

Alapellátás: tények, problémák, remények

Rurik Imre dr. 

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék, Budapest

Az egészségügyi rendszer fontos szintje az alapellátás, amelynek működésében hazánkban komoly problémák vannak. Az 1990-es években sikerágazatnak számító terület mára válságágazattá vált. Ennek okait próbálja meg feltárni a kézirat, áttekintve a magyar alapellátás humán erőforrás-helyzetét is. Bemutatja a háziorvosok korösszetételét, az orvoshiány enyhítésére tett kormányzati támogatásokat, a szakorvosképzés adatait és az egyetemi oktatás szakmaspecifikus elemeit. Országos adatok alapján elemzi a háziorvosi finanszírozás összetevőit, a háziorvosi ellátások komponenseit. Bemutatja a háziorvosok által indikált laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok számát, költségét. A megoldást az egészségügyi rendszer elkerülhetetlen, koncepcionális átalakításán belül, az alapellátásnak az innovatív elemeket tartalmazó és ezeket finanszírozni képes áttekintésében, nem pedig az uniformizálásában keresi. A humán erőforrás helyzetének javítása sem képzelhető el a finanszírozás és a kompetenciák jelentős bővítése és a képzési rendszer átalakítása nélkül.

Orv Hetil. 2026; 167(26): 1018–1026.

Kulcsszavak: alapellátás, háziorvosi ellátás, Magyarország

Hungarian primary care: facts, problems and expectations

Primary care is a pivotal part of the health care system. While in the 1990's it was considered a success story, nowadays it is a crisis sector. This paper aims to discover the reasons behind this, evaluating the human resources as well. The age distribution of family physicians is presented and the input and output of residency programmes (vocational training) and elements of the undergraduate education and governmental efforts for improvement are discussed. Based on national data, the components of financing and primary care provision are presented, as well as laboratory and radiological investigations and relevant expenditures are displayed. Fundamental and conceptional changes are needed in the whole health care system. New and innovative structures of primary care provision are required, besides appropriate financing, without uniformity. The problems of human resources could be solved with appropriate financing, wider professional competences and restructuring the undergraduate education.

Keywords: family medicine, general practice, Hungary, primary care

Rurik I. [Hungarian primary care: facts, problems and expectations]. Orv Hetil. 2026; 167(26): 1018–1026.

(Beérkezett: 2026. március 16.; elfogadva: 2026. április 16.)

Rövidítések

ÁNTSZ = Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat; APN = (advanced practice nurse) kiterjesztett hatáskörű ápoló; COVID = (coronavirus disease) koronavírus-betegség; CT = (computed tomography) komputertomográfia; MOK = Magyar Orvosi Kamara; MRI = (magnetic resonance imaging) mágnesesrezonancia-képalkotás; NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő; NNGyK = Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ; OKFŐ = Országos Kórházi Főigazgatóság; OMSZ = Országos Mentőszolgálat

Minden egészségügyi rendszer lényeges szintje az alapellátás. Ezt sohasem vitatták az (egészség)politikusok sem, sőt állandóan emlegették fontosságát. Nincs ez másképpen hazánkban sem. A nemzetközi összehasonlítás, a népegészségügyi mutatók és egészségpolitikai elemzések szerint nem lehet elképzelni jól működő egészségügyet jól működő alapellátás nélkül [1–3].

Magyarországon sajnálatosan egyik rendszerrel sem lehetünk elégedettek, és ennek nagyon sok oka van.

Az egészségügyi ellátás eredményessége, színvonala valójában nem is az anyagi ráfordításokkal mérhető le, jobban jellemezhetők a népegészségügyi mutatókkal (morbidity adatok, várható élettartam, megelőzhető halálozás, egészségben eltöltött évek stb.).

Az elmúlt évtizedekben több háziiorvosi szakmai, nemzetközi és gazdasági folyóiratban megjelent munkánkban foglalkoztunk a magyar alapellátással, az aktuális és krónikus problémákkal, felvetve több javaslatot is. Ezeknek a cikkeknek a tartalma és témái a rendszerváltást követő összes kormányzati ciklust átvitték, bár többnyire csak a háziiorvosi célközönséget érték el. A felsorolt problémák egy része sajnos még mára is időtállóan bizonyult [4–17].

Nagy tapasztalatú egészségpolitikus is foglalkozott részletesen az alapellátással. Bemutatta a hazai háziiorvosi rendszer kialakulását, a benne dolgozó orvosok korosztályos összetételét és a finanszírozás elemeinek változását. 1992-ben szabad háziiorvos-választáson alapuló, a fejkvóta alapján finanszírozott háziiorvosi rendszert vezettek be. A rendszer bevezetői a minőségjavulást a praxisok közötti versenytől remélték. Utólag kiderült: alaptalanul [18]. A háziiorvoslás nem vált presztízsszakmává, a területet ma már az elöregedés, a növekvő hiány uralja. Nem nőtt az elvárásnak megfelelően az alapellátás definitív ellátóképessége, a háziiorvosi ellátás felszereltsége, kompetenciaszintje, belső munkaerő-struktúrája; az alapellátás individuális tevékenység maradt, nem vált (diplomás) szakdolgozókkal támogatott teammunkává. Az alapellátás az elmúlt 30 év alatt sikerágazatból válságázzattá vált [19].

