

OTDK-DOLGOZAT

2015

**AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS HATÉKONYSÁGI PROBLÉMÁI
HAZÁNKBAN**

**THE EFFICIENCY PROBLEMS OF THE PRIMARY HEALTH CARE
SYSTEM IN HUNGARY**

Kézirat lezárva: 2013. november 4.

TARTALOMJEGYZÉK

1. Bevezetés
2. Az egészségügy helye a gazdaságban
3. A magyar alapellátás felépítésének, finanszírozásának gyakorlata
4. Hatékonysági problémák a védőnői ellátásban
 - 4.1. Védőnői szolgálat jelentősége hazánkban
 - 4.2. Hatékonysági problémák bemutatása
 - 4.2.1. Betöltetlen védőnői körzetekből fakadó hatékonysági veszteségek
 - 4.2.2. Védőnők és orvosok párhuzamos szűrési kötelezettségeiből fakadó hatékonysági veszteségek
 - 4.2.3. A védőnő-orvos közötti hiányos kommunikációból fakadó hatékonysági veszteségek
 - 4.2.4. Túlzott dokumentációs terhekből fakadó hatékonysági veszteségek
 - 4.2.5. A védőnői szakosodás hiányából fakadó hatékonysági veszteségek
 - 4.2.6. Az azonosított hatékonysági tartalékok áttekintése
5. A házi gyermekorvosi ellátás hatékonysági problémái
 - 5.1. Az alapellátás felépítése, működése, finanszírozási gyakorlata
 - 5.2. Hatékonysági problémák azonosítása a házi gyermekorvosi ellátásban
 - 5.3. Megoldási javaslat a hatékonysági tartalékok kiaknázásához
6. Összefoglalás

TÁBLÁZAT- ÉS ÁBRAJEGYZÉK

Ábrák:

1. ábra: Országok száma a csecsemőhalálozási ráta mértéke szerint
2. ábra: Az egyes kontinensekre jellemző csecsemőhalandóság mértéke
3. ábra: Az összes egészségügyi kiadás az országok által megtermelt GDP%-ában Európa különböző országaiban
4. ábra: Az egy főre jutó összes egészségügyi kiadás Európa különböző országaiban USD/ főben feltüntetve
5. ábra: Az államháztartás egészségügyi kiadásai az összes egészségügyi kiadás százalékában Európa különböző országaiban
6. ábra : Az államháztartás egészségügyi, valamint társadalombiztosítási és jóléti kiadásai (reálértéken) és a GDP volumen 2000-2013 között
7. ábra: A gyógyító-megelőző ellátás egészségbiztosítási finanszírozásának aránya feladatonként
8. ábra: Körzetek megüresedésének dinamikája
9. ábra: Újonnan megüresedett védőnői állások évek szerinti megoszlása
10. ábra: Hátrányos helyzetű védőnői körzetek aránya a betöltetlen körzeteken belül
11. ábra: Az elkerülhető halálozás kistérségi egyenlőtlenségei Magyarországon, 2006-2008
12. ábra: A veszélyeztetett gyermekek aránya régióként
13. ábra: A részmunkaidős foglalkoztatás gyakorlata és elterjedtsége az OECD országaiban
14. ábra: Az egy gyermekre jutó éves antibiotikum fogyasztás bruttó ára praxisnemenként
15. ábra: Gyermekeknek felírt szulfonamidok
16. ábra: Gyermekeknek felírt tetraciklinek
17. ábra: Bronchitis diagnózissal kórházban kezelt gyermekek száma

18. ábra: Gastrointestinalis fertőzéssel kórházban kezelt gyermekek száma
19. ábra: A gyermekek házi gyermekorvos és házi orvos által történő ellátásának %-os megoszlása megyénként
20. ábra: A gyermek-alapellátás jellemzői Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében
21. ábra: A gyermek-alapellátás jellemzői Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében
22. ábra: Házi gyermekorvosok által ellátott betegek száma az orvosok korcsoportja szerint
23. ábra: Az élveszületések számának alakulása Magyarországon 1949 és 2012 között

Táblázatok:

1. táblázat: Egészségügyi kiadások Magyarországon, a szomszédos országokban, valamint Észtországban 2010-ben
2. táblázat: Egy háziiorvosi praxis átlagos működési költségei 1 hónapra számítva

1.BEVEZETÉS

Jelen dolgozatom témájaként a hazai egészségügyi alapellátás bemutatását választottam. Felépítésének, működésének, finanszírozási gyakorlatának ismertetését követően a szektorban található hatékonysági tartalékok feltérképezésére vállalkozom. A téma terjedelme miatt az alapellátásnak csupán egy szegmensét, a gyermek alapellátást vizsgálom.

Témaválasztásom nem a véletlen műve. Az egészségügy-közgazdaságtan iránti vonzalmam régi keletű, már az alkalmazott közgazdaságtan tanulmányaim megkezdésekor érdeklődésem középpontjában állt. Másodéven, 2012-ben készült TDK dolgozatomat „Miért beteg az egészségügy?” címmel készítettem el, melyben a hazai egészségügy helyzetének áttekintő ismertetését követően, az Országos Vérellátó Szolgálat hatékonysági és hatásossági tartalékainak bemutatása alkotta a dolgozat törzsét. Jelentős hatékonyságnövelő lehetőségekre sikerült a Vérellátó Szolgálat működésében rámutatnom. Ekkor merült fel bennem, hogy ha egy központi szervezet működése kapcsán ilyen sok kihasználatlan lehetőség azonosítható, akkor a hazai egészségügy egy egész szektorának vizsgálata során milyen eredményekre jutnánk?

Miért a gyermek-alapellátás működését tűztem górcső alá?

Egyrészt úgy gondolom, hogy az egészségügyi ellátórendszer alapos megismeréséhez az alapellátás részletes elemzése alapvető. Másik okát választásomnak a témában szerzett tapasztalatom adja: az elmúlt hat év során nyaranta egy-egy hónapot egy házi gyermekorvosi praxisban dolgoztam asszisztensként, ahol az ellátás szépsége mellett annak ellentmondásaival is szembesültem.

A dolgozat elkészítését megelőzően mélyinterjút készítettem a Háziorvosi Szakmai Kollégium Gyermek-alapellátási Tanácsának elnökével, aki orvosi szemszögből közelítette meg a témát, valamint a Tanácsban tevékenykedő védőnővel, akit a védőnői tevékenység során tapasztalható hatékonysági problémákról kérdeztem. A mélyinterjúk elkészítését, valamint a részletes szakirodalmazást követően került sor dolgozatom megírására, melyben az egészségügyi rendszer működésének mélyreható bemutatása érdekében számos nemzetközi illetve hazai adatbázis statisztikáinak kiértékelését végeztem, ezen kívül statisztikai elemzési eljárással költségelemzést állítottam össze.

2. AZ EGÉSZSÉGÜGY HELYE A GAZDASÁGBAN

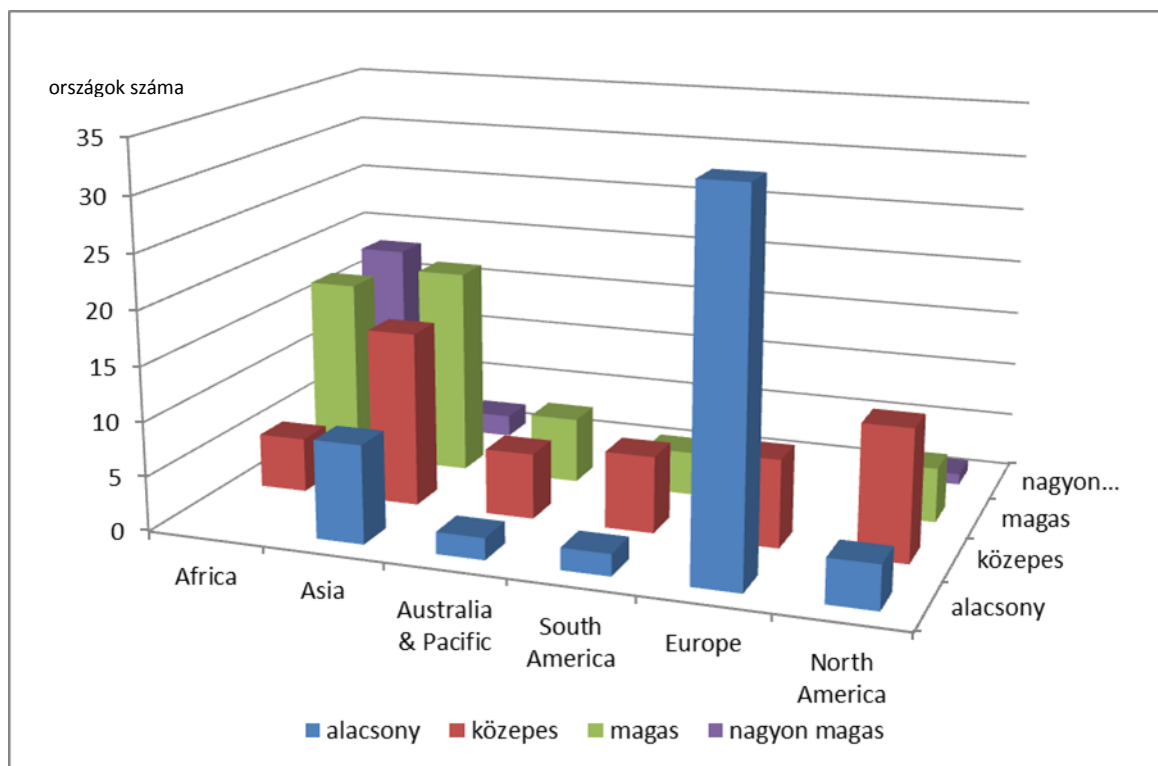
„Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya” (World Health Organisation alapító okirat) az Egészségügyi Világszervezet definíciója alapján.

Az egészség megőrzése, a betegségek megelőzése, eredményes gyógyítása nemcsak egyéni, hanem társadalmi, gazdaságpolitikai érdek is. Éppen ezért az egészségügyi ellátás színvonalának maximalizálása a világon mindenhol kívánatos. Azonban, a gyógyítás költségének határa végtelen. Egy, a medicina legújabb és leghatékonyabb lehetőségeit kihasználó, modern egészségügyi ellátórendszer fenntartása finanszírozási szempontból rendkívül megterhelő. Míg a gazdaságilag stabil államok –lehetőségeiket kihasználva– közelíteni tudnak a kívánt ellátási sinthez, a fejlődő országok részéről ez teljesíthetetlen feladat. Éppen ezért az egészségügyi ellátás színvonalában tapasztalható eltérések markánsak a világ egyes részei között. A komoly különbségek következtében az országok lakosságának egészségi állapotában jelentős eltérések mutatkoznak, mely különböző mutatókkal jellemezhető. Leggyakrabban a csecsemőhalandóság, a várható élettartam, valamint a várhatóan egészségben töltött életevek száma használatos az egészségügyi ellátás színvonalának jellemzésére. Jelen dolgozat a gyermekek egészségügyi ellátásával foglalkozik, annak jellemzésére az imént említett mutatók közül a csecsemőhalandóságot tartom az egyik legjobb markernek.

Az országok gazdasági fejlettsége és a csecsemőhalandóság mértéke között szoros összefüggés feltételezhető. Ennek bizonyítására elemzést készítettem, melyben az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation –WHO) adatai alapján a világ 177 országában vizsgáltam a kapcsolatot. Elemzésem során a Cramer mutatót használtam az összefüggés erősségének jellemzésére, melynek általam számított értéke 0,7307 lett. Ez szoros kapcsolatot jelez, ugyanis az együttható definíciója szerint, 70% fölötti érték már szoros összefüggésre utal.

Az egyes országok gyermekegészségügyi ellátásában lévő különbségek szemléltetésére a csecsemőhalandósági ráták alapján kategóriákat képeztem, melyekbe az országok besorolhatóak, és ez alapján jellemezhetőek lesznek. Négy kategóriát képeztem: alacsony mortalitás csecsemőkorban: 0-8 csecsemőhalálozás/ 1000 élveszületés ; közepes: 8-20 csecsemőhalálozás/ 1000élveszületés; magas: 20-60 csecsemőhalálozás/ 1000 élveszületés; nagyon magas: 60-nál több csecsemőhalálozás/ 1000 élveszületés. A kategóriákba történő sorolás után már szemléletes ábrákkal lehet bemutatni a világ különböző részein a

gyermekellátás színvonalát. Az 1. ábrán a kontinensek közötti jelentős differenciára szeretnék rávilágítani. A diagramon az látható, hogy földrészenként hány országra jellemzőek a korábban definiált csecsemőhalandósági kategóriák.

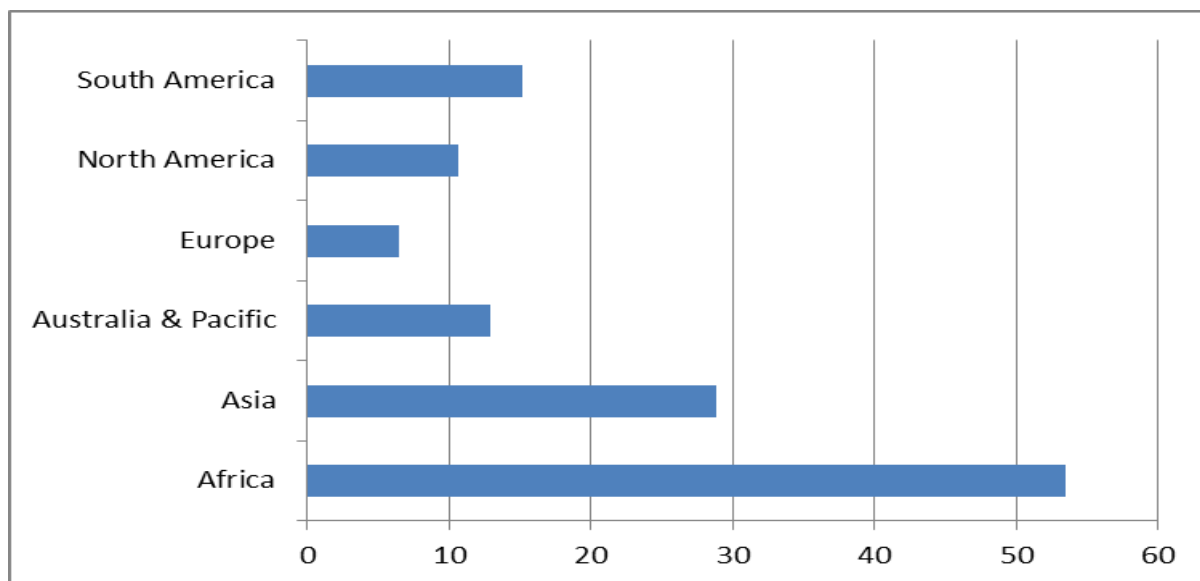


1. ábra: Országok száma a csecsemőhalálozási ráta mértéke szerint

Forrás: Saját ábra-(adatok forrása:WHO: Infantmortality by country;<http://apps.who.int/gho/data/node.main.526>)

A diagramból szembetűnővé válik néhány adat: Afrikában nincs olyan ország, ahol a csecsemőhalandóság aránya elérné az alacsony értéket, illetve a közepes kategóriába is csupán az országok töredéke sorolható. Ezzel szemben Európa államai csupán az alacsony illetve közepes kategóriába tartoznak. Ez korábbi feltételezésemet, a gazdasági fejlettség és a csecsemőhalandóság mértéke közötti szoros összefüggést, kiválóan szemlélteti.

A 2. ábrából talán még egyértelműbbé válik az előbb vizsgált kapcsolat. Míg Európában, Észak-Amerikában vagy Ausztráliában az 1000 élveszületésre jutó, 1 éves életkor alatti halálozás aránya 15 alatt van, addig Afrikában a mortalitás az ötven ezreléket is meghaladja.

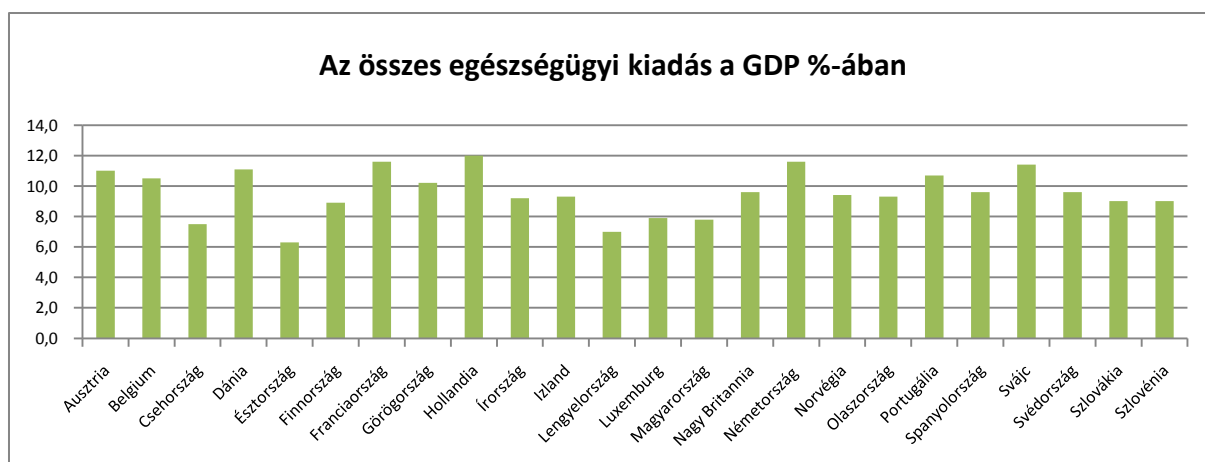


2.ábra: Az egyes kontinensekre jellemző csecsemőhalandóság mértéke (csecsemőhalandóság száma/ 1000 élveszületés = mortalitás)

Forrás: Saját ábra- (adatok forrása: WHO:Infantmortalityby country;
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.526>)

Az elemzésből látható, hogy az európai kontinensen világviszonylatban kimagaslóan jó az egészségügyi ellátás, azonban Európán belül jelentős különbségek vannak. A különbségek hátterében egyrészt az egészségügyre fordított kiadások aránya illetve az egy főre jutó egészségügyi kiadás mértéke áll, másrészt a rendelkezésre álló források felhasználásának hatékonysága azonosítható.

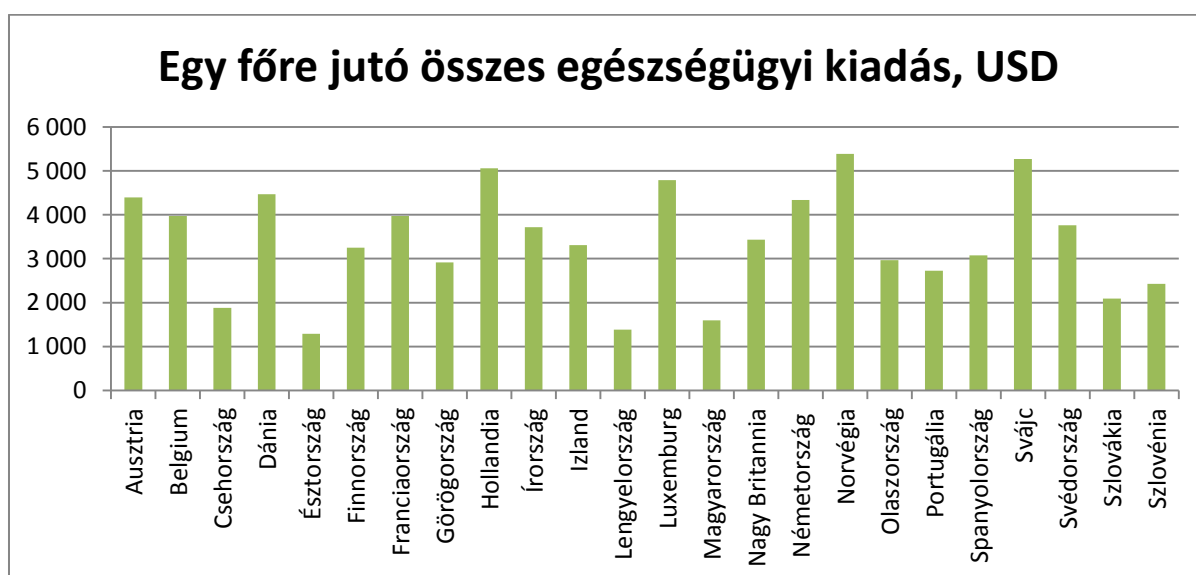
Az egészségügyre fordított kiadások aránya az országok GDP termeléséhez viszonyítva mindenhol jelentős mértékű, az európai országokban mérhető átlag 9,6% körüli. Magyarország ettől kissé elmarad, a megtermelt GDP 7,8%-t költötte 2010-ben egészségügyre a Központi Statisztikai Hivatal 2011-es adatai alapján.(lásd:3.ábra)



**3.ábra: Az összes egészségügyi kiadás az országok által megtermelt GDP%-ában
Európa különböző országaiban**

Forrás: Saját ábra- (adatok forrása: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2011, 17.9. táblázat: Egészségügyi kiadások 2010)

Ennél szignifikánsabb lemaradást mutat hazánk az egy főre jutó egészségügyi kiadások tekintetében az európai 3395 amerikai dolláros átlagértékhez képest. Magyarországon 2011-ben 1601 USD/fő jutott egészségügyi kiadásokra. A 4.ábra szemléletesen mutatja ezt az alacsony értéket.



