

**A BETÖLTETLEN HÁZIORVOSI ÉS HÁZI GYERMEKORVOSI KÖRZETEK
TERÜLETI ÖSSZEFÜGGÉSEI**
TERRITORIAL INTERRELATIONS OF THE VACANT GENERAL PRACTITIONER
AND FAMILY PAEDIATRICIAN DISTRICTS

Bálint Csaba

tanársegéd

Szent István Egyetem, Regionális Gazdaságtani és Vidékfejlesztési Intézet

E-mail: balint.csaba@gtk.szie.hu

Összefoglalás

Magyarországon az egészségügyi alapellátás fundamentumát a háziiorvosi és házi gyermekorvosi egyéni praxisok alkotják, és egyre nagyobb gondot jelent a körzetek tartós betöltetlenné válása, valamint az a tény, hogy a rendszer jellegéből adódóan egyre kevésbé alkalmas a lakosság ellátási szükségleteinek, igényeinek kielégítésére. Habár az állam sok esetben hatásosnak bizonyuló intézkedéseket támogat a probléma kezelésére (pl. a praxisprogramok, praxisvásárlási és letelepedési pályázatok), a háziiorvosi alapellátás, valamint az alapellátást övező általános gondolkodás sem kerülheti el a mélyreható változásokat.

Abstract

In Hungary, the fundamentals of primary health care are made up of the individual practices of general practitioners and paediatricians, and there is a growing concern about the permanent vacancy of the primary care districts, and the fact that the system is less suitable for meeting the needs of the population. Although in many cases the state supports effective measures to deal with the problem (e.g. practice programs, resettlement grants), general practitioners' care, and general thinking about primary care cannot avoid profound changes.

Kulcsszavak: egészségügy, alapellátás, háziorvos, betöltetlen, körzetek

JEL besorolás: H75, I14, I15

LCC: HT388

Bevezetés

A WHO 2016-os, „Az integrált, emberközpontú egészségügyi szolgáltatások keretrendszere” c. jelentése szerint annak ellenére, hogy az elmúlt években jelentős előrelépés történt az emberek egészségi állapotában és a várható élettartamban, a viszonylagos javulások egyenlőtlenek voltak az egyes országok között és azokon belül is. Világszerte több mint 400 millió embernek nincs hozzáférése az alapvető egészségügyi ellátáshoz. Ahol hozzáférhető, az ellátás gyakran túlságosan széttagolt vagy rossz minőségű, és következésképpen számos területen az egészségügyi rendszerrel és az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettség továbbra is alacsony. Sok országban még mindig jelentős problémák vannak az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlőtlen földrajzi hozzáféréssel, az egészségügyi dolgozók hiányával és a gyenge ellátási láncokkal. Az ENSZ 3. fenntartható fejlődési céljának elérése érdekében (az egészséges élet és a jólét minden korosztály számára), beleértve az egyetemes egészségügyi lefedettségre („universal health coverage”) vonatkozó 3.8. célkitűzést, megköveteli az országoktól, hogy biztosítsák minden ember és közösség hozzáférését a magas színvonalú, biztonságos és méltányos egészségügyi szolgáltatásokhoz.

Általánosságban a területi fejlettségbeli különbségek a gazdasági-társadalmi folyamatok térben és időben történő újrendeződésének köszönhetőek. Az elmaradott térségeket kielégítetlen belső szükségletek, folyamatosan leépülő szolgáltatások, pusztuló természeti értékek, és az előbbiekből származó konfliktusok jellemzik, illetve a globális trendekhez való alkalmazkodóképesség hiánya (Káposzta & Kollár, 2017). Egy közösség társadalmi tőkájének szintje az egészségügyi mutatókra is hatással van (Tóth, 2018). Bár az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nemzetközileg elismert alapvető emberi jog, az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége számos térségben nem megfelelő. Világszerte nagyszámú vidéki és centrumoktól távoli közösség, amely kedvezőtlen egészségügyi állapota miatt magas szintű egészségügyi ellátást igényelne, jelentős (térbeli és nem térbeli) hozzáférési korlátokkal szembesül az egészségügyi szolgáltatások kapcsán (McGrail & Humphreys 2009).

Az ellátáshoz való hozzáférés megteremtésében, javításában jelentős szerepet kap az egészségügyi alapellátás, mint az ellátórendszer belépő szintje, mégpedig a következő okokból kifolyólag (WHO & UNICEF, 2018):

1. Az egészségügyi alapellátás jellemzői lehetővé teszik az egészségügyi rendszer alkalmazkodását komplex és gyorsan változó világunkhoz.
2. A megelőzésre, az egészséget befolyásoló tényezőkre és az emberközpontúságra összpontosítva, az alapellátás rendkívül hatékonynak és gazdaságosnak bizonyult a rossz egészségi állapot és kockázati tényezők, valamint a jövőben felmerülő, az egészséget veszélyeztető kihívások kezelésében.
3. Az univerzális egészségügyi lefedettség és az egészséggel kapcsolatos fenntartható fejlődési célok csak az alapellátásra nagyobb hangsúlyt fektetve érhetők el fenntartható módon.

A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet 2014-ben készített szintézise szerint az alapellátás a lakosok egészségügyi ellátórendszerrel való találkozásának, egészségügyi problémájuk jelzésének első szintje, ahol prevencióval és gyógyítással kapcsolatos szükségleteik többségében kielégíthetők. Az alapellátás fő funkciói a megelőzés és szűrés, a diagnosztizálás, triázs (osztályozási) tevékenység, a szakellátásba történő továbbutalás, a krónikus betegek ellátásának koordinációja, az epizodikus betegségek gyógyítása és a palliatív (azaz a súlyos vagy végstádiumú betegek életminőségét javító) ellátás. A hatékony alapellátást a holisztikus szemlélet, az egészség- (és nem betegség-) központúság jellemzi (GYEMSZI 2014).

Kringos (2013) szerint az alapellátás többdimenziós koncepcióként definiálható és közelíthető meg. Az alapellátás erősségét tíz fő dimenzió határozza meg: az ellátás struktúrája, folyamata (szolgáltatásnyújtás) és eredménye (1. táblázat).

1. táblázat: Az alapellátás dimenziói

Szerkezet	Folyamat	Eredmény
- Irányítás	- Hozzáférés	- Minőség
- Gazdasági feltételek	- Ellátás folyamatossága	- Hatékonyság
- Munkaerő-fejlesztés	- Koordináció	- Egyenlőség
	- Átfogó jelleg	

Forrás: Kringos (2013) alapján saját szerkesztés

A fentieket és Starfield (1998) 4C kategorizálását (contact, continuous, comprehensive, coordination) ötvözi az Európai Bizottság szakértői paneljének (EXPH) definíciója az alapellátásra:

„Az alapellátás szakemberek csoportja által nyújtott, általánosan hozzáférhető, egyénközpontú, átfogó egészségügyi és közösségi szolgáltatások összessége, amely az egyéni egészségügyi szükségletek nagy többségét képes kielégíteni. A szolgáltatásokat a betegekkel, informális gondozókkal, a családokkal és közösségekkel tartós partnerségben szervezi, és központi szerepet játszik az ellátás átfogó koordinációjában és folyamatosságának biztosításában.” (EXPH, 2014)

Erős bizonyítékok utalnak arra, hogy az alapellátás számos gazdasági előnnyel járhat az egészség-nyereségek növelése, az egészségügyi rendszerek hatékonysága és az egészségügyi egyenlőség és méltányosság terén.

- **Egészségnyereség:** az alapellátás hozzájárul a népesség egészségi állapotának javulásához a várható élettartam, valamennyi halálozási ok (Macinko et al. 2007), a szülőági-, újszülött- és csecsemőhalálozás (Perry et al. 2017, Black et al. 2017), valamint a mentális egészség (Fernandez et al. 2015, Smith et al. 2017) tekintetében.
- **Egészségügyi rendszer hatékonysága:** az alapellátás csökkentheti a fekvőbeteg-ellátásba utalások számát (Sans-Corrales et al. 2006), az elkerülhető kórházi (Rosano et al. 2013; van Loenen et al. 2014) és sürgősségi (Carret et al. 2009) felvételeket és kezeléseket.
- **Méltányosság az egészségügyben:** az alapellátás javítja az egészségügyi ellátórendszerhez való méltányos hozzáférést (Tao et al. 2016, Richard et al. 2016) és kiegyenlítőleg hat az egészség-nyereségekre (Starfield 2012).

A KPMG-Nuffield Trust 2014-es elemzése az alapellátás kereslet-kínálati viszonyait illetően a következő tényezőket emelte ki, mint az újonnan felmerülő igények és kihívások forrásait, amelyek az egészségügyi kiadások mértékét is megnövelik: a betegek növekvő elvárásai, idősödő lakosság, új technológiák és kezelések, a krónikus betegségek növekvő előfordulása és multimorbiditás, új szolgáltatók által keltett kereslet, a szociális ellátás elérhetőségének hiánya. Azokban az országokban, ahol az alapellátás hagyományos modellje működik, az ily módon jelentkező igények kielégítését számos tényező hátráltathatja, mint például a kis önálló praxisok, rugalmatlan és rövid idejű konzultációk, korszerű kommunikációs eszközök hiánya, megfelelő diagnosztikai támogatás hiánya, elégtelen kapcsolódás a szakellátáshoz, érdemi szerep hiánya az ellátás átfogó koordinációjában, vagy éppen a negatívan ösztönző díjazási mechanizmusok.

A jelen írásban bemutatott kutatás alapproblematikája az alapellátáshoz, azon belül is a házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei. Kringos (2013) széleskörű szakirodalmi forrásfeldolgozásra hivatkozva az 1. táblázatban már ismertetett, az alapellátás erősségét meghatározó tényezők közül az ellátáshoz való hozzáférés kapcsán hét jellemzőt különített el:

1. *Az alapellátási szolgáltatások rendelkezésre állása:* az alapellátási szolgáltatások mennyisége és típusa a lakosság igényeihez viszonyítva.
2. *Az alapellátási szolgáltatások földrajzi elérhetősége:* a szolgáltatások távolsága a betegek utazása szempontjából.
3. *A hozzáférhetőség megeremtése:* az erőforrások hozzáféréshez való igazitása (pl. időpont-foglalási rendszer, utógondozási ellátás, otthoni látogatások).

