

Több pénz, jobb egészség?

Egészségügyi kiadások és egészségi állapot összefüggései

1 Tartalom

2	Bevezetés	2-2
2.1	<i>Vizsgálat célja</i>	2-3
3	Egészségpolitikai háttér	3-4
3.1	<i>Európai Unió szabályozás.....</i>	3-5
4	Az egészségügyi rendszer finanszírozása.....	4-6
4.1	<i>Költségmegoszlás a társadalombiztosítás és a betegek között</i>	4-7
5	Egészségügyi kiadások	5-10
5.1	<i>Regionális különbségek Magyarországon</i>	13
5.2	<i>Nemzetközi összehasonlítás</i>	14
5.3	<i>Egy főre jutó éves fogyasztási szerkezet</i>	16
6	Egészségi állapotot meghatározó tényezők.....	18
6.1	<i>Születéskor várható átlagos élettartam</i>	20
6.2	<i>Egészségben eltöltött évek száma</i>	22
6.3	<i>Vélt Egészségi állapot</i>	24
6.4	<i>Halálozások a gyakoribb halálokok szerint.....</i>	26
7	Betegségek költségei	28
7.1	<i>Beteggyüttműködés gazdaságtani hatása</i>	31
7.2	<i>Nemzetközi összehasonlítás</i>	33
8	Egészség hatása a gazdaságra	34
9	Eredmények értékelése, megbeszélés	37
10	Összefoglalás	38
10.1	<i>Summary.....</i>	40
11	Mellékletek.....	41
12	Irodalomjegyzék	46
12.1	<i>Egyéb felhasznált irodalom.....</i>	46

2 Bevezetés

Régóta vitatott tény, hogy egy ország gazdasági fejlettségét mennyiben befolyásolja lakosainak egészségi állapota. A XX. század közepéig ugyanis a gyógyító orvosi kezelések csak kis mértékben járultak hozzá az elhalálozási arány csökkentéséhez, de az elmúlt évtizedekben e hozzájárulás mértéke már jelentősen növekedett. Ennek fő oka a technológia fejlődése.

A gazdaság és az egészségügy kölcsönösen hatnak egymásra, hiszen ha egy társadalom egészségi állapota jó, akkor gazdasági teljesítőképessége is várhatóan jobb lesz. Ahhoz azonban, hogy egy ország lakossága egészséges legyen, jól kell működnie a gazdaságnak, mert így a döntéshozók többet tudnak az egészségügyi ellátórendszerre fordítani.

A gazdasági növekedés, illetve a jólét a jövedelmeken keresztül két módon járul hozzá a lakosság egészségének javulásához. Közvetlen hatásként javítja a családok anyagi helyzetét, ez pozitívan hat a biológiai fennmaradásra, másrészt a társadalmi részvétel révén, az életkörülmények befolyásolásával, a biztonságérzet növelésével.

Azonban nem minden állam képes polgárainak egyforma lehetőségeket biztosítani. Mind a lakosság egészségi állapotát, mind pedig az egészségügyi kiadásokat tekintve nagy különbségek láthatók az egyes Európai Unió országok között. Ezen túlmenően pedig az Európai Unión belül is nagy különbségek láthatók az EU15¹ és az EU10² országai között. Az egészségügyi kiadások minden európai országban növekednek, gyakran a gazdaság növekedését meghaladóan, amelynek hatására nő az egészségügyi kiadások GDP- aránya.

Magyarország a GDP-arányos egészségügyi célzatú kiadásokat tekintve elmarad ugyan az átlagtól, de ez nem jelentős, azonban a legtöbb egészségügyi indikátor terén az Európai Unió országai között az utolsó helyet foglaljuk el. Ez pedig arra utal, hogy nem elsősorban az egészségügyi kiadások nagysága, hanem azok elosztása jelent problémát.

¹ Belgium, Franciaország, Hollandia, Luxemburg, Németország, Olaszország, Dánia, Írország, Egyesült Királyság, Görögország, Portugália, Spanyolország, Ausztria, Finnország, Svédország

² Belgium, Franciaország, Hollandia, Luxemburg, Németország, Olaszország, Dánia, Írország, Egyesült Királyság, Görögország

Az Unió tagállamaiban jelentős reformfolyamatok mentek végbe az utóbbi években, illetve vannak folyamatban a mai napig is. Azonban több hatástanulmány is azt az eredményt mutatja, hogy ezek csak kis mértékben fejtenek ki pozitív hatást a lakosság egészségi állapotára.

Ahhoz, hogy egy ország lakosainak egészségi állapotáról képet kapjunk fontos vizsgálni a népesség születéskor várható átlagos élettartamát, legfőbb halállokokat, és többek közt a jövedelmi viszonyokat.

2.1 Vizsgálat célja

Kutatásom fő céljául az egészségügyi kiadások abszolút és relatív nagyságának, valamint összetételének vizsgálatát tűztem ki összevetve azt a lakosság egészségi állapotával. Ezeket hazánkban és a többi Európai Unió országban is kívánom vizsgálni. Így a kapott adatok összevetésével képet kaphatok az egyes országok egészségügyi rendszeréről, annak hatékonyságáról, az egészség gazdaságra gyakorolt hatásáról. Ehhez szükséges az adott társadalmak fogyasztási szerkezetének vizsgálata, a magán- és közkiadások megoszlásának kimutatása.

Az adott ország fogyasztási szerkezete, egészségügyi célzatú kiadásainak vizsgálata mellett fontosnak tartom a jogszabályi háttér, egészségpolitikai háttér vizsgálatát is az adott ország egészségügyi rendszerének megismerése érdekében.

Feltételezésem szerint Magyarországon az egészségügyi kiadások meghaladják a gazdasági fejlettségünk által indokoltat, az egészségi állapot mutatói viszont jócskán elmaradnak attól. A legtöbb betegség- és halálozási mutató alapján a legrosszabb pozíció jut Magyarországnak az Európai Unión belül, annak ellenére, hogy a kórházi ágyak száma, kihasználtsága, valamint az ezer lakosra jutó orvosok száma jóval alacsonyabb az Unió átlagnál. Valószínűsíthető, hogy azokban az országokban, ahol többet költenek prevencióra jobb a lakosság egészségi állapota, ez pedig pozitívan hat a gazdaságra is. Az egészségügyre fordított kiadások, az egészségügy hatékonysága, valamint az egy főre jutó termelés és jövedelmek, azaz az egészségi állapot és a fejlettség, versenyképesség között szoros kapcsolat mutatható ki.

3 Egészségpolitikai háttér

Magyarországon az Alkotmányban rögzített, hogy az ország területén élőknek joga van „a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez”, melyet a „munkavédelem az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével” kell megvalósítani.

Az Európai Unió szabályozások közt is találunk erre vonatkozó leírást: „Az egészség magas szintű védelmét kell biztosítani az összes közösségi politika és tevékenység kialakításában és megvalósításában” Amszterdami Szerződés (1997) 152.cikkelye. (1)

A magyar egészségügyi ellátás 1975 óta állampolgári jogon járt, a rendszerváltáskor azonban járulékfizetési kötelezettségen alapuló biztosítási jogviszonyhoz kötötték.

A járulékfizetési kötelezettség alóli kivételeket fokozatosan szűkítették, míg a biztosítás lefedte a társadalom egészét és 1996 óta gyakorlatilag minden állampolgár biztosított. Eszerint minden Magyarországon élő magyar állampolgár jogosult a kötelező egészségbiztosítás természetbeni egészségügyi szolgáltatásaira, amely az egészségi állapot által indokolt mértékben vehető igénybe. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény gyakorlatilag a prevenciók ellátásuktól a rehabilitációs ellátásokig minden egészségügyi szolgáltatást a biztosítási rendszer részévé tesz.

Az egészségügy alaptörvénye és legfontosabb keretszabályait leíró egészségügyi törvény, ez az 1997.évi CLIV. tv.

A törvények értelmében ma az egészségügy osztott, többszereplős rendszer, melynek szereplői az önkormányzatok, az állam, az általa fenntartott engedélyező-felügyelő hatóság, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) és finanszírozó Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP).

A finanszírozási rendszer működésének elve, hogy a működési kiadások az OEP-et terhelik, míg a felhalmozási (felújítás, fejlesztés) kiadásokat a tulajdonosok (önkormányzatok, állam) viselik. Az egészségügyi kiadások döntő hányada az államháztartásból származik.

Az egészségügyi rendszer fejlődésének újabb állomása volt az intézményi törvény (2003. évi XLIII. tv.) megszületése, melynek célja az volt, hogy az egészségügyi ellátórendszer korszerűsítése érdekében új típusú, de a gazdasági élet más területein már jól ismert működési formákat vezessen be.

3.1 Európai Unió szabályozás

Az egészségügy terén lényeges változást az Európai Unióról szóló 1992-ben létrejövő Maastrichti Szerződés hozott. A Maastrichti Szerződés - kiegészítve a Római Szerződést – az Unió közös cselekvési menetrendjébe beilleszti, hogy a Közösség feladata a hozzájárulás az egészségvédelem magas szintjének eléréséhez. A *Maastrichti Szerződés* (2) által módosított alapító szerződés X. címe foglalkozik a népegészségügy témakörével (129. cikk), melyen belül a Közösség együttműködésre hívja fel a tagállamokat az egészségvédelem terén, és szükség esetén tevékenységük támogatásával hozzájárul az emberi egészségvédelem magas színvonalának biztosításához, előmozdításához.

A Római Szerződés 1997-es módosítása az *Amszterdami Szerződés*, mely már jelentékenyebb mennyiségű egészségügyi szabályozást tartalmaz. Az Amszterdami Szerződés fő jelentősége az Alapító szerződés átszámozása, a korábbi X. cím helyett, a XIII. cím rendelkezik a népegészségügyről (152. cikk). Elsőként kiemeli, hogy valamennyi közösségi politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét.

A 2001-ben létrejött *Nizzai Szerződés* (3) nem tartalmaz az egészségügyet érintő cikkeken módosítást, fontos területe azonban, hogy 144. cikke megteremti az úgynevezett nyitott koordinációs mechanizmus jogi alapját (Open Method of Coordination). Az egészségügyet érintő területek közül az ellátórendszerek és a tartós ápolás terén biztosítja a tagállamok együttműködését.

Az Európai Unió joganyagának vizsgálatában utolsó helyen áll a *Lisszaboni Szerződés* (4), mely a kudarcba fulladt Európai Alkotmány helyébe lépett. A Lisszaboni Szerződés több ponton érinti az egészségügyet, elsőként az Unió hatásköreinek szabályozásakor. Eszerint, az Unió a tagállamokkal megosztott hatáskörrel rendelkezik a közegészségügy terén jelentkező közös biztonsági kockázatok vonatkozásában. Valamint az Unió hatáskörrel rendelkezik a tagállamok döntései, intézkedéseit támoga-

tó, összehangoló, vagy kiegészítő intézkedések végrehajtására az emberi egészség védelme és javítása terén (2c. és 2e. cikk). A Lisszaboni Szerződés a népegészségügy terén kiszélesíti és pontosítja az uniós hatáskört és ezen belül a Parlament hatáskörét, valamint azt, hogy mire terjed ki a tagállamok hatásköre. A tagállami hatáskört az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás működtetésében, és a hozzájuk rendelt erőforrások megjelölésében határozza meg. Az Uniós hatáskört a szerződés kiterjeszti a határon átlépő egészségügyi veszélyek elleni fellépésre (járványok, dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás) a határ menti együttműködés fejlesztésére, valamint gyógyszerekkel kapcsolatos intézkedések meghozatalára. A határ menti együttműködés tekintetében az Unió ösztönzi az egészségügyi szolgáltatások egymást kiegészítő jellegének javítására irányuló együttműködést. Az egészség védelmét és javítását ösztönző intézkedések kiegészülnek azzal, hogy ennek kiemelt területe a határokon át terjedő súlyos betegségek elleni küzdelem, valamint a határokon át terjedő súlyos egészségügyi veszélyek figyelemmel kísérése, az ilyen veszélyek korai előrejelzése, és azok elleni küzdelem.

Végigtekintve az uniós szerződéseken megállapíthatjuk, hogy a közösség elsődleges joganyagába az egészségügy a szociálpolitika valamint a munkajog határterületeként került be.

4 Az egészségügyi rendszer finanszírozása

Az egészségügy finanszírozásának alapvetően három típusát különböztetjük meg:

1. magánbiztosítás (ez főként az USA-ban jellemző)
2. társadalombiztosítás
3. költségvetésből történő finanszírozás

Valójában ezek a rendszerek nem különíthetők el teljesen egymástól, hiszen egy államban sem működik tisztán egyik sem, csak valamely rendszer túlsúlyáról beszélhetünk. Az egészségügyi rendszerek mindig többszörös finanszírozásúak.

Hazánkban a társadalombiztosítás 1988-ig a központi költségvetés része volt, majd 1989. január 1.-jén létrehozták a központi költségvetéstől elkülönült Társadalombiztosítási Alapot, valamint annak kezelőjét, az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóságot. 1993-ban a Társadalombiztosítási Alap kettévált, így létrejött a Nyugdíjbiztosítási Alap, valamint az Egészségbiztosítási Alap. Ezzel egy időben az Országos

Társadalombiztosítási Főigazgatóság is kettévált, megalakult az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság, illetve az Országos Egészségbiztosítási Pénztár. A Nyugdíjbiztosítási Alap és az egészségbiztosítási Alap felügyeletét a Kormány, az ONYF és az OEP irányítását a Kormány szakminiszter útján látja el.

Az ONYF és az OEP feladata a számukra jogszabályban meghatározott igazgatási és hatósági feladatok ellátása, a területei és egyéb igazgatási szerveik közvetlen irányítása, a más szervek által végzett ellátást megállapító és folyósító tevékenység ellenőrzése stb.

Az egészségügyi rendszer finanszírozása Magyarországon döntő részben közforrásból (adók és járulékok) származik és csak kisebb részben magánforrásból történik járulékok. A legnagyobb súlyú közforrás az úgynevezett E.alap, amely a munkáltatók és a munkavállalók által az egészségbiztosítási alapba fizetett egészségbiztosítási járulék valamint a munkáltatók által fizetett egészségügyi hozzájárulásból adódik össze. Természetesen a szociális ellátásban részesülők után is történik járulék fizetés a központi költségvetés terhére, ezt az adott önkormányzat finanszírozza.

A központi költségvetés egészségügyi célzatú kiadásai ezen kívül a tulajdonában lévő egészségügyi intézmények fenntartása, valamint az önkormányzatok által pályázható cél- és címzett támogatási rendszer működtetése. Magyarországon az egészségügyi közkiadások finanszírozása a központi és az önkormányzati költségvetés, valamint az Egészségbiztosítási Alap terhére történik. Ebből az alapot kezelő OEP-kassza adja a legnagyobb részt.

A közkiadások legnagyobb tételét (34%) a fekvőbeteg ellátás alkotja, ezen belül a magánfinanszírozás részaránya igen alacsony.

