

A települési önkormányzat és a háziorvosi alapellátás

Készítette: Dr. Váraczkai Nikolett



A tanulmány és annak részei szerzői jogvédelem alatt állnak.

A tanulmány megjelenését a Demokratikus Helyi Közigazgatás Fejlesztéséért Alapítvány támogatta.

2022

A települési önkormányzat és a háziiorvosi alapellátás

Dr. Váracski Nikolett¹

1. Egészségügyi ellátáshoz való jog

Magyarországon az egészségügyi ellátáshoz való jog egyesén az *Alaptörvényből* vezethető le. Az Alaptörvény XX. cikk (1) bekezdése szerint: „Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.” Ahhoz azonban, hogy ez a jog érvényesülhessen, szükség van államilag fenntartott és mindenki számára egyenlő mértékben elérhető ellátórendszerre.

Hazánkban az egészségügyről szóló törvény *1997.évi CLIV.* (továbbiakban: *Eütv.*) tulajdonképpen a betegjogok jogi „alapküldokumentuma”. A törvénybe foglalt jogok célja, hogy mérsékeljék az egészségügyi intézményekkel szemben a – helyzetükből fakadóan egyébként is védtelen - betegek kiszolgáltatottságát. Ennek keretében a törvény – több más betegjog mellett- az egészségügyi ellátáshoz való jogot minden állampolgár számára biztosítja.

Ennek a betegjognak a gyakorlati alkalmazása biztosítja a betegnek a jogot sürgős esetben az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalomnak csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez. Minden betegnek joga van továbbá az egészségi állapota által indokolt, szakszerű, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz. A betegnek joga van ahhoz is, hogy megválassza az orvosát, ha ezt a választást az orvos is elfogadja.² Az *Eütv.* 2. fejezetében további betegjogokat deklarál, mely a következő jogcímeket jelentik: az egészségügyi ellátáshoz való jog, az emberi méltósághoz való jog, a kapcsolattartás joga, a gyógyintézet elhagyásának joga, a tájékoztatáshoz való jog, az önrendelkezéshez való jog, az ellátás visszautasításának joga, az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga, az orvosi titoktartáshoz való jog.

Az *Eütv.* alapelveként rögzíti, hogy az egészségügyi ellátások és intézkedések során a beteg jogainak védelmét biztosítani kell, személyes szabadságát és önrendelkezési jogát kizárólag az egészségi állapota által indokolt és a törvényben meghatározott módon és mértékben lehet korlátozni.³ Rögzíti továbbá – többek között -, hogy az esélyegyenlőségnek az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során érvényesülni kell.⁴ Ez az alapelv kizárólag akkor érvényesülhet, ha a betegek – függetlenül például lakhelyüktől, jövedelmi viszonyaiktól, életkörülményeiktől, betegségeiktől- egyenlő mértékben és azonos színvonalon juthatnak hozzá az egészségügyi ellátáshoz.

¹ A szerző a Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Karának PhD hallgatója.

² 1997. CLIV. tv. 8.§ (1) bekezdés

³ 1997. CLIV. tv. 2.§ (1) bekezdés

⁴ 1997. CLIV. tv. 2.§ (2) bekezdés

Az egészségügy állami feladatai két nagy csoportba sorolhatók az egészségügyi közigazgatás kialakulásától kezdődően.⁵ „Az egyik a közösség védelme a közegészségügyi kockázatokkal, járványokkal szemben, a másik a betegségek gyógyításával összefüggő állami feladatok.”⁶ Az első feladatcsoport évezredek múlta tekint vissza, míg a gyógyítás megszervezése csak a XIX. század utolsó harmadától – a szociális jogok megjelenésével és az egészséghez való jog elismerésével – vált állami feladattá.⁷

„Az egészségügyi intézményrendszer szakmai ellátási szintekre tagolt felépítése és működése emberközpontú, az eltérő jellegű és súlyosságú megbetegedésben szenvedők egészségi állapota által meghatározott szükségletekhez igazodik, valamint tudományos tényekre alapozott és költséghatékony eljárásokon alapul.”⁸

„Az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a beteg járóbetegként, illetőleg fekvőbeteg-egógyintézeti keretek közötti, valamint otthonában történő ellátását.”⁹ „Az egészségügyi ellátások rendszere az egészségügyi szolgáltatások biztosítását és a népegészségügyi célok megvalósulását összehangoltan teszi lehetővé.”¹⁰

Az egészségügyi ellátást végző szolgáltatók tehát összefüggő ellátórendszert alkotnak. Az egészségügyi ellátások rendszere az eltérő egészségi állapotú egyének differenciált ellátását szolgáló, a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló intézményrendszerre épül.¹¹ A rendszer a progresszivitás elvét követi és szintjeit tekintve alapellátásból, járóbeteg-szakellátásból és fekvőbeteg-ellátásból áll.¹² Progresszivitás alatt azt kell érteni, hogy az egyén egészségi állapotának összes jellemzője határozza meg a szükséges egészségügyi ellátási szintet. Az egészségügyi szolgáltatások célja, hogy hozzájáruljon az egészség fejlesztéséhez, lehetséges mértékű helyreállításához, az egészségromlás mérsékléséhez, segítse a megváltozott egészségi állapotú egyének munkába és közösségbe való beilleszkedését és mindezt a rendelkezésre álló erőforrások hatékony felhasználásával tegye.¹³ Az alapellátást a beteg lakóhelyén, választása alapján veheti igénybe és magában foglalja az alábbi ellátásokat: a háziorvosi, a házi gyermekorvosi és a fogorvosi alapellátást, az alapellátási ügyeletet, az otthoni szakápolást, a védőnői ellátást, a foglalkozás egészségügyi alapellátást, és az iskola-egészségügyet.

Az egészségügy szervezésével és irányításával kapcsolatos feladatok ellátásáért, valamint az ezekkel összefüggő jogok gyakorlásáért és kötelezettségek teljesítéséért való felelősség az Országgyűlést, a Kormányt, a minisztert, az egészségügyi államigazgatási szervet, a helyi

⁵Fazekas Marianna- Koncz József: Egészségügyi jog és igazgatás. Közigazgatási jog. Szerk: Lapsánszky András. Wolters Kluwer Hungary. 2020. 776.o.

⁶Fazekas Marianna- Koncz József: i.m. 776.o.

⁷Fazekas Marianna- Koncz József: i.m. 776.o.

⁸1997. CLIV. tv. 2§ (5) bekezdés

⁹Eütv. 87. § (1) bekezdés

¹⁰1997. CLIV. tv. 75.§ (1) bekezdés

¹¹1997. CLIV. tv. 75.§ (3) bekezdés

¹²Fazekas Marianna- Koncz József: i.m. 789.o.

¹³1997. CLIV. tv. 75.§ (2) és (4) bekezdés

önkormányzatokat, az egészségügyi szolgáltatók további fenntartóit, az egészségbiztosítási szerveket, valamint a térségi egészségügyi szervezési államigazgatási szervet terheli.¹⁴

Az egészségügy szervezésében, szabályozásában a helyi önkormányzatok is szerepet kapnak. Az országos intézetek, a mentés, a vérellátás és az egyetemi klinikák kivételével a helyi önkormányzatokról szóló **1990. évi LXV. tv.** (a továbbiakban: **Ötv.**) az ellátásszervezés felelősségét az önkormányzatokra telepítette. „A települési önkormányzatok kötelező feladata lett a háziorvosi ellátás biztosítása, míg a szakellátást – ha a városi, megyei jogú városi önkormányzatok nem vállalták fel- a megyei önkormányzatoknak kellett megszervezni. (...) 2010 után az egészségügyben is alapvető fordulat ment végbe: 2012-ben két ütemben állami tulajdonba és fenntartásba kerültek az önkormányzati kórházak.”¹⁵ Az önkormányzatok feladatköre ezzel leszűkülte, fő feladata a járóbeteg ellátás (alapellátás és járóbeteg szakellátás) megszervezésére lett. Ugyanakkor az **Eütv.** 152/A § szerint az egészségfejlesztésben is aktívan részt vállal a települési önkormányzat: „a települési önkormányzat együttműködik a lakosságra, közösségekre, családi, munkahelyi, iskolai színterekre irányuló egészségfejlesztési tevékenységekben az ezeket végző szervekkel és személyekkel, valamint támogatja és aktívan kezdeményezi ezen tevékenységeket.”

2. Az alapellátás

Az „egészségügyi alapellátás” (primary health care) kifejezést először az 1920-as években használta az **Egyesült Királyság** kormánya a **Dawson-jelentés** című ún. „fehér könyv” közzétételekor. A jelentés azt javasolta, hogy az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek kezelésének stratégiájaként az egészségügyi alapellátó központok a közösségi egészségügyi szolgáltatások nyújtásának modelljévé váljanak és reagáljanak az egészségügyi ellátás növekvő komplexitására.¹⁶

Az **1978-ban Alma-Atában** megrendezett „Nemzetközi konferencia az egészségügyi alapellátásról” résztvevői deklarálták, hogy „az egészségügyi alapellátás olyan alapvető betegellátási forma, amely könnyen megvalósítható, tudományosan megalapozott és társadalmilag elfogadható módszereket, technológiákat használ; amelyek általánosan elérhetők az egyének és családok számára, s amelynek költségei a közösség és az ország számára fejlődése minden szakaszában elviselhetők, az önállóság és az önrendelkezés szellemében. Az alapellátás, mint az ország egészségügyi rendszerének középpontja és fő működési területe, nemcsak annak képezi integráns részét, hanem a közösség társadalmi és 31 gazdasági fejlődésének is. Az egyének, családok és közösségek számára az alapellátás a nemzeti egészségügyi rendszerrel való érintkezés első pontja, a folytatódó ellátás első eleme, amelynek ezért a lehető legközelebb kell lennie azon helyszínekhez, ahol az emberek élnek és dolgoznak.”¹⁷

¹⁴ 1997. CLIV. tv. 143.§

¹⁵ Fazekas Marianna- Koncz József: i.m. 791.o.

