

# A falvak, vidéki perifériák háziiorvosi ellátáshoz való hozzáféréseinek helyzete és lehetőségei

Bálint Csaba

AKI, BCE

# A vidéki térségek egészségügyi deprivációja globális probléma

Világnépesség 45%-a vidéki területen él

Kevésbé fejlett infrastruktúra és szolgáltatások

Fiatalok városba költözése → előregedő népesség → növekvő eü. ellátási igények

Elszigetelődés, szociális hátrányok

Városoknál magasabb (és növekvő) multimorbiditás

Eü. ellátási depriváció: városokban 22%, vidéken 56%

SDG: egészséges élet és a jólét minden korosztály számára(?)

„Universal health coverage”(?)

# Miért probléma a vidék (alap)ellátásának elégtelensége?

Vidéki területek: orvosok, egészségügyi szakemberek, szakdolgozók markánsabb hiánya

Alapellátó orvosok aránya a specializációk között folyamatosan csökken

Lakosság romló egészségmutatói, elkerülhető sürgősségi és kórházi ellátások, elkerülhető halálozások arányának növekedése

Szakképzett munkaerő, korszerű felszerelés hiánya, szakellátások távolsága → ellátás minőségének csorbulása

Integrált ellátás megghiúsulása, prevenció, szociális gondozás, speciális szolgáltatások nehezebb hozzáférhetősége, ellátás folytonosságának elégtelensége → város és vidék közötti egészség-egyenlőtlenségek

Földrajzi akadályok: megnövekedett távolságok → magasabb költség- és idő-ráfordítás

# A vidéki területek szakemberhiányának nemzetközi tapasztalatai

Vidéki praxis: nagyobb munkaterhelés, alacsonyabb jövedelem, családtagok nehéz munkavállalási és iskoláztatási lehetőségei, szakmai és társadalmi elszigeteltség

Megtartás:

- munkával, magánélettel való elégedettség

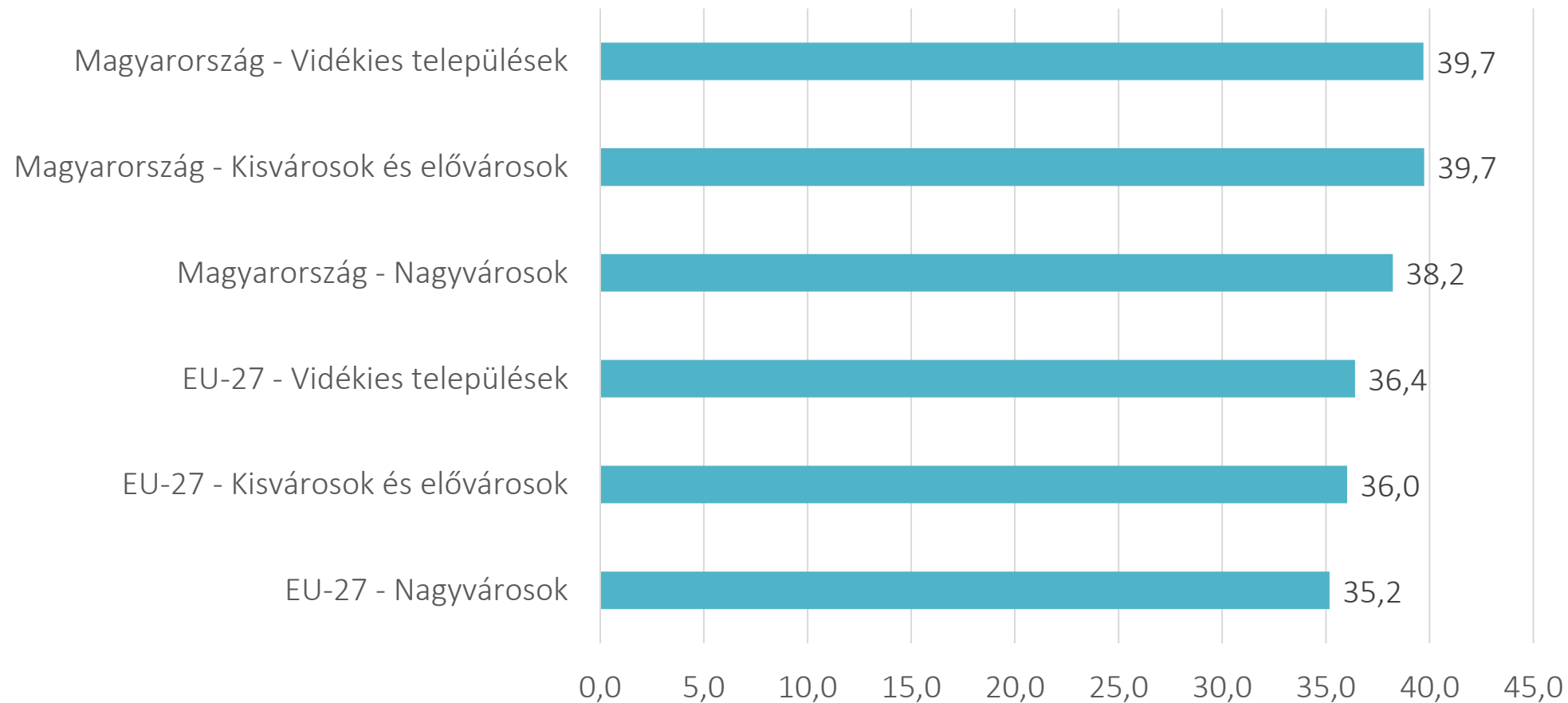
- fizetés, pénzügyi ösztönzők (pl. költségtérítések)

