

# A magyar háziiorvosi rendszerről, avagy a legújabb hiányszakma kialakulásának okai

*Konzulens: dr. Komáromi Zoltán*

## **Absztrakt**

A dolgozat a háziiorvosi rendszer fenntarthatatlanságára, és az így könnyen kialakuló alapellátásbeli krízisre kívánja felhívni a figyelmet. Hazánkban a háziiorvosi állomány átlagéletkora folyamatosan növekedik, mivel a nyugdíjkorhatárt elért háziiorvosok létszámát nem képes követni a frissen praktizálni kezdő háziiorvosok száma. A problémát leginkább a gyermekorvosok 58 éves átlagéletkora szemlélteti, melynél még drasztikusabb, hogy hazánkban összesen nyolc harmincöt évnél fiatalabb gyermekorvos praktizál.

Írásom egy nemrég lezajlott ombudsmani jelentésre és gyakorló háziiorvossal készített interjún alapszik; mindkét fő forrásom megerősítette, hogy a jelenlegi helyzet kialakulásának fő oka a nem megfelelő praxisfinanszírozás. Mára a praxisok fix bevételéből a háziiorvos nem képes versenyképes fizetést kigazdálkodni magának, így a praxisjog kötelező megvétele akár egy évtizedre is eladósíthatja a háziiorvost. Bár a probléma egyszerű tőkeinjekcióval kezelhető lenne, dolgozatomban olyan megoldást igyekszem bemutatni, mely szerkezeti átalakításokon keresztül képes lehet kevesebb plusz kiadásból jobb minőségű szolgáltatást és fenntarthatóbb háziiorvosi rendszert kialakítani.

*Kulcsszavak: betöltetlen praxis, humánerőforrás-krízis, finanszírozási szerkezet, nővérképzés, praxisjog*

## Bevezetés

A mai magyar közgondolkodásban gyakran megtalálható az elégedetlenkedés, mely mögött számos, jogosan megfogalmazott igény található; több fórumon keresztül lehet kritikákról hallani a magyar közlekedésről, nyugdíjrendszerről vagy gazdaságpolitikáról, ahogyan az egészségügyről is. Legtöbbször a megjegyzések mögött valós problémák húzódnak meg, ám még talán a legkritikusabb hangok sem hallottak róla, hogy mai egészségügyi rendszernek van egy pontja, ami Dr. Szabó Máté ombudsman szerint sem felel az állam objektív intézményvédelmi kötelezettsége elvének.<sup>1</sup>

Az elégedetlenkedőket megkérdezve a legtöbben az emelkedő gyógyszerárakat, a hosszú várakozási listákat vagy a kórházi rendszer átalakítását említenek, mint a fő okokat, amik az emberek egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseinek jogát csorbítják. Kevesen gondolnák, hogy az egyik legégetőbb probléma az alapellátás, a háziorvosi rendszer szakemberhiánya és rendszer szintű finanszírozási nehézsége. Pedig a probléma adott: a mai napig közel 250 tartósan betöltetlen háziorvosi praxis nehezíti a lakosság alapvető egészségügyi igényeinek kielégítését, miközben a háziorvosok átlagos életkora évről-évre emelkedik, a szakma utánpótlása pedig folyamatosan szűkül. Nem túlzás állítani, hogy ha a jelenlegi trendek folytatódnak, öt-tíz év múlva lesznek olyan kistérségek, ahol több lesz a betöltetlen praxis, mint a még működő, mely körzetenként akár az egészségügyi alapellátás összeomlásához is vezethet.

A fenti problémákat látva érdemesnek tartottam egy, a háziorvosi rendszerről szóló rövid tanulmány írását, melyben a jelenlegi nehézségekre való rámutatáson túl szeretnék alternatívákat is nyújtani a rendszer fenntarthatóvá tétele ügyében. Nem kérdés, hogy a problémák nagy részét egyszerű tőkeinjekcióval orvosolni lehetne, ám igyekszem olyan motivációs tényezőket is találni, melyek a finanszírozási kérdésektől függetlenül is megoldást kínálhatnak az alapellátás nehézségeire. Írásom elején ismertetem a háziorvosi praxisok finanszírozásának mai gyakorlatát, mely humánerőforrás-krízishez vezetett, majd dolgo-

---

<sup>1</sup> Alapvető jogok biztosának jelentése

zatom második felében egy háromlépcsős megoldási kísérletre teszek javaslatot.

#### A HÁZIORVOSI RENDSZER FINANSZÍROZÁSA

E fejezetben kívánom bemutatni a háziiorvosi rendszer finanszírozásának mai gyakorlatát, külön kiemelve, hogy a rendszer mely pontjai tántoríthatják el a végző orvostanhallgatókat a házi-orvosi pálya választásától.

A 2013-as központi költségvetés a hazánkban működő közel 6800 háziiorvosi rendelő és a háziiorvosi ügyelet ellátására 86,943 milliárd forintot irányzott elő, ami bár nem kevés, mégis csak a 4,82 százalékát adja az Egészségbiztosítási Alap 1.804,273 milliárd forintos kiadási oldalának.<sup>2</sup> Ezen finanszírozási összeg növekvő tendenciát mutat évek óta: 2000-ben még nem haladta meg 34, 2011-ben pedig a 71 milliárd forintot;<sup>3</sup> a háziiorvosi ellátás finanszírozási keretnek két évben belüli 15 milliárd forintot meghaladó növelése jelzésértékű, ám még mindig nem elegendő.

A források szűkössége akkor szembetűnő, ha megvizsgáljuk egy háziiorvosi praxis fenntartásának költségvonzatait és bevételeit. Egy praxis havonta 600- 1 200 ezer forint közötti bevételre számíthat az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól, mely főként az ellátandó praxis demográfiai-és földrajzi változatosságától függ (könnyen belátható, hogy más költségvonzata van egy nagyvárosi lakótelepen működő háziiorvosi praxisnak, mint egy főként idősek lakta alföldi tanyaviláginak). A legfrissebb, 2011-es OEP statisztikák szerint viszont így is csak 877 ezer forint az egy praxisra jutó finanszírozási összeg.<sup>4</sup> Ebből a megállapított összegből, vállalkozási formában kell ellátnia a praxis háziiorvosának a munkája során fellépő összes költségét, és pont ez adja működésének kockázatát: fix bevételéből kell ellátnia változó összegű kiadásait, ám a felmerülő költségtételek közül háziorvos szinte csak egy tételt csökkenthet, a saját bérét.

Egy átlagos praxis két személyből, egy háziiorvosból és egy nővérből áll; alig háromszáz olyan háziiorvosi körzet van az országban, mely még egy nővért alkalmazna.<sup>5</sup> Első lépésként a vállal-

<sup>2</sup> Magyarország 2013. évi központi költségvetéséről szóló 2012. évi CCIV. törvény

<sup>3</sup> OEP Statisztikai évkönyv, IV/6.2.1-es tábla

<sup>4</sup> OEP Statisztikai évkönyv, IV/6.2.1-es tábla

<sup>5</sup> dr. Komáromi Zoltánnal készített interjú

kozásként működő praxisnak így ki kell gazdálkodnia az alkalmazott nővér 140-150 ezer forint közé tehető átlagos havi bruttó bérét és az azt terhelő közel 40-45 ezer forintnyi járulékot. Ezen túl a vállalkozásnak kell finanszíroznia a rendelő változó fenntartási költségeit, melyben benne van a felmerülő havi rezszi- és anyagköltség, illetve az időszakonkénti felmerülő felújítások is; ezek a kiadási tételek fennmaradó bevétel nagy részét felemésztik. Végso tételként az orvos bruttó bére következik, így egy esetleges felmerülő költség is ezt csökkenti. Így gyakori, hogy a házi orvos az adók- és járulékok befizetése után mindössze 70-150 ezer forint közötti nettó bért képes realizálni tevékenységéből.

Az alacsony nettó bért tovább csökkentheti a praxisjog megvásárlásának költsége, illetve az, ha a házi orvos szeretné kiszélesíteni szolgáltatási spektrumát, vagy modernizálni gépparkját. Napjainkban megfigyelhető, hogy az egészségügyi berendezések ára – melynek általános forgalmi adója nem igényelhető vissza – jobban emelkedik, mint a házi orvosok OEP-től származó bevételei, így az esetleges felújítások egyre nagyobb terhet jelentenek a praxisok számára. Végso soron így a házi orvos nem a praxisának fejlesztésében lesz érdekelt, hanem elavult gépparkjának fenntartásában, sőt, ellenérdekelt lesz a betegén végzendő költséges vizsgálatok elvégzésében, mivel így költségeinek csökkentésén keresztül magasabb nettó bért képes realizálni.

A praxisjog vásárlása egyszeri, ám annál nagyobb kiadást jelent a praktizálását kezdő házi orvos számára. Hazánkban a praxisok számát a területi önkormányzatok határozhatják meg. Praxist alakítani jogilag lehetetlen, ezért a leggyakoribb megoldás kezdő házi orvosok között a praxisjog vásárlása nyugdíj előtt álló házi orvosoktól. A házi orvosi praxisvásárlás az egyedüli a szakvizsgát igénylő praxisjogok közül, melyet a házi orvos csak magánszemélyként tud megvásárolni: mindez leggyakrabban azt jelenti, hogy a kezdő házi orvosok személyi kölcsönből finanszírozzák a működésükhöz szükséges praxisjog árát; a havi törlesztéseket viszont nem fizethetik vissza közvetlenül a praxisuk költségére, hanem csak a nettó realizált bérükből.

A praxisjog ára nincsen törvényileg határozva, általában a 10-12 havi OEP finanszírozás nagyságában szokták árulni őket.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Magyar Orvosi Kamara honlapja, saját felmérés

Nominális értéken ez ma átlagosan nyolc és tizenkettő millió forint közötti összeget tesz ki, mely a kezdő és nyugdíjba vonuló házi-orvos közötti alkufolyamat során változhat; a 2008-as gazdasági válság előtt előfordult, hogy egy-egy frekventált helyen fekvő praxisért tízmillió forint körüli összeget fizettek ki végül. A mai alacsonyabb praxisárak is komoly kiadást jelentenek egy kezdő, harmincas évei elején járó házi-orvos számára, melyet az alacsony nettó béréből igen nehezen tud kigazdálkodni. Ha ehhez hozzá tesszük, hogy Ausztriában vagy Németországban, lényegesen magasabb nettó realizálható jövedelem mellett is hasonlóak a praxisok árai, érthetővé válik, hogy miért a házi-orvosi szakma rendelkezik a második legnagyobb elvándorlási aránnyal az orvosi szakképzettek között.<sup>7</sup>

Gyakori érv és tévedés szokott lenni a házi-orvosi rendszer fenntarthatósága mellett a paraszolvencia megléte: lehet, hogy papíron egy házi-orvos 100 ezer forintot keres, ám legalább ugyanekkora összeget kap a zsebébe a betegeitől. A paraszolvencia létező jelenség a házi-orvosi rendszerben, ám manapság nagysága nem jelentős: egy átlagos praxis havi harmincezer forintnál nem kap több hálapénzt, havi százezer forintot pedig szinte egy házi-orvos sem tud realizálni. Tapasztalatok alapján ez körülbelül a házi-orvos munkája során használt gépkocsijának üzemanyagköltségét tudja fedezni.

Mint ahogyan az előző bekezdésekből látható volt, a házi-orvosi praxisok kevés jövedelmet generálnak a házi-orvosnak, mely a szakma választásának egyik legnagyobb akadály. Amíg a házi-orvosok fizetése meg nem közelíti a kórházban dolgozó, tapasztalt orvosok átlagbérét, várhatóan kevés olyan frissen végzett orvostanhallgató lesz, aki praktizálni kívánna a közeljövőben.

### **HUMÁNERŐFORRÁS-KRÍZIS**

Az előző fejezetben taglaltak miatt is folyamatosan csökken a házi-orvosok száma, mely ma 6750 körülire tehető. Ez a létszám képes ellátni a felmerülő alapellátás iránti szükségletet, ám közel sem biztos, hogy ez az állítás öt év múlva is igaz lesz.

A mai házi-orvosi állomány problémáit legjobban a már említett ombudsmani jelentés dolgozza fel, mely szerint praktizáló házi-orvosok csoportja erősen elöregedett az elmúlt húsz év során; ezt leginkább a hatvan évnél idősebb korosztály növekvő aránya jel-

<sup>7</sup> Alapvető jogok biztosának jelentése

zi. 1990-ben ez a korosztály tette ki a házi orvosok számának 10,38 százalékát, míg ez a ráta 2007-re 27,44 százalékra nőtt – hozzá kell tenni, hogy ebben benne van 300 hetven évet is meghaladó házi orvos is. Mindezek következtében 1500 és 2000 közé tehető azon házi orvosok száma, akik várhatóan az elkövetkezendő öt év folyamán fel fognak hagyni a praktizálással; mindez az egészségügyi alapellátás ellehetetlenülésével járna.

A legnagyobb probléma a gyermekorvosi alapellátásban mutatkozik meg, itt az 1572 praktizáló gyermekorvos átlagéletkora 58 év. Mindez köszönhető a hatvan éven felüli gyermekorvosok 550 fős, valamint a harmincöt év alattiak kimagaslóan alacsony, 8 fős létszámának. Érdekes, hogy a legnagyobb krízis pont a fővárost érinti, mivel itt az ország régiói közül a legnagyobb a hatvan éven felüliek aránya, mely közel 45 százalékra rúg.

Minderre magyarázatot ad a házi orvosai pályát választók alacsony létszáma. Napjainkban a házi orvosai rezidensképzésre nyolcvanfős létszámkeret van megszabva, ami nehezen is, de megtelik; jól mutatja a házi orvosai pálya csökkenő népszerűségét, hogy a kilencvenes évek elején még két-két és félszeres túljelentkezés volt a rezidensképzésben. Ami igazán aggasztó, hogy a képzés után csak közel évi negyven házi orvosai licence-vizsgálással rendelkező orvos kezd el a praktizálást. Ennek a lemorzsolódásnak jó magyarázója lehet a praxisjogok magas ára, illetve a licenct szerzett kezdő házi orvosok külföldön történő munkavállalása.

A házi orvosai hiány csökkentésének érdekében a kormány 2012 szeptemberétől kibővítette azon orvosi szakképesítések listáját, melyek birtokában rövidített szakképzés után házi orvosai praxis vásárolható: ilyen többek között a pszichiáteri, a sebész vagy a szemész szakképesítés. Mindez viszont nem hozott lényegi változást a rendszerben, kissé csökkent a betöltetlen praxisok száma, ám még mindig közel 250 házi orvosai körzet emberhiánnyal küzd.

Hasonló korstruktúra figyelhető meg a nővéri szakállományban is, mint a házi orvosiban, mely ugyanazokat a kockázatokat hordozza magával. A több tízéves tapasztalattal rendelkező, nyugdíjas korú nővérek viszont kevésbé fognak a rendszerben maradni: őket nem motiválja a praxisjog eladása, mint az orvosokat, akik addig maradnak a pályán, amíg elfogadható ajánlatot nem kapnak a praxis megvételére.

A be nem töltött praxisok elhelyezkedését figyelve szembevetendő az eltérő fejlettségi szintű nyugati- és keleti régiók közötti különbség. Nem meglepő módon a legnagyobb szakemberhiány az ország észak-keleti részében, legkisebb pedig a nyugati régióban található, mely erős korrelációt mutat a térség munkanélküliségi rátájával és bruttó átlagkeresetével. Az egészségügyi alapellátás hiánya még tovább növelheti az országhatárokon belüli területi egyenlőtlenségeket, mely a betöltetlen praxisok számának növekedésével várhatóan csak növekedni fog.

## Megoldási javaslatok

Az előző két fejezetben felvázolt, finanszírozási és emberi erőforrás nehézségekre kívánok megoldási javaslatot kínálni, nemzetközi példákon és magyar szakemberektől származó ajánlásokon keresztül.<sup>8</sup> Úgy vélem, a megoldás finanszírozási része elkerülhetetlen, a másik két, szorosan egymásra épülő ajánlás viszont a rendszer a managed care rendszer kialakításában segíthetne.

### FINANSZÍROZÁSI SZERKEZET MEGVÁLTOZTATÁSA

Úgy tűnik, hogy a háziiorvosi rendszer újjáépítésének és finomhangolásának elengedhetetlen eleme a praxis társadalombiztosítási finanszírozási keretének emelése, legalább olyan mértékben, hogy a vállalkozóként tevékenykedő háziiorvosnak tisztességes bére származhasson belőle.

Ám egyáltalán nem biztos, hogy mindezzel a központi költségvetést kellene terhelni: elsősorban a praxisok területén fekvő önkormányzatok érdeke, hogy egészséges munkaerővel és stabil egészségügyi ellátással csalogassák településükre a vállalkozni vagy letelepedni vágyókat. Egy igényes rendelő ugyanúgy a falu dicsősége, mint az egészségügyi alapellátás érdeke, így elvárható lenne, hogy - amennyire tudják - az önkormányzatok támogassák a körzeti praxisokat. A háziiorvosi rendszer kidolgozása során eredetileg az OEP csak a működési kiadásait fedezte volna a házi-orvosoknak, az infrastrukturális és felújítási költségeit a rendelőknek elvileg az önkormányzatoknak kellene finanszírozniuk.

---

<sup>8</sup> Itt szeretném megköszönni dr. Komáromi Zoltán segítségét, akitől a fejezetben olvasható gondolatok jó része származik.

Ha a központi költségvetésből kellene a praxis havi finanszírozási összegét felemelni, érdemesebb lenne egy minőségfinanszírozási rendszert bevetni, mint egy korrekciókon alapuló, de fix havi juttatást tartalmazó új támogatási formát. A jelenlegi finanszírozási feltételek a házi orvosokat arra ösztönzik, hogy a költséges vizsgálatokat igénylő pácienseiket utalják járóbeteg- szakellátásba, mivel így költséget takaríthatnak meg. Ez bár növeli a saját hasznukat, a rendszer szempontjából többletköltséget jelent, mivel a kapacitáshiány miatt fejleszteni kell a költségesebb fenntartású járóbeteg-ellátást. Ezzel szemben egy minőségfinanszírozási rendszer, mely plusz finanszírozási összeggel jutalmazná a házi orvost bizonyos kontrollvizsgálatok elvégzése esetén, érdekelté tenné az orvost a páciens kivizsgálására és meggyógyítására. Ilyen kezdeményezés van már Magyarországon, mely bizonyos, OECD által ajánlott mutatószámok alapján hasonlítja össze a házi orvosok teljesítményét, ám a többletmunka folyamán elérhető extra finanszírozási keret igen alacsonynak mondható: az összes praxis kevesebb, mint két százaléka képes csak bekerülni a legfelső finanszírozási kategóriába, melyben a legmagasabb havi juttatás értéke 120 ezer forint.<sup>9</sup> A házi orvosi rendszer minőségi javulásához ennek az értéknek legalább akkorára kell nőnie, hogy a praxis képes legyen legalább egy részmunkaidős nővér felvételére, akinek egyedüli feladata a betegek életútjának követése és az időszakonként ismétlődő kontrollvizsgálatok elvégzése lenne.

Ezzel a megoldással hosszú távon a finanszírozási szerkezet változása csökkenthetné a járóbeteg-ellátás kapacitásproblémáit és motiválná az orvosokat a praxisuk által nyújtott szolgáltatások kibővítésére.

A minőségfinanszírozási rendszer bevezetése a fix finanszírozás mellé emelhetné a prevenció célú vizsgálatok számát is. Manapság sajnos azért nem nyílik lehetőség a prevencióra, mivel a tünetmentes, ám beteg emberek ellátása nem rendelkezik elég kapacitással az egészségügyi rendszer. Hiába szűri ki a háziorvos a szívritmus-zavarral rendelkező betegeket, mivel saját maga nem tudja kezelni őket, az így is túl hosszú kardiológiai várólistákat emelné csak velük. Ha viszont a házi orvosnak anyagi érdeke lenne a saját maga által kezelhető betegségekre törté-

---

<sup>9</sup> dr. Komáromi Zoltánnal készített interjú



nő prevenciós szűrések lefolytatása, majd a feltárt betegek gyógyítása, az egészségügyi rendszer hosszabb távon a komolyabb kiadásait – költséges vizsgálatok, műtétek, rehabilitáció – képes lenne csökkenteni.

#### PRAXISOK FELÉPÍTÉSÉNEK MEGVÁLTOZTATÁSA

Mint ahogyan azt már a korábbi fejezetekben is említettem, egy átlagos magyar praxisban egy házi orvos és egy ápolónő dolgozik. Erre a rendszerre sajnos jellemző, hogy minden szereplő a képzettségi szintjénél eggyel alacsonyabb képzettséget igénylő munkát végez munkaidejének nagyobb részében. A számítógépes rendszerek elterjedésével a nővéreknek sokszor az adminisztratív munkákat is el kell látniuk, amíg a házi orvosnak kell vérnyomást mérnie és vért vennie, melyet egy nővér is képes lenne elvégezni.

Az idős házi orvosok tömeges nyugdíjba vonulásakor az ellátási problémák kezelésének egyik legjobb módja a praxisok felépítésének alapvető megváltoztatása lenne. Ha egy orvos mellett nem csak egy, hanem két-három nővér, egy adminisztratív feladatokat ellátó kolléga és egy recepciós dolgozna, az orvos leterheltsége csökkenhetne és a komoly szakmai kihívást jelentő betegekkel tudna foglalkozni. Dániában működik hasonló felépítésű házi orvosi praxis, és ott két ilyen kibővített csapat képes ellátni ugyanazt a létszámot, mint hét-nyolc kétfős magyar praxis. Ha itthon nem is lenne képes hasonló eredményességgel működni a rendszer, több pontja is van, mely csökkenti az egészségügyi rendszer kiadásait.

Ha egy ilyen új praxis képes legalább három régi helyét átvenni, könnyen megkaphatná a régi három finanszírozási kereteit, ám a bevételek triplázása közel sem vonná maga után a kiadások triplázását. Várhatóan nagyobb lenne a rendelők fenntartási költsége, ám költségcsökkentő tényező, hogy a praxisban dolgozó nővérek bérigénye jóval kisebb, mint a házi orvosoké. Egészségügyi adminisztratív munkaerőt könnyen és olcsón lehet képezni érettségizett fiatalokból, akik így magukra tudnák vállalni a nővérek dokumentálási feladatait, csökkentve azok leterheltségét és időt nyújtva számukra valóban nővért igénylő feladatok ellátására.

Így a praxisok felépítésének megváltoztatásával a rendszer kevesebb házi orvossal képes lenne jelenlegi alapellátási igényeket

ellátni, jóval magasabb hatásfokon működve. A rendszer előnye lenne, hogy minden szereplője a képzettségének megfelelő feladatot tudná ellátni, a praxisok bérszerkezetének megváltoztatása miatt pedig a házi orvos magasabb jövedelmet realizálhatna. A rendszer bevezetésének egyedüli akadálya a házi orvosi rendelők átalakításának szükségessége, mivel a sokszor csak egyszobás rendelők helyett a nagyobb házi orvosi teamnek legalább három-négy szobányi helyre lenne szüksége.

#### HÁZIORVOSI ÉLETPÁLYA-MODELL KIDOLGOZÁSA

A meglévő házi orvosi rendszer rendkívül sok kockázati tényezőt tartalmaz, mely eltérítheti az orvostanhallgatókat a házi orvosi pálya választásától. A szakma vonzóbbá tételéhez elengedhetetlennek tűnik a praxisból származó nettó jövedelem növelése, ám véleményem szerint legalább ennyire motiváló lehet a fennálló bizonytalanságok csökkentése és a társadalmi elismertség is.

A második fejezetben már beszámoltam a praxisvétel nehézségeiről és költségvonzatáról: a praxis ára megterhelő kezdeti beruházás a kezdő házi orvos számára, ám egyben ez a nyugdíjba vonuló házi orvos utolsó komolyabb bevételi forrása is. A kormányzat akármelyiket csökkenti törvényi szabályzás útján, valamelyik szereplő rosszul fog járni. Ezt elkerülendő, be lehetne vezetni egy, a praxis bevételein alapuló alkusávot, mely rögzítené a praxisjog árának alsó-és felső határát. Az ezen összeghatáron belül lévő összeget az központi költségvetés vagy az OEP segíthetné előteremteni, államilag támogatott, vagy akár kamatmentes hosszú távú hitellel is.

A kiszámíthatóság növelése érdekében be lehetne vezetni egy tapasztalati időhöz kötött, a társadalom vagy az egészségügyi dolgozók átlagbérétől függő bérminimumot, ahol egy erre a célra létrehozott alap segítségével a házi orvosok praxisukból származó nettó jövedelmét ki lehetne egészíteni az előre meghatározott bérminimumra. Ez a tervezet sok visszaélésre adhat okot, mégis egy szigorú ellenőrzési szabályrendszer működtetése esetén tervezhetővé tenné a házi orvosok jövedelmének alakulását, ami szintén növelné a pálya népszerűségét.

A pénzügyi biztonságon és támogatáson túl vonzóvá tehetné a házi orvosi praxisokat vállalkozói életforma is: egy kibővített

háziiorvosi csapatának vezetőjévé válna háziiorvos, mely növelné társadalmi és praxison belüli megbecsültségüket is. Sokak számára vonzó lehet a háziiorvosok viszonylagos függetlensége is, mivel már praktizálásuk kezdetétől maguk irányítják vállalkozásukat, ők gyakorolják az összes munkáltatói jogkört.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Dolgozatomban igyekeztem bemutatni, hogy melyek azok a tényezők, amik a jelenlegi háziiorvosi rendszer fenntarthatóságát legkomolyabban veszélyeztetik, és amiket rövid távon orvosolni lehet és kell.

Elsőként a praxisok finanszírozási szerkezetét kell megváltoztatni és érdekelté tenni a háziiorvosokat a minél szélesebb körű diagnózis felállítására. Ha fix finanszírozási összeg mellett minőségfinanszírozási bevételeket is kaphatnának a háziiorvosi praxisok, növekedhetne az alapellátásban elvégzett vizsgálatok száma és annak minősége, továbbá a háziiorvosi hatáskörben meggyógyított betegek száma is. Ez csökkenthetné a járóbeteg- szakellátás terheit is, melynek kapacitásfejlesztése lényegesen drágább, mint az alapellátási rendszeré. Így hosszú távon a háziiorvosokat anyagi érdek fűzné a minél teljesebb szolgáltatásnyújtáshoz és beteggondozáshoz.

A finanszírozás megváltoztatása mellett reális út lehet a praxisok felépítésének megváltoztatása, mely főként a bérszerkezet megváltoztatásán keresztül képes befolyásolni a praxisok kiadási oldalát. A nyugati országokban működő modell kevesebb háziiorvossal, ám nagyobb hatásfokkal képes azonos szolgáltatási színvonal fenntartására, mint a jelenlegi magyar rendszer. A háziiorvosi képzés utánpótlásának biztosítása érdekében jó megoldás lehetne a háziiorvosi életpálya-modell, mely garantálná a háziiorvosok minimálisan megszerezhető jövedelmét, kiszámíthatóvá és tervezhetővé téve praktizálásuk idejét.

Bízom benne, hogy írásomban kifejtett változtatások megvalósítása javíthatna a jelenlegi krízishelyzeten, és képes lehet a háziiorvosi rendszer hosszú távon is fenntartható működésének biztosítására. Ha más nem, az ombudsmani jelentés jelzi a jelenlegi krízishelyzet fontosságát, és csak remélni tudom, hogy a köz-

eljövőben pozitív változás fog beállni az egészségügyi alapellátás működési rendszerében.

## Irodalom

Országos Egészségbiztosítási Pénztár Statisztikai Évkönyve, 2011 - forrás: <http://site.oep.hu/statisztika/2011/html/hun/A2.html>  
letöltés dátuma: 2013.04.10

DR. KOMÁROMI ZOLTÁN, gyakorló háziorvossal készített interjú.  
interjú felvételének időpontja: 2013.03.27.

Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB - 4169/2012. számú ügyben

Magyar Orvosi Kamara honlapjának apróhirdetése - forrás: <http://www.mok.hu/hirek.aspx?cid=252>  
letöltés dátuma: 2013.04.11.

## ABSTRACT

The essay would like to draw attention to the general practitioner system's unsustainable functioning, therefore easily evolving crisis of service. In our country the average age of general practitioners is constantly increasing, since the amount of newly graduated doctors could not compete with the number of practitioners, who reached the retiring age. The problem is mostly demonstrated by the average age of pediatricians, which is 58-year, but the more drastic is, that in our country there are only eight practitioner pediatricians under the age of 35.

My study is based on a recent report of the ombudsman, and an interview with a practicing general practitioner; both of my main sources verified, that the main reason of the recent state's formation is the inefficient financing of practices. In the recent days, a general practitioner is not able to have a competitive wage from the fixed income of the practice, so thus the obligatory to buy the right of practice can effect the indebtedness of practitioners for a decade. Although the problem could be solved by a simple injection of capital, I aim to present a solution, which is able to shape up a better quality and more sustainable service of general practicioning through structural reform with less expense.