

Alapellátás, alapellátók Magyarországon, 2018*

Rurik Imre dr.

Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar,
Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

A kézirat a háziorvosi rendszer hazai bevezetése (1992) óta eltelt időszak főbb trendjeit és problémáit tekinti át. Részletezi és elemzi a humán erőforrás gondjait, a szakmai munka és a kompetencia problémáit, az alapellátási protokollok és a minőségbiztosítás hiányosságait, az adminisztratív terhelést, a finanszírozás helyzetét, a jogalkotást és a szakmapolitika formálását. Az alapellátásban jelenleg dolgozó orvosok szakképzettsége megfelelő. Munkaterhelésük a betegforgalom, a sok adminisztratív feladat és a lakosság alacsony egészségkultúrája miatt nagy. Bár az utóbbi években nőtt a finanszírozás, ennek összege még továbbra sem vonzó. A problémák megoldását az alapellátás prioritásként való kezelésében, már az orvostudományban is megjelenő, vonzó életpályamodell kialakításában, a szakmai műhelymunkára épülő jogalkotásban, a koncepcionális tervezésben, a hatásvizsgálaton alapuló döntés-előkészítésben, a megfelelő minőségbiztosítási rendszer kiépítésében, a racionális szintre csökkentett adminisztrációban, a helyi igényeken alapuló új ellátási struktúrákban látja, igényelve az egyértelmű szakmapolitikai állásfoglalást és kommunikációt. A magasabb színvonalú alapellátás egyértelműen előnyösebb lenne az ország lakosságának. *Orv Hetil.* 2019; 160(24): 926–935.

Kulcsszavak: alapellátás, családorvos, háziorvos, Magyarország

Primary care and providers in Hungary, 2018

Trends and the main problems since the introduction of primary care (PC) system in Hungary (1992) were evaluated. Shortage of human resources, reduced professional competences, enormous administrative burden, and inappropriate health policy is described. There are no primary care guidelines and reliable quality indicators. Professional education of family physicians, working nowadays in the PC system, is appropriate. Their workload and the number of patients' visit are high, mainly because of the low health literacy in the general population and due to the administrative requirements. Although financing has been increased in the previous years, it is less than desired. PC needs a priority in the healthcare system; providers need higher income and attractive professional carrier, more focus to PC in the undergraduate education. Legislations in PC should be based on conceptual planning and consensus of professional bodies. Decision making needs a previous evaluation of expected outcomes, quality insurance should be developed, appropriate performance payment, less and rational administrative tasks, new structures of PC provision should be implemented respecting the local needs, supported by a clear communication of policy makers. PC system at higher level could have more benefit for the population.

Keywords: family physician, general practitioner, Hungary, primary healthcare

Rurik I. [Primary care and providers in Hungary, 2018]. *Orv Hetil.* 2019; 160(24): 926–935.

(Beérkezett: 2019. január 24.; elfogadva: 2019. február 11.)

A Szerkesztőség felkérésére készült tanulmány

Rövidítések

ÁEEK = Állami Egészségügyi Ellátó Központ; áfa = általános forgalmi adó; CSAKOSZ = CSALádorvos Kutatók Országos SZervezete; E-Alap = Egészségbiztosítási Alap; EESZT = Egy-

séges Egészségügyi Szolgáltatási Tér; EFI = egészségfejlesztési iroda; EKG = elektrokardiográfia; ENKK = Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ; HAOSZ = Háziorvosok Online Szervezete; MÁOTE = Magyar Általános Orvosok Tudomá-

*A kézirat az Alma-Atai Nyilatkozat 40. évfordulója alkalmából készült. A Magyar Tudományos Akadémia V. Orvostudományi Osztályán 2018. február 21-én elhangzott előadáson alapul, kibővítve, aktualizálva.

nyos Egyesülete; NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (az OEP jogutódja); NNK = Nemzeti Népegészségügyi Központ; OALI = Országos Alapellátási Intézet; OEP = Országos Egészségbiztosítási Pénztár; OTH = Országos Tisztifőorvosi Hivatal; PC = (primary care) alapellátás; taj = társadalombiztosítási azonosító jel; WONCA = (World Organization of Family Doctors) Háziiorvosi Világszervezet

A magyar egészségügyben dolgozók számára a család/háziiorvoslás egyszerűnek látszik. Szinte mindenki azt gondolja, hogy ért hozzá. Ahhoz, hogy ez valóban így is legyen, szükséges a hazai alapellátási rendszer problémáit megismertetni a többi orvosi szakterület érdeklődő és igényesebb művelőivel, akik ezt a lapot olvassák. Magam már többször is megpróbáltam rendszerezni a problémákat és felvázolni a megoldásukra kínálkozó lehetőségeket [1–3]. Sajnos ezek legnagyobb része még ma is aktuális.

A témákat próbáltam tematikusan strukturálni, ez azonban nem mindig sikerült a sok átfedés és a nem mindig éles határok miatt.

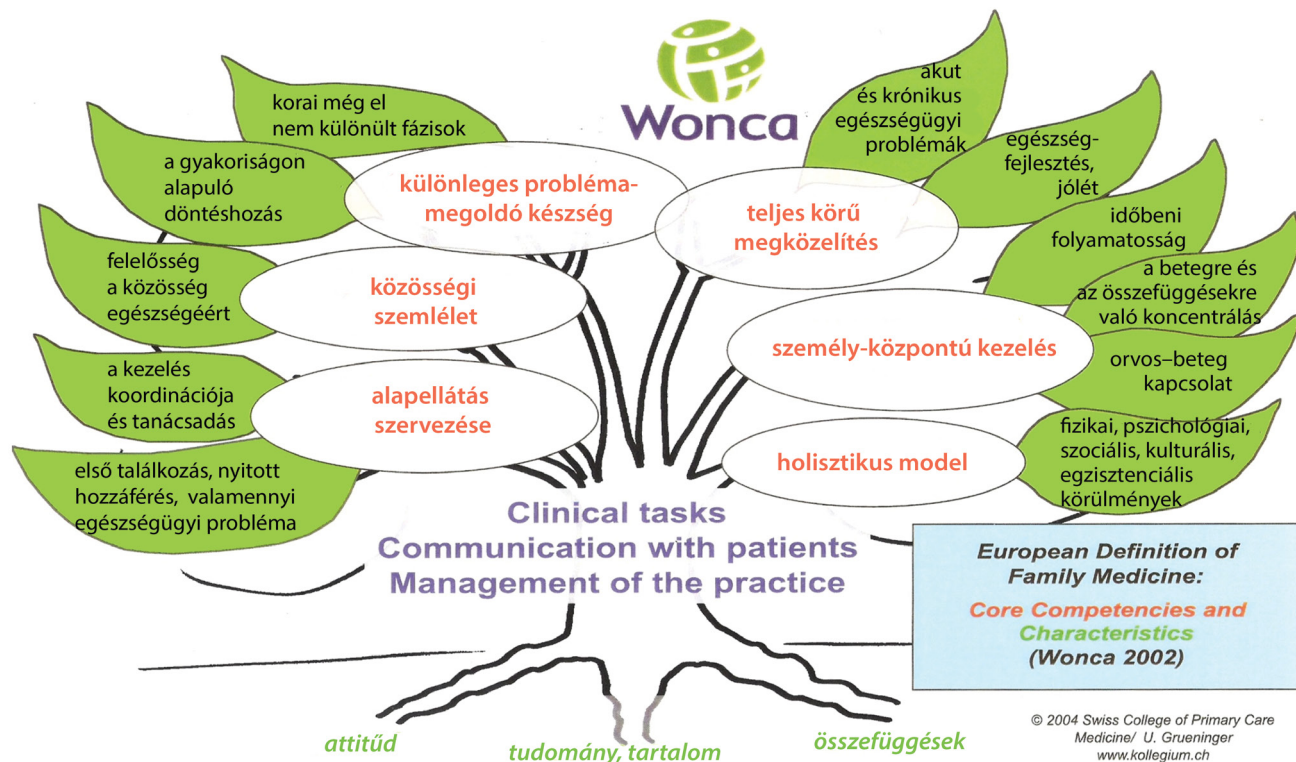
Széles körű nemzetközi tapasztalatok és tudományos igényű elemzések szerint az egészségügyi rendszer jól működő alapellátás mellett olcsóbban tud működni, kevesebb a kórházi beutalás, és az életkilátások is jobbak [4, 5]. Az egészségügyet elemző szakemberek ebben egyetértenek, és az Egészségügyi Világszervezet több programja, éves beszámolója is fókuszált az alapellátás

