz vizsgálat adatainak elemzésére használják a regisztert. Spanyolországban egy biológiai terápiás centrum minden betege, míg hazánkban egy arthritis centrumból a regiszter kitöltését vállaló orvosok betegei kerültek be az adatbázisba. A regiszterbe kerülésnek ezek a különbségei is nehezítik az adatok összehasonlíthatóságát. Emellett figyelembe kell venni az egyes országok eltérő terápiás protokolljait, napi gyakorlatát, gazdasági és kulturális különbségeit is.

Az első biológiai terápia kezdetekor a betegség jellemzőit összevetve a legalacsonyabb betegségaktivitással Finnország, Norvégia, Svájc betegei



kerültek be a regiszterbe, míg a legmagasabb betegségaktivitást Csehország, Szlovákia, Anglia betegei mutatták. Magyarországon a finanszírozási protokollnak megfelelően a sorban a 4. legmagasabb betegségaktivitást mértük.

A mellékhatások előfordulása a regiszterbe kerüléskor tapasztalt társbetegségekkel mutatott pozitív összefüggést. Az egyes országokban észlelt társbetegségek összehasonlítása a betegségek különböző definíciója miatt nehézkes.

A munkacsoport további célkitűzése volt az európai biológiai terápiás regiszterekben gyűjtött adatok harmonizációja az adatok összehasonlíthatóságának céljából, amihez további közös fejlesztés szükséges. A munkacsoportban való részvételünk lehetővé tette a hazai adatok összevetését más európai országokkal, és megállapíthatjuk, hogy a biológiai terápia kezdetekor a magas betegségaktivitás (DAS[28]: 6,2) a jellemző a hazai betegekre, a betegek átlagéletkora (51 év), betegségük fennállásának ideje (9 év) a többi országokéval összehasonlítva átlagos, és gyakoribb volt a methotrexat alkalmazása (79%). A tapasztalatok alapján azóta továbbfejlesztettük a regisztert, és kiegészítettük olyan adatokkal, melyeket más adatbázis regisztrál, így a corticosteroid egyidejű használatát, a társbetegségeket, dohányzási

szokásokat is összegyűjtöttük. A táblagépen történő adatgyűjtés előnye, hogy a beteg az önkitöltős kérdőíveket várakozás közben ki tudja tölteni, a napi betegellátás keretében az orvos csak az elvárható legszükségesebb adatokat rögzíti. A személyes és egészségügyi adatok ezután az intézményen belül adatbázisba továbbíthatók. Tudományos feldolgozás vagy több centrum adatainak összesítése céljából már csak személyi azonosítót nem tartalmazó adatokat dolgozunk fel az ETT-TUKEB engedélyével. Epidemiológiai kutatásokra és a biológiai terápiák nagy betegszámot felölelő obszervációs vizsgálatára egységes országos regiszter létrehozására lenne szükség.

#### Irodalom

Kearsley-Fleet, L., Gáti, T., Rojkovich, B., et al.: The EULAR Study Group for Registers and Observational Drug Studies: comparability of the patient case mix in the European biologic disease modifying anti-rheumatic drug registers. *Rheumatology* 2015, 54, 1074–1079.



# Adókedvezmény a súlyos fogyatékossgal élő üzleti és gerincbetegek számára

Tóth Gábor



Betegtársaink folyamatosan érdeklődnek a jogszabályokban rögzített adókedvezmények igénybevételének lehetőségeiről, a jogszabályi feltételek értelmezéséről. Korábbi lapszámainkban állásfoglalásokat ismertettünk e tárgyban. Az alábbiakban ismét összefoglaljuk a hatályos rendelkezéseket. Felhívjuk a figyelmet, hogy saját esetükre vonatkozóan tájékozódjanak a jogszabályok mellékleteiben is megfogalmazott feltételek teljesülése felől.

## Általános információ

Az összevont adóalap adóját csökkenti a súlyos fogyatékkal élő magánszemélynél az erről szóló igazolás alapján a fogyatékkal való élet kezdő napjának hónapjától, ezen állapot fennállása idején havonta, az adóév első napján érvényes havi minimálbér 5%-ának megfelelő összeg. Az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény igénybevétele szempontjából súlyos fogyatékkal élőknek kell tekinteni azt a személyt, aki a 335/2009. (XII.29.) Kormányrendelet mellékletében meghatározott betegségek valamelyikében szenved, vagy a mellékletben meghatározott valamely fogyatékkal él, és ez külön jogszabályban foglaltak szerint megállapításra került.

## Több reumatológiai betegség szerepel a mellékletben

Különböző kórtani hátterű kategóriákba sorolva, de reumatológiai vonatkozású fogyatékossgal járó betegségek és állapotok találhatóak a mellékletben, így: ízületi zsugorodás, merevség, felnőtt- és gyermekkori ízületi és gerincgyulladások, súlyos immunbetegségek, gyulladós bélbetegségek, csontelhalás. Ezeket az orvosi dokumentációjukban szereplő Betegségek Nemzetközi Osztályozásai rendszere (BNO) „M” kezdetű számkódjai alapján tudják azonosítani.

A kedvezmény igénybevételére jogosult az a személy is, aki fogyatékossgai támogatásban része-

sül. A kedvezmény igénybevétele szempontjából a súlyos fogyatéknak minősülő betegség, illetve fogyatéknak megállapítására, és az állapot végleges vagy átmeneti jellegének meghatározására szakambulancia, vagy kórházi osztály szakorvosa jogosult. Az erről szóló igazolást tehát a szakambulancia szakorvosa, vagy a jogosultságot megállapító szakorvosi dokumentáció alapján a beteg háziorvosa állítja ki. Az ideiglenes igazolást évente kell kiállítani, az adóévben fennálló súlyos fogyatéknak megalapozó betegségről, illetve a fogyatékról. Ha a fogyatéknak véglegességét állapítják meg, akkor végleges igazolást állítanak ki. **Tehát az aktív munkavállaló (SZJA-t fizető) beteg társ szerezzék be az igazolást háziorvosától, s jelezzék könyvelőjüknek, hogy a kedvezményt igénybe szeretnék venni!** (Úgy tudjuk, hogy ezt visszamenőleg is lehet érvényesíteni, mégpedig öt adóévre visszamenőlen.) Ez a kedvezmény havonta legalább 4000–5000 Ft kedvezményt jelent a betegtársainknak.

## A súlyos fogyatékossg miatt levonható összeg

Súlyos fogyatékossg esetén orvosi igazolás, határozat alapján havi 5250 forinttal (az adóév első napján érvényes havi minimálbér (105 000 Ft) 5%-ával lehet csökkenteni az adó összegét mindazokra a hónapokra, amelyekben a fogyatékos állapot legalább egy napig fennállt. E sor „c” oszlopába tehát annyiszor 5250 forintot – legfeljebb 63 000 forintot – lehet beírni, ahány hónapig fennállt a fogyatékossg. **Az orvosi igazolást vagy a határozatot nem kell csatolni,** csak megőrizni. Akinek az állapota végleges, és korábban már kiadták az erről szóló igazolást vagy határozatot, nem kell újat kérnie, kivéve, ha II. típusú diabeteses betegségben szenved.

## A vonatkozó jogszabályok:

**a 335/2009. (XII. 29.) Kormányrendelet az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény igénybevétele szempontjából súlyos fogyatékossgnak minősülő betegségekről**

A jogszabály mai napon hatályos állapotát figyelembe véve, a hozzátartozó mellékletekkel együttesen érvényes.

**A 49/2009. (XII. 29.) EüM rendelet a súlyos fogyatékoság minősítéséről és igazolásáról**

A jogalkotó a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény 81. § (2) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján, az egészségügyi miniszter feladat- és hatásköréről szóló 161/2006. (VII. 28.) Kormányrendelet 1. § a) pontja szerinti feladatkörében eljárva a következőket rendeli el:

1. § (1) Az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény igénybevétele szempontjából súlyos fogyatékoságnak minősülő betegségekről szóló 335/2009. (XII. 29.) Kormányrendelet (a továbbiakban: Kr.) mellékletében meghatározott betegség, illetve fogyatékoság megállapítására és az állapot végleges vagy átmeneti jellegének meghatározására szakambulancia vagy kórházi osztály szakorvosa jogosult.

