

5. Egészségügy

UZZOLI ANNAMÁRIA

Területi kihívás: Az egészségi állapot javulása részben a területi különbségek fokozódásával járt együtt

A lakosság egészségi állapota, vagyis megbetegedési és halálozási helyzete nagymértékben összefügg a társadalmi-gazdasági fejlettséggel, emiatt fontos információhordozó az életszínvonalról és az életminőségről.

A magyar lakosság egészségi állapota az 1990-es évek közepe óta tartó folyamatos, de mérsékelt javuló tendenciája ellenére nemzetközi összehasonlításban kedvezőtlennek tekinthető (Orosz, Kollányi 2016). Az országra jellemző az ún. közép-európai egészségparadoxon, amelynek lényege, hogy az életkilátások rosszabbak, mint ami az ország gazdasági helyzetéből következne (Kopp, Skrabski 2007). Az epidemiológiai átmenet eredményeként ugyan az életesélyek javulnak 1996 óta, mégis a főbb egészségmutatók alapján Magyarország sereghajtó az OECD-országok között (5.1. táblázat).

5.1. táblázat: A főbb egészségmutatók változása Magyarországon és az OECD-átlag alapján (2010, 2018)

Egészségmutató	2010		2018		Magyarország rangsorbeli helyezése az OECD országok között* (2018)
	Magyarország	OECD-átlag	Magyarország	OECD-átlag	
Születéskor várható átlagos élettartam, teljes népesség (év)	74,3	79,2	75,9	80,4	34.
Születéskor várható átlagos élettartam, nők (év)	78,1	82,2	79,2	83,4	34.
Születéskor várható átlagos élettartam, férfiak (év)	70,5	76,3	72,6	78,1	34.
Különbség a két nem születéskor várható átlagos élettartamában (év)	7,6	5,9	6,6	5,3	33.
Standardizált halálozási arányszám, teljes népesség (100 000 főre)	1217,2	857,2	1142,8	783,0	33.
Keringési rendszeri standardizált halálozási arányszám (100 000 főre)	622,9	331,1	574,9	286,5	35.
Roszzindulatú daganatos standardizált halálozási arányszám (100 000 főre)	297,9	216,2	275,4	189,0	37.

* Az adatok a rosszabbodást jelző értékek alapján vannak sorrendbe állítva, összesen 37 ország esetében.

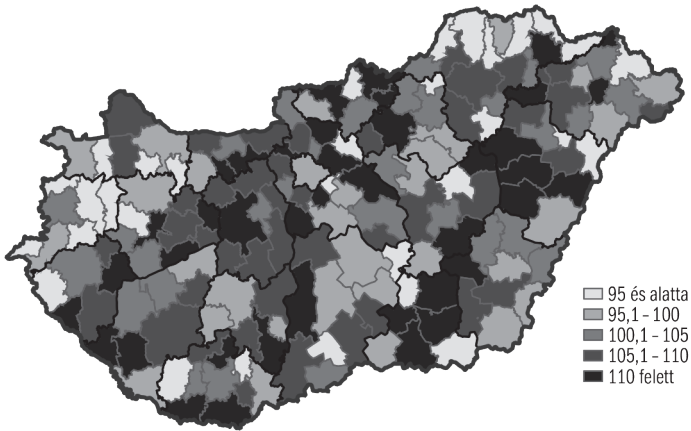
Adatok forrása: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT

A 2010-es évek elejére a hazai egészségfolyamatokban tapasztalható kedvező tendencia ellentmondásos helyzet kialakulásával járt együtt (Uzzoli 2016). Egyrészt növekedtek az életkilátások, csökkent az idő előtti – 60 éves kor alatti – halálozások aránya, mérséklődött az elkerülhető halálozás mértéke is, és a főbb egészségmutatók kitartó javulása eredményeképpen a magyar népesség hosszabb egészségben eltölthető élettartamra számíthat napjainkban, mint húsz évvel ezelőtt. Másrészt az elmúlt évtizedben számos fejlesztés és infrastrukturális beruházás történt a magyar egészségügyben, amelyek főképpen a leggyakoribb halálokok, a keringési rendszeri és daganatos megbetegedések szűrését, korszerű ellátását és hatékony kezelését teszik lehetővé. Harmadrészt a javuló tendencia mellett is lemaradásban vagyunk a fejlett országokhoz képest az egészségmutatók alapján: magas a betegszám, az utóbbi években kissé romlott egyes betegségek hosszú távú túlélési esélye (pl. szívinfarktus) és növekedtek a területi különbségek (Tóth, Bán, Vitrai, Uzzoli 2018). Ez utóbbi jelenség részben a 2008-as gazdasági válság hosszú távú következménye.