- munkakörülmények, személyes és szakmai támogatás

- az egyénből fakadó belső jutalmak, pl. autonómia és/vagy a kihívás mértéke

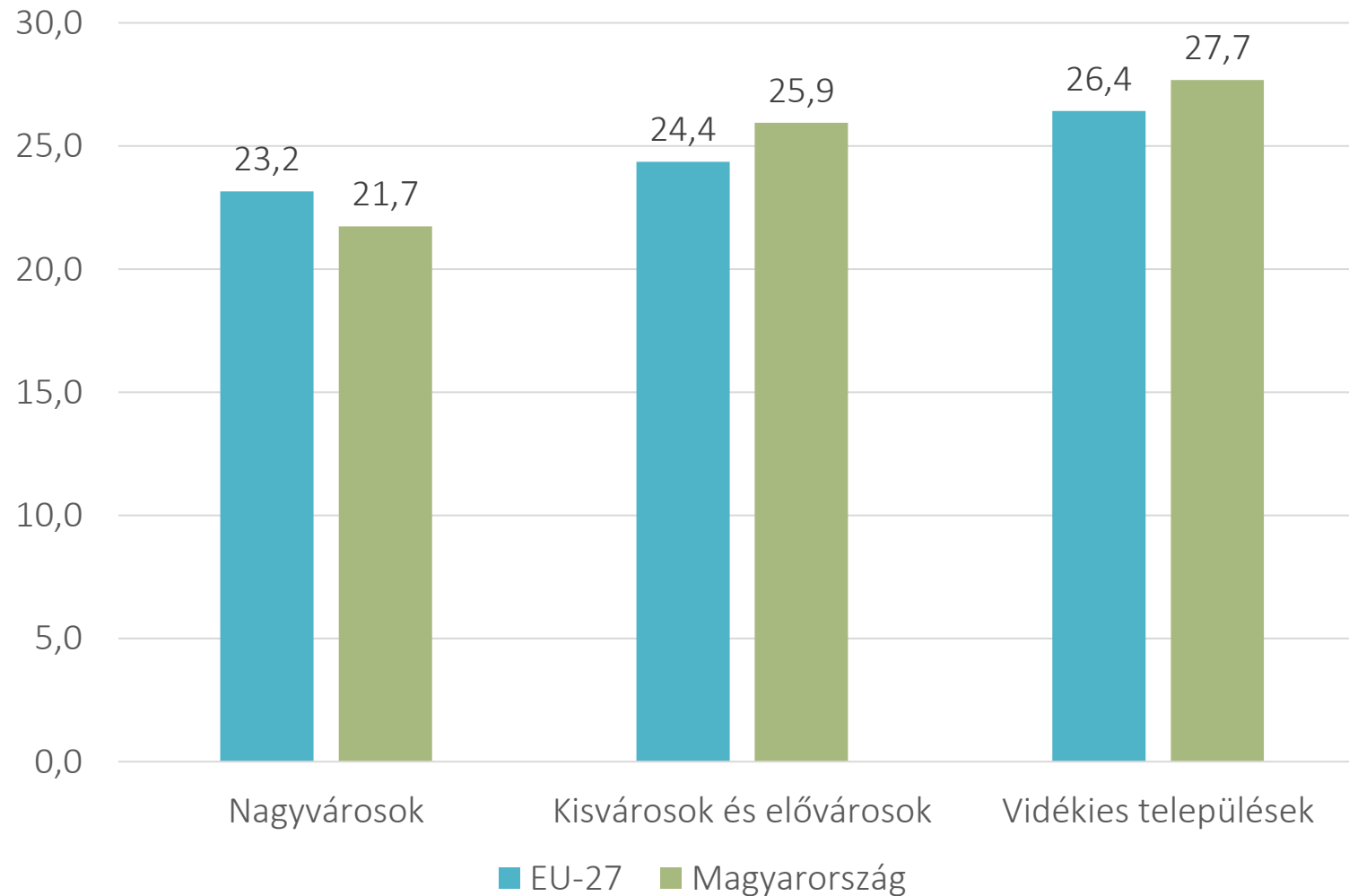
Nagyobb eséllyel helyezkedik el vidéken az olyan orvos, aki maga is vidékről származik, vagy tanulmányai, gyakorlatszerzése vidéki térséghez kötődik.

