

## ORVOSELLÁTOTTSÁG

- Az EU tagállamaiban folyamatosan nő a 65 éven felüli lakosság aránya:
  - 1960-ban nem érte el az összlakosság 10 százalékát,
  - 2015-ben megközelítette a 20 százalékot
  - az előrejelzések szerint 2060-ra eléri a 30 százalékot.
- Az uniós tagállamok egészségügyi rendszereit összehasonlító elemzés szerint a magyarok születéskor várható élettartama közel 4 évvel lenne hosszabb, az időben igénybevett, megfelelő egészségügyi ellátással elkerülhető halálesetek száma több mint 60 százalékkal lenne kisebb, ha a magyar egészségügy az EU legjobban teljesítő országai közé tartozna ([Egészségjelentés, 2016](#)).
- A [Kopint-TÁRKI](#) 2016-ban publikált felmérése szerint a hazai orvosok fele elmúlt 50 éves, a gyermekorvosok közül pedig minden negyedik 65 év feletti.
- Orvosellátottság szempontjából az európai államok közül legrosszabb a helyzet Romániában és Lengyelországban. A lista utolsó harmadában szerepel az Egyesült Királyság is, annak ellenére, hogy évek óta a kelet-európai országokból elvándorló orvosok elsődleges cél-országja ([KSH, 2017](#)).

*Egy friss elemzés szerint az OECD-államok egészségügyi munkaerő kereslete és kínálata az elmúlt években nőtt, ugyanakkor a szakemberek földrajzi eloszlása és képzettségbeli összetétele továbbra is egyenlőtlen. Jelen Infojegyzet az orvosellátottság kérdésében tartalmaz információkat a hazai és nemzetközi tendenciákról.*

1990 óta az EU tagállamaiban a várható élettartam több mint hat évvel nőtt, a legtöbb tagállamban jelenleg meghaladja a 80 évet, az Európai Bizottság [megállapítása](#) szerint azonban az uniós tagállamok között, illetve a tagállamokon belül is az egészségügyi állapotot illetően jelentős eltérések vannak.

A [Dahlgren-Whitehead-féle modell](#) szerint az életkörülmények, az iskolázottság, a foglalkozás és a jövedelmi tényezők mellett jelentős mértékben meghatározó az egészségügyi ellátás színvonala, elérhetősége, és kulcsfontosságú tényező a szakemberek száma. Az orvoshiány hosszú távon rontja az ellátásbiztonságot, a minőséget, intézményi vagy részlegek bezárásához illetve a várólisták növekedéséhez vezethet.

Egy 2016 márciusában publikált OECD-[tanulmány](#) szerint az egészségügyi ellátás minősége a legtöbb EU-országban javult, azonban az egyenlőtlenségek a tagállamok között és országokon belül is megmaradtak. A humánerőforrás-problémákra és azok hosszú távú hatásaira a tavaly megjelent [Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése](#) is kiemelt figyelmet fordít.

A szakirodalom szerint a globálisan tapasztalható orvoshiány számtalan okra vezethető vissza, melyek közül kiemelten fontosak a következők ([Kincses Gyula](#)):

- a demográfiai és kulturális változások, valamint az orvostudomány fejlődése szükséglet-növekedést eredményezett;
- új földrajzi és kulturális területek (pl. Közel- és Távols-Kelet) léptek be az ún. európai orvoslás igényével;
- a gyógyításon kívüli "orvos-igény" növekedése (pl. igazgatás és kutatás területein, egészségiparban, biztosítóknál stb.);
- az orvostechológia az egyetlen olyan terület, ahol a fejlődés nem kiváltja, hanem inkább növeli az „élőmunka” igényét;
- annak ellenére, hogy a technológiai fejlődés megteremti a lehetőséget a hatékonyabb és magasabb minőségű egészségügyi szolgáltatások nyújtására, mégis kihívást jelent az egészségügyi szakemberek tradicionális feladat- és felelősségi körei számára;
- az EU egyes államaiban is tapasztalható orvos-elvándorlás;

