

Műhely

A háziiorvosi ellátás kapacitás- és igénybevétel-változásai az észak-magyarországi régióban az EU-csatlakozás óta eltelt időszakban

Az elmúlt évtizedekben megnőtt az egészségügyi szolgáltatások jelentősége: a várható élettartamban bekövetkezett növekedés mintegy 50%-a az ellátás bővülésének és javulásának köszönhető (Figueras et al. 2008), valamint az életmódválasztás szerepe is jelentős, ugyanakkor az ellátáshoz való hozzájutást és az életmódot társadalmi hatótényezők befolyásolják (Chan, 2008). Fontos tehát megértenünk a társadalom és a gazdaság, valamint az egészségügyi állapot és ellátási színvonal összefüggéseit.

Az egészségi állapot javulása mikroszinten pozitív hatással van a gazdaság termelékenységére, a munkaerő kínálatára, a megtakarítási hajlandóságra, valamint a tanulási és kreatív képességekre. (Orosz, 2001). Makroszinten az előbbiekben sorolt pozitív változások eredőjeként javul az általános gazdasági helyzet, és amennyiben a keletkező jövedelmeket egészséges termékek és szolgáltatások fogyasztására, a közegészségügy fejlesztésére, az ismeretek bővítésére és a demokratikus elvek és intézmények fenntartására fordítják, ezen tényezők hozzájárulnak a jobb általános egészségi állapothoz, tehát ez esetben pozitív tartalmú pozitív visszacsatolásról beszélhetünk (Kollányi, 2013).

A területi fejlettségbeli különbségek a gazdasági-társadalmi folyamatok térben és időben történő újrarendeződésének köszönhetőek (Kollár-Káposzta, 2014). Bakos (2015, in: Svéhlik, 2015. 130-142. o) szerint „statisztikailag igazolhatóan van szignifikáns kapcsolat adott térség gazdasági és egészségügyi helyzete között és (...) a számok tükrében is jelentős területi egyenlőtlenségek figyelhetők meg Magyarországon”.

Az egészségügyi állapot és ellátás területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata tehát véleményem szerint megkérdőjelezhetetlen fontosságú.

Korábbi kutatásomban az egészségügyi ellátórendszer egyes elemeinek területi összehasonlítását végeztem el klaszteranalízis segítségével, az ország megyéi (NUTS3) körében. Az Észak-magyarországi Régió megyéi, azaz Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves és Nógrád megyék kerültek (Somogy és Zala megyével együtt) egy klaszterbe kerültek. Ezek a megyék valamennyi változó esetén az utolsó vagy utolsó előtti helyezést produkálták az átlagos értékeiket összehasonlítva a többi klaszter elemeivel (Bálint-Tóth, 2016). Figyelembe véve, hogy a kedvezményezett járáások besorolásáról szóló 290/2014. (XI. 26.) Korm. rendelet szerint az Észak-magyarországi régió 29 járása közül 10 komplex programmal fejlesztendő, 4 fejlesztendő, 10 pedig kedvezményezett a komplex mutató értéke alapján, akkor arra következtethetünk, hogy a hátrányos gazdasági-társadalmi helyzet az ellátórendszerek hozzáférési viszonyaira is hatással vannak. Jelen tanulmányban az egészségügyi alapellátás kapacitásainak és igénybevételének Észak-magyarországi régió belüli különbségeit, EU csatlakozás óta bekövetkezett változásait vizsgálom.

A háziiorvosi ellátás helye a hazai egészségügyi ellátórendszerben

Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény 1. § (1) bekezdése szerint „Az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül.”

Azonos jogszabály ugyanezen szakaszának (2) bekezdése értelmében az egészségügyi alapellátás feladatai:

- a) az ellátott lakosságra vonatkozó, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló ellátás (a továbbiakban: megelőző ellátás);
- b) az egyén
 - ba) egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása, nevelése, egészségfejlesztése, egészségtervezésének támogatása,
 - bb) jogszabályban meghatározott kompetencia keretében történő gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett,
 - bc) szakorvoshoz történő irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából,
 - bd) gyógykezelése, házi ápolása és rehabilitációja a szakorvos által javasolt terápiás terv figyelembevételével; és
- c) szükség esetén a b) pont bb) és bd) alpontjában foglaltaknak a beteg otthonában történő ellátása vagy a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése.