# Az elhúzódó betegséggel vagy egészségi problémával rendelkező 15 évesnél idősebb népesség aránya urbanizáltsági fok szerint az EU-ban és Magyarországon (%), 2016-2020 évek átlaga



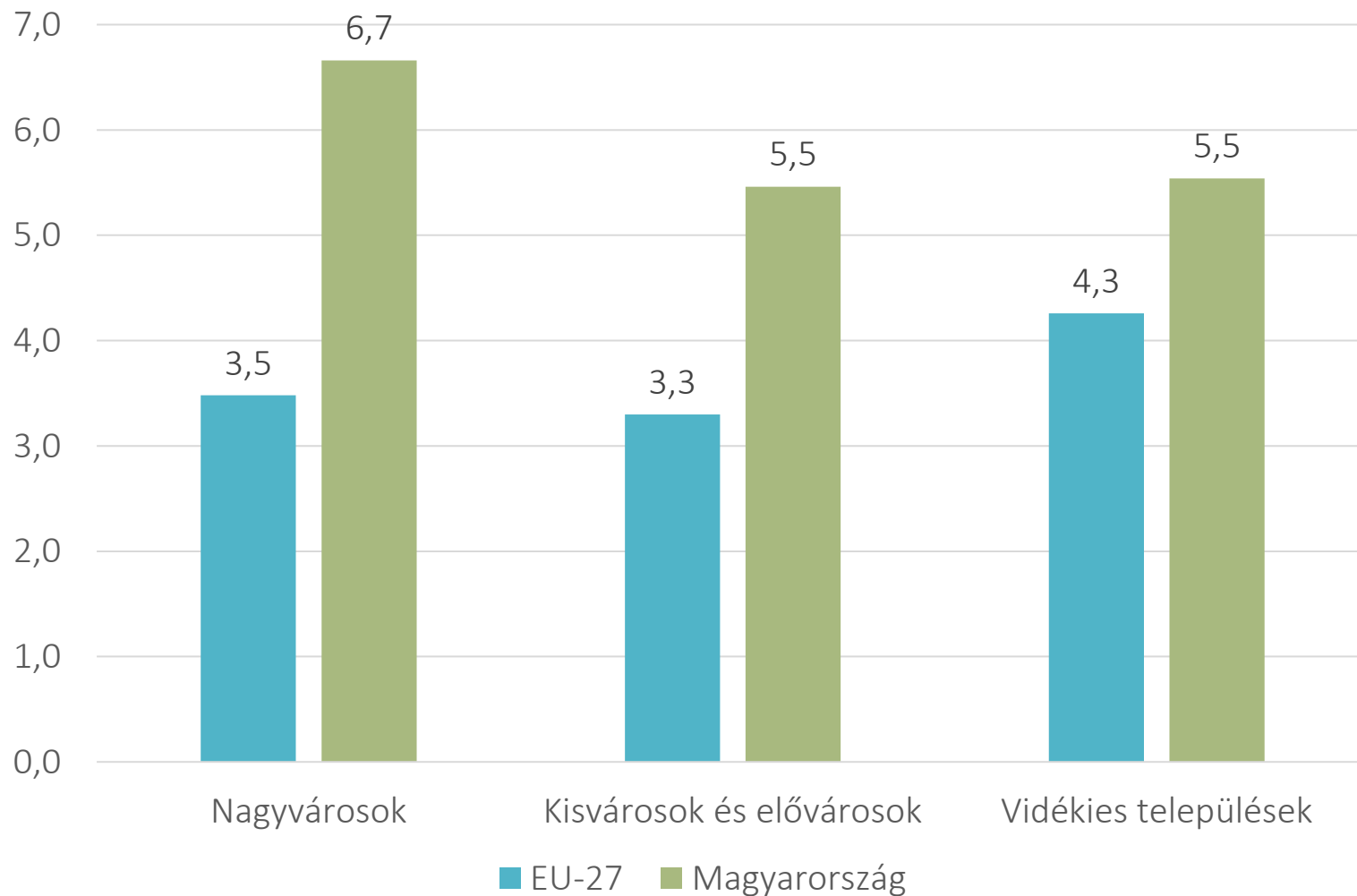
Adatok forrása: Eurostat

# Az egészségi problémája miatt mindennapi tevékenységeiben mérsékelt vagy súlyos szinten korlátozott 15 évesnél idősebb népesség aránya urbanizáltsági fok szerint az EU-ban és Magyarországon (%), 2016-2020 évek átlaga



