

EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS

- Az alapellátás területi Magyarországon: a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás; a fogorvosi alapellátás; az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás; a védőnői és az iskola-egészségügyi ellátás.
- Friss felmérések szerint Európában Belgium, Dánia, Észtország, Finnország, Litvánia, Hollandia, Portugália, Szlovénia, Spanyolország és az Egyesült Királyság rendelkezik erős alapellátási rendszerrel.
- Az erős alapellátással rendelkező országok mindegyikében a háziorvosok központi, ún. kapuóri szerepe egyértelmű és meghatározó.
- Az egészségügyi ellátáshoz való hatékony hozzáférés biztosításához megfelelő számú, összetételű és eloszlású egészségügyi szolgáltatóra van szükség.
- Az unió adatai szerint 2020-ra Európából egymillió egészségügyi szakember fog hiányozni.
- Magyarországon a közel 60 ezer nyilvántartott orvosból 37 711 orvost soroltak az aktívák közé. A 42 074 álláshelyből 1917 üres, azaz a betöltetlen orvosi munkahelyek aránya 4,6% (Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2014).

Az Infojegyzet a Kormány [T/4883.](#) számon benyújtott, az egészségügyi alapellátásról szóló törvényjavaslatához kapcsolódóan tartalmaz háttérinformációkat az egészségügyi alapellátási rendszerről, a háziorvosi és a házi gyermekorvosi ellátásról, valamint a lakosság egészségi állapotáról.

Az alapellátás fogalma

Az alapellátásnak számos definíciója létezik, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1978-as [Alma Atai Nyilatkozat](#)ában meghatározott fogalmat a szakirodalom folyamatosan alakítja. Az Európai Bizottság 2012-ben létrehozott [szakértői testülete](#) is megfogalmazta az alapellátással kapcsolatos legfontosabb elvárásokat.

Az egészségügyről szóló [1997. évi CLIV. törvény](#) 88.§-a meghatározása szerint: az alapellátás hosszú távú, folyamatos, személyes kapcsolaton alapuló, a lakosság által nemre, korra és a betegség természetére tekintet nélkül, a lakos által közvetlenül, a lakóhely közelében, egyenlő eséllyel igénybe vehető, egészségügyi szakszemélyzet által nyújtott prevenció, rehabilitációs és gondozó jellegű ellátások összessége.

A magyar egészségügyi alapellátás főbb területei az egészségügyi törvény 152. §-a értelmében:

- A **háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás** keretében a tanácsadás és a szűrés, a beteg vizsgálata, gyógykezelése, orvosi rehabilitációja, szükség esetén szakorvosi vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti vizsgálatra való utalása, illetve a keresőképtelenség elbírálása.
- A **fogorvosi alapellátás**, amelynek feladatai a prevenció, az akut fogászati ellátás, a fejlődési rendellenességek ellátása és az ún. konzerváló fogászat (pl. fogtömés). Az iskolafogászati ellátásban való részvétel az önkormányzatok döntése alapján kötelező.
- Az **alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti rendszer** területi alapon szerveződik, amelyben a háziorvosok részvétele kötelező. Célja azoknak a háziorvosi feladatoknak az ellátása, amelyek nem halaszthatóak a következő rendelésig.
- Az 1915-től működő **védőnői ellátást** a szakirodalom hungarikumként tartja számon. A védőnő a 0-18 éves korosztály ellátásával foglalkozik, alapvető feladata a prevenció, a tünetek és a kapcsolódó betegségek korai felismerése, az orvoshoz történő irányítás.
- Az **iskola orvosi tevékenységet** Magyarországon 1945-ben vezették be, 1965-ben a hálózatba került az iskolai védőnő is. A feladatokat az adott körzet háziorvosa, házi gyermekorvosa és védőnője

látja el. Az iskola-egészségügyi szolgálat betegségmegelőző jellegű, feladata a tanulók szűrővizsgálatával a betegségek korai felismerése, a kiszűrt elváltozások nyomon követése.

EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS AZ EU-BAN ÉS MAGYARORSZÁGON

Az alapellátás szervezeti keretei és hatáskörei nagy változatosságot mutatnak Európában. A szakirodalom szerint egy ország **alapellátása akkor tekinthető megfelelőnek**, ha mindenki számára hozzáférhető, és folyamatos koordinációt nyújt, biztosítja az ellátás folyamatosságát, az egészségügyi szolgáltatások széles skálájával foglalkozik (átfogó), megfelelő irányítással működik, megfelelő pénzügyi forrásokkal rendelkezik, és a munkaerő folyamatos fejlesztésével jellemezhető.

A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI – jelenleg [Állami Egészségügyi Ellátó Központ](#)) által készített [2014-es tanulmány](#) szerint kutatások bizonyítják, hogy az **erős alapellátási rendszerekkel rendelkező országokban jobb a lakosság egészségi állapota**, s kisebbek az egészségi állapotban megmutatkozó társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek. Az erős alapellátási rendszer fenntartása azonban költséges, az egy főre jutó egészségügyi kiadások magasabbak, ugyanakkor növekedési üteme mérsékeltebb.

Az alapellátás kapuóri szerepe

Az alapellátás kapuóri szerepének célja, hogy a betegeket az ellátás leginkább megfelelő, költséghatékony szintjén kezeljék. Az [Európai Bizottság egészségügyi szakértői csoportja](#) által 2014 februárjában megjelentetett tanulmánya szerint a kapuóri szerep hatékony, ha:

- a magas minőségű alapellátás csoportpraxisokban vagy egészségügyi központokban működik;
- az alapellátás betegközpontú és az orvos-beteg megfelelő személyes kapcsolatával

jellemezhető;

- az alapellátást végző orvos időben hozzáfér az orvosi képalkotók és más diagnosztikai tesztek eredményeihez;
- a szakellátás gyorsan és összehangoltan reagál az alapellátásból történő beutalásokra;
- a betegirányítás a szubsidiaritás elvének figyelembe vételével történik;
- a beutalást a lehetőségek szerint elektronikus folyamat-támogatással végzik.

Az elmúlt időszakban az erős alapellátó rendszerrel rendelkező országokban megfigyelhető az orvosok mellett dolgozó ápolók és nővérek alapellátási feladatokba való egyre nagyobb arányú bevonása.

A [Magyar Kórházszövetség](#) is az alapellátás fejlesztésének szükségességére hívja fel a figyelmet és rámutat, hogy az elmúlt években a betegellátás az alapellátás felől a szakellátás felé tolódott, ami nem költséghatékony, túlterheli a rendszert és felesleges várakozásra ítéli a beteget. *„Javasoljuk célként megfogalmazni, hogy olyan alapellátást építsünk ki, mely a szakellátásba feltolt beteget visszaadja a házi orvosának, és a motivált házi orvost visszaadja a betegeknek.”* ([MKSZ, 2014](#))

Az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáférés az EU tagállamaiban általában biztosított, bár a lefedettség terjedelme és foka országonként illetve régióként is nagy változatosságot mutat.

Az Európai Parlament 2013 nyarán állásfoglalást adott ki [a válság kiszolgáltató csoportok egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésére gyakorolt hatásáról](#). Az állásfoglalás alapjául szolgáló ún. [Lambert-jelentés](#) szerint 2011-ben a szegénység kockázatának kitett és veszélyeztetett személyek az EU lakosságának mintegy negyedét alkották (kb. 120 millió fő).

A WHO Európai Régió 53 országát lefedő [friss jelentése](#) is arra figyelmeztet, hogy az

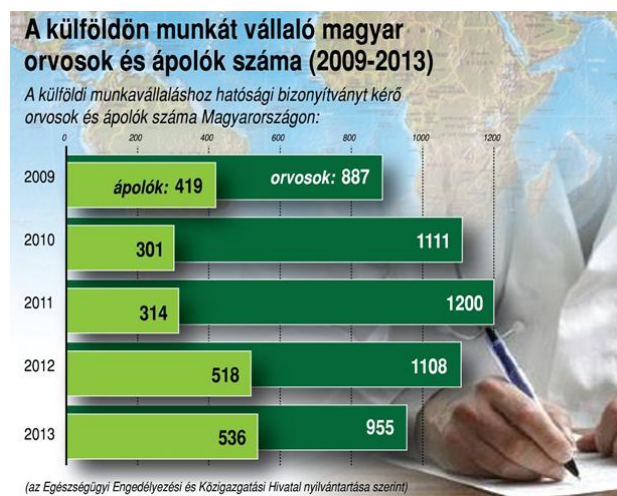
egészségben fennálló egyenlőtlenségek romlanak.

Egészségügyi dolgozók száma

Az egy főre jutó orvosok és ápolók száma szinte minden európai országban folyamatosan növekszik. Uniós szakemberek szerint 2020-ra egymillió egészségügyi szakember hiányzik majd, ezért az egészségügy az egyik legnagyobb munkahelyteremtő ágazat lehet – jelezte az Európai Bizottság 2013-ban ([European Vacancy Monitor](#)). A jelentés szerint 2008 és 2012 között az egészségügyben évente két százalékkal nőtt a foglalkoztatás, 2012-ben közel egymillió új munkahely jött létre, így **az EU-ban átlagosan minden tízedik munkavállaló az egészségügyi szektorban dolgozik.**

Orvoselvándorlás

Az EU régebbi tagállamai a munkaerőhiányt bevándorló dolgozókkal pótolják, akik első sorban az új tagállamokból érkeznek. Ez azonban növeli az egészségügyi munkaerőhiányt a kelet-közép-európai országokban, ahol 2008 és 2012 között jelentősen csökkent az egészségügyben foglalkoztatottak száma: legnagyobb mértékben Csehországban, Magyarországon, Litvániában, Romániában és Szlovéniában (általában két százalékkal).



Forrás: [EEKH](#), infografika: MTI

Az [Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal](#) (EEKH) legfrissebb adatai szerint Magyarországon 2014-ben összesen 1943 fő egészségügyi dolgozó jelezte, hogy külföldön vállal munkát. A kérelmezők 63 százaléka orvos, 12 százaléka fogorvos, 17 százaléka ápoló és 8 százaléka gyógyszerész.

Európai Egészségügyi Fogyasztói Index

A 2015 januárjában jelent meg a 36 országot vizsgáló [Európai Egészségügyi Fogyasztói Index](#). Az egészségügyi rendszerek állapotát vizsgáló felmérésben Magyarország az 1000 pontból szerezhető 601 ponttal a 25. helyen végzett. Hollandia évek óta az első helyen áll (898 pont), öt követi Svájc, Norvégia, Finnország és Dánia.

A kelet-európai országok mezőnyében Csehország végzett az élen (714 pont), Magyarország a középmezőnyben, Lengyelország és Litvánia pedig a sor vége felé található (511 illetve 510 pont). A legalacsonyabb pontszámot Bosznia-Hercegovina kapta (420 pont).

STATISZTIKAI ADATOK

Az egészségügy finanszírozása

Az OECD legfrissebb adatai szerint ([Health at a glance, 2014](#)) az állami és magán egészségügyi kiadások hazai össztermékhez viszonyított (GDP-arányos) összege 2012-ben 8% volt Magyarországon, ami alatta marad az OECD-országok 9,3 százalékos átlagának. Ezzel az eredménnyel Magyarország a 29. helyen áll.

2012-ben a legtöbbet az Egyesült Államokban szánták az egészségügyi szektorra a GDP 16,9 százalékát, Hollandia 11,8 és Franciaország 11,6 százalékot. Az átlagérték alatt teljesített a legtöbb kelet-európai ország (pl. Szlovákia, Csehország, Lengyelország). A lista végén Észtország és Törökország áll 5,9 illetve 5,4 százalékkal.

Az EU28-ak egészségügyi kiadásai 2010-2014 között évente átlagosan 0,6 százalékkal estek vissza, miközben 2000-2009 között évi 4,7 százalékkal növekedtek. 2012-ig néhány uniós országban mérsékelten nőttek az egészségügyi kiadások összegei (pl. Ausztria, Németország, Szlovénia), ugyanakkor Görögországban, Portugáliában és Spanyolországban csökkentek. Magyarországon és Csehországban az egészségügyi kiadások összege 2011-2012 között nem változott.

A lakosság egészségi állapota

A népesség egészségi állapotának legfontosabb jellemzői a várható élettartam, valamint a megélt életévben elérhető életminőség. A kutatási adatok szerint mindkettőt jelentősen befolyásolja a társadalmi-gazdasági helyzet.

2012-ben a születéskor **várható átlagos élettartam** az OECD-országokban elérte a közel 80 évet, ami 1970-hez viszonyítva 10 év növekedést jelent. A nők átlagosan 5,5 évvel élnek tovább, mint a férfiak (nők 82,8 és férfiak 77,5 év). Magyarországon a nők átlagos élettartama 78,7 év, a férfiaké 71,6 év. A hazai kedvezőtlenebb mutatók egyik fő oka a magas, úgynevezett korán (65 éves életkor előtt) bekövetkező halálozások aránya. A WHO arányszámainak alapján Litvánia és Lettország után hazánkban halnak meg a legtöbb idő előtt.

Az OECD tagállamaiban 2010-ben a **80 év fölöttiek a lakosság** négy százalékát alkották, ez az arány 2050-re várhatóan 10 százalékra fog növekedni. Az Európai Unióban különösen gyors a lakosság elöregedésének üteme: 2050-re a 80 év fölöttiek lakosságon belüli aránya várhatóan 15 százalékra fog növekedni.

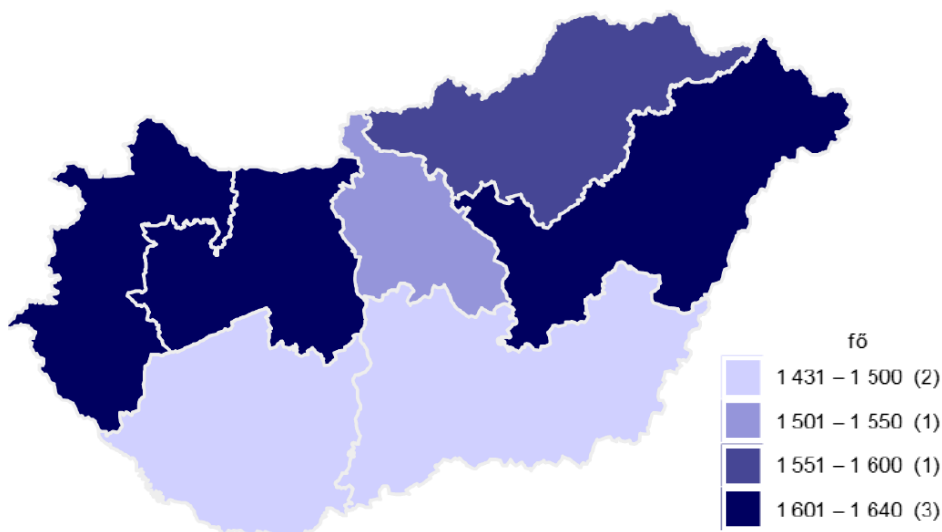
Orvosok száma

Az OECD legfrissebb adatai szerint az **ezer főre jutó orvosok száma** OECD-átlagban 2012-ben 3,2 fő, az EU-ban ez a mutatószám 3,4 fő volt. Kimagaslóan magas az ezer főre jutó orvosok száma Ausztriában (4,9 fő), a legkevesebb Lengyelországban (2,2 fő). Magyarország a középmezőnyben található 3,1 fővel.

2012-ben az EU-ban az **50-64 év közötti egészségügyi dolgozók aránya** az összes egészségügyi foglalkoztatotthoz viszonyítva 28% volt.

2013-ban a szakképesítést szerzett orvosok száma Magyarországon 1 247 fő volt. Tekintve, hogy az elmúlt években kevesebb orvos végez (évente 1200-1400 fő), mint ahány betöltetlen hely van (2013-ban 1 917 hely) az orvoshiány az egészségügy csaknem minden területén jelentkezett és várhatóan évről évre nőni fog (KSH, 2014).

1. ábra: Egy háziiorvosra és egy házi gyermekorvosra jutó lakos, megyei bontásban



Forrás: [KSH](#), 2012. december 31.

A [KSH](#) Egészségügyi Statisztikai Évkönyvének adatai szerint 2005 és 2013 között Magyarországon csökkent a házi orvosok száma, 5 018 főről 4 855 főre. Ez időszakban a csökkenés elsősorban a községeket érintette, ahol közel kétszáz fővel csökkent a házi orvosok száma. A házi gyermekorvosok számában is

hasonló a tendencia: az orvos-létszám 2005-2013 között 1 571 főről 1 490 főre csökkent.

Az [Állami Számvevőszék](#) (ÁSZ) 2011-ben készített jelentése szerint a házi orvosok több időt dolgoznak, mint amit az [EU munkaidő direktíva](#) megenged.

Házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátottság Magyarországon (1990-2013) Forrás: Infoszolg/KSH

| Év | A dolgozó orvosok száma | Tízezer lakosra jutó dolgozó orvos | A házi orvosok, házi gyermekorvosok száma | Egy házi orvosra, házi gyermekorvosra jutó lakos |
|------|-------------------------|------------------------------------|---|--|
| 1990 | 32 883 | 31,7 | 5 864 | 1 769 |
| 2000 | .. | .. | 6 729 | 1 516 |
| 2005 | 32 563 | 32,3 | 6 589 | 1 529 |
| 2010 | 33 943 | 34,0 | 6 451 | 1 548 |
| 2011 | 34 736 | 34,9 | 6 442 | 1 546 |
| 2012 | 36 250 | 36,6 | 6 415 | 1 545 |
| 2013 | 37 711 | 38,2 | 6 345 | 1 557 |

Források:

- Összefoglaló jelentés a 2012/2013. tanévben végzett iskola-egészségügyi munkáról. Budapest, [OGYEI, 2014.](#)
- Népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram. Budapest, [GYEMSZI 2011.](#)
- [Health at a glance, 2013](#) - OECD
- [Az alapellátás jellemzői Európában.](#) Budapest, GYEMSZI, 2014. szeptember
- [Emberközpontú egészségügyet.](#) Budapest, Magyar Orvosi Kamara, 2014. június
- A Magyar Kórházszövetség javaslatai az egészségügyi ellátórendszer további átalakításáról. Budapest, [MKSZ, 2014. október](#)
- Az Európai Parlament és a Tanács [282/2014/EU](#) rendelete az egészségügyre vonatkozó harmadik uniós cselekvési program (2014–2020) létrehozásáról
- Az Egészségügyi Rendszerekkel és Politikákkal foglalkozó Európai Központ ([European Observatory on Health Systems and Policies](#)) országismertetői
- Eurobarometer felmérés a megbízottságról – [Országismertető.](#) Európai Bizottság 2014.
- Eurobarometer felmérés a megbízottságról – [Magyarország.](#) Európai Bizottság 2014.

Készítette: Csákó Beáta
Képviselői Információs Szolgálat
E-mail: infoszolg@parlament.hu



ORSZÁGGYŰLÉS HIVATALA KKI

Internet: www.parlament.hu/infoszolg
Intranet: intra.parlament.hu/infoszolg/
Tel.: (1) 441-4529; (1) 441-6486

Az információs jegyzet az országgyűlési képviselők tájékoztatása céljából készült.
A dokumentum az összeállítás elkészültének időpontjában fennálló aktuális helyzetet mutatja be.
Az információs jegyzet szerzői jogvédelem alatt áll.