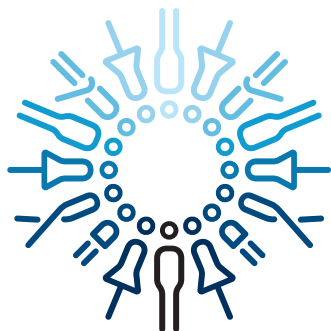




KORFA

N É P E S E D É S I H Í R L E V É L

A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet kiadványa demográfiai kérdésekről

A KETTŐS PRAXIS ÉS KÖVETKEZMÉNYEI A VÁRANDÓSGONDOZÁSI RENDSZERBEN

Az Országgyűlés 2020. október 6-án elfogadta az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló T/13174. számú törvényt.¹

A rendelkezés célja egyfelől a hálapénz teljes kivezetése az egészségügy rendszeréből – elfogadásának és adásának büntethetővé tétele által. A probléma a hazai közegben igen jelentős, Magyarországon – egy 2015-ös nemzetközi összevetés szerint – az egészségügyi ráfordítások 28 százalékát fedte le a hálapénz, míg EU szinten ez az arány 15 százalékos átlagot mutat². A magyar lakosság 56 százaléka pedig – szintén nemzetközi adatok tükrözik ezt – tudatában is van a közegészségügyet átható korrupciós gyakorlatnak³.

A törvény másik célkitűzése a kettős praxisok visszaszorítása. Ennek egyik eszközeként az állami és önkormányzati fenntartású egészségügyi szolgáltatók dolgozóikat egészségügyi szolgálati jogviszony keretében alkalmazhatják tovább, amelybe a továbbiakban nem fér bele egyéb kereső tevékenység, jogviszony vagy szolgáltatásnyújtás. Ez az összeférhetetlenség alapjaiban rendezi át a kombinált – párhuzamos magán- és állami – orvosi praxisok eddigi működését. Különösen érzékeny kérdés ez a szülészeti-nőgyógyászati területén, ahol az átfarmálódó rendszernek a választott nőgyógyász-választott szülészorvos bevett gyakorlatát is kezelnie kell. A várandósellátás és szüléskísérés

hazai rendszerében a magán- és állami ellátások összefonódása – és az erre vonatkozó társadalmi igény – olyannyira stabilnak és megkerülhetetlennek tűnik, hogy a korlátozó törvény külön kitér a szülészeti-nőgyógyászatra, egyfajta kivételként kezelve azt, ezzel (az ellátás komplex megközelítési igényére hivatkozva) felmentést biztosítva a magán és állami praxis összeférhetetlensége alól a szakterületen. A konkrét megvalósítási módok még formálódnak, az átalakulási folyamat jelenleg is zajlik. Az új szisztémának azonban a hazai várandósgondozás örökölt körülményeivel és a rendszerhez kapcsolódó erős kliens-igényekkel egyaránt számolnia kell.

Ezeket számba véve az alábbiakban elsősorban a felhasználók szemszögéből tekintjük át a hazai várandósgondozási rendszer törvényi változást megelőző igénybe vételét, költségeit és társadalmi szelekciós karakterét.

A nőgyógyászati orvosszakmákon belüli speciális helyzetét a foglalkozási presztízsvizsgálatok adatai is tükrözik. A KSH Mikrocenzus felvételének 2016-os adatai⁴ alapján a nőgyógyászokhoz – az orvosfoglalkozásokra általában jellemző magas presztízssük mellett – az orvosfoglalkozásokon belül főként kereset és divatosság dimenzióiban társul kedvező társadalmi megítélés a presztízshierarchia különböző metszeteiben. (1. ábra)

¹ Magyarország Kormánya: T/13174. számú törvényjavaslat az egészségügyi szolgálati jogviszonyról. Budapest, 2020. október

² European Commission (2017). Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector. Final Report, 187 p.

³ A Special Eurobarométer 2014-es adata. European Commission (2017). Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector. Final Report, 187 p.

⁴ Mikrocenzus 2016. Az adatok forrása a kutatószobai hozzáférés által biztosított egyéni szintű adatbázis.

