

JELLEN ÉS KÖZELJÖVŐ AZ ALAPELLÁTÁSBAN

Vázlatos problématerkép és jövőkép

Magyar Orvosi Kamara

(Háziorvosi Szakmai Tagozat, Diplomások Területi Szervezete, Fogorvosok Területi Szervezete)

Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

Magyar Orvosok Szakszervezete

Független Egészségügyi Szakszervezet

Magyarországi Mentődolgozók Szövetsége

Orvosegyetemek Szakszervezeti Szövetsége

MOK Informális Egészségügyi Kerekasztal

Budapest

2026.



Tartalomjegyzék

<i>Bevezetés.....</i>	<i>2</i>
<i>Célok és általános javaslatok</i>	<i>5</i>
<i>Alapvetések – peremfeltételek</i>	<i>7</i>
<i>Problématérkép.....</i>	<i>10</i>
<i>Rövid- és középtávú megoldási javaslatok a háziorvosi és a házi gyermekorvosi ellátásban</i>	<i>13</i>
<i>A krízismenedzsment során megfontolandó tények és célkitűzések.....</i>	<i>13</i>
<i>Megoldási javaslatok.....</i>	<i>18</i>
<i>I. Szakmai ösztönzők és javaslatok.....</i>	<i>18</i>
<i>II. Anyagi ösztönzők és javaslatok</i>	<i>32</i>
<i>III. Képzési ösztönzők és javaslatok.....</i>	<i>41</i>
<i>V. Technikai ösztönzők és javaslatok.....</i>	<i>44</i>
<i>V. Jogi és szabályozási problémák.....</i>	<i>46</i>
<i>A házi gyermekorvoslás speciális kérdései és megoldási javaslatok.....</i>	<i>47</i>
<i>A fogászati alapellátás problématerképe és megoldási javaslatok</i>	<i>55</i>
<i>Azonnali beavatkozást igénylő problématerületek.....</i>	<i>62</i>
<i>Összefoglalás.....</i>	<i>72</i>

Bevezetés

Jelen dokumentum a Magyar Orvosi Kamara (Háziorvosi Szakmai Tagozat, Fogorvosok Területi Szervezete, Diplomások Területi Szervezete), a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, a Magyar Orvosok Szakszervezete és a Független Egészségügyi Szakszervezet, az Orvosegyetemek Szakszervezeti Szövetsége és a Magyarországi Mentődolgozók Szövetségének közös dokumentuma.

Az egészségügyben működő szakmai kamarák és az egészségügyi szakszervezetek fontosnak tartják azt, hogy legyen egy olyan dokumentum, ami ezen szervezetek közös gondolkodása mentén, átfogó szemléletet tükrözve jön létre annak érdekében, hogy az egészségügy fundamentumát jelentő alapellátás jelenlegi helyzetét bemutassa, feltárja a rövid, közép, és hosszú távon megoldandó problémákat, és azokra reális megoldási javaslatokat tegyen.

Az egészség érték. Az egészségügynek ezért mindenkor – kormányzati ciklusokon átívelő módon, politikai irányvonalaktól függetlenül - prioritásnak kell lennie. A jól működő alapellátás a minőségi egészségügy alapja. Megerősítése, fejlesztése elengedhetetlen a jól és hatékonyan működő szakellátásnak és fekvőbeteg ellátáshoz is.

Európában és hazánk egészségügyében is jellemző az általános szakemberhiány. Az alapellátásban dolgozó minden orvos, és szakdolgozó a társadalom számára érték. Az alapellátásban dolgozók társadalmi és a szakmai megbecsültségét, az alapellátás presztízsét növelni kell. Amennyiben meg akarjuk állítani az ágazatra jellemző pályaelhagyást, elöregedést és kiegészítést, akkor olyan megoldásokat kell keresni, amik alkalmasak arra, hogy vonzóvá tegyék a fiatalok számára az alapellátás minden szegmensét.

A problémamegoldás során elsődleges szempont a betegbiztonság, az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés biztosítása és a szakmaiság előtérbe helyezése, a szakmai megoldások keresése. ***Az egészségügyi alapellátás megerősítésének nemzetközi javaslatai a lakóhelyközeli, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló és folyamatos ellátás biztosítására összpontosítanak, melynek célja a preventív szemlélet erősítése és a szakellátás tehermentesítése.***

Az „egy házi orvos – egy ápoló” modell idejétmúlt és nem hatékony. A nemzetközi konszenzus szerint az orvosközpontú modelltől át kell térni a team-alapú, interdiszciplináris együttműködésre, kihangsúlyozva a nem-orvos egészségügyi szakemberek (például ápolók, védőnők, gyógytornászok, dietetikusok és egyéb diplomás szakdolgozók) kompetenciáinak bővítését, a hatáskörök kiterjesztését és az integrált ellátást.

Az alapellátás minden szegmensében elengedhetetlen a jelenleg rendelkezésünkre álló erőforrások felmérése és egy reális kép felvázolása. Azt is szükséges tudni, hogy milyen szerepet szán az ágazatvezetés a jövőben az alapellátásnak az egészségügyi struktúrában. Mik azok a feladatok, amik az alapellátásra hárulnak és mik azok, amik a szakellátásban vagy centralizáltan, a fekvőbetegellátás szintjén valósíthatóak meg. Az alapellátási feladatok körét kompetencia szintek szerint célszerű megosztani az egyes szereplők között, ki kell alakítani a kapcsolódási pontokat, meg kell határozni és szabályozni kell a határterületeket, illetve az egyes szegmensek közötti együttműködés módját is. Szükséges egységes ellátási protokollok létrehozása és ezek alapján a folyamatos visszacsatolás és a minőségbiztosított ellátás körülményeinek megteremtése is.

A feladatokhoz hozzá kell rendelni a szükséges erőforrásokat úgy az infrastruktúra és a működési költségek biztosítása, mint a humán erőforrás tekintetében. Ki kell alakítani a szabályos és minőségi működés XXI. századi logisztikai, technikai, rendelői, tárgyi és eszköz-feltételeit. ***Pontosan fel kell mérni azt a szakdolgozói, orvosi és egyéb dolgozói minimális létszámigényt, amely a biztonságos betegellátáshoz szükséges és képzéssel, átcsoportosítással, rendszerbe hívással meg kell teremteni ennek a feltételeit***

Elengedhetetlen ezen feladatok költségeinek és a bérköltségek inflációkövető és reálértéken történő finanszírozása, és az ehhez szükséges ***azonnali és jelentős mértékű forrás bevonása*** és biztosítása az ágazat szereplői részére.

Olyan kormányzati ciklusokon átívelő és megvalósítható megoldásokat szükséges kidolgozni, amit a mindenkori kormányzat és az egészségügyi ágazatvezetés kiemelt projektként kezel.

Az egészségügyi ágazat vezetése mindenképpen minisztériumi szintet igényel. A jelenlegi, a Belügyminisztérium alá rendelt államtitkárság általi irányítási modell nem hatékony, nem biztosít megfelelő erejű és hatékonyságú szakmai képviseletet, érdekérvényesítő képessége gyenge.

Javasoljuk egy közös munkabizottság, a szakmát, a szak- és szakmapolitikát, valamint az egyéb érintett minisztériumok és államtitkárságok döntési potenciállal rendelkező képviselőit integráló egészségügyi alapellátási „szervezeti egység” létrehozását, amelyik egyszerre kezeli a krízist és ezzel egyidőben előkészít egy konszenzusos középtávú és hosszútávú fejlesztési, átalakítási programot.

Célok és általános javaslatok

Jelen dokumentumban azon teendők megfogalmazása a célunk, amik rövid-, és a középtávon segítenek abban, hogy az alapellátás működése legalább a minimum szinten biztosított legyen.

Azonnali krízismenedzsment szükséges, ultrarövid-távon, azonnali hatásokat kiváltó intézkedésekkel. A krízis megoldására tett javaslatok nem feltétlenül azonosak a hosszú távon is alkalmazható megoldásokkal.

A rövid-, és középtávú (2-10 éves) irányt meg kell határozni és a krízismenedzsmenttel egyidejűleg el kell kezdeni a szükséges közép- és hosszú távú lépések megtételét ***Rövid -, és középtávon alkalmazható olyan megoldások keresése preferált, amivel a növekvő kiüresedési tendencia megállítható, visszafordítható és a betöltetlen praxisok száma csökkenthető.***

Középtávon a meglévő struktúrákra alapozva, de már a jövő felé elmozdulva lehet és kell párhuzamosságokban, a különböző működési formák egyidejű jelenlétében, illetve hibrid megoldásokban gondolkodni. Elengedhetetlen az alapellátás mihamarabbi vonzóvá tétele a képzések keretein belül a fiatalok számára.

A hosszú távú komplex alapellátási és háziorvosi modell kidolgozása sürgető és elengedhetetlen. A hosszú távú intézkedéseket 10-15-20 éves ütemezéssel egységes és szakmai konszenzuson alapuló koncepció alapján kell megvalósítani és egy fenntartható, nemzetközi szinten is elismert alapellátást létrehozni.

Közép- és hosszú távon alapvető az alapellátás egyes szegmensei közötti kooperáció megteremtése és az alapellátással összefüggő egyéb ágazatok és az egészségügy határterületeinek integratív szemléletű összehangolása. Ide értendők a szociális ellátórendszer, az oktatás, a munkaügy, a közigazgatás, az egyéb hatósági eljárások és az egészségügyi alapellátás határterületei.

Az állam közvetlen szerepvállalása az alapellátás működtetésében az egyik lehetséges és rövid távon pilot projektek segítségével megvizsgálható megoldás. Ennek megvitatása azonban túlmutat e dokumentum keretein.

Alapvetések – peremfeltételek

A Magyar Orvosi Kamara 2024 tavaszán átfogó egészségügyi javaslatot és helyzetképet vázolt fel, amit az ágazat vezetése megkapott és megismerhetett. Ebben az alapellátás és a háziorvosi ellátás azonnali megoldást igénylő problémáit is összefoglaltuk. A problémafelvetések igen jelentős részére két év eltelte után sem született megoldás.

A Magyar Orvosi Kamara 2025 február végén egy olyan javaslatcsomagot dolgozott ki és nyújtott be a Belügyminiszternek, amely az alapellátás akut problémáira világít rá, továbbá iránymutatást nyújt azok megoldására ultrarövid, rövid, és középtávon is. Az ebben felvetett akut problémákra szintén nem született megoldás az elmúlt egy évben.

Az alapellátás rendszerének működőképessége kritikus ponthoz érkezett. A betöltetlen háziorvosi- és házi gyermekorvosi praxisok száma 2025. július elsejére – épp Semmelweis napra – elérte és meghaladta az ezres lélektani határt. A fogorvosi praxisok működtetése is egyre nehezebb, a betöltetlen praxisok száma 250 körül van. Ha nem találunk a tendencia növekedésének megállítására azonnali és hatékony megoldásokat a jelenleg kialakult krízis tovább fog mélyülni.

Az utóbbi években több felmérés is készült a kormányzat részéről, ami az alapellátást és a globális magyar egészségügyet is érinti. Ilyenek voltak a BCG illetve a PWC által készített felmérések és átalakítási tervek, illetve az OKFŐ és a kormányzat részéről érkezett kérdőívek, amik az alapellátás eszközeit, infrastruktúráját, személyi feltételeit mérték fel, vagy praxisközösségi munkáról, a praxisközösségen belül megszerezni kívánt orvosi- és szakdolgozói kompetenciákról szoltak. ***Ezen felmérések eredményeiről a szakma és a kamara sem kapott semmiféle összegzést, visszajelzést. Ezek ismerete jó kiindulási pont lehetne a jövőbeni feladatok, szervezeti átalakítások tervezését és véleményezését illetően.***

A közép- és hosszú távú megoldások keresése előtt véleményünk szerint ***részletes, tudományos módszerekkel elkészített és valós adatokkal alátámasztott sürgős állapotfelmérés szükséges.*** A középtávú és hosszútávú szakmai megoldások megtalálása és sürgős kidolgozása mind a szakma, mind pedig az aktuális ágazatirányítás érdeke.

A krízishelyzet megoldása állami feladat, a döntések és a megvalósítás felelőssége és az intézkedések elmaradásának következménye is az állami irányítást terheli. A kormányzati kommunikációnak ehhez igazodnia kell, azaz nem okolhatja az orvosokat és az egészségügyi dolgozókat a krízishelyzet kialakulásáért.

A MOK, a MESZK és a csatlakozó szakszervezetek kötelességüknek érzik, hogy a krízismenedzsment folyamatában szakmai segítséget nyújtsanak a rövid-, közép-, és hosszútávú feladatok meghatározásához.

A rövidtávú megoldások alapfeltétele, hogy ezek a döntések nem eredményezhetnek további minőségromlást az alapellátásban, nem eredményezhetnek praxiselhagyást, nem okozhatják a még működő praxisok ellehetetlenülését.

A krízismenedzsment célja reálisan - a jelen helyzetben és a rendelkezésre álló idő rövideje miatt - a betöltetlen orvosi, fogorvosi ***praxisok számarányának a csökkentése, az alapellátást jelenleg jellemző ellátási hiány növekvő tendenciájának lassítása lehet.*** Az „ellátási sivatagok” száma és mérete ***nem nőhet tovább.***

Az ellátandó páciensek, és a jelenlegi praxistulajdonos orvosok számára is elsődleges, hogy a javasolt krízismegoldások kidolgozása során ***kizárólag olyan javaslatok fogadhatók el, amelyek nem érintik hátrányosan a jelenleg működő praxisokat, és az ott ellátottak és az abban praktizálók érdekeit nem sértik.*** Ugyanígy, a későbbi, hosszú távú átalakítás során a ***rendszer egyetlen szereplője sem járhat rosszabbul*** (sem jogait, sem gazdasági helyzetét, sem szakmai presztízsét tekintve).

A rövid távon hatékony megoldásokhoz elengedhetetlen jelentős plusz forrás bevonása. Forráskivonást eredményező javaslatot a kamarák és a szakszervezetek semmilyen formában nem tudnak támogatni.

A prevenció hangsúlyozása és megerősítése elengedhetetlen eleme a rendszer megújításának. Lényegesen olcsóbb, mint a gyógyítás, megfelelő alkalmazásával hatalmas anyagi kiadásoktól mentesülünk, az ország pedig jelentős gazdasági haszonra tehet szert. A prevenciós munka elsődlegesen az alapellátásban tud megvalósulni, az alapellátás a társadalom elsődleges találkozási pontja az egészségügyi rendszerrel, így az ide irányított források nagy

hatékonysággal hasznosulnak az emeltebb szintű egészségügyi ellátások igénybevételének elmaradása vagy csökkenése által.

Az alapellátók munkája értéket teremt, egy jól működő, széles jogosítványokkal rendelkező, korszerű irányelvek és ellenőrzött protokollok mentén működtetett alapellátás a modern egészségügy origója.

Problématérkép

A praxisjog elértéktelenedett. A háziorvoslás presztízse jelentősen csökkent.

Az alapellátásban a praxisok túlnyomó része vállalkozási formában működik, ezt a tényt annak minden körülményével és vonzatával együtt szem előtt kell tartani. Ezek a vállalkozások sok szempontból különböznek a KKV szektor profitorientált szereplőitől. Az egészségügyre vonatkozó jogszabályok miatt a valóságban jellemzően inkább kényszervállalkozások, mint versenyképes piaci szereplők. A vállalkozási specifikum a praxisok működésének fenntartásában, a munkáltatói tevékenységekben jelenik meg. Az alapellátás praxisait működtető vállalkozás nincs érdekeltté téve abban, hogy minőségibb munkával több profitot termeljen, hogy a vállalkozás fejlődjön, beruházások történjenek. Közép-, és hosszú távon (felmenő rendszerben), megfontolás tárgya lehet ennek a működési, működtetési formának az átalakítása.

A praxisösszevonás – jelenlegi formájában - nem bizonyult megfelelő és hatékony kríziskezelési módszernek. Kontraproduktív, csökkenti a biztosítottak ellátáshoz történő hozzáférését és túlterheli az ellátásban jelenleg még dolgozókat.

A praxisok inhomogének és igen eltérő sajátosságokkal rendelkeznek (eltérő lakosságszámmal, szociális- és területi adottságokkal, eltérő szakellátói- és klinikai háttérrel, infrastrukturális és személyi feltételekkel). Ezen eltérések és jellemzők miatt nehéz egységesíteni a paramétereket a praxislétszám, a dolgozói létszám, az infrastruktúra és a finanszírozás tekintetében. Az ideális feltételek praxisonként más tartalommal és jelentéssel bírnak.

Az egészségügyet érintő jogszabályváltozások gyorsak, gyakran követhetetlenek, vagy pontatlan jogszabályok, inkoherens rendelkezések születnek. A gyors bevezetést esetenként többszöri elhalasztás követi. A jogforrások egységesítése nem mindig valósul meg, ebből jönnek létre a néha ellentmondásos és emiatt nehezen, vagy nem betartható jogszabályok. A tervezett, új rendelkezések véleményezésére adott idő sok esetben irreálisan rövid, emiatt nem

várható el egyetlen szervezettől, munkacsoporttól sem, hogy szakmailag megalapozott, a szakmai érdekeket egységesen és korrekt módon képviselő véleményt, vagy javaslatot adjon.

A finanszírozási környezet kiszámíthatatlan és tervezhetetlen a praxisok gazdasági működése. Az alapellátásban adható bérek az Eszjtv. alatt dolgozók bérének körülbelül háromnegyedét érik el. A működtetésre (rezsi, fejlesztés, fenntartás) fordítható finanszírozási elemek mértéke nem nőtt, a kártyapénz egy pontra jutó összege évek óta változatlan, az illeték jellegű bevételek összege több mint tíz éve nem nőtt. A finanszírozási elemek aránya az indikátor finanszírozás irányába tolódott. Az indikátor kassza zárt, az ebből adódó bevétel mértéke kiszámíthatatlan. A finanszírozási (és az ebből adódó bérezési) elégtelenség a pályakezdő háziorvosok és a fiatal szakdolgozók számára különösen hátrányos.

Azonnali forrásbevonás és a finanszírozás többszempontú rendezése szükséges. A bővíthető erőforrások közül a leggyorsabban és legkönnyebben bevonható tényező a plusz anyagi eszközök biztosítása lehet.

A gyorsan változó jogi- és gazdasági, illetve finanszírozási környezet miatt tervezhetetlen az alapellátási praxisok működése is. A tervezhetetlenség tovább csökkenti a praxisok értékét, azok betöltése nem vonzó és a fiatalok emiatt sem látnak perspektívát az alapellátásban.

Nem egyértelmű és nem látható pontosan az sem, hogy a kormánzatnak mi a célja a magánellátó intézményekkel és a magánbiztosítók bevonásával az egészségügybe. Az állami ellátás bizonyos kérdéseire csak akkor lehet működőképes megoldásokat találni, ha látjuk azt, hogy a magánegészségügy és az öngondoskodás milyen arányban lesz jelen a rendszerben.

A hiperakut megoldások keresésekor csak a rendszerben már meglévő humán erőforrással (orvos, szakdolgozó) és infrastruktúrával tudunk gazdálkodni. A rendelkezésre álló humán erőforrás mind az orvosi mind a szakdolgozói létszámot tekintve nem elegendő, jelentős hiányok mutatkoznak. Az orvosok, szakdolgozók átcsoportosítása más területekről nem reális megoldás – a szakemberhiány általános.

A praxisközösségek érdemi szakmai tartalom, és annak megvalósításához rendelt források nélküli létrehozása nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. A praxisközösségek jelenleg minimális tartalommal és szakmaisággal működő adminisztratív egységek.