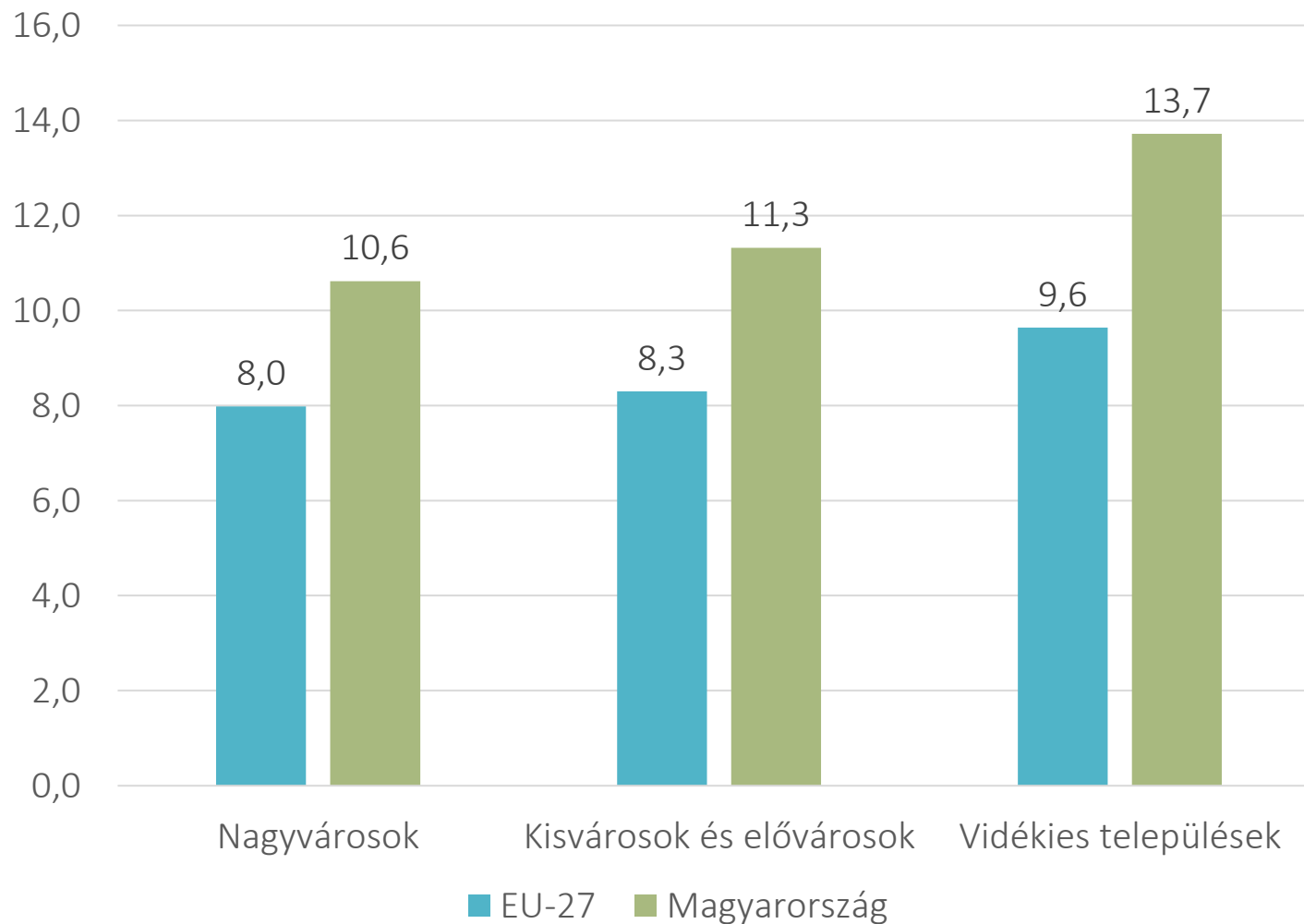
Adatok forrása: Eurostat

# A kielégítetlen ellátási igényel rendelkezők aránya urbanizáltsági fok szerint az EU-ban és Magyarországon (%), 2016-2020 évek átlaga



Adatok forrása: Eurostat

# A saját egészségügyi állapotukat rossznak ítéelők aránya urbanizáltsági fok szerint az EU-ban és Magyarországon (%), 2016-2020 évek átlaga



Adatok forrása: Eurostat



# A falvak egészségügyi sajátosságai

-	+
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gyakran a munkahely a lakóhely (munkahelyi ártalmak gyakran környezeti ártalmak)</li><li>• Kis, zárt lakóközösségek hátrányos pszichés hatásai</li><li>• Nincs elkülönült egészségügyi szakirányítás</li><li>• Hiányos infrastruktúra, rossz utak, korlátozott közlekedési és kommunikációs lehetőségek</li><li>• Elvándorlás, elöregedés, alacsonyabb iskolázottság és foglalkoztatottság, magasabb fokú inaktivitás</li><li>• Tájékozottság, tudatosság, megelőzés hiánya</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jó levegő, több mozgási lehetőség</li><li>• Kis közösségek egymásról gondoskodása</li><li>• Kis, zárt lakóközösségek előnyös pszichés hatásai</li><li>• Közvetlenebb orvos-beteg kapcsolat</li><li>• Nagyobb a lehetőség az egyénre szabott gyógymódokra</li></ul>

# Az egészségügyi rendszer elemei



Forrás: Kincses (2010)

# Az egészségügyi alapellátás

Szakemberek csoportja által nyújtott, általánosan hozzáférhető, egyénközpontú, átfogó egészségügyi és közösségi szolgáltatások összessége, amely az egyéni egészségügyi szükségletek nagy többségét képes kielégíteni.

A lakosok egészségügyi ellátórendszerrel való találkozásának, egészségügyi problémájuk jelzésének első szintje.