fejlesztésére, megemlékezve az Alma-Atai Nyilatkozat megszületésének 40. évfordulójáról, amely mérföldkőnek tekinthető az alapellátás jelentőségének felismerésében [6–8].

A háziiorvosnak a munkája során egyedül és gyorsan kell döntenie, nagyon sok – főleg a beteg és az ellátott közösség – számára lényeges szempont alapján, szakmai ismereteire, a képzése során elsajátított készségeire alapozva. Ennek komplex voltát a Háziiorvosi Világszervezet (WONCA) egy fa lombozatával kívánja szemléltetni, amelyet az 1. ábra mutat be [9].

Előzmények, történeti áttekintés

Magyarországon a II. világháború előtt az alkalmazottakat többnyire a biztosítótársaságok orvosai, a lakosságot a magánorvosok látták el. Az alapellátás és a szakellátás nem különült el élesen, általános orvostól sokkal több volt, mint specialistából. A lakosság nagy tömege ellátatlanul maradt, elsősorban anyagi okokból. A II. világháború után a szovjet modellt vezették be, amely a területi szakorvosi rendelőkre és a szigorúan területi elven szervezett körzeti orvosi rendszerre épült. Az orvosok sokszor a kórházi rendszerből érkeztek az alapellátásba, gyakran kényszerű szakmai vagy egzisztenciális váltás okán, némelyiküket az egyetem elvégzése után „csak” körzeti orvosi állásban alkalmazták. A körzeti orvos – nem mindig alaptalanul – szakmailag alulértékelt sze-



1. ábra | A WONCA-fa, amely a háziiorvosok készségeit, kompetenciáit ábrázolja [9]
WONCA = Háziiorvosi Világszervezet

replő volt a szocialista egészségügyben, így hazánkban is [1, 10].

A rendszerváltást követően, 1992-ben megtörtént a háziorvosi rendszer jogszabályi deklarációja, a betegeknek lehetőségük lett a szabad háziorvos-választásra. Ez egyfajta versenyt eredményezett, de inkább csak azokon a helyeken – jellemzően városokban –, ahol több orvos dolgozott. A háziorvos a területi ellátásra az önkormányzattal, ennek finanszírozására az egészségbiztosítóval szerződött anélkül, hogy a szerződések lényegi tartalmára hatása lett volna. Ez lényegében „funkcionális privatizációt” jelentett, hiszen az infrastruktúra többnyire önkormányzati tulajdonban maradt. A közalkalmazotti létből vállalkozóvá lett orvosok költséghatékonyabb gazdálkodási lehetőségei ezekben az években életszínvonaluk látványos növekedését eredményezte. A háziorvosi pálya vonzóvá vált, az addig gyakran lenézett szakma felértékelődött. Ez nagyjából egybeesett a kórházi lépitésekkel („ágylábtörvény”), amikor is a szakorvosok kiáramlásával feltöltődtek az üres praxisok. Jelentős számban léptek be a hazai rendszerbe a környező országok magyar származású orvosai. Volt kormányzati szándék a minőség javítására is; 1998-ig bezárólag kötelezővé tették a szakvizsga megszerzését, hiszen az orvosok felének semmilyen szakvizsgája nem volt. Felmentés csak nagyon kevés esetben volt lehetséges.

A háziorvosi szakmának, egyedülállóan, már ezekben az években is volt kidolgozott és szabályozott továbbképzési, illetve a szakvizsgára felkészítő oktatási rendszere, bár ezt jogszabályilag később kodifikálták. A háziorvosok szakmailag motiváltabb részében megvolt az igényesség, és a kilencvenes években létrehozott egyetemi családorvosi tanszékek egyre színvonalasabb munkát végezve vettek részt az átképzésben [11].

Az elmúlt bő negyedszázad trendjeit vizsgálva, 1992 és 2001 között volt egy felívelő időszak; a 2002 és 2006 közötti platót egy leszálló időszak követte 2007 és 2011 között, majd egy mérsékelt konszolidáció kezdődött 2012-ben [12].

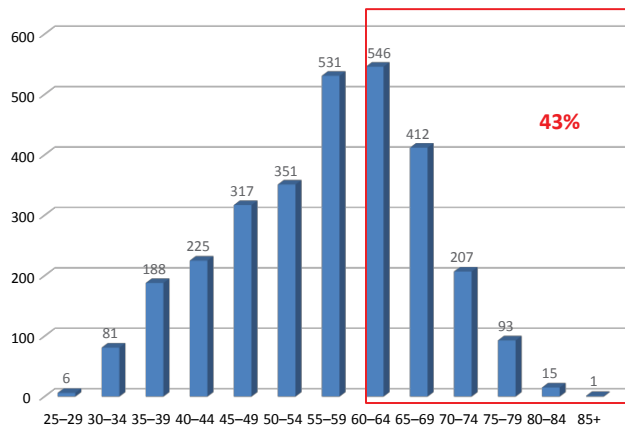
A humán erőforrás helyzete

Hazánkban a 2016-os adatok szerint 4755 felnőtt- és vegyes, illetve 1444 gyermekháziorvosi körzet volt [13]. Az utóbbi 5 évben (2013–2017) 627 háziorvosi szakvizsga vagy honosítás történt [14].

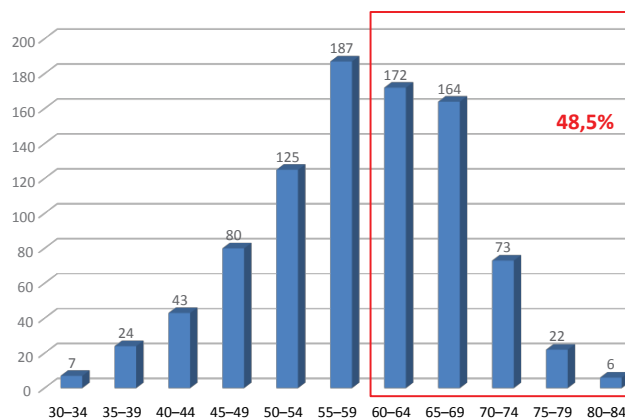
A háziorvostan-szakorvosok képzési ideje a legrövidebb; a 6 éves egyetem elvégzése után a rezidensképzés 3 éves. Ez sajnálatosan kevés, de ennek korrekciójára jelenleg nincs esély. A háziorvosok átlagéletkora magas, legnagyobb részük, különösen a házi gyermekorvosok már túl vannak a 60. életévükön, a 2. ábra szerinti megoszlásban [14].

