



State of Health in the EU Magyarország

Egészségügyi országprofil
2017

Országprofilok sorozat

Az országprofilok szakpolitikai szempontból releváns rövid áttekintést nyújtanak az uniós tagállamok egészségügyi helyzetéről és egészségügyi rendszereiről, hangsúlyozva az egyes országok sajátosságait és a velük szemben álló kihívásokat. Az országprofilok célja a tagállamok törekvéseinek támogatása a bizonyítékokon alapuló programalkotás során.

Az országprofilok az OECD és a *European Observatory on Health Systems and Policies* közös munkájának eredményeként jöttek létre, az Európai Bizottsággal együttműködésben. A munkacsoport köszönetet mond a tagállamok, valamint Health Systems and Policies Monitor-hálózatának értékes észrevételeiért és javaslataiért.

Tartalom

1 • ÖSSZEFOGLALÓ	1
2 • AZ EGÉSZSÉGÜGYI HELYZET MAGYARORSZÁGON	2
3 • KOCKÁZATI TÉNYEZŐK	4
4 • AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER	6
5 • AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER TELJESÍTMÉNYE	8
5.1 Hatékonyság	8
5.2 Hozzáférhetőség	11
5.3 Reziliencia (ellenálló-, és alkalmazkodóképesség)	13
6 • FŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK	16

Az adatok és információk forrásai

Az országprofilokban szereplő adatok és információk főként az Eurostatnak és az OECD-nek eljuttatott hivatalos nemzeti statisztikákon alapulnak, amelyek hitelesítésére 2017 júniusában került sor a legmagasabb szintű adat-összehasonlíthatóság biztosítása érdekében. Az adatok alapjául szolgáló források és módszerek elérhetők az Eurostat adatbázisában és az OECD egészségügyi adatbázisában. Bizonyos további adatok az Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME; Egészségügyi Mérési és Értékelési intézet), az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC), az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartására vonatkozó felmérések (HBSC) és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) forrásaiból, valamint egyéb nemzeti forrásokból származnak.

A számított uniós átlagok a 28 tagállam súlyozott átlagai, hacsak az másként nem kerül feltüntetésre.

Az ebben a profilban szereplő táblázatokhoz és grafikonokhoz tartozó Excel-munkalapok letöltéséhez gépelje be internetes böngészőjébe az alábbi StatLinkeket:

<http://dx.doi.org/10.1787/888933623495>

Demográfiai és társadalmi-gazdasági környezet Magyarországon 2015-ben

	Magyarország	EU
Demográfiai tényezők	Népesség (ezer)	9 843
	A 65 év feletti népesség aránya (%)	17,9
	Termékenységi arányszám ¹	1,4
Társadalmi-gazdasági tényezők	Egy főre jutó GDP (PPP EUR ²)	19 700
	Relatív szegénységi arány ³ (%)	9,0
	Munkanélküliségi ráta (%)	6,8

1. Az egy főre jutó gyermekszületések száma a 15–49 év közötti nők körében

2. Vásárlóerő-paritás (PPP): pénznemek átszámítására alkalmazott arányszám, amely kiegyenlíti a különböző valuták vásárlóerejét, kiküszöbölve az országok árszínvonalában mutatkozó különbségeket

3. A diskrecionális ekvivalens mediánjövedelem kevesebb mint 50%-ából élő személyek száma.

Forrás: Eurostat adatbázis.

Felelősségkizáró nyilatkozat: Ez a dokumentum kizárólag a szerzők véleményét és érveit tartalmazza, amelyek nem feltétlenül tükrözik az OECD vagy annak tagországai, az *European Observatory on Health Systems and Policies*, illetve annak bármely partnere hivatalos álláspontját. Az itt szereplő vélemények semmi esetre sem tekinthetők az Európai Unió hivatalos álláspontjának.

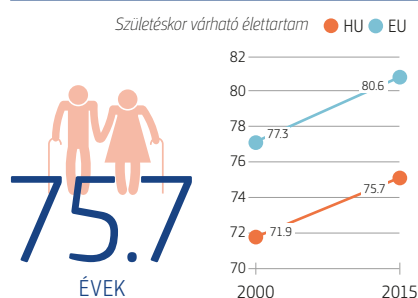
Ez a dokumentum, valamint a benne foglalt adatok és térképek nem érintik a területek státuszát vagy a területek feletti fennhatóságot, a nemzetközi határok kijelölését, illetve a területek, városok vagy térségek nevét.

A WHO további felelősségkizáró nyilatkozatai az alábbi címen olvashatók: <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

1 Összefoglaló

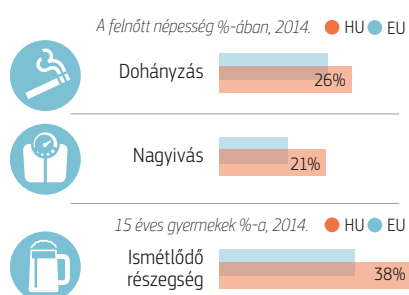
Az elmúlt 15 évben tapasztalt javulás ellenére a várható élettartam Magyarországon továbbra is éveken elmarad a legtöbb uniós országhoz képest. Jelentős különbségek figyelhetők meg a különböző társadalmi-gazdasági csoportok egészségi állapotában, amelyek oka a kockázati tényezőknek való nagyobb mértékű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

Egészségi állapot



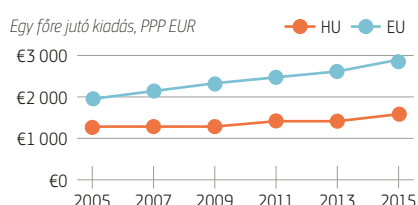
2015-ben a születéskor várható élettartam 75,7 év volt Magyarországon, ami emelkedést jelent a 2000-ben mért 71,9 évhez képest, de még mindig közel öt évvel elmarad az uniós átlagtól. A nemek és a társadalmi-gazdasági csoportok közötti különbség jelentős: a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező 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 halálzási 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

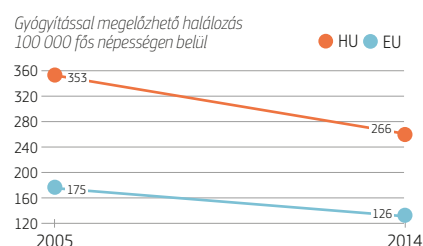


Magyarországon az egészségügyi kiadások jóval az uniós átlag alatt vannak, és az utóbbi évtizedben tovább nőtt ez a különbség. 2015-ben Magyarország fejenként 1428 eurót költött az egészségügyre (a GDP 7,2%-a), ami körülbelül fele a 2797 eurós uniós átlagnak (a GDP 9,9%-a). Az egészségügyi kiadások csupán kétharmada származik állami forrásokból. A zsebből fizetett kiadások (közvetlen lakossági hozzájárulás) magas szintje hozzájárul ahhoz, hogy viszonylag magas azoknak a háztartásoknak az aránya, amelyek katasztrofális egészségügyi kiadással szembesülnek.

Egészségügyi rendszer teljesítménye

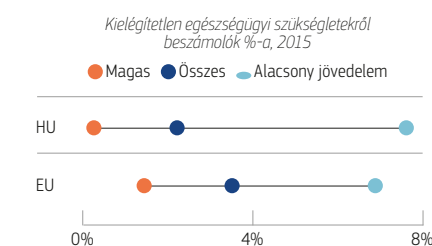
Hatékonyaság

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.