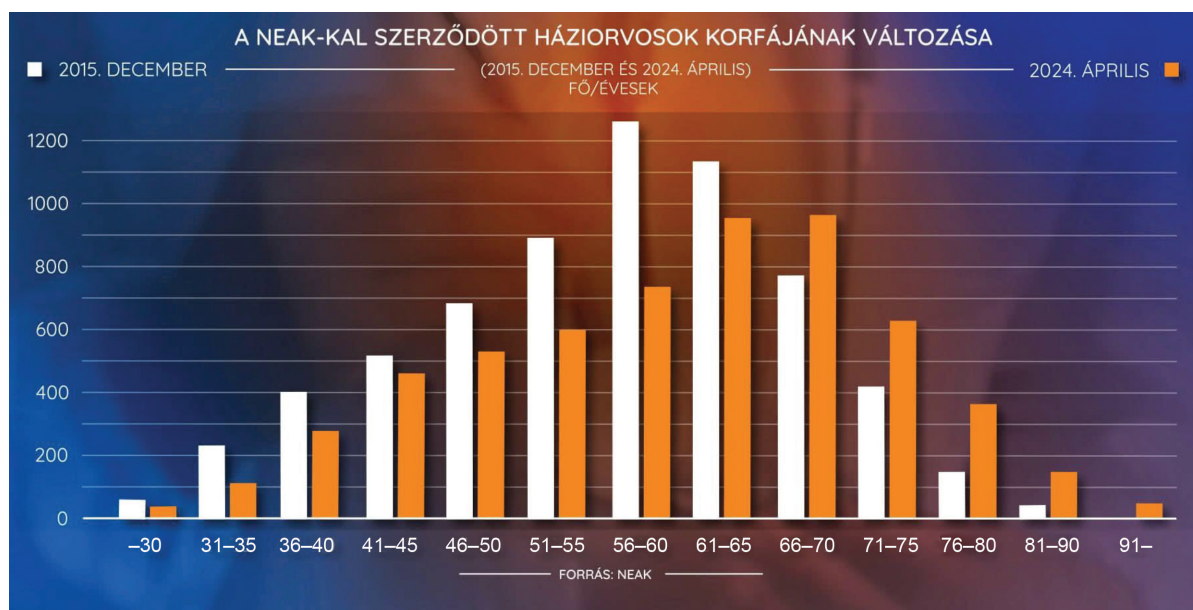
Ezeket a problémákat nemcsak a szakemberek, hanem az egészségpolitikusok is észlelték. Az egészségügy átalá-

kításának – mindmáig utolsó publikus kormányzati – koncepcióját tartalmazó *Semmelweis Terv* már 2010-ben leírta az alapellátás problémáit, az önkormányzati és a háziiorvosi rendszer együttműködésének és feladatátvállásának szabályozatlanságát, az alacsony szintű finanszírozást, a praxis- és generációváltás nehézségeit. Kilátásba helyezte az eszköz- és ingatlantámogatás rendszerének megújítását, a piaci körülmények között eladhatatlan praxisok tulajdonosváltásának elősegítésére az önfenntartó „praxisalap” létrehozását és az életpályamodell kialakítását [16, 20]. A kormányprogramban lefektetettek ellenére alapvető változások helyett csak szerény igazítások történtek, hiszen a 2015-ben elfogadott *alapellátási törvény* sem oldotta meg a problémákat, viszont generált újabbakat.

Az elmúlt évtizedek trendjeit vizsgáló szakember szerint 1992 és 2001 között volt egy felívelő időszak; a 2002 és 2006 közötti platót egy leszálló időszak követte 2007 és 2011 között, majd mérsékelt konszolidáció kezdődött 2012-ben [21]. Ennek a konszolidációs kezdetnek egyik eredménye volt a háziorvosok eszközbeszerzéséhez rendelt pályázati forrás 2012–2013-ban.

Egészségpolitikai szempontból a szakmai egyeztetések elmaradása, a gyakori, inkább ötletelésen alapuló priorizáló döntések voltak a jellemzők a későbbi években, koncepcionális tervezés helyett. A helyzetet nehezítette, hogy szinte mindegyik kormányzati ciklusban más és más minisztérium államtitkársága volt „felelős” az egészségügyért, új politikai csúcsvezetővel, mindig másik szakmai irányítóval, cserélődő és fogyatkozó apparátussal.

A Magyar Orvosi Kamara (MOK) szakértői 2025-ben foglalták össze az aktuális, fontosabb alapellátási problé-



1. ábra | A háziiorvosi korfa a NEAK-adatok alapján (Álmos P. előadása)
NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

1. táblázat | A NEAK által befogadott és finanszírozott letelepedési és praxisvásárlási pályázatok kifizetése [24]

Év	Letelepedési támogatás				Praxisjog-vásárlási támogatás			
	Nyertes és támogatási szerződést kötő pályázók (pályázatok) száma		Kifizetett összeg (M Ft)		Nyertes és támogatási szerződést kötő pályázók (pályázatok) száma		Kifizetett összeg (M Ft)	
	Háziorvos	Fogorvos	Háziorvos	Fogorvos	Háziorvos	Fogorvos	Háziorvos	Fogorvos
2019	35	28	708	648	73	–	376	–
2020	42	26	848	542	64	–	325	–
2021	55	26	1 119	589	60	–	310	–
2022	57	38	1 106	850	44	–	223	–
2023	35	14	678	319	33	–	159	–
2024	33	14	678	316	29	6	149	32
2025	51	22	997	489	30	17	152	83

NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

mákat: jelentős adminisztrációs terhek, kihasználatlan kompetenciák (licencek és egyéb szakvizsgák), a vényírási, diagnosztikus, beutalási lehetőségek korlátozott elérése az alapellátásban, a humánerőforrás-menedzsment elégtelensége, a digitális (informatikai) környezet problémái és nem utolsósorban az inflációt nem követő finanszírozás. Mindezeket tetézi a betegek edukációjának hiánya, az alacsony szintű egészségértés és egészségtudatosság [22].

A jelen közleményben megpróbáljuk áttekinteni a háziorvosi szakma jelenlegi legfontosabb problémáit, elsősorban a humánerőforrás és a szakképzés helyzetét, a finanszírozási viszonyokat és a szakmai kompetenciákat.

A humánerőforrás helyzete

A magyar háziorvosi szakma jelentősen elöregedett, a mediánéletkor 61 év. Az 1. ábra bemutatja a korfát. Nyolcszor annyi 70 év feletti dolgozik a rendszerben, mint 35 év alatti. A háziorvosok több mint fele 60 évnél idősebb, több mint egyharmaduk elérte az öregségi nyugdíjkorhatárt. Ez az arány a házi gyermekorvosok esetében még nagyobb, mediánéletkoruk 63 év. Ez prognosztizálja a praxisok gyorsuló megüresedését.

