



---

ÁLLAMI  
SZÁMVEVŐSZÉK

# J E L E N T É S

a háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi  
feltételrendszerének ellenőrzéséről

1126

2011. november

---

## **Költségvetési, Felügyeleti Főigazgatóság**

Iktatószám: V-2011-122/2010-2011.

Témaszám: 993

Vizsgálat-azonosító szám: V-0523-1

### **Az ellenőrzést felügyelte:**

**Dr. Becker Pál**

főigazgató

### **Az ellenőrzés végrehajtásáért felelős:**

**Dr. Zöldréti Attila**

mb. felügyeleti vezető

### **Az ellenőrzést vezette:**

**Winter Zsuzsa**

számvevő főtanácsos

### **Az ellenőrzést végezték:**

**Balogné Dakó Eszter**

számvevő tanácsos

**Böröcz Imre**

irodavezető főtanácsadó

**Bravics Judit Barbara**

számvevő gyakornok

**Dankó Géza**

irodavezető főtanácsadó

**Federics Adrienn**

számvevő tanácsos

**Humli Tamásné**

számvevő tanácsos

**Kriston-Vizi János**

számvevő tanácsos

**Dr. Németh Eszter**

számvevő

**Szabó Tamás**

számvevő tanácsos

**Szudi Ferencné**

számvevő

**Dr. Szűcs Zoltán**

számvevő tanácsos

**Zachár Péterné**

számvevő tanácsos

**Dr. Vokó Zoltán**

külső szakértő

---

# TARTALOMJEGYZÉK

<b>BEVEZETÉS</b>	<b>13</b>
<b>I. ÖSSZEGZŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK, KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK</b>	<b>17</b>
<b>II. RÉSZLETES MEGÁLLAPÍTÁSOK</b>	<b>23</b>
1. A háziiorvosi ellátás területi szervezete és a legjelentősebb krónikus megbetegedések területi előfordulása, a szükséglet és az ellátás kapcsolatának értékelése	23
1.1. A kistélepülések humántőke vesztesége az országos átlaghoz viszonyított többlethalálozás miatt	23
1.2. A minőségi indikátorok bevezetése a minőségi munkavégzés érdekében	30
2. A háziiorvosi ellátás feltételrendszerének korszerűsítésére irányuló intézkedések	32
2.1. A háziiorvosi ellátásra vonatkozó koncepciók	32
2.2. A feltételrendszer javítását célzó intézkedések	33
2.3. A működtetési jog	36
2.4. A területi ellátási kötelezettség nélküli szolgáltatók	38
2.5. A minimum feltételek korszerűsítésére tett ágazatirányítói törekvés	39
2.6. A praxisok működtetéséhez szükséges humánerőforrás alakulása	39
2.7. A betöltetlen praxisok területi megoszlása, aránya, hatása az ellátásra	41
2.8. Az orvosi tevékenységre vonatkozó munkaidőkorlát betartása, a háziorvos valamennyi tevékenységéből adódó leterheltség alakulása	42
2.9. A háziiorvosi feladatellátás szakmai ellenőrzése (ÁNTSZ és OEP)	43
2.10. A háziorvosok adatszolgáltatási kötelezettségének, valamint annak egyszerűsítésére tett intézkedések értékelése	44
3. Az önkormányzatok szerepe a háziiorvosi ellátás megszervezésében	46
3.1. Az ellátás megszervezésére irányuló önkormányzati intézkedések	46
3.2. A háziorvosokkal kötött feladatellátási szerződések és azok végrehajtása	47
3.3. A háziiorvosi ellátás önkormányzati támogatása	49
3.4. Az uniós források hozzájárulása a háziiorvosi ellátás feltételeinek javításához, a pályázattal nyert támogatások felhasználása és azok ellátásra gyakorolt hatása	52
4. A háziiorvosi ellátás finanszírozása	53
4.1. Háziiorvosi kassa előirányzatának tervezése az E. Alapban	53

---

4.2.	A finanszírozás és a feladatellátás	55
4.3.	Méretgazdaságosság kezelése a finanszírozásban	58
4.4.	A finanszírozás szerepe a háziiorvosi ellátáshoz való (területi) hozzáférés különbségeinek csökkentésében	59
4.5.	A finanszírozás ösztönző hatása a befejezett ellátásra	60
4.6.	A háziiorvosi teljesítmények, valamint kifizetések finanszírozói ellenőrzése	63

## **MELLÉKLETEK**

1. sz.	Észrevétel
2. sz.	Háziiorvosi kérdőív feldolgozása 1007 válaszadó alapján
3. sz.	A keringési, daganatos, krónikus megbetegedések, valamint a szívinfarktus okozta halálozás
4. sz.	Indikátor feldolgozása 2009 szeptemberétől
5. sz.	Táblák jegyzéke
6. sz.	Tanúsítványok jegyzéke

---

## RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

AB	Alkotmánybíróság
ÁKSZEI	Államháztartás Központi Szintjét Ellenőrző Igazgatóság
ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
ÁSZ	Állami Számvevőszék
E. Alap	Egészségbiztosítási Alap
ESzCsM	Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium
EU	Európai Unió
EüM	Egészségügyi Minisztérium
HHL	Háziorvosi Hatásköri Lista
KMREP	Közép-magyarországi Regionális Egészségbiztosítási Pénztár
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MEES	Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok
MIHA	Minőségi és Hatékony Gyógyszerrendelés Ösztönző Rendszer
NEFMI	Nemzeti Erőforrás Minisztérium
NFÜ	Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
OALI	Országos Alapellátási Intézet
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development (Gazdasági Együttműködés és Fejlesztés Szervezete)
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OGY	Országgyűlés
OLEF	Országos Lakossági Egészségfelmérés
OSAP	Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program
OSZMK	Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ
OTH	Országos Tisztifőorvosi Hivatal
ÖTEI	Önkormányzati és Területi Ellenőrzési Igazgatóság
Ötv.	Önkormányzati Törvény
TEK	Területi Ellátási Kötelezettség
TEK NÉLKÜLI	Területi Ellátási Kötelezettség Nélküli



---

## ÉRTELMEZŐ SZÓTÁR

Aktív fekvőbeteg-ellátás	A fekvőbeteg-ellátó intézményben történő gyógyító, megelőző, rehabilitáló tevékenység, amelyben az ápolási idő előre tervezhető, többnyire rövid időtartamú. Az ellátásban az orvos-szakmai tevékenység a meghatározó, az ellátás célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása. A besorolásban nem játszik szerepet, hogy az ellátás akut vagy krónikus betegség miatt következik-e be.
Alapellátás	A beteg lakóhelyén, illetve annak közelében biztosítani kell, hogy választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 88. § (1) bek.]
ATC (Anatomical Therapeutical Classification) csoport	A gyógyszerek anatómiai, terápiás, illetve kémiai hatás szerinti osztályozása. [A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 3. § m)]
Beteg	Az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pont]
Biztosított	Az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásainak tekintetében a 1997. évi LXXX törvény (Tbj.) 5. §-a szerinti biztosított, valamint a Tbj. 13. §-a és 16. §-ának (1) bekezdése szerint egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy
Definitív ellátás	A definitív ellátás alatt " <i>befejezett ellátást</i> " értünk, olyan gyógykezelési folyamatot, amely a beteg gyógyulásával – és nem tovább utalásával – zárul. [A lap eredeti címe: <a href="http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Definit%C3%ADv_ell%C3%A1t%C3%A1s">http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Definit%C3%ADv_ell%C3%A1t%C3%A1s</a> , Kategória: Általános fogalom]
Egészség-nyereség	Az egészségi állapot beavatkozás szerinti változása, ami az élettartam meghosszabbodását, és/vagy az életminőség javulását okozza.
Egészségügyi dokumentáció	Az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § p) pont]
Egészségügyi ellátás	A beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § c) pont]
Egészségügyi hatóság	A Kormány által kijelölt szerv illetékes szerve. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § h) pont, hatálytalan: 2009. I. 1-jétől]

---

Egészségügyi intézmény	Az egészségügyi szolgáltatók közül a rendelőintézeti járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók (a továbbiakban együtt: gyógyintézet), továbbá, az állami mentőszolgálat, az állami vérellátó szolgálat, valamint az egészségügyi államigazgatási szerv intézetei, amennyiben egészségügyi szolgáltatást is nyújtanak. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § g) pont]
Egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv	Az egészségügyi alapellátásért felelős települési önkormányzat, továbbá az egészségügyi szakellátásért felelős települési és megyei önkormányzat, illetőleg központi államigazgatási szerv, mint közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató fenntartója. [Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 2. § (1) bek. c) pont]
Egészségügyi szakterület	Amelyre nézve külön jogszabály szerint egészségügyi szakképesítés szerzhető. [Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 2. § (1) bek. d) pont]
Egészségügyi szolgáltatás	Az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet, valamint a mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddőtételt, az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, továbbá a halottvizsgálattal, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal, – ideértve az ehhez kapcsolódó – a halottak szállításával összefüggő tevékenységeket is. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § e) pont]
Egészségügyi szolgáltató	A tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § f) pont]
Fejkvóta	Az egészségügyi forrásallokációban használatos fejkvóta a finanszírozó által az ellátásszervezőnek juttatott fix ösz-

---



---

	<p>szeg, amit az ellátásra jogosult személyek után, meghatározott szolgáltatási csomagért, meghatározott időszakra fizetnek. A fejkvóta gyakorlatilag minden ellátásra jogosult személy után egy adott összeggel számol, amely az ellátásszervezőnek kifizetésre kerül.</p> <p>[<a href="http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/elmeleti_alapok.pdf">http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/elmeleti_alapok.pdf</a>]</p>
Fekvőbeteg-szakellátás	<p>A betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 91. § (1) bek.]</p>
Fenntartó	<p>Költségvetési szerv egészségügyi szolgáltató esetén az alapító okiratban felügyeleti szervként megjelölt állami szerv, helyi önkormányzat vagy önkormányzati társulás; egyházi jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező egyházi egészségügyi szolgáltató esetén az alapító okiratban fenntartóként megjelölt egyházi jogi személy; alapítványi, közalapítványi egészségügyi szolgáltató esetén az alapítvány, közalapítvány; más szervezet egészségügyi szolgáltató egységeként működő gyógyintézet esetén a tulajdonosi jogokat gyakorló szervezet. [Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 2. § (1) bek. g) pont]</p>
Finanszírozási év	<p>Az adott évet megelőző év október 1-je, és az adott évet követő év szeptember 30-a között nyújtott teljesítmények alapján történő finanszírozás, mert a teljesítmények finanszírozása 3 hónapos csúszással történik (adott évben teljesített finanszírozás).</p>
Finanszírozási szerződés	<p>Az egészségügyi szolgáltatásra a finanszírozó és a szolgáltató között létrejött szerződés. [Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 2. § i) pont]</p>
Fixdíj	<p>Jogsabályban meghatározott összegű havi díjazás. [Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 2. § f) pont]</p>
Háziorvosi körzet	<p>A területi ellátási kötelezettség alapján a feladattal érintett települési önkormányzat (a továbbiakban: önkormányzat) által az Ötv. 2. § (2) bekezdése szerint rendeletben – a külön jogszabály rendelkezései figyelembevételével – meghatározott település(ek), illetve településrész(ek), [18/2000. (II. 25.) Korm. rendelet 2. § (1) bek. a) pont]</p>
Homogén betegcsoportok	<p>A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában használt betegség osztályozási rendszer. Közel azonos gyógyítási költségigé-</p>

---

---

(HBCS)	nyű betegségek orvosi szempontból is elfogadható csoportjai.
Járóbeteg-szakellátás	A beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 89. § (1) bek.]
Járóbeteg-szakellátás kapacitása	A járóbeteg-szakellátást nyújtó helyeken (rendelésen) lekötött heti szakrendelési óraszám (heti szakorvosi és nem szakorvosi órák száma).
Kezelőorvos	A beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § b) pont]
Költséghatékonyabb megoldás	Az ellátási színvonal csökkenése nélkül alacsonyabb költséggel nyújtott egészségügyi szolgáltatás. Az egészségügyi ellátás, amelyet a költségek emelkedése nélkül a korábban alkalmazott megoldáshoz képest korszerűbb technikával vagy ellátásszervezéssel olyan módon nyújtanak, hogy az a biztosított számára kisebb fizikai és/vagy pszichés megterheléssel jár, a gyógyulási idő lerövidül, illetve a szövődmények kockázata csökken. Az az egészségügyi ellátás, amely kismértékű költségemelkedéssel a korábban alkalmazott megoldáshoz képest jelentős egészségnyereséget eredményez.
Minimumfeltételek	Azon követelmények összessége, amelyek az egészségügyi szolgáltatás teljesítése során a betegek, az ellátást nyújtó személyzet és a környezet biztonsága szempontjából elengedhetetlenek.
Minőségügyi rendszer	Az egészségügyi szolgáltatások minőségét és minőségfejlesztését az egészségügyi szolgáltató minőségbiztosítási, minőségfejlesztési és ellenőrzési rendszere (a továbbiakban: belső minőségügyi rendszer), valamint a szakmai felügyeletet gyakorló szervezet minőségbiztosítási, minőségfejlesztési és ellenőrzési rendszere, továbbá a megfelelő tanúsítás (a továbbiakban: külső minőségi rendszer) biztosítja. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 120. §]
Működtetési jog	Az egészségügyi államigazgatási szerv által az a) pont szerinti orvos részére adott önálló orvosi tevékenység nyújtására jogosító engedélyben foglalt, személyhez kapcsolódó vagyoni értékű jog, amely jogszabályban meghatározott feltételek fennállása esetén elidegeníthető és folytatható. [2000. évi II. törvény 1. § (1) bek. c) pont, 2. § (3) bek.]
Orvos	A külön jogszabály szerint vezetett alap- és működési

---

---

	nyilvántartásban szereplő orvosi, fogorvosi szakképesítés-sel rendelkező személy.
Prevalencia	Egy adott időpontban egy adott betegségben (pl. cukorbetegség) szenvedők aránya, illetve azok aránya, akik az időpontot megelőzően a megbetegedést (pl. szívinfarktus) már elszenvedték.
RET (Regionális Egészségügy Tanács)	A RET az egészségügyi régióban a regionális egészségpolitika kialakításában közreműködő szervezet. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 149/A. § (1) bek.]
Standardizált halálozási hányados	Ez a mutatószám egy adott lakosságcsoportra vonatkozóan hasonlítja össze a halálozások tényleges számát a várt halálozással. Az adott lakosságcsoportban várt (elvárt) halálozást az összehasonlítás alapjául választott népesség halálozásából számolják ki. Például a Magyarország megyéire vonatkozó standardizált halálozási hányadosok kiszámításakor az országos halálozási adat felhasználásával számolják az egyes megyék várt halálozását. Ha ez a mutató adott lakosságcsoportban nagyobb, mint 100, akkor ott magasabb a halandóság, rosszabb a helyzet, mint az alapul választott népességben. <a href="http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Standardiz%C3%A1lt_hal%C3%A1loz%C3%A1si_h%C3%A1nyados">http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Standardiz%C3%A1lt_hal%C3%A1loz%C3%A1si_h%C3%A1nyados</a>
Szakmai protokoll	Meghatározott betegcsoportban és ellátási szinten egy betegség vagy állapot – az elérhető tudományos bizonyítékokkal alátámasztott preventív, diagnosztikai, terápiás, ápolási, gondozási és rehabilitációs – ellátási folyamatával kapcsolatos konkrét tevékenységek rendszerezett listája, ami az egészségügyi szolgáltatások szakmai ellenőrzésének és finanszírozásának alapját képezi. Célja az ellátás biztonságosságának és egyenletes színvonalának biztosítása. <a href="http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Szakmai_protokoll">http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Szakmai_protokoll</a>
Szolgáltatás auditálás	Az egészségügyi szolgáltatás szakmai ellenőrzésén alapuló kiértékelése, mely lehet belső vagy külső audit.
Szűrővizsgálat	Olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § ka) pont]
TAJ szám	Az egészségügyi, a szociális és a társadalombiztosítási és a magánnyugdíj rendszerrel kapcsolatos nyilvántartások azonosító kódja a Társadalombiztosítási Azonosító Jel. [A személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról szóló 1996. évi XX. törvény 6. § (2) bek.]
Tartósan betöltetlen háziiorvosi körzet	Az a területi ellátási kötelezettséggel működő háziiorvosi körzet, amelyben az ellátási kötelezettségnek hat hónapot meghaladóan csak helyettesítéssel tudnak eleget tenni,

---

---

Teljesítménydíj	kivéve, ha ennek az az oka, hogy a körzetet ellátó háziorvos munkavégzésében akadályoztatva van. [18/2000. (II. 25.) Korm. rendelet 2. § (1) bek. b) pontjai]
Területi ellátási kötelezettség	Az alapidj és a teljesítmény szorzata. [Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 2. § h) pont]
Területi ellátási kötelezettség nélküli praxis	A külön jogszabály szerint az önkormányzat kötelező feladatát képező egészségügyi alapellátás körébe tartozó (háziorvosi, házi gyermekorvosi, területi védőnői, fogászati ellátás) egészségügyi szolgáltatásoknak az a része, amelyet az önkormányzat, illetve saját intézménye vagy más szolgáltató útján biztosít. [Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 2. § c) pont]
Vizsgálat	A betegek választása alapján jön létre (legalább 200 biztosítottnak minősülő személy írásos nyilatkozata, hogy őt kívánja háziorvosának alkalmazni), de miután nincs ellátási kötelezettsége, senkit nem köteles fogadni, az egészségbiztosítással szerződésben áll, a betegek számára térítésmentesen (illetve az általános igénybevételi szabályoknak megfelelően) vehető igénybe, ellátási kötelezettség hiányában csak fejkvóta alapú bevételben részesül. [A lap eredeti címe: <a href="http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Az_ell%C3%A1t%C3%B3rendszerrel_kapcsolatos_fogalmak">http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Az_ell%C3%A1t%C3%B3rendszerrel_kapcsolatos_fogalmak</a> , Kategória: Ellátórendszer]
	Az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § k) pont]

### **Felhasznált irodalom:**

- [http://www.who.int/choice/costs/CER\\_thresholds/en/index.html](http://www.who.int/choice/costs/CER_thresholds/en/index.html)
- Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ* 1998;316:1310-1313.
- Stevens A, Gillam S. Needs assessment: from theory to practice. *BMJ* 1998;316:1448-1452.
- Gibson A, Asthana S, Brigham P, Moon G, Dicker J. Geographies of need and the new NHS: methodological issues in the definition and measurement of the health needs of local populations. *Health Place* 2002;8:47-60

- 
- Shortt NK, Moore A, Coombes M, Wymer C. Defining regions for locality health care planning: a multidimensional approach. *Soc Sci Med* 2005;60:2715-2727
  - Bradley S, David McKelvey S. General practitioners with a special interest in public health; at last a way to deliver public health in primary care. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:920-923



---

# JELENTÉS

## a háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének ellenőrzéséről

### BEVEZETÉS

„Nemcsak a gazdasági tényezők súlya jelentős egy ország lakosságának egészségi állapotát meghatározó tényezők sorában, de a lakosság egészségi állapota is jelentős befolyással van egy adott ország gazdasági teljesítményére: a humán erőforrás versenyképessége – a lakosság iskolázottsági szintje mellett – egészségi állapotának függvénye.”<sup>1</sup> Bloom<sup>2</sup> és munkatársainak 2001. évi 104 országra kiterjedő elemzése feltárta, hogy a várható élettartam 1 évvel való meghosszabbítása a GDP 4%-os növekedését eredményezi.

Magyarországon a születéskor várható átlagos élettartam mutató 73,3 év, amely lényegesen elmarad 30 OECD ország átlagától, ami 79,1 év. Magyarország ebben a rangsorban a 29. helyen áll. A 65 éves életkorban még várható élettartam nőknél 17,3 év, férfiaknál 13,4 év, ebben csak Szlovákiát és Törökországot előzzük meg.<sup>3</sup>

A lakosság egészségi állapotának javítására a fent említett tanulmány és az Egészségügyi Világszervezet<sup>4</sup> több beavatkozási lehetőséget is javasol. Ugyan a lakosság egészségi állapotának javítása nem kizárólag és nem is elsősorban az egészségügyi ellátórendszer feladata, egyetértés van abban, hogy az egészségügyi ellátórendszerben és különösen az egészségügyi alapellátásban paradigmaváltás szükséges, eszerint a fő hangsúlynak – az egészség helyreállítása mellett – a betegségmegelőzésen, egészségfejlesztésen, életmód-tanácsadáson és a krónikus betegségek gondozásán kell lennie. A hazai egészségügyi reformok mindegyike – a programhirdetések időszakában – az alapellátás (a háziorvoslás) megerősítését szükségesnek tartotta.

Magyarországon az egészségügyi alapellátás – ezen belül a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás – megszervezéséért a helyi önkormányzatokról szóló tör-

---

<sup>1</sup> Ádány Róza: A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. Népegészségügy 86. évfolyam 2. szám 2008.

<sup>2</sup> Bloom.E., Canning D., Sevilla J.: The effect of health on economic growth: theory and evidence. Cambridge 2001.

<sup>3</sup> A „potential years of life lost (PYLL)” rangsorban a 28-ból a 27. helyen vagyunk, Mexikót megelőzve, a health-adjusted life expectancy at birth (HALE) rangsorban 29. helyen vagyunk, Törökországgal megosztva ezt a helyet. Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings, OECD 2010.

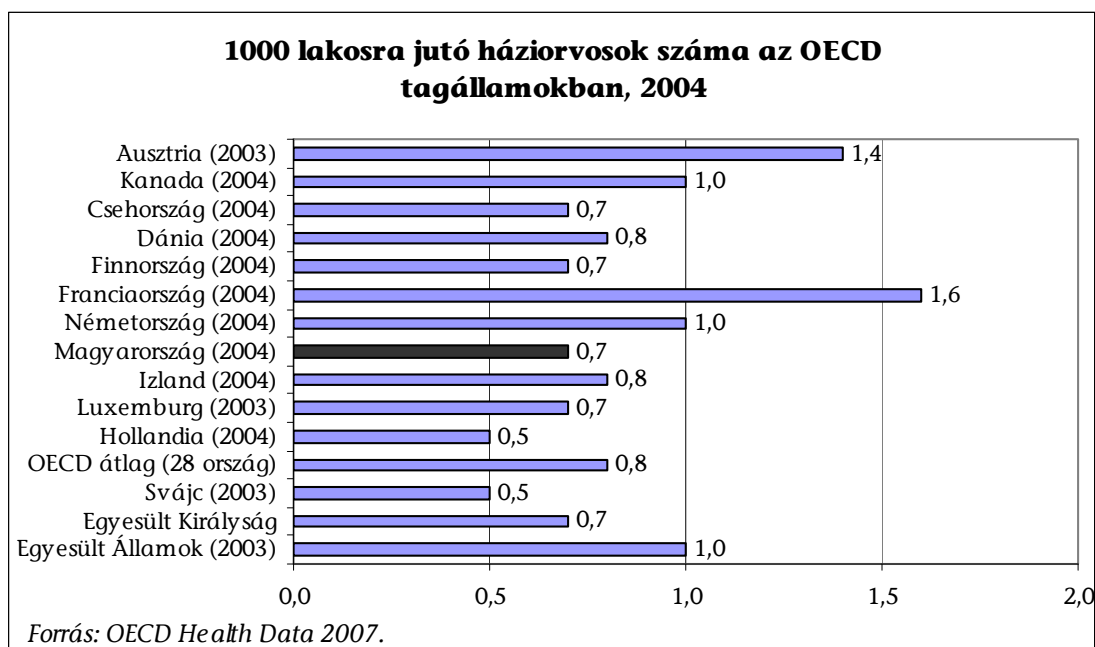
<sup>4</sup> WHO Primary Health Care, Now More Than Ever 2008.

vény<sup>5</sup> értelmében a települési önkormányzatok (fővárosban a kerületi önkormányzatok) felelősek. Az egészségügyről szóló törvény alapján<sup>6</sup> a települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik a háziorvosi ellátásról. Az önkormányzatok képviselő-testülete megállapítja és kialakítja az egészségügyi alapellátások körzeteit - mely többnyire követi a földrajzi struktúrát -, és több településre is kiterjedő ellátás esetén a körzet székhelyét. A területi ellátási elvet a beteg oldaláról a szabad orvosválasztás elve módosítja.

A háziorvosi szolgálatot a települési önkormányzat, önkormányzati társulás, alapítvány és egészségügyi vállalkozás is működtetheti.

Országosan, mintegy 6700-6800 háziorvos és házi gyermekorvos működik, amely minimálisan kevesebb a fejlett országokat tömörítő OECD 1000 lakosra jutó háziorvosok arányának átlagához képest, ugyanakkor a szomszédos ausztriaiainak a fele.

1. sz. ábra



Évente mintegy 70<sup>7</sup> millió orvos-betegtalálkozás történik a háziorvosi ellátásban, melynek egészségbiztosítási támogatása 2005-2010 között 57,9 Mrd Ft-ról 69,8 Mrd Ft-ra emelkedett. A háziorvosi szolgálatok egészségbiztosítói finanszírozása egyrészt teljesítmény alapú, ami kifejeződik az orvost választó biztosítottak számában, korösszetételében, és az orvos szakképzettségi mutatójában, másrészt a körzetek igénybevételétől független, a praxis fenntartására irányuló fix finanszírozású, ami lakossűrűségtől, távolságtól függő területi szorzókkal

<sup>5</sup> A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 8. § (1) és (4) bekezdése

<sup>6</sup> Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 152. §-a alapján az alapellátás területei: a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás, a fogorvosi alapellátás, az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás, a védőnői ellátás, az iskola-egészségügyi ellátás.

<sup>7</sup> Forrás: KSH 2008



differenciált. A finanszírozás korrekciós paraméterei több alkalommal változtak 2005-2010 között. A felnőtt háziorvosi praxisok finanszírozása 2002-ben átlagosan 460 400 forint volt, ez az összeg 2010-ben átlagosan 781 600 forintra, a házi gyermekorvosi praxisoké 2002-ben átlagosan 496 400 forintról 789 100 forintra, a vegyes háziorvosi praxisoknál 549 100 forintról 899 300 forintra változott.

Az egy-egy háziorvosi szolgálathoz bejelentkezettek száma 8 főtől 4087 főig terjed. Az országban a betöltetlen háziorvosi praxisok száma emelkedő – a 2004. évi 135-tel szemben – 2011. márciusi adatok szerint 171.

A háziorvosok „kapuőri” funkciója alatt a nemzetközi irodalom<sup>8</sup> azt a feladatot érti, hogy a több szintű és specializálódott egészségügyi ellátórendszerben az egészségügyi szolgáltatások iránti keresletet szűrni, a beteget irányítani, követni kell. A kapuőri feladat hatékony ellátásának feltétele az, hogy a háziorvos jogosult legyen a betegút követésére, legyen információja a szolgáltatók betegellátásának minőségéről és áráról. A háziorvosok betegút követésének jogi lehetőségét 2011 áprilisában teremtették meg.

A felnőtt háziorvosok ellátására fordított pénzeszközök felhasználását 1995-ben vizsgálta utoljára az ÁSZ. Az azóta eltelt időszakban az éves zárszámadások keretében a pénzeszközök alakulását ellenőrizte, de konkrétan a szakterületre irányuló vizsgálatot nem végzett.

**Az ellenőrzés célja** a háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének, szabályozottságának és szervezettségének, a betegek egyenlő hozzáférési lehetőségeinek, valamint az egészségbiztosítói és költségvetési, önkormányzati és EU támogatások eredményességének értékelése volt.

#### **Az ellenőrzés keretében értékeltük:**

- a háziorvosok szűrésben, gondozásban betöltött szerepét, – megbetegedési, halálozási mutatók alapján –, területi megoszlását egyes betegségek esetében;
- a népegészségügyi szűrések közül a mammográfia, az életkori szűrések közül a diabétesz és a vérzsír-szint, illetve a szélütés (stroke) megelőzés a szívinfarktus utáni gondozás, valamint az influenza megelőzés indikátor alapú értékelését (tekintettel arra, hogy ezekre létezik adatgyűjtés);
- az Egészségbiztosítási Alapban (továbbiakban: E. Alap) biztosított forrást és ennek ellátásra gyakorolt hatását;
- az E-Alap kiadásainak és a háziorvosok kapuőri szerepének kölcsönhatását.

A háziorvosi munka eredményességét nemzetközileg elfogadott mutatókhoz viszonyítottuk (cukorbeteg-gondozás, szívinfarktus, szélütés, influenza megelőzés).

---

<sup>8</sup> OECD Health Working Papers No.50. 2010. (41.p.)

Az ellenőrzés a 2005-2010 közötti időszakra terjedt ki. A vizsgálat teljesítmény-ellenőrzés módszerével történt, amelynek során az értékelés kiterjedt az ellátás jogi-szabályozási, szervezeti, személyi, tárgyi, továbbá finanszírozási feltételrendszerének, és az önkormányzati szerződésekben biztosítottak ellenőrzésére, valamint az ellátás kimenetére és az eredményesség mérésére.

Az ellenőrzés során az OEP és az ÁNTSZ adatbázisa alapján összehasonlító elemzéseket végeztünk. Interneten kérdőíveket és űrlapokat küldtünk ki a betöltetlen praxisok önkormányzatainak és valamennyi (5972), az OEP-nél email címmel rendelkező házi orvos részére.

Az önkormányzatok 15%-át kérdőíves felmérésre választottuk ki (az érintett lakosság szám 1538 ezer fő, az önkormányzatok száma 475). Ezek közül helyszíni vizsgálatra a mintába került települések 5%-át jelöltük ki, 25 önkormányzatot, valamint ugyanezen önkormányzatok házi orvosait (egyet, illetve nagyobb település esetén maximum 3-at). A kiválasztás szempontjait, mátrixát, valamint magukat a kijelölt településeket a melléklet 1. sz. táblája mutatja be. (Az általános szempontokon túlmenően tekintetbe vettük azt, hogy legyen a mintában közalkalmazotti formában működő házi orvos, betöltetlen praxis, 300 biztosítottnál kevesebb és 3000 biztosítottnál több beteget ellátó szolgálat.)

A házi orvosok szűrési-gondozási tevékenységét a felnőtt és vegyes praxisok OEP adatai alapján biostatistikai módszerrel elemeztük, értékeltük.

Az ellenőrzés végrehajtására az Állami Számvevőszékről szóló 1989. évi XXXVIII. törvény 2. § (3), (5), (9), a 17. § (3) bekezdéseiben foglaltak adtak jogszabályi alapot.

A jelentést egyeztetésre megküldtük a nemzeti erőforrás miniszternek. Miniszter úr észrevételt nem tett, levelét az 1. sz. melléklet tartalmazza.

## I. ÖSSZEGZŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK, KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK

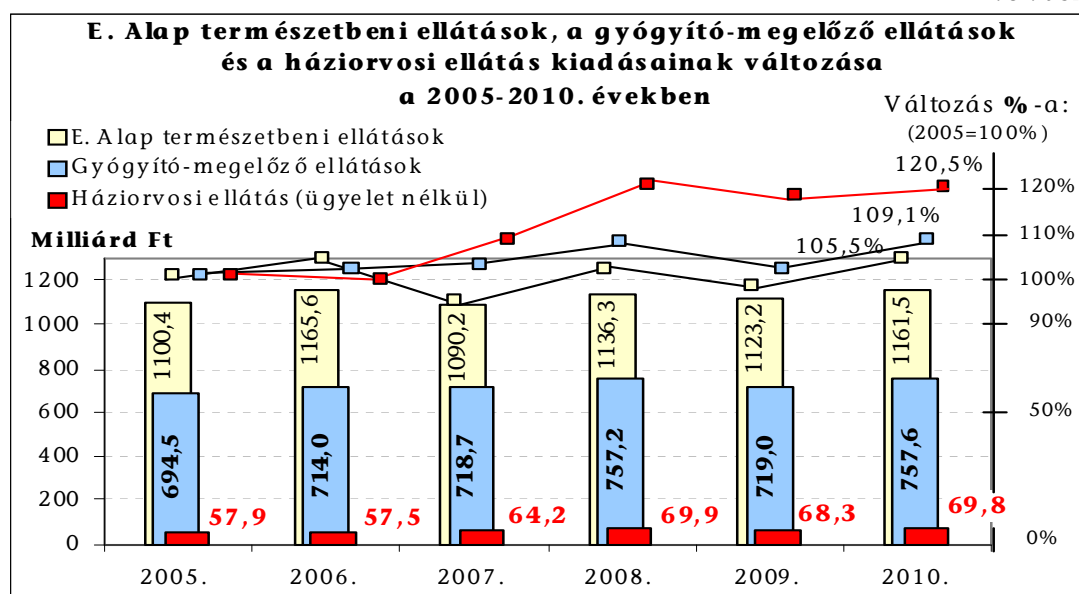
A hazai háziiorvosi rendszer mai működését a romló feltételrendszer mellett stagnálás jellemzi. A finanszírozási nehézségek, az előregedő humán kapacitás és az emelkedő betöltetlen praxisszám az uniós átlaghoz való felzárkózás helyett az elért eredmények fenntarthatóságának kockázatát vetítik előre.

A gyógyítás és annak eredményessége elsődlegesen az orvos és beteg bizalmi kapcsolatán alapul, ezért a jogalkotó az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény megalkotásával a beteggel közvetlenül kapcsolatban álló, az ellátást nyújtó orvos nagyobb önállóságát kívánta elősegíteni, ösztönző hatást várva ettől a gyógyító munkában. A törvényalkotói cél az volt, hogy az orvos a beteggel fennálló hosszú távú kapcsolatán keresztül közvetlenül teljesítse közszolgáltatói feladatait és ne csupán a gyógyító-ellátó hálózat egy eleme legyen.

A háziiorvosi ellátás rendszere a vizsgált időszakban alapvetően nem változott. A jogszabályi környezet egyik eleme az önálló orvosi tevékenységre vonatkozó törvény, amely az alapellátásban szabályozza és határozza meg a működtetési jog fogalmát. A működtetési jog önálló orvosi tevékenység nyújtására jogosító engedélybe foglalt, személyhez fűződő vagyoni értékű jog, amelynek forgalma a gyakorlatban egyelőre korlátozott.

A háziiorvosi ellátás támogatása az Egészségbiztosítási Alapból 20,5%-kal emelkedett a 2005-2010 közötti időszakban. A nominális változást az alábbi diagram szemlélteti, amely 2005. évi árakon 8,3%-os értékvesztést jelentett változatlan szerkezetben.

2. sz. ábra



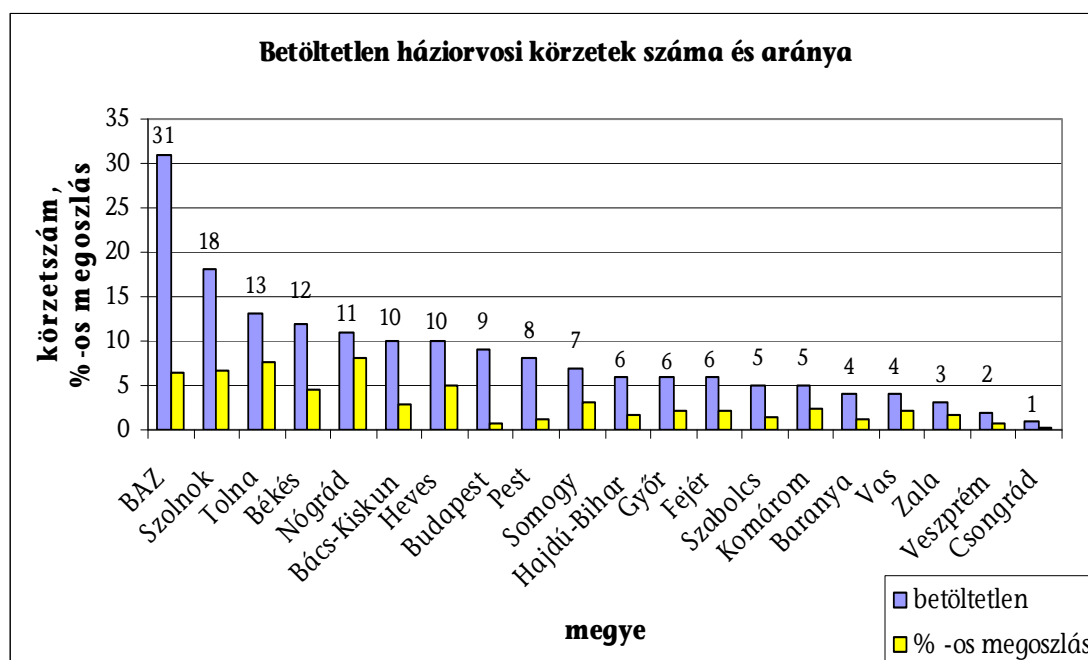
Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

Ez a változás a háziorvosi ellátás gyógyító-megelőző ellátásokon belüli arány 0,87 százalékpontos növekedését jelentette, amely azonban nem eredményezte az egészségügyi ellátórendszeren belül az alapellátás érdemi és erőteljes megerősítését.

Az ellátórendszer ellehetetlenülését vetíti előre az orvosok elöregedése és a rendszerbe belépő új orvosok alacsony száma, valamint az, hogy az országos átlagnál magasabb megbetegedési és halálozási mutatókkal bíró településeken az egy orvosra jutó betegek száma emelkedik. Az orvosok több mint harmada 50-59 év közötti és további harmada 60 év feletti. Az önkormányzatok nehezen tudják betölteni a megüresedő praxisokat, amit mutat a pályázati idők elhúzódása, a felosztott körzetek és a betöltetlen praxisok számának növekedése, a szakképzésben résztvevők alacsony száma. Az ÁSZ háziorvosoknak kiküldött kérdőíves felméréséből megállapítható, hogy a háziorvosok több időt dolgoznak, mint amit az EU munkaidő direktíva megenged.<sup>9</sup> Ha betartanák a munkai előírásokat, akkor az orvoshiány még nyilvánvalóbb lenne.

**A betöltetlen felnőtt és vegyes háziorvosi praxisok száma és aránya (2011. januári adat)**

3. sz. ábra



Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

A feladatellátásra kötelezett települési önkormányzatok 95%-ban vállalkozó háziorvosokkal kötött szerződés útján gondoskodtak az ellátásról. A települési önkormányzatok makroszinten, a kincstári beszámolók alapján, évente 3,8-4,2 Mrd Ft<sup>10</sup> pénzügyi támogatással egészítették ki a háziorvosi szolgálatok

<sup>9</sup> A kérdőíves felmérés feldolgozását az 2. sz. melléklet tartalmazza.

<sup>10</sup> Bizonyára a valódi támogatás ennél nagyobb, mert jellemzően nem különítik el a háziorvosok támogatását.

57,9-69,8 Mrd Ft egészségbiztosítói finanszírozását. A működési kiadásokon túli 6 Mrd Ft felhalmozási kiadás 78%-át az önkormányzatok saját forrásból fedezték, csupán 22%-a származott átvett pénzeszközökből, támogatásból. Az önkormányzatok 36%-a kizárólag saját forrásból végzett felújítást, korszerűsítést a háziorvosi ellátás feltételeinek javítása érdekében. 2005-2011 között uniós források is rendelkezésre álltak az alapellátás fejlesztésére 13,0 Mrd Ft-nyi összegben, ami felölelte a teljes alapellátást (háziorvosi, iskolaorvosi, fogorvosi praxisokra és védőnői szolgálatra). 2011. februárig ebből 4,6 Mrd Ft kifizetés történt.

A háziorvosok egészségbiztosítói finanszírozásának alapját a bejelentkezettek létszámától és életkorától függő fejkvóta (teljesítménydíj) képezi, amelyet különböző korrekciós tényezők (fixdíj, területi pótlék, eseti ellátás díja, szakmai szorzó stb.) egészítenek ki. A bejelentkezettek létszámát az egyes korcsoportokhoz rendelt pontszámmal korrigálják, de csak egy határig függ ettől a finanszírozás mértéke. A szolgálat típusonként (felnőtt, vegyes, gyermek) meghatározott korosztályos pontszámhatároktól kezdve degresszíven csökken a teljesítménydíj összege, aránya a 2005. évi 67,4%-ról 2010-ben 61,6%-ra csökkent, ösztönző hatása nem érvényesült a felülről zárt háziorvosi kasszán belül. A teljesítménypont/forintérték nominális értéke alig változott, reálértéke azonban 24%-kal csökkent.

