

LAKÓHELY KÖZELI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS – ÚT AZ ELÉRHETŐBB GYÓGYÍTÁSHOZ

HEALTHCARE CLOSE TO HOME – A PATH TO MORE ACCESSIBLE TREATMENT

Kurucz Zoltán István¹, Boruzs Klára², Bíró Klára²

¹ Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, végzett Egészségügyi Menedzser MSc hallgató

² Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Egészségügyi Gazdasági és Menedzsment Intézet

Kulcsszavak:

humánerőforrás-hiány,
finanszírozás,
alapellátás,
képzés/utánpótlás,
otthoni szakápolás

Keywords:

human resource shortage,
financing,
primary care,
training/replacement,
home care

Összefoglalás

A kutatás részletesen bemutatja az alapellátás aktuális kihívásait Magyarországon, különös tekintettel a humánerőforrás-hiányra, az alulfinanszírozottságra és az ezekből fakadó következményekre. Rávilágít arra, hogy az egészségügyi dolgozók anyagi megbecsülése és munkakörülményei közvetlenül befolyásolják az ellátás minőségét és a betegek bizalmát a rendszer iránt. A jelenlegi rendszer nem ösztönzi a fiatalokat arra, hogy az egészségügyi pályát válasszák, különösen a háziorvosi szakirányt, ami hosszú távon súlyos ellátási problémákhoz vezethet. Fontos kiemelni az oktatás és képzés szerepét: az egyetemi férőhelyek bővítésére, az utánpótlás biztosítására és az átképzési lehetőségek növelésére lenne szükség, hogy a jövőben is biztosított legyen a megfelelő szakemberállomány. Az otthoni szakápolás és a lakóhelyhez közeli ellátás finanszírozása kulcsfontosságú a költséghatékony és betegközpontú egészségügy megvalósításában. A strukturális reformok, a jogszabályi környezet rugalmasabbá tétele, valamint a célzott anyagi ráfordítások nélkül a jelenlegi helyzet tovább romolhat. Az egészségpolitika szerepe tehát meghatározó a fenntartható és emberközpontú ellátás kialakításában.

Abstract

The research details the current challenges of primary care in Hungary, with a particular focus on human resource shortages, underfunding and their consequences. It highlights that the financial remuneration and working conditions of health care workers directly affect the quality of care and patients' trust in the system. The current system does not encourage young people to choose a career in health care, especially in general practice, which can lead to serious long-term care problems. The role of education and training should be highlighted: there is a need to increase university places, to ensure supply and to increase retraining opportunities to ensure that there is a sufficient supply of professionals in the future. Funding for home-based specialist care and care close to home is key to achieving cost-effective and patient-centred healthcare. Without structural reforms, more flexibility in the legislative environment and targeted financial expenditure, the current situation could deteriorate further. Health policy therefore has a crucial role to play in achieving sustainable and people-centred care.

* Kapcsolattartó szerző.

E-mail cím: boruzs.klara@econ.unideb.hu

Bevezetés

A magyar egészségügy a rendszerváltás óta folyamatos reformokon megy keresztül, amelyeket gazdasági és politikai változások is befolyásolnak. Az alapellátás – amely a lakosság elsődleges egészségügyi kapcsolódási pontja – különösen nehéz helyzetben van. A rendszerváltás utáni időszakban ugyan történtek előrelépések, mára azonban a rendszer túlterhelt és alulfinanszírozott.

Az alapellátás feladata lenne kapuőri szerepével enyhíteni a szakellátás terheit, például a hosszú várólistákat és kórházi túlszűfolttságot, de a humánerőforrás-hiány és a nem megfelelő finanszírozás ezt nagymértékben akadályozza. Az otthoni szakápolás szerepe kiemelkedő, hiszen a háziorvosokkal együttműködve csökkentheti a kórházi ellátás szükségességét.

A megoldáshoz szükséges az alapellátás átgondolt fejlesztése, például a praxisközösségek kiemelt támogatása, valamint a szabályozási és finanszírozási környezet módosítása. A tanulmány ezt a komplex helyzetet vizsgálja, történeti áttekintéssel és a mai kihívások elemzésével, különös figyelmet fordítva a háziorvosi rendszerre és az otthoni ellátásra.

1. Szakirodalmi áttekintés

A szakirodalom áttekintése során vegyes véleményekkel találkozunk az alapellátás és a hazai egészségügy helyzetéről, ami jól tükrözi a téma összetettségét. A jelenlegi állapotok megértéséhez célszerű visszatekinteni egészen a második világháborúig. A védőnői hálózat történeti fejlődése részletesen nyomon követhető a Magyar Védőnők Egyesületének honlapján (*mave.hu*, 2025). A Szemaskó-féle rendszer elemzésére Dr. Boncz Imre és munkatársainak tanulmánya nyújt betekintést, amely a szocialista korszak egészségügyét más rendszerekhez viszonyítva értékeli (*Boncz et al.*, 2011).

Kiss Ivett Bernadett dolgozata a fogászat fejlődésének történetét tárgyalja a korai időszakoktól a 20. századig (*Kiss*, 2023), míg Dr. Rurik Imre cikke a rendszerváltás utáni változásokat és azok hatásait elemzi adatokkal alátámasztva (*Rurik*, 2019). Banai Jolán írása az otthoni szakápolás kialakulását, fejlődését és jogszabályi környezetét mutatja be (*Banai*, 2009).

A praxisok és praxisközösségek jelenlegi helyzetéről, valamint az elmúlt évek változásairól Dr. Kincses Gyula elemzése nyújt átfogó képet (*Kincses*, 2024). A társadalom előregedésének egészségügyi és gazdasági következményeit Gulácsi László vizsgálta (*Gulácsi*, 2019), míg az ápolók helyzetét, életkori megoszlását és az ehhez kapcsolódó kihívásokat Dr. Oláh András és munkatársai (*Oláh et al.*, 2019), valamint Palócz Éva és Krokovay Nóra statisztikai adatok alapján értékelték (*Palócz–Krokovay*, 2020).

Az ápolók képzésének problémáira és a nemzetközi helyzetre Betlehem József és szerzőtársai hívták fel a figyelmet (*Betlehem et al.*, 2017). A munkaerő-elvándorlás hátterét és irányait Kovács Előd és Sipos Norbert, illetve Golgovics Ágnes dolgozatai mutatják be (*Kovács–Sipos*, 2020; *Golgovics*, 2021).

Az egészségpolitikai és finanszírozási kérdésekben Vitrai József cikke kínál friss adatokkal alátámasztott értékelést (*Vitrai*, 2025), míg a gazdasági és egészségi állapot összefüggéseit Dr. Kollányi Zsófia és munkatársai tárgyalják (*Kollányi et al.*, 2011).

A praxisfinanszírozásról és háziorvosi indikátorrendszerről Dr. Körösi László előadása ad részletes képet (*Körösi*, 2013). A szakemberképzés és a menedzsment fókuszú oktatás jelentőségével foglalkozik Dr. Lácza Magdolna (2016), a fiatalok pályaválasztási nehézségeit pedig Oltenau Líviusz Lucián és Walsh–Osipow korábbi munkái világítják meg (*Oltenau*, 2023; *Walsh–Osipow*, 1988).

A humán tőke, a motiváció, és a tudásalapú szervezetfejlesztés kérdéseivel több klasszikus és újabb szemléletű szerző is foglalkozik: Bukowicz (1997), Buda (2002), Atkinson (1957) és Klein et al. (2009). Az orvosi életpályamodellekről és szakorvosi továbbképzésről az OKFŐ és a MOK nyújt részletes információt (*OKFŐ*, 2025; *MOK*, 2023). Az egészségügyi informatikai rendszer fejlesztését az Emberi Erőforrások Minisztériuma dokumentálta (2021), míg a praxisközösségek működéséről szintén az OKFŐ weboldalán található információk (*OKFŐ*, 2023).

2. Anyag és módszertan

A kézirat elsősorban éves bontású, egészségügyi adatbázisokból származó statisztikai elemzésekre épül. A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) kimutatásai 2022-ig érhetők el, így az ezekre alapozott értékelések az elmúlt évekre nem terjeszthetők ki.

Kiegészítő adatok a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) nyilvános adatbázisából származnak, amely elsősorban a finanszírozási mutatókat tartalmazza. A háziorvosok pontos létszámát azonban nem minden esetben lehet egyértelműen meghatározni, mivel a NEAK főként a praxisok számát tartja nyilván, míg a KSH a ténylegesen dolgozó orvosokat számolja.

További információkat az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) adatbázisából merítettünk, különösen az orvismigráció témakörében. A felsőoktatás, azon belül is az orvosképzés adatai a felvi.hu adatbázisából nyertük, ahol a jelentkező és felvételt nyert hallgatók számszerű adatait lehet megtalálni.

A jogszabályi háttér szintén fontos szerepet kapott az elemzésünk során. A 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról biztosítja a bértáblára vonatkozó aktuális előírásokat. Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozását a 43/1999. (III. 3.) kormányrendelet szabályozza, amely részletesen ismerteti a különböző szolgáltatások jogi és pénzügyi kereteit. Az otthoni szakápolás működési feltételeit a 20/1996. (VII. 6.) NM rendelet rögzíti, amely e szakterület szabályozásának alapjául szolgált.

3. Eredmények

3.1. A második világháború utáni időszak (1945–1950-es évek)

A második világháború után Magyarországon az egészségügyi rendszer súlyosan megrendült: az orvoshiány, az infrastruktúra pusztulása és a gyógyszerellátás akadozása jelentősen nehezítette a betegek ellátását. A szovjet modell átvétele keretet és szervezetet adott az egészségügy újjászervezéséhez. Az államosítás következtében megszűntek a magánpraxisok, és az egészségügyi dolgozók állami alkalmazottakká váltak. Ezzel párhuzamosan az orvosi ellátás térítésmentessé vált, bevezették a körzeti orvosi rendszert.

A már 1915-ben létrejött védőnői hálózat ebben az időszakban megerősödött. Dr. Johann Béla nevéhez fűződik a zöldkeresztes védőnők kettős képzése, amely során ápolói és védőnői képesítést is szereztek. A háború előtti években a védőnők fő feladatai közé tartozott a csecsemő- és anyavédelem, az iskolaegészségügy, a nemi betegségek és a tuberkulózis elleni védekezés, valamint a szociálisan rászorulóknak otthoni gondozása. 1951-től a védőnők szorosabban kapcsolódtak a körzeti orvosok munkájához: minden orvos mellé védőnőt rendeltek. Később, a hatvanas évektől az iskolaegészségügyi feladatokat is ellátták – ideértve a védőoltások és orvosi szűrések szervezését, valamint az egészségnevelő előadások megtartását (mave.hu, 2025).

Az 1950-es évektől bevezetett körzeti fogászati rendszer a fogorvosi ellátást is integrálta az állami struktúrába. A körzeti fogorvosokat az állam alkalmazta, és területi beosztás szerint látták el feladataikat, amelyek a megelőző kezelésektől a tömésen és foghúzáson át az alapvető fogpótlásig terjedtek. Ezek a szolgáltatások ingyenesen vagy minimális térítési díj ellenében voltak elérhetők a társadalombiztosítás keretében. A fogászati rendelők gyakran a körzeti orvosi rendelők részeként működtek (Kiss I. B., 2013).

A szocialista korszakban a fogászati ellátás is teljes mértékben központosított volt. A hálózat célja az országos lefedettség biztosítása volt. Az iskolafogászat fontos szerepet töltött be a gyermekek egészségtudatosságának fejlesztésében és a korai problémák felismerésében. Ugyanakkor a krónikus forráshiány, a technológiai lemaradás és a hosszú várólisták akadályozták a hatékony ellátást, amely így jelentősen elmaradt a nyugat-európai színvonaltól (Kiss I. B., 2013).