**4.ábra: Az egy főre jutó összes egészségügyi kiadás Európa különböző országaiban
USD/ fő-ben feltüntetve**

Forrás: Saját ábra- (adatok forrása: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2011, 17.9. táblázat: Egészségügyi kiadások 2010)

Az eddig ismertett adatok nem festenek túl pozitív képet a magyar egészségügy jelenlegi helyzetéről, azonban ha a hasonló adottságú európai államokkal hasonlítjuk össze a magyar helyzetet, jóval realisabb, és kevésbé kétségbeejtő eredményeket kapunk. A lengyel, a

cseh, a szlovák és országunk gazdaságával sok hasonlóságot mutató észt egészségügyi finanszírozási helyzetet vizsgálva, már jóval kedvezőbb képet kapunk Magyarország helyzetéről is. A vizsgált adatokat a 1. táblázat tünteti fel.

1.táblázat: Egészségügyi kiadások Magyarországon, a szomszédos országokban, valamint Észtországban 2010-ben

Megnevezés	Népesség	Egy főre jutó eü. kiadás, USD*	Összes eü. kiadás a GDP %-ában	Államháztartás eü. kiadása az összes eü. kiadás %-ában	Összes eü. kiadás, millió USD	GDP, millió USD	Államháztartás eü. kiadása a GDP %-ában
Csehország	10 506 813	1884	7,5	83,8	19 795	263 931	6,3
Észtország	1 286 540	1294	6,3	78,9	1 665	26 425	5,0
Lengyelország	38 167 329	1389	7,0	71,7	53 014	757 349	5,0
Magyarország	10 014 324	1601	7,8	64,8	16 033	205 550	5,1
Szlovákia	5 424 925	2095	9,0	64,5	11 365	126 280	5,8

Forrás: IME-Az egészségügyi vezetők szaklapja XII.évf.6. szám8.oldal

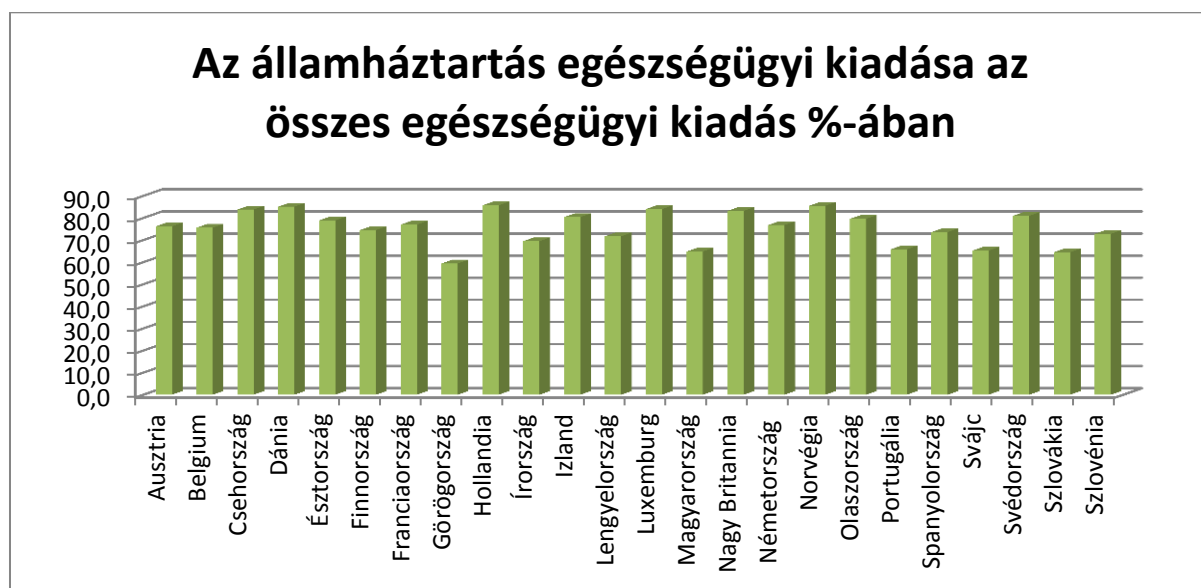
A fenti táblázatból kiolvasható, hogy hazánk a környező országokéhoz viszonyítva részben hasonló egészségügyi mutatókkal rendelkezik, sőt az egy főre jutó egészségügyi kiadások tekintetében, az 1601 USD/fő kiadással jóval meghaladja ezen 5 ország átlagát (1584 USD/fő). Magyarország összes egészségügyi kiadása tekintetében ugyan az EU-s átlagtól elmarad, de az előbb vizsgált országok hasonló kiadásaihoz viszonyítva megállja a helyét.

Az egészségügyre fordított kiadások elemzésénél még egy gyakori mutatót használnak, mely segít eligazodni az egyes országok egészségügyi finanszírozási gyakorlatában: ez az államháztartás egészségügyi kiadásai az összes egészségügyi kiadás százalékában.

Az egészségügyben az állami szerepvállalás jelentősége vitathatatlan. Mint azt már a mikroökonómiai tanulmányokból ismeretes, egy olyan piacon, ahol nincs valódi verseny a résztvevők között; ahol nagyon sokszereplős a piac; továbbá, ahol a piaci szereplők informáltsága nem megfelelő, így egyes szereplők tartós monopolhelyzetbe kerülhetnek, ott szükséges az állami részvétel. Annak hiányában, a nem tökéletes verseny következtében negatív externáliák alakulnak ki, az egészségügyben ez többek között a prevenció visszaszorulását jelentené, mely a megelőzhető megbetegedések előfordulásának magasabb számához, a népesség általános egészségi állapotának romlásához, akár járványokhoz vezetne.

A fejlett országok felismerték az állami szerepvállalás jelentőségét, mértéke minden

országban magas. Az európai országokban az államháztartás egészségügyi kiadása az összes egészségügyi kiadás százalékában 76,5%-os átlagot ad, ugyanez az átlag az OECD országokat vizsgálva 72,2%. Magyarországon jelenleg 64,8%-os az állami szerepvállalás. (lásd 5.ábra)

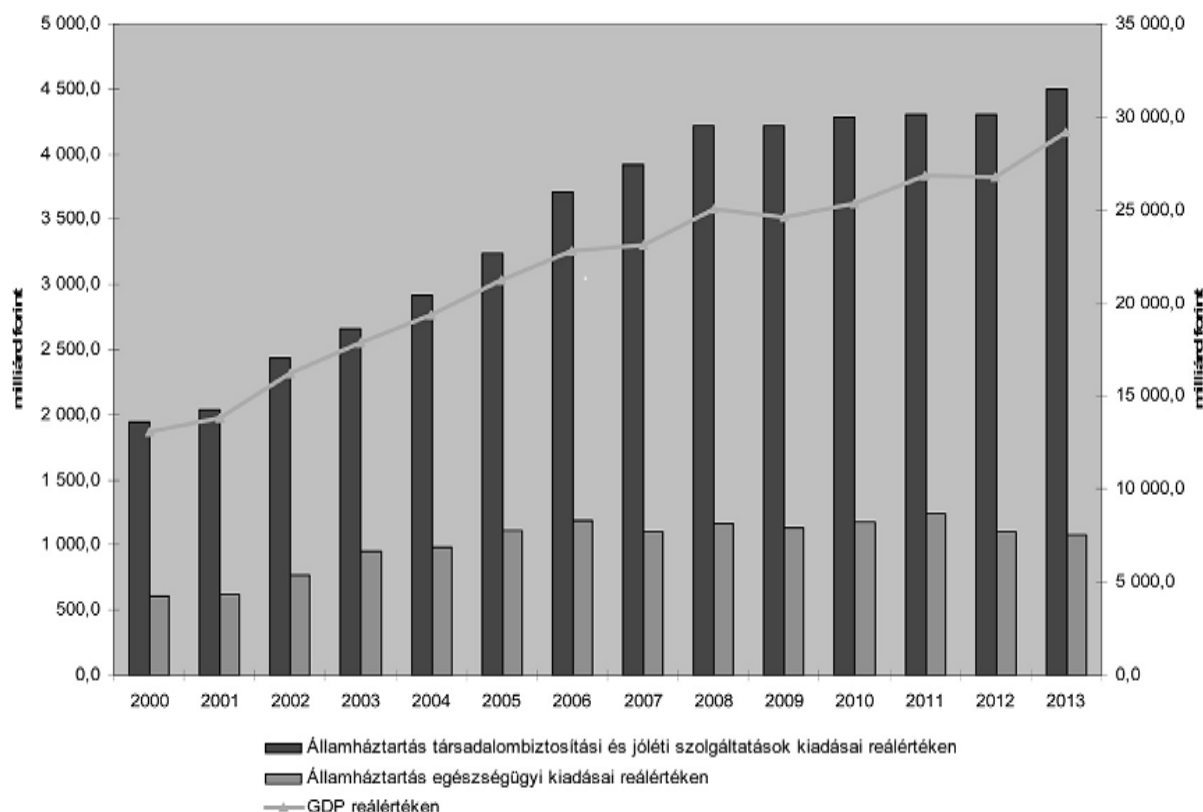


5. ábra: Az államháztartás egészségügyi kiadásai az összes egészségügyi kiadás százalékában Európa különböző országaiban

Forrás:Saját ábra- (adatok forrása: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2011, 17.9. táblázat: Egészségügyi kiadások 2010)

Ez az átlagnál alacsonyabb érték az elmúlt 24 év gazdasági-politikai változásainak eredménye. Az állami szerepvállalás aránya hazánkban a rendszerváltozást követő időszakban drasztikus csökkenést mutatott. 1989-ben az összes egészségügyi kiadásból az állami részesedés 90% körüli volt. Az arány csökkenése mögött több társadalmi, gazdasági folyamat áll. A piacgazdaságra való áttérés hatalmas terhet jelentett hazánkban, az ország GDP termelése 1989 és 1993 között jelentősen csökkent- elemzések szerint a 4 év alatt a meg nem termelt GDP volumene nagyobb volt, mint a második világháború során megsemmisült nemzeti vagyon összértéke. A recesszió a munkanélküliség számának növekedésével járt, a munkanélküliségi ráta 11% fölé emelkedett, mely csökkentette a társadalombiztosítási járulékbévételeket, valamint növelte az állam szociális kiadásait. Az országban kialakult helyzet indokoltá tette az állam egészségügyi szerepvállalásának csökkentését. A redukció tovább folytatódott az 1995-1996-ra jellemző magas infláció kapcsán. A magyar gazdasági növekedés 1997-ben jelentősen felgyorsult, azonban a költségvetési hiány további csökkentése érdekében tett lépések-melyekre az Európai Unió által meghatározott maastrichti követelmények teljesítéséhez volt szükség- komoly gátat szabtak az állami kiadások, többek között az egészségügyi közkiadások növelésének. Valószínűleg az állami közkiadások

viisszafogott mértékének, az egészségügyi szektor tradicionálisan rossz érdekérvényesítő képességének, valamint az ellentétes érdekviszonyoknak köszönhető, hogy hazánkban az elmúlt tizenöt évet a reálértéken vett egészségügyi kiadások stagnálása jellemzi a reálértéken vett GDP növekedéséhez viszonyítva. Ezt a folyamatot szemlélteti a 6. ábra.



6.ábra : Az államháztartás egészségügyi, valamint társadalombiztosítási és jóléti kiadásai (reálértéken) és a GDP volumen 2000-2013 között

Forrás: IME-Az egészségügyi vezetők szaklapja XII.évf.6. szám 9.oldal

A több évre előre megjelent költségvetési tervek alapján feltételezhető, hogy a következő évtizedben sem várható kirívó növekedés a mutató tekintetében. Nyilvánvaló, hogy ilyen finanszírozási keretek között szükséges az egészségügyi ellátás színvonalát a lehető legmagasabbra emelni, melyhez a hazai egészségügyi rendszerben rejlő hatékonysági és hatásossági tartalékok felkutatására, és ezek ismeretében a rendszer modernizálására van szükség.

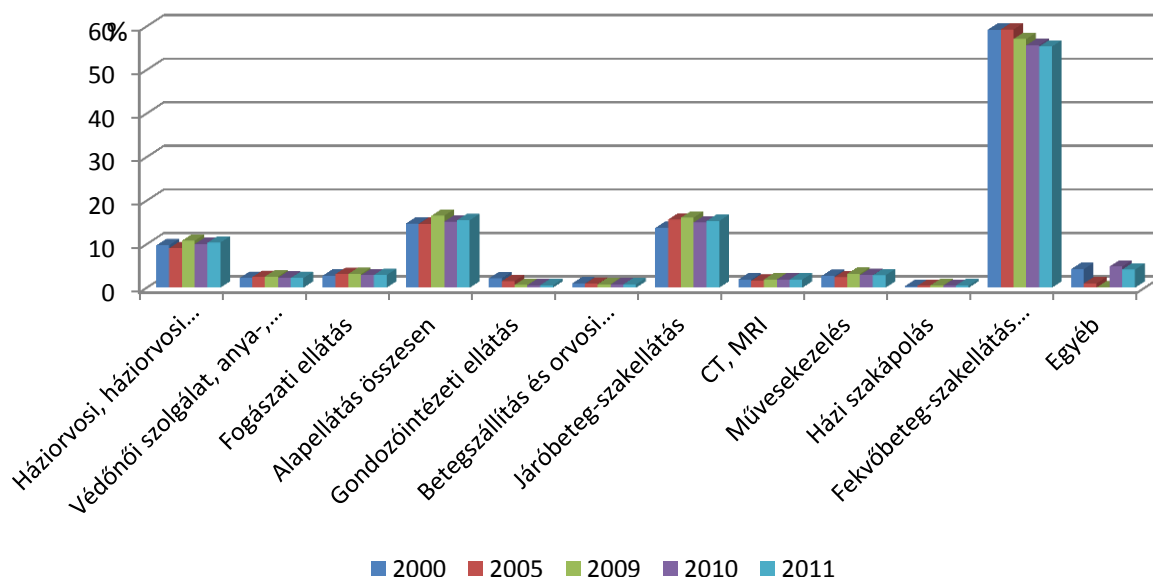
A dolgozat további része – rövid kitérőt követően, melyben az egészségügyi alapellátás felépítése, működése, finanszírozása kerül bemutatásra- a gyermek-alapellátásban rejlő hatékonysági tartalékok kiaknázásának lehetőségére keres választ.

3. A MAGYAR ALAPELLÁTÁS FELÉPÍTÉSÉNEK, FINANSZÍROZÁSÁNAK GYAKORLATA

Magyarországra a „háromlábú” egészségügyi ellátórendszer jellemző, a három pillér az alapellátás, a járó beteg szakellátás és a kórház. Az alapellátás szervezeti formái: háziorvosi ellátás, házi gyermekorvosi ellátás, háziorvosi és házi gyermekorvosi ügyeleti rendszer, fogorvosi alapellátás, iskola- és ifjúság egészségügyi ellátás, védőnői szolgálat.

Az egészségügyre fordított összes kiadás körülbelül 65%-a közkiadás. Az alapellátás finanszírozása az állami feladatok közé tartozik, mely az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) irányítása alatt történik az elkülönített Egészségbiztosítási pénzalapból. Az egészségügyi alapellátás biztosítása minden településen a helyi önkormányzat feladata, az 1990-ben született Önkormányzati törvényben foglaltak szerint. (LXV.tv)

Magyarországon az alapellátásra fordított állami kiadások aránya az összes egészségbiztosító általfinanszírozott gyógyító-megelőző ellátáson belül alacsony, 15% körüli. Mint az általam készített 7.ábrából kiolvasható, ez az arány az elmúlt 13 évben közel változatlan.



7.ábra: A gyógyító-megelőző ellátás egészségbiztosítási finanszírozásának aránya feladatonként

Forrás: Saját ábra (adatok forrása: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2011, 16.3. táblázat)

Az alapellátás finanszírozásának aránya az összes egészségügyi kiadáshoz képest az Európai Unió országaiban mérhető arányok átlagánál kisebb. Számos hazai és nemzetközi cikk értekezik az alapellátás egészségügyi rendszeren belül elfoglalt jelentős szerepéről, továbbá arról, hogy egy ország egészségügyi kiadásainak csökkentése érdekében az alapellátás súlyának növelése szükséges. Magyarozatként többnyire az alapellátás preventív tevékenységével elérhető megbetegedések számának csökkenését; valamint a jóval költségesebb járó-, illetve fekvőbeteg ellátásból a feladatok egy részének áthelyezését, így a költségek csökkentését említik. Annak elemzése, hogy a magyar egészségügyön belül szükséges-e az ellátórendszer finanszírozásának átszervezése, jelen dolgozat keretein túlmutat. A dolgozat további része a jelenlegi finanszírozási viszonyok mellett mutatja be a gyermek-alapellátásban fellelhető hatékonysági tartalékokat, melyek jelentős forrásbevonások nélkül kiaknázhatóak, így növelvén a magyar egészségügyi alapellátás hatékonyságát.

4.HATÉKONYSÁGI PROBLÉMÁK A VÉDŐNŐI ELLÁTÁSBAN

4.1. VÉDŐNŐI SZOLGÁLAT JELENTŐSÉGE

Magyarországon 1915-óta működik védőnői szolgálat, ez az egészségügyi ellátási forma „hungaricum”. A védőnő alapvető feladata a prevenció: az egészség megőrzése, fejlesztése, a tünetek, kapcsolódó betegségek korai felismerése, a rászorultak orvoshoz irányítása és nem utolsósorban megfelelő életvezetési tanácsokkal ellátása. Két kiemelt fontosságú feladatuk a várandósgondozás és a csecsemővédelem. A várandósgondozás komplex feladat, mind az anya, mind a magzat egészségi állapotának figyelemmel kísérésével, gyakori konzultációk szervezésével, személyre szabott tanácsadással jár. A csecsemővédelemben komoly feladata van a védőnőknek, folyamatosan figyelemmel kísérik a gyermek fejlődését, ellenőrzik az otthoni körülményeit, megszervezik a különböző szűrővizsgálatokat, oltásokat. E két kiemelt tevékenység felbecsülhetetlen jelentőséggel bír. Hazánkban a védőnő a gyermekvárás illetve gyermeknevelés korai időszakában jelentős segítségére van a családnak. A szülők bizalommal fordulhatnak hozzá a terhességgel és a gyermek fejlődésével, gondozásával, nevelésével kapcsolatos kérdéseikkel. Egy ilyen szakképzett segítség a család számára megkönnyíti ezt a kihívásokkal teli időszakot, jelentősen elősegíti a gyermek egészséges fejlődését, valamint jelentős terhet vesz le a gyermeket ellátó háziorvos válláról, hisz a szülők kérdéseik nagy részével nem a gyermek orvosához, hanem a jól képzett, a család életében rendszeresen részt vevő védőnőhöz fordulnak. Hazánkban a védőnői ellátás 100 éves múltat tekint vissza, jelentős szerepe az alapellátás rendszerében- a nagy jelentőségű és komoly volumenű preventív tevékenységek végzése, a családvédelem, a kismama- és csecsemőgondozás miatt - vitathatatlan.

A védőnők önkormányzati alkalmazásban állnak, és az önkormányzat által meghatározott területeket látják el. Finanszírozásuk egy havi fix díjazásból és egy fejkvóta alapú, az adott területen élő lakosság száma vagy az ellátott iskola létszáma alapján megállapított összegből áll.