Hatékony alapellátás: holisztikus szemlélet, egészség- (és nem betegség-) központúság

Fő funkciók: megelőzés, szűrés, diagnosztizálás, triázs, szakellátásba továbbutalás, krónikus betegek ellátásának koordinációja, epizodikus betegségek gyógyítása, palliatív ellátás

# Az alapellátáshoz való hozzáférés jellemzői

1. **Az alapellátási szolgáltatások rendelkezésre állása:** az alapellátási szolgáltatások mennyisége és típusa a lakosság igényeihez viszonyítva.
2. **Az alapellátási szolgáltatások földrajzi elérhetősége:** a szolgáltatások távolsága a betegek utazása szempontjából.
3. **A hozzáférhetőség megteremtése:** az erőforrások hozzáféréshez való igazítása (pl. időpont-foglalási rendszer, utógondozási ellátás, otthoni látogatások).
4. **Az alapellátási szolgáltatások megfizethetősége:** a betegek pénzügyi korlátai az alapellátási szolgáltatások igénybevételében, mint például a társfinanszírozás és a költségmegosztás.
5. **Az alapellátási szolgáltatások elfogadhatósága:** a betegek elégedettsége az alapellátás szervezésével.
6. **Az alapellátási szolgáltatások hasznosítása:** az alapellátási szolgáltatások tényleges fogyasztása.
7. **Egyenlőség a hozzáférésben:** az alapellátási szolgáltatásokhoz való hozzáférés mértéke az egészségügyi szükségletek alapján, anélkül, hogy rendszerszintű különbségek lennének az egyéni vagy társadalmi jellemzők alapján.

# Egészségügyi alapellátás Magyarországon

- Alaptörvény: mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez
- Egészségügyi ellátás „a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.” (1997. évi CLIV. tv. /Eü tv./)
- egészségügyi ellátáshoz való jog = betegjog (Eü tv.)
- Ellátórendszer: progresszivitás → legalacsonyabb szint: alapellátás
- „Az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül.” (2015. évi CXXIII. Tv. az alapellátásról)
- Alapellátás: települési önkormányzati feladat (2011. évi CLXXXIX. tv.)
- Az alapellátás jogszabályban meghatározott területei:
  - háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás
  - fogorvosi ellátás
  - védőnői ellátás
  - iskola-egészségügyi ellátás
  - alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás
  - alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás
  - foglalkozás-egészségügyi alapellátás

# Háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás Magyarországon

- „A háziorvos személyes és folyamatos orvosi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, korai felismerése és gyógyítása, valamint az egészségfejlesztés céljából.” (2015. évi CXXIII. Tv.)
- Képzettségi követelmények:
  - Háziorvos: h.o. szakképesítés, vagy más szakképesítés + 10 év gyakorlat (4/2000. (II. 25.) EüM rendelet)
  - Házi gyermekorvos: csecsemő- és gyermekgyógyászati szakképesítés
- Területi ellátási kötelezettség: praxisjog, önkormányzattal feladatellátási szerződés
- Körzet-kialakítás: rendelő 15 percen belül megközelíthető legyen
  - Felnőtt körzet: 14 éves és idősebb lakosság ellátása (1200-1500 fő)
  - Gyermek körzet: 14 év alatti lakosság ellátása (600-800 fő)
  - Vegyes körzet: teljes lakosság ellátása (1200-1500 fő) [43/1999. (III. 3.) Korm. Rendelet]
- Szabad (házi)orvos-választás
- Finanszírozás: NEAK-kal kötött szerződés alapján, korrigált fejkvóta alapon
  - Fix (70%) + teljesítményalapú és területi díjazás (30%) + rezsitámogatás + bértámogatás
- COVID-19 pandémia: telemedicina elterjedése → 2021: orvos-beteg kapcsolattartás 13%-a

# Faluegészségügy

A falun élő és/vagy dolgozó emberek gyógyító-megelőző, rehabilitáló ellátása.

Közreműködők:

Háziorvos (házi gyermekorvos)

Foglalkozás-egészségügyi szakorvos

Népegészségügy

Védőnő

Ápolók, terapeuták, társult egészségügyi szakemberek

Környezetvédelmi, környezet-egészségügyi szakemberek

Önkormányzat szociális referensei

# Demográfiai folyamatok hatása

18 év alatti népesség aránya csökken

40-59 éves, 60 éves vagy idősebb lakosság aránya nő

Településhálózat 1/5-én a fiatalok aránya kevesebb, mint 15%

150 településen 18 év alatti népesség 10% alatt

Települések 1/5-ében 60+ éves népesség aránya eléri a 30%-ot

Legsúlyosabb előregedés: Vas és Zala megye aprófalvai

BAZ és SzSzB megye perifériái: alacsony átlagéletkor → szegénység újratermelése

Leghátrányosabb helyzetű települések, kistelepülések, roma lakosság

Jelentős többletterhelés az eü. ellátórendszerre



# A betöltetlen háziiorvosi körzetek problémája

2000-2020:

Házi orvosok száma 12,1%-kal, házi gyermekorvosoké 13,4%-kal csökkent

Bejelentkezett lakosok 1 orvosra jutó száma:

házi orvosok +17,1%

házi gyermekorvosok +11%

2022. január: 645 betöltetlen körzet (10%), 559 tartósan betöltetlen

Megüresedő körzetek: 800 ezer lakos

359 körzet 2020. márciusában vált betöltetlenné (főleg Budapest, Pest megye) → 65 éven felüli orvosok

Legtöbb betöltetlen körzet:

Vegyes körzetek (minden 7.) → periférikus, aprófalvas térségek

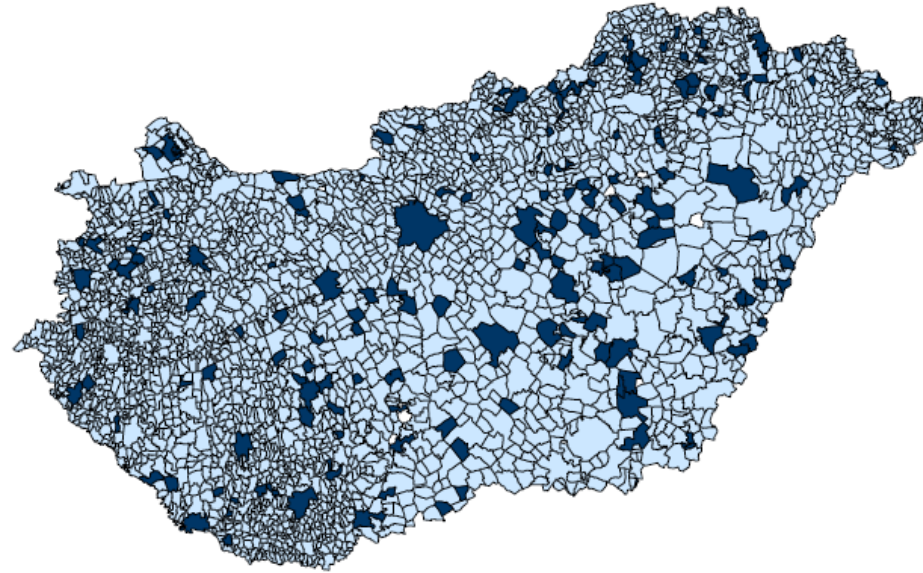
Legtöbb érintett körzet és lakos: BAZ megye

Érintett lakosság legmagasabb aránya: Nógrád megye (55,6%)

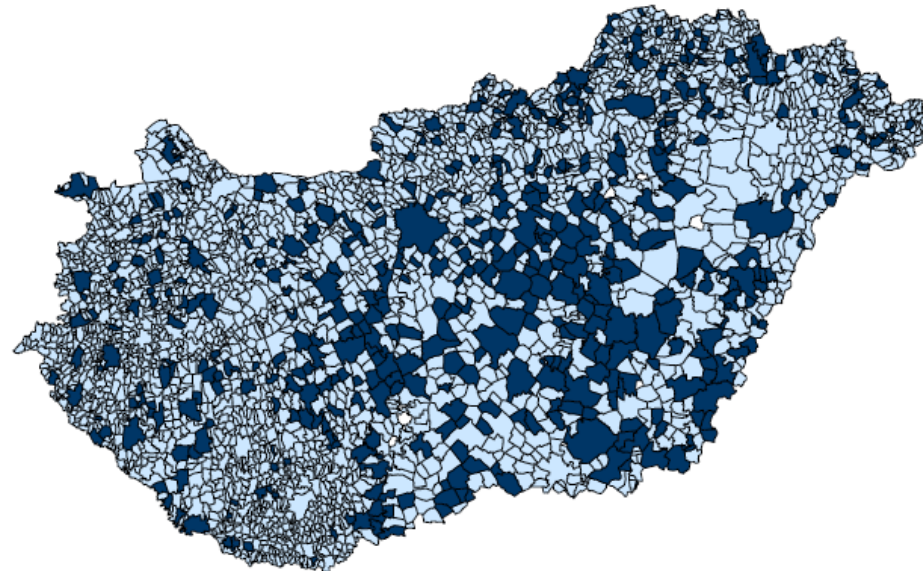
2016 után: felgyorsult üresedés a városiasabb térségek felnőtt és (főleg) gyermek körzeteiben

A betöltetlen körzetek  
bázis települései  
2012 januárjában és  
2020 októberében