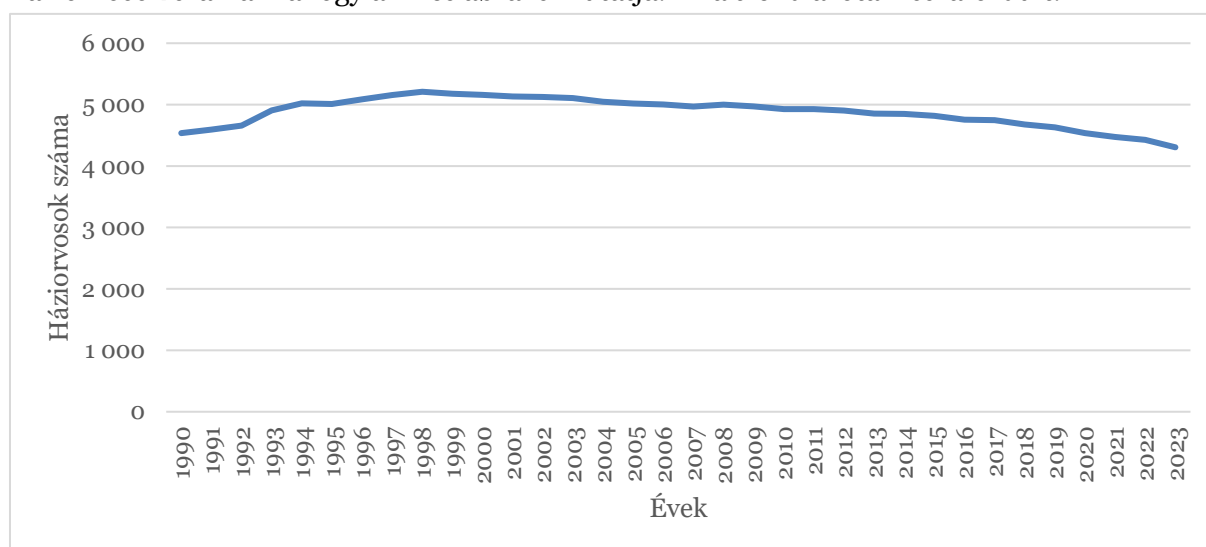
Ebben az időszakban az állam teljeskörűen átvette az egészségügyi szolgáltatások irányítását, miközben a megelőzés is kiemelt szerephez jutott – különösen a járványos betegségek, például a tuberkulózis visszaszorításában.

3.2. A szocialista korszak (1950-es évek – 1989)

A szocialista korszakban (1950–1989) a magyar egészségügy a szovjet típusú Szemaskó-modell alapján működött, teljes állami irányítás alatt. Az alapellátás ingyenessé vált, a körzeti orvosi rendszer stabilizálódott, a szakrendelők és ipari üzemorvosi rendelők kiépültek, és megerősödött az anya- és gyermekvédelem. Kialakították a központi gyógyszerellátás és -támogatás rendszerét is. Ugyanakkor a rendszer számos problémával küzdött: a túlterhelt orvosok, az elavult infrastruktúra, az alacsony bérek miatti hálapénz elterjedése és a technikai lemaradás egyre inkább akadályozták a hatékony működést. A hosszú, gyakran indokolatlan kórházi kezelések költségesnek bizonyultak, a rendszer pedig a rendszerváltás előtti időszakra gazdaságilag fenntarthatatlanná vált.

3.3. Rendszerváltás és a 1990-es évek átalakulásai (1990–2000)

A rendszerváltás után az egészségügy – különösen az alapellátás – jelentős átalakuláson ment keresztül. A központi irányítás visszaszorult, a piacgazdaság hatásai erősödtek. A háziiorvosi rendszert 1992-ben jogszabályban reformálták meg: bevezették a szabad orvosválasztást, és a háziorvosok vállalkozóként, önkormányzati tulajdonban lévő rendelőkben látták el feladataikat. Ez funkcionális privatizációnak számított, amely javította a háziorvosok életszínvonalát és vonzóbbá tette a pályát. A kórházi ágyak számának csökkenése révén sok orvos váltott alapellátásra, emellett magyar származású orvosok is érkeztek a határon túlról. Ebben az időszakban elindult a háziiorvosi képzés az egyetemeken is, és jelentősen nőtt a háziorvosok száma – ahogy az 1-es ábra is mutatja. Ez a trend azóta visszafordult.

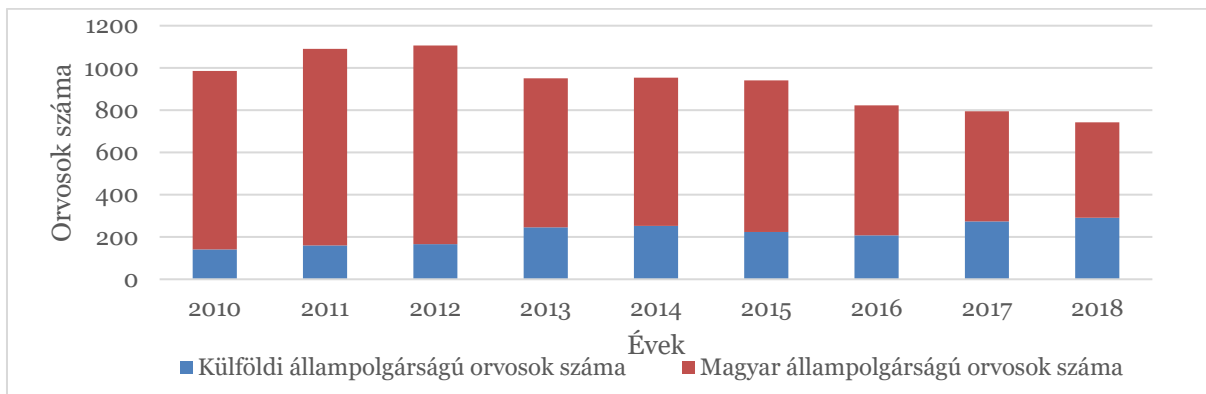


1. ábra: A háziorvosok száma Magyarországon 1990-2023 közötti időszakban
Forrás: Saját szerkesztés

Az 1990-es évek közepén elindult az otthoni szakápolás pilot programja is. A 1996-ban életbe lépő NM rendelet alapján kezdetben 10 szolgáltatóval indult, de 3 év alatt 340-re bővült. Ekkor még az alapellátás részeként működött, azonban 2017-től a szakellátás kategóriájába került, a feladatok változatlanul a háziorvos felügyeletével zajlanak (Banai, 2009).

3.4. 2000-es évek – egészségügyi reformkísérletek és kihívások

A 2000-es években az alapellátás továbbra is jelentős nehézségekkel küzdött, miközben számos reformkísérlet történt. Az egészségügyi rendszer fenntarthatósága egyre nagyobb kihívást jelentett. A 2004-es uniós csatlakozás után megkezdődött az orvosok és egészségügyi dolgozók kivándorlása a nyugati tagállamokba, ami hozzájárult a háziorvosok számának csökkenéséhez (2. ábra). 2010-től az orvosok külföldi munkavállalása tovább emelkedett, amit az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) által kiadott hatósági bizonyítványok növekvő száma is igazolt (2. ábra). A 2012–2013-as reformfolyamat, különösen az ágazati béremelések, mérsékelte ezt az elvándorlási hullámot.

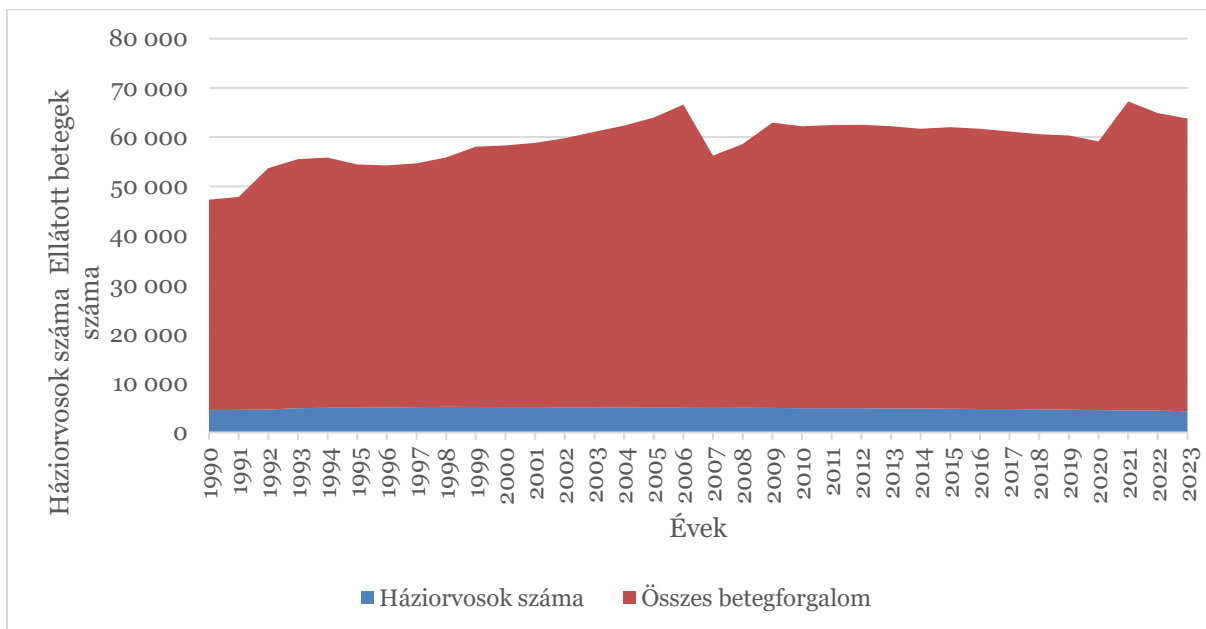


2. ábra: Azon orvosok száma éves bontásban, akinek az AEEK hatósági bizonyítványt adott ki, külföldi munkavállalás céljából.

Forrás: Saját szerkesztés

2009-től a háziorvosi praxisjog értékesíthetővé vált, lehetővé téve annak eladását vagy átruházását. 2012-ben bevezették az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Teret (EESZT), amely egyszerűsítette az adminisztratív feladatokat, például a betegút, a beutalók és a receptek nyomon követését. Bár a rendszer hatékonyabbá tette az ellátást, az idősebb orvosok számára technológiai kihívást jelentett.

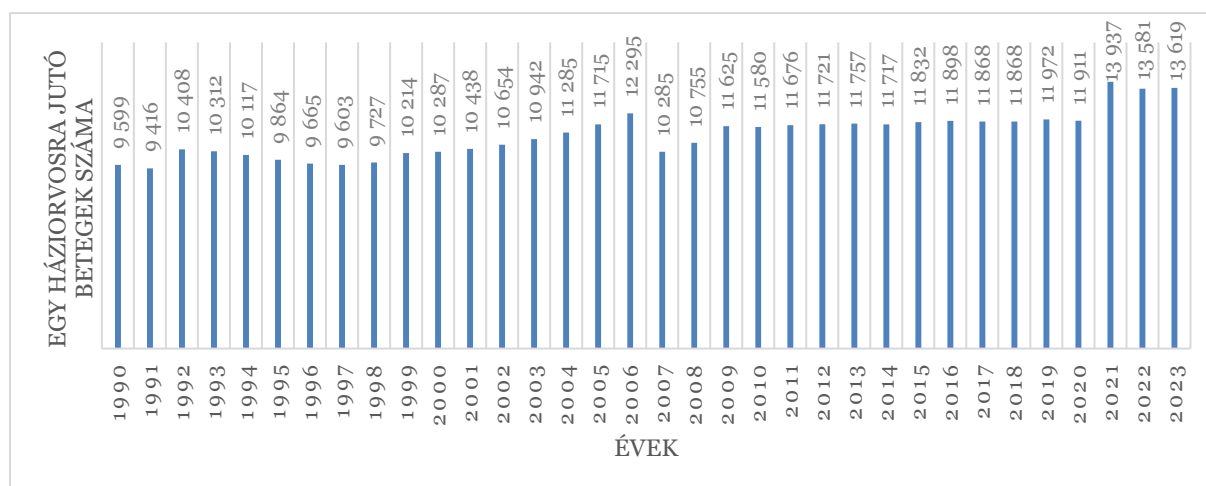
A fokozódó orvoshiányra válaszul 2013-tól elindult a praxisközösségi modell. A Svájci–Magyar Modellprogram keretében multidiszciplináris csapatok jöttek létre, amelyekben diplomás ápolók, dietetikusok, gyógytornászok és népegészségügyi szakemberek is szerepet kaptak. A „segéd-egészségőr” rendszer is bevezetésre került. Jelenleg a praxisok mintegy 60%-a szoros együttműködésen alapuló, további 30%-a kollegiális formában működő praxisközösséggént látja el feladatait. A rendszer koordinációját az OKFŐ végzi. Mindezzel párhuzamosan a háziorvosok száma csökkent, míg a betegforgalom folyamatosan növekedett (3. ábra).



