

## 20. *Status praesens*: egészségügyi alapellátás a mai Magyarországon

*Kincses Gyula*

---

### 1. Bevezetés

Szakmai körökben ismert állítás, hogy egy adott ország egészségi állapotát populációs szinten nem az határozza meg, hogy hány szívsebészeti centrum van vagy hány szív-tüdő transzplantációt végeznek az országban, hanem az, hogy a lakosság közeli ellátások elég fejlettek-e, illetve általánosan elérhetőek-e annak érdekében, hogy a költséges high-tech ellátásokra kevesebb embernek legyen szüksége. A rendszeres alapellátási szűrés-gondozás ugyanis képes elérni azt, hogy kevesebb legyen a magas vérnyomásos beteg, hogy normál értékek mellett éljenek a cukorbeteg, és így kevesebb legyen az infarktus, az agyvérzés, és kevesebb lábat amputáljanak.

A magyar egészségügyet a II. világháború után egészen a rendszerváltozásig a kor technológiai színvonalához képest jól működő, mindenki számára hozzáférhető körzeti orvosi rendszer jellemezte. A szocializmusban – elsősorban vidéken – az alacsony szintű közlekedési és kommunikációs lehetőségek felértékeltek a helyben élő és működő körzeti orvos szerepét. Ekkor alakult ki az 'egy falu – egy orvos – egy nővér' elvű ellátórendszer.

A rendszerváltozás után az addigi egészségügyi alapellátás rendszerét felváltotta a jelenlegi háziorvosi rendszer, amelynek működése egy sikeres, felívelő szakasz után az elmúlt 10 évben egyre több problémával küzd, és mára a közbeszédet is elérte az alapellátás jelenlegi rendszere fenntarthatatlanságának híre. Gyorsuló ütemben nő az üres praxisok száma, és a háziorvosok korstruktúrája garantálja e helyzet további romlását. Ebben az írásban annak járok utána, hogy mekkora a baj, és hogy a változatlan ellátási rendszerben, és lineáris fejlődés esetén van-e esély a kilábalásra.

## 2. Fogalmak és történeti áttekintés

A közbeszédben az alapellátás fogalma gyakran keveredik az alapvető ellátások fogalmával. Az egészségügyi törvény, illetve az erről szóló külön törvény<sup>1</sup> szerint az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül. A fenti, jogszabályi meghatározást általában még a közvetlenül (beutaló nélkül) igénybe vehető kitételrel szokás kiegészíteni.

A fogalmi tisztázásnál azt is egyértelműsíteni kell, hogy az *egészségügyi alapellátás nem azonos a háziorvosi rendszerrel*, hanem annál tágabb fogalom. Fontosabb intézményei a következők: a háziorvosi, (1) házi gyermekorvosi ellátás; (2) a fogorvosi alapellátás, az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás; (3) a védőnői és az iskola-egészségügyi ellátás. A háziorvosi rendszert háromféle praxis alkotja: a (tisztán) felnőtt, a vegyes (azaz felnőtteket és gyermekeket egyaránt ellátó) és a csak gyermekeket ellátó ún. házi gyermekorvosi praxisok. Ebben a tanulmányban csak a háziorvosi ellátást elemzem, érintve a védőnői ellátás kérdéseit is.

1990 előtt a körzeti orvosok a tanácsrendszerhez kötötten, alkalmazotti jogállásban, a kor akkori színvonalának megfelelően, közmegelégedésre tették a dolgukat. A *rendszerváltozás azonban új helyzetet hozott*. Szakmai és politika konszenzus volt abban, hogy az egészségügy szektorsemleges finanszírozására van szükség, és hogy a *gyógyszerek és a háziorvosok ne legyenek kötelezően (köz)alkalmazottak, hanem személyi jogot/praxisjogot szerevezve egyszemélyi vállalkozóként működhessenek*. Ezért 1992-ben a szabad háziorvos-választáson alapuló, fejkvóta alapú finanszírozású háziorvosi rendszer került bevezetésre Magyarországon.

Ez után a radikális változás után az egészségügyi alapellátás rendszere valós, rendszerszintű átalakulás nélkül élte át az ezt követő bő 30 évet. A legkomolyabb, valóban rendszerszintű változást ígérő kísérlet az *irányított betegellátási rendszer* (IBR) elindítása volt 1999-ben. Bár az IBR nem kifejezetten az alapellátás megreformálása érdekében született, de azzal, hogy az IBR-szervezetek globális költséggazdálkodóvá és szolgáltatásvásárlóvá váltak a hozzájuk tartozó lakosok tekintetében, ez volt az a változás, amelyik egyszerre adott eszközt és érdekeltiséget az alapellátók működésének fejlesztéséhez. Szintén ez volt az egyetlen alkalom az elmúlt 30 évben, amikor a prevenció nem teher, többletfeladat volt az ellátók nyakán, hanem gazdasági érdek is.

<sup>1</sup> 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1500123.tv>.

Az innováció tekintetében az IBR után talán a legnagyobb hatású projekt a 2013 és 2017 között megvalósított *Svájci–Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram* volt, amely a praxisközösségek kialakítását alapozta meg. Kiemelendő eredmény a diplomás ápolók (gyógytornászok, dietetikusok, egészségpszichológusok, népegészségügyi szakemberek) integrálása a praxisközösségbe, és a „segéd-egészségőr” rendszerének bevezetése. A modellkísérlet hozzáadta a praxisközösség intézményének bevezetése lett. Ma kétféle praxisközösség<sup>2</sup> létezik: a háziiorvosi praxisok 60%-a szoros, 30%-a pedig kollegiális praxisközösségi formában működik.

Az elmúlt évek történéseit alapvetően a 4/2000-es, a *háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről* szóló miniszteri rendelet utóbbi években történt módosításai határozták meg<sup>3</sup>. A legfontosabb változások voltak: a praxis-határok, praxisösszevonások kérdését az Országos Kórházi Főigazgatóságon (OKFŐ) keresztül magához vonta az állam, valamint növelte az indikátoralapú finanszírozás súlyát. Ezen kívül sok vihart kavart, és 2023-ban a kötelező Magyar Orvosi Kamara (MOK) tagság megszüntetését hozta magával, az új alapellátási ügyeleti rendszer átalakítása.

2019 óta a *Felzárkózó települések* program keretében a Magyar Máltai Szeretetszolgálat előremutató megoldásai – pl. a mozgó telemedicinális szolgálat, diplomás ápolók szerepének erősítése – egy korszerű alapellátás műhelymunkájának tekinthetők.

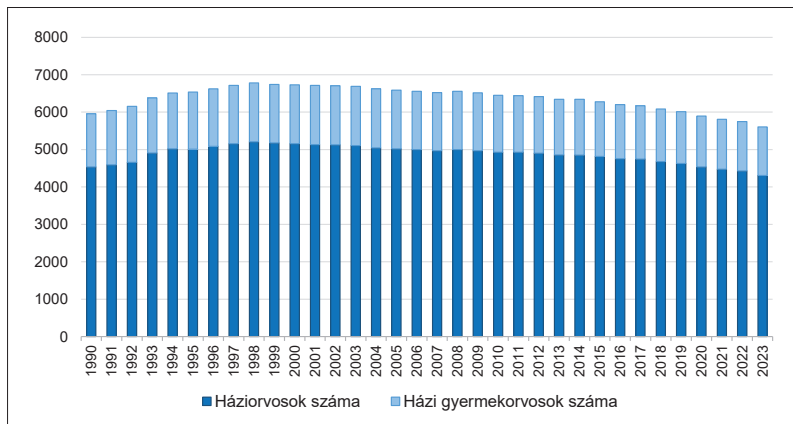
### 3. A háziiorvosi praxisok számának, összetételének alakulása

A háziorvosok, a háziiorvosi praxisok és ezek tevékenységének megismerését nehezíti az, hogy a két fő adatforrásunk – a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) – nem azonos megfigyelési egységgel dolgozik. A KSH alapegységként a dolgozó háziorvosokat tekinti (függetlenül attól, hogy hány praxist látnak el), a NEAK pedig a praxisokat, eltekintve attól, hogy a praxis be van-e töltve, vagy sem.