A nyilvántartott 6384 háziorvosi praxisból 2026. február végén 1017 volt betöltetlen [23]. Ez azt jelenti, hogy a magyar lakosság minimum 15%-ának nincs állandó háziorvosa. A betöltetlen körzetek száma folyamatosan növekszik, annak ellenére, hogy az itt történő munkavállalás támogatására jelentős állami források állnak rendelkezésre. Egy éve betöltetlen praxisban egyszeri 12 millió forint, 5 éve üres körzet vállalása esetén akár 20 millió forint lehet a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőnél (NEAK) megpályázható letelepedési támogatás. Emellett van lehetőség pályázni a praxisjog megvételére is. A háziorvosok és a hasonló problémákkal küzdő alapellátási fogorvosok részére kifizetett támogatások

összegét az 1. táblázat tartalmazza [24]. Mindezen okokból a 2000-ben bevezetett praxisjog pénzbeli értéke devalválódott, már csak egyes kiemelt egyetemi városokban kell fizetni praxis megvételért, a legtöbb helyen ez ingyen megkapható.

Az erőszakosan bevezetett új ügyeleti rendszer erős politikai indulatokat és emiatt az orvosi működést alapjában érintő jogszabály-módosítást idézett elő. Kötelező jellege hátrányosan érintette az idős vagy megromlott egészségi állapotuk ellenére is tovább dolgozókat, ezzel is növelve az üres praxisok számát. Máig is tisztázatlanok a kötelezettség alóli mentesség feltételei [25].

Az utánpótlás hiányának legfontosabb oka, hogy a fiatal orvosoknak nem vonzó ez a pálya. A háziorvostani szakvizsgát tett orvosoknak csak közel fele vállal önálló praxist, a többi inkább az idősebbek helyettesítésében látja a (rövid távú) perspektívát, vagy más szakterületen akar továbbdolgozni, esetleg külföldre készül, bár már közel sem olyan arányban, mint korábban [17]. Háziorvostani szakvizsgát 2010–2015 között 929-en, 2016–2022 között 777-en tettek, 2025 végéig további 347 friss szakorvos kapott oklevelet, tehát 15 év alatt összesen 2053-an [26, 27].

A hazai négy orvosképző egyetemi karon az utóbbi években történt sikeres szakvizsgák számát a 2. táblázat mutatja be [27].

Nemcsak az orvosi, hanem a szakdolgozói kar is elöregedett, ezernél több szakdolgozó (ápoló, adminisztrátor) hiányzik a mostani rendszerből. Kicsi az egy praxisra jutó szakdolgozók aránya, ezen belül alig van diplomás ápoló [18].

Új jogszabályi kezdeményezés, hogy – felmenő rendszerben – minden, szakképzésben részt vevő rezidensnek kötelező lesz 3 hónapot háziorvosi rendelőben eltöltenie, hogy képet kapjon az alapellátás működéséről. Mérésékelt a remény arra, hogy néhányuknak vonzóvá válik majd a háziorvosi szakma [17]. Ideális esetben a frissen szakképesítést szerzett háziorvostani szakorvosoknak

2. táblázat | A négy orvosképző karon letett sikeres háziorvostani szakvizsgák száma [27]

Egyetem Év	DE	PTE	SE	SZTE	Összesen
2022	24	34	17	26	101
2023	31	49	43	11	134
2024	25	32	35	17	109
2025	28	38	25	13	104

DE = Debreceni Egyetem; PTE = Pécsi Tudományegyetem; SE = Semmelweis Egyetem, Budapest; SZTE = Szegedi Tudományegyetem

kellene pótolniuk a kilépőket/kiesőket. Ez azonban nem történik meg.

Az Európában rövidnek számító hároméves háziorvostani szakorvos (rezidens) képzésen kívül lehetőség van a betöltetlen praxisok ellátását elvállaló, háziorvostani szakvizsgával nem rendelkező orvosok számára is a belépésre felnőtt vagy vegyes típusú háziorvosi körzetekben és a szakvizsga későbbi letételére, egyéni képzési terv alapján (*Praxis I. Program*). Más (a 4/2000. [II. 25.] EüM rendeletben nevesített) szakmákban szakorvosi képesítéssel rendelkezők is beléphetnek a rendszerbe, vállalhatnak háziorvosi állást, szintén egyéni képzési terv alapján (*Praxis II. Program*). A háziorvosi munka mindkét formában szakmai felügyelet alatt végezhető. Ezeket a lehetőségeket közel 20 éve vezették be, a már akkor is prognosztizálható hiány pótlására. Házi gyermekorvosi praxist csak gyermekgyógyász szakorvos vehet át. Ötéves szakképzésük során külön ösztöndíjat vehet igénybe az, aki vállalja az alapellátási munkát.

A szakorvosi képzésben részt vevő rezidensek száma a 3. táblázat szerint alakult az elmúlt időszakban.

3. táblázat | A szakorvosképzésbe belépettek száma (évenként) rezidens-, praxisprogramban részt vevők (folyamatosan). [Forrás: tanszéki adatok]

Egyetem	A felvett rezidensek száma							Képzésben lévőek	
Év	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Praxis I.	Praxis II.
DE	17	18	26	25	13	24	17	2	76
PTE	4	17	17	24	11	18	7	22	110
SE	27	38	41	43	46	51	50	3	18
SZTE	23	11	15	19	14	23	11	2	9

DE = Debreceni Egyetem; PTE = Pécsi Tudományegyetem; SE = Semmelweis Egyetem, Budapest; SZTE = Szegedi Tudományegyetem

A családorvostan helye az egyetemi oktatásban, graduális képzés

A háziorvosi szakma presztízsének kiépítése már az egyetemi képzésben elakad, hiszen – a többi klinikai szakmával összevetve – csak kevés gyakorlati óraszám van lehetőségük a hallgatóknak a szakma megismerésére, ráadásul egyetemenként ez is eltérő. Addig, amíg nem lesz vonzóbb a graduális képzés, nem lehet számítani több jelentkezőre rezidensnek.

Az alapellátásra orientálódást az orvostanhallgatók általában már az utolsó tanéveikben eldöntik. Ez korábbi egyéni, esetleg családi motiváción vagy az egyetemi képzés során szerzett tapasztalatokon alapul. A négy orvosképző karon a családorvoslás tantárgy keretében történő kötelező elméleti oktatási (előadás, szeminárium) óraszámokat, illetve az alapellátáshoz kapcsolódó szabadon választható tárgyakat a 4. táblázat tartalmazza. Az oktatási óraszám nagyjából azonos az idegen nyelvű képzésekben is.