A betöltetlen körzetek száma egyre nő, bár ez elsősorban az ellátott terület földrajzi, szociális és gazdasági viszonyainak tudható be. Már nemcsak a távoli, szegény kis falvakban, hanem a fővárosban is vannak üres, betöl-

Felnőtt/vegyes háziorvosok életkori megoszlása



Házi gyermekorvosok életkori megoszlása



2. ábra A háziorvosok korösszetétele felnőtt/vegyes és gyermekpraxisokban. Forrás: ÁEEK [14]

ÁEEK = Állami Egészségügyi Ellátó Központ

tetlen vagy eladásra régóta kínált praxisok. Az utóbbi években csökkent az érdeklődés a praxisvétel iránt, így a nyugdíjba készülő idősebb háziorvosok nem tudnak kielépni a rendszerből. A jellemző adatokat az 1. táblázat tartalmazza [15], külön feltüntetve a praxisjogoknak – azok értékesítésével – az orvosok egymás között történő adásvételét, az üres praxisok betöltését, illetve a tárgyévben betöltetlené váló körzetek számát. A praxisvásárlást évek óta kormányzati támogatás segíti, ennek során eddig több mint egymilliárd forintot fizettek ki. A számszerű adatokat a 2. táblázat szemlélteti [15]. Az adatokból jól látható, hogy ez a létszám utánpótlásához kevés. A támogatott praxist megvásárlók általában 40 év felettek, míg a frissen végzett szakorvos-generáció jelentős része nem vesz praxist; erre a fiatal orvosnak nincs is pénze, inkább az idősebbek helyettesítését vállalja, vagy alkalmazottként dolgozik, esetleg külföldre megy. Hivatalos adatok szerint 2010 és 2017 között 350 háziorvostani szakvizsgával rendelkező személy részére került hatósági bizonyítvány kiállításra a szakképesítésük külföldön

1. táblázat | A háziiorvosi praxisok cseréjének, betöltésének módja és adatai. Forrás: NEAK [15]

Az orvosváltás típusa	2015	2016	2017	2018	Összesen
„Valódi” orvosváltás	107	113	76	89	385
Betöltetlen körzetbe orvos került	99	87	111	85	382
Orvos távozásával <i>betöltetlen a körzet</i>	148	136	117	145	546
Összesen	354	336	304	319	1313

NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (az Országos Egészségbiztosítási Pénztár jogutódja)

2. táblázat | Az állami praxisvetélt támogatásban részesült orvosok száma és az erre kifizetett támogatási összegek. Forrás: NEAK [15]

Év	Praxisjog-vásárlási pályázaton nyertes pályázók (pályázatok) száma	Praxisjog-vásárlási pályázaton nyertes és támogatási szerződést kötő pályázók (pályázatok) száma	Praxisjog-vásárlási pályázat nyertesek részére kifizetett összeg (millió Ft)
2015	45	39	181,3
2016	71	69	359,9
2017	60	59	311,5
2018	54	53	273,1
Összesen	230	220	1125,8

NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (az Országos Egészségbiztosítási Pénztár jogutódja)

történi elismeréséhez [16]. Bár nem biztos, hogy ők mind távoztak, de ez mégis a „szakma” 8%-át jelenti.

Kevesebbet hallunk a szakdolgozók (körzeti-közösségi ápolók) helyzetéről, pedig az ő utánpótlásuk is problémás, hiszen fizetésük – ahogy az egészségügyben mindenütt – alacsony; 5%-uk már nyugdíjas, további 30%-uk érintett lehet a ’Nők 40’ programban, vagyis hamarosan elhagyják a pályát. Ha kedvük és egészségük bírja, nyugdíjuk mellett tovább dolgozhatnak. A magánszektorra nem vonatkoznak a közszféra diszkriminatív és legalább a munkaerő-hiányos egészségügyben korrekcióra érdeemesült 2012-es kormányhatározat korlátozásai [17].

Adminisztratív terhelés

A rendelőbe belépő beteg taj számának érvényességét a háziorvos a NEAK szerveréhez kapcsolódva *online* ellenőrzi, de ennek az ellátásra semmilyen konzekvenciája nincs. Ezt el kell végezni a gyakran megjelenő nyugdíjasok és gyerekek esetében is, pedig ők nem is járulékfizetők.

Bár a háziorvosok 20 éve használnak kötelezően komputert, ahogyan korábban az OEP, így most a NEAK sem tartja feladatának, hogy egységes és korszerű programot biztosítson, akár opcionálisan. Becslések szerint évente legalább egymilliárd forintot számlálnak le a szoftvergyártók, akik a több mint 20-féle programot biztosítják a gyakori frissítésekkel, amelyek nem a tudomány

fejlődése, hanem az ártámogatási vagy gyógyszerbefogadási változtatások miatt szükségesek [3]. Így a sokféle, bár jelentési rekordjaiban azonos programból, a havonta megküldött ellátási adatok tömkelegéből nem származnak megbízható morbiditási információk, és a kezelés eredményességére sem lehet következtetni, ami gátja bármilyen tudományos igényű elemzésnek. Döntéstámogatásról, esedékes vizsgálatokra, gyógyszer-interakciókra való figyelmeztetésről nem is beszélve, ami az egyseges alapellátást működtető országokban már régóta a napi rutin része [18–20].

Mindezek mellett más, vitathatóan szükséges adatot is generálni, majd jelenteni kell a NEAK felé (naplósám, a beutalási intézmény nehezen azonosítható kódja, munkahelyi baleseti ellátások stb.).

A háziiorvosi programból származnak azok az adatok, amelyek „indikátorként” próbálják értékelni a betegellátás színvonalát. A nyolc éve – a szakmai grémiumokkal való részletes egyeztetés nélkül – bevezetett háziiorvosi indikátorrendszer nem a szakmai, terápiás vagy gondozási eredményeket, hanem az ellátási, beutalási gyakorlatot, a területi átlagokhoz való viszonyítást, sőt a betegek receptbeváltási szokásait értékeli, viszonylag szerény premizálással [21–23]. A definitív ellátások aránya nem változott, a háziiorvosi beutalóval igénybe vett szakellátási esetszám részaránya emelkedett [24].

Az utóbbi évek legnagyobb vitáját a „törzskarton” ismételt felvételét előíró jogszabály váltotta ki, amelynek bevezetését a miniszter – a helyzetet felismervén – ismét elhalasztotta. Szükségességéről, a rögzítendő adatokról szakmai grémiumokkal érdemi egyeztetés nem történt, bevezetését vélhetően vagy bojkott, vagy a szoftveresen generált valótlán adatfeltöltés követte volna. Még mindig hatályos az a jogszabály, amely a háziiorvosi finanszírozás visszavonását írja elő, ha a beteg nem jelenik meg a rendelőben, ezért bizonyos kreatív szoftverek virtuális megjelenést generálnak [25]. Elmaradt a háziiorvosi adminisztrációs és jelentési rendszer áttekinthető elemzése, a gazdasági vagy egészségpolitikai célból valóban fontos adatok körének meghatározása.