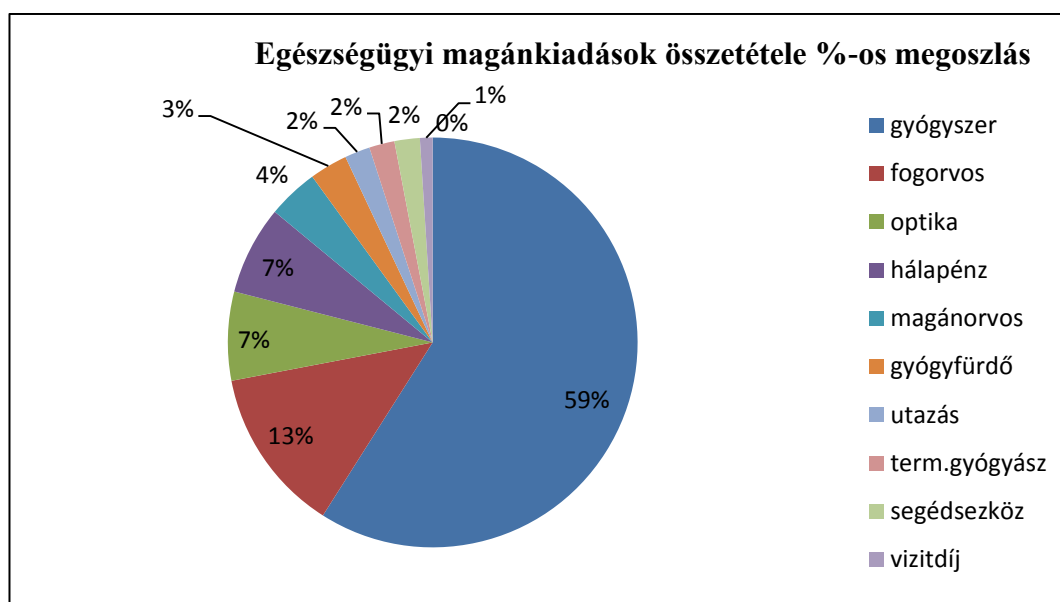
4.1 Költségmegoszlás a társadalombiztosítás és a betegek között

A legtöbb országban, így Magyarországon is megoszlának az egészségügyi kiadások az állami és a magánszektor között.

Az állami kiadások képezik az összkiadás 71,9%-át, amiből legnagyobb részt az Országos Egészségbiztosítási Pénztár ad (60,1%), a kormányzati kiadások aránya pedig 11,8%-os, ez további két részre önkormányzati és központi költségvetési részre oszlik.

Az egészségügyi magánkiadásokat (28,1%) a magánbiztosítás (1,5%), vállalatok, nonprofit szervezetek (3%) és a háztartások (23,7%) közvetlen kiadásai teszik ki. (5) Ezek közül a háztartási magánkiadások további négy tényezőre bonthatók: a társadalombiztosítás körébe nem tartozó szolgáltatások vásárlása, költségmegosztás a társadalombiztosítással, költségmegosztás a magánbiztosítással, illetve az informális kiadások. Az informális kiadások közé sorolhatjuk a számla nélküli pénzmozgásokat, valamint a hálapénzt is. A költségmegosztás széles körben jellemző az OECD országok egészségügyére. Minden OECD országban ilyen módon finanszírozott a gyógyszer ellátás, illetve a fogorvosi ellátás. Az alap-, járó- és fekvőbeteg ellátás pedig minden országban nagyrészt állami finanszírozású.

Az egészségügyi magánkiadások összetétele Csaba Iván (6) kutatása szerint Magyarországon a következőképpen alakul:



(Ebben a kimutatásban még szerepel az azóta már megszűnt vizitdíj, de láthatjuk, hogy az összes kiadásból nem jelentős, mindössze 2%-ot tett ki.)

A diagram jól mutatja, hogy gyógyszerre költünk a legtöbbet, míg prevenció jellegű szolgáltatásokra (gyógyfürdő, utazás) csak nagyon kis százalékot.

A felmérés szerint a hálapénz arány sem túl magas, mindössze 7%, de ennél valószínűleg lényegesen több, hiszen erről nem mindenki beszél nyíltan. A hálapénzként kifizetett összeg átlagosan éves szinten a következőképpen alakul, háziorvosnak

adott összeg 6787Ft, járóbeteg ellátásért fizetett hálapénz 14418Ft, míg fekvőbeteg ellátásért 19738Ft-ot fizetünk évente. (lásd melléklet 1. számú ábra)

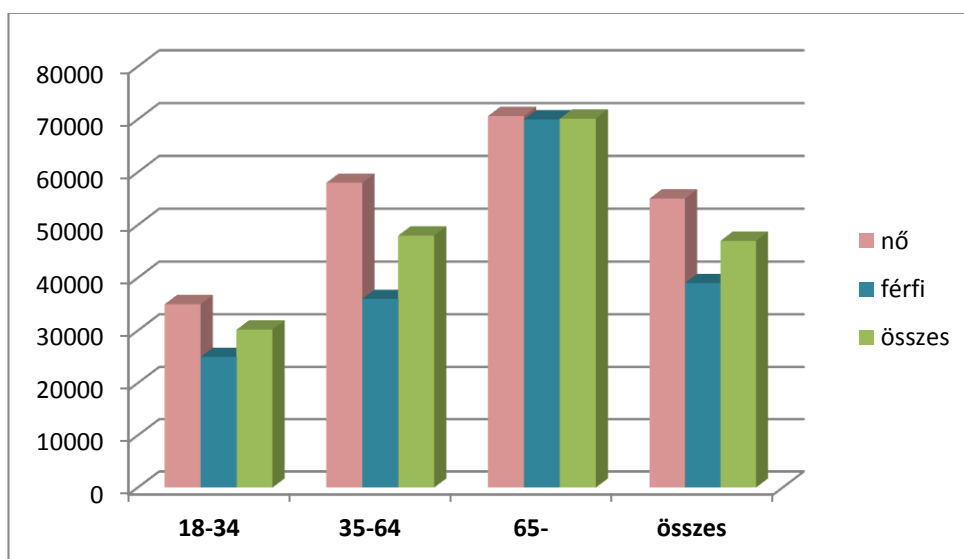
„A magánfinanszírozás a háztartások diszponábilis jövedelméből az egészségügyre fordított kiadásokat fedi le.”(Kincses Gyula) (7)

A magánfinanszírozást a teher jellege szerint két fő részre oszthatjuk. Egyik jelentős tényező az úgynevezett Out of pocket („zsebből finanszírozott”) kiadás, másik pedig a szervezett magánkiadások. Az utóbbi kategóriába tartoznak az önkéntes biztosítások, valamint a szervezett egészség-célú előtakarékosság.

A köz- és magánfinanszírozás arány Magyarországon közepesen alacsonynak mondható, de igen magas a „zsebből fizetés” aránya, az önkéntes kockázat-kezelés szintje viszont alacsony. Az „out of pocket” fizetés Svájcban a legnagyobb arányú, ez a 39%-os magánfinanszírozásból 31%-ot tesz ki, a magánbiztosítói kifizetések pedig Hollandiában a legmagasabbak (28%-ból 20%), hiszen itt ez az uralkodó finanszírozási forma. Magyarországon a 25%-os magánfinanszírozásból mintegy 24% a zsebből fizetés aránya, ezzel Európai szinten Lengyelország után a második helyet foglaljuk el.

A demográfiai folyamatok, a technológiai fejlődés egyre szélesebbre nyitják a közfinanszírozás lehetőségei és a szükségletek közti ollót. Ez pedig a magánfinanszírozás és az egyéni felelősség szerepének erősödését okozza.

A magánkiadások kor és nem szerinti megoszlásának vizsgálatából látható, hogy legtöbbet a 65 év feletti nők költenek egészségügyre, míg legkevesebbet a 18-34 év közötti férfiak.



5 Egészségügyi kiadások

Az egészségügyi ellátás az elmúlt évtizedekben dinamikus változásokat indukált a társadalmi fejlődésben és az innovációban egyaránt. Mivel egyes társadalmak egészségi állapota látványosan, másoké lassabb ütemben javult, sőt bizonyos szempontok szerint stagnált, az országok közötti egyenlőtlenségek mérése egyik kiemelt feladatává vált a statisztikáknak. Ennek egyik lényeges eszköze az egészségügyi ráfordítások megfigyelése és számbavétele, mivel ez azon mutatók egyike, amely az adott társadalom egészségi állapot javítására fordított kiadásokat tükrözi. Ezen kiadások nagyságát az adott ország „bruttó hazai termékéhez” (Gross Domestic Product; GDP) viszonyítják.

Az Országos Epidemiológiai Központ által 2005-ben készített Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) (8) szerint Magyarországon a felnőtt lakosság saját egészségével kapcsolatos kiadása 233 milliárd forintot tett ki gyógyszerkiadások nélkül. Ez az összeg 2000-ben 185 milliárd forint volt. Ez azt jelenti, hogy a lakosság egészségügyi kiadása 25%-kal emelkedett a három év alatt, amely 5%-os reálérték növekedést jelent.

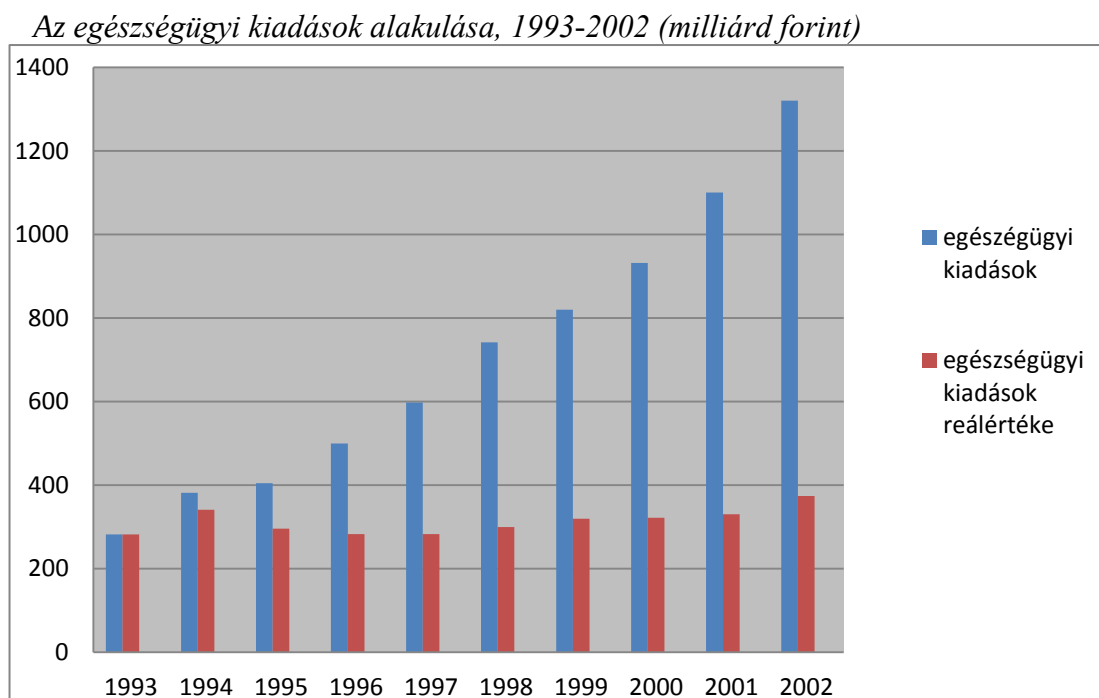
Az egészséggel kapcsolatos kiadások elemzésekor külön vizsgálják a prevencióra és külön a gyógyításra fordított összeget. Ezek megoszlása a következőképpen alakul, egészség megőrzésre, prevencióra a kiadások kb. 40%-át, míg az egészség helyreállítására 60%-át fordítják.

2003-ban a lakosság fogászati ellátásra az összkiadások negyedét (57 milliárd Forint) költötte, meghatározó még az optikai kiadások (15%) aránya, illetve az egészség-megőrzést szolgáló kiadások szintén 15%-os aránya. Ezeken kívül a felmérés azt mutatta, hogy viszonylag magas a hálapénzre fordított kiadások aránya, ez 13%-os. *(lásd melléklet 2. számú ábra)*

Természetesen, mint minden mást az ilyen jellegű kiadásokat is több tényező befolyásolja, ilyenek például az egyén neme, iskolai végzettsége, anyagi helyzete, gazdasági aktivitása, stb.

Az egészségügyre fordított kiadások vizsgálata a közfinanszírozott egészségügyi ellátások mellett a lakosság közvetlen kifizetései szempontjából is szükséges.

A Központi Statisztikai Hivatal évről évre becsli több más kiadási csoport mellett az egy főre jutó egészségügyi kiadások nagyságát is, ez 2002-ben 19304 forint volt. Persze jelentős különbségeket eredményez a jövedelmi helyzet, gyermekek száma, háztartásfő életkora szerint.



Forrás: OECD³ Health Data 2004

Az egészségügyi kiadások 1993-tól 2002-ig 276 milliárd forintról 1300 milliárd forintra emelkedtek. Ezen időszak végén azonban reálértéken csak 33%-kal haladták meg az 1993. évi szintet, ami csupán átlagosan évi 3%-os növekedést jelentett.

Magyarországon az egészségügyi kiadások GDP-arányos nagysága 1994 és 1997 között 8,3%-ról 6,9%-ra csökkent, majd 2002-re 7,8%-ra emelkedett. Ezzel szemben az EU15 országokban az egészségügyi kiadások a GDP 8,5-9%-át tették ki ugyanezen időszak alatt.

A közfinanszírozott egészségügyi ellátásokra fordított állami kiadások aránya az EU15 országokban átlagosan 77%-ot tettek ki, Magyarországon ez az arány 1993 és 2002 között folyamatosan csökkent. Amíg a közkiadások 1993-ban az összes kiadás 87%-át tették ki, addig 2002-ben ez már 70%-ra csökkent.

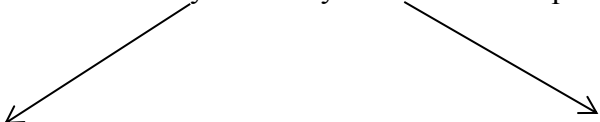
³ OECD- Organization for Economic Co-operation and Development

Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének kb. egyötödét teszi ki a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök támogatására fordított összeg. A lakossági gyógyszerforgalom a tárgyalt időszakban átlagosan 20%-kal, 66 milliárd forintról 409 milliárd forintra emelkedett. A lakossági térítési díj a gyógyszerforgalom 23%-át tette ki.

Az egészségügyi kiadások szintjét nem a szükségletek határozzák meg, hanem az egészségügyi kapacitások nagysága, az alkalmazott technológiák spektruma, az igénybevétel szabályozottsága, az egészségügyi rendszer összetettsége, a köz- és magánfinanszírozás aránya, területei.

A kiadások nagyságát számos tényező befolyásolja, de ezek közül az egyik legfontosabb egyértelműen az adott ország gazdasági fejlettségi szintje.

A kiadásokat befolyásoló tényezőket két fő csoportra oszthatjuk.