4. táblázat | A családorvoslás helye és időtartama a graduális képzésben. *Kötelező* óraszámok, illetve szabadon vagy kötelezően *választható* kurzusok. [Forrás: tanszéki adatok]

Egyetem	Kötelező kreditek				Fakultatív kreditek		
	Évfolyam	Elméleti óraszám	Évfolyam	Gyakorlati óraszám	Téma	Évfolyam	Óraszám
DE	V.	12 (szeminárium)	IV.	30 (1 hét)	Négyféle kurzus (szabadon választható)	V.	20
PTE	V.	14 (4 előadás, 10 szeminárium)	VI.	60 (2 hét)	Többféle kurzus (szabadon választható)	V.	
SE	IV.	20 (4 előadás, 16 gyakorlat)	VI.	30 (1 hét)	Bevezetés a betegellátásba (<i>kötelezően</i> választható)	I.	28
					Mentorprogram (szabadon választható)	II. III.	28
					Komplementer medicina (szabadon választható)	IV.	12
					Kínai orvoslás (szabadon választható)	III.	12
					6 hetes gyakorlat (szabadon választható)	VI.	6 hét
SZTE	IV.	28 (előadás)	VI.	30 (1 hét)			

DE = Debreceni Egyetem; PTE = Pécsi Tudományegyetem; SE = Semmelweis Egyetem, Budapest; SZTE = Szegedi Tudományegyetem

Finanszírozás

A háziorvosokat is érintette a 2021. évi jelentős orvosi béremelés, de a korosztályos bérnek csak a 70–90%-át kapják *bértámogatás* formájában, attól függően, hogy tagjai-e valamilyen formájú praxisközösségnek (kollegiális, szoros, konzorcium) vagy sem. Hasonlóan, az egészségügyben eltöltött munkaévek alapján jár *bértámogatás* a szakdolgozók (körzeti nővér, ápoló) után is. Ez jelenleg az alapellátás éves költségvetésének közel felét jelenti. Az idén az ügyeleti ellátásra fordított díj közel megtriplázódott, ebben nyilván infrastrukturális fejlesztések is

lehetnek. Ezeket figyelembe véve látható, hogy a költségvetés nem követte az utóbbi évek inflációját.

A második legjelentősebb elem a korábban *kártyapénznek* nevezett *teljesítménydíj*, amely a praxisba bejelentkezettek létszámának, életkori megoszlásának és az orvos szakképesítésének szorzójából képződik. A forint/pont értékhatár után ez már alig (mindössze négyzetgyökével) növekszik, ha eléri az ún. *degressziós* küszöböt. Ez főleg a nagy létszámú praxisoknál jelent problémát, ahol több szakdolgozó, de akár részállású orvos is segíthetne [17].

5. táblázat | A háziorvosi finanszírozás jogcímenkénti bontásban, 2019–2025 (M Ft)

Év	Fix díj (hajléktalan- ellátással)	Területi pótlék	Rezsitá- mogatás	Kiegészítő díj	Teljesít- ménydíj	Jogvi- szony-ellen- őrzés + 50 Ft	Bér- támogatás	Praxis- támogatás	Indikátor- elszámolás	Eseti díj	Ügyelet	HSZ. ÖSSZESEN
2019	21 291	2 590	39 592	0,2	5 509	2 686			7 299	512	10 168	139 536
2020	21 262	2 584	39 596	221	5 502	2 769			7 298	524	10 167	139 531
2021	22 701	2 577	39 613	326	51 881	2 877	71 232		7 312	462	12 650	212 311
2022	23 166	2 563	39 554	346	51 046	2 938	104 309		7 296	523	13 148	245 316
2023	9 501	640	39 527	1 589	51 701	2 847	119 285	2 768	22 153	507	12 839	263 388
2024	5 994	0,0	39 508	397	51 124	2 855	118 449	11 804	27 102	523	12 852	270 639
2025	6 405	0,0	39 413	589	50 578	2 884	117 833	12 861	28 404	545	35 420	295 363

A táblázat nem tartalmazza a TEK nélküli praxisok kifizetéseit, a jogviszony-ellenőrzés elmulasztása miatti visszavonásokat és az alapellátási tevékenység támogatásának oszlopait, de a végösszeg ezeket is tartalmazza [24]

TEK = területi ellátási kötelezettség

6. táblázat | Az alapellátásban jelentett betegellátási események száma, azok helyszíne és jellege [24] (a szűrőként való jelentést 2021-ben kezdték el)

Betegellátási események	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Rendelőben	62 892 416	57 924 895	59 774 394	58 058 819	57 913 693	57 170 057	56 593 676
A beteg lakásán*	972 022	670 225	503 396	491 243	494 856	460 059	419 427
Tanácsadóban*	622 290	615 379	612 302	616 080	623 367	566 287	528 484
Egyéb helyen	69 519	116 348	170 412	191 932	206 136	252 324	278 622
Baleseti ellátás a helyszínen	4 578	6 893	12 318	14 561	14 431	14 371	16 267
Telemedicinális ellátás	0	2 976 453	9 050 664	11 472 592	10 526 822	11 462 991	13 351 498
Háziorvosi ellátási események összesen	64 560 825	62 310 193	70 123 486	70 845 227	69 779 305	69 926 089	71 187 974
Szűrővizsgálatok							
A szűrőként lejelentett ESETEK száma	1 260 650	927 976	904 722	899 980	2 451 218	1 931 389	1 928 471
Ezen belül: Szoros praxisközösség	0	0	378 923	424 050	1 304 085	1 109 225	1 172 815
Ezen belül: Kollegiális praxisközösség	0	0	392 467	376 775	908 716	623 331	563 721
Ezen belül: Egyéb	1 260 650	927 976	133 332	99 155	238 417	198 833	191 935
A szűrőként lejelentett BETEGEK száma	1 001 790	735 693	701 284	685 709	1 813 909	1 406 056	1 419 768
Ezen belül: Szoros praxisközösség	0	0	285 704	310 740	954 663	800 178	848 225
Ezen belül: Kollegiális praxisközösség	0	0	310 640	298 589	686 993	465 557	422 173
Ezen belül: Egyéb	1 001 790	735 693	110 673	82 274	190 277	153 986	149 370

*Jellemzően a házi gyermekorvosi hálózatban

7. táblázat | A háziorvosi ügyeletben ellátott ügyeleti esetszámok alakulása az új rendszer bevezetése óta [29]

Év	Összes ellátás	OMSZ-ügyeletben ellátottak
2023	850 000	287 090
2024	941 978	878 831
2025		930 672

OMSZ = Országos Mentőszolgálat

Ugyancsak történtek kezdeményezések a háziorvosok finanszírozásában már egyre jelentősebb részesedést (10–15%-ot) képviselő *indikátorrendszer* átalakítására, amelynek paramétereit nemcsak a háziorvos munkája, hanem sok egyéb, rajta kívül álló tényező (beteg-együttműködés, egészségértés, gyógyszerkiváltási hajlandóság) is befolyásolja, ugyanakkor figyelmen kívül hagyja az ajánlott terápiák közül a felírni elvárt, de nem támogatott gyógyszereket. Ez a rendszer 15 éves, és ezalatt csupán minimális, a realitásokhoz alig közelítő változások történtek benne [15].

Szintén a rendszer része a *népegészségügyi szűrővizsgálaton* való részvétel, amelynél a háziorvosnak többnyire nincs információja páciense behívásáról, így ráhatása sem lehet a megjelenésre. Ezek eredményessége a rájuk elköltött sok milliárd forint ellenére is nagyon alacsony szintű. Az emlőszűréseken a behívott asszonyoknak még a fele sem jelenik meg, a méhnyak- és vastagbélszűrések részvétele 10–20% körüli [28].

Az indikátorok költségvetési kasszája zárt, így amit az indikátoralapú finanszírozás a jelen formájában többletként ad a jobban teljesítőknek, azt a többiekől veszi el, ráadásul a teljesítési elvárások is vitatottak. Időszerű lenne az indikátorok körének objektív módon mérhető elemekkel (például célérték elérése) történő meghatározá-

sa, a kassa nyitottá tétele és teljesítményfinanszírozási elem (a működést biztosító alapfinanszírozáson felüli) bónuszként való megjelenése a rendszerben [22, 28].

2008-ban jelent meg a háziorvosi finanszírozásban a páciens – járulékfizetése vagy jogszabályi mentessége alapján – biztosított *jogviszonyának ellenőrzése*. Ennek (50 Ft/eset) díja azóta sem változott. A más praxisok betegeinek ellátása után *eseti díjként* kifizetett összeg (600 Ft/eset), szintén bő évtized óta változatlan.

Viszonylag új elem a *rezsitámogatás*, de ez egységes, függetlenül a valós költségektől. Van, akinek ez többletet jelent, más praxisoknál meg a valós költségeknél is kevesebb.

Az egészségügy költségvetéséből a NEAK által kifizetett alapellátási finanszírozás komponenseit az 5. táblázat tartalmazza [24].

Tevékenység, kompetenciák

A háziorvosi betegforgalmi adatok magasak, bár a COVID-pandémia során megjelent telemedicinás ellátás aránya egyre nő. Ez a gyakorlatban telefonos, e-mailes konzultációt jelent, esetleg csak gyógyszerfelírást. Az alapellátásban ellátott, egyre növekvő eset- és betegszámokat a 6. táblázat mutatja be [24].

Alapellátási ügyelet

2023-ban indult és 2024 végére vált országosan teljessé az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) által működtetett új háziorvosi ügyeleti rendszer, amelyben alapvetően háziorvosok, kisebb számban más szakmák szerződött orvosai, illetve mentőtisztek dolgoznak [25]. Az ügyeleti esetszámok alakulását a 7. táblázat mutatja be [29].

8. táblázat | A háziorvosok általi beutalások a járóbeteg-szakellátásba, azok aránya az országos adatokkal összevetve, a laboratóriumi vizsgálatok utáni kifizetés (M Ft)

Járóbeteg-szakellátási adatok, 2019–2025							
Időszak	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hasi UH-beavatkozások száma*	2 459 021	1 827 386	2 052 170	2 262 319	2 433 750	2 382 837	2 548 959
Hasi UH-esetszám (házi orvos által beküldött)	617 183	436 845	484 404	527 956	554 047	536 865	559 127
Hasi UH-esetszám (összes)*	5 674 811	4 242 390	4 589 349	5 061 243	5 405 625	5 433 889	5 656 792
Laboratóriumi mintaszám (házi orvos által beküldött)*	6 664 084	4 951 810	5 353 942	5 741 154	6 086 840	5 948 023	5 994 827
Laboratóriumi mintaszám (összes)*	14 805 253	11 637 779	12 050 915	12 960 893	13 699 308	13 874 481	14 030 133
Laboratóriumi kifizetés (M Ft)	9 301	8 521	9 373	9 504	10 015	10 679	12 564
Röntgenbeavatkozások (házi orvos által beküldött)	1 388 491	887 433	1 059 340	1 257 400	1 334 130	1 446 442	1 491 975
Röntgenbeavatkozások (összes)	6 680 997	4 820 571	5 195 961	5 950 965	6 295 859	6 505 596	6 740 393

UH = ultrahang

*Az eset és betegszám eltér

Szakmai kompetenciák

A háziiorvosi rendszer 1992. évi bevezetése után sok, egyéb szakképesítéssel rendelkező orvos is belépett a rendszerbe. Azóta van szó a korábbi szakvizsgáikhoz köthető kompetenciák használhatóságáról a *gyógyszerfelírás* és beutalás vonatkozásában. Ennek a generációnak a nagy része azóta nyugdíjba is ment. Egy, a körzetben dolgozó belgyógyász szakorvos végzettségű háziiorvosnak kisebb a szakmai kompetenciája, mint a kórházi osztályon dolgozó kollegájának. Időközben sokan szereztek egyéb irányú *licence*-képzést, elsősorban a diabetológia, de a hipertonia és a lipidanyagcsere-zavar gondozásának területén is. A megszerzett ismeretek birtokában sincs több szakmai lehetőségük, mint kevésbé motivált kollégáiknak [17]. A tavaly év végén megjelent 51/2025. (XII. 22.) BM rendelet némileg bővítette a gyógyszerfelírás és beutalási lehetőségeket, valamint egyes szakorvosi javaslatok érvényességét. Ez azonban még mindig messze van az átlagos európai háziiorvosi kompetenciáktól.

