

A térbeli szempontok megjelenése az egészségyenlőtlenségek csökkentésére irányuló szakpolitikai törekvésekben Magyarországon

UZZOLI Annamária¹, PÁL Viktor²

**¹ MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont
Regionális Kutatások Intézete, Budapest
uzzoli@rkk.hu**

**² Szegedi Tudományegyetem
Természettudományi és Informatikai Kar, Szeged
pal.viktor@geo.u-szeged.hu**

Az egészségi állapotban tapasztalható különbségek nemcsak a társadalmi csoportok, hanem az egyes földrajzi térségekben, ill. a településhierarchia más-más szintjén élők között is megfigyelhetők. A különböző területek lakosainak eltérő társadalmi-gazdasági helyzetéből – pl. jövedelem, munkaerő-piaci pozíció, életminőség stb. – is fakadó egészségyenlőtlenségek tehát összefüggnek a térbeli-társadalmi egyenlőtlenségekkel. Így az egészségi állapotban és az egészségügyi ellátórendszerben tapasztalható egyenlőtlenségek mind a társadalmi tagozódásban, mind pedig területileg is értelmezhetők, vagyis a térbeliségnek magyarázóereje van az egészségyenlőtlenségekben.

Az egészségyenlőtlenség-kutatások az elmúlt években egyre inkább felhívták a döntéshozók figyelmét arra, hogy bizonyos társadalmi kihívások és egészségügyi problémák kölcsönösen hatnak egymásra, és ez jelentősen függhet az adott hely / terület (pl. település, térség, ország, régió) földrajzi – természeti, társadalmi-gazdasági, kulturális, politikai stb. – jellemzőitől. Ez az egyik oka annak, hogy az egészségyenlőtlenségek megoldásában nemcsak a térbeli, és nemcsak a társadalmi, hanem a térbeli-társadalmi egyenlőtlenségeket együttesen kell figyelembe venni.

Az egészségyenlőtlenségek csökkentése meghatározó feladat és jelentős kihívás a nemzeti szakpolitikák számára, hatásos beavatkozásokkal eredményesen mérsékelhetők, egyúttal érvényesíthetők a térbeli esélyegyenlőség szempontjai is.

Tanulmányunkban arra a kérdésre keressük a választ, hogy az elmúlt években milyen formában jelent meg a térbeli esélyegyenlőség biztosítására való törekvés az egészségpolitikai tervekben Magyarországon? A hazai egészségügy átalakítására vonatkozó intézkedésekben és tervezetekben mennyire érvényesülnek a társadalmi igazságosságot is figyelembe vevő térbeli szempontok? A kérdések megválaszolását az 1990 után hazai egészségpolitikai dokumentumok (pl. ajánlások, jogszabályok, stratégiák, koncepciók, jelentések, szakmai irányelvek stb.) tartalomelemzésén keresztül valósítottuk meg. Ennek során cél volt a hazai egészségyenlőtlenségek kezelésére irányuló

egészségpolitika főbb időszakainak és fordulópontjainak elkülönítése, valamint a területi tervezés és az egészségi állapot, ill. az egészségügy fejlesztése közti kapcsolat értelmezése. A releváns dokumentumok tartalmának elemzése és értékelése során különös figyelmet fordítottunk arra, hogy milyen formában és mértékben jelenik meg a hozzáférés szerepe a hazai egészségügyben, valamint az elmúlt évek szakpolitikai törekvései mennyire támogatták a hozzáférés feltételeinek javítását. A hazai szakpolitikai kezdeményezéseket és terveket nemzetközi kontextusba helyeztük, így a globális és európai dokumentumok tartalmának összegzésével arra volt kíváncsiak, hogy a nemzetközi javaslatok és ajánlásokkal egyáltalán összhangban vannak-e a hazai törekvésekkel és beavatkozásokkal.

A jelen tanulmányban bemutatásra kerülő tartalomelemzés eredményei részét képezik egy kutatási projektnek, amelyben a hazai egészségügy területi különbségeit elemezzük a hozzáférés szerepének értelmezésén keresztül a kevert módszertan alkalmazásával (egeszseguyihozzaferhetoseg.wordpress.com). A kvalitatív vizsgálatok útján szerzett tapasztalatok kiegészítik a hazai egészségügy területének természetével kapcsolatos ismereteket, valamint hozzájárulnak olyan szakpolitikai javaslatok megfogalmazásához, amelyek segíthetik a bizonyítékokon alapuló egészségpolitika megerősítését Magyarországon.

Nemzetközi ajánlások – fókuszban a méltányosság

Az egészségügy területének csökkentésére és a hozzáférés feltételeinek javítására vonatkozó globális kezdeményezések és megoldási javaslatok „gyűjteménye” az ENSZ Egészségügyi Világszervezete (WHO) gondozásában 1995 óta megjelenő sorozat, a World Health Report (WHR). Ezekben a jelentésekben elsősorban a 2000-es évek elejétől jelent meg markánsan a hozzáférés értelmezése az egészségügy területével szembeni világméretű küzdelemben.

