

EGÉSZSÉGÜGY

- 2000 és 2010 között Magyarországon a születéskor várható élettartam növekedett: a férfiaknak és nőknek együttesen 2,6 évvel jobb az életkilátásai, mint az évtized elején.
- A 2011-es életkilátások tekintetében ugyanakkor Magyarország az EU tagállamai között mindössze Litvániát, Lettországot, Romániát és Bulgáriát előzi meg.
- A hazai lakosság egészségügyi állapota nemzetközi összehasonlításban évtizedek óta kirívóan rossz.
- Az EU 2004 után felvett országai a GDP százalékában kifejezve mintegy harmadával költenek kevesebbet egészségügyre a korábban felvetknél.
- A KSH adatai szerint 2011-ben Magyarországon 34 736 orvos dolgozott és 1780 betöltetlen állás volt. Uniós átlagban a százezer lakosra jutó dolgozó orvosok száma 2011-ben 346 fő volt, Magyarországon 296 fő.
- 2011-ben a hatóságok 1200 orvosnak adtak ki külföldi munkavállalási szándékot jelző igazolást, akiknek 70 százaléka negyven évesnél fiatalabb. Az utóbbi 5 évben a távozó orvosok száma 70 százalékkal nőtt.

A Kormány [T/13099.](#) számon nyújtotta be az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról szóló törvényjavaslatot. Az alábbi összeállítás egészségüggyel kapcsolatos információkat, hazai és nemzetközi statisztikai adatokat tartalmaz.

Az egészségügy fogalma, az egészséghez való jog

Az „egészség” szó hallatán elsőként a betegség hiányára gondolunk, a közvélekedés pedig az egészségi állapotot gyakran az orvoslás minőségével azonosítja. Az úgynevezett **funkcionális modell** az egyén testi, lelki, szociális működésének épségeként definiálja az egészséget, nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiányaként (lásd. [Egészségügyi Világszervezet - WHO](#) definíció).

Magyarország [Alaptörvény](#)ének XX. cikk első bekezdése szerint mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. A WHO Alkotmánya ([1948. évi XII. törvény](#) az Egészségügyi Világszervezet Alkotmányának becikkelyezéséről) kimondja, hogy a kormányok felelősek állampolgáraik egészségért, „amelynek csak akkor tesznek eleget, ha megfelelő egészségügyi és szociális intézkedéseket foganatosítanak”. Számos egyéb nemzetközi nyilatkozat is elismeri az egészséghez való alapvető jogokat, például a WHO 1998-as Közgyűlésén elfogadott nyilatkozata ([Ottawai Karta](#)).

A 19. század végén, a 20. század első felében az egészségügyi ellátás elsősorban a fertőző betegségek és az akut esetek kezelését jelentette. A 20. század második felére a társadalmi jólét az átlagéletkort jelentősen megnövelte, így nőtt az egészségügyben ellátott, állandó kezelésre szoruló krónikus betegek száma.

Az egészségi állapot olyan folyamatokkal függ össze, amelyek nem közvetlenül az egészséget célozzák. Ilyen például a gazdasági növekedés, az életviszonyok javulása, a munkanélküliség csökkenése. Az elmúlt években azonban **az egészségügy költségei világszerte gyorsabban emelkedtek, mint a GDP**. A globalizáció ellenére az országok közötti különbségek fokozatosan nőnek és egyes országok egészségpolitikájának középpontjába egyre inkább az egészségügyi kiadások viszafogása került. A 21. századra azonban nyilvánvalóvá vált, hogy **még a gazdaságilag legtehetősebb országok sem képesek a korszerű egészségügyi ellátás szakmai és lakossági igényeit teljeskörűen biztosítani**.

Az egészségügyi szolgáltatás profit- és fogyasztás-orientált lett; az orvostudomány diagnosztikus és terápiás fejlődése korlátlan lehetőségeket biztosít. Az orvosilag lehetséges, a társadalmi igény és a gazdaságilag megengedhető körüli kérdések száma egyre nő.