4. *Az alapellátási szolgáltatások megfizethetősége:* a betegek pénzügyi korlátai az alapellátási szolgáltatások igénybevételében, mint például a társfinanszírozás és a költségmegosztás.
5. *Az alapellátási szolgáltatások elfogadhatósága:* a betegek elégedettsége az alapellátás szervezésével.
6. *Az alapellátási szolgáltatások hasznosítása:* az alapellátási szolgáltatások tényleges fogyasztása.
7. *Egyenlőség a hozzáférésben:* az alapellátási szolgáltatásokhoz való hozzáférés mértéke az egészségügyi szükségletek alapján, anélkül, hogy rendszerszintű különbségek lennének az egyéni vagy társadalmi jellemzők alapján.

Magyarországon 1992-ben indult el a beteg tartós választásán alapuló, korrigált fejkvóta jellegű finanszírozású, GP típusú háziorvosi rendszer, és a kormányzat az alapellátási reform keretében rögtön egy 50%-os béremeléssel igyekezett hozzájárulni a szakma vonzerejéhez és elismertségéhez. A rendszer fejlődőképességét a későbbiekben nagymértékben korlátozta, hogy a szabad orvosválasztás nem indukált a minőséget javító versenyt a szolgáltatók között, és nem bontakozott ki a megelőző, gondozási kompetenciája az alapellátásnak. Sok konfliktus származott az alapellátási feladatok önkormányzati hatáskörbe utalásáról, illetve – ezzel összefüggően – a praxisjog-vásárlás kényszeréből. Mára a háziorvosi szakma előregedőben van, elvándorlás sújtja (amit a képzés kibocsátása sem képes ellensúlyozni), és nem képes megbirkózni a növekvő elvárások és gyorsan fejlődő technológiák keltette kihívásokkal (Kincses, 2015).

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárságának 2015-ben megjelent „Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója” című munkanyaga az alapellátás fejlesztésének tekintetében prioritásként tekint a háziorvosi ellátás ún. „kapuóri” szerepére:

„A háziorvos jelentős szerepet kap mind a teljes ellátásban betöltött szerep arányait tekintve, mind a betegút irányítás kulcsszereplőjeként. A háziorvos a betegek első találkozási pontja az egészségügyi rendszerrel, a beteg – néhány szakellátás jelentette kivételtől eltekintve - csak háziorvosi beutalóval mehet tovább az egészségügy egyéb területeire. A kapuóri funkció egyaránt fontos a minőségi és a hatékony betegellátás érdekében, különösen fontos ennek megerősítése abban az esetben, amikor hosszúak a szakellátásban a várólisták, illetve a rendelkezésre álló források nem elegendők a szükségletek kielégítéséhez.” (EMMI 2015 p. 10)

Az egészségügyi alapellátás jogszabályi alapvetései Magyarországon

Magyarország Alaptörvénye XX. cikkének 1. bekezdése deklarálja, hogy mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. A 2. bekezdés értelmében ezen jog érvényesülését Magyarország – többek között – az egészségügyi ellátás megszervezésével segíti elő. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § c) pontja szerint az egészségügyi ellátás a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége. Ugyanezen törvény 87. § a) pontja értelmében az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a beteg járóbetegként, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek közötti, valamint otthonában történő ellátását.

Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény 1. § (1) bekezdése szerint „Az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében

választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül.”

Azonos jogszabály ugyanezen szakaszának (2) bekezdése értelmében az egészségügyi alapellátás feladatai:

- a) az ellátott lakosságra vonatkozó, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló ellátás (a továbbiakban: megelőző ellátás);
- b) az egyén
 - ba) egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása, nevelése, egészségfejlesztése, egészségtervezésének támogatása,
 - bb) jogszabályban meghatározott kompetencia keretében történő gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett,
 - bc) szakorvoshoz történő irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából,
 - bd) gyógykezelése, házi ápolása és rehabilitációja a szakorvos által javasolt terápiás terv figyelembevételével; és
- c) szükség esetén a b) pont bb) és bd) alpontjában foglaltaknak a beteg otthonában történő ellátása vagy a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése.

Az alapellátás jogszabályban meghatározott területei:

- háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás
- fogorvosi ellátás
- védőnői ellátás
- iskola-egészségügyi ellátás
- alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás
- alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás
- foglalkozás-egészségügyi alapellátás

A területi ellátási kötelezettség az egészségügyi szolgáltató fenntartójának, illetve tulajdonosának, valamint az egészségügyi szolgáltatónak azon kötelezettsége, hogy az egészségügyi szakellátásban meghatározott ellátási területen a lekötött szakellátási kapacitásai felhasználásával a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultak számára egészségügyi szolgáltatást nyújtson. (2006. évi CXXXII. tv. 1. § /1/n) Az önkormányzati törvény a kötelező egészségügyi feladatok ellátását illetően úgy rendelkezik, hogy a települési önkormányzat köteles gondoskodni az egészségügyi alapellátásról, a megyei, illetve a fővárosi önkormányzat pedig az alapellátást meghaladó egészségügyi szakellátásról. (2011. évi CLXXXIX. tv. 13. § /4.)

A háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás jogszabályi háttere

A 2015. évi CXXXIII. törvény 8. § (1) bekezdése szerint „a háziorvos személyes és folyamatos orvosi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, korai felismerése és gyógyítása, valamint az egészségfejlesztés céljából.” Az említett jogszabályi paragrafus (2) bekezdése értelmében „a házi gyermekorvos az (1) bekezdésben meghatározott ellátást a 19. életévét be nem töltött személyek számára biztosítja. A házi gyermekorvosi ellátást a 14-19. év közötti személyek esetében - erre irányuló választás alapján - háziorvos is nyújthatja.”

A háziorvosi ellátás a védőnői és fogászati ellátás kompetenciáján kívül eső esetekben elsőként felkeresendő ellátási szint, a kötelező egészségbiztosítás terhére. A háziorvos törvény által feljogosított egészségügyi adataink kezelésére. A háziorvos egyébként, nem a társadalombiztosítás

által finanszírozott orvos-szakértői feladatot is ellát, pl. látlelet kiadása, orvosi szakvélemény adása jogosítványhoz, fegyverviseléshez, stb. A háziiorvosi ellátás a településszerkezettől függően szerveződhet gyermek-körzetbe (14 éven aluli lakosok alapellátására), felnőtt körzetbe (14 éven felüli lakosság ellátására) vagy vegyes körzetbe (életkori korlátozás nélkül a teljes lakosság ellátására). A törvény szerint – a területi korlátok mellett – a házi orvos szabad megválasztása minden állampolgárnak alapvető joga. (ESKI, 2013)

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 (a Praxis-I. program részleteinek leírását ld. később). A fentiek a házi gyermekorvosra nem vonatkoznak. Az az orvos lehet házi gyermekorvos, aki csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvosi képesítéssel rendelkezik.

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 részleteinek leírását ld. később). 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. (4/2000. (II. 25.) EüM rendelet)

Háziiorvosi tevékenység az önkormányzattal vagy önkormányzati feladatokat ellátó egészségügyi intézménnyel közalkalmazotti jogviszonyban végezhető, vagy egyéni, illetve társas vállalkozás keretében. (4/2000. (II. 25.) EüM rendelet)

A háziiorvosi és házi gyermekorvosi körzetek kialakításának kritériumai

Az alapellátásról szóló törvény rendelkezéseinek megfelelően a háziiorvosi körzeteket úgy kell kialakítani, hogy a háziiorvosi rendelő a körzet legtávolabb eső pontjától is – tömegközlekedéssel vagy gyalogosan – 15 percen belül megközelíthető legyen, illetve, hogy a körzetben lakók száma biztonsággal elérje a finanszírozási minimumot, azonban ne haladja meg a szakmai szempontból még elfogadható maximális létszámot, illetve, hogy adottak legyenek a háziiorvosi ellátás személyi és tárgyi feltételei. Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet értelmében új felnőtt háziiorvosi szolgálatra 1200-1500 fő közötti 14 év feletti (vegyes körzetre életkori korlátozás nélküli) lakosság szám esetén köthető finanszírozási szerződés, míg a gyermekkörzetek esetében a finanszírozhatóság intervalluma 600-800 14 év alatti gyermek. A már működő körzetekre ez a finanszírozási minimum természetesen nem vonatkozik.

A tartósan betöltetlen háziiorvosi és házi gyermekorvosi körzetek

A 313/2011. (XII. 23.) kormányrendelet rendelkezései szerint a területi ellátási kötelezettséggel működő háziiorvosi körzet, amelyben az ellátási kötelezettségnek hat hónapot meghaladóan csak helyettesítéssel tudnak eleget tenni, kivéve, ha ennek az az oka, hogy a körzetet ellátó házi orvos 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.

A 4/2000. (II. 25.) EüM rendeletnek megfelelően az az orvos, aki a szükséges gyakorlat megszerzésére irányuló, elfogadott egyéni képzési tervének birtokában a háziorvostan szakorvosi képzést megkezdte, önálló háziorvosi tevékenység folytatására való jogosultsága megszerzéséig, de legfeljebb hat évig helyettesítő háziorvosi (kivéve gyermekorvosi) tevékenységet végezhet a tartósan betöltetlen háziorvosi körzetben, az önkormányzat által igazolt területi ellátási érdekből. A helyettesítő orvos ilyen esetben az ÁEEK-val áll közalkalmazotti jogviszonyban, és háziorvosi feladatait a hivatal által kijelölt körzetben látja el, de az önkormányzattal szerződést a hivatal köt.