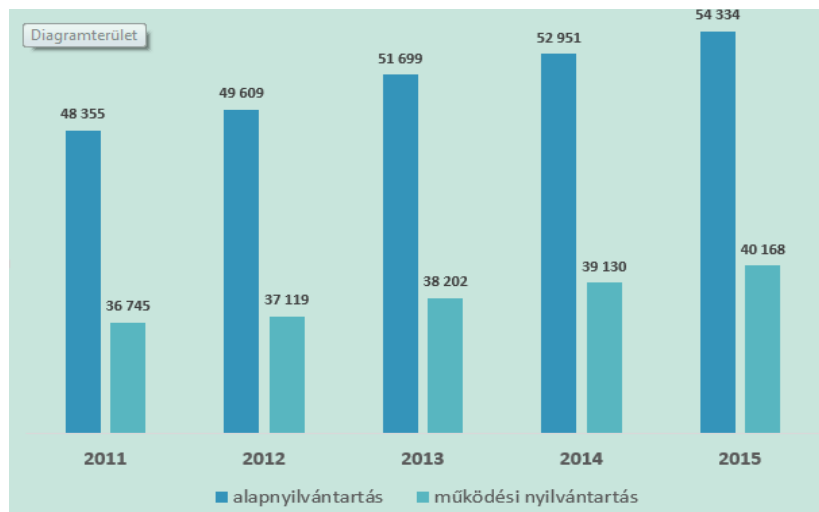
a képzési rendszer merevsége: az ágazat késéssel reagál a munkaerőpiaci változásokra, illetve a képzési idő relatív hosszúsága (kb. 10 év, amíg valaki önálló orvosi tevékenységet végezhet).

### ORVOSOK SZÁMA MAGYARORSZÁGON

A hazai szabályozás szerint egészségügyi tevékenység kizárólag egészségügyi szakképesítés birtokában végezhető. Minden egészségügyi szakképesítés megszerzése jogszabályok által szabályozott. Az egészségügyi végzettséget igazoló oklevél vagy bizonyítvány megszerzését követően az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy egységes nyilvántartásba kerül.

Az alapnyilvántartást 2017. január 1-től az Állami Egészségügyi Ellátó Központ ([ÁEEK](#)) vezeti. ([1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről](#), [2/2014. \(I. 16.\) EMMI rendelet](#), [18/2007. \(VI.17.\) EüM rendelet](#)).

1. ábra: Regisztrált orvosok száma, 2011-2015



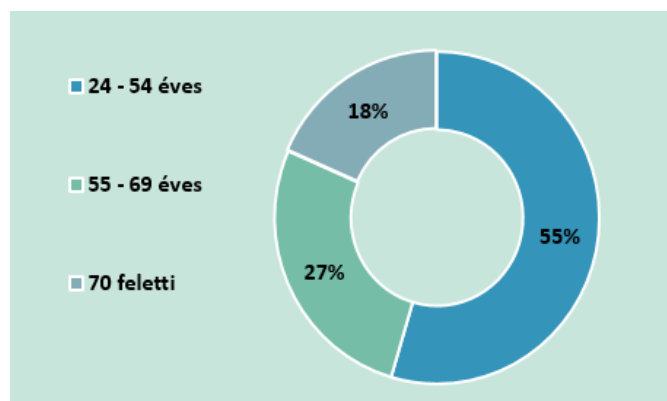
Forrás: *Infoszolg/ÁEEK, 2017.*

Az **alapnyilvántartás** (Eü tv. 111. §) a következő résznyilvántartásokat foglalja magába: orvosok és fogorvosok, gyógyszerészek, klinikai végzettségű egészségügyi dolgozók valamint egészségügyi szakdolgozók nyilvántartása.

Az alapnyilvántartásban szereplő személy abban az esetben végezhet önállóan egészségügyi tevékenységet, ha szerepel az az egészségügyi

dolgozók **működési nyilvántartásában** is (Eütv. 112. §).

2. ábra: Hazai orvosok korösszetétele, 2015.



Forrás: *Infoszolg/ÁEEK, 2016.*

A hazai szakirodalom szerint az **orvosok korösszetételére** jellemző:

- a fiatal korosztály fogyatkozó,
- a középgeneráció alacsony, valamint
- a nyugdíjas és nyugdíjhoz közeli orvosok nagy száma.

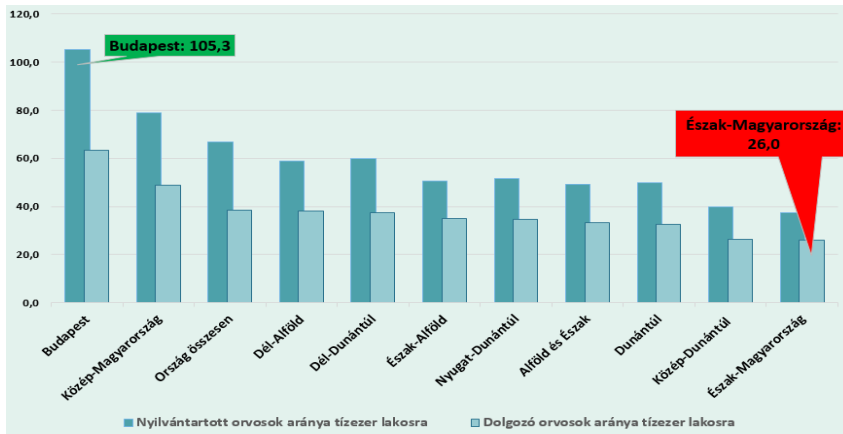
Az orvostársadalom előregedése különösen jellemző az alapellátásban dolgozóakra.