Jelentős mozgósítható erőforrást és gyorsan elérhető lehetőséget jelenthetne a ***valós szakmai tartalommal megtöltött és szakmai érvek mentén megalkotott orvosi és szakdolgozói kompetenciabővítés.***

A szociális ellátórendszer működése nem kielégítő. Funkciójában és kapacitásában sem felel meg azoknak a követelményeknek, amik az ellátási igényeket biztosításához szükségesek.

Ezen hiányosságok nagy része és az abból adódó következmények nagymértékben az alapellátás szintjén jelennek meg problémaként. ***Ebből adódóan az egyébként is túlterhelt alapellátás – és következményesen a szak- és fekvőbeteg ellátás - sok esetben kénytelen a szociális ellátórendszer hiányosságaiból adódó problémákat is feltárni, kezelni és megoldani.***

A szociokulturálisan periférián levő lakosság folyamatos és lakossághoz közeli alapellátása nem megoldott. Az ***urbanizációs trend*** miatt az ilyen településeken nincs orvos, vagy már igen idős orvos dolgozik. ***A fiataloknak nem vonzó a hátrányos helyzetű településeken végzett munka.*** Az ennek ösztönzésére szolgáló motivációs elemek nincsenek beépítve a rendszerbe.

Rövid- és középtávú megoldási javaslatok a háziiorvosi és a házi gyermekorvosi ellátásban

A fejezetben kiemeljük a krízismenedzsment során megfontolandó **tényeket** és **célkitűzéseket**. Ezek eléréséhez vezető **megoldási javaslatokat** 5 fő csoportra osztottuk aszerint, hogy milyen területet érint a felmerülő probléma (szakmai, képzési, anyagi, technikai, jogi és szabályozási). A **házi gyermekorvosi ellátás speciális problémái** a fejezeten belül külön alfejezetben kapnak helyet.

A krízismenedzsment során megfontolandó tények és célkitűzések

Tények

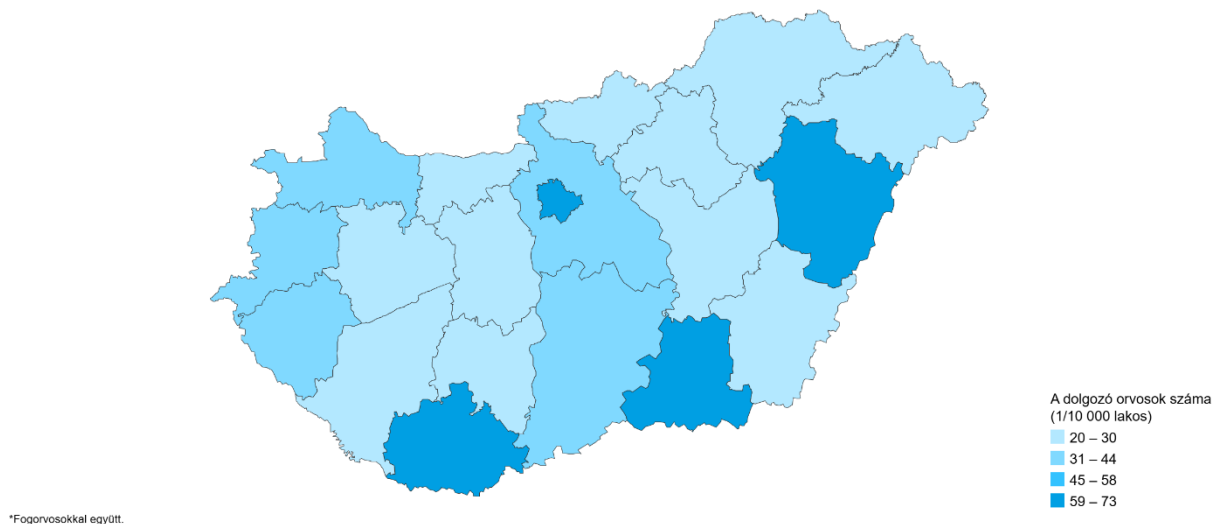
A háziiorvoslás a lakosság által leginkább preferált és elismert forma, ennek megerősítése indokolt.

A háziiorvosi társadalom előregedő, a háziiorvosok medián életkora 61 év, a házi gyermekorvosok korfája még rosszabb. Jelenleg a praxisokat ellátó orvosok 54 százaléka betöltötte a 60-ik életévét, és 38 százalékuk már nyugdíjas korú. Ez kódozza a praxisok gyorsuló megüresedését. A háziiorvosi kar előregedő korfája az alapellátás - és ezen keresztül a teljes magyar egészségügy időzített bombája. Azok az intézkedések, melyek egyre több feladatot terveznek a háziiorvosokra hárítani, csak a szakdolgozói és orvosi létszám növelése mellett reálisak.

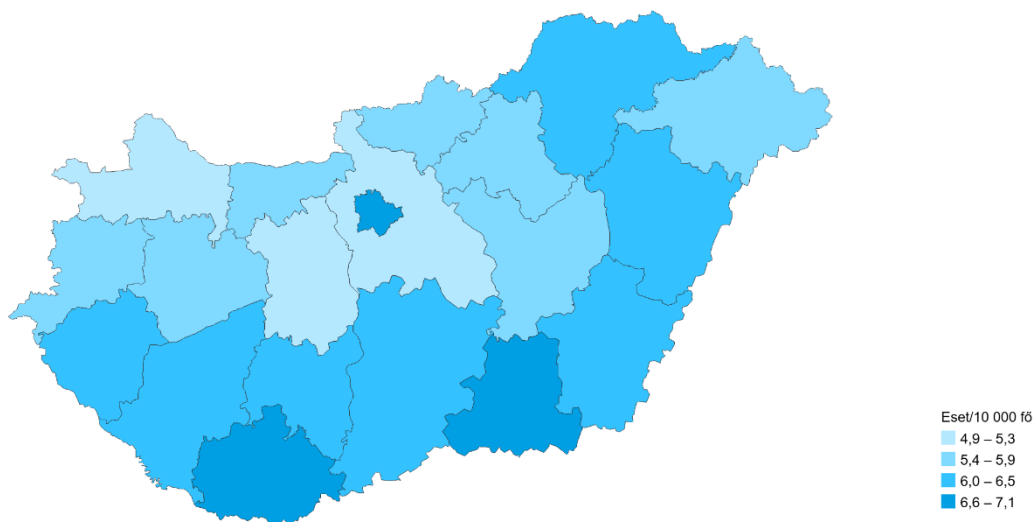
Általánosan jellemző, hogy ott a legjobb az orvosokkal való ellátottság, ahol orvosegyetemek is találhatóak (Budapest, Pécs, Szeged) és az is látható, hogy a háziiorvosi ellátottság egyenletesebb, mint az orvosi ellátás általában. Nagyon kedvezőtlen az ellátás Pest megyében, Veszprém és Győr-Moson-Sopron megyékben.

A KSH hivatalos adatai szerint az ellátottság az alábbiak szerint alakul:¹

A tízezer lakosra jutó dolgozó orvosok száma* vármegyénként



A tízezer lakosra jutó háziorvosok és házi gyermekorvosok száma vármegyénként



¹ <https://www.ksh.hu/kiadvanyok/helyzetkep/2024/#/kiadvany/egeszsegugy/a-tizezer-lakosra-juto-dolgozo-orvosok-szama-varmegyenkent>

A háziorvosok és házi gyermekorvosok száma jelentősen csökkent az elmúlt 10 évben, míg az 1 orvosra jutó betegforgalom növekedett, a növekedés leginkább a telemedicinális szolgáltatások számát és arányát érintette.

A családorvosi szakképzés időtartama 36 hónap. A képzés alapja, hogy egy rezidens egy ttorral dolgozik együtt. 2001 óta nem volt olyan év, amikor a frissen végzett családorvos szakorvosok száma elérte volna a 200-at, és az új családorvosok több, mint fele minden évben 35 évtől idősebb volt. Az elmúlt években az elérhető családorvosi rezidens helyek száma évente 130 körül volt. Az elmúlt két évtizedben a betöltött helyek száma 72 és 103 között mozgott évente, országosan. Ha a nyugdíjkorhatárt 65 évnél vesszük, akkor egyenletes életkor eloszlás esetén évente átlagosan 131 frissen végzett családorvosra lenne szükség csak a nyugdíjba vonulók pótlására.

A házi gyermekorvosok száma rohamosan fogy. Az önálló házi gyermekorvosi praxisok további működésének biztosítása és fejlesztése alapvető. A jelenlegi – hungarikumnak is tekinthető - házi gyermekorvosi rendszer és az önálló gyermekellátás és iskolaorvosi ellátás megtartását kiemelt célként kell kezelni.

Az alapellátás struktúrája elavult, humánerőforrás-helyzete aggasztó, prevenciós és kapuőri feladatait csak nagyon alacsony hatékonysággal tudja ellátni.

Igen jelentősek a területi különbségek a szolgáltatásokhoz való hozzájutásban. A betöltetlen praxisok száma folyamatosan nő, ezzel párhuzamosan folyamatosan csökken a működő praxisok száma. 2026 januárjára az 6388 alapellátási praxisból 1006 db betöltetlen (15,7%), a praxisok kiürülésének trendje aggasztó. Az elmúlt öt évben a betöltetlen praxisok száma megduplázódott.

A háziorvosi munka társadalmi és szakma presztízse, vonzereje jelentősen csökkent. Több fiatal orvost kellene bevonni a rendszerbe, viszont a fiataloknak nem vonzó ez a pálya, utánpótlás ezért alig van. Ugyanez elmondható a háziorvosi praxisokban dolgozó szakdolgozók relációjában is. A negatív társadalmi megítélést csökkenteni kell.

Az új ügyeleti rendszer az idősök körében felgyorsította a rendszerből való kilépést. A jelenlegi rendszer tovább növeli a betöltetlen praxisok számát.

Az ellátási igények növekednek elsősorban a diagnosztika és a terápiák munkaigényesebb irányba történő elmozdulása miatt, illetve azért is, mert idősebb korosztályra jellemző krónikus betegségek tartósabb kezeléseket igényelnek.

Az egészségügyi szolgáltatásokat igen nagy részben az idősödő lakosság veszi igénybe, a 65 év feletti lakosság több mint 70 százaléka szenved valamilyen krónikus betegségben, így a létszámuk növekedése a szolgáltatások bővülését is indokoltá tennék.

A digitalizáció, a mesterséges intelligencia munkaerőszükségletre gyakorolt hatása kettős. A telemedicina csökkentheti a munkaerőigényt, ugyanakkor új típusú munkaerőszükségletet is felmerül, az informatikában jártas szakemberek iránti kereslet növekszik. Az új technológiák és a digitalizáció jelentősebb képzési, továbbképzési igényt generálnak az új belépők és a már munkában állók számára is.

A praxisok kiüresedése és a házi gyermekorvosok számának csökkenése az **iskolaorvoslás jövőjét** is bizonytalanná teszi. Az iskolaorvosi rendszer preventív-, szűrő-, és edukatív szerepének megtartása alapvető a jövő generáció egészségének megőrzésének érdekében.

*A közfinanszírozott járóbeteg szakellátásban az ellátott betegek száma még alatta maradt a 2019. évinek 2024-ben is, de a beavatkozások száma már megközelítette azt. Ezzel párhuzamosan folyamatosan nő a magánellátásban ellátott esetek száma. A fekvőbetegellátás mutatói is növekedést jeleznek, de még nem érték el a 2019. évi szintet. **Hasonló tendencia látható a szakápolásban és a hospice ellátásban is.***

*Fontos megállapítani, hogy az egészségügyi szakdolgozók korfája elöregedő miközben az egészségügyi dolgozói létszám növekedése ezzel nem korrelál. Így a hiány számos területen egyre súlyosabb lesz, különösen, ha figyelembe vesszük a nyugdíjazás várható hatását és a fiatalabb korosztályok mérsékeltebb érdeklődését az egészségügyi pályák iránt. **A jelenleg is jelentős mértékű, és a várhatóan még nagyobb munkaerőhiány kezelése minden szegmenst érint az alapellátásban.***

Az egészségügyi szakdolgozók által betöltött állások száma 103 ezer, és 4000 bejelentett szakdolgozói állás betöltetlen. Itt azonban csak a bejelentett üres álláshelyek vannak nyilvántartva és az sem derül ki, hogy ugyanaz a szakdolgozó hány álláshelyen jelenik meg. Ugyanakkor a munkaidőstatistikából az is látszik, hogy **a szakdolgozók átlagosan 20**

százalékkal több órát teljesítenek, mint a törvényes munkaidő, elsősorban a fekvőbeteg ellátásban az ágy melletti munkakörökben.

A szakdolgozók esetén főként a fővárosi munkaerő-utánpótlás kritikus, mivel itt sok az egészségügyi szolgáltató és más – nem egészségügyi - területeken is több az álláslehetőség.

Ezen tényeket figyelembe véve kell megtervezni és koncentrálni az ellátást erősítő intézkedéseket (például lakhatási és egyéb kedvezmények a kedvezőtlen helyzetű térségekben, kiemelt bértámogatások).

Célkitűzések

1. *A jelenleg praktizáló orvosok rendszerben tartása elengedhetetlen a napi működéséhez.*
2. *Az elvándorlás és a pályaelhagyás megakadályozása és a háziiorvosi szakvizsgával rendelkező, de praxisjog nélküli orvosok bevonása a rendszerbe alapvető cél kell legyen.*
3. *További feladat az újabb háziiorvos és házi gyermekorvos szakorvosok képzése, rendszerbe hívása és megtartása. A fiatalok számára vonzóvá kell tenni a háziiorvosi pályát, érdekeltté kell tenni őket abban, hogy saját praxisokban dolgozzanak.*
4. *Helyettesítés problematikájának megoldása.*
5. *Szakdolgozóhiány megoldása, új szakdolgozók rendszerbe hívása.*
6. *A szakmai feltételek javítása, a szakma presztízsének növelése, a minőségi munkavégzés feltételeinek megteremtése.*
7. *Jövőkép, életpályamodell.*
8. *Kompetenciák bővítése. A szakképzettség jobb kihasználása, kompetenciáknak megfelelő munkavégzés – munkaszervezési kérdések átgondolása és a humán erőforrás menedzsment racionalizálása.*
9. *A biztonságos és színvonalas munkakörülmények megteremtése elengedhetetlen (eszközök, infrastruktúra).*
10. *A praxis működtethetőségének fenntartása, a finanszírozás bizonytalanságainak, kiszámíthatatlanságának megszüntetése, stabilitás és értékkövetés. Forrásbevonás.*
11. *Az új ügyeleti rendszer működésének reális felmérése és a valós igényekhez igazítása, az ügyeleti munkavégzés kötelező jellegének eltörlése.*
12. *A digitalizáció adta lehetőségek kihasználása, a digitális kompetenciák fejlesztése, innovatív technológiák alkalmazása és az adminisztrációs teher kiváltása digitális technológiák által.*

13. *Az önálló iskolaorvoslás megtartása, a rendszer bővítése szükséges.* Az iskolaorvosok és iskolafogorvosok praxisközösséghez történő csatlakozásának lehetőségét meg kell teremteni.
14. A praxisjog elértéktelenedett ennek megállítása vagy a *praxisjog fogalmának újraértelmezése, új keretek közé helyezése szükséges.*
15. *A betegek felelősségének tudatosítása a rendszer leterheltségében alapvető fontosságú.*
16. *Egészségtan tantárgy erősítése és az egészséges életmódra nevelés fontos minden közoktatási szinten, az óvodától az érettségig.*

Megoldási javaslatok

A megoldási javaslatainkat öt téma köré csoportosítjuk:

- I. Szakmai ösztönzők és javaslatok*
- II. Anyagi ösztönzők és javaslatok*
- III. Képzési ösztönzők és javaslatok*
- IV. Technikai ösztönzők és javaslatok*
- V. Jogi és szabályozási problémák*

I. Szakmai ösztönzők és javaslatok

1. Praxisközösségek megerősítése
2. Pályázatok szakdolgozók alkalmazására
3. Szakdolgozók számának növelése
4. A fiatalok rendszerbe hívása és rendszerben tartása
5. Kompetenciák
6. Ügyelet
7. Az alapellátáshoz kapcsolódó orvosi szakterületek megerősítése
8. Mobil ellátási formák az „ellátási sivatagokban”
9. A kiégés megelőzése
10. Betegutak, beutalási rend szabályozása
11. Az otthoni szakápolás és hospice ellátás
12. A dentálhigiénikusok helyzete

A szakmai ösztönzők tekintetében két irányban kell és lehet gondolkodni: a jelenleg rendszerben levő munkaerő megtartása és a rendszerből elvándorolt, vagy a még nem elkötelezett fiatal munkaerő bevonása és megtartása. Elengedhetetlen egy jól átlátható, hosszú távú és kiszámítható perspektívát biztosító életpályamodell kialakítása.

1. Praxisközösségek megerősítése

- *A praxisközösségek szakmai alapokon történő újradefiniálása* szükséges, és ha a végleges alapellátási koncepcióban a praxisközösségi forma szerepet kap, akkor a működés jogi és szakmai kereteit egzakt módon ki kell dolgozni.
- *A praxisközösségek munkájának megtöltése olyan tartalommal*, ami a szakmai munkát és a háziorvosi rezidensek képzését is segíti.

2. Pályázatok szakdolgozók alkalmazására

- *A pályázatokat minimum 10 éves kifutásra (és fenntarthatóra) célszerű tervezni, a finanszírozást értékkövetővé és inflációkövetővé kell tenni.*
- Az alapellátási szerkezet átalakítási törekvésből hiányzik a praxisok és a *praxisközösségek ösztönzése arra, hogy további egészségügyi szakembereket alkalmazzanak* (gyógytornász, dietetikus, mentálhigiénés szakember), és bevonásukkal a jelenleg csak járó- és fekvőbetegellátásban elérhető szaktudást az alapellátás színvonalának, hatékonyságának javítása érdekében is használják.

3. Szakdolgozók számának növelése.

- *Kevés a szakdolgozó*, az új kompetenciákat meghatározó keretjogszabály túl magas elvárásokat támaszt számukra, ehhez nem minden esetben igazodik a képzésük. *Az alapellátásban dolgozó szakdolgozók képzését az alapellátási igényekhez kell igazítani. A közösségi ápoló képzést vissza kell állítani.*
- Az optimális ellátás biztosításához elengedhetetlen a szakdolgozók számának növelése a háziorvosi szolgálatokban. Az 1 orvos 1 szakdolgozó arány helyett a népegészségügyi célok elérése és a *lakosság közeli szolgáltatások megerősítése érdekében az 1 orvos 3-4 szakdolgozó arány elérése lenne a cél.*

- Bár a dokumentumok többsége orvos- és ápolócentrikus, ***a prevenció és gondozási feladatok ellátásának*** széles spektrumában elengedhetetlen más szakemberek bevonása is.
- ***Az orvosi kompetenciát nem igénylő feladatok szakdolgozókhoz delegálása célszerű és humán-erőforrás gazdálkodás tekintetében szükségszerű lépés.***
- Plusz szakdolgozók bevonásával a ***team munka*** erősíthető.