(2) Az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény igénybevételére jogosító, a mellékletben meghatározott adatokat tartalmazó igazolást

a) szakambulancia vagy kórházi osztály szakorvosa, vagy

b) a jogosultságot megállapító (1) bekezdés szerinti orvosi dokumentáció alapján a beteg választott háziorvosa állítja ki.

(3) Az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény – az (1)–(2) bekezdésben meghatározottaktól eltérően – a Kr. 1. § (2) bekezdése alapján a fogyatékosági támogatást megállapító határozattal is igénybe vehető.

2. § (1) Az ideiglenes igazolást évente kell kiállítani az adóévben fennálló, az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény igénybevétele szempontjából súlyos fogyatékoságot megalapozó betegségről, illetve fogyatékoságról.

(2) Ha az 1. § (1) bekezdése alapján a fogyatékoság véglegességét állapították meg, a szakambulancia vagy kórházi osztály szakorvosa, vagy a beteg választott háziorvosa végleges igazolást állít ki.

3. § (1) Ez a rendelet 2010. január 1-jén lép hatályba.

(2) Az e rendeletben foglaltakat a 2010. január 1-jétől keletkezett jövedelmek tekintetében kell alkalmazni.

(3) Akinek a végleges súlyos fogyatékoságát e rendelet hatálybalépését megelőzően a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvényben foglaltaknak megfelelően már igazolták, a korábban kiadott és e rendelet hatálybalépését megelőző napon hatályos igazolása – ide nem értve az (5) bekezdésben foglalt esetet – e rendelet hatálybalépését követően is hatályosnak tekintendő, helyette új igazolást nem kell kiállítani.

(4) Az e rendelet hatálybalépését megelőzően kiállított, az állapot ideiglenességét megállapító igazolás utoljára a 2009-es adóévre vonatkozóan használható fel az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény igénybevételére.

(5) A II. típusú diabeteses beteg – ide nem értve a Kr. alapján adókedvezmény igénybevételére jogosult II. típusú diabeteses beteget – részére a súlyos fogyatékoság minősítéséről és igazolásáról szóló 15/1990. (IV. 23.) SZEM rendelet alapján kiállított igazolás az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény igénybevételére utoljára a 2009-es adóévre vonatkozóan használható fel.

**Melléklet a 49/2009. (XII. 29.) EüM rendelethez  
Az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény igénybevételére jogosító igazolás adattartalma**

A következő adatok elengedhetetlenek az igazolás kiállításához:

- a súlyosan fogyatékos személy természetes személyazonosító adatai, lakóhelye, adóazonosító jele,
- az igazolás kiállítását megalapozó szakorvosi dokumentáció kiadásának dátuma,
- a súlyos fogyatékoság véglegességének vagy ideiglenes jellegének megállapítása.

Ideiglenes igazolás kiállítása esetén az igazolás hatályának megállapítása:

- az igazolás kiállításának dátuma,
  - az igazolást kiállító szakorvos/háziorvos aláírása.
- Javasoljuk, hogy részleteiben tájékozódjanak a jogszabályok alkalmazhatóságáról saját esetükben.

# Magyarország egészségügyi országprofilja 2017\*

## Összefoglaló

Az elmúlt 15 évben tapasztalt javulás ellenére a várható élettartam Magyarországon továbbra is évekkel elmarad a legtöbb uniós országhoz képest. Jelentős különbségek figyelhetők meg a különböző társadalmi-gazdasági csoportok egészségi állapotában, amelyek oka a kockázati tényezőknek való nagyobb mértékű kitettségben, valamint az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés terén tapasztalható egyenlőtlenségekben keresendő. A magyar egészségügyi rendszer alulfinanszírozott, az egy főre jutó egészségügyi költség csupán körülbelül az uniós átlag fele.

## Hatékonyság

A bizonyos területeken megfigyelt csökkenések ellenére Magyarország az egyik olyan uniós ország, ahol a legmagasabb a gyógyítással elkerülhető halálozások arányszáma, ami azt jelzi, hogy bőven van javítanivaló a hatásos egészségügyi ellátáshoz való időbeni hozzáférés terén életveszélyes állapotok esetén.

## Hozzáférés

Magyarországon az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségét akadályozza a zsebből fizetett kiadások (közvetlen lakossági hozzájárulás) magas szintje. Viszonylag nagyszámú alacsony jövedelmű magyar háztartás számol be kielégítetlen egészségügyi szükségletekről.

## Reziliencia

Az egészségügyi rendszer folyamatos alulfinanszírozottságának a kezelése elengedhetetlen feltétele annak, hogy a teljes népesség számára javuljon a jó minőségű ellátáshoz való hozzáférés. Az alapellátás megerősítése, valamint a megelőzés a legfőbb kihívás a népesség egészségi állapotának javítása,

valamint az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése érdekében.

## Egészségi állapot

2015-ben a születéskor várható élettartam 75,7 év volt Magyarországon, ami emelkedést jelent a 2000-ben mért 71,9 évhez képest, de még mindig közel öt évvel elmarad az uniós átlagtól. A nemek és a társadalmi-gazdasági csoportok közötti különbség jelentős: a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező magyar férfiak átlagosan kilenc évvel kevesebbet élnek, mint a legmagasabb iskolai végzettséggel rendelkező férfiak. Ez a különbség leginkább az alacsonyabb társadalmi-gazdasági csoportokhoz tartozók körében megfigyelhető szív- és érrendszeri betegségek és rák miatti magasabb halálozási rátának tudható be.

## Kockázati tényezők

2014-ben a magyar felnőttek több mint egynegyede napi rendszerességgel dohányzott. Az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők körében a dohányzás több mint kétszer gyakoribb, mint a legmagasabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében. Nőtt az elhízás gyakorisága, és 2014-ben a magyar felnőttek több mint egyötöde túlsúlyos volt. A serdülők körében megfigyelt ártalmas alkoholfogyasztás szintén fontos kockázati tényező: a magyar 15 évesek 38%-a életében már több alkalommal volt részeg (szemben a 25%-os uniós átlaggal).

## Egészségügyi kiadások

Magyarországon az egészségügyi kiadások jóval az uniós átlag alatt vannak, és az utóbbi évtizedben tovább nőtt ez a különbség. 2015-ben Magyarország fejenként 1428 eurót költött az egészségügyre (a GDP 7,2%-a), ami körülbelül fele a 2797 eurós uniós átlagnak (a GDP 9,9%-a). Az egészségügyi kiadások csupán kétharmada származik állami

\* OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Magyarország: Egészségügyi országprofil 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285231-hu>

forrásokból. A zsebből fizetett kiadások (közvetlen lakossági hozzájárulás) magas szintje hozzájárul ahhoz, hogy viszonylag magas azoknak a háztartásoknak az aránya, amelyek katasztrófális egészségügyi kiadással szembesülnek.

### **Bár történt némi előrelépés, a várható élettartam Magyarországon alacsonyabb, mint a legtöbb uniós országban**

A születéskor várható élettartam közel négy évvel, 75,7-re emelkedett 2000. és 2015. között, azonban még mindig öt évvel az uniós átlag alatt van, ami 80,6 év. Továbbra is jelentős a nemek közötti különbség a várható élettartam tekintetében. A magyar férfiak esetében a születéskor várható élettartam csaknem hét évvel rövidebb, mint a nők esetében (72,3 év, szemben a nők 79,0 évével). A várható élettartam tekintetében számottevő eltérés mutatkozik a különböző társadalmi-gazdasági csoportok között. 25 éves korban azon férfiak és nők körében, akik nem szereztek középfokú végzettséget, több mint 10 évvel alacsonyabb, mint a felsőfokú (egyetemi) végzettséggel rendelkezők körében<sup>1</sup>. Ez főként az olyan kockázati tényezők, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az elhízás magasabb előfordulási gyakoriságának tudható be, amely miatt magasabb a szív- és érrendszeri betegségekből és a rákból eredő halálozás.