SEMMEIWEIS TERV

A kormány 2011 júniusában elfogadott egészségügyi programja, a [Simmelweis Terv](#) és a hazai szakirodalom által felvetett fő **problémák az egészségügyben** a következők:

- **alulfejlett intézményrendszer**, koordinálatlan fejlesztések, kevés befektetés az infrastruktúra megújításába;
- olcsó és rossz minőségű anyagok, **elavult eszközök** alkalmazása;
- az **emberi erőforrások** maximálisan túli kihasználása, az orvos-ellátottságban jelentkező kedvezőtlen tendenciák (orvos-elvándorlás, háziorvosi rendszer hiányosságai stb.) felerősödése valamint az országos és nemzetközi összehasonlításban is alacsony bérezés;
- az **orvosi technológia** és költségeinek gyorsabb ütemű növekedése a GDP-hez viszonyítva;
- a **szociális problémák medikalizációja** (a szociális ellátásra szoruló esetek kórházi felvétele), amelynek oka elsősorban a szociális ellátórendszer fejletlensége;
- az ellátó rendszer résztvevői közötti párbeszéd és **érdekegyeztetés hiánya**.

A fogyasztó nem érdekelt a takarékoságban, a szolgáltatónak viszont érdeke a fogyasztás növelése, a költségcsökkentés pedig politikai kockázat. Így **az egészségügy szereplői számára** – fogyasztó/beteg, szolgáltató/beszállító, finanszírozó/állam – **az érdekeltek feloldhatatlannak látszanak**.

A Semmelweis Terv stratégiai prioritásai: olyan forrásteremtési stratégia kidolgozása, amely biztosítja a fenntartható egészségügyet, a fekvőbeteg-ellátórendszer átalakítása és a járóbeteg-szakellátás fejlesztése.

AZ EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSA MAGYARORSZÁGON ÉS AZ EU-BAN

2011-ben **az egészségügyre fordított kiadások aránya a GDP százalékában 7,8 százalék** volt, amellyel Magyarország az OECD-országok között a legrosszabbul finanszíro-

zottak közé tartozik, viszont az EU közösségét tekintve a középmezőnyben helyezkedik el. Az Európai Unió tagállamai között ennél alacsonyabb értéken Lengyelország és Észtország (6,9 és 5,9%) áll, a legnagyobb összeget Hollandia, Franciaország és Németország (11,9; 11,6 illetve 11,3%) költi egészségügyi célokra.

Az OECD-adatai szerint **2011-ben az egy főre jutó összes egészségügyi kiadás USA dollárban (USD)** az OECD-országok átlagában 3 322, az EU-ban 3 231 USD volt. Az unió tagállamai között a legnagyobb összeget Németország (4 495 USD) fordítja egészségügyre, a legkevesebbet **Magyarország (1 689 USD)**, Lengyelország és Észtország (1 452 illetve 1 303 USD).

Az [OECD Health Data 2013](#) szerint 2000 és 2009 között a legtöbb országban az egészségügyi kiadások növekedése volt jellemző, Magyarországon átlagosan évente 2,8 százalék, ami azonban a 4,4 százalékos OECD-, és a 4,6 százalékos uniós átlag alatt maradt. 2010-ben a növekedés lelassult, sőt uniós szinten 0,6 százalékos visszaesés volt tapasztalható.

A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

A felnőtt népesség egészségi állapotának két **legfontosabb jellemzője a várható élettartam**, valamint a megélt életek során elérhető **életminőség**.

Az EU adatai szerint a születéskor várható élettartam 1980 és 2010 között a tagállamok átlagában több mint hat évvel nőtt, Magyarországon 2,6 évvel. A **2011-es életkilátások** tekintetében a **férfiak** Svédországban számíthatnak a leghosszabb életre, ahol kilenc évvel élnek többet, mint **Magyarországon (71,2)**, a **nők** esetében Franciaország áll az élen, ahol a hazánknál **(78,7)** hét évvel magasabb a születéskor várható átlagos élettartam.