Az alapellátásban és sok helyen (kórházakban, szakrendelőkből) is 2017 végén indult az Egységes Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT). Az ide feltöltendő adatok egy része adatvédelmi szempontból is aggályos [26]. Technikailag életszerűtlen – főleg a kórházakban –,

hogyan az orvosok személyi igazolványukkal a zsebükben dolgozzanak, így írjanak receptet, vezessenek orvosi dokumentációt. A hatalmas adatbázis folyamatosan növekszik, azonban az ide adatokat továbbítókat csak nagyon ritkán igényelnek mások által feltöltött információkat. A papíralapú vények megszüntetésének ideje is tolódik, több nem szabályozott, de a gyakorlatban fontos probléma miatt. Általánosságban igaz, hogy a házi-orvosok többet adminisztrálnak, mint gyógyítanak, a prevencióra meg sem idejük, sem motivációjuk nincs [27, 28].

Szakmai munka, kompetenciák

A házi-orvosi rendszerben jelenleg dolgozó orvosok képzettsége megfelelő, sokaknak több szakvizsgálója is van; ezek megoszlását a 3. ábra mutatja be [14].

A jövőben várható, hogy a telemedicina, az „okos eszközök” használata egyre inkább elterjed. A beteg az otthonában méri a vérnyomását, vércukrát, regisztrálja EKG-ját, távkonziliókat igényelne, amelyet jelenleg csak a magánszolgáltatók biztosítanak. Sok szakorvosi munka és betegküldözgetés lenne kiváltható távdiagnosztikával, például a bőrgyógyászat területén vagy a retinaszűréseknél, amelyeket külföldön (kiképzett) házi-orvosok végeznek [29]. Az ilyen és hasonló szolgáltatásokra indokolt lenne a közfinanszírozás.

Hamarosan végez az első évfolyam a kiterjesztett kompetenciájú ápolók képzésében (*Advanced Practice Nurse*). A hazai rendszerben nincs meghatározva a helyük, szakmai kompetenciájuk, finanszírozásuk, működésük feltételrendszere.

Nem világos, hogy az évekkel ezelőtti projektekben létrehozott egészségfejlesztési irodákkal (EFI) hol és milyen tud együttműködni a házi-orvos.

Bár a foglalkozás-egészségügy is az alapellátás része, a szakmai kapcsolat mégsem tisztázott az itt dolgozó orvosokkal, akiknek nagy része házi-orvos (is). A foglalkozás-örvostani szakképzés nagyon vonzó, a 2013 és 2017 közötti 5 évben a 223 friss foglalkozás-örvostani szakorvos

között 161-nek már volt házi-orvostani szakvizsgálója [14]. A kooperáció a szekunder prevenció területén sokkal hatékonyabb lehetne, eredményesebb szűrési tevékenységet generálva [30].

A szakmai kompetenciák leírása hiányos. Bár korábban készült, de régóta lejárt és így érvényét veszítette a Házi-orvosi Hatásköri Lista [31]. Frissítését korábbi kiadója, a Nemzeti Erőforrás Minisztérium nem igényelte. A különböző orvosszakmai társaságok szakmai útmutatói (*guidelines*) néha foglalkoznak ugyan a házi-orvos feladataival, de ezek többnyire az érintettekkel való egyeztetés nélkül készülnek.

Szakmai hiba volt az Országos Alapellátási Intézet (OALI) megszüntetése, mert alapellátási módszertani központra szükség lenne, de nem az állami intézményi hierarchiába illesztve. A jelenlegi kétpólusú intézménystruktúra az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH), majd a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK), illetve az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) keretében kevésbé tűnik racionálisnak a házi-orvosi magánvállalkozásokkal való kapcsolat esetében.

A hazai lakosság közismerten alacsony színvonalú egészségi ismeretei (*health literacy*) miatt, ami elsősorban az oktatási rendszernek róható fel, nagyon fontos lenne a betegegynevelés, amelyet a rendelésben kiosztható kiadványok, szórólapok (*handout*-ok) segítenének, például frissen felfedezett diabetes, hypertonia, daganatszűrés témájában tájékoztatva az érintett betegeket. Érkeznek ugyan a farmaszektorból kiadványok, de ezek nem cég- és termékfüggetlenek. Ez mégis az egészségbiztosító feladataiba férne bele inkább, akárcsak a rendszeresen megküldött NEAK/OEP hírlevelek, a házi-orvosokat érintő jogszabályokról való aktualizált tájékoztatásokkal.

Az alapellátáshoz tartozik még a védőnői hálózat, amely igazi „*hungarikum*”. Működését zavarhatja a dupla kötődés, hiszen az önkormányzat a munkáltató, de a házi gyermekorvos a szakmai irányító.

Ugyancsak betöltetlené vált az alapellátási fogorvosi praxisok 10%-a, az alacsony utánpótlás és finanszírozás miatt.

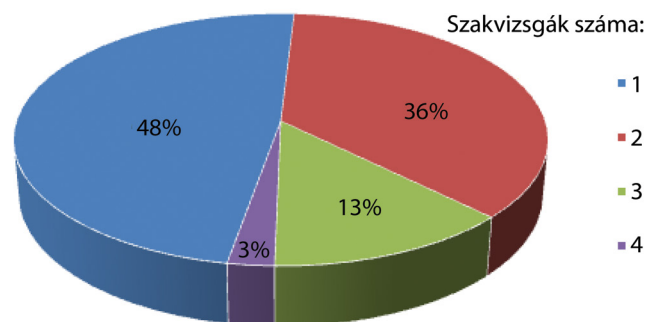
A rendelési időn kívüli ügyeleti és a sürgősségi ellátás átgondolására van friss politikai szándék, de az önkormányzatok itt sem kerülhetők meg.

Minőségbiztosítás

A 2015-ben elfogadott új alapellátási törvény sok problémát kívánt megoldani, eddig kevés látható eredménnyel, viszont újabbakat generálva [32]. A kollegiális vezetőkre bízna a szakmai munka ellenőrzését [33]. Ilyen (választott) funkció volt már korábban is, de elkopott, mert alig volt jelentkező, aki vállalta volna. Nem világos, hogy pályázati eljárásban milyen alapon történne a kiválasztásuk, milyen kompetenciájuk lenne, milyen jogkörrel, mit és hogyan ellenőriznének.

Az alapellátás minőségbiztosítása jelenleg megoldatlan. A korábban tervezett „*auditálás*” vélhetően csak

Házi-orvosok szakvizsgálóinak száma, megoszlása (%)
(felöltött/vegyes és házi gyermekorvosi praxisok)



3. ábra | A házi-orvosok szakvizsgálóinak száma, megoszlása. Forrás: ÁEEK [14]

ÁEEK = Állami Egészségügyi Ellátó Központ

az egyébként is motivált, igényes szakmai munkát végző praxisok vállalkoznának, és nem azok, akiknél valóban szükséges lenne a színvonal emelése [27, 28].