### **A szív- és érrendszeri betegségek, valamint a rák jelenti továbbra is a fő halálokokot**

Magyarországon a szív- és érrendszeri betegségek jelentik továbbra is a fő halálozási okot a nők és a férfiak körében egyaránt. 2014-ben ezek a betegségek okozták 35 000 nő (az összes halálokozást 55%-a) és több mint 27 000 férfi (az összes halálokozást 45%-a) halálát. Magyarországon a szív- és érrendszeri betegségek által okozott halálozások (standardizált) arányszáma 2014-ben több mint kétszerese volt az uniós átlagnak, ami leginkább a dohányzás és az elhízás magasabb előfordulási gyakoriságának, valamint az ezen állapotok miatti kórházi kezeléseket követő magasabb halálozási arányszámoknak volt tulajdonítható. A másik vezető halálokok a magyar nők és férfiak körében a rák. 2014-ben közel 15 000 nő és 18 000 férfi halt meg rákban (az összes halálokozást 23%-a, illetve 29%-a).

A konkrét halálokokat vizsgálva azt látjuk, hogy Magyarországon számos halálokozást megváltoztatható életmódbeli kockázati tényezőkhöz kapcsolódik. Az ischaemiás szívbetegségek messze a legtöbb halálokozást okozták 2014-ben, utánuk következett a szélütés és a tüdőrák. Az EU-ban Magyarországon a harmadik legmagasabb a tüdőrák miatti halálozási arányszám, ami egyértelműen mutatja a folyamatosan magas dohányzási arány

hatását. Az Alzheimer-betegség és más demenciák miatti halálokozások száma szintén gyorsan emelkedik Magyarországon, ami a népesség elöregedését, a jobb diagnosztizálást, a hatékony kezeléseket hiányát, valamint a pontosabb kódolást tükrözi. Ugyanakkor az öngyilkosságokból és az balesetekből származó halálokozások számában 2000 óta megfigyelt csökkenés azt jelzi, hogy pozitív fejlemények történtek a konkrét népegészségügyi kérdések kezelése terén.

### **A mozgásszervi és a mentális egészségi problémák a rossz egészségi állapot fő meghatározói**

A szív- és érrendszeri betegségek, valamint a rákos megbetegedések mellett Magyarországon a mozgásszervi problémák, a mentális egészségi problémák és a cukorbetegség gyakorolja a legnagyobb hatást a funkcióvesztéssel korrigált élet évekre.

Ezenfelül az utóbbi években a népesség elöregedése is hozzájárult a demenciák jelentette teher növekedéséhez. Az európai egészségfelmérésből származó, önbeszámolásból származó adatok alapján minden harmadik magyar magas vérnyomásban szenved, és minden huszadiknak asztmája van. Ugyanakkor a krónikus depresszió önbeszámoláson alapuló előfordulási gyakorisága csupán kb. 5%, ami az uniós átlag (7%) alatt van, ez azonban az állapot alacsonyabb arányban történő felismerésének is tulajdonítható.

### **Az elmúlt évtizedben megkétszereződött az új HIV-fertőzések és AIDS-esetek száma**

Habár Magyarországon a bejelentett új HIV-fertőzések száma az uniós átlag alatt van, aggodalomra ad okot, hogy az elmúlt évtizedben több mint két és félszeresére emelkedett ezeknek az eseteknek a száma (100 000 fős népességen belül 1 eset 2005-ben, míg 2,7 eset 2015-ben) (ECDC/WHO, 2016). Az új eseteket főként a 20–49 év közötti felnőttek körében észlelték, és a fertőzés elsősorban férfiak közötti szexuális kapcsolat útján terjedt, ami fokozottabb erőfeszítéseket követel meg a megelőző intézkedések ösztönzése terén. Az új HIV-fertőzések számának növekedése az új AIDS-esetek számának emelkedését eredményezte.

### **A magyarok között a jó egészségi állapotról beszélők aránya az ötödik legalacsonyabb az Unióban**

A magyarok alig több mint fele (56%) tartja úgy, hogy jó egészségi állapotban van, ami az egyik legalacsonyabb arány az EU-ban. A férfiak gyakrabban tartják magukat egészségesnek: 60%-uk számolt be arról, hogy jó egészségi állapotnak örvend, szemben a nők 54%-ával. A társadalmi-gazdasági csoportok között már nagyobb különbség figyelhe-



tő meg: a legmagasabb jövedelemmel rendelkező ötödbe tartozók csaknem háromnegyede (72%), míg a legalacsonyabb jövedelemmel rendelkező ötödbe tartozóknak csupán kb. a fele (52%) számolt be jó egészségi állapotról.

### **A hátrányos szociális helyzet növeli a kockázati tényezőknek való kitettséget**

Magyarországon a várható élettartam és az egyéni leg érzékelt egészség közötti állandó eltérés részben a fokozódó társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségekkel magyarázható. 2007 óta nőtt a jövedelmi egyenlőtlenség és a (relatív) szegénységi arány (OECD, 2016). Nőtt a szociálisan hátrányos helyzetben lévők száma: a magyarok 35%-a él anyagi nélkülözésben, ezen belül pedig 19% súlyos nélkülözésben<sup>3</sup>, szemben a 17%-os, illetve a 10%-os uniós átlaggal. A rosszabb élet- és munkakörülmények, a nagyobb stressz és az egészségtelen életvitel miatt ezek az alacsonyabb társadalmi-gazdasági csoportokba tartozó emberek sokkal inkább ki vannak téve káros kockázatoknak.

### **Az egészségtelen életmód nagymértékben hozzájárul Magyarországon a kedvezőtlen népegészségügyi mutatókhoz**

Magyarországon a betegségek okozta összes teher 40%-a – a funkcióvesztéssel korrigált életévekben mérve 2015-ben – az egészségtelen életmódnak tulajdonítható. Az EU-ban ez a negyedik legmagasabb arány Románia, Bulgária és Litvánia után. A táplálkozási kockázatok, a dohány és alkoholfogyasztás, valamint a mozgás hiánya a legfőbb egészségmagatartási kockázati tényező, amely Magyarországon hozzájárul a funkcióvesztéssel korrigált életévek elvesztéséhez.

### **Kockázati tényezők**

Az anyagi nélkülözés arányát az emberek többsége által a megfelelő életvitelhez kívánatosnak, sőt szükségesnek tekintett fogyasztási cikkek megfizetésére való képtelenség alapján mérjük, kilenc mutató mentén. Súlyos anyagi nélkülözés akkor áll fenn, amikor valaki képtelen megfizetni a kilenc mutató közül legalább négynek a költségét.

### **A magyarok Európa legerősebb dohányosai között vannak**

A magyar felnőttek több mint negyede (26%) napi rendszerességgel dohányzik, ami ugyan csökkenést jelent a 2000-ben tapasztalt 30%-hoz képest, de még mindig a harmadik legmagasabb aránynak számít az uniós országok között. Csaknem minden

harmadik magyar férfi, illetve minden ötödik magyar nő napi rendszerességgel dohányzik; ez az eltérés a tüdőrák okozta magas halálozási arányszámokban is tükröződik. Ezenfelül Magyarországon a dohányzás gyakoribb a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében, ahol a dohányzók aránya több mint kétszer annyi, mint a legmagasabb iskolai végzettséggel rendelkezők között. Magyarországon a 15 éves serdülők körében is az uniós átlag feletti a rendszeresen dohányzók aránya (20%, szemben a 14%-os uniós átlaggal), ezen belül pedig többé-kevésbé azonos a magyar lányok és fiúk aránya.