Praxisjog nyilvántartás

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény, illetve az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet szerint önálló háziorvosi tevékenység feltétele az ún. praxisjog nevű vagyoni értékű jogot engedélyező határozat jogerőre emelkedése. A praxisjog az egészségügyi államigazgatási szerv (a Kormányhivatalok járási népegészségügyi intézetei) által adott engedély, amely feljogosítja az illető személyt, hogy az önkormányzat által kijelölt körzetben önálló háziorvosi tevékenységet folytasson. A praxisjog meghatározott feltételek mellett elidegeníthető és folytatható, ugyanakkor bérbe, haszonbérbe nem adható. A területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosok működtetési joga 2012. január 1-től minősül praxisjognak. Fontos különbség a régi működtetési jog és az azt felváltó praxisjog között, hogy előbbi kiterjedt a területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező körzetekre is, illetve csak a doktor személyéhez kötődött, míg a praxisjog csak a területi ellátási kötelezettséggel bíró körzetekre vonatkozik, és az orvos személye mellett az ellátott körzethez is kapcsolódik. A praxisjog önmagában nem jogosítja fel a tulajdonosát arra, hogy az adott praxisban dolgozzon: az önkormányzatra vonatkozik az ellátás megszervezésének kötelezettsége, aki csak a praxisjoggal rendelkező orvossal köthet feladatátadási szerződést vagy nevezheti ki háziorvossá.

A fenti jogszabályok értelmében, valamint az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény 2/C. § pontja alapján az ÁEEK Egészségügyi Szolgáltatási és Szervezési Főosztálya feladatai 2017. április 1. óta praxiskezelőként a következők: nyilvántartás vezetése a praxisjogokról és a tartósan betöltetlen körzetekről; a praxisjogra vonatkozó adásvételek regisztrációja, az eladó és a vevő nevének és pecsétszámának, valamint a praxisjog és az adásvétel azonosítására szolgáló adatok nyilvántartása, a megvásárolható praxisjogok közzététele és hirdetése.

A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) illetékes területi hivatalainál köthető háziorvosi feladatok végzésére, háziorvosi szolgálat működtetésére, díjazására vonatkozó finanszírozási szerződés. A szerződéskötéshez szükséges az önkormányzattal kötött feladat-ellátási szerződés, illetve az érvényes és hatályos működési engedély. A háziorvosi szolgáltatók a háziorvosi szolgálatok működtetése után az alábbi jogcímenek részesülhetnek finanszírozási díjban havonta: fix összegű díjazás, területi kiegészítő díjazás, teljesítményarányos díjazás, eseti ellátás díjazása, jogviszony ellenőrzésekért járó díjazás, indikátorrendszerben elért eredmények után járó díjazás, szakdolgozói kiegészítő díjazás, rezsitámogatási díjazás.

A körzetek betöltését célzó intézkedések

A tartósan betöltetlen felnőtt vagy vegyes körzetben a háziorvostani szakvizsgával még nem rendelkező orvosok az ún. Praxis-I. program keretében, az önkormányzattal feladatátvállalási szerződést kötő ÁEEK alkalmazottjaként helyettesítő tevékenységet láthatnak el. A szakvizsgát legfeljebb hat éven belül köteles az érintett orvos megszerezni, addig pedig heti négy munkanapon rendelkeznek, a fennmaradó időben pedig kötelező klinikai gyakorlatukat teljesítik egy közeli kórház akkreditált osztályán. A Praxis-II. program a megadott szakmákban klinikai szakképesítéssel rendelkező orvosok számára teszi lehetővé, hogy területi ellátási kötelezettséggel bíró felnőtt vagy vegyes körzetben háziorvosi tevékenységet végezzenek. A képzési tervet és a háziorvostani szakvizsgát öt éven belül teljesíteni köteles orvosnak érvényes működési engedélyre, elfogadott egyéni képzési tervre, a praxisjog megszerzésére, az önkormányzattal kötött feladat-ellátási szerződésre, az ÁEEK-kel megkötött képzési szerződésre, finanszírozási szerződésre, valamint sikeres társadalombiztosítási ismeretek vizsga letételére van szüksége a háziorvosi tevékenység megkezdéséhez.

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 18/A. § (1) bekezdése értelmében a NEAK tartósan betöltetlen háziorvosi és fogorvosi körzeteket betöltő orvosok letelepedésének támogatására irányuló 2018-as pályázati felhívása keretében az az orvos, aki a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendeletben meghatározott személyi feltételek alapján háziorvosi/fogorvosi tevékenység végzésére jogosult és vállalja, hogy az adott háziorvosi/fogorvosi szolgálatban legalább 6 éven keresztül önálló orvosi tevékenységet végez az illetékes önkormányzattal kötött megállapodás szerinti működési formában, öt különböző kategóriában 12-20 millió Ft támogatásra jogosult, a körzet betöltetlenségének hossza alapján. A betöltésre kerülő háziorvosi szolgálat ellátandó lakosságának meg kell haladnia felnőtt és vegyes körzet esetén az 1000, gyermek körzet esetén: 500 főt.

Fenti rendelet azonos szakaszának (2) bekezdése alapján a NEAK a praxisjoggal nem rendelkező háziorvosok részére a praxisjog megvásárlásához vissza nem térítendő támogatást nyújt a háziorvosi életpályán való elinduláshoz/újrainduláshoz, a praxisjogukat értékesíteni kívánó háziorvosok pótlására, annak érdekében, hogy a betöltetlen szolgálatok száma csökkenjen, illetve ne növekedjen, a lakosság folyamatos háziorvosi ellátása biztosított legyen, így a háziorvosi ellátás magasabb színvonalon működjön. Pályázatot nyújthat be az az orvos, aki a pályázat kiírását megelőző két éven belül háziorvosi praxisjoggal nem rendelkezett, a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendeletben meghatározott személyi feltételek alapján háziorvosi tevékenység végzésére jogosult és vállalja, hogy az adott háziorvosi szolgálatban legalább 4 éven keresztül önálló orvosi tevékenységet végez az illetékes önkormányzattal kötött megállapodás szerinti működési formában, de minden esetben személyes közreműködésével. A megvásárolt praxisjoggal ellátható háziorvosi szolgálat ellátandó lakosságának meg kell haladnia felnőtt és vegyes körzet esetén a 800 főt, gyermek körzet esetén a 400 főt.

A tartósan betöltetlen körzetek esetében, ha a támogatási programok keretében orvos kerül olyan körzetbe, melynek finanszírozási paraméterei nem érik el a 43/1999-es korm. rendeletben foglaltaknak megfelelően az országos átlagot, akkor a finanszírozást egy éven keresztül a NEAK kiegészíti erre az értékre.

A Magyar Falu Program kihirdetéséről szóló 1669/2018. (XII.10.) Korm. határozat „orvosi rendelő, orvosi eszközök”, illetve „szolgálati lakás” alprogramjai alapján a Miniszterelnökséget

vezető miniszter a 2019. év tavaszán pályázatot hirdetett az 5000 fős vagy kisebb települések önkormányzatai, önkormányzati társulásai számára az egészségügyi alapellátás biztosítása, feltételeinek javítása céljából. A támogatások összehasonlító adatai a 2. táblázatban olvashatóak.

2. táblázat: A Magyar Falu Program alapellátást érintő kiírásainak fontosabb adatai

Kiírás	Támogatás célja	Jogosultak köre és elnyerhető összeg	Keretösszeg (K) és maximum elnyerhető összeg (E)
„Orvosi rendelő” (MFP-HOR/2019)	Új többcélú egészségügyi létesítmény létesítése vagy már meglévő önkormányzati tulajdonban lévő létesítmény átalakítása, felújítása, korszerűsítése	BM adatok alapján 2018.01.01-én 5000 fős vagy kisebb lakónépességű települések, illetve 5000 fős vagy kisebb tagtelepülésekkel rendelkező társulások	K = 4 milliárd Ft E = 125 millió Ft
„Orvosi eszköz” (MFP-AEE/2019)	A működési engedélyben és a NEAK finanszírozási szerződésben foglalt tevékenységek végzéséhez szükséges, az adott egészségügyi alapellátás biztosításához elengedhetetlen műszer, gép, informatikai és egyéb eszköz beszerzése		K = 2 milliárd Ft E = 5 millió Ft
„Orvosi szolgálati lakás” (MFP-FOL/2019)	Ingatlanvásárlás, illetve ezen ingatlanon új lakóingatlan építés		K = 5 milliárd Ft E = nincs

Forrás: Miniszterelnökség Modern Települések Fejlesztéséért Felelős Kormánybiztos, 2019

Anyag és módszertan

A háziorvosi, házi gyermekorvosi állományváltozást, a saját és helyettesítésben ellátott praxisok számának, a házi orvosokhoz és házi gyermekorvosokhoz bejelentett lakosság korcsoport szerinti megoszlásának, valamint a házi-, illetve gyermekorvosokra jutó betegforgalom időbeli alakulását a Központi Statisztikai Hivatal országos ágazati statisztikai felhasználásával, illetve a TSTAR adatbázis településsoros adatainak aggregálásával készítettem el. A növekedés vagy csökkenés mértékét érintő kalkulációk bázisát minden esetben a tendencia megtorpanását/megfordulását megelőző évhez tartozó érték jelentette. Az egyes mutatók eltérő időszakokra elérhetőek, így hol az ezredforduló előtti néhány év, hol a 2000-es évtized közepe-vege jelentette az idősor kezdőpontját, de minden esetben igyekeztem a leghosszabb adatokkal lefedett időintervallumot elemezni.

A tartósan betöltetlen háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátási körzetek helyzetének elemzésére az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Alapellátási Osztálya által gondozott nyilvántartás 2018 decemberében aktuális adatait vettem alapul. A betöltött és betöltetlen körzetek területi megoszlását a körzet típusa szerinti lebontásban a gyermek, felnőtt és vegyes körzetekre vonatkozóan vizsgáltam, első körben leíró jelleggel. Bár a teljes kutatásnak részét képezte, de jelen tanulmányban terjedelmi korlátok miatt nem térek ki a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátórendszer fajlagos kapacitásainak változásaira.