A háziiorvosok *beutalási* kompetenciája is korlátozott. Jogosultak radiológiai (röntgen-), illetve ultrahangvizsgálatra utalni, de nincs jogosítványuk CT-t vagy MRI-t kezdeményezni. Gyakori, hogy a röntgenvizsgálaton talált gyanús elváltozás miatt a drágább képalkotó vizsgálatra való utalásért keresni kell másik szakorvost, így is nyújtva a betegutakat.

A laboratóriumi vizsgálatoknál is korlátozott a háziiorvosok által elérhető vizsgálatok köre, ugyanakkor sok felesleges vizsgálatot is kérnek a beteg kényelmi okai miatt. *(Csak egyszer szúrjanak meg!)* A háziiorvosok által történt vizsgálatra utalások számát és ezek részarányát az országos vizsgálatokhoz képest a 8. táblázat mutatja be. Az adatokból látható, hogy a hasi ultrahangvizsgálatok kb. 10%-át, a röntgenvizsgálatok kb. 20%-át, a laborvizsgálatok kb. felét a háziiorvosok kérik.

Kommunikáció, információáramlás

Ez rendszerszintű problémát jelent. A mai informatikai lehetőségek mellett elvárás lenne a szakma részéről a megfelelő tájékoztatás. Országos módszertani intézet hiányában a háziiorvosok csak esetleges tájékoztatást kapnak, hol a NEAK-tól, hol a Kormányhivatal Népegészségügyi Osztályától (az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat [ÁNTSZ] jogutóda) a tőlük elvárt feladatokról. Nem várható el a háziiorvostól, hogy „salátatörvényeket” vagy a *Magyar Közlönyt* böngéssze, hát ha jut neki információ. Célszerű lenne egy rendszeres hírlevél, amely az aktuálisan megjelent jogszabályok alapján a háziiorvosok feladatait röviden és közérthetően leírná, és ennek csak egy melléklete lenne maga a jogszabály [17].

Megbeszélés

A politika legnagyobb mulasztása a koncepcionális, választási ciklus(ko)n túlmutató tervezés hiánya. A szakemberek tapasztalatait, szellemi potenciálját nem veszik igénybe, ütemezett műhelymunka helyett többnyire kapkodás folyik. A lakosság az aktívabb, egészségesebb életmód helyett inkább orvosságot kér, vizsgálatot követel, így Magyarországon a szükségesnél sokkal több és folyamatosan nő az orvos-beteg találkozások száma, amely évente átlagosan 8–9 alkalmat jelent az alapellátásban. Ebben a háziiorvosok leszűkített gyógyszerfelírási jogosultsága, a szakrendelésekre való beutalás igénye miatti megjelenés is közrejátszik [16]. A háziiorvosi ellátásban még mindig a panaszvezérelt orvos-beteg találkozási események dominálnak, nem pedig a tervezett, szűrősgondozás alapú ellátások [18]. Általánosságban régóta igaz, hogy a háziiorvosok többet adminisztrálnak, mint gyógyítanak, a prevencióra pedig sem idejük, sem motivációjuk nincs [11].

A korábbi években jelentős költségeket terveztek az alapellátás minőségének javítására, de ezek a pénzügyi források az Európai Unió politikai eredetű szankciói miatt elmaradtak. Főleg ezért nem történt lényegi előrelépés az öt éve létrehozott praxisközösségek valódi szakmai tevékenységének megindításában sem. Ezekben jellemzően csak formális szűrések történtek. A praxisközösségek hatékony működése komoly kihasználatlan lehetőségeket jelent. Itt az alapellátó orvosokon kívül együtt tudnának dolgozni a praxis jelenlegi szakdolgozói, kibővülve más szakemberekkel (dietetikus, mozgásterapeuta, gyógytornász, pszichológus, prevenció szakember), akiknek a munkáját menedzser és koordinátor támogatná. A hasonló struktúra már bizonyított a bő évtizeddel ezelőtti, ún. „svájci” modellprogramban, amely szintén a kiapadt pénzügyi (pályázati) források miatt nem vált országossá [28]. A praxisközösségi rendeléseket jól támogatnák bizonyos (részállású vagy szerződéses) szakorvosok (fogorvos, nőgyógyász, ultrahangot végző radiológus), de itt tudnának hasznosulni a különböző, a kollégák által már megszerzett *licencek* (diabetológia, hipertonia, obezitológia, életmóddorvostan stb.) is [30]. Kitűnően be lehetne vonni az ellátásba a megfelelő szakmai kompetenciákkal rendelkező kiterjesztett hatáskörű ápolókat (APN-ek), akik eddig a finanszírozás hiánya miatt nem tudtak itt (állás)helyet találni [31].

Nyilván nagyon sok város és főleg kistéleptülés van, ahol nem jöhetne létre praxisközösség, maradna az „1 orvos, 1 nővér” modell vagy a nagyon hátrányos, régóta orvoshiányos helyeken akár a mobil telemedicina egység. Ilyenek már évek óta sikeresen működnek, egyelőre csak projektjelleggel [32]. Sajnos a vidéki emberek hátrányosabb helyzetű nemcsak az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségében, hanem más infrastrukturális lehetőségek korlátozottabb voltában is meg nyilvánul.

Már országosan több helyen is lehetővé vált, hogy a háziorvosok a helyi önkormányzati, illetve más sport-egyesületi infrastruktúráknak a betegek általi igénybevételére „beutalót” adjanak [33]. A praxisközösségekben – egyelőre csak pályázati módon – lehetővé vált bizonyos népbetegségek szisztematikus szűrése és gondozása, de ezek országos kiterjesztésére is szükség lenne, megfelelő módszertani támogatás mellett [34, 35]. Hasznos szereplője a rendszernek a védőnői hálózat, amelyet ismét vissza lehetne csatolni a házi gyermekorvosokhoz, illetve az önkormányzatokhoz [36]. Az egységes és magas színvonalú szakmai munka támogatására újra létre kellene hozni a 2015-ben bezárt alapellátási szakmai módszertani intézetet, amelynek hiánya a COVID-pandémia időszakában vált látványossá.

A legfontosabb azonban az egészségügy költségvetésében jelentősen megemelt többletforrások biztosítása és ezek koncepcionális elosztása. A háziorvosi indikátorok pénzügyi forrásai növelhetők lennének a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGyK) által szervezett népegészségügyi szűrések költségeinek átcsoportosításával. Tapasztalataik alapján a direkt meghívás jelenleg Magyarországon még nem alkalmazható költséghatékonyan, hiszen a kiküldött páciens-egységcsomagoknak, valamint a posta költségeinek a 90%-a kárba vész [37]. Ha mindezt a háziorvos koordinálná, megfelelő informatikai támogatással, akkor sokkal hatékonyabbá válna, néhány év múlva a népegészségügyi mutatókban is látható lenne [38].

A háziorvosi rendszer problémái a jelenlegi logikai-szakmai-jogszabályi keretek között nem oldhatók meg, modellszintű változásra van szükség [19]. Ezeket megfelelő előkészítés és egyeztetés után kizárólag szakmai és nem politikai alapon kell megtervezni. A hibás finanszírozás és szerkezet változásra szorul. Ez mindenképpen lényegesen több forrás bevonását igényli, aminek alapja akár az egészségbiztosítás rendszerének újragondolása is lehetne, beleértve az állami és a magánellátás újfajta partnerségét, világos szabályozás mellett [39].

A magyar alapellátás humán erőforrás-helyzetének javítása változtatásokat igényel az orvospérezés curriculumában és a szakorvospérezésben egyaránt. A fiatalokat távol tartó elemeket, a más szakmáknál kisebb bért és a nagyobb adminisztratív terhelést javítani szükséges. A kompetenciák növelése fontos, és ennek finansziális konzekvenciái akár pilotjelleggel is modellezhetők lennének.

A hat éve leírtak ma is aktuálisak, de már többet tudunk a lehetséges megoldásokról [16]. Magyarország megérdemel egy jól működő, fejlettebb alapellátási rendszert, nagyobb részarányal a költségvetésből, amelyből biztosítani lehet a megfelelően képzett szakemberek elismerését, szakmai utánpótlásukat, a munkájukat támogató feltételrendszer kialakítását.

Anyagi támogatás: A dolgozat megírása nem részesült anyagi támogatásban.

A szerző a közlemény végső változatát elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

Köszönetnyilvánítás

Köszönet illeti a szakmai adatok átadását engedélyező vezetőket és az azokat rendszerező munkatársakat a NEAK, az NNGyK, a MOK, az OKFÓ és az OMSZ szervezeteiben. Hálas vagyok a négy, egyetemi alapellátási profilú intézet vezetőinek és munkatársainak a megküldött számadatokért.

Irodalom

- [1] Starfield B. Public health and primary care: a framework for proposed linkages. *Am J Public Health* 1996; 86: 1365–1369.
- [2] Schäfer WL, Boerma WG, Kringos SD, et. al. Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary health care in 35 countries. *Qual Prim Care* 2013; 21: 67–79. Erratum: *Qual Prim Care*. 2013; 21: 205.
- [3] Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*. 2010; 11: 81.
- [4] Rurik I. Options and imaginations in primary care prevention. [Lehetőségek és elképzelések az alapellátási prevencióban. Háziorv Szle. 1998; 5(1): 9.] [Hungarian]
- [5] Rurik I. Targets, shots, failures. [Célok, lövések, baklövések.] *Med Anonym*. 2001; 9(3): 6–9. [Hungarian]
- [6] Rurik I. Could be planned the turnover of patients? [Tervezhető-e a betegforgalom?] *Med Anonym*. 2004; 12(6): 6–7. [Hungarian]
- [7] Rurik I. Opinion about the „Safety and Partnership” project. [Vélemény a „Biztonság és Partnerség” című programról.] *Med Anonym*. 2008; 16(7–8): 6–7. [Hungarian]
- [8] Rurik I. Diagnostic primary care 2009. [Háziorvosi diagnosztika 2009.] *Med Anonym*. 2009; 17(1): 5–6.
- [9] Rurik I. Problems and seeking for solutions in family medicine. [Gondok és útkeresés a háziorvoslásban.] *Orv Hetil*. 2009; 150: 1615–1622. [Hungarian]
- [10] Rurik I. Family medicine-diagnoses in 2010. [Háziorvoslás-diagnózis, 2010.] *Med Anonym*. 2010; 18(9–10): 4–5. [Hungarian]
- [11] Ádány R, Bugán A, Bíró K, et. al. Contextual structural and financial reforms of primary health care as a tool for improving public health. [Az alapellátás tartalmi, strukturális és finanszírozási átalakítása, mint a hazai népegészségügyi helyzet javításának eszköze.] *Népegészségügy* 2009; 87(2): 117–122. [Hungarian]
- [12] Rurik I. Primary care at basic level 1. [Alapellátás: alapfokon 1.] *Med Anonym*. 2013; 21(1–2): 4–5. [Hungarian]
- [13] Rurik I. Primary care at basic level 2. [Alapellátás: alapfokon 2.] *Med Anonym*. 2013; 21(3): 4–6. [Hungarian]
- [14] Rurik I. Who could provide better care? [Alaposabb ellátást! De kivel?] *Heti Világgazdaság* 2014; 35(16): 72–73. [Hungarian]
- [15] Kolozsvári LR, Rurik I. Quality evaluation of primary care service performance. What are the problems with the recent Hungarian primary care indicators? [A háziorvosok teljesítményének minőségi értékelése. Mi a probléma a háziorvosi indikátorokkal?] *Orv Hetil*. 2016; 157: 328–335. [Hungarian]