<sup>2</sup> 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet a praxisközösségekről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2100053.kor>.

<sup>3</sup> 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről, lásd: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000004.eum>.

1. ábra. A háziorvosok és a házi gyermekorvosok számának alakulása Magyarországon, 1990–2023 (fő)



Forrás: KSH STADAT 4.1.1.7. tábla, (Letöltés dátuma: 2024. 06. 01.)

### 3.1. A háziorvosok működésével kapcsolatos KSH-adatok

Miután a felnőtt és egyes praxisok ellátása egyaránt háziorvosi szakvizsgához kötött, a házi gyermekorvosi praxisoké pedig gyermekgyógyász szakvizsgához, a KSH a háziorvos és a házi gyermekorvos megkülönböztetést alkalmazza.

A KSH STADAT 4.1.1.7. táblája alapján készült 1. ábra az alapellátásban dolgozó orvosok számának alakulását mutatja. Az új forma, a vállalkozói létre alapozott önállóság az induláskor vonzóvá tette a területet, 1992 után a praxisok száma növekedésnek indult, de a 2000-es évektől ez a tendencia megfordult, és 2015 után a háziorvosok számának csökkenése felgyorsult. A hivatkozott tábla alapján 2023-ban 5604 háziorvos dolgozott Magyarországon.

Az évek során nem változott érdemben a háziorvosok és a házi gyermekorvosok egymáshoz viszonyított aránya. 1993-ban 3,33 háziorvosra jutott egy házi gyermekorvos, és ez a szám 2023-ban majdnem ugyanannyi, 3,31 volt.

Az 1. táblázat ötévenként ábrázolja a háziorvosi rendelések adatainak változását, de a Covid-járvány miatt az utolsó covid-mentes év, 2019 adatait is szerepeltettem. Bár a KSH statisztikája szerint a háziorvosok száma és a lakónépesség folyamatosan csökken, az ellátott esetek száma/aránya összességében enyhén nőtt. Az orvos-beteg találkozások száma 2015-ig növekedett, majd csökkenésnek indult. Markáns tendencia, hogy az orvos-beteg találkozások áttelődtek a rendelőbe, azaz a rendelőn kívüli (zömmel a beteg lakásán történő) találkozások száma érdemben csökkent. 2023-ban éves átlagban összesen 10,1 rendelőn kívüli találkozás történt háziorvosonként, ami kevesebb mint a havi

1. táblázat. *A háziorvosi rendelések forgalmi adatai Magyarországon, 1990–2023 (fő)*

|                                            | 1990  | 1995  | 2000  | 2005  | 2010  | 2015  | 2019  | 2020  | 2023  |
|--------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. Rendelőben ellátott esetek <sup>a</sup> | 38869 | 43812 | 47593 | 47593 | 54404 | 55459 | 54613 | 53817 | 49378 |
| 2. Rendelőn kívüli ellátások <sup>a</sup>  | 3869  | 5614  | 5574  | 5574  | 2898  | 1731  | 1093  | 763   | 473   |
| 3. Ellátás összesen (1+2) <sup>a</sup>     | 42738 | 49426 | 53167 | 58950 | 57302 | 57190 | 55706 | 54580 | 49851 |
| 4. Napi átlagos betegforgalom <sup>b</sup> | 37,7  | 40,5  | 40,9  | 47,0  | 46,5  | 47,5  | 48,1  | 48,1  | 55,2  |
| 5. Szakrendelésre irányítások <sup>c</sup> | 514   | 867   | 1249  | 1665  | 2255  | 2393  | 2499  | 1852  | 2400  |
| 6. Kórházi beutalások <sup>c</sup>         | 49    | 53    | 69    | 83    | 84    | 78    | 79    | 61    | 57    |

Forrás: KSH STADAT 4.1.1.7. tábla, [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/ege/hu/ege0007.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0007.html) (Letöltés dátuma: 2024. 06. 01.)

Megjegyzés: <sup>a</sup>: ezer fő; <sup>b</sup>: orvosonként és rendelési naponként, 250 átlagos munkanappal számolva; <sup>c</sup>: egy háziorvosra jutó évi beutalások átlagos száma.

egy alkalom. Ez – jól működő ügyeleti és háziápolási rendszer esetében – kérdessé teszi ennek az ellátási formának a fenntartását.

Bár az alapellátás tekintetében a Covid nem okozott markáns mennyiségi változást az ellátott betegek számában, de más, a járványidőszakon túlmutató változásokat hozott. Ezek közül talán a legfontosabb, hogy a járvány mind az orvosokat, mind a betegeket rákényszerítette az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) addig is létező, de ki nem használt lehetőségeinek alkalmazására. Először az e-recept vált általánossá, utána az e-beutaló, de általában is kialakult az a gyakorlat, hogy nem minden esetben szükséges személyesen találkozni az orvossal, elég a távkonzultáció is. Az 1. táblázat mutatja az utóbbi évek adatait a telemedicinális ellátás hivatalos belépése után. A rendelőben ellátott esetek száma 2023-ban (covid-mentes év) is csökkent, de emellett regisztráltan is megjelent a telemedicinális ellátás. A Covid a szokások megváltozását, a telekonzultáció, az e-eszközök elfogadását hozta magával úgy ellátói, mint ellátotti oldalon. Ezért a járvány visszahúzódása után tovább csökkent az alapellátásban a rendelői találkozások száma, de nem esett vissza érdemben a telemedicinális ellátás.

A házi gyermekorvosok forgalmi adataiban a tendenciák ehhez hasonlóak, de a rendelőn kívüli ellátás csökkenése esetükben még látványosabb. Eltérésként az állapítható meg, hogy amíg a felnőtt ellátásban a Covid kapcsán lecsökkent orvos-beteg találkozási szám a járvány után is alacsony szinten maradt, addig a gyermekellátásban 2023-ra a rendelőben ellátott esetszám megközelíti a Covid

előtti szintet. A lakáson történő ellátások száma viszont a poszt-Covid szakaszban látványosan tovább csökkent.

Az 1. táblázat 5. és 6. sora a háziorvosok beutalási szokásait ismerteti. Az inzuló háziorvosi rendszerrel szemben elvárás volt, hogy helyben oldjon meg problémákat (definitív ellátás), és így ne kerüljenek a betegek feleslegesen magasabb ellátási szintre (kapuőr szerep). A szakrendelésre való beutalás tekintetében ez az elvárás látványosan nem teljesült. A Covid időszakot kivéve a beutalások száma mintegy megötszörözödött. 1990-ben mindössze havi 42,8, azaz alig több mint napi két beteget utaltak a szakrendelésre, ez a szám 2019-ben már 208,3-ra, azaz napi 10,4 főre nőtt, vagyis minden ötödik beteget szakrendelésre utaltak a háziorvosok. Ennek a számnak az értékelésénél tudni kell, hogy számos, gyakran igénybe vett szakrendelés beutaló nélkül is igénybe vehető, tehát a praxisba tartozó lakosok a szakellátást ennél lényegesen magasabb számban veszik igénybe.

A beutalások számának növekedését alapvetően az elmúlt 30 év hatalmas tudományos-technológiai fejlődése magyarázza. A szakellátás egyre inkább specializálódik, egyre komolyabb műszerigényű, és egyre kevésbé elvárható, hogy a háziorvos saját kompetenciájában oldja meg a problémát. A nagy növekedés a szakrendelésre való beutalások tekintetében igaz, a kórházi beutalások száma azonban nem nőtt ezzel arányosan.

### 3.2. A háziorvosi praxisok jellemzői a NEAK adatai alapján

A magyarországi háziorvosi praxisokról a Nemzeti Egészségügyi Alapkezelő honlapja számos pontos és részletes adatot tartalmaz, de fontos adatforrások e tekintetben a különböző konferenciákon tartott nyilvános, és az előadó által a felhasználást megengedő NEAK-előadások is.

