

A felzárkózás kudarc. 2. rész

A magyarországi várható élettartam és elkerülhető halálozás trendjei nemzetközi összehasonlításban

OROSZ ÉVA

FAILURE IN CATCHING UP
– PART 2: TRENDS IN LIFE EXPECTANCY
AND AVOIDABLE MORTALITY
IN HUNGARY IN INTERNATIONAL
COMPARISON

A magyar egészségügy nap mint nap tapasztalható válságjelenségei mögött két hosszabb távú trend húzódik meg: a felzárkózásnak és az egészségügyi rendszer reformjának a kudarc. A két részből álló tanulmány csak az első folyamattal foglalkozik: bemutatja, hogy Magyarország az egészségügyi kiadások és az egészségi állapot számos alapvető indikátorát tekintve leszakadó pályára sodródott nemcsak a fejlett EU-országokhoz, hanem a többi visegrádi országhoz képest is. Az első rész az egészségügyi közkiadások trendjeit vázolta, ez a rész pedig az egészségi állapot két alapvető indikátorának, a várható élettartamnak és az elkerülhető halálozásnak a trendjeit elemzi, különválasztva az 1990-es évek eleje és a 2010-es évek vége közötti hosszabb távú trendeket és a Covid-19-járvány által befolyásolt időszakot. A tanulmány kiemeli, hogy Magyarország relatív helyzete lényegesen rosszabb az egészségügyi rendszer teljesítménye által meghatározott úgynevezett elkerülhető halálozásban, mint az összes halálozás esetében. Ez azt is jelenti, hogy – a halálozási adatainkat nemzetközi összehasonlításban tekintve – a kedvezőtlen pozíciónk egyik fő oka az egészségügyi rendszer rossz teljesítménye, aminek pedig alapvető tényezője az egészségügyi közkiadások tartósan rendkívül alacsony szintje – az egészségügynek a kormányzati prioritásokban elfoglalt alárendelt pozíciója következtében. Ahhoz, hogy a tanulmányban vázolt trendekben fordulat, az egészségügyi rendszer teljesítményében és az elkerülhető halálozásban lényeges javulás következzen be, egyeztetve, egyidejűleg lenne szükség a közkiadások jelentős mértékű növelésére és strukturális reformokra az egészségügy finanszírozási és szolgáltatási rendszerében.

Two longer-term trends lie behind the day-to-day perceptible crisis of the Hungarian healthcare system: the failure to catch up with the EU14 countries and the failure of reforming the healthcare system. The two-part study only deals with the first process: it shows that, in terms of many basic indicators of health expenditures and health status, Hungary has drifted away not only compared to the developed EU countries, but also compared to the other Visegrád (V3) countries. The first part outlined trends in public expenditure on health, while this paper analyses trends in two basic indicators of health status (life expectancy and avoidable mortality), separating longer-term trends from the early 1990s to the late 2010s and the period affected by COVID-19. The paper highlights that the relative situation of Hungary is significantly worse in avoidable mortality – defined by the performance of the health system – as in mortality from all causes. This also means that one of the main reasons for our unfavourable mortality conditions is the poor performance of the health care system, the fundamental factor of which is the persistently extremely low level of public expenditure on health – as a result of the subordinate position of health care in government priorities. In order for a reversal in the trends outlined in the study and a significant improvement in the performance of the healthcare system and in avoidable mortality, a significant increase in public spending and simultaneously structural reforms in the healthcare financing and service system would be necessary.

**várható élettartam, elkerülhető halálozás,
a Covid-19-járvány hatása,
kormányzati prioritások**

**life expectancy, avoidable mortality,
impact of the COVID-19 epidemic,
government priorities**

dr. OROSZ Éva professzor emeritus (levelezési cím/correspondence):
Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar/Eötvös Loránd University, Faculty of Social
Sciences; H-1117 Budapest, Pázmány Péter sétány 1/A. E-mail: orosz.eva@tatk.elte.hu

Érkezett: 2024. július 7.

Elfogadva: 2024. szeptember 14.

<https://doi.org/10.33616/lam.34.0515>

Az 1980-as és 90-es évek fordulóján bekövetkezett rendszerváltozás történelmi esélyt jelentett arra, hogy elinduljon a felzárkózás a fejlett nyugat-európai országokhoz – a gazdaságot, a társadalmi jóllétet, ennek részeként a társadalom egészségi állapotát és az egészségügyi rendszer működését tekintve is. Az egészségi állapot és egészségügyi kiadások átfogó elemzése azt mutatja, hogy felzárkózás helyett leszakadás következett be: számos alapvető indikátorban növekedett a lemaradásunk nem csak a fejlett EU-országoktól, hanem a többi visegrádi országtól is. A tanulmány első része az egészségügyi kiadásoknak a trendjeit tekintette át, ez a rész pedig az egészségi állapot két alapvető indikátorának, a várható élettartamnak és az elkerülhető halálózásnak az alakulását elemzi. Szemléletesen szólva: a tanulmány „feketedobozként” kezeli az egészségügyi működését. Az első részben a „feketedoboznak” az egyik inputjáról (az egészségügyi kiadásokról) volt szó, most pedig a „feketedoboznak” az eredményéről (az egészségi állapotnak elsősorban az egészségügyi rendszer által befolyásolt összetevőiről) lesz csak szó.