Annak érdekében, hogy a tartósan betöltetlen háziorvosi körzetekhez tartozó ismérvek közötti kapcsolatok közül a valóban releváns összefüggéseket tanulmányozhassam, a változók közti kapcsolatok feltárására matematikai statisztikai elemzést végeztem. Első körben, az

általánosabb megállapításokat megalapozandó, a kategorikus skálán értelmezett változók közötti összefüggéseket vizsgáltam, és erre a keresztábrás elemzés módszerét alkalmaztam. A változók és kialakított kategóriáik a következők voltak:

- *Régió:* a körzet központját jelentő települést közigazgatási értelemben magába foglaló NUTS 2 szintű régió
- *Háziorvosi szolgálat típusa:* Felnőtt körzet; Gyermek körzet; Vegyes körzet
- *Körzetközpontnak helyet adó település nagyság-kategóriája:*
0-499 fő; 500-999 fő; 1.000-1.999 fő; 2.000-4.999 fő; 5.000-9.999 fő; 10.000-19.999 fő; 20.000-49.999 fő; 50.000-99.999 fő; 100.000 fő vagy több
- *Körzetméret megfelelése:* Megfelelő; Alulméretezett; Túlméretezett
- *Betöltetlenség hossza:*
Kevesebb, mint 1 éve; 1-5 éve; 6-10 éve; 10 évnél régebben

Az asszociatív összefüggések szignifikanciáját a Pearson-féle Khi-négyzet (a továbbiakban χ^2) próbával vizsgáltam. A minden esetben nominális változók kapcsolatának kimutatására a szimmetrikus Cramer's V és Kontingencia-együtthatót (C) használtam. A névleges változók kapcsolatának erősségét mérő mutatók értéke 0 és 1 között változik.

Az egyes körzettípusok (gyermek, felnőtt, vegyes) relációinak megértéséhez a metrikus skálán értelmezett változók kapcsolatát elemeztem. Valamennyi körzettípus esetén a következő, arányskálán értelmezett mutatók együttlözését vizsgáltam:

- A körzetközpontnak helyet adó település népessége (fő)
- A körzetben ellátandó lakosság nagysága (fő)
- A körzetben ellátandó lakosság aránya a körzet központjának helyet adó település érintett korcsoportjához viszonyítva
- A körzet betöltetlenségének hossza (év)

Ahhoz, hogy megbizonyosodjak a változók alkalmasságáról a kapcsolat szorosságát mérő Pearson-féle lineáris korrelációs együttható kiszámítására, normalitás-vizsgálatot végeztem. Tekintve, hogy valamennyi körzettípus esetén mind a Kolmogorov-Smirnov teszt, mind pedig a Shapiro-Wilk teszt szignifikáns volt ($p \leq 0,01$), valamint a pontfelhő-diagramok is erről árulkodtak, bebizonyosodott, hogy a vizsgálatba bevont változók nem követik a normál eloszlást, így nem végezhető el rajtuk a lineáris korreláció-számítás, hanem helyette a kevésbé kifinomult, de a kiugró értékekre és az eloszlásra nem érzékeny rangkorrelációt célszerű alkalmaznom, amely az eredeti metrikus adatok sorrendje alapján képzett ordinális skálatípusú változók (rangok) kapcsolatának irányát és szorosságát méri. A Spearman féle ρ együttható (a továbbiakban r_s) értéke -1 és 1 közé eshet.

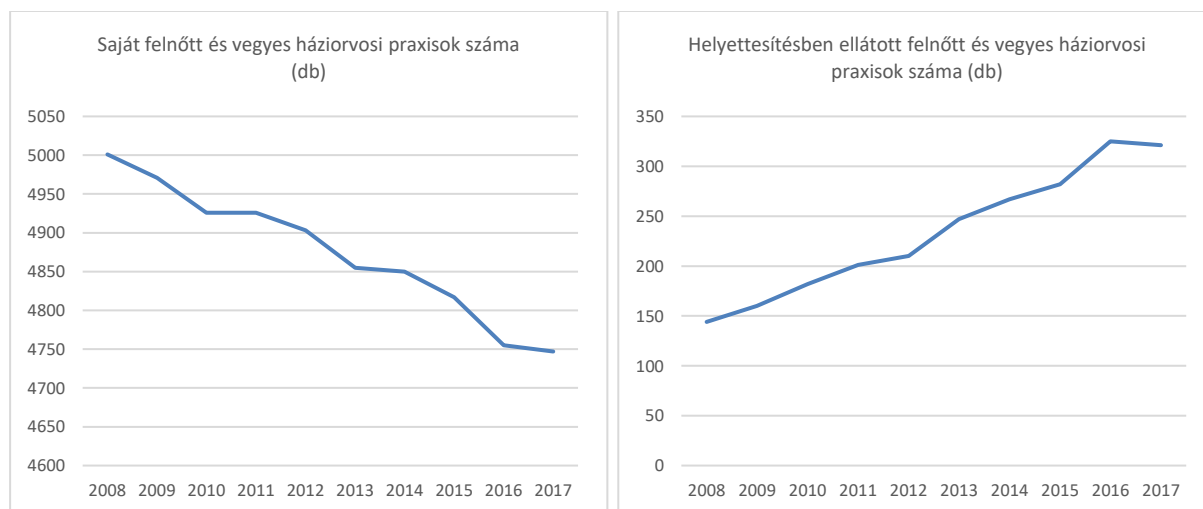
Mind a rangkorrelációs, mind pedig az asszociációs együtthatók esetében a kapott értékek alapján – szignifikáns kapcsolat meglétekor – az összefüggés szorosságát a következőképpen értelmeztem.

< 0,2: gyenge; 0,2-0,4: gyenge közepes; 0,4-0,7: erős közepes; 0,7 < : erős kapcsolat.

Elősegítendő, hogy a házi orvosi és házi gyermekorvosi körzetekre vonatkozó statisztikák mögé látva megismerhessem a betöltetlen körzetek kialakulásának mélyebb összefüggéseit, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Alapellátási Osztályának munkatársaival készített, a házi orvosi ellátórendszer alapvető helyzetét és szélesebb összefüggéseit tárgyaló félig strukturált interjúmban erre is kitértem, és az ide vonatkozó állításokat jelen cikkben, a statisztikai vizsgálatok részletezése után ismertetem.

A háziorvosi és házi gyermekorvosi abszolút kapacitásainak változásai

A KSH adatai alapján a felnőtt és vegyes körzetet ellátó háziorvosok száma apró fluktuációkkal kísért, de összességében csökkenő tendenciát mutatott az elmúlt két évtizedben. 1998 és 2017 között létszámuk 8,88%-kal esett vissza (5210-ről 4747-re). A házi gyermekorvosok száma 1998 és 2003 között ingadozva emelkedő trendet követett, majd onnantól 2017-ig 10,94%-os csökkenés történt (1582-ről 1426-ra). A háziorvosi praxisok tekintetében a saját praxissal rendelkező, csak felnőtteket ellátó háziorvosok praxisainak száma 3578-ról 3,52%-kal 3452-re csökkent 2008 és 2017 között, míg a háziorvos nélkül maradt felnőtt körzetekben helyettesítő praxisok száma 242,86%-kal (!) emelkedett az említett periódusban (28-ról 96-ra). A vegyes körzetben szolgáló praxisok száma 2008-2017 között 9%-kal esett (1423-ról 1295-re), a háziorvossal nem rendelkező vegyes körzetek helyettesítő praxisainak száma pontosan a duplájára (91-ről 182-re) növekedett. A saját gyermekorvosi praxisok számában 2008 és 2017 között 8,53%-os csökkenés könyvelhető el (1559-ről 1426-ra). Az orvos nélküli gyermekorvosi körzetekben 2008-at követően több mint ötszörösére (14-ről 72-re) ugrott a helyettesítést ellátó praxisok száma. Az 1. ábrán leolvasható a saját (bal oldal), valamint az orvossal rendelkező, illetve nem rendelkező helyettesítésben ellátott felnőtt és vegyes háziorvosi praxisok együttes számában (jobb oldal) bekövetkezett változás.

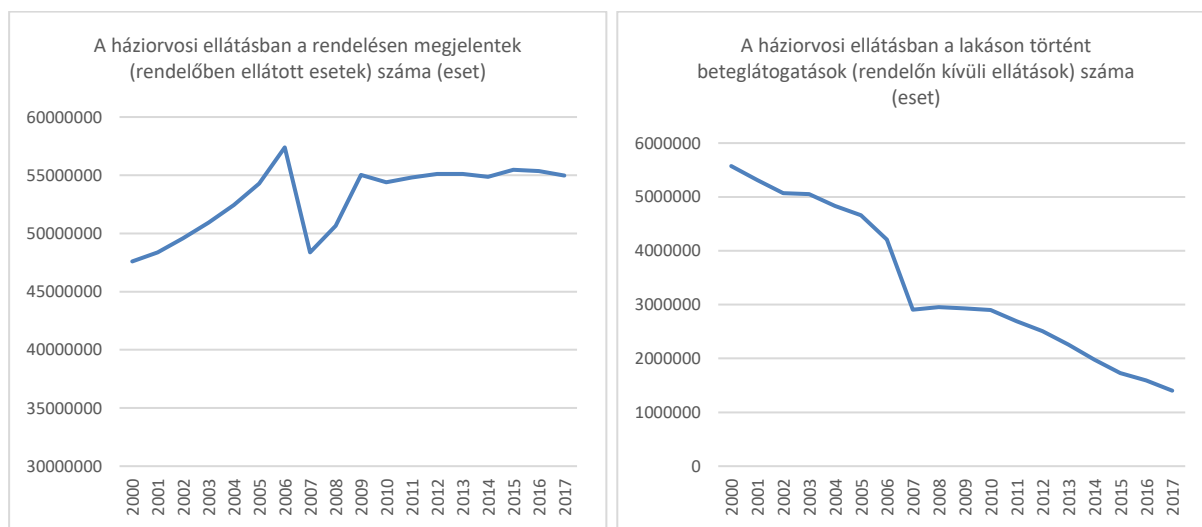


1. ábra: A felnőtt és vegyes háziorvosi praxisok kapacitásváltozásai, 2008-2017

Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

A felnőtt vagy vegyes háziorvoshoz bejelentett lakosok száma a 0-14 éves korosztályban 35,83%-kal, a 15-18 évesek körében 47,53%-kal csökkent 1999 és 2017 között, a 65 éven felülieknél pedig 26,92% volt a növekedés, míg a bejelentett 19-64 évesek száma 1999 és 2008 között 3,65%-kal nőtt, majd onnantól mindössze 1,65% volt a csökkenés mértéke. A gyermekorvoshoz bejelentett 0-11 hónapos lakosok száma 2003 és 2008 között 14,58%-kal nőtt, majd 2017-ig 14,02%-kal csökkent. A 12 hónapostól 4 éves bejelentettek száma teljesen ingadozó jelleget mutatott, az 5-14 éves korcsoportban a vizsgált mutató a 2003-2010-es időszakban 8%-kal csökkent, majd 3,19%-kal emelkedett, a 15-18 éveseknél pedig a 2003-2005-ös időszak hozott 7,14%-os növekedést, ezután pedig – 2017-ig – 17,09%-os esést. A háziorvosi ellátásban a rendelésben ellátott esetek száma 20,59%-kal nőtt 2000 és 2006 között, majd – a vizitdíj bevezetése miatt – 2007-re 15,72%-kal esett vissza, majd – a vizitdíj népszavazás keretében történő elutasítását követően – 2015-ig ismét emelkedésnek indult, 14,66%-kal. A lakáson történt beteglátogatások száma az ezredfordulótól 2017-ig 74,84%-kal esett vissza, viszont itt is feltűnő a mutató 2006-ról 2007-re történő 30,97%-os zuhanása. A

házi gyermekorvosi ellátásban a rendelésen megjelentek száma ingadozva ugyan, de inkább stagnálás közeli állapotot mutatott az ezredforduló óta eltelt időben, míg a rendelőn kívüli ellátási esetek száma egyenletesen, 69,38%-kal csökkent.