- 
- A betegeket közvetlenül érintő tényezők:
 - A kezelést igénylő betegek költségeitől
 - Az ápolást mennyire tudják felvállalni a családtagok
 - A lakosság elvárásaitól
 - A földrajzi szétszóródottságtól: az alacsony népsűrűségű területeken nehezebb és költségesebb az egészségügyi ellátás biztosítása
 - A kiadások további csoportja az egészségügyi ellátás kínálatához kapcsolódik:
 - Az egészségügyi dolgozók bére, fizetése
 - Gyógyszerek, kezelések, technológiák költsége
 - Tőkeköltség, melyet a kamatláb befolyásol
 - A kutatás-fejlesztés költsége, amelyet az EU törvényhozása határoz meg

Magyarországon az egészségügyi közkiadások finanszírozása a központi költségvetésből történik.

A központi alrendszer funkcionális kiadásai közt szerepelnek az egészségügyi kiadások. Ennek várható összege 2013-ban 2017,1 milliárd forint (2012-ben 1932,6 Mrd Ft volt). A gyógyító-megelőző ellátás 2013. évre tervezett előirányzata 880,6 milliárd forint, ez közel 56 milliárd forinttal több, mint 2012-ben. *(lásd melléklet 3. számú ábra)*

Ezt a növekedést a következő tényezők okozzák: 2013. évre tervezett béremelés fedezete, háziorvosi, fogorvosi, védőnői ellátások finanszírozási díjainak emelése, többletkapacitási igényt jelentő fejlesztések költségei, ritka betegségek kezelésére szolgáló gyógyszerek költségei, sürgősségi fix díjak emelése.

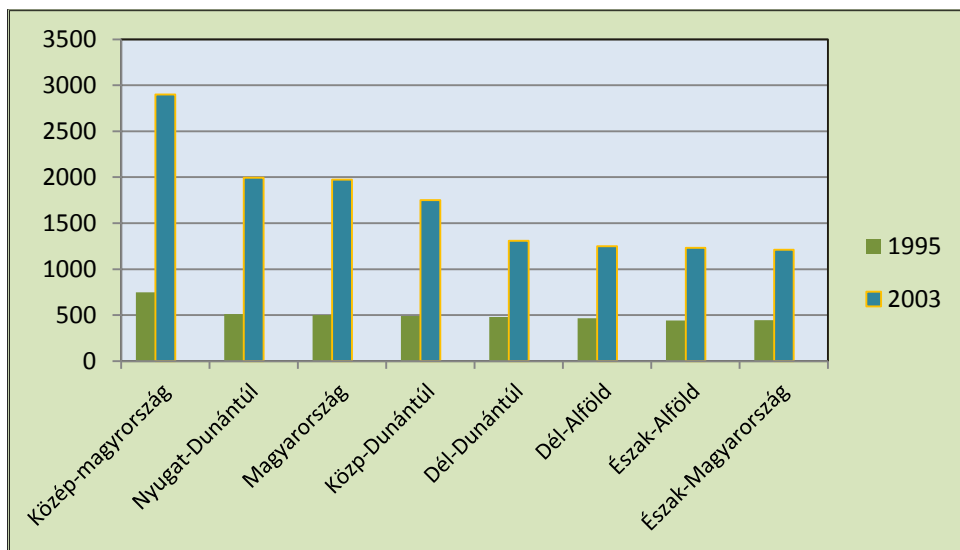
Ezekon kívül egyéb fejlesztések is történnek az egészségügyön belül, ilyenek például a mentés fejlesztése, otthoni szakápolás vizitdíjának emelése, EuroTransplanthoz történő csatlakozásból adódó többlet költségek.

5.1 Regionális különbségek Magyarországon

Magyarország régiói között sok más mellett az egészségügy területén is nagy különbségek vannak, ezt írja le egy Palócz Éva (9) által készített tanulmány is. Az egy főre jutó bruttó hazai termék a Közép-Magyarországi régióban, Budapestet magában foglalva 2003-ban több mint kétszere-se volt az Észak-Magyarországi régióénál. A második legfejlettebb Nyugat-Dunántúli régióban is csak kétharmada az egy főre jutó GDP a közép-magyarországinak.

Természetesen ezek a különbségek megmutatkoznak az egészségi állapot regionális mutatóiban is.

Az egy főre jutó GDP a magyarországi régiókban, ezer Ft



Forrás: KSH Területi Statisztikai Évkönyv

Közép-Magyarországon, illetve Budapesten a többi régióhoz képest magas a dagana-tos megbetegedések száma, míg viszonylag átlagosnak mondható az emésztőrendsze-ri, alacsonynak a keringési és légzőrendszeri halálokok aránya az összes halálokok

között. A közepesen fejlett régiók értékei átlagosnak mondhatók, egyedül az emésztőrendszeri megbetegedések száma magas. A legkevésbé fejlett régiókban a keringési, valamint a légzőrendszer betegségei átlag felettiék. A megbetegedések megjelenésének eltérése megmutatkozik a táppénzesek arányát illetően is. A táppénzen lévők aránya napi bontásban Észak-Magyarországon a legmagasabb (3,6%). a táppénzesek magasabb aránya negatívan hat az adott térség gazdaságára, mind az egészségügyi kiadásokat tekintve, mind pedig az ottani vállalatok versenyképességét nézve. Egyrészt az adott munkáltatónak akkor is vannak költségei, ha a dolgozó nem termel, tehát ha minden egyéb tényező megfelelő, akkor is magasabb költséggel tud előállítani egy terméket, mint az a vállalat ahol nincsenek plusz kiadások a dolgozó betegsége miatt. Másrészt a termelékenység is alacsonyabb, kutatások bizonyítják, hogy egy optimális vállalat, ahol soha senki nem beteg, közel négy százalékkal több terméket állítana elő, mint egy tipikus Észak-Magyarországi vállalat.

Az egészségi állapotban tapasztalható különbségek az ellátás színvonalában is megmutatkoznak, az ellátás szintje lényegesen jobb az egyébként is jobb helyzetben lévő régiókban.

Ezek a regionális különbségek lényegében az országok közti eltérések regionális leképeződése. Az alacsonyabb fejlettségű régiókban ugyanis nagyjából a fejlettségi elmaradással összhangban rosszabbak az egészségi mutatók, magasabb a halandóság és az országos átlagot meghaladó a táppénzen lévők aránya.

5.2 Nemzetközi összehasonlítás

„Az egészségügy globális egyenlőtlenségei a gazdaság egyenlőtlenségeinél is mélyebbek.” írja egyik tanulmányában Orosz Éva. (10)

A világ különböző gazdasági fejlettségű területei közti különbséget érzékeltetik a következő adatok: 2002-ben a 25 legmagasabb jövedelmű országában élt a világ népességének 16%-a, ezen országok adják a világ GDP-jének 80%-át, a betegségteherből való részesedésük 10%, míg az összes egészségügyi kiadásból 88% a részesedésük az alacsony és közepes jövedelmű országokkal szemben. (Gottret and Schieber, 2006).

A fejlett országok egészségügyi rendszereinek fejlődése szempontjából a II.világháború utáni időszak két alapvetően különböző szakaszra osztható: az expanzió és a kiadás korlátozás időszakára. A 70-es évek közepéig tartó expanzió idősza-

kában az elsődleges cél az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutás volt, függetlenül az egyén jövedelmi helyzetétől. Ebben az időszakban látványosan nőtt az egészségügyi kiadások is, aminek növekedésében több tényező játszott szerepet. A gazdasági fejlődés, iskolázottsági színvonal emelkedése mind a várható élettartam emelkedését eredményezték több régióban is. Ezzel együtt azonban emelkedett a krónikus megbetegedések, balesetek, pszichés betegségek száma is. A fejlett országokban új „népbetegséggé” vált az elhízás.

Ezzel párhuzamosan azonban a szegényebb régiókban újra megjelentek a már megszűntnek hitt járványos megbetegedések.

Az egészségkárosító életmód (dohányzás, kábítószer használat, alkoholfogyasztás) és a hozzájuk kapcsolódó gazdasági érdekeke is globalizálódtak. Ugyanis miközben a fejlett régiókban elsősorban kormányzati intézkedések révén szűkül a dohánypiac, a fejlődő országokban ez jelentősen bővült. Mindezek mellett jelentős hatással bírnak a környezetszennyezésből, urbanizációból eredő károsító hatások is. Az 1970-es években a világ népességének 38%-a élt városokban, ez 2008-ban már 50%-ot tett ki. A városi népesség egy harmada él nyomornegyedekben nélkülözve az egészséges élet alapvető feltételeit, a tiszta ivóvizet, alapvető higiéniai feltételeket. Ezeken a helyeken él a migráns népesség jelentős része (a 2000-es évek közepén kb. 200 millió fő) akik sokszor ki vannak zárva az adott ország alapvető egészségügyi ellátásai- ból is (WHO, 2008).

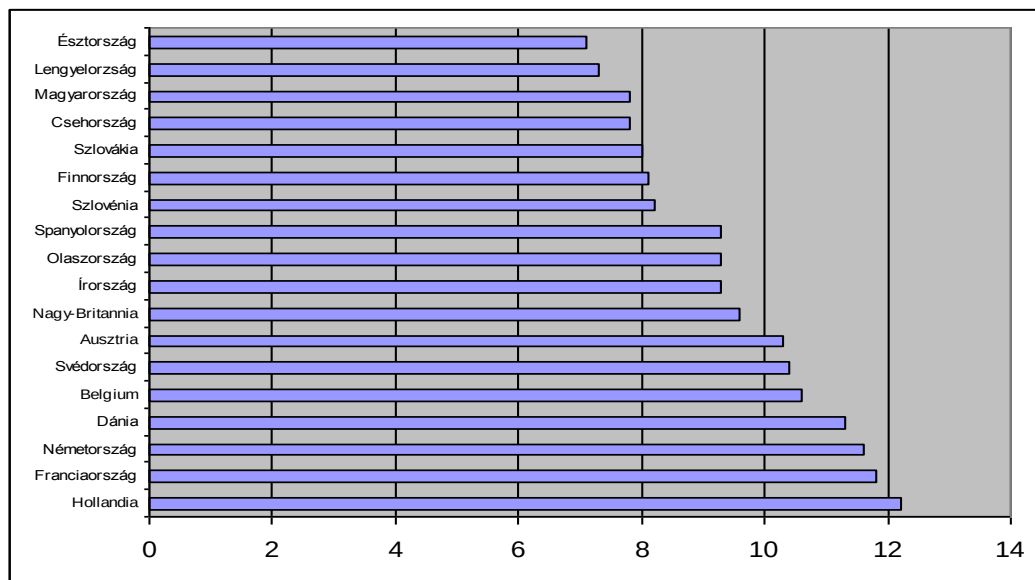
A fejlett országok társadalmainak előregedése egyszerre hathat a források relatív szűkülésére és az egészségügyi szolgáltatások iránti szükségletek növekedésére. Az ENSZ előrejelzése szerint 2050-ben a jelenlegi fejlett országok lakosságának 30-40%-a 60 év feletti (10-15%-a 80 év feletti) lesz (United Nations, 2006). Az egészségügyi rendszer, egészségügyi technológia fejlődési irányai jelentősen befolyásol- hatják, hogy az idősödő népesség szükségleteinek kielégítése milyen mértékben fog- ja a kiadásokat növelni.

A technológiai fejlődés az egyik meghatározó tényezője annak, hogy a GDP növekvő része fordítódik az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására.

Az elmúlt két évtizedben nemzetközileg az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított arányának növekedése volt megfigyelhető. Az EU15 átlagában a GDP 9,05%-át költik egészségügyre, míg az újonnan csatlakozott országokban ez az arány 6,4%-os. Az állami kiadások a kelet-közép-európai régióban az összes kiadás körülbelül 78%-át fedezik (Magyarországon ez az arány 70%). Vásárlóerő-paritáson számolva

az egy főre jutó egészségügyi kiadások az EU15-ben átlagosan 2364 USD-t, az újonnan csatlakozott országok átlagában 780 USD-t tettek ki. A 2007-ben csatlakozott két ország ennél kevesebbet költ egészségügyre.

GDP-arányos egészségügyi kiadások Európában (2009)



5.3 Egy főre jutó éves fogyasztási szerkezet

Az optimális fogyasztási szerkezet közgazdasági értelemben az a jószágkombináció, amely adott jövedelem és árak mellett a maximális szükségletkielégítést teszi lehetővé.

A fogyasztási kiadások egy főre jutó havi összege 2012-ben 65790 forint volt, ami változatlan áron számítva az előző évhez viszonyítva 2,1 %-kal kevesebb. Ugyanebben az évben a háztartások havi fogyasztási kiadásai közül csupán az egészségügyi kiadások emelkedtek reálértéken 1,0%-kal.

Fogyasztási főcsoportok	Egy főre jutó fogyasztás, forint	
	2011	2012
élelmiszerek és alkoholmentes italok	15335	16158
szeszes italok, dohányárúk	2065	2176
ruházat és lábbeli	2018	1919
lakásfenntartás és háztartási energia	17081	17843
lakberendezés, háztartásvitel	2240	2214
egészségügy	2737	2865
közlekedés	6917	7288
hírközlés	4241	4325
kultúra, szórakozás	3933	3937
oktatás	375	374
vendéglátás, szálláshely-szolgáltatás	2474	2581
egyéb termékek és szolgáltatások	4129	4110
mindösszesen	63544	65790

Forrás: Statisztikai tükör; Háztartások havi fogyasztása, 2012

Egy háztartás fogyasztását meghatározza az egyének jövedelmi viszonya is. A jövedelmi ötöd szerinti fogyasztási szerkezet azt mutatja, hogy a legszegényebb háztartások fogyasztási színvonal és szerkezete jelentősen eltér a leggazdagabbétól.

A háztartások összes fogyasztása 2012-ben nominálértéken a legalsó jövedelmi ötödben 34479, míg a legfelső jövedelmi ötödben 123388 forint volt. 2012-ben tovább nyílt az olló a legszegényebb és a legjobb anyagi helyzetben lévő háztartások között, amit az is mutat, hogy a családok fogyasztásának volumene az alsó jövedelmi ötödben sokkal nagyobb mértékben (5,1%-kal) csökkent, mint a legfelső ötödben (1,1%-kal). Az alsó jövedelmi ötödben élők kiadásai jóval nagyobb hányadát (61,8%) fordítják a létfenntartásra, mint a legjobb anyagi körülmények között élők, akiknél ez összes kiadásuk 42,9%-át teszik ki. Mivel az alsó jövedelmi ötödben lévő háztartások kiadásainak nagy részét a létfenntartás felemészti, így csak kevés jut egészségügyre, oktatásra, ami pedig tovább rontja ezen családok munkaerőpiaci helyzetét.

Az Európai Unió tagjainak fogyasztási szerkezetét összehasonlítja az OECD minden évben megjelenő nemzeti számla kiadványa.

A háztartások fogyasztási szerkezetét különböző vetületben vizsgálhatjuk. A kiadások rendeltetése szerinti osztályozására a Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP) biztosít lehetőséget.