A praxisoknak több csoportosítása létezik. Az egyik az ellátandó lakosok összetétele (lásd 2. táblázat), a másik az ellátási kötelezettség szerinti. A praxisok meghatározó többsége kijelölt területről ellátási kötelezettséggel rendelkezik. A területi ellátási kötelezettség (TEK) nélküli praxisok szabadon döntenek arról, hogy kit fogadnak, ebből következően finanszírozásuk alacsonyabb, mivel nem kapnak területi pótlékot. 2024 júliusában 90 TEK nélküli praxis működött Magyarországon. A harmadik felosztási lehetőség a betöltöttség szerinti: vannak betöltött és betöltetlen praxisok, az utóbbin belül megkülönböztetik a tartósan (fél éven túl) betöltetlen és betöltetlen kategóriát.

Magyarországon nem kötelező háziorvost választani. A NEAK közlése szerint 2024 júniusában a lakosság 92%-a (8 807 823 lakos) élt a választás lehetőségével.

2. táblázat. *Az alapellátási praxisok főbb adatai a praxis típusa szerinti bontásban Magyarországon, 2024*

| Főbb adatok                                                  | Összes praxis<br>(C+D+E) | Felnőtt és vegyes praxis<br>(C+D) | Felnőtt praxis<br>(C) | Vegyes praxis<br>(D) | Gyermek-<br>orvosi praxis<br>(E) |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------------|
| A praxisok száma                                             | 6431                     | 4942                              | 3452                  | 1490                 | 1489                             |
| Átlagos ellátandó lakosságszám <sup>a</sup>                  | 1555                     | 1816                              | 1886                  | 1658                 | 700                              |
| Medián (ellátandó lakosságszám) <sup>a</sup>                 | 1523                     | 1729                              | 1799                  | 1568                 | 668                              |
| Átlagos ellátandó lakosságszám helyettesítéssel <sup>b</sup> | 1742                     | 2024                              | 2064                  | 1935                 | 821                              |
| A praxisba bejelentkezett lakosok átlagos száma              | 1370                     | 1515                              | 1587                  | 1347                 | 888                              |
| Minimális praxisméret <sup>a</sup>                           | 108                      | 108                               | 506                   | 108                  | 155                              |
| Maximális praxisméret <sup>a</sup>                           | 6953                     | 6953                              | 5786                  | 6953                 | 2446                             |
| Rendelők száma praxisonként (saját praxis)                   | 1,26                     | 1,26                              | 1,10                  | 1,70                 | 1,20                             |
| Rendelők száma praxisonként (helyettesítéssel ellátott is)   | 1,45                     | 1,41                              | 1,23                  | 2,00                 | 1,40                             |

Forrás: NEAK adatközlés.

Megjegyzés: <sup>a</sup>: ellátandó lakosságszám saját területről. <sup>b</sup>: ellátandó lakosságszám a helyettesített területekkel együtt.

3.2.1. A praxisok számának és betöltöttségének alakulása

A NEAK adatközlése szerint 2024 júliusában 6431 praxist tartottak nyilván (2. táblázat). Ha ezt a számot összevetjük az 1. ábrán látható 2023-as adattal (5604), akkor kiderül, hogy mintegy 900-zal kevesebb háziorvost tart nyilván a KSH, mint ahány praxist a NEAK. Ez a különbség megfelel a betöltetlen praxisok számának.

A praxisok saját ellátási területen átlagosan 1,26 rendelőt tartanak fent. Legkevesebb a fenntartott rendelők száma a felnőtt praxisok esetén (1,1), míg legmagasabb (1,7) a vegyes praxisokban. Az aprófalvas területeknél ez utóbbi a jellemző ellátási forma.

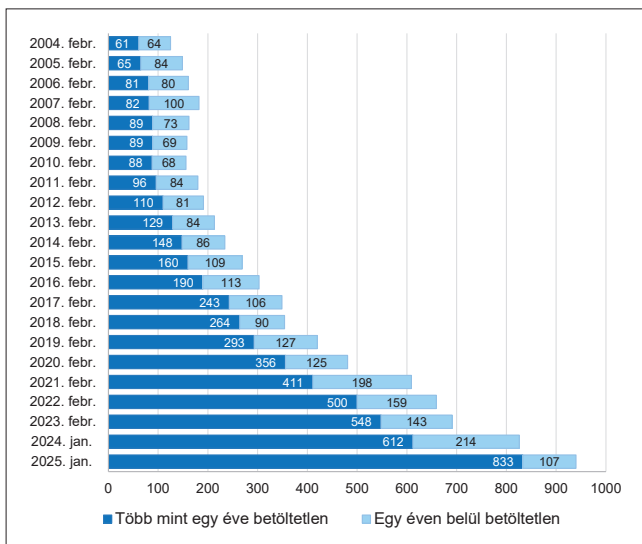
A helyettesítéssel is ellátott rendelesek tekintetében a legtöbb rendelőt (13!) egy, a Szikszói járásba tartozó háziorvos üzemelteti, aki saját vegyes praxisa mellett további két praxist is helyettesít, összesen 4350 ellátandó lakosságszámmal. Mindebben két szakápoló segíti. Az adatok szerint 17 olyan praxis van, amely nyolcnál több rendelőt tart fent, ebből egyetlen egyben dolgozik két orvos, és csak hat esetben van második nővér a praxisban. Öt, vagy annál több rendelőt 133 praxis működtet, ebből csak háromban dolgozik két orvos, és 18 alkalmaz további szakdolgozót. Mindez vagy ellátásbiztonsági, vagy adathitelességi aggályokat vet fel.

### 3.2.2. A betöltetlen praxisok helyzete

A háziorvosi rendszer sikeres indulása egyúttal kódolta a későbbi problémákat. A háziorvosok zárták a rendszert, és az a ki nem mondott, de máig működő 1992-es elv, amely szerint háziorvos lehet az, aki háziorvos, kivéve, ha már előtte is körzeti orvosként dolgozott<sup>4</sup> bezárta az alapellátást, konzerválta annak kompetenciaszintjét, és kvázi kizárta a szakorvosok belépését a rendszerbe. Később az évek során – elsődlegesen a rezidens rendszer miatt – ugyan könnyebbé vált a más szakképesítésű orvosok belépése, de ehhez háziorvosi szakvizsgát kell szerezniük, és főleg: háziorvosként nem gyakorolhatják eredeti szakképesítésüket.

Mindezek hatására a terület nem vált elég vonzóvá a fiatal orvosok számára (Mohos *et al.* 2022), ezért folyamatosan nő a háziorvosok átlagos életkora, így kódoltan nő a hiány is, azaz a tartósan betöltetlen praxisok száma. A 2. ábra azt mutatja, hogy az elmúlt 20 évben milyen drámaian gyorsuló ütemben ürülnek meg a praxisok, és a korstruktúra kódolja e folyamat további gyorsulását.

2. ábra. Az aktuálisan betöltetlen praxisok számának alakulása Magyarországon, 2004. február – 2024. január

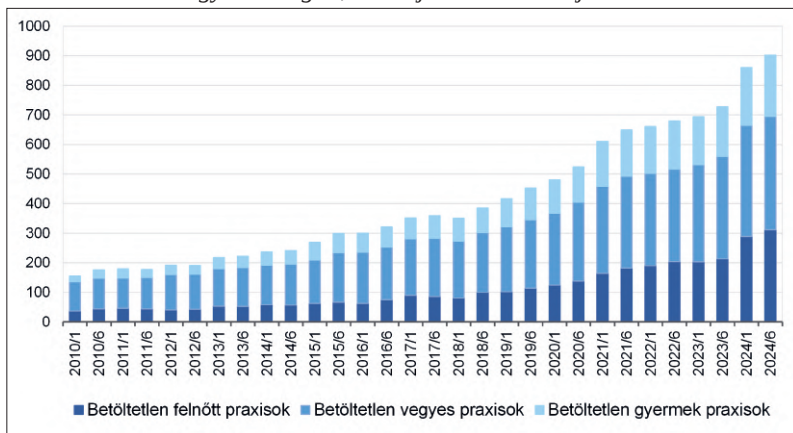


Forrás: NEAK adatközlés.