2. ábra: A háziorvosi ellátás betegforgalma (gyerekorvos nélkül), 2000-2017

Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

A háziorvosi és házi gyermekorvosi körzetek területi megoszlása

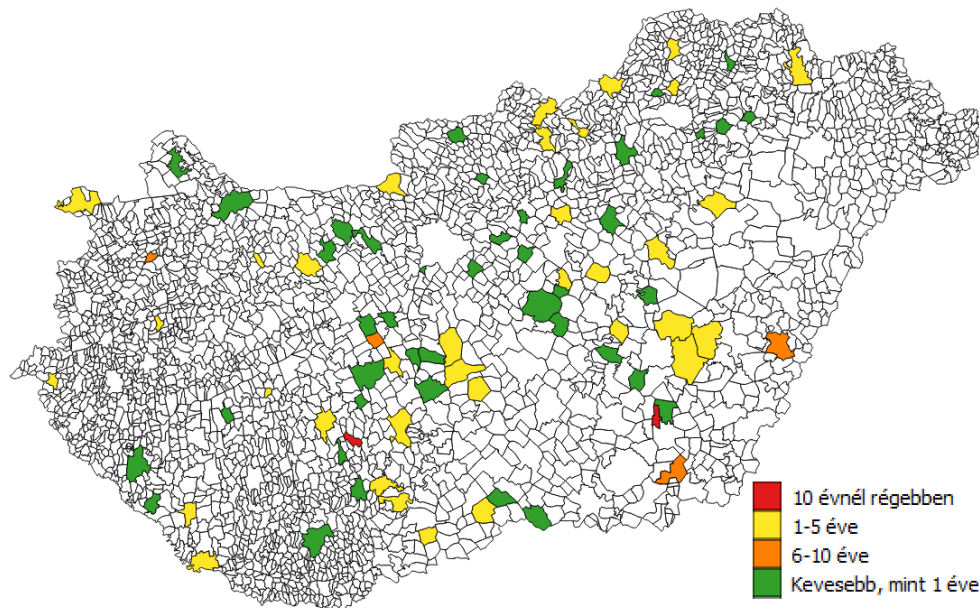
Magyarországon 2018 decemberében területi ellátási kötelezettséggel 1492 gyermek, 3365 felnőtt és 1486 vegyes háziorvosi körzet működött. A gyermek körzetek egyharmada és a felnőtt körzetek 37,77%-a a Közép-magyarországi régióban található, míg a vegyes körzetek többsége (20,86%-a) Észak-Magyarországon. A gyermek és felnőtt körzetek központja mind nagyobb aránya működik a nagyobb népességű település-kategóriákban, míg a vegyes körzetközpontok nagy része (89,09%-a) az 500 főnél népesebb, de 5000 főnél kisebb településeken koncentrálódik. Megfordítva a gondolkodást, a 2000 fő alatti településnagyság-kategóriákban a körzetközpontok 92,83%-a vegyes körzetet lát el, a 2000-4999 fős településeken 46,61% vegyes, 35,09% felnőtt és 18,38% gyermek körzetet, míg 5000 fő felett a körzetközpontok 69,13%-ához tartozik felnőtt körzet, 29,95%-hoz gyermek körzet, és mindössze 0,92%-hoz vegyes körzet.

A betöltetlen körzetek alapadatai

2018 decemberében a betöltetlen körzetek halmazát 89 gyermek, 101 felnőtt és 212 vegyes körzet alkotta, amely azt jelenti, hogy a gyermek körzetek 5,97%-a, a felnőtt körzetek 3,03%-a és a vegyes körzetek 14,27%-a volt betöltetlen. A gyermek körzetek esetén a betöltetlenek aránya a legmagasabb a Dél-Dunántúlon (8,39%), a legalacsonyabb a Nyugat-Dunántúlon volt (1,53%) volt. A betöltetlen felnőtt körzetek hányada a legnagyobb Észak-Magyarországon (5,67%) volt, a legkisebb (1,65%) Közép-Magyarországon, és ugyanez a két régió képviselte a szélsőértékeket a betöltetlen vegyes körzetek arányában (19,68, illetve 7,69%).

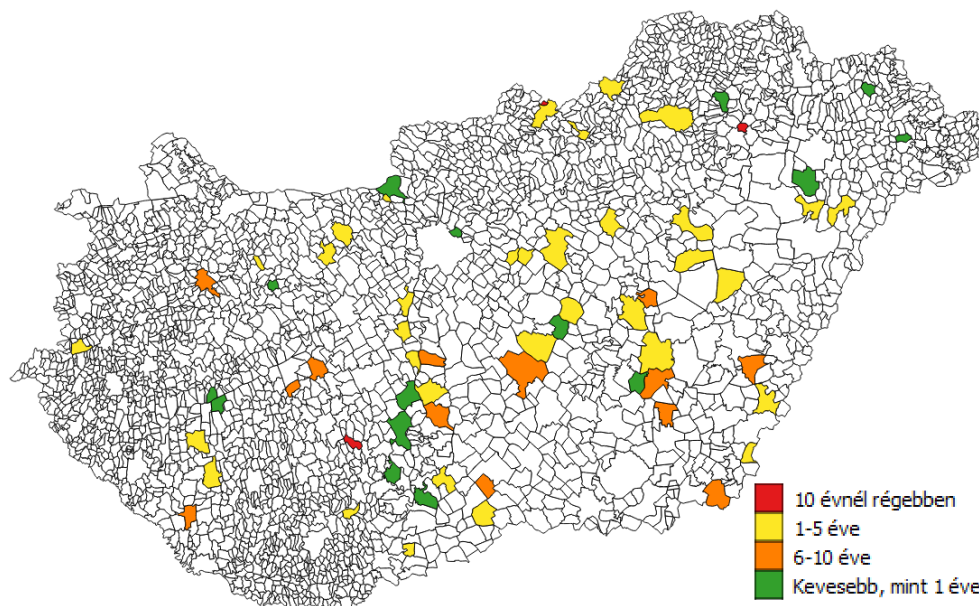
Országosan a betöltetlen gyermek körzetek legnagyobb része a 2000-4999 fős és a 10000-19999 fős népességű településeken található körzetközpontokhoz tartozik, 23,6-23,6 százalékos arányban, míg az 5.000-9.999 és az egy nagyságrenddel nagyobb 50000-99999 fős lakosságú települések közül egyaránt 13,48-13,48%-ban kerülnek ki a betöltetlen gyermek körzetek központjai. A betöltésre váró felnőtt körzetközpontok egyharmada a 2000-4999 lakosú

településeken található, de 16,67%-ban a 10000-19999 fős, illetve 15,69%-ban az 5000-9999 fős kisvárosok is hozzájárulnak a betöltetlen felnőtt körzetek központjának helyet adó települések halmazához. A betöltetlen vegyes körzetek központjai 37,74%-ban az 500-999 fős, 33,02%-ban pedig az 1000-1999 fős település-kategóriában fellelhetők. A népességnagyság szerinti kategorizálásban a fontosabb sárokszámok a következők: a 0-499 fős községekben található központtal a vegyes körzetek 30%-a betöltetlen, és ugyanekkora az aránya a betöltetlen felnőtt körzetek központjainak az 500-999 fő népességű falvak körében, valamint a betöltetlen gyermek körzetközponok hányada az 1000-1999 fős települések halmazán belül. Kiemelendő még, hogy az 5000-9999 fő lakosságú településeken lévő vegyes körzetek 15,39 százaléka áll betöltetlenül.



3. ábra: A 2018. év végén tartósan betöltetlen felnőtt háziiorvosi körzeteknek otthont adó települések a körzet betöltetlenségének hossza szerint

Forrás: NEAK adatai alapján saját szerkesztés



4. ábra: A 2018. év végén tartósan betöltetlen gyermek háziiorvosi körzeteknek otthont adó települések a körzet betöltetlenségének hossza szerint

Forrás: NEAK adatai alapján saját szerkesztés

A tartós betöltetlenség hossza szerint 2018 decemberében a legrégebben betöltetlen körzetekben már 14 éve nincsen állandó házi orvos. A betöltetlen gyermek körzetek 70,79%-ában 3 éve vagy korábban, a felnőtt körzetek 70,3%-ában 1 éven belül, míg a vegyes körzetek 72,3%-ában 5 éve vagy korábban üresedett meg a háziiorvosi praxis. A vegyes körzetek kapcsán kiemelendő, hogy a praxisok 14,55%-a 10 éve vagy régebben betöltetlen, míg ugyanez a felnőtt körzeteknek csupán 4,95, a gyermek körzeteknek pedig 3,96 százaléka jellemző. A körzetek lakosságát számításba véve megállapítható, hogy a valamely – gyermek, felnőtt vagy vegyes – ellátási típusba tartozó betöltetlen körzetek által érintett lakosság több mint félmillió fő (egészen pontosan 510 193 ember a vizsgált statisztikák alapján): ebből 60 219 a gyermek, 172 309 a felnőtt és 277 665 a vegyes betöltetlen körzetbe tartozó népesség nagysága.