Az alapellátás jogszabályban meghatározott területei:

- háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás
- védőnői ellátás
- iskola-egészségügyi ellátás
- alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás
- foglalkozás-egészségügyi alapellátás

A területi ellátási kötelezettség az egészségügyi szolgáltató fenntartójának, illetve tulajdonosának, valamint az egészségügyi szolgáltatónak azon kötelezettsége, hogy az egészségügyi szakellátásban meghatározott ellátási területen a lekötött szakellátási kapacitásai felhasználásával a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultak számára egészségügyi szolgáltatást nyújtson. (2006. évi CXXXII. tv. 1. § /1/n) Az önkormányzati törvény a kötelező egészségügyi feladatok ellátását illetően úgy rendelkezik, hogy a települési önkormányzat köteles gondoskodni az egészségügyi alapellátásról, a megyei, illetve a fővárosi önkormányzat pedig az alapellátást meghaladó egészségügyi szakellátásról. (2011. évi CLXXXIX. tv. 13. § /4.)

A 2015. évi CXXIII. törvény 8. § (1) bekezdése szerint „a háziorvos személyes és folyamatos orvosi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, korai felismerése és gyógyítása, valamint az egészségfejlesztés céljából.” Az említett jogszabályi paragrafus (2) bekezdése értelmében „a házi gyermekorvos az (1) bekezdésben meghatározott ellátást a 19. életévét be nem töltött személyek számára biztosítja. A házi gyermekorvosi ellátást a 14-19. év közötti személyek esetében - erre irányuló választás alapján - háziorvos is nyújthatja.”

A háziorvosi ellátás a védőnői és fogászati ellátás kompetenciáján kívül eső esetekben elsőként felkeresendő ellátási szint, a kötelező egészségbiztosítás terhére. A háziorvos törvény által feljogosított egészségügyi adataink kezelésére. A háziorvos egyéb, nem a társadalombiztosítás által finanszírozott orvos-szakértői feladatot is ellát, pl. látlelet kiadása, orvosi szakvélemény adása jogosítványhoz, fegyverviseléshez, stb. A háziorvosi ellátás a településszervezettől függően szerveződhet gyermek-körzetbe (14 éven aluli lakosok alapellátására), felnőtt körzetbe (14 éven felüli lakosság ellátására) vagy vegyes körzetbe (a teljes lakosság ellátására). A törvény szerint – a területi korlátok mellett – a háziorvos szabad megválasztása minden állampolgárnak alapvető joga. (ESKI 2013)

A háziorvos „kapuőri” funkciójáról

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárságának 2015-ben megjelent „Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója” című munkanyaga az alapellátás fejlesztésének tekintetében prioritásként tekint a háziorvosi ellátás ún. „kapuőri” szerepére:

„A háziorvos jelentős szerepet kap mind a teljes ellátásban betöltött szerep arányait tekintve, mind a betegút irányítás kulcsszereplőjeként. A háziorvos a betegek első találkozási pontja az egészségügyi rendszerrel, a beteg – néhány szakellátás jelentette kivételtől eltekintve - csak háziorvosi beutalóval mehet tovább az egészségügy egyéb területeire. A kapuőri funkció egyaránt fontos a minőségi és a hatékony betegellátás érdekében, különösen fontos ennek megerősítése abban az esetben, amikor a hosszúak a szakellátásban a várólisták, illetve a rendelkezésre álló

források nem elegendőek a szükségletek kielégítéséhez.” (EMMI, 2015 p. 10)