2. ábra: A háziorvosok száma és az ellátott betegek száma időrendi felbontásban 1990 és 2023 közötti időszakban

Forrás: Saját szerkesztés

A grafikon jól szemlélteti, hogyan változott a betegforgalom a rendelkezésre álló háziorvosok számához viszonyítva. A szabad orvosválasztás erősítette a lakosság bizalmát, így nőtt a rendeléseket felkeresők száma. A 2007-es csökkenés a vizitdíj bevezetésének tudható be, amelynek eltörlése után ismét növekedésnek indult az orvos látogatottság. A COVID-19 járvány idején jelentős emelkedés volt tapasztalható, ami különösen megterhelte az alapellátást. Összességében a betegforgalom folyamatosan emelkedett, miközben a háziorvosok száma csökkent. Míg 1990-ben egy háziorvosra átlagosan 9599 beteg jutott évente, ez a szám 2023-ra 13 619 főre nőtt (4. ábra), ami egyértelműen jelzi a fokozódó leterheltséget.



3. ábra: Egy háziorvosra jutó betegek száma 1990 és 2023 közötti időszakban
 Forrás: Saját szerkesztés

2023-ban országosan 262 területi védőnői állás maradt betöltetlen, miközben a várandósokra jutó látogatások száma nőtt. A rendszerváltást követően fellendült a magánfogászat és a fogászati turizmus, főként a nyugati határvidéken, de 2025-re már 222 területi fogorvosi praxis betöltetlen volt (OKFŐ, 2025).

Az otthoni szakápolás – bár a szakellátáshoz sorolják – továbbra is az alapellátási feladatokhoz hasonló módon működik, háziorvosi felügyelet mellett. 2025-re a szolgáltatók száma 213-ra csökkent a 2000 évi 340-hez képest, ugyanakkor az ellátott betegek száma 52 590 főre emelkedett, a viziteké pedig elérte az 1,2 milliót (szemben a 2000 évi 828 085-tel).

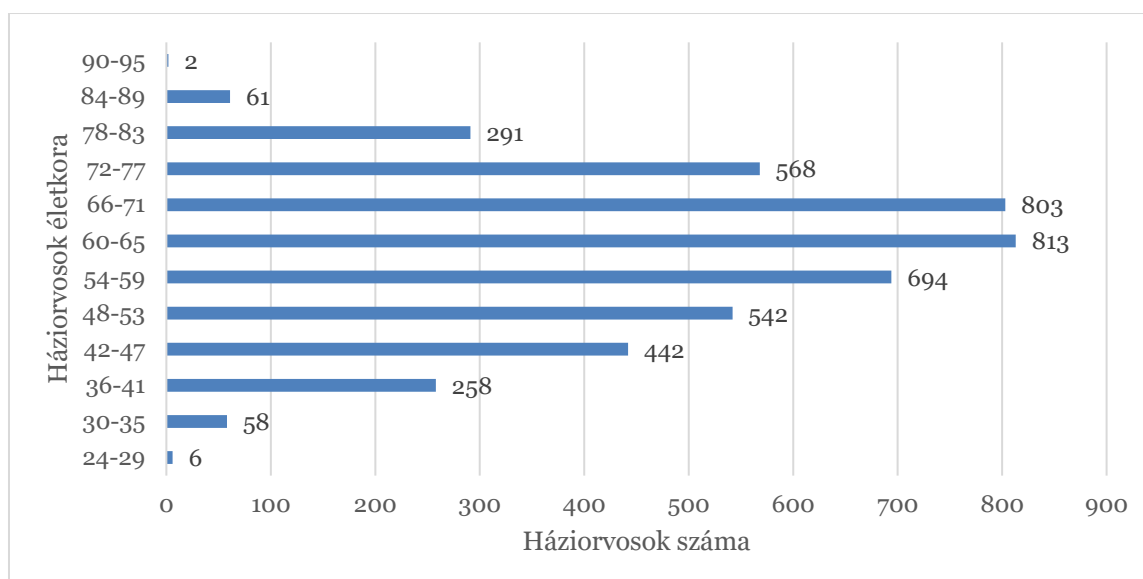
Összefoglalva elmondható, hogy a magyar alapellátás a háború utáni államosított modelltől napjainkig jelentős fejlődésen ment keresztül, ám továbbra is súlyos problémákkal küzd, különösen a humánerőforrás-hiány és a finanszírozási nehézségek terén.

4. Következtetések

A továbbiakban a háziorvosi szolgáltatásokra és az otthoni szakápolásra koncentrálunk, mivel e két területen tapasztalható a legnagyobb betegforgalom. Mindkét ellátási forma hasonló nehézségekkel küzd: ilyen a humánerőforrás hiánya, a jogi szabályozás rugalmatlansága, valamint a forráshiányos működés. Ha a jövőbe tekintünk, jól látszik, hogy társadalmunk elöregedőben van – ez a tendencia nemcsak a lakosságot érinti, hanem az egészségügyi dolgozók körét is.

4.1. Idősödő nemzedék

A háziorvosok és szakápolók életkori megoszlása szorosan tükrözi Magyarországot, illetve az Európai Unió népességének korfáját. Az idősebb korosztályban gyakoribb megbetegedések – különösen a krónikus kórképek – miatt ez a demográfiai eltolódás egyre nagyobb terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre. Az 5. ábrán is jól látható: a Magyar Orvosi Kamara (2023) kimutatása szerint a háziorvosi szakképesítéssel rendelkező orvosok többsége az idősebb korosztályhoz tartozik.



4. ábra: A szakképesítéssel rendelkező háziorvosok korfája a jelenlegi időszakban
 Forrás: saját szerkesztés

Az előrejelzések szerint 20 éven belül a jelenleg praktizáló háziorvosok jelentős része eléri vagy meghaladja a 80–85 éves kort, tehát már napjainkban is sokan közelítenek a nyugdíjkorhatárhoz. Ez a körülmény komoly kihívást jelent az alapellátás számára, hiszen a növekvő betegforgalom ilyen korösszetétel mellett egyre nehezebben kezelhető.

Magyarország népessége az öregedés tekintetében meghaladja az uniós átlagot. A Központi Statisztikai Hivatal (KSH, 2025) szerint az ország öregedési indexe – amely megmutatja, hány 65 év feletti személy jut száz 14 év alatti gyermekekre – az EU átlaga fölött alakul. Ezt a tendenciát tovább erősíti a technológiai és orvostudományi fejlődés, amelynek köszönhetően az átlagéletkor folyamatosan emelkedik, így a krónikus betegségekkel élők élettartama is meghosszabbodik. Ugyanakkor a betegségek epidemiológiája is változik: nő a prevalencia, és az ismert kórképekhez egyre több krónikus betegség társul (Gulácsi, 2019).

Az elöregedés nemcsak a páciensek körében figyelhető meg, hanem az egészségügyi dolgozók esetében is. A következő évtizedek során az Európai Unióban az idősök száma elérheti a 135 millió főt, ami a teljes népesség körülbelül egyharmadát teszi majd ki 2050-re. Magyarországon az 50 év feletti aránya jelenleg is megközelíti ezt a szintet, de 2050-re várhatóan meghaladja a 40 százalékot (KSH, 2021).



5. ábra: A betöltetlen szakdolgozói állások száma, időrendi sorrendben

Forrás: saját szerkesztés

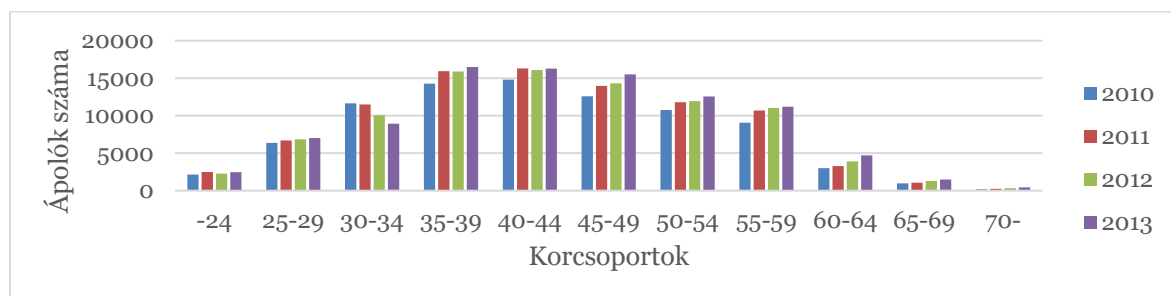
A rendszer másik sarkalatos problémája a munkaerőhiány: a migráció, a pályaelhagyás és a nyugdíjazás következtében folyamatosan csökken az alapellátásban dolgozó orvosok és ápolók száma, miközben az utánpótlás mértéke aggasztóan alacsony. Az ápolók aránya százezer lakosra vetítve jelentősen elmarad mind az EU-, mind a WHO európai régiós átlagától. A probléma állandósult: a betöltetlen szakdolgozói álláshelyek száma tartósan 3000 fő fölött van, amint azt a 6. ábra is illusztrálja.

Az újonnan regisztrált ápolók száma tartósan elmarad a végzett hallgatók számától, becslések szerint mintegy 50–60 százalékkal. A szakdolgozói létszám és az életkori megoszlás pontos nyomon követését tovább nehezíti, hogy jelenleg nem áll rendelkezésre részletes statisztika ezekről az adatokról.

A meglévő információk alapján elmondható, hogy az aktív ápolói állomány közel fele (49%) a 35–49 éves korcsoportba tartozik. Az 50–69 évesek aránya körülbelül 32%, míg a 30 év alatti korosztály csupán mintegy 19%-át teszi ki a teljes dolgozói létszámnak. A fiatalabb generációk hiánya különösen annak fényében aggasztó, hogy az uniós csatlakozást követően sok frissen végzett szakdolgozó a nyugat-európai egészségügyi rendszerekben vállalt munkát, és nem tért vissza Magyarországra.

A pontos adatok hiánya főként a szakdolgozói működési nyilvántartás pontatlanságaira vezethető vissza, amelyek miatt jelenleg csak becslések és trendalapú elemzések készíthetők. Az adatbázis korszerűsítése és helyreállítása folyamatban van (Oláh et al., 2019).

A 7. ábrán bemutatott, nemzetközi tanulmány (J. Betlehem et al., 2017) alapján az ápolók életkori eloszlása rávilágít arra is, hogy a munkavállalók több mint 60%-a nő. Ennek következtében várható, hogy többségük a 40 éves munkaviszony betöltését követően nyugdíjba vonul, ami tovább fokozza a humán erőforrás-hiányt. Az életkor szerinti öt éves csoportokat vizsgálva jól érzékelhető a létszám folyamatos csökkenése a következő évek során.



7. ábra: A magyar ápolók életkori szerinti eloszlása évenkénti bontásban

Forrás: saját szerkesztés

4.2. Pályaelhagyás

Az utóbbi évek gazdasági változásai következtében egyre gyakoribbá vált a szakdolgozók pályaelhagyása az egészségügyben. Különösen a fiatalabb korosztály tagjai keresnek inkább más ágazatokban munkát, mivel az egészségügyi szférában jellemző alacsony reálbérek nem biztosítanak megfelelő megélhetést és perspektívát.

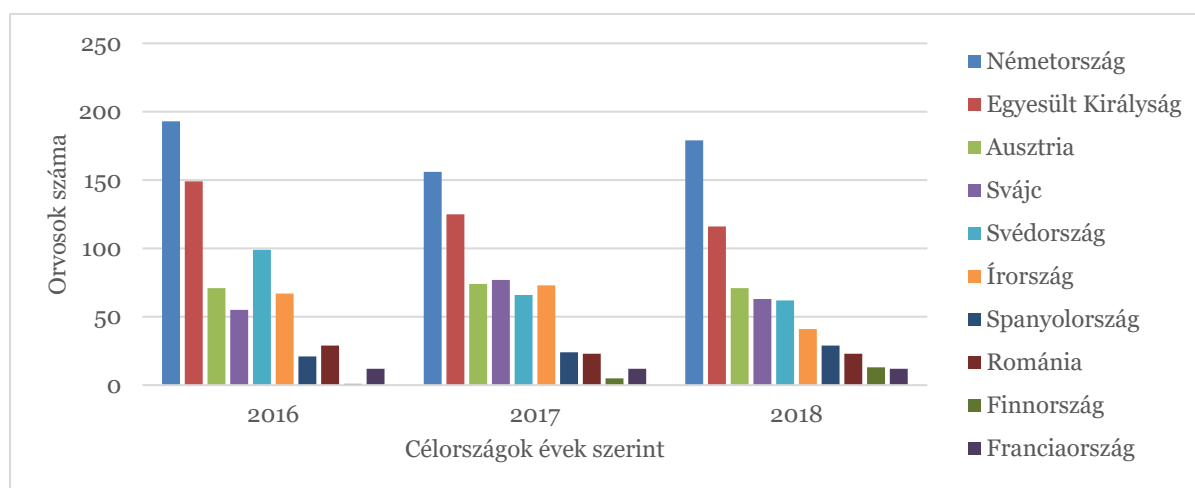
Kritikus a helyzet az alapellátásban: a háziorvosi rendelők működéséhez szükséges szakemberek, illetve az otthoni szakápolásban dolgozók bérezése messze elmarad attól a szinttől, amely a szolgáltatások fenntartható működtetéséhez szükséges lenne. A munkabérek mellett azonban egyéb tényezők is hozzájárulnak a szakdolgozók pályaelhagyásához – ide tartozik például a túlterheltség, a karrierlehetőségek hiánya, valamint a munkakörülmények romlása.