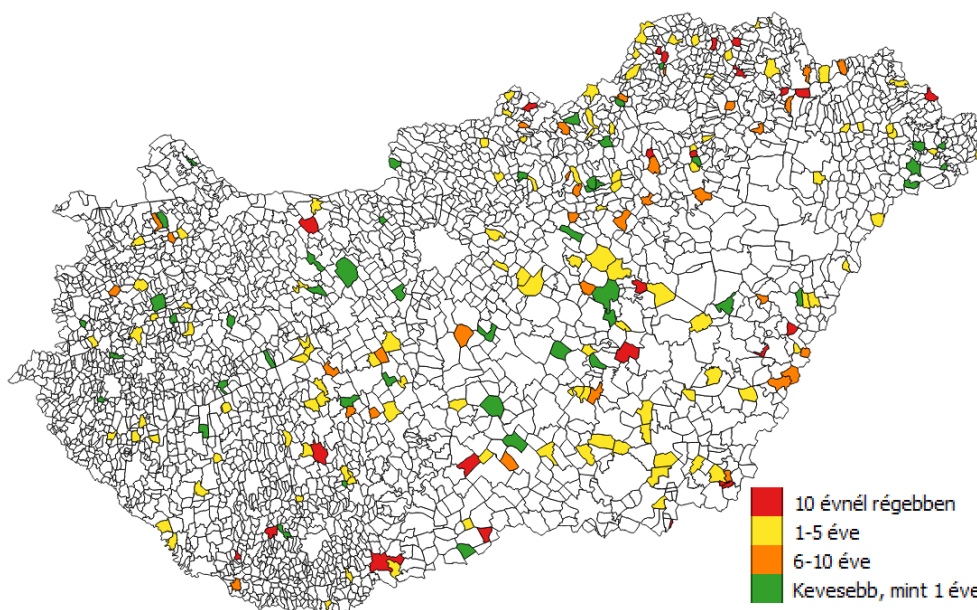
Az ellátott népesség szerinti megoszlásukat tekintve az egyes körzetek többnyire a típusuk alapján törvényben meghatározott nagyságú lakosság számot koncentrálnak: a betöltetlen gyermek körzetek 42,7%-a kevesebb, mint 600 főt, 33,71%-a pedig 600-799 fős népességet lát el, és kicsit kevesebb, mint egyötöde (19,1%) tömörít 800-1199 főt. A felnőtt körzetek 68,32%-a 1500 fős vagy nagyobb népességet fed le, 23,76%-a pedig 1200-1499 főt. Belátható, hogy a vegyes körzetek megoszlása esik leginkább közel a kiegyenlítetthez: kicsivel több, mint egyharmaduk (34,43%) 1500 fő feletti, 21,23%-uk 1200-1499 fős, 29,25% pedig 800-1199 fős körzetben működik. Mint az már korábban említésre került, a betöltetlen körzetekben a háziiorvosi ellátást helyettesítéssel oldják meg.

Figyelembe véve a már említett 43/1999 kormányrendelet vonatkozó előírásait, a felnőtt és vegyes körzetek közül az 1200 és 1500 fő közöttieket tekintetem megfelelő méretűnek, míg az ezen intervallum alatti létszámúakat alulméretezettek, felette pedig túlméretezettek. A gyermek körzeteknél a megfelelőség intervalluma a fenti jogszabálynak megfelelően a 600-800 fő volt. A betöltetlen felnőtt körzetek 68,32%-a túlméretezett, tehát az amúgy is nagyobb településeken jellemző körzettípus általában nagyobb terhelést kap, mint kellene, míg az alulméretezettek aránya csupán 7,92%. A vegyes betöltetlen körzetekben kiegyenlítettebb az egyes kategóriák aránya, de így is 44,34% az alulméretezett körzetek aránya, míg egyharmaduk túlméretezett. Figyelembe véve a vegyes körzetek településnagyság szerinti előfordulását, nem meglepő, hogy sok esetben a több apró települést lefedő körzet sem éri el a megfelelőség alsó küszöbét. A betöltetlen gyermek körzetek esetében is az alulméretezettek képezik a legnagyobb hányadot (42,7%), viszont a megfelelő létszámú körzetek egyharmados aránya meghaladja a túlméretezettek 23,6%-os előfordulását ebben a körzettípusban.

A körzetek betöltetlenségének összefüggései

A szakirodalom és az előzetes ismereteink tudatában világos lehet számunkra, hogy Magyarországon a települések népességnagyság szerinti eloszlása területileg nem egyenletes. Az Észak-magyarországi, illetve a Nyugat- és Dél-dunántúli régió esetében az apró- és kistelepülések, az Észak- és Dél-Alföldön a nagyközségek és kisvárosok aránya domináns, míg Közép-Magyarországon jelentős a kis- és középvárosok szerepe a településhálózatban. Mindez többé-kevésbé visszatükröződik a betöltetlen körzetek központját adó települések nagyságkategória szerinti területi megoszlásában is. A keresztábrák vizsgálat révén visszaigazolódnak a leíró elemzés során már feltárt, a településnagyság és a háziiorvosi szolgálat típusa közötti, a mutatók alapján erős közepes intenzitású kapcsolódás is ($\chi^2(16)=262,097, p < 0,01$;

$C=0,628$, $p<0,01$): a kisebb településeken arányukban a vegyes körzetek a meghatározóak, és a betöltetlen státusz ezeket a körzeteket érinti a leginkább.

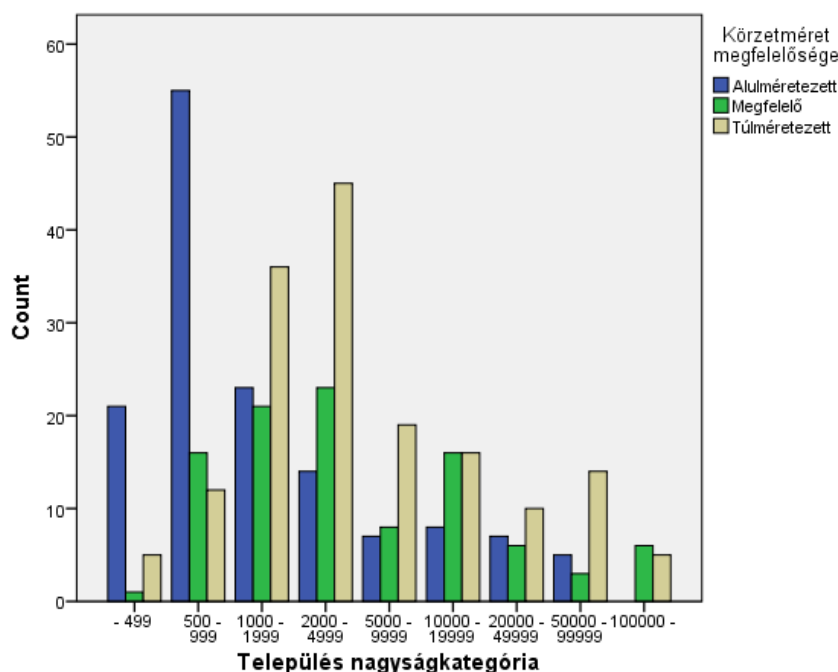


5. ábra: A 2018. év végén tartósan betöltetlen vegyes háziiorvosi körzeteknek otthont adó települések a körzet betöltetlenségének hossza szerint

Forrás: NEAK adatai alapján saját szerkesztés

Egy adott körzet ellátandó lakosság száma a körzetközpontnak helyet adó település nagyságával való összefüggése is szignifikanciát mutat ($\chi^2(16)=97,394$, $p<0,01$; $C=0,442$, $p<0,01$): az 1000 fő alatti lakosságú településeken található betöltetlen körzetek jellemzően alulméretezettek, 1000 és 10000 fő között a túlméretezettség dominál. A 10000-19999 fős településeken némileg több a megfelelő terheltségű körzetek száma, mint a túlméretezetteké, 20000-49999 fő között a megfelelő és a túlméretezett betöltetlen körzetek száma kiegyenlített. Az 50000-99999 lakosú településeken a túlméretezett körzetek száma több mint duplája a megfelelő méretűeknek a betöltetlenek közül. 100 ezer fő felett a megfelelő terhelésű betöltetlen körzetek száma meghaladja a túlméretezettekét, és ebben a népességnagyság-kategóriában már nincs alulméretezett körzet. Az alulméretezett maradványkörzetek számossága és betöltetlen körzeteken belüli aránya a Dél-alföldi régióban a legmagasabb, míg a túlméretezetteké Észak-Magyarországon. A központi régióban a túlméretezett betöltetlen körzetek mennyisége több, mint a megfelelőek és alulméretezettek száma együttesévé.

Szignifikáns, gyenge közepes összefüggés húzódik a körzet központját adó települést befoglaló régió és a körzet betöltetlenségének hossza között ($\chi^2(18)=49,978$, $p<0,01$; $C=0,333$, $p<0,01$). A fejlettségükben, társadalmi-gazdasági állapotukban kedvezőtlenebb helyzetű Észak-magyarországi, Dél-dunántúli, Észak- és Dél-alföldi régiókban a körzetek nagy része 1-5 éve betöltetlen, és itt található azon körzetek többsége, amelyek 10 évnél régebben betöltetlenek, míg a Közép-magyarországi, illetve a Közép- és Nyugat-dunántúli régiókban az újonnan betöltetlenné vált körzetek dominálnak.