¹⁶ Tangye, 1920. Idézi: Bálint Csaba: A háziorvosi és a házi gyermekorvosi alapellátás területi egyenlőtlenségei Magyarországon. PhD értekezés 2020.

¹⁷ Alma-Ata Nyilatkozat, 1978

„Az *Alma-Ata Nyilatkozat* új víziót fogalmazott meg az alapellátásra, mint az „egyének, a család és a közösség kapcsolatának első szintje az egészségügyi ellátórendszerrel, amely az egészségügyi ellátást a lehető legközelebb hozza az emberek lakó- és a munkahelyéhez”. Hangsúlyozza, hogy az alapellátás „a folyamatos egészségügyi ellátás első eleme”, kiemeli átfogó és ágazatközi jellegét, és jelentőséget tulajdonít az egészségfejlesztésnek, a betegségek megelőzésének, a gyakori betegségek megfelelő kezelésének és a fertőző betegségek elleni védekezésre irányuló közegészségügyi intézkedéseknek (WHO, 1978).”¹⁸

„2018 októberében (Alma-Ata 40. évfordulóján) az „Astana Global Conference on Primary Health Care” keretében aláírt, az egészségügyi ellátásról szóló nyilatkozat és az ahhoz kapcsolódó jövőkép megerősíti az országok és a nemzetközi partnerek elkötelezettségét, hogy összehangolt erőfeszítéseket tegyenek az egészségügyi rendszerek alapellátás felé történő irányítása, valamint az egyetemes egészségügyi lefedettség, illetve az egészséggel kapcsolatos fenntartható fejlődési célok (SDG 3) irányába történő elmozdulás érdekében.”¹⁹

„Az Európai Régió számos szakpolitikát, stratégiát és állásfoglalást dolgozott ki az elmúlt évtizedekben, amelyek segítették a méltányos és hatékony alapellátás kialakulását, az „egészségügyi lefedettség” kiterjesztését, és előmozdították a kezdettől fogva támogatott, de nem egyetemesen elfogadott Alma-Ata nyilatkozatban foglalt víziót.”²⁰

Az alapellátás célját és feladatait hazánkban az *egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény* (továbbiakban: *Eatv.*) határozza meg. E törvény kimondja, hogy „Az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül.”²¹

E rendelkezés jelentősége sokrétű: a házi orvos quázi állandó felügyeletet biztosít a betegeknek, monitorozza egészségük változását, jelentős szerepe van a betegségek korai felismerésében, diagnosztizálásában, ugyanakkor részben tehermentesíti a kórházak sürgősségi osztályát is azáltal, hogy a beteg otthonában is kezelhető betegségek ellátja. Alapellátás nélkül a jelenleg működő kórházi rendszer a terhelést nem tudná menedzselni, az így is hosszú várólisták növekednének, bizonyos kórképek esetén a korai stádiumban lévő betegségek csak később kerülnének diagnosztizálásra.

Az egészségügyi alapellátás megszervezését, mint kötelezően ellátandó feladatot *Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény* (továbbiakban: *Mötv.*) az önkormányzatok feladatkörébe delegálta: A helyi közügyek, valamint a helyben biztosítható közfeladatok körében ellátandó helyi önkormányzati feladatok különösen:

¹⁸ Bálint Csaba: A házi orvosi és a házi gyermekorvosi alapellátás területi egyenlőtlenségei Magyarországon. PhD értekezés 2020. 31.old

¹⁹ i.m. Bálint Csaba. 31.old.

²⁰ i.m. Bálint Csaba. 38.old

²¹ 2015. évi CXXIII. tv 1. § (1) bekezdés

egészségügyi alapellátás, az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások.²² Ugyanakkor az Möt. nem határozta meg az alapellátásba tartozó egészségügyi ellátásokat²³, azok taxatív felsorolásáról az Eatv. rendelkezik.

A települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik: a házi orvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, a fogorvosi alapellátásról, az alapellátáshoz kapcsolódó házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ügyeleti ellátásról, a védőnői ellátásról, és az iskola-egészségügyi ellátásról. Az önkormányzatok a feladatot a praxisjoggal rendelkező orvosokkal megkötött feladatellátási szerződés útján látják. Az *Eatv.* rögzíti azt is, hogy az alapellátás nyújtását érintő jogviszony megváltoztatásáról szóló döntésének meghozatala során a települési önkormányzat kikéri az alapellátást végző orvos, illetve védőnő véleményét.²⁴ A működés érdekében a települési önkormányzat képviselő-testülete rendeletben megállapítja és kialakítja az egészségügyi alapellátások körzeteit. Több településre is kiterjedő ellátás esetén a körzet székhelyét az érintett települési önkormányzatok erre irányuló megállapodásban határozzák meg.²⁵ A települési önkormányzatoknak tehát az egészségügyi alapellátások körzeteinek kialakítására rendeletalkotási kötelezettségük van. A rendeleteket jogszabály változás esetén felül kell vizsgálni és folyamatosan aktualizálni szükséges.²⁶ A körzetek megállapítása és kialakítása során ki kell kérni az alapellátásért felelős országos módszertani intézet, valamint a működési engedély kiadására hatáskörrel rendelkező egészségügyi államigazgatási szerv véleményét is.²⁷ A körzetek kialakításánál figyelemmel kell lenni arra, hogy a *Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő* (a továbbiakban: *NEAK*) jogszabályban meghatározott számú lakos ellátására köt finanszírozási szerződést. A NEAK a házi orvosi szolgálat finanszírozására a körzetben lakók igazolt számának figyelembe vételével köt finanszírozási szerződést.²⁸

A fent említett rendeletalkotási kötelezettségének számos települési önkormányzat nem, vagy nem jogszabály szerűen tesz eleget. A Nemzeti Jogszabálytár felületén közzétett önkormányzati rendeletek vizsgálatakor megállapítható, hogy van olyan önkormányzat, amely az Eatv. 6. § (1) bekezdésében előírt jogalkotási kötelezettségének csak részben tett eleget. Gyakran előfordul, hogy nem határozzák meg valamennyi alapellátásra vonatkozóan a körzetet, így pl. a fogorvosi, gyermekorvosi ügyeleti ellátás, valamint az iskola-egészségügyi ellátás körzetei nem lettek kijelölve.

A képviselő-testület/közgyűlés által elfogadott önkormányzati rendeletet a honlapon is közzé kell tenni az *információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény* (a továbbiakban: *Info tv.*) 33. § (1) bekezdése és 1. mellékletének II/8. pontja, valamint az *Möt.* 51. § (2) bekezdése alapján.

²² 2011. évi CLXXXIX. tv. 13.§ (1) bekezdés

²³ Möt. 13. § (1) bekezdés

²⁴ 2015. évi CXXIII. tv. 5.§ (2) bekezdés

²⁵ 2015. évi. CXXIII. tv. 5.§ (1) – 6.§

²⁶ 2015. évi CXXIII. tv. 6.§ (1)

²⁷ 2015. évi CXXIII. tv. 6.§ (2)

²⁸ 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 8.§

Szintén egyes esetekben problémaként merül fel, hogy **a jogszabályszerkesztésről szóló 61/2009. (XII. 14.) IRM rendelet** 52. § (3)-(4) bekezdésében meghatározott követelmény ellenére a rendelet bevezető részében nincs megjelölve, hogy a képviselő-testület/ közgyűlés az önkormányzati rendeletet más, a jogszabályban kifejezetten az adott rendelet megalkotása vonatkozásában véleményezési hatáskörrel felruházott szervvel vagy személlyel egyetértésben, illetve más szerv vagy személy véleményének kikérésével alkotta meg. Hiányzik tehát az önkormányzati rendelettervezet véleményező szervek felsorolása és magának a véleményezésnek a ténye is.

Az **Eatv.** 5. § (2) bekezdése szerint az alapellátás nyújtását érintő jogviszony megváltoztatásáról szóló döntésének meghozatala során a települési önkormányzat kikéri az alapellátást végző orvos, illetve védőnő véleményét. Ugyanezen törvény 6. § (2) bekezdése előírja, hogy az ellátási körzetek megállapítása és kialakítása során ki kell kérni az alapellátásért felelős országos módszertani intézet - védőnői ellátás esetén az országos tisztifőorvos -, valamint a működési engedély kiadására hatáskörrel rendelkező egészségügyi államigazgatási szerv véleményét is. A véleményt korábban a **Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI)** adta ki, mely speciális országos népegészségügyi módszertani háttérintézményként működött és 2017. április 1-jével szűnt meg. Az Intézetet az Állami Egészségügyi Ellátó Központba olvasztották be. 2017. április elsejével - további három háttérintézménnyel együtt, az a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet is megszűnt. Ezek az intézmények jogutódlással szűntek meg, feladataik járási hivatalokhoz vagy kormányhivatalokhoz kerültek..

Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény 2. § db) pontja alapján a kamara véleményezési jogot gyakorol az egészségügyi tevékenység szervezeti vagy működési rendjét érintő állami, egészségbiztosítási, helyi önkormányzati döntések – így az önkormányzati rendeletek – meghozatalánál, illetve a helyi önkormányzatok területi ellátási felelősségébe tartozó feladatokat ellátó egészségügyi szolgáltatók és a helyi önkormányzat közötti, az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló külön törvény szerinti, egészségügyi szolgáltatás nyújtására irányuló szerződések tervezete tekintetében.²⁹

Véleményezési jog illeti még meg a szakmai alkalmasság kérdésében az állami, egészségbiztosítási, illetőleg helyi önkormányzati szervek, valamint az egyetemek orvosképzést, szakképzést végző karai, szervezeti egységei magasabb vezető és vezető állású orvosainak orvosi diplomához kötött tevékenység végzése körében történő vezetői kinevezése, megbízása, a vezetői megbízás visszavonása, vagy - vezetői munkakör esetén - felmentése során, továbbá a házi orvosok, házi gyermekorvosok, fogorvosok e munkakörben, munkavégzésre irányuló jogviszony keretében történő foglalkoztatása, illetőleg a foglalkoztatásnak a munkáltató kezdeményezésére történő megszüntetése tekintetében.³⁰

²⁹ 2006. évi XCVII. tv. 2. § db) pont

³⁰ 2006. évi XCVII. tv. 2/A § (1) bek.