3.1. APN

- ***Létszámbővítés a felsőfokú szakdolgozó képzésben*** (APN, diplomás ápoló), ösztöndíj program a képzésben résztvevőknek.
- ***A kiterjesztett hatáskörű ápolók (APN-ek) a nemzetközi gyakorlatban gyakran önállóan képesek diagnózist felállítani,*** kevésbé komplex esetekben, gyógyszer rendelni (pontosan szabályozott keretek között) és krónikus betegségeket (pl. magas vérnyomás, cukorbetegség) menedzselni a háziorvos felügyelete mellett, vagy teljesen önállóan.
- A háziorvosi praxisokban ***gyakran előforduló, komplikált gyógyszeres kezelést nem igénylő megbetegedések és bizonyos gondozási feladatok ellátására emelt szintű ápolók foglalkoztatása lenne kívánatos,*** akik a háziorvos rendelkezésre állási idejében – orvosi konzultáció biztosítása mellett - speciális feladatok ellátását is megtudnák oldani akár több praxisban is (COPD gondozása, kardiovaszkuláris gondozás, szűrővizsgálatok előkészítése, otthoni hospice ellátás, életmód tanácsadás).

3.2. Orvosírnok

- ***Plusz adminisztrátor (orvosírnok) alkalmazásának támogatása minden praxisban.***
- Amióta a praxisprivatizációk előtti orvosírnoki munkakörök megszűntek az ápolókra és orvosokra hárul a háziorvosi ***ellátás teljes adminisztrációja, mely háttérbe szorítja az ápolási, gondozási funkciókat.*** Emiatt az ápoló munkaidejének csak egy részében tudja a képzése során elsajátított ismereteit, korábbi életútja során megszerzett szakmai tapasztalatait hasznosítani.
- Egészségügyi adminisztrátor alkalmazása esetén ***elkerülhető, hogy a magasan képzett, nagy szakmai tapasztalattal rendelkező ápolók alulfoglalkoztatottnak érezzék magukat,*** képességeik kihasználatlanok maradjanak.

3.3. Dietetikus, gyógytornász

- A dietetikusok, gyógytornászok és más, magasan képzett szakemberek **rendszer szintű bevonása**.
- Dietetikus-, gyógytornászi körzetek kialakításának megfontolása a praxisok szintjén.
- Javasolt a **dietetikusok kiterjesztett hatáskörének bevezetése**, amely magába foglalja a tápszerjavaslatok dokumentálását, az életmódgondozást, valamint a prevenciós programok szakmai felügyeletét.
- Dietetikus- és gyógytornászi **önálló finanszírozási jogcím** bevezetése a praxisközösségekben.
- A dietetikus kötelező **bevonása a háziorvosi diabetológiai gondozásba** a szakasszisztensi hiány részbeni kompenzálása érdekében.
- A **gyógytornász** széles körű alkalmazása, amihez a háziorvosi kompetencia bővítéssel **gyógytorna elrendelési jogosultság** is kapcsolódna.
- A **dietetikus és gyógytornász szerepének erősítése a primer prevenciós feladatokban**.
- Indokolt a **telemedicinás dietetikai konzultációk** bevezetése, finanszírozási és jogi kereteinek rendezése.
- A gyermekellátásban indokolt a **védőnői munkát kiegészítő dietetikusi és gyógytornászi jelenlét biztosítása**.

3.4 Szülésznő

- A szülészeti gyakorlatban a **korai hazaadás** (1-2 nappal a szülés után) egyre gyakoribbá válik, mely **indokolttá teszi a magas színvonalú, otthoni utógondozás iránti igényt**. A kórházból hamar hazabocsátott szülő nők korai és késői gyermekágyi szakaszában történő szülésznői otthoni gondozása tehát szakmailag indokolt lenne és a modern, családcentrikus szülészeti ellátás irányelveivel összhangban áll.
- Az Egyesült Királyságban és más észak-európai országokban a **közösségi szülésznők** (community midwives) végzik ezeket az otthoni látogatásokat a korai gyermekágy idején kiegészítve, vagy kiváltva a kórházi utógondozást.
- Jelenleg hazánkban nincs megteremtve a jogszabályi háttere annak, hogy a szülésznők az otthoni gyermekágyi gondozásban közreműködjenek. **Az egyetemi fokozattal rendelkező szülésznők képzése kiterjedtebb elméleti és gyakorlati tudást**

ad, (beleértve a komplexebb helyzetek felismerését és kezelését is), ***mint a korábbi képzési formák***. Ez a tudás ideálissá teszi őket a magasabb szintű, önálló otthoni gondozási feladatok ellátására az angol modellhez hasonlóan. Mivel a várandós gondozást jelenleg hazánkban a védőnők végzik és az újszülött és gyermekágyas preventív látogatása is az ő feladatuk, szerencsés lenne a képzésben lehetővé tenni a védőnői és szülésznői párhuzamos képzést. Ez beépíthető lenne a szakvédőnő képzésbe. A javaslat sikeres bevezetéséhez egyrészt ***a jogszabályi keretek átalakítása szükséges, a kompetenciák újraelosztása a védőnők és a szülésznők között, másrészt a finanszírozási feltételek (finanszírozott otthoni vizitek) kidolgozása.***

3.5. Podiáter

- A podiáter (lábgyógyász) bevonása az alapellátásba angol mintára, szintén forradalmi változást hozhatna a magyar egészségügyi rendszerben, különösen a ***diabéteszes láb szindróma megelőzésében és kezelésében***, amely jelenleg évente több ezer amputációhoz vezet Magyarországon. Az angol modellben a podiáterek az alapellátásban dolgozó, diplomás egészségügyi szakemberek (allied health professionals), akik önállóan kezelnek, diagnosztizálnak a lábat, bokát és alsó végtagokat érintő elváltozásokat.
- A hazai alapellátás rendszerében feladataik elsősorban a diabéteszes láb szűrése és gondozása, a lábon lévő nehezen gyógyuló krónikus sebek, fekélyek professzionális ellátása, az ortopédiai és biomechanikai problémák (pl. bűtyök, kalapácsujj, lúdtalp) kezelése, bőr- és körömbetegségek kezelése lehetne. ***Hazánkban a podiáter képzés csak posztgraduális szakirányú továbbképzésként létezik.***
- ***A podiáterek bevonásához jogszabályi szinten kellene rögzíteni a kompetenciáikat, a finanszírozás módját és a működési feltételeket (betegutakat).***

3.6. Szociális munkás

- ***A praxisokban zajló napi munka nagy része szorosan kapcsolódik a társadalombiztosítási és szociális ügyekhez.***
- Az ilyen ügyintézéséhez kapcsolódó egészségügyi szakkérdések megválaszolása, orvosi vélemények kiadása, igazolások, kérelmek kitöltése és kiadása ***a rendelési időt jelentős mértékben igénybe veszik*** (szociális elhelyezés és étkeztetés, segélyek, közgyógyellátás, NRSZH beutalások, adókedvezmény, stb.)

- A praxisokkal együttműködő szociális munkás ***nagyban tehermentesítené a szakdolgozókat és orvosokat az ilyen feladatokhoz kapcsolódó adminisztratív munka elvégzésében.***
- A praxisokhoz rendelt szociális munkás – aki képzettségénél fogva ***tájékozott a szociális területeket érintő jogszabályi rendelkezések, helyi lehetőségek és a gyakorlati teendők tekintetében - valós körülmények között tájékozódhatna a páciensek állapotáról, körülményeiről és személyre szabott tanácsokkal segíthetné*** a pácienseket ezekben az ügyekben és élethelyzetekben.

3.7. Pszichológus

- ***A lakosság nagy része szenved diagnosztizált mentális betegségben,*** emellett nagy számban vannak olyan páciensek is, akik átmeneti krízishelyzetek, vagy az életkörülményeik átmeneti megváltozása miatt szorulnak pszichés támogatásra.
- ***A magyar társadalomban a mentális egészségi problémák előfordulása magas, ugyanakkor a pszichológiai ellátáshoz való hozzáférés korlátozott,*** különösen az alapellátás szintjén és a hátrányosabb helyzetű térségekben. A pszichés zavarok jelentős része kezeletlen marad, vagy csak késői szakaszban kerül felismerésre, ami nemcsak az egyéni életminőséget rontja, hanem növeli az egészségügyi ellátórendszer terhelését és a társadalmi költségeket is.
- ***A praxisközösségi működés keretében megvalósuló pszichológiai ellátás kiemelt jelentőségű válasz ezekre a kihívásokra,*** mivel az alapellátás szintjén, alacsonyküszöbű formában teszi elérhetővé a mentális támogatást. Ez különösen fontos a magyar társadalomban, ahol a mentális problémákkal kapcsolatos stigmatizáció továbbra is erős és sok ellátott számára a szakellátás igénybevétele akadályokba ütközik.
- ***A pszichológiai ellátás integrálása az alapellátásba*** elősegíti a pszichés problémák ***korai felismerését,*** még azelőtt, hogy azok súlyosabb, krónikus állapottá válnának. Ez a megközelítés különösen releváns a magyar népesség körében gyakori krónikus betegségek esetében, amelyekhez gyakran társulnak pszichés tényezők, például szorongás, depresszív tünetek vagy az együttműködést nehezítő pszichoszociális problémák.
- A praxisközösségi modellben működő pszichológiai ellátás hozzájárul a ***lakosság egészségtudatosságának növeléséhez, az egészségmagatartás javításához és a prevenciós szemlélet erősítéséhez.*** A rövid, célzott pszichológiai intervenciók

támogatják az életmódváltást, a kezelési együttműködést és a hosszú távú egészségmegőrzést.

- **Társadalmi szinten a pszichológiai ellátás alapellátásba történő beágyazása hozzájárul a szakellátás tehermentesítéséhez, a várólisták csökkentéséhez és az egészségügyi erőforrások hatékonyabb felhasználásához.** Emellett elősegíti az egészségügyi ellátás **egyenlőbb hozzáférését**, csökkentve a területi és szociális különbségekből fakadó egyenlőtlenségeket.
- A praxisközösség működésének egyik kiemelt eleme a **multidiszciplináris együttműködés, amelynek célja az alapellátás komplex, bio-pszicho-szociális szemléletű megerősítése.** Ennek keretében a pszichológiai ellátás az alapellátáshoz kapcsolódó többlétszolgáltatásként, a praxisközösség szakmai teamjének integrált részeként valósul meg.
- **A pszichológiai ellátás keretében megvalósuló tevékenységek különösen az alábbiakra irányulnak:**
 - pszichés kockázatok szűrése és korai jelzése az alapellátásban megjelenő ellátottak körében,
 - rövid pszichológiai konzultációk és tanácsadás biztosítása,
 - krónikus betegek pszichés támogatása,
 - életmódváltást és együttműködést segítő intervenciók,
 - pszichoedukációs tevékenységek megvalósítása.
- A pszichológiai ellátás nem hosszú távú pszichoterápiás szolgáltatásként, hanem **az alapellátás kereteihez illeszkedő, alacsonyküszöbű mentálhigiénés támogatásként működik.** A tevékenységek dokumentált módon, a praxisközösség által alkalmazott monitoring- és eredménymutató rendszerhez illeszkedve valósulnak meg, hozzájárulva a népegészségügyi céljainak eléréséhez.
- **A praxisokhoz rendelt pszichológus és mentálhigiénés szakember személyre szabottan, hatékonyan, és megfelelő időkeretben tudna segítséget adni ezekben az esetekben.,**

3.8. Technikai dolgozók

- Bár nem a szakmai kamarák kompetenciája, **de a szolgáltatások működtetéséhez a műszaki-gazdasági háttérmunka elengedhetetlen.** A munkaerőhiány itt is jellemző, annál is inkább, mivel az itt dolgozók mobilisabbak más gazdasági ágazatok irányába, másrészt az anyagi elismerésük is csekély.

- Az alapellátás technikai fejlesztése is elengedhetetlen ennek keretében jelentős mennyiségű új eszköz kerül ki az RRF program keretében a praxisokhoz. Itt is felmerül egy észszerű karbantartási háttér megteremtésének igénye megfelelő felkészültségű szakemberekkel. ***Főként informatikai szakemberek alkalmazására van igény.***

4. A fiatalok rendszerbe hívása és rendszerben tartása

A nemzetközi gyakorlatban sok jól bevált példát látunk. A jó gyakorlatok adaptálása megoldás lehetne a fiatal munkaerő rendszerbe hívására és megtartására. Példák a nemzetközi gyakorlatból:

Orvosok

- ***A hazainál magasabb bérek, a szomszédos országokban is másfél-kétszeres kezdő fizetések.***
- ***Támogató kedvezmények:*** támogatás az egyetemi oktatás alatt, ösztöndíjak, képzések finanszírozása, kedvezményes hitelek, adókedvezmények.
- ***Egyetemi kvóta megemlése,*** háziiorvosi kvóta az egyetemi felvételinél, ehhez kapcsolódó ***ösztöndíj program.***
- Vidéki háziiorvosi ***praxisgyakorlat*** az egyetemi alapképzés alatt.
- ***Megtartási program:*** aki egyetem után háziiorvos lesz, annak plusz juttatás jár.
- ***Toborzás: nemzetközi toborzás,*** a rezidensek célzott megkeresése az alapellátási munkára, a ***vidéki diákok egyetemi toborzása,*** otthonmaradási program a vidékieknek.
- ***Marketing elemek*** – a háziiorvoslás népszerűsítése a fiatalok között.
- A betöltetlen praxisba kerüléskor 5 éves szerződéseket kötnek, 5 évente újra szerződési lehetőség van.
- ***A hátrányos helyzetű településeken dolgozó háziiorvos plusz finanszírozást kap.***
- ***Külföldi tapasztalatszerzés lehetősége:*** támogatott külföldi ösztöndíj lehetősége 5 év praxisban töltött munka után.
- Alapellátási munka esetén ***5 éves rotáció lehetősége*** a praxisokban (vidék, város).

- ***Pénzügyi ösztönzők bevezetése.***
- ***A szakmai fejlődés lehetőségének biztosítása,*** kórházi szakgyakorlatok lehetősége.
- ***Az orvosok tehermentesítése:*** esetmenedzserek képzése és bevonása az ellátási folyamatba a krónikus betegek szakdolgozói gondozása, képzett egészségügyi adminisztrátor program.
- ***Adminisztrációs teher csökkentése, dereguláció.***
- ***Integrált egészségügyi központok rendszere.***
- ***Strukturált munkaidő:*** 4 nap munka, 1 nap képzés.
- ***Telemedicina*** elterjesztése.
- ***Digitalizáció*** kiterjesztése, MI alapú szoftverek /hangalapú adatrögzítés, dokumentálás, chatbotok alkalmazása.
- ***A háziorvosi képzés idejének, szerkezetének racionalizálása*** (a hazai képzési idő jelenleg megegyezik az európai átlaggal, ezt változtatni nem szükséges).

Szakdolgozók

- ***Toborzás és megtartás segítése.*** Nehéz a jól képzett, megfelelő szakmai tapasztalattal és elkötelezettséggel rendelkező szakdolgozókat megtartani, utánpótlásukról gondoskodni, ami ellátási nehézségeket okoz, különösen a hátrányos helyzetű, vagy vidéki térségekben.
- A szakemberek elvándorlásának okait megvizsgálni és kezelni szükséges, a ***szakdolgozók munkaerőpiaci pozícióját (presztízsét) javítani kell.***
- ***Különös tekintettel az alapellátásban dolgozók előreledési tendenciájára, javasolt a szakdolgozói pálya vonzerejének növelése célzott utánpótlás programokkal (mentorálás, ösztöndíj, pályakezdési támogatás).***

5. Kompetenciák

- A minőségi alapellátás feltétele a ***korszerű irányelvek, a szakmai protokollok és az egyértelmű kompetenciahatárok biztosítása.***

- A kompetenciákat rendezni szükséges ahhoz, hogy a szükségleteket (humán erőforrás, infrastruktúra, finanszírozás) meg tudjuk határozni.
- ***Valós kompetenciabővítésre van szükség.*** A kompetenciabővítés tényleges célja ne a szakrendelői betegforgalom csökkentése legyen, hanem jelentsen valós szakmai feladatokat.
- ***A más területen szerzett - nem háziiorvosi - szakvizsgához kötött jogosultságok egységes engedélyezése munkahelyi megkötés nélkül.***
- Szükséges a ***gyermekellátási és iskolaegészségügyi protokollok felülvizsgálata.***
- ***Indokolt a szakdolgozói kompetenciák szakmánkénti és képzettségi szintenkénti, egyértelmű jogszabályi rögzítése.***
- ***A szakdolgozók vonatkozásában a mikrotanúsítványok bevezetésének szakmai és szabályozási lehetőségeit meg kell teremteni,*** mellyel összhangban a szakdolgozói kompetenciák bővítése indokolt. ***Célzott képzési programokat*** kell indítani, valamint bizonyos gyógyászati segédeszközök, tápszerek felírási jogosultságát orvosi szupervízió mellett kiterjeszteni diplomás ápolókra, gyógytornászokra, dietetikusokra, ezzel is bővítve a hatáskörüket és hatékonyságukat.
- ***A felelősségi viszonyokat szükséges rendezni.*** Ez szorosan összefügg a kompetenciakörök rendezésével, a protokollok kialakításával és a szakdolgozói kompetenciák egzakt meghatározásával.

6. Ügyelet

- ***Az alapellátási ügyelet kötelezővé tétele felgyorsította a betöltetlen praxisok számának növekedését, annak kötelező voltát meg kell fontolni,*** hogy ne ez legyen a háziiorvosok nyugdíjba vonulásának legfőbb motivációja.
- ***A szerződési kötelezettség, a szerződés nélküli ügyeletellátás kötelezősége, a szerződés oktrojálása, az egyoldalú szerződésre kötelezés elfogadhatatlan.***
- ***Az ügyeleti mentesítés és mentesülés szabályainak elfogadása.*** Erre a MOK korábban már adott javaslatot, amely nem került elfogadásra, sőt érdemi vitára sem lett felterjesztve.

- Javasoljuk a mentesítési szabályok kialakításakor az életkor alapján adható mentesség kiterjesztését a nyugdíjkorhatár feletti praxisjogos orvosokra, vagy még inkább **az általános kötelezőség feloldásának a mielőbbi megfontolását.**
- Szakmai szempontból az alapellátási ügyelet **elsődleges szerepe az SBO előtti kapuőri feladat, azért javasolt kizárólag SBO-k mellé telepíteni azokat.** A triázsolás után az alapellátási ügyelet a 4-es, 5-ös triázs besorolású betegek ellátására legyen fenntartva.
- Szükséges az **ügyeleti díjak revíziója és olyan ügyeleti díj kialakítása, amely versenyképes,** megnyitva az alapellátási ügyeletben való érdemi részvétel lehetőségét más szakmák előtt is.
- **Az OMSZ feladata maradjon meg a mentés.** A 1830 hívószám legyen egy megerősített egészségügyi hotline, ahol képzett operátorok szakmai kérdőív alapján végezzenek triázst, betegirányítást, betegtájékoztatót.

7. Az alapellátáshoz kapcsolódó orvosi szakterületek megerősítése

- **Az alapellátás és ezen belül is a háziorvoslás bizonyos részfeladatait tekintve szorosan kapcsolódik a nem közvetlen betegellátási területeken dolgozó orvosok feladatellátásához.** Ezen rendszerek több esetben már csak papíron léteznek, az általános orvoshiány miatt az orvosi feladatokat vagy közigazgatási szakemberek látják el, vagy funkciójukat kényszerűen átvette az alapellátás és feladataik nagy részét az utóbbi években a háziorvosokhoz delegálták, **akiknek sok esetben nincs az ilyen feladatellátásban megfelelő rutinjuk, vagy nem megfelelő a szakmai és a jogi tudásuk.**
- Ezen rendszerek életre keltése, megerősítése elengedhetetlen a minőségi ellátás megalapozásához.
- **Javasoljuk az alábbi rendszerek megerősítését, vagy felélesztését:**
 - rendőrorvosi rendszer
 - sportorvosi hálózat
 - iskolaorvosi hálózat
 - üzemorvosi, munkaegészségügyi rendszer
 - járási tisztiorvosi rendszer

- oltási tanácsadó orvosok megyei szinten
- halottvizsgáló orvosok
- igazságügyi orvosszakértői rendszer
- szakfelügyelő orvosi rendszer
- társadalombiztosítási szakorvosi rendszer

8. Mobil ellátási formák az „ellátási sivatagokban”

- *Máltai modell.*
- *Mozgó szakorvosi szolgálat.*
- Szükséges a mobil egészségügyi szolgáltatások bővítése kis településeken és HHH térségekben.