6. ábra: A tartósan betöltetlen körzetek megoszlása a körzetközpontot adó település népességnagyság-kategóriája és a körzetméret megfelelősége szerint

Forrás: NEAK adatbázis alapján saját számítás és szerkesztés

A rangkorrelációnak a tartósan betöltetlen körzetek típustól független teljes körére történő kiszámítása egyetlen adatpár kapcsán bírt relevanciával: a körzetnek helyet adó település népessége szignifikáns ($p < 0,01$), ellentétes előjelű, gyenge-közepes ($r_s = -0,335$) kapcsolatot mutat a tartós betöltetlenség éveiben kifejezett hosszával. Hasonló intenzitású összefüggést mutat a keresztábra elemzés is a betöltetlen körzetek teljes körének fenti ismérveire vonatkozóan: a 2000 fő alatti településkategóriákban a 2018 decemberét megelőző 5 évben betöltetlenné vált körzetek vannak a legtöbben, mint ahogy az 5000 fő feletti, de 100 ezer fő alatti településeken is. A 2000-4999 fős, illetve a 100 ezer fő feletti népességű településeken azok a körzetek vannak többségben, amelyek 2018-ban váltak betöltetlenné. A legtöbb 10 évnél régebben betöltetlen körzet az 1000 fő alatti településeken található.

Megtartva a leíró elemzés logikáját, körzettípusonkénti lebontásban is vizsgáltam az egyes változók összefüggéseit, hogy gyermek-, felnőtt- és vegyes-körzetre specifikusan vonhassak le következtetéseket a térség, a településnagyság, az ellátott lakosság, a körzetméret megfelelősége és a betöltetlenség hossza kapcsán (3. táblázat).

A gyermek körzetekben a körzet központjának helyet adó település népessége és a körzetben ellátandó 0-14 éves lakosság száma között szignifikáns, gyenge közepes kapcsolat mutatkozik ($r_s = 0,364$, $p < 0,01$), tehát a betöltetlen gyermek körzetek potenciális terhelése a település érintett korcsoportja részéről a nagyobb településeken vélhetően magasabb. Jóval hangsúlyosabban van ez így a vegyes körzetek esetén, ahol a körzetközpontot jelentő település népessége és a körzet által ellátott lakosságszám között szignifikáns, erős közepes összefüggés van ($r_s = 0,594$, $p < 0,01$). A felnőtt körzetekben nincsen statisztikailag kimutatható kapcsolat az említett paraméterek között ($p = 0,782$).

3. táblázat: A Spearman-féle rangkorreláció nagysága, iránya és szignifikanciája a metrikus változó párokra körzettípusonként

Spearman-féle ρ		Körzetközpont település népessége (fő)	Körzet ellátandó lakosság száma (fő)	Ellátandó lakosság aránya a település érintett korcsoportjához viszonyítva	Betöltetlenség hossza (év)	
GYERMEK betöltetlen körzetek N=89	Körzetközpont település népessége (fő)	r_s	1,000	0,364**	-0,968**	-0,219*
		p (2 oldali)	.	0,000	0,000	0,039
	Körzet ellátandó lakosság száma (fő)	r_s	0,364**	1,000	-0,183	-0,156
		p (2 oldali)	0,000	.	0,086	0,145
	Ellátandó lakosság aránya a település érintett korcsoportjához viszonyítva	r_s	-0,968**	-0,183	1,000	0,215*
		p (2 oldali)	0,000	0,086	.	0,043
Betöltetlenség hossza (év)	r_s	-0,219*	-0,156	0,215*	1,000	
	p (2 oldali)	0,039	0,145	0,043	.	
FELNŐT betöltetlen körzetek N=101	Körzetközpont település népessége (fő)	r_s	1,000	-0,028	-0,977**	-0,081
		p (2 oldali)	.	0,782	0,000	0,422
	Körzet ellátandó lakosság száma (fő)	r_s	-0,028	1,000	0,187	-0,284**
		p (2 oldali)	0,782	.	0,062	0,004
	Ellátandó lakosság aránya a település érintett korcsoportjához viszonyítva	r_s	-0,977**	0,187	1,000	0,023
		p (2 oldali)	0,000	0,062	.	0,817
Betöltetlenség hossza (év)	r_s	-0,081	-0,284**	0,023	1,000	
	p (2 oldali)	0,422	0,004	0,817	.	
VEGYES betöltetlen körzetek N=212	Körzetközpont település népessége (fő)	r_s	1,000	0,594**	-0,683**	-0,290**
		p (2 oldali)	.	0,000	0,000	0,000
	Körzet ellátandó lakosság száma (fő)	r_s	0,594**	1,000	0,033	-0,458**
		p (2 oldali)	0,000	.	0,638	0,000
	Ellátandó lakosság aránya a település érintett korcsoportjához viszonyítva	r_s	-0,683**	0,033	1,000	0,064
		p (2 oldali)	0,000	0,638	.	0,352
Betöltetlenség hossza (év)	r_s	-0,290**	-0,458**	0,064	1,000	
	p (2 oldali)	0,000	0,000	0,352	.	

* A korreláció 5%-os szinten szignifikáns (kétoldali). ** A korreláció 1%-os szinten szignifikáns (kétoldali).

Forrás: saját számítás alapján saját szerkesztés

Logikusan belátható a betöltetlen gyermek körzetekben ($r_s = -0,968$, $p < 0,01$) és a felnőtt körzetekben ($r_s = -0,977$, $p < 0,01$) nagyon szoros, a vegyes körzetekben közepesen erős ($r_s = -$

0,683, $p < 0,01$) negatív előjelű kapcsolat a körzetközpontnak otthont adó település népessége, illetve a körzetben ellátandó lakosságnak az ugyanazon településről érintett korcsoporthoz viszonyított aránya között. Míg a kisebb települések esetén a körzetközpontban ellátott adott korcsoportba tartozó népesség több település ellátottjaiból adja ki a nagyjából rentábilis körzetméretet, és így a körzetközpontot adó település érintett lakossága csak az összes ellátott egy részét teszi ki, addig a nagy településméret-dimenziókban egy adott körzet már a település érintett korú lakosságának csak egy részét tudja ellátni.

A betöltetlen gyermek körzetekben 0,05, a vegyes körzetek esetében pedig 0,01 alá esik az empirikus szignifikanciaszint, és ellentétes, gyenge közepes kapcsolat húzódik a körzetközpontot adó település népessége és a körzet betöltetlenségének hossza között, tehát ezekben a körzettípusokban a kisebb települések körzetei nagyobb eséllyel régebb óta betöltetlenek. A felnőtt körzetekben nem mutatható ki ez az összefüggés a rangkorreláció alapján.

A betöltetlen felnőtt és vegyes körzetek ellátandó lakosság száma és betöltetlenségének hossza között szignifikáns ($p = 0,004$, illetve $0,000$), negatív előjelű, előbbi körzettípus esetén gyenge közepes ($r_s = -0,284$), utóbbinál pedig erős közepes ($r_s = -0,458$) kapcsolatot tárt fel az elemzés. Tekintve, hogy a felnőtt és a vegyes körzetekben a közös vonás a teljes 14 év feletti lakosság ellátása, arra következtethetünk, hogy az ellátandó felnőtt lakossággal jobban „leterhelt” körzetek rendszerint némileg később váltak betöltetlenné.

A szakértői interjú megállapításai

Az ÁEEK Alapellátási Osztálya szakembereinek elmondása szerint a háziiorvosi ellátás 1992-ben kialakult rendszere szemléletbeli változást hozott a korábbiakhoz képest: míg azelőtt a körzeti orvost az ellátási hierarchia alján elhelyezkedő szereplőnek tekintették, a fordulatot követően az immáron háziorvosnak nevezett alapellátó orvosok inkább a szakorvosi vizsgálatok „megrendelőjeként”, a beteg „ügyvédjeként” jelentek meg a közfelfogásban, akiknél a betegre vonatkozó legtöbb információ áll rendelkezésre, akik ismerik az ellátórendszert, és a páciens egészségének „menedzselését” végzik. Az általuk nyújtott szolgáltatás optimális esetben kiterjed a prevencióra, az állapotfelmérésre, a beutalásra és a gondozásra.

A háziiorvosi körzetek tekintetében mindenképpen fontos, hogy az orvosnak az ellátandó körzet méretét tekintve anyagilag megérje a tevékenység. Bár már lassan két évtizede jogszabályban meghatározott a körzetkialakítás finanszírozható mérete, nagyon sok az alacsony létszámú maradványkörzet. Mindez a földrajzi adottságoktól is függ, van olyan aprófalvas térség, ahol tíz falu tesz ki egy 1000 fős körzetet. Magát a háziiorvosi működést napjainkban leginkább a viszonylagos szabadság, intézménytől való függetlenség, a betegekkel lépcsőzetesen felépített, folyamatos személyes kapcsolat, a növekvő jövedelemszint teheti vonzóvá. Évek óta folyamatosan megy a Praxis-I. és Praxis-II. program, amely a háziorvossá válás, illetve átképzés gyakorlati kereteit biztosítja, és az állam pályázatokkal támogatja a praxisjogvásárlást és letelepedést. A tapasztalat azt mutatja, hogy a praxisprogramok jobb hatékonysággal bírnak a háziorvosok gyakorlati képzésében, mint az egyetemek.

A körzetek ideiglenes vagy állandósult betöltésében azok a települések vonzóbbak, amelyek Budapestről vagy a megyeszékhelyekről könnyebben, gyorsabban megközelíthetők. Térségi szinten Budapest, Pest megye, Nyugat-Magyarország a népszerűbb célpontok, míg pl. Észak-Magyarországra nehezebb orvost találni. Az életvitelszerű áttelepülés a betöltött körzetbe ritka, inkább a külföldről hazatelepülő orvosokra jellemző. Azokon a kedvezőtlen helyzetű

településeken, ahol szegregátum van, jellemzően egy helybéli orvos szokta vállalni a praxist. A legnagyobb taszítóerőt egy-egy körzet kapcsán a kiszolgáltatottság, az ügyeleti kényszer, a nehezen kezelhető lakosság jelenti.