A magyar egészségügyi munkaerőpiac már hosszú ideje kihívásokkal küzd. A különböző végzettségű ápolók számát tekintve hazánk az uniós középmezőnyhöz tartozik, de még mindig az EU-28 átlaga alatt helyezkedik el (Palócz É. – Krokovay N., 2020). Az elmúlt öt évben jelentősen visszaesett a betöltött ápolói és asszisztensi állások száma is.

Magyarország továbbra is az európai egészségügyi munkaerőpiac egyik „beszállító” országának számít. A pályakezdő szakdolgozók száma folyamatosan csökken, miközben a rendszerben tapasztalható elégedetlenség, túlterheltség és az előregedő munkaerő tovább súlyosbítja a helyzetet. A nyugdíjba vonuló ápolók pótlása komoly nehézségekbe ütközik a globális ápolóhiány miatt.

Bár a hivatalos statisztikák nem jeleznek jelentős mértékű nemzetközi migrációt, a személyi állomány elvándorlása a gyakorlatban továbbra is érezhető. Emellett egyre erőteljesebb belső migráció is megfigyelhető, főként a magánegészségügyi szektor irányába, amely vonzóbb bérezést és munkakörülményeket kínál. Ez a tendencia az állami ellátórendszerrel nagyszámú szakembert vonz el.

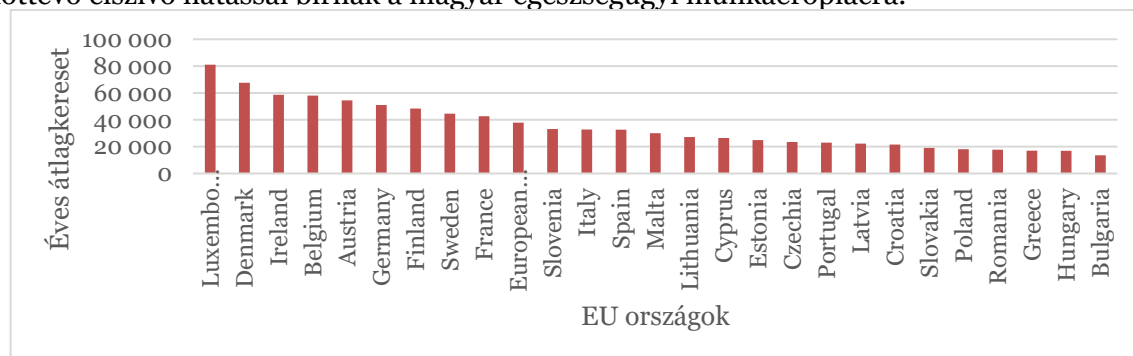
2013 és 2018 között 3733 szakdolgozó kért hatósági bizonyítványt külföldi munkavállalás céljából (ENKK, 2025). Bár ez a szám még mindig alacsonyabb, mint az orvosok esetében, a trend így is figyelmeztető, különösen mivel számos nyugat-európai ország – köztük Németország – a közép-kelet-európai térségből toboroz ápolókat. A 8. ábrán jól látható, hogy Németország vezeti a listát: itt az állam az EU-tagállamok között a legtöbbet költi egészségügyre (a GDP 12,6%-át), ami mind fizetésben, mind munkakörülményekben rendkívül vonzó célponttá teszi az országot. Emellett a földrajzi közelség is könnyíti az elvándorlást Magyarországról.



6. ábra: A külföldön munkát vállaló orvosok célországai 2016-2018 között

Forrás: saját szerkesztés

Ausztria a magyar egészségügyi dolgozók számára kedvelt célország, elsősorban a földrajzi közelsége miatt (Kovács–Sipos, 2020). Az Egyesült Királyság esetében a vonzerőt az angol nyelv ismerete és a magasabb jövedelmek jelentik. Más uniós tagállamok irányába pedig az EU-csatlakozást követő munkaerőpiaci liberalizáció, valamint a könnyített munkavállalási lehetőségek eredményeztek fokozott elvándorlást (Golgovics, 2020). Mindezek az okok számottevő elszívó hatással bírnak a magyar egészségügyi munkaerőpiacra.



7. ábra: Átlagkeresetek az Európai Unió különböző országaiban

Forrás: saját szerkesztés

A kivándorlás fő mozgatórugója a magasabb bérezés és a kedvezőbb munkafeltételek. Emellett hangsúlyos az idősebb ápolók megtartása is: tapasztalatuk, szaktudásuk és mentorálási képességeik révén pótolhatatlan szerepet töltenek be a fiatalabb generációk támogatásában. Jobban kezelik a rendszerbeli változásokat is, így stabilizáló hatással bírnak a munkahelyi közegre. Az alacsony hazai átlagkeresetek ismeretében érthető, hogy sokan választják a nyugati országokat munkahelyként.

4.3. Finanszírozás

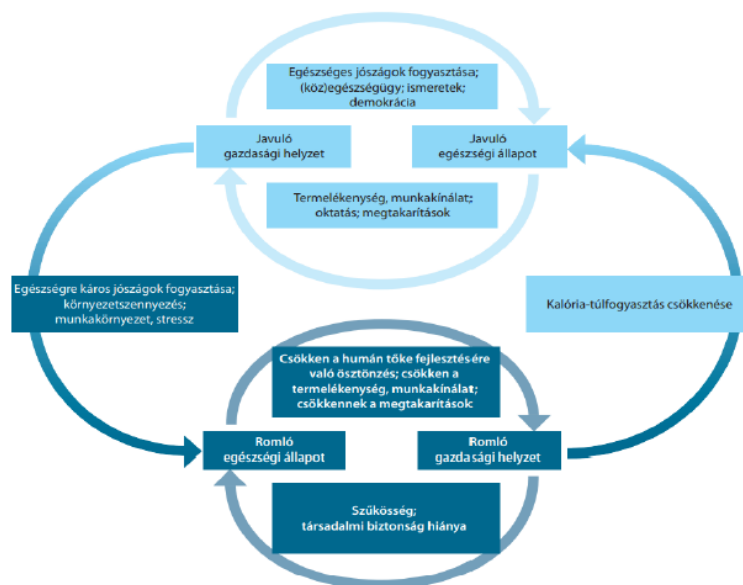
Magyarországon az egészségügyi ellátórendszer egyre súlyosabb kihívásokkal küzd, melynek fő oka a komplex, rendszerszintű reform hiánya és a tartós alulfinanszírozottság. Bár az egészségügyi dolgozók hivatástudata figyelemre méltó, ez önmagában már nem elegendő a rendszer fenntartásához.

Az egészségügyre fordított közkiadások GDP-arányosan még az uniós átlagnak is kevesebb mint a felét teszik ki, ami súlyos lemaradást okoz mind az infrastruktúra fejlesztésében, mind a technológiai megújulásban, mind pedig a szakemberek megtartásában. Az elavult kórházi épületek, a kedvezőtlen munkakörülmények és az utánpótlás hiánya veszélyeztetik az alapellátás működőképességét, miközben a szakemberek elvándorlása és a magánegészségügy térnyerése fokozza a társadalmi egyenlőtlenségeket.

Az állami alulfinanszírozottság hatása nem korlátozódik csupán az egészségügyre, hanem kihat a munkaerőpiac teljesítőképességére és a gazdasági növekedésre is, ezzel tovább növelve Magyarország lemaradását az Európai Unió más tagállamaihoz képest. A helyzet orvoslásához elengedhetetlen az egészségügyi kiadások számottevő növelése, valamint radikális, hosszú távon fenntartható reformokra van szükség, hogy hazánk elérje az uniós szintet és biztosított legyen az ágazat fejlődése (Vitrai, 2025).

Bár az egészségügy és a gazdaság közötti kapcsolat mérhetősége sokszor nehézkes, az világosan látszik, hogy e két terület szorosan összefonódik és egymásra hat. Az ilyen kölcsönhatások következményei gyakran csak hosszabb idő elteltével válnak érzékelhetővé, így sok esetben az elemzések nem tükrözik pontosan a kívánt hatásokat. A két szektor adatainak értelmezése is eltérhet vizsgálati módszertől függően – azaz ahány kutatás, annyiféle „egészség” és „gazdaság” fogalommal találkozunk.

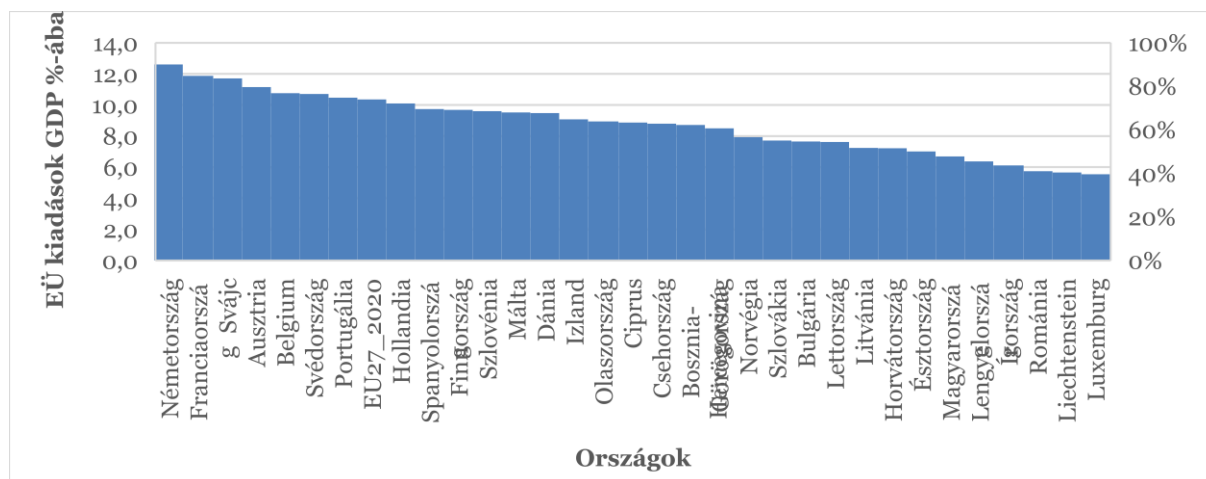
Mindezek ellenére megállapítható, hogy az egészség és a gazdaság szoros kapcsolatban állnak egymással – ezt illusztrálja a 10. ábra is (Kollányi et al., 2011).



8. ábra: Az egészségi állapot és gazdasági teljesítmény kölcsönhatása.

Forrás: Kollányi, 2011

A tapasztalatok alapján elmondható, hogy azokban az országokban, ahol nagyobb hangsúlyt fektetnek az egészségügyi kiadásokra, a gazdasági teljesítmény is kedvezőbben alakul. A 11. ábra is jól szemlélteti, hogy Magyarország 2022-ben az uniós tagállamok többségéhez viszonyítva alacsonyabb szinten támogatta az egészségügyet: a GDP-arányos ráfordítás csupán 6,7% volt, amelyből 2,9% magánforrásból származott.



9. ábra: GDP arányos egészségügyi kiadások az EU-ban

Forrás: saját szerkesztés

A hazai egészségügyi szolgáltatók finanszírozását a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet, valamint a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet szabályozza, amely az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási támogatásának egyes kérdéseire tér ki. Vizsgálatunk során azon két ellátási területre összpontosítottunk, ahol az otthon tartózkodó lakosság körében a leggyakoribbak a betegellátással kapcsolatos találkozások: ezek a háziorvosi szolgálatok, valamint az otthoni szakápolás.

4.3.1. Háziorvosi praxis finanszírozása

A háziorvosi praxisok finanszírozásának jogi alapját a 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet képezi, amely részletesen szabályozza a működési támogatás rendszerét. A rendelet értelmében a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) finanszírozási szerződést kizárólag olyan területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvossal köt, aki vállalja a meghatározott lakosságszámú körzetek ellátását. Ezek a következők: felnőtt körzet esetében 14 év feletti, 1 200–1 500 fő; vegyes körzet esetén életkorra való tekintet nélkül 1 200–1 500 fő; valamint gyermekkörzetnél 0–14 éves korosztályból 600–800 fő.