9. A kiegészítés megelőzése

- *A munkakörülmények javítása.*
- *Támogatott mentálhigiénés programok* célzottan egészségügyi dolgozók számára.
- *Kommunikációs tréningek:*
 - Indokolt az orvos-szakdolgozó kommunikáció és együttműködés javítása.
 - Orvos/szakdolgozó - beteg kommunikáció fejlesztése.
- A háziiorvosi *kiegészítés két fő oka a repetitív ellátási formák nagy száma és az adminisztratív teher*, amik mellett az ellátandó betegre, a komplex kórképek felismerésére, azok megbeszélésére, a személyes konzultációkra egyre kevesebb lehetőség és idő jut (jól tetten érhető ez a COVID-19 világjárvány óta jelentősen megnövekedett alapellátási orvos-beteg találkozások számában).
- Az orvosírnok szerepe lenne ennek megfelelően az *adminisztratív teher átvállalása a gyógyításba bevont szakdolgozótól és/vagy orvostól, így azok a szakképzettségükre reflektáló feladataikra tudnak fókuszálni.*
- A szakdolgozói EESZT jogosultságok és felelősségi körök pontos rendezése kiemelten fontos a hatályos GDPR szabályok figyelembevételével.
- *Adminisztráció csökkentése, dereguláció.*

- A *munkaidőhatárok és a munkaidőbeosztás szabályozása*, a válaszdők és a készenléti időszak szabályozása.
- *Pótszabadság bevezetésének meggondolása* (az egyéb szakmák jó gyakorlatainak átvétele).

10. Betegutak, beutalási rend szabályozása

- Szükséges a *betegutak és a beutalási rendszer felülvizsgálata*.
- *Racionalizált betegutak, egyszerűsített időpontfoglalás, egységes szabályok, egységes tájékoztatás*.
- A betegutak és a betegirányítás jelenlegi gyakorlata *több ponton túlterhelést okoz a szakdolgozóknál*. A betegek elégedetlensége egyre gyakrabban az alapellátás dolgozóinál csapódik le. A körzeti ápolók túlterhelése jelentős.
- *Szakmailag nem elfogadható, hogy a szakellátásból a megfelelő beutalók kiadása, gyógyszerek felírása nélkül távozik a beteg*, hogy másnap - egy adott esetben fertőző betegekkel teli háziorvosi váróteremben - várja ki, hogy a háziorvos kiadja a megfelelő beutalókat, és felírja a gyógyszereket, amelyeket a szakellátó az alapellátó feladatának gondol. Elvárható, hogy a szakellátótól megfelelő terápiás és kivizsgálási – kérésre akár nyomtatott - dokumentációval távozzon a beteg.
- Indokolt a *rendszeres kommunikációs fórumok kialakítása az alapellátás és a magasabb szintű ellátórendszerek között*, a jobb együttműködés és a betegutak racionalizálása és a betegellátás javítása érdekében.
- *Az indokolatlan betegellátások megszüntetése*.
- Javasoljuk az orvosi beutaló tartalmi elemeként szerepeltetni a vizsgálatot kérő ellátó megnevezését, így kiszűrhetővé válnak a *csúsztatott beutalások*.

11. Az otthoni szakápolás és hospice ellátás

- *Szükséges ezen ellátási formák megerősítése, a hospice ellátás fejlesztése és integrálása az alapellátásba. Az otthoni szakápolást és otthoni hospice ellátást*

nyújtó szolgáltatók és a praxisok együttműködése, a feladatok összehangolása, a kapcsolattartás támogatása fontos.

- Jellemző az **információhiány és a szolgáltatói kapacitási korlát**. Előfordul, hogy a háziorvosok nem ismerik kellőképpen a területükön működő otthoni szakápolási szolgáltatók kapacitásait és az általuk nyújtható szolgáltatások pontos spektrumát.
- Emellett az otthoni szakápolás **elrendelésének és dokumentálásának folyamata bonyolult és bürokratikus**, miközben a háziorvosi praxisok túlterheltek. Ezenfelül a szolgáltatók a **krónikus alulfinanszírozottság és humánerőforrás-hiány** miatt gyakran maguk is kapacitáshiánnyal küzdenek, ami korlátozza a páciensek ellátását, a felmerülő igények fogadását.
- A jelenleg hatályos jogszabályok szerint az otthoni szakápolást kizárólag a háziorvos rendelheti el (zömmel a kezelőorvosi javaslat vagy intézeti zárójelentés alapján). Figyelemmel arra, hogy a kiterjesztett hatáskörű ápolók (APN) hatásköreinek kialakítása és bővítése a betegellátás különböző területein folyamatban van (pl. diagnózisalkotás, terápiás eljárások, prevenciós rendelés), **felmerül az igény arra, hogy az ellátási formát jól ismerő APN-ek az otthoni szakápolás elrendelésére is legyenek jogosultak.**
- Az ellátás megvalósítása érdekében indokolt lenne különböző **támogatások és kedvezmények bevezetése a szolgáltatók dolgozóira részére** (pl. utazási, parkolási stb.).

12. A dentálhigiénikusok helyzete

- A „Klinikai fogászati higiénikus képzés OKJ szintű (EKKR/MKKR 5. szint), ami különböző intézmények eltérő minőségű képzését jelentette, ezért megszüntették. A „Dentálhigiénikus” képzés BsC szintű (EKKR/MKKR 6. szint).
- **A dentálhigiénikusok a fogászati alapellátásban bővíthető erőforrásként jelenhetnek meg. Helyüknek, szerepüknek a meghatározása, kompetenciáik kialakítása az alapellátásban még rendezésre váró kérdés.**

II. Anyagi ösztönzők és javaslatok

1. Általános megfontolások, praxis finanszírozás és orvosbérek

2. Szakdolgozói bérek

3. Indikátorok

4. Szabadság és helyettesítés

5. Egyéb bevételek és kiadások

6. Nyugdíj

7. Praxisjog, praxisalap

8. Szakdolgozókkal és szakápolással kapcsolatos javaslatok

1. Általános megfontolások, praxis finanszírozás és orvosbérek

- *Azonnali forrásbevonás szükséges.*
- *A háziiorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátó fogorvosi bérezés emelése a többi Eszjtv. szerint foglalkoztatott orvos bértáblájának a szintjére.* Nehezen érthető és indokolható miért ér kevesebbet egy háziiorvostan szakorvos vagy fogorvos munkája, mint egy kórházi, rendelőintézeti szakorvosé. Az alapellátásban elérhető alacsonyabb bérek, és az ebből várható alacsonyabb nyugdíj jelentősen rontja az alapellátó szakma versenyképességét, többek között ez az egyik oka a betöltetlen praxisok számának növekedésének
- *Inflációt követő bérezés.*
- *Javasoljuk az Eszjtv. szerinti teljes bért lefedő bértámogatás biztosítását minden alapellátó praxisnak legalább 1 orvos, 1 szakdolgozó és 1 orvosírnok után, praxisközösségi tagság meglététől függetlenül.* Enélkül megerősödik a „maradékellen történő kiválasztódás” mítosza, tovább nő a betöltetlen praxisok száma, az alapellátás prevenciók tevékenysége nem fog tudni a szakmai kívánalmaknak megfelelő szintre emelkedni.
- *A praxisközösségi 30/80/100 százalékos megkülönböztetés eltörlése,* a klinikusi bértáblától eltérő módon differenciáló bértámogatás bevezetése annak figyelembe vételével, hogy a kezdő háziiorvos munkaterhe és felelőssége megegyezik a hosszabb ideje praktizáló háziiorvoséval. Érdemes megfontolni egy ehhez igazodó és magasabb

összegekről induló - kevésbé az életkor alapján differenciáló - bértámogatási rendszer kialakítását. *A negatív diszkrimináció kiküszöbölése elengedhetetlen.*

- *A területi különbségek és ellátási egyenlőtlenségek kezelése.* A fejlesztések tervezésekor figyelembe kell venni a jelentős területi eltéréseket. Szükséges és indokolt a praxisméret és terheltség figyelembevétel az alapellátási munkaterheléshez igazodó differenciált bérpótlék bevezetése.
- *A betöltetlen praxisok esetén a letelepedés támogatása* (a jelenlegi támogatás mértékének jelentős emelése).
- *A fiatal orvosok ösztönzése: a bértáblában a 0-10 év gyakorlati időhöz tartozó 3 legalsó sávjának az emelése, közelítése az egymillió forintos határhoz.* Ez nem valósulhat meg a bértábla többi részének a csökkentése árán, a több gyakorlattal rendelkező orvosok bértámogatását ez hátrányosan nem érintheti.
- *Nem csak életkor alapú, hanem a tényleges minőségi munkavégzést is tükröző bértábla szerinti bértámogatás kialakítása.*
- *Bónusz finanszírozás a praxisban töltött idő után ciklusosan 5 évente.*
- *A nagy pontszámú praxisokban több teljes állású szakdolgozó teljes bértámogatásának biztosítása, ideértve az alkalmazott orvos teljes összegű bértámogatását is.*
- *A degresszió ponthatárának olyan jelentős emelése, ami nem jár hátránnyal az összevont – vagy nagyobb létszámú - praxisokra nézve sem, vagy a degresszió teljes eltörlése és a kártyaszám/pontérték mennyiségi indikátorként történő kezelése.*
- *A kártyapénz összegének legalább 50-100 százalékos emelése* (ez díjazza azt a többletmunkát, ami a nagy létszámú praxisokban jelentkezik). A praxisok kiadásaira fordítható források közül a kártyák után kapható pontok értéke a 2021-es 213 Ft-ról mára 210 Ft-ra csökkent, miközben ebben az időszakban 67.8 % kumulált infláció mutatkozott. *Ennek azonnali korrekciója szükséges, és a fenntarthatóság érdekében a teljesítménydíj alapját képező pontértéket inflációkövetővé kell tenni.*
- *A rezsitámogatást szét kell bontani fix és praxis nagyságtól függő elemekre,* nem reális, hogy ugyanakkora rezsitámogatást kap egy egyetlen telephelyen működő 800 fős, illetve egy több telephelyen üzemelő 3000 fős praxis. Egy kb. 1200 fős felnőtt

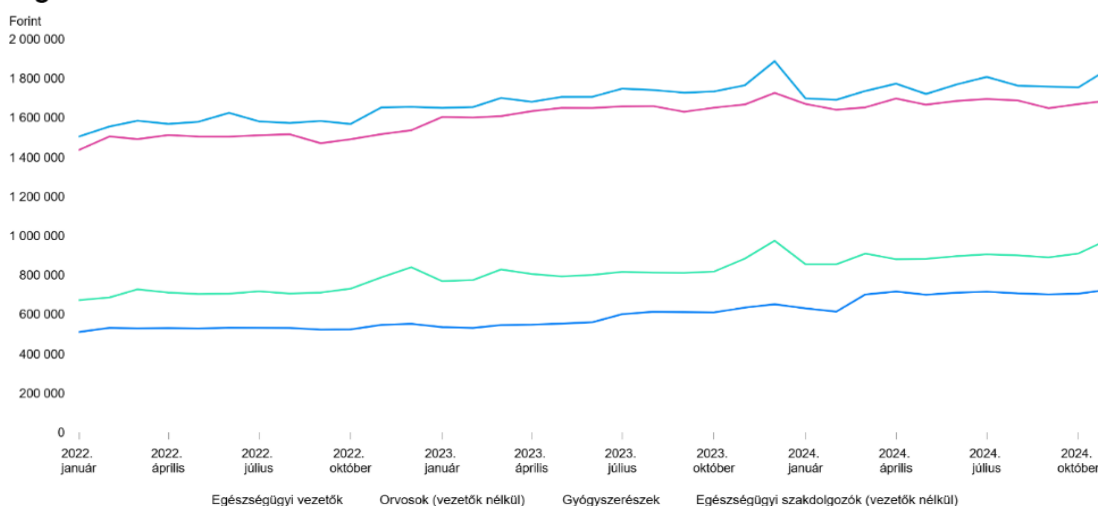
praxisnál legyen ez a jelenlegi támogatás mértékével megegyező, 3000 főnél pedig érje el annak körülbelül kétszeresét. *A több telephelyen működő praxisok rezsitámogatását is arányos mértékben növelni kell.*

2. Szakdolgozói bérek

- *Szakdolgozói bértámogatás növelése.* A szakdolgozói bértámogatás az alapellátásban jelenleg szolgálati idő alapján jár, miközben a szakdolgozók munkabérét nem szolgálati idő alapján kell megállapítani. Ez jelentős hátránnyal jár *a fiatal szakdolgozót alkalmazó praxisokban, ráadásul a bértámogatás itt sem teljes, a fiatal szakdolgozók esetén közel sem fedezi a szakdolgozó teljes superbruttó bérét.* A szakdolgozói keresetek az orvosok keresetének alig több, mint egyharmadát teszik ki.
- *A szakdolgozói bérrendszer átalakítása elvette az ösztönzést a magasabb képzettségi szintek eléréséhez azzal, hogy csökkentette a képzési szintek számát, és semmilyen teljesítményorientációt nem tartalmaz.* Nem járult hozzá eddig a létszám bővüléséhez sem.
- *Biztosítani kell minden munkakörben az inflációkövetést és azt is, hogy az egészségügyi dolgozók jövedelme - bármilyen jogviszonyban is vannak - legalább olyan mértékben nőjön átlagosan, mint más gazdasági ágakban,* illetve az EU munkaerőpiacán, mert ennek hiányában jelentős elvándorlással is számolni kell.
- *Mindenképpen fontos az orvosi és szakdolgozói bértáblák összehangolása, együtt mozgása és a teljesítményt ösztönző, valamint a többlet tudás megszerzését támogató elemek beépítése.* El kell ismerni reális mértékben, ha valaki részt vesz a fiatalok képzésében, vagy magasabb szintű tudásra tesz szert, ha mobilisabb, vagy ha nagyobb betegforgalmat ellátó intézményben dolgozik, ha nagyobb a felelőssége, vagy a fizikai és pszichés terhelése.
- *A vezetői feladatokat is nagyobb mértékben kell díjazni,* mert jelen formában nincs motiváció a vezetői funkció vállalására.
- *Az orvosírnok bére, illetve annak fedezete nem szerepel a finanszírozásban,* ezen változtatni kell. Egy 1200 fő feletti praxis esetén is elengedhetetlen orvosírnok alkalmazása a minőségi munkavégzéshez.

- **Az anyagi ösztönzés fontos tényező a szakmaválasztásban az alapellátásban dolgozók minden csoportjánál:** orvosok, praxisokban dolgozó szakdolgozók, a házi betegápolásban, vagy akár a hospice ellátásban dolgozók. Az alapellátás finanszírozását olyanná kell tenni, hogy azonos munkabefektetés esetén kapjon annyi közfinanszírozást a háziorvos, illetve az alapellátásban dolgozó szakdolgozó, mint például a szakrendelői, vagy a klinikai ellátásban. **Az alapbéréknél azonos teljesítmények esetén biztosított legyen az egyenlő bérezés követelménye, bármilyen munkavállalási formában történik a feladat ellátása.** Ezen felül az éjszakai és hétfégi munkát más országok gyakorlatában is jelentős többletjuttatással honorálják.
- Az átlagkeresetek a KSH adatok alapján az alábbiak szerint alakulnak: ²

A teljes munkaidőben alkalmazásban állók havi bruttó átlagkeresete az egészségügyi foglalkozásúak körében



- Mindkét csoport **jelentős többletmunkával, hétfégi és éjszakai munkával, kiegészítő tevékenységet vállalva éri el ezt a keresetet.** Az alap az orvosi munkakörökben átlagosan 1 621 000 Ft, míg a szakdolgozók esetén 600 000Ft/ fő / hó (ez az orvosi alapár 37%-a). A keresetben megfigyelhető összegek és arányok jelentősen eltérhetnek a korösszetételtől függően, és aszerint, hogy a jövedelem milyen részét

²<https://www.ksh.hu/kiadvanyok/helyzetkep/2024/#/kiadvany/egeszsegugy/a-teljes-munkaidoben-alkalmazasban-allok-havi-brutto-atlagkeresete-az-egeszsegugyi-foglalkozasuak-koreben>

teszi ki az alapbér, illetve a túlmunkában, ügyeletben vállalt óraszám, esetleg a magánellátásban végzett tevékenység.

3. Indikátorok

- A teljesítmény indikátorokat két fő csoportra bonthatjuk: **minőségi és mennyiségi** teljesítmény indikátorokra.
- ***A teljesítmény díj és a fix finanszírozási elemek aránya nem növelhető tovább a minőségi teljesítmény díjazás irányába.***
- Alapvető lenne az ***indikátor kassza felülről nyitottá tétele.***
- ***Az indikátor finanszírozás mindaddig csak bónuszként szerepeljen a rendszerben, amíg nem sikerül létrehozni valós adatokon alapuló korszerű működési és minőségbiztosítási struktúrát.***
- ***Az indikátorrendszer jelen formájában*** (lévén, hogy 1. igazságtalanul felépített, 2. a teljesítmény mérésére hivatott - bár arra alkalmatlan - rendszer) ***praxisfinanszírozásra és a minőségi munka motiválásra nem alkalmas.*** Maga a rendszer úgy van kialakítva, hogy a praxisok fele mindenképpen a zárt kassza miatt kialakult verseny vesztese lesz, és nem győzzük hangsúlyozni, hogy egy egészségügyi szolgáltatótól forrást megvonni bizonyosan nem a minőségi munka erősítését fogja szolgálni. (Önkormányzati üzemeltetésű praxisok esetében pedig még az orvos érdekeltségét sem lehet kimutatni, tehát ezekben a praxisokban az indikátorrendszertől várt minőségi javulás bizonyosan nem fog megjelenni).
- ***Javasoljuk az indikátorrendszer újragondolását, megbontását: olyan finanszírozási indikátorok bevezetését, amik a klasszikus struktúra, folyamat, eredmény alapján teszik ki a teljes finanszírozás maximum 10-15%-át.***
- ***A betegfüggő elemeket*** (gyógyszer-adherencia, szűrővizsgálatokon, laborvizsgálatokon való megjelenési hajlandóság) ***pusztán analízis céljára szabad felhasználni. Mindemellett logikus lépés a finanszírozási indikátorkassza kinyitása, az indikátorverseny eltörlése, az individuális praxisok vizsgálata is*** (nem csupán más praxisokhoz hasonlítása).