A 2003. évi WHO WHR külön kiemelte, hogy új megközelítési módra van szükség a szegénység elleni globális harcban, és kiemelte, hogy a depriváció nem csak az alacsony jövedelmet jelenti, hanem éppen az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályait¹. A mindenki számára igazságosan, egyenlő mértékben biztosított hozzáférés hosszú távon eredményezheti a szegénység visszaszorulását és a jobb életminőséget (WHR, 2003). A 2008. évi jelentés konkrétan az egészségügy területén a szerepével foglalkozott az egészségügy területének mérséklésének szakpolitikai lehetőségei közül. Ebben valóban eredményes beavatkozás lehet a megfelelő és a helyi igényekhez leginkább alkalmazkodó alapellátás kialakítása és fejlesztése. Ugyanis az egyetemes egészségügyi ellátás megvalósítását a biztonságos, hatékony, minőségi és mindenki számára egyaránt hozzáférhető alapellátással kell kezdeni (WHR, 2008). A

¹ „A depriváció többdimenziós fogalom, amely egyaránt tartalmaz egészségügyi és jóléti hátrányokat, és jellemzi a társadalmi integráció hiányát” (Boros, 2008:34).

2010. évi WHR kifejezetten a hozzáférés kutatására helyezte a hangsúlyt: legfontosabb üzenete az volt, hogy mindenki számára a különböző egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést úgy kell biztosítani, hogy azok megfizethetők legyenek, vagyis, ha az egyes szolgáltatásokért fizetni kell, akkor annak terhe senkit se veszélyeztessen az elszegényedés kockázatával (WHR, 2010).

Az ENSZ 2005-ben „létrehozta az Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottságot (ETMB) azzal a feladattal, hogy összegezze az egészségügyi egyenlőtlenségeket meghatározó társadalmi, gazdasági tényezőkre vonatkozó tudományos bizonyítékokat, és tegyen javaslatot egy átfogó globális stratégiára az egyenlőtlenségek csökkentésével összefüggésben. A Bizottság munkája során megfogalmazta, hogy az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség megteremtése az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóin keresztül valósítható meg” (WHO, 2008).

Az ETMB munkájának eredményei beépültek az Európai Unió Egészség Cselekvési Programjába is (DETERMINE-EU Cselekvési Konzorcium az Egészség Társadalmi-Gazdasági Meghatározóiért), és ennek keretében olyan nemzeti szakpolitikákról gyűjtenek információkat, amelyek tevékenységeikben bevonták az egészség valamelyik társadalmi tényezőjét, ezáltal javulást értek el az egészség terén (<http://www.health-inequalities.eu>). A kezdeményezés célja, hogy hosszú távon az EU összes tagállama az egészség terén jelentkező egyenlőséget szempontként kezeljék programjaik kialakítása során² (WHO, 2011).

Az elmúlt évtizedekben az európai egészségügyi rendszerek egyre több közös kihívással találták szemben magukat: pl. az egészségügy növekvő költségei, a népesség elöregedése, az epidemiológiai átmenet miatt a krónikus betegségek gyakoribbá válása, az egészségügyi szakemberek felélenkülő migrációja kapcsán. Mindezek következménye az egészségi állapotban és az egészségügyi ellátásban jelentkező egyenlőtlenségek fokozódása, ill. az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben tapasztalható méltánytalanságok kiújulása.

Az Európai Unió tagállamainak egészségügyi rendszerei eltérő szervezeti és pénzügyi elveken működnek, azonban az Egészségügyi Miniszterek Tanácsa által 2006-ban elismert közös értékekre épülnek: ezek az egyetemesség, a jó minőségű ellátáshoz való hozzáférés, a méltányosság és a szolidaritás. A 2011/24/EU irányelv hatályba lépése pedig biztosította az európai az egészségügyi rendszerek közötti együttműködés lehetőségeit.

Az Európai Bizottság 2014. évi közleménye a hatékony, hozzáférhető és alkalmazkodóképes egészségügyi rendszerekről szólt (Európai Bizottság, 2014). Összhangban az 1996-os Európai Szociális Charta alapelveivel,

² A kezdeményezés globális „megfelelője” a 2011. októberben Rio de Janeiro-ban tartott konferencia az egészség társadalmi meghatározóiról. Ennek nyomán elkészült Rio-i Nyilatkozat megerősítette, hogy ezt a prioritást előtérbe kell helyezni a nemzeti cselekvési tervek és stratégiák kidolgozásában (WHO, 2011).

megnevezi a hozzáférés befolyásoló tényezőit, és kiemeli az ezek között kialakult interakció eredménye az ellátáshoz való hozzáférés:

- az egészségbiztosítási lefedettsége: a lakosság arányában ki jogosult az egészségügyi ellátásra,
- az ellátási kosár – egészségügyi lefedettség mélysége: mire jogosultak a lakosok,
- az egészségügyi szolgáltatások megfizethetősége: önrészfizetés, költségmegosztás,
- az elérhetősége: távolság, várokozási idő.