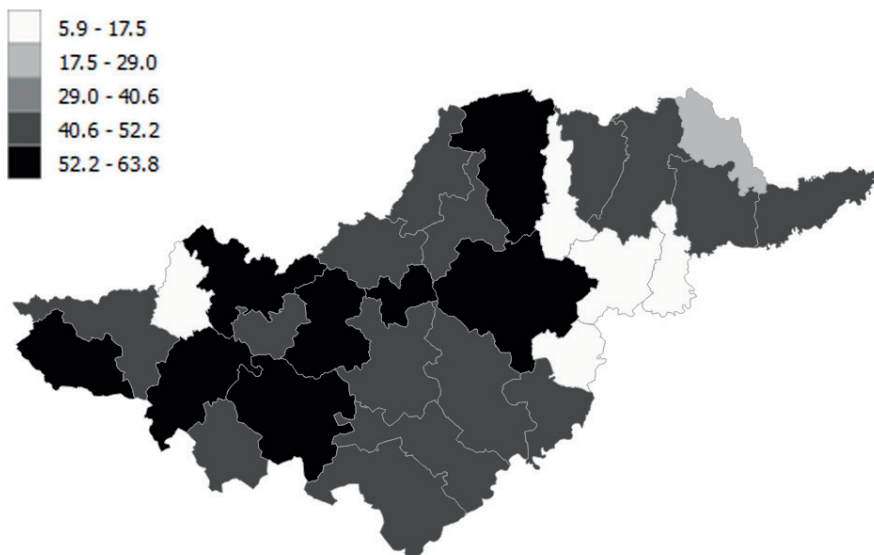
Az Észak-magyarországi régió háziiorvosi és gyermek háziiorvosi ellátásának állapotváltozásai

A Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján az Észak-magyarországi régióban dolgozó gyermek- és felnőtt háziiorvosok száma 2015-ben 732 fő volt, ebből 423 fő Borsod-Abaúj-Zemplén, 188 fő Heves és 121 fő Nógrád megyében praktizált. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 2005 és 2014 között folyamatos, 8,4%-os csökkenés következett be, és a 2014-ben beállt érték 2015-ben stagnálást mutat. Heves megyében a 2008 és 2013 közötti időszak 7,61%-os csökkenését kismértékű (3,3%-os) növekedés követi 2015-ig. Nógrád megyében 2004 és 2015 között összességében 9%-os – ingadozásokkal kísért – csökkenés figyelhető meg. A 2004-2015-ös évek átlagában Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 1555, Heves megyében 1635, Nógrád megyében pedig 1621 lakos jut egy háziiorvosra, tehát ezen fajlagos mutató alapján a háziiorvosok leterheltsége Heves megyében a legnagyobb, ám ezt a megállapítást a

későbbiekben a rendelkezések statisztikáinak elemzésével tovább árnyalom. Noha a rendelkezésre álló adatok száma ezen a megyei szint alatt meglehetősen korlátozott, talán pontosabb képet a térség háziiorvosi kapacitásáról adhat a járási szintű adatok megjelenítése: az Észak-magyarországi régió járásaiban a háziiorvosok 100 000 lakosra jutó száma a 2015-ös évre azonos osztályközök kialakításával a 1. ábrán látható.

Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Regionális Egészségügyi Adattárában a felnőtt, gyermek és vegyes ellátást biztosító háziiorvosi szolgálatokról szóló legfrissebb hozzáférhető adatok a 2014-es évből állnak rendelkezésre. Mindhárom vizsgált megyében mind a felnőtt, mind a gyermek, mind pedig a vegyes ellátást vállaló háziiorvosi szolgálatok abszolút száma kismértékű csökkenést, gyakorlatilag stagnálást mutat az EU csatlakozás óta eltelt időszakban. A lakosságszámra vetített értékekben épp ellentétes a tendencia (köszönhetően a népesség mindhárom megyében megfigyelhető folyamatos csökkenésének, kiváltképp a 0-14 és a 15-64 éves korosztályban). A felnőtt háziiorvosi szolgálatok

1. ábra: A háziiorvosok 100 000 lakosra jutó száma az Észak-magyarországi régió járásaiban, 2015



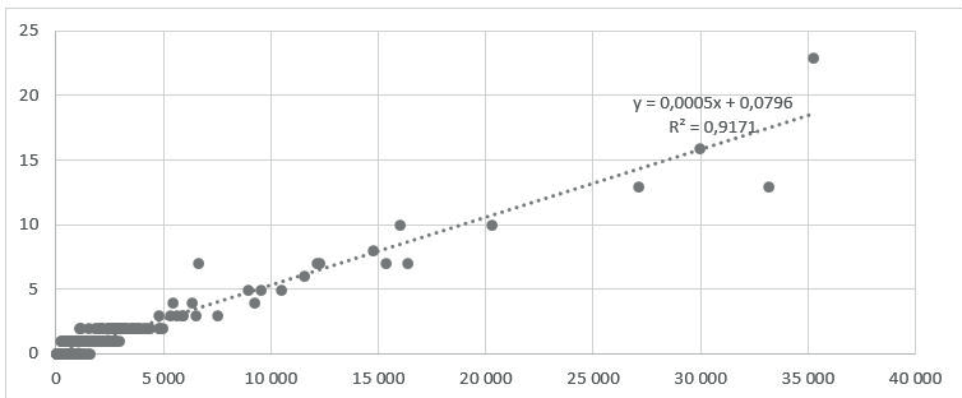
Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