2 Az egészségügyi helyzet Magyarországon

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

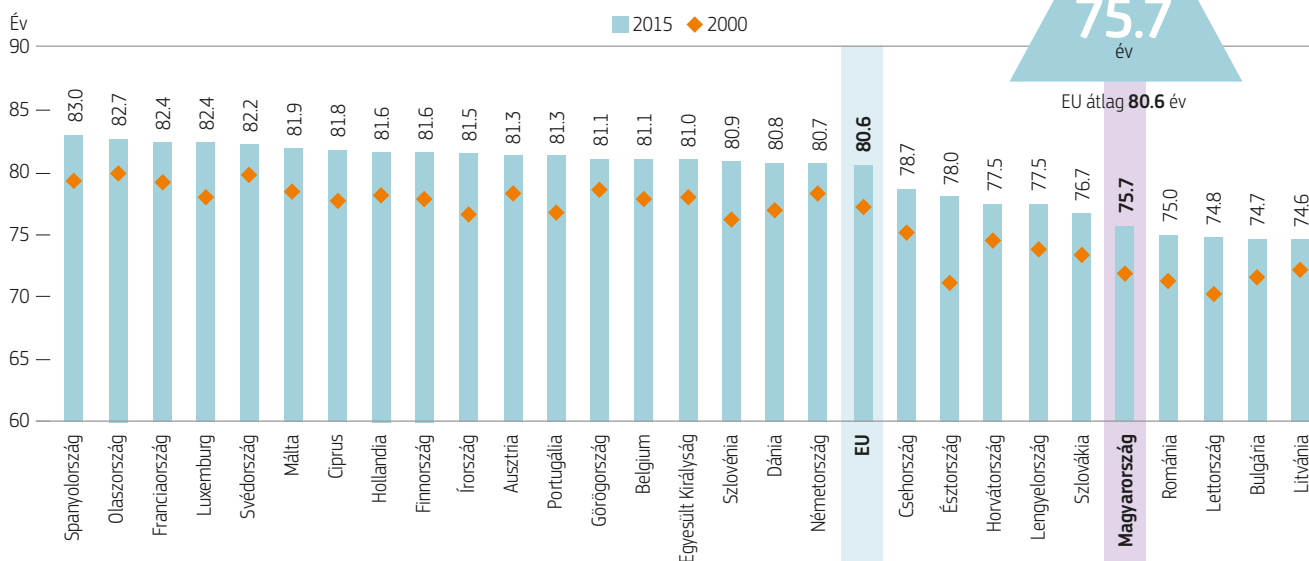
A születéskor várható élettartam közel négy évvel, 75,7-re emelkedett 2000. és 2015. között, azonban még mindig öt évvel az uniós átlag alatt van, ami 80,6 év (1. ábra). Továbbra is jelentős a nemek közötti különbség a várható élettartam tekintetében. A magyar férfiak esetében a születéskor várható élettartam 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 a

várható élettartam azon férfiak és nők körében, akik nem szereztek középfokú végzettséget, több mint 10 évvel alacsonyabb, mint a felsőfokú (egyetemi) végzettséggel rendelkezők körében¹. 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 (Murtin et al., 2017).

1. Az alacsonyabb iskolai végzettségi szintek az alapfokú végzettségnél alacsonyabb, alapfokú vagy alsó középfokú végzettséggel (ISCED 0–2) rendelkezőkre vonatkoznak, míg a magasabb iskolai végzettségi szintek a felsőfokú képzettséggel (ISCED 5–8) rendelkezőkre vonatkoznak.

1. ábra Magyarországon a várható élettartam még mindig közel öt évvel alacsonyabb az uniós átlagnál



Forrás: Eurostat adatbázis.

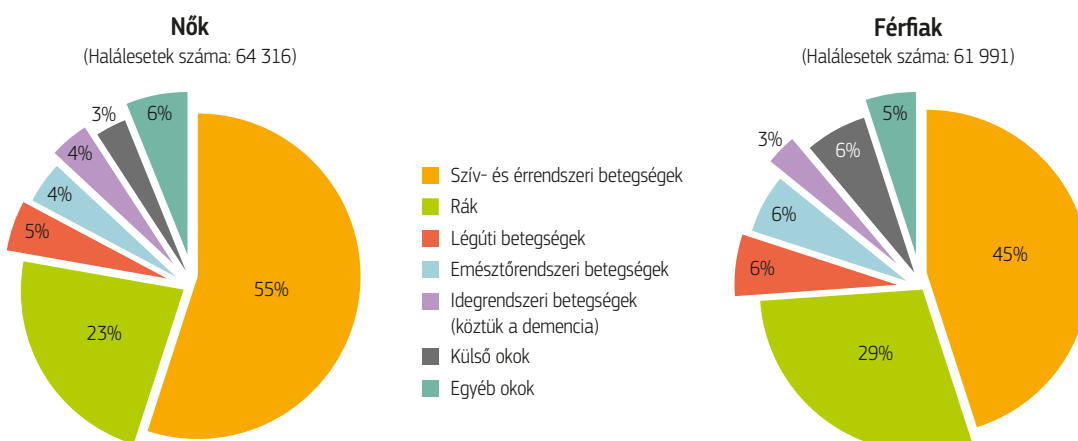
A szív- és érrendszeri betegségek, valamint a rák jelenti továbbra is a fő halálokat

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 halálozat 55%-a) és több mint 27 000 férfi (az összes halálozat 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 (5.1. szakasz). A másik vezető halál oka a magyar nők és férfiak körében a rák. 2014-ben közel 15 000 nő és 18 000 férfi halt meg rákban (az összes halálozat 23%-a, illetve 29%-a).

A konkrét halálokokat vizsgálva azt látjuk, hogy Magyarországon számos halálozatot megváltoztatható életmódbeli kockázati tényezőkhöz kapcsolódik (3. szakasz) (ECDC/WHO, 2016). Az ischaemiás szívbetegségek messze a legtöbb halálozást okozták 2014-ben, utánuk következett a szélütés és a tüdőrák (3. ábra). 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 halálozások száma szintén gyorsan emelkedik Magyarországon, ami a népesség elöregedését, a jobb diagnosztizálást, a hatékony kezeléseket hiányát, valamint a pontosabb kódolást tükrözi. Ugyanakkor az öngyilkosságból és az balesetekből származó halálozások számában 2000. óta megfigyelt csökkenés azt jelzi, hogy pozitív fejlemények történtek e konkrét népegészségügyi kérdések kezelése terén.

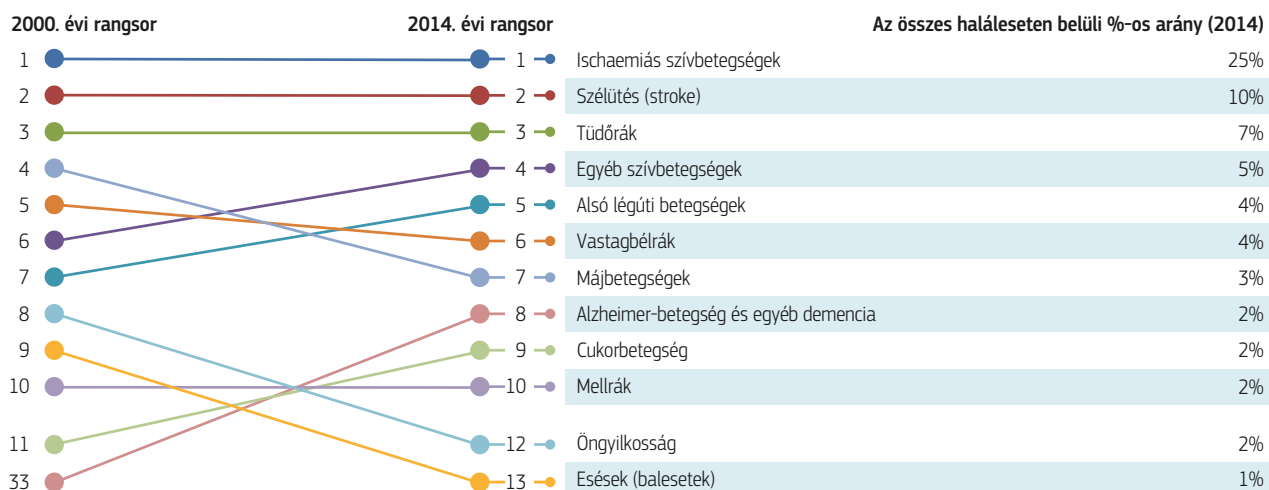
2. ábra A szív- és érrendszeri betegségek, valamint a rák tehetőek felelőssé az összes halálest háromnegyedéért



Megjegyzés: Az adatok megjelenítésére a BNO átfogó fejezetei szerinti lebontásban kerül sor. A demencia az idegrendszer betegségeit tartalmazó fejezetben jelenik meg, hogy együtt szerepeljen az Alzheimer-betegséggel (ami a demencia fő formája). 2014-ben Magyarországon 10%-kal több nő élt, mint férfi.

Forrás: Eurostat adatbázis (az adatok 2014-re vonatkoznak).

3. ábra Az ischaemiás szívbetegségek, a szélütés és a tüdőrák okozza a legtöbb ember halálát Magyarországon



Forrás: Eurostat adatbázis.