4. Szabadság és helyettesítés

- ***Helyettesítésre fordítható fix finanszírozási elem bevezetése.***
- A háziiorvosi praxisok munkavállalói fizetett szabadságra nagyon nehezen tudnak elmenni, ***miközben a társadalom legfőbb érdeke a kipihent, regenerálódni képes ellátó.***
- ***Javasoljuk az alapellátó orvos és szakdolgozó Eszjtv. szerint kiszámolt szabadságnapjainak megfelelő orvosi és dolgozói plusz bértámogatás beépítését a finanszírozásba (13. havi finanszírozás, vagy szabadnap finanszírozás orvosokra és szakdolgozókra).***
- A NEAK szerződés megkötésének feltételeként szabott helyettesítő orvosok (és szakdolgozók) megléte több helyen kérdéses, ezért ***külső helyettesítő orvost és asszisztenst kell megbízni***, akiknek a ***bérét egyre nehezebb kigazdálkodni***. Ahol ***helyettesítő párok*** dolgoznak, ez esetben egy szabadságnyi időre ***a visszahelyettesített praxisból származó dupla munkaterhelés*** vár rájuk, ami ismerve az alapellátók korfáját, egyre kevésbé szavatolja a minőségi ellátást, és az orvosok valós regenerációját.
- ***Különösen neuralgikus az összevont praxis helyettesítésének a megoldatlansága. Erre megoldás lehet:***
 - részállású orvos alkalmazása (akár praxisközösségeken belül is),
 - „szabadúszó” helyettes,
 - rugalmas foglalkoztatási módok,
 - vonzó helyettesítési bér, színvonalas szakmai környezet.
- ***A kötelező kirendelések (helyettesítésre kötelezések) jelenlegi módszere kontraproduktív és jogellenes***, a még betöltött praxisban dolgozó orvost is a praxis elhagyására készíti.
- ***Továbbképzési kötelezettség teljesítésének elősegítése.*** Nem megoldott a háziiorvosi praxisokban alkalmazott szakdolgozók helyettesítése sem betegség, sem pedig a továbbképzési kötelezettség idején. Annak ellenére, hogy Eütev. 15.§ (1)-(2) bekezdései alapján minimum 5 fizetett munkanapot kellene biztosítani a szakdolgozónak a pontszerző kötelező továbbképzésére fordított időként, ez mégsem valósul meg. ***Számos esetben a szakdolgozó csak szabadideje, szabadsága terhére***

tud részt venni továbbképzésen, mivel a rendszerben nincs elég helyettes vagy a szolgáltató nem tudja plusz helyettesítési bért kigazdálkodni.

- *Felül kell vizsgálni az egészségügyi alapellátásban szükséges személyi feltételeket, a helyettesítési rendszer kialakításának lehetőségeit.*

5. Egyéb bevételek és kiadások

- *A NEAK által nem finanszírozott szolgáltatások díját emelni kell, ennek mértéke több mint 10 éve nem nőtt (ez plusz külső forrásbevonás lehetne).*
- *A helyi iparűzési adó fizetési kötelezettsége alól legyen kivétel az alapellátást működtető vállalkozás. Költségvetési szempontból elenyésző tétel, de a praxisok számára jelentős többletteleher.*
- *Az adó és járulék visszatöltő megoldásokat célszerű preferálni. A bekerülési költség megállapításánál érdemes figyelembe venni azt, hogy ennek egy része adó és járulék formájában visszakerül a központi költségvetésbe.*
- *Az egyéb díjak emelése.*
- *A plusz (vagy kényelmi) szolgáltatások díjszabásának meghatározása értékkövető módon.*
- *Jelenleg az ambuláns ellátás díja megalázóan alacsony, ennek jelentős mértékű (legalább tízszeres) emelése javasolt.*
- *Az orvos nyelvtudása nincs megbecsülve, annak ellenére, hogy a nagy számban történik külföldiek ellátása a praxisokban (tanulók, külföldi munkavállalók). Javasoljuk a nyelvtudásért vagy az idegen nyelven történő ellátásért plusz finanszírozás vagy pótlék bevezetését.*
- *A nem NEAK által finanszírozott szakértői vizsgálatok díjai (alkalmassági vizsgálatok, jogosítvány, iskolai alkalmasság, egészségügyi kiskönyv stb.) is évtizedes elmaradásban vannak a 2026-ben érvényes egyéb ágazati díjaktól. Ezeket aktualizálni szükséges, azzal a kitéttel, hogy ezek a díjak kerüljenek revízióra legalább 4 évente az egészségügyért felelős minisztérium alapellátási munkacsoportjában.*

6. Nyugdíj – állami egészségügyi szolgálati nyugdíj

- Az általános javaslatcsomag része az **állami egészségügyi szolgálati nyugdíj vagy a nyugdíjpénztár intézménye**, amely az egészségügyi dolgozókat az egyéb szférákban elérhetőnél magasabb nyugdíjjal jutalmazza - amely így a pályaaorientációt és az állami egészségügyben maradást is támogatja.

7. Praxisjog, praxisalap

- **Praxisalap létrehozása.**
- **Az elértéktelenedett praxisjog vagyoni értéke mára gyakorlatilag a „semmivel egyenlő”,** ha a praxis nem eladható, vagy az önkormányzat nem köt feladatellátási szerződést a praxisjogos orvossal, vagy nem hosszabbítja meg azt.
- **Érdekeltté kell tenni a praxisjoggal rendelkező orvosokat abban, hogy a praxisukba befektessenek.** Ennek egyik lehetősége a finanszírozási indikátorokban rejlik, a másik pedig, hogy amennyiben az eladásra szánt praxis nem talál gazdára, ne az önkormányzatra szálljon, hanem **egy a praxisfenntartó által kezelt praxisalap vásárolja meg, az árat több faktor alkalmazásával megállapítva** (pl. a praxisfinanszírozás havi értéke és a struktúra indikátorokból alkotott viszonyszámok figyelembevételével stb.)

8. Szakdolgozókkal és szakápolással kapcsolatos javaslatok

- **Az alapellátásban foglalkoztatni tervezett további szakdolgozók** (gyógytornász, dietetikus, stb.) **bértámogatási rendszerét ki kell alakítani** ahhoz, hogy az alkalmazásukhoz szükséges pénzügyi fedezet rendelkezésre álljon, illetve az alapellátás vonzóvá váljon számukra.
- **A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletben megvalósuló szakdolgozói bértámogatási rendszer vegye figyelembe az alkalmazott szakdolgozó képesítését, differenciálja fizetési kategóriák szerint a támogatási összeget.** Így biztosítva, hogy a szolgáltató ne legyen ellenérdekelt a magasabb szintű képesítéssel (BSc, MSc) és több kompetenciával bíró szakdolgozó alkalmazása tekintetében.

- A háziiorvosi praxisokban dolgozó ápolók a jelenlegi szabályozás és finanszírozási rendszer alapján nem kapnak **25, 30, vagy 40 év után járó szolgálati elismerést** (jubileumi pénznek megfelelő juttatást), mivel a praxisok többsége vállalkozási formában működik, és a háziorvos az ápolókat, vagy asszisztenseket munkajogi (Mt. szerinti) jogviszony keretében alkalmazza. Szükséges lenne a vonatkozó szabályzók olyan irányú módosítása, **amely kiterjeszti és a praxisfinanszírozásba beépíti számukra is a közszférában érvényes elismerési formákat.**
- Az otthonápolási szolgálatok és a hospice ellátás finanszírozási rendszer felülvizsgálata elengedhetetlen. **Az otthoni szakápolás vizitdíja, valamint az otthoni hospice ellátás napidíja évek óta rendkívül alacsony.** Habár a díjak valamelyest 2024 októberében emelkedtek, még mindig **nem fedezik a valós költségeket.** Az otthoni szakápolás NEAK által finanszírozott vizitdíja 7000 forint, míg az otthoni hospice ellátás napidíja 8400 forint (függetlenül attól, hogy egy napon belül hány alkalommal szükséges az adott páciens otthonában vizitálni).
- **Valós költségeken alapuló díjazási rendszer kialakítása.** Az otthoni szakápolást és otthoni hospice ellátást nyújtó szolgáltatók működési, fenntartási nehézségekkel küzdenek. A fix díjakból kell kigazdálkodni a béreket, az üzemanyagköltségeket, az eszközöket, a képzéseket és a rezsit is. **Az infláció és a növekvő költségek mellett ez a finanszírozás ellehetetleníti a szolgáltatók fenntartható működését, és sok helyen a szolgáltatás megszűnését eredményezheti.** Előzőek miatt a NEAK-kal szerződött szolgáltatók száma csökkenő tendenciát mutat, ami területi egyenlőtlenségeket eredményez az ellátás hozzáférhetőségében.
- **Bérfejlesztés és vonzó életpályamodell kialakítása.** Az otthoni szakellátás gyakran alulértékelt a fekvőbeteg-ellátáshoz képest, mind társadalmi elismertség, mind anyagi megbecsülés szempontjából. Az alacsony finanszírozás miatt az ellátást nyújtó egészségügyi szakemberek (ápolók, dietetikusok, gyógytornászok, stb) bérei elmaradnak a fekvőbeteg-ellátásban, vagy más szektorokban kínált fizetésektől, ami jelentős humánerőforrás-válságot okoz. Ez az alulértékelés rontja a szakma vonzerejét.
- **Az otthoni szakápolást végző szolgáltató és az otthoni hospice ellátást végző szolgáltatók is - hasonló módon a területi ellátási kötelezettséggel járó háziiorvosi és fogorvosi szolgálatokhoz - igényelhessenek bértámogatást a legalább heti 20**

órában foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozója után. Az otthoni egészségügyi ellátási rendszer megerősítése, megőrzése érdekében fontos, hogy az otthonápolási szolgáltatók ugyanolyan kereseti lehetőséget tudjanak biztosítani, mint más közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók.

III. Képzési ösztönzők és javaslatok

- *Szükséges annak ismerete, hogy mennyi a rendelkezésre álló hazai humán erőforrás, mekkora a rendszerben levő és azonnal mozgósítható háziorvosi kapacitás.*
- *A háziorvos szakvizsgával rendelkezők számának pontos felmérése, az adatok elemzése* (mennyien végeznek az egyetemeken, mennyi háziorvos rezidens képződik, mennyien maradnak a rendszerben, mennyi első/második szakvizsga van, mennyien vesznek praxist, hány háziorvos van külföldön).
- *A képzési keretszámok pontos ismerete – tervezhető képzési dinamika.*
- *Egységesített mentorprogram* a Semmelweis Egyetem mentorprogramjának mintájára.
- *A képzésekhez, a mentoráláshoz, tutori tevékenység végzéséhez képzett oktató orvosokra van szükség.* A generációs szakadék nagy, ami a praxisban dolgozó orvosok magas életkorából adódik.
- *A mentorálás méltányos módon történő finanszírozása, illetve az akkreditált oktató praxisok indikátor alapú premizálása indokolt.* Az oktatók magasabb anyagi, szakmai, erkölcsi elismerése gesztusértékkel is bírna.
- *Kevés az akkreditált praxis, az akkreditált praxisok számának növelése szükséges, ehhez az akkreditációs eljárást célszerű jelentősen egyszerűsíteni.* Az akkreditáció során lehetne szintekre akkreditálni a praxisokat (szakdolgozó képzés, orvostanhallgató, általános rezidens, háziorvos rezidens képzés).
- *A praxisközösségek képzőhellyé akkreditálása.* Így egyszerűsödhetne az eljárás, ezekben a praxisközösségekben. Megoldható lenne a *forgó rendszerű gyakorlati oktatás*, a hallgató több orvos munkamódszerét, gyakorlatát is megismerhetné (team munka).
- *A nem háziorvos rezidensek vegyes színvonalú és az elsődleges képzőhelytől távoli praxisokba való kivezérlését lehetővé tevő jogszabály hatályon kívül helyezése,*

mivel nem bizonyított, hogy ez a jelenlegi körülmények között kedvet hoz az alapellátási munkához, viszont a rezidens és a fogadó háziorvos számára egyaránt gondot okozhat (alacsony cost/benefit).

- ***Létszámbővítés a közép- és felsőfokú szakdolgozó képzésben*** (APN, diplomás ápoló), plusz ösztöndíj program a képzésben résztvevőknek.
- ***Élethosszig tartó tanulás. Az egészségügyi technológiák és a mesterséges intelligencia technológiai rohamos tempóban fejlődnek. Az alapellátásban megjelenő betegek életminőségét, morbiditását és mortalitását nagy mértékben befolyásolja az őket ellátó háziorvos tudása, modern technológiákhoz való hozzáférése.*** Elengedhetetlen az alapellátók folyamatos képzése, a praxisban elvégzett innovatív technológiákat használó munka mennyiségének mérése, és az új technológiák alkalmazásának az újra gondolt indikátorokban és a finanszírozásban történő megjelenítése.
- ***Vegyes praxisokban a kötelező, és az indikátorba beépített gyermekellátási licence fenntartása.***
- ***Eszköz-, módszertan-, és tudásfejlesztési programok indítása a betegellátás folyamatosan magas színvonalának megőrzésére.***
- ***Protokollizált működés. A számonkérhetőség és a szakmai standardoknak megfelelés alapkövetelménye a megfelelő szakmai protokollok megalkotása, frissen tartása, szükség esetén oktatása, és konzekvens betartatása.*** Ez egyszerre szolgálja az ellátások kompatibilitását, egyenletesen magas szintjét, racionalizálja a gyógyszerkiadást, a laborköltséget, védi a beteget és az orvost egyaránt.
- ***Egyéb szakvizsgák használata akár praxisközösségek szintjén is.*** A praxisközösségek egyik nagy előnye lett volna olyan „komplex mini rendelőintézeti szolgáltató” kialakítása, ahol az egyéb jól hasznosítható szakvizsgákkal és szaktudással is rendelkező - tehát nem maradékelven kiválasztódott - háziorvosok a szakellátás bizonyos elemeit a beteg lakóhelye közelében tudják megvalósítani. Kíváncos lenne a praxisközösségek ilyen irányú működtetése, de jelenleg ez a rendszer nincs megtöltve érdemi tartalommal, és nincs forrás sem allokálva a komplexebb ellátások megvalósításához, az ehhez szükséges munkavállalók (dietetikus, pszichológus, gyógytornász) foglalkoztatásához.
- ***A szakdolgozók tekintetében első lépésben bővíteni kellene az ellátás minden szintjén a szolgáltatást nyújtók körét:***

- *képzési programok indítása* pályaelhagyók visszahozására,
 - *kampányok a felsőoktatási és középfokú intézmények keretében, és a szülőknek,*
 - *az utolsó éves hallgatók, tanulók gyakorlati képzése a háziorvosi praxisokban az orvosi, szakdolgozói munkakörök esetén is,*
 - a szakképzés terén *ki kellene tolni a szakmaválasztás idejét 16 éves korra,* újszerű pályaaorientációs megoldások kellenek, szorgalmazni kell a szakdolgozói duális képzést, vagyis a képzés második felében a gyakorlati képzést már munkabér fizetése mellett végezzék a hallgatók,
 - *a szakmaváltás lehetősége* különösen a háziiorvoslás tekintetében hozhat gyorsabb eredményt,
 - *differenciált ösztöndíjak bevezetése a hiányszakmákra orientálódva, a túlképzés megállítása* a túltelített szakirányok esetén,
 - *nemcsak egészségügyi, hanem szakmai alkalmassági vizsga is legyen szükséges a beiskolázáshoz.*
- Indokolt lenne egyfajta „*kollegiális ápolói mentorrendszer*” bevezetése, a háziiorvosi és házi gyermekorvosi ellátás, valamint az alapellátáshoz kapcsolódó háziiorvosi és házi gyermekorvosi ügyeleti ellátás területén dolgozó egészségügyi szakdolgozók tevékenységének szakmai támogatása érdekében. *A háziiorvosi praxisok egymástól elszigetelten működnek,* a szakdolgozók munkáltatóját döntő többségében az egészségügyi szolgálat szakorvosa irányítja, aki nem rendelkezik kellő mélységű információval arra vonatkozóan, hogy a különböző szintű képesítéssel rendelkező ápolókat a képzésük során mire készítették fel, milyen tevékenységek elvégzésére képesek. Előzőek miatt egyes helyeken alulképzett szakdolgozókat alkalmaznak, akik további képzésére nem fordítottak figyelmet, ugyanakkor olyan hatáskörökkel bízták meg őket, melyekhez nem rendelkeztek megfelelő ismeretanyaggal. *A kollegiális ápolói vezető lehetőséget jelentene ezen anomáliák megszüntetésében, a szakmai tanácsadásban, támogatásban, a képzettséghez rendelt feladatellátás megvalósításában és ezáltal a betegellátás színvonalának, hatékonyságának javításában játszhatna szerepet.*
- *Egészségtudatossági kampányok a lakosság körében.*
- A magyar társadalom kardiovaszkuláris megbetegedési, halálozási, elhízási statisztikai szomorú képet mutatnak, ennek jobbításáért *tudatos kampányokkal,*

megfelelő egészség marketinggel lehet tenni. Fel kell hívni a társadalom figyelmét a rendszeres testmozgás, a megfelelő táplálkozás fontosságára, az alkoholfogyasztás és a dohányzás veszélyeire.

- Javasoljuk a MOK, a MESZK, NNGYK, valamint megfelelő (reklám, marketing) *szakemberek bevonásával létrehozni egy testületet*, amely felméri a beavatkozás legsürgetőbb pontjait, és az azokra reagáló kampányok megtervezésében, előkészítésében, hatásvizsgálatában részt vesz.

IV. Technikai ösztönzők és javaslatok

- *A megfelelő infrastruktúra biztosítása elengedhetetlen, ezt az önkormányzatok, fenntartók bevonásával célszerű kialakítani.*
- *A praxisok infrastrukturális jellemzője is inhomogén.* A helyi igények felmérése alapvető – helyben lenne célszerű a felmérést elvégezni és az igényekhez igazodó személyi és tárgyi feltételeket megteremteni. Ilyen felmérés eddig nem történt. Ennek elvégzése járási szinten és járási egységekben lenne informatív és effektív.
- *Rendelők fejlesztése. Korszerű épületek. Több rendelő helyiség, nővérszoba.*
- *Az infrastrukturális minimum meghatározása.* A helyiségek számát, alapterületét úgy kellene meghatározni, hogy legyen lehetőség az orvos, vagy orvosok és a szakdolgozók külön helyiségben történő munkavégzésére is. A XXI. századi ellátás kívánalmainak nem felel meg az a jelenleg is elterjedt rendszer, ahol 1 rendelőben váltva akár 3 orvos is dolgozik egy munkanapon. Ezek a rendelők alkalmatlanok a minőségi betegellátásra, a képzési, oktatási, gondozási, szűrési, prevenciós feladatok korszerű és szakszerű ellátására.
- *A praxisösszevonások átgondolása: az összevonás egyik fél számára sem lehet hátrányos.* Alapelvek:
 - A praxisösszevonás szabályainak, *metodikájának nyilvános, transzparens racionalizálása.*
 - *Kizárólag a csekély létszámú, vagy kifejezetten üzemgazdaságtan praxisok megszüntetése, összevonása lehet a cél.*
 - *Csak hármass konszenzus* (házi orvos, önkormányzatok és OKFŐ) esetén jöhet szóba az összevonás.