100 ezer 20 éves vagy idősebb lakosra jutó száma a vizsgált területeken alig észrevehető, míg a gyermekorvosi szolgálatok 100 ezer 19 éves vagy fiatalabb lakosra jutó száma már látványosabb, átlagosan 5,7%-os növekedést produkált 2004 és 2014 között. Mindkét mutató esetében a legmagasabb értékeket Borsod szolgáltatta, ezt követi Nógrád, végül Heves. A vegyes ellátást végző háziorvosok 100 ezer lakosra jutó száma a – stagnálás-közeli – lassú növekedés állapotában van 2008 óta. A 2007-ig a legjobb értékeket produkáló Nógrád az évek alatt Heves szintjéhez nivellálódott, míg Borsod a vegyes szolgálatok fajlagos számában lemaradásban van a teljes időszoron. A háziorvosi szolgálatokon belül a területi ellátást vállaló praxisok aránya a 2004-2014 időszak átlagában 98,2%-os volt.

Az alapellátásról szóló törvény rendelkezéseinek megfelelően a háziorvosi körzeteket úgy kell kialakítani, hogy a háziorvosi rendelő a körzet legtávolabb eső pontjától is – tömegközlekedéssel vagy gyalogosan – 15 percen belül megközelíthető legyen, illetve, hogy a körzetben lakók száma biztonsággal elérje a finanszírozási

minimumot, azonban ne haladja meg a szakmai szempontból még elfogadható maximális létszámot, illetve, hogy adottak legyenek a háziorvosi ellátás személyi és tárgyi feltételei. Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet értelmében új felnőtt háziorvosi szolgálatra 1200-1500 fő közötti 14 év feletti (vegyes körzetre életkori korlátozás nélküli) lakosság szám esetén köthető finanszírozási szerződés, míg a gyermekkörzetek esetében a finanszírozhatóság intervalluma 600-800 14 év alatti gyermek. A már működő körzetekre ez a finanszírozási minimum természetesen nem vonatkozik. A 2. ábrán látható az Észak-magyarországi régió településeinek a népességszám és háziorvosi szolgálatok számának kapcsolata (Miskolc és Eger megyeszékhelyek adatai a vizuális torzulás elkerülése végett nem szerepel az elemzésben). A lineáris regressziós függvény R^2 értéke (0,9171) alapján szoros kapcsolat mutatható ki a két változó között, tehát a háziorvosi körzetek száma igazodik a népességszámhoz, azonban a helyzet ennél árnyaltabb.

2. ábra: A háziorvosi szolgálatok száma az Észak-magyarországi régió településeinek a népességszám függvényében, 2015



Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

A körzetek kialakításának rendeletben meghatározott 1500 fős felső küszöbértékét tekintem azon léptékeknek, amely plusz egy körzet meglétének szükségességét jelenti (a felnőtt és gyermek körzetek között nem tettem különbséget). A települések 22,86%-a esetében az egy háziiorvosi szolgálatra jutó lakosság száma meghaladja az 1500 főt, átlagosan 486 fővel. Az 1. táblázatban látható az egyes lakosság szám kategóriánkénti – rendelet alapján – ideális körzetszámú településeinek száma és aránya. Az 1200 fő alatti települések majdnem egyharmadában

annak ellenére működik körzet, hogy ezek ma már csak csökkentett finanszírozással jöhetnek létre. Az 1200-1500 fő közötti települések nagy részében megvan a szükséges körzetszám, a magasabb népességszámú kategóriákban azonban mindig legalább eggyel kevesebb háziiorvosi szolgálat működik a rendelet szerint a népesség alapján szükségesnél. Véleményem szerint a népesség nem egyenletes eloszlása okán egy-egy körzet elméleti hiánya a meglévő másik körzetben tágabb intervallumú rendelési idővel, megnövelt humán erőforrás-kapacitással kompenzálható.