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 életévek² (DALY) (IHME, 2016). Ezenfelül az utóbbi években a népesség előregedése 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

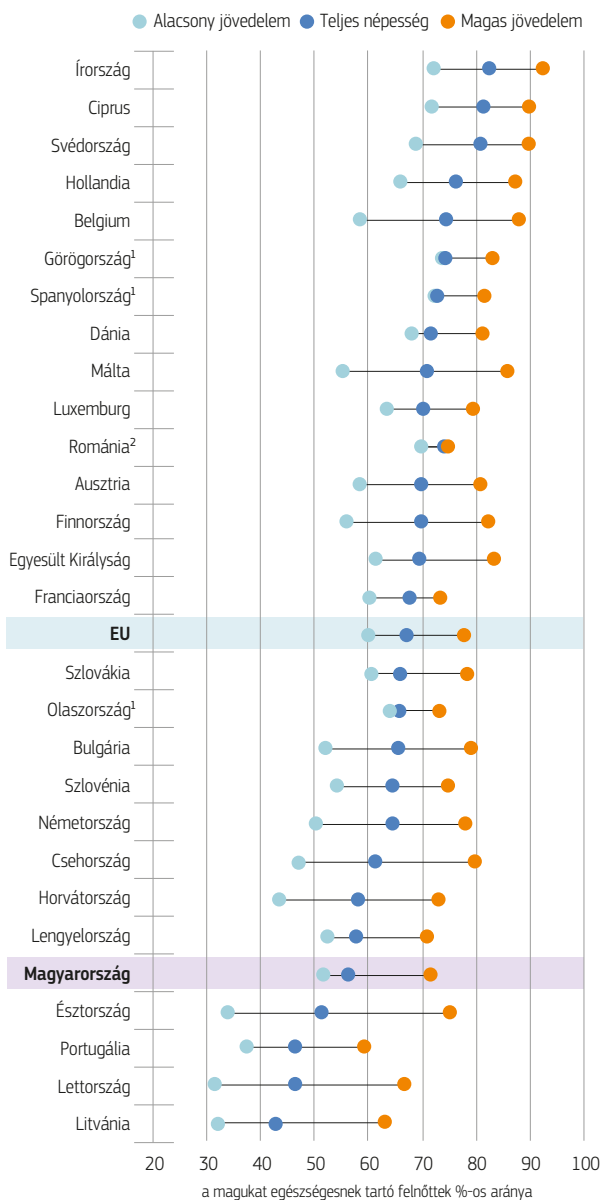
Habár Magyarországon a bejelentett új HIV-fertőzések száma az uniós átlag alatt van, aggodalomra ad okot, hogy az elmúlt évtizedben több mint két és félszeresére emelkedett ezeknek az eseteknek a száma (100 000 fős népességen belül 1 eset 2005-ben, míg 2,7 eset 2015-ben) (ECDC/WHO, 2016). Az új eseteket 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.

2. A DALY a konkrét betegségek és kockázati tényezők következtében elvesztett életévek számának becslésére alkalmazott mutató. Egy DALY egy elvesztett egészséges évet jelent (IHME).

A magyarok között a jó egészségi állapotról beszámolók aránya az ötödik legalacsonyabb az Unión belül

A magyarok alig több mint fele (56%) tartja úgy, hogy jó egészségi állapotban van, ami az egyik legalacsonyabb arány az EU-ban (4. ábra). 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 figyelhető 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.

4. ábra A magyaroknak csupán alig több, mint a fele tartja magát egészségesnek



1. A teljes népességre és az alacsony jövedelemmel rendelkező népességre vonatkozó arányok nagyjából megegyeznek.
2. A teljes népességre és a magas jövedelemmel rendelkező népességre vonatkozó arányok nagyjából megegyeznek.

Forrás: Eurostat adatbázis, az EU-SILC alapján (az adatok 2015-re vonatkoznak).

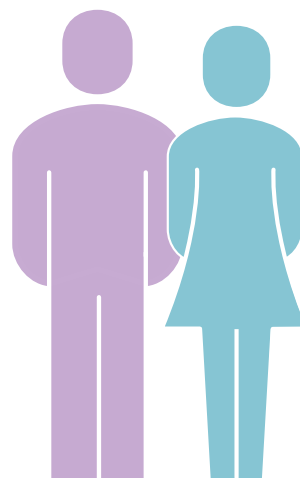
3 Kockázati tényezők

A hátrányos szociális helyzet növeli a kockázati tényezőknek való kitettséget

Magyarországon a várható élettartam és az egyénileg 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 nélkülözésben³, 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 (IHME, 2016). 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.



3. 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 (5. ábra). Csaknem minden harmadik magyar férfi, illetve minden ötödik magyar nő napi rendszerességgel dohányzik; ez az eltérés a tüdőrák okozta magas halálozási arányszámokban is tükröződik (5.1. szakasz). 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

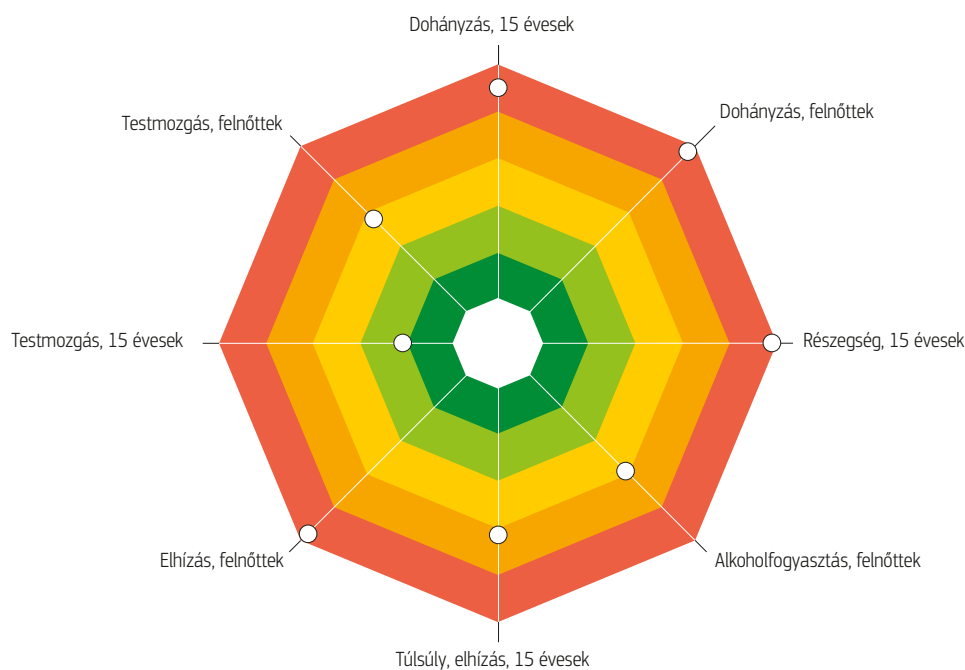
alkoholfogyasztás egyre nagyobb népegészségügyi problémát jelent. 2013–14-ben Magyarországon tízből négy 15 éves számolt be arról, hogy életében már legalább kétszer volt részeg, ami a második legmagasabb arány az EU-n belül (Dánia után), és magas az uniós átlag felett van (25%).

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 után⁴. 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 2001–02. 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 számolt 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 számolt be arról, hogy rendszeres testmozgást végez, addig tíz lány közül csupán egy mondja el magáról ugyanezt.

5. ábra A dohányzás és az elhízás csökkentése fontos népegészségügyi kérdés Magyarországon



Megjegyzés: Minél közelebb helyezkedik el a pont a középponthez, annál jobban teljesít az adott ország az uniós országokkal összehasonlítva. Egyik ország sincs a fehér „célterületen” belül, mivel minden országban van még hová fejlődni minden területen.

Forrás: Az OECD számításai az Eurostat adatbázisa alapján (európai egészségfelmérés 2014-ben vagy 2014 táján), OECD egészségügyi statisztikák, valamint az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartására vonatkozó felmérések 2013–14-ben (ábratervez: Laboratio MeS).

4. Tényleges magasság- és testsúlymérések alapján (amelyekkel pontosabban megállapítható az elhízás, mint az önbeszámoláson alapuló adatok segítségével) 2014-ben a felnőttek 30%-a volt elhízott Magyarországon.

4 Az egészségügyi rendszer

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 kapta (1. keretes rész).