Az önkormányzati rendeletek megalkotásakor azért is kell kellő körültekintéssel eljárni, mert az **önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény** 2/B. § (5) bekezdése alapján a körzetszervezés miatt bekövetkezett, a háziorvost ért kár esetén a települési önkormányzat kártalanítási kötelezettséggel tartozik, amelynek megállapításánál figyelembe kell venni a háziorvosi szolgáltató által a finanszírozása keretében kapott egy éves összeget.

A Kormány a kormányhivatal útján biztosítja a helyi önkormányzatok törvényességi felügyeletét.³¹ Az **Mötv.** alapján a rendeletalkotási kötelezettségének eleget nem tevő, mulasztó önkormányzattal szemben a kormányhivatalnak ennek észlelése esetén különféle eszközök állnak rendelkezésére a törvényesség helyreállítása érdekében.³² Jelen esetben talán a legfontosabb az információkérési, javaslat tételi joga és a törvényességi felhívás. A kormányhivatal a helyi önkormányzat feladat- és hatáskörébe tartozóan az érintettől információt, adatot kérhet, konzultációt kezdeményezhet, amelyeknek az érintett a megadott határidőn belül köteles eleget tenni. „A kormányhivatal javaslattal élhet az érintett működésére, szervezetére, döntéshozatali eljárására vonatkozóan. A javaslatot a helyi önkormányzat képviselő-testülete, illetve a társulási tanács köteles megtárgyalni és arról döntést hozni. A javaslat elutasításának indokát a helyi önkormányzat, illetve a társulási tanács köteles a kormányhivatallal ismertetni. A kormányhivatal szakmai segítséget nyújt az érintett részére az általa alkalmazandó jogszabályok tartalmával összefüggésben az érintett jogszerű működése céljából.”³³ Ha a kormányhivatal jogszabálysértést észlel - ebben az esetben a rendeletalkotási kötelezettség elmulasztását vagy annak hibás teljesítését-, a törvényességi felügyelet körében legalább harminc napos határidő tűzésével felhívja az érintettet annak megszüntetésére. Az érintett a felhívásban foglaltakat köteles megvizsgálni és a megadott határidőn belül az annak alapján tett intézkedéséről vagy egyet nem értéséről a kormányhivatalt írásban tájékoztatni. A törvényességi felhívás eredménytelensége esetén a kormányhivatal a törvényességi felügyeleti eljárás egyéb eszközeinek alkalmazásáról mérlegelési jogkörben dönt,³⁴ például - egyebek mellett - kezdeményezi a képviselő testület összehívását, kezdeményezheti a határozathozatali, feladat ellátási kötelezettségét nem teljesítő helyi önkormányzattal szemben bírósági eljárás megindítását, a határozathozatal pótlásának elrendelését.³⁵

3. A háziorvosi szolgáltatásról

„A háziorvos személyes és folyamatos orvosi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, korai felismerése és gyógyítása, valamint az egészségfejlesztés céljából.”³⁶ A személyes és folyamatos ellátás biztosítja az **Eütv.-ben** meghatározott egészségügyi ellátáshoz való jog érvényesülését. Ez a rendelkezés mindenképpen elérhető távolságban lévő egészségügyi szolgáltatást feltételez, mely a lakhely vagy a munkahely közelében megtalálható. A háziorvos az önkormányzattal kötött megállapodás alapján látja el

³¹ 2011. évi CLXXXIX. tv. 127. §

³² 2011. évi CLXXXIX. tv. 132. §

³³ 2011. évi CLXXXIX. tv. 133. §

³⁴ 2011. évi CLXXXIX. tv. 134. §

³⁵ 2011. évi CLXXXIX. tv. 132. § (1) b-d) pontok

³⁶ 2015. évi CXXIII. tv. 8. § (1) bek.

a feladatait, de a háziiorvosi tevékenység szakmai-, tartalmi előírásait, személyi-, tárgyi feltételeket jogszabályok határozzák meg.

Az önálló orvosi tevékenységről szóló, 2000. évi II. tv. határoz meg számos fontos definíciót a háziiorvos működési tevékenységével kapcsolatban. A törvényi szabályozás szerint önálló orvosi tevékenységnek minősül a területi ellátási kötelezettség körében az egészségügyi alapellátásról szóló törvény szerint a háziiorvos, a házi gyermekorvos, a fogorvos (a továbbiakban együtt: *háziiorvos*) által nyújtott egészségügyi ellátás. Ezen jogszabály szerint orvos: a külön jogszabály szerint vezetett alap- és működési nyilvántartásban szereplő orvosi, fogorvosi szakképesítéssel rendelkező személy; Praxisjog: az egészségügyi államigazgatási szerv által az orvos részére adott önálló orvosi tevékenység nyújtására jogosító engedélyben foglalt jog, amely alapján önálló orvosi tevékenység területi ellátási kötelezettséggel, meghatározott körzetben végezhető. A háziiorvos önálló orvosi tevékenységet - akadályoztatásának jogszabályban meghatározott eseteit kivéve - csak személyesen folytathat az önkormányzat által meghatározott háziiorvosi körzetben, a praxisjogot engedélyező határozat véglegessé válásától.

A *praxisjog* alapján végezhető önálló orvosi tevékenység - törvényben meghatározott kivétellel - csak a települési önkormányzat rendeletében meghatározott háziiorvosi körzetben folytatható.

A praxisjog olyan, személyhez kapcsolódó vagyoni értékű jog, amely jogszabályban meghatározott feltételek fennállása esetén elidegeníthető és folytatható. A praxisjog jogosultjának halála esetén - egymást követő sorrendben - a praxisjog folytatására a házastárs, illetőleg az egyenesági leszármazó jogosult. Az egyenes ági leszármazók között a leszármazási fok határozza meg a praxisjog folytatására való jogosultság sorrendjét.³⁷ „A praxisjog értékének alapja - ha a felek másként nem rendelkeznek - a praxisjogot érintő körzetben működő egészségügyi szolgáltatónak az eladást megelőző évben fizetett finanszírozási összeg 80%-a.”³⁸

A praxisjoggal rendelkező háziiorvos és az adott praxisjoggal érintett települési önkormányzat közötti feladat-ellátási szerződés keretében valósul meg a háziiorvosi szolgáltatás vállalkozási vagy közalkalmazotti jogviszonyban. A feladat-ellátási szerződésnek kötelezően tartalmaznia kell- többek között- a praxisjoggal érintett körzet meghatározását, a felek kötelezettségeinek meghatározását, ideértve a települési önkormányzatnak a fenntartáshoz történő hozzájárulására vonatkozó szabályokat, a rendelési idő meghatározását, azzal, hogy az adott településen működő, praxisjoggal rendelkező háziiorvosok kötelesek rendelési idejüket összehangoltan kialakítani, az ügyeletben történő részvételre vonatkozó rendelkezéseket, a helyettesítésre vonatkozó rendelkezéseket, az ellátás nyújtásában részt vevő egészségügyi szakdolgozókra vonatkozó rendelkezéseket, a szerződés időtartamát (minimum 5 év), a felmondásra vonatkozó rendelkezések és a kártérítésre, kártalanításra vonatkozó rendelkezéseket.

³⁷ 2000. évi II. tv. 1.§ és 2.§

³⁸ 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet 14.§ (2) bek.

A települési önkormányzat köteles gondoskodni fenntartási kötelezettség körében az egészségügyért felelős miniszter rendeletében meghatározott rendelő (a továbbiakban: *rendelő*) praxisjoggal rendelkező háziorvos részére történő térítésmentes használatba adásáról, és amennyiben a rendelő nem a háziorvos vagy a háziorvosi szolgáltató tulajdonában van - a rendelő külső homlokzati részei karbantartásáról, felújításáról, valamint a falakban elhelyezkedő vezetékek és a központi fűtésrendszer teljes vagy részleges cseréjével járó munkák elvégzéséről.

A települési önkormányzat a feladat-ellátási szerződést indoklással felmondja, ha a háziorvos a feladat-ellátási szerződésben vállalt kötelezettségeit írásbeli felszólítás ellenére sem teljesíti, vagy folytatólagosan megszegi a jogszabályban foglalt működésre vonatkozó előírásokat, vagy a háziorvos önálló egészségügyi tevékenység végzésére való jogosultságát bármely okból 39 elveszti.

Ha a háziorvosi körzet orvosa írásban bejelenti háziorvosi tevékenységre szóló közalkalmazotti kinevezéséről való lemondási szándékát, akkor egyben kérnie kell az önkormányzat képviselő-testületétől/közgyűlésétől, hogy a közalkalmazotti kinevezését az általa megjelölt nappal szüntesse meg. Ezzel egyidejűleg a háziorvos, azt is megjelöli, hogy bejelentette, a praxis jogát mely orvos részére kívánja eladni. A két orvos a praxis működtetési jogának átruházásáról megállapodást köthet azzal a felfüggesztő feltétellel, hogy a képviselő-testület/közgyűlés az adott körzetben történő közalkalmazott orvosként történő alkalmazását elfogadja. Az **önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény** (a továbbiakban: **Öotv.**) 2/A. § (2) bekezdés a) pontja alapján a feladat-ellátási szerződés megkötése előtt az önkormányzatnak előszerződést kell kötnie a praxisjogot megszerezni kívánó orvossal. A korábbi feladatellátási szerződés megszűnéséről a települési önkormányzatnak értesítenie kell az engedélyező szervet.

Korábban az **Állami Egészségügyi Ellátó Központról szóló 27/2015. (II. 25.) Korm. rendelet** alapján az Állami Egészségügyi Ellátó Központ volt a praxisjog engedélyezésére, véleményezésére jogosult egészségügyi államigazgatási szerv, amely 2015. március 1-jétől 2020. december 31-ig, központi hivatalként működő központi költségvetési szerv volt és az egészségügyért felelős miniszter irányítása alá tartozott. A szerv helyébe az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) lépett. 2021. január 1-jétől az OKFŐ látja el az országos intézetek, valamint az állam fenntartásában és tulajdonában lévő kórházak fenntartói feladatait és irányítását.⁴⁰

Az előszerződés megkötését követően az új háziorvosnak **az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII.23.) Korm. rendelet** 4. §-a szerinti praxisengedély iránti kérelmet kell benyújtania az Országos Kórházi Főigazgatósághoz. Ha a praxisengedélyt az új háziorvos megkapja, az önkormányzat

³⁹ 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet - az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról 1/A. § és 2/B §

⁴⁰ 516/2020. (XI. 25.) Korm. rendelet 7.§ (7) bekezdés

képviselő-testülete/községi közgyűlése kinevezheti közalkalmazott orvosnak. Előfordulhat, hogy az eljárási határidőket figyelembe véve, ez a folyamat akár 60 napot meghaladó időtartamot is igénybe vehet. Ha a régi háziorvos ebben az időszakban már a felmentését tölti, a köztes időszakban a háziorvosi feladatokat helyettesítéssel szükséges megoldani. A praxisjogot csak olyan személy részére lehet elidegeníteni, aki nem rendelkezik praxisjoggal, de igazolja, hogy megfelel a praxisjog megszerzéséhez szükséges feltételeknek. A praxisjogra vonatkozó adásvételt az adásvétel megvalósulását követő harminc napon belül az eladó köteles bejelenteni a praxiskezelőnek.⁴¹

A háziorvosi szolgálat működését a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő – szerződés alapján – az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozza.⁴²

A téma vizsgálata szempontjából néhány jelentős kérdés megválaszolása szükséges:

- a) Hogyan érvényesül az egészségügyi ellátáshoz való jog a gyakorlatban?
- b) Egyáltalán megillet-e mindenkit ténylegesen napjainkban hazánkban?
- c) Tud-e érvényesülni úgy ez a jog, hogy köztudott⁴³, hogy az egészségügy rendkívüli mértékben küzd szakemberhiánnyal és ez még kifejezettebben jelentkezik a háziorvosok körében?

Idén januárban 645 háziorvosi praxis (a praxisok 10%-a) volt betöltetlen az Országos Kórházi Főigazgatóság honlapján elérhető adatok szerint⁴⁴. Ez a lista sajnos évről évre bővül, a praktizáló háziorvosok átlagéletkora 2020-ban 58,8 év volt⁴⁵. ***Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet*** megfogalmazása szerint háziorvosi körzet: a területi ellátási kötelezettség alapján a feladattal érintett települési önkormányzat (a továbbiakban: *önkormányzat*) által az Öotv. 2. § (2) bekezdése szerint rendeletben - jogszabályban meghatározottak figyelembevételével - meghatározott település, települések, illetve településrész, településrészek. Tartósan betöltetlen háziorvosi körzetnek az a háziorvosi körzet számít, amelyben az ellátási kötelezettségnek hat hónapot meghaladóan csak helyettesítéssel tudnak eleget tenni, kivéve, ha ennek az az oka, hogy a körzetet ellátó háziorvos munkavégzésében akadályoztatva van, vagy amelyben - a helyettesítés kivételével - az önkormányzat az ellátás nyújtásáról legalább hat hónapig nem tud gondoskodni önálló orvosi tevékenység végzésére jogosult személlyel.⁴⁶

⁴¹ 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet 13.§

⁴² Ld. a www.neak.gov.hu honlapot. Háziorvosi ellátás

http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/haziorvosi_ellatas (letöltés dátuma: 2022.03.20)

⁴³ Ld. a www.portfolio.hu honlapot. – Rengeteg orvos hiányzik Budapestről... c. cikke hivatkozik a 2018-as KSH adataira, mely szerint 1,7 ezer betöltetlen orvosi állás volt Magyarországon. <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20200104/rengeteg-orvos-hianyzik-budapestrol-de-van-olyan-megye-ahol-meg-rosszabb-a-helyzet-411497> (letöltés dátuma: 2022.03.20)

⁴⁴ <https://alappellatas.okfo.gov.hu/tajekoztato-a-tartosan-betoltetlen-haziorvosi-korzetekrol/>

⁴⁵ Ld. a www.mfor.hu honlapot. Száznál is több háziorvosi praxis üresedett meg a járvány első évében (letöltés dátuma: 2022.03.20) <https://mfor.hu/cikkek/makro/szaznal-is-tobb-haziorvosi-praxis-uresedett-meg-a-jarvany-elso-eveben.html>

⁴⁶ 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet - az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról 2§ (1) bekezdés

A pályakezdő orvosok számára nem vonzó ez a hivatás, ennek okaira azonban nehéz egyértelműen választ adni, mert a probléma roppant összetett.

Az általam megkérdezett fiatal orvosok⁴⁷ szerint, nem csupán anyagi okokból nem választják ezt a pályát, közrejátszik az is, hogy gyakran vidékre kellene hozzá költözni, a legtöbb orvosi rendelő nem csak esztétikailag, hanem műszakilag is kifogásolható állapotban van, a feladatellátáshoz szükséges eszközpark hiányzik, vagy elavult.

A betegek szempontjából mindenképpen hátrányban van az, aki betöltetlen praxissal érintett körzetben él. Ezekben a körzetekben a háziiorvosi rendelést csak helyettesítésekkel tudják megoldani. Vannak olyan járások, ahol csak minden 3. betegnek van saját háziiorvosa, a háziiorvosi jelenlét pedig csak heti 2 napon biztosított.⁴⁸

Ez a helyzet mindenképpen ellentétes az Eatv. azon törekvésével, hogy a háziiorvos személyes és folyamatos jelenlétet biztosít. A személyesség ez esetben különösen fontos, a bizalmi viszony kialakítása miatt. A háziiorvos ti. jelentős szerepet játszik a prevenció terén, amihez a közvetlen, állandó, bizalmi légkör, a betegek, betegségeik ismerete elengedhetetlen. Az érem másik oldalát vizsgálva, a háziiorvosok is nehéz helyzetbe kerülnek- többek között - a helyettesítések miatt. A megnövekvő beteglétszám okán gyakran betegenként csak 8-10 percük van a vizsgálatra és az adminisztrációra, ami egyrészt kizárja az alapos vizsgálat lehetőségét, másrészt igen megterhelő munkatempót jelent egy-egy rendelés során.

Ha azt vizsgáljuk, vajon mi az oka a tartósan betöltetlen praxisoknak, az általam megkérdezett 21 háziiorvos⁴⁹ gondolatait az alábbi **Csehov** idézettel tudnám szemléltetni:

„Műtökést kérek. Kiderül, hogy a műszer életlen, de azt mondják, hogy ez lehetetlen, mert csak nemrég köszörülte meg a lakatos. A felcser és a muzsikok felpattannak, és két-három perces várakozás után hoznak még egy műtökést. Hozzáfogok a felvágáshoz, kiderül, hogy ez is életlen. Se medence, se vattacsomók, se szondák, se rendes olló, még víz sincs elegendő mennyiségben. (...) Szahalinon nagyon drága a gyógyszer, a kórházat klórfüstöléssel fertőtlenítik, szellőztetés nincs, és az a leves, amelyet ottlétemkor főztek Alekszandrovszkban a betegeknek, nagyon sós volt, mert sózott marhahúsból készítették. Állítólag azért, mert nem kapták meg az edénykészletet, és mert nincs felszerelve a konyha, egészen a legutóbbi időig a közös börtönkonyháról étkeztették a betegeket is.”⁵⁰

Talán sok magyarázat nem szükséges hozzá, de szinte kivétel nélkül mind a szerény környezetet, hiányos munkaeszközöket és a távolságot jelölte meg főbb indokként. Többen említették ezen kívül a háziiorvosok alacsonyabb társadalmi megbecsültségét, ami szakmai körökben is jelentkezik, illetve, hogy az alacsonyabb szociális helyzetben élő pacientúra

⁴⁷ Nem reprezentatív felmérés, 14 ismeretségi körömből kikerülő frissen vagy néhány éve(1-3 éve) végzett orvos. A kutatás 2022.03.01-05.01 között történt, kérdőív segítségével. Az összesen megkérdezett háziiorvosok száma:21. A megkérdezett orvosok 38-79 év közöttiek, 1-50 éve praktizálnak háziiorvosként és a tevékenységet 400-20.000 lakosú településen végzik, országszerte.

⁴⁸ Ld. a <https://24.hu/belfold/2021/10/12/betoltetlen-haziorvosi-praxisok-2020/> honlapot. Betöltetlen háziiorvosi praxisok (letöltés dátuma: 2022.03.20)

⁴⁹ Ismeretségi körömből kikerülő háziiorvosok körében végzett nem reprezentatív felmérés.

⁵⁰ A. P. Csehov: Anton Pavlovics Csehov művei I-IV. Európa Könyvkiadó, Budapest, 1959. 892-894.old.

esetében „sokkal több a munka”, hiszen az egészségi állapotuk, egészségkultúrájuk is rosszabb. Könnyen megmagyarázhatnánk, hogy a helyzet inkább a kistelepülésekre jellemző, így a nagyobb városokban nincsen ilyen probléma, de ez nem teljesen igaz.

A nagyobb városokat is egyre gyakrabban érinti a munkaerőhiány ezen a téren és ha a fent említett betöltetlen praxisok listáját böngésszük, akad köztük nagyvárosi körzet is jócskán. Mind állami, mind önkormányzati oldalról is történtek ugyanakkor intézkedések annak érdekében, hogy a betöltetlen praxisok száma csökkenjen. Több település próbálta vonzóbbá tenni az adott körzetet, felújították a rendelőt (legtöbbször a Magyar Falu program keretein belül), sőt, szolgálati lakást is kialakítottak a leendő orvosuknak. A Magyar Falu Program⁵¹ keretében 2020-ban lehetőség volt orvosi rendelők fejlesztése.

A Miniszterelnökséget vezető miniszter pályázatot hirdetett a Magyar Falu Program 2020. évi végrehajtásáról szóló 1043/2020. (II. 17.) Korm. határozat alapján Magyarország területén működő és újonnan létrehozandó 5000 fő, és ez alatti állandó lakosságszámú települések önkormányzatai tulajdonában lévő orvosi rendelők fejlesztésének támogatására. A támogatás célja az 5000 fő, és ez alatti állandó lakosságszámú települések számára az egészségügyi alapellátás biztosítása, feltételeinek javítása. A fejlesztés eredményeként mérséklődnek az egészségügyi alapellátás területi egyenlőtlenségei.

A kiírás keretében különösen támogathatók azok az önkormányzatok, társulások, akik az egészségügyi alapellátást (házi orvosi, házi gyermekorvosi ellátás, fogorvosi alapellátás, alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás, védőnői ellátás) egy épületben valósítják meg. Továbbá azon pályázatok, melyek keretében praxisközösségek kialakítására kerül sor, legalább 3 házi orvos együttműködésében, esetlegesen további egyéb egészségügyi alapellátást nyújtó szolgáltató(k) bevonásával. A pályázat további célja volt, hogy a települések alapellátási feladatait végző házi orvosok számára lehetőséget teremtsen arra, hogy amennyiben a házi orvos más szakvizsgával is rendelkezik, úgy egyéb szakvizsgája szerinti szakmai ellátást is nyújthasson kizárólag belgyógyászat, kardiológia, pszichiátria, rehabilitáció vagy tüdőgyógyászat területén.

A kiírás támogatta az 5000 fő, és ez alatti állandó lakosságszámú települések számára új többcélú egészségügyi létesítmény létesítését vagy már meglévő (akár eltérő funkciójú, vagy használaton kívüli) önkormányzati tulajdonban lévő létesítmény átalakítását, felújítását, korszerűsítését, bővítését, illetve az ezzel kapcsolatos berendezések, eszközök beszerzését.

A projekt fizikai befejezésére a Támogatói Okirat kézbesítésétől számított legfeljebb 18 hónap áll rendelkezésre, de legkésőbb 2022. június 30. Az MFP keretében nyújtott támogatás vissza nem térítendő, 100%-os támogatási intenzitású hazai támogatásnak minősül. A program sikeresnek mondható, a pályázati lehetőséggel sok önkormányzat tudott is élni, 2022-ben mintegy 120 házi orvosi szolgálati lakás újulhatott meg a program kereteim belül.⁵²

⁵¹ Ld. a pályázati kiírást A Magyar Falu Program keretében az „Orvosi rendelők fejlesztése ” című alprogramhoz. A kiírás kódszáma: MFP-HOR/2020.

⁵² Ld. a Magyar Falu Programot – Nyertes települések listája <https://magyarfaluprogram.hu/upload/a7b0e999869596076994202f674285c1.pdf> (letöltés dátuma: 2022.08.01)

További sikeres programként említhető meg a Praxis I-II. program, melynek célja a csökkenő háziiorvosi állomány egyszerűbb illetve gyors pótlása volt és két engedményt tett a háziiorvosként való működés megkezdése érdekében: **A háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet** értelmében a háziiorvosként történő működés általános orvosi diplomával rendelkező szakembert kíván, aki rendelkezik vagy általános orvostani, vagy háziiorvostani szakképesítéssel, vagy egyidejűleg belgyógyászati szakorvosi képesítéssel és 10 év körzeti orvosi/háziiorvosi gyakorlattal, vagy 1998. december 31-ig 25 éven keresztül folyamatosan körzeti vagy háziiorvosként praktizált. Legfeljebb négy évig az az orvos is dolgozhat háziiorvosként, aki háziiorvosi licence-vizsgával rendelkezik, tehát a képesítés megszerzéséhez háziiorvosi szakgyakorlat folytatására jogosult (**Praxis-I. program**).

Területi ellátási kötelezettséggel bíró háziiorvosi szolgálatot az önkormányzattal kötött feladatellátási szerződés alapján elláthat az a háziiorvosi szakképesítés nélküli szakorvos, aki a jogszabály által felsorolt harmincnégyféle szakképesítés valamelyikével rendelkezik (a **Praxis-II. program**).⁵³ Ebben az esetben az **Állami Egészségügyi Ellátó Központtal (ÁEEK)** kötött képzési szerződés birtokában a háziiorvostan szakképesítés megszerzéséig, de legfeljebb a háziiorvosi tevékenység megkezdésétől számított 5 évig végezhető a háziiorvosi tevékenység.⁵⁴

További kedvezmények nyújtására is lehetősége van a települési önkormányzatoknak például a háziiorvos illetményét illetően: Ha a háziiorvos közalkalmazotti jogviszonyban kerül foglalkoztatásra, a **közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény** (a továbbiakban: **Kjt.**) a közalkalmazott végzettségéhez igazodva besorolási osztályokat határoz meg. Ez alapján, illetve a háziiorvos végzettségét és a korábbi jogviszonyban töltött idejét alapul véve lesz meghatározva a garantált illetmény. Az önkormányzat képviselő-testületének/közgyűlésnek azonban lehetősége van az illetmény emelésére.⁵⁵ Ezen felül lehetőség van a közalkalmazott orvosok részére az önkormányzat képviselő-testülete/közgyűlése határozata alapján gépjármű használatra havonta meghatározott összegű költségátalányt biztosítani. A foglalkoztatás általában nem igényel további forrást az önkormányzattól, mivel a háziiorvos illetményének kifizetése a háziiorvosi körzet **NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő)** finanszírozásából történik.

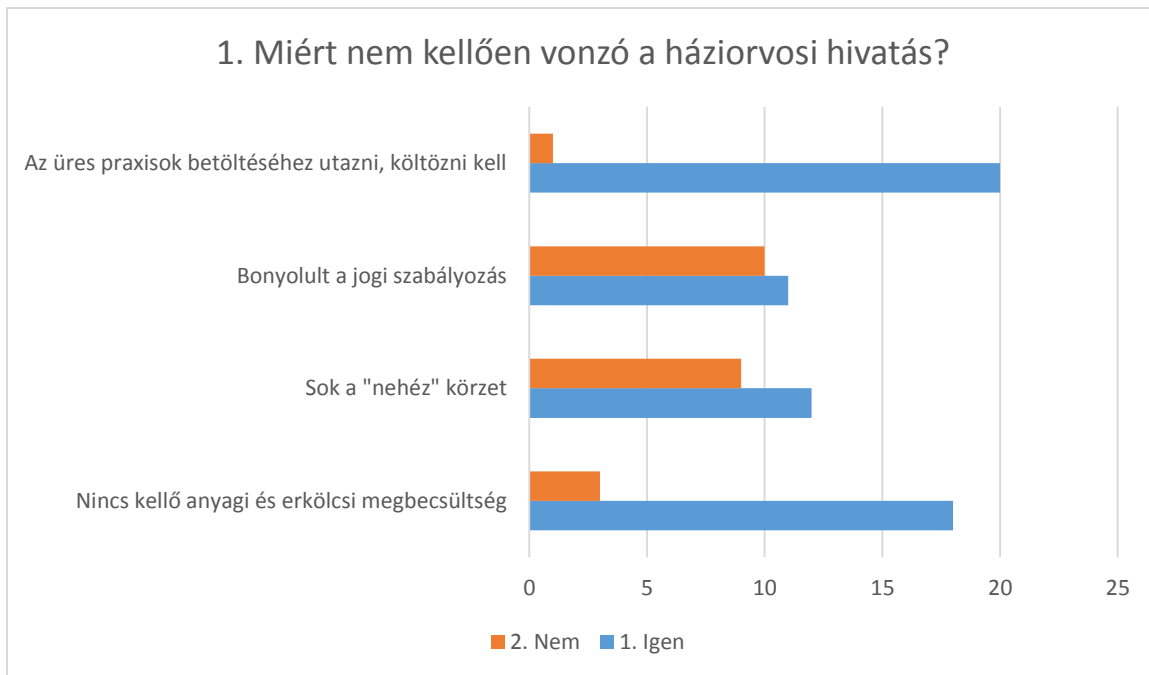
Mindez azonban még mindig kevésnek bizonyult. Ha egy-egy igazán elhivatott kollega el is vállalja a „problémás” körzetet, évente tízszer annyi üresedik meg a nyugdíjazások miatt. A kialakult helyzet sürgető és szinte azonnali orvoslást kíván, hiszen a statisztikákból az is kiderült, hogy a háziiorvosok 90%-a betöltötte a 73.életévét.⁵⁶

⁵³ i.m- Bálint Csaba. 44.old.

⁵⁴ (4/2000. (II. 25.) EüM rendelet)

⁵⁵ 1992. évi XXXIII. törvény 67.§ és 77. §

⁵⁶ Ld. a www.mfor.hu honlapot. Száznál is több háziiorvos praxis üresedett meg az első járványhullám végére (letöltés dátuma: 2022.03.21) <https://mfor.hu/cikkek/makro/szaznal-is-tobb-haziorvosi-praxis-uresedett-meg-a-jarvany-elso-eveben.html>



Az *Eatv.* preambulumban rögzítésre került, hogy a törvény célja az alapellátásban való elhelyezkedés vonzóbbá tétele az egészségügyi szakemberek számára. „Emellett a preambulumban célként megemlíti a praxisjogok értékének helyreállítását, tekintettel arra, hogy az utóbbi időben a számos betöltetlen orvosi praxis miatt értékük jócskán veszített pozíciójából. Bár egyetlen jogszabály sem rendelkezik konkrétan a praxisok értékéről, de irányadó rendelkezés volt a korábbi években az *Öotv.* 2/B. § (5) bekezdésében meghatározott érték, mely alapján a települési önkormányzat kártalanítási kötelezettségét lehetett megállapítani arra az esetre, ha körzetmódosítás miatt a háziorvost kár érte.”⁵⁷ 2000. évi II. törvény 2/B. § (5) bekezdés szerint: A körzetmódosítás miatt bekövetkezett, a háziorvost ért kár esetén a települési önkormányzat kártalanítási kötelezettséggel tartozik, amelynek megállapításánál figyelembe kell venni a háziiorvosi szolgáltató által a finanszírozása keretében kapott egy éves összeget.

A törvényi módosítás keretében további kedvezményt jelentett **az adózással összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2015. évi LXXXI. törvény**, melyben – egyebek mellett – **a helyi adókról szóló 1990. évi C. törvény** rendelkezéseit módosította, melynek kapcsán a települési önkormányzatoknak lehetőségük nyílt az alapellátásban részt vevő vállalkozó szolgáltatók részére adókedvezményt, illetve adómentességet biztosítani a helyi iparüzési adóból.⁵⁸ Ezzel a kedvezménnyel az általam vizsgált 16 települési önkormányzathoz 14-en tartoztak. (Például Baranya megye: Abaliget, ahol a vállalkozási formában működő háziorvos és védőnő, ha az iparüzési adó alapja az adóévben a 20 millió forintot nem haladja meg.⁵⁹) Több, általam vizsgált településen nem csupán adómentességgel igyekeznek vonzóvá tenni a

⁵⁷ Kóródi-Juhász Zsolt: Változások az egészségügyi alapellátásban www.jegyzo.hu XVII. évfolyam. 5. lapszám (letöltés dátuma: 2022.03.21)

⁵⁸ Kóródi-Juhász Zsolt: Változások az egészségügyi alapellátásban www.jegyzo.hu XVII. évfolyam. 5. lapszám (letöltés dátuma: 2022.03.21)

⁵⁹ Abaliget Község Önkormányzat Képviselő-testületének 19/2006(XII.15.) önkormányzati rendelete 14/B. §

háziiorvosi praxist, hanem például szolgálati lakás biztosításával (Zomba, Tolna megye) vagy a háziiorvosi rendelő felújításával (Felsónána, Tolna megye).

2020-ban a kormány pályázattal igyekezett segíteni az üres praxisok betöltését. Anyagi támogatással ösztönözték az orvosokat, melyet praxisvásárlásra, letelepedésre fordíthattak, ha vállalták, hogy az adott körzetben 4 illetve 6 éven keresztül ellátják a háziiorvosi szolgáltatást. A pályázati lehetőség következtében 106 háziiorvossal tudott támogatási szerződést kötni a NEAK.⁶⁰

Véleményem szerint ez a pályázati ösztönzés kezdeti lépésnek jó, de nem elegendő. Segíthetett volna még a bérek rendezése is – ami orvosi körökben megtörtént ugyan-, de a háziiorvosok tekintetében kissé vissza sikerült.

Ugyan 2010 óta 70%-kal nőtt az alapellátásban dolgozók keresete, viszonyt 2021-től a kormány új támogatási politikát vezetett be az alapellátásban.

Ennek lényege, hogy praxisközösségbe lépésre ösztönözze, így egy csoportba szerveződve közösen tudnak esetleg drágább műszereket, berendezéseket beszerezni, de a támogatásokat is nekik írják ki a jövőben, illetve ezzel a megoldással kiterjesztett kompetenciájú ellátást biztosíthatnak a praxisba tartozó betegeknek például egy-egy szakorvos, gyógytornász foglalkoztatásával is. A járóbetegek egy része átkerülhet így majd ezekbe a praxisközösségekbe. A csoportba lépés nem kötelező, de a béremelés a belépéshez kötött. Az a háziiorvos, aki szorosan együttműködik a közösséggel, a teljes orvosi béremelést megkapja, aki lazább köteleket vállal, az a 80%-át, aki nem vesz részt benne, az csupán a 30%-ra jogosult. Annak a béremelésnek a 30%-ára, ami az osztályos orvosoknak automatikusan, minden feltétel nélkül jár.⁶¹

A gyakran túlterhelt, helyettesítésekkel megoldott alapellátást súlyosan érintette a járványhelyzet, hiszen nemcsak plusz feladatokkal, adminisztrációval kellett megbirkózniuk a dolgozóknak, hanem a járvány első hulláma idején – veszélyeztetettségük okán-, a 65 év feletti orvosok jelentős része már nem vette fel a munkát. A veszélyhelyzet elmúltával ezen orvosok nagy része már vissza sem kíván térni korábbi munkájához, ami tovább súlyosbítja az egyébként is jelentős orvoshiányt.

Számos praxisban a megnövekvő adminisztrációs teherrel, a rendelési idő meghosszabbításával – esetenként hétvégi munkavégzéssel- tudták csak teljesíteni a SARS-COV-19 védőoltások beadását, illetve az oltási időpontok megszervezését. A megkérdezett háziiorvosok úgy nyilatkoztak, ezt akképp oldották meg, hogy rendelési idő előtt vagy után az asszisztenciával közösen az oltást igénybe vevő betegeket felhívták telefonon, egyeztetve

⁶⁰ Ld. a <https://alapellatas.okfo.gov.hu/hazi-es-fogorvosi-letelepedesi-valamint-a-haziiorvosi-praxisjog-vasarlasipalyazat-2020/> honlapot. Lletöltés dátuma: 2022.05.06)

⁶¹ Egy betegre maximum 12 perc. Ld. a <https://forbes.hu/uzlet/egeszsegugy-betegseg-korona-haziiorvos/> honlapot. (Letöltés dátuma: 2022.03.19)

velük a másnapi oltás lehetőségét, időpontját.⁶² Ezen feladatok esetenként 3-4 órával is bővítették a napi teendőket.

A rendelés ideje és módja is jelentős változásokon ment keresztül. A korábbi személyes, bizalmas légkört javarészt a telefonos tanácsadást váltotta fel, a kontakt csökkentése érdekében.

Tizenöt⁶³ orvos arról számolt be, hogy esetenként 30-40 visszahívást kellett intéznie a betegek felé, miközben a „rendes” rendelés zajlott. Ugyanakkor a telefonos diagnosztizálást nehezzé tette, hogy a szakember nem tudta használni legfontosabb diagnosztikai eszközeit (kezét, szemét, fülét, szaglását), illetve természetesen műszereit sem.

A házi orvos hatáskörébe tartozó szűrővizsgálatok szinte teljes egészében megszűntek ebben az időszakban, ami a járványveszély elcsendesedésével, napjainkban csapódik csak le mind a betegeken, mind az orvosaikon. Sok, krónikus betegséggel küzdő páciens kezeletlenül maradt, vagy azért, mert „elveszett” az állandó orvosi kontroll, vagy azért, mert idejében nem sikerült felfedezni, kezelni a problémát.

Mindemellett említést kell tennünk arról is, hogy az első és második járványhullám idején az alapellátásban dolgozók nem kaptak elégséges védőfelszerelést, vagy csak késve, így nagyon gyakran saját költségén szerezték be a rendeléshez nélkülözhetetlen maszkot, fertőtlenítőszt, védőruházatot.

Ugyanakkor a törvényalkotó a járványhelyzetben igyekezett a házi orvosok leterheltségén könnyíteni azáltal, hogy az ügyeleti ellátás biztosítása érdekében – sajnos az egyébként is komolyan leterhelt- mentőszolgálatot is igénybe vehette: Egészségügyi válsághelyzetben vagy járványügyi készültség esetén a települési önkormányzat **az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény szerinti**, az alapellátáshoz kapcsolódó házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ügyeleti ellátásról **az állami mentőszolgálat útján** is gondoskodhat.

A települési önkormányzat az ügyeleti ellátásra megállapodást köt az állami mentőszolgálattal, ha az erre irányuló kezdeményezését az állami mentőszolgálat elfogadja.⁶⁴ Az Országos Mentőszolgálat keretei között történő ügyeleti ellátás első megszervezésére Hajdú-Bihar megyében került sor 2021. július 1-én. Az összesen 22 telephely mindegyikén speciális járművel és felszereléssel, magasan képzett szakemberekkel működik az ügyelet szolgálat, amely átvette a sürgősségi ügyeleti ellátást és ezzel tovább gyorsította és javította a betegellátást. Az EFOP-1.8.23-21.-2021-00001 azonosítószámú, „**Az alapellátáshoz kapcsolódó egységes ügyeleti rendszer bevezetése Hajdú-Bihar megyében (pilot)**” című,

⁶² Számos vakcina 5 adagos kiszerezésben van forgalomban, ami azt jelenti, hogy legalább 5 betegnek kell(ene) felvennie az adott napon ugyanazt az oltóanyagot, különben a maradék „kárba vész”. Ha időközben egy-egy beteg nem jelent meg, vagy egészségi állapota nem tette lehetővé az oltás felvételét, a házi orvosnak kellett gondoskodni jelentkezőről.

– Szerző. https://ogvei.gov.hu/tajekoztatas_a_pfizer_vakcinaval_oltó_intezmenyek_reszere/ (letöltés dátuma: 2022.05.24)

⁶³ Nem reprezentatív felmérés, az általam megkérdezett 21 házi orvos közül 15-en.

⁶⁴ 1997. évi CLIV. tv. 232/D. § (4) és (5)

európai uniós projekt az ügyeleti rendszer működéséhez, a szükséges eszközök beszerzéséhez biztosít többletforrást. A mentőszolgálat sürgősségi ügyeleti rendszerének a korszerű, egységes eszközpark mellett további, nagyon fontos előnye a protokollok mentén történő egységes ellátás és a szakorvosi telekonzultáció folyamatos lehetősége is.⁶⁵ A program tesztelése napjainkban is zajlik. A rendszer jónak mondható, egyértelműen terhet vesz le a házi orvosokról és nagy előnye az egységes irányítás és ellátás a protokoll rendszernek köszönhetően. Ugyanakkor megfontolást igényel, hogy az egyébként is túlterhelt állami mentőszolgálatra célszerű - e ilyen plusz terhet rátenni. Véleményem szerint a rendszer javítható plusz gépkocsi park létrehozásával és a szakember létszám emelésével.

5. Megoldási lehetőségek

A probléma tehát ismert: az előregedő házi orvos társadalom miatt néhány éven belül az alapellátás a jelenlegi keretek között fenntarthatatlan lesz bizonyos körzetekben. A kormány által meghozott intézkedések a jövőbeni válság elkerülése érdekében jók, de önmagukban nem elégségesek. A helyi önkormányzatok – leginkább a tartósan betöltetlen praxisok esetében- komoly küzdelmet folytatnak a meglévő orvosaik megtartása vagy új orvosok „megszerzése” érdekében, de lehetőségeik és forrásaik végesek.

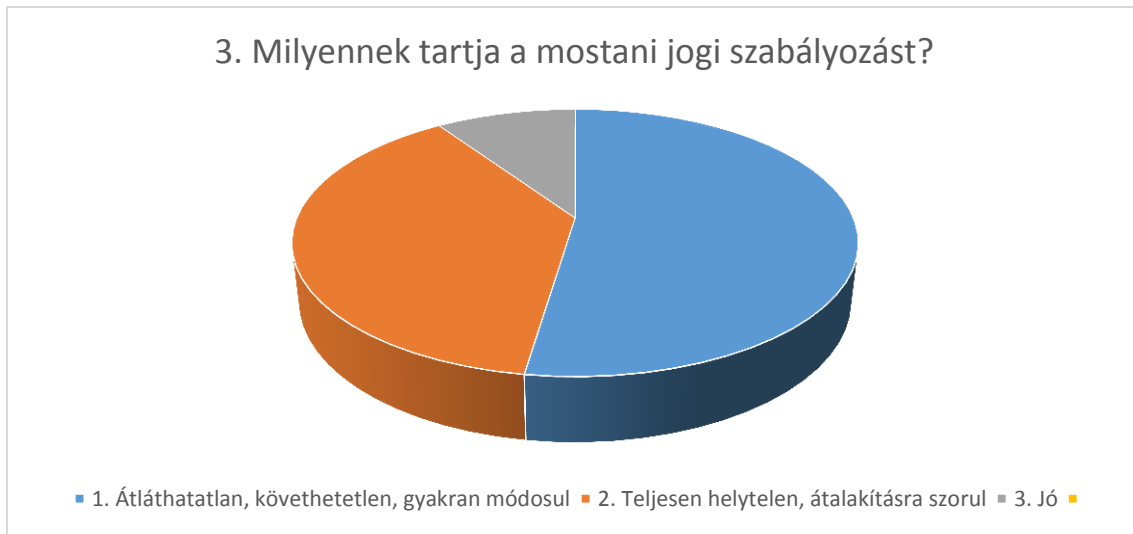
Arra a kérdésre, hogy megfelelően működik-e az alapellátás 62%-uk (21-ből 13 házi orvos) egyértelműen nemmel válaszolt. Indoklasként a leterheltséget, az betegek fordított időkorlátot jelölték meg, ami a helyettesítését is ellátó házi orvosok tekintetében még egyértelműbben jelentkezett. Többségében azok az orvosok válaszoltak nemmel, akik olyan körzetben praktizálnak, ahol a házi orvosi praxis betöltése a korábbiakban gondot okozott.



A megkérdezettek jelentős többsége nem látja biztosítottnak a későbbiekben az utánpótlását, ugyancsak megjegyzendő, hogy a szerényebb vidékeken dolgozó házi orvosok válaszoltak leginkább nemmel.

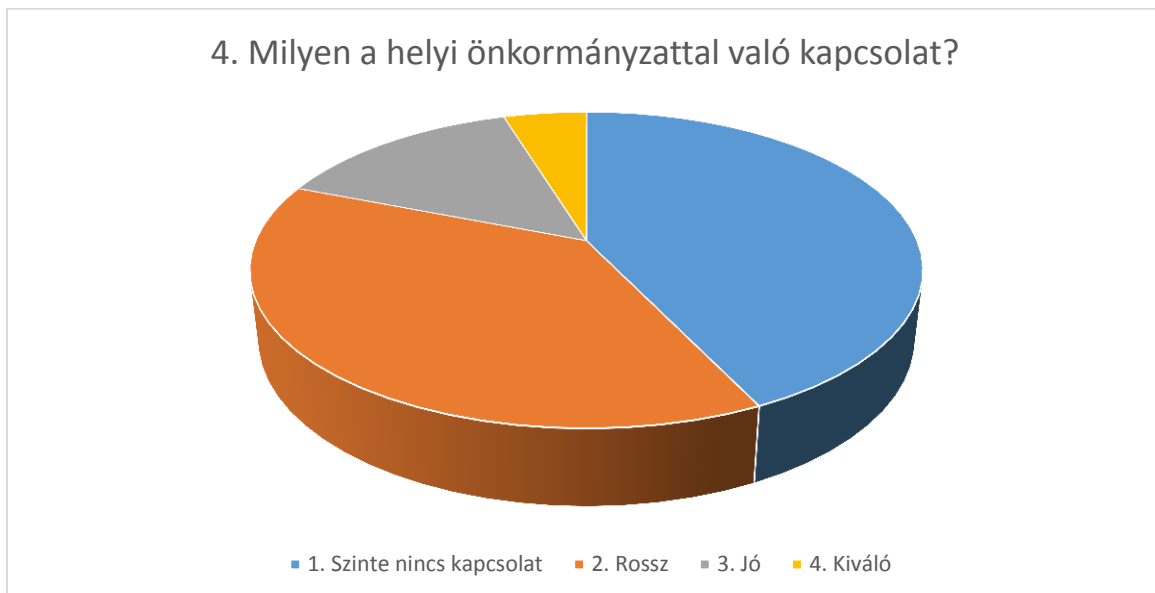
⁶⁵ Ld. a <https://civishir.hu/helyben-jaro/2022/06/hajdu-bihar-megyeben-mukodik-az-orzagos-mentoszolgalat-egyseges-surgossegi-ugyeleti-rendszere> honlapot. (Letöltés ideje: 2022. 08. 27.)

Ugyanakkor ebből az ábrából kitűnik a **jogi szabályozás fontossága is, amit az alábbi diagramm szemléltet:**



A házi orvosok nagy többségének gondot jelent a jogi szabályozás folyamatos nyomon követése és változása, válaszaik alapján ebben segítséget nem kapnak, kérdéseikkel magukra maradnak, vagy „csinálják, ahogy tudják”. Véleményem szerint itt mindenképpen szükséges lenne egy átlátható, stabil jogszabályi háttér, kiegészítve a leendő házi orvosok számára átlátható életpálya modellel, ami vonzóbbá tehetné ezt a hivatást.

A házi orvosoknak az helyi önkormányzattal való kapcsolatát az alábbi ábra mutatja:



A válaszadók, függetlenül attól, hogy hol praktizálnak, akkor tartották jónak, illetve kiválónak a helyi önkormányzattal való kapcsolatot, ha az önkormányzat különféle eszközökkel támogatta őket, a viszony köztük élő és közvetlen volt, illetve a házi orvosokat is érintő kérdések eldöntésébe őket is bevonták. Úgy vélem, bár a felmérés nem reprezentatív, ezen a területen a helyi önkormányzatok is sokat tehetnek azért, hogy a házi orvosi praxisuk betöltött legyen.

A fent ismertetett adatokból megállapítható, hogy azon körzetekben, ahol tartósan betöltetlen praxis van, a betegeknek az egyenlő egészségügyi ellátáshoz való joga sérül. Bár az orvosi ellátás folyamatos (de nem napi szintű), ez időben nagyon lerövidül a helyettesítések miatt. Mivel az Möt. szerint az alapellátás megszervezése a helyi önkormányzat kötelező feladata, így ebben az esetben nem mondható jogszerűnek az önkormányzat működése.

De mit tehet a beteg, aki a legjobban érintett ebben a helyzetben? A helyi önkormányzatok törvényességi felügyeletét a megyei kormányhivatalok végzik, ez esetben hozzájuk, végső soron a bírósághoz lehet fordulni, aki a jogsértő működést megállapítja. Sajnálatos módon ezzel a probléma még nem oldódik meg, hiszen nem lesz hirtelen házi orvosa a körzetnek.

Megfontolandó az **alapellátás központosítása**, állami irányítás alá vétele akkor, ha helyi szinten a probléma már nem kezelhető. Ez azonban várhatóan a házi orvosok jelentős részének ellenérzését váltaná ki, az megkérdezettek 86%-a hagyná el a pályát emiatt, mert nem hisz abban, hogy központilag eredményesebben lehet kezelni a helyzetet. Az értekezés véglegesítésének idején éppen nyilvánosságra hozatalra vár a Belügyminisztérium által kidolgozott egészségügyi reformcsomag. Ennek kapcsán a szakpolitikai párbeszéd tárgyát képezi a házi orvosi ellátás államosításának kérdése. „A belügyminiszter még 2020. júniusában – sajtóértesülések szerint – azzal indokolta a házi orvosi praxisok államosításának szükségességét, hogy a Covid-19 járvány alatt nem voltak vezényelhetők az alapellátó orvosok. Az ötlet megvalósulása esetén kárpotolni kellene a házi orvosokat vagyoni értékű praxisjoguk elvesztéséért, noha a rendszerváltás előtti körzeti orvosi rendszerben szocializálódott, idős házi orvosi réteget részben pont annak ígérete tartotta a pályán, hogy azt a praxisjogot, amelyet a rendszerváltást követő alapellátási reform keretében megkaptak az államtól, tevékenységük befejezésekor jelentős összegért értékesíthetik. Ők az államosítást követően egész biztosan elhagynák körzetüket. Kérdés továbbá a fiatalabb házi orvosok praxisjogba, rendelőbe és eszközökbe fektetett anyagi erőforrásainak kompenzálása is. Ráadásul, esetükben pont a hierarchiától való függetlenség az egyik fő vonzeró a házi orvosi hivatásban, és igényük inkább a minőségi és hatékony munkát támogató környezetre és a megfelelő finanszírozásra volna.

Az államosítás felvetésének hírére, illetve arra való tekintettel, hogy a NEAK és az NNK részvételével 2020. nyarán házi orvosi rendelő- és eszközfelmérés vette kezdetét, a **Házi orvosok Online Szervezete** felmérést készített tagjai körében, melyben többek között afelől érdeklődtek, hogy a megkérdezettek szerint a házi orvosok a jövőben milyen jogviszonyban dolgozzanak. Az 536 válaszadó 93,1%-a Saját tulajdonban lévő gazdasági társaság alkalmazottjaként dolgozott. Nagyfokú egyetértés jellemezte a válaszadói kört abban a kérdésben, hogy mely jogviszony az optimális a házi orvosok számára: 88%-uk szerint a

vállalkozói (saját gazdasági társaság alkalmazottjaként), míg a maradék 12% nagyjából fele-fele arányban az önkormányzati/állami közalkalmazottként való munkavégzést, vagy valamilyen egyéb jogviszonyt preferált. Amennyiben a jövőben kötelező lenne közalkalmazotti jogviszonyban dolgozni, 25,8%-uk biztosan nem, 31,6%-uk valószínűleg nem folytatná háziiorvosi tevékenységét, 23% lehet, hogy folytatná, és alig egyötödük reagált úgy, hogy biztosan, vagy valószínűleg folytatná. Megosztottak voltak a kitöltők abban a kérdésben, hogy jó helyen van-e, maradjon-e az alapellátás kötelező önkormányzati feladatnak: mindössze 10,3% hagyná meg az alapellátást az önkormányzatoknál a jelenlegi struktúrában, míg a legnagyobb, 44,4%-os csoport szintén az önkormányzatoknál látja a legjobb helyen az alapellátást, de fajsúlyosabb önkormányzati szerepvállalással az ellátás megfelelő körülményeinek megteremtésében. 29,5% úgy gondolja, önálló alapellátási módszertani 60 intézet és járási alapellátási központok kezelésébe kellene kerüljön az ellátás, míg 15,9 százalék nem értett egyet egyik fenti opcióval sem.”⁶⁶

Véleményem szerint sem célszerű állami irányítás alá vonni a háziiorvosi szolgálat megszervezését, de mindenképpen szükség van központi szabályozásra, pályázatokra, kedvezményekre és az önkormányzat kisegítésére akkor, ha egy-egy praxis huzamosabb időn át betöltetlen marad. Központi, egységes irányítás alatt könnyebben biztosítható lenne az egységes eszközpark, az ellátáshoz szükséges technikai és adminisztratív feltétel rendszer.

Összefoglalva megállapítható, hogy a fokozódó terhelés, a többletfeladatok (kieső kollegák, megbetegedések, adminisztrációs teher, megnövekedett beteglétszám) és az előregedő, nyugdíjba menő háziiorvosok okán még jobban megcsappant az egyébként is súlyos szakemberhiánnyal küzdő alapellátás hosszútávú biztonsága. A felmérések és nyilatkozatok alapján a háziiorvosi hivatás vonzóbbá tétele érdekében szükséges lenne mindenképp az orvosok és települési önkormányzatok kapcsolatát szorosabbá tenni, további kedvezményekkel „csábítani” az orvosokat. Emellett szükséges a nem megfelelő körzetek átalakítása is. Megoldásként működhet az is, ha az önkormányzatokkal együttműködve nem az orvos utazik 6-7 kistélepülésre, hanem szervezeten történik a betegek utaztatása egy központi rendelőbe. A fent említettek tükrében előnyösnek tűnik központi irányítás alá vonni az alapellátási rendszert, mely biztosítja a szolgáltatás működéséhez szükséges feltételeket is. A beteglétszám könnyebb kezelése érdekében és a személyes jelenléti kötelezettség helyett célszerű lenne a telemedicinális rendszert fenntartani, az ehhez szükséges képzést és eszközparkot a háziiorvosok számára biztosítani.

A megemlítettek mellett elengedhetetlennek tartom ugyanakkor a társadalom edukálását is arra vonatkozóan, mikor, milyen panaszokkal és mely ellátási szinten érdemes felkeresni az háziiorvost.

Ha elfogadjuk és látjuk a háziiorvosnak az orvoslásban betöltött „kapuőri” szerepét és fontosságát, mielőbbi, hosszú távú megoldásokon kell dolgozni, hogy ez a rendszer fennmaradjon, a betegeknek lehetősége legyen saját háziiorvossal bírni.

⁶⁶ i.m. Bálint Csaba 59.old.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Fazekas Marianna - Koncz József: Egészségügyi jog és igazgatás. Közigazgatási jog. Szerk: Lapsánszky András. Wolters Kluwer Hungary. 2020.
2. Betegjogok: mihez van jogom betegként? www.drmarkolevai.hu (letöltés dátuma: 2022.03.19.)
3. Háziorvosi ellátás www.neak.gov.hu (letöltés dátuma: 2022.03.20.)
4. Száznál is több háziorvosi praxis üresedett meg a járvány első évében www.mfor.hu (letöltés dátuma: 2022.03.20.)
5. Betöltetlen háziorvosi praxisok <https://24.hu/belfold/2021/10/12/betoltetlen-haziorvosi-praxisok-2020/> (letöltés dátuma: 2022.03.20.)
6. A. P. Csehov: Anton Pavlovics Csehov művei I-IV. Európa Könyvkiadó, Budapest, 1959. 892-894.old.
7. Száznál is több háziorvos praxis üresedett meg az első járványhullám végére www.mfor.hu (letöltés dátuma: 2022.03.21.)
8. Dr. Kóródi-Juhász Zsolt: Változások az egészségügyi alapellátásban XVII. évfolyam. 5. lapszám www.jegyzo.hu (letöltés dátuma: 2022.03.21.)
9. Ki a legjobb gazdája a háziorvosi praxisoknak? Háziorvosok Online Szervezete. <https://haosz.hu/hirek/2020-07-21/ki-legjobb-gazdaja-haziorvosi-praxisoknak> - (letöltés dátuma: 2022.06.25.)
10. Alapellátás: Pintér Sándor államosításban gondolkodik. http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/alapellatas__pinter_sandor_allamositasban_gondolkodik -(letöltés dátuma: 2022.06.25.)
11. Sándor Judit: Változást akarnak a háziorvosok, de hiányzik az egység. <https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/valtozast-akarnak-a-haziorvosok-de-hianyzik-az-egyseg-248377> – (letöltés dátuma: 2022.06.25.)
12. Háziorvosok Online Szervezete: A háziorvosi rendszer megújítása 2017-2021. <https://www.haosz.hu/problemak/2017-03-20/haziorvosi-rendszer-megujitasa-2017-2021> - (letöltés dátuma: 2022.06.25)
13. Mohos András, Torzsa Péter: Milyen tényezők befolyásolják az orvostanhallgatók pályaválasztását?

A családorvosi hivatás jövőképe.

http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/a_csaladorvosi_hivatas_jovokepe -
(Letöltés dátuma: 2022.06.25.)

14. Bodnár Gergely: Egészség, betegség, egészségügyi ellátás.

<https://slideplayer.hu/slide/2129930/> - (letöltés dátuma: 2022.07.04.)

15. World Health Organization: Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Technical Series on Primary Health Care.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326458/WHO-HISSDS-2018.49-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (letöltés dátuma: 2022.08.01)

16. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC61/R3. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012–2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/150614/RC61_Res_03.pdf?ua= -
(letöltés dátuma: 2022.08.01.)

17. Vitrai József – Herman Dóra – Kabos Sándor – Kaposvári Csilla – Lőw András – Páthy Ádám - Várhalmi Zoltán: Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez. EgészségMonitor, Budapest. URL:

http://www.sze.hu/~pathya/2009_tavasz/szakdolgozat/Egeszsegegyenlotlensegek%20Magyarorszag.pdf – (letöltés dátuma: 2022.08.01.)

18. Simek Ágnes: A faluegészségügy helyzete és lehetőségei Magyarországon. Doktori értekezés, Semmelweis Orvostudományi Egyetem Patológiai Tudományok

(Multidiszciplináris Tudományok) Doktori Iskola,
http://semmelweis.hu/wpcontent/phd/phd_live/vedes/export/simekagnes.d.pdf - (letöltés dátuma: 2022.08.01.)

19. Rósa Ágnes: Praxisközösség, csoportpraxis vagy valami más. Hírvivő, XXIV. évf. 2019/2. pp. 34-36. <http://www.hgye.hu/dok/hirvivo/ujzag/00071.pdf> (letöltés dátuma: 2020.08.25.)

20. Orosz Éva – Kollányi Zsófia: Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. Társadalmi Riport. Tárki Zrt. pp. 334-357.

<http://old.tarki.hu/hu/publications/SR/2016/16orosz.pdf> - (letöltés dátuma: 2022.08.01.)

21. Garai Lilla : A vállalkozó házi orvosok finanszírozásának alakulása a rendszerváltás óta. Medicus Universalis, XLIII./2010, 1-4. URL: <https://docplayer.hu/21557082-Avallalkozohaziorvosok-finanszirozasanak-alakulasa-a-rendszervaltas-ota.html> –

(letöltés dátuma: 2022.08.01)

JOGSZABÁLY JEGYZÉK

- Magyarország Alaptörvénye
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
- 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól
- 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- 157/2020. (IV. 29.) Korm. rendelet a veszélyhelyzet során elrendelt egyes egészségügyi intézkedésekről
- 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról
- 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
- 11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok értékelésének egyes szabályairól
- 1711/2014. (XII. 5.) Korm. határozat az egészségügyi alapellátási rendszer felülvizsgálatáról és az azzal összefüggő feladatokról
- 1669/2018. (XII.10.) Korm. határozat a Magyar Falu Program kihirdetéséről
- 1039/2015.(II.10.) Korm. határozat az „Egészséges Magyarország 2014-2020” egészségügyi ágazati stratégia elfogadásáról