Európában a 100 ezer lakosra jutó orvosszám tekintetében Magyarország a középmezőny alsó harmadában található, az orvosok földrajzi eloszlása hazánkban is jelentős különbségeket mutat. Koncentrációjuk különösen az orvosegyetemi városokban magas, ugyanakkor itt a legrosszabb az orvosok és a szakdolgozók aránya.

**Az egészségügyi dolgozók földrajzi területi megoszlásának** néhány jellemzője az ÁEEK működési nyilvántartása alapján (2016):

- a 10 ezer lakosra jutó orvosok létszámát tekintve Észak-Magyarország és Közép-Dunántúl van a legrosszabb helyzetben;
- megyei bontásban Nógrád megyében a legalacsonyabbak az arányok: 10 ezer lakosra alig 18 orvos jut, ehhez közeli értéket mutat Tolna és Jász-Nagykun Szolnok megye (19-19 fő, a fővárosban 50 fő).

3. ábra: Nyilvántartott és dolgozó orvosok aránya, 2015



Forrás: Infoszolg/ÁEEK, 2016.

- a 10 ezer lakosra vetített érvényes működési engedéllyel rendelkező orvosok tekintetében a fővárosi arányhoz közelít Csongrád (45 fő), Baranya és Hajdú-Bihar megye (43-43 fő);
- a 10 ezer lakosra jutó betöltetlen háziiorvosi praxisok száma Nógrád megyében a legmagasabb;
- a legtöbb orvost – Budapest kivételével – Pest és Hajdú-Bihar megyében regisztráltak (2876, illetve 2247 fő). Számuk a másik két orvosi egyetemnek otthont adó megyében is kimagasló (Csongrád: 1845 fő, Baranya: 1594 fő);
- a legkevesebb orvos Nógrád megyében dolgozik (346 fő);
- 11,63 százalék az olyan településeken élő, 18 év fölötti lakosság aránya, ahol nincs felnőtt- vagy gyűjtő háziiorvosi rendelő.

Az egészségügyben **regisztrált üres álláshe-lyek** száma a KSH adatai szerint 2010-2015 között 500 fővel emelkedett (2015-ben 2039 üres állást regisztráltak). Az engedélyezett és az üresen maradt álláshe-lyek aránya 2015-ben 4,7 % volt (KSH, 2017).

A legfrissebb mutatók szerint a háziiorvosok mellett egyre kevesebben vannak a szakorvosok is. A **hiányszakmák** összetétele évek óta nem nagyon módosul, az utóbbi évek hivatalos hiányszakmái a következők: érsebészet, gyermek- és ifjúsági pszichiátria, fül- orr- gégészet, igazságügyi orvostan, infektológia, nefrológia,

orvosi mikrobiológia, ortopédia és traumatológia, sürgősségi orvostan, patológia, pszichiátria, radiológia, sebészet, transfuziológia (ENKK, 2016).

Az orvoshiány általában bizonyos szakterületeken lép fel, azonban vannak olyan **kórházak ahol évek óta minden szakma hiányszakmának** számít: Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet – Hatvan, Szent Rókus Kórház – Baja, Dr. Bugyi István Kórház – Szentes, Felső-Szabolcsi Kórház – Kisvárd, Magyar Imre Kórház – Ajka, Markhot Ferenc Oktatókórház – Eger, Városi Kórház - Orosháza, Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet – Dunaújváros, Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet – Cegléd, Zala megyei kórház.

A felsorolt kórházak között már nem csak városi kórházak találhatók, de megjelentek a megyei kórházak is, azaz regionális szinten okoz gondot a szakorvoshiány (ENKK, 2016).

#### ORVOSLÉTSZÁM AZ EU TAGÁLLAMAIBAN

Az uniós országokban 2000 óta szinte mindenhol nőtt, átlagosan 20 százalékkal az egy főre jutó orvosok száma, azonban probléma az orvosok egyenlőtlen földrajzi eloszlása, a vidéki és távoli területeken élő emberek ellátásának alulreprezentáltsága, az egészségügyi szakemberek képzettségbeli összetételének (skill-mix) jelentős különbségei. Az orvosok elvándorlása az európai országokat eltérően érinti, jellemző a keletről nyugatra irányuló migráció (Politico, 2017).