A praxisokat érintő orvoshiány miatt számos körzet betöltetlen, ilyenkor a helyettesítést a szomszédos körzetek orvosai végzik, amiért az előző évi átlagfinanszírozás havi összege alapján többlettérítésben részesülnek. Az alapidj jelenleg 125 Ft/fő, amelyet különféle korrekciós tényezők, elsősorban területi szorzók módosítanak a települések lakosságszámától függően. Ennek értelmében a szorzók az alábbiak szerint alakulnak: 3000 fő alatti település esetén 3,1; 3001–20000 fő között 2,3; 20001–40000 fő között 1,7; míg 40001–80000 fő esetén 1,4. A 80000 fő feletti lakosságszám esetén a finanszírozás összege nem lehet kevesebb az alapidj 75%-ánál, illetve nem haladhatja meg a területi szorzóval növelt összeg 98%-át. Ez a rendszer előnyösebb díjazást biztosít a kisebb településeken dolgozó orvosok számára, mint a nagyvárosi praxisok esetében.

A kifizetések végső összegét egy pontrendszer is meghatározza, melyben az egy pontra jutó díj az országos szinten összesített pontérték és a teljes praxisfinanszírozási keret hányadosaként adódik. A pontszámokat több tényező befolyásolja, ezek közül az egyik legfontosabb a korcsoportonkénti súlyozás, melynek részleteit az 1. számú táblázat tartalmazza.

1. táblázat: A házi orvosok alapdíjának kiegészítése, a biztosítottak életkora alapján

0-4 év közötti bejelentett biztosított után	4,5 pont 1 év
5-14 év közötti bejelentett biztosított után	2,5 pont 1 év
15-34 év közötti bejelentett biztosított után	1,0 pont 3 év
35-60 év közötti bejelentett biztosított után	1,5 pont 2 év
60 év feletti bejelentett biztosított után	2,5 pont 2 év

Forrás: saját szerkesztés a 43/1999. (II. 3.) Korm. rendelet alapján

A korcsoportonkénti díjazás csak akkor kerül kifizetésre, ha a biztosított az érvényességi időszakon belül – amelyet a táblázatban a pontérték után jelölnek – részt vesz az előírt vizsgálaton, és ennek dokumentálása a házi orvosi szolgálat kötelezettsége. Amennyiben a biztosított elmulasztja a kötelező időszakos vizsgálatot, a házi orvos köteles őt kijelenteni a rendszerből.

A pontértékek elszámolásánál további szempont a házi orvos szakképesítése és szakmai gyakorlati ideje. Szakvizsga nélküli orvos esetén 1,0 pont számítható fel, míg olyan házi orvosnál, aki nem rendelkezik alapszakvizsgával, de legalább 25 éves gyakorlattal bír a körzetben, ez 1,2 pontra emelkedik. Alapszakvizsgával rendelkező házi orvos esetén pedig 1,3 pont a kiegészítő érték.

Emellett további bértámogatásra jogosult a házi orvosi szolgálat, ha az ellátásban bejelentett szakdolgozó is részt vesz. A támogatás pontos részleteit a 2. számú táblázat tartalmazza.

2. táblázat: A házi orvosok alapdíjának kiegészítése, a foglalkoztatott szakdolgozók heti óraszám alapján

heti összesen 40 órában foglalkoztatott szakdolgozók után	3 000 pont között
heti összesen 60 órában foglalkoztatott szakdolgozók után	3 001-3 500 pont között
heti összesen 80 órában foglalkoztatott szakdolgozók után	3 501-4 000 pont között
heti összesen 100 órában foglalkoztatott szakdolgozók után	4 001-4 500 pont között
heti összesen 120 órában foglalkoztatott szakdolgozók után	4 501 pont között

Forrás: saját szerkesztés 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet alapján

A pontértékek meghatározása során a szakdolgozók gyakorlati ideje kiemelt jelentőséggel bír. A rendelkezésre álló táblázat alapján legfeljebb két szakdolgozó bértámogatása számolható el, mégpedig időarányosan, a szakmai tapasztalat mértékét figyelembe véve. Ezen felül a szolgáltatók havi szinten 520 000 forint rezsitámogatásra jogosultak.

További kiegészítő díjak abban az esetben vehetők igénybe, ha a házi orvos többletfeladatokat vállal, például az ügyeleti ellátásban való részvételt, az iskolaorvosi szolgálat ellátását, illetve hajléktalanokat kiszolgáló egészségügyi rendszerben való közreműködést.

Eseti kifizetés jár továbbá azon esetekben, amikor a beteg nem a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező házi orvosnál veszi igénybe az ellátást – ennek összege legfeljebb 600 forint lehet. Emellett a középiskolás járművezető-jelöltek alkalmassági vizsgálatáért vizsgálatonként 7 200 forint fizethető ki, feltéve, hogy a házi orvos rendelkezik a szükséges jogosultsággal.

A végleges finanszírozási összeg meghatározása során több tényező alapján alkalmazott degressziós korrekció lép életbe, amelyet a hatályos kormányrendelet szabályoz a megállapított pontértékek mentén. A korrekció elmaradása akkor indokolt, ha a praxisban nyilvántartott biztosítottak száma nem haladja meg a kijelölt körzet lakosság számát, illetve, ha a körzetben

több szolgálat is működik, vagy ha az adott körzetben egyáltalán nincs ellátó, és azt a háziorvos helyettesítőként látja el.

A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) legfrissebb, 2025. februári adatai szerint országosan összesen 24 934 948 ezer forintot fizettek ki a háziorvosi szolgálatok számára. A szerződéssel rendelkező praxisok száma 6 421, amelyek közül 972 betöltetlen. Ezen körzetek ellátását helyettesítéssel kell megoldani, amely feladat a fennmaradó 5 449 háziorvosi szolgálatra hárul.

Az adatok alapján kiszámítható, hogy egy praxisra átlagosan havi 3,8 millió forint finanszírozás jut. Ez az összeg magában foglalja az alapidíjakat és a különféle kiegészítő juttatásokat is. A praxisvezető háziorvosnak ebből az összegből kell fedeznie a működtetés költségeit, ideértve a szakdolgozók bérét is, amely jelentős kiadást jelent.

A 2024-es közfinanszírozott egészségügyi béremelés hatására emelkedett az alapellátásban dolgozók bére is, mivel a versenyképes fizetések biztosítása nélkül a háziorvosok nem tudnák megtartani szakdolgozóikat. A bérezés részleteit a 2020. évi C. törvény melléklete szabályozza, amelyet a 3. számú táblázat szemléltet.

3. táblázat: Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban dolgozó szakdolgozók bértáblája (Ft/hó, bruttó)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
I. fizetési osztály		II. fizetési osztály		III. fizetési osztály		IV. fizetési osztály		V. fizetési osztály	
alap	kiemelt	alap	kiemelt	alap	kiemelt	alap	kiemelt	alap	kiemelt
304 00	377 00	381 60	465 00	410 00	498 00	506 00	610 00	530 00	635 00
0-469	0-529	0-561	0-644	0-684	0-770	0-930	0-1 100	0-1 142	0-
000	000	000	000	000	000	000	000	000	1 400
									000

Forrás: 2020. évi C. tv. 1/A mell. alapján saját szerkesztés

A háziorvosi praxis fenntartásához elengedhetetlen legalább egy szakdolgozónak bruttó 600 000 forintos havi bér biztosítása, amely teljes bérköltségként 680 000 forintra rúg. Két szakdolgozó alkalmazása így 1,36 millió forint havi költséget jelent. Emellett további kiadásokat jelentenek a rendelő rezsiköltségei, a gépjármű fenntartása, az informatikai rendszer működtetése, valamint az orvosi eszközök és fogyóanyagok beszerzése. Mindezek levonása után a háziorvos számára jellemzően 1,8–2 millió forint marad, amely nettó bérként körülbelül 1,3 millió forintnak felel meg, ideális esetben, többletkiadások nélkül.

A háziorvosok korösszetétele alapján jelentős hányaduk a 60-as éveiben jár. Bár egy kórházi szakorvos hasonló bruttó alaphért kap, a pótlékokkal és munkáltatói döntésekkel megnövelt jövedelme jellemzően magasabb. Az intézményekben dolgozó orvosok kedvezőbb alkupozícióban vannak a munkaerőhiány miatt, míg a háziorvosokat a finanszírozási rendszer korlátai kötnék.

A háziorvosi munkaidő terhei is jelentősek: a napi 4 órás rendelés mellett további 4 óra rendelkezésre állási időt kell biztosítaniuk, ezen felül a fekvőbetegek otthoni látogatása is idő- és költségigényes. A rendszeres ellenőrzések, többek között a NEAK és a Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály részéről, szintén növelik az adminisztratív terheket.

A minőségi ellátás ösztönzése érdekében 2009-ben bevezetett indikátorrendszer – amelyet 2023. január 1-jén módosítottak – célzottan méri a háziorvosok kapuőri szerepét. A rendszer célja a háziorvosi szolgálatok szakmai színvonalának emelése és az ellátás nemzetközi megítélésének javítása. Törekszik továbbá arra, hogy a magyar szolgáltatók teljesítsék az OECD mutatókra vonatkozó átláthatósági elvárásokat.

Az indikátorok külön pontértékeket rendelnek a beutalások, védőoltások, gondozások és szűrések gyakoriságához, amelyeket a szolgáltatók a NEAK felé jelentési rendszerben rögzítenek. Az így képződő maximum 100 pontos skála alapján osztják szét az ösztönző keretet a praxisok között, a pontarányok figyelembevételével (Körösi, 2013).

Az otthoni szakápolás az egészségügyi ellátórendszer azon területe, amely a betegeket saját otthonukban részesíti ellátásban. Kezdetben az alapellátás részét képezte, azonban egy 2017-es törvénymódosítás következtében átkerült a szakellátás körébe. A tevékenységi körök nem változtak: továbbra is a háziorvos utasítására és ellenőrzése mellett végzik a szakképzett ápolók a betegek otthoni ellátását.

A statisztikai adatok azt mutatják, hogy az otthoni szakápolásban részesülő betegek száma folyamatosan emelkedik, ezáltal csökkentve a kórházi ápolási napok számát és költségét. Az ellátási forma így kiegészíti a háziorvosi tevékenység ún. "kapuóri" funkcióját. A 2017-es törvénymódosítás lehetővé tette, hogy a háziorvos saját hatáskörben rendelhessen el minden olyan ellátást, amely addig szakorvosi javaslatához volt kötve – például gyógytornát, fizioterápiát, logopédiát. Ez jelentősen tehermentesítette a szakellátási rendszert.

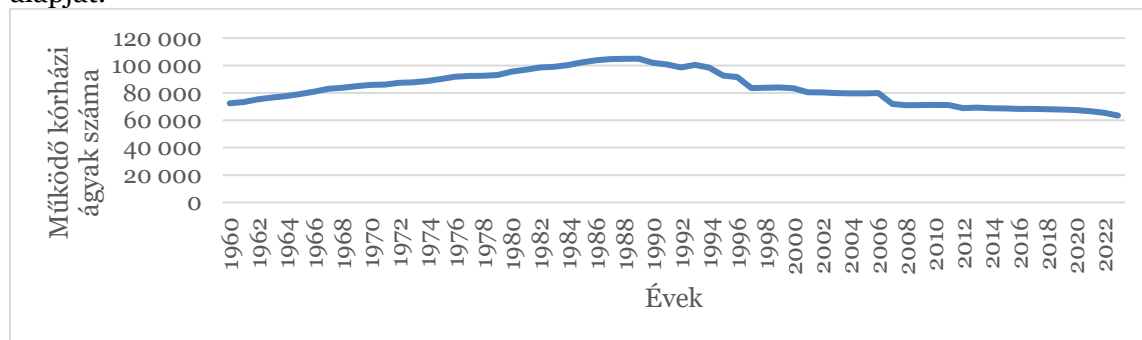
Az otthoni szakápolás finanszírozását a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet, míg jogszabályi háttérét a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet határozza meg. Utóbbi pontosan definiálja az ellátás körülményeit: az 1. § (1) bekezdése szerint „az otthoni szakápolás a biztosított otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosának rendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység.” A rendelet továbbá rögzíti a dolgozók számára előírt képesítési követelményeket. Az ápolói feladatokat kizárólag a 2. § szerint megfelelő végzettséggel rendelkező személy láthatja el.