Tudományos munka

A hazai alapellátásban már a körzeti orvosi időkben is folyt tudományos munka, sokféle szakmai profillal [34]. Ennek kereteit az 1967-ben megalapított Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete (MÁOTE) biztosította [35]. A MÁOTE generációváltását követően a tudományos munkában a 2002-ban létrejött CSALádorvos Kutatók Országos SZervezete (CSAKOSZ) tagjai dominálnak, elsősorban a 4 orvosképző egyetem tanszékeiben. A nem hivatalos nyilvántartás szerint napjainkban több mint 30-an dolgoznak az alapellátásban tudományos minősítéssel (13 kandidátus, 18 PhD-fokozatú – akikről van adat). Ezt itt szerezték, vagy már minősítéssel mentek el praxisba, korábban így kerültek egyetemi tanácskezelői pozícióba [36].

Finanszírozás

Az egészségügy minden országban drágán működik, és az egyes országok között is lényeges különbségek vannak a nemzeti költségvetésen belül az egészségügyre fordított összegek arányában. A 3. táblázatban a „visegrádi négyek” országainak 2017-es adatait hasonlítottuk össze két gazdagabb, fejlett állami alapellátást működtető európai országgal, ahol az alapellátásra való ráfordítás arányában is magas [36–38].

A hazai egészségügyi költségvetés (E-Alap) jellemzően zárt kasszákból áll, nagyságukat többnyire a Pénzügyminisztérium szabja meg, kevés mozgásteret adva az egészségügyi ágazat irányítóinak. A háziiorvosi finanszírozás összege az utóbbi években lényeges emelkedést mutatott, amit a 4. táblázat szemléltet [15]. Az utóbbi 8

3. táblázat | Az összes nemzeti termék (GDP) egy főre jutó összege, ezen belül az egészségügyi ellátásra fordított összegek részesedése és a nemzeti egészségügyi költségvetésből az alapellátási ráfordítások aránya [36–38]

Ország	2017. évi GDP/fő (USD)	Ezen belül az egészségügyi kiadások aránya (%)	Az alapellátás részesedése az egészségügyi költségvetésen belül (%)
Csehország	20 401	5,8	5,8*
Lengyelország	13 821	4,6	12*
Magyarország	14 290	4,8	10,3
Szlovákia	17 655	5,7	4,8*
Egyesült Királyság	39 800	7,6	8,1*
Svédország	52 925	9,1	19*

*Nem hivatalos forrásokból

évben az E-Alap költségvetése kb. 50%-kal nőtt, ennél nagyobb mértékben (75%-kal) nőtték az alapellátási kifizetések.

A 2018-as évben egy átlagos, 1500 fős praxis havi finanszírozása kb. 1,5 MFt-ot jelentett, amelynek nagyjából a fele függ a bejelentkezettek számától. A reális értékeléskor figyelembe kell venni, hogy a befizetett (27%-os) áfa, illetve a szociális hozzájárulási adó (27 → 19,5%) összege rögtön visszakerül a költségvetésbe. Az sem lényegtelen, hogy míg bevezetésekor 240 Ft-ot, napjainkban közel 330 Ft-ot kell fizetni egy euróért, ami jelentős nemzetközi devalválódásnak felel meg, nem beszélve a hazai árindexek növekedéséről. A „rezsicsökkentés” nem érintette a vállalkozásokat, sőt a szolgáltatók többnyire itt próbálkoztak az emeléssel. A rezsitámogatás 2018-tól kezdve jelent meg a háziiorvosi finanszírozásban, havi 130 eFt összegben. A jelenlegi finanszírozásból az orvos közalkalmazotti bére és járulékai, az ápoló illetménye – a garantált bérminimumot figyelembe véve – alig gazdál-

4. táblázat | A magyar egészségügyi ellátásra fordított állami források (E-Alap) összege és ezen belül a háziiorvosi ellátás költségvetési adatai. Forrás: NEAK [15]

Jogcím	2005	2010	2015	2018*
E-Alap összesen (millió Ft)	694 452,1	790 973,3	960 579,3	1 235 377,9
Praxisfinanszírozás (fix díj, területi pótlék, „kártyapénz”, indikátor stb.)	54 504,3	69 092,0	96 345,8	127 125,3
<i>Ebből: az indikátorrendszer finanszírozása</i>	–	300,0	4 798,4	4 800,0
eseti ellátás	482,8	567,0	552,9	649,3
ügyeleti ellátás	7 930,0	9 613,5	10 145,7	10 106,2
Háziiorvos és háziiorvosi ügyelet összesen	62 917,1	79 272,5	107 044,4	137 880,8
Alapellátási vállalkozás támogatása	4 594,8	200,6	51,3	30,0
Orvos–beteg találkozások száma (eset)	Nincs adat	65 414 091	66 930 202	Nincs adat

*Tervezett kifizetés

E-Alap = Egészségbiztosítási Alap; NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (az Országos Egészségbiztosítási Pénztár jogutódja)

codható ki, a finanszírozásban nincs szó a háziiorvosi munkához szükséges gépjármű költségeiről, ennek adózási szabályai ismét diszkriminatívak lettek.

Az ezt igénylő háziiorvosok, eszközvásárlásuk elősegítésére, támogatást kaptak 2011 és 2013 között, de később újabb források már nem álltak rendelkezésre. A praxisfinanszírozás „orvosmegtartó” ereje a kis létszámú körzetekben a legkisebb, többnyire az itt és a hátrányos helyzetű területeken lévő praxisok maradnak tartósan betöltetlenek.

Jogalkotás

Az újonnan kiadott, az egészségügyet érintő jogszabályok megalkotásának módja a kormányváltás után sem változott, a szakmai grémiumok véleményét, visszajelzéseit nem igénylik, az „egyeztetés” formális, ugyanakkor hatályban maradnak régen túlhaladott jogszabályok. A jogalkotó szándékát többnyire nehéz kitalálni. A meglévő problémák felmérésére általában nincs igény. A helyzetet nehezíti a döntéshozók és apparátusuk személyeinek gyakori változása.

A politikai egyeztetések korábbi kudarcai miatt, 2010 előtt az önkormányzati törvényt nem sikerült módosítani, később meg a kormány nem akarta. Az önkormányzatnak az orvos személyére vonatkozó, szakmailag nem indokolható hatáskörét nem korlátozták [39]. Ez sok helyütt – főleg vidéken – problémákat, esetenként jogsértéseket is okozott a feszültségekkel telített emberi kapcsolatok miatt [12, 27]. Az ellentételezés nélkül praxisjogot adó kormányzati gesztus mára a mobilitás gátjává vált [26].

Jogszabály lehetővé teszi, hogy az önkormányzat engedje a háziiorvosok iparűzési adóját, amely az önkormányzat által nekik leadott feladat közfinanszírozott díjazása miatt vethető ki [32]. Mégis sok önkormányzat továbbra is igényt tart erre a bevételre, részben az alacsonyan meghúzott mentességi értékhatár miatt.