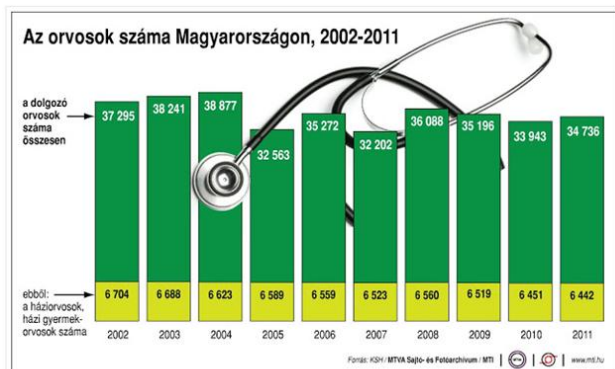
A hazai **kedvezőtlen mutatók egyik fő oka** a magas úgynevezett **korai** (65 éves életkor előtt bekövetkező) **halálozások aránya**. A WHO arányszámainak alapján Litvánia és Lettország után hazánkban halnak meg a leg-

többen idő előtt, 2010-ben a meghaltaknak több mint negyede tartozott ebbe a csoportba.

A hazai lakosság egészségi állapotára vonatkozó adatok azt mutatják, hogy **a magyar lakosság fiatalabban betegszik és hamarabb hal meg**, mint az európai országok többségében élők, és **kevesebb egészséges életévre is számíthat**.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS ALAPPILLÉREI

A KSH adatai szerint **2011-ben Magyarországon a százezer lakosra jutó dolgozó orvosok száma 296 fő**, uniós átlagban 346 fő volt. A legtöbb orvost Görögországban foglalkoztatják (614 fő), a skála másik végén Lengyelország áll (219 fő).



2011-ben a szakképesítést szerzett orvosok száma hazánkban 1431 fő volt. Tekintve, hogy az elmúlt években kevesebb orvos végez (évente 1200-1400 fő), mint ahány állás már most sincs betöltve (1800 üres állás), és hogy a dolgozó orvosok többsége elmúlt 50 éves, az **orvoshiány** az egészségügy minden területén jelentkezett és várhatóan évről évre nőni fog.

További problémát jelent az **egészségügyi szakemberek** egyre nagyobb mértékű **elvándorlása**: a legtöbben Nagy-Britanniában, Németországban, és Ausztriában kapnak állást. Az EU szerint **Európában 2020-ra egymillió egészségügyi szakember hiányzik majd**.

Háziorvosok

A hazai háziorvosi rendszer működését a romló feltételrendszer, finanszírozási nehézségek, az előregedő orvostársadalom és az emelkedő betöltetlen praxisszám jellemzi. 2011-ben az **alapellátáshoz szükséges állások száma az országban 7098, a betöltött állások száma 6984** volt. Az adatok szerint szoros összefüggés mutatható ki az adott térség lakosságának egészségi állapota és betöltetlen praxisok aránya között. Egy háziorvos, illetve házi gyermekorvos a praxisában átlagosan 1600 lakosért felelős, de a praxisok nagysága igen változó.

Járóbeteg-szakellátás

Magyarországon a rendelőintézetekben és a kórházak ambulanciáján végzett **szakvizsgálatok** száma az elmúlt években jelentősen megnőtt: 2008-ban az esetszám 70 millió körül volt, 2011-ben pedig 73 millió fölé emelkedett. A teljesített **évi szakorvosi munkórak száma** a járóbeteg szakellátásban 2011-ben több mint 18 millió óra volt.

Kórházi ellátás

A magyar adatok szerint a kórházi ellátás 2010-ben 71 537 engedélyezett ágyon történt, 2011-ben kis csökkenés volt tapasztalható (71 497 ágy). Az európai tendenciának megfelelő **ágyszámcsökkenés** egybeesett a kórházi kezelések átlagos tartamának csökkenésével és az egynapos vagy ambuláns ellátásban végzett sebészeti beavatkozások számának növekedésével.

A **kórházi ápolás átlagos tartama** napban kifejezve Magyarországon 2011-ben 7,9 nap volt. Az EU országainak átlaga 8,1 nap (legkevesebb Dániában, 4,7 nap, a legtöbb Csehországban és Németországban, 10 nap körül).

A százezer lakosra jutó **kórházi ágyak száma** Magyarországon 2011-ben 719, ami az EU átlagát tekintve (540 ágy) felső-középmezőnyt jelent. A kórházi ágyak száma Németországban a legmagasabb (822) és Svédországban a legalacsonyabb (271).