### **A felnőttek körében lassan csökken az alkoholfogyasztás, aggasztó azonban a serdülők körében megfigyelt nagyívás**

Az egy felnőttre jutó alkoholfogyasztás (értékesítési adatok alapján mérve) 2000 óta lassan csökken, de 2014-ben még mindig magasabb, mint az uniós országok többségében, és kb. 10%-kal magasabb, mint az uniós átlag (egy felnőttre jutó 10,9 liter, szemben a 10,0 literes uniós átlaggal). A serdülők körében megfigyelt túlzott mértékű alkoholfogyasztás egyre nagyobb népegészségügyi problémát jelent. 2013–14-ben Magyarországon tízből négy 15 éves számolt be arról, hogy életében már legalább kétszer volt részeg, ami a második legmagasabb arány az EU-n belül (Dánia után), és magasan az uniós átlag felett van (25%).

### **A magyar felnőttek több mint egyötöde túlsúlyos**

A felnőttek között az elhízás gyakorisága a 2000-ben mért 18%-ról 2014-re 21%-ra emelkedett, ami a harmadik legmagasabb arány az EU-n belül Málta és Lettország után<sup>4</sup>. A legalacsonyabb jövedelmi csoportba tartozók körében minden negyedik, míg a legmagasabb jövedelmi csoportba tartozók között minden hatodik felnőtt túlsúlyos. A túlsúly és az elhízás a 15 évesek körében is az uniós átlag felett van, és 2001–2002 óta több mint 50%-kal nőtt (12%-ról 19%-ra 2013–14-ben). Ugyanakkor a testmozgás terén Magyarország viszonylag jobban teljesít, mint más országok, a felnőttek és a serdülők tekintetében egyaránt. A felnőttek csaknem kétharmada számol be arról, hogy heti rendszerességgel legalább mérsékelt testmozgást végez, ami megközelíti az uniós átlagot. A férfiak között többen számolnak be heti rendszerességgel végzett testmozgásról, mint a nők körében (69%, szemben a nők 58%-ával). Ez az eltérés megfigyelhető a 15 éves serdülők körében is. Miközben csaknem minden negyedik 15 éves fiú számol be arról, hogy rendszeres testmozgást végez, addig tíz lány közül csupán egy mondja el magáról ugyanezt.

## **A magyarországi egy szolgáltatásvásárlóra épülő rendszer nagymértékben centralizált**

Magyarország egy szolgáltatásvásárlóra épülő rendszerrel rendelkezik, amelyben a központi kormányzat meghatározó szerepet játszik. A központi kormányzat csaknem kizárólagos hatáskörrel rendelkezik a stratégia meghatározása, valamint a szabályozás terén. Szigorú ellenőrzést gyakorol a bevételek beszedése felett, meghatározza a szolgáltatás csomagot, elkészíti a költségvetést, allokálja a pénzügyi forrásokat, szerződéseket köt és finanszíroz. Az 1993 óta az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) kezelésében álló Egészségbiztosítási Alap a legfontosabb finanszírozási alap az egészségügyben. 2017-ben, a központosítási folyamat részeként az OEP-et integrálták az Emberi Erőforrások Minisztériumába, és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő nevet kapták.

## **Magyarország viszonylag keveset költ az egészségügyre**

2015-ben Magyarország fejenként 1428 eurót költött az egészségügyre (vásárlóerő-paritáson számolva), ami kb. az uniós átlag fele. A GDP egészségügyi kiadásokra fordított része mindössze 7,2% volt, ami csökkenést jelent a 2005-ös 8,0%-hoz képest. Ez az arány sokkal alacsonyabb, mint a 9,9%-os uniós átlag. Az elmúlt évtizedben az egy főre jutó egészségügyi kiadás lassú növekedése leginkább a közkiadások szigorú fékmentartásának volt köszönhető. Az egészségügyi kiadásban vállalt állami részesedés 2005. és 2015. között négy százalékponttal 67%-ra csökkent, ma pedig a hatodik legalacsonyabb az EU-n belül. Az egészségügyi kiadás fennmaradó harmadát a háztartások főként zsebből fizetik (közvetlen lakossági hozzájárulás). Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének fő bevételi forrásai a következők: a) egészségbiztosítási járulékok és címkézett munkáltatói szociális hozzájárulási adó (2016-ban az összes állami egészségügyi költség 72%-a); b) általános adóbevételek (21%); valamint c) egyéb bevételek (7%, amelyből 1,5%-pontot az 5.1. szakaszban leírt népegészségügyi termékadó tesz ki) (Európai Bizottság, 2016).

Az Egészségbiztosítási Alap költségvetése több mint 30 kisebb keretre, úgynevezett kasszára tagolódik (pl. járóbeteg-szakellátás, akut fekvőbeteg-ellátások), amelyek teljes mértékben kormányzati ellenőrzés alatt állnak. Minden kassa felülről korlátos, és az egyes kasszához tartozó finanszírozási technikák biztosítják, hogy az előre meghatározott költségvetési plafont nem lépik túl. A költségvetési korlátok betartására való képtelenség elsősorban az egészségügyi szolgáltatók szintjén jelenik meg. A kórházak tartósan fennálló adósságállománya és a beszállítók kifizetésében jelentkező nehézségek

az egészségügyi rendszer strukturális alulfinanszírozottságára utalnak, amelyek rendszerszintű hatékonysági problémákkal párosulnak.

## **Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés gyakorlatilag egyetemes**

A jogszabályi keret alapján a teljes magyar lakosság kötelezően részese a társadalmi egészségbiztosítási rendszernek. A 2007. évi jelentős költségvetési megszorításokat és az azt követő évben bekövetkező gazdasági válságot követően azonban sor került a lakosság társadalombiztosítási jogosultságának szisztematikus vizsgálatának bevezetésére, amely az egészségügyi ellátások igénybevételekor online történik. 2015-ben a lakosság kb. 5%-a tisztázatlan egészségbiztosítási státusszal rendelkezett. A legtöbb esetben ennek az volt az oka, hogy ezek az emberek nem fizették be a társadalombiztosítási járulékaikat. Ugyanakkor azonban ezektől a betegektől sem tagadható meg a szükséges ellátás.

## **A közfinanszírozott szolgáltatás csomag széles körű ugyan, de nem mindenre kiterjedő**

A szolgáltatás-csomagról központi szinten hoznak döntést, és azt a gyógyszerkészítmények pozitív jegyzéke, valamint az orvosi eljárások negatív jegyzéke határozza meg. Azoknak, akik a társadalombiztosítási rendszeren kívüli szolgáltatókhoz fordulnak ellátásért, vagy a juttatási csomag meghatározott korlátain kívül eső szolgáltatásokat vesznek igénybe, például nem orvos által nyújtott pszichoterápiás szolgáltatást, ezt zsebből kell megfizetniük. Jelentős erőfeszítések történtek annak érdekében, hogy az új technológiák (gyógyszerkészítmények, eljárások és orvostechikai eszközök) bevonására a rendelkezésre álló legjobb bizonyítékok alapján kerüljön sor, különös hangsúlyt helyezve az egészségügyi technológia értékelésekre. Habár a szolgáltatás-csomag tekintetében általában nem kerül sor negatív kiigazításra, a gazdasági válságot követően kevés új technológia került befogadásra. Így a dohányzók magas aránya ellenére a magyar hatóságok egy egészségügyi technológiaértékelést követően kizárták a dohányzásról leszoktató termékeket a támogatotti körből részben a többletköltségek miatt, részben pedig azért, mert a hatóságok nem akartak precedenst teremteni.