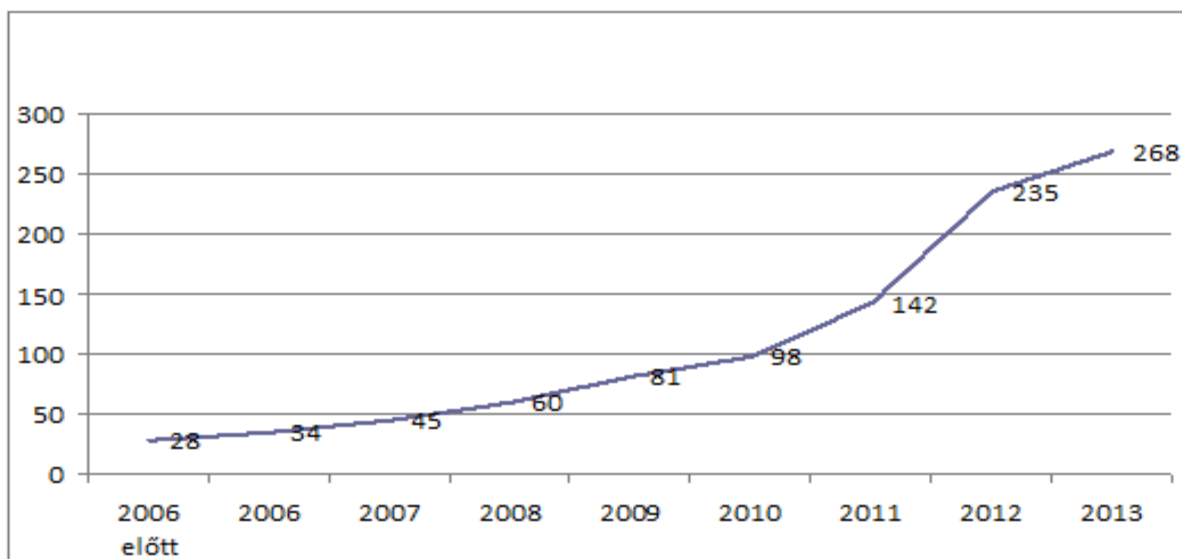
Védőnők négy különböző területen helyezkedhetnek el: leggyakoribb a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező védőnői státusz, nagy létszámú oktatási intézményekben elhelyezkedhetnek főállású iskolavédőnőként, továbbá dolgozhatnak kórházakban illetve családvédelmi szolgálatnál is.

4.2. HATÉKONYSÁGI PROBLÉMÁK BEMUTATÁSA

Jelen dolgozat vezérfonalát az alapellátásban fellelhető hatékonysági tartalékok bemutatása képezi. A védőnői ellátásban lévő tartalékok széleskörű feltérképezése érdekében mélyinterjút készítettem a Gyermek-alapellátási Szakmai Kollégium védőnői tagjával, Weinhardt Andreával, akit a szakma által tapasztalt ellentmondásokról, hiányosságokról kérdeztem. A hatékonysági problémák ismertetésénél a dolgozat célkitűzését - miszerint a jelenlegi finanszírozási viszonyok mellett, jelentős forrásbevonások nélkül kiaknázható hatékonysági tartalékok keresésére szükséges koncentrálni a magyar egészségügyben a finanszírozási keretek prognosztizált változatlanlansága miatt - szem előtt tartva történik az azonosított problémák bemutatása.

4.2.1. Betöltetlen védőnői körzetekből fakadó hatékonysági veszteségek

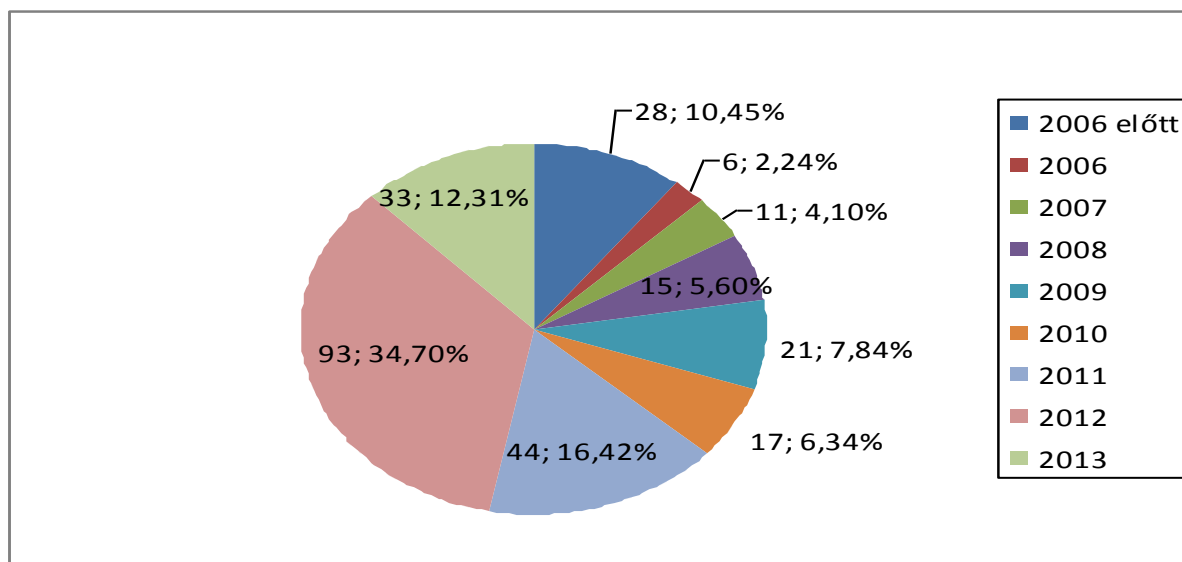
Elsőként érdemes áttekintenünk a hazai védőnői körzetek betöltöttségének mértékét. Magyarországon 4070 területi védőnői körzet van, melyből az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2013. februári adatai alapján 268 betöltetlen, ami közel 7%-os hiányt jelent. Ez összesen 83450 olyan gondozottat jelent, akinek ellátása csupán helyettesítéssel megoldott. A helyettesítéssel történő ellátás komoly teher az így két, vagy rosszabb esetben három körzet ellátását végző védőnő számára, a jelentős többletmunka az ellátási hatékonyság csökkenésével jár. Sajnálatos módon egyre nagyobb a betöltetlen körzetek száma, míg 2009-ben 225 volt, addig 2013 februárjára ez a szám már 268-ra emelkedett. Ez közel 20%-os növekedést jelent az üres védőnői körzetek számában. A következő ábra (8.ábra) az elmúlt 8 év hasonló adatait dolgozza fel. A körzetek megüresedési dinamikájából vészjósló következtetéseket vonhatunk le...



8. ábra: Körzetek megüresedésének dinamikája (n=268).

Forrás: Gyermek-alapellátási Tanács belső anyaga

Látható, hogy 2008-tól egyre nőtt az évről-évre megüresedett körzetek aránya. Az OEP adatai alapján 2011-2012-ben drasztikus növekedés történt e tekintetben, két év alatt 137 körzet vesztette el főállású védőnőjét. Ezek az adatok részben a 2008-tól begyűrűző gazdasági válság védőnői ellátási rendszerre gyakorolt hatásait tükrözik. A következő diagram az elmúlt 9 évben újonnan megüresedett védőnői körzetek számát mutatja, illetve azt, hogy a 9 év alatt megüresedett 268 körzetből egy-egy évre hány százalék jut.



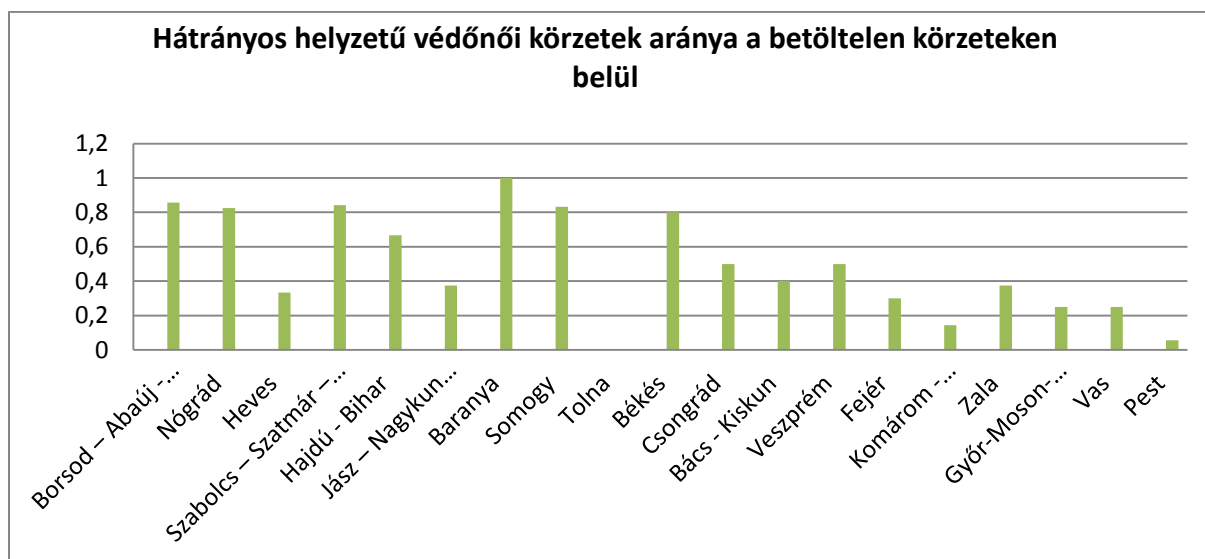
9. ábra: Újonnan megüresedett védőnői állások évek szerinti megoszlása (n=268)

Forrás: Gyermek-alapellátási Tanács belső anyaga

A diagramból kiolvasható, hogy 2011-2012-ben ürült meg a jelenleg betöltetlen állások 50%-a. Ebből, az ellentétes arányok ellenére, a 2011-es adatok jóval aggasztóbbak, ott ugyanis már biztosan tartósan betöltetlen védőnői körzetekről beszélhetünk, míg a 2012-2013-ban védőnő

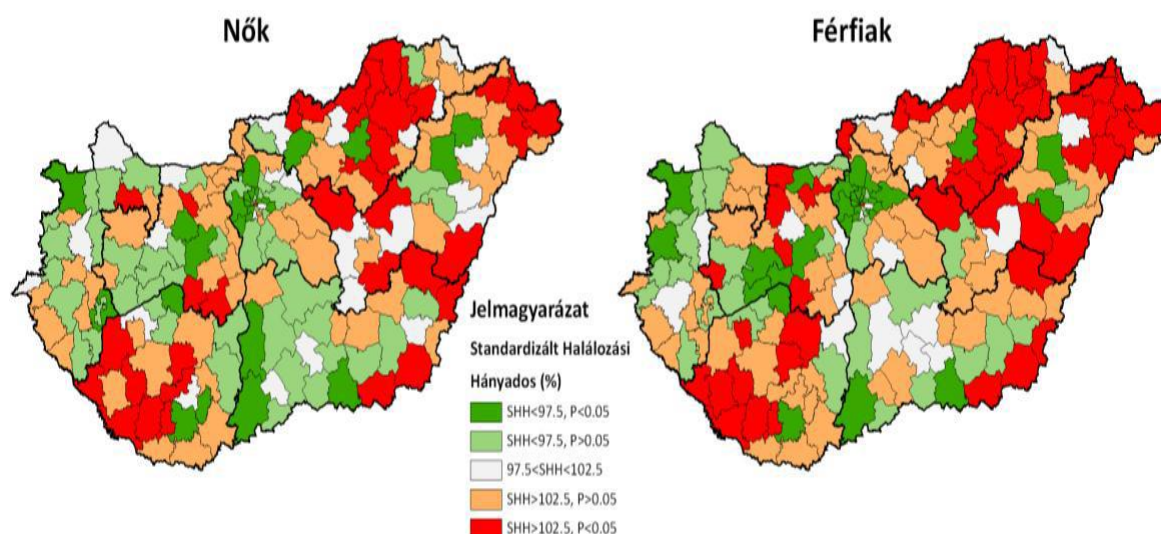
nélkül maradt területek még rövid időn belül betölthetnek. A vizsgálatot megelőző évben megüresedett körzetek magas száma természetes folyamat, hisz az állások kiírása, azok megpályázása, illetve a megfelelő munkaerő kiválasztása hosszú időt vesz igénybe az állami szektorban. A 2009-es 16,42%-os megüresedési arány azonban már releváns adat, itt több mint egy éve nincs főállású védőnő, és az ellátást csupán helyettes védőnők végzik plusz munkaként saját területük mellett. A folyamatos helyettesítés komoly terheket ró a helyettes védőnőre, óhatatlanul rontja a védőnői munka hatékonyságát mind a helyettesítéssel ellátott körzetben, mind a védőnő saját körzetében. Az ismertetett megüresedési dinamika mögött több, egymástól független folyamat áll: a gazdasági válság okozta finansziális nehézségek miatt a védőnők egy része külföldön vállalt munkát, egy részük pedig pályáját elhagyva a kereskedelmi szektorban helyezkedett el, például gyógyszerügynökként. A megüresedett védőnői állások hátterében a pályaelhagyók mellett a gyermekvállalás miatt inaktívvá vált védőnők magas száma áll.

A betöltetlen védőnői körzetek problémájának súlyosságát tovább fokozza, hogy az üres körzetek megoszlása nagyon egyenlőtlen az ország területén belül. A betöltetlen munkakörök 44%-a négy megyére koncentrálódik, ezek pedig Jász–Nagykun–Szolnok, Pest, Nógrád és Borsod–Abaúj–Zemplén megye. A tartósan betöltetlen állások aránya is az említett egyenlőtlenséget tükrözi. Ez talán még jobban rávilágít a gondok komolyságára, hiszen ebből a mutatóból kiderül, mely területek nem rendelkeznek már évek óta saját védőnővel, hol alacsonyabb a védőnői ellátás színvonala. A tartósan betöltetlen állások több mint negyede az észak-magyarországi régióban van. Az általam elemzett statisztikai adatokból kiderül, hogy ott a legnagyobb a betöltetlen védőnői körzetek aránya, ahol a hátrányos helyzetű lakosság nagy része él. Ez az alapellátás egyik neuralgikus pontja, ugyanis a védőnői tevékenység a hátrányos helyzetű családok esetén kiemelt jelentőségű. Nógrád, Borsod-Abaúj-Zemplén, Somogy, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Baranya megyék esetén a betöltetlen körzeteken belül a hátrányos helyzetűnek minősített védőnői körzetek aránya meghaladja a 80%-ot. *(lásd: 10. ábra)* Akkor mondhatunk egy védőnői körzetet hátrányos helyzetűnek, ha az ellátandó terület nagy részét hátrányos helyzetűnek minősített település alkotja.



10. ábra: Hátrányos helyzetű védőnői körzetek aránya a betöltetlen körzeteken belül
 Forrás: saját ábra

A hátrányos helyzetű régiókban élők egészségügyi állapotát jelző mutatószámok sok esetben jelentősen az országos átlag alatt vannak. Néhány eltérést mutató adat: születéskor várható élettartam, a kis súllyal született gyermekek aránya, a csecsemő- és kisgyermekkorai halálozás, túlsúly, diabetesesek száma, szív- és érrendszeri megbetegedések száma. A magasabb arányú megbetegedések hátterében gazdasági, társadalmi folyamatok állnak. A következő, *11. számú ábra* véleményem szerint nagyon elgondolkodtató, bemutatását fontosnak tartom, mert szemléletesen mutatja a magyar lakosság egészségi állapotában lévő különbségeket a különböző régiók között, melyek csökkentése az egészségpolitika fontos célkitűzése.



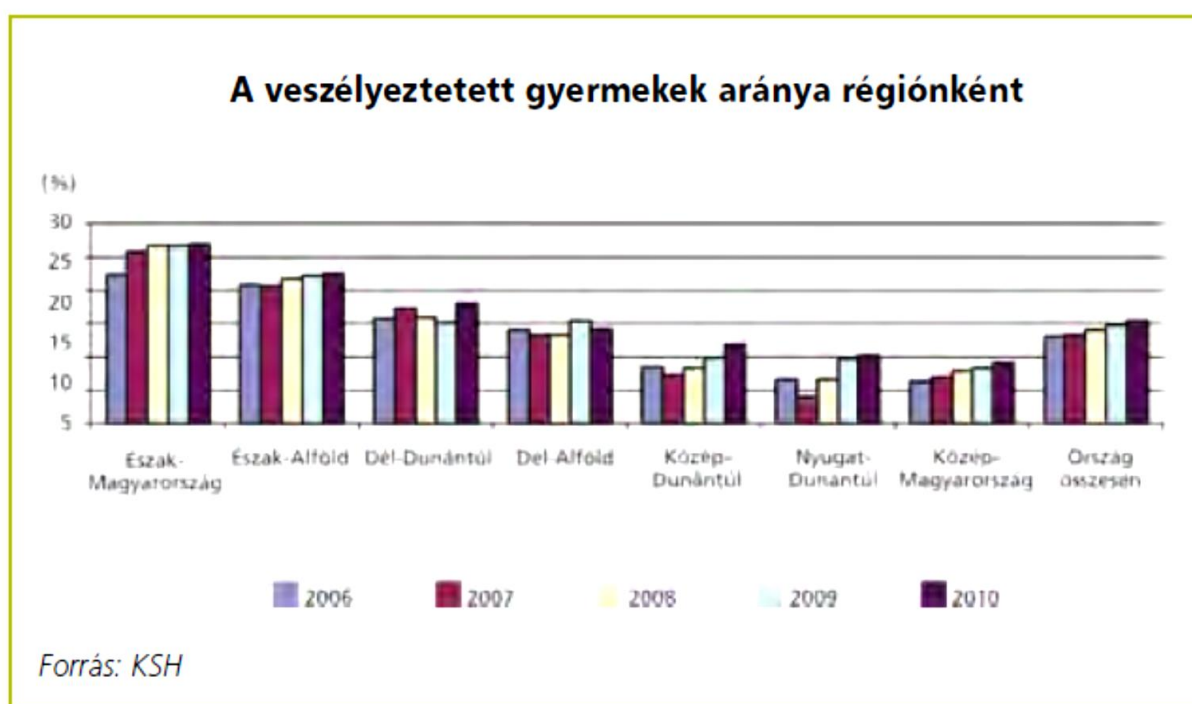
11. ábra: Az elkerülhető halálozás kistérségi egyenlőtlenségei Magyarországon, 2006-2008

Forrás: Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet: Népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram, 24. oldal

Az ábra az elkerülhető halálozások számának arányát mutatja be hazánk különböző régiói között. A pirossal jelölt területeken a legmagasabb az egy főre jutó elkerülhető halálozások száma. Látható, hogy a hátrányos helyzetű régiókban mind a nők, mind a férfiak körében magasabb ez a mutató az ország más területeihez képest. Ezért lenne kiemelkedő jelentősége annak, hogy a védőnői hálózat jól működjön az említett területeken. Mint korábban említettem a védőnő fő feladata a prevenció, az egészségügyi nevelés valamint a tanácsadás. Hátrányos helyzetű területeken élőknél kimagasló a fontossága annak, hogy a védőnő már a terhesgondozás során belépjen a család életébe, és ott rendszeres konzultációkkal segítse a magzat biztonságos fejlődését, majd születést követően a gyermek egészségi állapotának megőrzését. Bizonyított, hogy a kisgyermekkorai fejlődési problémák sok felnőttkori nem-fertőző betegség kialakulásával szoros összefüggésben állnak. Ezek egy jelentős része szoros egészségügyi felügyelettel megelőzhető, így csökkenthető lenne a lakosság egészségi állapotában tapasztalható egyenlőtlenség.

Az említett régiókban a legmagasabb a veszélyeztetett gyermekek aránya is. Veszélyeztetés fakadhat bántalmazásból, elhanyagolásból, oktatási-nevelési elhanyagolásból. A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény egyértelműen meghatározza azokat a szakterületeket, akik a bántalmazásra vagy elhanyagolásra utaló jeleket az illetékes hatóságoknak kötelesek jelezni. A törvény elsőként az egészségügyi alapellátásban dolgozókat tünteti fel. A védőnő szerepe ebben kimagasló,

hiszen újszülött kortól a 6 éves korig terjedő gyermekek családjával szoros kapcsolatban áll. Feladatai között szerepel a rendszeres családlátogatás is, újszülött korban heti rendszerességgel, majd a hat hetet betöltött csecsemőket havonta köteles látogatni. Egy éves kor fölött csökken ugyan a felügyelet, de beiskolázásig így is előírt minimum 30 családlátogatás. Ezeken felül gyakoriak a rendelőintézetekben történő védőnői vizitek is. A szoros kapcsolattartásból fakad, hogy a védőnők elsődleges feladata a veszélyeztetettség felismerése. A központi statisztikai hivatal adatai alapján készített diagramon látható, hogy a legtöbb veszélyeztetett gyermek a hátrányos helyzetű régiókban él hazánkban, ahol sajnos jelentős védőnői létszámiánnyal küzdenek a települések.



12. ábra: A veszélyeztetett gyermekek aránya régióként

Forrás: Hírivő XVII. évfolyam 2. szám, 20. oldal

Valószínűleg a védőnők alacsony száma lehet az oka annak, hogy 2010-ben, az ombudsman által közzétett jelentés alapján (AJB 2227/1020) a védőnői szolgálattól csupán a veszélyeztetettség jelzések 13%-a érkezett, mely jelentősen elmarad a törvényi elvárásoktól. Ez azért hatalmas probléma, mert hazánkban nagyon sok gyermeket érint a veszélyeztetés. A 2011-es bejelentések száma már magában is megdöbbentő: 2021 gyermek szenvedett fizikai, 4445 pedig érzelmi bántalmazást; 13328 gyermeket hanyagoltak el fizikailag, az érzelmi elhanyagolás 10245 kiskorút érintett. Azonban ez csupán azon esetek száma, melyekre fény derült. Becslések szerint Magyarországon 1 feltárt esetre 25 rejtve maradt elhanyagolási eset jut, ez az arány önmagában is, kiváltképp a nyugat-európai 1:10-hez képest hihetetlenül

magas. A feltárások hatékonyságának növelése, illetve az elhanyagolások számának csökkentése sürgető probléma, melyben a területi védőnők szerepe vitathatatlan.

Az elmaradott területeken történő prevenció jelentőségére hívja fel a figyelmet a WHO Regionális Bizottsága által 2005-ben elfogadott Európai Stratégia a Gyermekek és Serdülők Egészségéért és Fejlődéséért címet viselő dokumentum is:

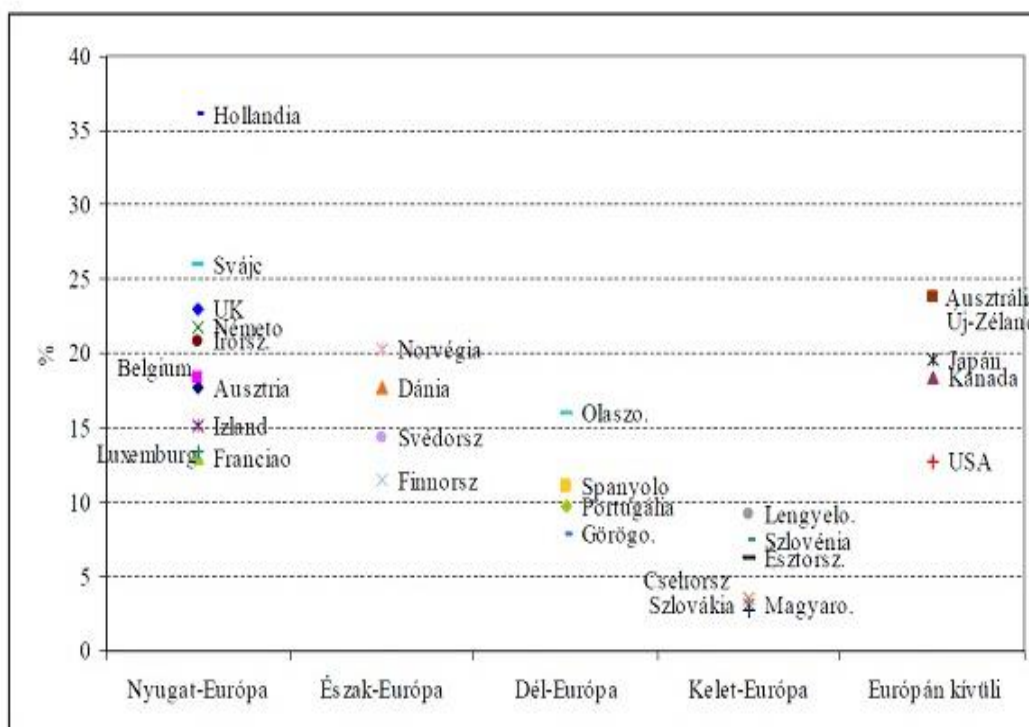
„A gyermekek jó egészségi állapota a prenatális kortól a serdülőkorig a társadalmi és a gazdasági fejlődés egyik erőforrása, míg megromlott egészségük és elégtelen fejlődésük megsokszorozódó és tovagyűrűző egyéni, családi és társadalmi-gazdasági károkat okoz. Rosszabb szellemi és társadalmi fejlődésük egy életre hátrányos helyzetbe hozhatja őket, mely örökség gyakran a későbbi generációkat is sújtja.” (Európai Stratégia a Gyermekek és Serdülők Egészségéért és Fejlődéséért, hivatkozva: Közös kincsünk a gyermek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program, 9. oldal, 2005. november)

A betöltetlen védőnői körzetek magas számának csökkentésére nyújtható megoldásokról kérdeztem interjúalanyomat, aki megosztotta velem a Magyar Védőnők Egyesülete (továbbiakban MAVE) által készített helyzetelemzést, melyből a védőnői ellátás hatékonysági tartalékai azonosíthatóak, ezek kiaknázásával a jelenlegi magas szám csökkentésére nyílik mód. Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adatait használta fel a Magyar Védőnők Egyesülete, mikor arra kereste a szervezet a választ, hogy jelenleg mennyi munkaképes korú végzett védőnő van Magyarországon. Az azonosítás a következőképpen történt: képzőhelyek segítségével összegyűjtötték az országban valaha végzett védőnők számát, majd kiszűrték belőle születési dátumok alapján a nyugdíj korhatárt elérőket. Ezt követően vizsgálták, hogy a nyugdíjkorhatárt még nem elérő védőnők közül hányan váltották ki tevékenységük végzéséhez szükséges működési engedélyt.

A MAVE az adatok alapos elemzését követően a következő rejtett tartalékokat tárta fel: 1728 olyan védőnőről tudnak, akik ugyan az elmúlt 15 évben dolgoztak védőnőként, de működési kártyájuk lejártja után azt nem újították meg, így jelenleg nem részei a rendszernek. Továbbá közel 3000 inaktívnak definiált védőnő van, akik diplomát szereztek, azonban azt követően sosem dolgoztak védőnőként. A részletes felmérés kimutatta, hogy az 1728 védőnő közül - akik az elmúlt évek során a területen dolgoztak, azonban nem újították meg működési engedélyüket - több mint az egyharmada (38%-a) 2011 során hagyta el pályáját, ami a dolgozatban korábban bemutatott védőnői körzetek megüresedési dinamikájával összhangban áll.

A felmérés során kiderült, hogy jelentős anyagi források bevonása nélkül is

megállítható lenne ez a folyamat, csupán törvényi szabályozást igényelne, melyben a részfoglalkoztatást ebben a szektorban is elérhetőbbé tennék. Ezzel sok, pályáját elhagyni kényszerülő védőnő megszólítható lenne. A jelenlegi finanszírozási rendszer sajnos nem támogatja ezt a foglalkoztatási formát, az önkormányzatok kedvezőtlenebb finanszírozásban részesülnek az OEP-től, ha a részmunkaidős foglalkoztatást választják a védőnők alkalmazása során. Ezért a védőnők ilyen módú foglalkoztatása eddig nem valósult meg. Nemzetközi összehasonlításban hazánk sajnos jelentős lemaradást mutat a részfoglalkoztatás terén, a munkáltatók még nem fedezték fel az ebben rejlő előnyöket. Az OECD országok közül Magyarországon az egyik legalacsonyabb a részfoglalkoztatottak arány, kevesebb, mint 4%. (lásd: 13. ábra)



13. ábra: A részmunkaidős foglalkoztatás gyakorlata és elterjedtsége az OECD országokban

Forrás: Gyermek-alapellátási Tanács belső anyaga

A részmunkaidős foglalkoztatás bevezetése a védőnői ellátásban segítené a gyermeket vállaló nők visszatérését az ellátórendszerbe, illetve lehetőséget nyújtana a másoddiplomás védőnők számára, akik, a MAVÉ által készített felmérés alapján, eredeti szakmájuk mellett részmunkaidőben szívesen hasznosítanák megszerzett tudásukat.

A jelenlegi finanszírozási rendszer a következő miatt nem teszi lehetővé a 4 illetve 6 órás foglalkoztatást: a mostani szabályozás szerint, ha egy éven túl helyettesítéssel látnak el

egy védőnői körzetet, akkor annak finanszírozása az alapidő 60%-ra csökken le. Amennyiben az önkormányzat két részmunkaidőben dolgozó védőnőt alkalmaz a terület ellátására, az törvényileg annak felel meg, mintha betöltetlen lenne az állás, így egy év után csökken a körzet finanszírozása 40%-al. Ezekkel a feltételekkel érthető, hogy nem érdeke az önkormányzatnak a 4 vagy 6 órában történő foglalkoztatás.

Annak érdekében, hogy a jelenleg üres védőnői körzetek betöltésre kerüljenek, jogszabályban kellene szabályozni, hogy az OEP ne alkalmazzon hátrányos megkülönböztetést azon munkáltatók esetében, akik 2 részmunkaidőben dolgozó védőnőt szeretnének alkalmazni, így biztosítván területükön a teljes körű védőnői ellátást. Ehhez csupán jogszabályi módosításra lenne szükséges, mely szerint az OEP azt a teljes finanszírozást biztosítsa, ami a ledolgozott munkaórák után jár a területi védőnőknek.

4.2.2.Védőnők és orvosok párhuzamos szűrési kötelezettségeiből fakadó hatékonysági veszteségek

A gyermek-alapellátásban hazánkban sajnos sok az „üzemzavar”, a területi ellátási hiányok mellett sok esetben hatékonyságot csökkentő párhuzamosságok vannak jelen a rendszerben. Magyarországon a rendszerváltozást követő időszakban, az egészségügyi reform részeként a háziorvosi rendszer privatizációja miatt széthullott az addig egységes anya- és csecsemővédelmi rendszer, továbbá bezárták az Országos Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Intézetet, melynek az országos szakfelügyelet és a módszertani háttér kialakítása volt a feladata. A közös munkáltatás megszűnésével intézményesen különvált a védőnői és házi gyermekorvosi rendszer. Készített interjúim során kiderült, hogy, mostanáig sem sikerült a gyermekorvosi és a védőnői szakmai vezetés kapcsolatrendszerét megfelelően kiépíteni, mely megnehezíti a kompetenciahatárok kialakítását. Tovább bonyolítja a helyzetet a nem megfelelő jogi szabályozás. A védőnői, háziorvosi és házi gyermekorvosi tevékenységet sok különböző törvény illetve kormány- és minisztériumi rendelet szabályozza (például: 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről; 18/2000 illetve 43/1999. kormányrendeletek a házi gyermekorvosi szakmai feltételekről; 5/1995 rendelet a körzeti védőnői ellátásról), melyekről általánosságban elmondható, hogy nem koordinálják megfelelően a két alapellátási rendszer szétválását. Nincsenek egyértelműen meghatározva bennük a védőnői illetve a gyermekorvosi feladatkörök határai, a két rendszer összehangolása nem tökéletes. A fent említett törvények a következőképpen predesztinálják az orvosi illetve védőnői kompetenciákat:

„A háziorvos, házi gyermekorvos személyes és folyamatos orvosi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése és gyógyítása céljából.” (4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről)

„A települési önkormányzat által fenntartott körzeti védőnői szolgálat célja – az egészségügyi alapellátás részeként – a családok egészségének megőrzésére, segítésére irányuló preventív tevékenység, valamint a betegség kialakulásának, az egészségromlásnak a megelőzése érdekében végzett egészségnevelés.” (5/1995. (II. 8.) NM rendelet a körzeti védőnői szolgálatról)

Látható, hogy a törvényekben jelentős átfedések vannak az orvosi és védőnői feladatkörök között. Mindkét ágazat köteles preventív tevékenységet végezni, azonban hiányoznak a szabályozásokból a szakmai protokollok, melyek biztosítanák, hogy átfedések nélkül, hatékonyan működjön a két szakma ez irányú tevékenysége. A kompetenciahatárok a gyakorlatban sem válnak egyértelművé, gyakori a párhuzamos szűrés a rendszerben, ez a jelenlegi szabályozás mellett elkerülhetetlen. Ennek oka, hogy az alap szűrési vizsgálatokat - melyek elvégzése a védőnői tevékenységekben egyértelműen megjelenik - a gyermeket ellátó háziorvosnak is el kell végeznie, hiszen az ő felelősségét szintén megállapítják a törvények, rendeletek. A most működő szűrési rend pazarló, ugyanis szükségtelenül nagy kapacitást köt le. Az orvos-beteg találkozások időtartamát a megismételendő szűrések miatt gyakran jelentősen megnöveli. Továbbá megkérdőjelezi a védőnői kompetenciákat, emiatt csökken a szakma megbecsültsége, és a korábban vizsgált adatok tükrében talán elmondható, hogy a védőnői munkavállalási kedv is. A gyakorlatban a kompetenciák felosztását követően a következőképpen történne az együttműködő ellátás a védőnők illetve orvosok között: a primer preventív tevékenység védőnői feladat lenne, melynek elvégzése után a védőnő, amennyiben a gyermek fejlődése az elvégzett vizsgálatok alapján az életkorának megfelelő, tájékoztatja a szülőket az eredményekről, továbbá felvilágosítja a gyermek gondviselőit a következő életszakaszban elvárt fejlődésről, illetve tanácsokat ad arról, hogy miként tudják a gyermek megfelelő fejlődését elősegíteni. Amennyiben eltéréseket tapasztal a védőnő a szűrővizsgálat során, akkor arról tájékoztatja a gyermek kezelőorvosát, aki elvégzi a további vizsgálatokat és gondozásba veszi a beteget. Csak ebben az esetben válna szükségessé a háziorvos bevonása a primer prevencióba. A szekunder illetve terciér prevenció továbbra is közös együttműködést igényelne.

Látható, hogy a kompetenciahatárok jogszabályi rendezésével anyagi ráfordítás nélkül is jelentősen lehetne növelni az alapellátás hatékonyságát, hisz a háziorvosi kapacitás

növekedne, továbbá a védőnői szakma nagyobb megbecsülést kapna, mely hosszú távon talán a védőnők egy részét arra ösztönözné, hogy visszatérjenek szakmájukhoz.

4.2.3. A védőnő-orvos közötti hiányos kommunikációból fakadó hatékonysági veszteségek

A védőnők illetve orvosok közötti hiányos szakmai harmonizáció mellett tovább csökkenti az alapellátás hatékonyságát a gyakorta hiányos kommunikáció, információcsere. A hiányos kommunikáció legfőbb oka, hogy gyakran különválik a védőnői körzet, illetve a háziorvosi praxis gondozottainak köre, mely a szabad orvosválasztás és a területi alapon történő védőnői ellátásból fakad. Ez leginkább nagyvárosokban tapasztalható, ahol a gyermeket ellátó orvos illetve védőnő a város különböző részein praktizál, így a szakemberek nem is találkoznak egymással. Ugyan jogszabályilag előírt a kötelező kapcsolattartás, azonban annak módja nincs meghatározva, így sajnos sokszor nem megfelelő az információk átadásának gyakorisága, illetve módja. Nehezen átláthatóak a gyermekekről készült feljegyzések, a két szakma közötti információcsere még most is papíralapú, nincs közös informatikai rendszer kiépítve. Továbbá a védőnőknek nincs hozzáférési joguk az orvosi számítógépes rendszerhez, illetve a védőnők elektronikus adatkezelése csupán esetleges. A digitalizált adatok továbbítása a védőnő-védőnő, a védőnő-háziorvos, illetve a háziorvos-háziorvos kapcsolatok egyikében sem megoldott, és nincs pontosan meghatározva a továbbítandó adatok köre, így egy költözés vagy háziorvos-váltás esetén a páciensről készült egészségügyi dokumentáció egy része elveszhet, így előfordul, hogy fontos információk nem jutnak a szakemberek tudtára. Ez jelentősen megnehezíti a betegek hatékony ellátását, előfordulhat, hogy egy betegségre később derül csak fény, amely komoly következményekkel járhat a gondozott egészségében. Érthető, hogy a szakma a hatékonysági probléma minél gyorsabb megoldását sürgeti, hiszen ebben a kérdésben az ellátás színvonalát érintő változtatások szükségesek. A problémára egyértelmű megoldást jelentene egy egységes, internet alapú informatikai rendszer kiépítése, melybe a gondozottak összes adatát bevezetnék, amihez hozzáférése lenne a páciens aktuálisan kezelő védőnőnek és háziorvosnak egyaránt, természetesen a megfelelő adatvédelmi biztosítékok beépítésével. A rendszer kiépítése korszerűsítené az alapellátás dokumentációs rendjét, megakadályozva így a hiányos adatok miatti elhúzódnó diagnózis felállításokat, továbbá elősegítené a korábban említett párhuzamos szűrések felszámolását, hiszen a központi rendszerben azonnal láthatóvá válnának a védőnői szűrések, így a háziorvosi vizsgálat során már csupán az orvosi kompetenciába tartozó szűrések eredményeinek feltöltésére lenne szükség. A rendszer további előnye, hogy csökkentené a

szakemberekre háruló dokumentációs kötelességből fakadó idővesztés egy részét, mely jelenleg komoly terhet ró a védőnőkre.

4.2.4. Túlzott dokumentációs terhekből fakadó hatékonysági veszteségek

A dokumentációs kötelesség aránytalanságairól sok értekezés készül, az egészségügy fejlesztéséről szóló kiadványok mind jelentős problémaként azonosítják. Kiemelnék egy, a témával behatóan foglalkozó könyv gondolataiból: „A szakmai folyamatok minőségét rontja, hogy az orvosok, nővérek, védőnők aránytalanul sok időt töltenek a munkaidejükből jelentéssel, adatrögzítéssel és egyéb olyan adminisztratív feladatokkal, melyeket egészségügyi adminisztrátoroknak kellene végezniük.” (Gödény Sándor, 2007) Ez a megállapítás egy hat évvel ezelőtti könyvből származik, aktualitásából azonban nem vesztett, sőt, a dokumentációs terhek folyamatos növekedése tapasztalható, mostanra a védőnői munka közel 30%-a adminisztratív tevékenység. Ez az arány egy rendkívül pazarló egészségügyi rendszerre utal, ahol a magasan képzett szakemberek tudásának kihasználása alacsony hatásfokú. A védőnői ellátás hatékonyságának növelése érdekében elkerülhetetlen a dokumentációs rendszer korszerűsítése, egyszerűsítése. Ehhez különböző státusz- és szűrővizsgálatokhoz kapcsolódó dokumentumok tartalmi és formai megújítására, valamint a védőnői informatikai rendszer kiépítésére van szükség.

4.2.5. A védőnői szakosodás hiányából fakadó hatékonysági veszteségek

A védőnői feladatok szerteágazóak: a növédelem; a várandósgondozás; újszülöttkortól a tanulói jogviszony megkezdéséig a gyermekek gondozása; óvodákban, illetve oktatási intézményekben a tanulók ellátása; továbbá széleskörű tájékoztató és egészségnevelő tevékenység. Látható hogy az ellátandók köre az újszülöttől a 19 éves korosztályig, továbbá a terhes anyákig terjed. Ez komoly kihívást jelent a védőnők számára, hiszen egészen más háttértudást, hozzáállást, bánásmódot igényelnek a különböző korosztályok. A tudomány folyamatos fejlődésének köszönhetően a szakmák javarészában már elkerülhetetlen a szakosodás, hisz a világ fejlődésével egy-egy tudományág olyan mértékű ismeretanyagot halmoz fel, hogy annak átlátására egy ember nem lehet alkalmas, így a munka hatékony elvégzése érdekében kialakultak a szakterületek. A védőnői ellátásban is nagy jelentősége lenne a szakosodásnak, melynek legkézenfekvőbb módja a területi védőnők és az iskolavédőnők különválása. A szakosodást szinte lehetetlenné teszi a jelenlegi finanszírozási gyakorlat. Ennek megértéséhez szükséges a védőnői munka finanszírozásának gyors ismertetése.

A védőnők jelentős része hazánkban önkormányzati alkalmazásban áll, az önkormányzatok a védőnői rendszer működtetéséhez szükséges anyagi javakat az OEP-től kapják a következők szerint: egyrészt pontrendszer alapján történik a finanszírozás - az ellátandó betegeket kategóriákba sorolják, az egyes kategóriák pontértéket kapnak, az OEP meghatározza az egy pontra jutó forintértéket, így a védőnői szolgáltatás havi díjazása a védőnő által aktuálisan ellátandó betegek után kapott pontoktól függ. A kategóriák pontozása a következők szerint alakul: várandós anya gondozása: 3pont; gyermek gondozása újszülött kortól a tanulói jogviszony megkezdéséig 3pont; oktatási intézményben a tanuló ellátása 1pont. Az ismertetett pontrendszeren felül a területi védőnői ellátást biztosító szolgáltató további fix díjazásban részesül a terület sajátosságainak megfelelő mértékben. A városoknál magasabb finanszírozásban részesülnek a községek, majd a csatolt községek.