A tanulmányban felzárkózás alatt nem az utolértést, hanem a távolság csökkenését értem. A felzárkózás kudarca alatt pedig azt, hogy a lemaradásunk mértéke nagyobb volt a vizsgált időszak végén (a 2010-es évek végén, illetve a 2020-as évek elején), mint a rendszerváltás időszakában (a '80-as és '90-es évek fordulóján). Az elemzésekben az összehasonlítás egyik alapját az EU14-országcsoporthoz (súlyozatlan) átlaga jelenti (az EU 2004-es bővítése előtti országok, az Egyesült Királyság kivételével). Az összehasonlítás másik alapját pedig a Magyarországon kívüli visegrádi országok, azaz Csehország, Lengyelország és Szlovákia (V3-országok) képezik – amit a hasonló államszocialista örökség indokol. A Covid-19-járvány világszerte drasztikus sokkot jelentett a gazdaság, társadalom, oktatás és egészségügyi rendszer számára is, és törést okozott a hosszabb távú trendekben (csökkenést a várható élettartamban, kiugróan magas kiadásokat stb.). Ezért a hosszabb távú trendek elemzésekor az időszak végpontját a 2019-es év jelenti. A Covid-19-járvány egészének a hatása egyelőre csak a várható élettartam esetében vizsgálható.

A magyar népesség egészségi állapotának főbb trendjei

Egy ország lakossága egészségi állapotának és annak részeként a társadalom különböző csoportjai közötti egészség-egyenlőtlenségeknek az alakulását befolyásoló tényezőket a szak-

irodalom három nagy csoportba sorolja (1, 2): 1. strukturális tényezők (gazdasági, társadalmi, szociálpszichológiai tényezők és az ezeket befolyásoló kormányzati cselekvés, továbbá a népesség jövedelem, iskolázottság, foglalkozás szerinti rétegződése); 2. az egészségi állapotra közvetlenül ható – a strukturális tényezők által befolyásolt – kockázati tényezők (környezeti ártalmak, stressz, táplálkozás, egészségkárosító szokások stb.), másrészt az egyének képessége ezen tényezőkkel való megküzdésre; és végül, de nem utolsósorban 3. az egészségügyi rendszer működése. Az egészségi állapot indikátorainak egy része – így a várható élettartam alakulása is – ezen tényezők eredőjét, együttes hatását tükrözi; ebben a formában azonban nem alkalmas annak a jellemzésére, hogy az egészségügyi rendszer működése milyen hatást gyakorolt egy adott időszakban a népesség egészségi állapotára. Erre a célra dolgozták ki az elkerülhető halálózás koncepcióját és indikátorait, amelyek alkalmasak annak a kérdésnek az elemzésére, hogy az egészségügyi rendszer működése, teljesítménye hogyan befolyásolja a népesség egészségi állapotát. Az elkerülhető halálózás a korai (idő előtti) halálózások közül a kezelhető és a megelőzhető okok miatti halálózásokat foglalja magában. A jelenlegi OECD- és Eurostat-statisztikákban a 75 évesnél fiatalabbak halálózását tekintik korainak. Az elkerülhető halálózás két összetevője közül a kezelhető okok miatti halálózás indikátorra azokat a halálokokat veszi figyelembe, amelyek esetében optimálisan működő ellátással (időben elérhető, adekvát terápiával) elkerülhető lenne a halálózás, a megelőzhető okok miatti halálózás pedig azokat, amelyek esetében eredményes megelőzéssel elkerülhető lenne a halálózás.

A tanulmány a várható élettartam és az elkerülhető halálózás trendjeit vizsgálja részletesebben. Fontosnak tartottam azonban előljáróban összefoglalni a magyar népesség egészségi állapotának – az alapvető indikátorok elemzése és a szakirodalom alapján (3–5) megrajzolható – átfogó trendjeit:

– A magyar népesség egészségi állapota (várható élettartama stb.) az egyik legrosszabb volt mind a '80-as évek, mind a 2010-es évek végén (továbbá a 2020-as évek elején is) a jelenlegi EU-országokat tekintve.

– A '90-es évek közepétől az egészségi állapot számos alapvető mutatója javult; de a javulás mértéke kisebb volt, mint az EU14- és a V3-országokban. Ezért a 2010-es évek végén a magyar népesség életkilátásait (várható élettartamát) tekintve nagyobb volt a lemaradásunk az EU14 átlagához és a többi visegrádi országhoz képest is, mint amekkora a '80-as évek végén volt.

– A népesség egészségi állapota rosszabb, mint ami az ország gazdasági fejlettsége alapján elvárható lenne.

– Az iskolai végzettség szerinti egészség-egyenlőtlenségek jelentősen növekedtek a rendszerváltozás utáni évtizedekben, a 2010-es évek közepén (6) nagyobbak voltak, mint a '80-as évek végén; továbbá a 2020-as évek elején is lényegesen nagyobbak voltak, mint az EU14 átlagában.

– Relatív helyzetünk különösen rossz az egészségügyi rendszer teljesítményét jelző elkerülhető (megelőzhető és kezelhető okok miatti) halálozást tekintve.

– Az elmúlt két évtizedben az elkerülhető halálozás tekintetében is nőtt a lemaradásunk mind az EU14 átlagához, mind a többi visegrádi országhoz képest. (A legkorábban elérhető adatok 2000-től állnak rendelkezésre.)