1. ábra: Orvoscsoportok foglalkozási presztízsorrendben elfoglalt helye a presztízhierarchia hat dimenziójában

	Általános	Kereset szerinti	Divatosság szerinti	Tudás szerinti	Hatalom szerinti	Hasznosság szerinti
Kórházigazgató	1	12	40	10	11	16
Gyermekorvos	3	38	23	3	26	1
Sebész	4	15	16	2	23	3
Körzeti orvos	8	37	38	8	18	2
Fogorvos	14	17	9	11	41	5
Plasztikai sebész	15	6	1	5	25	75
Nőgyógyász	21	13	13	9	36	10
Állatorvos	23	40	27	13	43	14
Bőrgyógyász	26	44	55	12	44	9

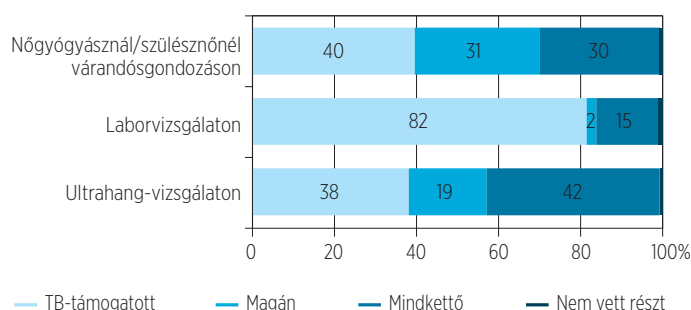
Megjegyzés: Foglalkozásonként és presztízs dimenzióként eltérő számú személy rangsorolta az egyes foglalkozásokat. Az összesített rangsor 1 és 175 között húzódik. Minél közelebb van egy cella értéke az 1-hez, annál magasabb az adott dimenzióban az adott foglalkozás presztízse, és minél sötétebb kék egy cella színe, annál magasabb egy adott foglalkozás presztízse adott dimenzióban (hőképek).

Forrás: Központi Statisztikai Hivatal, Mikrocenzus 2016. Saját szerkesztés.

A magán és állami ellátási rendszerek összefonódása magával hozza a hálapénz-fizetés és az állami infrastruktúra magáncélú használatának kiugróan magas előfordulását a szülészet-nőgyógyászat szakterületén. Másfelől azonban e gyakorlat mellett szólhat, hogy elvileg – nemzetközi ajánlásokkal⁵ és ezekre támaszkodva a Kormány által elfogadott családbarát szülészeti irányelvvel⁶ is összhangban – lehetővé teszi a nők számára a várandósságuk gondozásával, szülészeti ellátásukkal, orvosválasztásukkal kapcsolatos döntések meghozatalát és érvényesítését. Jóllehet e választás lehetősége immár kormányzati szinten legitimizáltan áll a gyermeket vállaló nők rendelkezésére, szabadságfoka korántsem egyenlő mértékű a különböző társadalmi csoportokon belül. A hazai szülészeti ellátás az átfedő praxisokból és finanszírozási formákból fakadóan súlyos társadalmi egyenlőtlenségeket hordoz, melyeket a várandósgondozási rendszer ugyanezen kettős jellege is megalapoz. Annak ellenére van ez így, hogy a magyar várandósgondozás rendszere komplex, ingyenes és minden várandósra kiterjedő egészségügyi ellátást biztosít⁷, a szülészorvos mellett a védőnő, a háziorvos és a szülésznő bevonásával, illetve részletes gondozási és szűrővizsgálati protokollal. A várandósok jelentős részét azonban magánpraxisokban dolgozó nőgyógyászok gondozzák, ennek során gyakran kombinálva a társadalombiztosítás által és magánforrásból finanszírozott egészségügyi szolgáltatások igénybe vételét.

A Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat⁸ adatai szerint Magyarországon 2018/19-ben a várandósságuk hetedik hónapjában lévő anyák várandósgondozása lényegében 100 százalékban lefedett. Ugyanakkor mindössze 40 százalékat gondozzák kizárólag TB-támogatott nőgyógyászati rendelésen. Egyharmaduk kizárólag magánorvos szolgáltatását vette igénybe, további egyharmad pedig magán- és állami várandósgondozásban praktizáló nőgyógyászhoz egyaránt fordult. Az eredmények jól példázzák az ellátó-rendszert uraló párhuzamokat, mely gyakran kettős finanszírozáshoz vezet: a szükséges laborvizsgálatokat például többnyire (82%) a társadalombiztosítás fedezi, a terhességi ultrahang-vizsgálatok pedig a leggyakrabban állami- és magánrendeléseken vegyesen zajlanak.

2. ábra: Várandósgondozási szolgáltatások igénybe vétele, finanszírozási formák szerint



N=8287 várandós.

Forrás: Kohorsz'18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat, várandós kutatási szakasz, KSH NKI, 2020

A kettős finanszírozással működő hazai várandósgondozási rendszer igénybe vétele társadalmi egyenlőtlenségekkel leképezhető.⁹ A magán-nőgyógyászok által végigkísért várandósságok gyakorisága az anya iskolai végzettségi szintjével, jövedelmi helyzetével, lakóhelyének regionális fejlettségi szintjével párhuzamosan növekszik, a társadalombiztosítás súlya pedig fokozatosan csökken. (3. ábra) A rendszer társadalmi háttér szerinti áttekintése az ellátási egyenlőtlenségek, hozzáférési hátrányok későbbi hatásai miatt különösen fontos. A várandósgondozás minősége a szülés kimenetelére, az anya egészségére és a gyermek későbbi fejlődésére is kihat. ^{10, 11, 12}

⁵ WHO (2018): WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization, 2018; NICE (2018): Intrapartum care for healthy women and babies. The National Institute for Health and Care Excellence, 2018

⁶ Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelv a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról. Hatályos: 2019.12.17

⁷ 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról

⁸ A KSH Népeségstudományi Kutatóintézet kutatása közel 9000, 2018-2019-ben született gyermek életútját vizsgálja a várandósságtól kezdődően annak fél éves, 18 hónapos és három éves korában az anyák fő demográfiai jellemzői szerint (életkor, iskolai végzettség, paritás, hivatalos családi állapot, lakóhelyi fejlettségi szint) országosan reprezentatív mintán. Az elemzés a várandóskori és hat hónapos kori személyes és önkéntöltős kérdőívek súlyozott adatain alapul (n=8311). A kutatásról bővebben: Veroszta Zsuzsanna (szerk.) (2018): Kutatási koncepció. Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Kutatási Jelentések 100. KSH Népeségstudományi Kutatóintézet, Budapest. DOI: 10.21543/Kut.2018.100