Az egészségi állapot területi különbségei részben az ország nyugat-keleti megosztottságára, részben a centrum-periféria viszonyra utalnak (Egri 2017). A fontosabb egészségmutatók és népbetegségek területi megoszlásában egyértelmű a főváros-vidék dichotómia az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés jobb esélyei vagy éppen esélytelenségei alapján, de a város-vidék (részben falu-város, részben nagyváros-periféria) megosztottság szintén meghatározó az egészségügyenlétlenségek térbeli jellemzőiben (Kiss 2016). Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés kedvezőbb feltételei – pl. gyorsabb elérhetőség, többféle egészségügyi szolgáltatás megléte, a progresszív ellátás teljes spektruma, magas erőforrás-koncentráció stb. – a városokhoz és a városkörnyéki területekhez köthetők. A nyers halálozási arányszám változása 2010 és 2018 között eltérően érintette a járásokat: a legtöbb járásban növekedés történt, amelyet alapvetően az időskorúak folyamatosan növekvő aránya okozott (5.1. ábra). A nyers halálozási arányszám legnagyobb mértékű emelkedése a belső perifériákhoz és a déli határ menti területekhez köthető. Általában igaz, hogy országosan tartósnak tekinthető Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén, Nógrád, Somogy, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyék kedvezőtlen helyzete a népesség egészségi állapota alapján (Pál 2017).

A 2020. évi új koronavírus-járvány első hulláma viszonylag kis esetszámmal járt Magyarországon. Az első megbetegedéseket 2020. március 4-én regisztrálták, majd március 11. és június 18. között járványügyi veszélyhelyzetet hirdettek (Koós, Kovács, Páger, Uzzoli 2020). A COVID-19 megbetegedéseket okozó járvány 2020. március 4. és július 24. között összesen 4398 főnél okozott beazonosított fertőzést, az elhunytak száma 596, az aktív esetek száma 490 fő volt, és összesen 3312 fő gyógyult meg. A járvány első hulláma során az aktív fertőzöttek 36, az elhunytak 60%-a, a gyógyultak 45%-a volt budapesti lakos. Az új koronavírus okozta halálozási arányszám 13,5% volt összes fertőzött arányában július végén. A halálozások több, mint 80%-a a 65 év felettieket érintette.

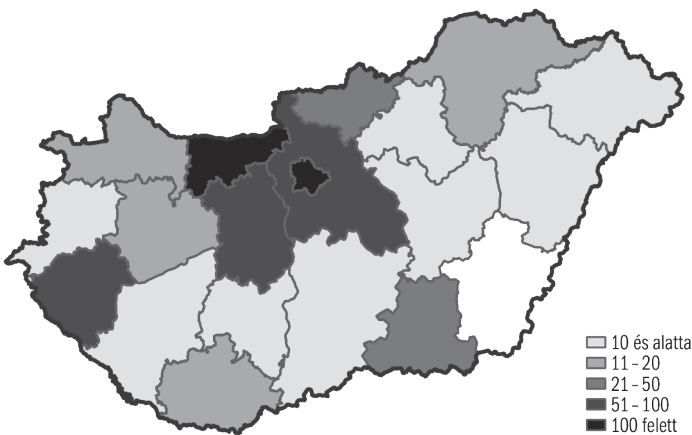
5.1. ábra: A nyers halálozási arányszám a járásokban 2018-ban, a 2010. év arányában (2010=100)



Adatok forrása: KSH.