Politika, szakmapolitika

Az egészségügy átalakításának koncepcióját tartalmazó „Simmelweis Terv” 2010-ben leírta az alapellátás problémáit, az önkormányzati és a háziiorvosi rendszer együttműködésének feladatátvállalásának szabályozatlanságát, az alacsony finanszírozást, a praxis- és generációváltás nehézségeit. Kilátásba helyezte az eszköz- és ingatlantámogatás rendszerének megújítását, a piaci körülmények között eladhatatlan praxisok tulajdonosváltásának elősegítésére az önfenntartó „praxisalap” létrehozását és életpályamodell kialakítását [1, 40]. A kormányprogramban lefektetettek ellenére, alapvető változások helyett csak szerény igazítások történtek a magyar alapellátásban.

A hazai alapellátás szakmai szervezeteinek, országos intézményének és 4 egyetem családorvosképzésért felelős vezetői 2010 májusában kétnapos munkaértekezletet

tartottak, és javasataikat, ajánlásaikat eljuttatták az alakuló új kormányzat egészségügyért felelős vezetőinek [41]. Ezek között sok olyan volt, amely semmilyen kiadást nem igényelt, de a háziiorvosok munkáját könnyítette volna. A szakmai kollégiumok tagjai több esetben tettek javaslatokat a döntéshozóknak a foglalkozás-egészségügy elvárható szerepéről, az oktatási grémiumok a szakképzésben szükséges változtatásokról, és a háziiorvosi civil társaság is rendszerezte az aktuális problémákat [42, 43]. A válasz többnyire elmaradt.

A politika évtizedek óta nem határozta meg az egészségügyi „alapcsomag” szakmai tartalmát. A lakosság az aktívabb, egészségesebb életmód helyett inkább orvosságot kér, vizsgálatot követel, így Magyarországon a szükségesnél sokkal több és folyamatosan nő az orvos–beteg találkozások száma, ami évente átlagosan 8–9 alkalmat jelent az alapellátásban. Ebben a háziiorvosok leszűkített gyógyszerfelírási jogosultsága, a szakrendelésekre való beutalás igénye miatti megjelenés is közrejátszik. A szabályozásra gazdaságilag alkalmasnak bizonyult vizitdíj nyilvánvalóan politikai okból tűnt el [15].

A politika legnagyobb mulasztása a koncepcionális, választási cikluso(ko)n túlmutató tervezés hiánya. A legutóbbi 2 választási kampányban az egészségügy nem volt vezető téma, a jelenlegi ellenzéknek is csak a mostani állapotok kritikájára futotta. A szakemberek tapasztalatait, szellemi potenciálját nem veszik igénybe, ütemezett műhelymunka helyett többnyire kapkodás folyik. Nehezen érthető átszervezések, amelyek szakértelemmel és államigazgatási tapasztalattal rendelkező szakembereket készítenek távozásra, nevekhez nem köthető koncepciók erőltetése a jellemző. A szakmának nehéz vitatkoznia, érvelnie valamivel, aminek okait nem ismeri.

A koncepcionális tervezés helyét átvette a „projektmentalitás”, ami hosszas, bürokratikus adminisztrációs előkészítést, majd az eközben elfogyott idő miatt gyors, kapkodó megvalósítást jelent. Elmarad a hatáselemzés, a projektben kidolgozott módszerek nem kerülnek bele a napi gyakorlatba. Jól érzékelhető ez az utóbbi években az egészségügyi informatikai projektekre elköltött milliárdoknál, de az alapellátásban lezajlott projektekben is [44–46]. Ma nincs érdemi párbeszéd a szakma és irányítói között, a rövid távú fiskális szempontok és a hirtelen jött ötletek dominálnak.

Hogyan tovább?

Az alapellátásban nemcsak deklarálni kell, hanem valóban lehetővé tenni és elvárni a „kapuőri” funkciókat. Egységes, szakmai alapon megállapított diagnosztikus jogosultsági intervallumok és ezek országos nyilvántartása esetén nem fordulhatna elő, hogy például a háziiorvos csak a szakorvosi hálózat fölösleges igénybevételén keresztül tudja betegét szűrővizsgálatokra küldeni. A szakmai kompetenciákat is világosabban kell meghatározni. Ehhez szükséges a háziiorvosok más irányú szakképzettségét elismerni, esetenként finanszírozni, bár az a gene-

ráció, amelyeknek több szakvizsgálója is van, hamarosan kiesik az ellátók közül. Sok fontos és talán eredményes egészségpolitikai lépés gátja az elkülönült, nem átjárható finanszírozási kasszák rendszere. Sohasem lesz az alsóbb (olcsóbban finanszírozott) szintű rendszer szolgáltatója érdekelt a definitív ellátásban, ha a megtakarított finanszírozás egy részét nem kapja vissza bónuszként [2]. A nagyobb létszámú, jellemzően hátrányosabb területeken működő praxisokban a finanszírozási degresszió küszöbértékét korrigálni kellene.

Az alapellátásban új struktúráknak kellene megjeleníteniük. Nem szabad uniformizálni, nem lehet ugyanolyan egy nagyvárosi praxis szerkezete, mint egy hátrányosabb helyzetű vidéki. Azokon a helyeken szükséges elkezdni a változtatásokat, ahol a háziiorvosi ellátás tartósan és prognosztizálhatóan megoldatlan. Célszerű lenne modellkísérleten alapuló alapellátási központokat szervezni, a kórházak központosításához hasonló elvek alapján. Új munkatársak bevonására is szükség van, egyrészt kiváltva, másrészt kiegészítve a házi orvosok munkáját [45, 46]. Fokozatosan ki kell váltani az utánpótlás hiánya miatt hamarosan orvos nélkül maradó házi gyermekorvosi rendszert, a rezidensek gyermekgyógyászati képzésének bővítésével. Világtendencia a „community oriented (integrated) primary care” felé való elmozdulás, ami nálunk is időszerű lenne, a gyógyítás mellett nagyobb szerepet szentelve a prevenciónak [47, 48].

Az észszerűség szintjére kellene csökkenteni az adminisztrációt és a jelentendő adatokat [1, 28]. Elemezni kellene az egyes rendelőkben naponta megjelenő 60–80 beteg orvoshoz fordulásának valós okát, ami csak egységes szoftverrel képzelhető el.

Az ellátóktól fokozottabban kellene megkövetelni a *protokollalapú ellátást*, de úgy, hogy a finanszírozási protokoll harmonizáljon a szakmaival. Hiába a háziiorvosi hatásköri lista, ha nincsenek alapellátási protokollok, amelyek számon kérhetők, s betartásuk jogilag védené az orvost. Ez csökkentené a „defenzív medicina” szerepét és az emiatt generált költségeket. Az előző rendszer „*a betegnek mindig igaza van*” demagógiája helyett felelős partneri viszony kialakítására lenne igény az ellátók és az ellátottak részéről egyaránt.

Az indikátoroktól remélt információkat szakemberek bevonásával szükséges rendszeresen elemezni, és a jelenlegi, érdemi pénzügyi motivációt nem tartalmazó rendszert átalakítani, figyelembe véve a nemzetközi tapasztalatokat is [23, 49, 50]. Az egyik legfontosabbat, a *betegmegelégedettséget* nálunk rutinszerűen nem vizsgálják.