A háziorvosok utalványozási jogosultsága (pl. receptírás), a kompetencia meghatározás és a beutalások együttes rendje biztosítja a háziorvosi kapuőri szerep érvényesülését. A háziorvosok kapuőri szerepét a vizsgálat két módon értékelte, részben a háziorvosok által utalványozott ellátások mennyiségén keresztül,<sup>11</sup> részben pedig nemzetközi összehasonlításban,<sup>12</sup> ahol Magyarország az erős kapuőri funkciót alkalmazó országok között szerepel.

A 2011 áprilisában történt jogszabály módosítás a háziorvos részére lehetővé teszi, – ha a biztosított azt nem tiltja –, hogy a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe vett egészségügyi ellátás adatairól tudomást szerezzen. Ez a kapuőri funkció hatékonyságát tovább növeli.

A praxisok bevételeinek és kiadásainak ellenőrzését az OEP végezte. A szolgáltatók többsége nem tett eleget a finanszírozási bevételek és az ellátásra fordított kiadások elkülönítési kötelezettségének vagy a támogatás felhasználása nem a finanszírozott tevékenység érdekében történt. (Pl. kölcsönadott pénzeszközök, a vállalkozás más bevételszerző tevékenységének támogatása.) Ennek következményeként 2009. évben 24,1 M Ft, 2010. I. félévben pedig 24,4 M Ft visszavonását kezdeményezték.

A szakmai ellenőrzést az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ irányítása alá tartozó szakfelügyeleti rendszernek kellene ellátnia. Ezt a feladatát elsősorban költségvetési támogatás hiánya, valamint a szervezet széttagoltsága miatt nem tudta ellátni.

---

<sup>11</sup> OEP-től származó információk alapján (lásd. 11 sz. táblázat), valamint háziorvosokkal folytatott interjúk alapján.

<sup>12</sup> OECD Health Care Systems Getting more Value for Money 2010.

A finanszírozás az elvégzett háziorvosi feladatok minőségét nem tükrözte. A gyógyítási, beteggondozási, megelőzési és szűrési tevékenység mérésén alapuló indikátorrendszer, a minőségi és hatékony munkavégzést ösztönző pénzügyi érdekelttség csak 2010 októberétől került bevezetésre, melyre 300,9 M Ft-ot fizettek ki. A minőségi ösztönzést célzó összeg havonta a teljes praxisfinanszírozásnak az 1,7%-át, a háziorvosi teljesítménydíjnak pedig a 2,9-3,0%-át képviselte.

Az ellátás teljesítményének eredményeit meghatározott mutatók alakulása alapján értékeltük. Ezek közül kiemeltük a 19 évesnél idősebb népesség országos átlaghoz viszonyított többlethalálozását,<sup>13</sup> amely közel 20%-os különbséget mutat attól függően, hogy 1000 fő alatti, illetve 100 ezer fő feletti a település lakossága. (Részletesen az 1.1. pontban a 6. sz. ábra szemlélteti. Természetesen a halálozásban mutatkozó különbség nem egyedül az egészségügy, ezen belül az alapellátás következménye, hanem szociális-gazdasági tényezők együttes hatása.)

Az alapellátás finanszírozási módja eddig nem teremtett érdekeltséget a megelőzési tevékenység folytatására. Jogszabály előírja a szűrővizsgálatok rendszeres végzését, de erre vonatkozóan nem léteznek direkt ösztönzők, sem a lakosság, sem a szolgáltatók számára. Az alábbi táblázatból látható, hogy a 65 év feletti korcsoportban a két szűréstípusban az átszűrtség 5,7 illetve 5,8%, szemben a jogszabály<sup>14</sup> szerinti 100%-kal.

### **A krónikus, nem fertőző betegségek kockázati tényezőire irányuló felnőttkori szűrések gyakorisága az alapellátásban**

1. sz. táblázat

Korcsoport	Életmódbeli tényezőkre vonatkozó szűrővizsgálaton (212-es szűrési kód) 2008.08.01-2010.07.31. között részt vettek aránya	Részletes fizikális vizsgálaton (213-es szűrési kód) 2008.08.01-2010.07.31. között részt vettek aránya
40-64 éves	8,3%	11,1%
65-X évesek	5,7%	5,8%

Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

A minőségi ellátásban való érdekelttség növelésére előirányzott 2010. évi 2 Mrd Ft 300,9 M Ft-ra teljesült, 2011-re 3,5 Mrd Ft áll rendelkezésre e célra. A háziorvosi indikátor rendszerben jelentett influenza átoltottság 2009 végétől mérve a 65 év feletti lakosság körében 20-22% körül volt, ez lényegesen eltér az OECD részére 2007-ben jelentett 34%-tól. Időközben megváltozott a térítésmentes oltóanyag jogosultság korhatára, 60 évről 65 évre. (A 4. sz. ábrán Magyar-

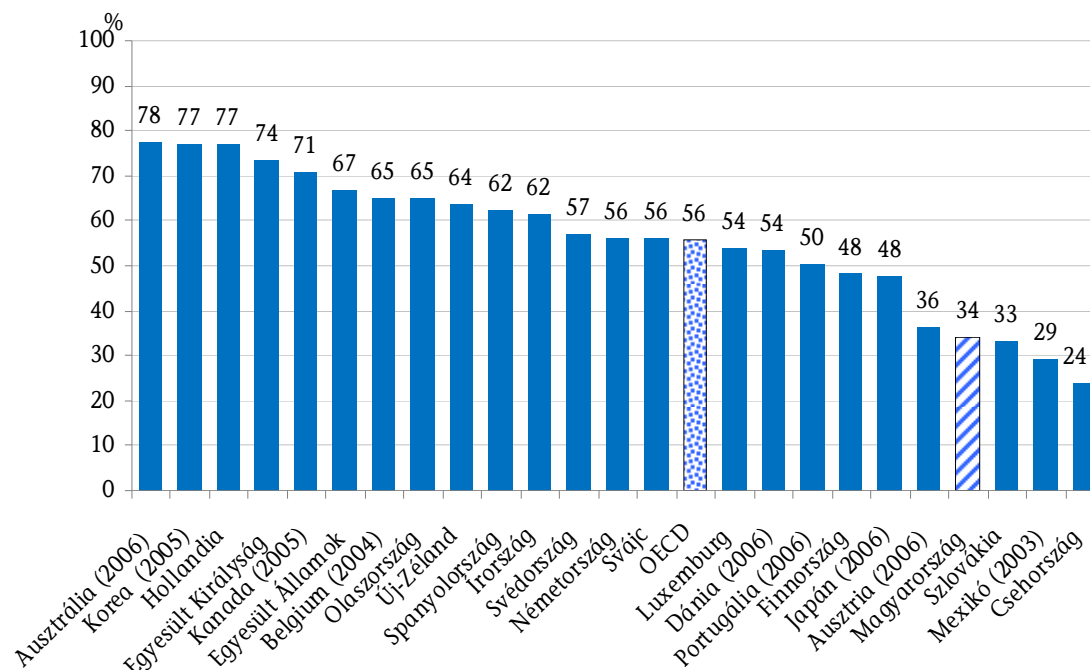
<sup>13</sup> Többlethalálozás: azt fejezi ki, hogy hány százalékkal magasabb vagy alacsonyabb a vizsgált népesség körében (pl. megye) a tényleges halálozás a választott alapszintnél (pl. ország).

<sup>14</sup> Az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet alapján 40-64 éves kor között kis kardiovaszkuláris kockázatú egyéneknél 5 évente végzendő, 40-64 éves kor között közepes és nagy kardiovaszkuláris kockázatú egyéneknél, illetve 65 éves kor felett 2 évente végzendő.

ország esetében jelzett 34% a 60 év feletti lakosságra vonatkozott.) 2011. február 9-i állapot szerint az átoltottság a 65 év feletti lakosság körében 28,6% volt. Az Egészségügyi Világszervezet által ajánlott arány 75%.<sup>15</sup>

### Influenza elleni átoltottság a 65 év feletti lakosság körében, 2007. évben

4. sz. ábra



Forrás: OECD Health Data 2009.

A 2009. szeptember és 2010. október közötti időszak adataiból megállapítható, hogy az indikátor rendszer pénzügyi ösztönző hatása nem érvényesült, két indikátor kivételével a vizsgált időszakban a mutatók értéke nem változott. A egyes praxisok minőségi mutatói két indikátor kivételével (magas vérnyomás gondozás és infarktus utáni gondozás esetében) rosszabbak voltak, mint a felnőtt és gyermek praxisok mutatói (pl. pneumococcus védőoltás arányában, vérsír vizsgálaton részt vettek arányában, mammográfiás szűrés arányában, diabetes gondozási mutatókban). A szélülés előfordulásának gyakorisága a egyes praxisokban magasabb, mint a felnőtt praxisokban. A magasvérnyomás-gondozásban a mutató az 50 év felettek között a betegség kezelésére rendszeresen gyógyszert kiváltók arányát mutatja, és ez az érték a egyes praxisokban magasabb, mint a felnőtt praxisokban, tehát ott valószínűleg magasabb az előfordulás gyakorisága (prevalencia).

Az ellenőrzés eredményei visszaigazolják azokat a nemzetközi és hazai adatokat, amelyek szerint az 1000 fő alatti lakosú települések egészségmutatói és a születéskor várható élettartamok rosszabbak, mint az ennél nagyobb lakosú települések mutatói. Ugyanakkor hazánkban a kistelepülések kárára a többlet-

<sup>15</sup> Az Európai Unió Tanácsa 2009. december 22-i 2009/1019/EU ajánlásának (6) bekezdése megfogalmazta, hogy az EU minél előbb, de lehetőleg 2014/2015 telére érje el a WHO által ajánlott 75%-os átoltottsági arányt az idősebb korosztályok körében.

halálkozásban az országos átlaghoz viszonyított 12% többlet az okok vizsgálatát igényli még akkor is, ha a nemzetközi szakirodalom egyetért abban, hogy a lakosság egészségi állapotát a környezet és az életmód nagyobb arányban befolyásolja, mint az egészségügy helyzete.<sup>16</sup>

A kis lakosságszámú, jellemzően vegyes praxis által ellátott településeken a lakosság megbetegedési és halálzási mutatói rosszabbak a városi lakosságénál. Ezt mutatja a 6. sz. ábra, amely a 19 évesnél idősebb lakosság országos átlaghoz viszonyított többlethalálzását mutatja be a települések lakószáma szerinti összehasonlításban, ahol látható, hogy a relatív halálzási többlet a település nagysággal fordított arányban nő. Az országos átlaghoz viszonyított relatív halálzás azokon a településeken magasabb, ahol nincs a háziorvosnak székhelye (7. sz. ábra.)

A kistelepülések humántőke vesztesége az országos átlaghoz viszonyítva többlethalálzást mutat. A 4633 többlethalálzásból, a 10 000 főnél kisebb településeken élők körében 2009-ben 1663 a korai halálzás (65 év alatti). A 4633 ember 62 631 életévet veszített el. Egészség-gazdaságtani számítások szerint 2009-ben a 10 000 fő alatti településeken – az országos átlagtól való magasabb halálzás miatt – a humántőke veszteség 121 Mrd Ft volt.

A helyszíni ellenőrzés megállapításainak hasznosítása mellett **javasoljuk**:

#### **a nemzeti erőforrás miniszternek**

1. Dolgoztasson ki szakmai programot, a háziorvosi ellátás szakmai, fejlesztési irányainak meghatározása érdekében, valamint alakítsa át, szabályozza újra a működtetési jogot.
2. Dolgoztasson ki intézkedési tervet a humánerőforrás szükséglet biztosítására és a munkaidő korlát betartásának ellenőrzésére.
3. Az Egészségbiztosítási Pénztár végezzen pénzügyi ellenőrzéseket a meghirdetett módszertan alapján.
4. Gondoskodjon a szakfelügyeleti ellenőrzésről.
5. Teremtse meg a minőségi munka indikátorrendszeren alapuló érdemi ösztönzését, valamint a további szakképesítések (szakvizsgák) finanszírozói elismerését.

---

<sup>16</sup> A helyzet komplexitását mutatja, hogy hazánk 7 régiójából 4 felkerült az EU „legszegényebb 20 régiója” listájára az EUROSTAT 2008. évi adatai szerint.



## II. RÉSZLETES MEGÁLLAPÍTÁSOK

### 1. A HÁZIORVOSI ELLÁTÁS TERÜLETI SZERVEZETE ÉS A LEGJELENTŐSEBB KRÓNIKUS MEGBETEGEDÉSEK TERÜLETI ELŐFORDULÁSA, A SZÜKSÉGLET ÉS AZ ELLÁTÁS KAPCSOLATÁNAK ÉRTÉKELÉSE

#### 1.1. A kistélepülések humántőke vesztesége az országos átlaghoz viszonyított többlethalálozás miatt

Az elérhető, eredményes, megfelelő minőségű és a költséghatékony alapellátási rendszer egyik feltétele, hogy kapacitásai és szolgáltatásai az ellátott térség és népesség szükségleteihez igazodjanak.

A megelőzésben és a gondozásban az egészségügyi alapellátás szerepe kiemelkedő kell, hogy legyen, különös tekintettel a kisebb településekre, ahol a járóbeteg ellátás nem, vagy csak kevésbé tudja ezt a feladatot vállalni.

Magyarországon a legjelentősebb betegségterhet a krónikus, nem fertőző betegségek okozzák. A betegségteher csökkentéséhez, az akut ellátás eredményességének és minőségének javításán túl e betegségek megelőzése és a már megbetegedettek gondozása – kockázatuk csökkentése és funkcionalitásuk javítása – vezethet. A szükségletelemzés egyik legfontosabb eleme az adott népesség megbetegedési jellemzőinek megismerése. Az elemzés keretében megvizsgáltuk, hogy egyes nem-fertőző betegségek tekintetében mekkora egyenlőtlenségek figyelhetők meg az országban.

Több vizsgálat kimutatta<sup>17</sup> a halandósági többlet túlnyomó része a 10 000 főnél kisebb településeken jelentkezik. 2009-ben e településeken a halálozási többlet az országos átlaghoz viszonyítva 4633 haláleset volt. Amennyiben az országos átlag szintjére csökkenne a halálozás ezeken a településeken, az a 2009. évi kormegoszlás mellett ennyi haláleset megelőzését jelentené.

4633 többlethalálozásból (a 10 000 főnél kisebb településeken élők körében) 2009-ben 1663 korai (65 év alatti) halálozás történt. A 4633 ember 62 631 életévet veszített el. A haláluk időpontjában még hátralévő várható élettartamukkal számolva, (az OLEF<sup>18</sup> 2000-ből származó kor és nem specifikus életminőség súlyokkal), a 62 631 életév 46 674 minőségi életévnek (QALY) felel meg.

A humántőke-veszteség pénzre váltására lehetőséget ad az egészségügyi technológiák költséghatékonyági küszöbértékéről szóló WHO ajánlás. A WHO az egy főre jutó bruttó hazai össztermék háromszorosát javasolja költség-

---

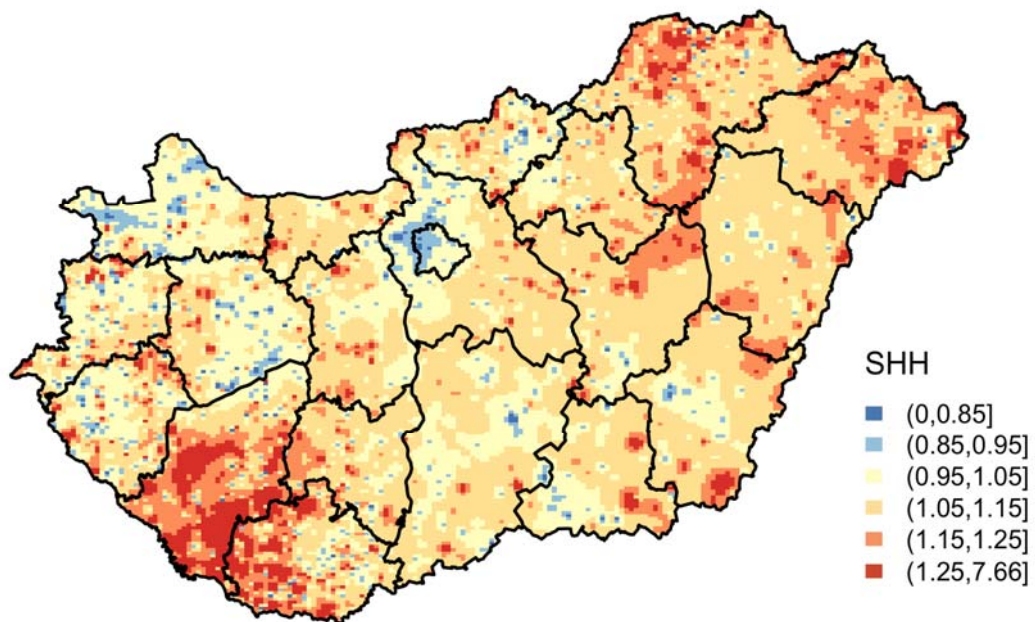
<sup>17</sup> Ádány R: A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. Népegészségügy 2008: 86: 5-20.

<sup>18</sup> Országos Lakossági Egészségfelmérés(OLEF)

hatékonysági küszöbértéknek. Az egészségügyi technológiák esetén ezen összeghatár alatt egy minőségi életév finanszírozását indokolhatónak tartja. Az egy főre jutó magyar GDP 2009-ben 2,6 M Ft volt, tehát egy minőségi életév értéke hazánkban a WHO kritérium szerint  $3 \times 2,6 \text{ M Ft} = 7,8 \text{ M Ft}$  volt 2009-ben. Ezt figyelembe véve a 10 000 fő alatti településeken – az országos átlag feletti halálozás – miatt a humántőke-veszteség 2009-ben 121 Mrd Ft volt.

**A 19 évesnél idősebb népesség összhalálzásának területi egyenlőtlenségei Magyarországon 2005-2009-ben**

5. sz. ábra



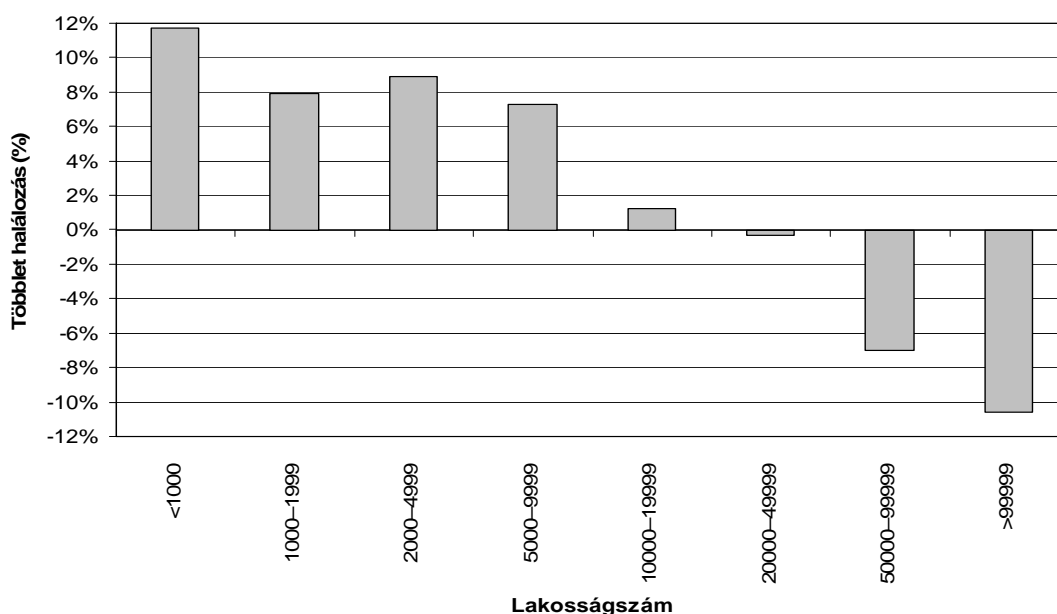
SHH: standardizált halálzási hányados (az országos átlaghoz viszonyított relatív halálozás)

A halandóságban mutatkozó területi különbségek jelentősek Magyarországon. A térképen az országos átlaghoz viszonyított relatív halálozás (standardizált halálzási hányados) látható, településenként kiszűrve a kor és a nemek eltérő megoszlásából származó torzítást. Az összhalálzás tekintetében hátrányos helyzetű térségekben, a főbb halálokok közül különösen a keringési betegségek és a krónikus májbetegség, májzsugor okozta halandósági többlet jelentős. (5. sz. ábra)

A keringési, daganatos, krónikus megbetegedések, valamint a szívinfarktus okozta halálozás részletes adatait a 3. sz. melléklet mutatja be.

### A 19 évesnél idősebb népesség többlethalálózása az országos átlaghoz viszonyítva a települések lakosság száma szerint<sup>19</sup>

6. sz. ábra



Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

A szívinfarktus és a szélütés korra és nemre specifikus országos 5 éves tartam előfordulási gyakoriságát mutatja az alábbi 2-3. sz. táblázat fekvőbeteg forgalmi adatok alapján. Mint ahogy az az adatokból látszik, a szívinfarktus és a szélütés prevalenciája kor és nem szerint jelentős szórást mutat. E betegségek korra és nemre standardizált prevalenciájában is jelentős mértékű területi különbségek figyelhetők meg (2. sz. melléklet térképei).

### A szívinfarktus előfordulási gyakorisága\* országosan 2010 júliusában

2. sz. táblázat

Prevalencia	Korcsoport (év)												20 év felett összesen	betegszám
	20-24	25-29	30-40	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 év felett		
Férfiak (%)	0,01	0,01	0,04	0,15	0,37	0,70	1,00	1,58	1,95	2,20	2,47	2,73	0,89	32 921
Nők (%)	0,00	0,00	0,01	0,04	0,11	0,23	0,36	0,53	0,74	0,90	1,24	1,80	0,52	21 874

\* Azon lakosok aránya, akiket 2006-2010-ben szívinfarktus miatt fekvőbeteg intézményben kezeltek.

Összbetegszám: 54 795

Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

<sup>19</sup> Az 20000 fő alatti lakosság számú településeken a többlethalálózás aránya 1,5% és 12% között változik.

## A szélütés prevalenciája\* országosan 2010 júliusában

3. sz. táblázat

Prevalencia	Korcsoport (év)												20 év felett összesen	betegszám
	20-24	25-29	30-40	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 év felett		
Férfiak (%)	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4	0,9	2,0	4,1	5,9	7,4	10,0	11,4	2,7	99 798
Nők (%)	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4	0,9	1,7	2,9	3,6	4,6	6,9	9,5	2,7	112 737

\* Azon lakosok aránya, akiket 2006-2010-ben szélütés miatt fekvőbeteg intézményben kezeltek.

Összbetegszám: 212 535

Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

A betöltetlen praxisok aránya Nógrád, Tolna és Borsod-Abaúj-Zemplén megyékben a legmagasabb, Nógrád megyében minden 10. praxis betöltetlen volt 2010 júliusában.

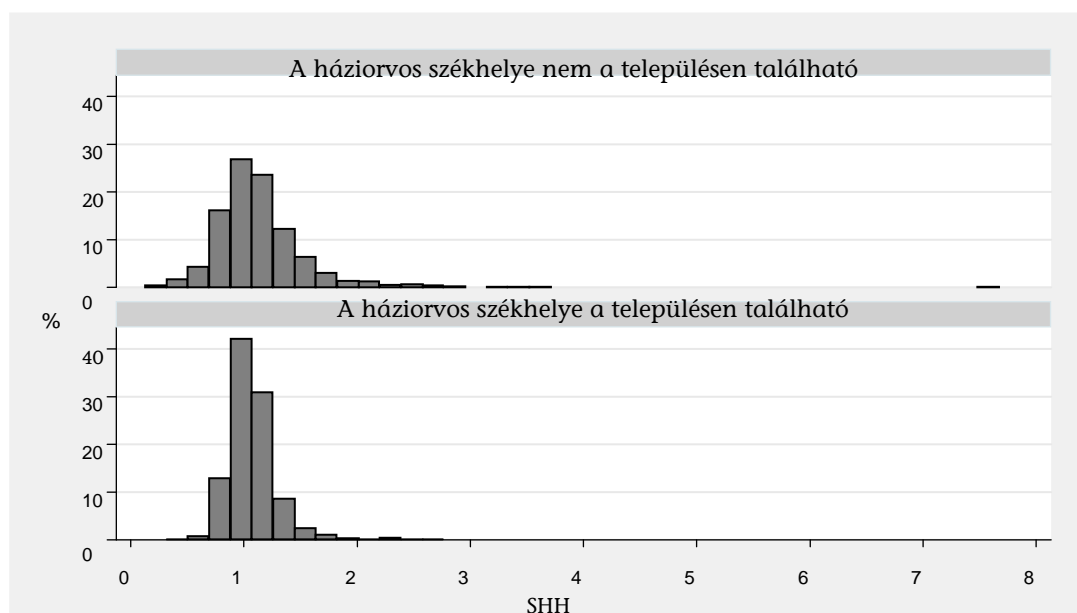
A háziiorvosi szolgáltatás földrajzi elérhetősége heterogén, több mint 1300 településen nincs háziiorvosi rendelő vagy a háziorvos székhelye nem ott található. Az epidemiológiai adatokkal összehasonlítva az a kedvezőtlen kép rajzolódik ki, hogy a magas halandósággal és krónikus betegségek gyakoribb előfordulásával bíró hátrányos térségekben a legmagasabb a betöltetlen praxisok aránya. Míg a háziiorvosi székhellyel rendelkező települések 96%-ában a halálozás nem haladja meg az országos átlag másfélszeresét, addig a háziiorvosi székhellyel nem rendelkező települések 12%-ában a halálozás magasabb, mint az országos átlag. A háziiorvosi székhellyel nem rendelkező kistépüléseken az országos átlaghoz viszonyított relatív halálozás jobban elnyúlik a magasabb értékek felé (7. sz. ábra). Az országos átlag kétszeresét meghaladó halálozás a háziiorvosi székhellyel rendelkező településeken szinte nem fordul elő (mindössze a települések 0,7%-ában), addig a háziiorvosi székhellyel nem rendelkező települések 4%-ában a halálozás meghaladja az országos átlag dupláját. Az országos átlag háromszorosát elérő halálozás kivétel nélkül olyan településeken fordul elő, ahol nincs telephelye a háziorvosnak.

Ezek a településeken az átlagosnál lényegesen magasabb a betegségteher, valamint többnyire nincs egyéb egészségügyi szolgáltató. Méretgazdaságossági okokból nem célszerű és nem gazdaságos minden településen önálló háziiorvosi praxist kialakítani. Az egészségügyi alapellátáshoz való megfelelő hozzáférés biztosításához különösen fontos, hogy a lakóhelyen kívüli háziiorvosi rendelés hozzáférhetősége a kistépüléseken élők számára javuljon, az igénybevételt ne akadályozzák további tényezők, pl. a korlátozott közlekedési lehetőségek.

A háziiorvosi praxisok körzeteinek kijelölése ma egyáltalán nem támaszkodik szükséglet alapú tervezésre, az önkormányzati ellátási kötelezettségből kiindulva, az önkormányzati rendszer földrajzi struktúráját követi oly módon, hogy az aprófalvas térségekben több településre jut egy praxis. A szükséglet alapú tervezés az alapellátásban eredményesebb működést tesz lehetővé. Az epidemiológiai adatok és az egészségügyi ellátórendszer struktúrája alapján mind a körzethatárok kijelölésének módja, mind az alapellátásban nyújtott szolgáltatás-csomag eltérő legyen a nagyvárosokban, illetve az aprófalvas, hátrányos helyzetű térségekben.

**Az országos átlaghoz viszonyított halálozás megoszlása településenként a háziiorvosi szolgáltatás helybeli elérhetősége szerint<sup>20</sup>**

7. sz. ábra



SHH: standardizált halálozási hányados

Nemcsak a praxisok nagysága és földrajzi elhelyezkedése független a szükségletektől, hanem a szolgáltatás tartalma is. Tekintettel arra, hogy az alapellátás mindez ideig nem volt közvetlenül érdekelt sem a szolgáltatás minőségében, sem eredményességében, így csak egyéni kezdeményezés esetén (amennyiben a háziiorvos ezt szakmai szempontból fontosnak vélte) vette figyelembe a praxisba bejelentkezett populáció egészségügyi szükségleteit és a legkritikább esetben vállalt kezdeményező szerepet a lakosság egészségtökéjének javításában. Az epidemiológiai adatokat, az elérhető egyéb szolgáltatásokat is figyelembe vevő helyi kapacitás és szolgáltatáscsomag tervezés befolyásolja az alapellátás eredményességét és költséghatékonyágát. Az alapellátás szükséglet alapú tervezéséhez azonban elengedhetetlen, hogy olyan demográfiai, szociális, földrajzi, epidemiológiai, ellátás szervezési tényezőket is figyelembevevő tervezési egységek kerüljenek kialakításra, amelyekre vonatkozóan a szükségletek felmérhetők.

Az alapellátás szerepe kiemelkedő a megelőzés terén is. **Megfelelő humán erőforrás bevonásával – erre alkalmas szervezeti keretek és érdekelt-ségi viszonyok között –, az alapellátás a rábízott lakosság egészségtökéjének kezelőjévé válhat abban az esetben, ha a gyógyító és a megelőző funkciót integrálja.**

A praxisokba bejelentkezettek száma jelentős variabilitást mutat és a praxisok nagysága jellemzően nem igazodik a szükségletekhez, pl. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, ahol az egyik legmagasabb a krónikus betegségek okozta

<sup>20</sup> Az x tengely mindkét táblára vonatkozik.

teher, az egyik legnagyobb a felnőtt háziiorvosi praxisokba bejelentkezettek átlagos száma (4. sz. táblázat).

**A felnőtt háziiorvosi praxisokba bejelentkezettek száma megyénként (2010. július havi adat)**

4. sz. táblázat

Megye	Praxisba bejelentkezettek száma			
	Átlag <sup>21</sup>	25%-os percentilis <sup>22</sup>	medián <sup>23</sup>	75%-os percentilis <sup>24</sup>
Budapest	1435	1177	1463	1729
Csongrád	1475	1216	1507	1772
Baranya	1490	1250	1466	1798
Nógrád	1517	1262	1457	1673
Jász-Nagykun-Szolnok	1578	1288	1601	1837
Tolna	1578	1290	1579	1895
Borsod-Abaúj-Zemplén	1590	1346	1586	1847
Hajdú-Bihar	1611	1336	1658	1900
Békés	1619	1380	1563	1875
Vas	1631	1275	1684	1993
Somogy	1654	1426	1700	1906
Bács-Kiskun	1667	1412	1663	1969
Heves	1683	1398	1724	1967
Komárom-Esztergom	1706	1437	1697	1910
Győr-Moson-Sopron	1713	1504	1702	1956
Veszprém	1720	1428	1773	2041
Zala	1723	1428	1731	2038
Fejér	1789	1505	1831	2066
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1807	1513	1747	2139
Pest	1863	1539	1869	2182

Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

Az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet előírja a szűrővizsgálatok rendszeres végzését, de erre vonatkozóan nem léteznek direkt ösztönzők, sem a lakosság, sem a szolgáltatók számára. A 212-es kódú, életmódbeli tényezőkre vonatkozó szűrések (táplálkozási szokások, fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás) te-

<sup>21</sup> Az értékek összege osztva az elemszámmal

<sup>22</sup> Az adatok 25%-a kisebb, mint ez az érték

<sup>23</sup> A statisztikai sokaságot kétfelé vágó érték

<sup>24</sup> Az adatok 75%-a kisebb, mint ez az érték

rületén 40-64 éves kor között kis kardiovaszkuláris kockázatú egyéneknél 5 évente végzendő, 40-64 éves kor között közepes és nagy kardiovaszkuláris kockázatú egyéneknél, illetve 65 éves kor felett 2 évente végzendő a szűrés. Ugyanez vonatkozik a 213-as kódú szűrésekre is (részletes fizikális vizsgálat, testsúly, háskörfogat, testmagasság testtömegindex meghatározása, vérnyomásmérés). Ez alapján két évente a 65 év feletti korosztály 100%-át kellene szűrni. Ezzel szemben, mint az 1. sz. táblázatból is látható, a 65 év feletti korcsoportban, a két szűréstípusban az átszűrtség 5,7, illetve 5,8%.

A megelőzési és gondozási tevékenység heterogenitására utal, hogy az egyes praxisokban nagymértékben eltérő a cukorbetegség és a gyógyszeresen kezelt cukorbeteg aránya. A praxisok 10%-ában a ténylegesen kezelttek gyakorisága kevesebb, mint a várt gyakoriság háromnegyede. Ugyanakkor a praxisok 10%-ában a kezelttek gyakorisága több mint 25%-kal magasabb az országos átlag alapján vártnál. Az 5. sz. táblázat mutatja a gyógyszeresen kezelt cukorbeteg országos korszpecifikus gyakoriságát.

#### A gyógyszeresen kezelt cukorbeteg gyakorisága\* országosan (2010. július havi adat)

5. sz. táblázat

Prevalencia	Korcsoport (év)												20 év felett összesen	betegszám
	20-24	25-29	30-40	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 év felett		
Férfiak (%)	0,3	0,4	0,6	1,0	2,2	4,3	7,3	10,5	13,9	16,0	17,0	14,7	6,0	220 973
Nők (%)	0,3	0,4	0,5	0,8	1,4	2,7	4,8	7,7	11,1	14,1	16,2	14,0	6,1	257 496

\* Azon személyek részaránya 2010 júliusában, akik a megelőző 12 hónapban legalább négyszer antidiabetikumot (A10 ATC kódú gyógyszert) váltottak ki.

Összbetegszám: 478 469

Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

A magas vérnyomáskezelésben részesülők esetén a ténylegesen kezelttek arányának és az országos átlag alapján várt arányának a hányadosa a praxisok 80%-ában 88% és 113% között mozog (6. sz. táblázat).

#### A gyógyszeresen kezelt magas vérnyomásos betegek gyakorisága\* országosan (2010. július havi adat)

6. sz. táblázat

Prevalencia	Korcsoport (év)												20 év felett összesen	betegszám
	20-24	25-29	30-40	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 év felett		
Férfiak (%)	1,5	2,6	4,4	7,3	12,9	21,2	31,5	41,8	52,6	60,7	66,8	72,0	25,9	955 741
Nők (%)	0,7	1,4	2,8	6,1	12,8	23,1	35,3	46,4	58,2	67,4	74,9	79,8	34,1	1 448 647

\* Azon személyek részaránya 2010. július hónapban, akik a megelőző 12 hónapban legalább négyszer vérnyomáscsökkentő szert (C02, C03, C04, C05, C07, C08, C09 ATC kódú gyógyszert) váltottak ki.

Összbetegszám: 2 404 388

Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

Az alapellátás korszerűsítése a közelmúltban elkezdődött. Ennek középpontjában az ellátás minőségének a finanszírozásban történő érvényesítése áll. Az alapellátási minőségi indikátorokkal szerzett első tapasztalatok alapján a vegyes praxisok mutatói bizonyultak a legrosszabbaknak, ezek jellemzően vidéki, nem városi területen működő praxisok, ahol egy praxishoz általában több település is tartozik.

Az egyes praxisok minőségi jellemzőinek az országos adatokkal való összevetése és eredményének a házi orvos részére történő visszaküldése már önmagában is hozzájárulhat az ellátás minőségének javulásához. Az OEP által életre hívott minőségi és hatékony gyógyszerrendelést ösztönző (MIHA) programban a felnőtt és vegyes házi orvosi praxisokban 2010. harmadik negyedévében a felírt vérnyomáscsökkentő szerekre (ATC kód: C02, C03, C07, C08, C09) jutó átlagos napi társadalombiztosítási támogatás 24,4 Ft/nap volt, ami megegyezett a célértékkel.<sup>25</sup> A házi orvosi praxisok 75%-ában ez az összeg 25,8 Ft/nap volt és csak 2%-ukban haladta meg az összeg a 30 Ft/napot. A zsírsanyagcsere-zavarok kezelésére alkalmazott szerek (ATC kód: C10) esetén a kép még kedvezőbb. Az átlagos napi támogatási összeg 74,5 Ft volt, kevesebb, mint a 86,7 Ft/nap célérték, amelyet a házi orvosok mindössze 6%-a haladott meg.

## **1.2. A minőségi indikátorok bevezetése a minőségi munkavégzés érdekében**

2009-ben vezették be a házi orvosok indikátor alapú teljesítményértékelő rendszerét. Célja a házi orvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok által végzett minőségi és hatékony tevékenység ösztönzése, az ellátás színvonalának emelése. A Világbank részéről is megfogalmazott elvárás volt, hogy az egészségügyben mérhető minőségi mutatókat vezessenek be. Magyarországon objektív, nyilvános minőségi mutatókat – az egyes egészségügyi szolgáltatók munkavégzésének mérésére – nem határoztak meg.

12 indikátort vezettek be, amelyek adatai a B300 tételes betegforgalmi jelentésből, a járóbeteg és fekvőbeteg szakellátás adataiból, valamint a vénykiváltási adatokból gyűjtötték ki. 4 indikátort a gyermek praxisokban, 11 indikátort a felnőtt és vegyes praxisokban mértek.

A kezdetekkor rendelkezésre álló 2,0 Mrd Ft kormányintézkedésre 300 millióra csökkent, így az indikátorrendszer ösztönző hatása nem érvényesülhetett.

A rendszert indulásától kezdődően folyamatos kritika érte az érdekképviseleti szervezetek részéről, pl. az Orvosi Kamara házi orvosi szekciójától. A szervezetek a továbbfejlesztésre vonatkozóan egységes álláspontot nem alakítottak ki.

2011. januárban készítette el az ágazatirányító „A házi orvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól szóló előterjesztés”-t. A tervezet új alapokra helyezte az addig működő in-

---

<sup>25</sup> Az OEP által meghatározott érték.



dikátorokat, és lényeges változtatásokat vezetett be 2011. április 1-jétől,<sup>26</sup> valamint nagyobb finanszírozási összeget helyezett kilátásba. Változik az új rendszerben az értékelés módja. Nem a régiós átlagot elérő vagy meghaladó praxisok részesülnek az új rendszerben jutalmazásban, hanem az adott régióban a praxisok legjobb egy negyede. Változik a régiós átlag számításának módja is, amennyiben nem veszik figyelembe a praxistípust, hanem csak a település-kategóriát. (A vidéki, nem városi praxisok jellemzően vegyes praxisok, a városi praxisok jellemzően felnőtt vagy gyermek praxisok, így a praxis típusok közötti különbségek a településtípus figyelembevételé miatt megmaradnak.)

Az ellenőrzés keretében értékeltük a 2009 szeptember és 2010 október hónap közötti időszakra a háziiorvosi szolgálatok mutatóinak néhány szempont szerinti feldolgozását a jelentés 4. sz. mellékletében. (Az alábbi elemzés a teljes körű adatfeldolgozásra alapozott, amelynek bemutatása terjedelem miatt a jelentés kereteit meghaladja.)

A 2. sz. (Pneumococcus védőoltásban részesültek aránya 2 év alatt), a 8. sz. (Diabetes gondozás 1), valamint a 3. sz. indikátor (szűrési tevékenység mutató) mutatott egyenletes növekedést a vizsgált időszak alatt. A többi mutatónál a vizsgált 14 hónapra vonatkozóan az idősoros táblákon nem volt változás tapasztalható, nem érvényesült az ösztönző hatás.

A 4. sz. indikátor (vérzsír vizsgálaton részt vettek aránya) a vizsgált időszakban kiegyenlített volt, a vegyes praxisokban 33%, a felnőtt praxisokban 38-39% között mozgott. Az 5. sz. indikátor a mammográfiás szűrésen részt vettek aránya 40-62% között állt. A 6. sz. indikátor (magas vérnyomás gondozás) 44,2 és 46,5% körül mozgott. A 7. sz. indikátor (infarktus utáni gondozás) 42-49,2% között mozgott. A 9. sz. indikátor (diabetes gondozás) az első hónap kivételével 35-40% körül alakult. A 10. sz. indikátor (stroke előfordulás) az első három hónapban 6-6,5%, a következő hónapokban 5-5,5% volt. A 11. sz. indikátor (beutalási gyakoriság) az első hónap kivételével 10 és 19,7% között mozgott. A 12. sz. indikátor (antibiotikus kezelésben részesültek aránya) 2 és 13% között volt.