- *Az összevonás nem okozhat indokolatlan pénzügyi hátrányt* a működtetőnek és nem járhat a praxisjog sérülésével.
- *Az összevonások nem érinthetik hátrányosan a jelenleg működő, betöltött praxisokat.*
- *Vidéki praxis betöltése esetén a fiatal orvos és családjának támogatása:*
 - Lakhatás biztosítása igény szerint akár a közeli, jó infrastruktúrával rendelkező városban – iskola a gyermekeknek, munkahely a házastársnak.
 - *A vidéki praxisba kerülő fiatal gyakornokok, rezidensek támogatása: szállás, utazás, étkezés, kirendelési díj.*
- *Telemedicina* elterjesztése.
- *Digitalizáció. Adminisztrációt segítő programok, alkalmazások. Informatikai rendszer fejlesztése.*
- *Korszerű informatikai és egészségnevelési demonstrációs eszközök biztosítása.*
- *Az EESZT-hez való csatlakozás megteremtése a szakápolásban.* Jelenleg az otthoni szakápolást és az otthoni hospice ellátást nyújtó szolgáltatók nem férnek hozzá közvetlenül az EESZT rendszeréhez, és nincs jogszabályi kötelezettségük az adatok közvetlen feltöltésére sem. A szolgáltatók továbbra is papír-alapon, vagy elavult, nem integrált informatikai rendszereken dolgoznak. Ez komoly problémát jelent az ellátás folytonosságában és az információáramlásban, hiszen nincs közvetlen kapcsolat a háziorvossal/kórházzal. Mivel a szolgáltatók rendszere nem kapcsolódik az EESZT-hez, ezért a beteg adataihoz, korábbi zárójelentéseihez való hozzáférés korlátozott. Az információáramlás a háziorvos és az otthoni szakápoló között papíron, vagy telefonon keresztül történik. Tekintettel arra, hogy az otthoni ellátás alatt keletkezett adatok nem jelennek meg az EESZT-ben, így a páciens későbbi kórházi, szakrendelői ellátása során az ellátást biztosító orvosok nem látják az otthoni kezelés részleteit, ami akadályozza a komplex

V. Jogi és szabályozási problémák

- *Az alapellátást szabályozó jogi környezet nem minden esetben jelent egyértelmű szabályozást az egyes területeken.*
- *Több rendezetlen jogi helyzet, szabályozatlan terület, vagy pontatlan, esetenként egymásnak ellentmondó jogszabály van jelenleg hatályban.* Adott esetben a jogértelmezést segítő egyéb döntések, határozatok sem adnak egységes és egyértelmű iránymutatást (Kúriai és Alkotmánybírósági döntések, határozatok).
- A korrekciót, vagy átgondolást igénylő szabályozott területek:
 - boncolás mellőzésének szabályai,
 - fogdába helyezés előtti vizsgálat szabályozása,
 - beutalási rend,
 - iskolaorvosi ellátás szabályozása,
 - az orvosok szakértői tevékenységével kapcsolatos szabályozások,
 - praxisjog, praxis átruházás, feladatellátási szerződés, működési engedélyek kiadásának szabályai,
 - helyettes orvos/alkalmazott orvos jogállása,
 - oltóorvosra vonatkozó szabályok,
 - rendelési időn kívüli betegellátás (rendelkezésre állás, készenlét),
 - ügyelet.

A házi gyermekorvoslás speciális kérdései és megoldási javaslatok

I. Általános jellemzők

II. A krízismenedzsment során a rövid- és középtávon megfontolandó kérdések, célok

III. Javaslatok.

I. Általános jellemzők

- A gyermek- alapellátás stabilitásának biztosítása elengedhetetlen fontossággal bír, ***a jövő generációjának egészségét ez biztosíthatja.***
- ***Az esélyegyenlőség biztosítása a hozzáférésben alapvető cél. Az önálló alapellátó gyermekorvosi szakvizsga lehetőségének a megteremtése kiváló eszköz.***
- A korszerű gyermek-alapellátással megvalósulhat a ***szakrendelők és a kórházak tehermentesítése***
- ***A jelenlegi hazai ellátási struktúra és finanszírozási gyakorlat nem teszi lehetővé a gyermek alapellátásban rejlő lehetőségek kiaknázását,*** és akadályozza a modern, team-alapú, prevenciósz fókuszú ellátás megvalósítását, amely a nemzetközi ajánlások szerint szükséges lenne.
- A 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet alapján a házi gyermekorvosi praxisban az orvos munkáját a védőnő együttműködésével, valamint gyermekápoló, vagy asszisztens igénybevételével végzi. A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet alapján ***a házi gyermekorvosi szolgálatban legfeljebb két gyermekápolót, vagy asszisztent lehet alkalmazni legalább a rendelési időnek megfelelő munkaidőben.*** E szabályozás hatására jellemző, hogy a házi gyermekorvosok munkáját alacsonyabb bérigényű részmunkaidős asszisztens segíti, kizárólag az adminisztrációs feladatokra fókuszálva. Az asszisztens, mivel nincs gyermekápolói végzettsége és csak részmunkaidőben van jelen, nem tud részt venni a prevenciósz és klinikai feladatokban, így a feladatok teljes egészében a gyermekorvosra hárulnak.
- ***A nem megfelelő finanszírozási- és munkakörülmények, továbbá a szakmai fejlődés lehetőségének hiánya miatt a képzett gyermekápolók elkerülik az alapellátást,*** inkább a jobban jövedelmező és szakmai kihívást jelentő kórházi szférát választják.

- *Magyarországon jelenleg nem létezik dedikált, önálló, klasszikus értelemben vett "gyermekápolói MSc program" a képzési kínálatban.* Emiatt rendkívül korlátozott a magasabb szintű képzés keretein belül a gyermekgyógyászat területén való elmélyülés az ápolók számára. Ugyanakkor számos országban (UK, Portugália, Írország, USA elérhető az MSc képzés gyermekápolóknak (Paediatric Nursing vagy Children's Nursing néven), amelyek célja a haladó szintű klinikai gyakorlat (Advanced Clinical Practice - ACP), vagy a gyermek-ápolói praxis (Paediatric Nurse Practitioner - PNP) kompetenciáinak megszerzése. Érdemes lenne hazánkban is bővíteni a képzési palettát egy „Pediatric Nurse Practitioner” (PNP) képzéssel.

2. A krízismenedzsment során a rövid- és középtávon elérni kívánt célok

1. *Az alapellátó gyermekorvosi rendszer jelenlegi formájának és működésének megőrzése.*
2. *A betöltetlen házi gyermekorvosi praxisok számának csökkentése, a növekvő tendencia megállítása.*
3. *A gyermek alapellátást el nem érők számára – átmeneti - krízishelyzeti szükségmegoldások biztosítása.*
4. *Az indokolatlan praxismegszüntetés megakadályozása.*
5. *Helyzet-, és igényfelmérés a gyermekalapellátásban a hosszabb távú tervek kidolgozásához.*
6. *A gyermek-alapellátás megerősítése és az utánpótlás biztosítása.*
7. *A hosszútávú átalakítási tervek, modellek meghatározása és ezeknek a tesztelésére pilot-projektek indítása.*
8. *A prevenciós szemlélet előtérbe helyezése.*
9. *A gyermek alapellátás megerősítése tekintetében a szakdolgozói (elsősorban védőnői és ápolói) kompetenciák bővítése, a munkakörülmények javítása és az integrált team-munka fontosságának hangsúlyozása.*

3. Javaslatok

3.1. A meglévő praxisok megőrzéséhez, vonzóbbá tételhez

- *Az adminisztratív terhek csökkentése, dereguláció* (szükségtelen igazolások, párhuzamosságok megszüntetése, a nem orvosi- és nem alapellátói feladatok átirányítása).
- *A telemedicina szabályozása és beépítése a gyakorlatba* a speciális gyermekgyógyászati szempontok figyelembevételével (GDPR, kiskorúak adatai, hang-, kép és videofelvételek).
- *A rendelési és a tanácsadási idők felülvizsgálata.*
- *A napi maximális betegellátási limit bevezetésének megfontolása,* a megbíztonsági- és minőségbiztosítási szempontok figyelembevételével.
- *A csecsemő-és gyermekgyógyász szakvizsgáláshoz kötött jogosultságok egységes engedélyezése munkahelyi megkötés nélkül.* (9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet)
- *A méretgazdaságos praxis meghatározásának korrekciója: a 14 év alatti TEK lakosságszám mellett a valós bejelentkezettek figyelembevétele.*
- *A gyermekorvosi helyettesítő pool létrehozása,* számukra engedély biztosítása, a csecsemő-és gyermekgyógyász szakorvosok, illetve a szakvizsga előtt álló orvosok beengedése a rendszerbe a 25/2025. (VII. 16.) rendeletnek megfelelően.
- *Az iskolaorvosi ellátás finanszírozásának nagymértékű emelése.*
- *A 14-18 év közöttiek ellátásának jogi és finanszírozási korrekciója.*
- *A gyermekellátásban érintett struktúrák összehangolása* (iskolaorvosi ellátás, védőnői rendszer).
- *Informatikai fejlesztések:* a védőnői és az iskolaorvosi ellátás dokumentációjához kölcsönös elérési lehetőség biztosítása.
- *Alapellátó gyermekorvosi szakmai protokollok készítése, fejlesztése.*
- *A gyermek SBO-kal történő együttműködés tisztázása* (alapellátás – ügyelet – SBO - kórház: kompetenciahatárok, beutalás, dokumentálás).
- *Az alapvető egészségi-, és egészségügyi ellátási ismeretekről tájékoztató kampányok* (szülőknek, gyermekeknek).
- *A nem kötelező tevékenységek térítési díjának szabályozása,* díjtételek emelése (gyermekkorban jellemző extra igazolások).

3.2. Szükségmegoldások azon helyekre, ahol nem elérhető házi gyermekorvos

- *Vegyes praxisokat és felnőtt praxisokat ellátó házi orvosok számára:*
 - A pontos kompetenciák meghatározása (életkor, tevékenység).
 - A protokollok biztosítása.
 - Szakmai segítség, szupervízió biztosítása (járási, vagy regionális szinten szervezve, gyermek-alapellátók bevonásával, többletfinanszírozás hozzárendelésével).
 - Képzések indítása.
- *HHH ellátatlan területeken ideiglenes krízismegoldás lehetőségei:*
 - A védőnői-, és szakdolgozói rendelés kialakítása (a rendelési idő egy részében, szigorú protokollok mentén, bizonyos feladatokra) gyermekorvosi távkonzultációval (biztosítás, finanszírozás).
 - Mobilrendelés (mozgó gyermekorvosi ellátás).
 - Kivételes esetben a gyermekek, családok szervezett szállítása az ellátóhelyre.
 - Az akut ellátáshoz telefonos konzultáció és triázs biztosítása.
- *Szakdolgozói kiterjesztett hatáskörök kialakítása.* Bizonyos, kevésbé komplex esetekben a BSc és MSc ápolók és a védőnők önállóbb döntéshozatali jogkört kaphatnának (például bizonyos szűrések elvégzése, állandó gyógyszerek felírása szigorú protokollok mentén), tehermentesítve ezzel a házi gyermekorvosokat.

3.3. Az utánpótlás biztosítása

- *Ösztöndíjprogramok.*
- *Házi gyermekorvosi rezidensi keretszám további emelése,* képzési ösztönzők beépítése.
- *A gyermek-alapellátási modulok beépítése a jelenlegi képzésbe.*
- *Az önálló gyermek-alapellátó specializáció tervezése.*

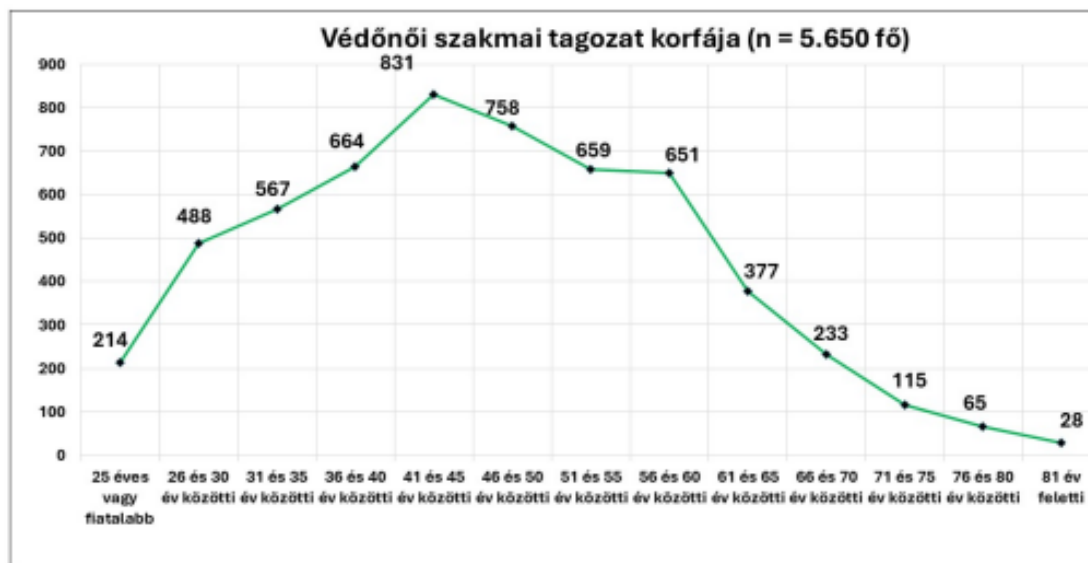
3.4. Alapellátó gyermekorvosi módszertani központ létrehozása

- *Alapellátó gyermekorvosi módszertani központ létrehozása, melynek feladata:*
 - a *protokollok* folyamatos karbantartása,
 - a gyermek-alapellátási *szakfelügyeleti rendszer* kiépítése,
 - az *alapellátó gyermekorvosi képzési rendszer felépítése:*

- a gyermekorvosok körében az alapellátás irányába mutató ösztönzők, kialakítása (“marketing”, külön juttatás, nem röghöz kötés),
- alapellátó gyermekorvos képzése külön szak, rövidebb képzési idő,
- mentorhálózat kialakítása, mentorok képzése, akkreditáció, ehhez megfelelő protokollok, és minőség-ellenőrzés kialakítása,
- a mentorok megfelelő díjazása.
- ***a vegyes/felnőtt ellátók számára meghatározott gyermek ellátásokhoz:***
 - képzések, kötelező megújító képzések,
 - szakmai háttér, segítő rendszer kiépítése,
 - visszaigazolás, minőségellenőrzés kialakítása.

3.5. Együttműködés a védőnőkkel

- ***A védőnőkkel való együttműködés rendezése, a feladatok összehangolása és visszatérés a korábbi jó gyakorlathoz:***
 - a feladatok, a felelősségek pontos tisztázása,
 - az együttműködés támogatása (területi összehangolás, szervezeti- és irányítási kérdések rendezése)
 - egységes szakmai irányelvek a házi gyermekorvosok és a védőnők számára, a gyakorlati protokollok összehangolása,
 - a kapcsolattartás (személyes is) támogatása.
- ***A védőnői létszámhelyzet kritikus***, évek óta tartó humán erőforrás-hiány és elöregedés jellemzi a szakmát, mely a jövőre nézve egyre jelentősebb kihívást fog jelenteni a folyamatos és magas színvonalú ellátás biztosításában. Különböző becslések szerint mintegy 500-700 védőnői körzet állandó védőnő nélkül működik az országban. A helyettesítés rendkívül megterhelő számukra.
- ***A védőnői kar jelentősen elöregedett; sokan érik el a következő években a nyugdíjkorhatárt***, miközben az utánpótlás nem elegendő a távozók pótlására. A szakma presztízse egyértelműen csökkent az elmúlt években. A helyettesítések és a növekvő adminisztrációs terhek miatt a munkamennyiség folyamatosan nő, a társadalmi és anyagi megbecsülés hiánya, az önkormányzati rendszerből a kórházi ellátásba történt centralizáció együttesen csökkentette a pálya vonzerejét.



- A védőnői szakmai tagozat korfája a fenti táblázatban szerint alakul.³
- **Fontos lenne a védőnői specializációk elismerése**, melyek a szakvédőnő mesterképzés (MSc) keretében érhetőek el a védőnői alapszakos (BSc) diploma megszerzését követően. Ez a képzés a védőnői feladatok különböző színterű, kiterjesztett kompetenciájú ellátására készít fel. **A választható specializációk a következők: területi szakvédőnő, ifjúsági szakvédőnő, kórházi szakvédőnő, valamint család- és nővédelmi szakvédőnő.** Ezek a specializációk lehetővé teszik a védőnők számára, hogy az alapképzésben szerzett általános tudásukat egy adott, szűkebb területen elmélyítsék, és ott magasabb szintű szakértelemmel, kiterjesztett kompetenciákkal (okleveles szakvédőnőként) lássák el feladataikat.
- **Az EESZT-hez való hozzáférés megteremtése.** Jelenleg a védőnők nem férnek hozzá közvetlenül a páciensek elektronikus kórtörténetéhez a EESZT rendszerben. A védőnői és iskola-egészségügyi ellátók számára különálló, dedikált adatszolgáltatási rendszerek működnek, amelyek bizonyos adatokat továbbítanak az EESZT irányába. A védőnő a területi gondozás során gyakran a család elsődleges egészségügyi kapcsolata, emiatt indokolt lenne, hogy az EESZT-hez való hozzáféréssel lássa a várandós nő, vagy az ellátott gyermek korábbi egészségügyi adatait (leletek, zárójelentések, e-receptek, oltási adatok).
- **A védőnők hiteles szakmai támogatást nyújtanak a pedagógusoknak az egészségtan oktatásához**, így az iskola-egészségügyben betöltött szerepük jelentős az

³ Forrás: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara tagnyilvántartása

egészségtudatos magatartás (például az egészséges táplálkozás, a személyi higiénia, a mentális egészség, a szenvedélybetegségek megelőzése stb.) kialakításában. **Emellett nyomon követik, monitorozzák az óvodás- és iskoláskorú gyermekek, tanulók egészségügyi állapotát, szűrővizsgálatokat végeznek,** szervezik a védőoltások beadását, figyelemmel kísérik az iskolai környezet higiéniés viszonyait, kapcsolatot tartanak a szülőkkel, pedagógusokkal, iskolaorvossal, valamint a gyermekjóléti szolgálattal a gyermekek egészségének védelme érdekében.

- **Szükséges lenne tisztázni és szabályozni az iskolavédőnők és az oktatási intézmények kapcsolatát.**
- **Javasolt a védőnői ellátás irányítási és működési kereteinek a felülvizsgálata** (az önkormányzati vagy kórházi fenntartás előnyeinek és hátrányainak átgondolása).

3.6. Egyéb szakmai és technikai javaslatok

- **Az indikátorrendszer szakmai konszenzuson alapuló átalakítása.**
- **A gyermek alapellátási kompetenciák, hatáskörök, jogosultságok bővítése.**
- **A speciálisan gyermekellátáshoz szükséges infrastruktúra fejlesztése** (bababarát kialakítás, eszközök).
- **A szakdolgozói kompetenciák bővítése** (szűrővizsgálatok szervezése, szülők közreműködésével kérdőíves előszűrés, triázsolás).
- **Az iskolaegészségügy reformja:** állapot- és igényfelmérés, valamint szakmai egyeztetés mentén (párhuzamosságok megszüntetése, információáramlás, együttműködés biztosítása, szűrések összehangolása, korosztályos bontás revideálása, a kampányoltások kérdése, a praxisközösségi csatlakozás lehetősége).
- **Edukáció, egészségnevelés** (oktatási rendszer, média, kampányok).
- **A gyermekorvosi ügyeleti rendszer átszervezése** (szükségesség felmérése, ügyeleti időszám változtatás, együttműködés az SBO-val, a finanszírozás rendezése).
- **Az új struktúrák részletes kidolgozása: párhuzamos, hibrid működés lehetőségének a megteremtése és a működő önálló praxisok mellett regionális, szükségletektől és helyi lehetőségektől függő egyéb modellek kidolgozása, a gyermekellátó praxisközösségek, csoportpraxisok hálózatának teljes kiépítése:**
 - **Gyermekorvosok praxisközösségi rendszere:** több gyermekorvos saját rendelőben, vagy közösen kialakított ellátóközpontban működik, az autonómia megőrzése mellett. Közösen foglalkoztathatnak gyógytornászt,

dietetikust, gyermekpszichológust, dentálhigiénikust, APN-t, és egyéb szakdolgozót.