## **Magyarországon az egészségügyi ellátás még mindig erősen kórházközpontú**

Habár történtek erőfeszítések az indokolatlan kórházi bennfekvések visszaszorítása érdekében, az egészségügyi ellátás még mindig erősen kórházközpontú. Miközben az akut ellátáshoz tartozó kórházi ágyak száma 2000 óta 30%-kal csökkent,

az összes kórházi ágy száma az uniós átlag felett van (2015-ben 699 ágy jutott 100 000 lakosra, szemben az 515 ágys uniós átlaggal). 2015-ben a magyar betegek átlagosan 9,5 napot töltöttek kórházban, ami az egyik leghosszabb időszaknak számít az EU-n belül. A kórházi elbocsátások száma szintén az uniós átlag felett van, 2015-ben 1000 lakosra 200 elbocsátás jutott, szemben a 173-as uniós átlaggal. Mivel a kórházak többsége állami tulajdonban van, lehetőség van további központilag irányított intézkedésekre annak érdekében, hogy hatékonyságjavulást érjenek el a magyar kórházi rendszerben

### **Az egészségügyi munkaerő-állomány idősödik, miközben a fiatal orvosok és ápolók egyre mobillabbak**

Magyarországon az orvosok száma elmarad az uniós átlagtól (1000 lakosra 3,1 orvos jut, szemben a 3,6-os uniós átlaggal), csakúgy, mint az ápolók száma (1000 lakosra 6,5 ápoló jut, szemben a 8,4-es uniós átlaggal). Az orvosoknak csak egy kis hányada házi orvos (csupán kb. 12% 2010-ben, ami a legutóbbi rendelkezésre álló év). Ezenfelül a házi orvosok közel fele 60 év feletti, míg csupán 10%-a fiatalabb 40 évesnél, és ez tényező várhatóan tovább csökkentheti majd az alapellátáshoz való hozzáférést a házi orvosok idősebb generációjának nyugdíjba vonulását követően. A kórházak és egyéb egészségügyi szolgáltatók területi koncentrációja is befolyásolja az ellátáshoz való hozzáférést, így különösen a szakellátáshoz, de az alapellátást biztosító szolgáltatókhoz való hozzáférést is. A vidéki területeken már kihívást jelent a házi orvosok foglalkoztatása, és ez még nagyobb problémát fog jelenteni, amikor majd új orvosokat kell találni az ezeken a területeken jelenleg ellátást nyújtó sok-sok házi orvos helyébe, aki az elkövetkezendő években fog nyugdíjba vonulni. Magyarország 2004-es európai uniós csatlakozása is növelte a magyar orvosok mobilitását, akik nagy számban hagyták el az országot, hogy külföldön vállaljanak munkát. Ez leginkább a közszerát érintette, és azt eredményezte, hogy hiány keletkezett az egészségügyi szakemberekből, amit tovább súlyosbított a folyamatosan bővülő magánszektor, amely egyre nagyobb számban vonzza magához az orvosokat és ápolókat

### **A házi orvosok szerepét újradefiniálták a legutóbbi reformok során**

Az alapellátás biztosítása a helyi önkormányzatok felelősségi körébe tartozik, és magában foglalja a házi orvosai szolgáltatásokat, a védőnői szolgáltatást, az iskolai egészségügyi szolgáltatásokat és az ügyeleti ellátást. Az alapellátást főként házi orvos nyújtja, a betegek pedig szabadon választhatják

meg a nekik megfelelő házi orvost, és évente egyszer orvost is válhatnak. A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező házi orvosok nem utasíthatják vissza a körzetükbe tartozó betegeket, és elméletben kapuóri szerepet töltenek be a szakorvosi ellátás vonatkozásában. Az azonban, hogy nincs semmilyen ösztönzés arra, hogy az alapellátásban definitív (befejezett) ellátást nyújtsanak, meggyengítette ezt a kapuóri szerepet, és azt eredményezte, hogy gyakran szükségtelenül utalják be a betegeket szakorvosi ellátásra, illetve kórházba. 2009-ben eredményalapú finanszírozási technikát vezettek be a „jó” alapellátás ösztönzése érdekében. A 2015-ben megalkotott új jogszabály is kísérletet tett az alapellátás megerősítésére a házi orvosok feladatainak újradefiniálásával (többek között hangsúlyt helyezve a betegségek megelőzésére), a praxisközösségek és Egészségfejlesztési Irodák támogatásával, valamint a finanszírozási technikák felülvizsgálatával. E reformok ellenére a házi orvosai ellátást elsősorban továbbra is fejkvóta illetve költségvetés alapján finanszírozzák.

### **Az egészségügyi rendszer teljesítménye**

#### **HATÉKONYSÁG**

#### **A gyógyítással elkerülhető halálozás magas szintje arra hívja fel a figyelmet, hogy hiányosságok vannak az időben történő, jó minőségű ellátások nyújtása terén**

Magyarország az ötödik legmagasabb szintű gyógyítással elkerülhető halálozási arányszámról számol be az EU-n belül, Bulgária, Lettország, Litvánia és Románia után. Annak ellenére, hogy történt némi javulás az elmúlt évtizedben, a gyógyítással elkerülhető halálozási arányszám a magyar nők és férfiak körében egyaránt az uniós átlag kétszeresének felel meg. Az ischaemiás szívbetegségek az összes gyógyítással elkerülhető halálozás 43%-áért voltak felelősek, majd ezek után következett a szélütés (17%) és a vastagbélrák (11%).

#### **A szív- és érrendszeri betegségek esetében nyújtott akut ellátás minősége alacsonyabb, mint más uniós országokban**

A kórházi kezelést követően szívinfarktus (akut szívizomelhalás) vagy szélütés (stroke) miatt bekövetkező halálesetek az akut ellátás minőségére utaló mutatók. 2014 második felében Magyarországon a szívinfarktus miatt kórházi ellátásban részesülő betegek 15%-a 30 napon belül meghalt. Ez a harmadik legmagasabb arány az EU-ban. Másrészről azonban javult a szélütés (stroke) miatt kórházi kezelésben részesülők túlélési aránya, ami közelebb áll az uniós átlaghoz.



### **Az alacsony lakossági átszűrési arány, valamint a rákos megbetegedésekhez kapcsolódó eredmény mutatók kérdéseket vetnek fel a rákbetegek ellátásnak minőségével kapcsolatban**

Az EU-n belül Magyarországon a legmagasabb a halálozási arány a rákbetegségek tekintetében, ami kérdéseket vet fel a megelőzéssel, a korai felismeréssel, valamint a magas színvonalú rákbetegellátás elérhetőségével kapcsolatban. Bizonyos rákbetegségek, így a méhnyak-, az emlő- és a vastagbélrák már korai stádiumban felismerhetők, amennyiben megfelelő szűrési programok állnak rendelkezésre, növelve ezáltal a túlélés esélyeit. Magyarországon már működnek nemzeti szintű szűrési programok az emlőrák és a méhnyakrák vonatkozásában, és hamarosan bevezetésre kerül az országos vastagbélrák-szűrőprogram is. A meglévő programok ellenére jelentős mértékű egyenlőtlenségek figyelhetők meg a különböző térségekben és társadalmi-gazdasági csoportokban a szűrésekhez való hozzáférés terén, az emlőrák és a méhnyakrák tekintetében pedig továbbra is viszonylag alacsonyak az átszűrési arányok. 2015-ös adatok szerint a célcsoportba tartozó magyar nők (45–65 éves korosztály) kevesebb mint a fele (47%) esett át emlőszűrésen az előző két év során.<sup>6</sup> A méhnyakrák-szűrés esetében még alacsonyabb volt a részvétel. Az elmúlt évtizedben 40% körüli szinten stagnált a méhnyakrák-szűrésen rendszeresen részt vevő nők aránya, ami a legalacsonyabb arány az EU-n belül.