Magyarország viszonylag keveset költ az egészségügyre

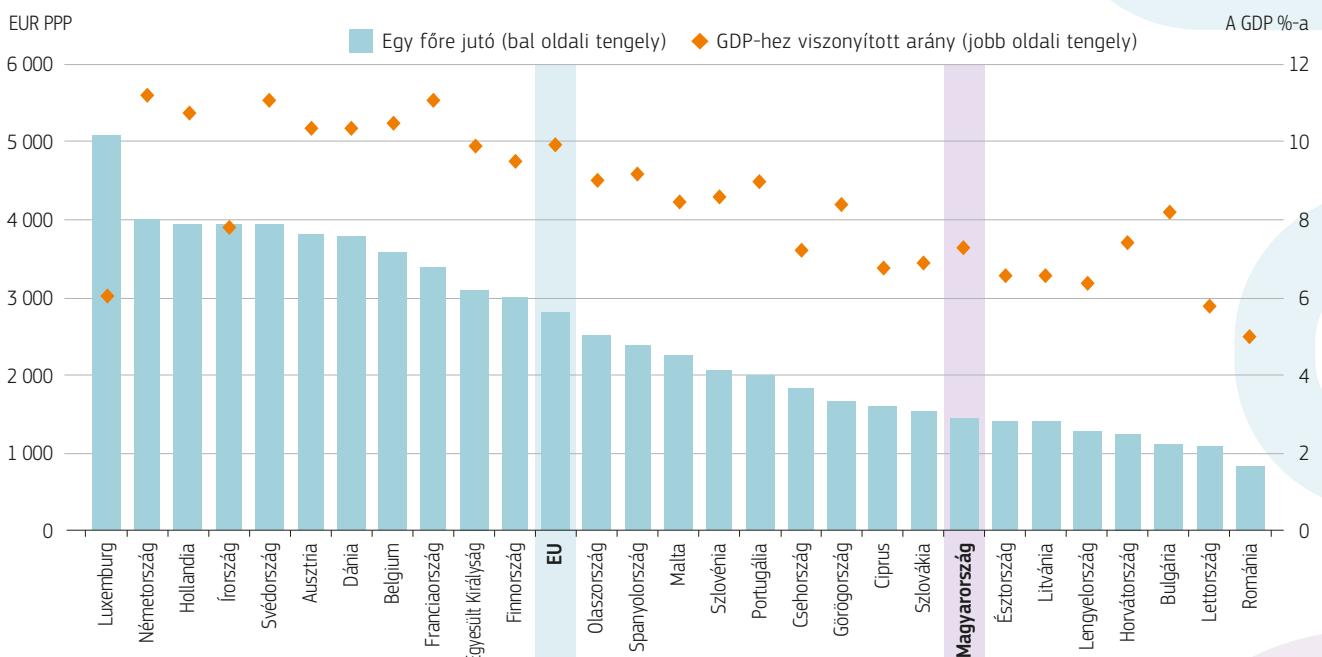
2015-ben Magyarország fejenként 1428 eurót költött az egészségügyre (vásárlóerőparitáson számolva), ami kb. az uniós átlag fele (6. ábra). A GDP egészségügyi kiadásokra fordított része mindössze 7,2% volt, ami csökkenést jelent a 2005-ös 8,0%-hoz képest. Ez az arány sokkal alacsonyabb, mint a 9,9%-os uniós átlag.

Az elmúlt évtizedben az egy főre jutó egészségügyi kiadás lassú növekedése leginkább a közkiadások szigorú fékentartásának volt

1. KERETES RÉSZ A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER KÖZPONTOSÍTÁSA 2012. ÓTA ZAJLIK

A magyar közigazgatási rendszer központosítására irányuló szélesebb körű átalakítási folyamat részeként, valamint részben a túlzott bürokrácia és a regionális egyenlőtlenségek felismerésének hatására 2012. óta az egészségügyi rendszer fő intézményei és szolgáltatásai csaknem állandó jellegű centralizációs, visszaállamosítási folyamaton mennek keresztül, melynek során többek között a kórházak tulajdonjoga a helyi önkormányzatoktól visszakerült a központi kormányzathoz. A 2015-ben végrehajtott további összevonások és átszervezések eredményeként az Állami Egészségügyi Ellátó Központ lett más, korábban független hatóságok ernyőszerkezete. Ma ez a szervezet a vezető egészségügyi szolgáltató is. Feladatai között szerepel a kórháztervezés, az ellátásszervezés, az egészségügyi szakemberek működésének engedélyezése, a külső finanszírozás kezelése, a nemzeti egészségügyi stratégiák végrehajtása, valamint a nemzetközi kutatószervezetekkel való kapcsolattartás (pl. az e-egészségügy bevezetésével kapcsolatban). 2017 első felében olyan, korábban önálló finanszírozó és irányító szervezeteket is, mint az OEP, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, valamint az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ integráltak az Emberi Erőforrások Minisztériumába.

6. ábra Magyarországon az egy főre jutó egészségügyi kiadás az uniós átlag fele



Források: OECD egészségügyi statisztikák; Eurostat adatbázis; a WHO globális egészségügyi kiadásokra vonatkozó adatbázisa (2015. évi adatok).

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 kassza 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 (5.3. szakasz).

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 szolgáltatáscsomagról 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 orvostechikái eszközök) bevonására a rendelkezésre álló legjobb bizonyítékok alapján kerüljön sor, különös hangsúlyt helyezve az egészségügyi technológiaértékelésekre. Habár a szolgáltatáscsomag 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 (Auraaen et al., 2016).

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 ágyas uniós átlaggal).

2015-ben a magyar betegek átlagosan 9,5 napot töltöttek kórházban, ami az egyik leghosszabb időszakkal számít az EU-n belül. A kórházi elbocsátások száma szintén az uniós átlag felett van, 2015-ben 1 000 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 (5.3. szakasz).

Az egészségügyi munkaerő-állomány idősödik, miközben a fiatal orvosok és ápolók egyre mobilabbak

Magyarországon az orvosok száma elmarad az uniós átlagtól (1 000 lakosra 3,1 orvos jut, szemben a 3,6-os uniós átlaggal), csakhogy, mint az ápolók száma (1 000 lakosra 6,5 ápoló jut, szemben a 8,4-es uniós átlaggal). Az orvosoknak csak egy kis hányada háziorvos (csupán kb. 12% 2010-ben, ami a legutóbbi rendelkezésre álló év). Ezenfelül a háziorvosok közel fele 60 év feletti, míg csupán 10%-a fiatalabb 40 évesnél, és ez tényező várhatóan tovább csökkenti majd az alapellátáshoz való hozzáférést a háziorvosok 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 háziorvosok foglalkoztatása, és ez még nagyobb problémát fog jelenteni, amikor majd új orvosokat kell találni az ezeken a területeken jelenleg ellátást nyújtó sok-sok háziorvos 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 közszerfát 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 háziorvosok szerepét újradefiniálták a legutóbbi reformok során

Az alapellátás biztosítása a helyi önkormányzatok felelősségi körébe tartozik, és magában foglalja a háziorvosi szolgáltatásokat, a védőnői szolgáltatást, az iskolai egészségügyi szolgáltatásokat és az ügyeleti ellátást. Az alapellátást főként háziorvos nyújtja, a betegek pedig szabadon választhatják meg a nekik megfelelő háziorvost, és évente egyszer orvost is válthatnak. A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosok 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 háziorvosok feladatainak újradefiniálásával (többek között hangsúlyt helyezve a betegségek megelőzésére), a praxisközösségek és Egészségfejlesztési Irodák támogatásával, valamint a finanszírozási technikák felülvizsgálatával. E reformok ellenére a háziorvosi ellátást elsősorban továbbra is fejkvóta illetve költségvetés alapján finanszírozzák.

5 Az egészségügyi rendszer teljesítménye

5.1 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 arányszámról⁵ 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 (7. ábra). Az ischaemiás szívbetegségek az összes gyógyítással elkerülhető haláleset 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 (Gyenes et al., 2016). Másrészt 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