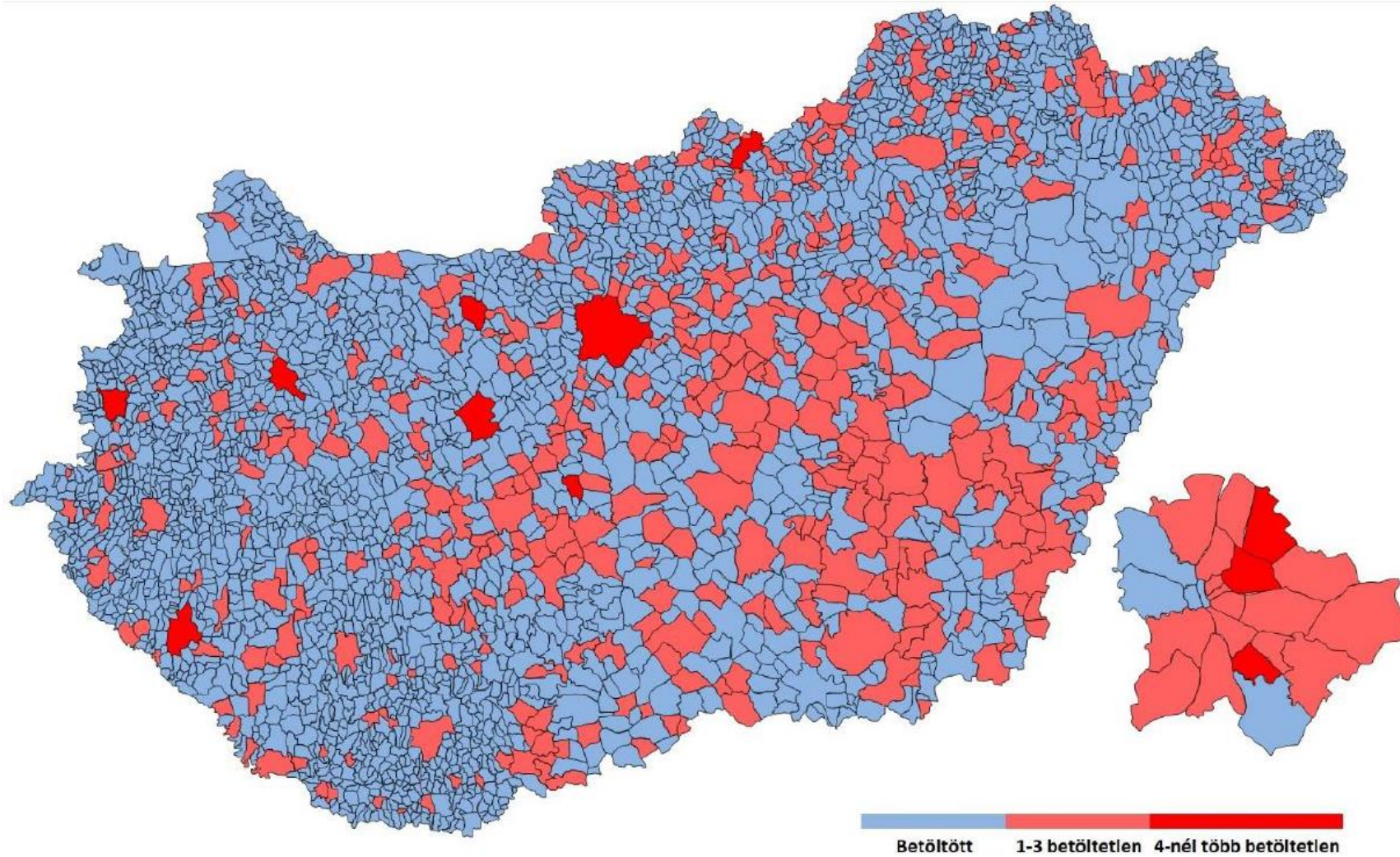
(a) January 2012



(b) October 2020



# Betöltetlen háziiorvosi és házi gyermekorvosi körzetek bázistelepülései (2022. január 1.)



Forrás: NEAK adatai alapján GKI Gazdaságkutató Zrt. (2022)



# Miért alakulnak ki a betöltetlen körzetek?

Háziorvosi szakma elöregedése

Átlagéletkor majdnem 60 év

40 év alatti háziorvosok aránya 10% alatt

Kis méret + kedvezőtlen földrajzi elhelyezkedés → eladhatatlan praxisok

visszavonuló orvosnak nem jelent nyugdíjkiegészítést

önkormányzatnak meg kell oldania a helyettesítést

Orvosmigráció: deprivált területekről a fejlettebb térségekbe, külföldre

Képzés: nem biztosít kellő utánpótlást (alacsony vonzerő: jövedelem, előmenetel, továbbképzés lehetőségei szakellátásban, magánszektorban jobbak)

Kihívások:

betegellátás növekvő terhe és felelőssége (a kötelező feladatokon kívül az ügyeleti és sürgősségi ellátás, illetve a másik körzetben való helyettesítés)

bürokratikus adminisztráció

orvostársadalmon belül még mindig alacsony presztízs

állami finanszírozástól függő fennmaradás

egyre korszerűbb technológia alkalmazásának igénye

Forrás: Boros et al. (2022); Papp (2021); Molnár & Bukovszky (2021); Mohos et al. (2019, 2021); Bálint (2019, 2021); Haiman (2020); Rurik, 2019; Székely (2019); Dózsa, Sinkó & Gaál (2017)

# Dilemmák

Az alapellátó orvosok hiányával sújtott térségek lakói gyakrabban kénytelenek igénybe venni az ügyeleti és sürgősségi ellátást, ily módon ellensúlyozva a háziiorvosi szolgálathoz való általánosan nehezebb hozzáférést, annak ellenére, ha ebből adódóan többet kell utazniuk.

A hátrányos helyzetű települések jó eséllyel alacsony létszámú, emiatt olykor gazdasági szempontból kérdéses fenntarthatóságú praxis által ellátott körzetbe tartoznak.

Ugyanakkor, egyes kedvezőtlenebb helyzetű térségekben praktizáló háziorvosok az országosan jellemzőnél nagyobb betegforgalmi terheléssel működhetnek, a szakrendelések korlátozottabb elérhetőségéből és a megnövekedett várakozási időkből kifolyólag.

A betöltetlen praxisban helyettesítő háziorvosok valószínűleg mind a saját, mind pedig a helyettesített körzetben alacsonyabb óraszámban, páciensenként kevesebb ráfordított idővel, csökkent szolgáltatásmennyiséggel végzik az ellátást, a körzeti ápolóknak továbbdelegálva feladatokat.

Elmaradhat vagy csak részlegesen valósul meg a lakosság rendszeres, kötelező állapotfelmérése.