### **Az elkerülhető kórházi kezelések magas aránya azt mutatja, hogy van még további lehetőség az alapellátás fejlesztésére**

A kórházi ágazat visszaszorítása és a betegek minél alacsonyabb szinten, az alap-, illetve a járóbetegszakellátás keretében, nyújtott ellátása érdekében tett erőfeszítések ellenére a magyar egészségügyi rendszer továbbra is erősen kórházközpontú (5.3. szakasz). Az egy orvosos háziiorvosi praxisok túlsúlya az alapellátásban, amihez hozzájárul az háziiorvosok gyenge kapuőri szerepe és az ösztönzés hiánya arra, hogy kórházon kívül nyújtsanak befejezett ellátást, akadályozza az alapellátás eredményességének és hatékonyságának növekedését. Az olyan jórészt ambuláns ellátás keretében is kezelhető állapotok miatti kórházi felvételek, mint amilyen az asztma és a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), a pangásos szívelégtelenség és a cukorbetegség, információt nyújtanak az alapellátás minőségéről, mivel az ilyen kórházi kezelések elkerülhetők az alapellátásban nyújtott megfelelő kezelés esetén. A magyarországi adatok felhívják a figyelmet az alapellátás megerősítésének a lehetőségeire, annak érdekében, hogy a betegek jobb ellátásban részesülhessenek a kórházon kívül.

Összességében elmondható, hogy ez EU-ban Magyarországon a második legmagasabb az ambuláns ellátásban is karbantartható állapotok miatti kórházi kezelése aránya, ami nagyrészt a pangásos szívelégtelenségben, COPD-ben és asztmában szenvedő betegek gyakori kórházi kezelésének tudható be. Magyarország a viszonylag jobban teljesítő országok között van a cukorbeteg kórházon kívüli kezelése terén, mivel e területen a kórházi kezelése aránya körülbelül az uniós átlag felét teszi ki.

### **A megelőzhető halálozások száma az egyik legmagasabb az EU-n belül, különösen férfiak esetében**

A megelőzhető halálozás, így a tüdőrák, az alkohollal összefüggő állapotok és a közlekedési balesetek miatti halálozások azt jelzik, hogy Magyarország számára továbbra is kihívást jelent a korai halálozások számának csökkentése. 2000 óta az Unió többi országához képest Magyarországon messze a legmagasabb a tüdőrák miatti halálozás férfiak és nők körében egyaránt, ami a dohányzók magas arányát tükrözi. 2014-ben kétszer annyi férfi halt meg tüdőrákban, mint nő. Az alkoholfogyasztáshoz köthető halálozások száma Magyarországon a harmadik legmagasabb az EU-n belül, a közúti balesetek miatti halálozási arány pedig jóval az uniós átlag felett van.

### **A megelőzésre irányuló egészségpolitikai intézkedések hatása korlátozott**

2005 óta az összes egészségügyi kiadáson belül Magyarország közel a felére csökkentette a megelőzéssel kapcsolatos kiadásokat, és 2015-ben az összes kiadás csupán 2,6%-át fordította megelőzési programokra. A korábbi népegészségügyi programok, amelyek sokszor igen ambiciózus célokat határoztak meg, többnyire nem valósultak meg a gyakorlatban. Ezek a programok sok esetben elbuktak az ágazatok, az országos és helyi szintek, valamint a különböző szakmai csoportok közötti megfelelő koordinációs mechanizmusok hiánya miatt, vagy egyáltalán meg sem valósultak. Ezenfelül a rendszerváltás óta elfogadott népegészségügyi programok, amelyek hangsúlyozták az egészségügyi egyenlőtlenségek kezelésének szükségességét, nem elemezték megfelelően azok okait, és nem dolgoztak ki megfelelő stratégiákat azok hatékony kezelésére. Pozitív példaként említhető ugyanakkor, hogy az egészséges táplálkozásra való ösztönzés érdekében 2011-ben Magyarország népegészségügyi termékadót vezetett be. A szabályozás kiterjed emellett az élelmiszerek maximális transzszsírsvartartalmának korlátozására, valamint a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi szabályok módosítására is. A hatásvizsgálatok azt mutatják, hogy a fogyasztók úgy reagáltak erre az adóra, hogy



olcsóbb, sokszor egészségesebb termékeket választanak, és csökkentették az egészségtelen élelmiszerek fogyasztását. A népegészségügyi termékadó emellett bevételt teremtett a magyar egészségügyi rendszer megerősítésére irányuló különböző intézkedések támogatására, így például az egészségügyi szakembereknek fizetésének megemelésére.

Az elmúlt 15 év során Magyarország megerősítette az antimikrobiális rezisztencia elleni küzdelemre irányuló nemzeti stratégiáit is.

## HOZZÁFÉRHETŐSÉG

**A kielégítetlen egészségügyi szükségletek szintje viszonylag alacsony Magyarországon, viszont nagy eltérés mutatkozik a különböző jövedelmi csoportok között**

Az EU adatai alapján 2015-ben a magyarok viszonylag kis hányada, összesen kevesebb mint 3%-a számolt be orvosi vizsgálat vagy kezelés iránti kielégítetlen szükségletéről (ez az uniós átlag alatt van). Az ellátáshoz való hozzáférést akadályozó tényezők azonban leginkább a legalacsonyabb jövedelemmel rendelkező csoportot érintik: az alacsony jövedelemmel rendelkezők 6,8%-a, míg a legmagasabb jövedelemmel rendelkezők 0,8%-a számolt be kielégítetlen egészségügyi szükségletekről, a legnyomósabb okként anyagi akadályokat megjelölve. Az előre tervezett (elektív) sebészeti beavatkozások, így a szürkehályog, a térd-, és csípőprotézis műtétek esetében az utóbbi években csökkent a várakozási idő. Ugyanakkor azonban jelentős területi eltérések figyelhetők meg az ezekkel a beavatkozásokkal kapcsolatos várakozási idők tekintetében: több mint háromszoros a különbség a leghosszabb és a legrövidebb várakozási időt jegyző térségek között.

**Az egészségügyi szolgáltatások és a gyógyszerkészítmények elérhetőségét korlátozza a zsebből fizetett kiadások magas szintje**

Az ellátáshoz való hozzáférést akadályozza a formális és informális magán egészségügyi kiadások magas aránya. A zsebből fizetett kiadások, amelyek magukban foglalják a közfinanszírozott ellátások esetében fizetendő önrészt, a szolgáltatás csomagba nem tartozó ellátásokért fizetett díjat, valamint a paraszolenciát, Magyarországon az összes egészségügyi kiadás 29%-át teszik ki, vagyis a 15%-os uniós átlag csaknem kétszeresét, mint ami az uniós országok többségében megfigyelhető. A magyar háztartásokkal kapcsolatban végzett felmérés alapján a gyógyszerek aránya az összes zsebből fizetett kiadáson belül 2004 óta 70% felett van, ami arra utal, hogy a gyógyszerkészítmények elérhetősége tekintetében problémák lehetnek. A paraszolencia már régóta fontos szerepet játszik a magyar

egészségügyben, és a becslések szerint az összes egészségügyi kiadás legalább 2,1%-át teszik ki; ez az arány sokkal magasabb, mint a legtöbb uniós országban. A paraszolencia gyakorlata az 1950-es évek elejéig vezethető vissza, és mélyen beágyazódik a magyar egészségügyi rendszerbe, mint a gyorsabb hozzáférés és a jobb minőségű ellátás biztosításának informális eszköze. A paraszolenciát ezenfelül közvetve, érvként is alkalmazzák a kormányok arra, hogy az egészségügyi dolgozók hivatalos jövedelmét tartósan alacsonyan tartsák. Az egyértelmű és következetes jogi keret hiánya továbbra is teret enged a paraszolencia elfogadásának, és életben tartja ezt a gyakorlatot. Számos magyar háztartás tesz erőfeszítéseket azért, hogy leküzdje az ellátás igénybevételét gátló pénzügyi akadályokat, aminek az az eredménye, hogy Magyarországon jelentősen magasabb azoknak a háztartásoknak az aránya, amelyek katasztrofális egészségügyi kiadással szembesülnek<sup>7</sup>, mint a legtöbb olyan uniós országban, amelyre vonatkozóan adatok állnak rendelkezésre. 2014-ben az összes magyar háztartás 7,4%-a szembesült katasztrofális egészségügyi kiadással.