Magyarországon a **gyógyintézeti halálozási** számadatok nagymértékű romlása figyelhető meg az elmúlt időszakban: 2008-ban 3,1%

volt, 2010-ben nem mutatott jelentősebb növekedést, de 2011-ben 8,9 százalékra nőtt. Az elmúlt évtizedben a legtöbb fejlett országban gyorsan javult az új **diagnosztikai technológiák** (pl. komputertomográfia, mágneses rezonancia vizsgálat) **elérhetősége**. Hazánkban az egymillió lakosra jutó CT- és MRI-vizsgálatok száma 2009-ben 7,2 és 2,8 volt, ami jóval az OECD átlaga (22,1 és 12,0) alatt maradt.

GYÓGYSZERIPAR, GYÓGYSZERELLÁTÁS

Az [Eurostat](#) adatai szerint **a világban a legtöbb gyógyszert az EU-ban gyártják** és forgalmazzák: az unió teljes külkereskedelmi forgalmának 5,8 százalékát jelenti, Magyarországon ez az arány 3,7 százalék, a forgalomban az export dominált. 2009-ben **Magyarország** 2275 millió euró értékű gyógyszert exportált, az import 2 042 millió eurót tett ki. A behozatal 83 százaléka uniós tagállamból származik, a külföldön eladott gyógyszer több mint felét unión belüli országba szállítjuk.

A [Századvég Gazdaságkutató Zrt. 2010-ben készített jelentése](#) szerint a Magyarországon előállított gyógyszerek világszerte (közel 80 országban) forgalomban vannak és a hazai gyógyszerellátásban is jelentős az arányuk. A **gyógyszeripari nagyvállalatok** 2010-ben 1063,0 milliárd forint hozzáadott értékkel

járultak hozzá a nemzetgazdaság teljesítményéhez (ez az ország összteljesítményének 4,7 százaléka).

Gyógyszertárak, gyógyszerértékesítés

2000-től folyamatosan nő a hazai gyógyszer-tárak száma, **2011-ben 2506**, többségében közforgalmú **gyógyszertár működött**.

Gyógyszerekre, gyógyászati segédeszközökre az OECD-országok közül **Magyarországon költenek a legtöbbet**, 2009-ben az egészségügyi kiadások közel harmadát fordították ilyen célra, ami az OECD-országok átlagának duplája (azaz a magyar háztartások gyógyszerkiadásai a 2000. évi 2,2 százalékos részesedésről 2009-re 3,3 százalékra emelkedett). Eközben a gyógyszerek, gyógyárak **fogyasztói ára** az utóbbi 10 évben megkétszereződött, a rendszerváltás óta pedig közel hetvenszeres volt a drágulás.

Az WHO egy tanulmánya ([Rational use of medicines](#)) szerint egyre nagyobb problémát jelent a túl sok gyógyszer fogyasztása, az antibiotikumok és az injekciók túlzott alkalmazása és a szakszerűtlen öngyógyítás. A gyógyszerek nem megfelelő alkalmazása ugyanis egészségkárosodást okozhat, de anyagi veszteségeket is előidéz, mert a betegségek elhúzódása miatt az USA-ban évente 5 milliárd USD, Európában 9 milliárd EUR gyógyszerkiadáshoz vezethetnek.

Források:

- Társadalmi helyzetkép. Egészségügy ([KSH, 2010](#))
- Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2011 (KSH, 2012)
- Forgács Iván: Miért nincs (soha) elég pénz az egészségügyre? – [IME, 2013. 7. szám](#)
- Együtt az egészségért: Stratégiai megközelítés az EU számára 2008-2013 ([Fehér könyv](#))
- [Health at a Glance – Europe 2012](#) – OECD 2012
- [Eurobarométer](#) a betegek egészségügyi ellátásba való bevonásáról 2012.
- WHO European health for all database ([HFA-DB](#))
- [1126. ÁSZ jelentés](#) a háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének ellenőrzéséről. ÁSZ, 2011.

Készítette: Csáková Beáta
Képviselői Információs Szolgálat



E-mail: infoszolg@parlament.hu
Intranet: <http://infoszolg.ogyk.hu>
Tel.: (1) 441-4529; (1) 441-6486