Az alapellátáson belül ki kell dolgozni a foglalkozásorvostani és a háziiorvosi ellátók szakmai együttműködésének szabályait, elsősorban a szűrővizsgálatok vonatkozásában, az információk továbbításában és az adatok megosztásában.

Már a graduális oktatásban vonzóvá, érdekessé kell tenni a pályát, amire a „*kapuőr*” funkciók valódi betöltése és a több kompetencia adna szakmai lehetőséget.

Az egészségügy költségvetéséből többet kellene fordítani az alapellátásra, amelyből valóban vonzó lehet a fizetés, és valódi az „*életpályamodell*”.

Szükséges a nővéri kompetenciák növelése, mert ez az orvosi munkaerő hiányait megfelelő körülmények között pótolni képes.

A jelenlegi helyzetben bátrabb és egyértelmű politikai állásfoglalásra, világos kommunikációra lenne szükség az egészségügy perspektíváit illetően, őszintén szólva a nehézségekről is.

Megérett a helyzet az „*alapsomaghoz*” való ellátási jogosultság átgondolására, esetleg állampolgári alapokra való helyezésére. A magánszolgáltatókkal való kapcsolat korrekt rendezésére is szükség van, felváltva a „*biztosítóinak*” mondott rendszert.

A reformokkal az a legnagyobb baj, hogy a mégoly világosan megfogalmazott célok mellett is többnyire zavaros az átmenet leírása. Fejlettebb országokban az átalakításokban bevett gyakorlat, hogy a politikus megmondja, mit szeretne, és a tervezésben, megvalósításban hallgat a szakemberre. Míg a legtöbb európai országban az egészségügyi rendszerek struktúrájának és működésüknek a kutatása beépül a döntés-előkészítésbe [51], addig nálunk még nem alakult ki olyan döntés-előkészítés, amely hatásvizsgálatra épült volna.

Magyarország megérdemel egy jól működő, fejlettebb alapellátási rendszert, nagyobb részarányal a költségvetésből, amelyből biztosítani lehet a megfelelően képzett szakemberek elismerését, szakmai utánpótlásukat, a munkájukat támogató feltételrendszer kialakítását.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőnek a kézirattal kapcsolatban nincsenek érdekltségei.

Köszönetnyilvánítás

Itt köszönöm meg *Kövösi László dr.* (NEAK), *Béltéki Zsolt, Páva Hanna dr., Vajer Péter dr.* (ÁEEK) közreműködését a hivatalos adatok megismertetésében, a makrogazdasági adatokat köszönöm *Rurik Saroltának*, országaik alapellátás-finanszírozási adatainak elérését *Jana Bendová* (szlovák), *Bohumil Seifert* (cseh) és *Adam Windak* (lengyel) professzoroknak.

Irodalom

- [1] Rurik I. Problems and seeking for solutions in family medicine. [Gondok és útkeresés a háziiorvoslásban.] *Orv Hetil.* 2009; 150: 1615–1622. [Hungarian]
- [2] Rurik I. Family medicine-diagnoses in 2010. [Háziiorvoslás-diagnózis, 2010.] *Med Anonym.* 2010; 18(9–10): 4–5. [Hungarian]
- [3] Rurik I. Primary care at basic level 1. [Alapellátás: alapfokon 1.] *Med Anonym.* 2013; 21(1): 4–5. [Hungarian]

- [4] Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129–1133.
- [5] Macinko J, Starfield B, Erinosho T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. Review. *J Ambul Care Manage.* 2009; 32: 150–171.
- [6] World Health Organization: Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, Sept 6–12, 1978. WHO, Geneva. Available from: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [accessed: August 2008].
- [7] World Health Organization: World health report 2008 – primary health care: now more than ever. WHO, Geneva, 2008. <http://www-who.int/wht/2008/en> [accessed: November 2016].
- [8] World Health Organization: Primary Health Care. Available from: <https://www.who.int/primary-health/en/> [accessed: February 11, 2019].
- [9] World Organization of Family Doctors (WONCA). Available from: <https://www.wonca.net/> [accessed: February 11, 2019]
- [10] Windak A, von Hasselt P. Primary care and general practice in Europe: Central and East. In: Rogers J, Britten N, Culpepper L, et al. (eds.) *Oxford textbook of Primary Medical Care*. Oxford University Press, Oxford, 2005; pp. 70–73.
- [11] Rurik I, Ilyés I, Rinfel J, et al. Past and present challenges in education and certification of family physicians in Hungary. In: Ortiz M, Rubio C. (eds.) *Educational research*. Nova Science Publisher Inc, New York, NY, 2008; pp. 407–416.
- [12] Balogh S. Where and how, primary care? Workflow optimization? Subjective opinion about the past 25 years. [Merre, hogyan tovább alapellátás? Működés optimalizálás? Az elmúlt 25 évről szubjektíven.] *Med Universal.* 2016; 49: 151–156. [Hungarian]
- [13] Health statistics yearbook. [Egészségügyi statisztikai évkönyv.] Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2016. Available from: www.ksh.hu [accessed: February 11, 2019]. [Hungarian]
- [14] National Healthcare Service Center – request for data provision. [Állami Egészségügyi Ellátó Központ – eseti adatkérések.] Budapest. [Hungarian]
- [15] National Institute of Health Insurance Fund Management – request for data provision. [Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő – eseti adatkérések.] Budapest. [Hungarian]
- [16] Statistics of Health Registration and Training Center – statistics. [Az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ statisztikái.] Budapest. Available from: <https://www.enkk.hu/hmr/index.php/migracios-statisztikak/eves-statisztikak> [accessed: February 11, 2019]. [Hungarian]
- [17] Governmental Decision No. 1700/2012 (XII. 29.) about retirement policy in the public sector. [1700/2012. (XII. 29.) kormányhatározat a közszférában alkalmazandó nyugdíjpolitikai elvekről.] Budapest. Available from: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A12H1700.KOR&getdoc=1> [accessed: February 11, 2019]. [Hungarian]
- [18] Starfield B, Mangin D. An international perspective on the basis for payment for performance. *Qual Prim Care* 2010; 18: 399–404.
- [19] Rurik I, Kalabay L. Administrative and reporting tasks of family physicians in Europe. Comparison with the Hungarian system. [A háziorvosok adminisztratív és adatszolgáltatási kötelezettségei Európában. Összehasonlító elemzés a magyarországi kötelezettségekkel.] *Orv Hetil.* 2008; 149: 867–872. [Hungarian]
- [20] Kolozsvári LR, Rurik I. Quality improvement in primary care. Financial incentives related to quality indicators in Europe. [A minőség javításának lehetséges eszközei az alapellátásban. Minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők Európában.] *Orv Hetil.* 2013; 154: 1096–1101. [Hungarian]
- [21] Order of the Minister of National Resources 11/2011 (III. 30.) on indicator based payment for family physicians. [11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól.] Budapest. Available from: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100011.NEM> [accessed: February 11, 2019]. [Hungarian]
- [22] Kolozsvári LR, Orozco-Beltran D, Rurik I. Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Aten Primaria* 2014; 46: 261–266.
- [23] Kolozsvári LR, Rurik I. Quality evaluation of primary care service performance. What are the problems with the recent Hungarian primary care indicators? [A háziorvosok teljesítményének minőségi értékelése. Mi a probléma a háziorvosi indikátorokkal?] *Orv Hetil.* 2016; 157: 328–335. [Hungarian]
- [24] Report No. 1126 of the State Audit Office of Hungary on function and financial conditions of primary care, November 2011. [Állami Számvevőszék: 1126 sz. jelentés a háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének ellenőrzéséről. 2011. november.] Budapest. Available from: <https://www.asz.hu/storage/files/files/Összes%20jelentés/2011/1126j000.pdf?ctid=730> [accessed: February 11, 2019]. [Hungarian]
- [25] Governmental Order 43/1999 (III. 3.) on regulation of health services financing from Health Fund. [43/1999. (III. 3.) kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.] Budapest. Available from: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900043.KOR> [accessed: February 11, 2019]. [Hungarian]
- [26] Alexin Z. Problems of data protection by the Electronic Health Cooperation Service Space (EESZT) in view of the legal framework. [Az EESZT adatvédelmi problémái a jogszabályok tükrében.] *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy* 2016; 15(5): 56–60. [Hungarian]
- [27] Ádány R, Bugán A, Bíró K, et al. Contextual structural and financial reforms of primary health care as a tool for improving public health. [Az alapellátás tartalmi, strukturális és finanszírozási átalakítása, mint a hazai népegészségügyi helyzet javításának eszköze.] *Népegészségügy* 2009; 87(2): 117–122. [Hungarian]
- [28] Bíró K, Zsuga J, Rurik I, et al. Opportunities of indicator-based financing of primary health care, with special focus to prevention. [Az indikátorhoz kötött tevékenység alapú finanszírozás lehetőségei az alapellátásban, különös tekintettel a prevenció tevékenység erősítésére.] *Népegészségügy* 2008; 86(2): 53–59. [Hungarian]
- [29] Orozco-Beltran D, Cos-Claramunt FX. Primary care diabetes in Spain. *Prim Care Diabetes* 2008; 2:101–103.
- [30] Rurik I, Cseh K. Market oriented occupational medicine. [Piaci viszonyok a foglalkozás-egészségügyben.] *Orv Hetil.* 2012; 153: 1433–1439. [Hungarian]
- [31] The primary health care guideline of the Ministry of National Resources. [A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a Háziorvosi Hatásköri Listáról.] *Egészségügyi Közlöny* 2011; 61(7): 1317–1378. [Hungarian]
- [32] Law No. 113/2015 on primary health care. [2015. évi CXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról.] Budapest. Available from: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1500123.TV> [accessed: February 11, 2019]. [Hungarian]
- [33] Order No. 4/2000 (II. 25.) of the Minister of Health on the practice in family medicine, pediatrics and dentistry. [4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről.] Budapest. Available from: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000004.eum> [accessed: February 11, 2019]. [Hungarian]
- [34] Kalabay L. Primary care research in Hungary. Results and experiences in comparison with Europe. [Tudományos munka az alapellátásban. Hazai eredmények és tapasztalatok európai szemmel.] *Orv Hetil.* 2010; 151: 707–713. [Hungarian]
- [35] Balogh S, Hajnal F. A model, by making common task force out of scientific organisation, the academic sector and governmental institute, was realised in Hungary to support the specific family physician training and to implement research and development projects in the primary healthcare. Part I. [Tudományos szakmai

- szervezet, az akadémiai szektor és országos intézet összefogásának modellje a családorvos-szakképzés, az alapellátás kutatás-fejlesztési szinterein. I. rész.] *Orv Hetil.* 2018; 159: 1310–1316. [Hungarian]
- [36] Hungarian Research Association of Family Physicians (CSAKOSZ). [CSALádorvos Kutatók Országos SZervezete (CSAKOSZ).] Available from: www.csakosz.hu [accessed: February 11, 2019]. [Hungarian]
- [37] International Monetary Fund. World economic and financial surveys. World Economic Outlook Database. Washington, DC, 2018. Available from: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2018/02/weodata> [accessed: February 11, 2019].
- [38] Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Statistics 2017. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function_data-00349_en?parentId=http%3A%2F%2Fcontent.metastore.ingenta.com%2Fcontent%2Fthematicgrouping%2Fhealth_e_f_data-en [accessed: February 11, 2019].
- [39] Law No II/2000 on the individual medical practice. [2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről.] Budapest. Available from: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0000002.TV> [accessed: February 11, 2019]. [Hungarian]
- [40] Governmental Decision No. 1208/2011. (VI. 28.) about tasks related to the health care restructuring and actions described in the Semmelweis Plan. [1208/2011. (VI. 28.) kormányhatározat a Semmelweis-tervben meghatározott egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről.] *Egészségügyi Közlöny* 2011; 61: 2245–2247. [Hungarian]
- [41] Declaration of the Conference on Primary Care. Pécs, May 2010. [Az alapellátási konszenzuskonferencia nyilatkozata. Pécs, 2010 május.] Pécsi Tudományegyetem, Orvostudományi Hírmondó, 2010. szeptember 28–29. [Hungarian]
- [42] Common professional statement of the Boards of Family and Occupational medicine. [A Háziorvostan és Foglalkozás-örvostan Tagozatok közös szakmai állásfoglalása.] Országos Alapellátási Intézet, Budapest, 2012. 02. 21. Available from: www.fam.med.unideb.hu [accessed March 3, 2016]. [Hungarian]
- [43] HÁOSZ. Online Organization of Family Physicians. [Háziorvosok Online Szervezete.] Available from: <https://www.haosz.hu> [accessed: February 11, 2019]. [Hungarian]
- [44] Rurik I. How can the Swiss contribution improve Hungarian primary care? *Primary Care* 2014; 14: 155–156.
- [45] Sándor J, Kósa K, Fürjes G, et al. Public health services provided in the framework of general practitioners' clusters. *Eur J Public Health* 2013; 23: 530–532.
- [46] Sándor J, Nagy A, Jenei T, et al. Influence of patient characteristics on preventive service delivery and general practitioners' preventive performance indicators: a study in patients with hypertension or diabetes mellitus from Hungary. *Eur J Gen Pract* 2018; 24: 183–191.
- [47] Meads G. Primary care in the twenty-first century. Radcliffe Publishing, Oxford, 2009; pp. 1–8.
- [48] De Maesener J, Williem S, Vyncke V, et al. Dealing with social determinants and diversity. In: De Maesener J. (ed.) Family medicine and primary care. Lannoo Publisher, Tiel, 2017; pp. 39–54.
- [49] Westert GP, Jabaaij L, Schellevis, FG. (eds.) Morbidity, performance and quality in primary care. Radcliffe Publishing, Oxford, 2006.
- [50] Klazinga N, Fischer C, ten Asbroek A. Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe. *J Health Serv Res Policy* 2011; 16 (Suppl 2): 38–47.
- [51] Ettelt S, Mays N. Health service research in Europe and its use for informing policy. *J Health Serv Res Policy*, 2011; 16(S2): 48–60.

(Rurik Imre dr.,
Debrecen, Móricz Zs. krt. 22., 4032
 e-mail: Rurik.Imre@sph.unideb.hu)

*„Be akarom bizonyítani, hogy az, aki jól és nemesen cselekszik,
 emellett még a méltatlanságot is el tudja viselni.”*

(Ludwig van Beethoven)