Összességében elmondható a legfontosabb nemzetközi stratégiai dokumentumok értékelésének főbb tapasztalatai alapján, hogy a globális és európai szakpolitikák kiemelt helyen kezelik a hozzáférést az egészségügyenlőtlenségek csökkentésében. A kezdeményezések és törekvések fókuszában a méltányos és igazságos, mindenki számára hozzáférhető egészségügyi rendszerek megteremtése áll. Egyébként ez a prioritás különösen a 2008-2012-es gazdasági válság után vált aktuálissá a válság egészséghatásainak és egészségügyi következményeinek felismerése után (WHO, 2013). A térbeli szempontok elsősorban globális, ill. strukturális kontextusban jelennek meg, általában a gazdasági fejlettség függvényében (pl. fejlett és fejlődő országok viszonylatában).

A hazai jogszabályi környezet – mindenkinek joga van hozzá...

Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.) biztosítja a legmagasabb szintű jogszabályi keretet az egészség feltételeinek megteremtéséhez:

- XX. cikk szerint (1) Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez,
- XXI. cikk szerint (1) Magyarország elismeri és érvényesíti mindenki jogát az egészséges környezethez.

Emellett az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről nyújt jogszabályi keretet az egészségügyi szolgáltatások hozzáféréseinek széleskörű biztosításához:

„Minden betegnek joga van – a jogszabályokban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz.”

Az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól széles körben biztosítja a jogokat „az esélyegyenlőség érdekében az állampolgárok számára az egészségük megőrzéséhez, helyreállításához és egészségi állapotuk javításához szükséges egészségügyi ellátásra, továbbá a foglalkoztatottak betegsége miatt kieső jövedelmük részleges pótlására a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, valamint azok igénybevételeinek szabályairól”.

A jogalkotásnak is köszönhetően hazánkban az egészségügyi szolgáltatások túlnyomó többsége a betegek részéről közvetlen anyagi-

pénzügyi ráfordítás nélkül igénybe vehetők, amelyet a társadalombiztosítás nyújt az állampolgárok számára. Tehát a magyar jogszabályok értelmében minden betegnek joga van ahhoz, hogy a legalapvetőbb életmentő, ill. a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzése esetén alkalmazott beavatkozásokon túl ahhoz, hogy egészségi állapotának függvényében orvosi ellátásban, fájdalomának és szenvedéseinek csillapításában részesülhessen. Minden betegnek joga van továbbá a magyar jogszabályban meghatározott keretek között ahhoz is, hogy egészségi állapota által indokolt formában egyenlő bánásmódban részesüljön a megfelelő egészségügyi ellátás kapcsán, ha az a legalapvetőbb etikai és szakmai szabályok, valamint irányelvek betartásával valósul meg. Az egészségügyi ellátás folyamatosan hozzáférhető a betegek számára, ha az egészségügyi ellátórendszer a jogszabálynak megfelelően napi 24 órában biztosítja az igénybevehetőséget.

Összességében megállapítható, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyei mindenki számára biztosítottak Magyarországon, mégis sok olyan társadalmi-gazdasági, és szocio-kulturális tényező létezik, amelyek akadályt jelenthetnek a hozzáférésben. A hozzáféréshez való jog egyéni betegjogként való deklarálása egyúttal felveti a kérdést az igazságosság érvényesítésére az egészségügyi rendszer elosztási gyakorlatában is (Gervai, 2017).

Szintén fontos hangsúlyozni, hogy a hazai jogszabályok nagy része közvetlenül is térbeli relevanciával bír az egészségi állapot fejlesztésére és egészségügyi ellátórendszer működtetésére vonatkozóan. [Ezek lényegi áttekintése a következő fejezetben található meg.]

A hazai egészség- és egészségügy-politika stratégiai tervezési eszközei

A tartalom- és dokumentumelemzésben egyaránt figyelembe vettük az egészségi állapot javítását célzó egészségpolitikai³, az egészségügyi ellátórendszer átalakítására vonatkozó egészségügy-politikai⁴

³ Az egészségpolitika azon szabályok és szervezett cselekedetek összessége, amelyek az egészség (gyógyításon kívüli) feltételeinek biztosítására, a lakosok és a közösségek egészségmagatartásának befolyásolására, az egészségügyi rendszer működtetésére és szabályozására (gyógyító ellátórendszer és finanszírozási rendszer) hatnak. Fő feladata az egészség feltételeinek biztosítása az egészséget támogató politikák és az egészségügy-politika révén a rendelkezésre álló források optimális kihasználásával, a legnagyobb egészségnyereség elérésével (pl. életminőség- és élettartam-növekedéssel), a társadalmi igazságosság érvényesítésével és fenntartásával (Kincses, 2010).

⁴ Egészségügy-politika azon szabályok és (felülről) szervezett cselekedetek összessége, amelyek az ellátórendszer szerkezetére és működésére, az ellátás minőségére, hatékonyságára, elérhetőségére és hozzáférhetőségére hatnak. Fő eszközei a jogszabályok, a fejlesztéspolitikai stratégiák és koncepciók, valamint a forrásképzési és finanszírozási szabályok (Kincses, 2010).

koncepciókat és intézkedéseket, és ennek során hangsúlyos volt a térbeli és területi szempontok feldolgozása.

Az egészségi állapot javítását célzó koncepciók és intézkedések elsősorban az 1990-es évek végétől kezdték el érvényesíteni a területi szempontokat (pl. Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program, 2003; Egészség Évtizedének Nemzeti Népegészségügyi Programja 2001–2010, 2000; 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 egészségmagatartás és egészségkultúra szintjének növelését célzó életmód-programok finanszírozásán keresztül értelmezhetők, amely támogatási mechanizmus a nemzeti és/vagy uniós fejlesztési források területi alapú lehívásán és felhasználásán keresztül érvényesült a 2000-es évek közepétől. Országosan leginkább a szenvedélybetegségek visszaszorítását elősegítő programok a meghatározóak (pl. dohányzás elleni). A 2007–2013 közti tervezési időszakban az egészségmegőrzés és egészségügyi humán erőforrás-fejlesztés prioritáson belül például települési szemléletformáló életmódprogramok valósultak meg, ill. kistérségi/járási egészségfejlesztési irodák létrehozása történt meg. Az egészségi állapot javítására irányuló stratégiai-tervezés egyik lehetséges eszköze a helyi egészségterv készítése, ami kötelező a járásközpontokban, és ajánlott a települések számára. Célja a helyi viszonyok és a közösség jellemzőinek figyelembevétele az életminőség és az egészségi állapot javítása. Azonban az egészségi állapotban tapasztalható területi különbségek ágazati kezelése és megoldása elsődlegesen az egészségügyi ellátás működését és finanszírozását is megalapozó betegút-szervezés és a területi ellátási elv gyakorlati megvalósításán keresztül érvényesülhet az egészségügy-politikában, az erre irányuló szakpolitikai törekvések az aktuális szabályozási környezethez is köthetők.

A 2010 utáni stratégiai tervek (Semmelweis Terv 2010–2014, Egészséges Magyarország 2014–2020) összefüggésben a nemzetközi standardokkal és az Európai Unió által megfogalmazott elvekkel (pl. Európai Betegjogi Charta, 2002), a már deklarálták, hogy az egyenlő hozzáférés kiemelt cél az egészségügyben. Azonban az egyenlő hozzáférés mellett egyúttal mindkét stratégiai tervezet a hatékonyság növelését is ösztönözte mindkét tervezet.

Az egészségügyi ellátás területi szempontú megszervezésének első példája volt az egészségügyi alapellátás átalakítása, ezzel a házi orvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok települési megszervezése 1992-ben (6/1992. (III/31.) kormányrendelet, 1993. évi III. törvény). Később az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvény megalapozta a progresszív elvét az egészségügyi rendszerben: az intézményi kompetenciák meghatározása mellett a területi ellátási kötelezettséget is előtérbe helyezte a betegségek gyógyításában. Ezt erősítette meg a 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről, bár alapvető elvként csak 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 2006. és 2007. évi strukturális átalakítások (2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről, 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. lakóhely és kórház közti távolság határozta meg a területi ellátási kötelezettséget), részben figyelembe vették adott terület demográfiai helyzetét (pl. aktív kórházi ágyak átalakítása krónikus ágyakká, ágyszámok csökkentése, kórházak bezárása). [Az intézkedés részletes elemzése a következő fejezetben olvasható.]

A területi ellátási elv érvényesítése az egészségügyi feladatok térségi megszervezésében vált hangsúlyossá 2010 után, amely a járó- és fekvőbeteg-ellátásban a fokozatos központosítás mellett zajlott le. A kórházak (klinikák, országos intézetek, megyei és városi kórházak) állami tulajdon kerültek 2012-ben, és megszervezésük 8 egészségügyi térségben zajlik. A területi ellátási elv az egészségügyi térségekben érvényesül. 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 szinten (állami tulajdon esetében) zajlik. A települési fejlesztési tervdokumentumokban (pl. integrált településfejlesztési stratégia, településfejlesztési koncepció) szerepelhet az egészségügyi fejlesztések között a járóbeteg-szakellátás infrastrukturális (pl. rendelő felújítása) megújítása, kapacitásnövelése és a szolgáltatások bővítése. Ugyanakkor az állami tulajdonban lévő járóbeteg-szakellátás fejlesztése a nemzeti stratégiai dokumentumokhoz illeszkedik.

A járó- és fekvőbeteg-ellátásban a fokozatos központosítás mellett a helyi szintű egészségügyi szolgáltatásokban (települési önkormányzatok, járási társulások) a szervezési és a fejlesztési kompetenciák leginkább az egészségügyi alapellátásra koncentrálódtak 2010 után. A területi ellátási elv az alapellátásban a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosokhoz és házi gyermekorvosokhoz köthető, de az alapellátásban érvényes szabad orvosválasztás alapján a beteg „átlépheti” a lakóhelye alapján illetékes háziorvosi körzethatárt. A települési fejlesztési tervdokumentumokban szerepelhet az egészségügyi alapellátás fejlesztése (pl. rendelő felújítása), ill. az önkormányzat helyi forrásokkal (pl. szolgálati lakás biztosítása) kiegészítheti a háziorvosokkal és házi gyermekorvosokkal kötött ellátási szerződést, és így helyi támogatásokkal ösztönözheti az orvosok helyben maradását és/vagy hosszú távú letelepedését.

Fontos megemlíteni, hogy 2010 után a területi tervezés stratégiai dokumentumai közül több megnevezi az egészségipari fejlesztések jelentőségét, többek között az egészségturizmus vagy a digitális egészségipar kapcsán (pl. Digitális Egészségipar-fejlesztési Stratégia, 2017). Azonban ezek egy része közvetetten kötődik az egészségügyi ágazathoz és a hazai egészségfejlesztési prioritásokhoz, másrészt

komplex módon, áttételesen vannak hatással a magyar egészségügyi rendszer működésére. Ez az oka annak, hogy az egészségipar-fejlesztési prioritásnak a részletes feldolgozása nem történt meg jelen vizsgálat során.

Jelenleg korszakhatárt jelez, hogy az egészségügyre fordítandó források növelésének igénye mellett a felesleges vagy nem költséghatékony beavatkozások kritikus szakmai és etikai felügyelet melletti visszaszorítása, az egészségügyi szolgáltatás észszerű keretek közt tartása is szerepel (MTA Elnöki Bizottság az Egészségért, 2019).

Összességében a hazai szakpolitikai dokumentumok tartalmának elemzése alapján kiemelhető, hogy a területi szempontok az egészségpolitika fejlesztési prioritásaiban:

- az 1990-es években elsősorban a hazai egészségügyi ellátórendszer új struktúrájának kialakításában és a progresszivitás megvalósításában,
- a 2000-es években főként az életminőség és az egészségi állapot javítására, és az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségének biztosításában,
- a 2010 utáni időszakban az egészségügyi ellátás térségi megszervezésében és a hozzáférhetőség biztosításában érvényesültek.

Ugyanakkor az egészségügyi ellátás megszervezésében nem eléggé hangsúlyos az integrált ellátás feltételeinek területi szempontú megteremtése, valamint a területi elven (is) szervezhető szükséglet alapú ellátás jelentősége (pl. helyi egészségi állapothoz igazodó ellátásfajták kialakítása), pedig a magyar egészségügyi ellátórendszer rendszerváltozás után kialakult működési problémáinak egy részére hatékony megoldást jelenthetnének.

Intézkedések a hazai egészségügyi ellátórendszerben – reformok, átalakítások, fordulópontok

A magyar egészségügyi ellátórendszer működési problémáit hosszú időn keresztül próbálta a szakpolitika megoldani az 1989-es gazdasági és politikai rendszerváltozást követően. A gondok sokfélék voltak: pl. finanszírozás (forráshiány és pazarlás egyidejű jelenléte), elavult műszerpark és épületállomány, majd később a humán erőforrás-hiány. Az átalakítási folyamatot egészségügyi reformnak, majd strukturális átalakításnak nevezték (Orosz, 2003). Ez napjainkban is tart, mert a problémák jelentős részét nem sikerült megoldani. A reformfolyamat intézkedések sorozatából és az azt előkészítő stratégiai tervezésből áll. Így számos jogszabály és tervezet készült, amikben megjelennek az egészségpolitikai célok és irányelvek. Ez az oka annak, hogy a tartalomelemzésre épülő vizsgálatunkban külön értékeltük a hozzáférés szerepének megjelenését és a térbeli igazságosság érvényesülését a

reformfolyamatokkal kapcsolatos intézkedésekben. A reformfolyamatokkal együtt járó átalakítási törekvések általában nem egyszerre történtek, hanem több hullámban valósultak meg, amelyek sokszor ellentétes irányba mutató intézkedéssorozatok követtek (Pál, 2008). Ez az oka annak, hogy a fontosabb reformok és átalakítások kapcsán körvonalazódó fordulópontok meghatározása is megtörtént a tartalomlemezés során.

Az egészségügyi fejlesztésekkel kapcsolatos elképzelések, valamint az ezek alapján bevezetett intézkedések az elmúlt több mint 25 évben egyidejűleg két alapvető célt, ill. irányelvet képviseltek: egyrészt a hozzáférés feltételeinek javítását a társadalmi igazságosság elvének érvényüléseként értelmezte a szakpolitika, másrészt a forráshiány megoldását legtöbbször a kapacitások racionalizálásában látta a döntéshozatal. Ez sokszor azzal járt együtt, hogy egyes ellátási formák a betegek lakóhelyétől távolabb kerültek, és napjainkban ezek a szolgáltatások időben és fizikailag is hosszabb elérhetőséggel vehetők igénybe. Sok esetben az is előfordult, hogy egy-egy intézkedés során deklarált cél volt például a periférikus térségek egészségügyi ellátásának javítása, ugyanakkor a megvalósulásakor alig javult, vagy esetleg romlott az ellátáshoz való hozzáférés. Így szűkült azoknak az ellátási formáknak a köre, amiket helyben, vagy a lakóhelyhez közelben tudnak igénybe venni a lakosok. Ebből az következik, hogy a két elv – méltányosság és kapacitáscsökkentés – sok esetben ütközik egymással, ellentmondásosan jelennek meg a szakpolitikai törekvésekben.

Előfordult az is az elmúlt években, hogy hatékonyság növelésével (pl. betegutak átszervezése, az egyes intézmények volumenkorlátjának bevezetése) próbálta a szakpolitika biztosítani magát az egyelőbb, méltányosabb hozzáférést. Ebben az esetben az intézkedések logikája az volt, hogyha a rendszer hatékonyabb lesz összességében, akkor mindenki számára jobb ellátást eredményez. Ezek az elképzelések – ha intézkedésekké váltak – nem tudták a két célt egyidejűleg megvalósítani. Így hiába jelent meg célként az egyenlő térbeli hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz, az intézkedések végeredménye sok esetben ezzel ellentétes hatást váltott ki. Ezt néhány példán keresztül célszerű érzékeltetni.

A helyi igények felismerését és a kisebb földrajzi léptékű tervezést célozta, hogy 1997-ben elfogadták az egészségügyi törvényt, melynek keretében elkezdődött a Regionális Modernizációs Program. Ez a döntések decentralizációját erősítette. A programot 1998-ban leállították, és ismét a centralizáció és a hatékonyság került előtérbe.

Egy másik lényeges intézkedés az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény volt. A jogszabály közel egésze a szakellátás racionalizációjával foglalkozott, alapvetően területi megközelítésben: tulajdonképpen a hazai kórházi ágyak és kapacitások új területi struktúráját alakították ki. Egyes területeken ugyanis túl sok kórház működött, másutt viszont hiányos volt a fekvőbeteg-ellátás. A törvény a progresszív ellátás elve alapján a nagy szaktudást igénylő, bonyolult orvosi beavatkozásokat a jól felszerelt, ún. súlyponti kórházakban és klinikákon összpontosította úgy, hogy a legtöbb

településről az 1 órán belül elérhető legyen⁵. Emellett kialakították a kisebb, ún. területi kórházak hálózatát, amelyek 30 kilométeres körzetből érhetőek el, és alapvető ellátást biztosítanak a lakosság számára, egyúttal szigorították a területi ellátási kötelezettséget is (Uzzoli, 2007). Az intézkedések hatására a lakosság több településen tüntetéseket szervezett az intézmények fenntartása mellett és bezárása ellen. E tiltakozások a későbbi intézkedéseket a területi igazságosság növelésének irányába mozdították. Mindezek mellett európai uniós pályázati források segítségével kísérletet tettek a hátrányos helyzetű térségek járóbeteg-szakellátásának fejlesztésére, növelték a mentőállomások számát (Elek et al., 2015; Kemkers et al., 2010).

2012-ben a kórházi kapacitásokat csökkentették, de kórházat nem zártak be, mint 2006-ban. Ugyanakkor minden eddiginél mélyebben alakították át a területi ellátási kötelezettséget és a beutalás területi rendjét. A cél most a speciálisabb ellátások minden eddiginél erőteljesebb térbeli centralizációja volt. A szakellátási feladatokat szakmánként alap-, közép- és felső szintre osztották, és minden kórházban szakmánként megállapították, hogy az ellátás melyiket tudja teljesíteni, és ehhez rendelték az ellátandó településeket. Így egy kórháznak nem egy, hanem nagyon sokféle ellátási területe alakult ki, ill. egy adott település lakói a legkülönbözőbb kórházakba kerültek ellátásra betegségeiktől függően.

Tulajdonképpen a 2010 utáni ellátási és területi változtatások a hazai egészségügyben erőteljes centralizációt eredményezett mind a finanszírozásban, mind a szolgáltatások megszervezésében. Ezek a törekvések részben sem tudták megoldani a hosszú ideje fennálló problémákat, mint például a fokozódó orvos- és nővérhiányt, a szétaprózott és elavult kórházhálózatot, a betegutak hiányos koordinációját, amelyek pedig a hozzáférés és az ellátás minőségének zavarait és számottevő különbségeit okozzák (Orosz, 2018).

Összességében az tapasztalható, hogy a hazai egészségügyi ellátórendszer megújítására és átalakítására, valamint működési és finanszírozási problémáinak megoldására bevezetett legfontosabb intézkedések alapján négy fő időszak – reformhullám – különíthető el, amelyek leginkább hatással voltak a magyar egészségügyre. Ezek az időszakok egyúttal fordulópontokat is kijelöltek a magyar egészségügy megszervezésében és működtetésében:

1. Az 1990-es évek elején az egészségbiztosítás modern rendszerének és a háziorvosi ellátás települési hálózatának megteremtése hozzájárult a rendszerváltozás utáni új magyar egészségügy feltételeinek kialakításához.
2. 1997-ben az egészségügyi és az egészségbiztosítási törvény megalkotásával és bevezetésével megtörtént a rendszerváltozás utáni magyar egészségügy átfogó újraszabályozása.

⁵ A 2006/2007. évi struktúra-átalakítások a fekvőbeteg-ellátásban elsősorban azt a térbeli rendezőelvet alkalmazták az ellátásszervezésben, hogy a kisebb és egyszerűbb beavatkozásokat végző kórházakat felváltják az egynapos sebészeti központok, járóbeteg-szakrendelők vagy ápolási otthonok (Kovácsy, 2018).

3. A 2006/2007. évi struktúra-átalakítások ugyan részben befejezetlenek maradtak, azonban hangsúlyossá tették a területi elv szerepét a jogalkotásban és joggyakorlatban.
4. A 2010 utáni szakpolitikai intézkedések előtérbe helyezték a centralizáció és az állam egyeduralgó jellegét a finanszírozó, a szabályozó és a szolgáltató szerepekben.

A fontosabb fordulópontok és reformhullámok során a tér szerepe minden esetben jelen volt, bár különböző intenzitásokkal jelent meg. A jogszabályokban az esélyegyenlőség kapcsán, mint megoldandó probléma, valamint – ennek ellentmondva – mint a racionális gazdálkodás egyik eszköze volt jelen (Pál, 2008).

Összefoglalás – fő irányelvek és ellentmondások

A nemzeti egészség- és egészségügy-politikák számára régóta kihívás jelent az ellátás hatékonyságának növelése úgy, hogy közben a térbeli esélyegyenlőség biztosítása is megtörténjen (Levesque et al., 2013). 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. Ez felveti azt a szakpolitikai dilemmát, hogy a gazdasági racionalizálás az egészségügyben hogyan hat az egészségügyenlőtlenségek alakulására (Marmot, 2015).

A hazai egészségügyi szakpolitikai dokumentumok, a stratégiai tervek és koncepciók, ill. a konkrét jogszabályok elemzése alapján elmondható, hogy az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáférés, a térbeli igazságosság és az esélyegyenlőség megjelenik az egészségügyi ellátás megszervezésével, működtetésével és átalakításával, valamint az egészségfejlesztéssel kapcsolatban. Az összefüggések és egymásra hatások mind közvetlenül, mind közvetetten tapasztalhatók. Ugyanakkor a szakpolitikai törekvések és beavatkozások során egyfajta kettősség van jelen. Ez azt jelenti, hogy az ellátáshoz való igazságos hozzáférést egyrészt – mint elérendő célt – értékékként fogalmazzák meg a szakdokumentumok, másrészt a forráshiányt a kapacitások racionalizálásával kívánják megoldani a különböző intézkedésekkel.

Az egészségügyi stratégiai tervezés dokumentumaiban egyfajta súlyponteltolódás is megfigyelhető az elmúlt két és fél évtized alatt. Eleinte inkább a hatékonyság növelése, majd egyre inkább az egyenlő hozzáférés biztosítása került előtérbe fő irányelvként, hol rejtett módon (implicit), hol nyíltan (explicit). Ez alapján elmondható, hogy a magyar szakpolitikai stratégiai tervezés és az egészségpolitika mindvégig e két, sokszor egymásnak ellentmondó, elv egyidejű fenntartásával próbálta orientálni az egészségügyi ellátás fejlesztését az elmúlt években.

A hazai egészségpolitikai törekvésekben tehát továbbra is nyitott maradt az a kérdés, hogy az egészségügyi szakellátásnak egyáltalán

lehet-e olyan területi szerkezete, amely területileg igazságos, de gazdaságilag racionális is? Az aktuális szakpolitikával szemben szintén felmerülő kérdés, hogy a szakpolitikai stratégiája és gyakorlata hosszú távon melyik irányba mozdíthatja az egészségügyi rendszert, és egyáltalán sikerül-e egészségközpontú, multiszektorális egészségpolitikát kialakítani (Orosz, 2001). Hisz „*semmilyen egészségpolitika nem lehet eredményes, ha figyelmen kívül hagyja a társadalmi, területi és kulturális különbségeket*” (Losonczi, 1998:53.). Ennek egyik előfeltétele lehet az egészségügyi szükségletek széleskörű felmérése, és ezek alapján megvalósíthatósági tervek elkészítése (Bugovics, 2005).

A hazai egészségi állapot folyamatos, bár mérsékelt javulása az 1990-es évek második felétől megfigyelhető, de a főbb egészségmutatók alapján elmaradunk a nyugat-európai átlagoktól. Ráadásul az európai átlagokhoz képest kedvezőtlenebb egészségi állapot az országban belül számottevő területi különbségekkel párosul. A 2008–2012-es gazdasági válság után enyhén növekedtek a hazai egészségügyenélőtlenségek. Mindezek miatt is indokolt folytatni az egészségügyi rendszer már megkezdett átalakítását, például az erőforrások elosztásának módosításán vagy a szakellátás átszervezésén, valamint a népegészségügy megerősítésén keresztül (Egészségjelentés, 2016).