Ez az arány 25% felett volt az alacsony jövedelemmel rendelkező háztartások körében. Arról sem szabad megfeledkezni, hogy ezek az adatok nem veszik figyelembe azokat az embereket, aki anyagi okok miatt nem veszik igénybe a szükséges egészségügyi ellátást.

**Úgy tűnik, hogy az utóbbi időben történt jelentős mértékű fizetésemeléseknek köszönhetően csökkent az egészségügyi dolgozók kivándorlása**

Az egészségügyi szakemberek hiánya továbbra is korlátozza az ellátáshoz való hozzáférést, különösen a közfinanszírozott egészségügyben és a vidéki térségekben. 2011-ben a magyar kormány bevezette a rezidens ösztöndíjprogramot, amelynek keretében havi emelést ajánlottak fel azoknak a rezidens orvosoknak, akik kötelezettségvállalást tettek arra vonatkozóan, hogy a közszférában dolgoznak szakvizsgájuk megszerzése után. 2012-ben további hároméves időszak keretében, fokozatosan nyújtandó 20%-os fizetésemelést adott a kormány a rendszerben már dolgozó orvosok és ápolók számára. Azóta a programot kiterjesztették szinte az összes szakemberre és orvosi szakterületre, köztük azokra, amelyeken jelenleg hiány mutatkozik, illetve a közeljövőben hiány várható. Az elmúlt öt-hat évben többször megemelték az államilag finanszírozott intézményekben munkát vállaló egészségügyi dolgozók, így különösen az orvosok fizetését, és 2017 őszén várhatóan újabb fizetésemelésre kerül sor.

Egyéb szakpolitikai intézkedésekkel együtt a béremelések és a rezidens ösztöndíjprogram az egészségügyi munkaerő növekedését eredményezte

2011 óta. Ezeknek az intézkedéseknek a finanszírozása érdekében a kormány címkézett adókat vezetett be, többek között az egészségtelennek tartott élelmiszerekre és italokra kivetett népegészségügyi termékadót (5.1. szakasz). Habár nehéz mérni azt, hogy a felsorolt intézkedések összességében milyen hatást gyakoroltak az egészségügyi szakemberek elvándorlására, a Magyarországon dolgozó orvosok munkafeltételeinek javítására irányuló erőfeszítések eredményeképp kevesebb orvos távozik.

## **REZILIENCIA (ELLENÁLLÓ-, ÉS ALKALMAZKODÓ-KÉPESSÉG)**

### **Történtek ugyan lépések a kórházi ágazat hatékonyságának javítása érdekében, de további feladatok várnak megoldásra**

A magyar kórházi ágazat méretének csökkentése érdekében tett erőfeszítések ellenére az egészségügyi rendszer továbbra is túlságosan kórházközpontú. Az 1990-es évek eleje óta a magyar szakértők egyetértenek abban, hogy a megörökölt 140 kórházból legalább 30–40 kisebb kórházat be kellene zárni az ellátás minősége és a hatékonyság javítása érdekében. A magyar kórházi ágazat méretének csökkentése érdekében tett ezen erőfeszítések ellenére az egészségügyi rendszer továbbra is túlságosan kórházközpontú. Ez részben annak tulajdonítható, hogy az ebbe az irányba mutató kormányzati reformok megvalósítását akadályozta az egész kórházak bezárása ellen folytatott politikai lobbitevékenység. 2006-ban a kórházi ágazat átszervezése az akut ellátási kapacitás csökkentését eredményezte 14 kórházban az ország különböző pontjain, és összesen körülbelül 10 000 kórházi ágy szűnt meg. A kórházi ágyak számának csökkenésén kívül azonban ennek az átszervezésnek nem volt számottevő hatása. Magyarország továbbra is azok között az országok között van az Unióban, amelyek a legmagasabb a kórházban ellátott esetek száma, ahol a kórházi elbocsátási arányok jóval meghaladják az uniós átlagot, és ahol az elmúlt évtizedben folyamatosan nőtt (és nem csökkent) az átlagos kórházi tartózkodási idő. A hatékonyság növelhető lenne azzal, hogy bizonyos sebészeti beavatkozások, így a szürkehályogműtét és a mandulaműtét esetében, az operációt egynapos ellátásként végeznék. E tekintetben Magyarország elmarad a legtöbb uniós országtól. 2015-ben a nemzeti szakértők által egynapos sebészet keretében elvégezhetőnek tartott beavatkozásoknak kevesebb mint a felét, (46%-át) végezték el ténylegesen egynapos sebészeti ellátás során. Miközben ma már az Unió számos országában szinte minden szürkehályogműtétet egynapos sebészeti ellátás keretében végeznek el, Magyarországon ez az arány még mindig csak 54%. Ez részben az egynapos sebészeti ellátásra törté-

nő áttéréshez szükséges beruházások késésének tulajdonítható, amelyekre a szűkös költségvetési keretek miatt sokszor nem jut elég pénz.

### **A gyógyszerkészítményekre fordított állami és zsebből fizetett kiadás egyaránt magas**

A gyógyszerkiadások fékentartása alapvető kihívást jelent mind a költségvetés, mind pedig a magyar háztartások számára. 2015-ben Magyarország az egészségügyi kiadásainak 29%-át gyógyszerkészítményekre fordította, ami az uniós átlag kétszerese. A magyar háztartásokkal kapcsolatban végzett felmérés alapján 2014-ben a magyarok zsebből fizetett kiadásainak 70%-át gyógyszerkészítményekre költötték. A közbeszerzés fejlesztésével csökkenthető lenne a gyógyszerkészítmények ára. További lehetőségek rejlenek a generikus készítmények piaca fejlődésének nagyobb mértékű kiaknázásában. Habár az utóbbi években a gyógyszerpolitika ösztönözte a generikus készítmények felírását és alkalmazását, a generikus készítmények piacának részesedése alacsonynak tűnik (habár ezt nehéz pontosan megítélni friss és nemzetközi szinten összehasonlítható adatok hiányában).

### **A krónikus betegségekben szenvedők ellátásának koordinációja továbbra is alacsony szintű**

Az ellátás koordinációjának javítása, különösen a krónikus betegségek esetében, lehetőséget jelenthet a magyar egészségügyi rendszer hatékonyságának további növelésére. Jelenleg azonban még mindig korlátozottak a krónikus betegségektől szenvedő lakosság gyorsan növekvő hányadának személynközpontú ellátásához szükséges kapacitások. Emiatt a krónikus betegségektől szenvedők sokszor kórházba kerülnek olyan helyzetekben is, amikor az állapotuk az alapellátásban is kezelhető lenne (5.1. szakasz). Az ellátásra vonatkozó irányelvek alkalmazásával, valamint az összetett szükségletekkel rendelkező, több betegségben szenvedő krónikus betegek betegútjának koordinációjával javítható lenne az ellátás minősége és hatékonysága egyaránt. Magyarországon már kidolgoztak néhány erre szolgáló eszközt, így például az ellátás integrálására és a szakrendelők felhasználására a komplex ellátási szükségletekkel rendelkező betegek nyomon követésében, de ezek teljes körű végrehajtására még nem került sor.

Az utóbbi években Magyarország hozzálátott információs infrastruktúrája megerősítéséhez, és az e-egészségügy bevezetése várhatóan elősegíti majd az ellátás összehangolását a különböző szolgáltatók között, miután 2017 októberében az informatikai rendszer teljes mértékben működőképpé válik. Az e-egészségügy bevezetése a háziorvosok körében Magyarországon megközelíti az uniós átlagot, és

az egyik legmagasabb arányú a szomszédos országok között. Ennek eredményeképp a házi orvosok könnyebben hozzáférhetnek betegeik elektronikus egészségügyi nyilvántartásaihoz, értesülhetnek az elbocsátásokról, nyomon követhetik betegeiket, és elektronikus recepteket állíthatnak ki. Ugyanakkor azonban még nem határozták meg azt, hogy milyen mértékben kerülnek felhasználásra ezek az információk a rendszer teljesítményének értékelése során a szakpolitikai döntéshozók informálása érdekében.