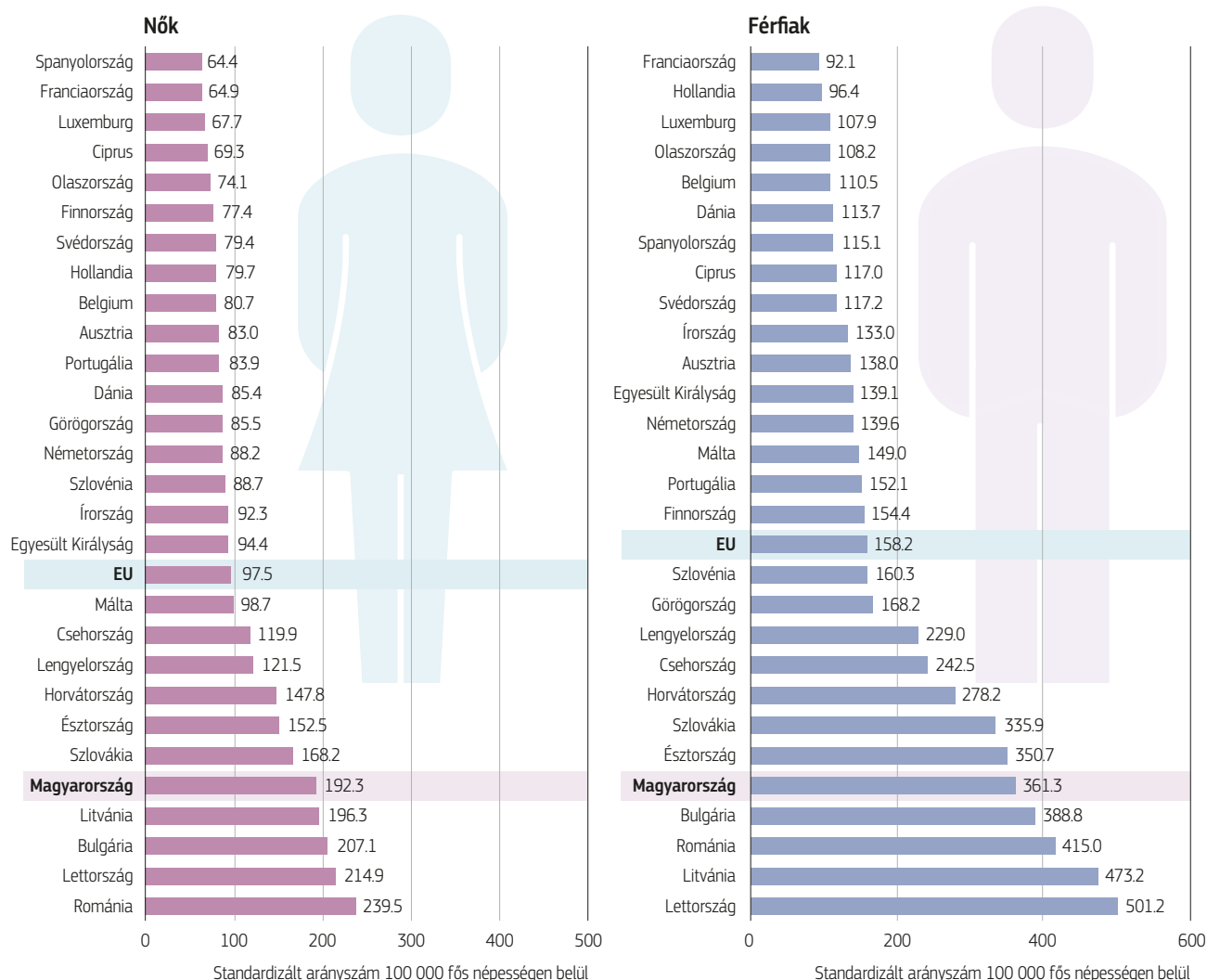
2. KERETES RÉSZ ELŐRELEPÉSEK AZ ORSZÁGOSVASTAGBÉLRÁK-SZŰRŐPROGRAM BEVEZETÉSE ÉRDEKÉBEN

Magyarország hosszú évek óta azok között az uniós országok között van, amelyekben a legmagasabb a vastagbélrák előfordulása és a belőle származó halálozások száma. Ennek ellenére nincs országos vastagbélrák-szűrőprogram, aminek több oka van. Először is Magyarországon nem született szakmai konszenzus a tekintetben, hogy mely vastagbélrákszűrési módszereket részesítsék előnyben. Másodszor az egészségügyi szakemberekben jelentkező hiány megnehezítette a lakosság széles körét megcélzó vastagbélrák-szűrőprogram elindítását. Harmadszor pedig a szigorú költségvetési megszorítások idején szóba sem jöhetett a szükséges eszközökbe való befektetés és a program finanszírozása.

Ugyanakkor azonban az elmúlt években sor került több kísérleti projekt végrehajtására szerte az országban. Döntés született arról, hogy ezekből a kísérleti projektekből országos kiterjedésű, önkéntes részvételen alapuló vastagbélrák-szűrőprogramot hoznak létre, amely a széketben lévő vér kimutatásán alapul, és amennyiben ennek a vizsgálatnak az eredménye pozitív, akkor ezt kolonoszkópiás vizsgálat követi. Az EU pénzügyi támogatásával sor került a szükséges eszközök beszerzésére, és az országos szűrőprogram még 2017-ben elindul.

5. A gyógyítással elkerülhető halálozás körébe tartoznak azok a korai halálesetek, amelyek elkerülhetők lettek volna időben nyújtott és hatékony egészségügyi ellátás biztosításával.

7. ábra A gyógyítással elkerülhető halálzási arányszámok tekintetében Magyarország elmarad a többi uniós országtól



Forrás: Eurostat adatbázis (az adatok 2014-re vonatkoznak).

elérhetőségével kapcsolatban. Bizonyos rákbetegségek, így a méhnyakrák, a mellrák 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 a mellrák és a méhnyakrák vonatkozásában, és hamarosan bevezetésre kerül az országos vastagbélrák-szűrőprogram is (2. keretes rész).

A meglévő programok ellenére jelentős mértékű egyenlőtlenségek figyelhetők meg a különböző térségekben és társadalmi-gazdasági csoportokban a szűrésekhez való hozzáférés terén, a mellrák és a méhnyakrák tekintetében pedig továbbra is viszonylag alacsony 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.⁶ A méhnyakszűrés esetében még alacsonyabb volt a részvétel. Az elmúlt évtizedben 40% körüli szinten stagnált a méhnyakszűrésen rendszeresen részt vevő nők aránya, ami a legalacsonyabb arány az EU-n belül.

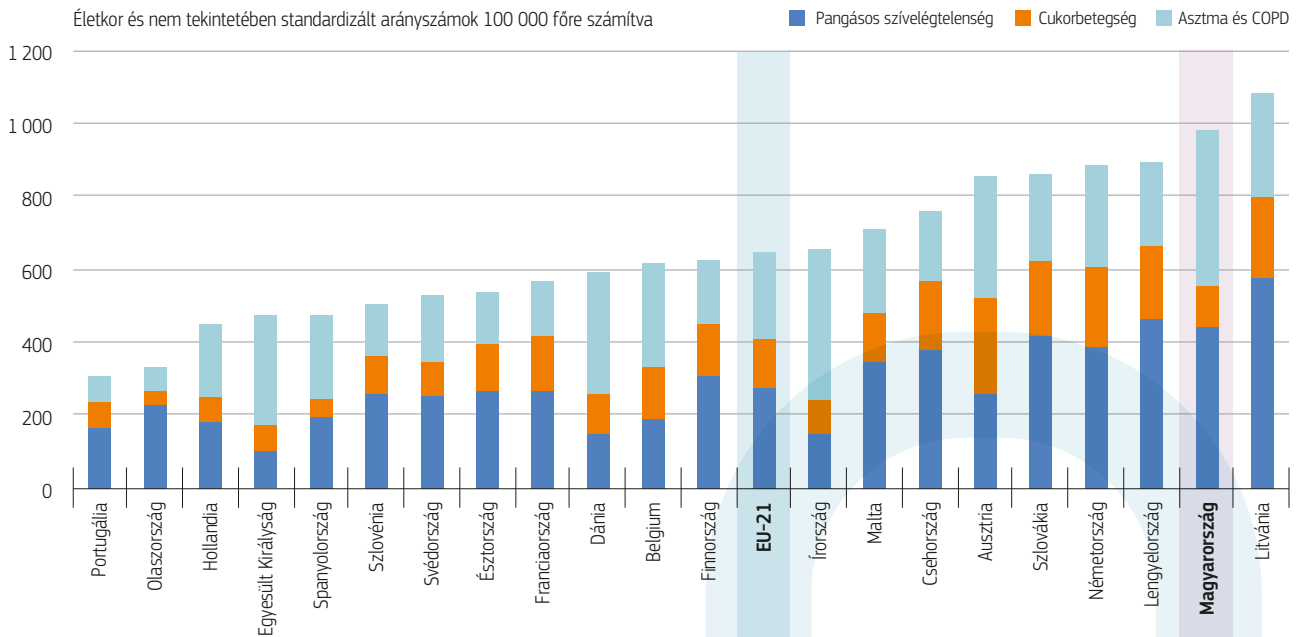
6. A 2014. évi egészségfelmérésből származó, önbeszámolón alapuló adatok magasabb arányokat mutatnak: 65%-ot a mellrákszűrés esetében, és 60%-ot a méhnyakrákszűrés esetében 2014-ben.

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 járóbeteg-szakellátás keretében, nyújtott ellátása érdekében tett erőfeszítések ellenére a magyar egészségügyi rendszer továbbra is erősen kórházközpontú (5.3. szakasz). Az egy orvosos háziorvosi praxisok túlsúlya az alapellátásban, amihez hozzájárul az háziorvosok 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

8. ábra Magyarországon az ambuláns ellátásban is karbantartható állapotok miatti kórházi kezelések aránya a második legmagasabb az Unión belül



Megjegyzés: Az arányok nem kerültek kiigazításra az egészségügyi ellátási szükségletekkel, illetve az egészségügyi kockázati tényezőkkel.