A leggyakrabban ellátott szakirányú feladatok közé tartozik a gyógytorna és fizioterápia. Ezeket csak olyan diplomás szakemberek vagy szakképesítéssel rendelkező asszisztensek végezhetik, akik legalább két év szakmai gyakorlattal rendelkeznek. Az ellátott feladatok részletezése alapján a szakápolásban leggyakrabban előforduló tevékenység a krónikus sebellátás, különösen a fekélyes és felfekvésees sebek kötözése. Ezt követi a gyógytorna, amely főként térd- és csípőprotézis beültetésén átesett betegek hosszú távú rehabilitációját jelenti. A gyakrabban előforduló gyógytorna-ellátások között szerepelnek továbbá a belgyógyászati kórképek – például stroke, szív- és érrendszeri megbetegedések –, valamint a krónikus betegek kezelése és a baleseti rehabilitáció.

A húgyhólyagkatéterek rendszeres cseréje szintén jelentős terhet vesz le a szakrendelők válláról, emellett a betegek számára is kényelmesebb megoldást nyújt, hiszen nem szükséges emiatt egészségügyi intézménybe látogatniuk. Idősebb pácienseknél gyakori probléma az alultápláltság következtében fellépő kiszáradás (exsiccosis), amely otthoni folyadékpótlással hatékonyan kezelhető. Ellenkező esetben a beteget a területileg illetékes sürgősségi osztályra kellene szállítani, ahol ugyanezt a kezelést – jelentősen magasabb költségek mellett – végeznék el.

Az otthoni szakápolás megjelenése előtt az ilyen ellátást igénylő betegeket jellemzően kórházi környezetben kezelték, ahol a sebek kötözése és más ápolási folyamatok zajlottak. A rendszerváltás idején merült fel az egészségpolitikai vitákban a kérdés: valóban szükség van-e ilyen nagyszámú kórházi ágyra Magyarországon? Az ezt követő időszakban – amint a 12. ábrán is látható – jelentős ágyszámcsökkenés következett be.

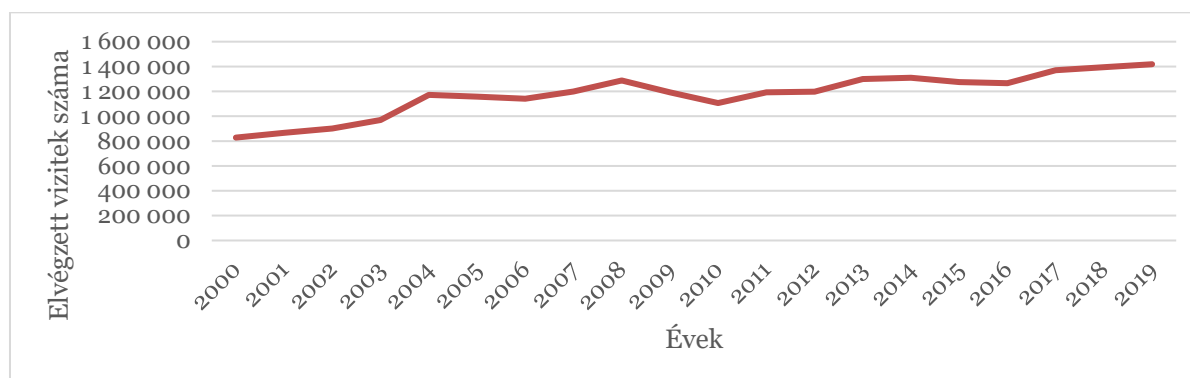
Mivel a betegek száma nem függ az ágyszámoktól, sőt évről évre emelkedést mutat, a krónikus állapotú, valamint az orvosi jelenlétet napi szinten nem igénylő betegeket hatékonyan lehet otthonukban is ellátni. Ez a felismerés képezte az otthoni szakápolás bevezetésének alapját.



10. ábra: A magyar kórházakban működő kórházi ágyak, éves lebontásban 1960- 2022 közötti időszakban

Forrás: a KSH adatbázis alapján saját szerkesztés

A kórházi ágyak számának csökkenésével ellentétesen az otthoni szakápolás elvégzett vizit száma szinte arányosan növekedett, ahogy azt a 13. ábrán is láthatjuk.



11. ábra: Az otthoni szakápolás országosan elvégzett összes vizitszáma, éves lebontásban
Forrás: a KSH adatbázis alapján saját szerkesztés

Az otthoni szakápolás területe különösen érzékenyen reagál az egészségügyi és gazdaságpolitikai változásokra, többek között a következő okok miatt: a kezdetektől fogva jelentős humán erőforrás-hiánnyal küzd, melynek fő kiváltó tényezői a szigorú jogszabályi keretek, valamint a tartós alulfinanszírozottság. Ezek az akadályok alapjaiban határozzák meg a működés feltételeit és nehézségeit. A 13. ábrán látható a teljesített vizitszám időbeli alakulása, amely jól tükrözi a szektoron belüli vizitdíj-változások és kórházi bérrendezések hatását.

A vizitszámok növekedése szinte pontosan egybeesik a vizitdíj-emelések időpontjaival, mivel a szolgáltatók ebben az időszakban magasabb juttatást tudtak biztosítani munkatársaiknak. Hasonlóan jól megfigyelhető a kórházi béremelések humán erőforrás-elszívó hatása is, különösen a 2008 utáni, valamint a 2013–2014-es időszakban.

A COVID-19 járvány idején jelentős visszaesés történt a vizitszámokban, ami részben az otthoni szakápolásban dolgozó, jellemzően idősebb korosztály védelmével, részben pedig azzal magyarázható, hogy csak a sürgős esetek ellátása történt meg. A pandémia alatt elmaradtak azok a műtétek is, amelyek utókezelést vagy rehabilitációt igényeltek volna.

A járvány utáni lassú növekedés mögött az alacsony vizitdíj-összeg áll, amely 2025. január 1-jéig 4 700 forint volt. A finanszírozási szabályozás több szempont alapján határozza meg az egy vizitre jutó díjazást. Az alapellátásban a házi orvos 14 vizitre rendelhet el ápolási tevékenységet, amely szükség esetén megismételhető. Szakirányú ellátás esetén egy alkalommal finanszírozott, míg szakápolás esetén további három látogatás engedélyezett.

Fontos kiemelni, hogy a finanszírozó degressziós szorzót alkalmaz a vizitszám és a beteg állapota alapján. A jogszabály három kategóriába sorolja a betegeket: teljes ápolásra szoruló, részleges ápolást igénylő, valamint önálló páciensek. A 4. táblázat ennek megfelelően részletezi a vizitdíjak meghatározását, figyelembe véve az ellátás típusát és a betegek önálló képességét.

4. táblázat: Az otthoni szakápolás alapidíját módosító degressziós szorzó a beteg önálló képességének foka és az elvégzett vizitszámok alapján

A beteg önellátó képességének foka	Szakápolási ellátás		Szakirányú (rehabilitációs)tevékenység alapidj szorzók
	elrendelhető vizitek száma és az alapidj szorzók		
	1-14-ig	további	
Teljes ápolást igénylő esetben	1,0	1,0	1,0
Részleges ápolást igénylő esetben	0,9	0,8	1,0

Önellátásra képes beteg esetében	0,8	0,5	-
---	-----	-----	---

Forrás: 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet alapján saját szerkesztés

A szakirányú szolgáltatások esetében a finanszírozási szorzó 1,0, tehát a szolgáltató az elvégzett tevékenységért a teljes összegre jogosult. Ezzel szemben a szakápolási tevékenységnél a teljes díjazás csak akkor jár, ha a páciens teljes körű ápolásra szorul. Részleges vagy önellátó betegek esetén csökkentett összeg kerül kifizetésre a degressziós szabályok szerint.

Az alapdíj mellett a szolgáltatók területi pótléokra is jogosultak. Ennek megállapítása a beteg ellátási helyéül szolgáló település lakosságszámán alapul, illetve akkor jár, ha az ellátás nem a szolgáltató telephelyén, hanem egy másik településen történik. A pótlék mértéke az alapdíj 10%-a, de amennyiben az adott település lakosságszáma nem éri el a 2000 főt, a pótlék mértéke 20%.

A vizitdíj-emelés lényegében életmentő volt az otthoni szakápolási szektor számára, mivel az infláció és a közalkalmazotti béremelések a szolgáltatókat nehéz helyzetbe sodorták. Míg a városi szolgálatok nem jogosultak területi pótléokra, addig a vidéki szolgálatok a magas üzemanyagköltségek miatt jelentős kiadásokkal néznek szembe.

Példaként egy Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyei szolgáltatóadatait alapul véve: egy tapasztalt gyógytornász havi 120 vizitet lát el, 1 500 km-es megtett úttal. A teljes havi költsége (bér + útiköltség) mintegy 863 500 Ft, miközben a bevétel 920 000 Ft körül alakul, így alig marad fedezet egyéb kiadásokra. A cég ezt úgy kompenzálja, hogy gyógytornászai egyéni vállalkozóként dolgoznak, céges autót használnak, valamint éves szinten csak 11 hónap vizit teljesítéssel számolnak. Ez alapján a havi átlagos bevétel 844 000 Ft, ami nem elegendő a fenntartható működéshez.

A szakápolás túlnyomó részét részleges ellátásra szoruló betegek kapják; a teljes és az önellátó páciensek aránya egyaránt csak 10–15%. A finanszírozás degresszív, az első 14 vizit díja 7000 Ft, utána 6300 Ft/vizit. Emellett a szigorú jogszabályi feltételek – például a legalább kétéves szakmai gyakorlat előírása – nehezítik a szakember-utánpótlást. A fiatal gyógytornászok gyakran nem találnak lakóhelyükhöz közeli gyakorló helyet, és ha sikerül is, nem szívesen váltanak két év után.

Összefoglalva: ha a rendszer változatlan marad, a lakóhely közeli ellátás 15–20 éven belül kezelhetetlen problémákat okozhat. A háziorvosi utánpótlás már most is kritikus: közel 1000 praxis betöltetlen, és az orvosok átlagéletkora sürgős egészségpolitikai beavatkozást indokol.

4.4. Megoldási lehetőségek

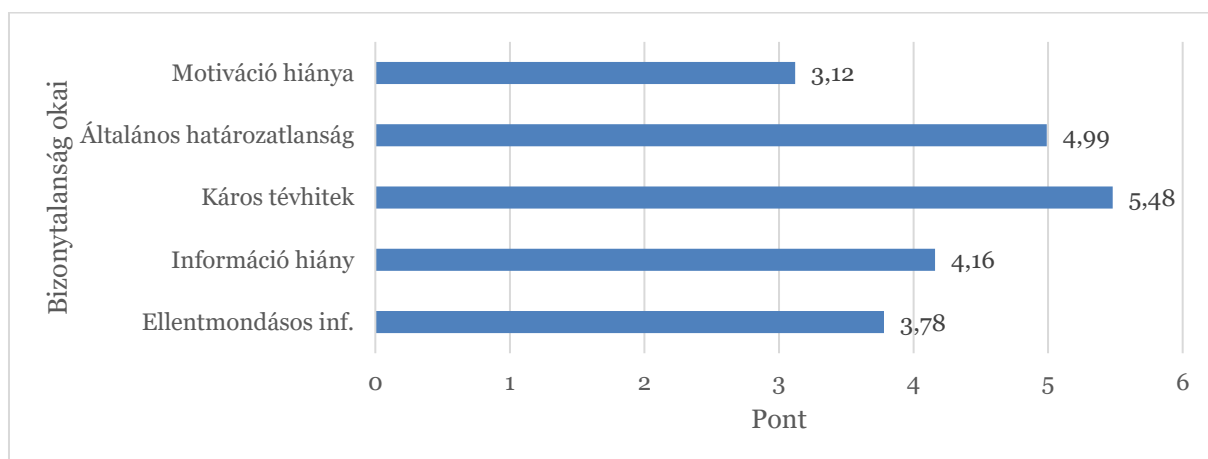
A felvetett problémára átfogó, komplex megoldására van szükség az egészségpolitika részéről, amely már a fiatalok pályaválasztásától kezdve alakítja a háziorvosi hivatás iránti elköteleződést. A háziorvoslást ismét egy presztízsszakmává kell tenni, hogy vonzó legyen a diákok számára. Ehhez elengedhetetlen az egészségügyi és gazdaságpolitikai együttműködés, különös figyelemmel az oktatási, szakképzési és felsőoktatási rendszerek fejlesztésére.

4.4.1. Szakképzés

Az oktatás és a tudás fejlesztése ma már túlmutat az egyéni érdekérvényesítésen – a 21. századi társadalmakra nehezedő népességnövekedés igényei alakították át a gazdaságot is. Napjainkban nem az anyagi javak felhalmozása jelent versenyelőnyt, hanem a kiművelt, kreatív, rugalmas és tanulásra nyitott munkaerő – ahogy Széchenyi is vallotta (Láczay, 2016).