<sup>4</sup> A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet alapján háziorvosként dolgozhat az, aki háziorvostan szakorvosi szakképesítéssel rendelkezik, vagy 1998. december 31. napjáig számított 25 éven keresztül folyamatosan körzeti, illetőleg háziorvosi feladatokat látott el.



3. ábra. *A betöltetlen praxisok aktuális száma és megoszlása Magyarországon, 2010. január – 2024. június*



Forrás: NEAK adatközlés.

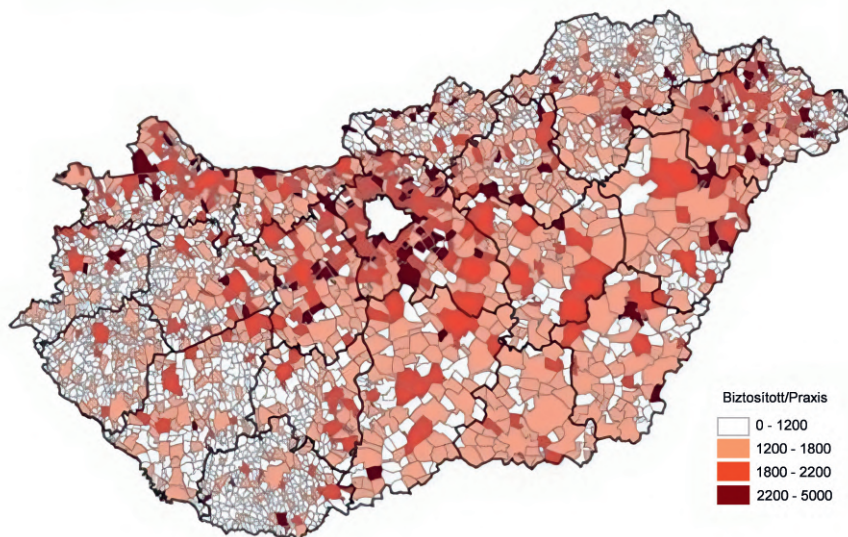
2024 júliusában az engedélyezett praxisok 12,8%-a volt tartósan betöltetlen, és az összes betöltetlen praxisok száma 902, ami a praxisok 14%-át teszi ki. A betöltetlenségi arány praxistípusok szerint különböző. A felnőtt praxisok 8,7%-a betöltetlen, a gyermekorvosi praxisok 20%-a, míg a vegyes praxisok 25%-a. Ez részint az eltérő korstruktúrával magyarázható, de fontos annak rögzítése, hogy a felnőtt praxisok alapvetően városokban, nagyobb településeken találhatók, míg a vegyes praxisok zömmel a kistelepüléseken, melyek életminősége, orvostartó képessége alacsonyabb.

A betöltetlen praxisok száma 2010 januárjától 2024 júliusáig 5,8-szeresére nőtt (3. ábra). Az emelkedés a betöltetlen felnőtt praxisok esetében 8,3-szeres, a vegyes praxisok esetében csak 3,9-szeres, a legdrámaibb volt a növekedés a házi gyermekorvosi praxisok esetében, ahol 10,9-szeres a változás.

A 4. ábra a praxisméret területi eloszlását mutatja Magyarországon. Feltűnő Észak-Magyarország, Baranya, de általában Dél-, és Nyugat-Magyarország szétagoltsága, ahol az ellátott lakosság száma szerinti praxisméret jóval kisebb, mint az ország többi régióiban.

Az 5. ábra azt mutatja, hogy az egyes megyékben a praxisok megüresedése miatt lakosságszám-arányosan nem egyformán válnak ellátatlanná a lakosok. Alapvetően itt is érvényesül az a főszabály, amely szerint egy terület ellátottsága az orvostartó képességétől – elsődlegesen a gazdasági fejlettségétől – függ, azzal a kitétel, hogy azokban a megyékben, ahol orvostudományi egyetem működik, ott jelentősen kisebb az ellátási hiány.

#### 4. ábra. A háziiorvosi szolgáltatások megoszlása a háziiorvoshoz bejelentkezett biztosítottak száma szerint Magyarországon, 2022



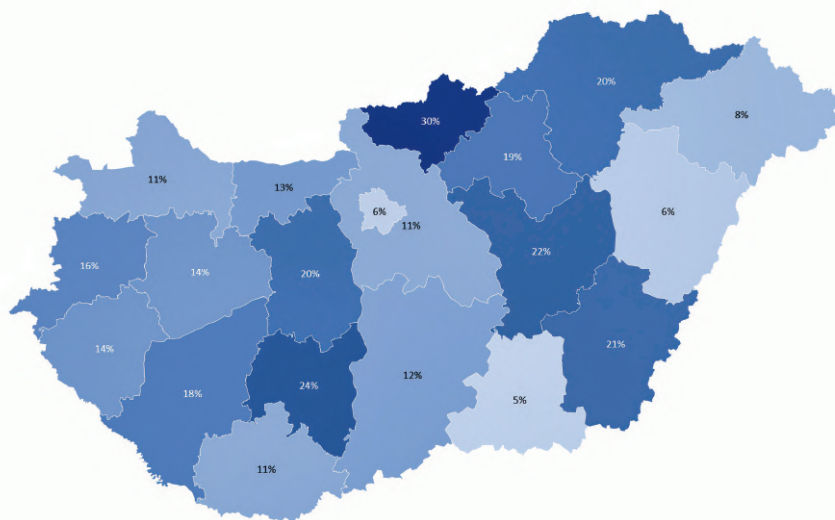
Forrás: Válaszonline adatfeldolgozás és grafika (Élő 2024).

A 902 betöltetlen praxis ellátási területéhez 1 245 256 lakos tartozik. Ez azonban nem jelenti azt, hogy 1,25 millió embernek nincs háziorvosa, mert az ellátatlan területeken lakók egy része átjelentkezett egy másik, közeli betöltött praxisba. Így valójában 895 333 lakosnak nincs saját háziorvosa, azaz ennyien tartoznak helyettesítéssel ellátott praxishoz. Természetesen ezekben a praxisokban is van ellátás, de nem egységes minőségű, sok esetben bizonytalan helyettesítéssel. A 902 betöltetlen praxist 779 praxistulajdonos orvos látja el helyettesítéssel.

A háziiorvosi pálya iránti alacsony érdeklődés miatt eleve kevesebb az új belépők száma, mint a praxist különböző okból elhagyóké, így a háziorvosok egyre öregedő korstruktúrája kódolja a közeljövőben a tömeges kiesést. A helyzetet tovább rontja az, hogy a finanszírozási ösztönzők miatt ma – a betegeket kivéve – mind a háziorvosoknak, mind az önkormányzatoknak pénzügyi érdeke az, hogy a praxisok tartósan betöltetlenek maradjanak, ugyanis a helyettesítéssel fenntartott praxis után a NEAK többet fizet, mintha az üres praxist más, működő praxishoz csatolnák.

A rendszerváltás óta 800 000 fővel csökkent Magyarország lakosság száma, de a településszerkezet változása miatt ez egyes vidéki területeken még kifejezettebb a lakosságcsökkenés, így a gazdaságos működéshez szükséges üzemméret

5. ábra. *A betöltetlen praxisokhoz tartozó lakosság százalékos aránya  
megyénként Magyarországon, 2024 (%)*



Forrás: NEAK adatközlésből a szerző feldolgozása.

alatti praxisok alakulnak ki. A NEAK 2024. júliusi nyilvántartásában a 4942 felnőtt és vegyes praxisból 13 olyan volt, amelyben az ellátandó lakosságszám mindössze 500 alatti, 265 olyan, amely 1000 fő alatti, és 645 praxis, ahol 1200 alatti az ellátandó lakosságszám. Ez utóbbi a praxisok 13%-át teszi ki. Az 1489 gyermekorvosi praxisból 18-hoz tartozik 250-nél kevesebb gyermek, és 358 praxis (24%) területén él 500-nál kevesebb gyermek.

A következő oldalon lévő 3. táblázat mutatja, hogy minden praxistípusban kisebb a betöltetlen praxisok által ellátandó lakosok átlaga, mint a betöltötteké. A gyermekorvosi praxisokat nem számolva 102 olyan betöltetlen praxis van, amelynek az ellátandó lakosságszáma 1000 alatti, a 698 betöltetlen vegyes praxisból 488 (69,9%) kisebb, mint a vegyes praxisok átlagos mérete.