1. táblázat: Az Észak-magyarországi régió településeinek (kivéve Eger és Miskolc) 1500 lakosként növekvő csoportjaiból az ideális körzetszámmal rendelkezők száma és aránya, 2015

Lakosság szám kategória	Települések száma	Körzetek ideális száma	Ideális körzetszámú települések száma	Ideális körzetszámú települések aránya (%)
0 - 1199	400	0 (1)	125*	31,3*
1200-1500	38	1	33	86,8
1501-3000	121	2	28	23,1
3001-4500	19	3	0	0,0
4501-6000	9	4	1	11,1
6001-7500	3	5	0	0,0
7501-9000	2	6	0	0,0
9001-10500	3	7	0	0,0
10501-12000	1	8	0	0,0
12001-13500	2	9	0	0,0
13501-15000	1	10	0	0,0
15001-16500	3	11	0	0,0
16501-18000	0	12	-	-
18001-19500	0	13	-	-
19501-21000	1	14	0	0,0
21001-22500	0	15	-	-
22501-24000	0	16	-	-
24001-25500	0	17	-	-
25501-27000	0	18	-	-
27001-28500	1	19	0	0,0
28501-30000	1	20	0	0,0
30001-31500	0	21	-	-
31501-33000	0	22	-	-
33001-34500	1	23	0	0,0
34501-36000	1	24	0	0,0

Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

*1 körzet

A 313/2011. (XII. 23.) kormányrendelet rendelkezései szerint a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi körzet, amelyben az ellátási kötelezettségnek hat hónapot meghaladóan csak helyettesítéssel tudnak eleget tenni, kivéve, ha ennek az az oka, hogy a körzetet ellátó házi orvos munkavégzésében akadályoztatva van, vagy amelyben - a helyettesítés kivételével - az önkormányzat az ellátás nyújtásáról legalább hat hónapig nem tud gondoskodni önálló orvosi tevékenység végzésére jogosult személlyel. A 2. táblázat tartalmazza a tartósan betöltetlen körzetekre vonatkozó legfontosabb információkat. Látható, hogy a legtöbb ilyen körzet a vegyes ellátást végző praxisok köréből kerül ki, kiváltképp Borsod-

Abaúj-Zemplén megyében, és ott a legmagasabb a betöltetlen státusz eddigi hosszának átlaga.

A 3. ábra az Észak-magyarországi régió települései közül – tekintet nélkül a praxis jellegére (felnőtt, gyermek, vegyes) – a tartósan betöltetlen háziorvosi körzettel rendelkezőket mutatja. A 68 betöltetlen körzet 38,2%-a, azaz 26 körzet egy, illetve két éve nem rendelkezik felnőtt, gyermek vagy vegyes ellátást nyújtó háziorvossal, 39,6%-ában pedig 5 évnél régebben áll fenn üresedés. A legrégebb óta üresedést mutató körzetekben a 2017. január 1-i állapot szerint 12 éve nincsen házi orvos valamelyik körzettípusban, az ilyen körzetek (összesen 9 db) az Észak-magyarországi tartósan betöltetlenek 13,2%-át adják.

2. táblázat: A tartósan betöltetlen háziorvosi szolgálatok száma körzetek kategória szerint az Észak-magyarországi régió megyéiben, 2017

	Felnőtt	Gyermek körzet	Vegyes körzet	Üresedés átlagos hossza (év)
Borsod-Abaúj-Zemplén	5	3	33	5,71
Heves	3	1	9	3,38
Nógrád	3	4	7	4,71

Forrás: ÁNTSZ adatai alapján saját szerkesztés

3. ábra: A betöltetlen háziorvosi körzettel rendelkező települések az üresedés eddigi hossza (év) szerint az Észak-magyarországi régióban, 2017



Forrás: ÁNTSZ adatai alapján saját szerkesztés

A tartósan betöltetlen körzetek nagy száma fölveti a helyettesítés problematikáját: vélemény szerint a hiányterületeken egyre nagyobb körzeteket vállaló háziorvosok leterheltsége nem növekedhet egy bizonyos szint fölé, hiszen az minden körzetben lecsökkenti a páciensekre fordítható erőforrásokat. A háziorvosi kapacitások kihasználásáról, a terhelésről a rendelésekre vonatkozó indikátorok elemzése adhat képet, igaz, az ÁEEK Regionális Egészségügyi Adattárában csak 2012-ig állnak rendelkezésre ezek az adatok.