A pályaválasztás előtt álló fiatalok jövőképét főként a család, az iskola és a kortársak határozzák meg, hiszen saját tapasztalataik még nem alakultak ki. A tudatos döntésekhez ezért elengedhetetlen, hogy már az általános iskolában képet kapjanak a hivatásokról és azok társadalmi hasznosságáról – például az orvosi pálya pozitív oldalairól.

Egy felmérés (Oltenau Lucian Líviusz) szerint a középiskolások körében jelentős a bizonytalanság a pályaválasztással kapcsolatban, amit célzott pályaaorientációs támogatással lehetne csökkenteni.



12. ábra: **A pályaválasztás során készült felmérés átlaga.**

Forrás: Oltenau, 2022, p. 129.

A pályaválasztási bizonytalanság egyik fő oka a káros tévhitek elterjedése, amelyek mögött gyakran a szülők, tanárok és a diákok környezete áll (Oltenau, L.L., 2023). Az információhiány tovább erősíti ezt a bizonytalanságot, pedig hiteles tájékoztatással és a tévhitek eloszlatásával a fiatalokat közelebb lehetne hozni az egészségügyi pályákhoz.

Az Oktatási Hivatal pályaaorientációs vizsgálatai a tanulók kompetenciái alapján személyre szabott visszajelzést nyújtanak a számukra leginkább megfelelő továbbtanulási lehetőségekről (Oktatás, 2025). Egy átfogó fejlesztési program keretében – az Egészségügyi és a Köznevelési Államtitkárság együttműködésével – már általános iskolás korban célszerű lenne bemutatni az egészségügyi hivatás pozitívumait, és a kompetenciák alapján az orvosi vagy szakdolgozói pályák felé irányítani a megfelelő készségekkel rendelkező diákokat.

Az OKFÓ adatai szerint jelenleg mintegy 70 egészségügyi szakképzést nyújtó oktatási intézmény működik Magyarországon. Az általános iskola után a diákok párhuzamosan készülhetnek az érettségire és szerezhetnek alapfokú egészségügyi képesítést. A vizsgaeredményüktől függően továbbtanulhatnak szakdolgozói, BSc vagy MSc szinten.

Az Innovációs Képzési Központ (IKK) szerint a pályakezdők 3 vagy 4 éves technikumi képzések közül választhatnak. A 3 éves programokkal például egészségügyi laboránsként, gyakorló ápolóként vagy mentőápolóként helyezkedhetnek el. A 4 éves képzések – például klinikai laboratóriumi vagy radiográfiai szakasszisztensi – magasabb kompetenciát és jövedelmet biztosítanak. Magánképző intézmények is kínálnak egészségügyi végzettségeket.

Az OKFÓ évente kétszer végzi el a humán erőforrás-monitoring felmérést a közfinanszírozott egészségügyi intézmények körében, feltérképezve a betöltetlen szakdolgozói állásokat. E felmérések alapján ösztöndíjprogram indult, amely a hiányszakmák – elsősorban az ápolói pálya – irányába tereli a szakképzést.

5. táblázat: **Betöltetlen álláshelyek száma szakmánként az egészségügyben Magyarországon**

Szakma	Fő
Ápoló	2246
Audiológiai asszisztens és hallásakusztikus	15
Csecsemő- és gyermekápoló	308
Ergoterapeuta	29
Fizioterápiás asszisztens	48
Fogászati asszisztens	20
Fogtechnikus	0
Gyakorló ápoló	363

Gyakorló csecsemő és -gyermekápoló	75
Gyakorló klinikai laboratóriumi asszisztens	57
Gyakorló mentőápoló	7
Gyakorló szövettani asszisztens	18
Gyógymasszőr	39
Gyógyszertári asszisztens	31
Kardiológiai -és angiológiai asszisztens	56
Klinikai laboratóriumi asszisztens	99
Klinikai nefrológiai asszisztens	9
Mentésirányító	94
Mentőápoló	70
Perioperatív asszisztens	83
Radiográfiai asszisztens	101
Szövettani szakasszisztens	39

Forrás: OKFŐ adatai alapján saját szerkesztés

A szakképzési területen már belép a meglévő dolgozók továbbképzési rendszere is, itt az intézmények és az egészségpolitika, emberi erőforrás menedzsment oldaláról való megközelítésre gondolva.

4.4.2. Humán erőforrás menedzsment

Az emberi erőforrás menedzsment feladata a szervezet céljainak elérését szolgáló humán, pénzügyi, információs és fizikai erőforrások összehangolása (Somoskövi, 2018). Az egészségügyi szektor különösen érzékeny terület, ezért a munkavállalók hozzáadott értékének értékelése kiemelt jelentőségű. A cél nemcsak a szaktudás felmérése, hanem az etikai hozzáállás és a munkastruktúra figyelembevétele is.

A közfinanszírozott ellátórendszer gyakran nem fordít elegendő figyelmet az értékelésre, ami a szakemberhiány és a túlterheltség miatt kiegészítéshez vezethet. A dolgozók értékét nem önmagukban, hanem a szervezet számára nyújtott teljesítményük – tudásuk, munkavégző képességük, idejük – alapján határozzák meg. Ezért ugyanaz az alkalmazott más környezetben eltérő értéket képviselhet.

A munkavállalókkal szembeni elvárás, hogy költségeiken túlmutató értéket teremtsenek. Ez gyakran nem anyagi, hanem morális nyereség formájában jelenik meg. A dolgozó értéke időben is változik, amit a humántőke-megtérülési mutatóval lehet nyomon követni (Bukowicz, 1997). Bár ez sem tükrözi teljes mértékben a hozzáadott értéket, alapot nyújt a humánerőforrás-tervezéshez (Buda, 2004).

Összességében a humántőke – a szaktudás, tapasztalat és személyiség – kulcsszerepet játszik a szervezeti sikerben, különösen az egészségügyben, ahol az alulfinanszírozottság miatt minden kompetens dolgozó értéke fokozottan felértékelődik. A vezetők feladata, hogy folyamatosan figyelemmel kísérjék a humánerőforrás-egyensúlyt és ennek tükrében hozzanak stratégiai döntéseket.

4.4.3. Toborzás

A jelenlegi humánerőforrás-válság miatt elengedhetetlen a folyamatos munkaerő-toborzás, különösen az otthoni szakápolásban, ahol a nagyobb létszám és a magas fluktuáció ezt még inkább indokolja. A dolgozók gyakran nehezen viselik az elszigetelt munkavégzést, hiszen napközben alig találkoznak kollégákkal, ami rontja a munkamorált. A toborzás ezért kulcsfontosságú HR-eszközzé vált: a célcsoport számára legfontosabb ösztönzők – például a versenyképes bér, szakmai kihívások és továbbképzési lehetőségek – kiemelt szerepet kapnak.

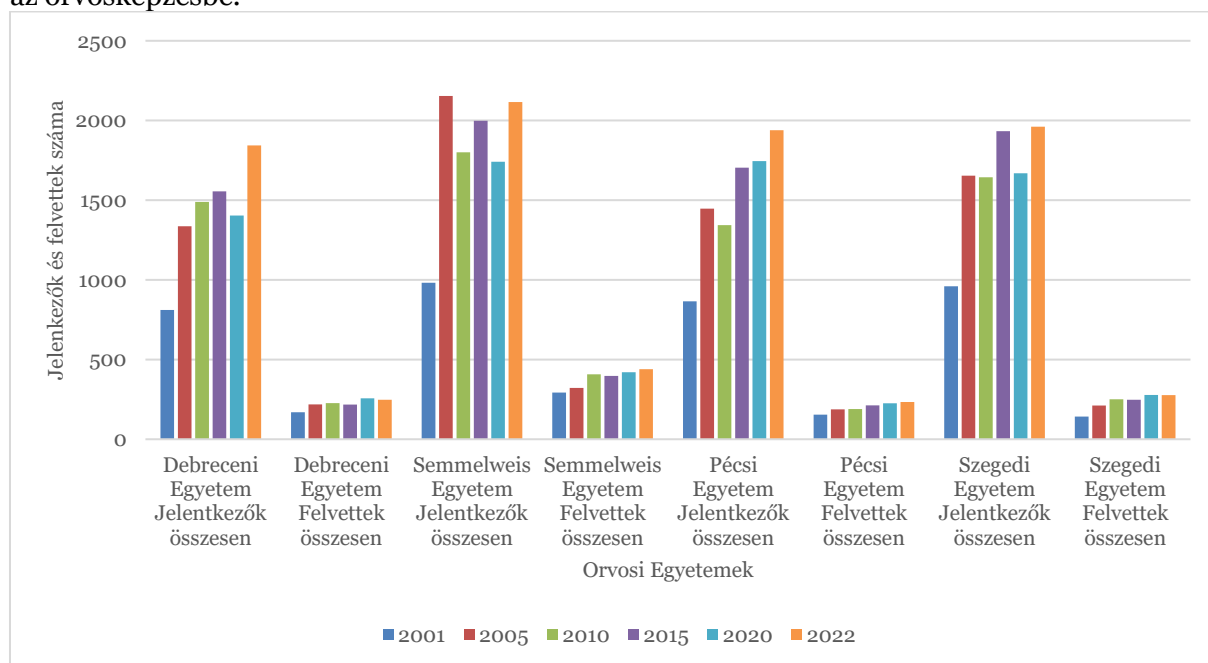
Az otthoni munkavégzés miatt a csapatkohézió kialakítása nehezebb, ám a menedzsment kreatív megoldásaival javítható. Ezzel szemben a háziorvosi praxisokban könnyebben fenntartható a közösségi munkamorál.

A jövőben hatékony megoldás lehetne a képzési rendszerből való közvetlen munkaerő-toborzás, amelyhez célzott kommunikációra és kisebb egészségpolitikai módosításokra van szükség. A szektor már javasolta például a gyógytornászok számára előírt kétéves szakmai

gyakorlat eltörlését. Az ápolók esetében pedig javasolt lenne a szakmai gyakorlatot részben otthoni szakápolási szolgáltatóknál, részben háziiorvosi praxisokban végezni, ezzel is csökkentve a pályát övező tévhitet.

4.4.4. Orvoscépzés

Magyarországon négy egyetem biztosít orvoscépzést: a Debreceni Egyetem, a Semmelweis Egyetem Budapesten, valamint a Pécsi és a Szegedi Tudományegyetem. A háziiorvosi pálya felé vezető út sikeres érettségivel és orvosi egyetemi felvétellel kezdődik. Bár a jelentkezők száma minden évben magas, a bekerülési arány alacsony, amit a 15. ábra is szemléltet. A felvi.hu adatai szerint az érdeklődés folyamatosan erős, ám csak kis részük jut be az orvoscépzésbe.



13. ábra A Magyarországon lévő orvosi egyetemre jelentkezetek száma és felvettek száma öt éves bontásban. (Forrás: felvi.hu Saját szerkesztés.)

A felvételi arány alacsony – a jelentkezők átlagosan csak 16,63%-át veszik fel. A képzés 6 évig tart, amelynek sikeres teljesítése után orvosi diplomát kap a hallgató. Az önálló háziiorvosi munkához azonban még további 3 év rezidensképzés és háziiorvosi szakvizsga szükséges.

A végzetek száma elmarad a szükségéstől: például 2023-ban a Semmelweis Egyetemen 384 hallgatóból 334, míg 2024-ben a Debreceni Egyetemen 233 főből 170 szerzett orvosi diplomát. Ezek az adatok nem elegendőek ahhoz, hogy érdemben csökkentsék az orvoshiányt az alapellátásban vagy a teljes egészségügyi rendszerben.

A betöltetlen háziiorvosi praxisok számának mérséklésére indult el a Praxisprogram. A program két típust különböztet meg:

- **Praxisprogram I.:** lehetőséget ad olyan orvosoknak is háziiorvosi feladatok ellátására, akik még nem rendelkeznek szakképesítéssel – azzal a feltétellel, hogy 6 éven belül le kell tenniük a háziiorvosi szakvizsgát.
- **Praxisprogram II.:** klinikai szakképesítéssel rendelkező szakorvosok is dolgozhatnak háziiorvosként, amennyiben 5 éven belül megszerzik a háziiorvosi szakképesítést. Ide tartoznak például belgyógyászok, kardiológusok, gyermekorvosok és más szakterületek képviselői.

Ez a program átmeneti megoldást nyújt az akut orvoshiány enyhítésére, miközben hosszabb távon célja a stabil, szakképzett háziiorvosi hálózat megerősítése.