A 2006-os adatok alapján láthatjuk, hogy a háztartások egészségügyi kiadásai az EU15-országokban és Magyarországon közel azonos arányt mutatnak. Az EU15 átlagában 3,5%-os, Magyarországon pedig 3,4%-os a háztartások egészségügyi célzatú kiadásainak aránya.

A fogyasztási kiadások szerkezetének országok közötti eltéréseit sok tényező befolyásolja, ezek közül a legfontosabbak:

- adott ország gazdasági fejlettsége
- az országok árszerkezete
- természeti adottságok
- népesség fogyasztási szokásai, hagyományai
- adott ország idegenforgalmi szerepe
- a lakosság korstruktúrája
- a háztartások átlagos lélekszáma.

6 Egészségi állapotot meghatározó tényezők

Az egészségügy hozzájárulása a lakosság egészségi állapotához régóta vitatott, a XX. század közepéig ugyanis a gyógyító orvosi kezelések csak kis mértékben járultak hozzá az elhalálozási arány csökkentéséhez, azonban az elmúlt évtizedekben e hozzájárulás mértéke jelentősen növekedett.

Számos kockázati tényező befolyásolja a lakosság egészségi állapotát. Szükséges e kockázati tényezőkre odafigyelni mind az egyén, mind a társadalom, mind pedig a gazdaság szempontjából. Hiszen betegség esetén romlik az egyén életminősége a munkáját nem tudja kellő hatékonysággal végezni, ez pedig családi és társadalmi szinten is többlet terhet jelent. Nehézséget jelenthet a család számára a kiesett jövedelem, illetve a gyógyítás költségei. A munkáltató számára is kiesést jelent, mivel pótolni kell a munkájából távolmaradó beteg alkalmazottat. Az állam számára pedig a beteg már nem potenciális adó- és járulékfizető, viszont ellátásra szorul, ami szintén pénzbe kerül.

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők tehát nem csak az egyént, de az egész társadalmat terhelő kockázati tényezők is.

A kockázati tényezőket két fő csoportra oszthatjuk. Az egyik csoportba tartoznak azok a tényezők, amelyeket az egyén nem képes befolyásolni, ilyenek a veleszületett genetikai adottságok, életkor, nem. A másik lényeges csoportot pedig azok a tényezők alkotják, amelyeket az egyén hoz létre, illetve általa befolyásolhatók, ilyenek az életmóddal összefüggő szokások, fizikai aktivitás, élvezeti szerek fogyasztása. Ezen kívül természetesen maga az egészségügyi rendszer is hatással van az egyének egészségi állapotára. Hiszen egy alulfinanszírozott, rosszul szervezett, kevésbé felszerelt intézményi rendszerben kevésbé hatékony a betegek ellátása, nehezebb a gyógyulás folyamata, illetve megfelelő prevenciós programok hiányában több a megbetegedések száma.

Az egészséget meghatározó tényezők közül leginkább befolyásoló az életmód és a genetikai adottságok (43%), míg legkisebb hatása az egészségügyi ellátásnak van (11%). 27%-ban pedig egyéb befolyásoló tényezők vannak hatással az egyén egészségi állapotára. *(lásd melléklet 4. számú ábra)*

A magyar lakosság egészségi állapota mind a környező országokhoz viszonyítva, mind az európai országok tekintetében igen kedvezőtlen, és a lakosság egészségi állapotában tapasztalható egyenlőtlenségek is jelentősek. (11)

Az európai országok nagy előre lépést tettek az elmúlt évtizedekben a népesség egészsége terén. A születéskor várható átlagos élettartam az Európai Unió tagállamaiban 1980 óta több mint 6 évvel emelkedett, 2010-ben elérte a 79-et, miközben a halálozási statisztikák jelentősen javultak. Ezen évek több mint háromnegyede várhatóan az aktivitás korlátozása nélkül élhető le. A várható élettartam növekedése a jobb élet- és munkakörülményekkel, valamint bizonyos, az egészségre kiható magatartásformákkal magyarázható, de köszönhető még az ellátásokhoz való könnyebb hozzáférésnek és az ellátás minőségének, ezt mutatja például a szívroham vagy agyvérzés utáni halálozási arány jelentős csökkenése.

A Health at a Glance: Europe (Egészségügyi pillanatkép Európában) (12) második kiadása ismerteti Európa 35 országában az egészségügy és az egészségügyi rendszerek bizonyos mutatóinak összehasonlító adatait 2010-ig bezárólag. A mutatók kiválasztásának alapjául az európai közösségi egészségügyi mutatók (ECCHI) szolgáltak, amelyeket az Európai Bizottság fejlesztett ki támpontként az egészségügyi statisztikák fejlesztéséhez és a kapcsolódó jelentéstételhez. Az ebben ismertetett adatok

nagyrészt a hivatalos nemzeti statisztikákból származnak, amelyeket vagy külön-külön, vagy az OECD-vel, az Eurostattal vagy a WHO európai szervezetével együttműködve gyűjtöttek, valamint több országra kiterjedő felmérésekből.

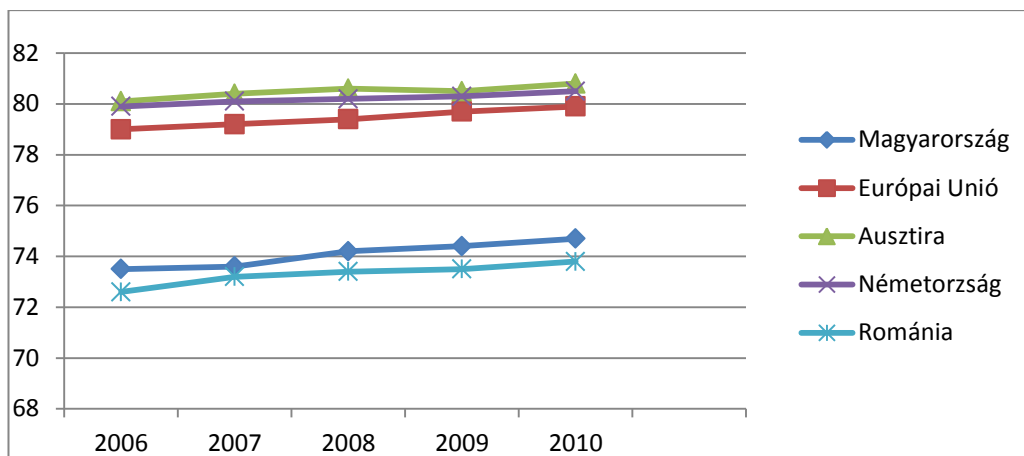
Szintén a Health at a Glance által kiadott Europe 2012 (egészségügyi pillanatkép Európában 2012) pedig Európa országaiban öt átfogó témakörben ismerteti a tendenciák időbeli alakulását és a felmerülő különbségeket:

1. a népesség egészségi állapota,
2. az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők,
3. az egészségügyi ellátás rendszereinek erőforrásai és tevékenységei,
4. krónikus és akut állapotok ellátásának minősége,
5. egészségügyi kiadások és finanszírozások forrása.

6.1 Születéskor várható átlagos élettartam

Az egészségi állapot mérésének egyik jellemző mutatója a születéskor várható átlagos élettartam. Ez a mutató egy demográfiai adat, amelyet az élveszületések halálzási életkorának átlagából számítanak, nem számolva az egy évnél fiatalabbak elhalálózását.

A születéskor várható élettartam az Európai Unió tagállamaiban 1980 és 2010 között több mint 6 évvel nőtt. Az Unióban a születéskor várható átlagos élettartam a vizsgált három éves időszakban férfiak esetében 75,3 év, nők esetében pedig 81,7 év volt. Ez a mutató legmagasabb Szlovéniában, Csehországban, Máltán és Cipruson, legalacsonyabb a balti államokban és Magyarországon. Annak ellenére, hogy Magyarország Európán belül ilyen kedvezőtlen helyet foglal el e mutatót tekintve, világviszonylatban a középmezőnybe tartozik.



Jelentős hatása van az európai egészségügyi, illetve hosszú távú ellátást nyújtó rendszerekre, hogy a születéskor várható élettartam növekedésével az egészségben eltöltött élettartam növekedik-e. Hiszen a várható életkor kitolódása teher az egészségügyi és szociális rendszerekre abból a szempontból, hogy egyre több idős ember ellátását kell megoldani.

A születéskor várható átlagos élettartam alakulását az egyéni mutatók mellett gazdasági, politikai tényezők is befolyásolják. Több nemzetközi és hazai kutatás is igazolta az országon belüli régiós különbségeket. A regionális különbségek magyarázatára felállított regressziós elemzés során a Spanyol kutatók azt állapították meg, hogy az iskolázottságnak, a munkanélküliségi rátának, a dohányzásnak és az alkoholizmusnak van különösen nagy szerepe a várható élettartam különbségeinek megállapításában. (Gutierrez-Fisac-Gispert-Sola)

A kistérségi várható élettartam különbségeket nemzetközi és hazai tapasztalatok alapján nyolc változó csoportba oszthatjuk:

- kulturális tőke (az iskolázottsági szinttel mérhető)
- gazdasági tőke (gazdasági fejlettség szintjével mérhető)
- társadalmi tőke
- etnikai szegregáció
- infrastrukturális ellátottság
- az egészségügyi ellátórendszer kiépültsége, elérhetősége
- a kistérségi településszerkezet sajátosságai
- a kistérség térbeli elhelyezkedése, távolsága a centrumoktól

Fontos azt is figyelembe venni, hogy a várható élettartam-különbségeket kialakító tényezők egymással is szoros összefüggésben állnak, sok esetben feltételezhető az

ok-okozati kapcsolat, például az iskolai végzettség függvénye lehet az egyén gazdasági helyzete.

A kistérségi különbségeken túl eltérés mutatkozik a férfiak és nők születéskor várható átlagos élettartamában is. Mindkét nemet tekintve megállapítható, hogy a Nyugat-Magyarországi és a Közép-Magyarországi, beleértve Budapestet is, régiókban a legmagasabb a születéskor várható élettartam. *(lásd melléklet 5.számú ábra)*

Megyei szinten vizsgálva legmagasabb ez az érték mindkét nem tekintetében Budapesten (férfiaknál 70,54 év, nőknél 77,79 év), legalacsonyabb pedig, szintén mindkét nem esetében Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (férfiaknál 66,37 év, nőknél 75,89 év).

A „World Health Statistics 2010” szerint Magyarországon 2008-ban a születéskor várható átlagos élettartam férfiak között 70 év, nőknél pedig 78 év volt, ez átlagosan 74,23 évet jelent országos szinten. Ugyanebben az évben az Európai Unió átlaga 79,31 év volt.

Az egészségügyi technológia fejlődésének hatására egyre emelkedik a születéskor várható átlagos élettartam nagysága, tehát az egészségügyi ellátásnak is nagy szerepe van ezen mutató változásában. Ezt tükrözi a 2008 nyarán a Tallini konferenciára készült tudományos dokumentumként elfogadott Tallini Karta is. „Az egészségügyi szolgáltatások hatása is jelentős. Az erre vonatkozó összefüggések komplexek, de konzisztensen azt mutatják, hogy az elmúlt évtizedekben a várható élettartam növekményének körülbelül a fele tudható be az egészségügyi ellátás javulásának.” (Figueras, 2008.)

6.2 Egészségben eltöltött évek száma

A születéskor várható élettartamon túl az egészségi állapot jellemzésére alkalmas mutató az egészségben eltöltött évek száma is. Ez a mutatót másképp „betegségtől mentesen eltöltött várható élettartamnak” nevezi a szakirodalom. Az erre vonatkozó adatok azt mutatják, hogy egy adott életkorú személy várhatóan hány évet fog betegségtől mentesen, egészségesen eltölteni. Az egészségben eltöltött évek mutatója az európai strukturális mutatók egyik alapvető fontosságú mérőszáma. Az egészségi átmenet általános modellje (WHO 1984) túlélési görbékkel ábrázolható. Háromféle

életszakasz különböztethető meg: a teljes élethossz, ezen belül a korlátozottság mentes és a krónikus betegségektől mentes várható élettartam.

A mutatót az alábbiakra használják:

- az egészségnek, mint termelékenységi/gazdasági tényezőnek a nyomon követésére
- az életminőség fogalmának bevezetésére
- az idős munkavállalók foglalkoztathatóságának mérésére
- az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, illetve az ellátás minősége és fenntarthatósága terén elért előrelépés nyomon követésére.

Az egészségesen várható élettartam független a népességszámtól és a népesség korösszetételétől, ami lehetővé teszi az összehasonlítást a különböző társadalmi csoportok között éppúgy, mint az országok között.

Az egészségesen várható élettartamok számítása leggyakrabban a Sullivan módszer szerint történik (Sullivan 1971). A napi tevékenységekben való korlátozottság (a mindennapi tevékenységben egészségi ok miatti tartósan fennálló korlátozottságot értve ez alatt), a krónikus betegség valamint az önértékelésen alapuló egészség egy-egy mérést tűzte ki célul az Európai Mini Egészségmodul (MEHM) beillesztése a SILC (Statistic on Income and Living Conditions) Életkörülmény és Jövedelemstatistikai felmérésbe, ezt a felmérést hazánkban a VÉKA (Változó Életkörülmények Adatgyűjtése) végezte. A mutatót a 2004-ben a lisszaboni célkitűzések megalapozásul szolgáló strukturális indikátorok egyikévé választották „Healthy Life Years” (HLY) néven.

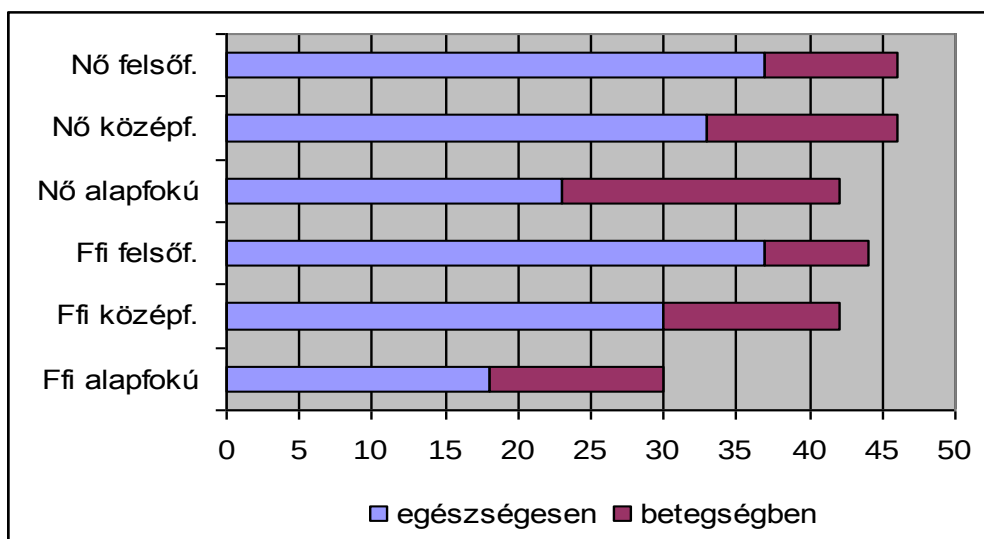
A SILC adatok felhasználásával 2005-ben bevezetett új számítások azt mutatják, hogy 2010-ben egy 65 éves nő vagy egy férfi életének 32 illetve 38%-át töltheti korlátozottságmentesen. 2010-ben a Magyarországi HLY értékek férfiaknál 3,1 nőknél 3,3 évvel maradtak el az EU25 átlagától, amely 9,0 év volt nőknél, 8,7 év férfiaknál.¹

2008-ban a születéskor várható, egészségesen eltöltött évek száma a férfiak esetében 54,7, a nőknél 58,3 év. a férfiak életük 79 százalékát élik le egészségesen, míg a nők csak a 75 százalékát. Ezt a különbséget az okozhatja, hogy a nők születéskor várható átlagos élettartama magasabb a férfiakénál.