- [16] Rurik I. Primary care and providers in Hungary, 2018. [Alapellátás, alapellátók Magyarországon, 2018.] Orv Hetil. 2019; 160: 926–935. [Hungarian]
- [17] Rurik I. Position of the Hungarian primary care at the end of 2025. [A magyar alapellátás helyzete 2025 végén.] Orvostovábbk Szle. 2026; 33(1): 9–13. [Hungarian]
- [18] Kincses Gy. Primary care 2.1. Past medical history and status. [Alapellátás 2.1. Anamnézis és státusz.] Lege Artis Med. 2025; 35: 31–41. [Hungarian]
- [19] Kincses Gy. Primary care 2.1. Therapeutic recommendations. [Alapellátás 2.1. Terápiás javaslatok.] Lege Artis Med. 2025; 35: 199–206. [Hungarian]
- [20] Governmental Decision No. 1208/2011. (VI. 28.) about tasks related to the health care restructuring and actions described in the Semmelweis Plan. [1208/2011. (VI. 28.) Kormányhatározat a Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről.] Magyar Közlöny 2011; 71 szám: 15268–15270. [Hungarian]
- [21] Balogh S. Where and how, primary care? Workflow optimization? Subjective opinion about the past 25 years. [Merre, hogyan tovább alapellátás? Működés optimalizálás? Az elmúlt 25 évről szubjektíven.] Med Univ. 2016; 49: 151–156. [Hungarian]
- [22] Hungarian Medical Chamber. Acute problems and solutions of primary care managed by general practitioners. 20 February, 2025. [Magyar Orvosi Kamara. A háziorvosi ellátás akut problémái, megoldási javaslatok. 2025. február 20.] Available from: www.mok.hu (accessed: 15 November 2025). [Hungarian]
- [23] www.neak.gov.hu (accessed: 1 March 2026) [Hungarian]
- [24] National Health Insurance Fund Administration. Data based on cases, 14. 02. 2026. [NEAK eseti adatkérés, 2026. 02. 14.] [Hungarian]
- [25] Svéd T. Primary care duties. History of transformation and analysis. [Alapellátási ügyletek, az átalakítás története és helyzet-elemzés.] Orvostovábbk Szle. 2026; 33(1): 23–26. [Hungarian]
- [26] National Directorate General for Hospitals. Data based on cases, 2023. [OKFŐ eseti adatkérés, 2023.] [Hungarian]
- [27] National Directorate General for Hospitals. Data based on cases, 30. 01. 2026. [OKFŐ eseti adatkérés, 2026. 01. 30.] [Hungarian]
- [28] Sándor J, Kósa K, Fürjes G, et al. Public health services provided in the framework of general practitioners' clusters. Eur J Public Health 2013; 23: 530–532.
- [29] National Ambulance Service. Data based on cases, 31. 03. 2026. [OMSZ eseti adatkérés, 2026. 03. 31.] [Hungarian]
- [30] Rosta L. Diabetes care at primary care level. [A diabéteszgon-dozás helyzete az alapellátásban.] Orvostovábbk Szle. 2026; 33(1): 41–45. [Hungarian]
- [31] Újváriné SA, Karamánné PA, Zrinyi M, et al. Development of the education of advanced practice nurses (APN), international perspectives, integration into primary care. [A kiterjesztett hatáskörű ápoló (advanced practice nurse – APN), közösségi szakápoló fejlődése, nemzetközi perspektívái, hazai bevezetése az alapellátásban.] Orvostovábbk Szle. 2026; 33(1): 27–33. [Hungarian]
- [32] Eörsi D, Perjés Á. Telemedicine in remote settlements. [Tele-medicinális egészségügyi ellátás a felzárkózó településeken – Innováció, esélyteremtés és tapasztalatok a Naszlady Attila Egész-ségfejlesztési Programban.] Orvostovábbk Szle. 2026; 33(1): 34–39. [Hungarian]
- [33] Ádámné VK, Paulik E, Babai LI, et al. „Prescribed physical activ-ity”, making easier the recommendations of family physicians. [„Mozgás receptre” program a háziorvosi mozgásajánlás haté-konyabbá tétele érdekében.] Orvostovábbk Szle. 2026; 33(1): 46–50. [Hungarian]
- [34] Móczár Cs, Dózsa K, Békássy Sz, et al. Description of pro-grammes to manage chronic morbidities. [A krónikus beteg-ségmenedzsment programok bemutatása.] Orvostovábbk Szle. 2026; 33(1): 15–22. [Hungarian]
- [35] Galvács H, Mongel I, Dózsa K. Morbidity and mortality indica-tors of diabetic peripheral artery vascular patients in a general practice. [Diabeteses perifériás artériás érbetegek morbiditási és mortalitási mutatói egy családorvosi praxisban.] Orv Hetil. 2025; 166: 913–920. [Hungarian]
- [36] Soósné KZs, Sebők Z, Schmidt P. Changes in a child protection work of doctors, health visitors and health professionals, recom-mendations for the future work. Study on the occasion of the 110th anniversary of the Health Visitor Service. [Változások az orvosok, védőnők és egészségügyi szakemberek gyermekvédelmi munkájában, ajánlások a további munkához. Tanulmány a Védő-női Szolgálat 110 éves évfordulója alkalmából.] Orv Hetil. 2025; 166: 1391–1400. [Hungarian]
- [37] National Centre for Public Health and Pharmacy. Main results of the Complex Public Health project. Final summary. [A „Kom-plex népegészségügyi szűrések” kiemelt projekt főbb eredményei. Zárókiadvány.] Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Budapest, 2023. december. [Hungarian]
- [38] Rurik I. Organized public health screening in the primary care. [A szervezett népegészségügyi szűrések és az alapellátás.] Orvos-továbbk Szle. 2026; 33(1): 51–53. [Hungarian]
- [39] Kóka J. Renewal of the health care: a program in 10 points, and 10 thousand billions. [Az egészségügy megújításának 10 pontos, 10 ezer milliárdos programja.] [Hungarian] Available from: https://weborvos.hu/archivum/egeszsegpolitika/az-egeszseg-ugy-megujitasanak-10-pontos-10-ezer-milliardos-program-ja-288509/ (accessed: 10. 03. 2026). [Hungarian]

(Rurik Imre dr.,
e-mail: Rurik.Imre@semmelweis.hu)