4.4.5. Jogsabályi változtatások

Az alapellátás megerősítése régóta kiemelt célja az egészségügyi reformoknak. A Magyar Orvosi Kamara ezért kezdeményezte a háziorvosi praxisok szabályozásának felülvizsgálatát. Javasataik között szerepel a licenszvizsgák által bővíthető kompetenciák bevezetése, amelyek például a gyógyszer- és kötszerfelírás kiterjesztésével csökkentenék a szakorvosi rendelők leterheltségét.

Az otthoni szakápolás szabályozása viszont évtizedek óta változatlan. A jelenlegi előírás szerint gyógytornász tevékenységet csak legalább két év szakmai gyakorlattal lehet végezni, amit jellemzően kórházi vagy gyógyfürdői intézményekben lehet teljesíteni. Ez megnehezíti a pályakezdők elhelyezkedését és a szolgáltatók munkaerő-utánpótlását. A szolgáltatók a szabály enyhítését kezdeményezték, érvelve azzal, hogy más egészségügyi területeken – például mentőtisztként – már a diploma megszerzése után is lehet felelősségteljes feladatot ellátni. A gyógytornászok munkáját ráadásul szakmai team támogatja, így megfelelő felügyelet biztosított.

További nehézséget jelent, hogy otthoni szakápolást kizárólag a háziorvos rendelhet el. Ez gyakorlati problémákhoz vezet: például kórházból pénteken hazabocsátott beteg esetén akár napokat is csúszhat az ellátás megindulása. Ha az intézeti szakorvos is elrendelhetné az otthoni ápolást, lerövidülne a betegút és biztosítottabbá válna a folyamatos rehabilitáció – különösen a protézisműtétek után szükséges gyógytorna esetén.

4.4.6. Finanszírozás, mint megoldási alap

Az egészségügy finanszírozási problémája makro- és mikroökonomiai szinten is érezhető. Magyarország a GDP 6,2%-át fordította egészségügyre 2022-ben, amely jelentősen elmarad az EU-átlagtól (10,4%). A Magyar Orvosi Kamara szerint legalább 7,7%-ra lenne szükség a minőségi ellátás biztosításához. Az alacsony finanszírozás különösen az alapellátást és az otthoni szakápolást érinti hátrányosan.

A háziorvosi és ügyeleti ellátásra évi 300 milliárd forint jut, de ennek aránya nem ösztönzi a szakmát. A jelenlegi 7 000 Ft-os vizitdíj épp a fenntarthatóság határán mozog – szakértői vélemények szerint a 9 000 Ft-os díj lenne hosszú távon indokolt. Ezt az infláció, béremelések és üzemanyagárak is alátámasztják.

A szolgáltatók gazdasági helyzete az adó- és áfatörvények miatt is nehéz: nem igényelhetnek vissza áfát, ami csökkenti bérköltségi mozgásterüket. Ennek eltörlése kompenzálná az állami kiesést a magasabb járulékbévételeken keresztül, különösen a háziorvosi praxisoknál, ahol sok az egyszerűhasználatos eszköz.

Területi különbségek is súlyosbítják a helyzetet: míg a nagyvárosokban dolgozó szolgálatok nem kapnak területi pótlékot, addig a vidéki ellátóknak a pótlék nem fedezi a magas üzemanyagköltséget. Megoldás lehetne a kilométeralapú finanszírozás bevezetése.

Finanszírozási anomáliák is akadnak: például, ha a beteg megjelenik a szakrendelőben, az otthoni szakápolás díjazása elmarad, akkor is, ha a szakrendelés nem látja el a problémát. A 43/1999-es Korm. rendelet módosítása lehetővé tenné az ellátások párhuzamos finanszírozását eltérő szakmai tartalom esetén, így csökkentve az ellátatlansági időszakokat.

4.4.7. Egységes informatikai rendszer

Az otthoni szakápolás és a háziorvosi praxis között szoros szakmai együttműködés működik, ugyanakkor az adminisztrációjuk eltér: míg a háziorvosok digitálisan, az otthoni szakápolók papíralapon vezetik a dokumentációt. Ez lassú, nehezen olvasható és gyakran hibás adminisztrációt eredményez, ami túlterheli a dolgozókat és hátráltatja az információáramlást.

Egy egységes informatikai rendszer bevezetése jelentősen csökkentené a munkaterheket, javítaná a kommunikációt a szereplők (háziorvos, szakápoló, szakorvos, ellenőrző szerv) között, és gyorsítaná a betegellátást is. Az „Egységes Magyarország 2021–2027” stratégia már javasolta e digitális modell bevezetését. Bár 2017-ben az EESZT rendszerhez sok szolgáltató csatlakozott, az otthoni szakápolás technikai okokból kimaradt – noha jogszabály kötelezi őket.

Voltak próbálkozások: például 2020-ban egy cég fejlesztett egy alkalmazást a papíralapú dokumentáció kiváltására, de a NEAK nem adott rá engedélyt. A jogi és technikai akadályok miatt tehát továbbra is elavult adminisztrációval kell dolgozni, ami lassítja és megnehezíti az ellátást.

4.4.8. Praxisközösségek

A praxisközösségek célja az alapellátás megerősítése és az ellátási szintek közötti együttműködés javítása. Ezek a közösségek különböző szakterületek orvosait és szakdolgozóit fogják össze, hogy hatékonyabb prevenciót, gondozást és egészségfejlesztést nyújtsanak. Előnyük, hogy a betegek ellátása gyorsabbá és célzottabbá válhat anélkül, hogy feltétlenül szakrendelésre kellene őket irányítani. A háziorvosi utánpótlás azonban egyre szűkösebb, így hosszú távú fenntarthatóságuk kérdéses.

Megoldást jelenthet, ha intézeti szakorvosok vagy tapasztalt szakdolgozók részmunkaidőben kapcsolódnak be a praxisközösségekbe. Továbbá a kiterjesztett hatáskörű ápolók (APN-ek) szerepe is kulcsfontosságú lehet. Az APN-képzés 2017-ben indult, célja olyan magasan képzett szakemberek képzése, akik döntésképesen és önállóan tudnak betegellátási feladatokat ellátni, részben kiváltva az orvoshiányt. Azonban a jelenlegi nappali tagozatos, Msc szintű oktatás kevéssé elérhető a tapasztalt, dolgozó szakápolók számára. A képzés rugalmasabb, például levelező formában történő általános elérhetővé tétele, valamint szakmai gyakorlathoz kötése segíthetné a szélesebb körű részvételt.

Az APN-ek hatékonyan támogathatnák a praxisközösségek munkáját például állapotfelmérés, egészségfejlesztés vagy krónikus betegek gondozása terén. A jogszabályi háttér azonban még hiányzik. A hatáskörök meghatározása az EFOP 1.8.0 projekt keretében már elkezdődött, de a szabályozás mielőbbi lezárása nélkülözhetetlen az alapellátás jövője szempontjából.

Felhasznált irodalom

- [1] Atkinson, JW. (1957): A kockázatvállaló magatartás motivációs meghatározói. Pszichológiai áttekintés, 64 (6p1), 359.
- [2] Banai J. (2009): Az otthoni szakápolás múltja, jelene és jövője Magyarországon, 2009.
- [3] IME-Az egészségügyi vezetők szaklapja VIII.évf. 2009./8 szám, 38-42 oldal.
- [4] Betlehem, J., Pek, E., & Banfai, B. (2017): Current Characteristics of the Hungarian Nurses'. Teaching and learning in nursing, 99.
- [5] Boncz I. –Ágoston I. –Gábor K. –Illei Gy. –Kriszbacher I. –Szabó I. –Sebestyén A. (2011): Egészségügyi finanszírozási menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek. Medicina kiadó, Budapest
- [6] Buda Sz. (2002): Egy új mérleg és eredményszámítás felé - Az immateriális javak értékelése.
- [7] Bukowitz, W. (1997): At the core of a knowledge base. Journal of Knowledge Management.
- [8] Golgovics J. (2020): Célország-preferenciák az elvándorlást tervező magyar orvosok körében. Demográfia, 64 évf. 2-3 szám 2021. pp: 67-96.
- [9] Gulácsi, L. (2019): Az egészségügy finanszírozásának fenntarthatósága. Magyar Tudomány, 180(10), 1500-1509.
- [10] Gyula, K. (2024): Status praesens: egészségügyi alapellátás a mai Magyarországon.
- [11] Kis, I. B. (2023): A magyar fogászat története a kezdetektől a XX. századig. Világhírű magyar fogorvosok.
- [12] Klein, H. J.– Molloy, J. C.– & Brinsfield, C. T. (2012): Reconceptualizing workplace commitment to redress a stretched construct: Revisiting assumptions and removing confounds. Academy of management review, 37(1), 130-151.
- [13] Kőrösi L. (2013): A háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről. Debreceni Egészségügyi Minőség Napok.
- [14] Lácay, M. (2016): A szakoktatás reformjának menedzsment szempontú megközelítése. Közép-Európai Közlemények, 9(2), 72-81.
- [15] Olteanu, L. L. (2023): Pályaválasztási nehézségek vizsgálata középiskolás diákok körében. Neveléstudomány| Oktatás–Kutatás–Innováció, 11(1), 25-36.
- [16] Palócz É. –Krokovay N. (2020): Egészségügyi szakdolgozók a statisztika tükrében. Kopin Konjunktúra Kutatási Alapítvány
- [17] Rurik, I. (2019): Alapellátás, alapellátók Magyarországon, 2018. Orvosi Hetilap OH, 160(24), 926-935.
- [18] Somoskövi, C. (2018): Humán erőforrás menedzsment az egészségügyi ellátó rendszerekben. Taylor, 10(3), 34-41. Stratégia, E. Á. (2021): „Egészséges Magyarország 2021– 2027”. Vitrai, J. (2025): Szakdokumentum: A magyarok egészsége többet érdekel! A Magyar Orvosi Kamara állásfoglalása. Multidiszciplináris Egészség és Jólét, 3(1), 70-77.
- [19] Walsh, W. B., és Osipow, S. H. (1988): Career decision making (pp. xi, 274). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Zsófia, K., Zoltán, V., Károlyné, T., Brigitta, G., Zsuzsanna, F., Eszter, P., & Katalin, S. with special regard to the poor
- [20] Havasi É. (2011): A gazdasági fejlődés és az egészségi állapot elméleti összefüggései. Links between health status and economic improvement—a theoretical framework. nepegessegugy, 52(417), 267.
- [21] Magyar Védőnők Egyesülete. <https://mave.hu> Letöltés dátuma: 2025.02.18.

- [22] Oktatási Hivatal: A pályaaorientációs vizsgálat (mérés) lebonyolítása
https://www.oktatas.hu/koznevelas/palyaorientacio/orszagos_palyaorientacios_vizsgalat/lebonyolitas
Letöltés dátuma: 2025.03.05. Országos Kórházi Főigazgatóság: Praxisprogram II.
<https://alapellatas.okfo.gov.hu/praxisprogram-ii/> Letöltés dátuma: 2025.03.06.
- [23] Országos Kórházi Főigazgatóság: Praxisprogram I.: <https://alapellatas.okfo.gov.hu/praxisprogram-i/>
Letöltés dátuma: 2025.03.02.
- [24] Magyar orvosi Kamara. Idősödő nemzedék (2023):
<https://mok.hu/hirek/adat758493%C3%B69%C3%B6%C5%91/haziorvos76379> Letöltés dátuma:
2024.11.25. Központi Statisztikai Hivatal. A népesség összetétele főbb korcsoportok szerint, eltartottsági
ráták, öregedési index (2025): https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0004.html Letöltés dátuma:
2024.12.15. Központi Statisztikai Hivatal: Az aktív korúak és idősek aránya (2025):
<https://www.ksh.hu/sdg/4-19-sdg-1.html> Letöltés dátuma: 2025.01.05.
- [25] Országos Kórházi Főigazgatóság. A szakképesítésük külföldön történő elismerése céljából hatósági
bizonyítványt kérő orvosok száma: [https://www.enkk.hu/hmr/index.php/migracios-statisztikak/eves-](https://www.enkk.hu/hmr/index.php/migracios-statisztikak/eves-statisztikak)
[statisztikak](https://www.enkk.hu/hmr/index.php/migracios-statisztikak/eves-statisztikak) Letöltés dátuma: 2025.03.15.
- [26] Országos Kórházi Főigazgatóság. Alapellátási Igazgatóság, Tartósan betöltetlen körzetek:
<https://alapellatas.okfo.gov.hu/category/tartosan-betoltetlen-korzetek/> Letöltés dátuma: 2025.03.15.