Ugyanakkor a betöltetlen praxisok közül 16 praxis 3000 főnél nagyobb ellátási területtel rendelkezik, és 154 praxis ellátási területe 2000 fő feletti. Ez azt mutatja, hogy ma már nemcsak a gazdaságtalan üzemméretű praxisok válnak eladhatatlanná. A 822 tartósan betöltetlen praxis valójában 822 eladhatatlan praxist jelent, ami értelemszerűen rontja a praxisok piaci értékét, így a praxisjog eredeti célja – az élet munkájával felépített és tisztos időskort biztosító vagyontékkü jog – egyre távolabb kerül.

3. táblázat. *Az átlagos ellátandó lakosságszám praxisok típusa szerint, 2024. július (fő)*

|                    | Együtt | Felnőtt praxis | Vegyes praxis | Gyermekorvosi praxis |
|--------------------|--------|----------------|---------------|----------------------|
| Betöltött praxis   | 1584   | 1892           | 1746          | 703                  |
| Betöltetlen praxis | 1375   | 1810           | 1406          | 683                  |

Forrás: NEAK adatközlés.

4. Az alapellátás humán erőforrás helyzete

4.1. A háziorvosok

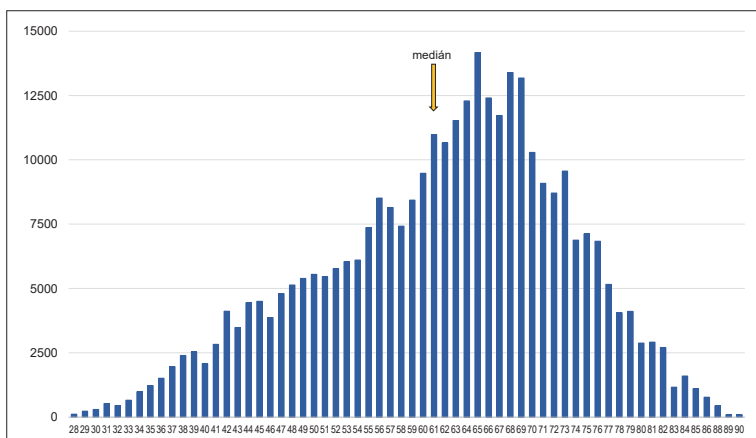
*A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet*<sup>5</sup> értelmében háziorvosként az az orvos dolgozhat, aki általános orvostan vagy háziorvostan szakorvosi szakképesítéssel rendelkezik, vagy belgyógyászat szakorvosi szakképesítéssel és 10 év háziorvosi gyakorlat-tal rendelkezik, vagy 1998. december 31. napjáig számított 25 éven keresztül folyamatosan háziorvosi feladatokat látott el. Házi gyermekorvos az lehet, aki csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvosi képesítéssel rendelkezik. Mintegy 34 klinikai szakképesítés birtokában háziorvosi tevékenység szakorvosjelöltként a háziorvostan szakorvosi szakképesítés megszerzéséig, de legfeljebb 5 évig végezhető.

Az alapellátás humán erőforrás helyzetének elemzésekor a KSH, a NEAK és az OKFŐ adataiból indulhatunk ki. A KSH-adatok a háziorvosok, szakdolgozók tekintetében nem rendelkeznek sem korösszetételi, sem szakképesítési információval. A NEAK adatai esetében itt is a praxis a megfigyelési egység, így elemezhető adat az 5517 praxistulajdonosról van, a praxisokban dolgozó 206 további orvostól nincs. Vélelmezhető, hogy ezen orvosok jelentős része rezidens, és ez minimálisan javítaná a háziorvosok korfáját. Az OKFŐ adatbázisa az érvényes szakképesítéseket tartalmazza. Ez a szám nem azt mutatja meg, hogy hányan dolgoznak az adott időpontban, hanem azt, hogy hányan dolgozhatnak. Ez lehet több is és kevesebb is, mint a dolgozó orvosok valós száma: egyrészt vannak, akik szakképesítés nélkül dolgoznak (pl. rezidensek), másrészt attól, hogy valakinek van érvényes szakképesítése, még nem biztos, hogy dolgozik, illetve, hogy Magyarországon dolgozik.

A NEAK 2024 júliusában 5517 betöltött praxist tartott számon. A praxisjog tulajdonos orvosok korösszetételét a 6. ábra mutatja.

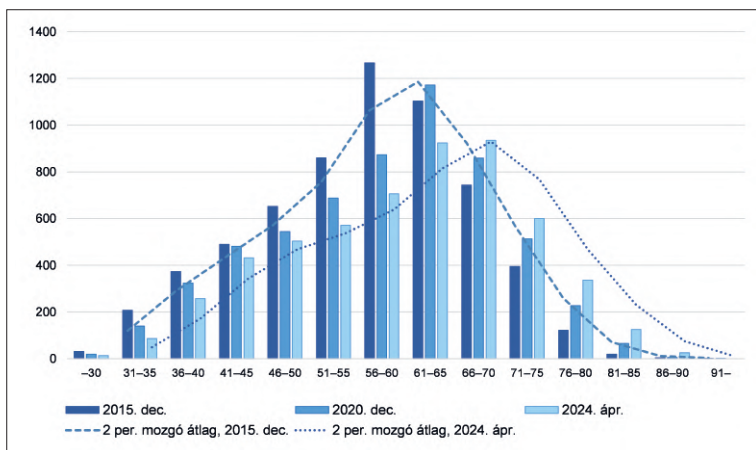
<sup>5</sup>Lásd 3. lábjegyzet.

6. ábra. A praxisjog tulajdonosainak korfája, 2024. július (fő)



Forrás: NEAK adatközlés.

7. ábra. A NEAK-kal szerződött háziorvosok korfájának változása, 2015. december – 2024. április



Forrás: NEAK adatközlés.

Az adatok egyértelműen mutatják a háziiorvosi kar elöregedését. A medián életkor 61 év, és 184-gyel több 60 évesnél idősebb vezet praxist, mint 60 év alatti. A legsúlyosabb a helyzet a házi gyermekorvosok esetében, ahol 63 év a medián életkor.

Míg összesen csak 126 fő 35 évesnél fiatalabb háziorvos szerepel ebben az adatbázisban, addig a 70 év felettiek száma 980. Ez még akkor is figyelmeztető jel, ha hozzászámítjuk, hogy az ebben az adatbázisban nem szereplő 206 alapellátásban dolgozó orvos nagyobbik része jó eséllyel 35 év alatti. Az 5517 háziorvosból 1906-an 65 évesnél idősebbek, azaz egyharmaduk (33,4%) nyugdíjas korú. A helyzet súlyosságát és a közeljövő kilátástalanságát mutatja, hogy majdnem kétszer annyi 61–70 éves (1843 fő) dolgozik, mint 41–50 éves (963 fő). A 7. ábra mutatja a háziorvosok korfájának eltolódását 2015 és 2024 között. Változatlan háziiorvosi rendszer esetén sajnos az elöregedés tendenciája kódoltan fokozódik.