Összességében kijelenthető, hogy a térbeliség szerepe leginkább a területi tervezésen keresztül érvényesül az egészségi állapot javításában és az egészségügyi ellátórendszer megszervezésében Magyarországon. Míg az előbbi inkább a helyi szintű egészségfejlesztés lehetőségeinek megteremtésén, addig az utóbbi főleg a betegút-szervezésen és a területi ellátási kötelezettség érvényesítésén keresztül valósul meg. A jövőben nagyobb hangsúlyt kell fektetni az integrált ellátás kivitelezésére és a szükséglet-alapú egészségügy kialakítására, amelynek hosszú távú hozadéka lehet az egészségügyenélőtlenségek csökkenése és a területi különbségek mérséklődése.

Köszönetnyilvánítás: *A tanulmány a K 119574 számú projekt támogatásával készült, amely a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap finanszírozásában valósul meg.*

Irodalomjegyzék

- Boros Lajos (2008). *A városi depriváció térbelisége – konfliktuselméleti megközelítés szegedi esettanulmányokkal*. Doktori értekezés. Szeged: Szegedi Tudományegyetem.
- Bugovics Elemér (2005). *A fenntartható egészségügy, avagy az egészségügy kórtana*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Egészségjelentés* 2016 (2017). Budapest: NEFI.
- Elek Péter, Váradi Balázs, & Varga Márton (2015). Effects of geographical accessibility on the use of outpatient care services: quasi-experimental

- evidence from panel count data. *Discussion Papers*, 2015/18. Budapest: MTA KRTK.
- Európai Betegjogi Charta* (2002).
http://tasz.hu/files/tasz/imce/A_Eur_pai_Betegjogi_Karta.doc
- Európai Bizottság (2014). *Európai Bizottság közleménye a hatékony, hozzáférhető és alkalmazkodóképes egészségügyi rendszerekről*. Európai Bizottság COM(2014) 215 Final Report.
- Gervai Nóra (2017). Az egészségügyi ellátás szabályozásának alapjogi vonatkozásai. *Esély*, 1., 105-119.
- Kemkers Robert, Pirisi Gábor, & Trócsányi András (2010). A mentőellátás területi jellemzői Magyarországon. *Területi Statisztika*, 50 (4), 420-437.
- Kincses Gyula (2010). *Egészségpolitikai ábragyűjtemény*. Budapest: Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft.
- Kovácsy Zsombor (2018). *Beutaló – iránytű a magyar egészségügyi labirintusához*. Budapest: Atheneum Kiadó.
- Losonczy Ágnes (1998). *Utak és korlátok az egészségügyben*. Budapest: MTA.
- Orosz Éva (2001). *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk fél múltja és az egészségpolitika alternatívái*. Budapest: Egészséges Magyarországért Egyesület.
- Orosz Éva (2003). Egészség és egészségügy az ezredfordulón. In Kulcsár Kálmán, & Bayer Zsolt (szerk.), *Társadalom, politika, jogrend*. Magyar Tudománytár 4. Budapest: MTA Társadalomkutató Központ – Kossuth Kiadó. 177-209.
- Orosz Éva (2018). Tudománytörténeti adalékok az egészségügy jelenlegi változásának értelmezéséhez. *Esély*, 5. 3-24.
- Uzzoli Annamária (2007). A magyar egészségügyi ellátórendszer strukturális átalakításának területi vonatkozásai. *Tér és Társadalom*, 3., 103-115.
- Levesque Jean-Frederic, Harris, Mark F., & Russell Grant (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12 (18), 1-9.
- Marmot Michael (2015). *The Health Gap – The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury Press.
- MTA Elnöki Bizottság az Egészségért (2019). *Az egészségügyi korszakváltás peremfeltételei*. Budapest: MTA.
- Pál Viktor (2008). Az egészségpolitika és a területi esélyegyenlőség összefüggései Magyarországon. In Szabó Valéria, Orosz Zoltán, Nagy Richárd, & Fazekas István (szerk.), *IV. Magyar Földrajzi Konferencia*. Debrecen: Debreceni Egyetem. 349-355.
- WHO (2008). *Closing the gap in a generation. Commission on social determinants of health. Final report*. Geneva: WHO.
- WHO (2011). *Rio political declaration on social determinants of health*. Rio de Janeiro: WHO.
- WHO (2013). *European Observatory on health systems and policies 2013: Health, health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications*. Copenhagen: WHO.
- WHR (2003). *The World Health Report 2003 – Shaping the future*. Geneva: WHO.
- WHR (2008). *The World Health Report 2008 – Primary Health Care (Now More Than Ever)*. Geneva: WHO.
- WHR (2010). *World Health Report 2010 – Health systems financing – the path to universal coverage*. Geneva: WHO.