Fontos látni azt, hogy a tartós betöltetlenség kialakulása nem egycsatornás folyamat, tehát nem csak az orvosok „kényén-kedvén” múlik. Sok esetben az önkormányzatok magatartása akadályozza a körzetek betöltését: nem keresnek orvost, mert a helyettesítés révén megoldott az ellátás, és bármikor, akár indoklás nélkül is felmondhatják a szerződést (volt már arra is precedens, hogy Praxis-I. programban résztvevő orvosnak mondtak fel). Az interjú készítésének időpontjában van olyan Praxis-I. programba jelentkezett orvos, aki fél éve nem talál települést, ahol szakmai gyakorlatát megkezdhetné. A szakembereknek az egyes körzetekbe történő delegálása az ÁNTSZ feladata kellene, hogy legyen, mert az önkormányzatok ebben a kérdésben laikusnak tekinthetők. A helyettesítésről azt gondolnánk, hogy púp a házi orvosok hátán, mert sokkal több beteget kell ellátni, többet kell mozogni a körzetek között, és egy-egy településre, illetve betegre jóval kevesebb idő jut. Azonban a helyettesítésből sok házi orvos tartós egzisztenciát épít ki, mivel több körzet után több finanszírozás jár – ez jobb, mint egyetlen nagy körzetet vinni. Sokszor pedig az is előfordul, hogy az önkormányzat a lakosok nyomására nem akarja elengedni a helyettesítő orvost, mert rávehető, hogy bármit felírjon (pl. antidepresszánt).

Hogy a körzetek betöltésében és az egyes önkormányzatok által konzervált helyzetben mennyire nem a rentábilis méret és működés a fő szempont, azt az a tény is bizonyítja, hogy a házi orvosi ellátás történetében körzethatár-módosításra, és ezen keresztül történő optimalizálásra még nem volt példa, kisebb körzetekre való szétválásra azonban már volt precedens. Tekintve, hogy a Praxis-I. programban való részvétel nem jár együtt a praxisjog megszerzésével, ezért elkötelezettséget sem jelent. Mégis, az orvosok és az önkormányzatok részéről is egy kölcsönös megértési folyamatnak tudható be, hogy a Praxis-I. programban résztvevő orvosok nagy része a szakvizsga megszerzése után ottmarad a neki addig munkát adó körzetben. Érkeznek szakemberek a határon túlról is, legfőképpen Ukrajnából, Romániából és Szerbiából. Általánosságban elmondható, hogy a letelepedési vagy praxisvásárlási pályázatos lehetőségeket a rendszerbe belépő orvosok rendre bekalkulálják, kihasználva azt, hogy noha a praxisprogramok időlegesen megoldják az orvoshiányt, de a körzet tartósan betöltetlen státusza ettől még megmarad, és a tartós betöltetlenség hosszának praxisprogram alatt is folyamatosan növekvő mivolta az adott körzet betöltésének támogatási szorzóit növeli.

Következtetések

Tanulmányomban a betöltetlen házi orvosi és házi gyermekorvosi körzetek kialakulásának területi összefüggéseit vizsgáltam. A szakirodalom egyetért abban, hogy a társadalom egészsége fejlesztésének alappilléret képezi az egészségügyi ellátórendszer kiépítése, fejlesztése, és az egyenlő hozzáférés biztosítása. Utóbbi megteremtésében esszenciális jelentőségű a megfelelő egészségügyi alapellátás működtetése, amely a legfejlettebb országokban jelentős átalakuláson ment át az elmúlt évtizedekben. Az alapellátás az első szint, ahová a betegek fordulhatnak problémáikkal, egyben az a kapocs, amely szükség esetén megteremti az összeköttetést a szakellátások rendszerével. Ideális esetben az alapellátás holisztikus szemléletű, ember- és egészségközpontú, folyamatos személyes kapcsolattartáson alapul, hangsúlyt fektet a megelőzésre, és megteremti az ellátás folytonosságát.

A Kelet-közép-európai országok, köztük Magyarország is küzd az alapellátás hagyományos, önálló praxisokon alapuló modelljének hátrányaival: a rendszer képessége rendkívül korlátozott az újonnan fellépő, fokozódó igények kielégítésére, és krónikus humánerőforrás-válsággal

küzd. Ennek következményeként alakulnak ki hazánkban a betöltetlen házi orvosi és házi gyermekorvosi körzetek, amelyek egy önmagában is elaprózott, nem rentábilisan működtethető struktúra részei.

A tartós betöltetlenség mind volumenét, mind pedig a hosszát tekintve leginkább a vegyes körzeteket érinti, amelyek többnyire a kisebb településeken találhatóak, az ország aprófalvas település-szerkezetű részein, és azok közül is jelentős számban az Észak-magyarországi régióban. Utóbbi térségben a betöltetlen körzetek nagyobb része a kormányrendeletben meghatározott ellátott lakosság-szám-intervallumhoz képest túlméretezett. Bármely régióban, körzettípusban vagy településméret-kategóriában az alul- vagy túlméretezettség gyakori előfordulása abból fakad, hogy az 1999-ben keletkezett jogszabály csak az újonnan létrehozott körzetek terhelését szabályozza, a régiekét nem, ebből fakadóan pedig sok a nem megfelelően méretezett maradványkörzet. A betöltetlenné válás idejét tekintve az orvoshiány az elmúlt néhány évben kezdte el utolérni a nagyobb települések gyermek, majd felnőtt körzeteit, és 2018-ban különösen felgyorsult ez a folyamat. A betöltetlenség problematikájának megoldását a helyettesítés kapcsán számos önkormányzat által követett gyakorlat sem segíti, illetve a többletfinanszírozásra is sok helyettesítő házi orvos épít egzisztenciát. Az állami programok a házi orvossá képzett vagy átképzett szakemberek betöltetlen körzetekben való elhelyezésével, illetve a praxisvásárlás és a letelepedés támogatásával hatékonyak, de nem képesek ellensúlyozni az előregedés és elvándorlás ütemét, és a helyi döntéshozók magatartása olykor felülírja a programok célkitűzéseit.

Köszönetnyilvánítás



„AZ EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTERIUMA ÚNKP-18-3 KÓDSZÁMÚ ÚJ NEMZETI KIVÁLÓSÁG PROGRAMJÁNAK TÁMOGATÁSÁVAL KÉSZÜLT”

Köszönetemet szeretném kifejezni az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Alapellátási Osztályának a szakmai segítségért és útmutatásért!

Irodalomjegyzék

1. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
2. 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
3. 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól
4. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
5. 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló
6. 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről
7. 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról
8. Black, R.E. – Taylor, C.E. – Arole, S. – Bang, A. – Bhutta, Z.A. – Chowdhury, A.M.R., et al. (2017): Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. Summary and recommendations of the Expert Panel. J Glob Health. 2017. 7:010908. <https://doi.org/10.7189/jogh.07.010908>
9. Carret, M.L.V. – Fassa, A.C.G. – Domingues, M.R. (2009): Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saude Publica. 2009. 25:7–28. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009000100002>

10. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (2013): ESKI Egészségtudományi Fogalomtár. URL: <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Kezd%C5%91lap>
11. Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárság (2015): Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója. Munkaanyag p. 10
12. European Commission (2014): Report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health), 10 July 2014
13. Fernandez, A. – Moreno-Peral, P. – Zabaleta-del-Olmo, E. – Bellon, J.A. – Aranda-Regules, J.M. – Luciano, J.V. et al. (2015): Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. *Prev Med.* 2015;76 Suppl:S5–11. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.11.019>
14. GYEMSZI (2014): Az alapellátás jellemzői Európában.
15. Káposzta J. – Némediné Kollár K. (2018): SMART települési modellek vizsgálata nemzetközi és hazai kezdeményezések alapján, avagy mi lehet a minta a periférián? *Studia Mundi - Economica Vol. 4. No. 3.(2017) 57-66.* <https://doi.org/10.18531/Studia.Mundi.2017.04.03.57-66>
16. Kincses Gy. (2015): Az alapellátás átalakításáról. *Orvostovábbképző Szemle*, 23. évf. 1. sz. / 2016, 67-73.
17. Kringos, D. S. (2013): *The strength of primary care in Europe.* ISBN: 978-94-6122-154-4
18. Macinko, J. – Starfield, B. – Shi, L. (2007): Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv Plan Adm Eval.* 2007. 37:111–26. <https://doi.org/10.2190/3431-g6t7-37m8-p224>
19. McGrail, M. R. – Humphreys, J. S. (2009): The index of rural access: an innovative integrated approach for measuring primary care access. *BMC Health Services Research* 2009 9:124 <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-124>
20. Nuffield Trust: *Primary care in Europe: Can we make it fit for the future? The second European Health Summit, 2013*
21. Perry, H.B. – Rassekh, B.M. – Gupta, S. – Freeman, P.A. (2017): Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 7. shared characteristics of projects with evidence of long-term mortality impact. *J Glob Health.* 2017. 7:010907. <https://doi.org/10.7189/jogh.07.010907>
22. Richard, L. – Furler, J. – Densley, K. – Haggerty, J. – Russell, G. – Levesque, J-F. et al. (2016): Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. *Int J Equity Health.* 2016. 15:64. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0351-7>
23. Rosano, A. – Loha, C.A. – Falvo, R. – van der Zee, J. – Ricciardi, W. – Guasticchi, G. et al. (2013): The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2013. 23:356–60. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks053>
24. Sans-Corrales, M. – Pujol-Ribera, E. – Gené-Badia, J. – Pasarín-Rua, M.I. – Iglesias-Pérez, B. – Casajuana-Brunet, J. (2006): Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract.* 2006. 23:308–16. <https://doi.org/10.1157/13088852>
25. Smith, S.M. – Wallace, E. – O’Dowd, T. – Fortin, M. (2016): Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016. 3:CD006560. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006560.pub3>

26. Starfield, B. (1998): *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press
27. Starfield, B. (2012): Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit.* 2012. 26:20–6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>
28. Tao, W. – Agerholm, J. – Burström, B. (2016): The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2016. 16:542. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1805-8>
29. Tóth T. (2018): Közösségépítés települési dimenziói. *Studia Mundi – Economica*, Vol. 5. No. 2. (2018) p. 71 <https://doi.org/10.18531/Studia.Mundi.2018.05.02.58-73>
30. van Loenen, T. – van den Berg, M.J. – Westert, G.P. – Faber, M.J. (2014): Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Fam Pract.* 2014. 31:502–16. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu053>
31. World Health Organization & United Nations Children’s Fund (2018): *A vision for primary health care in the 21st century – Towards universal health coverage and the sustainable development goals. Technical Series on Primary Health Care*
32. World Health Organization (2016): *Framework on integrated, people-centred health services – Report by the Secretariat. Sixty-ninth World Health Assembly A69/39, Provisional agenda item 16.1, 15 April 2016*