Egy ma 35 éves magyar férfi előtt még 22,6 egészségben eltöltött év áll, ezután 8,3 évet mozgásában korlátozottan, ötöt pedig jelentősen korlátozva fog élni.

Egy 35 éves magyar nő 25,6 egészségben eltöltött évet remélhet még, azaz hárommal többet, mint a hasonló korú férfiak. Mozgásában korlátozva 11,6, jelentősen korlátozva pedig 6,7 év áll előtte.

Ahogy az előzőleg vizsgált születéskor várható átlagos élettartamban, úgy itt is mutatkoznak régiós különbségek. A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint a várható élettartam és az egészségben eltöltött évek száma is a települések méretével és fejlettségével párhuzamosan emelkedik, legtovább a budapesti nők és férfiak élnek, és ők a legtovább egészségesebbek is. Ezeken kívül összefüggés mutatható ki az iskolai végzettség és az egészségben eltöltött évek száma között is. Az iskolai végzettségnek a betegség időszakának kezdetére elsődleges a hatása abban az értelemben, hogy „legkorábban” az alacsony végzettségűek betegszenek meg, „legkésőbb” pedig a felsőfokú végzettségűek.



Forrás: Társadalmi ellátórendszerek, 2006. KSH kiadvány alapján

6.3 Vélt Egészségi állapot

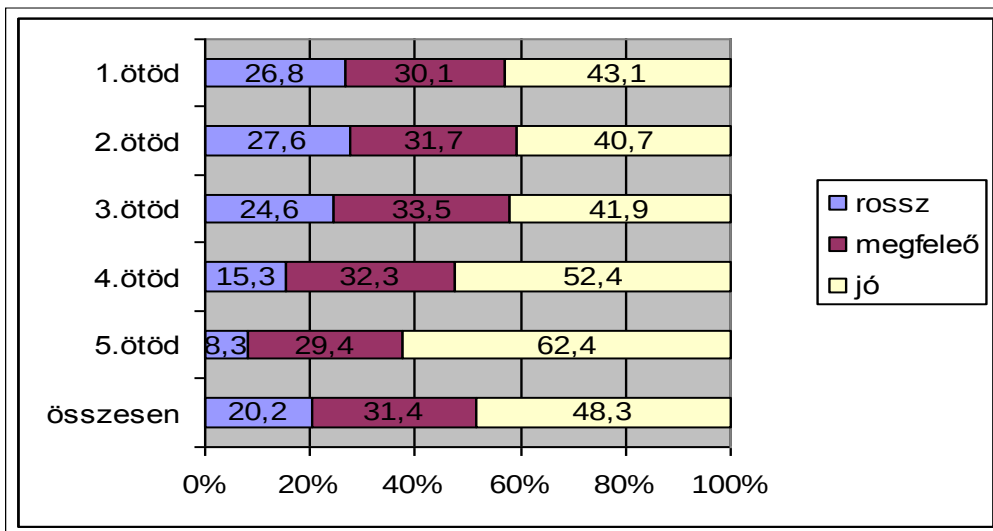
A vélt egészség az egészségi állapot jellemzésének olyan eszköz, amely az egészségi állapot önértékelésén alapul, azon, hogy milyen az egyének véleménye saját egészségi állapotukról, ez az élet minőségének egyik legáltalánosabban használt kifejezője. Ez nem függ össze szorosan a tényleges (orvosilag megállapítható) egészségi állapottal. Az önértékelést jelentősen befolyásolja az egyén társadalmi, gazdasági, kulturális helyzete, társadalmi rétege, iskolai végzettsége, foglalkozása, jövedelme, la-

kóhelye (város/falu), és még sok más tényező. a hátrányos helyzetű társadalmi rétegekhez tartozó, az alacsonyabb műveltségi fokú, a szerényebb jövedelmű, a kis településeken élő emberek kedvezőtlenebbül ítélik meg saját egészségi állapotukat, mint az ezekből a szempontokból jobb helyzetben lévők. Mindezen befolyásoló tényezők ellenére a nemzetközi gyakorlatban a vélt egészség vizsgálatára elfogadott és rendszerese alkalmazott indikátora a lakosság egészségi állapotának.

A vélt egészség mérésére kérdőíveket alkalmaznak, amelyben egy általában 4-10 fokozatú skálán jelölik meg a válaszadók, hogy mennyire elégedettek egészségükkel. Magyarországon a lakosság vélt egészségéről először 1994-ben készült felmérés, de az összehasonlítást korlátozza, hogy az akkori kérdés még csak négy válasz lehetőséget tartalmazott. A megkérdezett 15-64 éves népesség körében 18,4% volt az egészségüket nagyon jónak és 2,5% a nagyon rossznak tartók aránya. A 2009.évi felmérésben részt vevők korcsoportját a 15 évvel azelőtti meghatározásához igazítva némileg javult az elégedettség, mivel az ELEF-ben kissé magasabb volt a nagyon jó és alacsonyabb a nagyon rossz kategóriák aránya.

Az egészségi állapot az életkor növekedésével általában romlik. Míg a fiatalabb válaszadók 87%-a érzi magát jól, az idősebbek körében ez az arány már jóval kevesebb. A 65 éven felüliek 35%-a és a 75 éven felüliek 40%-a elégedetlen egészségével.

A Magyarországi arány lényegesen magasabb értéket mutat az EU27 országainak átlagánál, ahol a lakosság mindössze 9,5%-a tartja rossznak vagy nagyon rossznak az egészségét. A jelenleg rendelkezésre álló, nemzetközi összehasonlításra alkalmas, az alapvetően az életkörülményeket vizsgáló SILC-felmérés 2008.évi adatai szerint a magyar lakosságban 19,2% az egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak tartók együttes aránya. Miközben a magukat betegnek gondolók arányát tekintve az utolsó előtti helyen állunk, az egészségüket nagyon jónak tartók aránya alapján nyolc országot sikerült magunk mögé utasítani, köztük pl. Németországot is. Ez amiatt is meglepő, mivel az egészség megítélésében a jövedelmi viszonyok alapján kimutatható különbségek vannak. A vélt egészségi állapot nagyobb arányban mutat jó megítélést a lakosság felső jövedelmi ötödében, a rossznak vélt egészségi állapot pedig jelentősebb a lakosság alsó jövedelmi ötödében.



Forrás: KSH VÉKA adatfelvétel, 2008-2010-es időszakra

6.4 Halálozások a gyakoribb halálokok szerint

A halálokokra vonatkozó statisztika az egyik legrégebb óta készülő egészségügyi statisztika, amely tájékoztatást nyújt az időbeli és térbeli alakulásról, valamint a tagállamok között megfigyelhető különbségekről. A haláloki statisztika kulcsszerepet játszik a lakosság egészségi állapotával kapcsolatos általános információs rendszerben. E statisztika felhasználható annak megállapítására, hogy mely megelőző és orvosi-gyógyászati intézkedésekkel, valamint kutatási beruházásokkal növelhető a népesség várható élettartama. A népesség körében bekövetkező halálozások és a háttérükben álló halálokok összekapcsolása révén felmérhető a különböző konkrét betegségek és egyéb okok által előidézett halál kockázata. Ezek a számadatok azután tovább elemezhetők életkor, nem állampolgárság és régió szerint a standardizált halálozási arány használatával.

Egy a WHO megbízásából készített tanulmány szerint Európában a nem fertőző megbetegedések jelentik a legnagyobb betegségterhet. Ezek közül is a szív- és érrendszeri betegségek, illetve a pszichés betegségek képezik a legfőbb problémát. A négy leggyakoribb kockázati tényező pedig a diabetes, az elhízás, a dohányzás és alkoholfogyasztás, valamint az alapbetegségként is nagyon gyakori magas vérnyomás.

Az EU27 egészére vonatkozó 2010-es adatok szerint a keringési rendszer betegségei és a rosszindulatú daganatok voltak messze a leggyakrabban előforduló halálokok Európában. 2000 és 2010 között 10,9%-kal csökkent az EU27 halálozási aránya a

rosszindulatú daganatok tekintetében, és ennél jóval nagyobb visszaesést regisztráltak az ischaemiás szívbetegségek és a közlekedési balesetek okozta halálozások terén, amely esetében az összesített arány több mint 30%-kal csökkent. (Eurostat adat) Az ischaemiás szívbetegségek tekintetében 100 000 lakosra átlagosan 76,5 halálozás jutott az EU27-ben 2010-es adatok alapján. Az ischaemiás szívbetegségek által okozott halálozások aránya a balti tagállamokban, Szlovákiában és Magyarországon volt a legmagasabb (100 000 lakosra több mint 200 halálozás jutott). Franciaországban, Portugáliában, Hollandiában, Spanyolországban és Luxemburgban volt ez az arány a legalacsonyabb, itt 100 000 lakosra mindössze 50 halálozás jutott.

A rosszindulatú daganatok okozta megbetegedés jelentős halálok, 100 000 lakosra átlagosan 166,9 halálozás jutott az EU27-ben 2010-ben. E betegségtípus Magyarországon, Szlovákiában, Lengyelországban, Szlovéniában, a Cseh Köztársaságban, Lettországon és Litvániában a leggyakoribb. Ezekben az országokban a 100 000 lakosa jutó halálozások száma meghaladta a 190-et.

Fontos megemlíteni a leggyakoribb halálokok közt a külső halálokokat, ebbe a kategóriába tartozik a szándékos önártalom (öngyilkosság) és a közlekedési balesetek által okozott halálozások. az öngyilkosság nem tartozik a vezető halálokok közé, de társadalmi szempontból fontos e mutató vizsgálata is.

2010-ben a legalacsonyabb öngyilkossági arányt Görögországban (100 000 lakosra jutó 2,9 halálozás) és Cipruson (3,8) jegyezték fel. Az öngyilkosság tekintetében a halálozási arány Litvániában az EU27 átlagának közel háromszorosa volt (28,5), Magyarországon pedig mintegy a duplája 21,7 eset volt.

Ebben a kategóriában vizsgált másik külső halálok a közlekedési baleset. Közlekedési balesetek ugyan napi szinten történnek, az általuk okozott halálozások száma azonban nem érte el az öngyilkosságok gyakoriságát 2010-ben az EU27 átlagában (100 000 lakosra 6,5 halálozás jutott).

A nemek tekintetében is kimutathatók különbségek. 2010-ben az EU27 halálozási arányai a mellrák kivételével valamennyi halálok tekintetében magasabbak voltak a férfiak, mint a nők esetében. Az ischaemiás szívbetegségek tekintetében a halálozási arány férfiak esetében kétszer akkora volt (105,7), mint nők (53,1) esetében.

Az öngyilkosság okozta halálozások gyakorisága minden tagállamban következetesen nagyobb férfiak esetében.

A vizsgált leggyakoribb halálokokkal együtt összesen 8 halálokot sorolnak a leggyakrabban előfordulók közé:

- Rosszindulatú daganatos megbetegedések
- Szívinfarktus
- Egyéb ischaemiás szívbetegség
- Agyér betegség
- Légzőszervrendszeri megbetegedések
- Máj betegség
- Motoros járműbalesetek
- Szándékos önártalom

(lásd melléklet 6. számú ábra)

7 Betegségek költségei

Az egészségügyi döntéshozók és az ellátást végző szakemberek elsődleges célja olyan egészségügyi beavatkozások alkalmazása, amely a lehető legnagyobb egészségnyereséget nyújtja a lakosság számára. A rendelkezésre álló erőforrások azonban végesek. Így a döntéshozókat az alternatív beavatkozási lehetőségek választására kényszerítik. E választás háttereként a beavatkozások költségeit és a beavatkozásoknak köszönhető egészségnyereséget az egészség-gazdaságtani elemzések eredményei alapján hasonlítják össze.

A betegség valamint a rossz egészségi állapot költségeket von maga után, melyeket költségelemző tanulmányok segítségével összesítenek. Ezek a tanulmányok pénzügyi kategóriákra fordítják le a betegségek káros hatásait, rizikófaktorait. A betegségek költségeit három fő komponensre osztják:

1. *Közvetlen költségekre*, amelyek az egészségügyre hárulnak a megelőzés, diagnózis, kezelés kapcsán. Ide tartoznak például a mentők, a fekvő- és járóbetegellátás, a rehabilitáció, a gyógyszerek költségei.
2. *Közvetett költségekre*, amelyek jellemzően a beteg termelékenységének potenciál-vesztését jelentik. Ezek egységes mérése nagyon nehéz, több módszer alapján mérik, illetve próbálják előre jelezni. Néhány ilyen költség-tanulmány a jövőbeni jövedelmek, keresetek kiesésére koncentrálna anélkül, hogy figyelembe venné, hogy a keresetek a jövőben emelkedhetnek. Más tanulmányok a fizetési hajlandóság módszerét alkalmazzák, azaz azt nézik meg, hogy az egyén egy bizonyos egészségi állapotban mennyi pénzt hajlandó feláldozni a jobb egészségi állapot elérése érdekében.
3. A költségek harmadik komponense az *eszmei, kézzel foghatatlan költségeket* jelenti. Ezek azok, amelyek a betegségeknek az egyénre és a családjára gya-

korolt pszichés hatását jelentik. Nyilvánvalóan ezek költségekre gyakorolt hatását a legnehezebb megítélni.

Természetesen az egészségnek, betegségnek az egyén szintjén is jelentős gazdasági hatásai vannak. Lényeges hatása van a munkaerőpiaci részvétel szempontjából, hiszen az egyén egészségi állapota nagyban befolyásolja termelékenységét és munkaerőkínálatát. Nem csak a munkaórák számára van hatással, hanem a nyugdíjba vonulás időpontját is befolyásolja. A rossz egészségi állapot a termelékenység csökkenése révén negatív hatást fejt ki az egyén jövedelmére is, ami pedig tovább ronthatja egészségi állapotát. A Munkakörülményeket vizsgáló 2. Európai Kutatás szerint az EU régi tagállamaiban a dolgozók 40%-a állította, hogy az elmúlt egy évben legalább egyszer hiányzott munkahelyéről betegség miatt. A kérdőívre adott válaszokból kiderült, hogy a munkahelyi balesetek, munkával kapcsolatos betegségek vagy egyéb egészségügyi problémák miatt egy dolgozó átlagosan 7,3 munkanapot veszített el. A betegség miatti távollét közvetlen költsége a táppénz, közvetett költsége pedig a hiányzás miatti termelékenység veszteség.

Az egyén egészségi állapota azonban nemcsak saját, hanem a vele egy háztartásban élők munkaerőpiaci helyzetére is hatással van. Meglepő, de a kutatás eredményei azt mutatják, hogy a férfiak hajlandóak jelentősen csökkenteni munkaóráik számát, amennyiben házastársuk ápolásra, gondozásra szorul. ezzel szemben a nők férjük betegsége esetén többet dolgoznak, hogy több pénzt keressenek. Ennek elsősorban a nemek családon belüli egyenlőtlen szerepe az oka, valamint a férfiak és nők eltérő munkaerőpiaci helyzete. Mivel általában a férfi a családfenntartó, annak lebetegedése esetén nagyobb szükség van a pótlólagos jövedelemre, mint a feleség egészségi állapotának romlása esetében. Az egyén egészségi állapotának romlása tehát mindenképpen hatással van a családtagok munkaerőpiaci helyzetére is. Alapvetően két eset lehetséges, az egyik, hogy a háztartás többi tagja több munkát vállal, hogy a jövedelem kiesést pótolni tudják, valamint a kezelés költségeit elő tudják teremteni. A másik esetben pedig a családtagok csökkentik munkaóráik számát, hogy el tudják látni a beteget.

Mivel az egészségügyi szolgáltatások iránti igény egyre nő, és a rendelkezésre álló erőforrások szűkösek, a prioritások felállítása az egészségügyi döntéshozatal alapvető kérdésévé vált, már nemcsak etikai, de finanszírozási kérdések felvetésével.

Az alábbi esettanulmány (13) e problémakörrel kapcsolatos példát mutat be.

Jaymee Bowen ötéves kora óta szenvedett akut limphoid leukaemiában, csontvelő transzplantációban részesült, ezt követően panaszmentes lett. 1995 januárjában, 10 évesen akut myeloid leukaemiát diagnosztizáltak nála. Az Addenbrokes és a Royal Marsden kórház szakorvosai nyolc hét túlélést jósoltak neki, véleményük szerint az egyetlen lehetséges kezelés, az intenzív kemoterápia és a második csontvelő-transzplantáció sikere kétséges volt, és a megterhelő beavatkozások nem szolgálták az Ő érdekeit. A kislány édesapja nem volt hajlandó elfogadni az ellátás megtagadását, és további szakorvosi véleményeket kért Nagy-Britanniából és az Egyesült Államokból. Egy londoni magánspecialista hajlandó lett volna kezelni a kislányt, de a Cambridge-i és a Huntingdoni Egészségügyi Hatóság megtagadta a szükséges 75,000 Font kezelési költség megtérítését. Jaymee apja megtámadta az elutasító határozatot a Legfelsőbb Bíróságon. A Bíróság kimondta, hogy az egészségügyi hatóságnak felül kell bírálnia határozatát, az ítélete ellen azonban fellebbezést nyújtottak be.

Az ügy nagy nyilvánosságot hozott, egy névtelen adományozó vállalta a kérdéses beavatkozás költségének kifizetését. Az intenzív kemoterápia csak korlátozott sikerrel járt, így a specialista úgy döntött, hogy Jaymee az orvosilag reméltnél jóval hosszabb ideig élt, 1996 májusában halt meg.

Ez az eset etikai, finanszírozási és szabályozási kérdéseket is felvet. Ha gazdasági kérdéseket is figyelembe veszünk nehéz eldönteni, hogy mi a fontosabb. Igazságos dolog-e az egyéni szükségletek kielégítése a közösség rendelkezésére álló forrásokból, annak nagyarányú felhasználásával, ha bizonytalan a kezelés eredménye. Megtagadható-e az ellátás, ha az egyén életésélyeit bizonyíthatóan csak csekély mértékben javítja?

Nagy költség igényű, kísérleti orvosi beavatkozások finanszírozhatók-e a közösségi forrásokból?

A prioritizálás, forrásallokáció szempontrendszerének megalapozottsága, nyilvánossága, az eljárásrend szabályozása, fellebbezési lehetőség biztosítása is jelentős kérdések a témával kapcsolatban.

Az egészségüggyel kapcsolatos prioritizálási és racionalizálási folyamatban egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek a gazdasági szempontok mellett a társadalmi preferenciák figyelembevételére. Az Európai Unióban ennek példái a népegészségügyi kérdésekkel kapcsolatos Eurobarometer felmérések.

Egy széleskörű Egyesült Királyságbeli felmérés a különböző egészségügyi szolgáltatások rangsorolásával kapcsolatos társadalmi preferenciákat kívánta kideríteni. Az alábbi lista a csoportképzés és a rangsorolás egy lehetséges példáját mutatja:

1. Életet veszélyeztető megbetegedések kezelése gyermekek esetében
2. Speciális ellátás és fájdalomcsillapítás haldoklók esetén
3. Szűrővizsgálatok és védőoltások
4. Sebészeti beavatkozások, melyek mindennapi feladatok elvégzését teszik lehetővé (pl.: csípőprotézis beültetése)
5. Körzeti védőnői és közösségi ellátások
6. Pszichiátriai szolgáltatások
7. High-tech sebészet, szervátültetés
8. Egészségfejlesztés, egészségnevelés az egészséges életmód, prevenció érdekében
9. Koraszülött intenzív ellátás 680 g alatti, kis túlélési eséllyel rendelkező újszülöttek részére
10. Hosszú idejű kórházi ellátás idősek számára
11. Termékenységi kezelések
12. Életet veszélyeztető megbetegedések kezelése 75 évesek és idősebbek esetében

7.1 Beteggyüttműködés gazdaságtani hatása

Az egészség-gazdaságtani vizsgálatok egyik legfontosabb célja a mindennapos egészségügyi ellátás számára az erőforrás allokációs döntések segítése, ezért szükséges, hogy ezen elemzések figyelembe vegyék azokat a tényezőket, amelyek a klinikai vizsgálatok és a mindennapi orvosi gyakorlat közti eltérést okozzák. Ez az eltérés számos tényezőre vezethető vissza, amelyek a klinikai vizsgálatok és a valós gyakorlat eltérő körülményeiből adódnak. Az egyik ilyen fontos körülmény a betegek terápiás együttműködése, az úgynevezett compliance.

A beteg együttműködés leírására számos kifejezést használ a szakirodalom, az angol nyelv leggyakrabban a compliance, adherence, persistence fogalmakat használja.

Legszelesebb körben használt kifejezés azonban a compliance, melynek szűkebb és tágabb definíciója is létezik. A szűkebb értelemben vett compliance a következőképpen írható le: „a javasolt gyógyszeres terápia és a valóban végrehajtott gyógyszeresedés közötti megfelelés mértéke”. Tágabb értelemben pedig a gyógyszeres terápia végrehajtásának minőségéről beszélhetünk. a definíció lehetővé teszi a compliance számszerűsítését, mivel két idősor áll rendelkezésünkre, egyik a javasolt terápia, másik pedig a beteg által végrehajtott gyógyszeresedés.

A persistence fogalma a terápia melletti kitartásra utal, ennek vizsgálata krónikus betegségeknél, tartós gyógyszeresedésnél jelentős.

A kérdéskör egészét átfogó fogalom pedig az adherence, mely a javasolt gyógyszeres terápia beteg általi betartásának minőségére utal. ez a fogalom nem számszerűsíthető, leginkább minőségi leírásra alkalmas.

A WHO a következőképpen írja le ezt a fogalmat: „az egyén terápiás magatartásának – gyógyszeresedés, diétabetartás és/vagy életmód változtatás – az egészségügyi ellátást nyújtó (és az egyén által elfogadott) ajánlásaival való összhangja.” (WHO Adherence Report 2003)

A beteg együttműködést számos módon méri, ezek közül néhány a beteg napló, kérdőív, terápiás gyógyszeres szint monitorozás, közvetlen megfigyelés, stb.

Az alábbi táblázatban láthatunk néhány példát a betegmegfigyelés módszereiből.
(14)

	Egyszeri mérés	Folyamatos mérés
Nem megbízható	interjú tablettaszámlálás gyógyszertári adatok	betegnapló retrospektív kérdőív
Megebizható	terápiás gyógyszeres szint monitorozás (TDM)	Directly Observed Therapy elektronikus monitorozás

A nem megfelelő beteg együttműködés rontja terápia sikerességét. A következmények pedig a minimálistól a katasztrofálisig terjedhetnek, természetesen ez függ a betegség súlyosságától, az esetleges kísérő betegségektől, a terápia megváltoztatásának mértékétől. Gyakran előfordul, hogy a beteg a diagnózis felállítása ellenére el

sem kezdi a javasolt terápiát, vagy ha elkezd, egy idő után abba hagyja a gyógyszeres terápiát. Ezekből értelemszerűen következik a diagnózis felállításának költségei elvesztegetett erőforrássá válnak.

A terápia megtagadásának, a gyógyszerek be nem szedésének, vagy a szedés módjának megváltoztatásának jelentős gazdasági következményei vannak. Hiszen ha a beteg egyén nem szedi be a kezelőorvos által felírt gyógyszert, vagy nem az előírt mennyiségben szedi a várt hatás elmarad. A csökkent vagy teljes eredménytelenség pedig gyakoribb orvosi konzultációt, esetleg gyakoribb és hosszabb kórházi kezelést von maga után. Mindezek alapján elmondható, hogy gazdaságossági szempontból is fontos a betegek pontos felvilágosítása a terápiával kapcsolatban.

A csökkent beteg együttműködés általános gazdasági hatását bizonyítja, hogy Ontario (Kanada) államban 735 millió \$-ra, míg az USA egészében 13,35 milliárd dollár-ra becsülik a non-adherence okozta éves közvetlen költségeket (Sullivan), ami az éves egészségügyi kiadások 0,8-1,7%-át teszik ki.

Annak ellenére azonban, hogy jó néhány kutatás kimutatta a beteg együttműködés mértékének komoly hatása lehet klinikailag és gazdaságilag, a beteg együttműködés mégsem illeszkedik rutinszerűen az egészség gazdaságtani vizsgálatokba.

7.2 Nemzetközi összehasonlítás

Az egyének jó egészségi állapota az adott ország gazdasága számára is előnyt jelent, ezért a fejlett országok jelentős pénzüsségeket fordítanak az egészség javítására és a betegségteher csökkentésére. Az egészségügyi rendszer fenntartása, finanszírozása azonban nem könnyű dolog, ezért a döntéshozók gyakran végeznek összehasonlítást különböző országok egészségügyi kiadásaiban. Az összehasonlítások javíthatják az egészségügyi rendszer hatékonyságát és finanszírozását. Egyre nagyobb a kereslet a betegség költség (cost of illness, COI) tanulmányok iránt, ezek részletes leírást adnak a betegségek pénzügyi terheiről a kereslet és a kínálat jellemzői alapján. A COI vizsgálatok segítik a döntéshozókat a jövőbeni egészségügyi költségek előrevetítésében és a forrásallokáció döntéseiben. Az egészségügyi költségeket nem pusztán betegség szerint mérik, hanem a szolgáltató, a kor és a nem szerint is.

Az OECD-államok egészségügyi kiadásainak összehasonlíthatósága érdekében létrejött az egészségügyi számlarendszer bevezetése.

Ezen COI-vizsgálat közé tartozik a GDP-arányos kiadások vizsgálata, melyet egy korábbi fejezetben már tárgyaltam.

A betegségek költségei jelentős változatosságot mutatnak a különböző országokban. Valamennyi országban a keringési megbetegedések és az emésztési rendszer betegségei képezték az elsődleges költség elemeket. A mentális betegségek kiadásai Hollandiában értek el magas szintet.

Az ápolás és a lakóhelyen történő ellátás helyzetképe szintén nagy eltéréseket mutat a betegségek költségeinek megoszlásában.

8 Egészség hatása a gazdaságra

Már régóta ismert és bizonyított tény, hogy egy ország gazdasági növekedése elősegíti a lakosság egészségi állapotának javulását. A gazdasági növekedés, illetve a jólét a jövedelmeken keresztül két módon járul hozzá az egészség javulásához, egyrészt közvetlen hatása van azokra a feltételekre, amelyek pozitívan befolyásolják a biológiai fennmaradást, valamint az egészséget. Másrészt a társadalmi részvétel révén, az életkörülmények befolyásolásával, a biztonságérzet növelésével.

A gazdasági növekedés - melyet általában GDP-ben mérnek - a tőkeállománytól és a termelékenységtől függ. ez utóbbit pedig nagymértékben befolyásolja a humán tőke, melynek egyik rendkívül fontos alkotóeleme az egészség.

Az egészség négy csatornán keresztül járul hozzá a gazdasági növekedéshez:

- magasabb termelékenység
- magasabb szintű munkaerő kínálat
- magasabb képzettségi szint
- több lakossági megtakarítás.

Az egészséges egyének nyilvánvalóan többet és jobban tudnak teljesíteni, mint beteg társaik. Az egészség hatása a munkaerőkínálatra már nem ilyen egyértelmű. A jó egészségi állapot csökkenti a betegen töltött napok számát, így több időt lehet munkára, valamint szabadidős tevékenységre fordítani. Ugyanakkor az egészség a munkaerőkínálatot közvetetten, a bérekre, preferenciákra és a várható élettartamra gyakorolt hatásán keresztül is befolyásolja. Amennyiben a bérek a termelékenységtől függenek, és az egészséges dolgozók produktívabbak, mint a betegek, akkor a jobb

egészségi állapot várhatóan növeli a kereseteket és ez által az ösztönzőket, melyek elősegítik a munkaerőkínálat növekedését.

A humán tőke-elmélet szerint a képzettebb egyének egyben produktívabbak is, így több pénzt tudnak keresni. Minthogy az egészséges és jól táplált gyermekek kognitívabbak, iskolai teljesítményük magasabb, jó egészségi állapotuk közvetlenül hozzájárul a jövőbeni magas termelékenységükhöz. Ezen túlmenően a jó egészségi állapot összefügg a magasabb várható élettartammal, az egészségesebb egyének pedig nagyobb hajlandóságot mutatnak arra, hogy oktatásba és képzésekbe fektessenek be, mivel a megszerzett tudásuk gyümölcsét még sokáig élvezhetik.

A munkaerőpiaci helyzet mellett tehát az oktatásra is hatással van az egészségi állapot. Az egészség befolyásolja a megtakarítások nagyságát is, hiszen nyilvánvaló, hogy a hosszabb, egészségesebb életre való kilátás növeli a megtakarítási hajlandóságot. A jó egészségi állapotban lévő embereknek szélesebb az időhorizontja, megtakarítási hajlandóságuk ebből következően valószínűleg magasabb lesz.