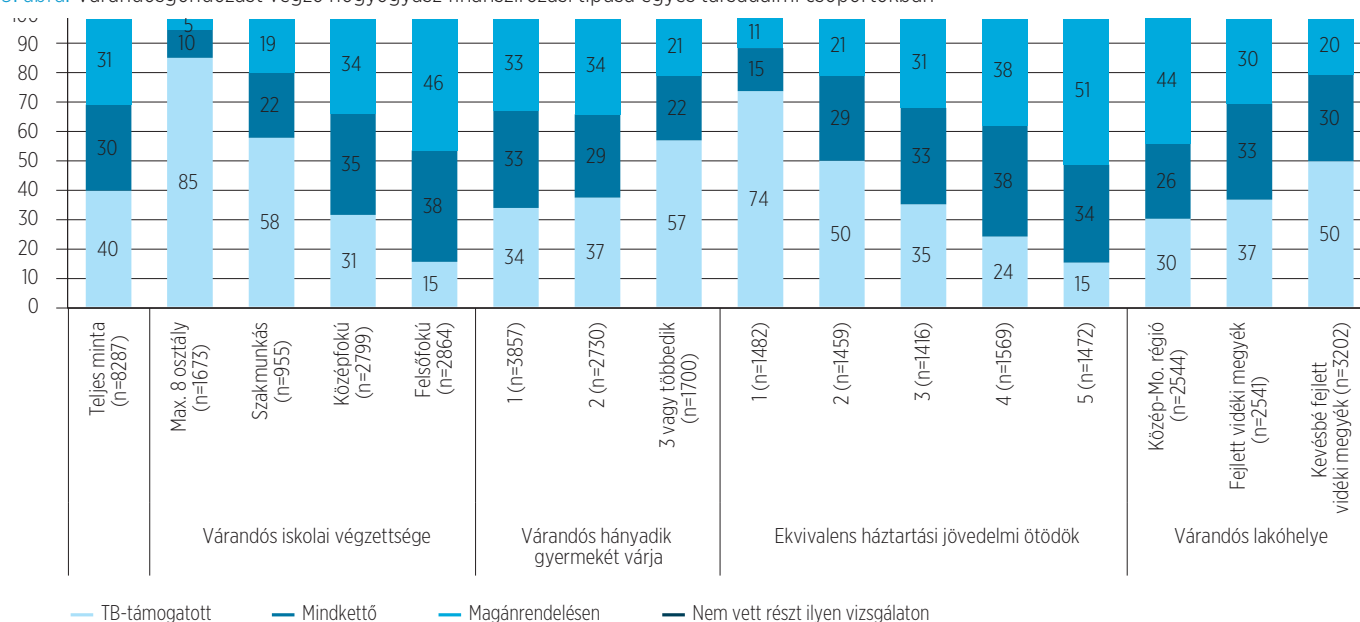
⁹ Boros J., Kopcsó K., Veroszta Zs. (2021). A magyarországi várandósgondozási rendszer háttér-egyenlőtlenségei: magán- és állami ellátások igénybevétele. Orv. Hetil. 2021; 162(35): 1402-1412.

¹⁰ Braveman P., March K., Egarter S. et al (2010). Poverty, near-poverty and hardship around the time of pregnancy. Matern Child Health J. 2010; 14: 20-35.

¹¹ Sutherland G., Yelland J., Brown S. (2012). Social Inequalities in the Organization of Pregnancy Care in a Universally Funded Public Health Care System. Matern. Child Health J. 2012; 16: 288-296.

¹² Kramer MS., Seguin L., Lydon J. et al. (2000). Socioeconomic disparities in pregnancy outcome: Why do the poor fare so poorly? Paediatr Perinat Epidemiol. 2000; 14: 194-210.

3. ábra: Várandósgondozást végző nőgyógyász finanszírozási típusa egyes társadalmi csoportokban



N=8287 várandós (kategóriánként eltérő elemszámmal)

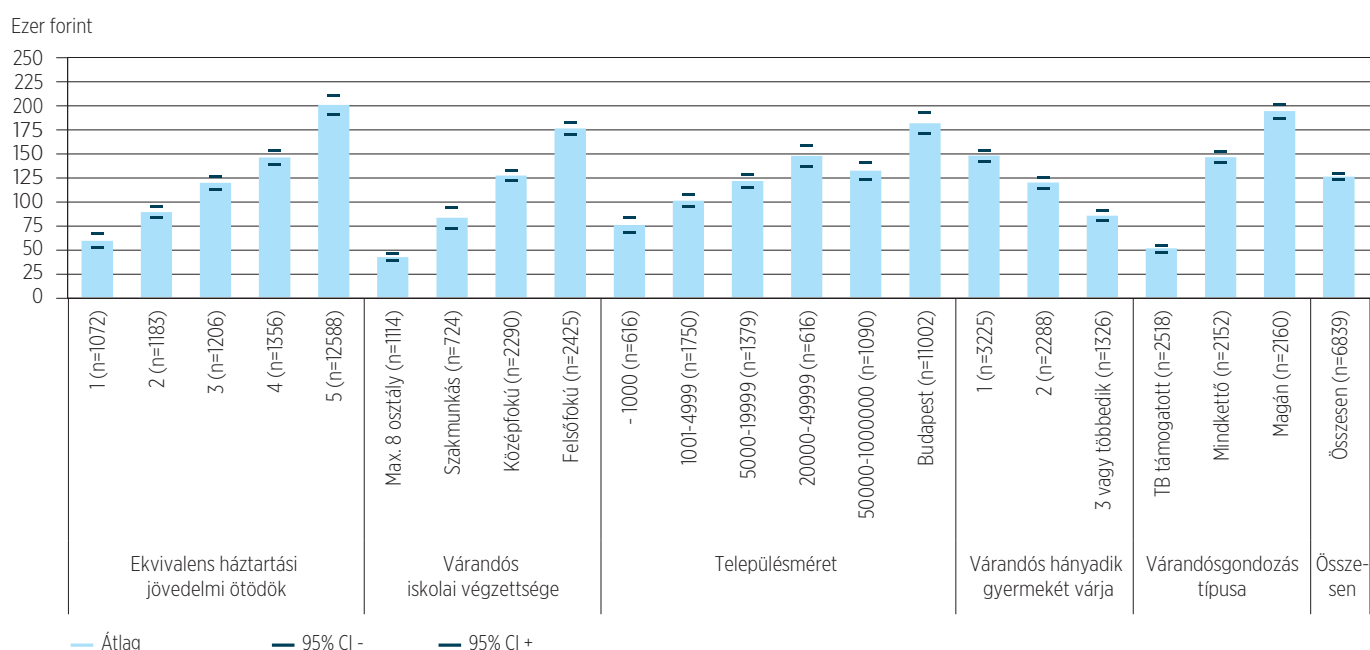
Forrás: Kohorsz18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat, várandós kutatási szakasz, KSH NKI, 2019