- **Közös háttérszolgáltatások alkalmazhatók**, a helyettesítés könnyebben megoldható.
- **Csoportpraxis, vagy járási ellátó központ: az eltérő szakképesítésű orvosok közt gyerekgyógyász is jelen van**, emelt szintű alapellátást biztosítanak.
- **A korszerű ellátási formákhoz való csatlakozás támogatása, ösztönzők alkalmazásával.**
- **A gyermek-alapellátási módszertani központ által összehangolt működés**, folyamatos visszajelzések, minőségbiztosítás.
- **A megújulás és a szakmai fejlődés támogatása** (másodszakvizsga, egyéb képzések).
- **A gyermek-alapellátásra specializált hosszú kifutású projektek, pályázatok.**
- **Szakmai együttműködés kialakítása az egyéb ellátási szintekkel.**

A fogászati alapellátás problématérképe és megoldási javaslatok

Prioritási javaslat: „8 pontos beavatkozási csomag” szükséges.

A dokumentumban azonosított problémák alapján a legnagyobb hatású, gyors beavatkozást igénylő intézkedések a következők:

1. **Bázisfinanszírozás visszavezetése + valós költségalapú teljesítménykód-karbantartás**
2. **Orvosi bértámogatás alapösszegének garantált bérminimumhoz kötése**
3. **Szakedolgozói bértámogatás korrekciója a tényleges bér- és járulékteherhez**
4. **Rezsitámogatás felzárkóztatása háziorvosi szintre (380k → 520k/hó)**
5. **Eszköztámogatás visszaállítása (amalgámszeparátor, autokláv, felülvizsgálatok)**
6. **Önkormányzati feladat-ellátási szerződések egységesítése**
7. **Teljesítmény-validálás + praxishalmozó cégek kontrollja**
8. **Ügyeleti modell kialakítása finanszírozott infrastruktúrával**

A fenti beavatkozások együttesen képesek lennének stabilizálni a fogászati alapellátás működését, javítani az ellátásbiztonságot, és helyreállítani a rendszer hosszú távú fenntarthatóságát.

NEAK-finanszírozott praxisok – országos összkép

A NEAK által finanszírozott fogászati alapellátás országos struktúrája számosságában stabilnak tűnik, ugyanakkor működésében jelentős strukturális feszültségeket hordoz.

A nyilvántartás szerint 2580 alapellátó fogászati praxis működik, ebből 1936 vegyes, 445 felnőtt és 199 gyermekpraxis. Az „Alapellátás” kategórián belül további 276 iskolai, ifjúsági és 357 ügyeleti ellátási forma is szerepel a listában, ami a rendszer komplexitását növeli.⁴

⁴ 2026 február – szerződött szolgáltatók listája – NEAK adatok

A hivatalosan nyilvántartott 249 betöltetlen praxis (201 vegyes, 26 felnőtt, 22 gyermek) azonban nem tükrözi pontosan a valós helyzetet. *A tartós helyettesítéssel működtetett körzetek formálisan betöltöttek látszanak, miközben az ellátás folytonossága és minősége gyakran sérül. A statisztikai stabilitás tehát nem jelent működési biztonságot.*

1. Finanszírozás és fenntarthatóság (rendszerszintű krízis)

1.1. Alulfinanszírozottság + értékkövetés hiánya

- *A jelenlegi finanszírozási struktúra nem követi a valós költségszinteket.* A beavatkozások pontértéke és a pont forintértéke elmarad az anyagköltségek, az amortizáció és az infláció által meghatározott tényleges ráfordításoktól. Különösen a kistéleplési praxisok kerülnek nehéz helyzetbe, ahol az alacsonyabb betegforgalom miatt a bevétel gyakran még a bértámogatáson felüli működési költségeket sem fedezi.
- *Ennek következtében a praxisok túlélési üzemmódban működnek: elmaradnak a fejlesztések, romlik az infrastruktúra, csökken a hozzáférés és hosszú távon a minőség is.* Indokolt lenne a teljesítménykódok rendszeres, valós költségalapú karbantartása, valamint a pontérték automatizált, kiszámítható korrekciója.

1.2. Bázisfinanszírozás kivezetése → instabil működés

- *A bázisfinanszírozás megszüntetése megszüntette a fix bevételi lábat,* miközben a rendelő fenntartásával járó kötelezettségek változatlanok maradtak. *Ez a rendszer a teljesítmény maximalizálása irányába tolja a praxisokat, ami torzító hatásokat eredményezhet,* és közvetve hozzájárulhat a teljesítményjelentések validitási problémáihoz is.
- *A stabilitás érdekében indokolt lenne egy rendelkezésre állási díj jellegű bázisfinanszírozás visszavezetése, amely átlátható teljesítményelemmel egészül ki.*

1.3. Orvosi bértámogatás alapösszegének „beragadása” (bérminimum-probléma)

- *Az orvosi bértámogatás számítási alapja továbbra is a 2023-as garantált bérminimumhoz kötődik, miközben 2026-ra a garantált bérminimum jelentősen emelkedett.* Ez abszurd helyzetet eredményez: több évtizede közellátásban dolgozó fogorvosok bruttó bére alig haladja meg a bérminimum szintjét.

- Különösen figyelemre méltó, hogy a korábban hivatkozott „béröllő” – az orvosok és szakdolgozók közötti bérkülönbség – *a pályakezdő orvosok esetében megfordult, és egyes esetekben a szakdolgozók jövedelme meghaladja a kezdő orvosokét. A bértámogatási rendszer automatikus, az aktuális garantált bérminimumhoz kötött korrekciója elengedhetetlen.*

1.4. Szakdolgozói bértámogatás: nem fedezi a kötelező bérköltséget

- **Az asszisztensi bértámogatás jelenlegi összege nem fedezi a kötelezően fizetendő bruttó bért és annak járulékait.** A legmagasabb szakdolgozói kategóriában is jelentős – közel százezer forintos – különbség mutatkozik a támogatás és a tényleges térteher között.
- A bértámogatás, és az az alapján folyósított praxistámogatás összege a legmagasabb szakdolgozói fizetési kategóriában is közel százezer forinttal kevesebb (536. 664 Ft.) mint a szakdolgozóknak kötelezően fizetendő bruttó 547 ezer forintos térterheinek összege (618. 110 Ft.)
- *Mivel az asszisztens foglalkoztatása a praxis működésének alapfeltétele, ez a hiány közvetlenül veszélyezteti az ellátás stabilitását.*
- *Szükséges a szakdolgozói bértámogatás és a kapcsolódó praxistámogatás korrekciója a tényleges tér- és járulékterhehez igazítva.*

1.5. Rezsitámogatás alacsonyabb a házi orvosokénál (anyag- és eszközigény ellenére)

- *A fogászati praxisok rezsitámogatása évek óta elmarad a házi orvosi praxisokétól, jóllehet a fogászat lényegesen eszköz- és anyagigényesebb terület.* Indokolt lenne a havi támogatás legalább a házi orvosi szintre történő emelése, vagy egy differenciált, a kezelőegységek számát és az infrastruktúrát figyelembe vevő modell kialakítása.

1.6. Eszköztámogatás hiánya a növekvő kötelezettségek mellett

- *Az újabb kötelezettségek* – például az amalgámszeparátor alkalmazása, az infekciókontroll miatt szükséges autokláv, illetve az eszközök kötelező felülvizsgálata – *finanszírozási fedezet nélkül jelennek meg. Az eszköztámogatás újbóli bevezetése, a korábbi szabályozási logikához hasonlóan, elengedhetetlen lenne.*

2. Önkormányzat – praxis viszony (széttartó gyakorlat, bizonytalanság)

2.1. Fenntartói kötelezettségek tisztázatlansága

- *Az önkormányzatok és a praxisok közötti feladatmegosztás nem egységes.* Egyes településeken az önkormányzat biztosítja az ingatlant, eszközöket és rezsit, máshol mindez a szolgáltató terhére esik. A feladat-ellátási szerződések egységesítése és a tényleges szolgáltatói státusz egyértelmű rögzítése jogbiztonsági és finanszírozási szempontból is szükséges.

2.2. Iparűzési adó (HIPA) és önkormányzati eltérések

- *Az iparűzési adó önkormányzatonként eltérő szabályozása kiszámíthatatlan költségterhet jelent.* A közfinanszírozott alapellátás HIPA-mentességének országos szintű szabályozása indokolt lenne.

3. Humánerőforrás-krízis (fogorvos + asszisztens + helyettesítés)

3.1. Utánpótláshiány és az „ál-betöltöttség”

- *A tartós helyettesítéssel működtetett praxisok elfedik a valós betöltetlenséget.* A statisztikai jelenlét nem jelent tényleges ellátási kapacitást. Indokolt lenne a helyettesített praxisok külön kategóriában történő nyilvántartása és minőségi minimumfeltételek meghatározása.

3.2. Hosszú távollét (GYED/GYES, betegség) - vállalkozói csapda

- *A praxisjog személyes jellegéből fakadóan a fogorvos személyes munkavégzési kötelezettséggel tartozik. Tartós betegség vagy gyermekvállalás esetén a helyettesítés megszervezése a vállalkozó terhe, ami jelentős egzisztenciális kockázatot hordoz.* Bár bizonyos támogatások ilyenkor is járnak, a finanszírozás csökkenésének és a működési bizonytalanságnak a veszélye fennáll.
- *A praxisjog személyes jellegéből fakad az orvosnak az a kötelezettsége is, miszerint a praxisjog alapján végezhető önálló orvosi tevékenységet személyesen köteles végezni.*
- A jogszabály alapján a praxisjog jogosultja mentesül az orvosi tevékenység személyes munkavégzési kötelezettsége alól, ha személyes szolgáltatásnyújtási kötelezettségének nem tud eleget tenni,

- keresőképtelensége (betegség)
 - hivatalos távolléte,
 - szabadság, vagy gyermekápolás - gondozás stb.
- miatt a munkavégzésben akadályoztatva van.
- Ilyenkor a vállalkozó házi orvos köteles helyettesről az önkormányzattal kötött szerződésben foglaltaknak megfelelően maga gondoskodni.
 - ezekben az esetekben mind a bértámogatás, mind a rezsitámogatás összege továbbra is jár a szolgáltatónak
 - az indikátor finanszírozás összegét a betegforgalom jelentősen nem befolyásolja.
 - A helyettesítésre vonatkozó szabályok teljességéhez hozzátartozik, hogy a területi ellátási kötelezettséggel működő házi orvos, házi gyermekorvos és fogorvos indokolt esetben – az önkormányzattal kötött megállapodásban rögzítettek szerint – a helyettesítést abban a rendelőben is elláthatja, ahol egyébként tevékenységét végzi. Utóbbi esetben a rezsitámogatás összege a helyettesítendő szolgáltatónál nem kerül felhasználásra
 - *Egy „praxisvédelmi” szabálycsomag – hosszabb helyettesítési időkerettel, területi helyettesítési pool kialakításával és finanszírozási stabilizátorral – enyhíthetné ezt a kiszolgáltatottságot.*

4. Indikátorok és teljesítményfinanszírozás torzító hatásai

4.1. Indikátorfinanszírozás bevételkiesést és szakmai torzulást okozhat

- *Az indikátorfinanszírozás nem egyformán érinti a praxisokat: egyeseknél bevételkiesést okoz, másoknál kedvezőbb hatású.*
- *A rendszer adaptálása a praxisprofilhoz és rendelési időhöz szükséges annak érdekében, hogy valóban minőségösztönző eszközként működjön.* A fogászatban működő 4 minőségi indikátor nem elegendő a valós, objektív differenciálásra, további indikátorok fejlesztése indokolt.

4.2. Teljesítmény-validálás hiánya - valótlan jelentések kockázata

- *A nem megfelelő ellenőrzés ösztönözheti a valótlan jelentéseket, különösen nagyobb, több körzetet működtető szolgáltatóknál.*
- Indokolt a havi teljesítmények célzott ellenőrzése, az elszámolási nyilatkozat visszavezetése, illetve elektronikus betegértesítési rendszer kialakítása.
- Javaslat: Havi teljesítmények utólagos ellenőrzése, különösen az országos átlagot tartósan meghaladó mintázatoknál.
 - a rendelési idők és a személyes közreműködés rendszeres kontrollja.
 - elszámolási nyilatkozat visszavezetése vagy
 - elektronikus visszajelzés a beteg ügyfélkapujára az elvégzett kezelésekről

4.3. Szakmai autonómia sérülése (indikátor miatti „büntetés”)

- *Bizonyos indikátorok – például a tömés utáni 24 hónapon belüli endodoncia vagy extrakció – akkor is szankcionálhatnak, ha a beavatkozás szakmailag indokolt volt.*
- Az indikátorokat szakmai audit mellett szükséges felülvizsgálni.

5. Praxishalmozó cégek („praxisbárók”) és ellátásbiztonsági kockázat

- *Az egy fogorvossal több körzetet ellátó szolgáltatói modellek csökkentett rendelési időt és ellátási bizonytalanságot eredményeznek. A betegek más településekre kényszerülnek, ami további terhelést generál.*
- A szerződéses feltételek szigorítása, az átláthatóság és a valós betöltetlenség nyilvántartása elengedhetetlen.

6. Betegoldali együttműködés hiánya (no-show, irreális igények)

6.1. Meg nem jelenő betegek

- *A visszatérő no-show jelenség rontja a kapacitáskihasználást és növeli a várakozási időt.*
- Egy NEAK-kód bevezetése a nem megjelenések rögzítésére, valamint szabályozott korlátozási mechanizmus alkalmazása javíthatná a rendszer hatékonyságát.

7. Szakmai protokollok és rendszerirányítás

7.1. Lejárt érvényességű vagy hiányzó szakmai irányelvek

- *Több szakmai protokoll elavult.*
- A szakmai irányelvek fejlesztése nem folyamatos, a korábbiakban megjelentettek érvényessége lejárt, vagy számos megbetegedésre nem is készült.
- A továbbképzések ajánlásai nem azonos erősségűek, mint a szakmai irányelvekben elfogadott ajánlások
- A Szakmai Kollégium fejlesztő tevékenységének elősegítése, a fejlesztésben résztvevők motiválása szükséges az ellátás minősége és a páciensbiztonság érdekében.

8. Ügyeleti és sürgősségi ellátás (alapellátási modell kialakítása)

8.1. Fogászati alapellátási ügyeleti rendszer szükségessége

- *Az ügyeleti rendszer jelenleg nem egységes és nem kiszámítható.*
- *Indokolt lenne a sürgősségi kórképek elkülönítése és egy praxisközösségi alapú, összehangolt hétköznapi és hétvégi modell kialakítása, megfelelő finanszírozással.*
- A jelenlegi támogatási szint nem fedezi a bér- és működési költségeket; a háziorvosi ügyeleti díjtételekhez hasonló szintű emelés szükséges, az önkormányzatok fokozott szerepvállalásával, országosan egységes ügyeleti finanszírozással.
- *Az önkormányzatok nagyobb szerepvállalása szükséges a központi költségvetésből az egészségügyi ellátás biztosítására fejkvóta alapján kapott összegből.*

Azonnali beavatkozást igénylő problématerületek

Azonnali teendőt igénylő problémák a háziiorvosi és házi gyermekorvosi ellátásban

Több, mint 1000 betöltetlen praxis	
Okok	Megoldási javaslatok (rövid-, középtávon)
• A betöltetlen háziiorvosi praxisok száma az ezerhez körül mozog, bizonyos hónapokban meghaladta azt. Jelenleg a praxisok végleges megszűnése miatt ingadozik az ezer körül. • Előregedő háziiorvosi kar, a praxisokat ellátó orvosok 54 százaléka betöltötte a 60-ik életévét, és 38%-uk már nyugdíjas korú. Ez kódolja a praxisok gyorsuló üresedését. • A fiataloknak nem vonzó ez a pálya, utánpótlás alig van. • A praxisjog elértéktelenedett. Az új ügyeleti rendszer az idősök körében felgyorsította a rendszerből való kilépést	A háziiorvoslás vonzóvá tétele a fiatalok számára. • Háziiorvosi életpályamodell, egzisztenciális perspektíva. • Képzési rendszer átalakítása. • Korszerű alapellátási modell kialakítása. • Nem csak életkor alapú, hanem a tényleges munkavégzést is tükröző bértábla szerinti bértámogatás kialakítása. A bértábla kiegyenlítése. • A fiatal orvosok ösztönzése: a bértáblában a 0-10 év gyakorlati időhöz tartozó 3 legalsó sávjának az emelése, közelítése az egymillió forintos határhoz. • <i>Ez nem valósulhat meg a bértábla többi részének a csökkentése árán, a több gyakorlattal rendelkező orvosok bértámogatását hátrányosan nem érintheti.</i> • A háziiorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátó fogorvosi bértábla emelését a más, nem alapellátó kollégák bértáblájának a szintjére. • A betegek felelősségének tudatosítása a rendszer leterheltségében. • Egészségtan tantárgy erősítése minden közoktatási szinten a bölcsődétől az érettségiig.

Orvos és szakdolgozó hiány	
Okok	Megoldási javaslatok
• Közel ezer orvos és ennél is több szakdolgozó (ápoló, adminisztrátor) hiányzik a mostani rendszerből. • Évente átlagosan 106 fő szerzett háziorvostan szakvizsgát a négy orvosegyetemen a 2020-2024 közötti időszakban és a szakvizsgázott orvosoknak csak körülbelül 25 százalék helyezkedett el Magyarországon praktizáló háziorvosként. Alacsony a szakdolgozók, ezen belül a diplomás ápolók aránya.	A háziorvosi rezidensek kiemelt támogatása, a rendszerben lévő orvosok pályaelhagyásának (külföldre távozás) csökkentése a munkakörülmények javításával. • A háziorvosi képzésbe belépők ösztönzése - rezidensi ösztöndíj program, a letelepedési támogatás jelentős emelése. • Az alkalmazott orvosok bértámogatásának emelése 50%-ról 100%-ra. (Mentorált pályakezdés, kontinuitás biztosítása.) • A bértámogatás megemlése az ápolókra, diplomás ápolókra.

Praxisösszevonások - felgyorsulhat a betöltetlen praxisok számának növekedése	
Okok	Megoldási javaslatok
• A fűnyíróelvszerű praxisösszevonás a csökkenő bevétel mellett növeli a munkaterhelést, rontja a minőséget. • A praxisok - és így a betöltetlen praxisok is- inhomogének, sokfélék, adottságaik rendkívül eltérőek. A praxisösszevonásokra általános és mindegyikre egyformán jól alkalmazható megoldás nincs	Az összevonás egyik fél számára sem lehet hátrányos. • A praxisösszevonás szabályainak, metodikájának nyilvános, transzparens racionalizálása. • Kizárólag a csekély létszámú, vagy kifejezetten üzemgazdaságtalan praxisok megszüntetése, összevonása lehet a cél.