A 100 000 főre jutó legtöbb megbetegedést Budapesten, Pest, Fejér, Komárom-Esztergom és Zala megyében regisztrálták 2020. március eleje és június vége között, ahol a fertőzések egy része intézményi (kórház, idősok otthona) gócpontokhoz is kötődött (5.2. ábra). 2020. július elején növekvő tendencia kezdődött az új esetszámokban Borsod-Abaúj-Zemplén és Csongrád-Csanád, július végétől pedig Hajdú-Bihar megyében, miközben Budapesten és Pest megyében, valamint a nyugat-magyarországi megyékben számottevő növekedés már nem történt az új esetekben.

5.2. ábra: Az igazoltan COVID-19 vírussal fertőzöttek száma, 2020. március 4. - 2020. július 24. (fő/100 000 lakos)



Adatok forrása: koronavirus.gov.hu.

A járványügyi veszélyhelyzet idején csak a fertőző betegek és az egyéb akut esetek, illetve a daganatos betegek ellátása zajlott az egészségügyi rendszerben. A kezelések és műtétek többsége szünetelt, minimálisra csökkent az orvos-beteg találkozások száma, leálltak a szűrések és a gondozások. Ezek miatt középtávon várható a krónikus betegségek és/vagy az elkerülhető halálozások arányának növekedése Magyarországon (Kovács, Uzzoli 2020). A járvány miatti társadalmi távolságtartás többek között a mentális egészség romlására is hatással lehet (Grünhut, Bodor 2020).

Összességében az egészségi állapot alakulásában az 1990-es évek közepétől megfigyelhető tartós, de mérsékelten kedvező folyamatok fennmaradtak 2010 után is, ami az egészségügyenlőtlenségek és a területi különbségek növekedését is jelentette. Jelenleg ugyan tovább tart a főbb egészségmutatók javulása, ugyanakkor az ország egyes részei között tapasztalható számottevő különbségek felhívják a figyelmet bizonyos területek és társadalmi csoportok több szempontból is hátrányos helyzetére. A hazai egészségügyenlőtlenségek területi különbségeit az új koronavírus-járvány feltételezhetően befolyásolni fogja a jövőben egyrészt azok fokozódásával, másrészt újszerű egyenlőtlenségek kialakulásával.

Területi politika: A területi ellátási elv csak az integrált, szükséglet-alapú egészségügyi ellátás mellett mérsékelheti az egészségügyenlőtlenségeket

A hazai egészségpolitika számára régóta kihívás jelent az ellátás hatékonyságának növelése úgy, hogy közben a térbeli esélyegyenlőség biztosítása is megtörténjen. Alapvető kérdés, hogy a térbeli koncentrációval is együtt járó progresszivitás megvalósítása egyszerre megtörténhet-e a méltányos és mindenki számára területileg és társadalmilag egyaránt hozzáférhető egészségügy kialakításával (Pál 2008). Ez felveti azt a szakpolitikai dilemmát, hogy a gazdasági racionalizálás az egészségügyben hogyan hat az egészségügyenlőtlenségek alakulására.

Az egészségi állapot javítását és az egészségügyi ellátórendszer racionalizálását célzó egészségpolitikai koncepciók és intézkedések az 1990-es évek végétől kezdtek el érvényesíteni a területi szempontokat (pl. Egészség Évtizedének Nemzeti Népegészségügyi Programja 2003; Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére 2011; Egészséges Magyarország 2014–2020; Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója 2015). Ezek főként települési, részben kistérségi/járási szinten az életminőség feltételeinek javításán és az egészségügyi ellátás területi megszervezésén keresztül értelmezhetők. Az egészségi állapot területi különbségeinek ágazati kezelése és megoldása elsődlegesen az egészségügyi ellátás működését és finanszírozását is megalapozó betegútszervezés és a területi ellátási elv gyakorlati megvalósításán keresztül

érvényesülhet az egészségügy-politikában, az erre irányuló szakpolitikai törekvések az aktuális szabályozási környezethez is köthetők.