Mivel Magyarországon senki nem kötelezhető a háziiorvoshoz való bejelentkezésre, – több százezer állampolgár nincs bejelentkezve egyetlen praxishoz sem

# Betöltetlen körzetek: intézkedések, alternatívák

- T.e.k. körzet: 6 hónapot meghaladó helyettesítés → tartósan betöltetlen státusz (313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet)
- Helyettesítés: másik körzet orvosa, vagy praxisprogram
- ÁEEK praxisprogramok: felnőtt vagy vegyes körzetben
  - Praxis-I.: háziorvosi szakvizsga előtt, legfeljebb 6 évig
  - Praxis-II.: egyéb klinikai szakképesítésű orvos átképzése, legfeljebb 5 év
- NEAK letelepedési pályázat: legalább 6 év → 12-20 M Ft
- NEAK praxisjog-vásárlási pályázat: legalább 4 év
- Magyar Falu Program: orvosi rendelő, orvosi eszköz, orvosi szolgálati lakás felhívás
- Praxisközösségek
- Csoportpraxisok(?) → „vertikális integráció”
- Távorvoslás, digitalizáció

# Praxisközösségek

A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi szolgálatok feladatainak ellátására létrejött egészségügyi társas vállalkozás. (ÁEEK, é.n.)

horizontális orvosi együttműködés:

kompetenciája, tudása nem terjed túl egy praxis kompetenciáján

elsősorban feladatszervezési, gazdálkodási előnyökkel jár

javítja az ellátás hozzáféréseinek, rendelkezésre állásának minőségét

Svájci-Magyar Együttműködési Program Alapellátás-fejlesztési Modellprogram:

2012-2016: 4 praxisközösséget (Berettyóújfalu, Borsodnádásd, Heves, Jászapáti)

krónikus betegségek komplex kezelése, orvosok, védőnők, szakdolgozók

együttműködésének ösztönzése, (főleg roma) lakosság bevonása

EFOP-1.8.0-VEKOP-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” (NNK, ÁEEK, SOTE, NEAK kiemelt projektje)

EFOP-1.8.2-17 és VEKOP-7.2.3-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése – alapellátás fejlesztése” – önkormányzatoknak

lakosság, háziorvos, csecsemő- és gyermekgyógyász, ápoló, népegészségügyi koordinátor, dietetikus, gyógytornász, védőnő, egészségfelelős bevonása

„Három generációval az egészségért” (3G) program – praxisoknak

szakellátások, Egészségfejlesztési Irodák, területi és települési önkormányzatok bevonása

# A praxisközösségek jelenlegi rendszere

Praxisközösség: a háziiorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátást nyújtó fogorvosi, védőnői szolgáltatók feladatainak ellátására létrejött működési forma (2015. évi CXXIII. Tv. az egészségügyi alapellátásról)

Kollegiális praxisközösségek: az egy telephelyen, vagy egy járáson belül egymás közelében működő egészségügyi alapellátási körzetekben legalább öt, legfeljebb tíz háziiorvosi, illetve házi gyermekorvosi szolgálat részvételével (területi kollegiális szakmai vezető háziiorvosok illetékességi területén)

belépés: 80%-os bérkiegészítés 2021. januártól

Szorosabb szakmai és gazdasági együttműködések: alapellátási praxisközösségek

belépés: 100%-os bérkiegészítés 2021. januártól

*Egyesült praxisközösség:* valamennyi résztvevő háziiorvosi szolgálatot ugyanaz az egészségügyi szolgáltató működteti

*Integrált praxisközösség:* a háziiorvosok (vagy a háziiorvosi szolgálatokat működtető egészségügyi szolgáltatók) önállóságukat megtartva egy közösen alapított egészségügyi szolgáltatót hoztak létre

*Praxisközösségi konzorcium:* konz. megállapodás létrejött a háziiorvosok teljes önállóságának megőrzésével, maguk közül választott konzorciumvezetővel

Mindenki a saját betegeit látja el, a szakmai együttműködés, integráció mélysége dönti el a prevenció mindennapi működését, tartalmát.

2022 eleje:

OKFŐ nyilvántartás: 359 háziiorvosi, 63 fogorvosi praxisközösség

Szoros praxisközösség: praxisjoggal rendelkező háziiorvosok 40, házi gyermekorvosok 44, fogorvosok 32%-a

Területi kollegiális praxisközösség: praxisjoggal rendelkező házi-, gyermek- és fogorvosok 90%-a (~7 ezer praxis)



# Következtetések

A magyarországi falvak, vidéki perifériák háziiorvosi körzetei súlyosan érintettek a megüresedő praxisok problémája által.

A betöltetlen körzetek problémája már a városiasabb területeket is érinti.

A háziiorvosi ellátórendszer leépülése részben demográfiai okokból, részben a szakma alacsony attraktivitásából, részben a térségek sajátosságaiból származik.

Az eddig meghozott intézkedések csak némileg lassítani, de megállítani nem tudták az erodálódási folyamatot.

A kormányzat részben a praxisközösségektől várja a megoldást.

Kérdés: Lesz-e több orvos? Növekszik-e a betegekre fordítható idő? A körzetükbe kijáró orvosok hogyan fognak tudni praxisközösségben működni?

Milyen szerephez jut majd a távolsági/virtuális/elektronikus/online/digitális orvoslás? (infrastruktúra, orvosi és lakossági képességek, attitűd?)