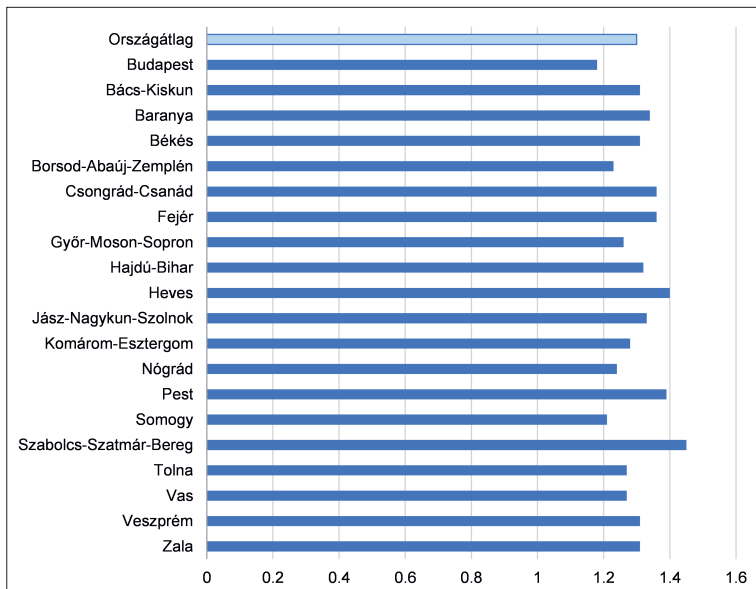
## 4.2. Szakdolgozók

Szakmai konszenzus van abban, hogy az egészségügyi alapellátás megújításának a kulcsa a szakdolgozók, ezen belül is a diplomás ápolók számának és legális kompetenciájának növelése (Balogh 2008). A háziorvosok csökkenő létszáma nem feltétlenül azok számának növelésével kompenzálható, hanem az ápolók (kiemelten a diplomás ápolók) számának és kompetenciájának növelésével (Sain-Bánfai 2020; Siket-Zrínyi 2018). A háziorvos ugyanis munkaidejének jelentős részét nem orvosi, hanem adminisztratív, és szakértést nem igénylő ellátásszervezési feladatokkal töltik ki.

Jelentősége ellenére a szakdolgozókról igen kevés adattal rendelkezünk. A KSH statisztikáiban a szakképesítés alapú felosztás (pl. védőnő, dietetikus, gyógytornász stb.) érhető el, nem pedig a munkavégzés helye szerinti. Érdemi adatot a praxisokban dolgozó ápolók számáról a NEAK közölt, miszerint egy praxisra 1,3 szakdolgozó jut (lásd 8. ábra), de itt sincs információ a szakdolgozók életkor, illetve végzettség szerinti megoszlásáról. A Magyar Szakdolgozói Kamara elnöki közlése szerint a járóbeteg-ellátásban dolgozó ápolók korfájának mediánja ugyan pár évvel fiatalabb, mint a háziorvosoké, viszont a 40 év alattiak száma körükben is kritikusan alacsony. A legfontosabb kérdésről, hogy dolgoznak-e diplomás, önálló kompetenciájú ápolók a praxisokban, nincs elérhető adat.

A védőnői rendszer fontos hagyományokra épülő eleme a magyar egészségügynek, és szerencsére továbbfejlesztett formában ma is él. A mai védőnői rendszer az alábbiak szerint tagozódik:

8. ábra. Az egy háziiorvosi szolgálatra jutó szakdolgozók átlagos száma az egyes vármegyékben (fő)



Forrás: NEAK adatközlés.

- **Területi védőnők:** óvodai védőnői feladatok és a nővédelemmel kapcsolatos teendők ellátása.
- **Iskolai védőnők:** a 6–18 évesek, nappali rendszerű iskolai oktatásban résztvevők iskola-egészségügyi ellátása.
- **Kórházak szülészeti osztályán dolgozó védőnők:** feladatuk a várandós és gyermekágyas anyák ellátása, az anyák segítése a szoptatásnál; az újszülött hazabocsátásának előkészítése.
- **Családvédelmi szolgálatban dolgozó védőnők:** az oktatási intézményen kívüli családtervezési ismeretek terjesztése, a válsághelyzetben lévő várandós anyák segítése, a terhességmegszakítás előtti és utáni tanácsadás biztosítása.

1990-ben fontos döntés volt, hogy a védőnői rendszer ne a háziiorvosokhoz kötődjék, hanem tőlük függetlenül, területi alapon szerveződjék, hogy egyetlen anya vagy gyermek se maradjon ellátatlanul. A KSH STADAT 4.1.1.8. táblája szerint a betöltött védőnői állások száma 2000 és 2023 között nőtt, de a területi védőnőké csökkent (4. táblázat).

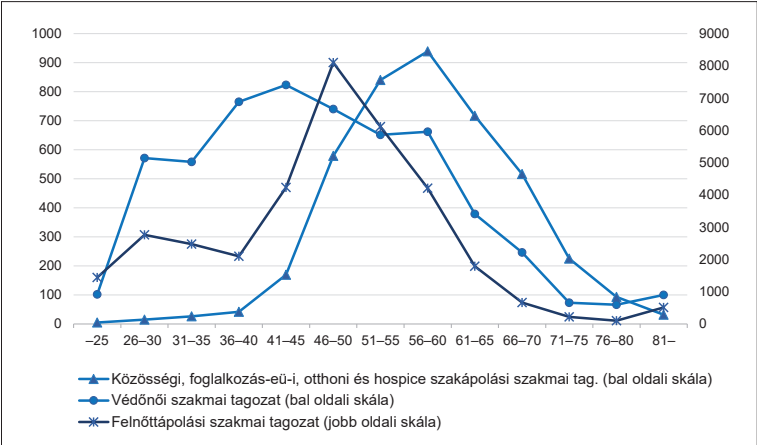
4. táblázat. A védőnői szolgálat egyes kulcsmutatóinak alakulása Magyarországon, 2000–2023

| Év   | Betöltött összes védőnői állás | Betöltött területi védőnői állás | A várandós anyáknál tett védőnői látogatások száma összesen | Ebből: fokozott gondozást igénylők-nél tett látogatás |
|------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 2000 | 4807                           | 4054                             | 717 386                                                     | 280 617                                               |
| 2005 | 4921                           | 3793                             | 643 316                                                     | 244 063                                               |
| 2010 | 5025                           | 3821                             | 483 915                                                     | 197 338                                               |
| 2015 | 4883                           | 3671                             | 408 296                                                     | 182 053                                               |
| 2020 | 4943                           | 3715                             | 204 784                                                     | 80 432                                                |
| 2023 | 5020                           | 3777                             | 277 719                                                     | 117 506                                               |

| Év   | A várandós anyák védőnői tanácsadáson való megjelenéseinek száma | Ebből: fokozott gondozást igénylő várandós anya | Egy várandós anyára jutó látogatás | Egy várandós anyára jutó megjelenés |
|------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 2000 | 406 117                                                          | 54 088                                          | 4,8                                | 2,7                                 |
| 2005 | 576 506                                                          | 53 320                                          | 4,2                                | 3,8                                 |
| 2010 | 566 159                                                          | 43 388                                          | 3,9                                | 4,6                                 |
| 2015 | 588 948                                                          | 59 368                                          | 2,9                                | 4,2                                 |
| 2020 | 525 085                                                          | 50 046                                          | 1,4                                | 3,5                                 |
| 2023 | 504 032                                                          | 52 499                                          | 2,1                                | 3,8                                 |

Forrás: KSH STADAT 4.1.1.8. tábla, [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/ege/hu/ege0008.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0008.html) (Letöltés dátuma: 2024. 06. 01.)

9. ábra. Az egészségügyi alapellátásban releváns szakdolgozói csoportok korfája, 2024 (fő)



Forrás: A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara közlése.



Itt is érvényesül az a háziiorvosoknál látott tendencia, hogy nő a találkozások száma, de ezzel együtt csökken a lakáson végzett látogatás. Az ápolók között a védőnők korfája a legreménykeltőbb: a zöm 30 és 60 év közötti, és relatíve sok köztük a fiatal (9. ábra).

## 5. A háziiorvosi rendszer finanszírozása

A háziiorvosi rendszer 1992-es indulásakor radikálisan szakított a költségvetésbe épített bázisfinanszírozással, az új finanszírozási rendszer alapelve a normatív teljesítményfinanszírozás volt. A háziiorvosok nem fizetést kapnak, hanem elvárt (normatív) teljesítményük és az ellátási körülmények alapján kapják a praxis teljes működési költségét (humán erőforrás + dologi kiadások) fedezni szolgáló bevételt a NEAK-tól.

Ennek meghatározó elemei:

- (Mennyiségi) teljesítéshez kötött díjazás: korcsoportos fejkvóta a regisztrált betegek után, eseti ellátások díjazása, jogviszony ellenőrzésekért járó díjazás.
- A teljesítés minőségéhez kötött díjazás: indikátoralapú díjazás.
- Fix összegű díjak: szakképesítési szorzó, területi kiegészítő díjazás, ellátandó rendelők száma, elhelyezkedése, szakdolgozói kiegészítő díjazás, rezsitámogatás stb.

A regisztrált betegek utáni fejkvóta alapú díjazás egy ponthatár felett (felőtt praxis esetén 2400 pont, vegyes praxis esetén 2600 pont) degresszíven csökken. Szakorvosjelölt alkalmazása 1200 ponttal növeli a degressziós határt. 2024 júliusában a praxisok 34%-a (2170 praxis) esett degresszió alá. Ápolók, diplomás ápolók alkalmazása nem csökkenti a degressziós határt.

A hátrányos helyzetű településeken működő praxisok kiegészítő díjazása egységesen 100 000 Ft havonta. A jogosultak köre országosan nagy szórást mutat: míg Szabolcs-Szatmár-Bereg (53,5%), Somogy (43,7%) és Borsod-Abaúj-Zemplén (41,4%) vármegyékben a legmagasabb az ilyen praxisok aránya, addig Győr-Moson-Sopron, illetve Komárom-Esztergom vármegyékben a legalacsonyabb (0,5%). Ez csak részben tudja kiegyenlíteni a szegregált területek hátrányait (Kasabji *et al.* 2024).

Ebbe a 20 éve koherens finanszírozási elvbe rendszeridegen elemként került be a bértámogatás rendszere. 2020-ban a Kormány elfogadta a Magyar Orvosi Kamara (MOK) érdemi béremelést biztosító bértábláját, de ez csak az *egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény*<sup>6</sup> alá tartozó

<sup>6</sup> 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2000100.tv>.

alkalmazottakra vonatkozik, a vállalkozókra – így a háziorvosokra – nem. Ezt a feszültséget oldandó vezette be a Kormány az alapellátásban a bértámogatás rendszerét. Ez a szabályozás a praxisok bevételeit az elvárt/ráfordított munka felől az orvos életkora alapú finanszírozás felé tolta el.

2024 áprilisában a praxisok átlagosan 3 313 666 Ft havi NEAK-támogatást (finanszírozást) kaptak (medián: 3 592 000 Ft). 161 praxis bevétele nem éri el a havi 1 millió Ft-ot, és 158 praxis bevétele volt 5 millió Ft feletti. A legnagyobb, egy praxisnak utalt havi támogatás 7 160 740 Ft volt. Ez nemcsak az orvos bruttó jövedelmét jelenti, hanem a praxisban dolgozó orvos(ok), az átlagosan 1,3 fő szakdolgozó, valamint az orvosírnok bérköltségét, továbbá ez tartalmazza a fogyóeszközök árát és a praxis rezsiköltségeit is.

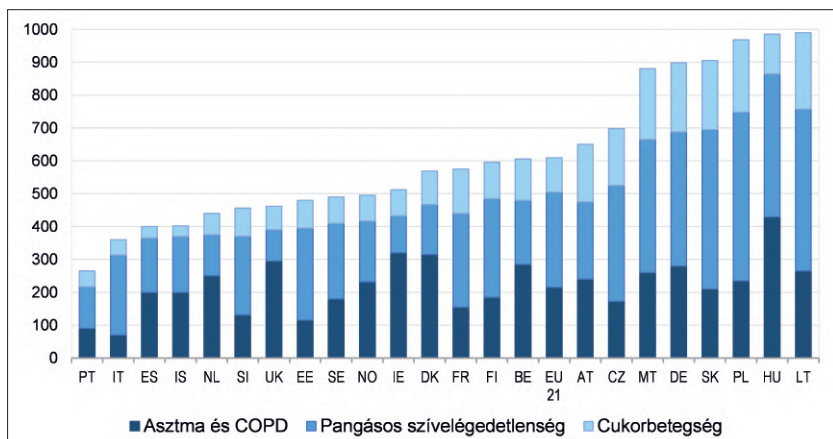
## 6. Az alapellátás teljesítése, hatékonysága

Az alapellátás mennyiségi teljesítésének növekedése nem jelenti az ellátás hatékonyságának, problémamegoldó képességének arányos növekedését. Az alapellátás – részint objektív, rendszerhiba szintű okok miatt – az elmúlt 30 évben nem követte az egészségügy általános szakmai – technológiai fejlődését. Azt, hogy a definitív ellátás, a gondozás nem megfelelő eredményű, jól mutatja az OECD 2017-es *European Observatory on Health Systems and Policies* jelentéséből származó 10. ábra. A jelentés szerint Magyarországon kiemelkedően magas azon betegek kórházba kerülési aránya, akik olyan krónikus betegségekben szenvednek, amelyek korszerű alapellátással helyben, a járóbeteg-ellátásban is gyógyíthatók lennének.

### 6.1. Minőségi indikátorok

Ezen a helyzeten az egészségügyi kormányzat a háziorvosi indikátorrendszer kialakításával kívánt változtatni, ezért 2009-ben országosan egységes minőségi indikátorrendszer bevezetésére került sor. Miután az indikátorrendszerhez nem volt érdemi díjazás, értékelés rendelve, tartósan érdemi hatás nélküli maradt. 2023. január 1-jétől módosult a háziorvosi indikátorrendszer, a felnőtt és vegyes praxisok esetében 12, a gyermek szolgálatok esetében 10 minőségi indikátor került bevezetésre. A 12 indikátor között található védőoltás (influenza), szűrés (emlődaganat szűrés), szív- érrendszeri betegségek, diabéteszes betegek szűrése és gondozása. A praxisokat a praxis jellege, működési területe (megye, illetve város vagy falu) csoportba sorolják, és a csoporton belül elért sorrend alapján kapnak a praxisok pontot, ami befolyásolja a díjazást.

10. ábra. Az elkerülhető kórházi betegfelvételek sztenderdizált arányszáma az OECD-országokban 100 ezer 15 év feletti lakosra számítva



Forrás: Az OECD 2019-es egészségügyi statisztikái, az adatok 2017-re vagy a legközelebbi rendelkezésre álló évre vonatkoznak (OECD/European Observatory on Health, 2019).

Országnevek rövidítései: AT: Ausztria; BE: Belgium; CZ: Csehország; DE: Németország; DK: Dánia; EE: Észtország; ES: Spanyolország; FI: Finnország; FR: Franciaország; HU: Magyarország; IE: Írország; IS: Izland; IT: Olaszország; LT: Litvánia; MT: Málta; NL: Hollandia; NO: Norvégia; PL: Lengyel; PT: Portugália; SE: Svédország; SI: Szlovénia; SK: Szlovákia; UK: Egyesült Királyság.

2023 áprilisában a praxisok átlagosan 132 277 Ft indikátoralapú díjazást kaptak, 2024 áprilisában pedig már 350 268 Ft-ot, azaz egy év alatt az összeg megkétszereződött. Jelenleg a praxisok bevételeinek 11%-a már indikátoralapú.

Az indikátorrendszer bizonyosan érdemi előrelépést hoz majd a háziorvosi rendszer hatékonyságában, de folyamatos további fejlesztésre, korrekciójára van szükség, mert az indikátorok teljesítésében sok a háziorvos által csak kis mértékben befolyásolható, a lakosság szocioökonómiai státuszától is függő elem (Kolozsvári–Rurik 2016).

## 6.2. Szakorvosi tudás integráltsága az alapellátásba

Az alapellátás ellátóképességének javításához elengedhetetlen egyes szakorvosi tudások integrálása. A NEAK adatai szerint a házi gyermekorvosok gyermekgyógyászati szakvizsgája és a nagyszámú, de a háziorvosi munkában nem releváns foglalkozás-egészségügyi szakvizsga nélkül 1752 orvosnak van karbantartott klinikai szakvizsgája. 867 háziorvos rendelkezik belgyógyászati szakvizsgával, 83 diabetológiai, 57 aneszteziológiai és intenzív terápia, 53 kardiológiai, 46 sebészeti szakvizsgával, és 28-nak van szülészeti-nőgyógyászati szakvizsgája.