Az egészségügyi ellátás területi szempontú megszervezésének első példája volt az egészségügyi alapellátás átalakítása 1993-ban. Az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvény megalapozta a progresszivitás elvét az egészségügyi rendszerben. Az intézményi kompetenciák meghatározása mellett a törvény a területi ellátási kötelezettséget helyezte előtérbe a betegségek gyógyításában. Ezt erősítette meg a 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről, bár alapvető elvként az alapellátásban nevesítette, de egyúttal meghagyta a beteg számára a szabad orvosválasztás lehetőségét. A területi ellátási elv gyakorlati érvényesítésére vonatkoztak a járó- és fekvőbeteg-ellátást érintő 2007. évi strukturális átalakítások (2007. évi LXXI. törvény egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról). Ennek során a súlyponti és területi kórházak rendszerének kialakításában részben a területi tervezés szempontjai kerültek előtérbe (pl. a lakóhely és a kórház közötti távolság határozta meg a területi ellátási kötelezettséget), részben figyelembe vették a területi demográfiai helyzetet (pl. aktív kórházi ágyak átalakítása krónikus ágyakká, kórházak bezárása). 2010 után a területi ellátási elv érvényesítése az egészségügyi feladatok térségi megszervezésében vált hangsúlyossá, amely a járó- és fekvőbeteg-ellátásban fokozatos központosítás mellett zajlott le. A kórházak (klinikák, országos intézetek, megyei és városi kórházak) állami tulajdonba kerültek 2012-ben, és megszervezésük 8 egészségügyi térségben zajlik. Ezzel a központosítással a kórházi kapacitásokat csökkentették, de kórházat nem zártak be. Ugyanakkor minden eddiginél mélyebben alakították át a területi ellátási kötelezettséget és a beutalás területi rendjét, ezzel erőteljesebb térbeli centralizációt eredményezve. A járóbeteg-ellátásban részben állami, részben önkormányzati (ott, ahol az önkormányzat vállalta 2013. május után a fenntartást) tulajdonban lévő intézmények szervezése települési (önkormányzati tulajdon esetében) és megyei (állami tulajdon esetében) szinten zajlik (Uzzoli, Pál 2019). Az egészségügyi alapellátásban kiemelt jelentőségű a házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátás: szervezésük és működtetésük települési szinten történik az önkormányzatok részéről. Nagy gondot okoz helyi szinten az, hogy Magyarországon közel ezer házi orvosi és házi gyermekorvosi szolgálat betöltetlen vagy tartósan – legalább hat hónapja – betöltetlen. Ezek túlnyomórészt az ország hátrányos helyzetű területein találhatóak meg: határ mentén, belső perifériákon, az északkeleti és a délnyugati országrészben.

A területi szempontok az egészségpolitika fejlesztési prioritásaiban a 2010 utáni időszakban az egészségügyi ellátás térségi megszervezésében és a hozzáférhetőség biztosításában érvényesültek. A 2010–2020 közötti stratégiai tervek (Semmelweis Terv 2010–2014, Egészséges Magyarország 2014–2020) összefüggésben a nemzetközi sztenderdekkel és az Európai Unió által megfogalmazott elvekkel (pl. Európai Betegjogi Charta 2002) már deklarálták, hogy az egyenlő hozzáférés kiemelt cél az

egészségügyben. Emellett a 2010 utáni szakpolitikai intézkedések előtérbe helyezték a centralizáció és az állam egyeduralkodó jellegét a finanszírozó, a szabályozó és a szolgáltató szerepekben az egészségügyi ellátórendszer működtetésében.

A COVID-19 veszélyhelyzettel kapcsolatban meghozott korlátozó és enyhítő intézkedések számos területi szempontot tartalmaztak a járvány első hulláma során 2020 első félévében (Koós, Kovács, Páger, Uzzoli 2020). Ezek egyrészt növelték a települési kompetenciák lehetőségeit a védelemben, másrészt figyelembe vették a területi gócpontok elhelyezkedését (főváros-vidék viszonylatban), harmadrészt a csoportos fertőzések kezelésében hangsúlyozták a földrajzi izoláció szerepét. A járvány jövőbeli alakulásában a további intézkedésekben is érvényes marad az ún. csúszómód-szabályozás, vagyis a helyi fertőzések számának megfelelően történik majd az óvintézkedések szigorítása. A járvány elleni védekezés első szakaszában Magyarország sikeresen elkerülte a tömeges megbetegedéseket és haláleseteket, de a további járványveszély miatt a járványügyi készség fennmarad az országban 2020. második félévében is.