A szakember-hiány problémára a tagállamok különböző módon válaszolnak (OECD, 2016):

- Az egészségügyi rendszerek teljesítményének javítása, átalakítása – például a krónikus betegségek kórházon kívüli kezelése, a háziiorvosi rendszer fejlesztése (pl. Ausztria);
- Egészségügyi központok, modellpraxisok létrehozása, illetve erőteljesebb teammunka bevezetése (pl. francia és belga egészségházak, svéd és finn egészségügyi

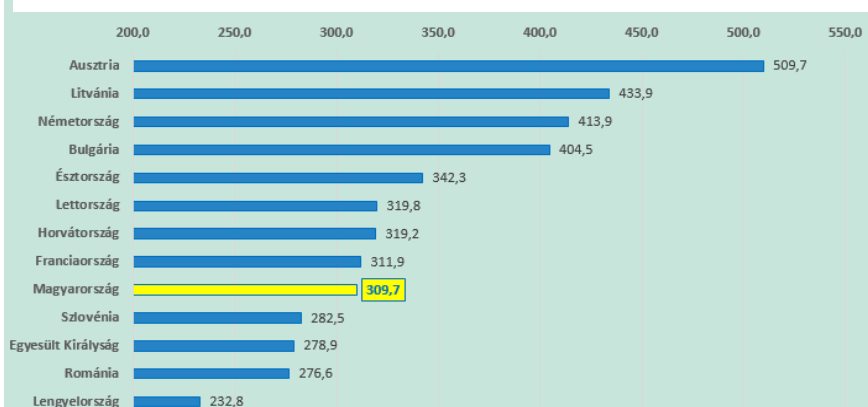
központok, német területen a multidiszciplináris ambuláns orvosi ellátó centrumok fejlesztése, Észtország, Szlovénia, Ausztria);

- A képzési keretszámok bővítése (pl. Belgium, Csehország, Finnország). a posztgraduális képzési helyek számának növelése (pl. Ausztria);
- Egyes országok kvótát állapítanak meg az orvostudományi egyetemek számára, amelyet a vidéki hallgatók számára kell fenntartaniuk, valamint anyagi ösztönzőket biztosítanak a végzett hallgatók számára, hogy meghatározott ideig az alul-ellátott területeken vállaljanak munkát;
- Orvosi egyetemek alapítása vidéki területeken abban a reményben, hogy az itt végzetek itt is fognak munkát vállalni (pl. Norvégia);
- A feladatok és kompetenciák újragondolására: egyes orvosi feladatkörök ápolókra történő átruházására. Európa tíz országának szabályozási gyakorlatába már bekerült az ún. „nurse practitioner”, vagy bekerülése folyamatban van (pl. Dánia, Finnország, Franciaország, Olaszország, Lengyelország);
- Modern technológiák alkalmazása és az ún. telemedicina szélesebb

körü alkalmazása, amelynek célja az ellátáshoz való jobb hozzáférés biztosítása a vidéki és távoli régiókban (pl. Dánia, Észtország, Finnország, Hollandia);

- Folyamatos továbbképzés, amelynek célja a gyors ütemben változó technológiához való alkalmazkodás, megfelelés;
- Pénzügyi ösztönzők biztosítása az alul-ellátott területeken való praktizáláshoz, egyedi szabályozások a praxis elhelyezkedése megválasztásához (pl. a letelepedés megkönnyítéséhez egyszeri kifizetés, vagy folyamatos kereset-kiegészítések és bónuszok formájában, mint Németország és Franciaország).

4. ábra: 100 ezer lakosra jutó orvosok száma néhány uniós országban, 2015.



Forrás: Infoszolg/KSH, 2017

#### Források:

- [Az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az EU-ban](#) – Európai Bizottság, 2011.
- Egészségügyi ellátásban dolgozók adatai – [Eurostat, 2017](#).
- [Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2016](#) – Bp., KSH, 2017. (KSH, 2017)
- [Egészségesen várható élettartam](#) – KSH, 2015. április 27.
- Egészségügyi rendszerek Adattára ([ERA](#))
- [Health Workforce Policies in OECD Countries](#), 2016. (OECD, 2016)
- [Tájékoztató](#) a 2017. évi orvosképzés keretszámairól, valamint a hiányszakmák köréről – ENKK, 2016. október 27. (ENKK, 2016)

Készítette: Csáki Beáta  
Képviselői Információs Szolgálat  
E-mail: [infoszolg@parlament.hu](mailto:infoszolg@parlament.hu)

infoszolg

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