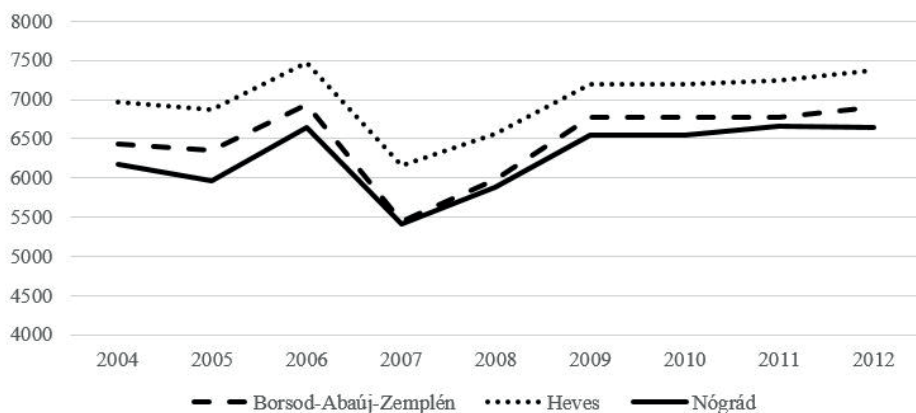
A háziorvosi rendelésen megjelentek, meglátogatottak száma mindhárom vizsgált megyében négy szakaszra osztható a 2004 és 2012 között eltelt időszakban. A 2004-2006-os periódusban valamennyi Észak-magyarországi megyében 6% körül növekedett ez az érték, majd 2006-ról 2007-re egy hirtelen nagy csökkenés következett be: Borsodban 22,3%-os, Heves megyében 18%-os, Nógrád megyében 19,4%-os mértékben. 2007 és 2009 között Borsod 11,8%-os, Heves 8,8%-os, Nógrád 9,82%-os növekedést produkált. A 2009-től 2012-ig eltelt időszakot minimális csökkenés, gyakorlatilag stagnálás jellemzi. A rendelések igénybevételében 2007-ben általánosan megfigyelhető csökkenés a vizitdíj (azaz a háziorvosi ellátásért, fogászati ellátásért és járóbeteg szakellátásért fizetendő biztosításon felül, az orvosi

ellátás igénybevételekor az ellátott által fizetendő alkalmanként egységesen fizetendő hozzájárulás) 2007. február 15-tel történő bevezetésének következménye, az azt követő növekedés pedig a 2008. március 9-i népszavazás eredménye (amely 2009. január 1-ig kötelezte az Országgyűlést a korábbi teljes körű biztosítás visszaállítására).

A házi gyermekorvosi rendelésen megjelentek, meglátogatottak számát tekintve Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a 2004-2006-os időszak elenyésző növekedését 2006 és 2008 között 8,2%-os csökkenés követte. A 2008-2009-es átmeneti 4,1%-os felívelés után az ereszkedés tovább folytatódott 2012-ig, 11,5%-os mértékben. Heves megyében szinte pontosan annyival (3,3%-kal) növekedett a mutató értéke 2008-2009-ben, mint amennyivel csökkent az ezt megelőző 2004-től 2008-ig tartó szakaszban, de a jelentősebb változás 2009 és 2012 között zajlott 13,6%-os csökkenés formájában. Nagyon hasonló folyamatok játszódtak le Nógrád megyében is: 2004 és 2006 között 3,5%-kal csökkent, 2006-tól 2009-ig 3,9%-kal nőtt, majd 2009 és 2012 között 13,6%-kal lett alacsonyabb a vizsgált mutató.

Az abszolút mutatók mellett a háziorvosi ellátórendszer igénybevételéről alkotott képet leginkább a fajlagos mutatók árnyalják.