Összességében megállapítható, hogy Magyarországon a területiség szerepe leginkább a területi tervezésen keresztül érvényesül az egészségi állapot javításában és az egészségügyi ellátórendszer megszervezésében (Uzzoli, Pál 2019). Míg előbbi inkább a helyi szintű egészségfejlesztés lehetőségeinek megteremtésén, addig utóbbi főleg a betegütszervezésen és a területi ellátási kötelezettség érvényesítésén keresztül valósul meg. A jövőben nagyobb hangsúlyt kell fektetni az integrált ellátás kivitelezésére és a szükségletalapú egészségügy kialakítására, elsősorban az egészségügyi forrásallokáció területi optimalizálásával. Ez különösen fontos lehet az új koronavírus-járvány elleni védekezésben is.

Irodalom

- EGRI Z. (2017): Magyarország városai közötti egészségügyenlétlenségek. *Területi Statisztika*, 5., 537–575.
- GRÜNHUT Z., BODOR Á. (2020): A fizikai (társadalmi) távolságtartástól a társadalmi szolidaritásig – Járványidőszaki fokozott veszélyeztetettség Magyarországon és Európa más országaiban a fizikai és lelki egészség, továbbá a társas kapcsolatok és a szubjektív jólét szempontjából. http://www.docs.rkk.hu/rkkweb/GrunhutZ_BodorA_COVID_veszelyeztetetseg_Mo_EU.pdf (Letöltés: 2020. július 23.)
- KISS É. (2016): Területi különbségek a hazai népesség egészségi állapotában, 1989 után. *Területi Statisztika*, 5., 483–519.
- KOÓS B., KOVÁCS S. ZS., PÁGER B., UZZOLI A. (2020): *Epilógus: Az új koronavírus-járvány társadalmi-gazdasági hatásai és ezek területi következményei*. Jelen kötetben.
- KOPP M., SKRABSKI Á. (2007): A magyar népesség életkilátásai. *Magyar Tudomány*, 9., 1149–1153.
- KOVÁCS S. ZS., UZZOLI A. (2020): A koronavírus-járvány jelenlegi és várható egészségkockázatainak területi különbségei Magyarországon. *Tér és Társadalom*, 2., 155–170.
- OROSZ É., KOLLÁNYI ZS. (2016): Egészségi állapot, egészségügyenlétlenségek nemzetközi összehasonlításban. In: Kolosi T., Tóth I. Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport*. TÁRKI, Budapest, 334–357.

- PÁL V. (2008): Az egészségpolitika és a területi esélyegyenlőség összefüggései Magyarországon. In: Szabó V., Orosz Z., Nagy R., Fazekas I. (szerk.): *IV. Magyar Földrajzi Konferencia*. Debreceni Egyetem, Debrecen, 349–355.
- PÁL V. (2017): Egészségünk földrajza – Területi különbségek a hazai egészségi állapotban. *Magyar Tudomány*, 3., 311–321.
- TÓTH G., BÁN A., VITRAI J., UZZOLI A. (2018): Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepe az egészségegyenlőtlenségekben – A szívizominfarktus-megbetegedések és -halálózások területi különbségei. *Területi Statisztika*, 4., 346–379.
- UZZOLI A. (2016): Health inequalities regarding territorial differences in Hungary by discussing life expectancy. *Regional Statistics*, 1., 139–163.
- UZZOLI A., PÁL V. (2019): A térbeli szempontok megjelenése az egészségegyenlőtlenségek csökkentésére irányuló szakpolitikai törekvésekben Magyarországon. In: Karlovitz J. T. (szerk.): *Tanulmányok a kompetenciákra építő, fenntartható kulturális és technológiai fejlődés köréből*. International Research Institute (IRI), Komárno, 28–40.