Forrás: OECD egészségügyi statisztikák (az adatok 2015-re vagy a legutóbbi évre vonatkoznak).

jobb ellátásban részesülhessenek a kórházon kívül. Összességében elmondható, hogy ez EU-ban Magyarországon a második legmagasabb az ambuláns ellátásban is karbantartható állapotok miatti kórházi kezelések 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 cukorbetegség kórházon kívüli kezelése terén, mivel e területen a kórházi kezelések aránya körülbelül az uniós átlag felét teszi ki (8. ábra).

A megelőzhető halálesetek 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 halálesetek azt jelzik, hogy Magyarország számára továbbra is kihívást jelent a korai halálesetek 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 halálesetek 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 (Gyebnár és Vokó, 2011). Ezenfelül a rendszerváltás óta elfogadott népegészségügyi programok, amelyek hangsúlyozták az egészségi 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 transzszírsavtartalmának 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 (5.3. szakasz).

Az elmúlt 15 év során Magyarország megerősítette az antimikrobiális rezisztencia elleni küzdelemre irányuló nemzeti stratégiáit is (3. keretes írás).

3. KERETES RÉSZ AZ ANTIMIKROBIÁLIS REZISZTENCIA NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PRIORITÁS MAGYARORSZÁGON

Magyarországon magas a rezisztens fertőzések aránya az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) által megfigyelt legtöbb kórokozó tekintetében (ECDC, 2017). A nemzeti referencia laboratóriumok hálózatára épülő Nemzeti Bakteriológiai Surveillance (NBS) rendszert 2001-ben hozták létre a humán gyógyászatban a legveszélyesebbnek tartott kórokozók ellenőrzése érdekében. A webalapú Nemzeti Nosocomialis Surveillance Rendszer (NNSR) 2004-ben került bevezetésre az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések monitorozása céljából. 2009-ben az Egészségügyi Minisztérium rendeletet adott ki, amely jogszabályi keretet biztosított az országban létező összes fertőzés és antimikrobiális rezisztencia ellenőrzési tevékenységre vonatkozóan,

és kiszélesítette azok körét a járványügyi felügyelet (surveillance) alá vont kórokozók és fertőzések, valamint az ehhez kapcsolódó adatokat jelentő kórházak és laboratóriumok száma tekintetében. 2011-ben az EU Tanácsának magyar elnöksége adott otthont Budapesten az antimikrobiális rezisztenciával foglalkozó transzatlanti munkacsoport második találkozásának. Ma az antimikrobiális rezisztencia népegészségügyi prioritást jelent a magyar kormány számára, és az ország arra törekszik, hogy az antimikrobiális rezisztenciára vonatkozó, átfogó nemzeti stratégiai cselekvési tervet dolgozzon ki és hajtsa végre az Európai Bizottság ajánlásával összhangban.

Forrás: ECDC, 2017.

5.2 HOZZÁFÉRHETŐSÉG

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

Az EU-SILC 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 (9. ábra), a legnyomósabb okként anyagi akadályokat jelölve.

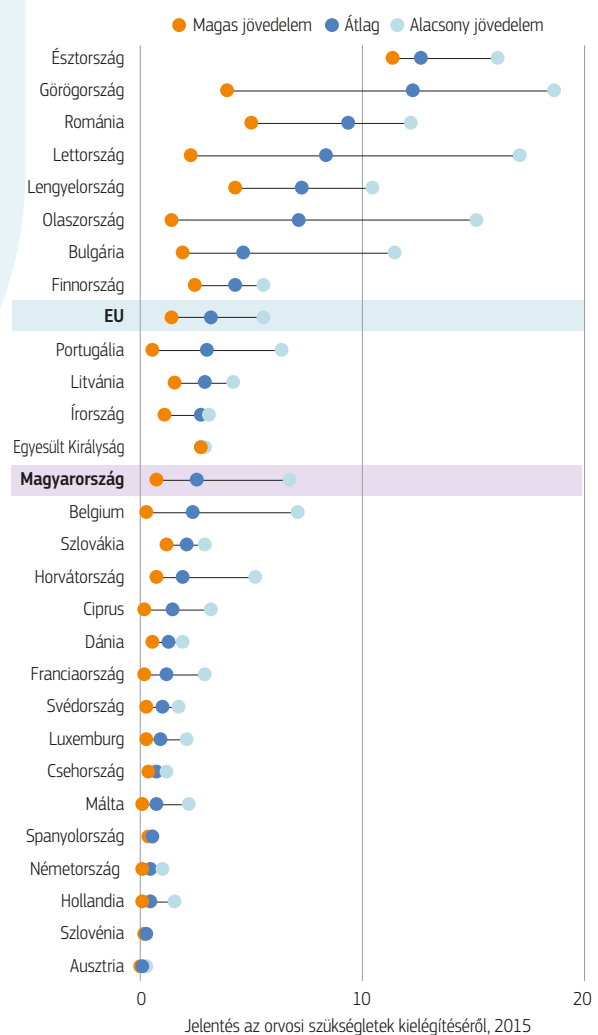
Az előre tervezett (elektív) sebészeti beavatkozások, így a szürkehályog, a térd-, és csípőprotézis műtétek esetében az utóbbi években csökkent a várakozási idő. Ugyanakkor azonban jelentős területi eltérések figyelhetők meg az ezekkel a beavatkozásokkal kapcsolatos várakozási idők tekintetében: több 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 paraszolvenciát, Magyarországon az összes egészségügyi kiadás 29%-át teszik ki, vagyis a 15%-os uniós átlag csaknem kétszeresét (10. ábra).

Magyarországon a zsebből fizetett kiadások kb. felét gyógyszerkészítményekre fordítják. Ez az arány sokkal magasabb,

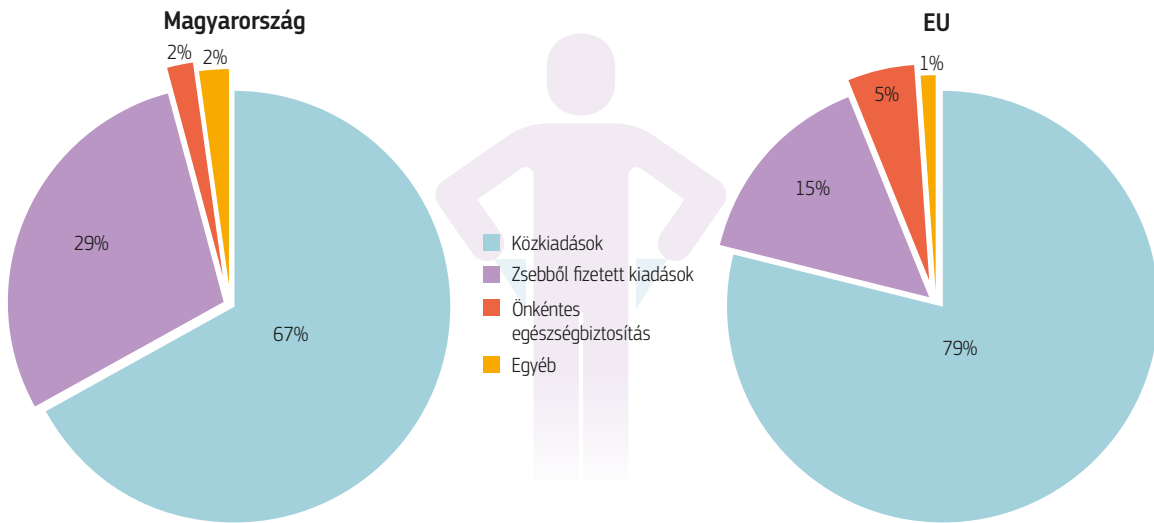
9. ábra Az alacsony jövedelemmel rendelkező háztartások a kielégítetlen egészségügyi szükségletek viszonylag magas szintjéről számolnak be



Megjegyzés: Az adatok a költségek, az utazási távolság vagy a várakozási idők miatti kielégítetlen szükségletekre vonatkoznak. A különböző országok adatainak összehasonlítása során körültekintően kell eljárni, mivel vannak bizonyos eltérések az alkalmazott felmérési eszközökben.

Forrás: Eurostat adatbázis, az EU-SILC alapján (az adatok 2015-re vonatkoznak).

10. ábra Magyarországon a zsebből fizetett kiadások az uniós átlag kétszeresét teszik ki



Forrás: OECD egészségügyi statisztikák; Eurostat adatbázis (az adatok 2015-re vonatkoznak).

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 (5.3. szakasz).

A paraszolvencia 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 paraszolvencia 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 paraszolvenciát 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 paraszolvencia 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 szembesülnek⁷, 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 (11. ábra). 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.

7. Katasztrofális egészségügyi kiadásra a háztartások olyan, zsebből fizetett kiadást értjük, amely meghaladja a létfenntartási szükségletek (vagyis élelmiszer, lakhatás és közüzemi számlák) nélkül számított összes háztartási jövedelem 40%-át.