4. ábra: A háziorvosi rendelésen megjelentek, meglátogatottak 1000 lakosra jutó száma az Észak-magyarországi régió megyéiben, 2004-2012



Forrás: ÁEEK REA alapján saját szerkesztés

A háziiorvosi rendelésen megjelentek, meglátogatottak 1000 lakosra jutó száma a teljes vizsgált időszoron Heves megyében a legmagasabb (a 2004-2012-es évek átlagában 7004,4 fő), Borsodban és Nógrádban némileg alacsonyabb, egymáshoz közelebb álló számok figyelhetők meg (az idősor átlagában 6482,7, illetve 6273,9 fő). Mindhárom megyében végig azonosak a növekedés-csökkenés időszakos tendenciái, és a vizitdíj hatása természetesen a mutató lakosságszámra vetített értékeiben is megjelenik a 2007-es számokban (illetve a népszavazásé a 2008-2009-es értékekben).

A gyermekorvosi rendelésen megjelentek, meglátogatottak 1000 lakosra jutó száma Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a legmagasabb a teljes vizsgált időszoron (a vizsgált időszak átlagában 4795,9 fő), Heves és Nógrád pedig 2-3 évente „cserélgeti” pozícióit, kisebb-nagyobb ingadozások közepette (átlagosan 4503,9, valamint 4532,4 fővel). Mivel a vizitdíj bevezetése a 18 éven aluliakat nem érintette, ezért Heves megyében csak kisebb mértékben, Nógrád megyében egyáltalán nem érvényesült a hatása a rendelések fajlagos számában, Borsod megyében viszont a csökkenés a felnőtt ellátáshoz hasonlóan bekövetkezett. A borsodi szülők vizitdíj iránti érzékenysége megmutatkozott gyermekeik orvoshoz vitelében is.

Az egy háziiorvosra jutó megjelentek, meglátogatottak száma a 2004 és 2012 közötti időszak átlagában – hasonlóan a lakosságszámra vetített értékekhez – Heves megyében a legmagasabb (14334,7 fő), míg Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 12985,51, Nógrád megyében pedig 12712 fő volt. A mutató értéke viszonylag erőteljes fluktuációt mutat, és három markáns szakaszra osztható. A 2004-2006-os időszak növekedése (Borsod: 7,4%; Heves: 6,9%; Nógrád: 8,9%) után a 2006-ról 2007-re bekövetkező nagymértékű csökkenést (Borsod: 21,7%; Heves: 17,3%; Nógrád: 16,7%) hasonlóan észrevehető volumenű növekedés követte 2007 és 2012 között (Borsod: 23,1%; Heves: 14,6%; Nógrád: 13,5%). Az utolsó szakasz mindhárom megyében két további részre bontható: a 2007-2009-es időszakot ugrászerű növekedés jellemzi (Borsodban és Nógrádban 20% körüli, Heves megyében 11,3%-os), míg a 2009 és 2012 közötti szakaszt mérsékelt ütemű növekedés jellemzi Borsod-Abaúj-Zemplén

(2,4%) és Heves megyében (2,9%), illetve 5,5%-os csökkenés Nógrád megyében.

Az egy házi gyermekorvosra jutó megjelentek, meglátogatottak száma Nógrád megyében volt a legmagasabb a vizsgált periódus átlagában 8425,4 fővel, míg Heves megyében 8161,9 fő, Borsodban 8050 fő volt ez az időszakos átlag. A mutató értéke igen erőteljes ingadozást mutat a 2004 és 2012 közötti időszakban. Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megyében a 2006-os év jelentette a csúcspontot: az akkori állapothoz képest 2012-re előbbi térségben 7,2%-os, utóbbiban 18%-os csökkenés regisztrálható. Nógrád megyében a 2009-es év kiemelkedő értékei után 2012-ig 13,6%-os esés mutatkozott.

Következtetések

Az alapellátás az egészségügyi ellátórendszer nélkülözhetetlen eleme: megteremti a beteg kapcsolatát az egészségügyi ellátórendszerrel, és fontos szerepe van a diagnosztikus felállításaiban, a preventív fókuszú ellátásban, ezáltal a magasabb progresszivitási szintek tehermentesítésében és a költségsökkenésben. Újszerű szervezeti alternatívái, a praxisközösségek és csoportpraxisok horizontális és vertikális együttműködései az ellátás hatékonyabb szervezését segítik elő.