A finanszírozás nagyvonalakban történő megismerése már magyarázatot ad, miért nehezíti az meg a védőnői szakosodást. Látható, hogy az önkormányzatoknak nem érdeke, hogy iskolavédőnőket teljes állásban alkalmazzanak, akkor ugyanis a területi védőnői ellátás után járó fix összegtől elesnének. Gyakorlatban, a minél magasabb bevétel érdekében úgy alakítják ki a munkaköröket, hogy a védőnők vegyes ellátást végezzenek. Az ellátandó oktatási intézmény mellett a védőnőhöz csatolnak egy kisebb területet, ahol ellátási kötelezettsége van, így nem csak az iskolákban ellátandók után járó pontérték alapján történik a finanszírozás, hanem a területi pótlékhoz is hozzájut az önkormányzat. A szakma képviselői szerint sokkal hatékonyabb védőnői ellátást lehetne létrehozni, amennyiben a szakosodásuk megvalósulhatna, hisz saját területében mindenki színvonalasabb ellátást tudna nyújtani a szakirányú továbbképzések, konferenciák és a tevékenysége alatt szerzett nagyobb tapasztalatnak köszönhetően.

Az elemzésből kiderül, hogy plusz források bevonása nélkül, csupán a finanszírozási jogszabályok átgondolásával, módosításával ismét jelentős hatékonyságnövekedés következhetne be a védőnői ellátás területén.

4.2.6. Az azonosított hatékonysági tartalékok áttekintése

A dolgozatban ismertetett, a védőnői ellátás során felmerülő hatékonysági tartalékok a következők:

- A részfoglalkoztatás bevezetésével a betöltetlen védőnői körzetek számának növelése, így az ellátás színvonalának javítása.

- A védőnői és az orvosi ellátási kötelezettség jogszabályi tisztázásával a párhuzamos szűrésekből fakadó pazarló ellátás megszüntetése.
- A védőnők és az orvosok közötti informatikai kommunikációs rendszer kiépítése, így elérhetővé válna, hogy a fontos egészségügyi dokumentációk biztosan eljussanak a beteget ellátó egészségügyi személyzethez.
- A védőnői dokumentációs terhek racionalizálásával a szakmai tudás hatékonyabb kihasználása.
- A finanszírozási rendszer megváltoztatásával a védőnői szakosodás lehetővé tétele, így hatékonyabb ellátás biztosítása.

Az azonosított hatékonysági tartalékokról sikerült bemutatni, hogy azok kiaknázásához csupán jogszabályi módosítások, átszervezések, racionalizációs döntések szükségesek. A bemutatott változtatások alkalmazásával jelentős anyagi források bevonása nélkül markánsan javítható a védőnői ellátás, és ezen keresztül a teljes alapellátás hatékonysága.

5. A HÁZI GYERMEKOROSI ELLÁTÁS HATÉKONYSÁGI PROBLÉMÁI

5.1 AZ ALAPELLÁTÁS FELÉPÍTÉSE, MŰKÖDÉSE, FINANSZÍROZÁSI GYAKORLATA

A magyar házi gyermekorvosi ellátás ellentmondásainak alaposabb megismerése érdekében a részletes szakirodalmazást kiegészítettem egy mélyinterjúval, melyet Dr. Muzsay Gézával készítettem, aki a Háziorvosi Szakmai Kollégium Gyermek-alapellátási Tanácsának elnöke, valamint a Házi Gyermekorvosok Egyesületének alelnöke. Az interjú során megismerkedtem a téma orvosi, illetve vezetői szemszögű megközelítésével, mely nagymértékben segítette dolgozatom elkészítését. Az azonosított problémák részletes bemutatását megelőzően fontosnak tartom a magyar házi orvosi ellátás működésének, finanszírozási gyakorlatának gyors ismertetését, mely elősegíti a dolgozat későbbi részében felmerült problémák megértését.

Hazánkban az alapellátásnak jelentős szerepe van az egészség megőrzésében, a betegségek megelőzésében, gyógyításában. A primer ellátás az ország teljes népessége számára biztosított, az ellátás házi orvosi praxisokban történik. Magyarországon három fajta praxist különböztetünk meg, melyek definiálása az ellátandó lakosság korcsoportja alapján történik: a házi gyermekorvosi praxis, a betöltött 18 éves korig biztosítja a páciensek ellátását; ezt követően a felnőtt házi orvosi praxisban történik az ellátás; illetve vegyes praxisok, ahova kortól függetlenül jelentkezhetnek be az emberek. Azt, hogy milyen típusú praxisokat alakítanak ki egy-egy településen, az önkormányzat joga eldönteni. Az általános gyakorlat szerint a nagy lélekszámú településeken kettéválik az ellátás gyermek és felnőtt praxisokra, míg az alacsony számú lakossággal rendelkező települések a vegyes praxisok működtetését választják. Amennyiben egy település területe vagy mérete meghaladja az egy praxis által ellátandó mértéket, az önkormányzat feladata meghatározni az ellátandó területek határait.

A házi orvosi praxisok finanszírozására hazánkban a vegyes finanszírozás jellemző, mely azt jelenti, hogy az ellátók bevételeit több paraméter együttese határozza meg. Egy praxis finanszírozása három jelentős forrásból áll össze. A fix díj - melynek mértéke a praxis típusától, az ellátandó lakosság számától és a település típusától függ - a működési költségek fedezésére szolgál. A fix díjak kialakításánál differenciálnak az egy praxishoz tartozó lakosságszám szerint. Minél alacsonyabb a terület lakosainak száma, annál magasabb a fix finanszírozás. A legmagasabb finanszírozású kategóriába az 1200 főnél alacsonyabb lakosságszámú felnőtt és vegyes körzetek, illetve a 600 fős gyermeklakosságot el nem érő

körzetek kerülnek. A differenciált finanszírozás a kis lakosságszámú településeken praktizálást hivatott vonzóbbá tenni.

Az említett alapfinanszírozáson felül további két, jelentős bevételi forrással rendelkezik egy háziiorvosi körzet. A területi pótlék a háziorvos közlekedési költségeinek fedezésére szolgál, mely a benzindíjat és a gépjármű amortizációját foglalja magában. A harmadik, és volumenében legnagyobb bevétel a praxisok számára a kapitáció, más néven „kártyapénz”, melynek mértéke az orvos szakképzettségétől és a bejelentkezett betegek számától függ. A leadott kártyák számától függő finanszírozással a magas színvonalú ellátásra való ösztönzést remélik. Magyarországon ugyanis szabad orvosválasztás van, így a betegek oda adják le TAJ kártyájukat, ahol elégedettek az orvos által nyújtott „szolgáltatás minőségével”. Ez a háziorvosok között versenyt generál, mely természetesen egyre színvonalasabb ellátást hoz létre. Sajnos a kis lakosságszámú, orvoshiánnyal küzdő régiókban élők ezen jogai is kissé csorbulnak. A kapitációs finanszírozás a következőképpen zajlik: a háziorvos a hozzá bejelentkezett betegek száma alapján finanszírozási pontokat kap, melyet különböző szorzók módosítanak. Egyes szorzók, mint például az orvos magasabb végzettsége növelik a pontértéket, azonban más szorzók csökkentik azt. Az egyik komoly csökkentő tényező a degressziós paraméter, mely azt jelenti, hogy az egy praxisba bejelentkezettek számának növekedése egy adott ponton túl csökkenti a betegek száma után kapható források növekedésének mértékét. Ez sokszor jelent gondot, mert az önkormányzat által meghatározott területi ellátási kötelezettség gyakran degresszióssá teszi a praxisokat. A fentiekben ismertetett pontok értéke havonta változik, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár egy előre megadott keretösszegeből számítja az adott hónapban érvényes biztosítással rendelkezők számától függően.

5.2 HATÉKONYSÁGI PROBLÉMÁK AZONOSÍTÁSA A HÁZI GYERMEKORVOSI ELLÁTÁSBAN

A háziiorvosi ellátás működésének rövid áttekintését követően a dolgozat vezérfonalát követve, a hatékonysági problémák azonosítására kerül sor.

Dr. Muzsay Gézával készített interjúm során, a családorvoslásban tapasztalható ellentmondásokról kérdeztem a Szakmai Kollégium vezetőjét. Legsürgetőbb teendőként a „minden gyermeket gyermekorvos lásson el” elv megvalósítását azonosítottam, melynek megvalósulásával jelentősen növekedne a házi gyermekorvoslás ellátási hatékonysága. Elsődlegesen ezt a problémakört szeretném körbejárni.

A gyermekek alapellátása ma Magyarországon a következőképpen megoldott: gyermeknek számít minden 18 év alatti személy, akinek a háziiorvosi ellátása történhet házi gyermekorvosi-, háziiorvosi-, illetve vegyes háziiorvosi praxisok által. A gyermekorvosok születéstől 18 éves korig láthatják el betegeiket, a háziiorvosok 14 éves kortól fogadhatják el pácienseik TAJ kártyáját. Alacsony lakosságszámú településeken vegyes praxisok kerülnek kialakításra, ahol a felnőtt háziiorvosi szakvizsgával rendelkező orvos feladatkörébe tartozik a területen élő gyermekek ellátása is. A statisztikai hivatal 2011-es adatai alapján Magyarországon 1.915.495 (továbbiakban, a statisztikai hivatal kerekítése miatt 1.900.000-rel számolok) gyermek él (akik a 19. életévüket be nem töltötték). A gyermekek közül 1.433.000-an házi gyermekorvosi praxisokba voltak bejelentkezve, mely azt jelenti, hogy a gyermekek 67,4%-t látja el gyermekgyógyász szakvizsgával rendelkező orvos, a gyermeklakosság fennmaradó 32,6%-a ilyen szakvizsgával nem rendelkező háziiorvoshoz tartozik. (Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2011)

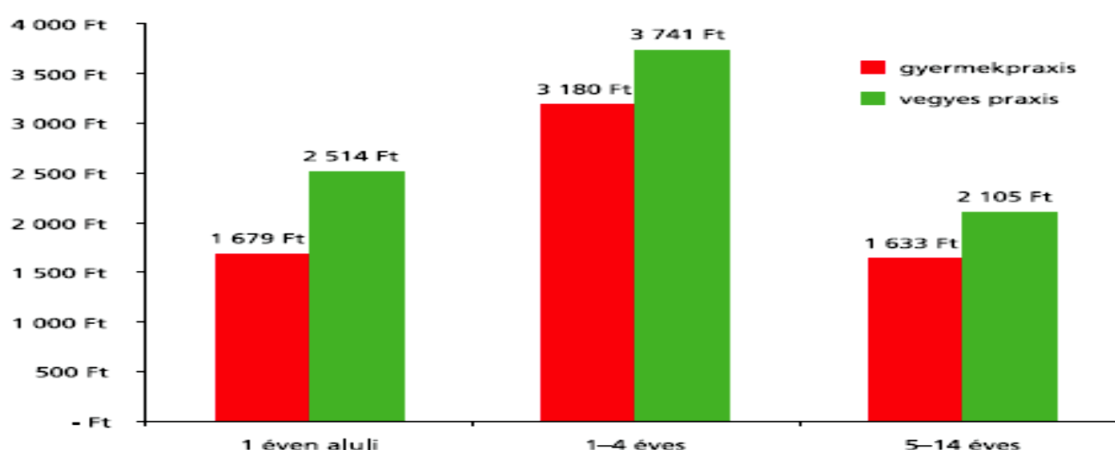
2009 júniusában a Csecsemő és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium kimondta, hogy a gyermekellátás szakmai színvonalának emelése, és a hozzáférés esélyegyenlőségének biztosítása érdekében minden gyermeknek biztosítani kell, lakhelyétől függetlenül a gyermek szakorvosi ellátást. (A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium határozata, Hírvivő, XIV. évfolyam 3. szám, 3. oldal) A témának hatalmas nemzetközi szakirodalma van, több mint tíz éve készülnek összehasonlító tanulmányok a háziiorvosi és a házi gyermekorvosi ellátási formák között. Végső konklúzióként az általam a témában feldolgozott szakirodalom mindegyikében az szerepel, hogy a gyermekorvosi praxisok jóval megfelelőbbek a 18 év alatti korosztály ellátására.

Ez, ismervén a családorvosok gyermekorvosi képzésben töltött idejét korántsem meglepő. Az Elnök Úr szavaival élve, vajon 4 hónap egyenlő lehet-e 5 évvel? Az alábbi gondolattal arra utalt, hogy egy háziiorvosi szakvizsga megszerzéséhez 4 hónapnyi gyermekgyógyászati képzésen kell részt venni szakorvosjelöltként (ez egyébként az új szakmai protokollnak köszönhető, mely nemrég változott, eddig mindösszesen 2 hónap volt szükséges). Szemben egy csecsemő- és gyermekgyógyászati szakvizsgával rendelkező orvossal, aki egyetem után további 5 évnyi gyermekgyógyászati képzés keretén belül válik szakorvossá. A kérdés tartalma már sejteti a választ, azonban szeretném bemutatni a Házi Gyermekorvosok Egyesülete által készített felmérést, mely minden további kétséget eloszlat a Szakmai Kollégium által szorgalmazott átalakítás jelentőségét illetően. Az elemzés 2011-ben készült, a 2010-es év adatainak feldolgozásával, a 0-14 éves korosztály ellátásáról. Véleményem szerint az életkori szűkítés oka, hogy az összehasonlításból így kimaradnak a

nagy lakosságszámú településeken praktizáló felnőtt háziorvosok. Ez célszerű, egyrészt, mert csupán a gyermeklakosság 4%-át látják el, másrészt a hozzájuk tartozás választható, így az oda tartozó gyermekek esélyegyenlősége nem csorbul.

Az egészségügyi ellátásban tapasztalható jelentős különbségek - például az afrikai és az európai kontinens között - könnyűszerrel kimutathatóak általánosan ismert mutatók segítségével, a gyermekellátás kapcsán például leggyakrabban a csecsemő, illetve gyermek-halandóságot nézik. Az ellátás minőségének finomabb differenciálására azonban specifikusabb mérések szükségesek. Továbbiakban olyan mutatókkal igyekszem a hazai gyermek-alapellátásban lévő hatékonysági, hatásossági különbségeket szemléltetni, melyek az ellátó orvos képzettségéről, gyakorlati tudásáról, szakmai protokoll-követéséről adnak képet. A választott mutatók a lehető legminimálisabb kapcsolatban állnak a gyermek szociális helyzetével, a család egészségmagatartásával. Ennek jelentőségére későbbiekben visszatérek, amikor az ellátás területi egyenlőtlenségeit elemzem. Gyors felfeztetést követően a mutatókat hívom segítségül a probléma ismertetésére.

A korszerű gyógyászat egyik alapelve a beadandó antibakteriális szerek mennyiségének csökkentése, csupán szükséges esetben történő alkalmazása. A vizsgálat szerint a felírt antibiotikumok mennyisége jelentősen nagyobb volt a vegyes háziorvosi praxisba tartozó gyermekek esetén a házi gyermekorvosi körzetek által ellátott betegekéhez képest. A számítások az egyes körzetek betegei által kiváltott antibiotikumok árából történtek, korcsoportos bontásban.

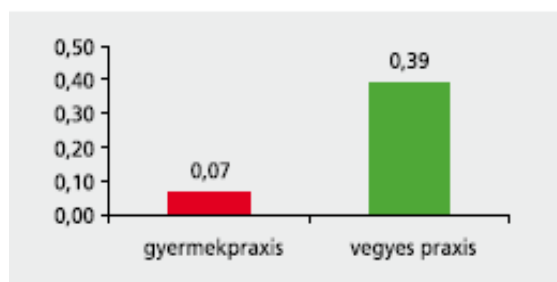
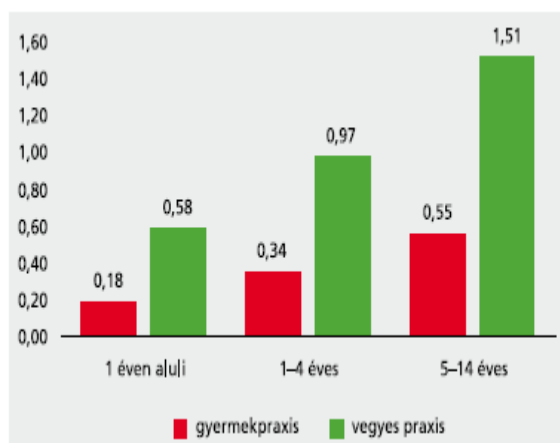


14. ábra: Az egy gyermekre jutó éves antibiotikum fogyasztás bruttó ára praxisnemenként.

Forrás: Hírvivő - A házi gyermekorvosok egyesületének szakmai lapja, XVI. évfolyam, 2011. október, 7. oldal

Látható, hogy az egy éven aluli gyermekek esetében a gyermekorvosi körzetekhez tartozók által kiváltott antibiotikumok árához képest 49,7%-al magasabb az antibiotikumra fordított kiadás a vegyes praxisok gondozottai számára, ami egyenes arányban van a bevett antibiotikum mennyiségével. Az 1-4 illetve az 5-14 éves korosztályban is jelentősek a különbségek: 17,6% illetve 28,9%. A magasabb antibiotikum fogyasztás hátrányosan érinti egyrészt a gyermek jelenlegi, illetve jövőbeli egészségi állapotát, másrészt az ország gazdaságát. A Központi Statisztikai Hivatal életkor szerinti lakosságszám adatainak, valamint a vegyes praxisban ellátottak arányának felhasználásával, az általam elvégzett gyors számolással is láthatjuk, hogy évente összességében 244.428.000 forintot takaríthatnánk meg a felírt antibiotikumok kapcsán, amennyiben hazánkban a 14 év alatti korosztályt csak gyermekorvosok látnák el. A gyermekek egészségében mért károk összegének megbecslésére nem is vállalkozom...

A felírt antibiotikumok nem csupán mennyiségükben, hanem minőségükben is jelentős eltérést mutatnak. A gyermekgyógyászati szakmai protokollokban korszerűtlennek minősített hatóanyagokat tartalmazó antibiotikumok 14 éves kor alatti alkalmazásában 3-6-szoros különbségek vannak a gyermek-, illetve vegyes praxisok között. Az ismertetett elemzés ezt az orvosok közötti szakmai felkészültségbeli különbségként azonosítja a gyermekgyógyászat terén.

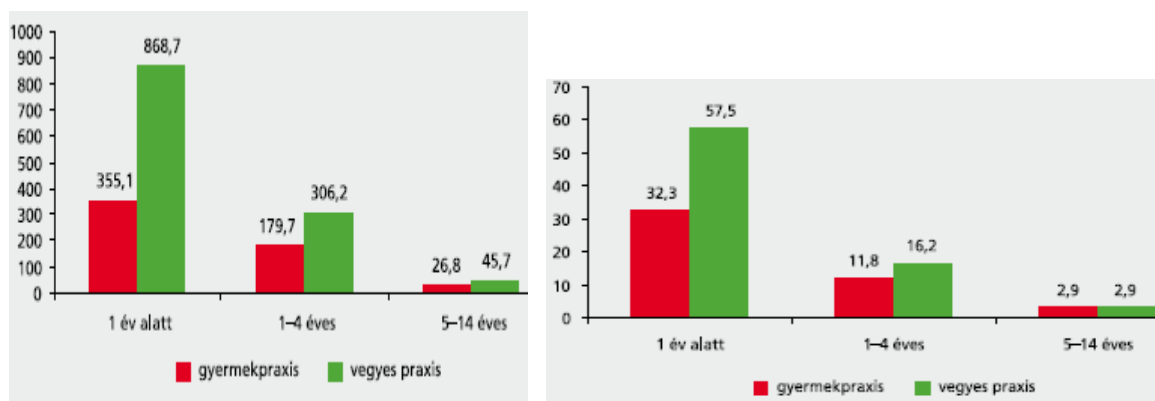


15.ábra:Gyermekeknek felírt szulfonamidok 16.ábra:Gyermekeknek felírt tetraciklinek
 Forrásaik: Hírvivő - A házi gyermekorvosok egyesületének szakmai lapja, XVI. évfolyam, 2011. október, 7. oldal

A szűrések hatékonyságának, az elvégzett vizsgálatok gyakoriságának, a kórházi beutalások számának tekintetében is jelentős különbségek vannak a két praxisfajtában történő gyermekellátás között. Jelen dolgozatomban csupán néhány, a vizsgálat során elvégzett

elemzés gyors bemutatására szorítkozom.

A következő ábrák (17-18.ábra)- melyek a kórházi kezelésre szorult gyermekek megoszlását mutatják különböző gyermekbetegségek esetén- különösebb magyarázatra nem szorulnak... A különböző típusú praxisokból azonos betegség esetén a kórházi ellátásban részesülők száma mutatja az azonosított hatékonysági probléma súlyát.

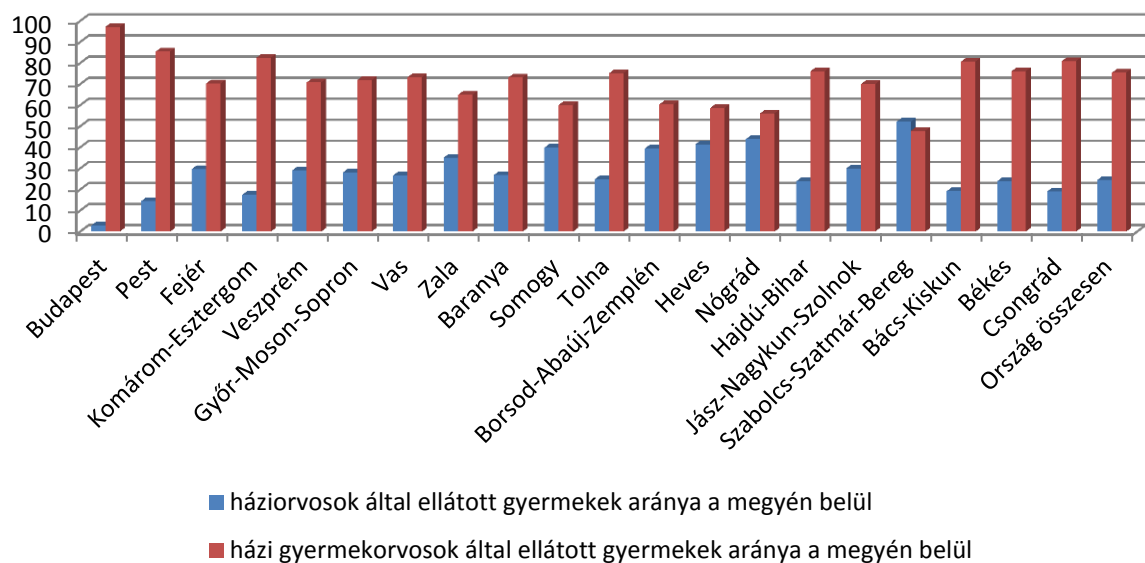


17.-18. ábra: Bal oldal: Bronchitis diagnózissal kórházban kezelt gyermekek száma /10ezer gyermek /év; Jobb oldal: Gastrointestinalis fertőzéssel kórházban kezelt gyermekek száma /10ezer gyermek /év.

Forrás: Hírvivő - A házi gyermekorvosok egyesületének szakmai lapja, XVI. évfolyam, 2011. október, 8. oldal

A kutatás alapján közölt cikk hosszasan szemlélteti a meggyőzőnél meggyőzőbb eredményeket, melyek mind a „minden gyermeket gyermekorvos lásson el” elv alapjául szolgálnak. Úgy vélem, hogy a hatékonysági tartalék azonosításához - miszerint a gyermek-alapellátás hatékonyabban működne, ha az ország egész területén házi gyermekorvosok látnák el – az a fent ismertetett példák elegendőek.

Tovább növeli a megnevezett hatékonysági probléma súlyát, hogy a vegyes praxisban ellátott gyermekek aránya azokban a megyékben a legmagasabb, ahol a lakosság szociális helyzete, az egészségkultúra rosszabb, az egészségben töltött évek száma alacsonyabb. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a gyermekek 52,2%-át, Nógrád megyében 43,8%-át, Heves és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében közel 40%-át vegyes körzetben látják el. A következő ábra (19. ábra) az országban tapasztalható egyenlőtlenségeket szemlélteti.



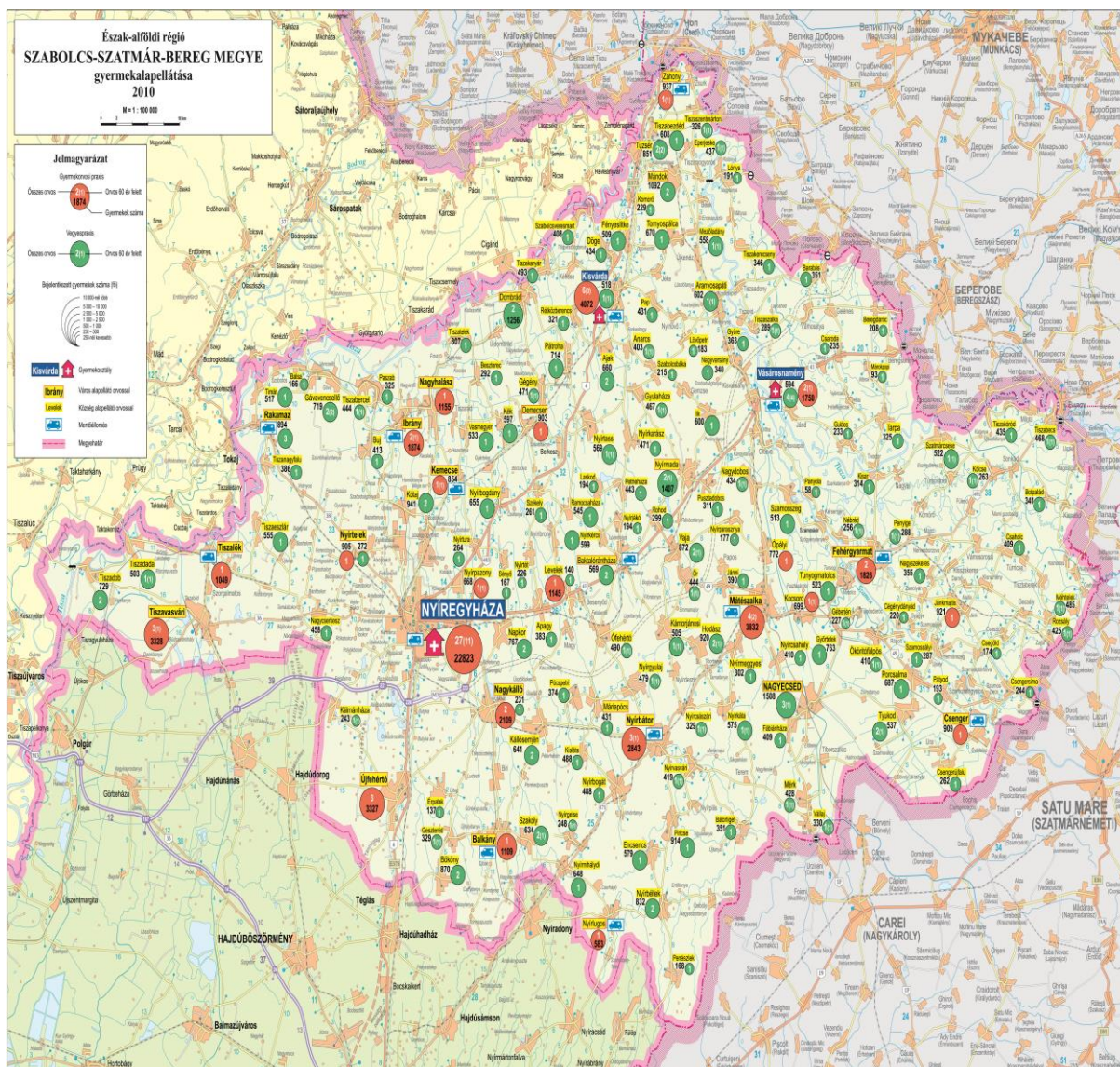
19. ábra: A gyermekek házi gyermekorvos és házi orvos által történő ellátásának %-os megoszlása megyénként

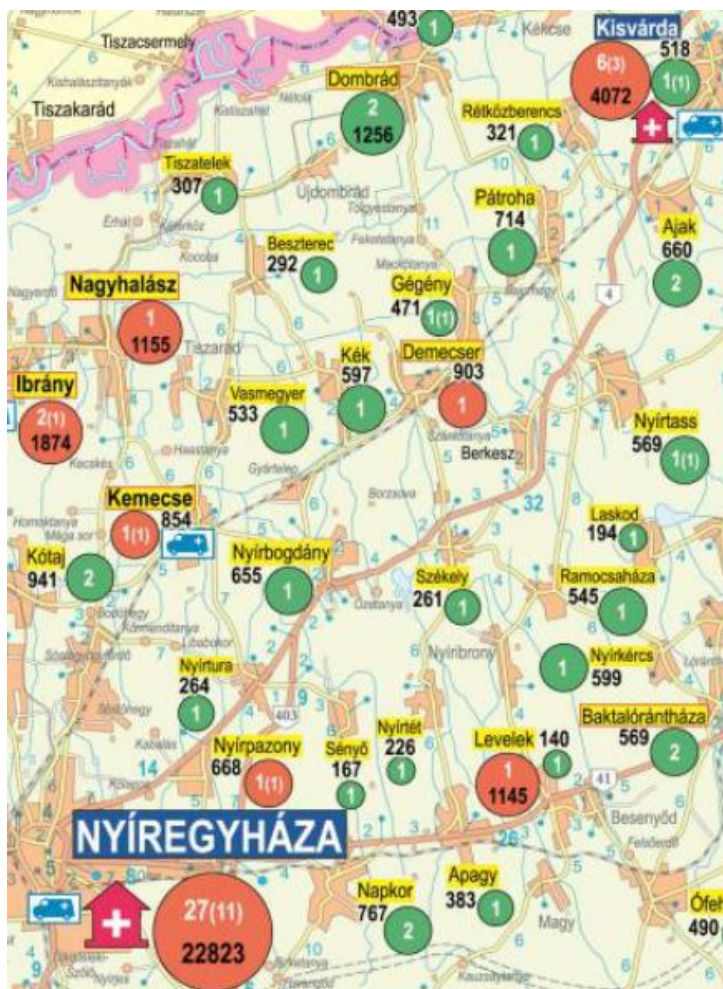
Forrás: saját ábra

Mint azt már dolgozatomban korábbi részében kifejtettem ezeken a területeken a rosszabb szociális helyzettel összefüggésben magasabb a gyermek- illetve felnőttkori megbetegedések aránya. Felmérések bizonyítják, hogy a kis súlyú újszülöttek aránya magasabb a rossz szociális és higiénés körülmények között élő édesanyák körében. A kis súlyú születés felel a csecsemőhalandóság több mint 50%-áért, továbbá kutatások igazolják, hogy az alacsony testsúllyal született gyermekek körében gyakoribbak a fejlődési rendellenességek, lassabb a fejlődésük, gyakoribb a mozgás-, értelmi-, vagy testi fogyatékosságban szenvedők aránya. A sérült gyermekek ellátása a magasan képzett gyermek- és csecsemőgyógyászok számára is nagy szakmai kihívást jelent, azonban jelenleg Magyarországon az ilyen rendellenességekkel született gyermekeket gondozó családok egy jelentős részének nincsen lehetősége megfelelően képzett szakorvost gyermekük házi orvosának választani. A Szakmai Kollégium célja ennek az esélyegyenlőtlenségnek a megszüntetése.

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete (továbbiakban: HGYE) részletes felmérést készített a gyermekek alapellátásban történő ellátásáról. Az ország teljes területét lefedő térképen ábrázolták eredményeiket. A térképen bemutatásra került, mely településeken történik gyermekpraxisokban, illetve melyeken vegyes praxisokban az ellátás. A komplex ábrázolás magában foglalja a településen ellátandó gyermeklétszámot, az ellátásukra létrehozott praxisok számát, valamint azt, hogy az ellátást végző orvosok közül hányan praktizálnak 60 év felett. A térkép részletessége, így nagy felbontást igénylő mérete miatt

megyei bontásban történik prezentálása. Jelen dolgozatban egy korábban említett, hátrányos helyzetű megye bemutatására kerül sor. (lásd 20. ábra) További térképek a mellékletben megtekinthetők.





21. ábra: A gyermek-alapellátás jellemzői Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, részlet
 Forrás: A Háziorvosi Szakmai Kollégium Gyermek-alapellátási Tanácsának belső anyaga

Az említett számadatokra való kitérés indokolt, ugyanis a hazai alapellátás további problémáira hívja fel a figyelmet.

A házi gyermekorvosok átlagéletkora az elkészült felmérés alapján 56 év, a KSH adatai alapján a csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosok átlagéletkora is kiszámítható, mely 55 év. (Az orvosok korcsoport szerinti eloszlását szemléltető táblázatok a mellékletben megtalálhatóak.) Ezen mutató a szakma jelentős elöregedését jelzi. Amennyiben a következő tíz évben nem történik szignifikáns változás, jelentős gyermekorvoshiánnyal szembesül hazánk. Jelenleg (2010-es adatok alapján) 55%-os azon gyermekek aránya, akiknek alapellátása 55 év feletti házi gyermekorvosok által történik, ezen belül a gyermekek 15%-t nyugdíjkorhatár felett dolgozó gyermekorvosok látják el! (lásd: 22. ábra)



22. ábra: Házi gyermekorvosok által ellátott betegek száma az orvosok korcsoportja szerint Forrás: Hírvivő - A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja, XV. évfolyam 4. szám, 3. oldal

A szakma elöregedésének oka a hiányzó utánpótlás. Az alapellátási rendszerbe belépő csecsemő- és gyermekgyógyászok alacsony számának több, megalapozott indoka van. Annak elemzése, hogy ezen szakvizsgások száma az elmúlt 15 évben miért csökkent drasztikusan – míg a 1990-es évek elején 120-130 fiatal orvos szerzett évente szakvizsgát, addig a jelenlegi statisztikák 45-50 új szakvizsgást regisztrálnak évente –, jelen dolgozat keretein túlmutat. A háttérben gazdasági, társadalmi okok feltételezhetőek. (Az 5. számú mellékletben a folyamat ábrázolása megtalálható.)

A házi gyermekorvosi ellátás is egyre kevésbé vonzó a fiatalabb generáció számára, szerteágazó okok miatt. Egyrészt, a rendszerbe lépést nehezíti, hogy a praxisvásárláshoz gyakorta nem áll rendelkezésre megfelelő anyagi háttér. A praxisok értéke meghatározott: a teljes egy éves bevétel képezi az árat, ez 7-10 millió forint között mozog. A hazai orvosi bérek ismeretében érthető, hogy egy ilyen kiadás jelentős terhet ró a pályakezdőre, melynek fedezésére jelenleg a bankoknál felvehető kölcsönök nem nyújtanak megfelelő megoldást. A bankok ugyanis a praxist nem fogadják el fedezetként, így csak személyi hitelek felvételével oldható meg a kölcsönből történő finanszírozás. A hiányzó utánpótlás a legjelentősebb indoka a nyugdíjkorhatáron túli munkavégzésnek. A 65 év felettieknek a körzetet nincs kinek átadni, így nyugdíjba vonulásukkal komoly anyagi veszteséget szenvednek (amennyiben nincsen

vevő a praxisra, az visszakerül az önkormányzathoz, anyagi ellentételezés nélkül), továbbá jelentős morális dilemmát okoz az ellátandó lakosság magára hagyása. Azonban kérdéseket vet fel, hogy egy nyugdíjkorhatár fölött praktizáló orvos rendelkezik-e még annyi energiával, hogy hatékonyan ellásson a sokszor megfeszített munkatempót igénylő rendeléseken...

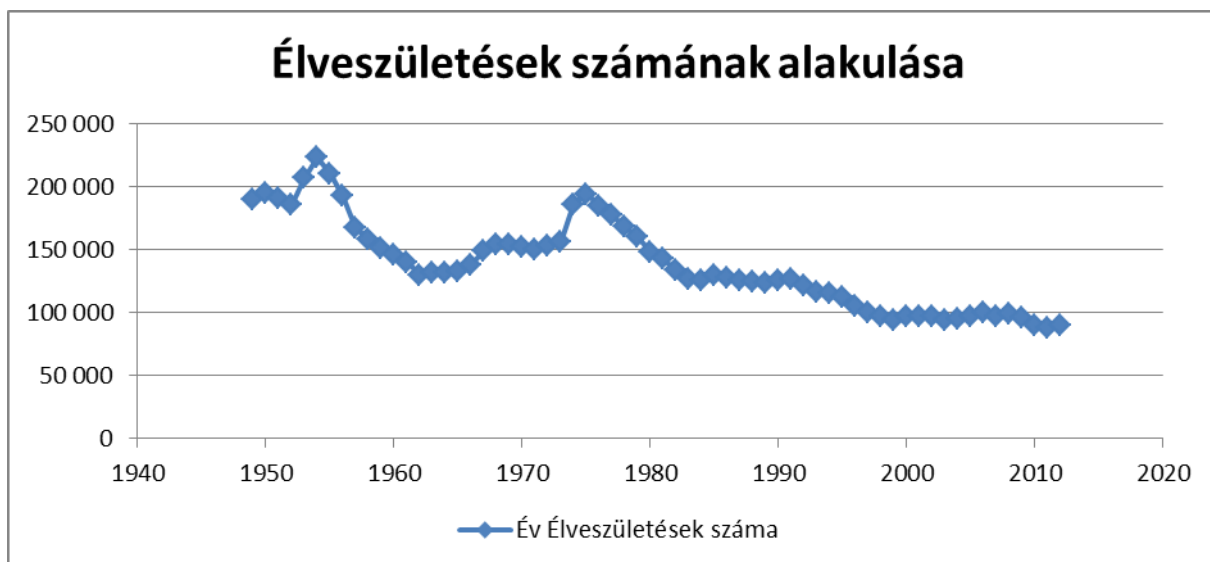
A belépés anyagi korlátai mellett, a praxisjogok nehéz értékesítése is megalapozza a fiatal házi gyermekorvos alacsony számát. Fiatalon ugyanis sokan nem szeretnék magukat egy életre elkötelezni, azonban a tapasztalható tendencia alapján egy praxisvásárlás ma Magyarország nagy részén majdnem ezt jelenti.

A fiatal gyermekgyógyászok számára a praxisvásárlás körüli nehézségeken túl gyakorta szakmai szempontból sem elég vonzó a háziorvosi pálya. Szakorvosi képzésük során számos alkalommal találkoznak az alapellátásban tapasztalható problémákkal: az elavult jogszabályok miatti többlet adminisztrációs terhek, a gyakori indokolatlan orvos-beteg találkozások, az alapellátásban bevezetett korlátozások a kérhető laboratóriumi vizsgálatok terén mind indokoltá teszik ellenérzéseiket. A negatívumok mellett a házi gyermekorvosi szakma szépségeinek megismerésére azonban a kórházi évek során nem nyílik megfelelő lehetőségük...

A házi gyermekorvosi átlagéletkor folyamatos növekedése – míg 2004-ben a gyermekorvosok 42%-a volt 55 év feletti, addig ez az arány 2010-re már 55%-ra emelkedett-, illetve a hiányzó utánpótlás miatt a gyermek-alapellátás átalakítása egyre sürgetőbbé válik.

Visszatérvén a HGYE által összeállított térképen megjelenített adatokra, az ellátandó gyermekek számából nyerhető adatokkal az alapellátásban tapasztalható további problémák, hatékonysági tartalékok elemzésére nyílik mód.

Magyarország demográfiai mutatóiból kiderül, hogy a születések száma hazánkban jelentősen csökken. A házi gyermekorvosi alapellátás jelenlegi formájának kiépítése a rendszerváltozás után történt, azonban az azóta eltelt közel negyed évszázad folyamán a született gyermekek száma közel 27%-kal csökkent. (lásd: 23. ábra)



23. ábra: Az élveszületések számának alakulása Magyarországon 1949 és 2012 között

Forrás: Saját ábra (Adatok forrása: Központi Statisztikai Hivatal: Népesség, népmozgalmi statisztikák 1.1 tábla; http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001a.html)

Az ellátandó gyermekek számában történő jelentékeny csökkenés markánsan befolyásolja a háziorvosi praxisok finanszírozását, ugyanis annak legnagyobb volumene a kapitációs finanszírozásból, azaz az ellátandó betegek után kapott fejkvótából áll.

A jelenlegi finanszírozás egy átlagos praxisnál még éppen fedezi a kiadásokat, azonban az egyre csökkenő gyermekszám, és az ezzel párhuzamosan csökkenő finanszírozás átalakítások nélkül rövidesen ellehetetleníti a házi gyermekorvosi praxisok működtetését. A jelenlegi helyzet egy átlagos praxis kiadásainak illetve bevételeinek bemutatásával ábrázolható.

2010-ben a Medicus Universalisban - ami a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületének és a Háziorvostani Szakmai Kollégiumnak a tudományos folyóirata - megjelent egy elemzés egy átlagos háziorvosi praxis egy havi kiadásairól.

2. táblázat: Egy háziiorvosi praxis átlagos működési költségei 1 hónapra számítva

Egy háziiorvosi praxis átlagos működési költségei 1 hónapra számítva			
(Háziiorvosok Országos Egyesületének számításai alapján)			
Bér és járulék költségek*:	400 000,- Ft	Adminisztráció:	49 000,- Ft
Közüzemmi költségek:	48 000,- Ft	(papír, nyomtatvány, könyvelő, egyéb)	
(Villany, gáz, fűtés, víz, szemét, hulladék, biztosítások)		Informatika:	50 000,- Ft
Kommunikáció:	28 000,- Ft	(szoftver, festék, amortizáció**)	
(mobil és vezetékes telefon/fax, internet, amortizáció, egyéb)		Autó:	93 200,- Ft
Szakmai anyagok, működés:	48 000,- Ft	(amortizáció***, biztosítások, súlyadó, egyéb)	
(fecskendő/tű, gyógyszer, kötszer, reagensek, egyéb)		Üzem(kenő)anyagok:	40 000,- Ft
		Adók:	28 000,- Ft
		Rendelő gép/műszer/ berendezés****:	69 200,- Ft
		Összesen +:	853 400,- Ft
*4/2000 EüM rendelet alapján 2 fő minimálbér kétszerese után kötelezett adó, járulék és bérfizetés alapján. **200 000 forint értékű informatika eszközpark, 5 éves elhasználódás esetén. ***4 millió ft-os autó 5 éves elhasználódás esetén. ****a minimum rendeletben megfogalmazott rendelői felszerelés számított 7,5-8 millió forint értéke és 10 év elhasználódás esetén. + A költségek átlagokat jelentenek, amelyek a legkritikusabbak a bérszámítás tekintetében. Kiegészítést, a működőképességet az önkormányzatok hozzájárulása, vagy az egyéb bevételek fedezhetik.			

Forrás: Medicus Univerzális, 2010/XLIII.szám, 6. oldal

Egy átlagos praxis havi finanszírozása kiszámolható a Központi Statisztikai Hivatal adatai, valamint Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól 43/1999. (III. 3.) számú kormányrendelet alapján.

A házi gyermekorvosi praxis finanszírozásának három alapvető része:

I. Az ellátott gyermekek után járó *kártyapénz*, mely függ az ellátottak korcsoporti összetételétől. A finanszírozásnak ez a legnagyobb volumenű része a következőképpen számolható. Az ellátandó gyermekek után finanszírozási pontszámok járnak. Ezekhez a pontszámokhoz az Országos Egészségügyi Pénztár a havonta rendelkezésre álló keret függvényében értékeket sorol. Az elmúlt években ez az érték 165 forint körül mozgott. Az orvosok a kapitációs pénzt a hozzájuk bejelentkezett betegek után járó forintértékkel

felszorozott pontszámok után kapják. A különböző korcsoportokhoz rendelt pontszámok a következők: 0-4 év: 4,5 pont; 5-14 év: 2,5 pont; 15-18 év: 1 pont.

Az ismertett finanszírozás alapján már kiszámolható egy átlagos gyermekpraxis havi kapitációs finanszírozása: Magyarországon jelenleg 1525 házi gyermekorvosi praxis van, ahova összesen 1441 ezer gyermek van bejelentkezve, így egy praxisra átlagosan 945 gyermek jut. A gyermeklakosság korcsoport szerinti megoszlása, a korcsoportokra járó pontérték és a pontokért járó átlagos forintérték ismeretében megkapjuk, hogy egy átlagos praxis kapitációs finanszírozása havonta $(945 \cdot 0,248 \cdot 4,5 \cdot 165 + 945 \cdot 0,507 \cdot 2,5 \cdot 165 + 945 \cdot 0,242 \cdot 1 \cdot 165 =)$ 409.981 forint.

Az így kapott összeget a kormányrendelet szerint az orvos szakképzettsége szerint járó szorzóval beszorozzák, és ezt az összeget utalják. A házi gyermekorvosok esetén ez a legmagasabb 1,3-as szorzót jelenti - ami szakvizsgával rendelkező háziorvosoknak jár -, ugyanis csak csecsemő- és gyermekgyógyászok praktizálhatnak ezekben a praxisokban.

Az így kapott összeg átlagosan $(409.981 \cdot 1,3 =)$: 532.195 forint

II. *Fix összegű díjra* jogosult a háziorvos a körzet lakosság száma és a rendelő adottságai alapján a következők szerint: ha a házi gyermekorvosi körzet lakosság száma nem éri el a 600 főt 290 ezer forint, ha a lakosság szám 600 és 800 fő között van 272 ezer forint, ha lakosság szám 800 fölötti 235 ezer forint jár fix díjazásként. Egy átlagos praxis esetén így 272.000 forint havi díjazással érdemes számolni.

III. A körzet területén élő lakosság elhelyezkedésének adottságait figyelembe véve *területi kiegészítő díjazást* ír elő a kormányrendelet a háziorvosok részére, a betegek felkeresési költségeinek fedezetére. Ez városban 26 ezer forint, községben 30 ezer forint, több településre kiterjedő praxis esetén 38 ezer forint, ha a körzethez külterületi lakott hely is tartozik, 43 ezer forint. Itt a valós eloszlás ismerete nélkül az összegek átlagával érdemes számolni, mely 34.250 forint.

Összességében így egy átlagos háziorvosi praxis havi finanszírozása 838.500 forint körüli. Ezen az összegben felül még átutalásra kerül a háziorvosi tevékenység színvonalának javítása érdekében bevezetett, a teljesítményeket mérő indikátorok utáni finanszírozás. Azonban minden bevételével együtt sem haladja meg átlagosan a 850.000-900.000 forintot.

A kiadások és a bevételek összevetéséből kiderül, hogy a jelenlegi gyermeklétszámmal a fenntartható működés még éppen finanszírozható, azonban a demográfiai trendek ismeretében ez néhány év múlva már komoly probléma lesz. Az átlagosnál kisebb gyermeklétszámú praxisok már jelenleg is nagy kihívásokkal néznek szembe...

Összefoglalva, az alábbi problémák, hatékonysági veszteségek azonosíthatók:

Az alapellátásban a gyermeklakosság közel 33%-át csecsemő- és gyermekgyógyász szakvizsgával nem rendelkező orvosok látják el vegyes háziorvosi praxisokban, melyek szakmai hatékonysága a gyermekellátás terén bizonyítottan alacsonyabb, így nem érvényesül a hozzáférés esélyegyenlősége.

A házi gyermekorvosi szakma átlagéletkora 56 év, a gyermekek 15%-át nyugdíjkorhatár fölötti orvosok látják el. Az előregedés mellett komoly problémát jelent a hiányzó utánpótlás, ugyanis a fiatal gyermekgyógyászok nem tartják vonzónak az alapellátásba történő belépést.

A hazánkban tapasztalható demográfiai folyamatok -egyre kevesebb gyermek születik- következtében a jelenlegi finanszírozási gyakorlattal már nem sokáig működtethetőek a házi gyermekorvosi praxisok. A praxisok számában vagy a finanszírozás mértékében való változtatás kiemelt jelentőségű.

Az ismertetett problémák tükrében látható, hogy az ellátás átszervezéseket, racionalizációkat igényel, melyekre a dolgozat eredeti feltevését szem előtt tartva - miszerint az egészségügyi ellátásban a hatékonysági tartalékok kiaknázására jelentős forrásbevonás nélkül van szükség - is lehetőség nyílik. Ennek bemutatása történik a dolgozat következő részében.

5.3. MEGOLDÁSI JAVASLAT A HATÉKONYSÁGI TARTALÉKOK KIAKNÁZÁSÁHOZ

Magyarországon a házi gyermekorvosi praxisok működtetésének szabályozásával kapcsolatban a rendszerváltozást követő időszak óta nem születtek döntések. Látható azonban, hogy a gazdaságilag és szakmailag is izoláltan működő gyermekorvosi praxisok egyre nehezebben tudnak az elmúlt 24 év gazdasági, társadalmi, szakmai kihívásainak megfelelni. Ezen időszak változásait figyelembe véve egy, a jelenlegi ellátás hatékonysági tartalékait kiaknázó rendszer létrehozására lenne szükség. A gyermek-alapellátási rendszer átszervezéséhez szükséges szakmai koncepciókat a Házi Gyermekorvosok Egyesülete

elkészítette. A tervezet elsődleges céljául tűzte ki a „minden gyermeket gyermekorvos lásson el” elv megvalósulását, valamint a demográfiai folyamatokból és a fokozódó orvoshiányból fakadó problémák megoldását. A HGYE koncepciója szerint az ország teljes területén csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosok végeznék a 18 év alattiak ellátását a következők szerint: egy gyermekorvosi praxis a jelenleginél magasabb beteglétszámmal működne, 1400-1500 gyermek tartozna egy háziorvoshoz, így elegendő lenne a teljes gyermeklakosság ellátására (ez jelenleg 1.915.500fő) 1300 szakorvos. A magasabb ellátandó betegszám után megnövekedne a finanszírozása a praxisoknak, így gazdaságilag stabilizálódnának. A szükséges többletfinanszírozás a jelenlegi alacsony betegszámú, gazdaságilag nem rentábilis praxisok beolvasztását követően, azok fix és kiegészítő díjazásából származna. A megnövekedett kártyaszámmal járó többletmunka az alapellátásban jelenlévő, a dolgozat korábbi részében ismertetett párhuzamosságok (ld.: 4.2.2. fejezet) megszüntetéséből, valamint a szakmai tudás jobb hatásfokú kihasználásából nyert időben elvégezhetővé válna.

A szakmai tudás jobb hatásfokú kihasználása érdekében gyermekegészségügyi központok létrehozását szorgalmazza a HGYE. Ennek megvalósulása mind a városokban, mind a falvakban, községekben jelentősen javítaná az ellátás hatékonyságát. Kivitelezése eltérő lenne a különböző településtípusoknál. A városokban az egy rendelőintézetben dolgozó házi gyermekorvosok hoznának létre egy központot, megvalósítható lenne így az orvosok együttműködése. A központokban az orvosokkal együttműködésben dolgoznának a védőnők, illetve a közös rendelőintézetben helyet kapnának a társszakmák is, mint fejlesztőpedagógia, gyógytorna, pszichológia, logopédia. A szakmai tudás magasabb szintű kihasználása érdekében a központokban adminisztratív személyzet alkalmazására nyílna lehetőség, így csökkentvén az orvosok, védőnők adminisztratív terhein, továbbá lehetőség nyílna az orvosi asszisztensek gyermekápolói ismereteinek kihasználására, melyet jelenleg a papírmunkára és az adatok számítógépbe vitelére fordított jelentős idő miatt csak korlátozottan van lehetőség.

Falvakban, községekben mikrotérségi egészségügyi központok létrehozása teremtené meg az ott élők számára a hozzáférés esélyegyenlőségét. A dolgozat korábbi része felhívta a figyelmet az alacsony lélekszámú településeken élők ez irányú jogainak csorbulására. A Háziorvosi Szakmai Kollégium Gyermek-alapellátási Tanácsa által elkészített megyetérképek (lásd: 20. ábra, 1.,2.sz. melléklet) szemléletesen jelzik a falvakból, községekből hiányzó gyermekorvosokat. A Gyermek-egészségügyi központok létrehozásához az elavult „egy falu egy orvos” szemlélettől való eltérésre van szükség. A központok 5-6 szomszédos település számára kerülnének létrehozásra, ahol a gyermeklakosság függvényében 1-2 házi

gyermekorvos dolgozna együtt a területet ellátó védőnőkkel, illetve a társszakmákkal. Amennyiben a központban történő ellátás a lakosok számára problémát jelent, a települések létrehozhatnak autót, vagy kisbusz járatot a központba, mely üzemeltetési költsége elhanyagolható a központokkal nyerhető előnyökkel szemben.

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete által létrehozott átalakítási koncepcióval elérhetővé válna az azonosított hatékonysági tartalékok kiaknázása. Hazánkban minden gyermek alapellátásban történő kezelését gyermekgyógyászok végeznék, így biztosítván a legszakszerűbb ellátást. A csökkenő születési trendekre, az orvoshiányra és a finanszírozási ellehetetlenedésre egyszerre nyújtanak megoldást a gyermek-egészségügyi központok, valamint a mikrotérségi egészségügyi központok, melyek létrehozásával az orvosok szakmai lehetőségei növekednének, ami a szakma presztízsének emelkedésével is jár. Így a fiatal gyermekgyógyászok számára is vonzóbbá válna a pálya, ami megoldaná az utánpótlás hiányából fakadó veszteségeket.

A szakmai állásfoglalást tartalmazó cikkek mindegyike a következőről értekezik: a gyermek-egészségügyi központok, valamint a mikrotérségi egészségügyi központok „kialakítása nem igényel nagyarányú anyagi vagy szervezési ráfordítást”. Ezt a következőkkel támasztják alá: a központok kiépítéséhez nem szükségesek új épületegyüttesek felépítése, azok a jelenlegi rendelőintézetekben kialakíthatóak; a nagyobb méretű praxisok többletfinanszírozása az átszervezés során szabaddá vált forrásokból fedezhető. Ennek tükrében megállapítható, hogy a felismert hatékonysági veszteségek megszüntetésére felvázolt megoldási javaslatok megfelelnek a dolgozat kezdeti feltevésének, miszerint a költségvetési tervek ismeretében a jelenlegi finanszírozási keretek között szükséges az egészségügyben fellelhető problémák orvoslása a hatékonysági tartalékok kiaknázásával.

Dolgozatom során szerettem volna a cikkekben lévő kijelentést - miszerint az egészségügyi központok létrehozása „nem igényel nagyarányú anyagi ráfordítást” - számításokkal alátámasztani. A pontos számítások elvégzéséhez szükséges adatok nyilvános forrásokból nem elérhetőek, így a Házi Gyermekorvosok Egyesületének magas kompetenciájú tagjának segítségét kértem, azonban kiderült, hogy még az egyesület sem rendelkezik részletes adatokkal. A részletes számítások elvégzésének lehetetlensége kapcsán ismertem fel a magyar alapellátásban fellelhető legnagyobb hatékonysági problémát, azt, hogy még a szakma sorsáról döntők kezében sincsenek teljes körű információk a rendszer működéséről. Ennek ismeretében érthetővé válik, hogy az elmúlt évtizedek során miért nem

történt változás a jelentős hatékonysági veszteségekkel rendelkező gyermek-alapellátási rendszer működésében.

6.ÖSSZEFOGLALÁS

Jelen dolgozat célja a magyar egészségügyi alapellátás felépítésének, működésének, finanszírozási gyakorlatának bemutatása, majd ezt követően az alapellátásban található hatékonysági tartalékok feltérképezése. Az azonosított hatékonysági problémákra olyan megoldási javaslatokat tesz a dolgozat, melyek jelentős forrásbevonást nem igényelnek. Ennek szükségét az képezi, hogy a hazai egészségügy finanszírozási gyakorlatának áttekintése után, a több évre előre megjelent költségvetési tervek alapján nyilvánvalóvá vált, hogy az alapellátás finanszírozásában a következő időszakban jelentős többletforrások nem valószínűsíthetőek. Ebből kifolyólag csupán az ellátórendszerben rejlő hatékonysági és hatásossági tartalékok felkutatásával nyílik lehetőség a primer ellátás színvonalának emeléséhez.

A dolgozat az alapellátás egy hatalmas jelentőségű szektorának, a gyermek alapellátásnak a sajátosságait vizsgálja, az ellátórendszer két alappilléreinek, a gyermek háziorvosi, illetve a védőnői ellátásnak a részletes bemutatása kapcsán.

Mindkét szakma kapcsán azonosíthatóak voltak az ellátás neuralgikus pontjai. A védőnői ellátás során az ellátás színvonalának emelése érdekében több, részben összefüggő átalakítási javaslatot tesz a dolgozat. Ezek jelentős része jogszabályi módosításokat, pontosításokat sürget. Továbbá egy egységes alapellátási informatikai rendszer kiépítésének szükségessége is bemutatásra kerül. Ezen javaslatok megvalósításával a hazai védőnői ellátás hatékonysága jelentősen növekedhetne.

A gyermekek háziorvosi ellátása kapcsán a dolgozat során számos hatékonysági tartalék került azonosításra, melyek kiaknázására az ellátórendszer egységes átalakítása nyújt lehetőséget. A jelentős átszervezés javaslata sem tér el az eredeti céltől, miszerint csupán kevés forrásbevonást tartalmazó megvalósítási lehetőségek állnak rendelkezésre jelenleg az alapellátás hatékonyságának növeléséhez. A dolgozatban javasolt komplex átszervezésre a már meglévő eszközállomány kihasználásával nyílna lehetőség. Az átstrukturálás részletes ismertetése kapcsán, a finanszírozási számítások elvégezhetetlenségéből derült fény az alapellátásban fellelhető legjelentősebb hatékonysági tartalékokra. Ez a következőképpen azonosítható: jelenleg még a szakma sorsáról döntők kezében sincsenek teljes körű információk a rendszer működéséről, így annak valós átszervezésére érdemben nem nyílhat mód.

Dolgozatom elkészítésének végső szakaszában sikerült az alapellátásban mélyen rejlő, azonban talán legnagyobb horderejű hatékonysági problémát felismernem, ennek valós

megoldásához szükséges javaslatok tételezéséhez még jelentős szakirodalmi áttekintésre, és további mélyinterjúkra van szükség, melynek eredményeit egy következő dolgozatban szeretném bemutatni.

IRODALOMJEGYZÉK

- Az egészségügyi...(2011): Az egészségügyi információs rendszerek követelményei 2011. november pp. 20-60.
URL: http://www.eski.hu/new3/kutatas/zip_doc/2012/Rendszerkovetelmenyek-20111129-v9.pdf
keresés időpontja: 2013. szeptember 7.
- Egészségügyi Szemle (2013): Az egészségügyi rendszerek kihívásai a gazdasági válság időszakában. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 50.évf. I.szám. (2013. április) pp. 1-11.
- Egészségügyi Statisztikai Évkönyv (2011): Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2011: 2.1; 2.2; 2.3; 2.12; 2.14; 2.17; 2.20; 2.22; 10.1; 17.9 számú statisztikai táblák - Központi Statisztikai Hivatal kiadványa
- Eurostat(2013) : Eurostat: Health care expenditure
URL:http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database
keresés időpontja: 2013. október 19.
- Fogarasi(2012): Prof. Fogarasi András: TÁMOP 6.1.4. projekt Megvalósítási Tanulmányának rövid összefoglalója
- Forgács,Vallyon (2003): Forgács Anna, Vallyon Andrea: Hat ország egészségügyi rendszerének története, reformjai és jelenlegi problémái pp. 22-28.
URL:http://www.jegyzetportal.hu/download/tb_szocjog/2003_3_01_forgacs_vallyon.pdf
keresés időpontja: 2013.október 1.
- Hírvivő (2009a): Hírvivő- A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja- XIV. évfolyam 3. szám pp. 1-9.
- Hírvivő (2009b): Hírvivő- A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja- XIV. évfolyam 4. szám pp. 2-9.
- Hírvivő (2010a): Hírvivő- A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja- XV. évfolyam 1.szám pp. 7-13.

- Hírvivő (2010b): Hírvivő- A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja- XV. évfolyam 2.szám 2-5oldal, 7.oldal
- Hírvivő (2010c): Hírvivő- A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja- XV. évfolyam 3.szám pp. 2-13.
- Hírvivő (2010d): Hírvivő- A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja- XV. évfolyam 4.szám pp. 2-9.
- Hírvivő (2011a): Hírvivő- A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja- XVI. évfolyam 2.szám pp. 2-5.
- Hírvivő (2011b): Hírvivő- A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja- XVI. évfolyam 3.szám pp. 2-17.
- Hírvivő (2012a): Hírvivő- A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja- XVII. évfolyam 2.szám pp. 15-21.
- Hírvivő (2012b): Hírvivő- A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja- XVII. évfolyam 3.szám 2-4. oldal, pp. 18-19.
- Hírvivő (2013a): Hírvivő- A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja- XVIII. évfolyam 2.szám pp. 18-20.
- HGYE(2011) : Hogyan tovább gyermek-alapellátás? -Házi Gyermekorvok Egyesületének XVII. Őszi Konferenciájának anyaga
URL:<http://www.hgye.hu/wp-content/uploads/HGYE-XVII-Hogyan-tov%C3%A1bb-alapell%C3%A1t%C3%A1s1.pdf>
keresés időpontja: 2013. október 15.
- IME (2013): IME-Az egészségügyi vezetők szaklapja XII.évf.6. szám, pp. 5-11.
- KSH(2012): Központi Statisztikai Hivatal; Népeség, népmozgalmi statisztikák 1.1 tábla;
URL:http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001a.html
keresés időpontja:2013.október 2.
- Kormányrendelet (43/1999) : 43/1999. (III. 3.) számú kormányrendelet: Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól URL: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99900043.KOR
keresés időpontja: 2013. október 29.

- Magyar Orvos (2009): Háziiorvosi finanszírozás az Unióban, Magyar Orvos folyóirat 2009/10.szám pp. 24-25.
URL:<http://www.weborvos.hu/adat/files/avera/mo2425.pdf>
keresés időpontja: 2013.szeptember 29.
- Medicus Universalis (2010):A vállalkozó házi orvosok finanszírozásának alakulása a rendszerváltás óta, Medicus Univerzális, 2010/XLIII.szám pp. 1-6.
- Népegészségügyi fókuszú..(2011): Népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram, 2011, Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet pp. 3-59.
URL:http://www2.gyemszi.hu/conf/upload/BEK1137_001.pdf
keresés időpontja: 2013 október 1.
- Orosz (2007): Orosz Éva: Félúton vagy tévúton?- Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái pp. 51-101.
- Orosz (2013): Orosz Éva: Az egészségügyi rendszerek kihívásai a gazdasági válság időszakában, Egészségügyi Gazdasági Szemle. 50.évf. I.szám. 2013. április, p. 8.
- Orvosi Hetilap (2012) : Orvosi Hetilap ,153. évfolyam, 35. szám
- Önkormányzati törvény(1990) : 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról
URL: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99000065.TV
keresés időpontja: 2013. október 8.
- Palócz (2010): Palócz Éva: Fiskális politikák és folyamatok a rendszerváltás után napjainkig Magyarországon és Kelet-Közép-Európában pp. 7-14.
- Primary Care (2006) Primary Care — Will It Survive? The new england journal of medicine, 2006. augusztus 31.
URL: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp068155>
keresés időpontja: 2013.október 1.
- QUALICOPC(2011): a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care
URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/115>
keresés időpontja: 2013.október.9.
- Ragány (2012) : Ragány Károly: Az egészségügyi rendszerek jellemzői-Az egészségügy finanszírozása, 2012, Semmelweis Egészségügyi Menedzserképző központ
URL: http://hsmc.hu/wp-content/uploads/2009/03/e%C3%BC_rendsz-finansz_rez_20120614_ragany.pdf
keresés időpontja: 2013. szeptember 5.
- Rendelet(2004): 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
URL: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0400049.ESC
keresés időpontja: 2013. október 4.

Statisztikai tükör (2010): Statisztikai tükör , IV. évfolyam 121. szám 2010., Egészségügyi kiadások, 2003–2009

URL:<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/eugyikiadasok0309.pdf>

keresés időpontja: 2013.szeptember 23.

TÁMOP (2011): TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkori (0-7 év) kiemelt projekt- Szakmai koncepció- Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 2011. április 11

WHO alapító okirat: World Health Organisation alapító okirata

URL: <http://www.pro-qaly.hu/az-egeszseg-fogalma-es-determinansai-108.html>

keresés időpontja: 2013. október 8.

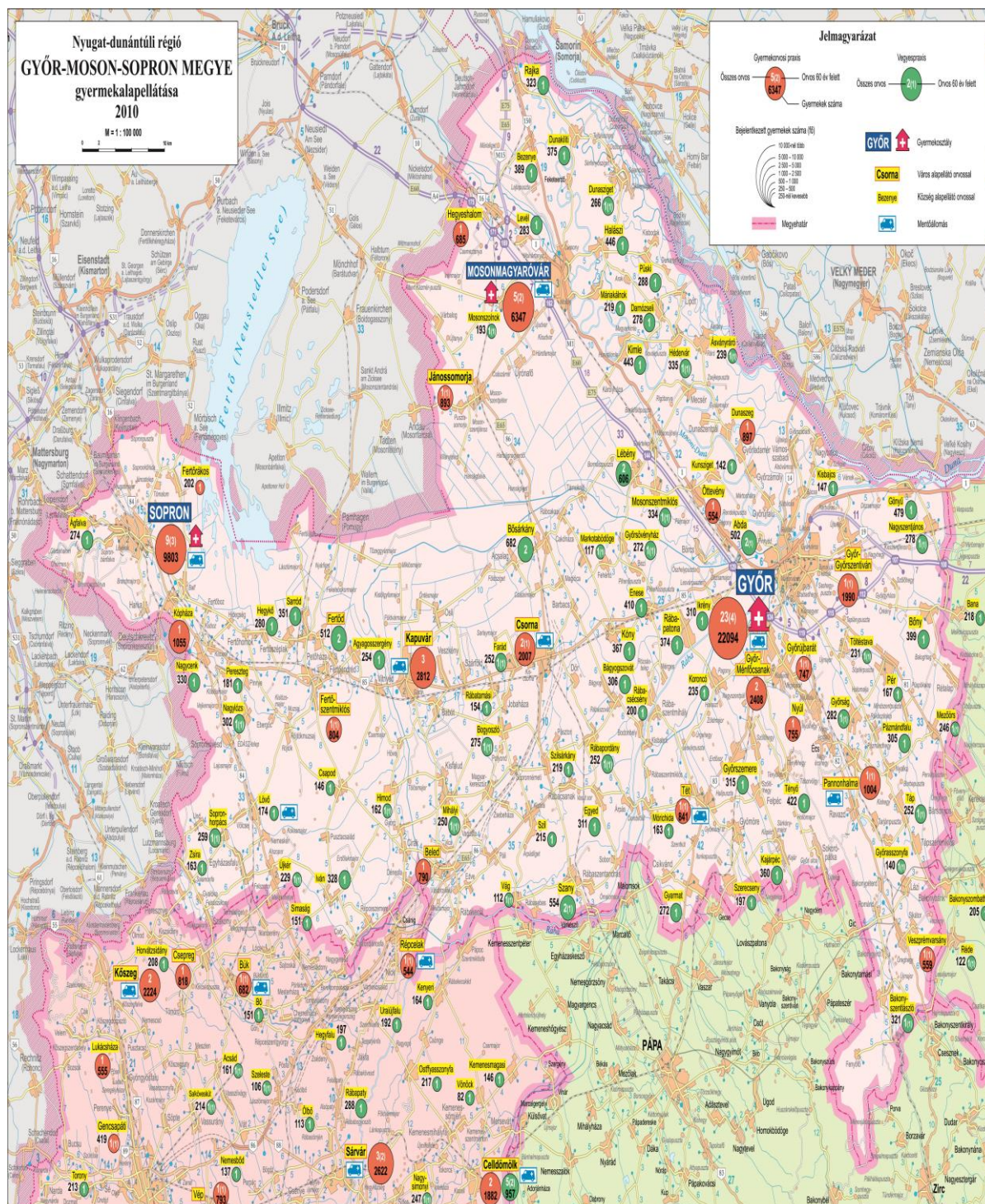
WHO(2013): World Health Organisation: Infant mortality by country

URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.526>

keresés időpontja: 2013. október 2.

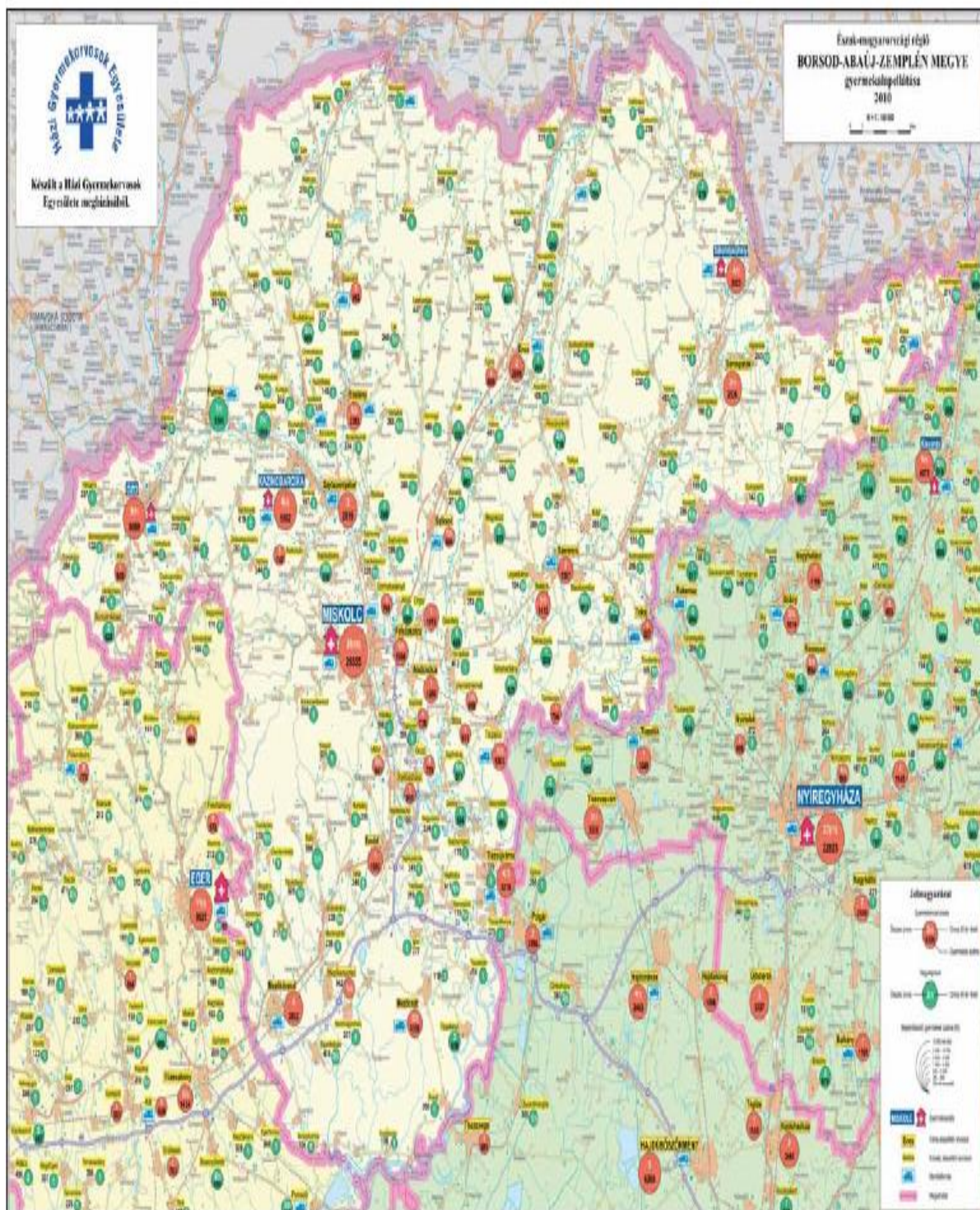
MELLÉKLET

1.melléklet: A gyermekalapellátás jellemzői Győr-Moson-Sopron megyében



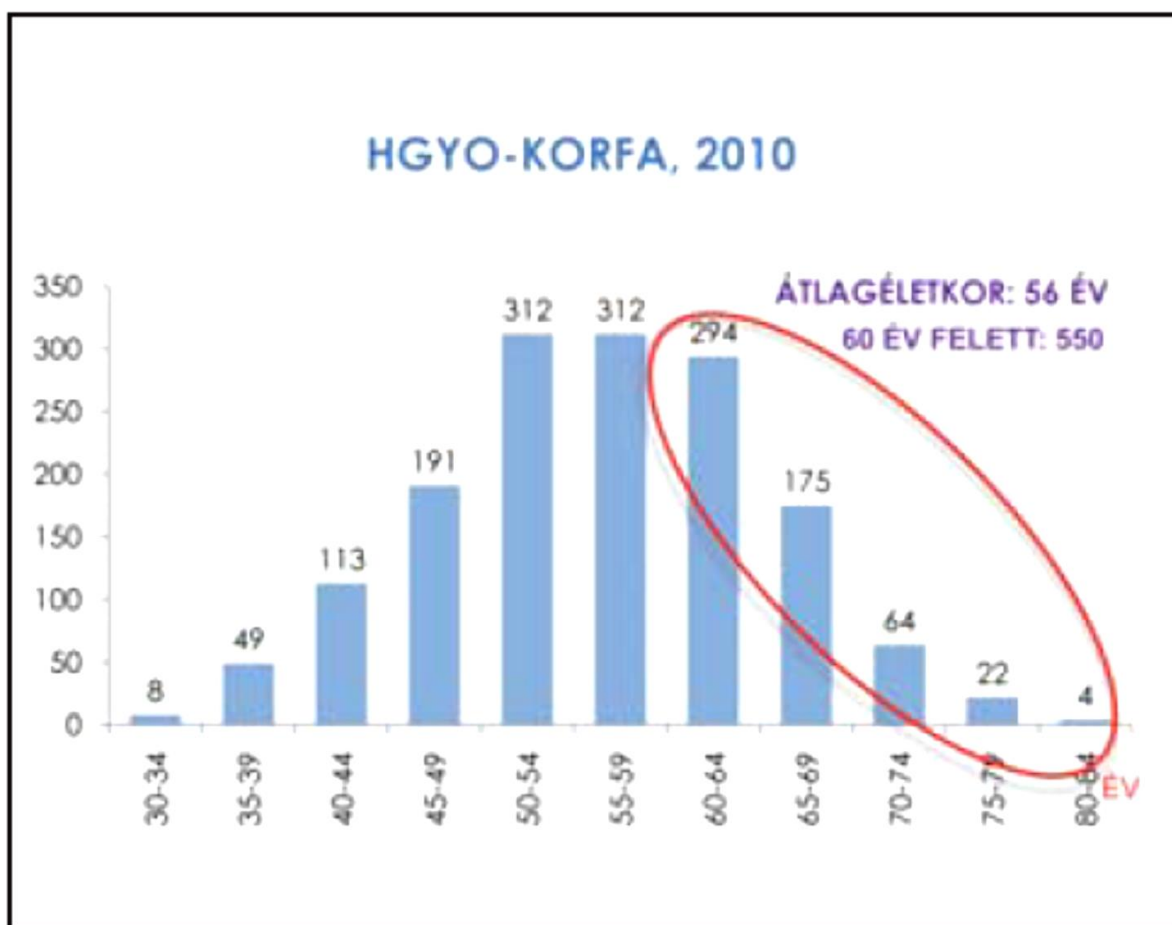
Forrás: Háziiorvosi Szakmai Kollégium Gyermekalapellátási Tanácsának belső anyaga

2.melléklet: A gyermek-alapellátás jellemzői Borsod –Abaúj-Zemplén megyében



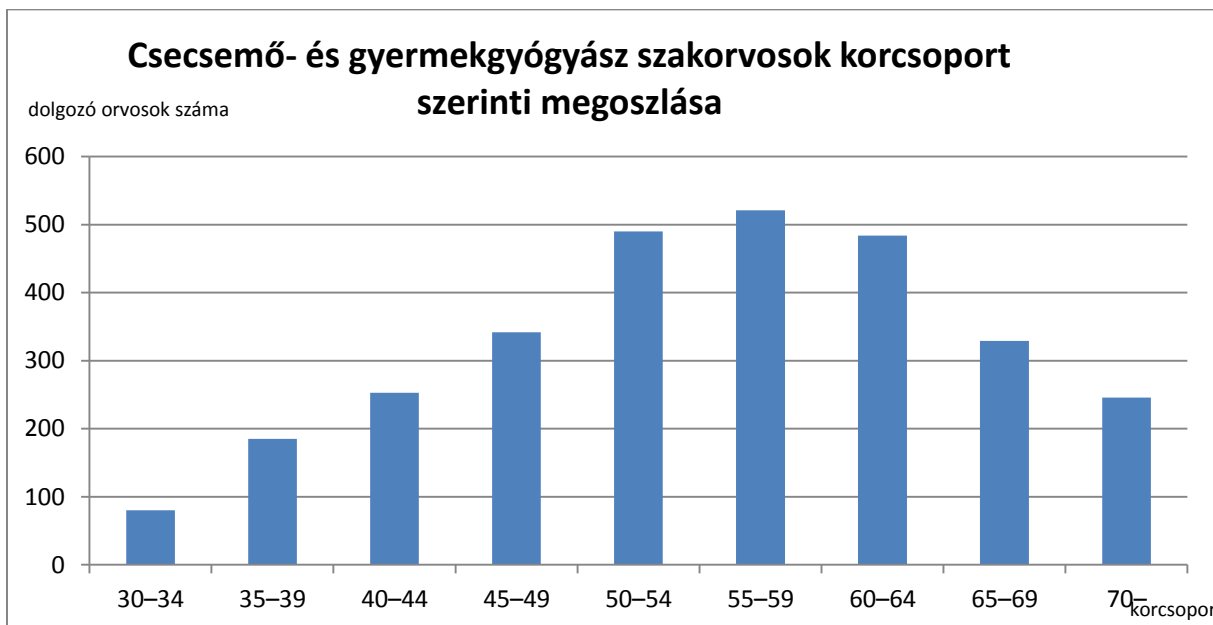
Forrás: Háziorvosi Szakmai Kollégium Gyermek-alapellátási Tanácsának belső anyaga

3.melléklet: Házi gyermekorvosok korcsoport szerinti megoszlása

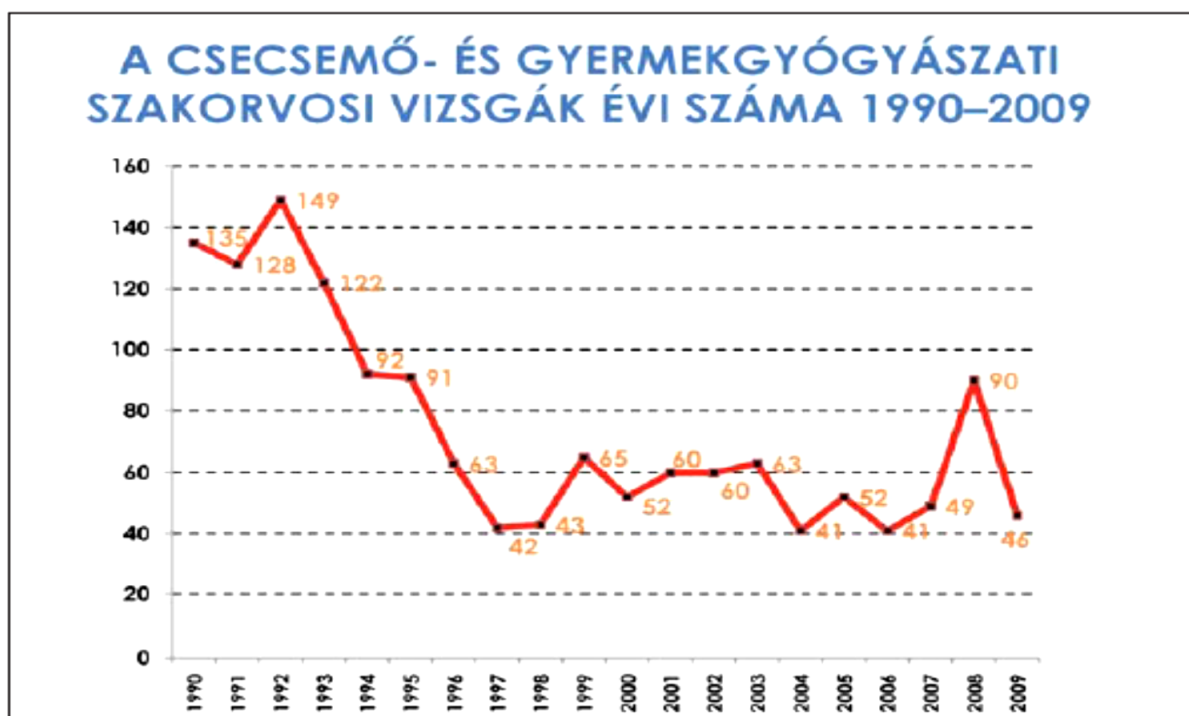


Forrás: Hírvivő- A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja- XV. évfolyam 4. szám 3. oldal

4.melléklet: A csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosok korcsoport szerinti megoszlása- saját ábra



5.melléklet: Az újonnan megszerzett csecsemő- és gyermekgyógyászati szakorvosi vizsgák számának alakulása 1990 óta



Forrás: Hírvivő- A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének Szakmai lapja- XV. évfolyam 4. szám 3. oldal