Ezen képesítések használati lehetősége ugyanakkor igen korlátozott.

- Háziiorvosi szerepben érvényes szakvizsgája ellenére nincs joga szakorvosi kompetenciához kötött beutalásra, gyógyszerrendelésre.
- Nincs megoldva a finanszírozás: ma nem kapnak ezért semmilyen ellentételezést a háziorvosok. A NEAK nem finanszírozza az alapellátásban a szakorvosi tevékenységet, és a betegtől sem kérhetnek ezért külön díjazást.
- A háziorvos ma a NEAK-kal kötött szerződése alapján általános alapellátást kell, hogy nyújtson, így a rendelési időben végzett szakellátás hátráltathatja őt a többi beteg ellátásában.
- A teljes értékű szakvizsga használata a minimumfeltételek miatt komoly инвестиációigényű, ami egy háziorvosi praxisban a kis esetszám miatt nem működtethető gazdaságosan.

Ami rövid távon feltétlenül megoldható, hogy annak a háziorvosnak, aki karbantartja a szakvizsgáját és a betegek kezelését, kivizsgálását dokumentálja, biztosítva legyen, hogy olyan vizsgálatokat és gyógyszereket rendelhessen háziorvosként, ami szakorvosi kompetencia.

## 7. Összefoglalás – konzekvenciák

A tanulmányban bemutatott adatok azt mutatják, hogy a betöltetlen alapellátási praxisok száma folyamatosan és gyorsulóan nő, és már nemcsak a gazdaságos üzemméret alatti praxisok válnak betöltetlenné. A háziorvosi korstruktúra, az alapellátásban dolgozók előregedése kódolja a betöltetlen praxisok számának további növekedését (Élő 2024).

A fentiek alapján szembesülni kell azzal, hogy az *1992-ben bevezetett és akkor sikeres alapellátási modell működtetése az egészségpolitika számára egyre komolyabb kihívást jelent*. Az elmúlt 20 év alatt ugyanis:

- Nem nőtt az elvárásnak megfelelően az alapellátás definitív ellátó képessége.
- Nem alakult ki általános gyakorlathént a szűrés-gondozás alapú, preventív, ütemezett ellátásra alapuló működés (Ádány–Papp 2017).
- Az alapellátás individuális tevékenység maradt, nem vált szakdolgozókkal, diplomás ápolókkal támogatott team munkává.
- A háziorvosi ellátás felszereltsége, kompetenciaszintje, belső munkaerő-struktúrája (főleg finanszírozási és üzemmelleti, de életkori és túlterheltségi okok miatt) nem követte az egészségügy általános fejlődését, és – az orvostudomány technológiai fejlődése, a digitalizáció általános penetrációjához képest – relatíve alacsonyabb lett a kompetenciaszint.

- A praxisközösség csupán adminisztratív jellemzője a rendszernek, egyelőre tényleges tartalommal nem töltötték fel ezeket (Tarcza 2024).
- A háziorvoslás nem vált presztízs szakmává – a területet ma már az előre-gedés és a növekvő hiány uralja.

Mindezek az állítások rendszerszintű megállapítások, a háziorvosok többsége lelkiismeretesen végzi munkáját, de a finanszírozási ösztönzők (pl. a degresszív mai rendszere), a praxisjog intézménye és a kompetenciakorlátok nem támogatják a rendszerszintű átalakulást.

Be kell látni, hogy *a korszerű gyógyításhoz szükséges orvosi tudás már nem birtokolható egy személy által, és az ehhez szükséges korszerű orvostechnika nem működtethető költséghatékonyan egyetlen orvos által.* Ezért úgy a kollektív tudás, mint a gazdaságos üzemméret miatt *a közösségi megoldásoké* (csoport-praxis, praxisközösség) *és a telemedicinával támogatott alapellátásé a jövő* (Kincses 2018). A betöltetlen praxisok számának emelkedése (a háziorvosok számának csökkenése) előrevetíti a praxislétszámok növekedését, és a nagyobb lakosságszám csak több szakdolgozóval, diplomás ápolóval, illetve csoportos megoldással látható el. *Kiemelt feladat a szakdolgozók alkalmazásának ösztönzése* (beleértve a diplomás ápolókat és a kiterjesztett hatáskörű ápolókat). Fontos feladat az ellátatlan településeken az alapellátás biztosítása, melyben a praxis részeként diplomás ápoló által működtetett egészségpont, illetve a mobil telemedicinális rendelés lehet eredményes.

*Azt is egyértelműsíteni kell, hogy az alapellátás erőszakos, kötelező átalakítása a szereplők beágyazottsága, adottságai miatt nem tud eredményes lenni, csak az evolutív, a korszerű megoldásokat támogató fejlődés képzelhető el realisan.* Az időskorú háziorvosi kar összességében nem érdekelt a rendszer alapvető, radikális átalakításában, ezért *középtávon a jelenlegi és új működési formák jogszabállyal megalapozott legális együttélése, támogatása a járható út, az új formák erőszakos, kötelező bevezetése azonban semmiképpen.*

Mindezek alapján a jövő alapellátása középtávon sem lesz egységes, hanem eltérő szervezeti és működési formák együttélésére kell felkészülni. Kiemelt feladat a ma szakellátási körbe tartozó ellátások minél szélesebb körű integrálása az alapellátásba.

## Irodalom

Ádány R. – Papp M. (szerk. 2017): Prevenció szolgáltatások az alapellátásban. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

Balogh Z. (2008): Az ápolóképzés fejlesztése a közösségi ápolás területén. Doktori értekezés. Budapest: Semmelweis Egyetem, Patológiai Orvostudományok Doktori Iskola.

- Élő A. (2024): Soha ilyen tempóban nem üresedtek meg háziiorvosi praxisok – a kormány reformtervének drámai hatásai. Válaszonline.hu, 2024. aug. 14., <https://www.valaszonline.hu/2024/08/14/egeszsegugyi-korhaz-haziorvos-praxisjog-orvoshiany/>.
- Kasabji, F. – F. Vincze – K. Lakatos et al. (2024): Cross-sectional comparison of health care delivery and reimbursement between segregated and nonsegregated communities in Hungary. *Frontiers in Public Health*, Vol. 12., 1152555. p., DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1152555>.
- Kincses Gy. (2018): Alapellátás. Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az Egészségügyi Vezetők Szaklapja, 17. évf. 10. sz., 8–12. p.
- Kolozsvári L. R. – Rurik I. (2016): A házi orvosok teljesítményének minőségi értékelése. Mi a probléma a házi orvosok indikátorokkal? *Orvosi Hetilap*, 157. évf. 9. sz., 328–335. p., DOI: <https://doi.org/10.1556/650.2016.30378>.
- Mohos A. – Kolozsvári L. R. – Rinfel J. et al. (2022): Orvostanhallgatók szakterület-választással kapcsolatos motivációi, fókuszban a házi orvosok hivatása. *Lege Artis Medicinæ*, 32. évf. 8–9. sz., 355–364. p., DOI: <https://doi.org/10.33616/lam.32.027>.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019): Magyarország Egészségügyi országprofil 2019. *State of Health in the EU*. Brussels: OECD Publishing, Paris: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Sain H. – Bánfai B. (2020): A kiterjesztett hatáskörű ápolói rendszer fogadtatása a magyar társadalom megítélése tükrében. *Nővér*, 33. évf. 4. sz., 9–17. p.
- Siket A. – Zrínyi M. (2018): Ápolás mesterképzés, a közösségi szakápoló specializáció eddigi tapasztalatai. *Népegészségügy*, 96. évf. 2. sz., 113. p.
- Tarcsa O. (2024): Voltak, akiknek csak kevés jutott az alapellátás finanszírozásának bővüléséből. *Medicalonline.hu*, 2024. aug. 1., [https://medicalonline.hu/eu\\_gazdasag/cikk/volt\\_akiknek\\_csak\\_keves\\_jutott\\_az\\_alapellatas\\_finanszirozasanak\\_bovulesebol](https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/volt_akiknek_csak_keves_jutott_az_alapellatas_finanszirozasanak_bovulesebol).