A praxisok adataiban eltérés tapasztalható praxistípusonként, tehát a felnőtt és vegyes praxisok, illetve a gyermek indikátoroknál a gyermek és vegyes praxisok minőségi mutatóiban. A legmarkánsabb eltérés a 2. sz. indikátornál (pneumococcus átoltottság) látható, ahol a vizsgált időszak végére, 2010. 10. hóra, a gyermek praxisokban az átoltottság elérte a 49,5%-ot, a vegyes praxisokban azonban csak 15% volt a gyerekek átoltottsága. A vérzsír vizsgálaton részt vettek aránya (4. sz. indikátor) a felnőtt praxisokban a vizsgált időszakban 38,7% körül mozgott, a vegyes praxisokban 32,7% volt a mutató. Ugyanezek az eltérések voltak a magas vérnyomás gondozás indikátornál és a diabetes gondozás mindkét mutatójánál. A 7. sz. (infarktus utáni gondozás) és a 10. sz. (stroke előfordulás) indikátornál a vegyes praxisok adatai voltak magasabbak. A 10. sz. indikátor azt mutatja, hogy a vegyes praxisokban magasabb az 50-74 év közötti lakosok között a szélütésen átesettek aránya, tehát rosszabbak a lakosság megbetegedési mutatói.

---

<sup>26</sup> A háziiorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól szóló 11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet

A vegyes praxisok vidéki, nem városi háziiorvosi szolgálatok. A rendelkezésre álló 14 havi adatokból egyértelműen látszik, hogy ezekben a praxisokban a minőségi mutatók kedvezőtlenebbek a felnőtt és gyermek praxisokénál, morbiditási és mortalitási mutatói rosszabbak az átlagnál.

Külön említést érdemel az 1. sz. mutató, az influenza átoltottság arányát jelző indikátor. A vizsgált időszakban az átoltottság a 65 év felettek körében 21,96% volt (az első három hónapban nem érkezett adat). Az ÁNTSZ által 2011. februárra közölt adat ugyanebben a célcsoportban 28,6 % volt. Az OECD országokban a 65 éven felüliek átlagos átoltottsági aránya 55,9%. Budapesten az I. kerületben a legalacsonyabb ez az arány 9,36% míg a legnagyobb a VI. kerületben 21,81%. Az Európai Unió Tanácsa 2009. december 22-i 2009/1019/EU ajánlásának (6) bekezdése kimondta, hogy az EU minél előbb, de lehetőleg 2014/2015 telére érje el a WHO által ajánlott, 75%-os átoltottsági arányt az idősebb korosztályok körében. A 75%-os célt lehetőség szerint ki kell terjeszteni a krónikus betegségben szenvedők kockázati csoportjára is. A magyar adatok az ajánlásban megfogalmazotthoz képest rendkívül alacsonyak.

Az 5. sz. indikátor (mammográfiás átszűrtség) a vegyes praxisokban a vizsgált időszakban 49-50% közötti, a felnőtt praxisokban pedig 50-51% közötti volt. A megyei bontásban a legjobb adatok Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében tapasztalhatók, ahol a megyei átlag 61,93% volt, a legrosszabb adat Somogy megyében, ahol 39,3% volt. A WHO által javasolt célérték a vizsgált korosztályban 70%, tehát a magyar átlag kb. 20 százalékponttal elmarad ettől.

## **2. A HÁZIORVOSI ELLÁTÁS FELTÉTELRENDSZERÉNEK KORSZERŰSÍTÉSÉRE IRÁNYULÓ INTÉZKEDÉSEK**

### **2.1. A háziiorvosi ellátásra vonatkozó koncepciók**

A háziiorvosi ellátás átalakításának céljait 2005-ben a „21 lépés a magyar egészségügy megújításáért” című programban fogalmazták meg, ebben ösztönözni kívánták a befejezett ellátást, praxisalap létrehozásával tervezték segíteni a tartósan üres praxisok betöltését. A finanszírozásban, a fejkvóta kialakításához az egyes körzetekben élők egészségi állapotából fakadó különbségeket kívánták figyelembe venni. A gyógyszerfogyasztásban, mind a biztosítói, mind a betegek költségeinek csökkentését tervezték. Fentiek közül a praxisalap létrehozása, az ösztönző finanszírozás és az egészségi állapottól függő ellentételezés nem valósult meg.

A gazdaságos gyógyszerrendelés ösztönzését megvalósították a 2006. évi XCVIII. törvény<sup>27</sup> és a 17/2007. (II.13.) Korm. rendelet<sup>28</sup> alapján.

---

<sup>27</sup> a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény

<sup>28</sup> a minőségi és hatékony gyógyszerrendelés ösztönzéséről, szóló [Hatálytalan 2011. I. 1-jétől] 17/2007. (II. 13.) Korm. rendelet

A 2010. évi kormányprogram az alapellátás szakmai tevékenységének folyamatos átalakítását, megerősítését, egyes, a szakrendelők kompetenciájába tartozó ellátások alapellátásban való elérhetőségét tervezte. A program az alapellátás szűrés-gondozási tevékenységének javítását a finanszírozási rendszer átalakításával, a szakorvosi többlettevékenység elismerésével, a teljesítményalapú díjazás bevezetésével tervezte. A finanszírozási változtatásokkal szembeni elvárásként fogalmazódott meg, hogy a tartósan ellátatlan területeken javítsa a háziiorvosi ellátottságot.

A kormányprogram alapellátással kapcsolatos célkitűzéseinek részleteit a minisztérium 2010-ben a Semmelweis terv 13 pontjában foglalta össze.

Ebben a 2007-től megszűnt eszköztámogatást vissza kívánják állítani, hozzáférést terveznek biztosítani a háziiorvosoknak a betegutakhoz, az egyéb szakvizsgákkal rendelkezők tudásának hasznosítását, finanszírozás átalakítását, praxisjog újragondolását, praxisalap létrehozását, szűrésösztönzést terveztek.

### **A megvalósításra határidőt és forrást nem tartalmaz a program.**

A 2005. évi **Országgyűlési határozatok**<sup>29</sup> megfogalmazták az orvos ellátottság javításának szükségességét.

2007-ben az Országgyűlés fogadott el határozatot<sup>30</sup> a roma integrációról, az V. fejezetben megfogalmazásra kerültek az egészségügy területére vonatkozó feladatok (szakmai-, pénzügyi ösztönző rendszer, a romák által lakott településeken háziiorvosi részvétellel alapvető szűrések végzése a romák körében, stb.). Az OGY határozatra alapozott 1105/2007. (XII. 27.) Korm. határozat intézkedési tervet tartalmaz az elvárások megvalósítására, az egészségügyi miniszter számára 2008. július 31-i határidő megjelölésével.

Az ellenőrzés számára a határozatok végrehajtásáról dokumentumot nem mutatott be az ágazatirányító.

## **2.2. A feltételrendszer javítását célzó intézkedések**

A feltételrendszer javítását célozta a 2001-től folyósított **eszköz- és ingatlan támogatás**. Az ide vonatkozó szabályozást a 229/2001. (XII. 5.) Korm. rendelet<sup>31</sup> tartalmazta. Az OEP adatszolgáltatása szerint 2002-2010 között a háziiorvosok eszköztámogatására 12,4 Mrd Ft-ot, ingatlan-támogatására 1,8 Mrd Ft-ot fordítottak. (2. sz. tanúsítvány adatforrás: OEP)

<sup>29</sup> 97/2005. (XII. 25.) OGY határozat az Országos Területfejlesztési Konceptióról.

<sup>30</sup> 68/2007. (VI. 28.) OGY határozat a Roma Integráció Évtizede Program Stratégiai Tervéről

<sup>31</sup> 229/2001. (XII. 5.) Korm. rendelet a háziiorvosok, házi gyermekorvosok és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról (Hatálytalan 2006. I. 1-jétől a 329/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet alapján)

A felnőtt háziiorvosi praxisoknak átlagosan 180 E Ft<sup>32</sup> bevétele keletkezett a **vizitdíjakból**, amellyel szemben mintegy havi 40-80 E Ft-tal csökkent állami támogatottságuk az amortizációs pótlék megszüntetése és a csökkentett kártyapénz miatt. A 2008. március 9-én lezajlott ügydöntő népszavazás alapján a parlament hatályon kívül helyezte a 2007 februárjától bevezetett vizitdíjra vonatkozó szabályozást és 2008. április 1-jétől megszüntette azt. Az intézkedés az alapellátásban forráscsökkenést eredményezett, a házi gyermekorvosoknál pedig egyidejűleg megszűnt a vizitdíj-kompenzáció. (Ezt korábban a 63/2007. (III. 31.) Korm. rendelet szabályozta.)

A népszavazást követő intézkedésekben az Országgyűlés felhatalmazta a Kormányt, hogy dolgozza ki az egészségügyi alapellátás és a járóbeteg-szakellátás megfelelő működését, valamint a kiesett vizitdíj kompenzációját biztosító finanszírozást.<sup>33</sup> A felhatalmazásnak megfelelően 2008. január 1-jétől visszamenőleges hatállyal intézkedtek a **jogviszony ellenőrzési díj** 50 Ft-ban történő megállapításáról. Az intézkedés hatására, a háziiorvosi és házi gyermekorvosi praxisok bevételeinek 2,6 Mrd Ft-os növekedését prognosztizálták.

További intézkedésként **47%-kal emelték a szakmai szorzókat**, ami erősítette a szakmai pozíciókat, valamint a **fix összegű díjazást növelték**, ami a stabil gazdálkodás eleme, mind a felnőtt, mind a gyerek és a vegyes körzetekben, (lakosságszámtól függően 65 000, 70 000, 75 000 Ft-tal havonta). A növekmény ennél magasabb volt a hátrányos helyzetű településeknél,<sup>34</sup> ahol eleve 50%-kal több a fixdíj mértéke. 2008 októberétől a vegyes és gyermek körzetek további 10 000, illetve 25 000 Ft fixdíj emelést kaptak.

A plusz szakdolgozó alkalmazását a degressziós határ megemelésével preferálták.

Kormányrendelet alapján<sup>35</sup> 2006-tól **működik** az Országos Alapellátási Intézet (továbbiakban: OALI) **praxis programja, amit ma Praxis I. programnak neveznek**. Elsődleges célja a tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetekben az ellátás, illetve átképzés biztosítása. A programba azok az önkormányzatok jelentkezhetnek, amelyeknek legalább 6 hónapja felnőtt vagy vegyes tartósan betöltetlen praxisuk van. Az OALI és az önkormányzat között létrejövő feladatátvállalási szerződés alapján az **OALI saját közalkalmazottjaként helyettesítő háziorvost biztosít**. Eddig 62 önkormányzat vett részt a Praxis I. prog-

---

<sup>32</sup> [www.eum.hu](http://www.eum.hu) 2007.II.15. közlése szerinti adat

<sup>33</sup> Egyes egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 151/2008. (V. 30.) Korm. rendelet.

<sup>34</sup> A kistérségi támogatási alap célleírányzat felhasználásának részletes szabályairól szóló 5/2003. (V. 20.) MeHVM rendelet mellékletében felsorolt település(ek)re terjed ki, ahol a körzet lakosság száma a 800 főt eléri. A másik jogforrás a kedvezményezett térségek besorolásáról szóló 311/2007. (XI. 17.) Korm. rendelet 2. számú melléklete azon leghátrányosabb helyzetű kistérséghez tartozó települések közül kettőre vagy többre terjed ki, ahol a körzet lakosság száma 800-1500 fő közötti.

<sup>35</sup> 329/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról

ramban, ebből 24 lezárt és 38 működő együttműködés van. A Praxis II. Program 2009 áprilisától indult, ebben az az orvos vehet részt, aki klinikai szakképesítéssel rendelkezik.<sup>36</sup> Eddig 47 szerződést kötött az OALI az ún. Praxis II. Programban. A Praxis Programban foglalkoztatottak 30%-a elmaradott, hátrányos helyzetűnek minősülő településen dolgozik. Ezeken a helyeken az OALI szűrési csomagot biztosított a programokban résztvevőknek.

2008-ban és 2009-ben, 8-8 településre juttattak el mobil szűrő egységet. Ezeken a településeken 50-50 fő szűrését végezték el. A szűrés eredményeként, közel 50%-ban szűrtek ki magas rizikójú beteget.

2005-ben az OALI, a Háziiorvostani Szakmai Kollégiummal közösen felülvizsgálta és átdolgozta a Háziiorvosi praxis **hatásköri listáját**, ami az EüM szakmai protokolljaként az Egészségügyi Közlöny 2006/5-ös számában jelent meg. 2011. március 29-én módosult a kibővített öt évre szóló hatásköri lista.

**A háziorvosok minőségi munkavégzésének ösztönözése érdekében a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet két alkalommal módosult.**<sup>37</sup> 2010 januárjától havi rendszerességgel küldték meg a szolgáltatóknak a munkavégzésük alapján képzett minőségi mutatókat, 2010 júliusától pedig abban az esetben váltak jogosulttá a szolgáltatók teljesítménydíjazásra, ha a számított indikátorok legalább 25%-ában pontot értek el. Az ösztönzés bevezetésére szánt 2010. évi összeg az előzetes szándék ellenére 2 Mrd Ft-ról 300 M Ft-ra zsugorodott. Ez erőteljesen visszavetette a kívánt ösztönző hatást. 2011-ben az indikátor alapú teljesítmény díjazására a költségvetés 3500,0 M Ft-ot biztosít és a **tárca 2011. április 1-jétől új alapokra helyezte a minőségi indikátorok rendszerét.**

**A háziiorvosi prevenciós pályázat** kiírásáról a Magyar Köztársaság a 2005. évi költségvetéséről szóló 2004. évi CXXXV. tv. 78. § (7) c) pontja rendelkezett. Pályázatot azok a háziorvosok nyújthattak be, akik az Irányított Betegellátásban nem vettek részt ellátásszervezőként. A forrást az OEP háziiorvosi, valamint a háziiorvosi ügyeleti ellátás előirányzata 885 M Ft értékben biztosította. Az OEP 385 pályázóból 347-tel kötött szerződést. A pályázóknak az OEP két részletben összesen 203,2 M Ft-ot utalt át. A közel 682 M Ft megmaradt összeg a gyógyító-megelőző jogcímcsoporton belül a fekvőbeteg-szakellátás javára történő 1805,8 M Ft-os átcsoportosítás része lett 2005 novemberében. Az ágazatirányító nem értékelte a pályázat hatékonyságát.

---

<sup>36</sup> 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 11. §-nak 2009. április 6-i módosítását követően abban az esetben, ha a háziorvos a jogszabály szerinti klinikai szakképezések valamelyikével rendelkezik, tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetben az önkormányzat által igazolt területi ellátási érdekből, az önkormányzattal megkötött feladatellátási szerződés megkötését követően – a házi gyermekorvosi tevékenység kivételével – a háziiorvostan szakorvosi szakképesítés nélkül is elláthat – helyettesítő orvosként – területi ellátási kötelezettséggel háziiorvosi feladatokat. A tevékenység megkezdése előtt az orvos az orvostudományi egyetemeken történő külön jogszabály szerinti egyéni képzésre az Országos Alapellátási Intézettel (OALI) szerződést köt.

<sup>37</sup> Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól (módosult a 291/2009. (XII.18.) és a 166/2010. (V.11.) Korm. rendeletek alapján).

2005-ben a **tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetek támogatására pályázatot hirdetett** az ágazatirányító.<sup>38</sup> A kiírásra 28 db pályázat érkezett, a bíráló bizottság a rendelkezésre álló 100 M Ft-ból 84,2 M Ft-ot ítelt oda az önkormányzatoknak. A körülmények javítása ellenére vannak olyan, a pályázaton nyertes települések, ahol továbbra is betöltetlen a háziiorvosi állás.<sup>39</sup>

A fennmaradó 15,8 M Ft-ból 13,1 M Ft értékben az OALI tett közzé pályázatot, melynek célja a működési feltételek, a praxisok orvos szerző és orvos megtartó képességének a javítása volt. Kilenc pályázóval kötöttek támogatási szerződést.

A háziiorvosi munkavégzés átláthatósága érdekében, 2006 szeptemberétől minden háziiorvosi szolgálat köteles **tételes betegforgalmi jelentést** (ún. B300-as jelentést) küldeni a finanszírozónak, korábban erre kötelezettségük csak az IBR-ben (irányított betegellátás) résztvevő ellátásszervezőknek volt 2004 áprilisától. 2011-től lehetőségük van a háziiorvosoknak, hogy online továbbítsák a havi jelentést.

### 2.3. A működtetési jog

**A 2000. évi II. törvény rendelkezik az önálló orvosi tevékenységről.** A törvény személyhez kapcsolódó vagyoni értékű jogként definiálja a működtetési jogot, így kívánta hangsúlyossá tenni, hogy ez tartalmazza mindazt a tudást, a betegellátásért viselt személyes felelősséget, amit a háziiorvosi munka képvisel. A működtetési jog automatikusan és térítésmentesen került a hatálybalépés napján dolgozó háziiorvosokhoz, így akkor a költségvetés számára többletterhet nem jelentett.

A működtetési jog automatikus megszerzése a hatályba lépéskor nem csak a területi ellátási kötelezettséggel bírókat illette meg, hanem azokat is, akik területi ellátási kötelezettség nélkül végeztek háziiorvosi tevékenységet, ennek feltétele volt, hogy a törvény hatályba lépésének napján legalább 200 hozzájuk bejelentkezett betegnek kellett ellátást nyújtaniuk.

**A működtetési jog önálló orvosi tevékenység nyújtására jogosító engedélybe foglalt, személyhez fűződő vagyoni értékű jog.** A jog birtokosa területi ellátási kötelezettséggel köthet szerződést bármelyik települési önkormányzattal. Az engedély kibocsátója 2007. január 1-jétől az ÁNTSZ, míg korábban ez a MOK jogosultsága volt, jelenleg pedig (2011. január 1-jétől) a fővárosi és megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek feladata. A működtetési jog **elidegeníthető és folytatható.** A folytathatóság csak a házastársat vagy az egyenes ági leszármazottat illeti meg. A jog elidegenítésére hat hónapos határidőt szabott meg a jogalkotó, amennyiben határidőben nem értékesíthető, a működtetési jog megszűnik.

---

<sup>38</sup> Pályázati felhívás az Eü. Közlöny 2005. évi 11. számában.

<sup>39</sup> Pl. a betöltetlenség Farkaslyukon 2001-től, Karancslapujtón és Somogyapátiban 2004 óta áll fenn. Jászfényszarun, Pincehelyen, Jászladányban, Orosházán 2010 óta, Ároktőn 2008 óta, Sóshartyánban 2009 óta ismét betöltetlen az állás (2011. januári állapot szerint).

Az elidegenítéssel kapcsolatos problémákat vizsgálta az Országgyűlési Biztos Hivatala is. Az ombudsman megállapította, hogy szabályozatlan a kártalanítás és sérülhet a tulajdonhoz való jog és a jogbiztonság.

Az önálló orvosi tevékenységre az önkormányzattal kötött szerződés legrövidebb ideje öt év lehet. 2006. VI. 21-től a működtetési jogra vonatkozó kérelemhez nem kell csatolni „a) a működtetési jog elidegenítése esetén: a működtetési joggal rendelkező házi orvos és a kérelmező által kötött előszerződést a működtetési jog átadásáról, valamint az önkormányzat és a kérelmező által kötött előszerződést, vagy az önkormányzat nyilatkozatát arról, hogy a működtetési jog megszerzése esetén a kérelmezőt házi orvosként kívánja foglalkoztatni,”<sup>40</sup> mivel ezt a bekezdést a 28/2006. (VI. 21.) AB határozat megsemmisítette.

Fenti előszerződések szükségességének eltörlése idézett elő olyan helyzeteket, amikor valaki –, bár megvásárolta a praxist – az önkormányzat mégsem köt vele szerződést, így nem foglalhatta el azt a praxist, amit megvásárolt.

ÁNTSZ által nyilvántartott működtetési jogot adó határozattal rendelkezők száma 3486 fő volt.<sup>41</sup> Az alanyi jogon működtetési jogot szerzett házi orvosok, nem szerepelnek ebben az adatban. Az Országos Tisztai Főorvos adatszolgáltatáshoz tett kiegészítése: *”A praxisjogra vonatkozó jelenlegi nem egyértelmű jogi szabályozás, különböző értelmezésekre ad alapot, ezért a kiadott működtetési jogot esetenként praxishoz kötötték, más esetben nem kötötték praxishoz. A működési joggal rendelkező házi orvosok száma eltérő a praxisok számától, tekintettel arra, hogy a működtetési jog kiadása nem kötődött minden esetben konkrét praxishoz, illetve a praxis eladása esetén sem kerül visszavonásra minden esetben a működtetési jog, ha a szükséges feltételek továbbra is fennállnak.”* **Az egységes és egyértelmű értelmezés érdekében mindeddig nem történt érdemi beavatkozás a jogalkotó részéről.**

A praxisjogra vonatkozó egyértelmű jogi szabályozást követően, szükséges a nyilvántartás struktúrájának felülvizsgálata, a jogszabályi változások átvezetése a nyilvántartás programján és ezt követően az adatok pontosítása.

Jellemző a jogszabály eltérő értelmezésére, hogy a helyszíni vizsgálatban résztvevő önkormányzatok között van arra példa, hogy a működtetési jogot maga az önkormányzat vásárolta meg más jogcímen, pl. Mezőcsáton 800 E Ft-ért. Az értelmezés anomáliáira további példa a szentgotthárdi önkormányzatnál, ahol az orvos lemondott működtetési jogáról a TEK-es körzetben és TEK nélküli körzetet indított ÁNTSZ hozzájárulással.

Az információkat szolgáltató önkormányzatok egynegyede adott a kérdőívben valamilyen véleményt, javaslatot. Közülük minden hatodik a praxisjog felülvizsgálatának, pontosításának, kiegészítésének, átalakításának szükségességére utalt.

---

<sup>40</sup> a házi orvosi működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról, valamint a házi orvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről szóló 18/2000. (II. 25.) Korm. rendelet

<sup>41</sup> ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal Országos Tisztai Főorvos 936-2/2011 sz. levele alapján

A napi gyakorlat igazolja, hogy a működtetési jog értelmezése nem egységes, a praxisok forgalomképessége csökken fizetőképes kereslet hiányában, vagyis ez a jogintézmény nem segíti az alapellátás problémáinak megoldását, a betöltetlenség felszámolását, a nyugdíjba vonulók pótlását.

Az OTH-tól érkezett tájékoztatás alapján 2007 és 2011. május 31. közötti időszakban 1182 alkalommal történt tulajdonos váltás a praxisokban (2007: 207; 2008: 312; 2009: 270; 2010: 277; 2011: 116). Ez az adat tartalmazza az adásvétel illetve ajándékozás útján történő praxisátadást, a lemondás miatti betöltés jogcímen történő változást, valamint az öröklés miatti tulajdonos változást is.

#### **2.4. A területi ellátási kötelezettség nélküli szolgáltatók**

A területi ellátási kötelezettség nélkül (továbbiakban: TEK nélküli) működtetési jogot szerzett szolgáltatók esetében a működtetési jog elidegenítése és folytatása nem lehetséges. 2005-2010 között az összes TEK nélküli körzet száma 404-ről 341-re csökkent, ebből Budapesten működött 106 db felnőtt és 14 db gyermek körzet.<sup>42</sup> Az ezeket ellátó házi orvosok 22 fő kivételével 50 év fölöttiek. Egyes praxisokban a bejelentkezettek száma alacsony. **A TEK nélküli körzetek fenntartása nem tartozik a helyi önkormányzat felelősségi körébe és rontja az ellátási kötelezettséggel rendelkező körzetek méretgazdaságosságát.**

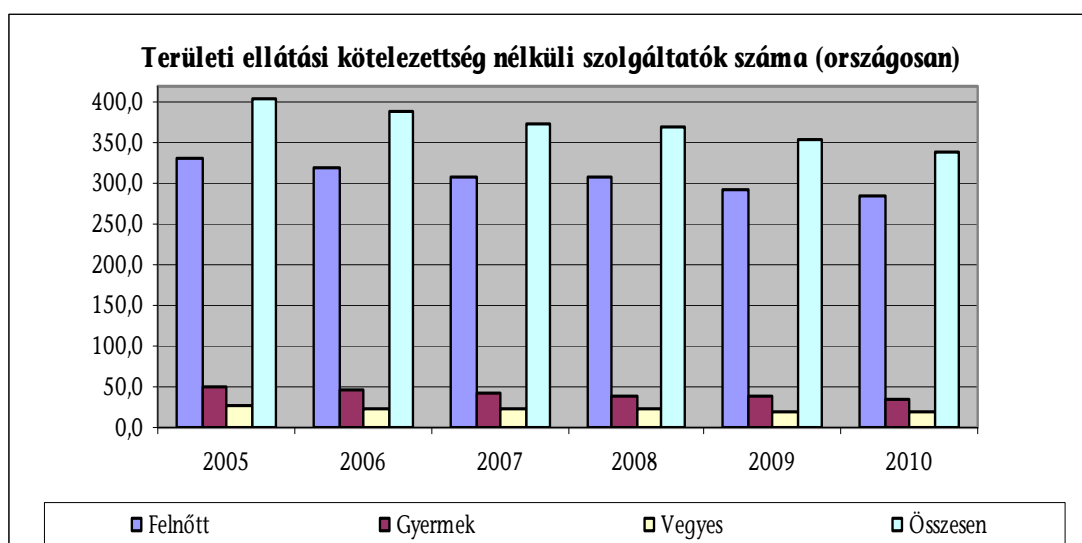
A szabályozás új, TEK nélküli körzet alakítását nem tiltja. A finanszírozó 200 bejelentkezett esetén szerződést köt azzal, aki TEK nélküli körzetet kíván működtetni.

A házi orvosi ellátást nyújtó szolgálaton belül minden huszadik házi orvos (a házi orvosi szolgálatok 5%-a) TEK nélküli, akik a lakosok 3,0%-át látják el. A bejelentkezettek száma ezeknél a szolgálatoknál átlagosan közel felével kevesebb volt, mint a területi ellátási kötelezettséget teljesítőknél.

---

<sup>42</sup> 2010. évi átlag alapján OEP adat





Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

## 2.5. A minimum feltételek korszerűsítésére tett ágazatirányítói törekvés

Az egészségügyi szolgáltatások minimum feltételeiről rendelkező ESZCSM rendelet<sup>43</sup> által meghatározott személyi és tárgyi feltételek megléte nélkül a hatóság nem ad működési engedélyt a házi orvosoknak. Az ágazatirányító 2010-ben kívánt intézkedni a minimum feltételek módosítása érdekében. Az új rendelet azonban nem lépett hatályba. A minimum feltételeknek nem felelt meg 97 felnőtt, 30 gyermek és 146 vegyes házi orvosi szolgálat. Számukra ellátási érdekből ideiglenes működési engedélyt adott ki az ÁNTSZ, azzal a feltétellel, hogy a határozatokban megjelölt határidőre teljesítik az építészeti, illetve egyéb tárgyi, személyi feltételeket (2011. 03. 24-i állapot szerint).

## 2.6. A praxisok működtetéséhez szükséges humánerőforrás alakulása

A házi orvosi praxisra jellemző az egy orvos- egy ápoló felállás. Ezt a létszámot követeli meg a minimum feltételekről rendelkező jogszabály is, függetlenül az ellátandó lakosság számától, illetve a megnövekedett adminisztrációs követelményektől.

Az ÁSZ kérdőíves felmérésében az 1007 válaszadó közül, 162 szolgálat (17,8%) jelezte, hogy 2 fő asszisztenst alkalmaz. Adminisztrátort 164, informatikust 20, egyéb alkalmazottat (takarító, karbantartó) 185 esetben 1-1 főt alkalmaznak, 5 esetben pedig 2 főt jelentettek.

<sup>43</sup> az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet

A több asszisztens alkalmazása, illetve adminisztrátori állás létesítése nem elvárás, de ösztönzésére a finanszírozási kormányrendelet<sup>44</sup> tartalmaz elemeket. A létszám bővítése gyorsabbá teheti a betegellátást, tehermentesíti az orvost.

A 7. sz. táblázat 6560 házi orvos életkori adatait mutatja. (Az OEP-től átvett 2010. 10. havi adatokban 184 adat az üres praxisok, és a nyugdíjazások miatt nem jelenik meg.) Az alábbi adatokból látható, hogy a házi orvosi szolgálatot ellátók 70,6%-a 50 év feletti, ebből a 60 év felettek 32,6%-ot képviselnek.

### A házi orvosok életkor megoszlásáról

7. sz. táblázat

Életkor (év)	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-	Össz.
Létszám (fő)	32	561	1321	2491	1768	369	17	1	6560
Megoszlás %-a	0,5	8,6	20,1	38	27	5,6	0,2	0,02	-

Adatforrás: OEP 2010. 10. havi adatok alapján ÁSZ számítás

A személyi feltételek megfelelőségének meghatározó eleme a működési nyilvántartás megújítása, ami továbbképzés teljesítéséhez kötött. A szabályozás értelmében az orvosok működési nyilvántartásának megújítása ötévenként, 250 kreditpont elérésével lehetséges.

2005 és 2010 között 240 házi orvos kért az EEKH<sup>45</sup>-től hatósági bizonyítványt a végzettség külföldi elismertetése céljából. Arra, hogy közülük ténylegesen hányan vállaltak külföldön munkát, nincs adat.

Szintén az EEKH-től származó adat, hogy jelenleg a négy orvosi egyetemen első szakképzésként 279-en, második szakképzésként szintén 279-en választották a házi orvostant. A tényleges utánpótlást az első szakképzésben résztvevők jelentik, amennyiben a szakvizsgát követően valóban házi orvosként folytatják munkájukat. További 34 fő vesz részt képzésben azok közül, akik 1999 előtt szereztek diplomát. Az OALI Praxis I. és Praxis II. Programjában 85-en folytatnak házi orvostani tanulmányokat. 2005-2010 között a házi orvostanból szakvizsgázottak száma emelkedett, ezt az 5. sz. melléklet 2. sz. táblája mutatja be.

A 10 ezer lakosra jutó házi orvosok száma Pest megyében 5,6, Budapesten 7,7. Az egy házi orvosra jutó lakosok száma Budapesten a legkevesebb, míg Pest megyében a legtöbb. (A részletes adatokat az 5. sz. melléklet 3. sz. táblája mutatja be.)

A 10 ezer lakosra jutó házi orvosok száma pl. Portugáliában 18, Ausztriában 15 orvos, az EU átlag 9,5, a legkevesebb orvos 10 ezer lakosra Lengyelországban, illetve Görögországban jut, 1,7-es, 2,7-es átlaggal. (HFA 2010).<sup>46</sup>

<sup>44</sup> az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet

<sup>45</sup> Egészségügyi Engedélyezési Közigazgatási Hivatal

<sup>46</sup> European Health for All Database (HFA-DB).

## 2.7. A betöltetlen praxisok területi megoszlása, aránya, hatása az ellátásra

2005-ben a betöltetlen körzetek száma 159 volt, míg a 2011. január hóban 7,5%-kal több, 171 db, amelyből 41 a felnőtt, 28 a gyermek és 102 a vegyes körzet.

A betöltetlen praxisokhoz tartozó települések száma 263, ahol az ott élő 217 967 ember ellátásáról kell gondoskodni. Ezekben a körzetekben már csak 165 519 biztosítottat tartanak nyilván, ami a körzetek kiüresedését mutatja. A kiüresedés pedig tovább nehezíti a betölthetőséget.

Területi megoszlását tekintve, Nógrád megyében 8%-os (136 körzetből 11 a betöltetlen), Tolna megyében 7,7%-os, BAZ és Jásznagykun-Szolnok megyében, 6,4%, illetve 6,7%-os az üres praxisok aránya (betöltetlenségi mutató). Borsod-Abaúj Zemplén megyében 31 betöltetlen körzet van, ami abszolút értékben a legmagasabb, de az összes körzethez viszonyítva ez 6,4%-os betöltetlenséget eredményez. A részletes adatok az 5. sz. melléklet 4. sz. tábláján láthatók.

Az üres praxissal rendelkező települések közül 92 küldte vissza a kitöltött kérdőívet határidőre. A betöltetlenségre tett intézkedésekben 70 település hirdette az állást, 16 az OALI Praxis Programjával kívánta megoldani az ellátást.

A települések közül 49 esetben ingyenesen biztosított a teljes ingó, ingatlan felszerelés, 54 esetben pedig szolgálati lakás is rendelkezésre áll, ami elviekben könnyítheti a betölthetőséget. A helyettesítés megoldott, azonban sok helyen vannak a hétnek olyan napjai, amikor nincs rendelés. (Pl. Lenti, Dáka, Felsőgagy stb.) Az OALI Praxis Programjával két helyen, Putnokon és Lentiben éltek a válaszadók közül. Az OEP finanszírozás teljes összegét 28 településen kapja meg a helyettesítő, a többi szolgáltató 30-80%-ban osztja meg a finanszírozást az önkormányzattal, ebből több feladatot is ellát a hivatal. (Pl. takarítást, asszisztenszt biztosít, rezszi, illetve karbantartási költségeket finanszíroz.) Az ellátási problémák megoldásaként 14 helyen terveznek körzetösszevonást, azonban a nagyobb körzetet sújtó degresszió ezt hátrányosan befolyásolja. (Amennyiben területi ellátási kötelezettség miatt nagy a körzet, nem érvényesül ez a szabály.)<sup>47</sup> A betöltetlenség hatásai között 49 település értékeli úgy, hogy rövid a rendelési idő, 18 település véleménye szerint elégtelen a prevenció, és 17 úgy ítéli meg, hogy nem biztosított a betegek otthonukban történő ellátása.

A kérdőíves felmérés feldolgozásából látható, hogy az egy év utáni betöltetlenséget követő 60%-ra lecsökkentett finanszírozás elégtelen, ami arra kényszeríti a tulajdonos önkormányzatokat, hogy hozzájárulást nyújtsanak az ellátáshoz. (Pl. Ecsér, Felsőgagy, Nagylak, Sárosd)

---

<sup>47</sup> Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 14. § (4) bekezdése

## 2.8. Az orvosi tevékenységre vonatkozó munkaidőkorlát betartása, a házi orvos valamennyi tevékenységéből adódó leterheltség alakulása

A 2003. évi egészségügyi tevékenység végzéséről rendelkező jogszabály,<sup>48</sup> a vonatkozó Európai Unió irányelvekkel<sup>49</sup> összhangban meghatározta az egészségügyi dolgozók esetében kötelezően elrendelhető, illetve önként vállalható egészségügyi tevékenység időtartamát. Ennek megfelelően a különböző jogviszonyokban végzett egészségügyi tevékenységeket egybe kell számítani. Az önként vállalható többletmunka a vonatkozó direktívákkal és az Európai Bíróság döntésével összhangban lehetőséget biztosít többletmunka vállalására, a törvény 13 §-a rögzíti az önkéntes többletmunka végzésének maximális időtartamát.<sup>50</sup>

A pihenéshez való jog kötelezettség is, mivel a betegeknek a pihent egészségügyi dolgozók által nyújtott ellátáshoz joguk van.

A házi orvosi szolgálat orvosa 8 órában nyújt szolgáltatást az őt választó biztosítottak számára, így heti munkaideje 40 óra.<sup>51</sup> A jogszabály ebbe az időkeretbe beleérti a rendelési időt és a tanácsadás idejét is. A házi orvosok általános gyakorlat szerint ezen kívül részt vesznek az iskola–egészségügyi, foglalkozás–egészségügyi, házi orvosi ügyeleti ellátásban. E mellett lehetnek közreműködők vagy szakképzettségük szerint szakellátásban is vállalhatnak feladatokat, kórházi ügyeletet. A feladatok ellátásához működési engedély kiadása nem minden tevékenységhez szükséges, így **az ÁNTSZ nyilvántartási, engedélyezési kötelezettsége részleges**, ez azt eredményezi, hogy **nem állapítható meg, hogy az egyes tevékenységekkel eltöltött munkaidő megfelel-e a szabályozásnak.**

### **A munkaidőkorlát betartása átláthatatlan és nem ellenőrzött.**

A vizsgálat által megkérdezett valamennyi házi orvos közül az önkéntes válaszadók száma 1007 volt. Az egyes tevékenységek heti óraszámára vonatkozó kérdésre a válaszolók közül 165-en lépik túl a heti munkaidő korlátot, vagyis 16,4%-uk. Több, mint 40 órában végeznek házi orvoslást 466-an, bár az OEP szerződés

---

<sup>48</sup> Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény.

A munkaidő-irányelvet eredeti formájában 1993-ban fogadták el, azóta többször módosult a magyar szabályozás alapja. Az Európai Parlament és Tanács 2003. november 4-i 2003/88/EK irányelve a munkaidő szervezés egyes szempontjairól.

<sup>49</sup> az Európai Parlament és a Tanács 2003. november 4-i, a munkaidő szervezés egyes szempontjairól szóló 2003/88/EK irányelve

<sup>50</sup> Az egy naptári napra eső egészségügyi tevékenységek időtartama a 12 órát nem haladhatja meg akkor sem, ha az egészségügyi dolgozó több egészségügyi szolgáltatóval áll munkavégzésre irányuló jogviszonyban, illetve alkalmazottként és vállalkozóként is tevékenykedik, hat havi átlagban pedig nem lehet több a munkában töltött idő heti 60 óránál. (A 2007. évi LXXII. tv., amely 2007. VII. 1-jétől hatályos.)

<sup>51</sup> az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet

heti 40 órára szól. 112-en tartanak magánrendelést, szakorvosi ügyeletben 27-en vesznek részt. A válaszadók közül 121-en szociális otthonban látnak el háziiorvosi munkát, iskola-egészségügyi feladatot 351-en, foglalkozás egészségügyi munkát pedig 18,7%-uk vállalt.

## **2.9. A háziiorvosi feladatellátás szakmai ellenőrzése (ÁNTSZ és OEP)**

A háziiorvosi feladatellátás szakmai ellenőrzését két szervezet végzi, az OEP, valamint az ÁNTSZ-en belül működő szakfelügyelő főorvosi hálózat.

Az OEP Elemzési, Orvosszakértői és Szakmai Ellenőrzési Főosztályának szakmai ellenőrzési feladatai közé tartozik az éves ellenőrzési tervek elkészítése, orvosszakmai ellenőrzések, valamint a pénzügyi ellenőrzésekkel kapcsolatos feladatok ellátása.

2009. évi bázis ellenőrzés keretében a 6822 háziiorvosi szolgáltató 20%-át, 1363 szolgálatot javasoltak ellenőrizni, ebből 1189 ellenőrzés valósult meg. (Ezek megoszlása régióként: Közép-magyarország 90, Közép-Dunántúl 304, Nyugat-Dunántúl 108, Dél-Dunántúl 170, Észak-Magyarország 263, Észak-Alföld 146, Dél-Alföld 108.)

A régiók saját hatáskörben végzett ellenőrzései keretében a háziiorvosoknál, házi gyermekorvosoknál összesen 1429 ellenőrzés volt, ebben 59 799 tételt ellenőriztek, visszavonásra 2448-at javasoltak. Az ellenőrzésekre 3401 ellenőri órát fordítottak. A visszavonásra került összeg ebben az ellenőrzési típusban (az országosan elrendelt ellenőrzések nélkül) az I. félévben 6,4 M Ft, a II. félévben 4,4 M Ft volt.

Az ÁNTSZ és az ezen belül működő Országos Szakmai Módszertani Központ (OSZMK) keretén belül működő szakfelügyelői hálózat feladatait, szervezeti felépítését az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről szóló 15/2005. (V. 2.) EüM rendelet szabályozza.

A szakfelügyelői hálózat az ÁNTSZ keretén belül működik. Az országos szakfelügyelő főorvos az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központtal, a megyei szakfőorvosok a megyei kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szerveivel, a városi/kistérségi szakfelügyelők pedig az illetékes városi/kistérségi népegészségügyi intézettel állnak szerződéses viszonyban. Az országos szakfőorvoshoz nem jutottak el minden esetben a városi/kistérségi felügyelők vizsgálati jelentései, éves beszámolóit, az országos szakfelügyelők nem kapták meg minden évben teljes körűen a megyei szakfelügyelők beszámolóit. 2008-ban az országos szakfelügyelő, a beszámolója szerint még a betöltetlen szakfelügyelői helyekről sem kapott információt.