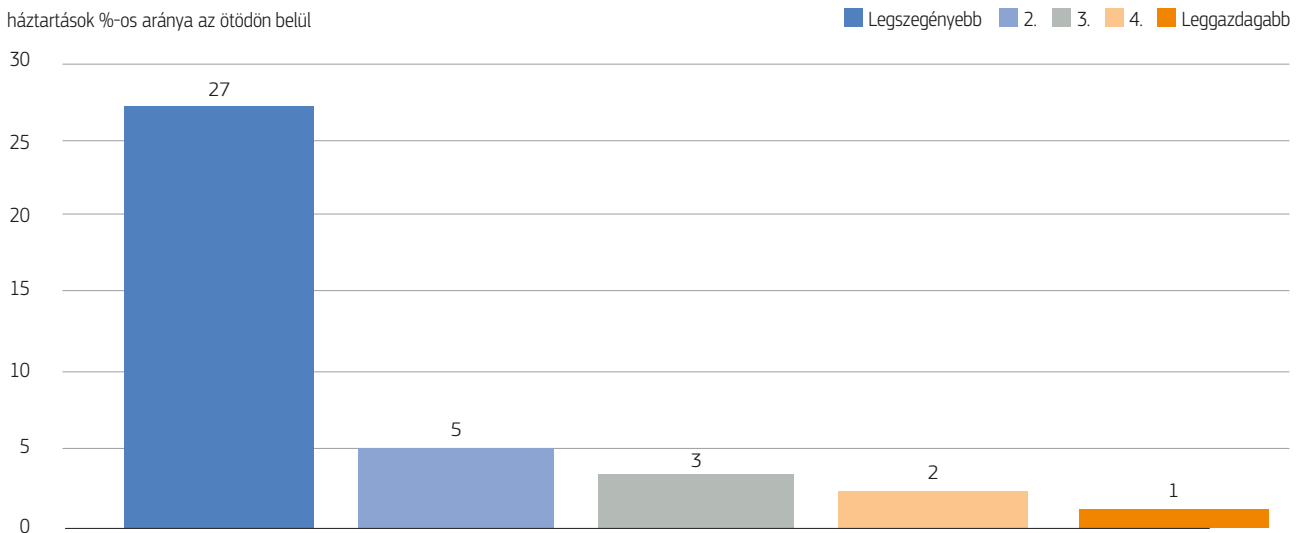
Úgy tűnik, hogy az utóbbi időben történt jelentős mértékű fizetésemeléseknek köszönhetően csökkent az egészségügyi dolgozók kivándorlása

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 dolgozókat, 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.

11. ábra Az alacsony jövedelmű háztartások több mint egynegyede katasztrofális egészségügyi kiadással szembesül



Megjegyzés: Az adatok 2014-re vonatkoznak.

Forrás: Gaál és Lindeisz, 2017 (a közeljövőben esedékes).

5.3 REZILIENCIA (ELLENÁLLÓ-, ÉS ALKALMAZKODÓKÉPESSÉG)⁸

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 egyetértének 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 (12. ábra). 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 (Gyenes et al., 2016). 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 történő áttéréshez szükséges beruházások késésének tulajdonítható, amelyekre a szűkös költségvetési keretek miatt sokszor nem jut elég pénz.

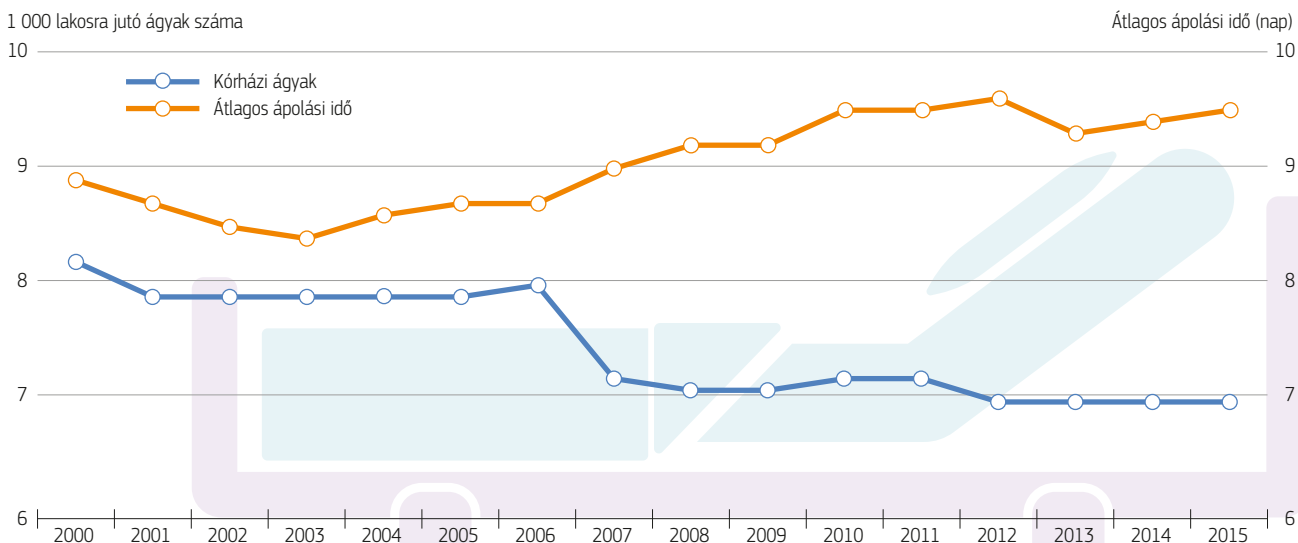
A gyógyszerkészítményekre fordított állami és zsebből fizetett kiadás egyaránt magas

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).

⁸ A reziliencia azt mutatja, hogy az egészségügyi rendszerek mennyire hatékonyan képesek alkalmazkodni a változó környezethez, a hirtelen megrázkódtatásokhoz vagy a válságokhoz.

12. ábra 10 évvel ezelőtt csökkent a kórházi ágyak száma, de az átlagos ápolási idő emelkedik



Forrás: Eurostat adatbázis.

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 betegségtől szenvedő lakosság gyorsan növekvő hányadának személyközpontú ellátásához szükséges kapacitások. Emiatt a krónikus betegségtől 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 (4. keretes rész).

4. KERETES RÉSZ ELMARADT AZ ALAPELLÁTÁS, JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS MEGERŐSÍTÉSÉT SZOLGÁLÓ REFORMOK ÁLTALÁNOS VÉGREHAJTÁSA

Számos, az alapellátás megerősítését célzó próbálkozás elbukott Magyarországon. Az ellátásszervezésre irányuló, 1999-ben indított ígéretes modellkísérletet 2008-ban megszüntették. A *Semmelweis* Terv néven megismert, az egész ágazatra kiterjedő, 2011. évi reform egyik központi eleme volt az alapellátás megerősítése a szolgáltatók közötti betegutak összehangolásával, az ellátásszervezés megerősítésével, multidiszciplináris szakrendelők bevonásával, valamint a krónikus betegségek menedzsmentjének egységesítésével. A reformfolyamat középpontjában azonban a kórházi ágazat államosítása állt, az alapellátás reformja pedig másodlagos prioritássá vált, így az nem bontakozhatott ki teljes mértékben a reform időszakának lezárulásáig. Egyéb kísérleti projektek, mind például a Svájci Hozzájárulás keretében támogatott Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, az Észak- és Kelet-Magyarország gyengén ellátott térségeiben élő, szociálisan hátrányos helyzetű lakosságot célozták meg, és értékes adatokkal szolgálhatnak az alapellátás jövőbeni megerősítéséhez.

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 működőképesé válik. Az e-egészségügy bevezetése a háziorvosok körében Magyarországon megközelíti az uniós átlagot, és az egyik legmagasabb arányú a szomszédos országok között⁹. Ennek eredményeképp a háziorvosok könnyebben hozzáférhetnek betegek 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

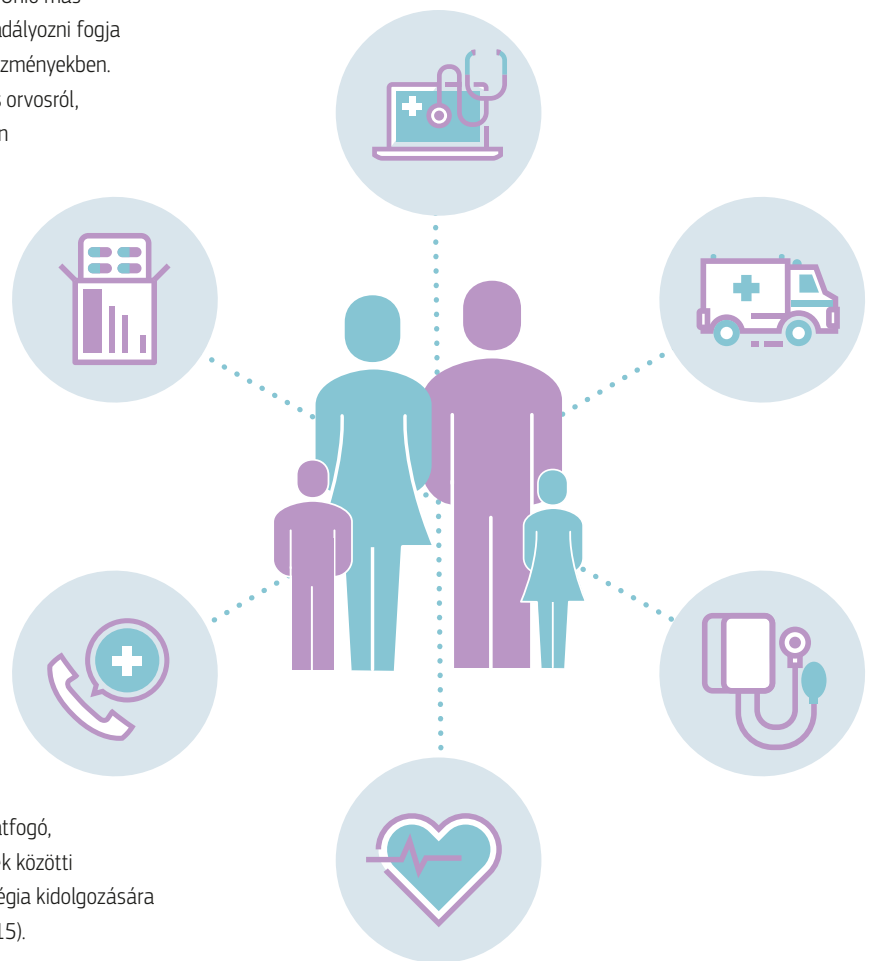
Az egészségügyi dolgozók folytatódó kivándorlása az Unió más országaiba, illetve a magánszférába való áttérése akadályozni fogja az ellátáshoz való hozzáférést a közfinanszírozott intézményekben. Ezért gondoskodni kell megfelelő számú új ápolóról és orvosról, aki majd azok helyébe lép, akik az elkövetkező 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 (Európai Bizottság és Gazdaságpolitikai Bizottság, 2015).

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.



9. Összetett intézkedések kidolgozására került sor négy területre vonatkozóan: a) elektronikus egészségügyi nyilvántartások; b) egészségügyi információk cseréje; c) távegészségügy; és d) a betegek elektronikus hozzáférése saját egészségügyi adataikhoz.

6 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.
- A nemek 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 rákbetegségek (pl. mellrák, méhnyakrák és vastagbélrák) miatti legmagasabb halálozási arányszámokról számolnak be. Országos programok működnek a rendszeres mellrák- 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 tenne 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.



Fő források

Gaál P. et al. (2011), "Hungary: Health System Review" [Magyarország: Az egészségügyi rendszer áttekintése], *Health Systems in Transition* [Átalakulóban lévő egészségügyi rendszerek], 13. évfolyam, 5. szám, 1–266. o.

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle* [Egészségügyi pillanatkép: Európa, 2016. – Egészségi állapot az Európai Unióban], OECD Publishing, Párizs, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Hivatkozások

Auraaen A. et al. (2016), "How OECD Health Systems Define the Range of Goods and Services To Be Financed Collectively" [Az OECD egészségügyi rendszereinek módszere a közösen finanszírozandó termékek és szolgáltatások meghatározására], *OECD Health Working Papers* [OECD egészségügyi munkadokumentumok], 90. szám, OECD Publishing, Párizs, <http://dx.doi.org/10.1787/5jlnb59ll80x-en>.

ECDC (2017), "Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe 2015" [Antimikrobiális rezisztencia surveillance Európában, 2015], *Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)* [Az antimikrobiális rezisztencia surveillance hálózat éves jelentése].

ECDC/WHO (2016). *HIV Surveillance in Europe, 2015* European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.

Európai Bizottság (2016). "Joint Report on Health Care and Long-term Care Systems & Fiscal Sustainability" [Közös jelentés az egészségügyről és a hosszú távú gondozásról, valamint a költségvetési fenntarthatóságról] *Institutional Paper 37, 2. szám*, Brüsszel.

Európai Bizottság (Gazdasági és Pénzügyi Főigazgatóság) és Gazdaságpolitikai Bizottság (a népesség elöregedésével foglalkozó munkacsoport) (2015), "The 2015 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)" [2015. évi jelentés az idősödésről – Gazdasági és költségvetési előrejelzések az EU 28 tagállamára vonatkozóan (2013–2060)], *European Economy*, 3. szám, Brüsszel, május.

Gaál P. és F. Lindeisz (2017, a közeljövőben esedékes), *Moving Towards Universal Health Coverage: New Evidence on Financial Protection in Hungary* [Az egyetemes egészségügyi ellátás felé vezető úton: A pénzügyi védelemre vonatkozó új bizonyítékok Magyarországon], a WHO európai regionális irodája, Kopenhága.

Gyenes P. et al. (2016), *The Performance Assessment of the Hungarian Health System 2013–15* [A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése, 2013–2015], Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest.

Gyebnár B. és Z. Vokó (2011), „A népegészségügyi programok múltja, jelene és várható jövője Magyarországon”, *Népegészségügy*, 89. évfolyam, 2. szám, 126–134. o.

IHME (2016), "Global Health Data Exchange" [Globális egészségügyi adatcsere], elérhető: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Murtin F. et al. (2017), "Inequalities in Longevity by Education in OECD Countries: Insights from New OECD Estimates" [Egyenlőtlenségek az élettartamban az OECD-országokban, iskolai végzettség szerint], *OECD Statistics Working Papers* [OECD statisztikai munkadokumentumok], 2017/02. szám, OECD Publishing, Párizs, <http://dx.doi.org/10.1787/6b64d9cf-en>.

OECD (2016), *Society at a Glance 2016: OECD Social Indicators* [2016. évi társadalmi pillanatkép: OECD társadalmi mutatók], OECD Publishing, Párizs, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264261488-en>.

Az országnevek rövidítéseinek jegyzéke

Ausztria	AT	Egyesült Királyság	UK	Horvátország	HR	Magyarország	HU	Spanyolország	ES
Belgium	BE	Észtország	EE	Írország	IE	Málta	MT	Svédország	SE
Bulgária	BG	Finnország	FI	Lengyelország	PL	Németország	DE	Szlovákia	SK
Ciprus	CY	Franciaország	FR	Lettország	LV	Olaszország	IT	Szlovénia	SI
Csehország	CZ	Görögország	EL	Litvánia	LT	Portugália	PT		
Dánia	DK	Hollandia	NL	Luxemburg	LU	Románia	RO		

State of Health in the EU

Egészségügyi országprofil 2017

Az országprofilok, amelyek a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD), valamint az *European Observatory on Health Systems and Policies* közös munkájának eredményeként jöttek létre, fontos lépést jelentenek az Európai Bizottság kétéves „Egészségi állapot az Európai Unióban” című kezdeményezésében. A sorozat a Bizottság koordinálásával és az Európai Unió pénzügyi támogatásával jött létre.

A szakpolitikai szempontból releváns rövid országprofilok átlátható, következetes módszertanon alapulnak, mennyiségi és minőségi mutatók felhasználásával, mégis rugalmasan igazodnak az egyes uniós tagállamok helyzetéhez. A cél olyan kölcsönös tanulási és önkéntes adatcsere eszköz létrehozása, amely támogatja a tagállamok bizonyítékokon alapuló döntéshozatalra irányuló törekvéseit.

Minden országprofil rövid összefoglalást nyújt az alábbiakról:

- az ország egészségügyi állapota
- az egészség meghatározói, az egészségmagatartási kockázati tényezőkre összpontosítva
- az egészségügyi rendszer szervezete
- az egészségügyi rendszer hatásossága, eredményessége, hatékonysága, hozzáférhetősége és rezilienciája (ellenálló-, és alkalmazkodóképessége)

Ez a kétévente megjelenő országprofilok első, 2017 novemberében kiadott sorozata. A Bizottság az országprofilok fő megállapításait kísérő jelentéssel egészíti ki.

További információkért lásd: ec.europa.eu/health/state/summary

Kérjük, hogy erre a publikációra a következőképpen hivatkozzon:

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>

ISBN 9789264285231 (PDF)

Series: State of Health in the EU

ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.