Mondhatni, hogy a magyarországi várandósgondozási gyakorlat teljes lefedettsége ellenére a kettős finanszírozás következtében kliens-oldalon szociálisan rendkívül szelektív, az orvostársadalmon belül pedig a magán- és állami praxis párhuzamosságát vállaló szakembereknek kedvez.

A várandósság alatti egészségügyi kiadások alakulása mind a társadalmi háttér-egyenlőtlenségeket, mind az ellátási rendszer sajátosságát leképezi. A 2018/19-ben gyereket váró családok számára átlagosan 126 ezer forintos privát egészségügyi kiadással járt a várandósság (a szülés, szülészeti ellátás költségei nélkül). Ez az összeg egyfelől egy ingyenes és teljeskörű

várandósgondozási rendszerben relatíve magas, másfelől pedig társadalmi háttér szerint nagy eltéréseket mutat. A legalacsonyabb jövedelmű családok átlagos, a várandósságra kötött 59 ezer forintos egészségügyi kiadásához képest a felső jövedelmi ötödben 200 ezer forintos átlagot találunk. Az alsó és felső anyai végzettségi szintek között 135 ezer forintos költség-különbség mérhető. A lakóhely településmérete szerinti tendenciák hasonlóak. Látszik az is, ahogyan a várandóssággal kapcsolatos egészségügyi kiadások a gyermekszámmal párhuzamosan csökkennek. Az első gyermeket váró családok költsége a legmagasabb. Egyértelműnek tűnik továbbá,

4. ábra: A várandósság alatti egészségügyi kiadások alakulása, átlag



N=6869 anya (kategóriánként változó elemszám)

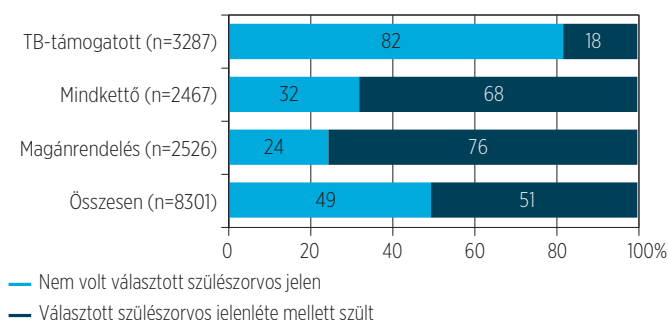
Forrás: Kohorsz18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat, fél éves kutatási szakasz, KSH NKI, 2020

hogy a kiadásokat különösen a magán nőgyógyászati praxis igénybe vétele növeli. A kizárólag TB-támogatott nőgyógyászati rendelésre járó nők egészségügyi kiadásai átlagosan 50 ezer forintot érnek el a várandósság alatt, míg a magán-nőgyógyászhoz járó anyák költsége átlagosan 194 ezer forint. Ennél valamivel kevesebb, de az átlag feletti, 146 ezer forintos kiadás társul a magán és állami nőgyógyászati szolgáltatások kombinált igénybevételéhez.