– A Covid-19-járvány következtében 2020–2021-ben a magyarországi többlethalálozás 5-6-szorosa volt a legjobb helyzetű EU-országokénak. Ugyanakkor a súlyos többlethalálozást elszenvedő posztoszocialista országok között Magyarország a relatíve jobb helyzetűek közé tartozott.

A születéskor és 40 éves korban várható élettartam alakulása

A '80-as évek vége és 2010-es évek vége (7) között eltelt három évtizedben a magyar népesség születéskor várható élettartama 6,5 évvel növekedett (69,8 évről 76,2 évre), a 40 éves korban várható élettartam pedig 4,5 évvel (32,8 évről 37,3 évre) (1. táblázat). Csupán ezek az adatok alapján arra a következtetésre juthatnánk, hogy kedvező folyamatok mentek végbe a népesség egész-

ségi állapotában. Más megvilágításba kerülnek azonban ezek az adatok, ha nemzetközi összehasonlításba helyezzük őket. A vizsgált időszakban az EU14-országokban és a V3-országokban (különösen Csehországban) nagyobb mértékű volt a javulás a születéskor várható és a 40 éves korban várható élettartamban is, mint Magyarországon. Ez azt jelenti, hogy a 2010-es évek végén nagyobb volt a lemaradásunk – mind az EU14-országok átlagához, mind a V3-országokhoz képest –, mint az 1980-as évek végén (8) (1. táblázat).

A relatív helyzetünkben a legnagyobb mértékű romlás a középkorú férfiak egészségi állapotában történt: a magyar férfiak 40 éves korban várható élettartama a 80-as évek végén 5,1 évvel maradt el az EU14-átlagtól, a 2010-es évek végén pedig már 6,9 évvel. A 80-as évek végén a középkorú (40 éves) magyar férfiak életkilátásai egy évvel voltak rövidebbek, mint a cseh férfiaké, a 2010-es évek végén pedig már 3,5 évvel. Ezek az adatok úgy is interpretálhatók, hogy a rendszerváltozás óta eltelt három évtized társadalmi-gazdasági folyamatainak az életkilátásokban mért eredménye, hozzádka lényegesen rosszabb volt nálunk, mint Csehországban és Lengyelországban. (Szlovákia esetében pedig a középkorú népesség további életkilátásaira érvényes ez a következtetés). Csehország és Lengyelország adatai azt is mutatják, hogy az EU14-országoktól való lemaradás növekedése nem volt szükségszerű: a cseh népesség életkilátásai és az EU14-átlag között egy évvel, a lengyel születéskor várható élettartam és az EU14-átlag között pedig 0,5 évvel csökkent a különbség. (A szlovák népesség várható élettartamában növekedett az EU14-hez viszonyított különbség.)

1. táblázat. A születéskor és 40 éves korban várható élettartam alakulása a V4-országokban

	Születéskor várható élettartam (évek)					40 éves korban várható élettartam (évek)				
	1986–88 (a)	2017–19 (b)	(b)–(a)	2021	2023	1986–88 (a)	2017–19 (b)	(b)–(a)	2021	2022
EU14	75,5	82,2	6,7	81,9	82,6	37,6	43,1	5,5	42,8	42,9
Magyarország	69,8	76,2	6,5	74,3	76,9	32,8	37,3	4,5	35,4	37,1
Csehország	71,5	79,2	7,7	77,2	80,0	33,7	40,2	6,5	38,2	40,0
Lengyelország	70,7	77,8	7,1	75,5	78,6	34,0	39,2	5,2	37,0	38,7
Szlovákia	71,3	77,5	6,2	74,6	78,1	33,8	38,8	5,0	36,0	38,4
	A magyar születéskor várható élettartam eltérése az EU14- és V3-országokétól (évek)					A magyar 40 éves korban várható élettartam eltérése az EU14- és V3-országokétól (évek)				
	EU14	CZ	PL	SK	EU14	CZ	PL	SK	EU14	CZ
HU-EU14	–5,7	–5,9	–7,6	–5,7	–4,7	–5,8	–7,4	–5,8	–7,4	–5,8
HU-CZ	–1,7	–2,9	–2,9	–3,1	–0,9	–2,9	–2,8	–2,9	–2,8	–2,9
HU-PL	–0,9	–1,6	–1,2	–1,7	–1,2	–1,9	–1,6	–1,6	–1,6	–1,6
HU-SK	–1,5	–1,3	–0,3	–1,2	–1,0	–1,5	–0,6	–1,3	–0,6	–1,3

Adatok forrása: Eurostat Database: mortality statistics

A Covid-19-járvány hatása a várható élettartamra

A Covid-19-járvány miatti többlethalálozásnak a nyugat-európai és a posztszocialista országok között mutatkozó különbségei 2020-ban és 2021-ben drámai módon megnövelték a „Kelet–Nyugat szakadékot” a várható élettartamban. 2019 és 2021 között az EU14-országokban (Görögország kivételével) stagnált vagy minimális (egy évnél kisebb) mértékben csökkent a várható élettartam; ezzel szemben a posztszocialista országokban (Szlovénia kivételével) a csökkenés drasztikus mértékű (2–3 év) volt. A magyar népesség várható élettartama 2019 és 2021 között 2,2 évvel (76,5 évről 74,3 évre) csökkent. A születéskor várható élettartam az EU14-országokhoz képest 2019-ben 5,9 évvel, 2021-ben pedig 7,6 évvel volt rövidebb. A várható élettartam visszaesése azonban csak átmeneti volt: 2022-ben és 2023-ban – az EU-országok túlnyomó többségéhez hasonlóan – már újra növekedett a magyar népesség várható élettartama: a 2023-as érték (76,9 év), már meghaladta a 2019. évi szintet és az EU14-országoktól való lemaradásunk lényegében visszaállt a járvány előtti szintre.