Kötelező háziiorvosi ügyelet	
Okok	Megoldási javaslatok
• Az új ügyeleti rendszer kötelező jellege hátrányosan érintette az idős vagy megromlott egészségi állapotuk ellenére is a praxisban dolgozó kollégákat. • Az ügyeleti mentesítés és mentesülés szabályainak elfogadása elmaradt. • A kötelezőség azt eredményezte, hogy a kötelezett orvosok egy része emiatt feladta a praxisát, ezáltal nőtt a betöltetlen praxisok száma. • A mentesülés lehetőségét a jogszabály kimondja, de ennek részletei nincsenek kodifikálva.	Az ügyeleti mentesítés és mentesülés szabályainak elfogadása. • Erre a kamara korábban már adott javaslatot, mely nem került elfogadásra. • Javasoljuk a mentesítési szabályok kialakításakor az életkor alapján adható mentesség kiterjesztését a nyugdíjkorhatár feletti praxisjogos orvosokra, vagy méginkább az általános kötelezőség feloldásának a megfontolását. • Olyan versenyképes ügyeleti díjakat szükséges meghatározni, amik vonzóvá teszik az egyéb szakterületen dolgozó orvosoknak is a háziiorvosi ügyeleti munkát.

Digitális környezet - miniHIS bevezetésének problémája	
Okok	Megoldási javaslatok
• A miniHIS kötelező jelleggel történő bevezetése biztosan minőségromlást, ebből adódóan ellenállást okozhat és különösen az idős kollégákat a praxis elhagyására készítheti. • A miniHIS jelenlegi fejlesztési fázisában nem képes azokat a funkciókat ellátni, amit azok a jelenlegi leggyakrabban használt medikai szoftverek tudnak, amiket a praxisokban évtizedek óta használnak. A rendszer korai fejlesztési fázisban történő bevezetése a munka lassulását minőségromlást, növekvő adminisztratív terheket, adatvesztést eredményezhet.	A miniHIS standardok (adattartalom, inputok, outputok, felületek, funkciók) megalkotása, szabványosítása, és erre piaci szereplők akkreditálása. • Csak olyan egységes - és ingyenes - medikai szoftver ajánlott bevezetése jöhet szóba, ami tudja biztosítani azokat a funkciókat, <i>amikre a jelenleg használt szoftverek alkalmasak és csak abban az esetben, ha a konvertálás nem okoz adatvesztést.</i> Meg kell hagyni a <i>piacra lépést</i> azon fejlesztőknek, <i>akik tudják a szabványokat teljesíteni,</i>

Humán erőforrás menedzsment, kompetenciák	
Okok	Megoldási javaslat
• Az orvos feladata a gyógyítás. • A jelenlegi struktúrában nem valósul meg a kompetenciáknak megfelelő feladatmegosztás. Ez az egyébként is korlátozott humánerőforrás rossz kihasználását eredményezi, ez pazarlás. • Jelentős adminisztrációs terhek. • Kevés szakképzett szakdolgozó. • Kihasználatlan kompetenciák és egyéb szakvizsgák (vényírási, diagnosztikus, beutalási lehetőségek korlátozott elérése az alapellátásban).	Kompetenciabővítés, dereguláció, több szakdolgozó képzése és alkalmazása. • A megkezdett kompetenciabővítési folyamat folytatása és felgyorsítása. • Plusz adminisztrátor (orvosírnok) alkalmazásának támogatása, dereguláció. • Az orvosi kompetenciát nem igénylő feladatok szakdolgozókhoz delegálása. • Létszámbővítés a felsőfokú szakdolgozó képzésben (APN, diplomás ápoló), ösztöndíj program a képzésen résztvevőknek.

Megoldatlan helyettesítés a praxisokban	
Okok	Megoldási javaslat
• A praxisokat betöltő orvosok helyettesítése betegség, szabadság, vagy egyéb távollét (továbbképzés) esetére nem megoldott. • A helyettesítés díjára jelenleg nincs külön fedezet a finanszírozásban. • Az orvosok egymást kölcsönösen próbálják helyettesíteni, ha van kivel. • Az orvoshiány és a szakdolgozó hiány miatt nincs a rendszerben elegendő helyettesítést vállaló orvos és nővér.	Helyettesítésre fordítható fix finanszírozási elem bevezetése a finanszírozásba. • A bekerülési költség megállapításánál érdemes figyelembe venni azt, hogy ennek egy része adó és járulék formájában visszakerül a központi költségvetésbe.

Azonnali teendőt igénylő problémák a fogászati ellátásban

Finanszírozás és fenntarthatóság (rendszerszintű krízis)	
Probléma és következmény	Megoldási javaslat
1. Alulfinanszírozottság + értékkövetés hiánya Probléma - A beavatkozások pontértéke és a pont forintértéke messze elmarad a valós költségektől (anyag, amortizáció). - Különösen kistépüléseken a betegforgalom alacsonyabb → a bevétel sokszor még a bértámogatáson felüli költségeket sem fedezi. Következmény - Praxisok túlélési üzemmódban működnek, csökken a fejlesztési képesség, romlik a hozzáférés és a minőség.	Javaslat - Valós költség-alapú kódkarbantartás rendszeres végrehajtása (6/1998 NM rendelet logikája szerint). - A pontérték/pontforint arányának érdemi korrekciója nem kampányszerűen, hanem automatizált, kiszámítható módon.
2. Bázisfinanszírozás kivezetése → instabil működés Probléma - A bázisfinanszírozás megszüntetése fix bevételi lábat vett ki, miközben a kötelezettségek (rendelő fenntartás, eszközpótlás, karbantartás) megmaradtak. Következmény - A praxis „rákényszerül” a teljesítmény maximalizálása, ami torzíthatja a rendszert (lásd később: validitás, pontgyártás).	Javaslat Bázisfinanszírozás visszavezetése (rendelkezésre állási díj jelleggel), mellette átlátható teljesítmény-elem.
3. Orvosi bértámogatás alapösszegének „beragadása” (bérminimum-probléma) Probléma Az orvosi bérek meghatározásánál a 2023-as garantált bérminimum (296 400 Ft) szerepel alapként, miközben	Javaslat Az orvosi bértámogatások alapösszegének az aktuális garantált bérminimumhoz kötött korrekciója (automatikusan).

2026-ra 373 000 Ft a garantált bérminimum. • Emiatt abszurd helyzet: egy 21–25 éve közellátásban dolgozó orvos bruttó bére alig haladja meg a bérminimumot.	
4. Szakdolgozói bértámogatás: nem fedezi a kötelező bérköltséget Probléma • Az asszisztensi bértámogatás nem fedezi a valós bért és járulékokat, miközben az asszisztens foglalkoztatása a praxis működésének alapja.	Javaslat • Szakdolgozói bértámogatás és praxistámogatás korrekciója, hogy a kötelezően fizetendő bér és járulék fedezete biztosított legyen.
5. Rezsitámogatás alacsonyabb a házi orvosokénál (anyag- és eszközigény ellenére) Probléma • A fogászat rezsitámogatása évek óta elmarad a házi orvosokétól, pedig fogászat lényegesen eszköz- és anyagigényesebb. • Konkrét javaslat: 380 ezer Ft/hó helyett 520 ezer Ft/hó szintre emelni (házi orvos szint).	Javaslat • Rezsitámogatás egységesítése legalább a házi orvos szintre, vagy fogászati realitások szerinti differenciált modell (pl. kezelőegységek száma, nyitvatartás, eszközpark).
6. Eszköztámogatás hiánya a növekvő kötelezettségek mellett Probléma A praxisokra újabb és újabb kötelezettségek kerülnek, finanszírozás nélkül: • amalgámszeparátor kötelező (EU 2017/852 alapján), • infekciókontroll miatt autokláv szükségessége, • kezelőegységek időszakos felülvizsgálata kötelező, • eszközpark fenntartása és pótlása a szolgáltató terhe.	Javaslat • Eszköztámogatás újbóli bevezetése a korábbi (216/2011. Korm. rendelet) logikájához hasonlóan. • Több telephelyes szolgáltatóknál kiegészítő díjazás az alapfinanszírozásban.

Önkormányzat – praxis viszony (széttartó gyakorlat, bizonytalanság)	
Probléma és következmény	Megoldási javaslat
1. Fenntartói kötelezettségek tisztázatlansága Probléma - Nincs egységes jogértelmezés, mi az önkormányzat dolga: ingatlan, eszköz, karbantartás, takarítás, rezsi stb. - Van, ahol „mindent adnak”, máshol a fogorvos „mindent sajátból visz”, ellentételezés nélkül.	Javaslat - Feladat-ellátási szerződések egységesítése, kötelezettségek standardizálása jogszabályban. - Rögzíteni kell: ki minősül tényleges szolgáltatónak (duális finanszírozás miatt jelenleg zavaros).
2. Iparűzési adó (HIPA) és önkormányzati eltérések Probléma HIPA eltérő önkormányzati döntésektől függ → a praxisok költségterhe kiszámíthatatlan.	Javaslat Egységes országos szabályozás: közfinanszírozott alapellátás HIPA-mentessége

Praxishalmozó cégek („praxisbárók”) és ellátásbiztonsági kockázat	
Probléma és következmény	Megoldási javaslat
1. Több körzet „egy fogorvossal”, csökkentett időben, nyelvi/kommunikációs gondok Probléma - Egy fogorvos több körzetet lát el, csökkentett rendelési idővel. - A betegek vándorolnak, a környező települések terhelődnek. - Sok praxis tartósan betöltetlen, de tényleges betöltés mégsem lehetséges.	Javaslat - NEAK szerződés feltételeinek szigorítása (tulajdonosi/vezetői felelősség, átláthatóság). - Betöltetlenség valós nyilvántartása, önkormányzati szerződéskötések auditja.

Indikátorok és teljesítményfinanszírozás torzító hatásai	
Probléma és következmény	Megoldási javaslat
1. Indikátorfinanszírozás bevételkiesést és szakmai torzulást okozhat Probléma - Sok szolgáltatónál bevételkiesést okozott, amit csak részben kompenzált a pontemelés. - Nem egyformán hat: nagy praxisoknál fix kiesés, kis praxisoknál akár előny.	Javaslat - Indikátorfinanszírozás adaptációja rendelési időhöz / praxisprofilhoz. - A cél: „minőségösztönzés”, de ne büntessen strukturálisan
2. Teljesítmény-validálás hiánya → valótlán jelentések kockázata Probléma - Ha nincs hatékony ellenőrzés, a rendszer a kieső bevételek miatt ösztönözhet valótlán jelentésekre. - Praxishalmozó cégeknél különösen felmerül: a jelentett pont mögött nincs valós teljesítmény.	Javaslat - Havi teljesítmények utólagos ellenőrzése, különösen az országos átlagot tartósan meghaladó mintázatoknál. - Rendelési idők és személyes közreműködés rendszeres kontrollja.
3. Szakmai autonómia sérülése (indikátor miatti „büntetés”) Probléma A tömés utáni 24 hónapon belüli endodoncia/extrakció indikátor büntethet akkor is, ha a kezelés szakmailag korrekt volt (minimálinvazív elvek, vitalitásmegőrzés).	Javaslat Az indikátorokat felül kell vizsgálni: csak szakmai audit + esetértékelés mellett legyen következmény.

Szakmai protokollok és rendszerirányítás	
Probléma és következmény	Megoldási javaslat
1. Elavult szakmai protokollok Probléma Több protokoll elavult, a továbbképzéseken elhangzó ajánlások nem hivatalosak.	Javaslat Protokollok áttekintése és frissítése, Szakmai Kollégium által megerősített konszenzusokkal. Szakmai irányelvek létrehozása, frissítése.

Ügyeleti és sürgősségi ellátás (alapellátási modell kialakítása)	
Probléma és következmény	Megoldási javaslat
1. Fogászati alapellátási ügyeleti rendszer szükségessége Probléma - Az ügyelet megszervezése korábban önkormányzati feladat, de a rendszer átalakulása (Praxiskezelő) egységesebb elvárásokat hozhat. - Jelenleg nem egységes, nem kiszámítható.	Javaslat - Fogászati sürgősségi kórképek szétválasztása az ügyeleti ellátástól, betegutak szervezése. (A háziorvosi ügyeleti ellátáshoz hasonlóan.) - Praxisközösségen belül hétköznapi folyamatos ellátás: 08:00–14:00 és 14:00–20:00 összehangolva. - Hétvégén/ünnepeknapokon: 4–6 órás ügyelet helyszíni jelenléttel, - folyamatos készenlét nélkül, megfelelő infrastruktúrával és finanszírozással.

Humánerőforrás-krízis (fogorvos + asszisztens + helyettesítés)	
Probléma és következmény	Megoldási javaslat
1. Utánpótláshiány és az „ál-betöltöttség” (tartós helyettesítés) Probléma - A betöltetlen praxisok valós száma sokszor „nem látszik”, mert tartós helyettesítéssel fedik el. - Ettől a betegellátás nem javul, sőt csökken.	Javaslat A helyettesítéssel működő praxisokat külön kategóriában kell kezelni, és minőségi minimumokat kell rögzíteni (rendelési idő, elérhetőség, folytonosság).
2. Hosszú távollét (GYED/GYES, betegség) – vállalkozói csapda Probléma - Tartós betegség vagy gyermekvállalás esetén a vállalkozó fogorvos helyzete nehéz: - nehéz helyettest találni, - időben korlátozott a helyettesítés, - finanszírozáscsökkenés kockázata. Ezzel szemben alkalmazotti rendszerben a távollét kevésbé „büntető jellegű”.	Javaslat „Praxisvédelmi” szabálycsomag tartós távollétre: - hosszabb helyettesítési időkeret, - területi helyettesítési pool, - finanszírozási stabilizátor.

Betegoldali együttműködés hiánya (no-show, irreális igények)	
Probléma és következmény	Megoldási javaslat
<i>1. Meg nem jelenő betegek (időpontfoglalás „foglalja a kapacitást”)</i> Probléma • Notórius nem-megjelenők miatt a várólista nő, a rendelési idő „üresjárat”. • A rendszerben kevés a szankció és a visszacsatolás.	Javaslat • NEAK kód a no-show rögzítésére (0 pont, de rendszeradat). • Visszaesőknél szabályozott korlátozás / szankció.

Összefoglalás

A jól működő alapellátás a minőségi egészségügy alapja. Megerősítése, fejlesztése elengedhetetlen a jól és hatékonyan működő szak- és fekvőbeteg ellátáshoz.

Az alapellátók munkája értéket teremt, egy jól működő, széles jogosítványokkal rendelkező, korszerű irányelvek és ellenőrzött protokollok mentén működtetett alapellátás a modern egészségügy origója.

Olyan kormányzati ciklusokon átvélő és megvalósítható megoldásokat szükséges kidolgozni, amit a mindenkori kormányzat és az egészségügyi ágazatvezetés kiemelt projektként kezel.

Az egészségügyi ágazat vezetése mindenképpen minisztériumi szintet igényel. A jelenlegi, a Belügyminisztérium alá rendelt államtitkárság általi irányítási modell nem hatékony, nem biztosít megfelelő erejű és hatékonyságú szakmai képviselőt, érdekérvényesítő képessége gyenge.

Az alapellátás jelen helyzetét tekintve kimondható, hogy krízishelyzet van. A krízis három fő területen jelentkezik: humán erőforrás hiánya, finanszírozási deficit és gazdasági működésképtelenség, szakmai feltételek és képzési szükségletek.

A krízishelyzet megoldása állami feladat, a döntések és a megvalósítás felelőssége és az intézkedések elmaradásának következménye is az állami irányítást terheli. A kormányzati kommunikációnak ehhez igazodnia kell, azaz nem okolhatja az orvosokat és az egészségügyi dolgozókat a krízishelyzet kialakulásáért.

Ultrarövid távon azonnali krízismenedzsment szükséges. Rövid - és középtávon alkalmazható olyan megoldások keresése preferált, amivel a növekvő kiüresedési tendencia megállítható, visszafordítható és a betöltetlen praxisok száma csökkenthető.

A rövidtávú megoldások alapfeltétele, hogy ezek a döntések nem eredményezhetnek további minőségromlást az alapellátásban, nem eredményezhetnek praxiselhagyást, nem okozhatják a még működő praxisok ellehetetlenülését.

A rövid távon hatékony megoldásokhoz elengedhetetlen jelentős plusz forrás bevonása-bármilyen forráskivonást eredményező javaslatot a kamarák és a szakszervezetek semmilyen formában nem tudnak támogatni.

Elengedhetetlen a működés költségeinek és a bérköltségnek az inflációkövető és reálértéken történő finanszírozása, és az ehhez szükséges azonnali és jelentős mértékű forrás bevonása és biztosítása az ágazat szereplői részére.

Az ellátandó páciensek, és a jelenlegi praxistulajdonos orvosok számára is elsődleges, hogy *a javasolt krízismegoldások kidolgozása során kizárólag olyan javaslatok fogadhatók el, amelyek nem érintik hátrányosan a jelenleg működő praxisokat* és az ott ellátottak és az abban praktizálók érdekeit nem sértik. Ugyanígy, a későbbi, hosszú távú átalakítás során a rendszer egyetlen szereplője sem járhat rosszabbul (sem jogait, sem gazdasági helyzetét, sem szakmai presztízsét tekintve).

A hosszú távú komplex alapellátási és háziorvosi modell kidolgozása sürgető és elengedhetetlen. Közép- és hosszú távon alapvető az alapellátás egyes szegmensei közötti kooperáció megteremtése és az alapellátással összefüggő egyéb ágazatok és az egészségügy határterületeinek integratív szemléletű összehangolása. Ide értendők a szociális ellátórendszer, az oktatás, a munkaügy, a közigazgatás, az egyéb hatósági eljárások és az egészségügyi alapellátás határterületei.

Az alapellátás minden szegmensében elengedhetetlen a jelenleg rendelkezésünkre álló erőforrások felmérése és egy reális kép felvázolása. Azt is szükséges tudni, hogy milyen szerepet szán az ágazatvezetés a jövőben az alapellátásnak az egészségügyi struktúrában. Mik azok a feladatok, amik az alapellátásra hárulnak és mik azok, amik a szakellátásban vagy centralizáltan, a fekvőbetegellátás szintjén valósíthatóak meg. Az alapellátási feladatok körét kompetencia szintek szerint célszerű megosztani az egyes szereplők között, ki kell alakítani a kapcsolódási pontokat, meg kell határozni és szabályozni kell a határterületeket, illetve az egyes szegmensek közötti együttműködés módját is. Szükséges egységes ellátási protollok

létrehozása és ezek alapján a folyamatos visszacsatolás és a minőségbiztosított ellátás körülményeinek megteremtése is. A feladatokhoz hozzá kell rendelni a szükséges erőforrásokat úgy az infrastruktúra és a működési költségek biztosítása, mint a humán erőforrás tekintetében.

Ki kell alakítani a szabályos és minőségi működés XXI. századi logisztikai, technikai, rendelői, tárgyi és eszköz-feltételeit. A humán erőforrás jelenlegi létszámának felmérése, a biztonságos ellátáshoz szükséges létszám meghatározása, a hiányzó szakemberek rendszerbe hívása, és rendszerben tartása alapvető.

Az egészségügy területén működő szakmai kamarák és szakszervezetek fontosnak tartják, hogy a szakma képviselőinek a véleménye és az alapellátásban dolgozó gyakorló szakemberek tapasztalatai is megjelenjenek az ágazatvezetés döntéseiben. A szakmai kamarák véleménye nélkül nem lehet meghozni az ágazatot érintő döntéseket és véghez vinni a jövőt érintő tervezési folyamatokat.

Javasoljuk egy közös munkabizottság, a szakmát, a szak- és szakmapolitikát, valamint az egyéb érintett minisztériumok és államtitkárságok döntési potenciállal rendelkező képviselőit integráló egészségügyi alapellátási „szervezeti egység” létrehozását, amelyik egyszerre kezeli a krízist és ezzel egyidőben előkészít egy konszenzusos középtávú és hosszútávú fejlesztési, átalakítási programot.