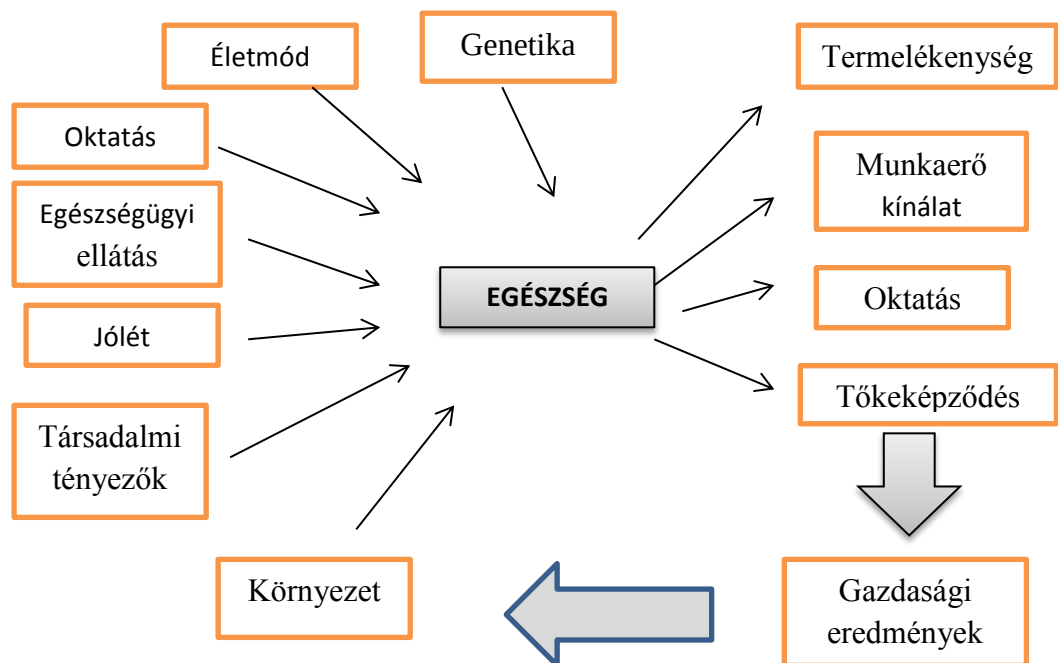
2001-ben a Makrogazdaságtani és Egészségügyi Bizottság (Commission On Macroeconomics and Health, CMH) közzétette a WHO megbízásából készített jelentését az egészség és a gazdasági növekedés közötti összefüggésről, valamint az egészségbe való befektetés szükségességéről. Az elemzések becslései alapján a születéskor várható élettartam 10%-os növekedése várhatóan legalább 0,3-0,4 százalékponttal növeli az éves GDP-t. A tanulmány végkövetkeztetése az volt, hogy a fejlődő országokban épp ezért nélkülözhetetlen az egészségbe való befektetés, mert a létfontosságú egészségügyi ellátásba való beruházás milliók számára elősegítené a szegénységből való kiemelkedést, és az általános gazdasági fejlődéséhez is jelentős mértékben hozzájárulna.

Az egészségi állapot – melynek tipikus mutatói a várható élettartam és a felnőttkori halandóság – a gazdasági növekedés jelentős és mérhető előrejelzőjeként mutatkozik meg minden olyan tanulmányban, amely a szegény és gazdag országok gazdasági fejlődése közötti különbségeket igyekszik feltárni. A kutatók sokkal inkább a fejlődő, mint a fejlődésben lévő országokra koncentráltak az egészség gazdasági hozzájárulásának kérdésében. Azok a tanulmányok, amelyek az iparosodott országokat helyezték a középpontba, rámutattak arra, hogy az egészség és a gazdasági fejlődés között nem mindenesetben pozitív a kapcsolat, sőt lehet akár kifejezetten negatív is. Ez utóbbi oka lehet a növekvő átlag életkor, így növekszik a nyugdíjas korúak száma, ez pedig nagyobb terhet ró a nyugdíjkasszára. A nyugdíjkorhatár emelésével több egészségi

zséges idős ember maradhatna a munkaerőpiacon, így érvényesülne az egészség pozitív hatása a gazdaságra.

Az európai ember egészségét fizikai, ökológiai környezete is veszélyezteti, ami jó-részt az életmód, és az erőforrások felhasználásának következménye. Az ember egészsége függ a rendelkezésre álló élelmiszer minőségétől, a levegőtől és a lakó-helytől. Hatással van rá a zaj, a közlekedés túltelítettsége, a balesetek és a nem meg-felelő csatornarendszerek. A piac liberalizálásának növekedésével nagy mennyiségű, nem megfelelően kezelt, esetleg lejárt szavatosságú élelmiszer került egyes országok, köztük Magyarország belső piacára is. Ezek következményeként emelkedett az emésztőrendszer megbetegedései, elsősorban a daganatos megbetegedések, ez pedig újabb teher az egészségügy számára. (15)

Összességében a bizonyítékok azt a hipotézist támasztják alá, hogy az egészségnek pozitív hatása van a gazdasági eredményekre egyéni és társadalmi szinten egyaránt. Ezek gazdaságban okozott hatása pedig visszahat az egyén egészségi állapotára egyéni és társadalmi szinten.



Az egészség és gazdaság kapcsolata szorosan kapcsolódik az Európai Unió Lisszaboni programjához, melynek célkitűzése, hogy 2010-re tudás alapú gazdaságot fejlesszenek ki, és az Európai Uniót a világ legversenyképesebb régiójává teszik. A humán tőkébe való befektetés szükséges, bár nem elégséges feltétele a gazdasági versenyképesség növelésének, s mivel az egészség a humántőke egyik legfontosabb alkotóeleme, az EU régi és új tagállamai számára egyaránt nélkülözhetetlen az egészségbe való befektetés.

9 Eredmények értékelése, megbeszélés

Kutatásom fő céljával az egészségügyi kiadások abszolút és relatív nagyságának, valamint összetételének vizsgálatát tűztam ki összevetve azt a lakosság egészségi állapotával. Ezeket hazánkban és a többi Európai Unió vonatkozásában is vizsgáltam, összevetve több hazai és nemzetközi szakirodalom eredményeit.

Első lépésként fontosnak tartottam a szociálpolitikai, jogszabályi háttér megvizsgálását mind hazai, mind pedig Uniós szinten.

Az egészségügyi rendszerek finanszírozását vizsgáltam a finanszírozás típusa, költségmegoszlás tekintetében. Nincs egységes finanszírozási forma az Európai Unió országai között is, azonban egyik rendszer sem működik tisztán, hiszen átfedés van a finanszírozási rendszerek között.

Az egészségügyi kiadások vizsgálatával folytattam a kutatást, itt elsősorban GDP-arányos kiadásokat vizsgáltam. Több hazai és nemzetközi szakirodalom eredményeinek összevetése alapján megállapítható, hogy az Európai Uniós tagállamok GDP-arányos egészségügyi célzatú kiadása átlagosan 9%, ehhez képest Magyarországon 2009-es adatok szerint ez az arány 7,8% volt. Ezen vizsgálatok rávilágítottak a hazai és nemzetközi szinten egyaránt jelenlévő regionális különbségekre.

Szükségessnek tartottam az éves fogyasztási szerkezet vizsgálatát is. Ezt a mutatót KSH adatok alapján a fogyasztási szerkezet összetétele szerint vizsgáltam, hiszen ebben található a háztartások egészségügyi célzatú kiadásainak nagysága.

Ahhoz, hogy egy ország lakosainak egészségi állapotáról képet kapjunk meg kell vizsgálni a lakosság erre vonatkozó mutatóit. Ezek elsősorban a születéskor várható átlagos élettartam, az egészségben eltöltött évek száma, a szubjektív érzésekre ha-

gyatkozó, de fontos mutató a vélt egészségi állapot, valamint a leggyakoribb halál-okok vizsgálata. A mutatók pontos ismeretéhez tisztáztam azok meghatározásait is.

Mivel az egészségügyi kiadások legnagyobb része a gyógyításra fordítódik fontos ismerni a betegségek költségvonzatát, itt elsősorban általánosságban tárgyaltam a betegség költségeiről, felosztva azokat közvetlen, közvetett és eszmei költségekre. Kevés tanulmány említi a beteg együttműködés gazdaságtani hatását, pedig ez sem elhanyagolható a kiadások szempontjából. Hiába próbál a kezelőorvos meggyógyítani valakit, ha a beteg nem tartja be az utasításokat vagy megváltoztatja azokat. Ebben a fejezetben több beteg együttműködéssel kapcsolatos fogalmat tisztáztam.

Vizsgálatom fő céljaként az egészségügyi kiadások és az egészségi állapot összefüggéseit határoztam meg, így elkerülhetetlen volt az egészség gazdaságra gyakorolt hatásának vizsgálata.

Összességében a bizonyítékok az állapítható meg, hogy az egészségnek pozitív hatása van a gazdasági eredményekre egyéni és társadalmi szinten egyaránt. Ezek gazdaságban okozott hatása pedig visszahat az egyén egészségi állapotára egyéni és társadalmi szinten.

10 Összefoglalás

Az egészségügy a nemzetgazdaság dinamikusan fejlődő húzóágazata, amely stratégiai jelentőséggel bír. Az egyes országok, régiók nemzetközi munkamegosztásban elfoglalt helyét nagyban befolyásolja az egészségügyi szolgáltatások minősége, korszerűsége.

Az egészségügy gazdaságélénkítő hatása megmutatkozik a munkahely teremtésével, az egészségügyi szolgáltatási piac növelésével, az egészségipar fejlesztésével. Az egészségüggyhez való korszerű hozzáállás elősegítheti az egészségügyi rendszer fejlődését, amely így a költségvetés támasza lehet, ahelyett, hogy azt megterhelné. Az így fejlődő egészségügy pedig fokozza a tőkebefogadási képességet, hiszen ez a tággabb értelemben vett infrastruktúra része. Mindezek alapján tehát elmondható, hogy a magasabb színvonalú egészségügy nem csak következménye a magasabb fejlettségnek, versenyképes gazdaságnak, hanem annak kiváltója is lehet. Az egészségügy és a gazdaság tehát kölcsönösen hatnak egymásra. A hatékony, jól működő egészségügy hatására a humántőke egészségi állapotában bekövetkező pozitív változás javítja a versenyképességet, fokozza a gazdasági termelékenységet. Ennek követke-

tében pedig emelkedik állami és egyéni szinten is a jövedelmi színvonal, ami pedig további forrásokat teremt az egészségügy számára.

Az egészség négy csatornán keresztül járul hozzá a gazdasági növekedéshez: magasabb termelékenység, magasabb szintű munkaerő kínálat, magasabb képzettségi szint, több lakossági megtakarítás. A társadalmi-, gazdasági állapot és az egészség között tehát egyértelmű az összefüggés. Ezt általában olyan, egymástól független mutatók határozzák meg, mint a foglalkozási státusz, a nem, az iskolai végzettség szintje, a jövedelem és a vagyoni helyzet. az egyén szintjén az iskolai végzettség javítja a szociális képességet, elősegíti az egészségesebb életvitelt azáltal, hogy tudatosabbá teszi a kockázatokat. Így ezek közvetetten, de hatással vannak az egészségügyi kiadásokra.

Mivel a gazdasági jólét és az egészség kölcsönösen hatnak egymásra, nyilvánvaló, hogy a politikai döntéshozóknak, akiknek alapvető érdeke a gazdasági növekedés, fontolóra kellene venniük az egészségbe való befektetés szükségességét. Az egészségmegőrző egészségügyi rendszer várhatóan csökkenti a jövőben az egészségügyi kiadások nagyságát azáltal, hogy csökkenti alakosságot érintő betegségterhet. Az egészségügyi rendszerbe való beruházás tehát az egészségbe való befektetés egyik leghatékonyabb módjának tekinthető.

10.1 Summary

Health care is the dynamic sector of the national economy thus it possesses strategic significance. The position of particular countries and regions in the international division of labour is largely influenced by the quality and modernity of health services.

The effects of health on economic vitality is reflected in the creation of workplaces, increasing health care services market, the improving of the health industry. The modern approach to health care can facilitate the development of the health system, so it could be the mainstay of the budget instead of burdening that. Health developing this way can enhance the absorption capacity of capital, as it is part of the broader infrastructure. On the basis of all this, it can be said that the state of the art, competitive economy not only results in a higher standards of public health, but also triggers it. Health and economy thus interact. Positive changes in the health status of human capital due to the efficient, effective healthcare will increase competitiveness and enhance economic productivity. As a result, at state and individual level the income standards will rise, which in return creates additional resources to the health sector.

Health contributes to economic growth through four channels: higher productivity, higher labour supply, higher level of education and more household savings. So it is clear that there is connection between the socio-economic status and health. This is usually determined by independent indicators such as employment status, gender, level of education, income and property. At the individual's level education improves social skills, promotes a healthier lifestyle by making the risks conscious. Therefore, they, though indirectly, affect health expenditure. Due to the interaction between the economic well-being and health, it is evident that policy-makers who have a strong interest in economic growth should consider the need to invest in health. The health care medical system is expected to reduce the

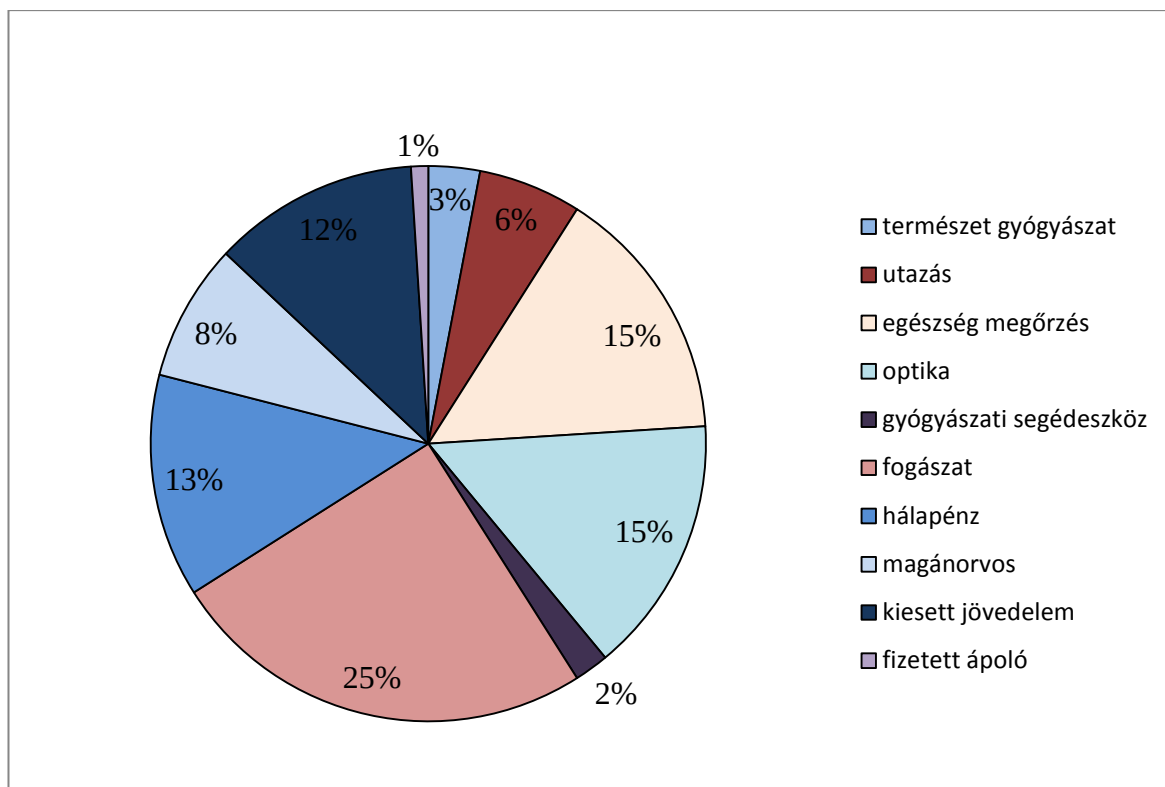
magnitude of future health care cost by reducing the burden of disease on the population. Investment in health system is therefore considered to be the most effective way of investing in health.

11 Mellékletek

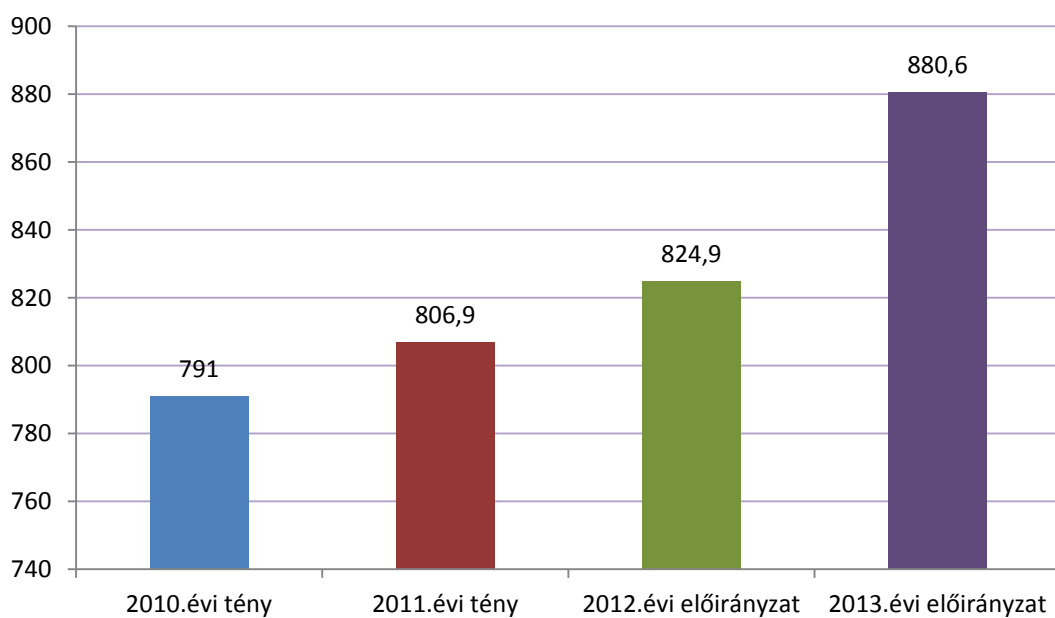
1. ábra Hálapénz fizetési gyakoriság

	Háziorvos	Járóbeteg szakorvos	Fekvőbeteg kórház	Bármely or- vosi TB ellátás
Igénybe vette	70,9%	46,9%	15,7%	75,6%
Hálapénzt fizetett	15,3%	17,9%	49,5%	24,4%
Átlag hála- pénz/év	6787Ft	14418 Ft	19738 Ft	18473 Ft
Makro adat/év	6,0 Mrd Ft	9,8 Mrd Ft	12,0 Mrd Ft	27,7 Mrd Ft

2. ábra Az egészséggel összefüggő összkiadás megoszlása kiadási kategóriánként, 2003 (%) (OLEF 7. ábra)



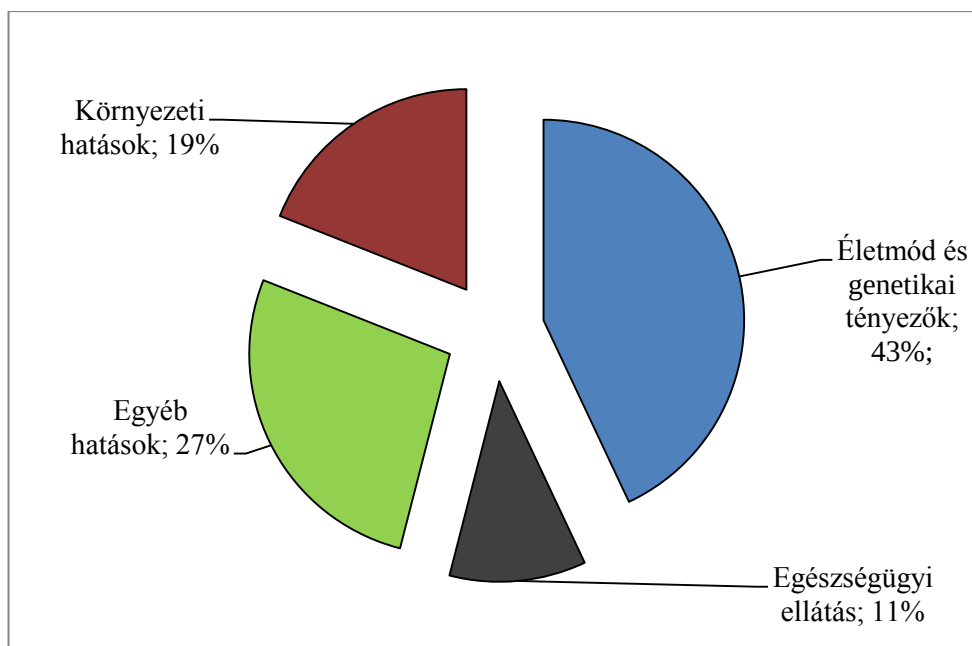
3. ábra Egészségbiztosítási Alap Gyógyító-megelőző kiadásainak alakulása 2010-2013.években (Milliárd Forint)



4.ábra A háztartások fogyasztási kiadásának szerkezete rendeltetés szerinti bontásban 2006-ban (százalékban, folyó árak alapján)

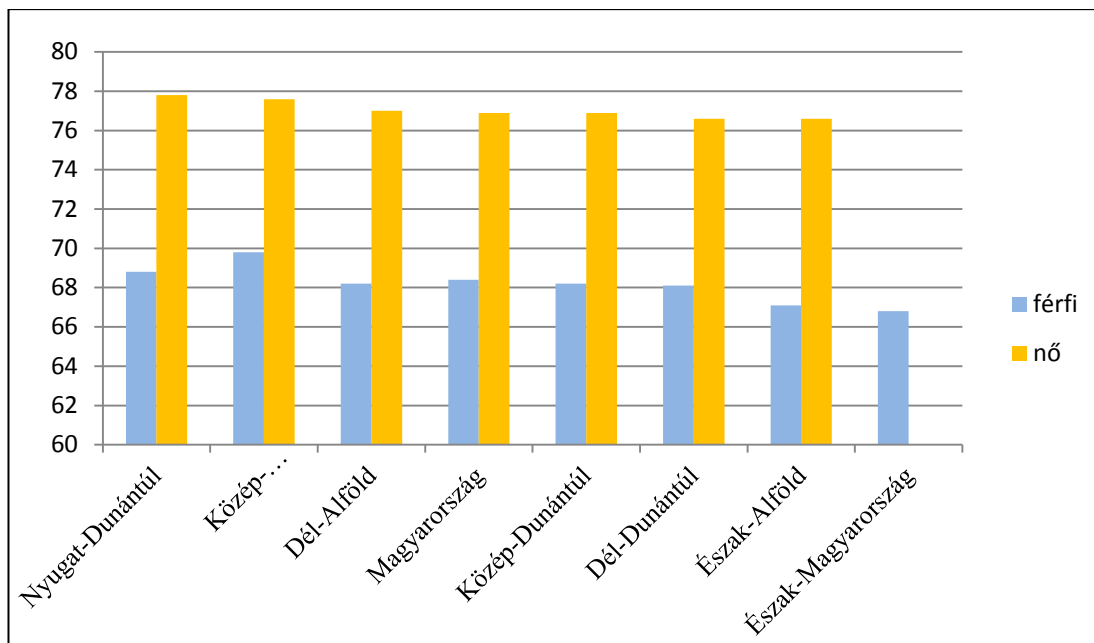
COICOP-főcsoport	EU 15	Visegrádi országok	Magyarország
Élelmiszerek és alkoholmentes italok	12,1	18,9	16,9
Szeszes italok, dohányárúk és kábítószer	3,3	7,1	8,9
Ruházat és lábbeli	5,7	4,3	3,4
Lakásszolgáltatás, rezsi költségek	21,9	22,8	18,5
Lakberendezés, lakáskarbantartás	6,4	5,0	6,3
Egészségügy	3,5	3,4	3,6
Közlekedés és szállítás	13,7	10,4	16,1
Hírközlés	2,7	3,6	4,2
Szabadidő és kultúra	9,5	8,3	7,9
Oktatás	1,0	1,2	1,2
Vendéglátás és szálláshely-szolgáltatás	9,0	4,3	5,1
Egyéb termékek és szolgáltatások	11,2	10,7	7,9
Hazai fogyasztási kiadás összesen	100,0	100,0	100,0

5. ábra Az egészségi állapotot meghatározó tényezők

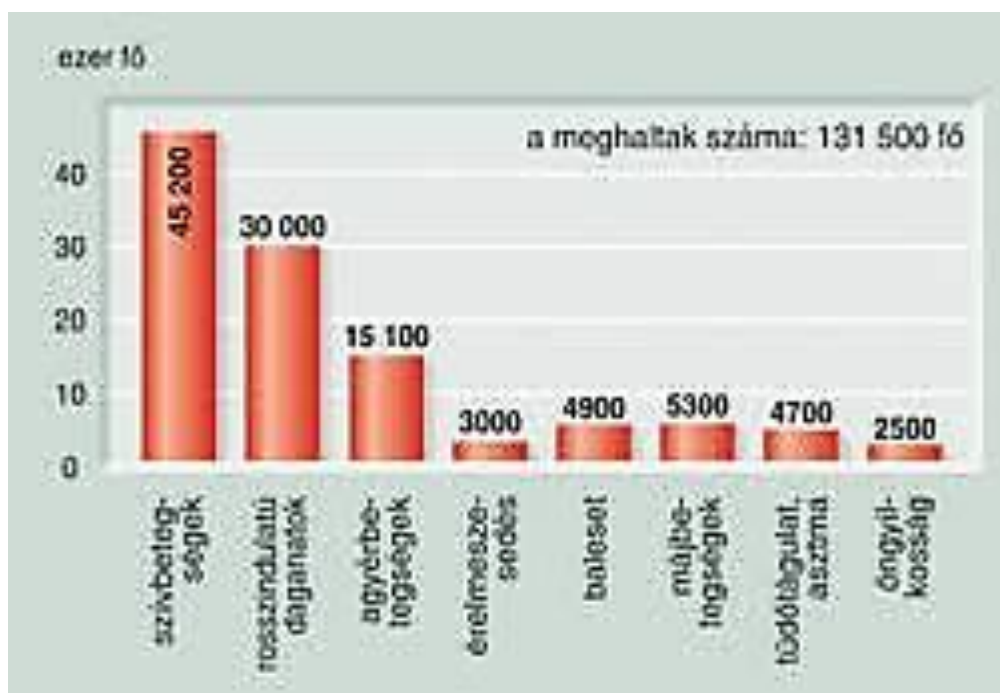


6. ábra Születéskor várható átlagos életkor régiós és nemenkénti bontásban

Forrás: KSH Területi Statisztikai Évkönyv



7. ábra Halálozások a gyakoribb halálokok szerint



12 Irodalomjegyzék

1. [Online] <http://eur-lex.europa.eu/hu/treaties/dat/11997D/word/11997D.doc>.
2. [Online] <http://eur-lex.europa.eu/hu/treaties/dat/11992M/word/11992M.doc>.
3. [Online] <http://eur-lex.europa.eu/hu/treaties/dat/12001C/pdf/12001C>.
4. [Online]
<http://sbookshop.europa.eu/eubookshop/download.action?fileName=FXAC07306HUC>.
5. **Tükör, Statisztikai.** *Egészségügyi kiadások, 2003-2009.* 2010.
6. **Iván, Csaba.** *Zsebből fizetve-Egészségügyi magánkiadások Magyarországon.* Budapest : ismeretlen szerző, 2007. november 23.
7. **Kincses, Gyula Dr.** *Egészségügyi ábragyűjtemény.* Budapest : ismeretlen szerző. I.. kötet.
8. **Kft., GKI-Egészségügy Kutató Intézet.** *Országos Lakossági Egészségfelmérés.* Budapest : ismeretlen szerző, 2005.
9. **Éva, Dr. Palócz.** *Az egészségügy és a versenyképesség kapcsolata.* old.: 111.-125.
10. **Éva, Orosz Dr.** *Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a XXI. század elején.*
11. *Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése.* hely nélk. : Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2010. old.: 3.-9.
12. *Health at a Glance: Europe 2010.* hely nélk. : OECD, 2010. ISBN 978-92-64-090309.
13. *The economics of Health Care.* hely nélk. : OHE Schools, 2007.
14. **Koncz, Tamás Dr.** *A gyógyszeres terápiával való beteg-együttműködés és annak klinikai és egészség-gazdaságtani következményei.* Semmelweis Egyetem. Budapest : ismeretlen szerző, 2010. december.
15. **Dr., Erzsébet Gidai.** *Az egészségi állapot és a jövedelmi viszonyok kölcsönkapcsolata az EU országokban.* Nyugat Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar. Budapest : ismeretlen szerző, 2010.

12.1 Egyéb felhasznált irodalom

1. Mihályi Péter Árak és Volumenek a poszt szocialista egészségügyben; Közgazdasági szemle, LVI. évf., 2009. július-augusztus (585-608. o.)
2. Csire A. – Németh N. A születéskor várható élettartam kistérségi egyenlőtlenségei az ezredforduló Magyarországon; Kormányzás Közpénzügyek Szabályozás II. évfolyam (2007) 2. szám (257-289. oldal)

3. Varga-Hatos K., Karner C. A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők; Egészségügyi Gazdasági Szemle 2008/2.

4. ESKI fogalomtár

5. Dr. Kincses Gyula Magyarország egészségügye és szociális rendszere; ISBN 963 86789 5 X

6. Orosz Éva Költségmegosztás a társadalombiztosítás és a betegek között: mit tükröznek a nemzetközi statisztikák?; ELTE EGK- AstraZeneca egészség-gazdaságtani szimpózium, 2007. november 23.

7. Statisztikai tükör; Egészségfelmérés (ELEF), 2009; IV. évfolyam 50. szám; 2010.április 27.

8. Banai Péter Benő Az egészségügy 2013. évi költségvetése, várható kilátások; Nemzetgazdasági Minisztérium