Az országos háziiorvos szakfelügyelő főorvos a vizsgált időszakban két alkalommal (2006, 2008) készített éves beszámolót. Több alkalommal nem kapta meg a megyei, városi szakfelügyelőktől a beszámolóikat.

Az országos gyermek-alapellátási szakfelügyelő főorvos 2005-2009 évről készített éves beszámolót. A beszámolók általános adatelemzésre épülnek (az ada-

tok forrása és maga az adat sem szerepel a beszámolóban, nincs rá hivatkozás), általános értékelést tartalmaznak, a munkaterv alapján lefolytatott vizsgálatok értékelését nem.

Az OSZMK közzétette az országos szakfelügyeleti éves jelentés adattartalmát 2011-re vonatkozóan. A felsorolás olyan elemeket tartalmaz, az abban meghatározottak meghaladják az országos szakfelügyelők lehetőségeit (pl. a szakma epidemiológiai helyzet elemzése morbiditási és mortalitási adatok alapján, az ellátórendszer hozzáférhetősége, a valós igény és az ellátórendszer összevetése stb.)

A szakfelügyelőnek jogszabály<sup>52</sup> szerint az OSZMK által megadott szempontok alapján évenként munkatervet kell készítenie, amelyben meghatározza a végzendő adatgyűjtések, auditok és helyszíni ellenőrzések témakörét, gyakoriságát. A szakfelügyelő főorvosok munkatervet nem mutattak be az ellenőrzés során.

Az országos házi gyermekorvos szakfelügyelő összesítése szerint 2007-2009 időszakban összesen 542 vizsgálatot folytattak le, ebből 505 a városi szakfelügyelők, 27-et a megyei, 10-et pedig az országos szakfelügyelő. A beszámoló szerint panaszügy 2005-2007 időszakban nem volt. 2008-ban 12, 2009-ben 11 esetben történt panaszbejelentés kivizsgálása, ami nem jelentős. (Évente 11,5 millió orvos-gyermek találkozás történik.) A szakfelügyelők által elvégzett ellenőrzésekről nincs összesítés, a beszámoló szerint intézkedési javaslatok nem készültek. A felnőtt praxisokra vonatkozóan nem áll rendelkezésre adat a szakfelügyelet által lefolytatott ellenőrzések számáról és témájáról.

Az OSZMK-nál nem összesítették a háziiorvosi szakfelügyelői hálózat fenntartásának éves költségét. A helyi ÁNTSZ szervezetek önálló költségvetési intézmények, és az OSZMK-nál nincsenek adatok arról, hogy az egyes szervezeteknél mennyit fordítanak erre a célra. Vita van arról is, hogy a szakfelügyelők költségei az egyes ÁNTSZ szervezeteken belül milyen soron vannak a költségvetésben megtervezve. Csongrád megyei adat áll rendelkezésre, amely szerint a megyei szakfelügyelő havi 9000 Ft megbízási díjban részesül, valamint 4000 Ft költségterítésben. Ez az alacsony finanszírozás gátolja a szakfelügyelői hálózat kielégítő működését.

2011. május 1-jétől az ÁNTSZ-t átszervezték, amely a szakfelügyelői hálózatot is érintette.

## **2.10. A háziiorvosok adatszolgáltatási kötelezettségének, valamint annak egyszerűsítésére tett intézkedések értékelése**

Az alapellátásban dolgozó orvosokra egyre nagyobb adminisztrációs teher hárul, amely világszerte megfigyelhető. Az adatszolgáltatással nő az átláthatóság, többet lehet megtudni a betegutakról. A háziiorvosi szolgáltatók jelenleg a legkülönbözőbb szervek irányába, eltérő időpontban küldik különböző típusú, de sokszor hasonló adattartalmú jelentéseiket.

---

<sup>52</sup> Az egészségügyi szolgáltatások szakmai felügyeletéről szóló 15/2005. (V.2.) EüM rendelet

A jelentési kötelezettségek egy jóval kisebb, átláthatóbb, ezért könnyebben kezelhető és kevesebb csatormán futó adatállománnyal is teljesíthetők. A KSH, ÁNTSZ, APEH felé jelentett adatok részben olyan adathalmazokat tartalmaznak (pl. betegforgalom, praxis létszámadatai, ellátást indokló diagnózisok, stb.), amelyeket az OEP-nek is jelentenek. Az OEP részére küldött felnőtt, gyerekek, vegyes praxisok jelentésének adatstruktúrája és adattartalma ugyanaz. A továbbítandó adatok és célállomások determinálják a különbözőséget. Az ún. morbiditási (vagyis a praxisban gondozott betegekre vonatkozó) jelentéseket a KSH-val együttműködve már szinkronizálták, ezáltal a felnőttkorba lépve is nyomon követhető a betegek sorsa, száma.

2011-ig a háziiorvosi jelentéseket floppy lemezeken, postai úton továbbították. A rendszer célja, hogy egyszerűsítse a jelentésbeküldés folyamatát, adatátviteli vonalon (interneten) keresztül lehetővé tegye a heti/havi jelentések elektronikus úton történő beküldését közvetlenül az OEP részére. 2011. január 1-jétől a háziiorvosi szolgáltatóknak online, interneten keresztül is lehetőségük van beküldeni havi/heti jelentéseiket. Az E-jelentés-rendszer bevezetéséről a háziiorvosi szolgáltatókat tájékoztatta az OEP. Az első elektronikus jelentések fogadására 2011. február 1-5. közötti időszakban került sor, ami a január havi teljesítést tartalmazta. A 6760 háziiorvosi szolgálat közül 4100 praxis működtetője regisztrált a rendszerben. A regisztráltak közül a január havi jelentéseket több mint 2000-en küldték be az interneten keresztül, kihasználva a rendszer nyújtotta előnyöket.

Az OEP rendelkezik a szükséges informatikai háttérrel, amely a háziiorvosok részére lehetővé teszi a betegutak követését.

A 2011. áprilisi finanszírozási kormányrendelet<sup>53</sup> módosításával – a hatályos törvény értelmében – amennyiben a biztosított írásban nem tiltotta meg, a háziiorvosoknak lehetőségük nyílt a hozzájuk bejelentkezett biztosított betegek útjának követésére, az általuk igénybevett egészségügyi ellátások adatainak megismerésére. Az adatokat az egészségbiztosítási szerv elektronikus lekérdezés formájában biztosítja számára. Az érintettet a tiltakozás lehetőségéről – az első elektronikus lekérdezés előtt – tájékoztatni kell. A háziiorvos az egészségügyi dokumentációban a tájékoztatás és az esetleges tiltakozás tényét rögzíti, amit a beteg aláírásával ellenjegyez. A normaszöveg azonban nem hajtható végre, amíg nem változtatják meg a Korm. rendelet tételes betegforgalmi jelentés adattartalmára vonatkozó részeit. Az adatkezelés célja a betegutak irányítása és nyomon követése, a háziiorvos kapuőri funkciójának támogatása.

*Az egészségügyi adatvédelmi törvény módosítását az ÁSZ 0805 számú „az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről” szóló jelentésében már javasolta a Kormánynak: „Gondoskodjon a szűrési programok mérhetőségéről, átláthatóságáról és a betegutak követhetőségéről. Ezért kezdeményezze az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. számú törvény módosítását.”*

---

<sup>53</sup> 73/2011. (IV. 29.) Korm. rendelet 6. § és 7. sz. melléklet

### 3. AZ ÖNKORMÁNYZATOK SZEREPE A HÁZIORVOSI ELLÁTÁS MEGSZERVEZÉSÉBEN

#### 3.1. Az ellátás megszervezésére irányuló önkormányzati intézkedések

**Az önkormányzatok – eltérő adottságok mellett, a korábban kialakult struktúra fenntartásával – gondoskodtak a háziiorvosi alapellátás biztosításáról.** Ezzel eleget tettek a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény (Ötv.) 8. § (4) bekezdésében és az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 152. § (1) bekezdés a) pontjában előírt kötelezettségüknek.

Az önkormányzatok felelősségébe tartozó háziiorvosi körzetek a körzeti orvosi hagyományokra építve már a '90-es években kialakultak, az utóbbi hat évben összességében állandónak tekinthetők. A területi ellátási kötelezettségű háziiorvosi szolgálatok, illetve a kialakított háziiorvosi körzetek száma 2005-2010 között alig változott. Az évek közti és a hat év első és utolsó éve közti eltérés is 0,2% alatti volt.

Az önkormányzatok új körzet kialakításáról ott döntöttek, ahol egyes településrészek lakosság száma jelentősen nőtt vagy külön gyermekkörzet kialakítására volt lakossági igény. A körzetszámot ott csökkentették, ahol a bejelentkezettek száma drasztikusan visszaesett vagy a praxis betölthetetlenségére hivatkozva az ellátási területet más körzetekhez történő csatolásokkal felosztották. A háziiorvosi körzetek számának vagy területi határainak módosításáról szóló önkormányzati döntéseket a helyszíni ellenőrzések tapasztalatai szerint írásos előterjesztések alapozták meg. Ezekben elsősorban a „kényszerhelyzetet” és célszerűségi szempontokat mutatták be.

A kisebb – jellemzően az ezer lakos alatti – önkormányzatoknál más településsel, illetve településekkel közösen szerveztek egy vagy több háziiorvosi körzetet. Az együttműködések szabályait megállapodásokban rögzítették, amelyekben **a székhely településekre hárult az egészségügyi alapellátás felelőssége.** A kisebb községek legfeljebb heti egy-két óra helyi orvosi ellátáshoz biztosítottak rendelőnek helyiséget. A kistérségi szintű együttműködés csak a háziiorvosi ügyelet megszervezésében terjedt el. A háziiorvosok ideiglenes helyettesítésébe maguk a háziiorvosok vagy tartós helyettesítéseknél az önkormányzatok leginkább a szomszédos vagy közeli körzetek orvosait vonták be.

Az önkormányzatok által meghatározott körzetméretek, a területi ellátási kötelezettséggel működtetett háziiorvosi szolgálatok sajátosságai, a szabad orvosválasztás lehetőségei mellett **az ellátáshoz való lakossági hozzáférés különbségei továbbra is jellemzik az ellátórendszert.** A kialakult orvos-beteg kapcsolatok, a kényszerhelyzetek és a finanszírozási, valamint egyéb központi szabályok együttes hatása mellett egy-egy megye átlagos, vagy egy-egy területi ellátási kötelezettségű háziiorvosi szolgálat adatai között is jelentősek a különbségek az ellátandó betegek száma alapján.



A Szabolcs-Szatmár-Bereg megye községeiben, a vegyes körzetekben átlagosan közel 500 fővel több a bejelentkezettek száma, mint az átlagos feltételeket mutató Baranya, Békés vagy Vas megyékben.

A megyei átlagszámok elfedik, hogy **egy-egy körzetben szélsőséges különbség is előfordul a bejelentkezettek számában.**

Az OEP adatai szerint a legtöbb és legkevesebb bejelentkezettel rendelkező területi ellátási kötelezettségű háziiorvosi szolgálatoknál az ellátandók számában többszörös különbség is előfordult.

Az egészségügyi alapellátásról való **gondoskodás feladata az önkormányzatok saját értelmezésében elsősorban az ellátást biztosító orvos kijelölését és vele a feladatellátási szerződés megkötését jelentette**, hangsúlyozva a finanszírozást nyújtó egészségbiztosító és a működést engedélyező, felügyelő ÁNTSZ szerepét. Az önkormányzati gazdasági programokban csak általános jellegű célok szerepeltek, egészségügyi szakmai programok csak azokban az esetekben és csak arra a területre születtek, amelyekhez fejlesztési forrásokra nyújtottak be pályázatot.

### 3.2. A házi orvosokkal kötött feladatellátási szerződések és azok végrehajtása

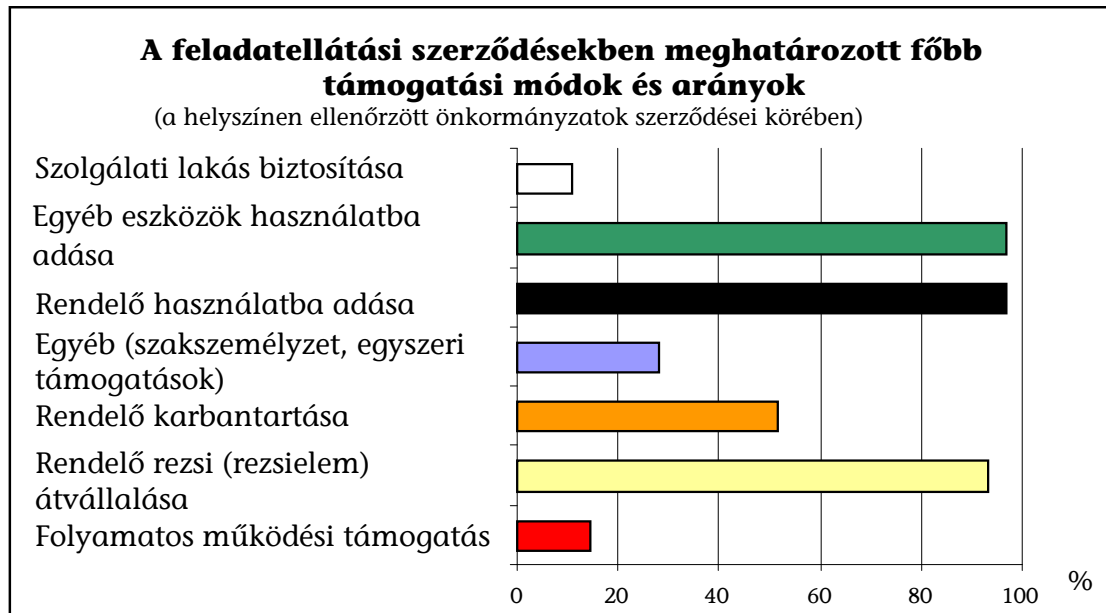
**A helyi önkormányzatok és a háziiorvosi ellátást nyújtó orvosok (vállalkozások) közötti szerződések formai és tartalmi sokfélesége figyelhető meg.** A háziiorvosi feladatok ellátására kötött szerződések tartalmára nincs követelmény vagy ajánlás, ezért a szerződések önkormányzatonként és vállalkozásonként eltérő tartalommal készültek.

Az önkormányzatok helyszíni ellenőrzése során szerzett általánosítható tapasztalatok a következők:

- a feladatellátási szerződések aktualizálásának elmaradása (hivatkozott jogszabályok, rendelési, rendelkezésre állási idők, átadott eszközök listája tekintetében);
- az önkormányzati eszközátadások, támogatások módjának, feltételeinek, a költségmegosztások szabályainak hiányos rögzítése, valamint az ellátás szakmai minőségének és a szerződés teljesítésének önkormányzati ellenőrzése tisztázatlan;
- a szerződések végrehajtása, a szerződésekben esetlegesen rögzített minőségi követelmények betartása a polgármesteri hivatalok személyi és szakmai feltételeinek elégtelensége miatt nem ellenőrzött, a házi orvosok egészségbiztosítóval és szakhatósággal történő közvetlen kapcsolata mellett az önkormányzatok informáltsága, információs lehetősége és igénye is leszűkült;
- fennáll annak a kockázata, hogy a szerződések bármelyik szerződő fél részéről előforduló hiányos, hibás teljesítését nem fedik fel, az következmények nélkül marad.

Az önkormányzatok a feladatellátási szerződésekben az ellátás biztosításához leggyakrabban az orvosi rendelő, és az egyéb eszközök, berendezések rendelkezésre bocsátását, valamint a rendelő működtetése egyes rezsielemei költségviselését vállalták. Az önkormányzati rendelők felújítása mindenütt az önkormányzatok feladatát képezte.

9. sz. ábra



Adatforrás: a helyszínen ellenőrzött önkormányzatok szerződésai

**Az önkormányzatok a házi orvosokkal, illetve a több körzetes településeken a házi orvosok egy részével – a házi orvosi feladatellátási szerződések kivül vagy annak részeként – egyéb feladatok ellátásában is megállapodtak.**

Ezek leggyakrabban az egészségügyi alapellátás körébe tartozó iskola-egészségügyi ellátásra és a házi orvosi ügyeleti ellátások színhelyein az ügyeleti feladatokra, illetve más házi orvosi körzetben a hiányzó orvos átmeneti, vagy tartós pótlására vonatkoztak. A polgármesteri hivatalok és költségvetési intézmények a foglalkozás-egészségügy, a szociális intézményi orvosi ellátás területén vették igénybe még vállalkozó házi orvosok szolgáltatását. Egészen szűk körben szakrendelésre, szaktanácsadásra, egyéb sajátos egészségügyi ismereteket igénylő feladatokra szerződtek házi orvosokkal.

A helyszínen ellenőrzött önkormányzatoknál a házi orvosokkal egyéb feladatokra kötött szerződések nem tartalmaztak a házi orvosi feladatellátási szerződésekkel összeférhetetlen, ellentétes szabályokat. Ugyanakkor sem **az önkormányzatoknál, sem ÁNTSZ részéről volt kontrollja** (csak orvosi nyilatkozattétel szintjéig) az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 13. §-ban foglalt **azon előírás betartásának, hogy hat hónap átlagában nem haladhatja meg a heti 60 órát az orvos egészségügyi tevékenységeinek együttes időtartama.**

### 3.3. A háziiorvosi ellátás önkormányzati támogatása

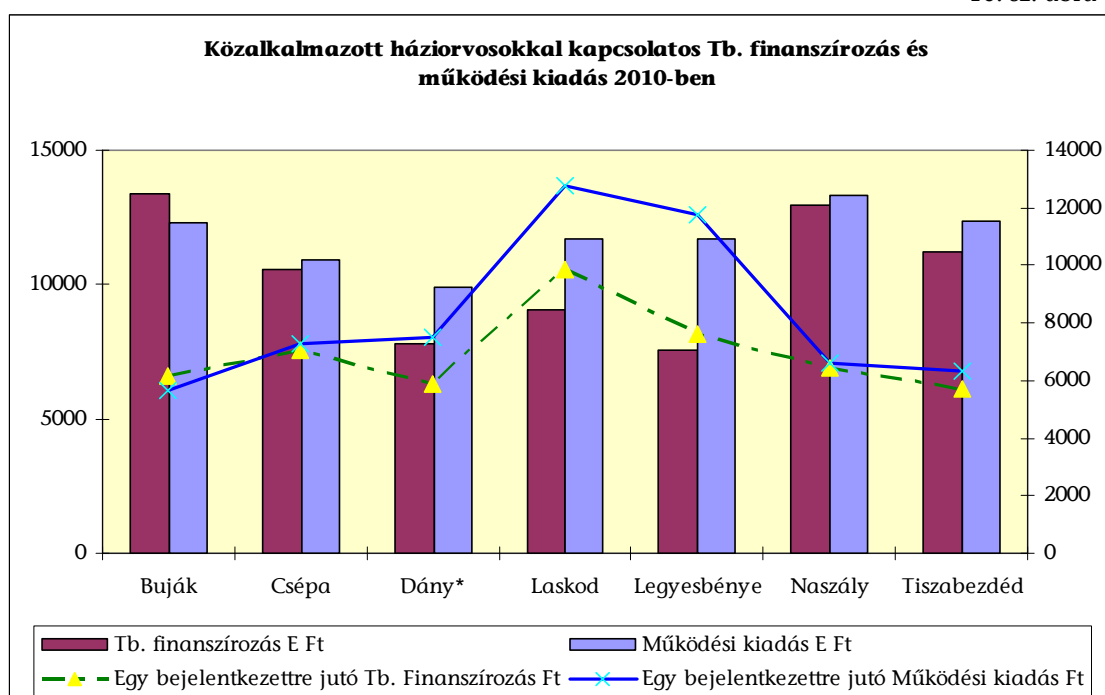
A települési önkormányzatok az egészségügyi alapellátás, ezen belül **a házi-orvosi ellátás terén fennálló kötelező feladataikról** – alapvetően már a vizsgált időszakot megelőzően kialakított – **különböző formában gondoskodtak**. A 2010. évi szerződések alapján **a házi-orvosi ellátást nyújtó szolgáltatók közel 95%-a vállalkozás**, megyéenként néhány (+4 és -9 közötti) százalékpontos eltéréssel.

A helyszíni vizsgálattal érintett 192 háziiorvosi szolgálatból 2010. év végén 27 háziorvos (14%) volt közalkalmazott.

A vállalkozó háziorvosok az E. Alap kezelőjével közvetlenül kötöttek finanszírozási szerződést. **Az önkormányzatoknak nem volt részletesebb információja a házi-orvosi ellátást szolgáltató vállalkozások E. Alapból történő finanszírozásáról**, nem készültek összehasonlító számítások, elemzések a feladat más formában történő ellátására vonatkozóan.

A házi-orvosi ellátást kizárólag közalkalmazott háziorvos útján biztosító községi önkormányzatoknál a Tb. finanszírozás, működési kiadás egy bejelentkezettre jutó összege a praxis jellemzőitől (bejelentkezettek száma, rendelőépület adottságai, fűtési módja, takarító és egyéb személyzet száma) függően jelentősen eltért.

10. sz. ábra



Megjegyzés: \* Dány községben 2010 áprilisától közalkalmazott háziorvossal kapcsolatos bevétel és kiadás éves szintre átszámított összege

Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

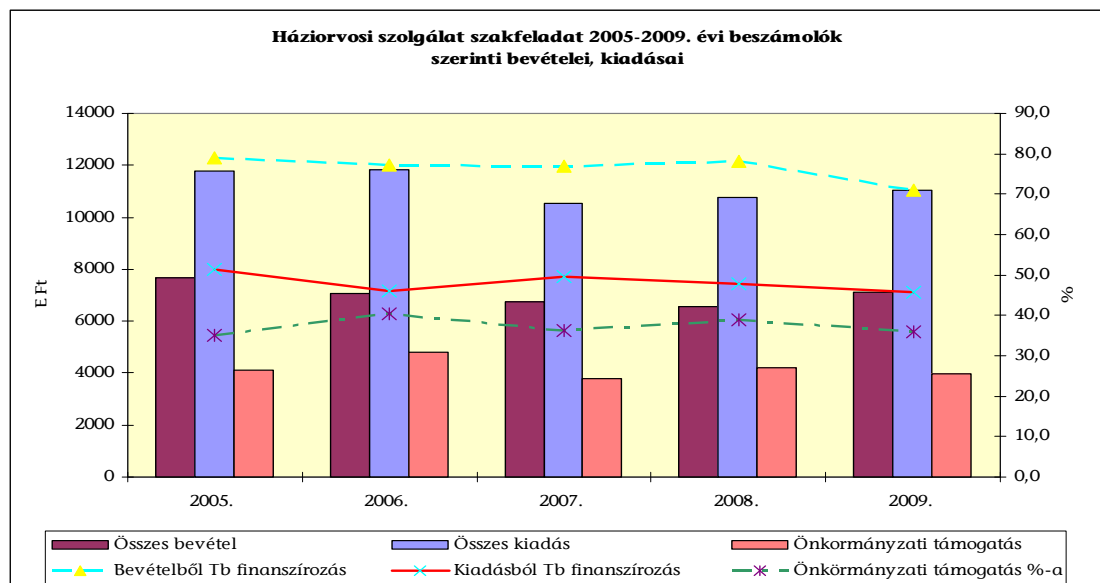
A közalkalmazott háziorvosokkal kapcsolatos finanszírozási bevételeket, működési kiadásokat és ezek egy bejelentkezettre (elfogadott kártyára) jutó összegét mutatja a 10. sz. ábra.

A kialakult feladatellátási modellt tükrözi a helyi önkormányzatok – helyszíni vizsgálatig ismert 2005-2009. közötti – költségvetési beszámolóiban a „Háziorvosi szolgálat” szakfeladat bevételi és kiadási pénzforgalma, támogatása. **Az önkormányzatok költségvetésében az E. Alapból (házi orvosi kasszából) utalt finanszírozás összege és aránya folyamatosan** (a 2005. évi 10,4%-ról 2009-re 7,4%-ra) **csökkent.**

A beszámolók adatai szerint a települési önkormányzatok 2005-2009 között évente 3,8-4,2 Mrd Ft pénzügyi támogatással egészítették ki a házi orvosi szolgálatok Tb. finanszírozását és a szakfeladaton elszámolt saját és egyéb bevételeket. A működési kiadásokon túl a szakfeladaton elszámolt 6 Mrd Ft felhalmozási (felújítási, beruházási) kiadás 2005-2009 között az egyes években egyenetlenül oszlott meg. (A 2006. évi 1,7 Mrd Ft-tal szemben 2009-ben 0,9 Mrd Ft-ra csökkent.) A beszámolók szerint a házi orvosi szolgálat szakfeladaton elszámolt **felhalmozási kiadások 78%-át az önkormányzatok saját forrásból fedezték**, csupán 22%-a származott átvett pénzeszközökből, támogatásból.

A „Háziorvosi szolgálat” szakfeladaton elszámolt bevétel, kiadás és önkormányzati támogatás változását mutatja az önkormányzatok és intézmények 2005-2009. évi beszámolóinak alapján – makroszinten – mutatja a 11. sz. ábra.

11. sz. ábra



Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

A helyszínen vizsgált önkormányzatoknál hasonló volt a felhalmozási kiadások támogatásának aránya. **Az önkormányzatok 36%-a** (9 önkormányzat) kizárólag **saját forrásból végzett felújítást, korszerűsítést a házi orvosi ellátás feltételeinek javítása érdekében** (ebből legjelentősebb a Győr megyei jogú városban összesen 28 rendelő kisebb-nagyobb felújítására fordított összeg). Ugyanennyi önkormányzatnál egyáltalán nem volt 2005-2010 között a házi orvosi ellátással kapcsolatos felhalmozási bevétel, kiadás. Különböző (Regionális Operatív Programok, LEKI) pályázatokon elnyert támogatásból válósította meg 7 önkormányzat (28%) az ellátás feltételeinek javítása érdekében a rendelő akadálymentesítését, korszerűsítését. A járóbeteg-ellátás fejlesztésére

kiírt TIOP-os pályázat keretében valósult meg új rendelők kialakítása (pl. Pásztó, Velence).

Az önkormányzatok **a háziiorvosi rendelőket** és azok berendezéseit (egy kivételével) **térítésmentesen bocsátották a vállalkozó háziiorvosok rendelkezésére**. Az önkormányzati tulajdonban, részben az általuk alapított egészségügyi intézmények fenntartásában lévő rendelők közműdíjait, karbantartási költségeit a vállalkozó háziiorvosok egytizede viselte teljes egészében, 90%-uk a fenntartó által kiszámlázott rezsitérítést fizette. (A rendelők üzemeltetésével kapcsolatban felmerült rezsiköltségeket vagy azok egy részét – a feladatellátási megállapodásban meghatározott aránynak megfelelően – kiszámlázták a vállalkozó háziiorvosok felé. A vizsgált időszakban – a rezsiköltségek átvállalásán túl – egy városi önkormányzat (Velence) folyamatosan, kettő (Bük és Szentgotthárd) csak átmenetileg nyújtott pénzbeli működési támogatást.

A háziiorvosok közvetett támogatásával is segítették az önkormányzatok a működési feltételeket (pl. Győrben parkolási bérletet biztosítottak, továbbá ún. laborjáratot működtettek, Aba lakhatási támogatást biztosított egy háziiorvos részére, Izsákon a kórházak és a háziiorvosi rendelők közötti informatikai kapcsolatok kiépítésével és folyamatos üzemeltetésével biztosítják, hogy a háziiorvosok letölthetik a betegek leleteit.) A lakosság számára kedvező megoldás volt **a vérvételi helyek kialakítása** (Bük, Mezőcsát, Egervölgy). Megszervezték a szállítást a központi laborba, majd az informatikai úton továbbított **leleteket helyben adták ki**.

**A vizsgált önkormányzatok egy háziiorvosi szolgálatra jutó működési támogatása** – az önkormányzatok költségvetésében a szakfeladaton elszámolt kiadások, illetve a Tb. finanszírozás és a saját bevételek (pl. a vállalkozók rezsitérítése) különbözete – településtípusonként, évente **változott**. (A működési támogatás magában foglalja a hagyományos, közalkalmazottként foglalkoztatott háziiorvosok és szakszemélyzet alkalmazásával, a rendelő fenntartásával kapcsolatos bevételek és kiadások különbözetét, valamint a vállalkozó háziiorvosok pénzbeli támogatását, a rendelő rezsiköltségének átvállalását.) **A működési támogatás** a vizsgált 2005-2010. közötti időszakban **a kiadásoknak közel egynegyede** (23,5%-a) **volt**. Az évente változó összegű támogatás mértéke legalacsonyabb 2007-ben (78,6 M Ft), a legmagasabb pedig azt megelőzően 2006-ban (136,7 M Ft) volt, **össességében** – a városok kivételével – **csökkenő arányú**. A támogatás 2007-ben a vizitdíj bevezetését követően 42%-kal csökkent, majd megszűnését követően 2008-ban közel 50%-kal emelkedett, ezt követően két év alatt 11%-os csökkenés volt tapasztalható.

Az önkormányzatok pénzügyi helyzetük romlása miatt megszüntettek álláshelyeket. A rendelők takarítását közhasznú, közcélú foglalkoztatottakkal végeztették (Mezőcsát, Buják, Legyesbénye, Naszály), amely kiadások nagyrészt megtérültek az erre a célra rendelkezésre álló központi forrásokból (Munkaerőpiaci Alapból, normatív, kötött állami hozzájárulásból). A helyszínen vizsgált önkormányzatok összesített adatait a 3/a., b. sz. tanúsítványok mutatják be.

### 3.4. Az uniós források hozzájárulása a háziorvosi ellátás feltételeinek javításához, a pályázattal nyert támogatások felhasználása és azok ellátásra gyakorolt hatása

Az uniós fejlesztésekről szóló adatszolgáltatás az összes alapellátási formára (a projekt tartalmától függően háziorvosi, iskolaorvosi és fogorvosi praxisokra, védőnői szolgálatra) együttesen vonatkozik. Az alapellátás fejlesztésére megítélt és eddig kifizetett összegeket a 8. sz. táblázat mutatja be, a támogatási időszak 2007-től kezdődött.

#### Alapellátás támogatása uniós forrásból 2007-2010 között (M Ft)

8. sz. táblázat

Megnevezés	Támogató által megítélt támogatás	Kifizetések
Összes ROP (Regionális Operatív Program)*	12 884,2**	4 569,3
Összes GOP (Gazdaságfejlesztési Operatív Program)	37,3	35,9
Összes TÁMOP (Társadalmi Megújulás Operatív Program)	55,9	1,4
<b>Összesen</b>	<b>12 977,4</b>	<b>4 606,6</b>

\* „Alapellátás fejlesztése, helyi egészségházak kialakítása” és „Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése/Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése a komplex programmal kezelendő LHH kistérségeken” c. pályázatokat, tehát alapellátás és járó beteg ellátás fejlesztésére vonatkozó adatokat is tartalmaz.

\*\* Az összeg a későbbiekben visszalépett 6 pályázó számára megítélt támogatásokat is tartalmazza.

Forrás: Nemzeti Fejlesztési Ügynökség, Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Főosztály, 2011. február

2005-2011 között az alapellátás fejlesztésére, helyi egészségházak kialakítására összesen 11,1 Mrd Ft uniós forrást hirdettek meg regionális pályázatok keretében, amelyek a jelentős pályázói igényekre tekintettel a későbbiekben megemelésre kerültek. A támogató által megítélt pénzüsszeg 13,0 Mrd Ft volt. A 279 nyertes pályázóból a későbbiekben visszalépett 6 pályázó, így ténylegesen 273 projekt valósul meg. Az egy pályázóra jutó átlagos támogatás 45,9 M Ft-ot tett ki. 2011 februárjáig 4,6 Mrd Ft-ot (35,7%) fizettek ki.

2005-2010 között a Gazdaságfejlesztési Operatív Program (GOP) keretében minőségi szolgáltatás fejlesztésére 47 pályázónak (háziorvosi vállalkozások) 37,3 M Ft támogatás ítélt meg. A pályázati kiírások nem konkrétan a háziorvosok vagy az alapellátás fejlesztését célozták.

A vizsgált időszakban – az NFÜ adatszolgáltatása alapján – Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP 6.2.4.) keretében mindössze 3 pályázónak, (amelynek kedvezményezettjei háziorvosok) 55,9 M Ft támogatást ítélt meg humánerőforrás fejlesztésére, foglalkoztatás támogatására. A projektek még nem zárultak le.

Jó gyakorlatként említhető az a modell, amelyben egy háziorvos a regionális munkaügyi központ által kiközvetített hátrányos helyzetű álláskeresőt recepcióként foglalkoztatott egy évig – a munkabér és azt terhelő járulékok tekintetében – TÁMOP 1.1.1. támogatásból. A támogatás mértéke 50%-os.

Az Európai Unió támogatásával a 2007–2013. évi TÁMOP 1.1. „Komplex munkaerő-piaci programok a munkanélküli és inaktív emberek foglalkoztatásáért” című intézkedés keretében megvalósuló TÁMOP 1.1.1 „Megváltozott munkaképességű emberek rehabilitációjának és foglalkoztatásának segítése” című kiemelt projekt célja az egészségkárosodással élő, és rehabilitációs járadékban részesülő személyek számára olyan foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások biztosítása, amelyek segítik a korábbi munkahelyre való visszatérést vagy az újbóli elhelyezkedést, valamint a munkáltatók ösztönzése megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatására. A kiemelt projekt lebonyolító a Regionális Munkaügyi Központok illetékes kirendeltségei.

A Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium HEFOP Irányító Hatósága NFT I. keretében 2004. március 25-én kiírta az „Egészségügyi információ technológiai fejlesztés az elmaradott régiókban” című pályázatot. Az intézkedés célja az elmaradott régiók aktív korú lakossága egészségi állapotának javítása volt információ-technológiai infrastruktúra fejlesztésével (Intézményközi Információrendszer fejlesztése az intézmények és régiók között, elektronikus kórlap, e Recept, telemedicina, IT képzés, stb.). A támogatás célterülete Magyarország három társadalmi és gazdasági szempontból elmaradott régiója volt (Észak-Magyarország, Észak-Alföld, Dél-Dunántúl). Mindhárom régió egységesen 1,350 Mrd Ft (összesen: 4,050 Mrd Ft) támogatási összegben részesült, amely teljes egészében finanszírozta a fejlesztés várható költségeit, saját forrás nélkül,  $\frac{3}{4}$  részét az Unió (3,037 Mrd Ft),  $\frac{1}{4}$  részét pedig a hazai költségvetés (1,013 Mrd Ft) biztosította.

## 4. A HÁZIORVOSI ELLÁTÁS FINANSZÍROZÁSA

### 4.1. Háziiorvosi kassa előirányzatának tervezése az E. Alapban

Az Egészségbiztosítási Alapban (E. Alap) a gyógyító-megelőző ellátások, ezen belül **a háziiorvosi ellátás költségvetési** előirányzatát a tervezési köriratnak megfelelően **az előző év bázisán, szintre hozással, és a fejlesztési többletek figyelembevételével készítették el.** A tervezés kialakított rendszerében a költségvetésben javasolt változásokra vonatkozóan készültek számítások, azonban a kassa előirányzatának megállapítását nem alapozták meg hatásvizsgálatok.<sup>54</sup>

A 2005-2010 közötti időszakban **a háziiorvosi ellátás támogatása** – az E. Alap természetbeni ellátásokra fordított kiadásainak 5,5%-os, a gyógyító-megelőző ellátások 9,1%-os nominális növekedésével szemben – **20,5%-kal emelkedett. Ez változatlan szerkezetben** – a járulékcsoökkentés, az EHO, a 13. havi illetmény megszűnésének hatását figyelmen kívül hagyva – **8,3%-os reálértékvesztésnek felelt meg.** Összességében **a háziiorvosi ellátás** gyógyító-megelőző ellátásokon belüli **aránya** a vizsgált időszakban mindössze **0,87 százalékponttal** (a 2005. évi 8,34%-ról 2010-re 9,21%-ra) **növekedett**

<sup>54</sup> Az Állami Számvevőszék az állami költségvetésről szóló törvényjavaslat vizsgálata keretében ellenőrizte az E. Alap költségvetésének tervezését, megalapozottságát.

és **nem jelentette** a szakmapolitikai célok között megjelenő célkitűzés – **az alapellátás megerősítését**. Az egyes háziiorvosi finanszírozási elemek évenkénti értékét a 9. sz. táblázat mutatja be.

### Háziiorvosi finanszírozási elemek (M Ft-ban)

9. sz. táblázat

Jogcím	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Teljesítménydíjazás	39 005,2	38 504,0	41 177,7	41 770,8	41 815,7	43 017,9
Fix összegű díjazás	12 744,8	13 097,8	13 219,1	18 194,2	20 606,7	20 625,0
Területi pótlék	2 243,3	2 235,4	2 227,1	2 220,2	2 213,3	2 482,0
Eseti ellátás díjazása	482,8	484,3	414,7	433,5	518,0	567,0
Kiegészítő díj (TEK és TEK nélküli)	306,6	344,3	309,0	352,5	377,8	334,6
Jogviszony ellenőrzési díj				1 361,0	2 493,3	2 632,5
Vizitdíj	-	-	6 190,8	5 214,2	-	-
Eszköz- és ingatlan támogatás	2 918,3	2 817,4	667,5	321,6	193,5	126,3
Prevenációs díj	203,2	-0,8	-	-	-	-
Adatszolgáltatási díj	1,2	0,4				
Egyszeri támogatási díj					68,0	
<b>összesen</b>	<b>57 905,4</b>	<b>57 482,8</b>	<b>64 205,9</b>	<b>69 868,0</b>	<b>68 286,3</b>	<b>69 785,3</b>
IBR-en belül a szervezők háziiorvosoknak fiz.*	1 417,8	1 004,5	-	-	-	-

Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

A vizsgált időszakban a tervezési köriratban meghatározott báziskorrekciókon túl tervezett **szakmai fejlesztési előirányzatok** célja a háziiorvosi ellátás pénzügyi feltételeinek javítása volt, azonban **szakmai program hiányában nem eredményezte az alapellátásban a területi egyenlenségek csökkentését, a humán erőforrás gondok megoldását, a szolgáltatások minőségében, eredményességében való érdekeltség növelését:**

- 2005-ben a 6%-os illetménynövekedés 75%-a (4,5%-nak megfelelő rész) épült be a fixdíjba, valamint a praxisok betöltöttségének javítására a leg-hátrányosabb helyzetben lévő kistérségekhez tartozó 252 település háziiorvosi szolgálata 50%-os fixdíj növelésben részesült;
- 2006-tól a tartósan üres praxisok betöltését szolgáló praxisprogram indult;
- 2007-ben a vizitdíj bevezetése és a finanszírozásba történő „beforgatása” 6,2 Mrd Ft-tal javította az alapellátás pénzügyi feltételeit;
- a vizitdíj 2008. évi megszüntetése miatt a kieső háziiorvosi bevételek pótlására évközben finanszírozási intézkedések történtek: bevezették a tételes jogviszony ellenőrzési díjat (14 éven aluliakat ellátó praxisoknál külön kompenzációval), megemelték a háziiorvosi szakképzettségi szorzókat, valamint a területi ellátási kötelezettségű praxisok fixdíjazását és további szakdolgozók alkalmazása esetén módosították a degressziós határokat. Fejlesztésként a



háziiorvosi kassza előirányzataiban a részleges teljesítményarányos díjazás bevezetésére 3 Mrd Ft szerepelt. Ennek felhasználását a jogszabály módosítási koncepció<sup>55</sup> szerint az orvos-betegtalálkozások, a továbbküldési arányok, illetve a háziiorvosi szűrési tevékenység mérése alapján tervezték, de a teljesítményarányos díjazás nem valósult meg;

- 2010-ben a háziiorvosi kassza előirányzatában ismét szerepelt a teljesítményarányos díjazás bevezetése 2 Mrd Ft-tal. A praxisfinanszírozás növelésére történt 1,7 Mrd Ft átcsoportosítása után fennmaradt 0,3 Mrd Ft egy havi ütemének felosztására.

## 4.2. A finanszírozás és a feladatellátás

**A háziiorvosi kassza zárt, maga a finanszírozás több elemből álló bonyolult számítás,** amelynek alapját – a rendszer bevezetésétől kezdve – az ún. fejkvóta képezi, **a háziiorvosokhoz bejelentkezett betegek létszámán alapul.** Megállapítása során a háziiorvosi szolgálathoz **bejelentkezettek létszámát korcsoportonkénti pontszámokkal kell korrigálni.** Az egyes korcsoportokhoz rendelt pontszám a különböző életkorban történő orvoshoz fordulás relatív gyakoriságát fejezi ki.

Ezt módosítják a betegek életkorától függő és az orvos szakképesítéséhez kötött szorzók, és meghatározott kártyaszám felett a degresszió. Ha a biztosítottak utáni korcsoportonkénti pontszám összege a 2400 (vegyes praxisnál a 2600) pontot meghaladja, a díjfizetés alapjául szolgáló pontszám módosul.

A nemzetközi gyakorlatban a finanszírozás a korcsoportonkénti eltérő igényeket a hazainál szűkebb sávban ismeri el. Például Németországban a 2008-tól életbe léptetett változások után az átalánydíjak három korcsoport szerint (0-5 éves: 1000 pont, 6-59 éves: 900 pont, 60 év felett: 1020 pont) kerültek differenciálásra. A biztosítottak után járó összetett átalánydíj tartalmazza a háziiorvosi ellátás keretében egy adott elszámolási idő alatt (ez Németországban negyedév) általában nyújtott összes szolgáltatást.

Franciaországban 2008. I. félévében a háziiorvosi konzultáció díjtétele 22 EUR volt. 0-2 éves gyermek esetén 27 EUR (22 EUR+5 EUR pluszki költség) 2-6 éves gyermek esetén 25 EUR (22 EUR+3 EUR pluszki költség).<sup>56</sup>

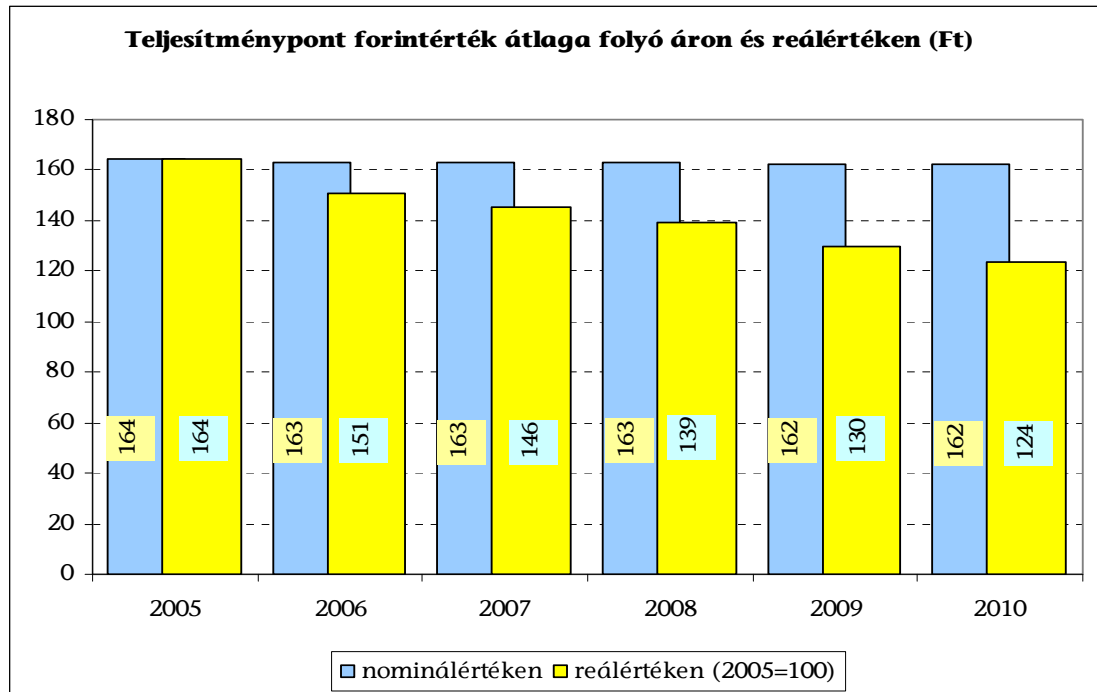
**A kártyapénz – amellyel megfelelő teljesítményre és minőségi ellátásra kívánták ösztönözni a szolgáltatókat – aránya** a háziiorvosi kasszán belül a 2005. évi 67,4%-ról 2010-ben 61,6%-ra **csökkent.** A vizsgált időszakban a kártyapénzt meghatározó havonta jelentett, illetve számított korrigált pontszám és pontérték éven belül kisebb eltérést mutatott, 2007-ben a szakmai szorzók módosítása jelentett a korrigált pontszámokban növekedést. (Ez 7,4%-os emelkedést eredményezett, ennek megfelelő mértékben növekedett a kassza előirányzata, a kassza felülről zártsága miatt a fajlagos pontérték nominális forintértéke nem változott.)

<sup>55</sup> Egészségügyi Minisztérium 21653-5/2007-0004JKF ikt. sz. üggyirat

<sup>56</sup> Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet Egészségügyi Rendszertudományi Iroda 2008. április - Háziiorvosok finanszírozása az EU tagországokban

A teljesítménypont forintértéke alig változott, reálértéke azonban 24%-kal csökkent a vizsgált időszakban. A teljesítménypont forintérték átlagát folyó áron és összehasonlító (2005. évi) áron mutatja a 12. sz. ábra:

12. sz. ábra



Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

A 2008. június 1-jétől bevezetett **jogviszony ellenőrzési díjazás** arányos a betegforgalommal. A díj összege ellátási (megjelenési) esetenként 50 Ft, amely a házi orvosok a biztosított státuszának OEP adatbázisból történő kötelező internetes lekérését, ellenőrzését hivatott díjazni.<sup>57</sup>

A házi orvosi szolgálatok 2004. április 1-jétől 2006. január 31-ig havonta 5000 Ft külön díjazásért<sup>58</sup> jelenthették a betegforgalmi adatokat („házi orvosi betegforgalmi tevékenység tételes jelentése”). Ezen a címen 2005-ben 1255 E Ft, 2006-ban 450 E Ft **adatszolgáltatási díjat** fizetett ki az OEP. Ezt követően a jelentést minden házi orvosi szolgáltató számára kötelezővé tették és a kötelezettség nem járt külön díjazással.<sup>59</sup>

A vizsgált időszakban 463 és 600 Ft között változott az eseti ellátás díja, amely 2007. március óta folyamatosan 600 Ft. Az egy esetre jutó díjatalány lebegő érték.

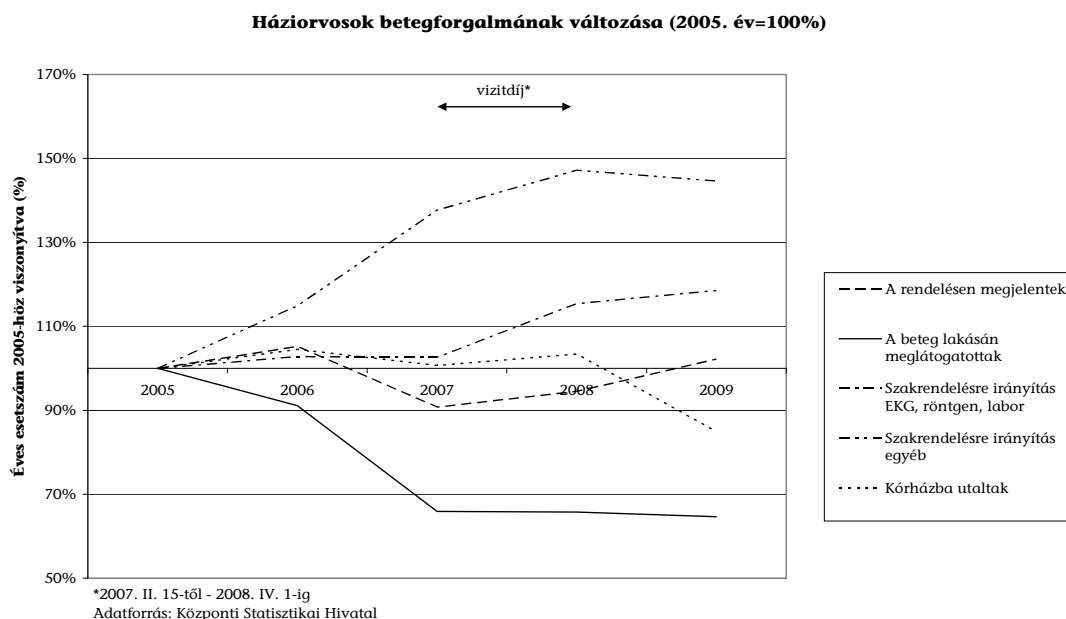
<sup>57</sup> A 43/1999. Korm. rendelet beiktatott 4/A. §-ának (4) bekezdése alapján.

<sup>58</sup> A 43/1999. Korm. rendelet beiktatott 17/A. § (1) bekezdése alapján, az IBR-ben dolgozó házi orvosok kivételével, a Korm. rendelet 20. sz. melléklete szerinti adattartalommal.

<sup>59</sup> A 329/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról 16. § (5) bekezdés b) pontja szerint.

A 2007 februárjában bevezetett **vizitdíjből** származó bevétel – a díjmentes eseteket kivéve – arányos volt a háziorvosi rendeléseken megjelent páciensek számával. A háziorvosi szolgálatoknak a vizitdíj időszakában lecsökkent betegforgalom mellett a korábbiaknál több bevételük volt. A betegmegjelenések száma a díj eltörlését követően nőtt, de a 2005. évi szintet csak 2009-ben érte el, illetve haladta meg. A betegforgalom változását 2005-2009 között a 13. sz. ábra mutatja be:

13. sz. ábra



**A lakáson történt látogatások száma folyamatos csökkenést mutat, ami a vizitdíjas időszakban még erőteljesebbé vált. A vizitdíj bevezetésekor növekedésnek indult a háziorvosok szakrendelésre irányításainak száma,** ebbe nem beleértve a labor, EKG, röntgen szakrendelésekre küldéseket.

A finanszírozás az ellátott **háziorvosi feladatok minőségét nem tükrözte.** A minőségi és hatékony munkavégzést hivatott ösztönözni a **háziorvosi indikátorrendszer** bevezetése. A háziorvosi szolgálatokat működtetők számára 2010. októbertől jelent pénzügyi érdekeltséget a gyógyítási, beteggondozási, megelőzési és szűrési tevékenységek mutatószámokkal mért mennyisége, illetve minősége. A minőségi munkavégzés ösztönzése a teljes praxisfinanszírozásnak 1,7%-át, a háziorvosi teljesítménydíjnak 2,9-3,0%-át képviselte.

Az első ízben kifizetett 100,3 M Ft díjat 5672 működtető között osztották fel a meghatározott indikátor-pontrendszer szerint. Ennek megfelelően átlagosan 17,7 E Ft/hó minőségi díjazásban részesült egy-egy háziorvos. Az E. Alap kezelője szerint ez a díjazás nem biztosítja a megfelelő hatékonyságot.<sup>60</sup>

Az E. Alap 2011. évi költségvetésének fejezeti indoklása szerint „*nemzetközi tapasztalatok is azt mutatják, hogy akkor működik hatékonyan egy indikátorrendszer,*

<sup>60</sup> Az OEP Finanszírozási Főosztályának munkaanyaga a gyógyító-megelőző ellátások 2011. évi költségvetéséről, (2010. október 21., 3. old.)

ha az ennek alapján számított díjazás a teljes finanszírozás kb. 10%-a.” Azonban 2011-ben 3,5 Mrd Ft előirányzati összeget terveztek a részleges teljesítményarányos finanszírozásra, ami mindössze 4%-a a háziiorvosi kasszának.

### 4.3. Méretgazdaságosság kezelése a finanszírozásban

A méretgazdaságosság a szolgáltatók szemszögéből a bevételek és kiadások viszonya. **A finanszírozási rendszer nem a szolgáltatók tényleges költségein alapul.**

Az EU versenyjoga<sup>61</sup> szerint az általános gazdasági érdekű közszolgáltatások állami ellentételezésének mértéke nem haladhatja meg a közszolgáltatási kötelezettségek biztosításához szükséges költség egy része vagy egésze fedezéséhez szükséges összeget, figyelembe véve a kapcsolódó elismervényeket és az ésszerű nyereséget. Az ellentételezés kiszámításához alapul vett paramétereket objektív és átlátható módon előre kell meghatározni. Az uniós norma szerint „*az ellentételezés mértékét azon költségek elemzése alapján kell meghatározni, amelyek fejében egy átlagos, jól vezetett és közlekedési eszközökkel rendelkező vállalkozás biztosította volna e kötelezettségeket.*”

A kompenzáció helyes mértékének, a gazdaságosság megállapíthatóságának egyik tényezője, az OEP díjazás összege ismert (átlátható), azonban a praxisok elismerhető háziiorvosi költségeiről nincsenek megbízható adatok. Ezen kívül a háziiorvos valamennyi tevékenységével összefüggő bevételek összessége sem ismert.

**A praxisok költségeinek felmérését az OEP megkísérelte,** azonban a tapasztalt elkülönítési és elszámolási hiányosságok miatt a háziiorvosoktól kapott adatok nem tekinthetők megbízhatóknak, illetve összehasonlíthatóknak. **A szolgáltatók többsége nem tett eleget elkülönítési kötelezettségeinek,** sem a bevételek, sem a kiadások tekintetében, ezért arányosan, illetve a tájékoztatóban bemutatott megosztási módszerek alkalmazásával történt a kiadások elfogadása. Ezen esetekben külön vizsgálni kellett a felhasználás finanszírozott feladathoz való kötöttségét. Több esetben megállapítható volt, hogy a pénzeszközök felhasználása nem a finanszírozott tevékenység érdekében történt. (Pl. kölcsönadott pénzeszközök, vállalkozás más bevételszerző tevékenységének finanszírozása.)

A méretgazdaságosság a **nagyobb méretből** fakadó előnyök elemzésével foglalkozik. Az OEP finanszírozás praxismérettől függő eleme a teljesítménydíj, vagyis a „*kártyapénz*”. A területi ellátási kötelezettséget vállaló szolgáltatók kártyaszámának OEP adatai alapján megállapítható, hogy a 8-4087 közötti kártyatartományban működnek praxisok. 2000 kártyaszám felett elvétve fordul elő betöltetlen praxis – például 2010. július hónapban összesen 2 volt – és 2400 biztosított felett már egy sem.

---

<sup>61</sup> A Bizottság 2005. november 28-i 2005/842/EK határozata az EK-Szerződés 86. cikke (2) bekezdésének az általános gazdasági érdekű szolgáltatások működtetésével megbízott vállalkozásoknak közszolgáltatással járó ellentételezés formájában megítélt állami támogatásokra történő alkalmazásáról (3)-(4) bekezdése

A 43/1999. Korm. rendelet 15. §-a megengedi több háziiorvosi szolgálat **praxisközösségben** való működtetését, a degressziós határnak az összevont körülményekre kiszámított egyidejű megemelésével, ahol előtérbe kerülhet a méretgazdaságosság. A szabályozás nem gyakorolt ösztönző hatást praxisközösségek alakítására, mert 2010. október hónapban összesen 12 háziiorvosi praxisközösséget finanszírozott az OEP, 2005-ben 9 ilyen típusú szolgálat volt. Mind-egyik praxisközösség 2-2 praxist foglalt magába, a bejelentkezettek száma 32 030 fő, az összes biztosított mindössze 0,32%-a.

#### 4.4. A finanszírozás szerepe a háziiorvosi ellátáshoz való (területi) hozzáférés különbségeinek csökkentésében

A hozzáférés területi különbségeit a **fixdíjazás** rendszere próbálja enyhíteni. Nagyobb fixdíjazásban részesülnek a kisebb létszámú körzetek – jellemzően a kistérségek – háziiorvosai. A fixdíjazás a vizsgált időszakban többször is változott, de mindig magasabb maradt a kisebb praxisok finanszírozási összege. 2010 végén 55-57 E Ft/hó összeggel többet kaptak az 1200 fő (gyermekkörzetben 600 fő) alatti szolgálatok az 1500 főt (gyermekkörzetben 800 főt) meghaladóaknál. A 2005. évi növelések a 2005. évi 6%-os illetménynövekedés költségvetés által vállalt 4,5% többletét fedezték. A 2008. évi változások a vizitdíj rendszer megszűnésének „kompenzációjaként” léptek életbe.

A nagyobb létszámú praxisok fixdíjazása az időszak kezdetétől összegszerűen és relatív (%-os) mértékben is jobban nőtt, mint a kisebb méretűeké. Az évente kifizetett fixdíjazások együttes összege a vizsgált időszakban folyamatosan nőtt. A fixdíj kiadásainak alakulását a 10. sz. táblázat tartalmazza:

##### Háziiorvosi fix összegű díjazás kiadásainak alakulása (M Ft)

10. sz. táblázat

Jogcím	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Fix összegű díjazás	12 744,8	13 097,8	13 219,1	18 194,2	20 606,7	20 625,0

Adatforrás: OEP adatok alapján

A vizsgált időszak alatt (2005-ről 2010-re) 12 744,8 M Ft-ról 20 625,0 M Ft-ra, azaz 61,8%-kal nőtt a fix összegű díjazásra kifizetett gyógyító-megelőző kiadás. A fentebb részletezett vizitdíj utáni kompenzációs hatást jelzi a 2007-ről 2008-ra 13 219,1 M Ft-ról 18 194,2 M Ft-ra bekövetkezett legnagyobb mértékű (37,6%-os) kiadásnövekedés.

A területi ellátási kötelezettségű (TEK) szolgálatok hozzáféréseinek területi különbségeit kompenzálja nagyobb finanszírozással a fixdíjak **kiegészítő díj**-rendszere. Ez alapján 10, 30, 50%-os többletdíjak állapíthatók meg többféle jogcímen is.

A 43/1999. Korm. rendelet 14. § (3) bekezdése négy főbb jogcímcsoportot nevez meg. Egy épületben, egymagában működő szolgálat 10%-os többletben részesülhet. Legalább két rendelőt kiszolgáló háziiorvos esetén 30% kiegészítés jár. Ez rendelőnként további 10%-kal növelendő, ha a több rendelő a körzet több településén működik. Végül pedig 50%-os többlet jár hátrányos helyzetű kistérségek tele-

püléseire kiterjedő körzetek esetén.<sup>62</sup> Ez utóbbiakra vonatkozó rendelkezésekkel a vizsgált időszakban bővítették a finanszírozási szabályokat.

Mindezek, illetve kombinációik 1,1-2,4-ig terjedő kiegészítő szorzókat eredményeztek a fixdíjazásban. A 2011 februárjában finanszírozott 6395 TEK-es praxis egyharmada, 2129 (33,3%) részesült valamely jogcíme(ke)n kiegészítő díjazásban.

A házi orvosok indokolt esetben a betegeket otthonukban keresik fel. Költségei fedezését célozza a **területi kiegészítő díj**, az ún. „*területi pótlék*”. A díj településnagyságok szerint differenciált (26-43 E Ft/hó), de minden házi orvosi szolgálat egyaránt jogosult rá.<sup>63</sup> A vizsgált időszakban a díjazás mértéke nem változott. A közlekedési költségek növekedése elvileg indokolhatja díjnövelést, azonban folyamatosan csökkent az otthonukban felkeresett biztosítottak száma a 2005. évinek a 65%-a volt 2010-ben.

#### 4.5. A finanszírozás ösztönző hatása a befejezett ellátásra

A 2007 és 2010 között a **jelentett** házi orvosi **definitív ellátások arányában érdemi változás nem történt**, az összes orvos-betegtalálkozásokon belül 84,6%-85,2%-85,0%-84,6% volt.

A tételes betegforgalmi jelentés bevezetésével általános házi orvosi kötelezettséggé vált az elvégzett ellátások tartalmának, ezen belül az akut megbetegedések definitív ellátásának jelentése az OEP részére.<sup>64</sup> A korábban, 2005. április 1-jétől 2006. február 1-jéig külön díjazásért küldhető és 2006. szeptember 1-jétől már kötelező adatszolgáltatás feltüntetési kötelezettséget jelent, de a finanszírozás mértéke nem függ a jelentett mennyiségektől.

A szaktárca 2007-ben konkrétan tervezte a házi orvosok definitív ellátásának finanszírozási ösztönzését, az elképzelést azonban végül nem valósították meg. Az egészségügyi miniszter szakmapolitikai egyeztetésre bocsátotta 2007 januárjában a Korm. rendelet módosításáról szóló kormányrendelet tervezetét 1680-1/2007-0004JKF számmal. A tervezet 3. pontja részletezett egy, a házi orvosi ellátás területén bevezetendő, definitív ellátásra ösztönző rendszert, illetve annak főbb elemeit. A szakmapolitikai egyeztetést követően a tervezet alapján készített kormány-előterjesztésben (1680-2/2007-0004JKF) már nem szerepelt a definitív ellátások ösztönzése.

Az NFT keretében (pl. HEFOP) támogatott intézményközi informatikai fejlesztés ellenére a vizsgálat befejezéséig a házi orvosok utólagosan sem jutottak infor-

---

<sup>62</sup> Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. Korm. rendelet 14. § (3) bekezdés d) pontjának da)-dc) alpontjai.

<sup>63</sup> Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. Korm. rendelet 14. § (4) bekezdése.

<sup>64</sup> Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. Korm. rendelet 17. § (1) bekezdése.

mációhoz a praxisukba tartozók és az egészségügyi rendszer találkozásairól (vizsgálatok, kezelések, felírt gyógyszerek stb.).

### Ellátások háziiorvosi rendeléseinek aránya az összes orvosi rendelésekben

11. sz. táblázat

Év	Táppénz	Házi szakápolás	Járóbeteg szakellátás (labor, "egyéb" képalpalkotód. nélkül) <sup>2</sup>	Labor-diagnosztika	Röntgen-, ultrahangdiagnosztika	Aktív fekvő b.	Krónikus fekvő b.	Gyógyfürdő és egyéb gyógyászati ellátások	Gyógyászati segéd-eszközök	Gyógyszer-támogatás	Mentés, betegszállítás <sup>4</sup>	Utazási utalvány költségtérítés <sup>1</sup>
E. Alapból kifizetett összegek												
2005	65%	94%	11%	37%	28%	9%	15%	3,1%	28%	58%	-	-
2006	72%	95%	11%	33%	28%	9%	15%	3,0%	29%	57%	-	-
2007	75%	92%	13%	33%	28%	10%	19%	4,1%	28%	56%	3%	82%
2008	77%	89%	12%	34%	28%	10%	21%	5,6%	27%	53%	4%	84%
2009	75%	88%	12%	36%	29%	9%	21%	5,8%	26%	52%	4%	84%
2010 <sup>3</sup>	82%	89%	11%	37%	29%	8%	20%	6,3%	27%	50%	4%	77%
Mennyiségek												
	napok	vizit-szám	eset-szám	eset-szám	eset-szám	eset-szám	eset-szám	szolg. szám (kezelés) db	db	DOT	eset	eset
2005	71%	89%	10%	36%	25%	10%	18%	3,8%	60%	73%	18%	-
2006	77%	89%	10%	35%	25%	10%	18%	3,6%	61%	76%	17%	-
2007	79%	89%	12%	37%	24%	12%	24%	4,8%	62%	78%	15%	81%
2008	80%	89%	13%	39%	25%	11%	24%	5,2%	64%	80%	13%	84%
2009	79%	89%	12%	39%	26%	10%	22%	5,4%	66%	80%	13%	84%
2010 <sup>3</sup>	82%	89%	11%	38%	27%	9%	21%	6,1%	80%	85%	13%	78%
	eset	Évenkénti továbbküldött TAJ-ok száma (egy TAJ egy évben csak egyszer: TAJ-redundancia nélkül)										
		TAJ db (+ a TAJ-nélküliek bármilyen személyi azonosítónként)										
2005	95%	90%	51%	70%	76%	13%	20%	3,6%	24%	85%	30%	-
2006	94%	89%	53%	71%	81%	13%	20%	3,4%	24%	86%	28%	-
2007	92%	90%	60%	69%	85%	16%	26%	4,2%	26%	86%	27%	77%
2008	94%	90%	61%	74%	87%	14%	26%	4,7%	26%	86%	16%	81%
2009	94%	90%	60%	84%	89%	13%	25%	4,7%	31%	87%	17%	81%
2010 <sup>3</sup>	81%	90%	58%	80%	90%	12%	23%	5,2%	42%	87%	16%	73%

Megjegyzések:

<sup>1</sup> 2005. és 2006. évben az utazási költségtérítés tekintetében nem volt egységes az adatgyűjtés, ezért a rendelkezésre álló adatok nem megbízhatóak.

<sup>2</sup> A 2010. év 13 hónap adatait tartalmazza.

<sup>3</sup> A 2010. évi táppénz adatok az I-IX. hónapra vonatkoznak

<sup>4</sup> 2005-2006 év vonatkozásában nem áll rendelkezésre ilyen adat (a betegszállítás elrendelőjét nem kellett jelenteni a szolgáltatóknak)

Adatforrás: OEP adatok alapján ÁSZ számítás

Az E. Alap ellátásainak igénybevétele során **a házi orvosok a szakorvosi ellátásokra történő betegbeutalásokon és a gyógyszerrendeléseken kívül további társadalombiztosítási ellátások** (táppénz, utazási költségtérítés) **igénybevételének utalványozására jogosultak**. Szerepük egyes ellátások igénybevételében növekedett 2005 és 2010 között. Ennek értékelésekor fi-

gyelembe kell venni, hogy – a változó jogszabályi előírások értelmében – egyes ellátásokat a házi orvosok nem saját szakmai elhatározásukból rendel(het)nek, hanem szakorvosi javaslatra (például egyes gyógyszereket, gyógyászati segédeszközöket stb.).

Az E. Alapból házi orvosi utalványozásra 2005-2010 években 338 és 403 Mrd Ft közötti összeget fizetett ki a finanszírozó, ami az Alap ugyanilyen tartalmú kifizetéseinek 30-35%-a volt. Kiemelkedő eleme az utalványozási jogosultságnak a táppénz, ahol az összes kifizetésből 79,4 Mrd Ft-ból, a házi orvosok 65,7 Mrd Ft-nyit utalványoztak 2010-ben. Az évenkénti arányokat a 11. sz. táblázat mutatja be.

A házi orvosi **beutalások alapján igénybevett járóbeteg szakellátások esetszám szerinti részaránya 2007-től megemelkedett** a korábbi 10%-ról 11-13%-ra, illetve a betegek között korábban 51-53%-ról 58-61%-ra. 2005-től 2010-re hasonló növekedésként 70%-ról 80%-ra nőtt azon betegek aránya, akiket házi orvos utalt labordiagnosztikai vizsgálatra, illetve 76%-ról 90%-ra azoké, akiket röntgen-/ultrahang diagnosztikára. Ezen változások mögött részben az áll, hogy az egyéb orvosi beutalásokban részesülők száma ezen időszakokban erősebben csökkent, míg a házi orvosoknál megfordulóké kevésbé csökkent, illetve nőtt (röntgen/ultrahang diagnosztika).

A házi orvosok által krónikus fekvőbeteg szakellátásra utaltak aránya 20%-ról 23%-ra nőtt, ami az összegszerű igénybevételi arányban (15-ről 20%-ra) és esetszám szerint is (18%-ról 21%-ra) megmutatkozik.

A gyógyfürdő és egyéb gyógyászati szolgáltatások igénybevételében mindössze 3-6%-os a házi orvosi súlyarány, azonban szintén növekvő beutalási arányok tapasztalhatók. Ennek oka, hogy míg az összes beutalások mennyisége csökkenő irányú volt a vizsgált időszakban, addig a házi orvosi beutalások gyakorisága nőtt. Így például az összes beutalási esetszám 8,8 milliőről 6,9 millióra csökkent, a házi orvosi beutalt esetszám 331 ezerről 421 ezerre nőtt 2005 és 2010 között. A gyógyászati segédeszközök házi orvosi rendelésének mennyiségi aránya a 2005. évi 60%-ról 2010-re 80%-ra nőtt, mert az összes rendelt mennyiség csökkenő tendenciája mellett a házi orvosok által rendelt mennyiség közel azonos szintű maradt. Az eszközökkel házi orvosi rendelőnyre ellátott betegek aránya ezzel egy időben 24%-ról 42%-ra nőtt úgy, hogy a „házi orvosi” betegszám kisebb mértékben csökkent, mint az összes, gyógyászati segédeszközzel ellátott betegszám.

A támogatott **gyógyszerek felírt napi terápiás mennyiségéből (DOT)** az időszak végére **a házi orvosok által utalványozott arány 12%-kal nőtt 2005-2010 között** (73%-ról 85%-ra). Csökkent viszont a házi orvosok által rendelt mentés-betegszállítás esetszámainak aránya 18%-ról 13%-ra, illetve a betegarány 30%-ról 16%-ra. A házi orvosok által utalványozott ellátásokat abszolút összegben az 1/a., b. tanúsítványok mutatják be.

Az OECD Health Care Systems: Getting more Value for Money 2010. évi kiadványában felmérték a tagállamokban az egészségügyi rendszereket, amelyeket jellemzőik alapján 6 csoportba soroltak. Magyarország a kapuőri funkciót alkalmazó országok között szerepel, ahol e funkciót a szolgáltatók kiválasztásá-



nak szabadsága és erős költségvetési korlát jellemez. Az egyes országokat besorolták a kapuóri funkció erőssége szerint 0-tól 6-ig, ahol a magasabb pontszám a szigorúbb előírásokat alkalmazókat jelenti. Magyarország az 5-ös pontszámú kategóriába került.

A kérdőíves megkeresésre érkezett 1007 válaszadóból a kompetenciák bővítését 586-an tartanak szükségesnek, 453-an megfelelőnek ítélik.

#### **4.6. A háziiorvosi teljesítmények, valamint kifizetések finanszírozói ellenőrzése**

Az OEP a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 35-38. §-a alapján végzett pénzügyi ellenőrzéseket az elkülönítésekre és a szabályos pénzfelhasználásokra vonatkozóan.

2009-ben összesen 77 háziiorvosi szolgáltató ellenőrzésére került sor, és 21 493 035 Ft visszavonását (tőke+kamat) kezdeményezték. A 2010. I. félévben 13 háziiorvosi szolgáltatónál történt pénzügyi ellenőrzés, és összesen 24 404 950 Ft (tőke+kamat) visszavonására került sor.

A szankcionált eseteknél elmondható, hogy a szolgáltatóknak nem csak közfinanszírozásból, hanem más tevékenységből is származott bevétele, amely nem mindig különült el a háziiorvosi tevékenységtől. Amennyiben a szolgáltatóknak nem volt más tevékenységből származó bevétele, ott a szankcionálás oka olyan kiadások érvényesítése volt, amelyek nem a közfinanszírozott tevékenység érdekében merültek fel.

A szolgáltatók többsége nem tett eleget elkülönítési kötelezettségének, sem a bevételek, sem a kiadások tekintetében, ezért arányosan, illetve a tájékoztatóban bemutatott megosztási módszerek alkalmazásával történt a kiadások elfogadása, ezen esetekben külön vizsgálták a felhasználás finanszírozott feladathoz való kötöttségét. Több esetben a pénzeszköz felhasználása nem a finanszírozott tevékenység érdekében történt.

Az OEP főigazgatója 2010 júliusában részletes jelentésben<sup>65</sup> tájékoztatta a NEFMI államtitkárát a vállalkozó háziiorvosok pénzügyi ellenőrzéséről, az ellenőrzések megállapításairól. A jelentés szerint **a szakmai szervezetek az ellenőrzések felfüggesztését szorgalmazták. Az E. Alap kezelője házi-orvosokat érintő pénzügyi ellenőrzést 2010. II. félévben nem végzett.**

A jogszabályok jelenleg nem tiltják, hogy közpénz felhasználásában olyan gazdasági társaságok vegyenek részt, amelyek tulajdonosai között külföldi szervezetek, ezen belül akár off-shore cégek szerepeljenek, erre példa az alábbi eset.

A közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató egy kisvárosban háziiorvosi, valamint járóbeteg szakellátásra kötött szerződést a pénztárral. A társaság OEP-től

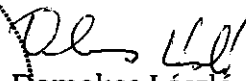
---

<sup>65</sup> 45142-67-362/5/2010. nyt. szám, tárgy: vezetői összefoglaló a pénzügyi ellenőrzésekről

származó bevétele 88,1%-ot tett ki, míg az egyéb tevékenysége bevétele csupán 11,9% volt. A társaság kültagja 11%-os részesedési aránnyal egy Dominikai Köztársaságban bejegyzett cég, és a társasági szerződés szerint 90%-ban részesülhet a közfinanszírozott társaság által elnyert nyereségből. Így 2007. december 31-én a kültag 18 M Ft osztalékkelőlegben részesült.

Budapest, 2011. november 30



  
Domokos László  
elnök

Melléklet: 6 db 38 lap

V-2011-122/2010-2011. jelentéshez

# **MELLÉKLETEK**



NEMZETI ERŐFORRÁS  
MINISZTERIUM  
MINISZTER

ÁLLAMI SZÁMVEVŐSZÉK	
10497/	
Érkezett:	2011 OKT 11
Iktatószám:	V-2011-108/2011...
Melléklet:	-

odlyd

W. Z. Z. Z.

10.12.

Iktatószám: 10184-8/2011-EKAB

Hív. szám: -

Ügyintéző: Dr. Füredi Gyula, T:79-51-227

Melléklet: -

**Domokos László úr részére**  
elnök

Állami Számvevőszék  
Budapest

Tisztelt Elnök Úr!

**Tárgy:** az Állami Számvevőszék jelentése a háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének ellenőrzéséről.

A háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének ellenőrzése kapcsán, többszöri egyeztetést követően elkészített jelentésüket megkaptuk, ahhoz a továbbiakban érdemi megjegyzést nem kívánunk tenni.

Ismételten is szeretnénk megköszönni munkájukat, melynek eredményeképpen sok olyan, az alapellátás és vele együtt az egészségügyi ellátórendszer harmonikus működését akadályozó jelenségre derült fény, melyek figyelembevétele szükséges az ellátórendszer rövid és hosszú távú fejlesztése során.

Az elemzés, valamint megfogalmazott javaslataik felhasználásával a szükséges intézkedéseket megkezdjük.

Budapest, 2011. október „ ”



Üdvözlettel:

Dr. Réthelyi Miklós

## Háziorvosi kérdőív feldolgozása 1007 válaszadó alapján

A felméréshez a 6767 háziorvosi szolgálathoz az OEP-től kaptuk az email-címeket, összesen 5998 levelet küldtünk ki, amelyből 733 hibás jelzéssel visszajött. 1007 esetben (14,8%) küldték vissza kitöltve a kérdőívet. A válaszadók közül 13,7% (a szolgáltatói kategóriánkénti országos háziorvosi számhoz viszonyítva) a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező felnőtt és gyermek háziorvosi szolgálat, 15,8% a vegyes praxis, a területi ellátási kötelezettség nélküli felnőtt praxis 9,5%, a gyermek praxis 23%, a vegyes praxis pedig 19%. A választ nem adók aránya kevesebb, mint 1% (0,8%). A feldolgozott adatok a részvételi megoszlás alapján minden típusú háziorvosi praxisra valós képet szolgáltatnak.

A válaszadó háziorvosi szolgálatok 43,5%-a 1301-2000, 24,6%-a 801-1300, 15,5%-a 2001-3000 közötti kártyával rendelkezik. A praxisok 10%-a 800 kártyaszám alatt működik. 3000 kártyaszám feletti praxis okaként a bejelentkezettek nagy számát jelelték meg. A szolgálatokhoz az esetek 71,5%-ában 1 település tartozik.

A háziorvosi feladatokat közalkalmazottként ellátó szolgálatok 2,3%-ot, egyéni vállalkozóként vagy gazdasági társasági formában működő szolgálatok pedig 85,2%-ot képviselnek a válaszadók körében. A nem válaszolók aránya 12,5%.

A szakképzettség tekintetében a nem válaszolók 25,7%-ot tettek ki, ami alapján feltételezhető, hogy ez az adat megegyezik a háziorvosi szolgálat kialakításához szükséges minimum szakképzettségi követelménnyel rendelkezők arányával. A háziorvosi szakvizsgán kívül 1 szakvizsgával rendelkezők aránya 47,7%, 2-5 közötti szakvizsgával 26,4% és több, mint 5 szakvizsgával a válaszadók közül 2 háziorvos (0,2%) rendelkezett.

Az orvosi szolgáltatások végzése, összesen heti 40 órában a válaszadók 16,7%-ára jellemző, ennél kevesebbet (20-39 óra között) pedig 12% végez. A nem válaszolók aránya 7,8%. A heti 40 óránál többet dolgozók aránya 62,7% (41-50 óra között 26,3%, 51-60 óra között 20%, 60 óra felett 16,4%). A felmérésben részt vevők közül háziorvosi ügyeletben 45,6%, foglalkozás egészségügyben 18,7%, az iskola egészségügyi ellátásban 34,8%, szociális intézményi ellátásban 12%, a magánorvosi praxisban pedig 11% vesz részt. A szolgálat plusz 1 fő orvost alkalmaz 13,6%-ban, ezen orvosok közül 8 órában 61,3%, 4 órában pedig 13,8% dolgozik. A nem válaszolók aránya 85% (a kérdőívet kitöltő háziorvos a szolgálat egyetlen orvosa). 1 fő egészségügyi dolgozót 73,2%-ban, 2 főt 16,3%-ban alkalmaznak. A szakdolgozók 77,4%-a dolgozik 8 órában. Adminisztrátort 167 esetben (16,6%) alkalmaznak (8 órában közel 50%-ot, 6 órában 16,7%-ot, 4 órában 28%-ot). Informatikust 22 esetben (2,2%) alkalmaznak.

A szolgálatok 83,5%-a nem működtet minőségbiztosítási rendszert, ahol van minőségbiztosítás (12,6%), ott a válaszadók közel 15 különböző rendszert soroltak fel. Betegelégedettségi vizsgálatot 62,5%-ban végeztek, a többségét 2008-2010 között.

A rendelésen előzetes időpontkérésre 92,6%-ban van lehetőség. Egészségnevelési programokat, szűréseket a háziorvos többnyire a védőnővel, különböző gyógyszercégekkel, a település önkormányzatával és a regionális ÁNTSZ-szel szervezte.

A betegút nyomon követésére 27,5%-ban adottak, 40%-ban részben adottak a lehetőségek, 32,4%-ban a vélemények szerint nem adott a lehetőség vagy nem válaszolt a kérdésre. Ezzel összefüggésben, a házi orvosok 89,6%-a szükségesnek tartaná az elérhető betegnyilvántartás kialakítását.

Prevencióra a megkérdezettek 54,6%-a 5-10 órát, 5 óránál kevesebbet 31%, 10 óránál többet pedig 12,3% fordít hetente.

A helyettesítést 62,4%-ban a település más házi orvososa, 23,4%-ban másik település házi orvososa látja el. A gyakoriságra jellemző, hogy 87,4%-ban alkalmanként veszik igénybe a helyettesítő házi orvost (éves szabadságolások).

A házi orvosi kompetencia listát 51,6%-ban nem tartják megfelelőnek: **60% bővítené** (37%-a nem bővítené), **8,5% szűkítené** (84%-a nem szűkítené). A válaszadók 9,5%-a nem foglalt állást a kérdésben. A kapuőri szerep érdekében 77% nem korlátozná a beutaló nélkül igénybe vehető ellátások körét. Amennyiben a házi orvos korlátozhatná az ellátások körét, az 31%-ban fül-orr-gégészet, 15,5%-ban bőrgyógyászat, 13,5%-ban urológia, 12%-ban sebészet valamint szemészet, nőgyógyászat, pszichiátria és reumatológia szakmákra vonatkozna. A működtetési jog intézményével 66,2% nem elégedett.

Praxis vásárlására 19,6%-ban volt példa, amelyből 18,2% vett igénybe kamattámogatott hitelt. A vásárlások 73,2%-a 2001-2007 között zajlott le (évente átlagosan 20 praxis került eladásra). Praxis eladását 1 éven belül 6,8%-ban tervezik, ami összefüggésben van a házi orvosok életkorával (5,4%-a 70-79 év, 7,7%-a pedig 66-69 év közötti életkorú). Az orvosok 76%-a automatikusan (a 90-es évektől) rendelkezik működtetési joggal.

A házi orvosi szolgálatok kapcsolatát az önkormányzattal átlagosan: tárgyi feltételek biztosításában 4,31 pont, személyi feltételek biztosításában 3,21 pont, erkölcsi támogatottságban 4,72 pontot értékelték. Az elmúlt 5 évben az önkormányzati szerepvállalásban a házi orvosok értékítélete alapján 59,3%-ban nem volt változás, 22,7% többet, 10,8% pedig kevesebbet kapott az önkormányzattól.

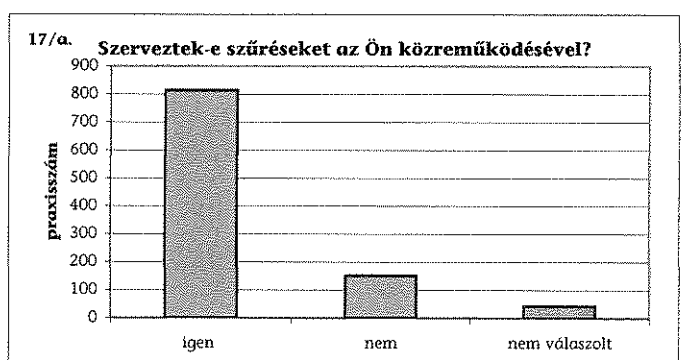
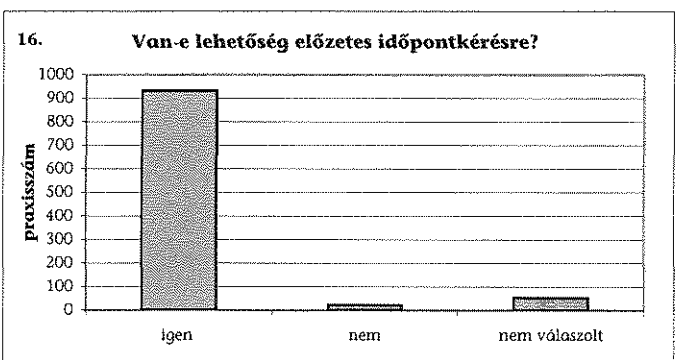
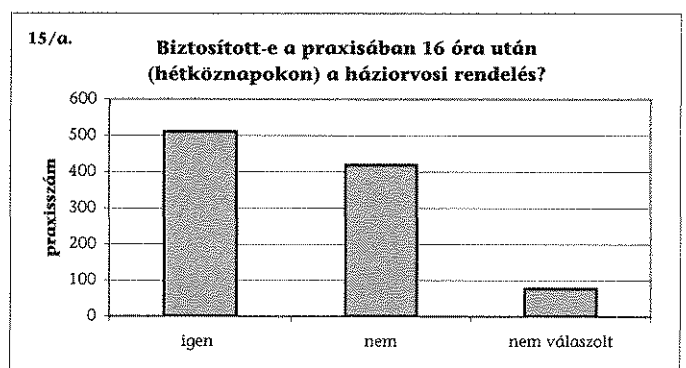
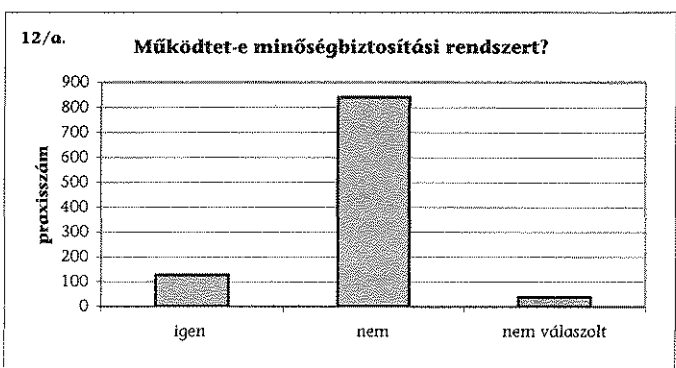
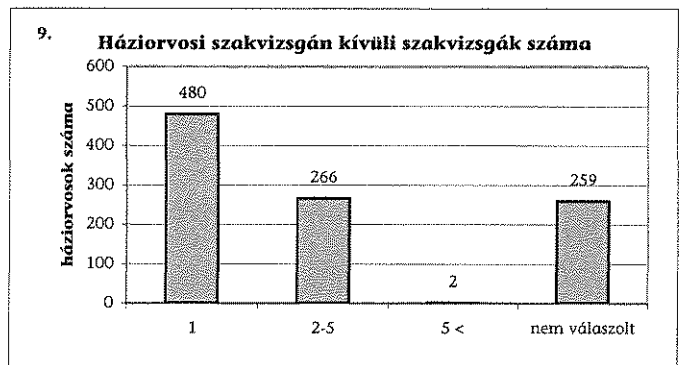
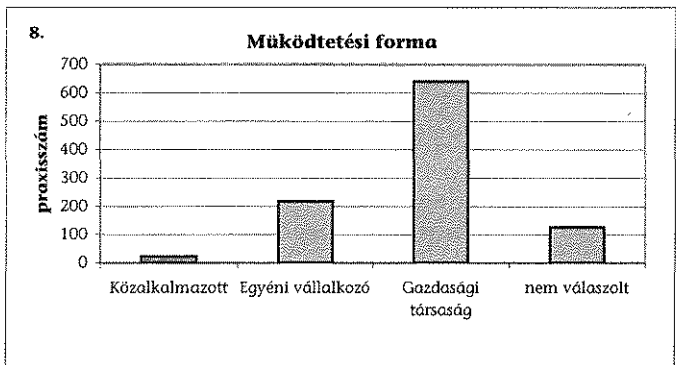
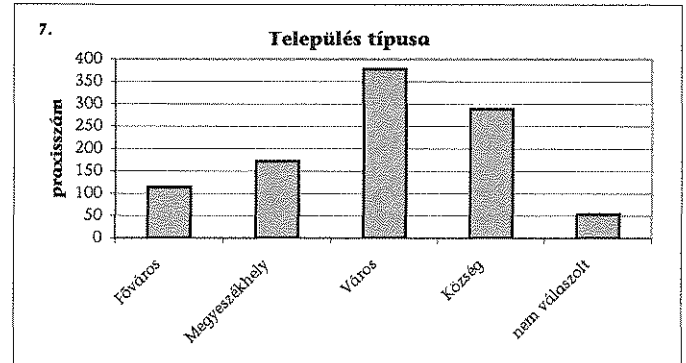
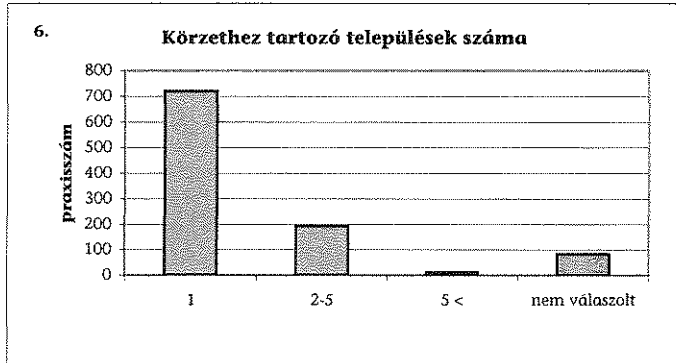
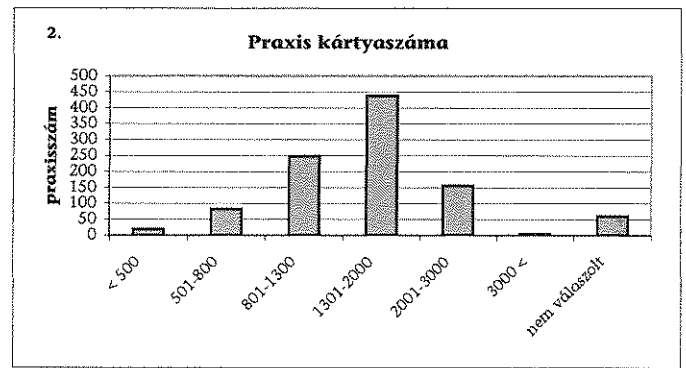
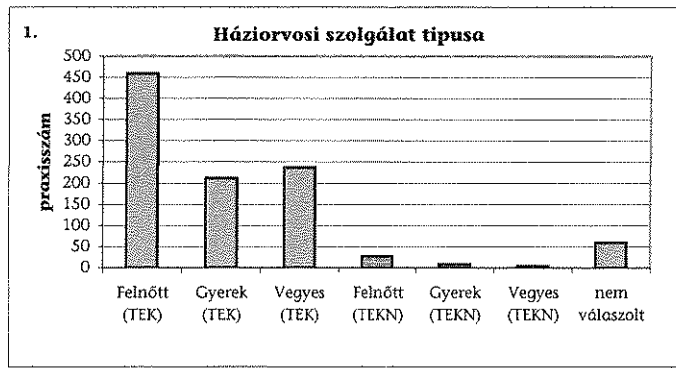
A házi orvosi rendelő tulajdonosa 74,6%-ban az önkormányzat, ebből 93%-ban 100%-os tulajdoni hányadban az önkormányzat részesül (6,3% nem válaszolt a kérdésre), bérleti díjat 16,2%-ban fizetnek a házi orvosi szolgálatok (1-90 E Ft-ig). Amennyiben az orvos a rendelő tulajdonosa (15,2%) az önkormányzat 4,5%-ban hozzájárul, 22,6%-ban nem járul hozzá a fenntartási költségekhez (72,8% nem válaszolt, mivel 74,6%-ban az önkormányzat a rendelő tulajdonosa).

A diagnosztikai eszközök 80,4%-ban a házi orvosi szolgálat (házi orvos 19,4%-ban, házi orvosi vállalkozás 61%-ban), 12,3%-ban pedig az önkormányzat tulajdonában vannak. Bérlet a megkérdezettek között 4 esetben fordult elő (0,3%). Az eszközök amortizációját 56%-ban nem tudják elszámolni. Az orvosteknikai berendezések átlagéletkora 57%-ban 5-10 év közötti, 20%-ban 5 évnél fiatalabb, 16,5%-ban pedig 10 év feletti. A saját tulajdonú eszközök megvásárlásához 45,6%-ban nem kaptak támogatást. Amennyiben a házi orvosi szolgálat kapott támogatást a beruházáshoz, az 11,2%-ban az önkormányzati szerepvállalásnak köszönhető (a megkérdezettek 88,8%-a nem válaszolt). A működési engedélyhez szükséges eszközökön kívül a házi orvosi szolgálatok többnyire vérnyomásmérő készülékeket, defibrillátort, EKG-

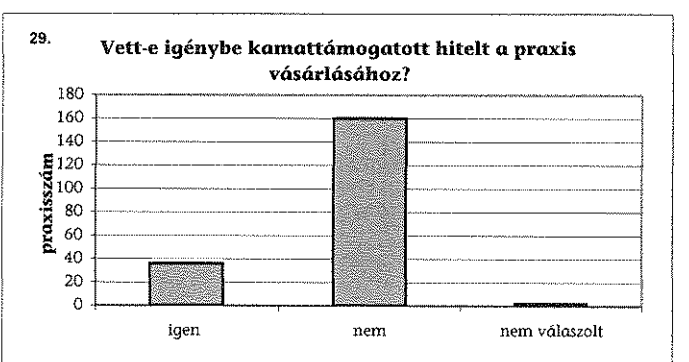
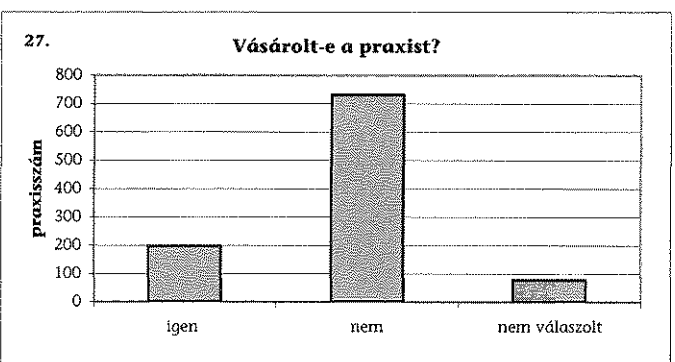
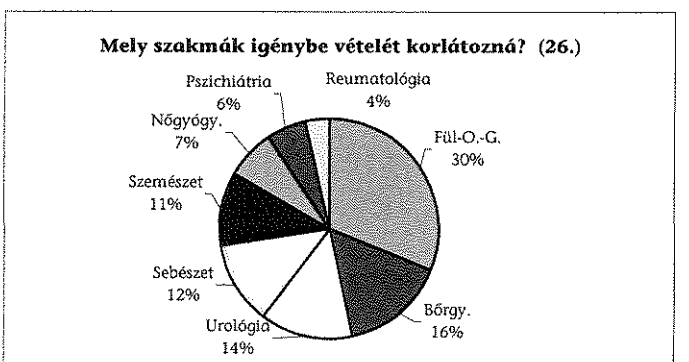
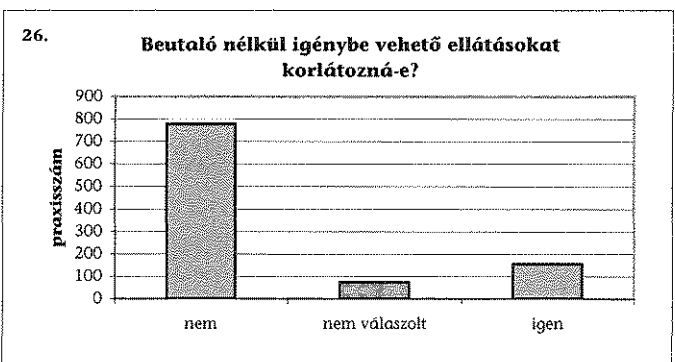
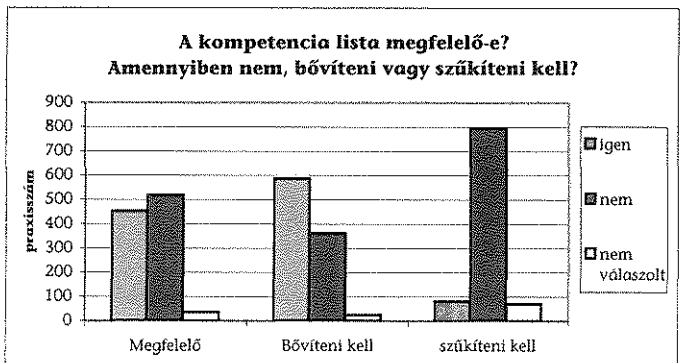
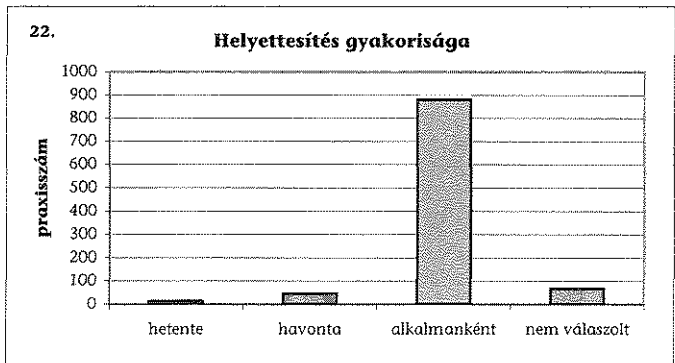
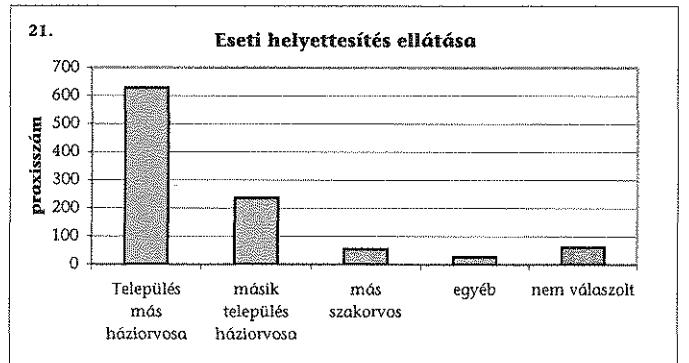
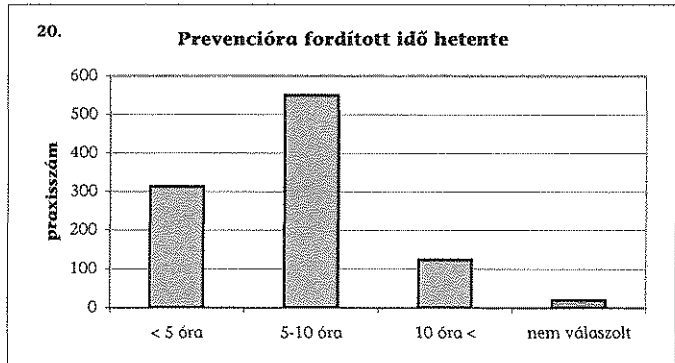
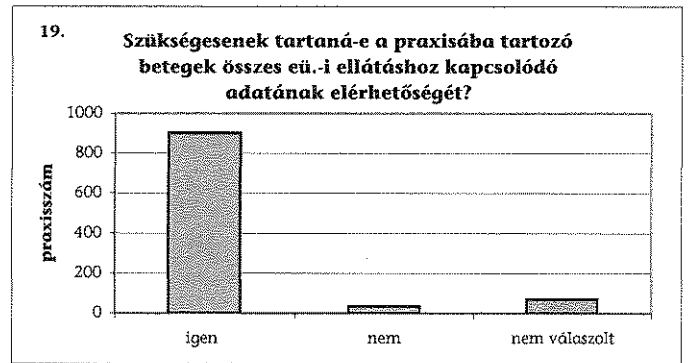
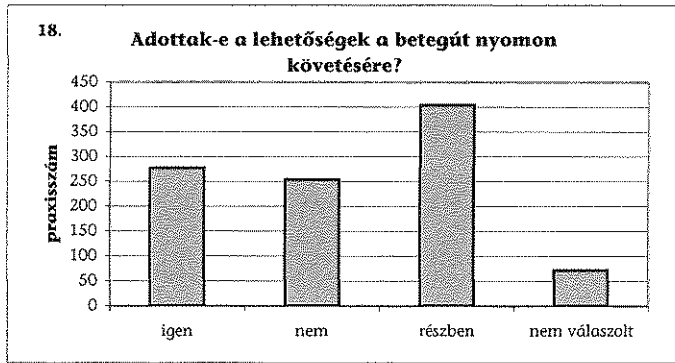
készüléket valamint a házi orvos szakmai jártasságának megfelelő készülékeket (otoscop, mikroszkóp, doppler-készülék, ultrahang-készülék, stb.) szereztek be.

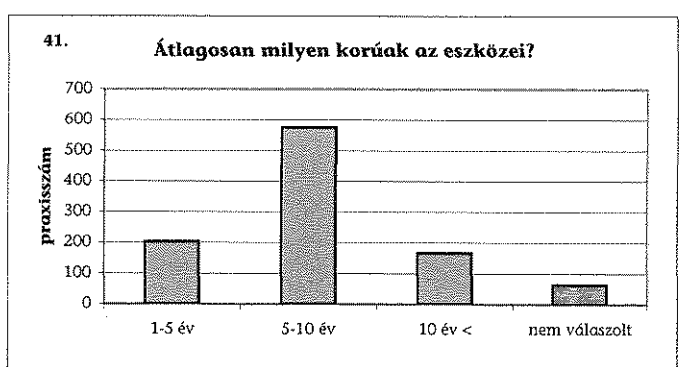
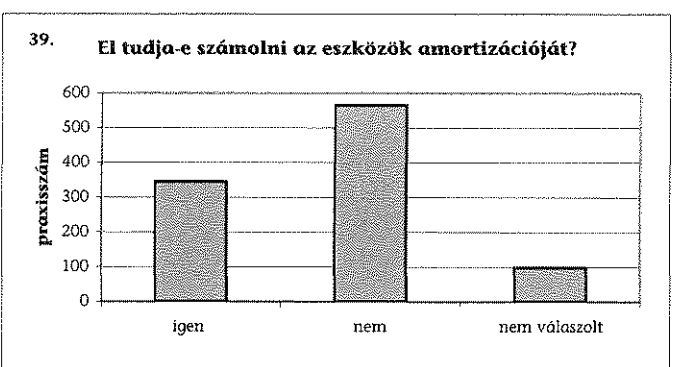
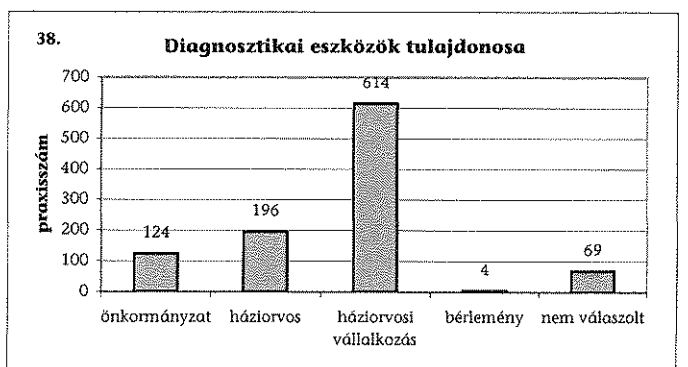
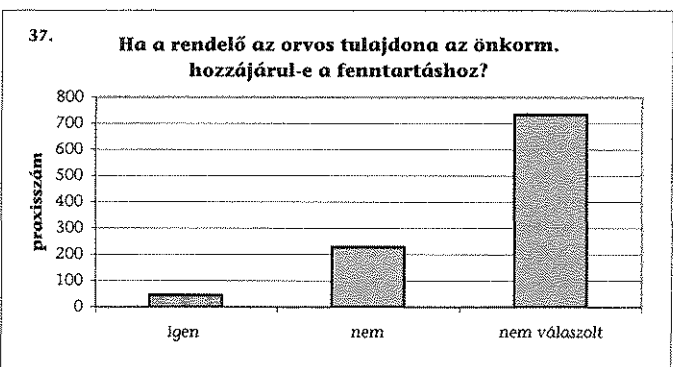
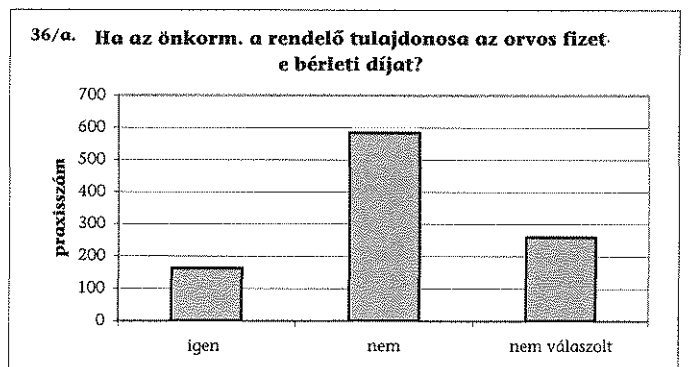
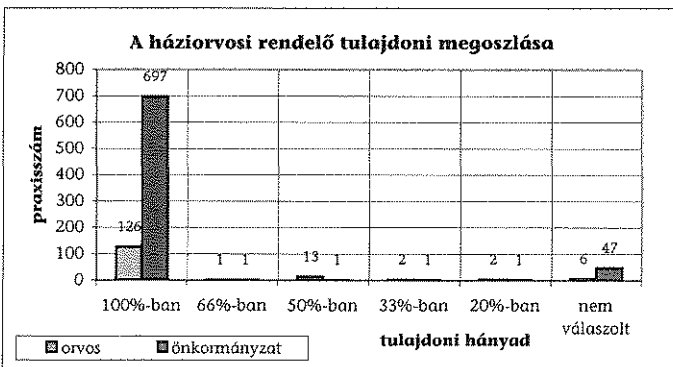
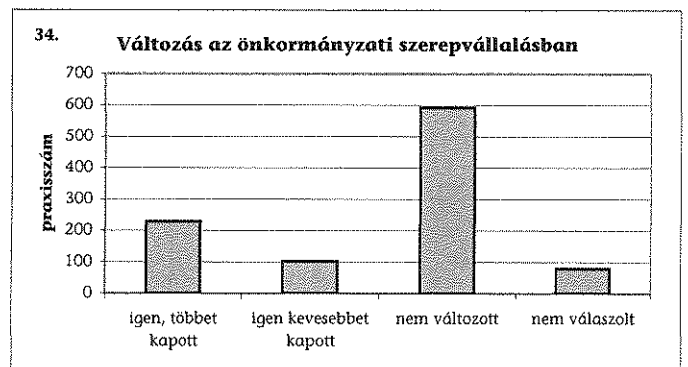
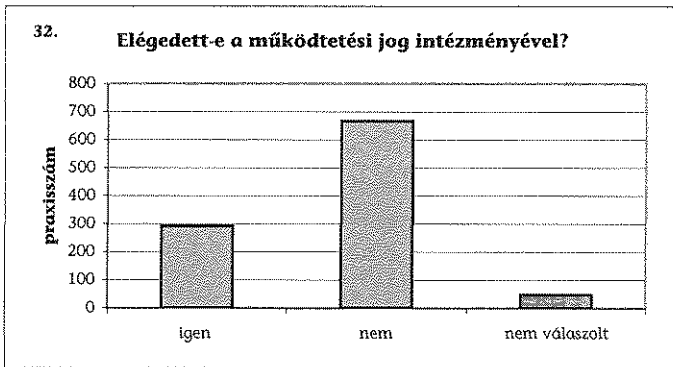
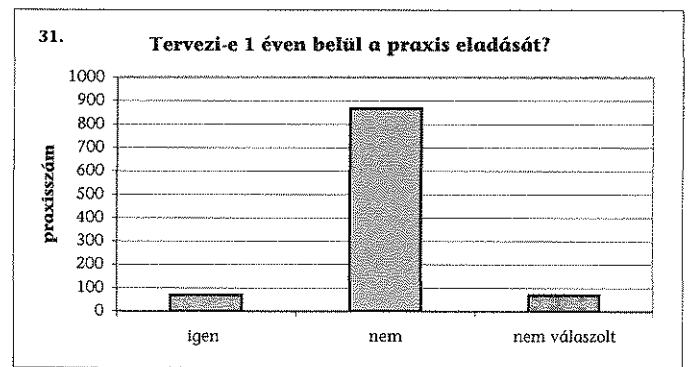
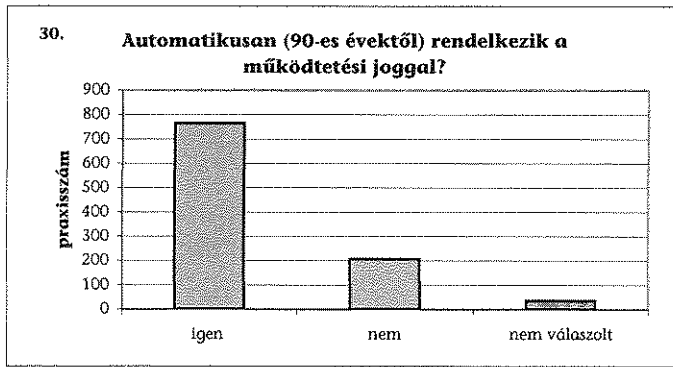
A 15 percen belüli mentés a települések 80%-ában, a betegszállítás pedig 92,4%-ban biztosított.

## Háziorvosi kérdőív feldolgozása 1007 válaszadó alapján

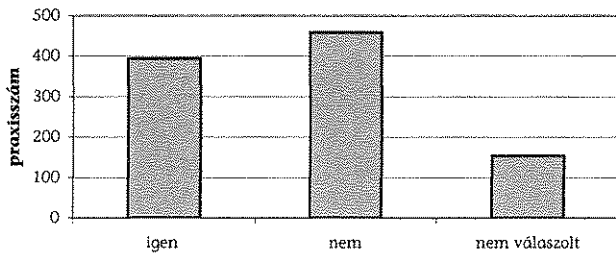




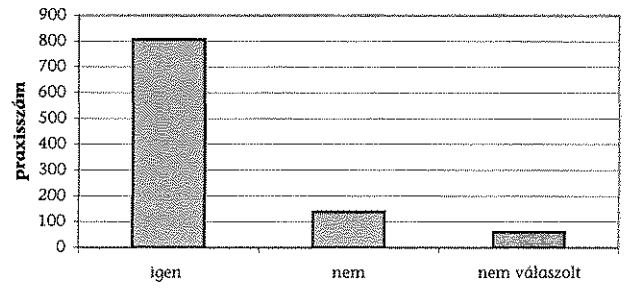




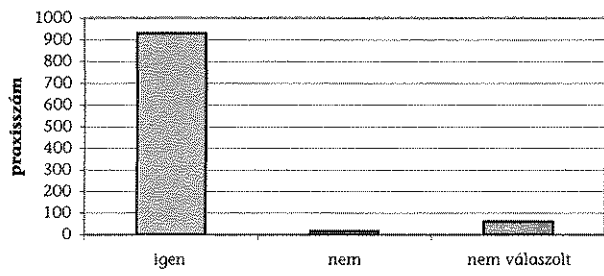
42. Saját tulajdonú eszközei vásárlásához kapott-e támogatást?



44. Körzetében biztosított-e a 15 percen belüli mentés?

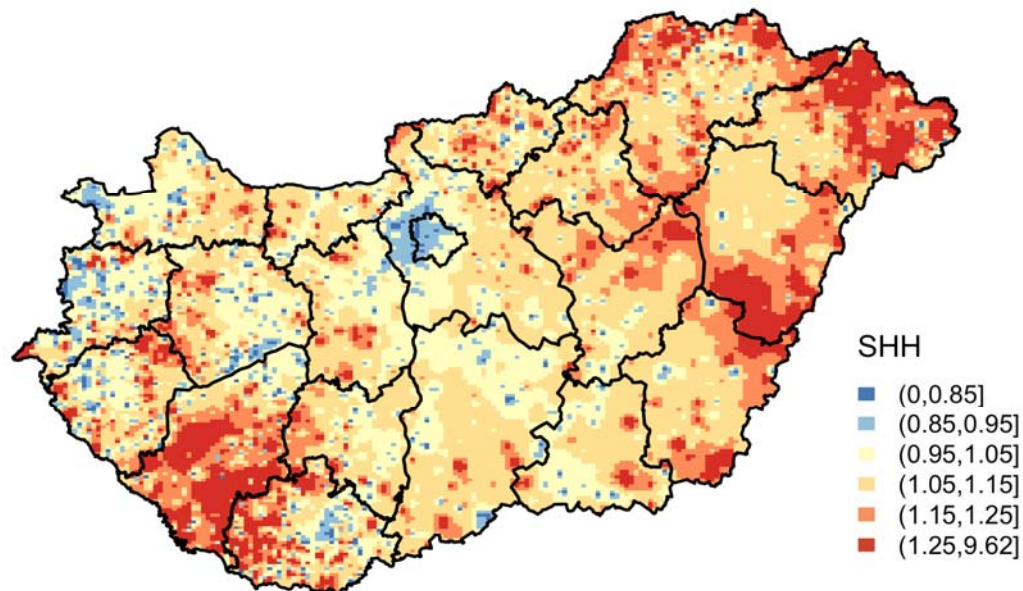


45. Körzetében biztosított-e a betegszállítás?



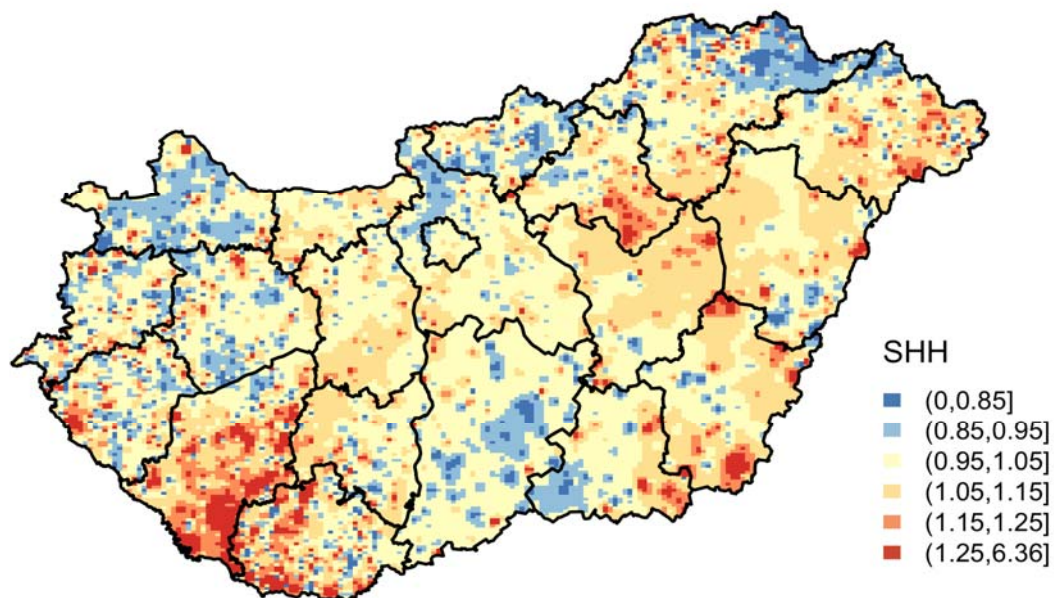
### A keringési, daganatos, krónikus megbetegedések, valamint a szívinfarktus okozta halálozás

A 19 évesnél idősebb népesség keringési betegségek okozta halálozásának területi egyenlőtlenségei Magyarországon 2005-2009-ben



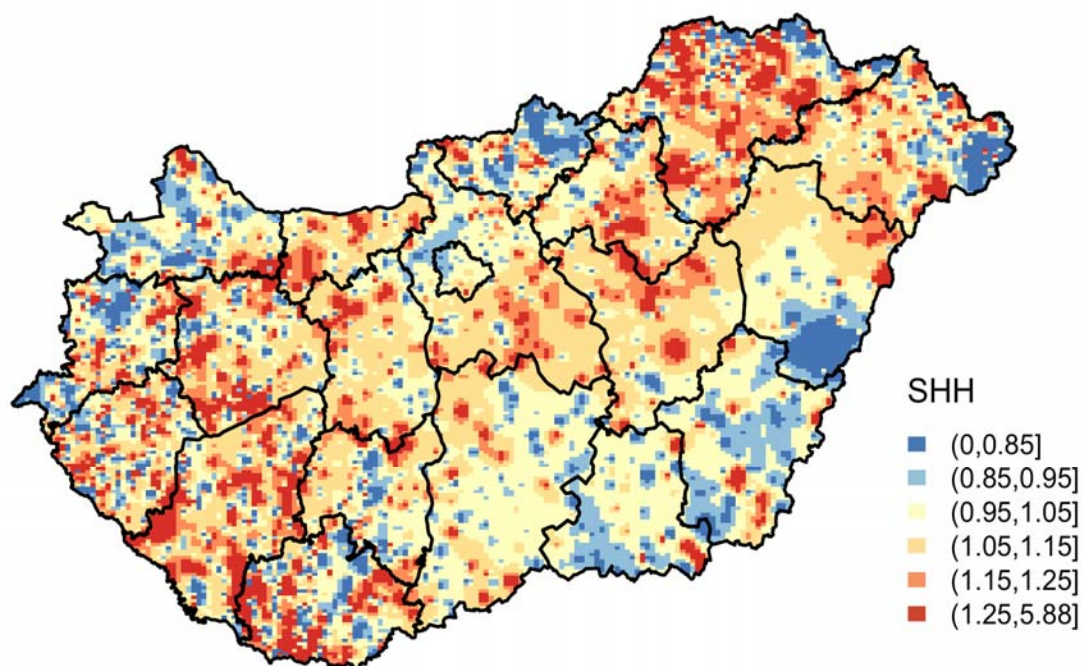
SHH: standardizált halálozási hányados (az országos átlaghoz viszonyított relatív halálozás)

A 19 évesnél idősebb népesség daganatos betegségek okozta halálozásának területi egyenlőtlenségei Magyarországon 2005-2009-ben



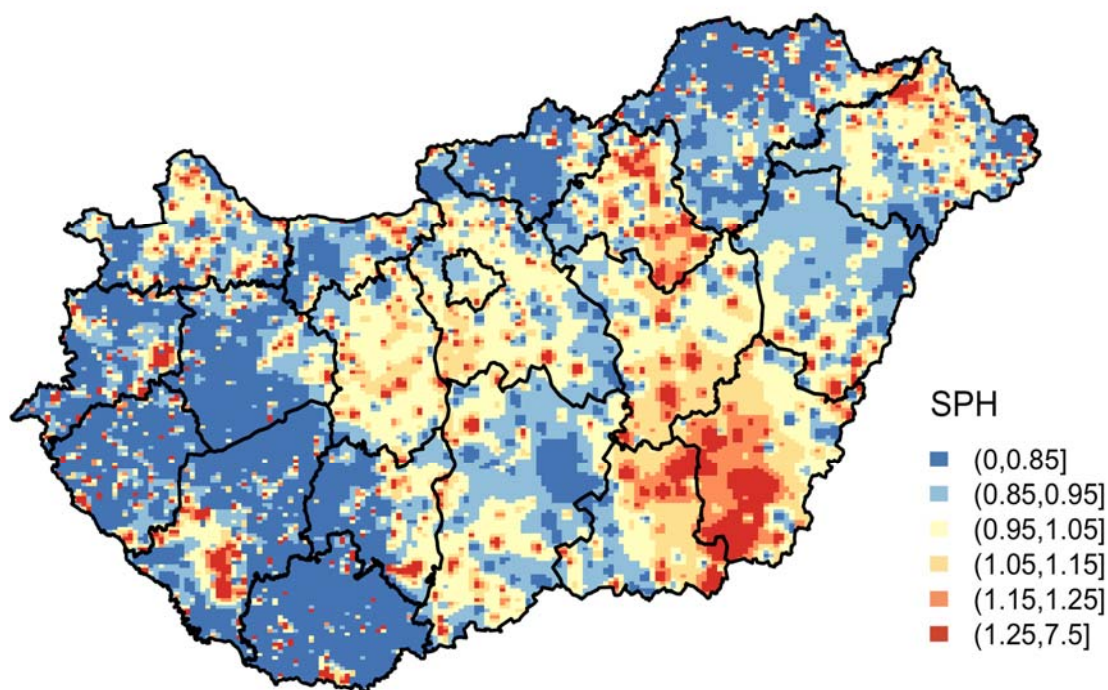
SHH: standardizált halálozási hányados (az országos átlaghoz viszonyított relatív halálozás)

A 19 évesnél idősebb népesség krónikus májbetegség, májszuger okozta halálzásának területi egyenlőtlenségei Magyarországon 2005-2009-ben



SHH: standardizált halálzásási hányados (az országos átlaghoz viszonyított relatív halálzás)

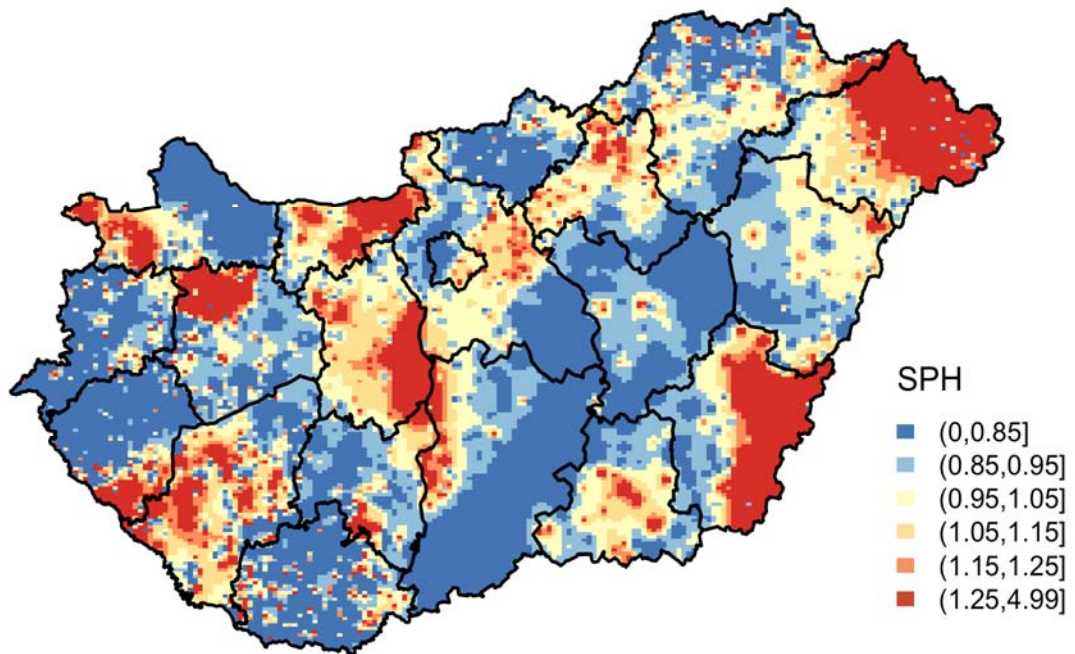
A szívinfarktus relatív prevalenciája\* 2010 júliusában az országos átlaghoz viszonyítva



SPH: standardizált prevalencia hányados

\*Azon lakosok aránya, akiket 2006-2010-ben szívinfarktus miatt fekvőbeteg intézményben kezeltek

A szélütés relatív prevalenciája\* 2010 júliusában az országos átlaghoz viszonyítva



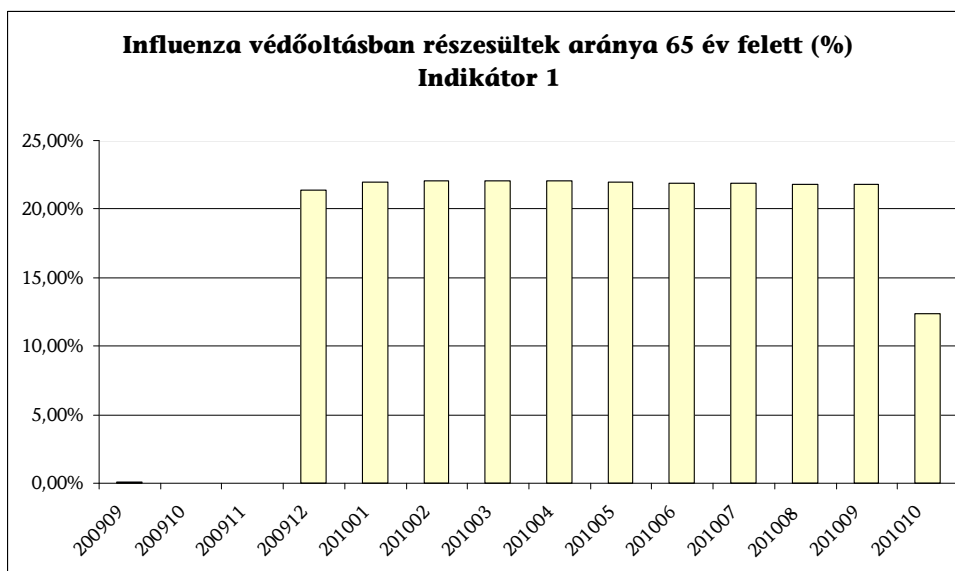
SPH: standardizált prevalencia hányados

\*Azon lakosok aránya, akiket 2006-2010-ben szélütés miatt fekvőbeteg intézményben kezeltek

## Indikátorok feldolgozása

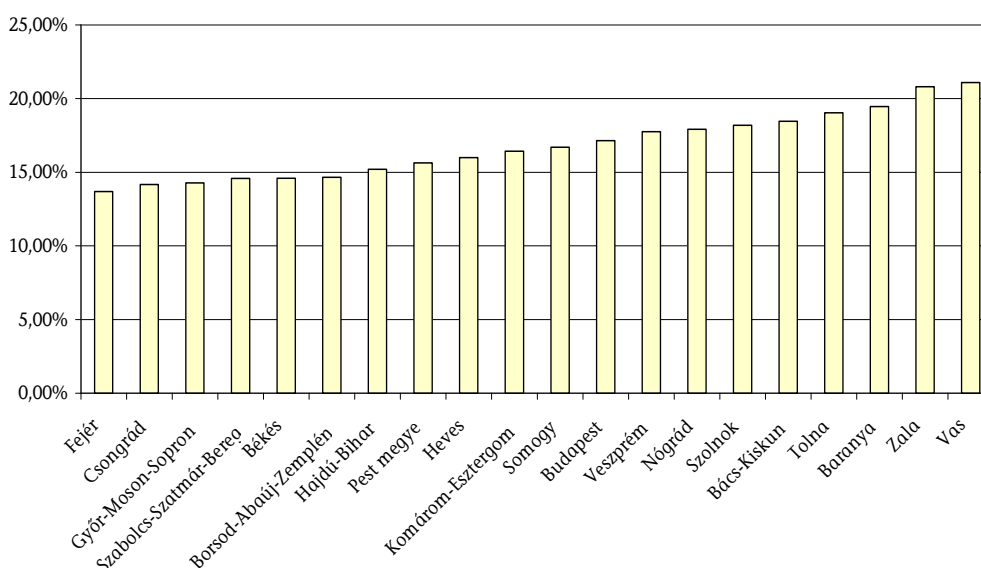
### (2009. szeptember – 2010. október)

#### Indikátor 1: influenza védőoltásban részesültek aránya 65 év felett



Az indikátor rendszer bevezetése utáni első három hónapban a B300-as jelentésben a háziorvosok nem jelentették az oltási tevékenységet. Az első adatok 2009. 12. hónaptól jelentek meg. Az adatok 20-22% körüli átoltottságot mutatnak a 65 évnél idősebb lakosságnál. A legalacsonyabb az átoltottság Fejér megyében (13,69%), a legmagasabb Vas megyében (21,09%). Budapesten az I. kerületben 9,36%, a VI. kerületben 21,81%, kétszeres különbség.

#### Influenza védőoltásban részesültek aránya 65 év felett 2009. 09. hó és 2010. 10. hó között % Indikátor 1



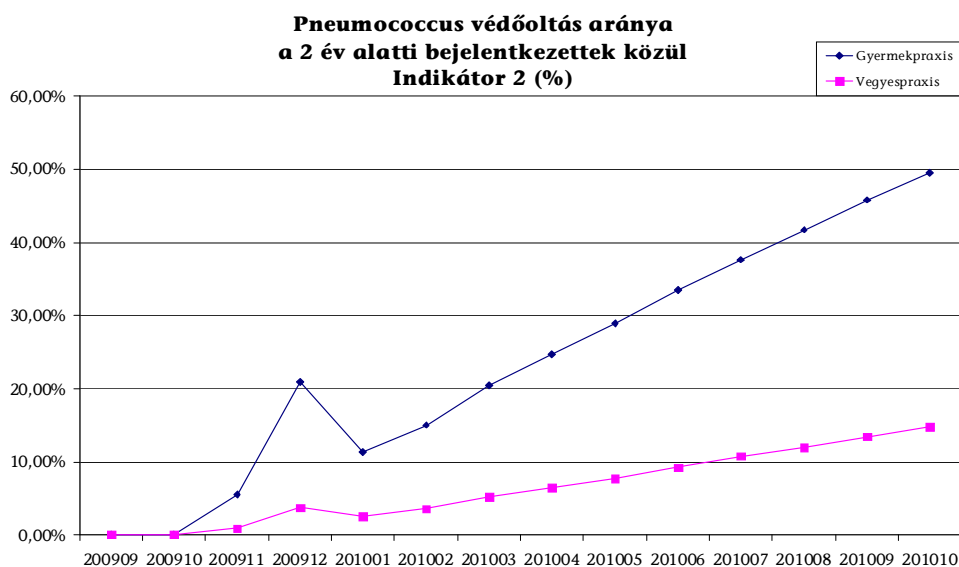
Az OECD Health at Glance 2009. évi kiadványban a 2007. évi influenza átoltottsági adatokat közlik több OECD országra. Az OECD átlag 55,9% a 65 év feletti korcsoportban, Magyarország 34,2%-os adattal szerepel a kiadványban. Az OECD felé az ESKI jelent adatokat, és ehhez az ÁNTSZ Országos Epidemiológiai Központtól kapott adatokat használják fel. Az adatgyűjtés a 60 év alatti illetve 60 év feletti korcsoportban térítésmentes influenza oltóanyag felhasználására vonatkozik. Ettől az évtől az adatgyűjtés a 65 év feletti és alatti korcsoportra bontva történik, ugyanis megváltozott a térítésmentes oltóanyag jogosultság korhatára 60-ról 65 évre. Így az OECD-be jelentett adat, a 2007-es is a 60 év feletti korcsoport átoltottságát mutatja, amely a 2007/2008. évi szezonban 745 560 oltóanyag volt,<sup>1</sup> így a 34%-os adat a 60 éven felüliek átoltottságát jelöli.

Az Országos Epidemiológiai Központ honlapján közzétették az idej adatokat, a 65 év feletti korcsoport átoltottsága 2011. február 9-i állapot szerint 28,6% volt.

Az eltérést az OEP indikátor rendszer adatai és az ÁNTSZ adatai között okozhatja továbbá, hogy az oltóanyagok részben nem a házi orvosokon keresztül jutnak el a rászorulókhöz, így azok nem kerülnek a házi orvosi jelentésbe, valamint adminisztrációs hiányosságok is.

Az Európai Unió Tanácsa 2009. december 22-i 2009/1019/EU ajánlása (6) bekezdése megfogalmazta, hogy az EU minél előbb, de lehetőleg 2014/2015 telére érje el a WHO által ajánlott 75%-os átoltottsági arányt az idősebb korosztályok körében. A 75%-os célt lehetőség szerint ki kell terjeszteni a krónikus betegségben szenvedők kockázati csoportjára is.

## Indikátor 2: Pneumococcus védőoltásban részesültek aránya 2 év alatt



Az adott hónapot megelőző 12 hónapban beoltottak száma, a 2 év alatti korosztály átoltottsága folyamatosan növekedett. Lényeges a növekedés a gyermekpraxisoknál, ahol 0-ról 49,53%-ra nőtt a vizsgált időszakban, a vegyes praxisok gyermek

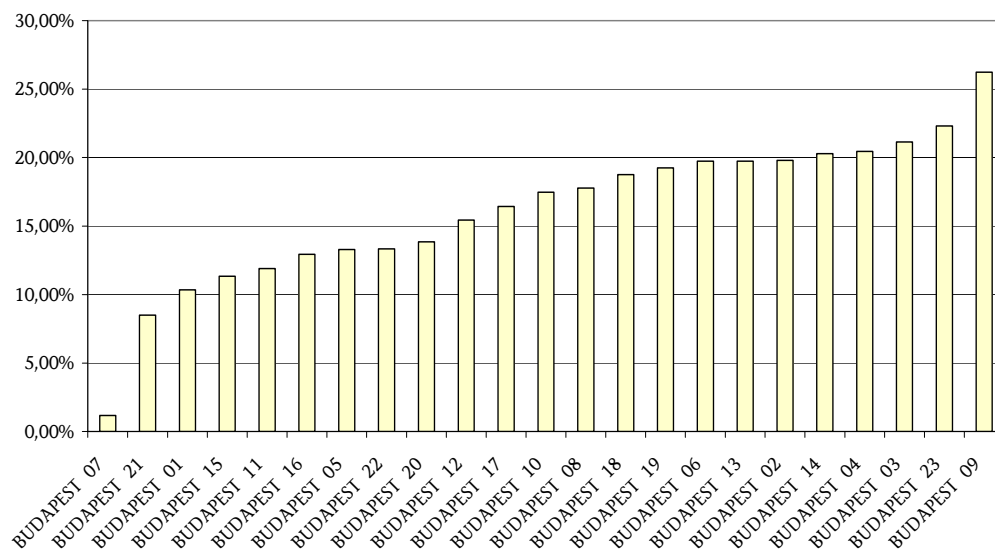
<sup>1</sup> a 60 év feletti korcsoportba kb. 2,2 millió ember tartozik



populációjában lényegesen kisebb mértékű volt az átoltottság növekedése, 0-ról 14,78%-ra.

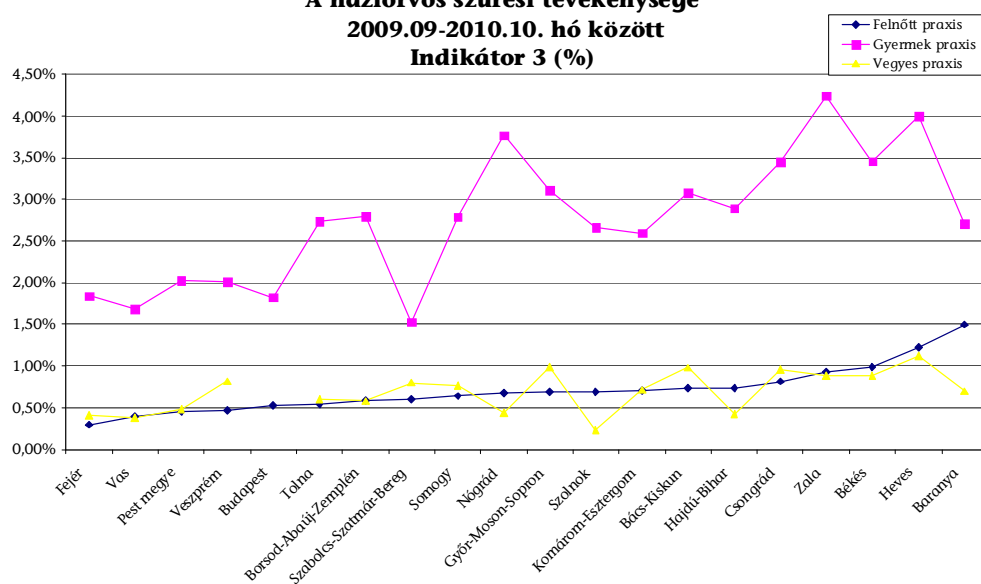
A megyei bontásban látszik, hogy nagy a különbség az ország egyes területei között, Sz-Sz-B megyében átlagosan 16% körüli az átoltottság, míg Vas megyében 33%, azaz kétszeres különbség van az ország e két pontja között. Ugyan ilyen nagy eltérést mutat a budapesti kerületek közötti különbség, a VII. kerület 14 havi átlaga 1,16%, míg a IX. kerületben 26,13% volt az átoltottság, azaz 22-szeres különbség van.

**Pneumococcus védőoltásban részesültek aránya 2 év alatt  
Budapesten %-ban 2009.09-2010.10. között  
Indikátor 2**



### Indikátor 3: A házi orvos szűrési tevékenysége

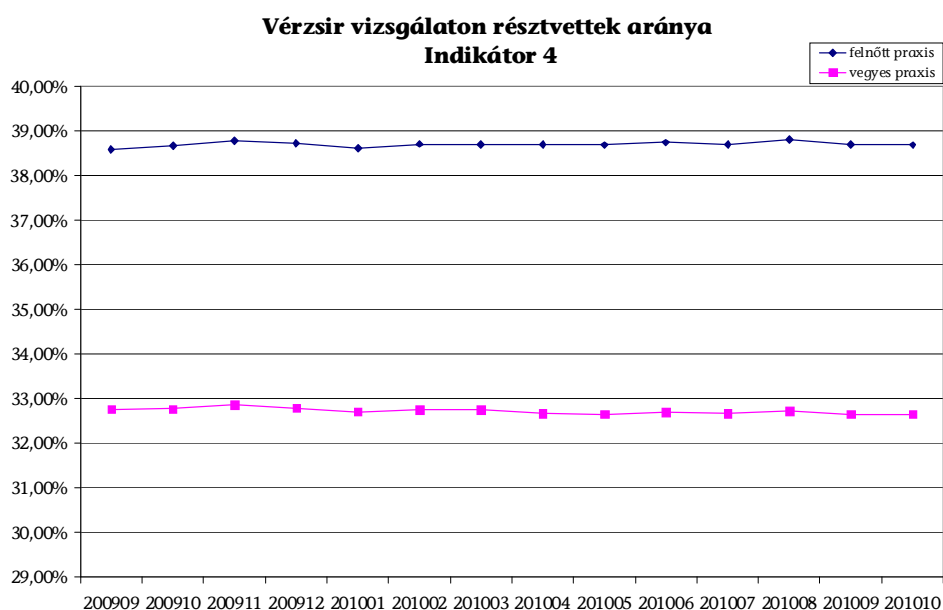
**A házi orvos szűrési tevékenysége  
2009.09-2010.10. hó között  
Indikátor 3 (%)**



Az indikátor mutatja a háziorvosi praxisba bejelentkezett biztosítottak közül azok arányát, akiknél szűrési tevékenység történt az 51/1997. (XII.18.) NM rendelet szerint. A vizsgált időszakban nagyon alacsony volt a szűrési arány, 0,6 és 1,4% közötti, a gyermek praxisokban 1,5 és 4% közötti. Nagy a különbség a budapesti gyermek praxisok gyakorlatában, ahol a VII. kerületben a gyermekek 0,3%-ánál, míg a XX. kerületben 3,5%-nál történik szűrés. (Az adat a B300-ból származik, az eltérések adódhatnak kódolási problémákból.)

A mutatóhoz sem szűrés típusát, sem korcsoportot, sem célértéket nem rendeltek hozzá, így nehezen volt értékelhető önmagában a mutatószám. Az új rendszerben az indikátor ebben a formájában megszűnik.

#### Indikátor 4: Vércsír vizsgálat

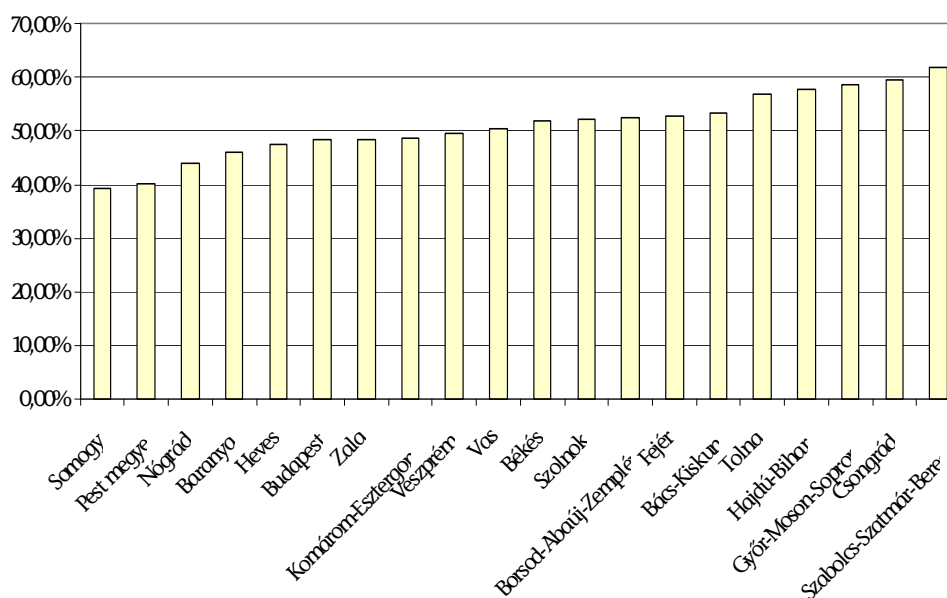


Az indikátor a 40-60 éves korosztályból a megelőző 1 évben vércsír vizsgálaton résztvevők arányát mutatja. A vizsgált időszakban a mutató a vegyes praxisokban 33%, a felnőtt praxisokban 38-39% között volt. A mutató nagyon kiegyenlített volt a vizsgált időszakban, elmozdulás nem volt tapasztalható. A megyei és budapesti kerületek átlagai között kb. 10 százalékpontos az eltérés.

Az új rendszerben az indikátor úgy módosul, hogy a magas vérnyomásos, vagy diabeteses betegek körében a megelőző 12 hónapban lipidanyagcsere vizsgálaton résztvevők arányát veszik figyelembe, és cél, hogy a betegek körében minél nagyobb arányban végezzék el a vizsgálatot. Így a primer prevenció indikátorból gondozási mutatóvá válik. Az 51/1997. (XII.18.) NM rendelet 214-es kódú szűréstípusa az önkéntesen igénybevehető szűrések között a 40-64 éves korcsoportban a kis kardiovaszkuláris kockázatú egyéneknél 5 évente, a közepes és nagy kardiovaszkuláris kockázatú egyéneknél 2 évente javasolja e vizsgálatot.

**Indikátor 5: Mammográfias szűrés**

**Mammográfias szűrésben részt vettek aránya  
megyéenként %ban 2009.09-2010.10. között**  
**Indikátor 5**



A 45-65 év közötti nők körében a megelőző 2 évben szűrésben részt vettek arányát mutatja. A vegyes praxisokban az arány 49 és 50% közötti, a felnőtt praxisokban 50 és 51% közötti. Nagy eltérés tapasztalható a megyék átlagai között, Somogy és Sz-Sz-B megye között 20 százalékpont, és ugyanez tapasztalható a budapesti kerületek között (legalacsonyabb a VII. kerületben, legmagasabb a II. kerületben).

A mammográfias szűrés kiemelt népegészségügyi szűrés, amelyet az ÁNTSZ koordinációs irodája szervez és koordinál. A házi orvosok munkáját nagymértékben hátráltatta a betegút követés lehetőségének hiánya, így csak a beteg szóbeli tájékoztatásából értesültek arról, hogy a beteg részt vett-e szűrésben.<sup>2</sup> A magas Sz-Sz-B megyei adat a helyi ÁNTSZ szervezői munkájának köszönhető, amelyről az ÁSZ vizsgálata<sup>3</sup> is beszámolt.

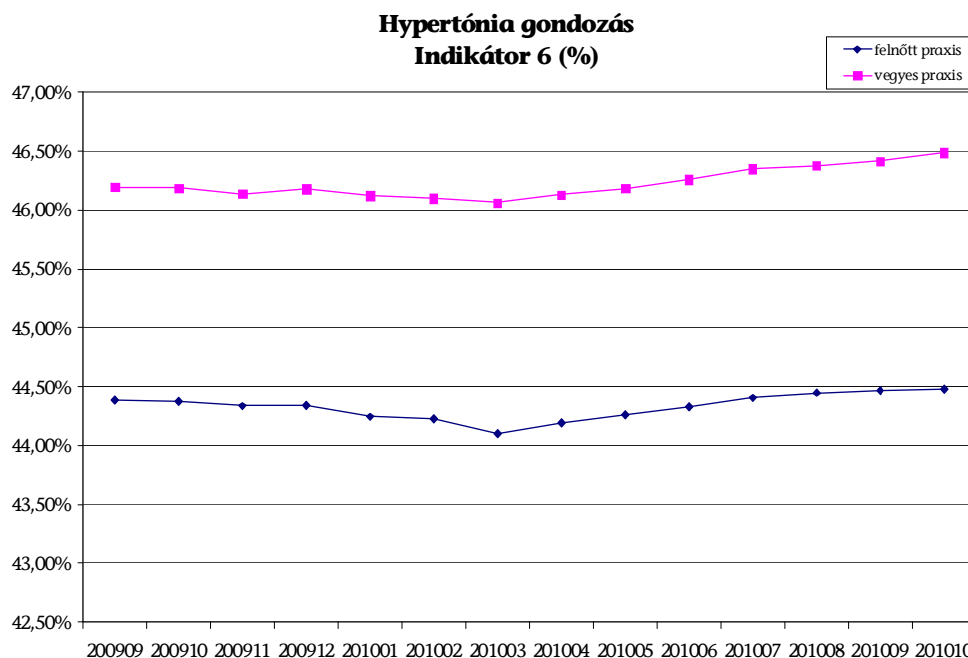
Az előterjesztés április 1-jétől az indikátort változatlan formában hagyta meg. A célértéknek a rendelkezésre álló adatokból az új algoritmus szerint számolt értékeket jelölte meg (megyei bontásban a házi orvosi praxisok legjobb 25%-ának alsó értékei: 47,7 és 67,7% között). A WHO által javasolt célérték az 50 év feletti korosztályban 70%. Az indikátor 14 havi idősoros adatai azt mutatták, hogy ebben az időszakban lényegesen nem változott az átszűrtség, illetve a területi eltérések ugyanabban az

<sup>2</sup> a vizsgálattal egy időben jogszabályváltozás fog életbe lépni a házi orvosok adatkezelési jogosultságára vonatkozóan

<sup>3</sup> 0805 Jelentés az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről, 2008. május

arányban fennmaradtak, az indikátor ösztönző hatása nem érvényesült. A Baranya megyei 47,7%-os érték lényegesen elmarad az elvárt 70%-tól.

### Indikátor 6: Hypertonia gondozás



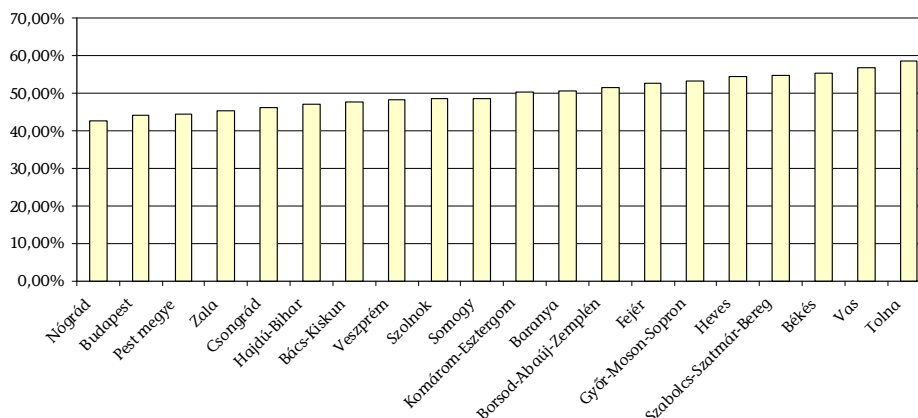
Az indikátor az 50 év feletti biztosítottak közül azok arányát mutatja, akik az elmúlt 12 hónapban legalább 4 alkalommal vérnyomás csökkentő szert váltottak ki. A vizsgált időszak adatai azt mutatják, hogy a kiváltás stagnál, a vegyes praxisokban nagyobb a gyógyszer kiváltók aránya (46 % körüli), míg a felnőtt praxisokban alacsonyabb (44 % körüli) 14 hónapra vetítve. Eltérés van a megyék között, Budapesten a legalacsonyabb a gyógyszer kiváltók aránya (42%), Somogyban a legmagasabb (46% körüli). A budapesti kerületekben is eltérő az arány, 38% a XII. kerületben és 44% a XV. kerületben.

Az új indikátor rendszer április 1-jétől az indikátort két célcsoportra bontja, 40-54 és az 55-69 éves korosztályra, tekintettel az eltérő prevalenciára. Az indikátor célja, hogy a minél magasabb felismerési arányt honorálja. A rendelkezésre álló 14 hónap adatainak feldolgozása alapján, az idősoros táblákon végig stagnált a mutató.

A magas vérnyomásban szenvedő betegek gondozásának mérésére még egy további indikátor kerül bevezetésre, a megelőző 12 hónapban serum-kreatinin vizsgálatban részesültek arányát fogják mérni a hipertóniás betegek között. Hypertóniás betegnek az minősül, aki az elmúlt 12 hónapban legalább négyszer meghatározott ATC kódú gyógyszert váltott ki.

## Indikátor 7: Infarktus utáni gondozás

**Infarktus utáni gondozás aránya**  
2009.09-2010.10 között  
Indikátor 7

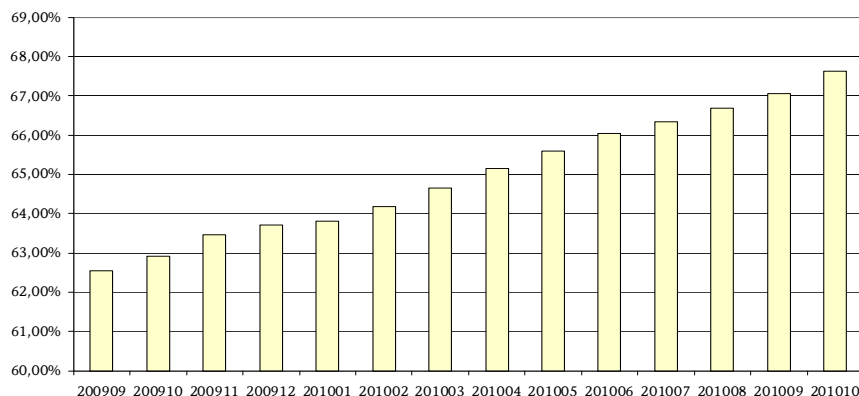


Az indikátor mutatja az infarktuson átesett személyek közül azok arányát, akik  $\beta$ -blokkolót váltottak ki az elmúlt 12 hónapban. Az elvárt érték 100% körüli lenne (akinél nincs kontraindikáció). A vegyes praxisokban az érték 50-51% körüli, a felnőtt praxisokban 48-49% körüli, ami alacsonynak minősíthető. A vegyes praxisok átlagai kis mértékben jobbák a felnőtt praxisok átlagainál. A megyék szerinti bontásban nagyok a különbségek, Nógrádban 40%, míg Tolnában 60% körüli a  $\beta$ -blokkolót szedők aránya. A budapesti kerületek között is nagy az eltérés, X. kerületben 35%, a XXIII. kerületben 50%. Az idősoros táblán látható, hogy a vizsgált időszakban nem változott lényegesen a mutató értéke, az ösztönző hatás nem érvényesült.

Az új rendszerben az indikátor úgy változik, hogy az akut myocardialis infarctuson és/vagy coronaria bypass műtéten és/vagy szívkatéteres tágításon és/vagy pacemaker beültetésen átesetteknél vizsgálják azok arányát, akik a megelőző 12 hónapban legalább 4 alkalommal  $\beta$ -blokkolót váltottak ki.

## Indikátor 8: Diabetes gondozás 1

**Gondozott diabetesesek aránya**  
Indikátor 8 (%)



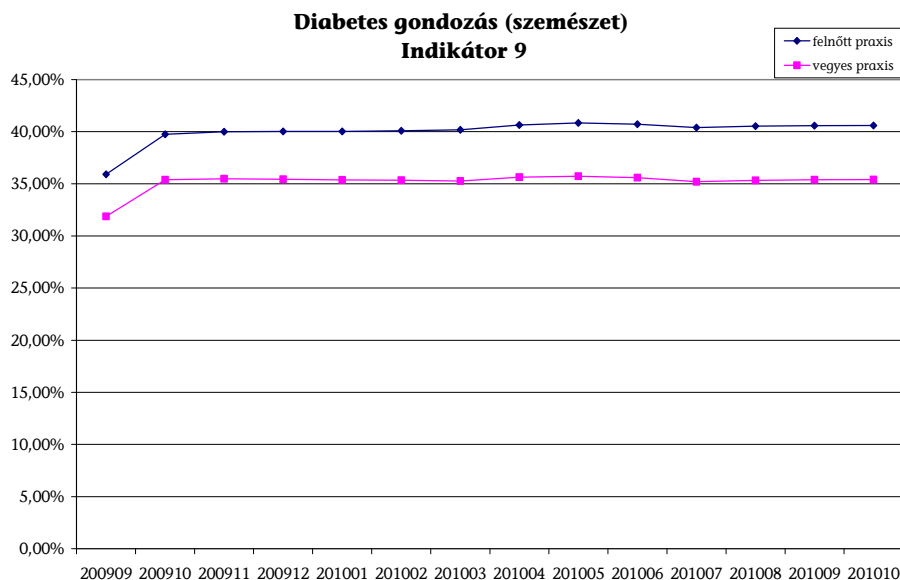
Az indikátor azt mutatja, hogy az A10 ATC kódú gyógyszert kiváltók közül hányan voltak az elmúlt 12 hónapban haemoglobin A1C meghatározáson.

Az indikátor a vizsgált időszakban folyamatos növekedést mutatott, országos átlagban 62-ről 68%-ra. A praxis típusonkénti bontásban a felnőtt praxisoknak magasabbak voltak az adataik (65-70%) mint a vegyes praxisoknak (58-61%). A gondozott diabetesesek aránya megyénként elérést mutatott, Nógrádban 50%, míg Tolnában 70% volt a vizsgált időszak átlaga. Ugyanekkora eltéréseket lehet tapasztalni Budapesten, ahol a legalacsonyabb arány a IV. kerületben volt, míg a legmagasabb a VI. kerületben.

A pneumococcus indikátor mellett ez volt a második indikátor, amely a vizsgált időszakban növekedést mutatott, és ez a növekedés az indikátor rendszer ösztönző hatásának tekinthető.

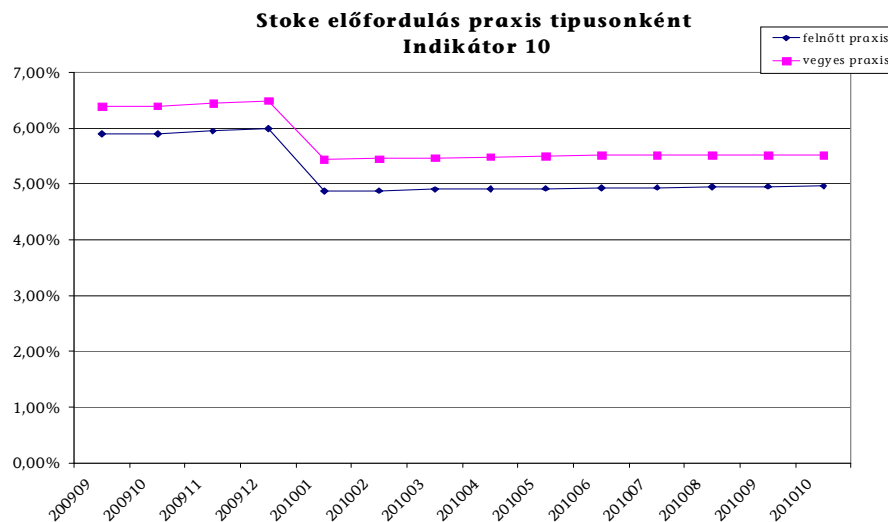
Az indikátor változatlan formában megmarad az új rendszerben.

### Indikátor 9: Diabetes gondozás 2



Az indikátor azt mutatja, hogy az A10 ATC kódú gyógyszert kiváltók közül hányan voltak szemészetben a megelőző 12 hónapban. A mutató a vizsgált időszakban 39% körül mozgott, a felnőtt praxisokban magasabb volt az arány (40% körül), míg a vegyes praxisokban 35% körül. Heves megyében volt a legalacsonyabb, 30% a vizsgált időszakban, míg a budapesti átlag 45% volt. A budapesti kerületek között a legalacsonyabb arány a XXIII. kerületben volt (38%), míg a legmagasabb a XIII. kerületben (50%).

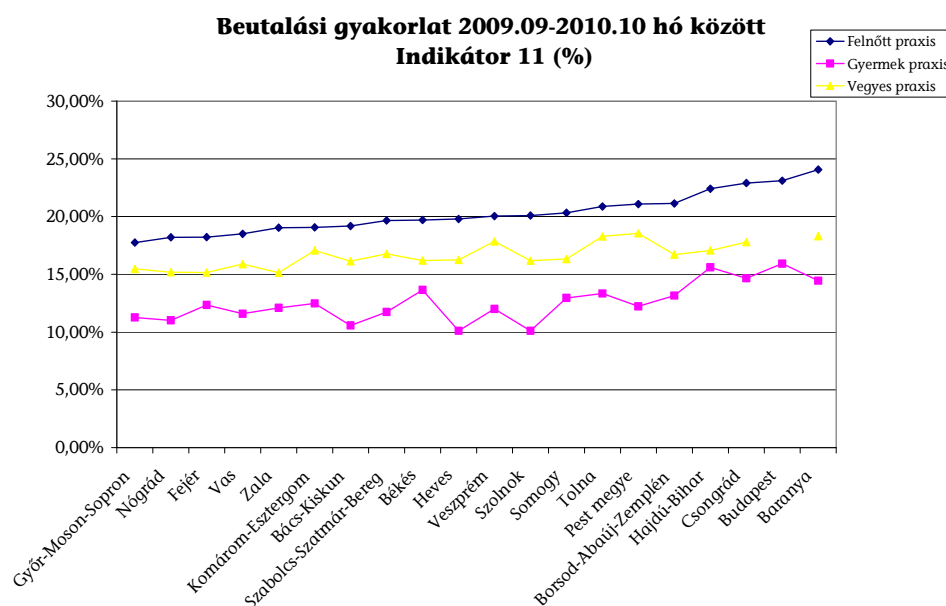
Az indikátor változatlan formában megmarad az új rendszerben.

**Indikátor 10: Stroke előfordulás**

Az indikátor az 50 év feletti biztosítottak közül az elmúlt 5 évben stroke-on átesettek arányát mutatja.

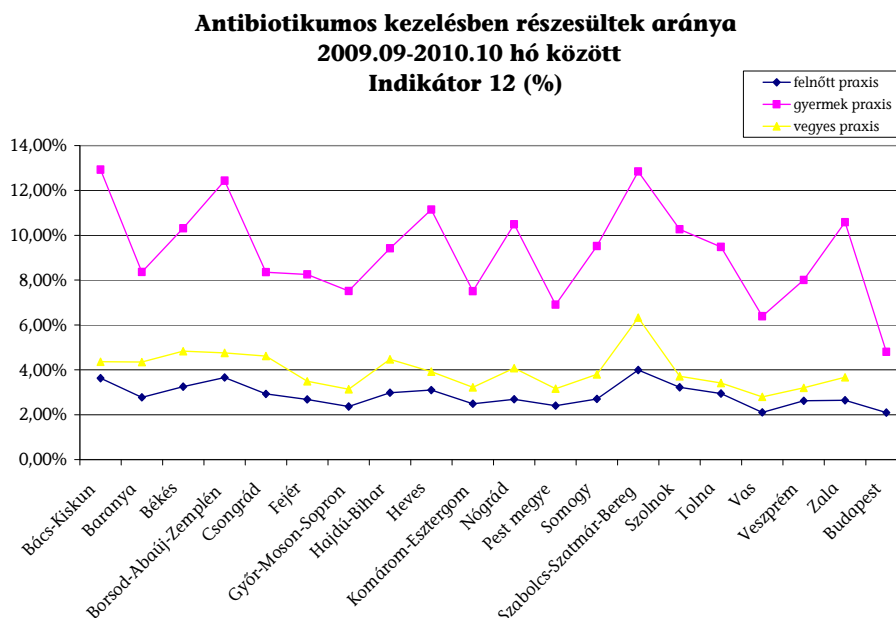
A 14 havi adatok alapján az első négy hónapban az idősoros táblán 6%, majd az azt követő időszakban 5% volt, változás nem volt. A vegyes praxisokban a magasabb volt az érték. A megyei bontásban, Szolnok megyében 4%, míg B-B-Z megyében 7 % volt a vizsgált időszakban. Nagy volt a különbség a budapesti kerületek között, I. kerületben 3%, a XX. kerületben 8% volt.

Az indikátorral szemben felhozott szakmai kifogások részben kódolási problémákra utaltak, részben pedig arra, hogy az indikátor a házi orvos tevékenységét közvetlenül nem minősítette. Az indikátor az új rendszerből április 1-jétől kikerül.

**Indikátor 11: Beutalási gyakorlat**

Időben kiegyenlített, 20% alatti volt a beutalási gyakorlat a vizsgált időszakban. Eltérő a beutalási gyakorlat praxis típusonként és megyénként, legkevesebb beutalásra a gyermek praxisokban kerül sor, és a legtöbb beutalást a felnőtt praxisokban kezdeményezik. Az indikátor változatlan formában megmarad.

## Indikátor 12: Antibiotikus kezelés



A vizsgált időszakban az antibiotikus kezelésben részesültek aránya lényegesen nem változott, 3,8 és 4% között mozgott. Az egyes praxis típusokban eltérők az antibiotikum felírási szokások: a felnőtt praxisokban 3%, a vegyes praxisokban 4% körüli és a gyermek praxisokban 8-9% körül alakult. Az egyes megyékben a gyermek praxisokban eltérő a gyakorlat, legalacsonyabb az arány Budapesten és Vas megyében, a legmagasabb Sz-Sz-B megyében. A budapesti kerületek közül a XII. kerület gyermek praxisaiban a legalacsonyabb (3%), míg a XXIII. kerületben a legmagasabb (8%) az arány.

Az indikátor az új rendszerben megmarad minden praxis típusra, annyi változtatással, hogy a felnőtt és vegyes praxisokban a 18 év feletti lakosságra vonatkozóan számítják ki.



## **Táblák jegyzéke**

- |              |   |
|--------------|---|
| 1. sz. tábla | A kérdőíves felméréshez kiválasztott és a helyszíni ellenőrzésre is kijelölt önkormányzatok |
| 2. sz. tábla | A háziiorvosi képzés adatai   |
| 3. sz. tábla | 10 ezer lakosra jutó háziiorvosok száma megyénként  |
| 4. sz. tábla | A háziiorvosi körzetek betöltetlenségi aránya megyénként                                    |

## A kérdőíves felméréshez kiválasztott és a helyszíni ellenőrzésre is kijelölt önkormányzatok

A kérdőíves felmérésre az önkormányzatok 15%-át választottuk ki (az érintett lakosság szám: 1538 ezer fő). A rétegenkénti véletlenszerű mintavétel eredményeként a minta több szempont szerint reprezentálja az ország településeit, önkormányzatait.

### A mintavételezés rétegei és a kiválasztott önkormányzatok száma

Megnevezés	Dinamikusan fejlődő	Fejlődő	Felzárkózó	Stagnáló	Lemaradó	<b>Együtt:</b>
Fővárosi kerület	3					<b>3</b>
Megyeszékhely város	1	2				<b>3</b>
Egyéb város	5	13	20	6	2	<b>46</b>
Nagyközség	2	2	6	5	3	<b>18</b>
Község	7	32	118	109	139	<b>405</b>
<b>Összesen:</b>	<b>18</b>	<b>49</b>	<b>144</b>	<b>120</b>	<b>144</b>	<b>475</b>

A mintába került önkormányzatok 5%-ánál (25 esetben) az önkormányzati információkat helyszíni ellenőrzés során kontrolláltuk, kiegészítettük.

A helyszíni ellenőrzés keretében az önkormányzat területén ellátási kötelezettséggel dolgozó házi orvosok (házi gyermekorvosok) 10%-ával (minimum 1, de maximum 3) felvesszük a személyes kapcsolatot. A szolgáltatók körében külön kérdőívvel gyűjtött információkon túli lényeges körülményeket az önkormányzatnál a jelentésben rögzítjük.

#### **Főváros**

Budapest X. Kerület                      fővárosi kerület

#### **Bács-Kiskun megye**

Izsák    egyéb város  
Bácsszentgyörgy                              község  
Uszód    község

#### **Borsod-Abaúj-Zemplén megye**

Mezőcsát                                        egyéb város  
Legyesbénye                                    község

#### **Fejér megye**

Martonvásár                                    egyéb város  
Velence    egyéb város  
Aba    nagyközség

#### **Győr-Moson-Sopron megye**

Győr    megyeszékhely város

#### **Heves megye**

Kisköre    egyéb város

**Komárom-Esztergom megye**

Naszály község

**Nógrád megye**

Pásztó egyéb város

Buják község

**Pest megye**

Dány község

**Szabolcs-Szatmár-Bereg megye**

Demecser egyéb város

Laskod község

Szamosangyalos község

Tiszabездéd község

**Jász-Nagykun-Szolnok megye**

Kenderes egyéb város

Csépa község

Cserkeszölő község

**Vas megye**

Bük egyéb város

Szentgotthárd egyéb város

Egervölgy község

**A házi orvos képzés adatai**

<b>Év</b>	<b>Licenz vizsgázottak száma</b>	<b>Közülük jelenleg házi orvosként dolgozik</b>	<b>Házi orvostanból szakvizsgázottak száma</b>	<b>Üzemi orvostanból szakvizsgázottak száma</b>
2005	138	88	155	31
2006	118	80	115	23
2007	196	100	160	81
2008	183	88	182	112
2009	n.a.	n.a.	181	68
2010	n.a.	n.a.	192	58

**10 ezer lakosra jutó házi orvosok száma megyénként**

Megye	Lakosok száma <sup>1</sup>	Házi orvosok száma	Egy házi orvosra jutó lakosok száma	10 ezer lakosra jutó házi orvosok száma
Budapest	1 712 210	1 313	1 304,0	7,7
Baranya	394 911	297	1 329,7	7,5
Tolna	235 874	169	1 395,7	7,2
Vas	260 950	186	1 403,0	7,1
Csongrád	423 826	300	1 412,8	7,1
Somogy	322 197	225	1 432,0	7,0
Békés	371 322	256	1 450,5	6,9
Borsod-Abaúj-Zemplén	701 160	483	14 571,7	6,9
Jász-Nagykun-Szolnok	394 891	266	1 484,6	6,7
Hajdú-Bihar	542 192	363	1 493,6	6,7
Bács-Kiskun	530 379	352	1 506,8	6,6
Nógrád	207 637	135	1 538,1	6,5
Heves	314 441	204	1 541,4	6,5
Komárom-Esztergom	314 450	204	1 541,4	6,5
Zala	290 204	184	1 577,2	6,3
Veszprém	360 387	227	1 587,6	6,3
Fejér	428 295	264	1 622,3	6,2
Győr-Moson-Sopron	447 033	274	1 631,5	6,1
Szabolcs-Szatmár-Bereg	565 326	344	1 643,4	6,1
Pest	1 213 290	681	1 781,6	5,6
ÁTLAG			1 491,2	6,7

Adatforrás: OEP 2011. 03. 23-ai adatai alapján legyűjtve

<sup>1</sup> KSH 2009. évi adatai alapján

**A háziorvosi körzetek betöltetlenségi aránya megyénként\***

<b>Megye</b>	<b>összes körzet</b>	<b>ebből betöltetlen</b>	<b>betöltetlenségi arány %</b>
<b>Bács-Kiskun</b>	352	10	2,8
<b>Baranya</b>	297	4	1,3
<b>Békés</b>	256	12	4,5
<b>Borsod-Abaúj-Zemplén</b>	483	31	6,4
<b>Budapest</b>	1 314	9	0,6
<b>Csongrád</b>	300	1	0,3
<b>Fejér</b>	264	6	2,2
<b>Győr-Moson-Sopron</b>	275	6	2,1
<b>Hajdú-Bihar</b>	363	6	1,6
<b>Heves</b>	204	10	4,9
<b>Jász-Nagykun-Szolnok</b>	268	18	6,7
<b>Komárom-Esztergom</b>	205	5	2,4
<b>Nógrád</b>	136	11	8,1
<b>Pest</b>	683	8	1,2
<b>Somogy</b>	225	7	3,1
<b>Szabolcs-Szatmár-Bereg</b>	343	5	1,5
<b>Tolna</b>	169	13	7,7
<b>Vas</b>	185	4	2,1
<b>Veszprém</b>	228	2	0,8
<b>Zala</b>	185	3	1,6
<b>Összesen:</b>	6 735	171	2,5

Adatforrás: OEP

\*2011. 01. havi valamennyi betöltetlen praxis

## **Tanúsítványok jegyzéke**

- 1/a. sz. Háziorvosok által utalványozott egyes kifizetések az E. Alapból
- 1/b. sz. Az E. Alap terhére kifizetett egyes ellátások évenként
2. sz. Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj 2001-2010.
- 3/a. sz. A háziiorvosi (házi gyermekorvosi) ellátás alapadatai és az ellátáshoz kapcsolódó önkormányzati feladatok végrehajtásának egyes információi
- 3/b. sz. A háziiorvosi ellátás és egyéb egészségügyi alapellátással összefüggő önkormányzati szintű pénzforgalmi bevételek és kiadások
-

Háziorvosok által utalványozott egyes kifizetések az E. Alapból

Év	Táppénz	Házi szakápolás	Járóbeteg szakellátás (labor, "egyéb" képalkotó, nélküli)**	Labor-diagnosztika	Röntgen-, ultrahang diagnosztika	"Egyéb" képalkotó diagnosztika (CT, MRI, PET)	Aktív fekvő**	Krónikus fekvő**	Speciális fin. fekvő (létele, nagyvérteki)	Műves-kezelés	Gyógyfürdő és egyéb gyógyászati ellátások	Gyógyászati segéd-eszközök	Gyógyászati támogatás	Mentés, betegszállítás***	Egyedi méltányosság	Utazási utalvány, költségtérítés
<b>E. Alapból kifizetett összegek (E Ft), egy lízadesjegyre korlátozva</b>																
2005	65 375 852,3	2 912 070,3	9 335 967,3	7 747 309,7	4 130 418,6	0,0	33 592 530,3	6 338 362,8	0,0	0,0	158 609,7	13 292 086,7	197 568 938,0	-	0,0	-
2006	72 273 900,0	2 936 137,1	10 006 890,2	6 883 518,9	4 234 356,3	0,0	32 793 159,9	6 434 620,3	0,0	0,0	165 737,3	15 480 392,1	230 016 237,1	-	0,0	-
2007	79 088 900,0	3 057 978,4	11 278 714,3	6 645 108,6	3 543 889,3	0,0	35 249 915,3	8 947 247,1	0,0	0,0	185 630,3	10 625 487,7	190 795 037,5	762 187,0	0,0	2 408 419,0
2008	126 514 200,0	3 254 515,0	12 544 689,1	7 186 248,9	4 459 808,4	0,0	34 717 150,5	11 902 740,6	0,0	0,0	221 873,9	12 179 742,9	186 617 548,7	1 089 391,0	0,0	2 508 192,4
2009	80 964 304,9	3 373 846,8	11 446 406,4	7 313 894,2	4 440 788,2	0,0	29 360 270,6	12 334 724,3	0,0	0,0	237 593,2	12 804 091,3	187 145 705,9	1 231 603,0	0,0	2 683 536,4
2010	65 693 500,0	3 134 025,8	10 916 284,1	7 547 979,7	4 638 149,1	0,0	27 475 382,0	13 021 870,3	0,0	0,0	251 782,2	12 964 288,8	192 397 288,4	1 204 435,0	0,0	2 483 827,9
<b>Mennyiségek</b>																
napok	vizitáció	esetszám	esetszám	esetszám	esetszám	esetszám	esetszám	esetszám	db, eset	esetszám	szolg. szám (kezelés) db	db	DOT	eset	eset	eset
2005	26 369 854	1 044 257	5 420 394	5 013 315	1 621 585	0	260 784	37 719	0	0	339 218	87 851 966	3 568 011 558	636 901	0	-
2006	27 976 684	1 041 639	5 549 433	4 924 864	1 599 159	0	251 776	37 363	0	0	353 693	112 217 879	4 055 696 334	568 842	0	-
2007	26 023 000	1 083 047	5 629 926	4 268 622	1 328 160	0	262 038	57 636	0	0	387 932	87 772 062	3 951 157 369	462 565	0	532 622
2008	26 329 800	1 145 637	5 514 471	4 579 305	1 412 790	0	233 483	69 510	0	0	378 139	92 154 143	3 956 019 962	397 839	0	505 312
2009	26 145 000	1 170 755	5 345 058	4 988 277	1 533 813	0	210 023	67 161	0	0	398 382	90 800 026	4 080 451 017	453 188	0	533 660
2010	23 935 000	1 067 723	5 214 688	5 070 102	1 659 335	0	199 233	69 935	0	0	421 827	101 460 776	4 338 147 728	453 593	0	505 068
<b>Évenkénti továbbküldött TAJ-ok száma (egy TAJ egy évben csak egyszer; TAJ-redundancia nélkül)</b>																
<b>TAJ db (+ a TAJ-nélkülek bármilyen személyi azonosítójánál)</b>																
2005	1 183 766	45 772	2 722 964	2 668 215	1 287 930	0	232 788	34 414	0	0	11 963	378 834	7 104 890	247 123	0	-
2006	1 128 799	43 506	2 763 734	2 627 847	1 275 440	0	226 770	34 106	0	0	11 874	387 989	7 060 518	220 788	0	-
2007	1 028 838	41 883	2 863 911	2 293 829	1 090 933	0	237 409	52 090	0	0	12 743	312 856	6 744 679	208 362	0	195 732
2008	1 109 100	45 814	2 900 894	2 475 653	1 154 423	0	210 544	60 652	0	0	12 763	314 956	6 655 001	119 418	0	183 225
2009	1 068 000	48 789	2 849 193	2 667 004	1 244 494	0	189 452	58 314	0	0	13 283	337 528	6 763 658	132 013	0	188 763
2010	862 200	46 507	2 815 508	2 701 068	1 324 597	0	178 520	60 198	0	0	13 375	326 011	6 498 099	130 127	0	180 439

Megjegyzés: a táblázatban kizárólag háziorvosok által utalványozott, rendelt ellátások adatai szerepelhetnek.  
 \* 2005. és 2006. évben az utazási költségtérítés tekintetében nem volt egységes az adatgyűjtés, ezért a rendelkezésre álló adatok nem megbízhatóak.  
 \*\* a 2010 év 13 hónap adatait tartalmazza.  
 ... 2005-2006 év vonatkozásában nem áll rendelkezésre ilyen adat (a betegszállítás elrendelőjét nem kellett jelenteni a szolgáltatónak)  
 A 2005-2009-es táppénzes adatok tartalmaznak az előző években kezdődött és a tárgyévre áthúzódó táppénzes esetek számát.  
 Az adatok az adott évre eső táppénzes napokat és a hozzájuk tartozó kifizetett táppénzes összegeket tartalmazzák.  
 A 2010-es táppénzes adatok tartalmaznak az adott évben befejeződött táppénzes eseteket, a hozzájuk tartozó kifizetett táppénzes összeget és a kifizetett összeget fejező években kezdődött táppénzes esetén a táppénzes napok és összegek az előző évekhez eső részét is tartalmazzák.

Nyilatkozat: A tanúsítványban szereplő adatok a nyilvántartások ellenőrzött adataival egyeznek, valódiságukat igazolom.

Dátum: 2011.07.26.





**Az E. Alap terhére kifizetett egyes ellátások évenként**

Év	Táppénz	Házi szakápolás	Járobeteg szakellátás (labor, "egyéb" képalakotód. nélkül)**	Labor-diagnosztika	Röntgen-, ultrahang diagnosztika	"Egyéb" képalakotó diagnosztika (CT, MRI, PET)	Aktív fekvő**	Krónikus fekvő**	Speciális fin. fekvő (teteles, nagylétféltű)	Műveskezelés	Gyógyfurdó és egyéb gyógyászati ellátások	Gyógyászati segéd-eszközök	Gyógyszer-támogatás	Mentés, beteg-szállítás	Egyedi méltányosság	Utazási utalvány, költség-fértés*
<b>E. Alapból kifizetett összegek (E Ft), egy üzadesjegyre kerekítve</b>																
2005	97 023 569,3	3 086 158,1	87 394 409,6	21 181 409,0	14 834 339,6	11 119 200,0	354 149 153,9	41 025 344,9	15 184 062,2	16 774 899,9	5 076 264,4	47 871 677,8	342 618 698,6	24 356 090,0	105 052,2	-
2006	99 954 266,5	3 102 763,5	91 454 081,5	20 811 024,5	15 017 261,0	11 939 632,7	361 968 990,7	41 780 472,3	15 606 403,5	17 139 700,0	5 475 469,4	53 131 579,3	401 790 187,6	25 127 400,0	63 729,8	-
2007	97 389 926,9	3 320 400,0	90 030 386,3	20 242 084,2	13 918 982,6	12 114 498,7	336 109 315,4	45 611 433,3	18 989 894,5	20 611 382,4	4 502 393,5	38 430 164,7	340 398 511,2	27 131 500,0	17 168,4	2 992 702,9
2008	102 620 680,0	3 648 149,8	103 496 340,4	21 174 486,4	15 919 891,9	14 658 860,3	383 866 593,7	56 642 276,3	23 746 330,6	23 274 988,2	3 991 232,7	45 449 405,8	350 427 253,2	28 819 794,9	23 413,3	2 981 698,1
2009	108 024 103,7	3 817 700,0	95 318 585,5	20 300 389,9	15 228 288,3	13 663 384,7	324 221 378,8	58 698 704,4	26 507 814,1	22 933 438,3	4 111 045,8	49 077 725,1	363 324 521,4	28 227 000,0	28 657,9	3 202 047,7
2010	79 421 238,6	3 519 748,7	97 919 951,9	20 538 736,1	15 871 037,4	14 974 300,9	341 453 900,7	65 318 233,8	29 251 753,4	22 932 433,9	3 989 720,4	47 975 912,4	382 313 322,9	28 248 200,0	26 512,3	3 248 891,4
<b>Mennyiségek</b>																
napok	vizitszám	esetszám	esetszám	esetszám	esetszám	esetszám	esetszám	esetszám	db, eset	esetszám	szolg. szám (kezelés)/db	db	DOT	eset	eset	eset
2005	37 384 700	1 171 512	52 528 926	13 791 059	6 485 730	575 817	2 570 588	206 731	32 178	864 179	8 840 650	164 084 080	4 867 800 509	3 511 963	221	-
2006	36 351 400	1 176 196	52 983 156	13 991 420	6 425 101	580 248	2 527 974	205 903	31 334	907 197	9 693 744	184 198 503	5 312 898 362	3 355 679	143	-
2007	32 981 200	1 216 246	45 106 019	11 568 826	5 422 018	584 002	2 191 725	241 621	31 334	971 232	8 160 438	142 620 903	5 039 816 019	3 084 864	54	-
2008	32 655 500	1 290 097	43 898 434	11 851 098	5 608 180	653 669	2 156 517	289 559	34 004	1 011 427	7 308 158	143 530 737	4 960 093 926	3 139 648	43	654 482
2009	32 754 400	1 318 841	46 070 598	12 870 088	5 839 483	694 288	2 203 974	299 287	36 025	1 059 842	7 349 597	137 838 374	5 081 878 657	3 382 967	59	589 363
2010	27 853 500	1 205 903	48 681 377	13 291 813	6 240 589	758 423	2 320 772	328 202	36 434	1 111 842	6 967 437	126 649 751	5 128 182 679	3 441 901	30	634 396
<b>Évenkénti továbbküldött TAJ-ok száma (egy TAJ egy évben csak egyszer: TAJ-redundancia nélkül)</b>																
2005	1 252 480	51 039	7 631 133	4 323 251	3 509 529	484 192	1 743 116	168 981	28 232	8 845	329 101	1 564 450	8 331 759	821 755	221	-
2006	1 196 734	48 760	7 504 374	4 221 760	3 447 785	488 589	1 718 128	168 305	28 252	9 296	349 956	1 591 183	8 250 589	760 551	143	-
2007	1 116 071	46 452	6 974 723	3 693 903	3 059 650	451 080	1 516 772	196 900	27 173	9 674	300 014	1 215 291	7 844 224	766 597	54	253 755
2008	1 175 969	50 872	6 755 612	3 850 041	3 136 730	500 911	1 479 613	230 561	29 218	10 018	273 038	1 217 972	7 728 782	729 137	43	225 348
2009	1 128 878	54 046	6 759 677	4 070 803	3 253 205	533 111	1 499 198	237 766	30 678	10 606	282 189	1 072 616	7 759 921	791 723	59	232 102
2010	1 032 500	51 610	6 824 817	4 076 140	3 366 388	571 833	1 549 916	258 854	31 133	10 941	257 222	783 273	7 502 239	805 548	30	245 819

Megjegyzés: a táblázatban a tárgyévben az E. Alapból kifizetett ellátások adatai szükségesek.

\* 2005. és 2006. évben az utazási költségértékesítés tekintetében nem volt egységes az adatgyűjtés, ezért a rendelkezésre álló adatok nem megbízhatóak.

\*\* a 2010 év 13 hónap adatait tartalmazza!

A 2005-2009-es táppénzes adatok tartalmazták az előző években kezdődött és a tárgyévre áthúzódó táppénzes esetek számát.

Az adatok az adott évre eső táppénzes napokat és a hozzájuk tartozó kifizetett táppénzes összegeket tartalmazzák.

A 2010-es táppénzes adatok tartalmazták az adott évben befejeződött táppénzes eseteket, a hozzájuk tartozó összes táppénzes napot és a kifizetett összeget (előző években kezdődött táppénz esetén a táppénzes napok és összegek az előző évek) és az előző évek) első részét is tartalmazza.

Nyilatkozat: A Iaműsítványban szereplő adatok a nyilvántartások ellenőrzött adataival egyeztek, valódiságukat igazolom.

Dátum: Budapest 2011. 05. 26.



**Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj  
2001-2010.**

E Ft

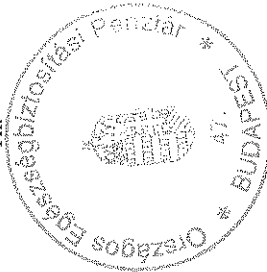
Ellát.	Támogatási típus	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	összesen:
<b>H</b>	Eszköztámogatási díj alap	0,0	1 018 998,6	1 401 288,6	1 468 770,8	1 501 927,7	1 495 019,6	6,0	0,0	0,0	0,0	<b>6 386 011,3</b>
<b>á</b>	Eszköztámogatási díj kiegész.	0,0	82 530,0	110 165,0	116 645,0	121 632,0	122 497,9	-151,4	0,0	0,0	0,0	<b>553 318,5</b>
<b>Z</b>	Eszköztámogatási díj hiteltám.	0,0	296 671,1	936 004,6	1 033 036,0	974 759,7	844 039,3	528 769,6	200 443,0	85 828,1	29 773,6	<b>4 929 325,0</b>
<b>i</b>	Ingatlan-támogatási díj alap	0,0	77 670,0	141 322,4	170 967,8	187 704,4	207 469,0	10,0	0,0	0,0	0,0	<b>785 143,6</b>
<b>o</b>	Ingatlan-támogatási díj kiegész.	0,0	130,0	480,0	740,0	910,0	940,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>3 200,0</b>
<b>r</b>	Ingatlan-támogatási díj hiteitám.	0,0	37 723,6	86 727,4	117 864,9	131 391,8	147 408,5	138 849,8	121 228,5	107 672,5	96 524,9	<b>985 391,9</b>
<b>v</b>	<b>összesen:</b>	<b>0,0</b>	<b>1 513 723,3</b>	<b>2 675 988,0</b>	<b>2 908 024,5</b>	<b>2 918 325,6</b>	<b>2 817 374,3</b>	<b>667 484,0</b>	<b>321 671,5</b>	<b>193 500,6</b>	<b>126 298,5</b>	<b>14 142 390,3</b>

Igazolom, hogy a tanúsítványban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

Budapest, 2011. május

*[Handwritten signature]*

Ph



## Összesítő

## A háziorvosi (házi gyermekorvosi)\* ellátás alapadatai és az ellátáshoz kapcsolódó önkormányzati feladatok végrehajtásának egyes információi

## 1. Háziorvosi körzetek, szolgálatok alakulása (2010. évi állapot):

## 1/a. Körzet- és lakosságszám adatok

Sorszám	a	Területi ellátási kötelezettséggel			
		Felnőtt	Gyermek	Vegyes	Együtt
		b	c	d	e
1.	Körzetszám	121	56	15	192
2.	Lakosságszám össz.:	223 445	35 419	23 558	282 422
3.	Ebből: a legalacsonyabb lakosságszámú körzetben	373	231	1 456	
4.	a legmagasabb lakosságszámú körzetben	2 170	1 249	2 427	

1/b. Információ a területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosok számáról:

Van: 14 (56%) Nincs: 11 (44%)

Ha van:  szolgálat.

## 1/c. Pontos (dokumentumban megjelenő) információ a bejelentkezettek

- számáról:

Van: 10 (40%) Nincs: 15 (60%)

- összetételéről:

Van: 3 (12%) Nincs: 22 (88%)

Bejelentkezettek száma:

Ha van információ	Felnőtt	Gyermek	Vegyes	Együtt
A. a 2010. évi állapotról	76 903	16 470	9 650	103 023
B. a 2010. évi állapotról	3 972	826	2 814	7 612
C. állapotról			1 930	1 930

← Bejelentkezettek száma

Önk. 40%

← Ebből: településen belüli lakos

Önk. 12%

← Ebből: körzeten belüli lakos

Önk. 8%

## 2. A háziorvosi körzetek módosítása, körzet székhely kijelölése, működtetési jog megszüntetésére

## 2/a. A háziorvosi körzetek 2005-2010 közötti módosításának főbb adatai

1.	Háziorvosi körzete(ke)t módosító döntések száma	4	Önk. 16%
2.	Körzetszám változás +/-	2	
3.	Ebből: Felnőtt	1	
4.	Gyermek	1	
5.	Vegyes		
6.	Körzethatár módosítással érintett körzetek száma	14	
7.	Ebből: Felnőtt	9	
8.	Gyermek	5	
9.	Vegyes		

## 2/b. A háziorvosi körzetek módosításának főbb okai

- A. Praxis betöltési nehézség  
 B. Település területi változása  
 C. Más önkormányzattal való együttműködés  
 D. Hatékonysági, finanszírozási szempontok  
 E. Egyéb

\*+ gyermekorvosi körzet kialakítása ellátási igény alapján

Igen esetek száma
5
1
1

## 2/c. A háziorvosi körzetek módosítására, körzet székhely kijelölésre és működtetési jog megszüntetésére irányuló előterjesztések főbb jellemzői (2005-2010)

	Körzetmódosítás:	Székhelykijelölés:	Megszüntetés:
A.	Írásos előterjesztés	"Igen" eset	"Igen" eset
B.	Közgazdasági alátámasztás számításokkal		2 helyen
C.	Szakmai (ágazati) alátámasztás szabályokkal és/vagy bekért véleményekkel		3
D.	"Kényszerhelyzet" bemutatása		2
E.	Célszerűségi szempontok bemutatása		2

\* A továbbiakban együtt: háziorvosi.

### 3. A területi ellátási kötelezettségű háziiorvosi szolgálat(ok) működtetése

3/a. Az ellátást működtetők típusa és a háziiorvosi szolgálatok, az ellátásban közreműködők száma (2010. záró állapot)

	Működtető:	Szolgálatok db- száma:	Ellátásban közreműködő				
			Nem közalkal- mazott	Közalkal- mazott	Nem közalkal- mazott	Közalkal- mazott	
							orvos (fő)
A.	Önkormányzat	6,8%	13	6	7	4	13
B.	Önk. intézmény	10,4%	20		20		32
D.	Vállalkozás	82,8%	159	159		157	3
E.	Együtt		<b>192</b>	<b>165</b>	<b>27</b>	<b>161</b>	<b>48</b>

3/b. A működtető és a szolgálat megváltoztatására vonatkozó döntések 2005-2010 között

Működtető és/vagy háziiorvosi szolgálat megváltoztatása	A megváltoztatás okai:	"Igen" eset
61 esetben.	A. Ellátás minőségi kifogások	
	B. Praxis betöltési nehézség	11
	C. Más önkormányzattal való együttműködés	
	D. Hatékonysági, finanszírozási szempontok	5
	E. Egyéb,.. - mégpedig: <i>családi okok, közalk-ból vállalk., nyugaldíjazás, műkijog eladás, haláleset</i>	45

3/c. A működtető és a szolgálat megváltoztatására, kiválasztására vonatkozó előterjesztések jellemzői 2005-2010 között

	Irásos előterjesztés	"Igen" eset
A.	Közgazdasági alátámasztás számításokkal	63
B.	Szakmai (ágazati) alátámasztás szabályokkal és/vagy bekért véleményekkel	1
C.	A kiválasztás kritériumait előre meghatározották	21
D.	"Kényszerhelyzet" bemutatása	4
E.	Célszerűségi szempontok bemutatása	7
F.		24

### 4. Feladatellátási szerződések

4/a. A hatályos feladatellátási szerződések db-száma: 168

A.	Ebből: 2005 előtt megkötött	113
C.	2005-ben és azt követően megkötött	55

4/b. A hatályos (2010 végén) feladatellátási szerződések egyes tartalmi elemei, és a ténylegesen nyújtott támogatások

	Támogatások körében:	Szerződés(ek)ben nevesített		Ténylegesen előfordult		Alkalmaznak-e bérleti díjat? ...csak szolg lakásnál...
		Igen	Részben	Igen	Részben	
A.	egyszeri működési támogatás	1		1		
B.	egyszeri fejlesztési támogatás	2			5	
C.	folyamatos működési támogatás	7	2	6	3	
D.	folyamatos fejlesztési támogatás					
E.	rendelő rezsi (rezsieleme) átvállalása	7	3	8	2	
F.	rendelő karbantartási kiadás	10	1	9	3	
G.	eszközvásárlás tulajdonba adással					
H.	szakszemélyzet biztosítása, vagy egyes kapcsolódó kiadások átvállalása	1			2	
I.	szolgálati lakás használatba adása	4	2	4	4	
J.	szolg. lakás kedvezményes tulajdonba adása					

K.	rendelő tulajdonba adása				
L.	rendelő használatba adása	15	1	16	1
M.	gépjármű használatba adása		1		
N.	egyéb eszközök használatba adása	14		16	2
O.	induló eszközpark tulajdonba adása	1	1	2	

Egyéb szabályok körében a szerződés(ek) kitér(nek)-e a következőkre:

		Igen	Részben
A.	önkormányzati támogatás módja	10	1
B.	önkormányzati eszközátadás módja	12	2
C.	önkormányzati támogatás feltételei	8	2
D.	önkormányzati eszközátadás feltételei	8	2
E.	a helyettesítés szabályrendszere	14	
F.	ügyeleti ellátásban való közreműködés előírása	12	1

Vannak-e eltérések az egyes háziiorvosi szolgálatok támogatásában?

Igen: 6 Nem: 9 Egy körzet: 8

Ha igen, az eltérés jellege, okai: eltérő paraméterű rendelők, eltérő lakosságszám, ad rendelőt/nem ad rendelőt, vérvételt is nyújtó szolgálat több támogatás kap

Van-e változás a háziiorvosi szolgálat(ok) támogatásának mértékében?

Ha igen, ennek okai:

rezsi átvállalás belépése, karbantartás átvállalás belépése, inflációs hatás, támogatás megszüntetése

Nincs: 15

Igen, növekedés: 4

Igen, csökkenés: 2

4/c. A feladatellátási szerződésen kívül a házi(gyermek)orvosi szolgáltatókkal kötött egyéb hatályos szerződések (önkormányzat, vagy költségvetési szerve, társasága által, 2010. záró állapot)

Szerződések témaköre:		Az egyéb szerződések száma 2010 végén:	
A.	iskolaegészségügy	15 60%	
B.	foglalkoztatás-egészségügy	12 48%	77
C.	háziiorvosi ügyelet	7 28%	Az egyéb szerződések száma változott-e 2005-2010 között?
D.	szociális intézményi orvosi ellátás	3 12%	
E.	egyéb, ...	1 4%	Nem: 14 Nőtt: 3 Csökkent: 3

↓ - mégpedig: szaktanácsadói

4/d. A feladatellátási szerződésben foglaltak végrehajtása, beszámolás

A.	Működött olyan kontroll, amely a támogató és a szolgáltató közötti szerződésben - a támogatás feltételül szabott - követelmények érvényesülését vizsgálta?	Igen: 2 Részben: 2
B.	A támogatás(ok) folyósítása megfelelt a megállapodás(ok)ban foglaltaknak?	Nem: 3
C.	Kapott-e tájékoztatást az önkormányzat a feladatellátási szerződése(ek) végrehajtásáról, a település háziiorvosi ellátásáról?	Igen: 6 Részben: 1

### 5. Be nem töltött praxisok (orvosi állások), helyettesítés

5/a.

	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Tartósan (6 hónapon túl) betöltetlen praxisok száma <b>január 1-jén</b>	1	2	4	4	5	4	4
A nem tartósan (6 hónapon belül) betöltetlen praxisok száma <b>január 1-jén</b>						3	2

5/b. A 2010-ben betöltetlen praxis esetén a megoldást célzó, megtett intézkedések

	"Igen" eset	Az elért eredmény:	Eset
A. tartós megoldás érdekében pályázat kiírása	4 (3önk.)	tartós betöltés sikerült	2 (2önk.)
B. házi orvos kiválasztás, döntés	3 (2önk.)	ideiglenes helyettesítés	5 (3önk.)
C. helyettes keresése, átmeneti időszakra szerződés	4 (2önk.)		
D. OALI megkeresése, a vele szerződött orvos igénybevétele		azonos rendelési idővel	2 (2önk.)
		kevesebb rendelési idővel	3 (1önk.)

### 6. Önkormányzathoz érkező (ellátást érintő) bejelentések, panaszok (2005-2010 között)

Nyilvántartott **Igen: 3** Évek között db-szám változás **Nem: 14 Nő: 1 Csökk.: 2**  
 Kivizsgált, továbbított **Igen: 3** Testületi döntést vont maga után **0** eset.

### 7. Önkormányzati szerepvállalás helyi egészségügyi szűrésekben

Részt vett-e az önkormányzat (hivatal/intézmény) 2005-2010 között helyi egészségügyi szűrések szervezésében?

Igen, a háziorvossal közösen **3** 12%  
 Igen, más szervezettel (nem a háziorvossal) közösen **11** 44%  
 Igen, előfordult a háziorvossal közösen, de mással szervezett is **9** 36%

Ha igen:

### 8. Egészségügyi alapellátásról való önkormányzati gondoskodás

Polgármesteri, jegyzői nyilatkozatok szerint az önkormányzati felelősség fenntartása?

Indokolt, mert így jó **7** 28%  
 Indokolt, bár ez sem igazán jó (nincs jobb) **10** 40%  
 Nem indokolt (nem célszerű, máshol jobb lenne) **3** 12%  
 Nem egységes a vezetők véleménye **3** 12%  
 Nem adott: **2** 8%

### 9. Egyéb

Működik-e a településen programozott (előzetesen kért és kapott időpont szerinti) ellátás?

**Igen: 15** **Nem: 4** **Részben: 4**  
 60% 16%

Ha igen, vagy részben: Igen, telefonon is kérhető időpont **17**  
 Igen, de telefonon nem kérhető előre időpont  
 Nem egységes **3**

**A háziorvosi ellátás és egyéb egészségügyi alapellátással összefüggő önkormányzati szintű  
(az önkormányzat hivatalnál és/vagy intézményénél kimutatott\*) pénzforgalmi bevételek és kiadások**

**1. Pénzforgalmi bevételek részletező adatai (ezer Forintban!)**

Ssz.	Megnevezés	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
1.	<b>EGESZSÉGÜGYI ALAPELLÁTASSAL ÖSSZEFÜGGŐ BEVÉTELEK</b>	1 010 416	1 030 966				1 236 588
2.	Az egészségügyi alapellátással összefüggő működési célú bevételek	992 202	1 020 615				1 202 104
3.	Ebből: → Egészségbiztosítási Alapból	919 088	920 114				908 206
4.	Ezen belül: háziiorvosi ellátásra	298 271	260 802	265 636	276 548	253 955	281 736
5.	háziiorvosi ügyeletre	103 303	125 115				115 674
6.	egyéb eü. alapellátásra	517 514	534 197				510 796
7.	→ Más (nem E. Alap) támogatás	14 716	17 530				197 343
8.	Ezen belül: háziiorvosi ellátásra	356	495	264	700	1 132	38 258
9.	háziiorvosi ügyeletre	14 267	16 993				50 734
10.	egyéb eü. alapellátásra	93	42				108 351
11.	→ Egyéb működési bevétel	58 398	82 971				96 555
12.	Ezen belül: háziiorvosi ellátásra	43 833	55 196	80 047	64 709	86 855	60 118
13.	háziiorvosi ügyeletre	450	7 161				607
14.	egyéb eü. alapellátásra	14 115	20 614				35 830
15.	<b>Működési célú bevétel a háziiorvosi ellátásra</b>	<b>342 460</b>	<b>316 493</b>	<b>345 947</b>	<b>341 957</b>	<b>341 942</b>	<b>380 112</b>
16.	Az egészségügyi alapellátással összefüggő felhalmozási célú bevételek	18 214	10 351				34 484
17.	Ebből: → Fejlesztési pályázattal nyert	17 500	9 500				33 712
18.	Ezen belül: háziiorvosi ellátásra	0	0	0	19 646	5 181	21 374
19.	háziiorvosi ügyeletre	17 500	9 500				0
20.	egyéb eü. alapellátásra	0	0				12 338
21.	→ Egyéb felhalmozási bevétel	714	851				772
22.	Ezen belül: háziiorvosi ellátásra	0	0	0	0	0	0
23.	háziiorvosi ügyeletre	714	684				772
24.	egyéb eü. alapellátásra	0	167				0
25.	<b>Felhalmozási célú bevétel a háziiorvosi ellátásra</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>19 646</b>	<b>5 181</b>	<b>21 374</b>
26.	<b>Bevétel a háziiorvosi ellátásra</b>	<b>342 460</b>	<b>316 493</b>	<b>345 947</b>	<b>361 603</b>	<b>347 123</b>	<b>401 486</b>

\* Intézményfinanszírozási halmozódás kiszűrésével!

## 2. Pénzforgalmi kiadások részletező adatai (ezer Forintban!)

Ssz.	Megnevezés	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
1.	<b>EGESZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ KIADÁSOK</b>	1 297 122	1 409 699				1 410 847
2.	Az egészségügyi alapellátással összefüggő működési célú kiadások	1 263 834	1 358 926				1 303 947
3.	Ebből: → Személyi+munkaadót t. járulékok	846 082	896 507				747 076
4.	Ezen belül: háziorvosi ellátásra	283 156	300 121	259 363	291 571	273 211	251 277
5.	háziorvosi ügyeletre	38 084	48 596				28 445
6.	egyéb eü. alapellátásra	524 842	547 790				467 354
7.	→ Dologi kiadások	385 543	427 417				423 608
8.	Ezen belül: háziorvosi ellátásra	141 311	142 016	154 572	158 670	149 743	156 655
9.	háziorvosi ügyeletre	105 484	133 932				154 452
10.	egyéb eü. alapellátásra	138 748	151 469				112 501
11.	→ Egyéb működési kiadás	32 209	35 002				133 263
12.	Ezen belül: háziorvosi ellátásra	13 054	10 574	10 350	9 294	8 162	38 939
13.	háziorvosi ügyeletre	15 280	20 934				10 993
14.	egyéb eü. alapellátásra	3 875	3 494				83 331
15.	<b>Működési célú kiadás a háziorvosi ellátásra</b>	<b>437 521</b>	<b>452 711</b>	<b>424 285</b>	<b>459 535</b>	<b>431 116</b>	<b>446 871</b>
16.	Az egészségügyi alapellátással összefüggő felhalmozási célú kiadások	33 288	50 773				106 900
17.	Ebből: → Felújítás	26 010	37 821				65 326
18.	Ezen belül: háziorvosi ellátásra	1 320	598	15 588	44 238	17 463	43 170
19.	háziorvosi ügyeletre	22 564	15 880				0
20.	egyéb eü. alapellátásra	2 126	21 343				22 156
21.	→ Beruházás	6 810	8 420				40 849
22.	Ezen belül: háziorvosi ellátásra	591	3 028	1 426	23 368	11 225	19 285
23.	háziorvosi ügyeletre	3 079	258				0
24.	egyéb eü. alapellátásra	3 140	5 134				21 564
25.	Ebből: → Egyéb felhalmozási kiadás	468	4 532				725
26.	Ezen belül: háziorvosi ellátásra	468	1 155	125	23 892	551	575
27.	háziorvosi ügyeletre	0	0				0
28.	egyéb eü. alapellátásra	0	3 377				150
29.	<b>Felhalmozási célú kiadás a háziorvosi ellátásra</b>	<b>2 379</b>	<b>4 781</b>	<b>17 139</b>	<b>91 498</b>	<b>29 239</b>	<b>63 030</b>
30.	<b>Kiadás a háziorvosi ellátásra</b>	<b>439 900</b>	<b>457 492</b>	<b>441 424</b>	<b>551 033</b>	<b>460 355</b>	<b>509 901</b>

Működési kiadás - Működési bevétel = Önkormányzati "működési támogatás" saját forrásból:	95 061	136 218	78 338	117 578	89 174	66 759
Kiadás - Bevétel = Önkormányzati "támogatás" saját forrásból:	97 440	140 999	95 477	189 430	113 232	108 415

A közalkalmazott orvossal működő körzetek fajlagos mutatói egyedileg (és jelentéssel együtt) nézegetendők!!!!