### **Elengedhetetlenül fontos a megfelelő számú és összetételű egészségügyi dolgozó képzéséhez és megtartásához szükséges ösztönzők biztosítása**

Az egészségügyi dolgozók folytatódó kivándorlása az Unió más országaiba, illetve a magánszférába való áttérése akadályozni fogja az ellátáshoz való hozzáférést a közfinanszírozott intézményekben. Ezért gondoskodni kell megfelelő számú új ápolóról és orvorról, aki majd azok helyébe lép, akik az elkövetkező években várhatóan nyugdíjba vonulnak. 2011 óta a frissen végzett ápolók száma több mint kétharmadával nőtt Magyarországon. Ennél kisebb nagyságrendben ugyan, de a friss orvosi diplomások száma is emelkedett az utóbbi öt évben. Ezek a fokozódó oktatási és képzési erőfeszítések hozzájárulnak majd a pótlási igények kielégítéséhez, amennyiben a friss diplomások úgy döntenek, hogy szakmai pályafutásukat Magyarországon valósítják meg. Történtek már sikeres erőfeszítések az egészségügyi szakemberek megtartása érdekében, munkafeltételeik és fizetésük javítása révén. Ezenfelül az alapellátási szolgáltatókat megcélzó ösztönzők kerültek bevezetésre a szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása érdekében, például az ügyeleti ellátás megerősítésével. Ugyanakkor azonban a megfelelő munkaerő biztosítása érdekében még nem került sor átfogó, az alapellátásban dolgozókra összpontosító, a térségek közötti különbségeket figyelembe vevő emberierőforrás-stratégia kidolgozására.

### **Az egészségügyi rendszer teljesítményének értékelése hasznos eszköz a jövőbeni tervezéshez**

Magyarország 2013 óta követi nyomon és értékeli egészségügyi rendszerének teljesítményét úgy, hogy rendszerszintű információkat gyűjt 76 fő mutató mentén. Az egészségügyi rendszer teljesítménye értékelésének általános célja, hogy lehetővé tegye a magyar hatóságok számára azoknak a kiemelt területeknek a meghatározását, amelyeken a lakosság ellátási szükségletei szempontjából fejlesztésekre van szükség a hozzáférés, a betegelégedettség (responsiveness) és az ellátás minősége tekintetében.

Az első átfogó jelentés a 2013–2015 közötti időszakot fedi le, és fontos lépést jelent a magyar egészségügyi rendszer teljesítménye értékelésének javítása terén (Gyenes, et al., 2016). Azonfelül, hogy pillanatképet nyújt a mai egészségügyi rendszer teljesítményéről, a jelentés értékes információforrásként is felhasználható a legfontosabb jövőbeni kihívások meghatározása során.

### **Fő megállapítások**

Magyarországon a várható élettartam közel négy évvel, 75,7-re emelkedett 2000 és 2015 között, azonban még mindig öt évvel az uniós átlag alatt van. Jelentős eltérések vannak a férfiak és a nők között a várható élettartam tekintetében, és a férfiak átlagosan csaknem hét évvel rövidebb ideig élnek, mint a nők. Még ennél is nagyobb eltérés figyelhető meg a várható élettartamban a különböző társadalmi-gazdasági helyzetű csoportok esetében: a legalacsonyabb végzettséggel rendelkező magyar férfiak átlagosan kilenc évvel kevesebbet élnek, mint a legmagasabb iskolai végzettséggel rendelkező férfiak. Anemek közötti és a társadalmi-gazdasági helyzet szerinti nagy eltérések nem új keletűek. Az eltérések oka továbbra is leginkább abban keresendő, hogy a férfiak nagyobb mértékben ki vannak téve az egészséget fenyegető kockázati tényezőknek, úgymint a dohányzás, a káros alkoholfogyasztás és az elhízás. A magyar egészségügyi rendszer alulfinanszírozott. Az egy főre jutó egészségügyi kiadás a legalacsonyabbak között van az EU-n belül, és csupán az uniós átlag felét teszi ki (Magyarországon 1428 EUR/fő, szemben a 2797 eurós uniós átlaggal). Magyarországon az egészségügyi kiadások csupán kétharmada közkiadás (szemben az EU egészével, ahol ez az arány csaknem 80%-os), így a rendszer nagymértékben a közvetlen, zsebből fizetett lakossági hozzájárulásra támaszkodik. Ebből következően az alacsony jövedelemmel rendelkező háztartások viszonylag magas arányban számolnak be kielégítetlen egészségügyi ellátási szükségletekről, anyagi okok miatt. Ezeknek a háztartásoknak több mint 25%-a szembesül katasztrofális egészségügyi kiadással, és ez az arány magasabb, mint ami az uniós országok többségében megfigyelhető. A gyógyszerkészítmények jelentős arányt képviselnek a közkiadásokban és a háztartások zsebből fizetett kiadásain belül egyaránt. A gyógyszerkészítményekre fordított kiadások csökkenthetők a közbeszerzés további fejlesztése és a generikus készítmények felírásának ösztönzése révén. A rákbetegségek ellátásának eredményessége növelhető lenne jobb megelőzéssel, korai felismeréssel és a minőségi ellátáshoz való időbeni hozzáféréssel a rák különböző típusai tekintetében. Magyarország azon országok között van, amelyek a megelőzhető rákbetegségek (pl. tüdőrák) és a kezelhető rákbeteg-

ségek (pl. emlő-, méhnyak- és vastagbélrák) miatti legmagasabb halálozási arányszámokról számolnak be. Országos programok működnek a rendszeres emlő- és méhnyakrákszűrés előmozdítása érdekében, de a célzott korcsoportba tartozó nők körében továbbra is alacsony a szűrésen résztvevők aránya. 2017 őszén új országos vastagbélrák-szűrőprogram kerül bevezetésre. A rákbetegellátásra fordított állami költség növelése további előrelépést tenné lehetővé a korai felismerés és kezelés terén, javítva ezáltal a túlélési mutatókat. A magyar egészségügyi rendszer továbbra is erősen kórházközpontú, amint

azt a kórházi elbocsátások, ápolási idők és krónikus állapotok miatti, elkerülhető kórházi kezelések uniós átlagot meghaladó arányai mutatják. Ez nem csupán az alapellátást biztosító szolgáltatók gyenge kapuőri szerepére hívja fel a figyelmet, de arra is, hogy hiányoznak a kórházon kívüli megfelelő ellátás nyújtásához szükséges ösztönzők és kapacitások. A közösségi ellátás felé történő elmozdulás az alapellátás megerősítésével párhuzamosan nagyobb fokú esélyegyenlőséget biztosíthat az ellátáshoz való hozzáférés tekintetében, valamint további hatékonyságnövekedést és minőségjavulást eredményezhet.

## Beszámoló a Betegszervezetek Akadémiája Tudásbörzéjéről

A Betegszervezetek Akadémiája keretében olyan „tudásbörzére” került sor ez év október 6-án a budapesti Lurdy Házban, ahol a betegszervezetek legégetőbb kérdéseire, így többek között a pályázatírásra, az orvos szakmával történő együttműködésre, az egészségértésre ható programok szervezésére mutattak be jó gyakorlatokat. Ilyen találkozó első ízben jött létre Magyarországon.

A fentiekén túl hiánypótló előadásokat halhattak a résztvevők az e-recept bevezetéséről, a különböző szakmai szervezetekkel történő együttműködés lehetőségeiről.

Weisz Lajos



Érdekes és jól hasznosítható lehetőség volt a személyes tapasztalatcserére, a más betegszervezetekkel való kapcsolatfelvételt, a betegszervezetek kiállításainak megtekintése. Lehetőség volt az orvosszakmai és más egészségügyi szervezetekkel történő találkozásokra is.

A Reumabetegek a Célzott Terápiáért Egyesületet Tóth Gábor elnök, Parragh Tamás alelnök és a szerző képviselte.