A kettős praxis hazai rendszeréből következik, hogy a családok által vállalt magasabb várandósgondozási költségek, a magán nőgyógyász igénybevétele nem pusztán a magasabb színvonalú várandósgondozási ellátás érdekében, hanem a szülési körülmények előkészítése miatt is történik. A várandósságot kísérő magánorvos ugyanis az esetek nagy részében „fogadott orvosként”, az anya magán-finanszírozásában, de az állami kórház infrastrukturális keretein belül lesz jelen a szülésnél.^{13, 14}

A 2018/19-re vonatkozó kutatási adatok szerint éves szinten a szülések 51 százaléka zajlik Magyarországon választott szülészorvos jelenlété mellett, ún. fogadott orvossal. Ez a jelentős arány egyben a hálapénz szülészeti ellátásban betöltött súlyára is utal. Ez az arány a várandósgondozás során kizárólag TB-támogatott rendeltetést igénybe vevők körében is 18 százalékos, de a magán- vagy vegyes finanszírozású várandósgondozást választók esetében az egyértelmű többséget jellemzi (76 ill. 68 százalék).

5. ábra: A várandósgondozás finanszírozási típusa és a szülést levezető orvos



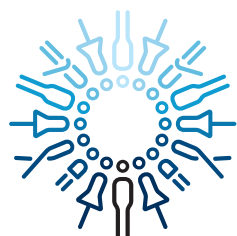
Forrás: Kohorsz18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat, fél éves kutatási szakasz, KSH NKI, 2020

A terhességet kísérő magán-nőgyógyász melletti – mint láthattuk, társadalmi-gazdasági szempontból erősen szelektív – döntést a választott orvos magyarországi szülészeti ellátásban bevett gyakorlata nagymértékben táplálta a hálapénz tiltását megelőző időszakban. Jóllehet utóbbi törvényi szabályozás alól a nőgyógyász szakma sem kivétel, a kettős praxis folytatásának számukra továbbra is adott lehetősége mellett aligha várható jelentős változás a várandósgondozás és szüléslevezetés hazai gyakorlatában. Mindez pedig nemcsak a szülészeti ellátáson belüli korrupció mértéke miatt¹⁵, hanem a várandósgondozáshoz és szüléshez kapcsolódó társadalmi egyenlőtlenségek alakulása szempontjából is lényeges.

¹³ Sági C., Baji P. (2017). Hálapénz a szülészetben – egy kvalitatív vizsgálat eredményei. Biztosítás és Kockázat 2017; 4: 82–97.

¹⁴ Baji P., Rubashkin N., Szezik I. et al. (2017). Informal cash payments for birth in Hungary: Are women paying to secure a known provider, respect, or quality of care? Soc Sci Med. 2017; 189: 86–95

¹⁵ Merényi M. Miklós (2020). igyszultem.hu, a K-Monitor és az EMMA Egyesület közös felmérése. <https://k.blog.hu/2020/12/16/igyszultem-elemzes>



KSH NÉPESSÉGTUDOMÁNYI
KUTATÓINTÉZET

KORFA – NÉPESEDÉSI HÍRLEVÉL

Szerkesztő: Monostori Judit monostori@demografia.hu

Kiadó: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet

Cím: 1024 Budapest, Buday László utca 1-3.

Terjesztő: Törő Ágnes toro@demografia.hu

Telefon: 06-1-345-6631; Fax: 06-1-345-1115

ISSN 1586-7684 (nyomtatott) HU ISSN 2062-7599 (online)

További információ:

Veroszta Zsuzsanna, veroszta@demografia.hu

Szabó Laura, szabo@demografia.hu

TISZTELT OLVASÓNK!

A Korfa korábbi számai letölthetők a www.demografia.hu oldalról. A kiadvány szövege és ábrái tovább szerkeszthető formátumban igényelhetők Monostori Judit szerkesztőtől a monostori@demografia.hu e-mail címen.