Az elkerülhető halálozás alakulása

Ahogy korábban említettem, az elkerülhető halálozás koncepcióját az egészségügyi rendszer egészségi állapotra gyakorolt hatásának az elemzésére alakították ki a 80-as években (9, 10). A korai (idő előtti) halálozások közül a kezelhető és a megelőzhető okok miatti halálozásokat foglalja magában. A megelőzés szélesen értendő: olyan népegészségügyi és multiszektoriális kor-

mányszerű beavatkozásokat jelent, amelyek egyrészt az egészségi állapotra közvetlenül ható kockázati tényezőket (környezeti ártalmak, táplálkozás, egészségkárosító szokások stb.), másrészt a kockázati tényezőkre ható társadalmi tényezőket (iskolázottság, jövedelemelosztás stb.) és gazdasági szektorokat (közlekedés, árgazdaság stb.) törekednek befolyásolni.

Az EU, az OECD és a WHO publikációi (11) is a kezelhető okok és a megelőzhető okok miatti halálozás indikátorait használják az egészségügyi rendszerek eredményességének az átfogó jellemzésére. A megelőzhető és kezelhető halálozásra az OECD-adatbázisban 2000-től állnak rendelkezésre adatok, továbbá a legfrissebb adatok 2021-re vonatkoznak. Ez utóbbi miatt a Covid-19-járvány egészének a relatív helyzetünkre gyakorolt hatása még nem vizsgálható, ugyanis a várható élettartamhoz hasonlóan 2022-ben és 2023-ban már – az egyes országokban eltérő mértékben – javuló adatokat várhatunk. Ezért a tanulmány csak a 2000 és 2019 közötti periódussal foglalkozik.

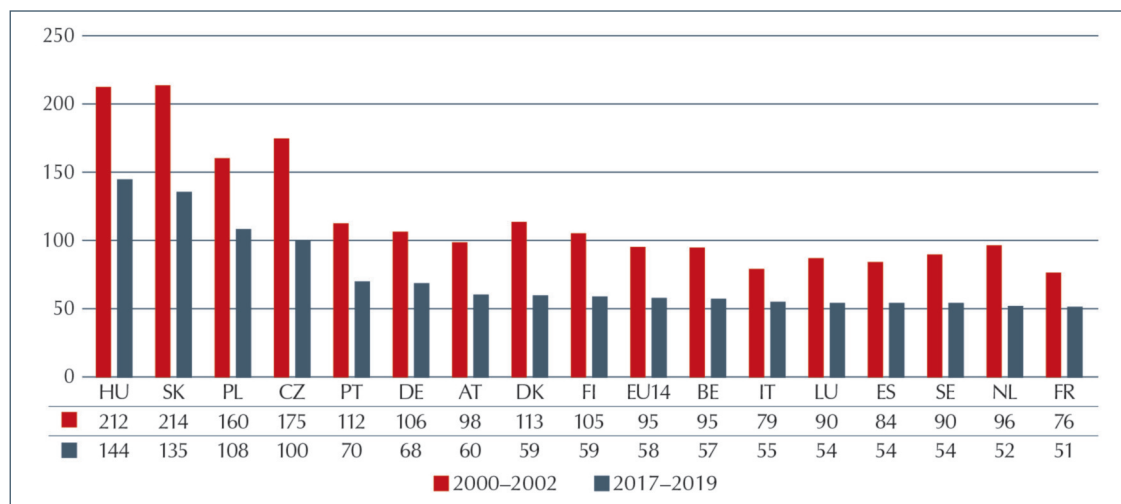
Magyarország relatív helyzete lényegesen rosszabb az elkerülhető halálozás mutatóinak esetében, mint az összes – azaz az egészségügyön kívüli tényezők által is befolyásolt – halálozás esetében (2. táblázat). 2019-ben az összes halálokot tekintve a magyar (standardizált) halálozási ráta 1,6-szerese volt az EU14-országok halálozási rátájának, a kezelhető okok miatti halálozási ráta 2,5-szerese, a megelőzhető halálozás rátája pedig 2,4-szerese. Azaz kiugróan magas a magyarországi halálozás azokban a halál-okokban, amelyeket alapvetően az egészségügyi rendszer működése befolyásol. Hasonló képet kapunk a V3-országokkal való összehasonlításban: az összes halálokot tekintve a 2010-es évek

2. táblázat. Az egészségi állapot néhány fő indikátora: Magyarország relatív helyzetének alakulása az EU14- és a V3-országokhoz viszonyítva

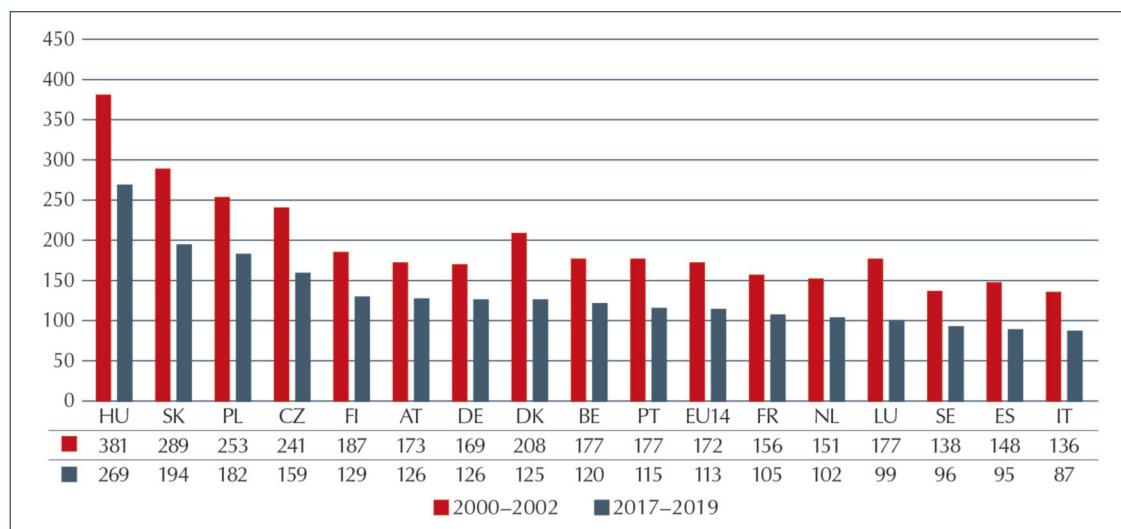
	HU/EU14		HU/CZ		HU/PL		HU/SK	
	1996–98	2017–19	1996–98	2017–19	1996–98	2017–19	1996–98	2017–19
Összes halálok	151%	157%	116%	122%	111%	118%	111%	111%
Ischaemiás szívbetegségből eredő halálozás, < 65 évesek	263%	373%	134%	191%	148%	223%	109%	132%
Vastagbél- és végbéldaganatokból eredő halálozás, < 65 évesek (1996–98)	188%	245%	99%	178%	167%	168%	108%	135%
Kezelhető halálokok miatti halálozás* <75 évesek (2000–02)**	223%	253%	121%	144%	132%	134%	99%	107%
Megelőzhető halálokok miatti halálozás* <75 évesek (2000–02)**	222%	237%	158%	169%	151%	148%	132%	138%

Adatok forrása: Eurostat Database: mortality statistics; OECD Data Explorer (Health).

*Görögország és Írország hiányos adatai miatt nem szerepelnek az EU-átlagban (EU14 helyett EU12); ** a kezelhető és megelőzhető halálozásra 2000-re vonatkozik a legkorábbi adat.



1. ábra. A kezelhető okok miatti halálozás alakulása az EU14- és a V4-országokban 100 000 fő (75 évesnél fiatalabb) lakosra (2000–2019)



2. ábra. A megelőzhető okok miatti halálozás alakulása az EU14- és a V4-országokban 100 000 fő (75 évesnél fiatalabb) lakosra (2000–2019)

végén kismértékben volt csak rosszabb a helyzetünk. Ugyanakkor a megelőzhető halálozás esetén mind a három országhoz viszonyítva, a kezelhető halálozás területén pedig Csehországhoz és Lengyelországhoz viszonyítva lényegesen rosszabb volt a helyzetünk (2. táblázat, 1. és 2. ábra).

A 2000-es évek eleje és a 2010-es évek vége közötti két évtizedben az EU14-átlaghoz és Csehországhoz viszonyítva jelentősen romlott a relatív helyzetünk mind a kezelhető, mind a megelőzhető okok miatti halálozást tekintve. Szlovákiához képest is egyértelmű, de viszonylag kismértékű volt a relatív helyzetünk romlása, Lengyelországhoz viszonyítva pedig az elmarádásunk mértéke hasonló volt a két vizsgált időpontban. Az előzőekből az is következik, hogy

az EU14-országokhoz képest kiugróan rossz magyarországi halálozás egyik fő oka az egészségügyi rendszer rossz teljesítménye, aminek pedig egyik alapvető oka az egészségügyi közkiadások korábban bemutatott tartósan rendkívül alacsony szintje.

A közölt adatokkal kapcsolatban két módszer-tani megjegyzést fontosnak tartok megemlíteni. Az OECD és az Eurostat kezelhető és megelőzhető halálozásra vonatkozó adatai kismértékben eltérnek egymástól. Az OECD-adatbázis használata mellett az szólt, hogy 2000-től vannak adatok, míg az Eurostat-adatbázisban csak 2011-től. Ugyanakkor az egyes országok közötti arányokban minimális az eltérés a két adatbázis között; a tendenciák mindkét esetben ugyanazt a képet mutatják. A másik megjegyzés: az Euro-

A 2000-es évek közepétől tartós (és az utóbbi években tovább mélyülő) válság alakult ki a magyar egészségügyben.

stat-adatbázisban közölt EU27-átlagok az egyes országok adatainak a népességszámmal súlyozott átlagait jelentik. Az ebben a tanulmányban szereplő átlagok pedig az egyes országok adatainak a súlyozatlan átlagait, ugyanis a tanulmányomban vizsgált kérdések (az EU14- és a V3-országokhoz viszonyított relatív helyzet) szempontjából a súlyozatlan átlag a relevánsabb.

A kezelhető és megelőzhető halálozás fő összetevőinek (12) összehasonlítására (2. táblázat) az Eurostat adatai adnak lehetőséget, de csak részlegesen, mivel a standardizált halálozási rátákra vonatkozó adatok a 65 évesnél fiatalabb, illetve a 65 évesnél idősebb népességet különböztetik meg. (Akkor kapnánk teljes képet, ha a 75 évesnél fiatalabb népességre vonatkoznának az adatok.) Relatív helyzetünk romlása a vizsgált két évtizedes periódusban különösen drasztikus volt az ischaemiás szívbetegségek, valamint a vastagbél- és végbéldaganatok esetében. Az adatok egyértelműen jelzik, hogy ezeknek a betegségeknek a megelőzése és a kezelése területén a magyar egészségügy teljesítménye (az ellátás hozzáférhetősége, minősége) távolabb került mind a fejlett országoktól, mind a többi V3-országtól, mint ahol a 2000-es évek elején volt (2. táblázat). Például az ischaemiás szívbetegségből eredő halálozás (a 65 évesnél fiatalabb lakosság esetén) az 1990-es évek végén Magyarországon 34%-kal volt magasabb, mint Csehországban, két évtizeddel később (a 2010-es évek végén) pedig már 91%-kal. A két vizsgált időpontban a lengyelországi halálozásnál 48%-kal, illetve 120%-kal; a szlovákiai halálozásnál pedig: 9%-kal, illetve 32%-kal volt magasabb a magyarországi. Az EU14-hez viszonyítva: az 1990-es évek végén Magyarországon az ischaemiás szívbetegségből eredő halálozás 2,6-szerese, a 2010-es évek végén pedig már 3,7-szerese volt az EU14-átlagnak. A vastagbél- és végbéldaganatok esetében a '90-es évek végén hasonló volt a helyzetünk, mint Csehorszáé, a 2010-es évek végén pedig már 78%-kal magasabb volt nálunk a 65 évesnél fiatalabb lakosság halálozási rátája. Ebben a szűrővizsgálatok bevezetésének elhúzódása is közrejátszhatott.

Ismét fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy meg kell különböztetnünk a magyar adatok önmagában vett alakulását és Magyarország relatív helyzetének alakulását. A leggyakoribb elkerülhető halálokok esetében a magyar adatok önmagában vett alakulása általában javulást mutat, míg a relatív helyzetünk romlott vagy változatlan

maradt. Ennek az az oka, hogy az EU14- és a V3-országokban lényegesen nagyobb mértékben csökkent az elkerülhető halálozás, részben annak következtében, hogy lényegesen több pénzt fordítottak az egészségügyi ellátásra, így feltételezhetően jobban ki tudták használni az egészségügyi technológia nyújtotta lehetőségeket a betegség megelőzésében és kezelésében (beleértve a hatékony terápiákhoz való jobb hozzáférést is); részben azért is, mert feltételezhetően számos területen hatékonyabban működik az egészségügyi rendszerük (beleértve a betegségek megelőzését is). A 90-es évek vége és a 2010-es évek vége között az EU14-országok többségében 55–70%-os volt az ischaemiás szívbetegségek halálozási rátájának csökkenése (a 65 évesnél fiatalabb népesség körében). Lengyelország, Csehország és Szlovákia lépést tudtak tartani az EU14-országokkal: Lengyelország esetében 62%-os, Csehország esetében 60%-os, Szlovákia esetében pedig 53%-os volt a csökkenés. A magyarországi halálozás ennél kisebb mértékben, 43%-kal csökkent.

A V3-országoktól való lemaradásunk növekedése azt tükrözi, hogy az elmúlt két évtizedben a magyarországi halálozási viszonyokban bekövetkezett javulás lényegesen elmaradt a gazdasági fejlettségünk nyújtotta lehetőségeinktől. A lemaradásunk emberéletekben is kifejezhető. A 2015–2019 közötti öt éves időszakban Magyarországon az elkerülhető halálozások száma összesen 234 ezer volt (13). Ha az elkerülhető halálozásban elértük volna Csehország színvonalát, akkor körülbelül 86 ezerrel (37%-kal) kevesebben, ha elértük volna Lengyelország színvonalát, akkor körülbelül 72 ezerrel (31%-kal) kevesebben; ha elértük volna az EU három legjobb helyzetű országának (Spanyolország, Olaszország és Svédország) az átlagát, akkor körülbelül 149 ezerrel (64%-kal) kevesebben haltak volna meg (ebben az öt éves időszakban). Az utóbbi országcsoport elkerülhető halálozásának az utolérése – a gazdasági fejlettségünk alapján – nem reális scenárió, de az összehasonlítás érzékelteti a legkedvezőbb szinttől való óriási mértékű elmaradásunkat.

Következtetések

A 2000-es évek közepétől tartós (és az utóbbi években tovább mélyülő) válság alakult ki a magyar egészségügyben – amit jeleznek az állandósuló orvos- és szakdolgozóhiány, az ellátáshoz való hozzáférésnek és az ellátás minőségének a súlyos problémái és nagy különbségei, továbbá ezek következményeként kedvezőtlen helyze-

tünk az elkerülhető halálozásban. A válságjelenségek egy része nem számszerűsíthető, de érzékelhető: a bizalomhiány a rendszer minden lényeges pontján, a kiégés, kilátástalanság az egészségügyi dolgozók körében és nem utolsósorban a hiteles, reális jövőkép hiánya. A hozzáférés és minőség jelentős mértékben függnek az egészségügyre fordított közkiadások nagyságától és a források felhasználásának módjától (hatékonyságától) – illetve azoknak hosszabb időszakon keresztül alakulásától.

Az egészségügy gyenge pozíciójának a kormányzati prioritások között „történelmi tradíciói” vannak. A rendszerváltozás időszakában a magyar gazdasági és politikai elitnek az egészségügy (és oktatás) szerepére vonatkozó nézeteiben nem következett be szakítás az államszocializmusra jellemző „nem termelő ágazatok” nézetével. Ez részben annak tudható be, hogy a nemzetközi szinten a 80-as és 90-es évek domináns neoliberális felfogása elsősorban költségvetési teherként értelmezte ezeket az ágazatokat, és ebből következően a kormányzatok számára fő teendőnek a jóléti (egészségügyi) kiadások korlátozását tartotta. A magyar kormányzatok gondolkodása megrekedt itt, és ellenállt annak a jelentős fordulatnak, ami a 2000-es évek elején a nemzetközi politikai szinten is bekövetkezett: a 2000-es évek elejétől (ismét) dominánssá vált az oktatási és egészségügyi közkiadásoknak a humán tőkébe való beruházásként való értelmezése; annak felismerése, hogy a szerepük alapvető a hosszú távú gazdasági fejlődésben is (14, 15).

A forráshiány, a közkiadások alacsony szintje csak az egyik oka az elkerülhető halálozásban mutatkozó kedvezőtlen és romló relatív helyzetünknek. A másik ok – aminek az elemzése nem képezte ennek a tanulmánynak a tárgyát – a rendelkezésre álló erőforrások eredményes (hatékony) felhasználásának problémái. Ezeknek a problémáknak a feltárásához mindenképp a

kezelhető és elkerülhető halálokokban nagy súlyt képviselő területeken (például ischaemiás szívbetegségek, cerebrovasculáris betegségek, vastagbélrák, mellrák, tüdőrák, alkohollal összefüggő betegségek stb.) jellemző betegutak és ellátás igényelnének elemzéseket. Például egy adott betegség(csoport) esetében (a megelőzéstől, a diagnosztizáláson át a kezelésig) milyen szakmai eljárásokat alkalmaznak a szolgáltatók, a követett eljárások mennyire felelnek meg a nemzetközi jó gyakorlatoknak, a pénzhiányon kívül milyen tényezők akadályozzák azt, hogy egy adott betegség esetében a betegek időben és jó minőségű ellátást kapjanak.

A tanulmányban vázolt trendek – és az egészségügyi rendszer problémáit elemző tanulmányok (16, 17) – egyértelműen mutatják, hogy egyszerre, egyidejűleg van szükség a közkiadások jelentős mértékű növelésére és strukturális reformokra az egészségügy finanszírozási és szolgáltatási rendszerében. A közkiadások jelentős és tartós (hosszabb időszakon keresztül érvényesülő), átgondolt (az irányítási rendszert, szolgáltatási struktúrát, kórházi kapacitásokat, finanszírozási rendszert összehangoltan változtató) reformokkal együtt járó (azokhoz többletforrást biztosító), (intézményi szinten) hatékonysági és minőségi kritériumokhoz (ösztonzókhöz) kötött emelése nélkül nem érhető el lényeges (érzékelhető) javulás sem az egészségügyi rendszer (beleértve a népegészségügyi rendszer) működésében, teljesítményében, sem az elkerülhető halálozásban. Az egészségügyi rendszer teljesítményét lényegesen javító, támogatottságot élvező reformok pedig nem valósíthatók meg az egészségügyi közkiadások egyidejű (a reformokkal összehangolt), jelentős növelése nélkül. Ugyanakkor az is nyilvánvaló, hogy a közkiadások reformok nélküli növelése önmagában nem eredményezheti a rendszer teljesítményének tartós javulását, csupán a feszültségek átmeneti enyhülését.

Irodalom

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.
2. WHO. Closing the Gap in a Generation. Commission on social determinants of health. Final report. Geneva: WHO; 2008.
3. Bálint L, Kovács K. Halandóság. In: Monostori J, Óri P, Spéder Zs (editors). Demográfiai portré 2021. Jelentés a magyar népesség helyzetéről. Budapest: KSH Népeségutómányi Kutatóintézet; 2021. p. 138-210.
4. Hablicsek L, Kovács K (editors). Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005. Budapest: KSH Népeségutómányi Kutatóintézet; 2007.
5. Orosz E, Kollányi Zs. Health status, health inequalities in international comparison. In: Tóth IGY (editor). HYPERLINK "https://m2.mtm.hu/gui2/?mode=browse¶ms=publication;30425386" \t "_blank" Hungarian Social Report 2019. Budapest: TÁRKI Társadalomkutató Intézet Zrt; 2019. p. 237-57.
6. A legutóbbi elemzések erre az időszakra állnak csak rendelkezésre.

7. Az egészségi állapot indikátorai esetében hároméves átlagok kerültek számításra. Ez az egyes évek és országok esetében lehetséges véletlenszerű ingadozásokból eredő torzításokat kiküszöböli. A '80-as évek vége az 1986–87–88-as évek átlagát jelenti, a 2010-es évek vége pedig a 2017–18–19-es évek átlagát.
8. Szlovákiához képest a 40 éves korban várható élettartamban növekedett a lemaradásunk, míg a születéskor várható élettartamban minimális mértékben kisebb volt a különbség. Ez elsősorban annak tudható be, hogy a magyar csecsemőhalálozás jobban javult a szlovákiaiánál.
9. Mackenbach JP, Bouvier-Colle MH, Jougl E. Avoidable mortality and health services: Review of aggregate data studies. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1990;44(2):106–11. <https://doi.org/10.1136/jech.44.2.106> HYPERLINK "https://doi.org/10.1136/jech.44.2.106" \t "_blank" 10.1136/jech.44.2.106
10. European Commission. State of Health in the EU: Synthesis Report 2023. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
11. Az EU, OECD és European Observatory együttműködésében készített „State of Health in the EU. Country Health Profile” kétévente megjelenő kiadványok. HYPERLINK "https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_en" https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_en Utoljára megtekintve: 2024. 10. 22.
12. Az EU-ban a kezelhető halálozások 77%-a következő hat haláloknak tulajdonítható (csökkenő fontossági sorrendben): ischaemiás szívbetegségek, cerebrovasculáris betegségek, a vastag- és végbél rosszindulatú daganatai, mellrák, magasvérnyomás-betegségek és tüdőgyulladás. Az ischaemiás szívbetegségek tették ki a kezelhető halálozásoknak a 31%-át. A megelőzhető halálozás több mint 73%-a a következő okoknak tulajdonítható (csökkenő fontossági sorrendben): ischaemiás szívbetegségek, tüdőrák, balesetek, alkohollal összefüggő betegségek (kivéve úgynevezett külső okok), a vastag- és végbél rosszindulatú daganatai, szándékos önártalom, mellrák. (Azokat a halál-okokat, amelyeket mind a két kategóriába besorolnak, a számításokban 50-50%-ban veszik figyelembe.)
13. Az elkerülhető halálozásnak az összes halálozáshoz viszonyított nagyságát jellemzik a következő adatok: 2019-ben az elkerülhető halálozások (45 856 fő) a 75 év alatti összes halálozásnak (57 609 fő) a 79,6%-át tették ki; az összes halálozásnak (129 275 fő) pedig a 35,5%-át.
14. European Commission. Social investment package. Commission staff working document. Investing in health. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX%3A52013SC0043> Utoljára megtekintve: 2024. 09. 14.
15. Figueras J, McKee M, Lessof S, Duran A, Menabde N. Health system, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems, background document. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
16. Orosz E. Miért buktak el a szervezeti innovációk a magyar egészségügyben? *Esély* 2022;33(1):3–39. <https://doi.org/10.48007/esely.2022.1.1>
17. Sinkó E. Láttelet az egészségügyről (előadás). *IME XVIII. Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek konferenciája*. 2024. június 12.



Válogatás az eLitMed.hu orvostudományi portál Gondolat rovatának cikkeiből

Üdv nálunk! Van már, aki írja a feketepontjaid? – Nyomasztás a közoktatásban

Szeptember végén került mozikba Szimler Bálint rendező *Fekete pont* című játékfilmje, melyben egy Berlinből hazaköltöző ötödikes kisfiú, Palkó és egy pályakezdő tanárnő, Juci nézőpontjából ismerhetjük meg a magyar oktatási rendszer problémáit – és talán annál is többet.

A *Fekete pont* nem állami támogatásból készült, és nem is bánik kesztyűs kézzel a közoktatással. A megnézése után sokakban az is felmerülhet, hogy kissé igazságtalan az igazgatókkal, a pedagógusokkal, az iskolai személyzettel szemben, hiszen ahány iskola, annyi közösség. Bizonyára nem minden magyar iskolaigazgató hagyja ennyire magára a saját tanárait, nem minden tantestület közösi ki azt, aki új pedagógiai módszerekkel próbálkozik a gyerekeknél, és nem minden iskolai portás ragaszkodik ahhoz, hogy helyzettől függetlenül csak a jobb oldali ajtón szabad bejönni és a bal oldalra ki. A tanárok többsége biztos nem azzal fogad egy új tanulót, hogy gyorsan kijelöli azt az osztálytársát, aki majd számontartja a feketepontjait. És bizonyára vannak olyan iskolaépületek is, amelyekből nem hullik ki váratlanul egy ezeréves ablak, vagy ha oda is csattan az udvarra, az érintett tankerület megbízottja talán konstruktívabban áll a dologhoz, mint a filmben szereplő.

Mégis, azt a fajta attitűdöt, amiről a *Fekete pont* szól, mindannyian ismerjük, és tudjuk, hogy számot kell vetni vele, különben nincs út előre semmilyen területen, legyen az akár az oktatás, akár az egészségügy, akár a szociális ellátás. Ezért fontos ez a film. Pontosan érzékelteti, hogyan nem adnak választ bizonyos (ál)intézkedések az oktatás valódi problémáira – ahogy ez sokszor az egészségügyben is megtörténik –, és rámutat arra is, hogy az egyéni menekülőutak sem nyújtanak hosszú távú megoldást. Változtatni csak közös akarattal, együtt lehet.

<https://elitmed.hu/ilam/gondolat/udv-nalunk-van-mar-aki-irja-a-fekete-pontjaid-nyomasztas-a-kozoktatásban>



A szemlézések és a cikkek az eLitMed.hu orvostudományi portálon a *Rovatok* menüpont alatt találhatóak. A cikkek közvetlen elolvasásához okostelefonjának QR-kód-olvasó alkalmazását irányítsa a kiválasztott cikk melletti kódra.