Az Észak-magyarországi régió társadalmi-gazdasági helyzetét a rendszerváltás utáni gazdaság szerkezetben bekövetkezett változások java-részt hátrányosan érintették. A régió periférikus helyzetének egyes összetevőit gazdag szakirodalom taglalja, de kevés a térség egészségügyére hangsúlyt fektető tudományos értekezés. Jelen tanulmány elkészítésének kiindulópontját egy korábbi saját kutatás jelentette, amely rámutatott a térségi ellátórendszeri kapacitások országos összehasonlításban legrosszabb helyzetére.

A vizsgált régió megyéiben hasonló folyamatok zajlottak le az uniós csatlakozás óta eltelt időszakban. A háziiorvosi szolgálatok száma összességében csökkenést mutat a felnőtt és gyermek ellátásban is, a lakosságszámra vetítve viszont – a népességsökkenés okán – növekedést mutat. A régió településeinek oroslánrésze abba a nagyságkategóriába tartozik, ahol a vonatkozó rendelet alapján nincs szükség háziiorvosi szolgálatra, vagy 1 körzet elegendő. Ennek ellenére a gyakorlatban súlyos problémát jelent, hogy

a tartósan betöltetlen körzetek száma az elmúlt két évben drasztikusan emelkedett, és sok helyen az üresedés több mint egy évtizede fennáll. A vizitdíj bevezetése a kétezres évek közepén átmenetileg visszafogta az alapellátás igénybevételét, de annak kivételével idővel általában visszaállt a vizitdíj előtti szintre. Az utóbbi években a felnőtt háziorvosok leterheltsége Heves megyében, a gyermek háziorvosok igénybevétele Nógrád megyében volt a legmagasabb, de a népesség elöregedése miatt a gyermekorvosi megjelenések, látogatások egy orvosra jutó száma mindenhol esést produkált. A téma további kutatása – kiegészülve a fekvő- és járóbeteg, valamint a kiegészítő ellátások elemzésével – szükséges és tervezett.

BÁLINT CSABA

Felhasznált források

2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről

2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól

2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról

290/2014. (XI. 26.) Korm. rendelet a kedvezményezett járások besorolásáról

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat: Területi ellátási kötelezettség nyilvánartás. URL: <http://appserver.antsz.hu/jtek/ellatas>

Bakos I. M. (2015): Az egészségügyi állapot gazdaságra gyakorolt hatásainak vizsgálata Magyarországon. In: Shévik Cs. (szerk.): X. Kheops Nemzetközi Tudományos Konferencia: Tudomány és Felelősség. pp. 130-143.

Cs. Bálint. – T. Tóth (2016): Comparison of the Hungarian counties in terms of healthcare system. In: A. Csata, B. E. Biró, G. Fejér-Király,

O. György, J. Kassay, B. Nagy, L. J. Tánczos (szerk.): Challenges in the Carpathian Basin. Integration and modernization opportunities on the edges of Europe: 13th Annual International Conference on Economics and Business pp. 96-113.

Chan, M. (2008): Launch of the final report of the Commission on Social Determinants of Health. Statement to the press

Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (2008, 2013): ESKI Egészségtudományi Fogalomtár. URL: <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Kezd%C5%91lap>

Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárság (2015): Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója. Munkaanyag p. 10

Figueras, J. et al. (2008): Health systems, health and wealth - Assessing the case for investing in health systems. WHO, Geneva

Kollányi, Zs. (2013): A gazdasági fejlődés és az egészségi állapot elméleti összefüggései. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1/2013. 37-44. p

National Public Health and Medical Officer Service (2017): Tájékoztató a tartósan betöltetlen háziorvosi körzetekről. URL: <http://www.oali.hu/praxiskezo-nyilvtartas/tartosan-betoltetlen-korzetek/95-tajekoztato-a-tartosan-betoltetlen-haziorvosi-koerzetekrol.html>

Némediné Kollár K. – Káposzta J. (2014): Területi hátrányok az Ózdi kistérségben. In: Északmagyarországi Stratégiai Füzetek, XI. pp. 63-70.

Orosz, É. (2001): Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest