

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

Paulikné Varga Barbara

Debrecen

2025.

DEBRECENI EGYETEM
GAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR

GAZDÁLKODÁS- ÉS SZERVEZÉSTUDOMÁNYOK DOKTORI
ISKOLA

Doktori iskola vezető: **Prof. Dr. Nábrádi András** egyetemi tanár

A HÁZIORVOSI PRAXIS
SZERVEZETFEJLESZTÉSÉNEK ALTERNATÍVÁI

Készítette:

Paulikné Varga Barbara

Témavezető:

Dr. Lácza Magdolna

Professor emeritus

DEBRECEN

2025.

A doktori értekezés betétlapja

A háziiorvosi praxis szervezetfejlesztésének alternatívái

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében
a gazdálkodás és szervezéstudományok tudományágban

Írta: Paulikné Varga Barbara okleveles egészségügyi menedzser

Készült a Debreceni Egyetem Gazdálkodás- és Szervezéstudományok doktori iskolája
keretében

Témavezető: Prof. Dr. Lácza Magdolna

A doktori komplex vizsga bizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

A doktori komplex vizsga időpontja: 20... .

Az értekezés bírálói:

Dr.

Dr.

Dr.

A bírálóbizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

Dr.

Dr.

Az értekezés védésének időpontja: 20... .

NYILATKOZAT

Alulírott, Paulikné Varga Barbara (szül.: Fehérgyarmat, 1977.09.28) büntetőjogi és fegyelemi felelősségem tudatában kijelentem és aláírással igazolom, hogy a doktori (Ph.D) fokozat megszerzése céljából benyújtott értekezésem kizárólag saját, önálló munkám.

Nyilatkozom továbbá, hogy:

- a Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola szabályzatát megismertem, és az abban foglaltak megtartását magamra nézve kötelezően elismerem;
- a felhasznált irodalmat korrekt módon kezeltem, a disszertációra vonatkozó jogszabályokat és rendelkezéseket betartottam;
- a disszertációban található másoktól származó, nyilvánosságra hozott vagy közzé nem tett gondolatok és adatok eredeti lelőhelyét a hivatkozásokban, az irodalomjegyzékben, illetve a felhasznált források között hiánytalanul feltüntettem a mindenkori szerzői jogvédelem figyelembevételével;
- a benyújtott értekezéssel azonos, vagy részben azonos tartalmú értekezést más egyetemen, illetve doktori iskolában nem nyújtottam be tudományos fokozat megszerzése céljából.

Debrecen, 2025. augusztus 26.

Paulikné Varga Barbara

Tartalom

1. Bevezetés.....	4
2. A téma aktualitása és a kutatás hipotézisei.....	6
2.1.A kutatás célkitűzései	10
2.2.Kutatási kérdések, hipotézisek	12
3. Szakirodalmi áttekintés	14
3.1.Az egészségügyi rendszer szakmapolitikai aspektusai	15
3.2.A finanszírozás, a társadalombiztosítás és az ellátás működési modelljei.....	17
3.3.Technológiai forradalom és a társadalom testi-lelki egészsége	24
3.4 A magyar egészségügyi ágazat gyökerei és mai jellemzői	30
3.4.1 A magyar egészségügyi rendszer a kezdetektől napjainkig	30
3.4.2. Reformkoncepciók és kísérletek a rendszerváltás óta	39
3.4.3.A magyar egészségügyi rendszerek és reformok	40
3.4.4.A magyar egészségügy rendszerváltás utáni reformjainak hatása és problémái	42
3.4.5.Az egészségügyi ellátás informatikai támogatása	56
3.4.6.Orvosok és egészségügyi szakdolgozók helyzete	58
3.5 A háziiorvosi körzettől a praxisközösségi formákig	72
3.6 A háziiorvosi professzió, mint a válságkezelés humántőkéje	77
4.A saját kutatás ismertetése.....	84
4.1. A kutatási folyamat leírása.....	88
4.2 Anyag és módszer	89
4.3.A kutatás nehézségei	91
4.4 Vizsgálati eredmények	95
4.4.1.A szociodemográfiai adatok ismertetése:.....	95
4.4.2 A háziorvosok szakképesítésével kapcsolatos adatok ismertetése	100
4.4.3 A háziorvosok munka és jogviszonyának jellemzői	103
4.4.4. A válaszadók véleménye a jelenlegi egészségügyi rendszer átalakításáról	108
4.4.5. A pandémia alatti munkavégzéssel kapcsolatos tapasztalatok	109
4.4.6. A háziiorvosi szolgálat reformjáról és jelenlegi állapotáról kapott jellemző adatok.....	118
4.4.7. A munkahelyi elégedettség és szakmai motiváltság	123

4.4.8. Szemelvények a szabadon megfogalmazott véleményekből	125
5. A hipotézisek vizsgálata	128
5.1. Következtetések	130
6. Az értekezés új és újszerű eredményei	133
7. Diszkusszió	135
8. Összefoglalás	140
8.1. Észrevételek és javaslatok a jelenlegi helyzet javítása és a reform előkészítése érdekében	142
9. Summary	144
Irodalomjegyzék.....	147
Mellékletek.....	157
1. melléklet: Kérdőív.....	158
2. melléklet: European Healthcare Consumer Index (ECHI) alfejezetei és mutatói	169
3. melléklet: Paulikné Varga Barbara Publikációs jegyzéke	1
4. melléklet: Plágiumszűrés eredménye.....	6

1. Bevezetés

Az egészségügyi ágazat az élet minden területéhez és szakaszához kapcsolódik, és a közbeszéd mindennapi témája a változás igényének a megfogalmazása. Az egészségügyi ellátás már a gyermek fogantatásától kezdve folyamatosan rendelkezésre áll a védőnői, a háziorvosi és iskolaorvosi szolgálatok, kórházi járó- és fekvőbeteg ellátás által. Az ellátási rendszerben viszont az egymást követő életszakaszokhoz kapcsolódó ellátási láncban arányeltolódás figyelhető meg. A szervezett és a felügyelt folyamat a kisiskoláskor után megszakad, majd a nagy szervezetben elvész az ember, és a problémák sokasága jelentkezik.

Az egészségügyi ágazat rendkívüli kiterjedtségét mutatja, hogy egyszerre van benne iparági és szolgáltatási szektor, elméleti és alkalmazott kutatás, üzleti és nonprofit szolgáltatás, állami és magán, nevezzük inkább üzleti finanszírozásnak. Az összetettsége miatt valójában komplex problémahalmaz képződött, amelynek a korszerű kezelését kellene kidolgozni. Az egészségügyi átszervezések eredményeként ma már olyan sokféle szervezeti struktúra kapcsolódott össze (Hegedűs 2015), amelynek működése egyszerre tudományos, szakpolitikai, igazgatási, szervezeti és vezetési feladatok ellátását igényli.

Napjainkban legtöbbször csak az anyagi vagy a humán erő problémákat látják, holott ez csak a jéghegy látható része. Véleményem szerint bármilyen nagyok és bonyolultak is a problémák, ezek jelentős részét megfelelő menedzsment módszerekkel lehetne javítani. Először épp a helyzet feltárásával, majd a megfelelő stratégiával, hiszen az eseti beavatkozások az elmúlt reformkísérletek idején sem tették lehetővé a rendszerszintű koordinációt. Az egészségügyben végbement változások bemutatásához és elemzéséhez a hazai és a nemzetközi trendeket dokumentáló jogszabályok ismerete nélkülözhetetlen, amit követhetne a több szempontú vizsgálat az egyes ágazatokban keletkező dokumentációk, statisztikák összehasonlító elemzése, értékelése alapján. A témaválasztásom előtt ilyen aspektusból igyekeztem ismereteket szerezni, de azt még a rendszeres kutatás során sem tudtam kezdetben megítélni, hogy elég lesz-e egy ponton változtatni, vagy rendszerszintű, strukturális változásra van-e szükség. A helyzetelemzés során vizsgáltam a finanszírozási rendszert, az állam részvételét, a működés és az ellátás rendszereit és a kapcsolódó szolgáltatási rendszereket. Az egészségügyi átszervezések kapcsán ma már sokféle szervezeti struktúra kapcsolódik össze, összefonódnak a for- és nonprofit szervezetek, amelyek kutatása rendkívül aktuálissá teszi ezt a témát. A különböző országok egészségügyi rendszerének feltárása során kiderült, hogy két alapvető tendencia érvényesül. Vannak olyan, több államra jellemző rendszerek, amelyek megkönnyítik az együttműködést, és vannak történelmi okokra visszavezethető eltérések, amelyek megszüntetése közös érdek lenne.

Fontos, eldöntendő kérdés, hogy milyen stratégia alapján történhet egy eredményes fejlesztés. Ehhez kapcsolódnak a következő eldöntendő kérdések, kinek a felelőssége, ki készítse és vezesse ezt a változtatást?

Valamennyi kérdésre a disszertációmban nem tudok válaszolni, de elkezdtem egy elemzési kísérletet, amely a menedzsment eszköztárából merítve a klasszikus, a versenyszférában szerzett tapasztalatok alapján, a nemzetközi trendek figyelembevételével, elsősorban a változás- és a stratégiai menedzsment módszerek adaptálásával új szempontú megközelítésre ad lehetőséget.

A szakirodalomban megfogalmazódó problematika megvilágítására elsősorban a PESTEL analízis vizsgálati területeit választottam kiindulásnak, mivel ezek alkalmasak a mikro- és makro környezeti hatások, a szakmai, jogi, igazgatási keretek és a finanszírozási jellemzők hazai és nemzetközi ismertetésére és összehasonlítására.

A kutatásom célja, hogy eredményeim alapján ajánlást fogalmazzak meg a szervezetfejlesztés lehetséges útjainak a kiválasztásához és az egész egészségügyi rendszer vagy egyes területeinek korszerűsítéséhez. Adódott a dilemma, miért éppen most és miért éppen az egészségügyi ágazat, pontosabban az egészségügyi rendszer vizsgálatát választottam. Bár a közbeszédben és a szakirodalomban évtizedek óta komoly viták folynak az egészségügy válságáról, én mégis inkább a humán érintettség okán tartottam fontosnak a jelen helyzet ismertetését, mai állapotának vizsgálatában az okok keresését. A témaválasztásom óta a magyar egészségügyet is megrázó világjárvány és számos központi intézkedés nehezítette a munkámat, ennek ellenére kísérletet tettem egy olyan kutatás megvalósítására, amely a változások menedzselésének módszereivel egy lehetséges hazai egészségügyi szervezetfejlesztési modellt segíthet kidolgozni.

A második világháború után az egészségügy volt az a szolgáltatás, amit elsőként kivontak a piaci törvények alól. Az általános és ingyenes egészségügy a háborús társadalmi sokk után reményt és relatív eredményeket is hozott, de ez az 1960-as évek végére megtorpant, miközben a modernizációs folyamatok is jelentősen csökkentek, és „a megoldásra váró új feladatokkal az intézményhálózat tehetetlenül állt szemben.” (SZALAI 1986). A rendszerváltás óta eltelt idő számos technológiai, tudományos felfedezést hozott, ugyanakkor az emberek szubjektív jóléte és egészségi állapota újabb problémákat eredményezett. Más kutatókhoz hasonlóan én is úgy vélem, hogy ezek elsősorban köz- és szakmapolitikai döntéseket, irányítási, strukturális problémákat generált (Rurik 2024). A fentiek felismerése alapján feltételezem, hogy az egészségügyi rendszer eredményes reformját – ma már pontosabb megnevezéssel – a

válságmenedzselését, csak az alapproblémák ismeretében, az alap- és a járóbeteg ellátás korszerűsítésével, szervezeti fejlesztésével lehet elkezdni.

2. A téma aktualitása és a kutatás hipotézisei

A témaválasztásomkor a fenti problémák kívülről kaotikusnak látszottak, csak az egészségügy részterületeinek a reformtervezeteiben fogalmazódtak meg korszerűsítési koncepciók (béremelések, elvándorlás megállítása, költségvetési hiány újraképződése) (Hegedűs 2013). A munkám során betekinthessem a különböző egészségügyi alrendszerek, intézményi formációk működésébe, és adódott a témaválasztásom, hogy próbáljak készíteni egy összegzést az egészségügyi működés problémáiról, kísérletet tegyek összefüggések feltárására. Az első diplomámat az egészségügyi szervező szakon szereztem, oktatóként ennek a szaknak több alapozó és ügyvitelszervező tematikájáért vagyok felelős, ebből adódóan kötelességemnek is éreztem, hogy megvizsgáljam a folyamatot, amelyen érzékelhetően szükséges változtatni. A saját kutatási kérdéseim, céljaim megfogalmazásakor azonban rá kellett döbennem, hogy az egyes területek felelős vezetőinek a programjai mögött nem fedezhető fel egy koncepcionális tervzet, egy komplex stratégiai elképzelés, a részterületek korszerűsítési, javítási intézkedései így nem koherensek, az egészségügy intézményrendszerének összességéhez alig kapcsolódnak.

Az egészségügyi rendszer működéséről az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1946-ban megfogalmazott egy alkotmányt, amelyhez összesen 194 ország csatlakozott. Ebben elfogadták azokat az alapelveket, amelyek megfelelnek az évszázadok alatt megtartott gyógyítási etikának, de igyekeztek figyelembe venni a modern orvostudomány működtetésének a kívánalmait is (Baráth 2008).

Ezeknek a globálisan érvényes irányelveknek a hazai viszonyok közötti érvényesítését elfogadta a magyar állam, de az azóta eltelt közel két generációnyi idő alatt számos olyan tényező akadályozta, módosította a betartatását, amelyet nem lehet figyelmen kívül hagyni.

Több mint 30 éve az egészségügyben is megtörtént a rendszerváltás. 1990 előtt az egészségügyi ellátórendszer kizárólag állami tulajdonban volt (Fazekas, 2023). A három pólusú rendszer: a körzeti orvosi ellátás (felnőtt- és gyermekorvos, fogászat), a járóbeteg szakellátást biztosító Szakszervezetek Társadalombiztosítási Központja (SZTK), valamint a kórházak képezték az egészségügyi rendszer alapját (Sinkó 2005) (Igazné 2006). A rendszer átalakítása során a három komponensű egészségügyi rendszert két részre osztották fel: alapellátásra és szakellátásra, amely már megfelelt a progresszív ellátási modell elvárásainak. A modell lényege, hogy a hierarchikus felépítésen alapuló egészségügyi ellátórendszer egymásra épülő szintjein az egészségügyi rendszer szereplőinek eltérő szintű felkészültségét figyelembe véve

hatékonyabban kell megszervezni a feladatokat és kompetenciákat úgy, hogy a beteg az egészségi állapot által indokolt legmegfelelőbb szinten kerüljön ellátása. (Csengei, 2003; Uzzoli, 2007; Ágoston, és mtsai. 2011). A szemléletmód megváltoztatása alapvető követelmény volt, hiszen az akkori gazdasági-társadalmi követelmények között nem tudták biztosítani az ellátórendszer finanszírozását. A hárompólusú rendszerben használt kapacitás-elv alapú finanszírozásban az ellátás bevételeinek alapja a teljesített esetszám, a betegforgalom, az ágykihasználás és a teljesített ápolási napok száma volt. Az egészségügy teljes ellátó rendszerének az volt az érdeke, hogy minél nagyobb „teljesítményt” mutasson ki, ezáltal magasabb bevételt érjen el. (Bezerédyné, Hencz és Zalányi 1967). Szükség volt az átalakításra, hiszen az egészségügy átalakításának viszonylag új tényezőjeként megjelentek a tudományos – technológiai – informatikai újítások, amelyek alapvetően befolyásolták az egészségügyi rendszer működését.

A változás igénye évtizedekkel ezelőtt megfogalmazódott, amely a rendszerváltás óta többféle elképzelést is eredményezett, miközben az egészségügy válsága már felismerhetővé vált. A pandémia alatt és után több rendelet jelent meg, amelyek a válságkezelést igyekeztek hatékonyra tenni, ugyanakkor az egészségügyi ágazat egészének a problematikáját nem enyhítették, sőt egyre jobban látszódtak a szervezeti válságjelek (személyi, oltásszervezési és adminisztrációs gondok, veszélyhelyzeti zárlatok).

Munkám során szeretném feltárni a magyar egészségügyi struktúra több dimenziós vizsgálatával a legjellemzőbb szervezeti formákat, azok működtetésének módját, az új szervezeti elemek beépülését, amihez az eddigi koncepciók elemzéseit is felhasználom.

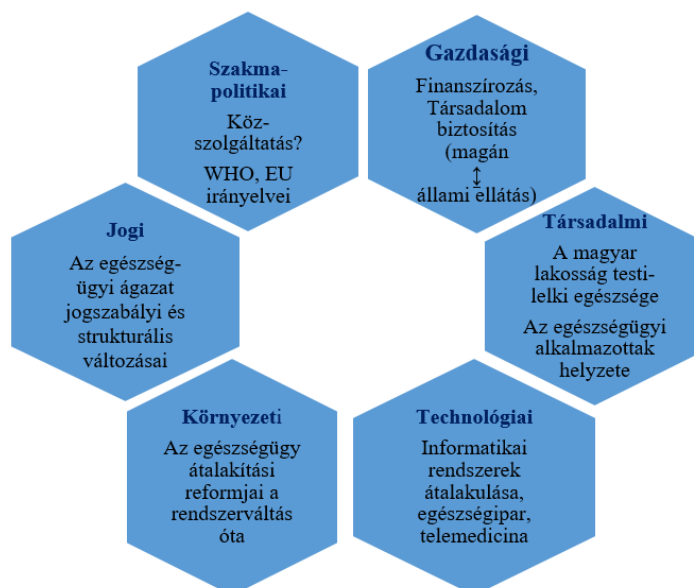
Az Egészségügyi Menedzserképző Központban több kutatás folyt, amelynek lényege a szervezetfejlesztés, a vezetési, gazdálkodási modellek kidolgozása. Ezek közül kutatásom megalapozásaként is említhetem Gaál (2005) Egészségpolitika jegyzetében is közzétetteket, amelyek alapján az általam vizsgált struktúra neuralgikus aspektusait összeállítottam. Ezek a következők.

1. A tulajdonviszonyok változása: köztulajdon (állami) és magántulajdon
2. Az egészségügyi szervezetek működési formái: For- és nonprofit szervezetek
3. Az egészségügyi szervezetek irányítási rendszere: tulajdonos és menedzsment kapcsolatok
4. Az egészségügyi szervezetek finanszírozási módja, forrásallokációi, gazdálkodása
5. Az ellátási szervezeti hierarchia: családorvos – szakrendelés – fekvőbeteg ellátás
6. A betegjogok érvényesülése

A fentiek alapján kirajzolódik, hogy az egészségügyet a fenti területek szerint nehéz szervezeti formaként meghatározni, valójában valamennyi, a vezetéstudományban ismert szervezeti formát megtalálhatjuk az egyes egészségügyi szakterületek működésében. A nemzetközi (uniós) egészségügyi szervezetek tipológiája elsősorban abból indul ki, hogy milyen a centralizáció foka, miközben a fenti szakterületeket vették az intézményi, az irányítási, a tervezési vizsgálatokban iránymutatónak. A magyar irányítási rendszer – annak ellenére, hogy legtöbbször centralizált volt – elég gyakran változott.

Kutatásom kezdetén abból indultam ki, hogy mára az egészségügyben egy többszereplős hibrid szervezet alakult ki, amelynek a kutatása során az egyes részek problematikáján túl, magának a megfelelő struktúrának a kialakítása az elsődleges feladat, amelyben a működés, a finanszírozás, a fejlesztés, az együttműködési rendszerek kialakítása során mind a nemzetközi, mind a hazai igényeket ki tudja majd elégíteni, és megfelel a WHO alapidokumentumaiban megfogalmazott célkitűzéseinek.

A problémák feltárásához éppen ezért a nemzetközi és a hazai ismertetést a PEST(EL) analízis, pontosabban ennek a módszernek a szerkezete alapján gyűjtöttem szakirodalomból, jogszabályokból, működési tapasztalatokból. A klasszikus formájában ez a módszer kiterjed Political, Economic, Social és Technological területekre, azaz a politikai-igazgatási, a gazdasági – ami lehetőséget ad mind a makro, mind a mikro környezet jellemzésére is –, a társadalmi és a technológiai vizsgálatokra. Napjainkban egy kibővített változatával, a PESTEL módszerrel szokás inkább egy-egy problémakört analizálni, amelyik kiemeli a jogi és a környezeti (Legal, Environmental) szempontokat, így ma már kibővíthető az ökológiai, informatikai szempontokkal, ezáltal komplex megközelítésre ad módot (1. ábra). A kiemelt szempontok szerinti anyaggyűjtés – úgy gondolom – alkalmasabb az összefüggések megvilágítására.



1. ábra A szakirodalom gyűjtési és elemzési szempontjai a PESTEL analízis szerint

Forrás: saját szerkesztés

Az általam is oktatótt Egészségügyi szervező szak nemzetközileg elfogadott angol megnevezése Healthcare Management, és ez arra bátorított, hogy kutatásomban a menedzsment szemléletet érvényesítsem, mert véleményem szerint az egészségügyi rendszer korszerűsítését eredményesebben lehetne/kellene menedzsment módszerekkel javítani. A szervezet fejlesztésének vizsgálatához szükséges kiindulásként azt a stratégiát kell elemezni, amelyben az állami ágazati szakpolitikai elvek megtalálhatóak. Ennek ismeretében lenne könnyebb eldönteni, hogy Magyarországon mire lenne szükség: A struktúra átalakítására (Organization Transformation) esetleg részleges vagy komplex fejlesztésre (Organization Development), azaz reformok sorozatára vagy egy újraépített teljes átalakításra. Sajnos, annak ellenére, hogy az idők során több reform koncepció is született, ilyen komplex stratégiai dokumentumot nem találtam, pedig a COVID-19 járvány miatt már válságmenedzselésre (Crisis management) is rákényszerültünk. Hivatalosan elfogadott komplex stratégiai terv tehát máig nincs, annak ellenére, hogy többször jelentett be a kormányzat reformokat, hozott finanszírozási, hatásköri, szervezeti döntéseket.

A társadalom számára a legszembetűnőbb probléma, hogy az ellátási rendszer fejlesztését jelenleg elsősorban gazdasági kérdésként kezeli a politika. A társadalmi esélyegyenlőség, az ellátáshoz való hozzáférés területi eltérései (Bíró és Prinz 2020) miatt egyre fokozottabban jelennek meg más rendezendő kérdések is, így a finanszírozás átalakításának az igénye, a közfinanszírozás-magánfinanszírozás problematikája, a szakember ellátottság, a strukturális

változások szükségessége, az állam felelősségvállalása, a szolidaritás elvének érvényesülése. (Fazekas 2023).

1990 előtt az egészségügyi ellátórendszer kizárólag állami tulajdonban volt, 1990 után ezen kereteken belül számos változtatás történt, de a rendszer alapvetően deficitese volt és maradt, így a mai magyar egészségügyi rendszer vizsgálatát azzal kezdtem, hogy összehasonlítottam az alap- és szakellátás területén a múltbeli és a napjainkban keletkezett disszonancia okait, jelenségeit, párhuzamosságait, szervezetlenségeit. A témám aktualitását az élet felgyorsította, hiszen a SARS-CoV-2 koronavírus okozta világjárvány rámutatott mindazon hiányosságokra, amelyek következtében egyre világosabban fogalmazható meg az egészségügyi rendszer korszerűsítésének, a generális átalakításának az igénye

2.1.A kutatás célkitűzései

Napjainkban a pandémia az egész világon rámutatott arra, hogy az egészségügy társadalmi jelentősége milyen mértékben képes az élet minőségét befolyásolni, hogy megbéníthatja mind a gazdasági, mind a társadalmi életet. Nyilvánvaló volt már a 19. század óta, hogy a lakosság egészségi állapota nemcsak az egyének, hanem a közösségek problémája is. Természetesen már a középkor óta ismertek voltak a járványok pusztítását megállítani igyekvő intézkedések, de igazán csak az 1830-as európai kolerajárvány világított rá a lakosság fizikai és biológiai környezetének rendkívüli jelentőségére. A járvány előtérbe helyezte a köztisztaság, a néptáplálkozás, a lakás- és munkaviszonyok javításának kérdését. Ez a változás már előrevetítette/elindította az egyén gyógyításán túl az emberek nagyobb csoportjának, a közösségnek a védelmét, így a közegészségügy szerepét és fejlesztésének fontosságát. A járvány tapasztalatainak és az orvostudomány eredményeinek hatására az iparilag-gazdaságilag fejlettebb államok közfeladatnak ismerték el az egészségügyi ellátás egyik ágát, a járványok elleni küzdelmet. Legfontosabb megoldandó feladatként a kóros tényezők távoltartására, az egyén ellenálló-képességének fokozására és a fertőző betegségek visszaszorítására irányuló kutatásokat határozták meg az emberek lakó- és munkakörnyezetében, élelmezésével és vízellátásával kapcsolatban. Az ekkor jelentős fejlődést mutató tőkés társadalom az alapvető érdekének teljesítése miatt nem térhetett ki a higiénés viszonyok javítása elől, azonban a lakosság gyógyítását már nem vállalta fel. Ezt a középkori céhek mintájára az ekkor formálódó munkásosztálynak magának kellett finanszíroznia, amit az önsegélyező egyesületek, társulások, munkáspénztárak, biztosító pénztárak létesítésével igyekeztek finanszírozni (Simonovits 1975).

A XIX. század közepén nyilvánvalóvá vált, hogy az emberek egészségi állapotára és a járványok kialakulására a társadalmi viszonyoknak jelentős befolyása van, így jelent meg egy új orvostudományi szemlélet a társadalom-egészségügy, amelynek lényege, hogy a lakosság egészségi helyzete és egészségügyi ellátása szorosan összefügg a társadalmi helyzetével, élet és munkakörülményeivel. Így a társadalom-egészségtan kutatói a lakosság rétegei, osztályai esetében az egészségi helyzetüket elemezték. Meghatározták a lakosok szociális és gazdasági helyzetéből adódó, az egészségügyi állapotukban károsodást megakadályozó, illetve hatásukat megszüntető, vagy csökkentő egészségügyi és szociális intézkedéseket (G. Fekete 2011). Ezzel egyidőben elkezdődtek azoknak a központi társadalombiztosítási rendszereknek a kialakításai, amelyek lényegében még napjainkban is fennállnak. A különböző országok egészségügyi rendszerének ismeretének feltárása során kiderülhet, hogy napjainkban két tendencia érvényesül. Vannak olyan, egyre több államra jellemző rendszerek, amelyek megkönnyítik az együttműködést, és vannak történelmi okokra visszavezethető eltérések, amelyek megszüntetése új szemléletet és szervezetfejlesztést igényelnének. Dolgozatomban ebből adódóan ismertetni fogom a nemzetközi trendeket, de a hazai egészségbiztosítás jelenlegi helyzete indokoltá teszi, hogy a hazai egészségügyi rendszer fejlesztési-modernizálási terveire, a legtöbb figyelmet az ellátórendszer korszerűsítésének és a szervezetfejlesztésének a kutatására fókuszáljak. Bár a témaválasztásom kezdetén is voltak reformokat igénylő területek, mára a társadalmi nyomás az egész egészségügyi ágazat átgondolt, alapjaiban történő átstrukturálását óhajtja. Kutatásommal ahhoz szeretnék hozzájárulni, hogy adatokkal alátámasztva mutathassak rá, hogy a szakmai problémák jelentős részét is megoldhatóbbá teheti egy korszerű, az emberi erőforrásra és a szervezeti struktúrára, mint egymást erősítő tényezőkre alapuló menedzsment módszer, amely segítheti az egészségügy átalakulását, működését. A szinergiák megtalálása és alkalmazása reményt ad arra, hogy javíthassuk a társadalom azon rétegeinek is az alap-és szakellátását, akik hátrányos helyzetű területen élnek, és a magánszféra szolgáltatásait nem tudják megfizetni. Kutatásom egyik célkitűzése a szakemberállomány szakképzettségének, nyitottságának, motiváltságának, együttműködési feltételeinek felmérésével, elemzésével a szükséges döntések előkészítése (Paulikné 2020).

Kutatásom kezdetén egy rendszerezésre, egy döntések megkönnyítését szolgáló, regionális adatokkal alátámasztott elemzésre készültem, amit – a kutatási eredményeim, az adatgyűjtésem hatására – a lehetséges átalakítások alternatíváinak bemutatásával szeretnék kiegészíteni.

1. Elsőként szükségesnek véltem a mai magyar egészségügy problématérképét feltárni, megfogalmazni, amelyben az ágazati, az intézményi, a strukturális és egyéb szempontok alapján összegződnek a változás indoklását alátámasztó releváns szükségletek,

lehetőségek, alternatívák. Az egészségügyben végbement változások bemutatásához viszont nélkülözhetetlen a hazai és a nemzetközi trendeket dokumentáló jogszabályok, a szakirodalom ismerete. A több szempontú vizsgálat alapja emellett az egészségügyet befolyásoló ágazatokban keletkező dokumentációk, statisztikák összehasonlító elemzése, értékelése.

2. Kutatásom célkitűzésének másik része, hogy az ágazat belső struktúráját és a működési anomáliáit számba vegyem, és egy alulról építkező, az alapellátás és a szakellátás hatékonyságát növelő struktúrának a megvalósítását segítsen, amely fokozatosan a teljes ellátási, működési rendszer új típusú működési koordinációját eredményezheti. Ezt a koncepciót a Magyar Orvosi Kamara (Kincses 2000 és a MOK reformtervezete 2021) által már kidolgozott csoportpraxis néven megfogalmazódott tervezetének továbbvitelével tartanám megvalósíthatónak, de sajnálatosan a különböző tartalmú, ugyanakkor hasonló elnevezésű egyéb tervezetek ismertsége, ebből következően a támogatottsága nem megfelelő.

Az én értelmezésemben és javaslatomban a csoportpraxis működésének a lényege, hogy egy helyen többféle ellátás lenne megvalósítható. Megfelelő szervezéssel a rendelési idők összehangolása lehetővé tenné, hogy akár a házi orvosok újabb szakorvosi képesítés szerzésével, megfelelő technológiai felszereltség esetén a két ellátási szint (az alap- és szakellátás) kiegészíthetné egymást, a hagyományos alapellátási orvosi feladatok mellé a szakellátás egy meghatározott szintje így beépülne a csoportpraxisba, és a csoportpraxis átvinné a szakrendelések rutin eseteinek jelentős részét is. Megvalósítása megnövelné az egészségügyi alapellátásban dolgozók presztízsét és jövedelmét, valamint hozzájárulhatna ahhoz, hogy az alapoktól induló egészségügyi reform stratégiája megvalósuljon (Paulikné Varga 2020).

2.2. Kutatási kérdések, hipotézisek

Az egészségügyi átszervezések kapcsán ma már sokféle szervezeti struktúra létezik. A különböző országok egészségügyi rendszerének feltárása során kiderülhet, hogy a globalizáció és az ezzel egyidőben végbement infokommunikációs és informatikai forradalom a hagyományos egészségügyet is érintette. Itt elsősorban nem a járványok gyors terjedésére gondolok, inkább a gazdaságban jellemző multinacionális cégek dolgozóinak az ellátására, a mobilizációra, a kutatásokra. A nemzeti egészségügyi rendszerekben ez a folyamat nem folytatódott párhuzamosan, ezért például az Európai Unió is kénytelen volt irányelveket kidolgozni az egészségügyi modernizálására (European Commission 2012).

A hazai viszonyok ismeretében feltételezhető, hogy a változás sikere érdekében nem egyféle modellt kell alkalmazni, hanem a modellek kombinációját. A hibrid modell nemcsak a teljes ágazatot, hanem a házi orvosok munkáját is befolyásolja. Az alapellátás – amely szintén számos problémával küzd – átalakítása épp ezért megfontolt előkészítést kíván. Nem szabad betereelni a házi orvosokat egy olyan koncepcióba, amelyet nem előzött meg hatástanulmány, társadalmi vita, az érintettek motiválása, a lokális tényezők ismerete.

Az eredményesség érdekében a döntéshozóknak a területen élő lakosok egészségi állapota, a terület földrajzi sajátosságai és a szakellátás területi elhelyezkedése alapján az érintett szakemberek bevonásával kell javaslatot tenni az alapellátás átalakításának helyi megvalósítására, hiszen nemcsak a lakosság száma, hanem az ellátandó körzet mérete, elhelyezkedése is befolyásolja a működés kialakításának az optimalizálását. Ezt a folyamatot a kormányzat a járványkezelés során elindította, de a részleges reformok miatt a struktúra és működés hibái súlyosbodtak, pl. a béremelés felemás sikerei, pályaelhagyók száma nőtt, stb. Hasonlatosan a közfinanszírozott és magán szakellátás párhuzamos működéséhez, biztosítani kell az alapellátás különböző formáinak igénybevételét és annak finanszírozását akár az egészségpénztári vagy újonnan kialakított egészségbiztosítási finanszírozási lehetőséggel. Egy szempontnak kell állandónak lennie, és ezt kell biztosítani: a lakóhely közeli, minőségi ellátást. A minőség mérésére új, munkájukhoz igazított mérési módszert kell kialakítani, és a finanszírozási rendszerbe is be kell építeni, amely így képes bizonyítani a lakosok számára megfelelő ellátás biztonságát, színvonalát, és korrekt tervezésre, garanciákra ösztönöz.

A fentiek alapján megerősíthető, hogy a probléma komplexitása miatt átalakításra van szükség, és ebből adódnak a válaszra váró kérdések: Milyen stratégia alapján történhet egy eredményes fejlesztés? Van-e ilyen közmegegyezésen alapuló stratégiája a magyar egészségügyi ágazatnak? Ezután a következő eldöntendő kérdés, hogy kinek a felelőssége, ki készítse és vezesse ezt a változtatást? Valamennyi kérdésre itt nem tudunk válaszolni, viszont elkezdtünk egy elemzési kísérletet, amely elsősorban a menedzsment eszköztárából merítve a klasszikus, a versenyszférában szerzett tapasztalatok alapján, elsősorban a változás- és a stratégiai menedzsment módszerek adaptálásával új szempontú megközelítésre ad lehetőséget.

A fentiek nagy részének megválaszolása túlmutat egy disszertáció készítőjének a kompetenciáin, így maradt két olyan kutatási terület, amelynek regionális adatokon nyugvó kutatásával szeretném a hipotéziseimet alátámasztani.

H1. Feltételezem, a magyar egészségügy szervezetfejlesztését az alap- és szakellátás kombinálásával, a csoportpraxis keretei között egy új működési szabályozással lehet elkezdni,

H.2. Feltételezem, hogy erre a magyar egészségügy emberi erőforrás kapacitása alkalmas, amit az érintettek befogadó készségének, felkészültségének, működési körülményeinek a vizsgálatával kívánok bizonyítani.

3. Szakirodalmi áttekintés

Az egészségügyi rendszer működéséről létező szakirodalmi megállapítások gyűjtésénél figyelembe vettem a WHO alkotmányát, annak célkitűzéseit, eredményeit és ezzel együtt az időközben létrejött Európai Unió állásfoglalásait, határozatait is. A nemzetközi dokumentumokat általában közmegegyezéssel hozzák, de az elfogadott irányelveket a valóságban igen sokféleképpen értelmezték, értelmezik, és előfordul – annak ellenére, hogy az aktualitásuk ma is érvényes –, hogy a megvalósításuk még mindig nem sikeres.

A magyar egészségügyi ellátórendszer a WHO ajánlásának megfelelően ellátási szintekre, alapellátásra és szakellátásra különül el. „Az egészségügyi alapellátás feladata a hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, a beteg nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül a beteg lakóhelyén, vagy annak közelében végzett egészségügyi ellátás” (<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1500123.tv.>). Az alapellátáshoz közvetlenül a háziorvosi, a fogorvosi, a védőnői és az iskolaorvosi szolgálat tartozik.

A szakellátás klasszikus értelemben szintén két részterületre különíthető el, a járó- és fekvőbeteg szakellátásra. A járóbeteg ellátás keretein belül alapvetően orvosi beutalóval érkezhettek a betegek ambuláns ellátásra, szűrővizsgálatokra, vagy krónikus betegségek gondozására. Ennek a szintnek a fejlesztése komoly minőségi eredményeket hozhatna, egyelőre azonban sem a humánerőforrás ellátása, sem a kapacitása nem éri el a kívánt szintet (Ágoston, Vas, és mtsai. 2009; Vízvári 2010 ;Kövi és mtsai, 2014; Emberi Erőforrások Minisztériuma 2021).

A fekvőbeteg ellátás elsősorban a kórházakban valósul meg, amelyek mára bonyolult és „magasan tagolt” bürokratikus szervezetekké váltak, amelyek irányítása, összehangolása rendkívül nehéz feladat és finanszírozása problémák tömegét hozza magával (Baráth 2008).

A betegek által legismertebb ellátási szintek azonban korántsem fedik le az egészségügy szerteágazó struktúráját. Valóban ezek alkotják az egészségügyi ellátórendszer legfontosabb oszlopait, de a teljes struktúrának még számos fontos, a működést meghatározó eleme van. Elég megemlíteni azokat a szakszolgálatokat, amelyek valamennyi szint működéséhez ma már elengedhetetlenek. Ilyenek elsősorban a labor, a képalkotói diagnosztikai, az informatika szolgáltatások. Mondhatnánk, hogy ezek a viszonylag új szolgáltatások tartják és kapcsolják össze azokat az elméleti és ellátási kutatásokat és a gyógyító, megelőző és egészségmegőrző

tevékenységeket, amelyhez az egyes betegek kór- és kortörténetének a dokumentációját, az alkalmazott terápiák adatait adatbázisokba tömörítve őrzik. Felhasználási módjuk lehetőségei között ott van a távgyógyítás, a telemedicina éppúgy, mint az orvosi konzíliumok, kutatások kiterjesztése.

Ennek a ténynek a felismerése nemcsak hazánkban történt meg, hiszen a WHO Commission on Social Determinants of Health / Az egészség társadalmi meghatározóival foglalkozó bizottság/ 2008-as zárójelentésében (WHO 2008) leszögezték: A kormányzás maga a lakosság egészségének az egyik legfontosabb meghatározója. Abból érdemes kiindulnunk, hogy egy ország vagy bármely közösség lakosságának az egészségi állapotát, társadalmi-gazdasági rendszerét, életmódbeli és környezeti jellemzőit, és főképp az egészségügyi rendszerét az határozza meg, hogy milyen múltbeli életmódbeli és kulturális örökséget őriz, mennyire volt az egyes területeken eredményes a kormányzása, mert a jelen és a jövő a saját szakpolitikáját erre szervezheti. Vokó Zoltán (2019) úgy véli, hogy a szakpolitika alkotóinak legfontosabb feladata egy olyan kormányzási mód előkészítése, amely valamennyi egészségügyi szektorra és az egész társadalomra kiterjed, ezen belül ki kell terjednie a következőkre:

- a népegészségügyi tevékenység minden eleméért felelős
- az egyes feladatokhoz igazodó és fenntartható szervezeti kereteket kell támogatnia
- az egészségbarát kormányzás és a közpolitika harmonizálását a lakosság egészségre ki kell terjesztenie, ezért szükséges a tudományos igényű kutatás, a finanszírozás kompromisszumokra is nyitott rendszerének a kidolgozása.

3.1. Az egészségügyi rendszer szakmapolitikai aspektusai

Fontos tisztázni, hogy az államigazgatás szempontjából az egyes egészségügyi rendszerekben milyen elvek érvényesülnek. Amennyiben az egészségügyet a közjó fogalmához sorolja a politikai rendszer, úgy az állam aktívan rész vesz a működtetésében. A közjó vagy a közszolgálat eszméje a felvilágosodás korától ismert és a tőkésállamokban gyökeresedett meg.

A 19. századtól a legtöbb állam elfogadja, hogy az egészségügyért az állam felelősséggel tartozik, de különféle értelmezése és gyakorlata alakult ki, amelyben a két legfontosabb eszme a szolidaritás és a közszolgáltatás. Bár mindkettőt használjuk, aktuálisnak tartjuk, valójában a jóléti államok eszmei alapját jelentik (Esping-Andersen, 2006). A közszolgáltatás legáltalánosabb értelmezése, hogy olyan közszükségletek kielégítésére szolgál, amelyek nem képviselnek azonnal megtérülő hasznot, de hosszabb távon a társadalmi jólétet alapozzák meg. Ilyen állami feladatnak fogadták el már a 19. században az oktatást és az egészségügyet és a társadalmi integrációt szolgáló szociális feladatokat is (Lácza 2021). Az ezredfordulóhoz közeledve az addig jóléti államokként ismertek is egyre nehezebben tudták a kultúra- és az

életmódváltást kezelni, és a jóléti társadalmakról nemzetközi vita alakult ki (Illésy és Csizmadia 2015), viszont minden felvázolt modellben kiemelten szerepelt az egyenlő esélyek erősítésének és a szolidaritásnak a támogatása.

Az idők folyamán az egyes államok szerepvállalása azonban nagyon eltérő lett, ami részben a fejlettségük, politikai berendezkedésük következménye is volt. Egyre elfogadottabbá vált, hogy ezeket a feladatokat kiszervezték nonprofit szervezeteknek, de minden változás ellenére a közszolgáltatások szabályozásában az állam szerepe és felelőssége ma is érvényes (Bordás 2021). Sajnálatosan jól bizonyította ezt a COVID-19 pandémia, hiszen az állam járványkezelés megszervezésében köteles nemcsak a saját, hanem más országok állampolgárainak védelmét is garantálni, a védekezést összehangolni, mert a járvány nem állt meg a határoknál.

Ezek után feltehető a kérdés, hogy az egészségügy megőrizte-e napjainkra a közjó/a közszolgáltatás jellegét? 1946-ban az Egészségügyi Világszervezet alkotmányában, amelyben rögtön az elején deklarálták, hogy: Az egészség a testi, szellemi és szociális teljes jólétnek állapota és nemcsak a betegség vagy fogyatékosság hiányából áll – továbbá, hogy az egészséghez való jog, alapvető emberi jogként kezelendő. Részletezték is, hogy mi várható el a tagországok kormányaitól:

- a kötelező szolidaritási elven működő biztosítás keretében mindenki hozzájárul az alapvető és garantált minőségű egészségügyi szolgáltatáshoz,
- a szolgáltatási struktúra a valóságos egészségügyi szükségleteknek és a „fogyasztói” igényeknek is megfelel, a morbiditási, demográfiai változásokat rugalmasan kezeli,
- az eljárások hatásossága, hatékonysága megfelelő,
- a szolgáltatások rendszere, igénybevételük lehetősége és az egészségügyben elköltött közpénzek sorsa átlátható,
- az egészségügy finanszírozható rendszerben működik, az egészségügyre fordított források hatékonysága nő.

Ezt az alkotmányt Magyarország magára nézve kötelezőnek elfogadta, és az 1948. évi XII. törvénnyel a magyar jogrendben is legalizálta. Ennek preambulumban olvashatjuk, hogy az új működés alapelveit, a nemzetközi elvárásokat miként rögzítették a magyar Alkotmányban:

- Az elérhető legjobb egészségi állapot élvezete minden emberi lény alapvető jogainak egyikét alkotja, bármilyen legyen is faja, vallása, politikai nézete, gazdasági vagy társadalmi helyzete.

- Az egyenlőtlenség, amely a különböző államok között az egészség megjavítása és a betegségek, különösen az átvihető betegségek elleni küzdelem tekintetében fennállhat, valamennyi állam számára veszélyt jelent.
- A Kormányok népeik egészségéért felelősséggel tartoznak, amelynek csak akkor tesznek eleget, ha megfelelő egészségügyi és szociális intézkedéseket fogantatosítanak.

Az elvek betartása érdekében abban nemzetközi egység látszik, hogy az egészségügyet a nonprofit szektorhoz tartozónak mondják. A nonprofit, másképp közhasznú szolgáltatást, az állam a beszedett adókból vagy az állampolgárok által befizetett biztosítási alapokból finanszírozza. A finanszírozás természetesen nagyban befolyásolja a működést, a korszerűsítést és a gyógyítás minden fázisát, épp ezért vált alapkérdéssé a 19. század végétől a finanszírozás módja.

3.2. A finanszírozás, a társadalombiztosítás és az ellátás működési modelljei

Európában az elmúlt évszázadban négy finanszírozási forma alakult ki. Az állami részvétel típusai: a Bismarck-i, a Szemaskó, a Beveridge és a Vegyes modell (Ágoston, és mtsai., 2011; Durgula, & Sótonyi, 2024).

Társadalom biztosítási modellek	Bismarck-i (Ny-Eu)	Szemaskó (szovjet)	Beveridge (angolszász)	Magánbiztosítás- vegyes	Hibrid
	kötelező járulékfizetésen alapuló, társadalombiztosítási rendszer	A központi adókból állami ellátás van, erős állami centralizáció működik	adókból finanszírozott rendszer (Nemzeti Egészségügyi Rendszer”, NHS).	Magánfinanszírozáson alapuló rendszer,	állam ↔ magánszolgáltató nemzetközi biztosítók EU ellátási alap
Magyarország	1948-ig	1848-1992		1992 -	napjainkban folyamatos

2. ábra A különböző társadalombiztosítási modellekre épülő egészségügy rendszerek megjelenése Magyarországon

Forrás: (Ágoston, Boncz, és mtsai. 2011); saját szerkesztés;

A 2. ábrán látható rendszerek jellemzőit a létrejöttük idején működő gazdasági-társadalmi viszonyok alakították. Az angelszász Beveridge rendszer megalkotójának, William Henry Beveridge-nek a nevét viseli, aki a második világháború idején állami felkérésre dolgozta ki az egészségügyi és a szociális ellátás rendszerét. Ennek lényeges elemei: ingyenes általános egészségügyi ellátás, biztosítási ellátás munkanélküliség, baleset, öregség, özvegyiség, árvaság esetén, továbbá anyasági támogatás. A halálesetkor a segélyezést a munkáltató és az állam fizeti. A rendszer sajátossága, hogy ezek a már jobbra korábban is létező juttatások egységes, minden állampolgárra kiterjedő rendszert alkotnak, és az állam ezt a beszedett adókból

finanszírozza, (National Health System (Beveridge, 1942; Ágoston, és mtsai. 2011). Ennek a koncepciónak az üzenete napjaink döntéshozói számára mindenképp az, hogy az egészségügyi ellátást mindenkire kiterjeszti nemre, korra, iskolázottságra, foglalkoztatottságra vagy épp a munkanélküliségre való tekintet nélkül, tehát összekapcsolja a szociális ellátással. Állampolgári jogon nyújt ellátást, amelyet a munkáltatók (82%) és a munkavállalók (14%) által befizetett adókból s a lakossági önrészesedésből (4%) finanszíroz az állam (Karner 2008). A modell részletes értékelése elé mindenképp idekíváncozik, hogy nagy hatással volt a jóléti állam eszméjét kidolgozó szakemberekre, így nem csoda, hogy bevezették brit érdekeltségű országok mellett a skandináv országokban is.

Sokkal korábbi társadalombiztosítási rendszer alakult ki Európa számos országában, amelynek alapjait Otto von Bismarck (1815-1898) rakta le. A porosz kancellár felismerte a munkásmegmozdulások veszélyét és követeléseik esetleges politikai következményeit, ezért már 1883-ban bevezette azt a társadalombiztosítási rendszert, amelyet szolidaritás elvüként emlegettek. A Bismarck-i modellben a finanszírozás alapja a munkavállalók által, a jövedelmükkel arányos kötelezően fizetendő társadalombiztosítási járulék, de ebben a rendszerben is volt a munkáltatók számára is előírt fizetési kötelezettség. A szolidaritás vagy másképp a méltányosság magyarázatát a jövedelemarányos befizetésben látták, míg a beteg ellátása már nem az egyén által történt befizetés szerint történt. Ennek a modellnek rögtön észrevehető hiányossága éppen a keletkezéséhez kötődik, ugyanis kezdetben a társadalombiztosítás csak az ipari munkásokra vonatkozott, ami idővel más társadalmi rétegekre folyamatosan terjedt ki. Ezzel együtt a bővült az ellátás kínálata is, 1884-ben kiterjesztették a balesetbiztosításra, 1889-ben a nyugdíjbiztosításra és jóval később, 1927-ben a munkanélküliek (Ágoston, és mtsai. 2011). Ezt a rendszert már az első évben bevezette Ausztria, amiből következett, hogy a dualista Monarchia másik központjában, Magyarországon is átvették (1891. évi XIV. törvény), de emellett szintén ezen az elven alakították ki a társadalombiztosítást, illetve az egészségügyi finanszírozást Franciaországban és Be-Ne-Lux államokban is. Mára azt mondhatjuk, hogy mindkét európai rendszer az állampolgári jogon adható ellátást 100%-os lefedettségben tudja adni. Az állam centralizációja szempontjából viszont léteznek eltérések, vannak országok, ahol az ellátás szervezése és finanszírozása helyi igazgatási szintek és szervezetek szerint történik (pl. Észak- és Dél- Európa néhány országában).

Számunkra viszont fontos megismerni a Szemaskó-féle szocialista egészségügyi rendszert is, hiszen évtizedeken át ennek előnyeit élvezte a magyar társadalom, és hatása máig tapasztalható. Ezt a rendszert Szovjetunió első egészségügyi minisztere N. A. Szemaskó (1874-1949) hirdette

meg, nem sokkal a győztes forradalom után, hogy minden állampolgárnak alanyi jogon jár, térítésmentesen az egészségügyi ellátás (Karner 2008). Politikailag érthető volt ez a felajánlás, egyébként is teljesen új gazdálkodási modellt kellett megalkotniuk, és a tervgazdálkodás sikere is múlhatott azon, hogy megnyerjék a társadalmat. Kezdetben az erős szervezettség és a kontroll sikereket hozott, idővel azonban a finanszírozási problémák és a hiányok (gyógyszer, kötszer) okoztak gondot. Nagy előnyeként lehet említeni, hogy képes volt a közegészségügyi rendszer kiépítésére.

Az individualizmus az Amerikai Egyesült Államokban szinte megalakulásától kezdve jelentős tényező, nem csoda, hogy az egészségügyi rendszerük is az öngondoskodásra épült. Sokáig a magánbiztosítás uralta az egészségügy finanszírozását, ma azonban inkább szabadpiaci (amerikai vegyes rendszerű) modellként tartják számon. Abból indultak ki, hogy a jól működő gazdaságban a polgárok képesek felelősséggel dönteni saját sorsukról, és gondoskodnak saját egészségükről, időskori biztonságukról. A piaci alapú biztosítás önkéntes és kockázatarányos. A biztosítónak érdeke, hogy a vele üzleti kapcsolatra lépő állampolgár egészsége jó legyen, ezért igyekeztek a megelőzésre koncentrálni, de ezzel együtt sérül a szolidaritás, a méltányosság elve is. Ebből következett, hogy idővel a magánbiztosítást kiegészítette egy, az aktív keresők bérjárulékából képződő szövetségi adóból finanszírozott, 1965-ben az idősök számára bevezetett Medicare és szegények számára szóló Medicaid rendszer, ami a nagyon idősök és a nagyon szegények ellátására szolgált (Tájékoztató országtanulmány az egészségügy helyzetéről, 2010; Túri és mtsai, 2018). Az utóbbit nevezik szegényprogramnak is, aminek igénybevételét szabályok alapján döntenek el, és az eseti személyes rászorultság mellett a szegénységi küszöbhez mérik az ingyenességet. Az idők során éppen a sokféleségből adódó sokféle ellátási szint, azaz a nagyon magas magánbiztosítási színvonal és a nagyszámú semmilyen biztosítással nem rendelkezők aránya miatt alakultak ki viták az amerikai vegyes rendszerről, és az elmúlt évtized elnökválasztási programjaiba is bekerült az egészségügyi reformok kérdése. Az ottani tapasztalatok nagy tanulsággal szolgálhatnak a napjainkban változásra kényszerülő európai rendszerek számára is, hiszen a szovjet érdekszférából felszabaduló országokban megfigyelhető, hogy egyfajta vegyes rendszerű egészségügy felé mozdultak el, amelyben az évszázados Bismack-i modell visszatér, és vannak – ha nem is mindenütt – eredményei a magánbiztosításnak is.

2010-ben a Council of the European Union (Európai Unió Tanácsa) is felhívta erre a figyelmet. Ennek hatására a fenti osztályozástól eltérően az Európai Unió az OECD 2008-as adatbázisát felhasználva két nagy csoportra osztotta a vizsgált országokat az egészségügyi rendszerük alapján. Az első csoportban a döntően piaci, a másikban az állami szolgáltatások dominálnak.

Mindkét csoporton belül három-három intézményi típust határoztak meg (GYEMSZI 2014), így alakult ki a 6 típus:

A piaci szolgáltatásokra alapuló csoport:

1.csoport: Az alapvető biztosítási fedezetet piaci mechanizmusokra támaszkodó országok alkotják. A magánszolgáltatók szerepe jelentős, a betegek a szolgáltatókat megválaszthatják, de megtalálható a kapuőr szabályozás¹ is

2-3. csoport: Az alapvető fedezetet a társadalombiztosítás nyújtja, ugyanakkor az egészségügyi szolgáltatások főként magántulajdonban vannak. A betegek választási lehetőségei itt is széleskörűek. A két csoport közötti különbség abból adódik, hogy a 2. csoport országaiban a társadalombiztosítás jelentős díjakat szed a betegektől, de emellett a magánbiztosítás szerepe is erős. Ebben a csoportban is megtalálható az alapellátásban a kapuőr szerepkör. A 3. csoportban viszont nem jellemző a magánbiztosítás és a kapuőr funkció sem.

Az állami szolgáltatásokra alapuló csoport:

4. csoport: Az ide sorolható országokban az állami szolgáltatók a jellemzőek, és csak korlátozottan vannak jelen a magánszolgáltatók. Az ellátók között megengedett a választás, akik kapuőri szerep nélkül tevékenykednek.

5-6. csoport: Az erős állami felügyelettel működő rendszerekkel rendelkező országok tartoznak ide. A két csoport közötti eltérés alapja, hogy az 5. csoportot alkotó országokban a választási lehetőség erőteljesen korlátozott, és kapuőri rendszerrel irányított. míg a 6- csoportbelieknél a választási lehetőség elvileg szélesebb, viszont erős költségvetési korlátok szabnak határt.

A csoportosítás tényleg alkalmas annak a bizonyítására, hogy az egészségbiztosítási rendszer, a gazdasági adottságok és a költségvetési keretek országonkénti eltérései jelentősen befolyásolják az egészségügyi ellátás színvonalát, de még az egy csoportba sorolt országok között is jelentős eltérések lehetnek. Vegyük példaként a Kárpátok Eurorégió országainak példáját. A Kárpátok Eurorégió 1993-ban alakult meg Lengyelország, Magyarország, Szlovákia és Ukrajna részvételével, majd 1997-ben Románia is csatlakozott hozzá (Süli-Zakar 2014; Paulikné Varga 2019). Ukrajna kivételével ma már négy ország az Európai Unió tagja,

1. A kapuőri szerep fogalmát először használó Kurt Lewin úgy indokolta, hogy az a személy, aki a legtájékozottabb, az dönti el a feladatok sorrendjét, ő a felelős például, hogy a hírekből mi kerül a tájékoztatásba. Az egészségügyben a háziorvos az, aki optimális esetben a legtöbbet tud a betegről, így a kezelési folyamatot neki ismernie kell, szükség esetén a kezelési folyamatról a döntéseket is meghozhatja vagy rosszabb esetben meg is akadályozhatja.

ahol a rendszerváltások után a szolidaritás elvű Bismarcki egészségbiztosítási modell került ismét bevezetésre. Jellemzői a rendszer kialakulásának a múltjából következtek: nem az egész lakosság biztosított, jövedelemarányos a járulékbefizetés, az egészségügyi szolgáltatók köztulajdonban vannak, akik inkább együttműködnek, mint versenyeznének. A magánbiztosítás kiegészíti az erős tb-alapú rendszert.

Az uniós felvételünk előtt készült egy, a kelet-európai egészségügyi rendszereket bemutató felmérés (Borbás és mtsai, 2005). Eszerint Magyarországon és Lengyelországban egy biztosító működött, Szlovákiában viszont kettő. Utóbbinak a jelentőségét abban látom, hogy a több biztosítós rendszernél gazdasági versenyhelyzet jön létre, és ez határozza meg az egészségügyi szolgáltatások értékét. Az egybiztosítós rendszer esetén szinte lényegtelen, hogy a beteg milyen egészségügyi intézményben kapja meg a szolgáltatást, ugyanazon összeget fogják az egészségügyi szolgáltatók megkapni. Az alapellátás különbségei még az azonos biztosítású országokban is mutat eltéréseket. Míg Magyarországon az alapellátás a háziorvosi (fogorvosi, gyermekorvosi) praxisban történik, addig Lengyelországban az egyéni háziorvosi rendelés mellett – kisebb arányban ugyan – de a csoportos praxisban dolgozó háziorvosok, nőgyógyászok, gyermekgyógyászok, illetve ápolónőkből és szülésznőkből álló praxisok is végzik a tevékenységet. Szlovákiában pedig a háziorvosok túlnyomó többségükben önálló vállalkozóként, privát praxisban dolgoznak, de rendelésüket sokszor több rendelőnek egy időben helyet adó épületben folytatják. A magánpraxis kialakítása engedélyhez kötött. Az alapellátásban a szabad orvosválasztás elve érvényesül, a betegek évente kétszer válthatnak háziorvost.

Az European Hospital and Healthcare Federation (HOPE) (Európai Kórház- és Egészségügyi Szövetség) 2009-ben publikált tanulmánya (Hope és Dexia 2009) a 27 tagállam fekvőbeteg ellátási sajátosságait is felmérte, és a kórházi irányítást három csoportba osztotta, elsősorban a vezetési rendszerek alapján.

Ezek a következők:

- Decentralizáció: a kórházak irányítása a regionális vagy a helyi szervezetek felelőssége, ami egybeeshet a hagyományos nagy tartományi vagy megyei, újabban a régiók szerinti igazgatással.
- Centralizált: ami azt jelenti, hogy az irányítás központi szinten marad
- Dekoncentráció: az irányítás központi szinten marad, de a működtetés helyi szintre kerül.

A bemutatott típusok jól illusztrálják azt a sokféleséget, amelynek az értékelését mellőzhetjük is, hiszen az elmúlt évtizedben nemcsak ismertetés, hanem ajánlás is született, amelyben a működtetés szerint öt típusba sorolták az európai egészségügy intézményeket. A rendszerezés mellett az is figyelemre érdemes, hogy megtartották a sokszínűséget, és építettek a hagyományokra (European Commission 2012).

1. típus

Regionális egészségügyi irányítási rendszer, ahol a szabályozás, a menedzsment, a működtetés, és részben a finanszírozás a regionális hatóságok vagy a tartományok felelőssége. A regionális költségvetésen keresztül történő finanszírozás az EU átlag fölött van. Az egészségügyi intézményeket a regionális hatóságok tartják fenn (tulajdonosok) és menedzselik. Ebbe a csoportba tartozik: Ausztria, Olaszország, Spanyolország.

2. típus

Azon egészségügyi irányítási rendszerek, ahol a helyi és a regionális önkormányzatok a finanszírozás mellett több tervezési és végrehajtási funkcióért is felelősek, valamint tulajdonosai és működtetői is az egészségügyi intézményeknek. Megkülönböztethetők altípusok a szubnacionális finanszírozási szint alapján (EU átlag alatti vagy fölötti). Az ide sorolható országok: Dánia, Észtország, Finnország, Litvánia, Lengyelország, Svédország, Belgium, Csehország, Németország, Magyarország. Magyarországon azóta a kórházak önkormányzati tulajdonból állami tulajdonba kerültek, és a centralizálási folyamat felemás módon folytatódik (például az irányításban az államtitkár mellett jelentős irányítása lett az Országos Kórházi Főigazgatóságnak (Rácz 2021)), és ennek eredményeképpen már nem ebben a kategóriában, inkább a 4. vagy az 5. típusban van az ország.

3. típus

Azok az egészségügyi irányítási rendszerek tartoznak ebbe a típusba, ahol a helyi és a regionális önkormányzatok működtetési funkciókkal rendelkeznek, amely az egészségügyi intézmények tulajdonjogából fakad. A regionális költségvetésből történő finanszírozás korlátozott. Ezen típuson belül Hollandia sajátja (Rácz 2021)s helyzetben van, mivel a kórházi irányítás tekintetében centralizált, azonban a helyi és a regionális önkormányzatok szerepet játszanak a tervezésben és megvalósításban is, beleértve a regionális költségvetésből történő korlátozott finanszírozást. A helyhatóságok működtetési funkciója következtében Hollandia egészségügyi irányítási rendszere ebbe a típusba sorolható. Egy másik sajátos esetet képvisel az Egyesült Királyság, mivel mind a négy országa (Anglia, Skócia, Észak-Írország, Wales) saját állami egészségügyi rendszerrel rendelkezik, bár mindegyikben az uralkodó típus centralizált, de

területi szinten strukturált rendszer. Az Egyesült Királyság a 3. típusba tartozik a mind a négy országban érvényes működtetési funkció alapján. Ide tartozó országok még: Bulgária, Lettország, Luxemburg, Románia, Szlovák Köztársaság, Szlovénia, Hollandia, Egyesült Királyság.

4-5. típus

Ezek az egészségügyi irányítási rendszerek vagy teljesen centralizáltak (5. típus), vagy nagymértékben centralizáltak (4. típus). Az utóbbiban a legtöbb felelősség a központi kormányra hárul, még a területi szintű megvalósítás esetén is, az operatív irányítás a központi kormányt képviselő szervezeteken keresztül történik. A 4. típusú rendszerek helyi és regionális önkormányzatai (Portugália kivételével) az egészségügyi intézmények menedzselését is végezhetik. Országok: Franciaország, Görögország, Portugália, Ciprus, Írország, Málta.

Valamennyi megközelítés valós alapú és aktuális, de korántsem teljes. A nemzetközi, és elsősorban az uniós megközelítés rendező elve a centralizáció mértéke, megvalósításának a formája. Emellett természetesen a működésnél a WHO irányelveit betartandóként feltételezi. Az Európai Uniónak a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról kiadott rendelete (Az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelet) alapján, a szolidaritás és a méltányosság abban is megnyilvánul, hogy az egyes tagországok lakosainak külföldi ellátására a társadalombiztosítási kockázatközösség alapján, a tagállamok biztosítással rendelkező polgárai Európai Egészségbiztosítási Kártyát kaphatnak, és az abban meghatározott feltételek szerint jogosultak külföldön bizonyos ellátásokra. A költségek elszámolása ezáltal nem a beteg feladata, hanem a biztosítók közötti elszámolással történik. A kártya hiányában az ellátás költségeit a betegnek saját terhére kellene viselnie, majd a kezeléskor kiállított eredeti számlákat és a kiegyenlítésére vonatkozó igazolást a lakóhelye szerint illetékes kormányhivatalnak lehet benyújtania. A költségek utólagos megtérítésére Magyarországon hat hónapos határidő érvényesíthető.

Az így igénybe vehető ellátást vállaló közösségnek a tagjai az EGT tagállamok, azaz az Európai Unió tagállamai, Norvégia, Lichtenstein és Svájc.

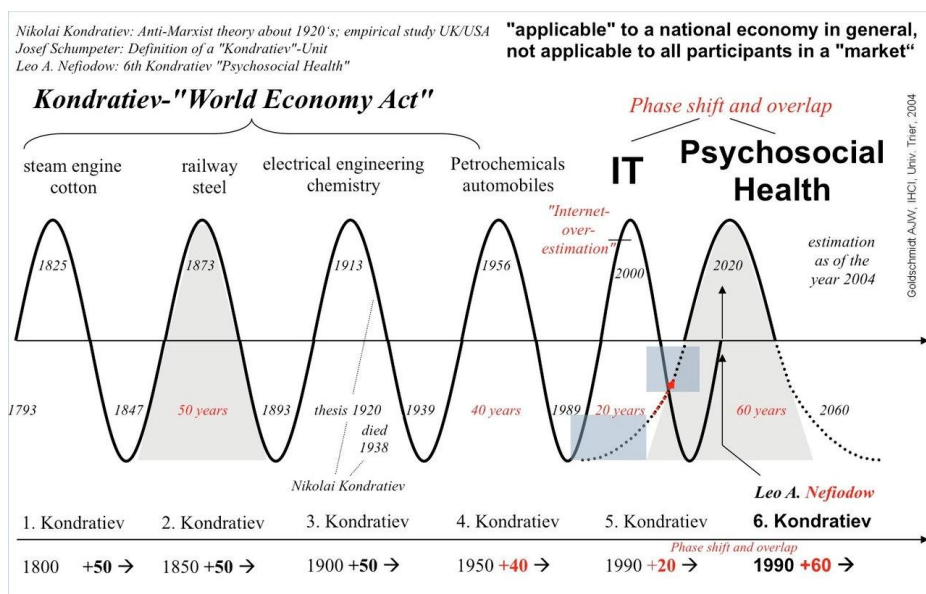
A fenti ismertetések ellenére sem alakult ki egységes, de még csak néhány szervezeti formára sem közös koncepció. Ez egyrészt el is fogadható, hiszen a járó- és fekvőbeteg ellátásnak, az alap- és szakellátásnak vannak különféle történeti előzményei, amelyekben a gyógyítás eredményessége már bizonyított. Másrészt azért nehéz az egészségügyi ágazat strukturális működését definiálni, mert az elmúlt fél évszázadban, de különösen az ezredforduló óta az ágazathoz kötődik az egészségipar térhódítása és a nemzetközi kutatóintézetek működése is. Ennek a változásnak a gyökerei, környezete más megközelítést kíván.

3.3. Technológiai forradalom és a társadalom testi-lelki egészsége

A pandémia első hullámának a hatására Bódi (2021) történelmi példákat hoz fel mondandójának megerősítésére, hiszen a válságok gyakran nyitották meg az utat egy új korszak felé. Cikkében arra a megállapításra jutott, hogy a COVID-19 pandémia egy hosszú gazdasági korszak lezárását is meggyorsította, és egy új technológiai váltást erősített fel. Igaz a veszteségek és a rendszerek megroppanása fájó, de már érzékelhető az új Kondratyev ciklus, amelyben a jóléti állam koncepcióját egy jóléti társadalomkonceptió váltja le, amelynek az alapja a szolidaritás, az együttműködés és a minőség lesz. „Az egyén számára az egészség már nem csak választható életforma, hanem a túlélés egy hatékony formája lesz.” Az új K ciklus valójában az orosz közgazdásznak, Kondratyevnek a hosszú gazdasági ciklusokról ismertté vált munkájára utal, amelyben leírta, hogy az egyes korszakokat milyen mértékben hatják át a technológiai találmányok, hogyan alakítják az emberiség kultúráját (3. ábra). A gondolata számos követőre talált, és napjainkban az innovációk hatásainak vizsgálata során ismét a tudományos közélet része lett. Hatását az egészségtudományban is megtaláljuk.

A 21. században az egészségügyi rendszer értelmezése kiszélesedett. Az elmúlt évszázadban az ellátási rendszerek struktúrája és a finanszírozás kérdése jelentette a központi rendezési és értékelési szempontot, és ehhez társult a képzési szintek, formák kialakítása, az oktatás és a kutatás nemzetközi színvonalához való igazodása. Mindezek folyamatos korszerűsítése is nagy feladat, azonban mára az egészségügy rendszere jelentős átalakuláson ment át, hiszen az internet globalizáló hatásának, a digitális adatbázisok gyakorlati jelentőségének, a gyógyszeripar óriási fejlődésének, a képalkotó diagnosztikai módszerek elterjedésének köszönhetően, ma már egészségügyi iparról is beszélhetünk. Nefiodow (2014) írásaiban a gazdaságban elfogadottá vált hosszú ciklusok, hullámok korábbi megfogalmazójának, Kondratyevnek a munkásságát folytatva, azt fogalmazta meg, hogy a 21. században a hatodik ciklus indult el. Abból az aspektusból is különleges ez, mert párhuzamosan mozog az előzővel, az infokommunikációs technológia (IT) forradalmával a pszichoszociális egészség megvédése érdekében fejlődő egészségipar. Az új fél évszázad korszakát meghatározó innovációnak az összetevőit tehát a technológia, a gazdaság, a társadalom és az adott idő elemzésével kezdte, de sikerét nem a technológiától, az innovációtól tette függővé, hanem az emberek lelki és testi egészségétől. Mondandójának a jelentőségét több szempontból vizsgálhatjuk, hiszen az információrobbanás következményeivel és az életkor meghosszabbodásával már a mai kor embere komoly megfelelési kényszerbe került, és az aktivitását is kénytelen tovább megőrizni (Nefiodow 2014).

A WHO 2005. évi Bangkoki Charta néven ismertté vált dokumentuma szerint „Az egészség minden ember egyik alapvető joga, és magában foglalja a mentális és szellemi jólétet”. Nefiodow is ebből indult ki, egyetértve a WHO-val, miszerint az egészség nem csupán a betegség vagy a fogyatékoság hiánya, hanem a teljes fizikai, mentális, társadalmi és szellemi jólét állapota. Ennek megteremtéséhez és megőrzéséhez a hagyományos egészségügyi rendszer mellett egy második egészségügyi ellátási ágazat alakul ki rövid időn belül, és ebben a biotechnológiai értékláncban for- és a nonprofit szolgáltatások lesznek, amelyek elsősorban az emberre koncentrálnak. Fontos megjegyezni, hogy a nemzetközi dokumentumokban a nonprofit jelleg, azaz a közhasznúság, a szolidaritás és a méltányosság a betegellátás alapeseteiben megmarad. Ezzel egy globális kihívás kezdődik, amelyben új kapcsolódó, vagy épp alapozó szolgáltatások, szervezetek születnek meg. Ezekből az egészségügyi szervezetfejlesztés szempontjából különösen jelentős, az a különféle adatbázisokkal rendelkező, azt bővíteni tudó informatikai hálózat, amelyre valamennyi részterületnek szüksége van, és ezáltal mintegy gerincoszlopa, tartó pillére lehet a megújuló egészségügyi ágazat hálózatának (képalkotó diagnosztika, labortechnológia, azonosító és archiváló rendszerek, e-szolgáltatások).



3. ábra A Kondratyevről elnevezett hosszú gazdasági ciklusok állapota

Forrás: (Nefiodow 2014)): *Health: The Economic Growth Engine of the 21-st Century*

Annyit már biztosan állíthatunk, hogy koncepcióját néhány év után a világjárvány megerősítette, hiszen az infó- és telekommunikáció szerepe az egészségügyi ellátásokban felértékelődött, a fogalma kiszélesedett, és a gyakorlatban is elterjedt. Nem problémamentes ugyan a távdiagnosztika vagy a terápia megvalósítása és ellenőrzése, de a telemedicina – ha

csak részlegesen is – bizonyította az életképességét, nagyrészt meg tudták oldani az orvos – beteg közötti kapcsolattartást, sőt jelentős eredményeket értek el a gyógyító munkában is. Ez a rendkívüli helyzet azonban arra is rávilágított, hogy szükség van a betegek és a szakdolgozók technológiai készségeinek a növelésére, az adatkezelési és adatvédelmi oktatásukra. Másrészt azt is tudomásul kell venni, hogy a telemedicina nem használható minden esetben, hogy a diagnózist adó orvost súlyos orvosetikai dilemma elé állítja, hiszen közvetett és nem mindig ellenőrizhető adatok alapján kell döntenie.

Harmadrészt tudomásul kell vennünk, hogy az a folyamat, amely a hullámok és sugarak fizikai megismerésével az elmúlt évszázadban kezdődött, és ma is folytatódik, lehetővé tette, hogy az egészségügyben az orvosok új diagnosztikai eszközökkel megbízhatóbb minőségi döntéseket hozzanak. Így azt is tapasztaljuk, hogy a napjainkban is folyó technológiai forradalom számos új eszközt, módszert kínál a jelen és a jövő társadalmának a pszichoszociális, a testi és lelki egészségnek a védelméhez. Ezek közül az egészségügy működésében új perspektívát nyitó egészségügyi informatikai rendszereket emeljük ki. A 20. században a papíralapú dokumentációk, a szóbeli kommunikáció mellett és helyett a nemzetközi, majd a hazai gyakorlatban megjelent az egészségügyi informatika, s ennek hatására a nemzetközi trendeknek megfelelően az 1980-as évek közepén hazánk is elindult az információs rendszerek használatának irányába. Az elmúlt közel 50 évben az egészségügyi információs rendszerek terjedésével és változásával az orvosok és egészségügyi szakdolgozók számára is merőben új tevékenységeket, technológiákat kellett megismerni és alkalmazni. A teljesítményalapú finanszírozásra történő áttéréssel, a fekvőbeteg ellátásban megnövekedett adatmennyiséget lehetetlen lett volna informatikai programok nélkül megfelelően kezelni. A kor technikai lehetőségei alapvetően a finanszírozási adatok rögzítésére, feldolgozására korlátozódtak, de a rendszerfejlesztők már akkor is látták a fejlesztési lehetőségeket, az egészségügyi informatikai újítások iránti igényt.

Először a szakmaspecifikus betegnyilvántartó rendszerek kezdtek elterjedni, de rájöttek, hogy ez az elszigetelt adatgyűjtés nem szolgálja a betegellátás érdekeit. Hamarosan elkészültek azok az egészségügyi ellátásra jellemző elképzelhetetlen mennyiségű adatot tartalmazó adatbázisokra épülő kórházi információs rendszerek, amelyekből a kezelőorvosok, személyzet számára megfelelő időben és helyen biztosítani tudták az adatokhoz való hozzáférést (Kékes és mtsai, 2000)

Az egészségügyi információs rendszerek létrehozásán túl további fontos feladat a kvantitatív orvosi adatok rögzítése, tárolása, továbbítása. Az orvosi mérések eredményei nélkül ma már

elképzelhetetlen volna a gyógyítási tevékenység, ezért is fontos az információhoz való biztonságos hozzáférés, elsődlegesen az orvos szakma, másodlagosan a lakosság számára.

Az egészségügyi elektronikus informatikai háttér-rendszerbe (eHealth) - természetesen törvényben megszabott keretek között - egy központi adatbázisba kerülnek be a páciensek adatai. Az adatokhoz – a megfelelő jogosultságok birtokában – a kezelőorvosok bárhol is hozzáférhetnek, így például nem okozhat gondot, ha a beteg valamiért nem tudja magával vinni korábbi leleteit.

A telemedicina elterjedése nem valósulhatott volna meg azon infokommunikációs eszközök nélkül, amelyek az egészségügyi ellátás teljes spektrumát lefedik. Először a kórházi információs rendszerek, majd az egyes alapellátási rendszerek adatgyűjtéseinek eredményeként nyílt lehetőség a páciensek betegéletútjának rendszerezésére.

A 21. század új orvoslási módszere a telemedicina, amely egy olyan távoli adatátviteli rendszeren keresztül megvalósuló orvos-beteg közötti interakciót valósít meg, amely során az ellátást biztosító orvos, egészségügyi szakdolgozó nem találkozik közvetlenül az ellátásban részesülő személlyel.

Miközben a WHO és az Európai Unió ajánlása alapján a nemzetközi gyakorlatban már a telemedicina minden formáját (1. táblázat) bevetették a gyógyítás érdekében (Al-Shorbaji,2013; European Commission 2018), addig hazánkban a finanszírozás elmaradása jelentette a legfőbb akadályt a mindennapi használat bevezetése ellen (Ficzere 2012).

1. táblázat A telemedicina formái

Távdiagnosztika	amikor a diagnózis alapját adó vizsgálat végzője és a diagnózis felállítója (a lelet készítője) térben elválik egymástól, de interaktív kapcsolatban vannak,
Távfelügyelet/ tele-monitoring	amikor az egészségügyi szakszemélyzet jelenlétét a betegnél levő/őt figyelő jelfogók (detektorok) és jeltovábbítók pótolják. Ez a fogadó oldal interaktivitását feltételezi.
Távkonzílium/ szupervízió	ahol a diagnózis kialakításba, a kezelés menetébe kommunikációs eszközökön keresztül távoli orvos/szakszemélyzet is be van vonva,
Táv- manipuláció	amikor a vizsgálatot, vagy beavatkozást végző személy távérzékelőkre támaszkodva távolról vezérli (végzi) az interakciót igénylő vizsgálatot (pl.: endoszkópia), vagy beavatkozást (pl. video-vezérlés mellett robottal vagy távvezérlésre alkalmas eszközzel végzett távmanipuláció)

(forrás: saját szerkesztés)

A telemedicina első formája, a távoli leletezés alternatívát nyújt az állandósult, vagy akár az adhoc kialakult orvoshiány kezelésére. Minden kontinensen nagy népszerűségnek örvend.

Európában, Ausztráliában, Észak-Amerikában, Dél- Afrikában már régóta alkalmazzák (Daragó és mtsai, 2013), mivel a távoli földrészek radiológusai közreműködésével megoldható a képalkotó diagnosztikai eredmények (röntgen, ultrahang, stb.) gyors és szakszerű leletezése. Hazánkban a távleletezés főleg a pandémia időszaka alatt terjedt el, de már azt megelőzően is alkalmazták a megnövekedett igény és radiológus szakemberhiány kompenzálására (Tájékoztató országtanulmány az Amerikai Egyesült Államok egészségügyéről, 2010).

A telemedicina másik alkalmazási területe a távkonzílium. Első alkalmazására 1920. november 8-án került sor, amikor a New York-i Seamen's Church Institute orvosai egy tengeren dolgozó hajóorvosnak biztosítottak konzíliumi támogatást (Daragó és mtsai, 2013) (Kovács 2022). Említésre érdemes, hogy az űrközpontokban a telemetria segítségével követik folyamatosan nyomon az űrhajósok vitális paramétereit (hőmérséklet, vérnyomás, stb.), és probléma esetén a kezelés folyamatát, a teendőket is meghatározhatják.

A távkonzílium és a telemonitoring a telemedicina azon két területe, ami csak a beteg aktív közreműködése, közreműködése mellett jöhet létre. A telemedicina azon területe, aminél a beteg jelenléte elengedhetetlen, de nincs teendője a távmanipuláció, a távolról végzett beavatkozás. Magyarországon a közfinanszírozott ellátásban a telemedicinális ellátás elterjedése a COVID-19 pandémia előtt nem részesült nagy elfogadottságban.

Az OECD tagországok döntéshozói (OECD 2017) felismerték, hogy a telemedicina alkalmazása kisebb költségével és magasabb hatékonyságával tökéletes alternatívát jelent a pénzt és humán erőforrást pazarló ellátások helyettesítésére. A nyugati országokban már sokkal korábban alkalmazták az internet és a technológia nyújtotta lehetőségeket. A COVID-19 világjárvány hatalmas zavart és óriási változást hozott az egészségügyi ellátásban. Svédországban a 2016-2019 közötti időszakot vizsgálva a videokonzultációk száma 56-szoros növekedést ért el, ami a következő 2020-as évben megduplázódott, így elérte a 2,3 millió videohívást. Ez az érték 2016-ban 20149 távkonzíliumot jelentett. Az Egyesült Államokban 2019-ről 2020-ra a Medicare szolgáltatási díjas távegészségügyi ellátás 63-szorosára emelkedett, így közel 52,7 millió ilyen ellátás valósult meg (Samson 2023). Ausztráliában 2020. áprilisában a háziorvosi ellátás 36%-a telemedicinával valósult meg, amelynek 96 %-a telefon, 4 %-a videokonferencia megoldással (Fisher és mtsai 2022). 2020. márciusa és szeptembere között az országosan, összesen elvégzett 7,2 millió mentális egészségügyi szolgáltatásból 2,5 millió távegészségügyi szolgáltatásként valósult meg a Medicare Benefits Schedule (MBS- Medicare Támogatások Jegyzéke) általi finanszírozással (AIHW 2020).

A telemedicina használatával szemben emelt legnagyobb aggály, az adatbiztonság kérdése volt. Az Egyesült Államokban az egészségügyi adatok védelme a HITECH (Health Information

Technology for Economic and Clinical Health - Egészségügyi és gazdasági klinikai egészségügyi információs technológiai) törvény betartásán alapul (Palicz, és mtsai. 2020). Kiberbiztonság a koronavírus idején- a COVID-19 nemzetbiztonsági aspektusai (Palicz és mtsai., 2021). Az adatvédelmet hazánkban az 1997. évi adatvédelmi törvény szavatolja, és annak aktualizálása jelentette az új rendszerhez való alkalmazkodást. A szakmailag megfelelően HISA2 konform módon gyűjtött adatok pozitív tulajdonsága, hogy az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben lévő adatok megbízhatósági problémája fel sem merül.

A telemetria gyakorlati hasznát a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség és a krónikus tüdőbetegségek gondozása során tudjuk leginkább kamatoztatni. Az ezredfordulót követően egyre gyakrabban alkalmazták az elektronikus vérnyomásmérő eszközöket. A szakrendelőkben a telemetria nélkül az orvos-beteg találkozás során egyszeri eredmény alapján lehet és kell a terápiát beállítani. A szenzorok segítségével és a gyűjtött adatok felhasználásával azonban nagyobb időintervallum, sokkal pontosabb adatait lehet felhasználni (Tóth 2017) A szenzorok nagymértékben növelik az ellátások hatékonyságát. Először a páciensek egészségi állapotváltozásának korai észlelésében (Chipara 2009 és Ko 2010), aztán az elsősegélynyújtásban a baleseti sérültek triázsában (Malan 2004 és Gao 2008) és a vitális paraméterek mobil követésével (Virone, et al 2006), A telemetriai adatok az okostelefonok megjelenésével már azonnali kiértékelésre kerülhetnek az adatgyűjtő központokban.

A WHO 2017. évi adatai alapján a 25 év feletti lakosság 40%-a hipertóniás, így nem véletlenül, erre a betegségre fókuszált a technikai mérőeszköz gyártó (Kékes és mtsai, 2018). Gyakoriság alapján indokoltan a hipertónia gondozása volt az első a telemedicina terjedése szempontjából. A hatékonyabb gondozása érdekében már a 2000-es évektől egyre kiterjedtebben alkalmazták az otthoni vérnyomásmérésre az elektronikus mérőeszközöket (szenzor), amelyek az okostelefonok, tabletek megjelenésével már közvetlen kapcsolódtak az adatgyűjtő központokhoz. Hazai és nemzetközi szakirodalmi adatok alapján az otthoni vérnyomásmérés és a telemonitoring alkalmazása egyaránt javítja a beteg adherenciáját, az antihipertenzív kezelés eredményességét és csökkenti a túlkezelés kockázatát (Kiss és Kékes 2012) (Parati, et al 2009). A hatékonyságot növelő szerepük egyértelműen megállapítható az egészségügyi szolgálatban.

² HISA- Healthcare Information System Architecture- Egészségügyi Információ Rendszer Architektúra

Kékes, és mtsai (2018) megjelent cikke felhívja a figyelmet arra, hogy a telemedicinális eszközökkel történő kutatás legalaposabban vizsgált területe a krónikus pangásos szívelégtelenség követéses vizsgálata volt, amely 3480 fő részvételével, 3-15 hónap követési idővel elvégzett kutatási idővel történt. Ennek eredményeként megállapították, hogy szignifikánsan csökkent a kórházi felvételek és a halálozások száma a szakszemélyzet bevonásával, otthonukban ápolók által látogatott betegek egészségi állapot monitorizálásával (Clarke, et al 2011). Ugyanezen betegcsoport számára hozták létre a TELEMACO (TELEMedicina Ai piccoli COMuni lombardi- Telemedicina a kis lombardiai települések számár) projektet az olasz Lombardia területén, amellyel infrastrukturálisan elmaradottabb mezőgazdasági vidéken élő betegek számára nyújtanak teljeskörű otthoni telemedicinális ellátást (Schmidt, és mtsai. 2010) .

Az mHealth applikációk letöltésével és alkalmazásával monitorozni, adott esetben befolyásolni lehet a páciens a saját egészségi állapotát. Az éves adatok alapján az mHealth applikációk egyharmadát a mentális egészség, 15%-át az endokrin betegségek, 10%-át a szív- és érrendszeri betegségek monitorozására fejlesztették ki. 2018-ban publikált adatok alapján az applikációk használatában Németország és Egyesült Királyság vezetett, de az egy lakosra jutó telehealth szolgáltatásból befolyó bevétel a Skandináv országokban volt a legmagasabb (Market study on telemedicine).

A telemedicina pozitív tulajdonságai: a betegek számára a kisebb volumenű időbeni és munkahelyi kiesés, az utazási költségmértéklés, az egészségügyi intézmények a hatékonyságának növelése, valamint az idős betegek egészségi állapotának naprakész ismerete (Zrínyi és Oláh 2022).

A COVID-19 járvány idején a telemedicina jelentősége világszerte megnőtt, hazánkban pedig a járvány alatti betegellátás egyik legfontosabb eszközeként vált elfogadottá.

.3.4 A magyar egészségügyi ágazat gyökerei és mai jellemzői

3.4.1 A magyar egészségügyi rendszer a kezdetektől napjainkig

A betegségtől való félelem, az óvás szinte egyidős az emberiséggel, de a gyógyítás módja koronként és kultúránként számos egyedi vonást mutat. Így történt ez már a honfoglaló őseink, első királyaink és a középkor idején is. Az egyes korszakok gyógyítási módjainak a megismerése elsősorban a történészek, főleg a művelődés és a néprajz és a nyelvészek kutatóit, a régészeket motiválta. Nyelvünk szókincse megőrizte a test részeinek ősi neveit, és az egyes ismert betegségeket, ha másként is nevezték, mégis azonosíthatták a kutatók. Így váltak érthetővé az ősi gyógyítást idéző sámánok, táltosok, javas- és füvesasszonyok gyógy módjai.

Általuk tudjuk, hogy ismerték a szem, a száj, a fogazat és a belső szervek közül az emésztés leggyakoribb betegségeit, a csontok sérüléseit. E téren kiemelkedő Józsa László antropológus munkássága, aki 752 ismert tudományos publikációja mellett részt vett az első magyar Történeti Embertani Protokoll megírásában is (Papp, és mtsai. 2009). Az életmód kutatói megállapították, hogy a magyarok nem felejtették el az ősi gyógymódokat, sőt a későbbi századokban még a gyógyító szerzetesrendek is figyelembe vették ismereteiket, tapasztalataikat. Tudjuk, hogy ősünk a vándorló életmódjuk ellenére a lakó környezetüket úgy alakították ki, hogy az biztonságot adjon, de sokkal izgalmasabb, hogy egészségesen, bőségesen étkeztek. A betegségek megelőzése, a táplálkozás szerepe ugyanis ismert volt számukra, aminek egyik bizonyítékát épp a régészet, illetve az antropológusok adták, miszerint a csontritkulás ritka jelenség volt náluk. Ez nemcsak a rendszeres mozgásnak, hanem bizonyára az étkezésnek is köszönhető volt. Makkai László (1980:17) annak a tévinformációnak a cáfolatára, hogy ősünk a nyereg alatt puhított húst ettek volna, egy firenzei krónikást idéz, ami alapján azt állíthatjuk, hogy egyenesen saját húskonzervet vittek magukkal.

A vándorlások idején így jó erőnlétben voltak, különösen, hogy nemcsak húst és gabonafélét ettek, hanem sok bort ittak. Nem a mai finomított borokra kell gondolnunk, inkább arra, hogy a magyarokat az ivó víz nem fertőzte, egyrészt felforralták, másrészt gyenge, de az alkohol által fertőtlenített borokat ittak. Az Európát rendszeresen pusztító járványok így csak később, a középkorban, a nagy keresztes hadjáratok idején érték el a lakosságát. A XII-XIII. században már elsősorban a szerzetesek feladata lett a gyógyítás. Ez azonban nem lehetett általános, és minden bizonnyal sokáig megtűrte a vallás az ősi módszereket, a népi gyógyászatot, köztük a bábaasszonyokat. Bertényi Iván (2006:128) úgy véli, hogy Boldogasszony szavunk feltehetőleg az ősi, szülőanyát segítő, a gyermekágyában oltalmazó, gyermekének életet adó jótékony ősi szellemet jelentett a nomád magyarság életében, majd a kereszténység felvétele után a nép ezt a szellemet Szűz Máriával azonosította. A kolostorok mellett a gyógyító szerzetesrendek kórházakat, istápolyokat építettek, ezért ezeket a rendeket istápolyosoknak is nevezték. A kolostorok orvosokat is alkalmaztak, akiket külföldi nagy egyetemeken képeztek. Az ő tevékenységük és tudásuk ismertetése nem fér ennek a disszertációnak a kereteibe, de azt feltétlenül meg kell jegyezni, hogy számukra a test felnyitása, a műtétek tilosak voltak. A mindennapi életben, különösen a háborúk idején, azonban erre szükség volt, amit az alacsonyabb rangúnak tartott orvosokra (sebészekre) bízta, az egyszerű embereket pedig a felcserek, a kovácsok gyógyították. Erre az időre esett a pécsi egyetem Nagy Lajos királyunk által történő alapítása, de a humanizmus idején továbbra is sok magyar tanult külföldön. Az ekkor élt magyar orvosok munkásságának komoly emlékei vannak, amelyek közül

megemlíthető a debreceni professzor Mélius Juhász Péter Herbárium (1578) vagy Pápai Páriz Ferenc Pax Corporis sokat mondó címmel 1690-ben megjelent műve (Mózsa és Szűcs 1998). Elmondható természetesen, hogy ebben a korban nagy volt a csecsemőhalandóság, hogy különösen az ekkor fejlődésnek induló városokban a köztisztaság, az ivó vízellátás, a szennyvizek elvezetése, a lakáskörülmények nem voltak megfelelőek, de nem tért ez el a környező, sőt a fejlettként emlegetett nyugati országokban tapasztaltaktól.

A felvilágosodás igen sajátosan került be a magyar társadalom fejlődésébe, hiszen maga a királynő, Mária Terézia kezdeményezte az ország számos területének modernizálását. Ezek közé tartozott az egészségügy is. Már 1754-ben összeíratta az országban élő orvosokat, és 1769-ben a nagyszombati egyetemet orvoskarral bővítette, amely 1784-ben Pestre került. Az 1770-ben kiadott **egészségügyi rendelethez** előírta képzett orvosok és bábák (szülésznők) alkalmazását, pontosabban, hogy minden megye és város diplomás orvost, s minden járást legalább egy bábaasszony alkalmazására kötelezte. Emellett árvaházakat és a szegényházakat hozatott létre (Balázs 2007). Miközben egyre több orvos tanult a fővárosi és a kolozsvári egyetemen, 1868-ban létrehozták az Országos Közegészségügyi Tanácsot, 1876-ban pedig megjelent a XIV. úgynevezett Közegészségügyi Törvény. A közbeeső évszázadban a magyar egészségügynek számos kiváló kutatója, orvosa vált ismertté. Elég, ha a hazai kórházak névadóira gondolunk, máris láthatjuk, hogy milyen jelentős kutatási-tudományos eredményeket értek el. Szabolcsban az orvos dinasztiát adó Jósa család, tagjai közül Jósa András alapította meg a megyei kórházat és a megyei múzeumot (Á. Fazekas 1987). Korányi Frigyes még egész fiatalon részt vett az 1848/49-es szabadságharcban, és ő lett a tuberkulózis elleni védekezés egyik leghíresebb képviselője a Közegészségügyi Tanács egyik alapítója. Fia, Korányi Sándor követte az egyetemi katedrán és a kutatásokban, hiszen a veseelégtelenség kutatásában és gyógyításában ért el kiemelkedő eredményeket (Láczay 1988).

Szinte minden megye dicsekedhet kutató-orvos példaképekkel, Hajdúszoboszlóról származik például Hógyes Endre, aki az első magyarországi Pasteur Intézetet hozta létre (Földváry 2020). Ennek a kutatásban is jeleskedő orvos generációnak az elismerését jelenti, hogy számos tagjáról neveztek el kórházakat, de magának az egészségügyi rendszernek a kiteljesedése nem volt ennyire sikeres.

Az árutermelés ipari megjelenése, a termelés folyamatos fokozása a társadalom életmódját átalakította, miközben az egészségügyi intézkedések hiánya tömegpusztító járványokhoz vezetett. Az 1830-as európai kolerajárvány rávilágított a lakosság fizikai és biológiai környezetének rendkívüli hiányosságaira, és a járvány előtérbe helyezte a köztisztaság, a táplálkozás, a lakás- és munkaviszonyok javításának kérdését (Mádai 1983). Ez a változás már

előrevetítette az egyén gyógyításán túl, az emberek nagyobb csoportjának, a közösségnek a védelmét, így a közegészségügy szerepét és fejlesztésének fontosságát (Bezerédyné és mtsai 1967, Gazda 2017). Megfogalmazódott a társadalom-egészségügy fejlesztése iránti igény. Megállapították, hogy a lakosság egészségi helyzete és egészségügyi ellátása szorosan összefügg a társadalom helyzetével, élet- és munkakörülményeivel. Folyamatosan módosították a lakosok szociális és gazdasági helyzetéből adódó, az egészségügyi állapotukban a károsodást megakadályozó, illetve hatásukat megszüntető vagy csökkentő egészségügyi és szociális intézkedéseket (Gazda 2017) .

Fontos változást hozott hazánkban az 1868-ban megalakult Országos Közegészségügyi Tanács, melynek javaslatára létrehozták a szegény falusi lakosság egészségügyi ellátására a községi orvosi intézményeket, valamint a szülésznői állásokat (Sótonyi 2010) (Pálvölgyi 2006). Ennek elsődleges és leghamarabb észlelt eredménye a beteg személyek helyi ellátása volt, de ennél is jelentősebb célként fogalmazódott meg, hogy a közegészségügy eredményesebb működése érdekében szükség van a társadalom közreműködésére, az egészségügyi feladatok végrehajtása során a lakosság bekapcsolódására. Legfontosabb megoldandó feladatként a kóros tényezők távoltartására, az egyén ellenálló-képességének fokozására és a fertőző betegségek visszaszorítására irányuló kutatásokat határozták meg. Korányi Sándor kezdeményezésére 1917-ben megtartott Népegészségügyi Országos Nagygyűlés témája a falvak és városok egészségügye, illetve az egészségügyi igazgatás működése, így a népbetegségek, a tuberkulózis, a nemibetegségek, a csecsemőhalandóság és az alkoholizmus elleni küzdelem volt. Kiemelték, hogy az egészségügyi ellátás adatai a szociális viszonyokból indukálódnak. Hazánkban már az 1920-as években is folytak modellkísérletek. Az ún. mintajárásokban próbálták ki a bevezetésre váró egészségvédelmi szolgálatot. A kísérlet során önkontrollt alkalmaztak, vagyis a kísérletben részt vevő járásokban a lakosság egészségi állapotának változását a kísérlet előtti adatokkal hasonlították össze. Az új szervezeti formát és munkamódszereket a jónak értékelt kísérlet eredményessége alapján vezették.

1927. június 1-jén kezdte meg működését az Országos Közegészségügyi Intézet (OKI), egy olyan központi irányítású állami szervezet, amely a helyi intézményeket irányította és működtette (1936. évi IX. tc A hatósági orvosi szolgálatról és a közegészségügyi törvények egyéb rendelkezéseinek módosításáról szóló; Papp 2015). 1927–1945 között az OKI kiépítette a járványügyi szolgálatot, előállította a szükséges oltóanyagokat, megszervezte az ivóvíz-ellenőrzést, fióklaboratóriumokat létesített, megalkotta a gyógyszerek törzskönyvét, felvilágosító tevékenységet végzett, megszervezte az ápoló- és védőnőképzést (Simonovits 1975).

A társadalombiztosításon alapuló, államilag felügyelt modern egészségügyi rendszer – mint már erről volt is szó – a hazánkban a Bismarcki modell bevezetésével 1891-től indult el. Voltak sajátos, csak a magyar viszonyokat követő jegyei, hiszen lépcsőzetesen vezették be. Elsőként kiterjedt az ingyenes orvosi ellátásra, az ingyenes gyógyszer és gyógyászati segédeszköz-ellátásra, valamint a keresőképtelenség harmadik napjától a 13. hét végéig terjedően a táppénz fizetésére. 1927-től a társadalombiztosítás főbb alkotóelemei (betegségi, baleseti, öregségi és rokkantsági biztosítás) mellett a munkanélküliség elleni biztosítás is elérhetővé vált (Csemniczki 2000).

A nyugat-európai normákhoz hasonlóan a magánalkalmazottak a táppénztől a családi pótlékon át a nyugdíjig a járandóságok egész sorát igénybe tudták venni. Bár az előnyök kiterjesztésére lett volna igény, viszont csak az élet- a betegbiztosítás hiányosságaira hívta fel a figyelmet. 1938-ban csupán a lakosságnak csak az egyharmada élvezte a társadalombiztosítás valamely formáját, a kívül rekedtek csak minimális elsősegélynyújtásban reménykedhettek. A mezőgazdasági munkások biztosítási hálózata tökéjében és nyújtott szolgáltatásaiban is igen szegényes volt, de mégis védte őket valami, szemben azokkal a munkás- és parasztrétegekkel, akik öngondoskodásra voltak „kényszerítve” (SZALAI 1986). A hiányosságok ellenére a Bismarcki modellben a szolidaritási elv mégis érvényesült: a befizetés jövedelemarányos, a természetbeni ellátás a szükséglettel arányos. A német egészségbiztosítás ma is e modell szerint működik. Ezt a modellt vették át a közép-európai országok a XIX. század végétől, és ehhez tértek vissza döntő többségükben a volt szocialista országok 1989 után (Ágoston, és mtsai. 2011). Hazánkban azonban a II. világháború után bevezetett szovjet mintájú egészségügyi rendszer lényegében nem bomlott fel, hanem felemás módon összefonódott az új igények szerinti egészségügyi rendszerrel.

A második világháború kárvallottjai, emberáldozatai nemcsak a frontokon meghalt, a koncentrációs táborokban és a különféle hadifogolytáborokban és börtönökben elpusztultak voltak, hanem azok a túlélők is, akik évekig várták a saját hazájuktól, hogy betegségük, árvaságuk, elhagyatottságuk terheit, betegségeik gyógyítását, mindennapi életükben az újrakezdés anyagi részét legalább részben átvállalja. Ez nemcsak magyar jelenség volt, de a Magyarországon ez nagyobb terhet jelentett, mint azokban a fejlettebb államokban, ahol a társadalombiztosításnak nagyobb hagyománya, kiterjedtebb bázisa volt. Ehhez társult, hogy a szovjet hadsereg bevonulása után – még a szocialista rendszerre való áttérés előtt – joggal gondolhatták, hogy a sérült, rokkant, megözvegyült, árva lakosságról való gondoskodás állami feladat.

1945 után így is történt egy látványos előrelépés, gyakorlatilag több fertőző betegség teljes felszámolása megvalósult, valamint a preventív védőoltások alkalmazásával bekövetkezett a fertőzésveszély jelentős csökkentése, amely nemzetközi téren is figyelemre méltó eredménynek számított (Magyar Katolikus Lexikon 2021). (Például a gyermekbénulás, a diftéria, a tetanusz járvány gyakorlatilag megszűnt, a di-per-te oltás alkalmazásával a fertőzések szóróanyagbetegséggé váltak, később a védőoltások hatására a kanyaró is.) A járványokkal szembeni eredmények azonban nem csökkentették a lakosság egyéb krónikus vagy munkahelyi megbetegedéseinek számát.

1948-ban Magyarországon a szolidaritás elvű Bismarck-i egészségbiztosítási modellt – amelynek jellemzője, hogy nem az egész lakosság biztosított, a járulékbefizetés jövedelemarányos, az egészségügyi szolgáltatók köztulajdonban vannak – a Szemaskó modell váltotta fel, amely szintén a szolidaritás elvére hivatkozik, de a szocializmusban meghirdetett általános, mindenkit egyformán ellátó rendszer valójában nem tudta teljesíteni ígéretét. Hazánkhoz hasonlóan Lengyelországban, Csehszlovákiában és Romániában is bevezették 1948-ban a szovjet Szemaskó modellt. A modell lényege, hogy a lakosoknak állampolgári (nem biztosított) jogon jár az ingyenes orvosi ellátás, így materiális és jogszabályi bázis megteremtése által az egészségügy igénybevételét állampolgári joggá tették.

Következésképpen az egészségügyi ellátást állami feladatként értelmezték. Az egészségügyi ellátás megvalósításának fő pilléreiként az állami tulajdonú és finanszírozású egészségügyi intézményekben a verseny kizárását és a fizikai mennyiségeken alapuló elosztást kellett megvalósítani. A gyógyítási szolgálatot kivonták a piac kereslet-kínálati viszonyainak közvetlen hatása alól. Ezáltal megvalósult az ingyenes és általános egészségügyi rendszer.

A tényleges működtetés egy piramisszerű tervezési-elosztási rendre épült, amely területi-regionális elven történt. Az egészségügy szervezetei, intézményei is területi elven működtek, ami azt jelentette, hogy egy-egy meghatározott terület lakóinak egészségügyi ellátására irányult. A következetes alkalmazásának sok nehézsége volt. A területi ellátás mellett ugyanis megjelent az ágazati ellátás is a munkaegészségügyi hálózat (ágazati, vállalati, üzemi intézmények) formájában. (Ez biztosította a honvédség, a belügyi erők, az állami és pártapparátusok kiemelt ellátását.) Így az egyenlő hozzáférés elve sérült, párhuzamos kapacitás és ellátás jött létre (Csemniczki 2000).

A korszaknak a jellemzője, hogy elsősorban a minőségi fejlesztés maradt el, és ennek pótlására alakult ki a paraszolvencia szokása. Gerő Ernő indítványára fogadták el, hogy az egészségügyi dolgozók többletmunkáját – a gazdaság átmeneti nehézségei okán – borraavalós szakmává tegyék, amelyet az Orvosegészségügyi Szakszervezet elnökének javaslatára hálapénz

elnevezésre finomítottak. Előzményül szolgál, hogy a II. világháború előtt az idősebb orvosok által a fizetés és díj nélkül dolgozó gyakornoknak adott összegre használták ezt a kifejezést. Mivel a hetvenes, nyolcvanas években a társadalombiztosítás évről évre jelentős többlettel zárt, lehetőség lett volna az egészségügyi dolgozók bérrendezésére, de a döntéshozók a többletet rendre átcsoportosították a gazdaság más területeire. A hála pénzbeli vagy tárgyi kifejezésére több indok is alapul szolgált, de a betegek jelentős része a következő, szakmailag megfelelő színvonalú ellátás reményében adta a hálapénzt, ami jelentősen demoralizálta az ellátást (Solymosi 2005).

1992-től napjainkig már vegyes finanszírozású rendszer van kialakulóban, hiszen több területen érintkezik az állami és a magán egészségügyi szolgáltatás. A finanszírozásban a társadalombiztosítás mellett megjelentek a magánbiztosítók is, de ez a rendszer korántsem nevezhető kiforrottnak, hiszen számos ellentmondása abból fakad, hogy a különféle rendszerek úgy keverednek, hogy az átláthatóság sérül.

A rendszerváltást követően a járványok tapasztalatainak és az orvostudomány eredményeinek hatására a gazdaságilag fejlettebb államok közfeladatnak ismerték el a járványok elleni küzdelmet. Megoldották a higiénés viszonyok javítását, viszont a lakosság „ingyenes”, pontosabban államilag támogatott gyógyítását már nem vállalta fel egyetlen állam sem. Elmaradt annak az átfogó, népegészségügyi szemléletű, az egészségügy működési kereteit meghatározó, alapvetően az egészségmegőrző és gyógyító munka helyét és szerepét meghatározó programnak a megalkotása, amely szerint specifikálni lehetne az intézményrendszer feladatrendszerét és a megelőző tevékenység helyét és ismertségét (Solymosi 2005).

Az egészségügy jogi-igazgatási megközelítéséből következően, a közszolgálati szektor környezetét és működését is kell értelmeznünk. Antal-Mokos és m társai közszolgálati szervezeteknek nevezi a „központi állami és helyi közigazgatást megtestesítő intézményeket, valamint mindazokat a szervezeteket, amelyek működését meghatározó részben állami vagy helyi önkormányzati költségvetésből fedezik” (1997). Itt azonban kimaradt annak az értelmezése, hogy mit értettek 1997-ben közszolgálati szervezeteknek. A választ azonban megtaláljuk az ugyanebben az évben megjelenő 1997. évi CLIV. az egészségügyről megjelenő törvényben, különösen annak a VII. fejezetében, melynek címe: Az állam felelős a lakosság egészségi állapotáért, feladata az egészségügy szervezése és irányítása. Ez a törvény olyan kereteket nyújtott, amelyek már a nemzetközi szintű, az Európai Unió által meghatározott fejlesztési irányokkal összhangban lévő egészségügyi irányelveket fogalmazott meg (156§), az egészségügyet közszolgálatinak, nonprofit ágazathoz tartozónak minősítik, bár a finanszírozás

módját egy másik törvény jogkörébe teszi át. Jelenleg a 2008. évi CV. a költségvetési szervek jogállásáról és gazdálkodásáról szóló törvényben olvashatók az egészségügyi közszolgáltató költségvetési szervekre vonatkozó jogszabályok.

A kialakuló állami struktúráknak a megértéséhez és értelmezéséhez érdemes felidézni, hogy Max Weber szociológus a közigazgatással kapcsolatban azt vizsgálta, hogy a bürokrácia milyen jellemzőkkel bír. A bürokrácia szerinte nem feltétlenül tekinthető rossznak, de működhet rosszul. A nem megfelelő szabályozás vagy a túlságosan mély hierarchia hatékonyságtól mentes működést eredményezhet. Weber bürokráciaelméletének kritikus pluralista szemléletű megközelítésének alapkövetelménye, hogy az állam tevékenységét a társadalmi érdekek határozzák meg. Dahl „poliarchia” elmélete szerint a különböző társadalmi csoportok különböző nyomást gyakorolnak a döntéshozókra (1961), amelyet Dahl egyik egyetemi kollégája, Nelson Polsby azzal egészített ki, hogy a pénz, a szakértelem és az információ a hatalom fő forrásai, amelyek a társadalom különböző csoportjaiban egyenetlenül vannak elosztva. Mayo és munkatársai az emberi magatartás sajátosságainak megértésére vonatkozó kutatása rávilágított, hogy más szervezetekhez hasonlóan a formális kapcsolatokon kívül az informális emberi kapcsolatok is hatással vannak a bürokratikus szervezetek teljesítményére. A szervezetelméleti tanulmányok az 1940-es, 50-es évektől már együttesen vették figyelembe Weber elméletét és Mayo kutatási eredményeit (Jenei 2019). Henry Mintzberg (1979) menedzsment aspektusa alapján az egészségügyi ellátó intézmények szakértői bürokráciaként értelmezhetőek, ahol fontos a komplex feladatellátás és a szakértők dominanciája. A fő jellemzők közé sorolható a szakértők (orvosok) komplex munkája, a lassabban változó szaktudás, a szervezeten belül jelentős mértékű orvosi autonómia, a kollégáiktól viszonylag független, de a betegekkel szoros kapcsolat (Berde 2015). A bürokratikus működésre jellemző lassúság, rugalmatlanság, a bürokráciák rosszul, diszfunkcionálisan működő jellemvonásai, ám ezek megváltoztathatóak (Bodnár és mtsai, 2013). A kórházakat olyan szakértői bürokráciát támogató struktúra jellemzi, amelynek egy részében a hierarchikus, centralizált forma, míg a gyógyító munka sikerességéhez a nagyfokú autonómia szükséges (Mintzberg 1981). A szakemberek képességein, szaktudásán alapuló autonómia biztosítása érdekében a vezetés lemond a hatalmának egy részéről, s ezáltal a struktúra decentralizálttá válik. Ellenben az adminisztratív területen működő centralizált, lassú rendszer meghosszabbítja a betegellátás folyamatát, megnehezíti az egymás közötti kommunikációt, elszigeteli a dolgozói csapatokat egymástól és a javító, innovatív ötletek nehezen adaptálhatóak a nehéz döntési mechanizmus miatt. A bürokratikus elemek – standardizáltság, formalizáltság, szabályozottság – kezelésére, egyensúlyban tartására fokozott figyelmet kell fordítani egy szervezet strukturális

átalakításakor (Dobák és Antal 2009). Már ezekből is következik, hogy a különféle struktúrák működhetnek jól vagy rosszul, ennél mélyebbre kell ásni ahhoz, hogy a hazai egészségügy problematikáját feltárhassuk. Az mindenesetre biztos, hogy a szervezeti struktúrát a szervezeti célokhoz, előzményekhez, folyamatokhoz, illetve a környezethez kell igazítani. A megközelítésmód választása alapján a kutatók véleménye eltér a vizsgált faktor fontosságáról. Dajnoki (2014) az emberi erőforrás összetételét, szakképzettségét, egyedi adottságainak szerepét vizsgálva arra a következtetésre jutott, hogy hatékony szervezeti struktúrát az emberi tényezők figyelembevételével lehet kialakítani és működtetni. Az elvárás-menedzsmentről és a teljesítményértékelésről szóló kutatási eredményeiben Juhász (2012) a szervezeti hierarchia és a kommunikációs rendszer összefüggéseit vázolta fel. A szervezeti folyamatok hatásvizsgálatából Bácsné Bába (2010) és Pierog (2013) arra következtetnek, hogy a szervezet által felvállalt tevékenységek határozzák meg a szervezeti struktúrát. Szabados (2009: 148) a csoportformálódás és működési sajátosságai alapján fogalmazza meg következtetéseit, a csoportokat tartja meghatározó tényezőnek, miközben Mórén (2011) az önfejlődés szervezetformáló hatását emelte ki tanulószervezetekkel kapcsolatos kutatásában.

A fentebb ismertetett kutatási aspektusok is jól példázzák, hogy az egészségügyi szervezetek környezete továbbra is rendkívül komplex. Az elmúlt években számos strukturális változtatás lépett életbe, amelyek vagy területi, vagy szervezeti koncentrációval kísérleteztek, de legtöbbször részlegesen történt a megvalósítás. A központi kórházi koncepció kiterjedt az ellátáson kívül a humán erőforrás szervezésére, vezénylésére, a gazdasági erőforrások szétosztására, a különböző szakellátási formák felügyeletére. Az Országos Kórházi Főigazgatóság gyakorlatilag a szakigazgatási feladatokat irányítja, ellenőrzi. A gyakorlat viszont azt mutatja, hogy ezek az intézkedések továbbra sem oldották meg a betegellátásban tapasztalható hiányosságokat.

A koncentráció oda vezetett, hogy különböző szervezeti struktúrák léteznek egymás mellett.

A korábban privatizált alapellátási szolgáltatók és a háziorvosok helyzete továbbra sem megnyugtató. A működésük során a kapcsolódnak a szakellátáshoz, míg a hatósági feladataikat a tisztiorvosi, illetve a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGYK) felügyeli. A finanszírozásukat a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) a 43/1999. kormányrendelet alapján állapítja meg. Az alapellátásban működő szervezetek lényegében a sokirányú feladat teljesítés ellenére magukra maradtak. Az érdekvédelmükre a kamara tagság alapján számíthatnak, de a tagság 2023-tól nem kötelező. Az átrendeződés alapvetően centralizálási alapú, és nem oldotta meg az ágazat alapvető strukturális, működési és irányítási gondjait.

3.4.2. Reformkonceptiók és kísérletek a rendszerváltás óta

Az egészségről már az ókortól, míg az egészségügyről csak a modern államok kialakulásától vannak dokumentumaink. Az idők folyamán ugyanis az orvos – beteg – gyógyítás kapcsolat bővült, és a tudományos felfedezések egyre gyakrabban tették lehetővé a prevenciót, majd a terápia után a rehabilitációt. Eközben az egészségügy nemcsak magán, hanem közüggé vált. A 20. században még azt remélték, hogy a jóléti államok közszolgáltatása biztonságossá teszi embermilliók életét, de egyre nyilvánvalóbbá válik, hogy számos ok, így az idősödő társadalmak, az egészségipar fejlődése, a különböző gazdasági erőviszonyok lassítják, gyengítik ennek a realitását. Különösen így van ez Közép-Európában, így Magyarország esetében is, ahol a biztosítási rendszerek váltakoztak, de egyik sem erősödött meg. A világháború és az azt követő hatalomváltás az egészségügyi és a szociális problémák összefonódását eredményezte, miközben ingyenes ellátást hirdettek. A WHO alkotmányát több, mint fél évszázada elfogadták, és célkitűzései ugyan máig érvényesek, de betartásukat az 1990-es rendszerváltások sem tudták teljesíteni. Kornai János, a nemzetközileg elismert közgazdász rámutatott, hogy az egészségügy működésében komplex változásokra van szükség, amelyben két alapelvnek kell érvényesülnie: az egyén szuverenitásának és a társadalom szolidaritásának (Kornai 1998).

A 20. század rendkívül sok változása és válsága között világszerte jelentős az egészségügyben bekövetkezett robbanás. Ez egyfelől a gyógyítási eredményekben és az orvosi tevékenységhez szükséges technológiákban és a finanszírozás módjában is jelentős eltéréseket eredményezett, amely szinte minden országban megoldásra váró problémák sokaságával jelentkezett. Az egészségügyi rendszerek reformokra, átalakításokra kényszerültek folyamatosan, de minden közös jelenség ellenére is vannak különbségek az egyes országok egészségügyi rendszerének reformjaiban. Maga az egészségügyi ágazat is roppant szerteágazóvá vált, így a jelen értekezésben magának az orvoslásnak az aspektusából közelítjük meg az egészségügynek a legközvetlenebb módját, az orvos-beteg kapcsolatot. Az orvoslás, használhatjuk itt a gyógyítás megnevezést, ma is két pólusú, a beteg és az orvos bizalmi alapon létrejövő kapcsolatuként értelmezhetjük, még akkor is, ha esetenként orvosi teamekről van szó. A másik szempontot a gyógyítás társadalmasítása eredményezte, amely Európában a 19. században ment végbe. Ez a szolidaritáson alapuló biztosítási rendszerek kialakulásától, a különböző rendszerű biztosítási módokon át vezetett a központilag szervezett állami egészségügyi rendszerekig, és mára nemcsak az orvoslás, hanem a megelőzés is csatlakozott ehhez a feladatkörhöz. Az egészségügyi rendszerek kiépítése elsősorban az utóbbi területen, fejlődött ki, és vált az államtól elsősorban elvárt népegészségügyi közfeladattá. Kosztolányi (2019) szerint a két

feladatkör, tehát az individuális és a közösségi orvoslás között napjainkra már eltértek a morális hangsúlyok, és fokozódó feszültség vált általánossá, ami számos területen megnyilvánul. Miközben az egészségügy sokszereplős ágazat lett, a forrásigénye és az ellátandó személyek, betegek száma a népességrobbanás, valamint egyes társadalmakra jellemző idősödés miatt is, megnőtt (Illés, 2013:27). Ezen túl el kell látniuk a prevenciót szolgáló népegészségügyi szűréseket, járványkezelési teendőket, amelyek más-más szervezeti és működési formát kívánnak (G. Fekete 2011). Ezzel szemben az orvoslás személyi állománya véges, az orvosi szakterületek specializálódása is jellemzővé vált, miközben a gyógyító orvosok tevékenysége kiegészült paramedikális szakemberek együttműködésével (Balogh és Dancs 2006).

Az így létrejött multiszektorális egészségügy működésének összehangolására egy össztársadalmi kompromisszumon alapuló, szakmai kritériumokat előtérbe helyező koncepció vált szükségessé, ami globális kihívásként jelent meg a 20. század második felétől. Magyarországon mindezt a társadalmi, politikai, gazdasági változások nehezítették, ami a szociális és az egészségügyi rendszerek összefonódásával járt együtt (G. Fekete 2011).

Az Egészségügyi Világszervezet alkotmánya igyekezett olyan irányelveket megfogalmazni, amely az évszázadok óta ismert orvosi eskü szerinti gyógyító munkát és a különböző állami egészségügyi szolgáltatások, kompromisszumát is megteremti, amivel a két egészségügyi feladatkör működését segíthette. Például, hogy kötelező szolidaritási elven működő biztosítási rendszeren alapuljon az egészségügyi szolgáltatás, vagy, hogy a szolgáltatások rendszere és a közpénzek sorsa átlátható legyen. A biztosítási rendszerek az egyes országok történelmi hagyományain alapulva fejlődtek ki, az állami részvételtől függően négy nagy rendszer alakult ki, a Bismarck-i, a Szemaskó, a Beveridge és a Vegyes modell, de sajnos egyik sem tudta a társadalmi felelősséget és az egészséghez való emberi jogot összehangolni. „Két eszme fogant ekkoriban, amelyek ma is aktuálisak, a szolidaritás és a közszolgáltatás. ... A probléma azonban ennél sokkal összetettebb, és mélyebb összefüggések feltárását igényli. Az egészségügyi ágazat megújuláshoz természetesen a finanszírozás mellett a strukturális és a működési rendszerének átalakítása éppúgy szükséges, aktuális és sürgetően fontos, mint a szakemberek presztízsének, motiváltságának növelése” (Lácza, 2021). Ezeket a szempontokat vizsgálva, rávilágíthatunk arra, hogy a magyar egészségügyi igazgatás jelenlegi problémái legalább három generációval korábbi időkig, vagyis a második világháború végéig visszavezethetők.

3.4.3.A magyar egészségügyi rendszerek és reformok

Az egészségbiztosítás első korszakában, még a 19. század végén hazánkban is, a Bismarck-i modell szerint, a járulékokat jövedelemarányosan fizették a tagok, ami feljogosította őket az ingyenes orvosi ellátásra, az ingyenes gyógyszer és gyógyászati segédeszköz ellátásra, és

bizonyos idejű táppénzre (Mészáros 2009; Nagy és Ritter 2018; Paulikné Varga, 2020), de a biztosítottak köre elég szűk maradt. A világháború után viszont a szovjet típusú Szemaskó modellt vezették be, ami azt eredményezte, hogy gyakorlatilag az állam mindenki számára ingyenessé tette az egészségügyi ellátást.

Magyarország aláírta, s az 1948. évi XII. törvénnyel beillesztette a magyar jogrendbe a WHO alkotmányát, azonban a működés súlyos anomáliákkal volt terhelve. Ezek egyike nemcsak magyar jelenség volt, ugyanakkor Magyarországot a háború különösen nagy áldozatokra kényszerítette. A háború emberáldozatai nemcsak a frontokon meghalt, hanem azok a túlélők is, akik évekig várták a saját hazájuktól, hogy az újrakezdés anyagi részét legalább részben vállalja át. Ehhez társult, hogy a szovjet hadsereg bevonulása után – még a szocialista rendszerre való áttérés előtt – joggal gondolhatták, hogy ez a gondoskodás állami feladat. Aztán 1948 után a szocialista hatalomátvétel egyben a szovjet egészségügyi rendszer legnépszerűbb ígéretével indult, a mindenkire kiterjedő ingyenes betegellátással. A szocializmusban az általános foglalkoztatás kötelezettségéből logikailag az is következett, hogy mindenki finanszírozta az egészségügyi ellátását, a nyugdíjjárulékát, amelyből az állam megszervezi az ő ellátását, de ez csak elméleti okfejtés, a gyakorlat sokkal ellentmondásosabb volt. A kor embere ezekkel a fogalmakkal nem találkozott, a gondoskodó államot – látszólagos hasonlóságai miatt – azonosította a jóléti állam felé vezető szakasszal. Ma már tudjuk, hogy a különbség magából a rendszerből következett. Amikor azonban 1989 után a politikai rendszerváltást követő gyors privatizáció hatására százezrek váltak munkanélkülivé – egyes statisztikák szerint 1989-1996 között másfél millióan, és a foglalkoztatottság 40%-ra csökkent (SZALAI 2007) – tartalékaik nem lévén –, szintén az államtól vártak segítséget. Ennek elmaradása miatt rendszerszintű volt az egészségüghöz való fordulás (táppénz, rokkantnyugdíj, stb).

A Kornai János (1998) által megfogalmazott két alapelvnek, az egyén szuverenitásának és a társadalom szolidaritásának a megvalósulásához az egészségügy működésében komplex változásokra lett volna és lenne ma is szükség. Míg az első a saját döntések jogát és kötelességét, a második a rászorultak támogatásának társadalmi kötelességét jelenti. A közgazdász által feltett olyan kérdések vártak tisztázásra, hogy van-e az egészségnek (piaci) értéke, amire a válasz, hogy semmihez sem hasonlítható az élet értéke. Mi legyen az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés normája? Hogy melyek az alapvető szükségletek, amelyekhez mindenkinek joga van a szolidaritás elvéből következően? Ezekből viszont még napjainkban is számos etikai és gazdasági kérdés maradt nyitott.

Mindezek ellenére volt remény arra, hogy sikerül hazánkban az egészségügyi ágazatot korszerűsíteni, és egy új modellt bevezetni. Már a 1988. évi XXI. számú törvény leválasztotta a költségvetésről, és önálló intézményi struktúrába helyezte az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóságot. Ettől azt remélték, hogy visszatér az ország az időközben modernizálódott Bismarck-i biztosítási rendszerhez. 1993-ban ez a főigazgatóság kettévált, Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságra és Országos Egészségbiztosítási Pénztárra (OEP) Majd ezt újabb jogszabályok követték (1997-es LXXXIII. számú törvény, a kötelező egészségbiztosításról 1997, Vince 1995).

Az egészségügyi ellátás korszerűsítése is elindult. Az előkészületek már az 1980-as években megkezdődtek ott, ahol a legtöbb orvos-beteg találkozás történik, vagyis az alapellátás átalakítását tűzték ki célul. Ez valójában 55/1992. (III.21.) Kormányrendelettel történt meg jogilag is, amikor a betegeknek lehetőségük nyílt a szabad orvosválasztásra, illetve amikor a háziorvos a területi ellátásra az önkormányzattal, a finanszírozás végett pedig az egészségbiztosítással szerződött. Ez lényegében az alapellátás funkcionális privatizációját jelentette. Rövid időn belül kiderült, hogy a vállalkozóvá lett orvosok a költséghatékonyabb gazdálkodással látványos eredmény és életszínvonal emelkedést mutattak. Ezzel a háziorvosi pálya presztízsét is növelték (Rurik 2019). Mára a háziorvosi praxisok számos változást éltek meg, amelyeket később részletezek, de azt a koncepciót, hogy innen célszerű elindítani az egészségügy komplex reformját, ma is aktuálisnak tartom.

3.4.4. A magyar egészségügy rendszerváltás utáni reformjainak hatása és problémái

Az egészségügyben dolgozók és az azt kutatók abban egyetértenek, hogy az egészségügy soktényezős és sokszereplős multiszektorális rendszer, és nem létezhet interaktivitást feltételező társadalmi felelősségvállalással készített stratégiai koncepció nélkül. Ezekre a XXI. századi kihívásokra már az ENSZ Fenntarthatósági Fejlődési Céljaiban is felhívta a figyelmet, ami kiemelt jelentőségű, és súlyos felelősséget ró minden döntéshozóra, aki a szakpolitikát irányítja, aki a forrásokat, a kutatási pénzeket elosztja, az orvostudomány minden területén folytatott ellátásra, kutatásra, oktatáspolitikusokra, morális szempontokat megfogalmazó etikusokra (Kosztolányi 2019). A kialakuló hálózatrendszerek azonban szükségszerűen maguk is keresik a számukra legalkalmasabb működési lehetőségeket, és a jó példákat igyekeznek átvenni.

Az alapellátásban működő praxisok, praxisközösségek és ebből kiindulva akár egy spontán szerveződő érdekérvényesítő, a gazdasági életből átvett taktikát is alkalmazhatnak. Az 1990-es években figyeltek fel arra, hogy az egymásnak a piacon konkurens vállalkozások bizonyos kérdésekben képesek együttműködni. Míg a klasszikus gazdaságban a verseny és a kooperáció

nem keveredett, addig az ezredfordulóra stratégiai hálózatok jöttek létre, amelyeknek hasonló érdekeik voltak, amelyekben támogatták egymást, más területen azonban nem. Példa lehet erre egy termék vagy termékcsoporthoz, amelynek előállításában, értékesítésében felhasználásában, esetenként még a versenytársak is érintettek, de egy jogszabály kiharcolásában összefognak, amit koalícióként definiáltak. Magát a jelenséget más területeken is ismerik (pl. játékelmélet), de az együttműködő versengés erejét igazán a nagyobb hálózatok eredményesebben tudják érvényesíteni (HÁMORI 2013, 235-238). Ugyanakkor az együttműködő versengésből ezután az együttműködés (kooperáció) is következik, hiszen a sokszereplős hálózat, akik közös felhasználóként a folytatásban is érdekeltek, később is egymásra vannak utalva. Ezt a jelenséget (kompetitív magatartást) különböző formációkban lehet megfigyelni, amely által megnő az innováció, a hatékonyság és az érintettek védelme is. Témánk szempontjából a következő kérdésünk tehát az, hogy a magyar alapellátás szereplői között kialakulhatnak-e azok a közös érdekeltségi pontok, amelyben képesek együttesen fellépni, és ezzel egy tőlük induló reformfolyamatban kezdeményezővé válni.

Az alapellátás helyzete, tevékenységi körének meghatározása az elmúlt évtizedekben sokat változott. Mindazok a problémák érintették, amelyek általában a modern egészségügyi szolgáltatás egészének a reformját sürgetik, és különösen a hazai megkésett vagy torzóban maradt átalakítási kísérletek terepe lett. Ezen a szinten kellett az orvosoknak átélnie azt az alapvető dilemmát, hogy a rendszerváltás után az ellátás állampolgári jogon jár-e, vagy a finanszírozás a biztosításon alapszik, és ha igen, akkor differenciált lesz-e az ellátás, vagy mire terjed ki, mire lesz elég a szolidaritás? Ennek a dilemmának a részleteit mutatta meg Orosz Éva (2001) tanulmánykötete, amely az 1980-as évektől az ezredfordulóig vezeti végig azokat a koncepciókat, amelyek a magyar egészségügyi ágazat korszerűsítését igyekeztek megoldani. A WHO 1996-ban kiadott Ljubljana Chartája megkerülve ezt a kérdést, az általános és közös alapelveket fektette le, ami „azon az alapelven nyugszik, mely szerint az egészségügyi ellátásnak elsősorban és mindenekelőtt a népesség jobb életminőségéhez és jobb egészségéhez kell vezetnie” (Orosz, 2001:36). A cél elérésének több szempontú megközelítése jellemezte a nyugat-európai, sőt a világ országainak a vitáit, és kiderült, hogy a makro tényezők jelentős átalakulása miatt globális problémákkal küzd az egészségügyi ágazat. A makro szintű változások között szokás emlegetni, a gazdasági és társadalmi változások mellett az egészségügyi technológia kiemelkedő fejlődését, és egyben ennek a drágulását, vagy a társadalombiztosítási rendszerek és az államok eltérő egészségpolitikáját, az alapértékek és a szolidaritásnak a mértékét. A vita egyik kiélezett pontja akörül csúcsosodott ki, hogy „A kormányzatnak csak az alapvető szolgáltatásokat kellene nyújtania, mint például a súlyos

betegségek kezelése, és a többi esetben az öngondoskodásra kellene ösztönöznie az embereket” (European Commission 2018). A vélemények szélsőségei mellett nem születhetett döntés, és ez alapjaiban is megnehezítette az orvosi hivatás alapjainak és a piaci viszonyok összeegyeztethetőségének a kérdését.

A vita a magyar egészségügyi ágazatot sem kerülte el, de számos egyéb gonddal is meg kellett küzdeni. Elsősorban a rendszerváltás utáni gazdasági visszaeséssel és a nagymértékű munkanélküliek kezelésével. Ugyanekkor viszont a romló egészségügyi viszonyok, a népesség kedvezőtlen egészségi állapotának a kezelése kívánt volna gyors és megnyugtató válaszokat. A rendszerváltás előtt az egészségügyi ellátást állami feladatként értelmezték (Szalai 1986). A rendszerváltáskor nem volt előre kidolgozott egészségpolitikai koncepció, csak a remény, hogy korszerűbbé, jobbra válik majd. Ezzel szemben három azonnali megoldásra váró problémával kellett megküzdeni:

- fenn kellett tartani az új rendszer működőképességét,
- meg kellett volna válni az államszocialista egészségügyi rendszertől, azaz a Szemaskó modellről,
- és az örökölt egészségügyi problémáktól (Orosz 2001).

Ehhez, már akkor tudták, ki kellene építeni azt a demokratikus egészségügyi struktúrát, a működés új rendszerét, amely nemcsak az egészségügyi ágazat sokkal szélesebb piaci résztvevőivel tud új, konszenzusos együttműködést kialakítani, hanem a hagyományos, etikai és szakmai értékeken alapuló gyógyítás szabályainak megtartására is alkalmas. A szocialista korszak öröksége volt, hogy az egészségügyi ellátás megvalósításának fő pilléreiként az állami tulajdonú és finanszírozású egészségügyi intézményekben a verseny kizárását és a fizikai mennyiségeken alapuló elosztást kellett megvalósítani. A piac kereslet-kínálati kizárásával megvalósult ugyan az ingyenes és általános egészségügyi rendszer, és ezt a szervezeti és területi szisztémát később nem lehetett rögtön megváltoztatni. Az alapellátás szintjén ezen a kereten belül – látszólag – csak kisebb változások történtek, amelyek azonban mégis elindítottak egy spontán fejlődést. A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületének kérésére 1974-től bevezették az általános orvosi szakvizsga megszerzését (Balogh és Hajnal 2018). A háziorvosok számára a szakvizsga megszerzését a 6/1993 NM rendelet határozta meg. Mindez azt követően történt, hogy 1992-ben, a 6/1992. (III. 31.) NM rendelettel gyakorlatilag megtörtént a háziorvosok és házi gyermekorvosok számára a privatizáció, bevezették a háziorvosi rendszert (Rurik, 2019; Erdőss, 2019). Együtt járt ez a szabad orvosválasztás lehetőségével, illetve a háziorvosok esetében a kvóta rendszerű, míg a kórházak, rendelőintézetek esetében a teljesítmény alapú finanszírozással. Ezzel az 1970-es évektől

kezdődő, majd újabb reformokról szóló koncepciók nem zárultak le, inkább áttevődtek a centralizáció és decentralizáció kérdéseire, de néhány szakmai kérdésben konszenzus mutatkozott abban, hogy a vita folytatása mellett is szükségszerű, hogy az alapellátás nagyobb önállóságot kapjon, sőt az is megfogalmazódik az ezredfordulóra, hogy az indokolatlanul nagy kórházi és szakellátási terhek más ellátási formákkal, például a háziorvosok bevonásával csökkenthetőek lennének. Ez a mai napig aktuális, rendezendő és kívánatos lenne. Immár két évtizedes vita alapja, hogy a betegek az állapotuknak megfelelő szinten kapjanak ellátást, és ezt – amennyiben erre a feltételek megteremthetőek – az aktív kórházi ellátásból inkább az alapellátás és a járóbeteg ellátás irányába lehetne átirányítani. Ezzel szemben a finanszírozás inkább a fekvő-beteg ellátást, sőt a kórházak szakmai irányító szerepét erősíti napjainkig.

Az egészségügyi kiadások mutatói viszont az ezredfordulóra igen kedvezőtlenül alakultak, az alábbi 2. táblázat adatai alapján is megállapítható, annak ellenére, hogy a GDP tíz év alatt 20%-os növekedést ért el, az egészségügyi közkiadások reálértékben és nominálisan is csökkentek, a háztartások végső felhasználási aránya fokozatosan nőtt, ezáltal a GDP és az egészségügyi kiadások között az olló nyitottabbá vált. Mindezek az államtól hatékonyabb szabályozó rendszer bevezetését sürgették.

2. táblázat Az egészségügyi kiadások makrogazdasági mutatóinak alakulása 1989 – 2000 között

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	a hazai GDP %-ában											
GDP (1991=100%)	117,6	113,5	100	97,5	96,9	100,1	101,6	102,9	107,6	112,9	116,8	120,9
Egészségügyi folyó közkiadás/GDP	5,0	5,5	6,4	6,8	6,8	7,3	6,3	5,9	5,6	5,6	5,4	5,2
Eü. folyó (kiadás+beruházás) közkiadás / háztartások végső fogyasztása	7,6	8,1	8,3	8,5	8,3	9,2	8,7	8,7	8,5	8,4	8,4	7,8
Összes eü. folyó (közkiadás+magán) közkiadás / háztartások végső fogyasztás			8,3	8,5	8,3	10,6	10,5	10,8	10,6	10,3	10,1	

Forrás: Orosz (KSH, PM, saját számítási) adatainak felhasználásával, 2018: 55-56 (adatok:

Történtek azonban pozitív dolgok is ebben az időszakban. Az 1990 és 1998 közötti időszakot vizsgálva, az egészségsektor számára rendelkezésre álló természetes mértékegységben mért források, kapacitásadatok mind abszolút értékben, mind a szükségletekhez képest növekedtek ebben az évtizedben. A nyilvántartott orvosok száma 20%-kal, a háziorvosok és házi

gyermekorvosok száma 11%-kal, a 10000 lakosra jutó dolgozó orvosok száma 13%-kal, az ápolónők száma 9%-kal emelkedett (KSH Az egészségügyi ellátás állás és létszám adatai). A járóbeteg szakellátás forgalma évről-évre nőtt (KSH Járóbeteg szakellátás). Habár a fekvőbeteg szakellátásban dolgozó orvosok száma 7,3 %-kal, a kórházi ágyak száma 20%-kal csökkent, az ápoló személyzet száma 2,6%-kal nőtt, emellett a beteglétszám 12%-kal növekedett meg. A nyolc év alatt jelentős mértékben nőtt a 100 ágyra jutó orvosok és ápolók száma, és 16 %-kal csökkent a kórházban töltött átlagos ápolási idő (KSH Kórházak (1970-2018) 2019). Az 1994-97 közötti időszakban a kórházi ágyszám csökkentéssel párhuzamosan jelentős mértékben bővült a kórházak gép- és műszerállománya (Mihályi 2000, Fecske 2001). Bár mára ezek az adatok már negatív irányba hajlottak, de az eredmények mögött akkor feltételezhetően az állt, hogy az alapszolgáltatás korszerűsítése már korábban, az 1980-as években elindult, majd a rendszerváltás után sorra jelentek meg azok a jogszabályok, amelyek lehetővé tették ezen a szinten az akkori reformot. Ugyanakkor paradox módon az egészségügyi szakdolgozók reálkeresete, más ágazatokkal összehasonlítva, az 1980-as évektől folyamatosan csökkent, és folyamatosan romlott a dolgozók relatív pozíciója. A legális orvosi kereset, a nővérek és ápolók rendkívül alacsony bére volt és részben maradt a magyar állapotok jellemzője a nemzetközi adatokhoz viszonyítva (Mihályi 2000).

Az igazsághoz hozzátartozik, hogy a dolgozó orvosok közel egynegyede (23,6%) kimaradt ezekből a statisztikákból, hiszen az ezredforduló előtt a magánpraxisokhoz hasonlóan a háziorvosok 80%-a, a fogorvosok 70-75%-a vállalkozóként dolgozott, így az ő keresetük a hivatalos bérstatisztikákban már nem volt kimutatható (Gyenes 1998).

Az OECD 1998-as adatai alapján az orvosok számát tekintve hazánk a 4. helyen, míg a szakorvosok számát tekintve nemzetközi összehasonlításban az első helyen állt. A legálisan alacsony kereset ellenére mégis sok volt az orvos, és alacsony az ápolónők, alapfokú végzettséggel rendelkezők ápolók és műtőssegédek aránya. Ez a tendencia napjainkig is megfigyelhető.

Az adatok hektikus változására mutatott rá (Papp 2021) nevezetesen, hogy 2007 és 2017 között a háziorvosi körzettípusonként 13,9%-kal nőtt a 65 éves és annál idősebb háziorvosok száma. Ugyanezen időszak alatt a háziorvosok átlagéletkora körzettípusonként 3,7 és 5,4 év között növekedett. A 2017. január 1-jei adatok alapján az átlagéletkor vegyes körzetekben 56,4 év, a felnőtt körzetekben 57 év, míg a gyermek körzetekben 59,5 év volt.

A háziorvosok száma 2022-re jelentősen csökkent, tíz év alatt 667 háziorvossal kevesebb dolgozott 2022-ben, és ez azt is jelentette, hogy az 5748 működő háziorvos mellett a praxisok mintegy 10 %-a tartósan betöltetlen maradt (Háziorvosi körzetek listája), ami közel egymillió

ember ellátását érinti. A praktizáló orvosok életkora is sokat romlott a 2017-es adathoz viszonyítva. 2022-es statisztika szerint egy év alatt az orvosok korfáján a nyugdíjkorhatár fölött dolgozók száma 600 fős emelkedését mutatott.

A humánerőforrás drasztikus változása újabb gondot és válságkezelést kíván. Ebből a szempontból érdemes számba venni azokat a társadalmi sorsfordulókat, amelyek az egészségügy reformját segítették, illetve azt megvizsgálni, hogy volt-e esélyes egy új egészségügyi modell létrejöttének.

Az első korszak a rendszerváltás körüli évekre esett, amikor Antall József miniszterelnöksége alatt megkezdődött a Szemaskó féle modell felszámolása, létrejöttek azok az intézmények, amelyek lehetővé tették volna az időközben modernizálódó Bismarck-i modell visszaállítását. (Társadalombiztosítási Alap, Országos Egészségbiztosítási Pénztár).

A felemás módon alakuló új rend azonban olyan munkanélküliséget produkált, amelyben az egészségügyi és a szociális okokból fakadó problémák összemosódtak, és az egészségügyi reform társadalompolitikai okok miatt megrekedt.

Az ezredfordulóhoz közeledve a nemzetközi hatások ismeretében közgazdasági szemléletű reformkoncepciók készültek, amelyek közül kiemelkedik Kornai János munkája.

Kilenc szempontot – elvet – ajánlott a reformok készítőinek:

1. elv: Az egyén szuverenitása: növeli az egyén jogkörét és felelősségét
7. elv: Szolidaritás: Segíteni kell a szenvedőket, a rászorulókat, a hátrányos helyzetűeket, ami részben továbbra is állami felelősség
8. elv: Verseny legyen a szolgáltatók között, illetve ne legyen monopolhelyzete egyik szolgáltatónak sem
9. elv: Az ösztönző rendszer, ami olyan tulajdon és szabályozási formákkal érhető el, amelyek hatékonyságra ösztönöznek.
10. elv: Az állam új szerepköre: Fő funkciói a törvényes keretek előállítása, a nem állami intézmények felügyelete, a „végső” biztosítás és segítségnyújtás, az állam felelőssége, hogy minden állampolgár hozzájusson az alapvető oktatáshoz és egészségügyi ellátáshoz.
11. elv: Átláthatóság: Váljon ismertté a szolgáltatások és az adóviszonyok közötti összefüggés. A reformot előzze meg nyílt vita.
12. elv: A program időigénye: Időt kell engedni az új intézmények evolúciójára
13. elv: Harmonikus növekedés érdekében legyenek harmonikus arányok a beruházások, a működtetésre és fejlesztésre szánt erőforrásokban.

14. elv: Fenntartható finanszírozás: Az állami költségvetés legyen képes finanszírozni a kötelezettségvállalásait.

Ezeket azonban nem tudták az akkori viszonyok között elfogadtatni, de biztatónak volt tekinthető az 1997. évi CLIV az egészségügyről törvény megszületése, amely a nemzetközi trendek egy részére, a fogalmak alkalmazására, az állami felelősség vállalására is kitért. Megjegyzendő, hogy ezek érvényesültek a WHO 2012-es állásfoglalásában.

A sikeres végrehajtáshoz egy konszenzuson alapuló, egészségügyi stratégiát feltételező tervre lett volna szükség, ugyanakkor az ezredfordulón a kormánynak valamilyen reformot kellett felmutatnia, ami tényleges és sokakhoz eljut. A korábbi koncepciókat más kormányok kezdték, így azok nyilvános vállalása helyett – gyakorlatilag a források jelentős megemlése nélkül – a praxisjog bevezetésével érték el, hogy az egészségügyről pozitív információk terjedjenek.

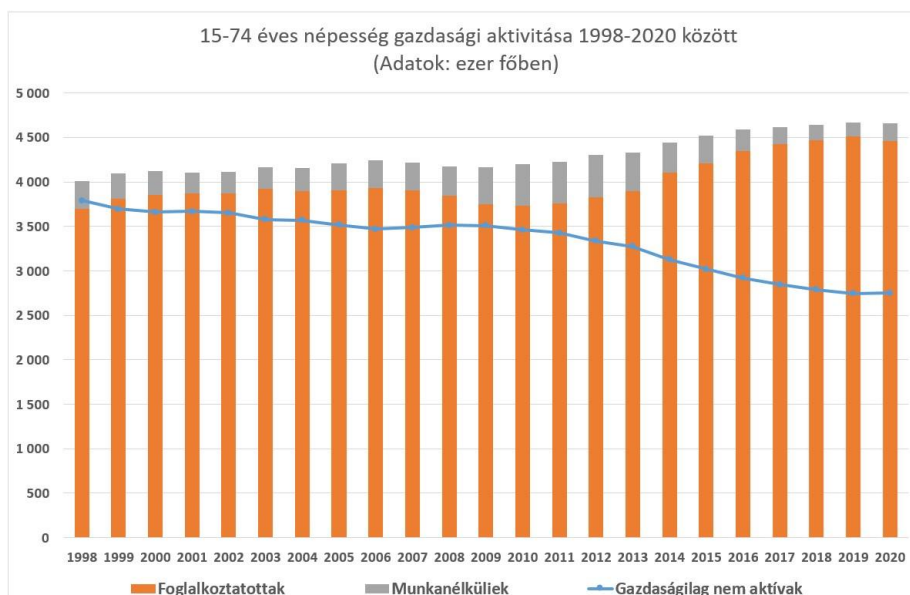
Egy egységes, az európai tervezéspolitikához igazodó fejlesztéspolitikai és intézményrendszer bevezetésén túl szakmai tárgyalások folytak egy térségi egészségfejlesztési rendszer bevezetéséről egy törvényjavaslat kapcsán. Ennek keretében a Regionális Egészségügyi Tanácsok (RET) régióként 10-15 éves koncessziós szerződés keretében 5 szervezővel is szerződhetek volna a szervezőként 150-450 ezer fő hozzájuk tartozó térség egészségügyére, amelyet a terv alapján az OEP lakosságszám szerinti fejkvóta rendszerben finanszírozott. A Magyar Orvosi Kamara tiltakozását fejezte ki az ellátásszervezők profitorientált szervezetként való működésével kapcsolatban, továbbá emlékeztetett, hogy bár a bevezetni kívánt ellátásszervezési rendszerrel kapcsolatban nincsenek tapasztalatok a világban, de az USA-ban az ehhez hasonló rendszer nem közpénzből működik, a Nagy-Britanniában bevezetett és megbukott HMO (Health Maintenance Organization, Egészségfenntartó Szervezet) managed care (menedzselt ellátás), illetve fund holding (háziorsvosi keretgazdálkodás) rendszereket közpénzekből finanszírozták (Nagy 2004). A következő változásra alkalmas lehetőséget az Európai Unióba történő felvételünk kínálta.

A magyar egészségügyben történtek spontán folyamatok, amelyeket azonban rendszerbe kellett foglalni, és reformkonceptiót kellett a felvételhez előkészíteni. Erről ismertetést és kiváló értékelést Orosz Éva (2001) írt, s egyben a munkájának már a címe is értékelésnek számít: Félúton vagy tévúton? Az egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. A másik szakmai értékelés Solymosi (2005) megjelent munkája. Érdekes, hogy mindkét munka civil szervezet kiadásában jelent meg. Mindkettő egy átgondolt koncepció volt, amely a helyzetelemzéstől a komplex átalakítás lebonyolításig igyekezett programot adni. A

sikertelenségét feltehetően politikai okok sietették, hiszen a Solymosi által ismertetett program a Gyurcsány kormány programjaként vált ismertté, és a vizit díj miatt a népharag elsodorta.

Ismert, hogy a magyar és a kelet-európai országok adatai korlátozottan hasonlíthatóak össze a fejlett OECD országok adataival, mégis kijelenthető, hogy az 1950 és 1968 közötti időszakban Magyarország a többi kelet-európai szocialista országgal egyetemben többet költött GDP arányosan az egészségügyre, mint a hasonló fejlettségű kapitalista országok. Ezáltal kedvezőbb ellátottságot tudott biztosítani a lakosságnak, mint a gazdasági fejlettségünk indokolta volna. Ez az előny bár gyengült, de még másfél évtizedig fennmaradt. A magyar szociológiai irodalom más az 1970-es években felfedezte, hogy „egy hiánygazdasági rendszerben, a szűkös erőforrásokért folyó társadalmi vetélkedésben az alacsonyabb végzettségű, hátrányosabb helyzetű társadalmi csoportok szükségszerűen alulmaradnak az erősebb érdekérvényesítő képességekkel rendelkező, magasabb képzettséggel és magasabb jövedelmű csoportokkal szemben” (Paulikné Varga 2018). A látszólagos ingyenesség és egyenlőség mögött erős szelekciós mechanizmusok működtek az egészségügyben is. Az 1990 és 1998 közötti időszakot vizsgálva, az egészségsektor számára rendelkezésre álló természetes mértékegységben mért források, kapacitásadatok mind abszolút értékben, mind a szükségletekhez képest növekedtek ebben az évtizedben. Emelkedett a nyilvántartott orvosok, a háziorvosok és házi gyermekorvosok, az ápolónők száma és a 10000 lakosra jutó dolgozó orvosok száma. Többek között, hogy az alapszolgáltatás korszerűsítése már korábban, az 1980-as években elindult, majd a rendszerváltás után sorra jelentek meg rendeletek. A fekvőbeteg ellátásban csökkent az ágyak száma, emelkedett a dolgozó orvosok és az ápoló személyzet száma, s ennek köszönhetően nyolc év alatt jelentős mértékbe nőtt a 100 ágyra jutó orvosok és ápolók száma, valamint 16%-al csökkent a kórházban töltött átlagos ápolási idő.

Az eredmények ilyen mértékű emelkedése mögött feltételezhetően jelentős tényező volt a rendszerváltás és azok a jogszabályok, amelyek lehetővé tették az akkori reformot. A kiindulópont az alapellátás korszerűsítése, amely 1992-ben a háziorvos rendszer kialakításával kezdődött, majd követte a járóbeteg ellátásban a Német-pontrendszer, az aktív fekvőbeteg ellátásban a HBCS bevezetése (jsz4 dátum nélk.).



4. ábra 15-74 éves népesség gazdasági aktivitása 1998-2020 között

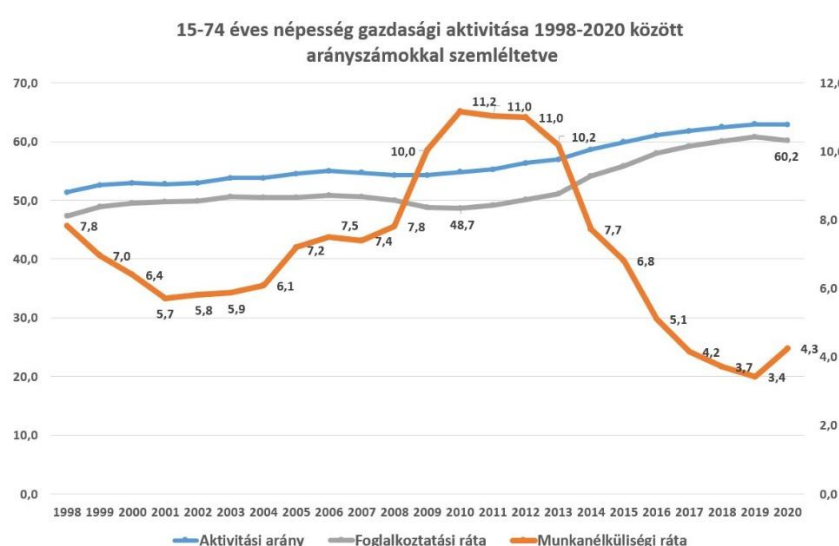
(Forrás: ksh.hu, saját szerkesztés)

A KSH adatai alapján készített 4. ábra alapján kivehető, hogy az ezredforduló idején a foglalkoztatottak száma 3,5 millió fő körül volt. Ez az érték az eltelt 20 év alatt közel 800 ezer fővel növekedett, így a társadalmi szolidaritás alapját képező Egészségbiztosítási Alap bevételi oldala is nagyobb bevételt eredményezhetett. Ez lehetőséget teremtett a tudatos állami redistribúció módosítására, a társadalmon belüli szolidaritásra a közfinanszírozásra, aminek lényege, hogy az állami költségvetéstől elkülönített alap létrehozásának az értelme, az alacsony és magas keresetű munkavállalók által fizetett hozzájárulás összevonása, ami lehetőséget teremt a szükségletarányos újra osztásra, felhasználásra, a generációk közötti jövedelemtranszfer és a gyermekneveléssel kapcsolatos társadalmi teherátvállalásra.

Ez az eljárás következtetés lehetne, de a tényleges növekedést jelentősen befolyásolja, hogy a foglalkoztatottak milyen jövedelemmel rendelkeznek, milyen a munkanélküliek aránya, továbbá az ellátásra szoruló inaktív réteg.

Egy másik jelentős hazai tendencia a területi egyenlőtlenségek megnövekedése, ami a társadalmi szolidaritás működőképességének újragondolását sürgette. Az intézkedés fontosságának indoka az, hogy kimutathatóan nőtt a területi egyenlőtlenség az egészségügyi ellátásban, aminek következtében az egészségi állapot, a várható életkilátások romlása is bekövetkezett (Uzzoli 2007; G. Fekete 2011, Fejes és mtsai 2013). A reformjavaslatok és a megjelent rendeletek mindezekre nem tudtak hatékony választ adni, aminek egyik oka lehet az is, hogy a területi egészségi és szociális problémák szorosan összefonódtak.

Ugyanezt az időszakot arányszámokkal megjelenítve megállapítható, hogy az aktivitási és foglalkoztatottsági ráta trendvonala a 2008-14 közötti időszaktól eltekintve azonos ívben követi egymást, viszont a munkanélküliségi ráta hektikus képet mutatott az adott időszakban (5. ábra).



5. ábra 15-74 éves népesség foglalkoztatási arányszámai 1998-2020 között

(Forrás: ksh.hu)

Mindez hatással volt az Egészségbiztosítási Alapba történő befizetésekre. Az 1992-99 közötti időszakot vizsgálva az Egészségbiztosítási Alap kiadásai minden évben 5-10%-al haladták meg a bevételeket. Az éves kiadások minden évben közel voltak az Egészségbiztosítási Pénztár vezetői által az éves költségvetés tervezéskor megállapított kiinduló számokhoz. A hiány oka az, hogy az éves költségvetési törvények engedélyezik a kiadások túllépését, sőt törvényi garanciája is van a túllépés finanszírozásának. Mivel a hiány nem kumulálódhat egyik évről a másikra, így az év folyamán felhalmozódott hiány év végén elengedésre kerül. Kialakult a túlköltekezés „elfogadható” mértéke, mind az egészségbiztosító, mind az egészségügyért felelős minisztériumi apparátusok ügyelnek arra, hogy a hiány nem lépje túl a 10%-ot.

1997-ben az OECD és a Világbank szakértőinek elemzése kimutatta, hogy folyó áron, a nemzeti valutánkban kimutatva a GDP 6,4 %-át fordította hazánk az egészségügyre, miközben az ország fejlettségének megfelelő érték 5, 7% lett volna.

Az ezredforduló éveiről elmondható, hogy a magyar egészségügyi ellátórendszerben a sürgős, életmentő beavatkozások a finanszírozási rendszertől függetlenül azonnali ellátásra kerültek. Az akkori jelentések, dokumentumok alapján megállapítható volt, hogy hazánkban a műtétek szinte azonnal, a járóbeteg ellátások 4-5 nap várakozási idővel megtörténtek. Ezzel szemben az

elmúlt 20 esztendő a szakellátás működésében, működtetésében okozott változásokat. Magyarországon is jellemzővé váltak a nyugat-európai országokban már régóta jellemző, gyakran több hetes-hónapos várólisták.

Az egészségsektor a betegek gyógyításán túl az egészségügyi intézmények, szolgáltatók dolgozói számára biztosítja az elvárható, vagy lehető legmagasabb szinten a megélhetésüket. A gazdálkodási problémák egyik forrása keletkezett ebből, annak ellenére, hogy a bérek lényegében nem voltak magasak. Már az ezredforduló előtt az egészségügyi ellátás során felmerülő költségek 60-70 %-át bérköltségként realizálták (Mihályi 2000) és ez az arány azóta csak növekedett. Ugyanakkor paradox módon az egészségügyi szakdolgozók reálkeresete az 1980-as évektől folyamatosan csökkent és más ágazatokkal összehasonlítva folyamatosan romlott a dolgozók relatív pozíciója. A legális orvosi kereset, a nővérek és ápolók bére rendkívül alacsony volt és maradt a nemzetközi adatokhoz viszonyítva (Mihályi 2000). A hivatalos statisztikák szerint az ezredfordulóhoz közeledve az orvosok (kivéve a vállalkozó háziorvosokat) keresete meghaladta (1986-ban még 56%-al, 1997-ben 34%-al) az országos átlagot, de már 40%-kal elmaradt a diplomás (pl. jogász, közgazdász, mérnök, stb.) átlagkeresettől. Ugyanezen időszakot vizsgálva Dániában, Franciaországban az átlagkereset 2-3-szorosát, USA-ban, Németországban a 4-szeresét, Japánban az átlag 7-szeresét is megkeresték az orvosok (Kornai 1998). A 90-es években az egészségügyi szakdolgozók az átlagkereset 80-85%-át keresték. Az OECD 1998-as adatai alapján az orvosok számát tekintve hazánk a 4. helyen, míg a szakorvosok számát tekintve nemzetközi összehasonlításban az első helyen állt. A legálisan alacsony kereset ellenére mégis sok volt az orvos, és alacsony az ápolónők, alapfokú végzettséggel rendelkezők ápolók és műtőssegédek aránya. A nem megfelelő munkaszervezésből és a szakszemélyzet hiányából a szakrendelőben várakozó és fekvőbeteg osztályokon lévő betegek éppen ennek ellenkezőjét, az orvoshiányt tapasztalták. 1997-ben a szakorvos és az általános orvos bére között csak 15%-os különbség volt, ezért a kórházak számára pénzben kifejezve a szakvizsga nem volt jó befektetés, mert az alacsonyabb keresetű orvosokkal végeztették el a jelentős mennyiségű adminisztratív és ápolónői munkát.

Túl magas volt szakorvosi létszám, ezért az egészségpolitika irányítóinak az orvoslétszám csökkentését kellett elérnie, ami pont azt eredményezte, hogy inkább a kórházakban, szakrendelőkben lévő a magas presztízsű pályát választották a pályakezdő orvosok a háziorvostani szakképzés helyett.

A szociológusok és az egészségügyi szakközgazdászok szerint (Szalai 2018 , Orosz 2001) az ezredforduló előtt a kórházi szektorban a privatizáció részleges megvalósulása, a

piacgazdaságra való átállás elmaradása miatt az orvosi keresetek csak a foglalkoztatotti létszám csökkentésével lettek volna rendezhetőek.

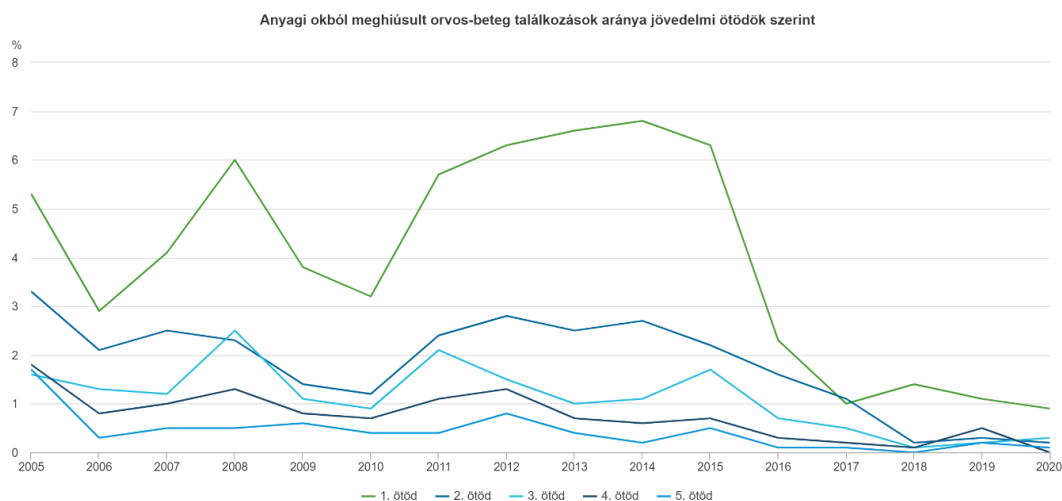
Három lehetőség kínálkozott a helyzet rendezésére: a kapacitások (intézmény, orvos, gyógyszer) csökkentése, az orvos-beteg találkozások számának csökkentése, vagy az ár- és bérarányok (stagnáló gyógyszerárak, alacsony hivatalos keresetek) elfogadása. Az elmúlt 20 év történései mindhárom lehetőségre hoztak példát.

Az egészségügyi szolgáltatók terhelése alapvetően területfüggő. A lakosság egészségügyi ismereteinek hiányossága miatt túlterhelik az ellátórendszert és a jelenlegi finanszírozási rendszer sem a háziorvosi, sem a szakellátási szinten nem érdekelt az ellátási szinteknek megfelelő ellátásban. A háziorvosok nem tudják érvényesíteni kapuőri szerepkörüket a magas napi betegforgalom miatt, a fekvőbeteg osztályok és szakrendelők is a betegforgalom növelésében érdekeltek. Az Európai Unió csatlakozásunk évében 2005-ben 150, 2010-ben 217 tartósan betöltetlen praxist tartottak nyilván, amelyből ekkor már minden ötödik Borsod-Abaúj-Zemplén megyei települést érintett volt. Ráadásul a szegényebb sorsú vidékeken, elsősorban a határmenti aprófalvas körzetekben még rosszabb volt a helyzet, mivel egészségügyi szakdolgozók sincsenek (Solymosi, 2005; Hidas és társai, 2012). 2020-ban 541, 2022-ben 608, 2025. augusztusában 910 háziorvosi praxis volt tartósan, hat hónapnál hosszabb ideje betöltetlen [\(Betöltetlen háziorvosi körzetek 2025\)](#).

A mai egészségügyi ágazat munkaerő-struktúrája nem követte az ellátórendszerben végbemenő változásokat. A kórházbezárások és a demográfiai változások az idősekkel foglalkozó egészségügyi szakemberek létszámának növelése irányába való arányeltolódást tenne szükségessé, kifejezetten az ápolók és kisegítő személyzet, paramedikális szakemberek humán erőforrás állományának növelése lenne indokolt.

Mindezek ellenére hihetetlenül magas az orvos-beteg találkozások száma Magyarországon. A vizitdíj 2007-es bevezetése eredményezett egy kismértékű csökkenést, de utána ez az érték ismét emelkedni kezdett. Ezen belül is kimutathatóak voltak egyéb, társadalmi, gazdasági befolyásoló tényezők.

A meghíúsult orvos-beteg találkozás a 16 évesnél idősebb lakosság körében képzett mutatószám, amely azt vizsgálja, hogy az orvosi ellátás igénybevétele milyen mértékben függ a jövedelmi helyzettől. Az 5 jövedelmi szintet az egy egységre jutó nettó jövedelem alapján képzik.



6. ábra Anyagi okok miatt megghiúsult orvos-beteg találkozások aránya jövedelmi ötödök szerint

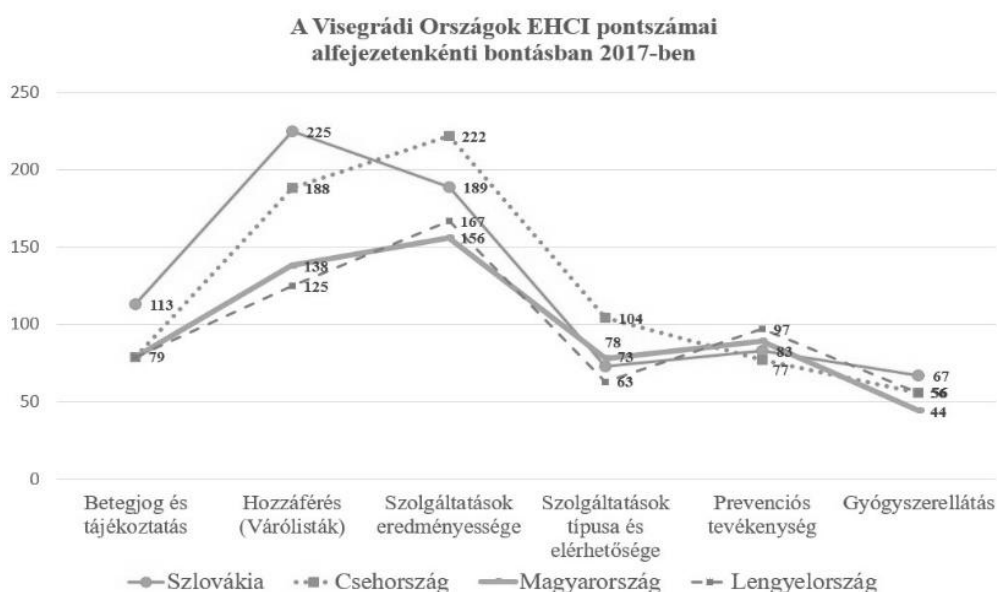
(Forrás: saját szerkesztés)

A fenti (6. ábra) ábrán szereplő anyagi okból megghiúsult orvos beteg találkozások esetében a legszegényebbek (I. ötöd) számoltak be leginkább arról, hogy nem tudnak igénybe venni valamilyen orvosi ellátást. Mihályi (2000) arról írt, hogy kimarad az egészségügyi ellátásból egy felbecsülhetetlen lakosságtömeg, akik anyagi helyzetük, alacsony képzettségi szintjük és nemtörődömségük, igénytelenségük okán ismeretlenek maradnak az ellátórendszer és az ágazati politika résztvevői számára. Ez a probléma eliminálódik a társadalmi ranglétra magasabb szintjén, a magasabb jövedelmű rétegek a várólisták megkerülésével, vagy a magánellátás igénybevételével megoldják a betegségeik gyógyítását (Mihályi 2000). A 2005-2020. közötti időszakot elemezve 2005-ben a lakosság 2,75%-a, 2012-ben 2,5%-a vélte úgy, hogy anyagi okok miatt maradt el valamilyen orvosi ellátása. A 2016-tól kezdődően minden évben 1% alatti értéket mutatott az összesített érték, de a legalacsonyabb jövedelmi helyzettel rendelkezők esetében is megállapítható, hogy a 2016-os 2,3%-os értéket követően egy évben sem közelítette meg a 2%-os értéket.

A 2007-es év a vizitdíj bevezetése után kialakult orvos-beteg találkozás csökkenés sem vezethető vissza anyagi okokra, hiszen a 2008 és a 2011-2015. közötti időszakban szinte minden évben 6% körüli értéket képviselt. Nemzetközi összehasonlításban az állapítható meg, hogy 2019-ben Lettország, Románia és Görögország érte el és haladta meg a 6%-nál nagyobb értéket.

Az egészségügyi ellátórendszerhez való lakossági hozzáférési egyenlőtlenséget mérő nemzetközi szervezet, a Health Consumer Powerhouse Ltd 35 ország bevonásával méri az Euro Healthcare Consumer Indexet (EHCI- Európai Egészségügyi Fogyasztói Index). A 2017-es

mérésükből kiderül, hogy a Magyarországról rendelkezésre álló információk alapján mennyivel kedvezőtlenebb adatokat hazánk egészségügyi ellátórendszere akár a környező országokkal összehasonlítva (7. ábra).



**7. ábra A visegrádi Országok European Healthcare Consumer Index pontszámai
alfejezetenkénti bontásban 2017-ben**

(Forrás: saját szerkesztés, Paulikné Varga 2018)

Az EHCI az egészségügyi ellátórendszer olyan részterületeinek mutatóit kombinálja, amelyeket egyébként nagyon sok-sok mutatóval lehet jellemezni, illetve olyanokat, amelyek az ellátórendszer hiányosságaira, az orvos szakma által feltárt problémákra hívja fel a lakosság figyelmét. A fejezetek a következőképpen vannak létrehozva: a közfinanszírozott egészségügy elérhetősége, az ellátáshoz való hozzáférés, betegségek megelőzése és gyógyszerellátás, szerepel továbbá a betegjogok és információk, valamint a betegellátás eredményessége és minősége (2. melléklet). Utóbbi fejezet összefügg az egészségügyi ellátások teljesítményelvű finanszírozásának definitív jellegével. Nagyon tanulságos, hogy az egyes országok egészségügyi rendszereit vizsgálva éppen ezen mutatók hívták fel a lakosság figyelmét is azon tényezőkre, amelyeket az egyes országok nemzeti szinten különböző kampányokkal, programokkal igyekeznek kezelni. (A 2. mellékletben lévő táblázatban a szürke háttérű megjelölés azokra a tevékenységekre vonatkozik, amelyekre a házi orvosnak befolyásolási lehetősége van a bejelentkezett pácienseivel kapcsolatban. A világoskék háttérrel rendelkező tevékenységek az EESZT informatikai támogatásával kerülnek hazánkban megoldásra.)

A technológiai változások, a korszerű diagnosztikai eljárások, a fejlődő gyógyszeripar hatása egyszerre jelenik meg a gyógyítási eredményekben, a születéskor várható átlagos élettartamban, vagy akár a krónikus betegségek túlélési idejében, s ezen változások megmutatkoznak a nemzeti egészségügyi rendszerek eredményességében, minőségében.

Nemzetközi egyezmények rögzítik, hogy a sürgős, életmentő beavatkozások azonnal elvégzésre kerülnek országtól, állampolgárságtól, finanszírozási rendszertől függetlenül. A többi egészségügyi szolgáltatásnál a fenti paraméterek már ellenőrzésre kerülnek, jelentős várakozás után kerülnek elvégzésre, vagy adott szituációkban az ellátás megtagadása is előfordulhat. A magyar egészségügyi ellátórendszerben az ezredfordulón keletkezett dokumentumok, jelentések alapján a járóbeteg szakellátásoknál még 4-5 nap volt a várakozási idő (Mihályi 2000). Az elmúlt 20 esztendőben a szakellátás működtetésében bekövetkező változások hatására hazánkban is jellemzővé vált a nyugat-európai országokhoz hasonlóan a több hetes-hónapos, vagy akár éven túl nyúló várólista. Nem beszélve az országos várólistákon szereplő térd- és csípőprotézis műtétekről, ahol a 2-3 év várakozás igazán próbára teszi a betegek tűrőképességét! Az adatnyilvántartás, a betegút követése és az erőforrások lehetséges koordinációja olyan erős veszélyt és kihívást jelentett, amelyet csak új módszerrel, az informatika támogatásával lehetett megoldani.

3.4.5. Az egészségügyi ellátás informatikai támogatása

Az ellátórendszer különböző szereplői közötti kapcsolat megvalósítására tett első kísérlet a HEFOP 4.4 Egészségügyi információ-technológia fejlesztés az elmaradott régiókban pályázathoz kötődik. Ennek keretében került megvalósításra és bevezetésre az Intézményközi Információs Rendszer (IKIR) (Balai és Némedi 2006). Az IKIR – a betegek önrendelkezési jogainak a betartásával – a következő adatok kezelésére jött létre és került bevezetésre három régióban: a betegek és az egészségügyi szolgáltatók számára az ellátási adatok lekérésére, beutalásra (szolgáltatás kérés/válasz), erőforrás és időpontfoglalásra, regionális ellátási adatok elemzésére (<https://www.mentok.hu/fejlesztési-program/hefop-4-4/>). A három régióból, az észak-magyarországi, észak-alföldi és a dél-dunántúli (Balai 2006). csak nyitott, önkéntes, non-profit formában működő, minden ellátási szintet (kórház, rendelőintézet, háziorvos) arányos mértékben képviselő konzorciumok jelentkezhettek (A szolgáltatás megvalósítására létrehozott kezelnet.hu weboldal 2008-2013 között volt elérhető (Fehér 2006) A 2017-ben bevezetett Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) a korábbi rendszer tapasztalataira alapozva lett kialakítva. Az EESZT segítségével a páciens engedélyének birtokában a kezelőorvos bárhol is elérheti a központi információ rendszer adatbázisában tárolt páciens adatait (Kékes és mtsai 2018, Emberi Erőforrások Minisztériuma 2021). A bevezetéskor a

háziiorvosi szolgálatok, járó- és fekvőbeteg-ellátó intézmények és a gyógyszerterek kaptak hozzáférési engedélyt. Az Országos Mentőszolgálat 2018. őszén, a gyógyászati segédeszköz forgalmazók 2021. szeptemberében csatlakoztak a rendszerhez (Pákozdy Bócz 2024). A mentőszolgálat munkatársai kezdetben nem fértek hozzá a rendszerben tárolt adatokhoz, de az általuk elvégzett tevékenység és rögzített paraméterek segítettek a sürgősségi osztályon dolgozók munkáját. Uzzoli és munkatársai (2019) cikke az egészségügyi ellátó személyzet és a betegek félig strukturált interjúval feltárt véleménye, valamint kvantitatív módszer egymásra épülő alkalmazásával, kevert módszer (Hesse-Biber, 2010; Király, Dén-Nagy, Géring, & Nagy, 2014) felhasználásával íródott. A megkérdezettek a hozzáférhetőség javításának, a mentőállomások bővítésének és az akut miokardiális infarktus (AMI) ellátása során biztosított egyközpontú ellátásnak azonosították be a Békés megyében az AMI betegek ellátásában elért látványos eredményt (Uzzoli, és mtsai. 2019). Az egészségügyi fejlesztések révén a 2000-es évektől létrejött új Perkután Coronaria Intervenció-központok (röviden PCI-központ), ezek között a Pándy Kálmán Kórházban 2013-ban Gyulán átadott szívkatéteres központ, majd a transztelefonikus EKG (TTEKG) segítségével a központok és a kivonuló mentőegységek között megvalósított hatékonyabb kapcsolat, a jobb területi lefedettség érdekében létrehozott kisebb mentőállomások mind-mind hozzájárultak az eredményesebb ellátáshoz. Az eredményességhez továbbá az is hozzájárul, hogy a mentőegységek a megye egy részéről nem Gyulára, hanem a betegutak átkonfigurálásával a közelebbi debreceni vagy szegedi szívkatéteres központba szállítják a betegeket. Megállapításra került, hogy az éves szakorvosi kontrollon túl a háziorvosok megfelelő kompetenciával rendelkeznek a betegek infarktus utáni egészségi állapotának hosszú távon történő karbantartásához a szakmai protolloknak és a modern gyógyszereknek köszönhetően. Az EESZT használatának magánszolgáltatókra való kiterjesztésével a köz- és magánszolgáltatók közösen használhatják a rendszert. Ez megfelel az infokommunikációs hálózat használatával kapcsolatban támasztott szakmai igénynek (Dózsa és Ruzsovics 2019).

A Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság (NMHH) 2017. évi reprezentatív felmérése alapján megállapításra került, hogy a háztartások 93%-a rendelkezett mobiltelefonnal és a készülékek kétharmada okostelefon volt. A pandémia idején az időskorú lakosságra az akadályoztatás és a fertőzésektől való félelem miatt tartózkodott a személyes kapcsolattartástól. Továbbá fontos tisztában lenni azzal, hogy a fiatalok (NMHH, 2017, 91%) és az aktív korú lakosság (NMHH, 2017, 81%) adatai ismeretében az időskorú lakosság 41%-a is legalább hetente használta valamilyen célra az internetet. Az NMHH 2020. évi felmérésére alapozva már az is egyértelművé vált, hogy a válaszadók 52%-a akadályoztatásuk esetén videohívásban

kommunikál a családjával. Amennyiben a pandémia idején már használták ezt a megoldást, valószínűleg más célra is alkalmaznák. A társadalmi egyesületek, csoportok különböző programokkal teszik egyre fogékonyabbá a Smart screen technológiák használatára az időskorú lakosságot. A célcsoportot kutató szerzők szerint éppen az időskorú számára kell időt és a technológiai eszközökkel kapcsolatos önképzési lehetőséget biztosítani (Bene és mtsai, 2020), amellyel még magabiztosabbakká, fogékonyabbá tehetik őket.

A távkonzílium, az online létrejött konzultáció új perspektívát jelentett az ellátásban kibontakozó problémák megoldására. Lehetővé tette a betegek számára, hogy a saját otthonukból kapjanak orvosi ellátást, kezelést vagy tanácsot. Az online konzultáció az ellátástól függően hang-, illetve videohívás formájában valósult meg. A videohívás kevésbé volt elterjedve, de az ellátórendszer egyes területein, mint például a védőnői ellátásban, vagy a bőrgyógyászati járóbeteg szakellátásban előszeretettel, hatékonyan és hatásosan alkalmazták. A bőrprobléma diagnosztizálása és kezelési tervének meghatározása okostelefonnal készített fénykép, vagy videohívás során bemutatott bőrfelület ismeretében az orvos számára is sokkal megnyugtatóbb volt, mint egy telefonhívás alapján. A tevékenységhez nem volt szükség közvetlen orvos- beteg találkozásra.

Az egészségtudatos lakosság már évtizedek óta alkalmazza az okosórákat és aktivitásmérőket testmozgásuk, pulzusuk, alvásidejük és egyéb egészségügyi adataik monitorozására, azaz telemetriára. A COVID-19 járvány egészségügyi ellátásra gyakorolt legnagyobb horderejű hatása a távkonzíliumon túl az online receptírás lehetősége, hiszen biztosítani kellett a pandémia ideje alatt a lakosság számára az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvény által is determinált, a gyógyszer és műszerügyi ágazathoz tartozó alapvető jogot, a gyógyszerekhez való hozzáférést. A kialakult helyzethez az EESZT-ben már kész protokoll ált rendelkezésre (Szabó és Heiling-Koltai 2017), a gyógyszerfelírási engedéllyel rendelkező orvosok EESZT rendszerhez való hozzáférést kellett megoldani. Az ausztrál kutatás is arra a következtetésre jutott, hogy a háziorvosi ellátás gyógyszerfelírási gyakorlata a veszélyhelyzet megszűntetését követően sem változott. Elfogadottá vált minden szereplő számára a személyes jelenlét nélküli, vagy a gondozóhálózat orvosai általi gyógyszerfelírás (Fisher, Davey és Magin 2022).

3.4.6. Orvosok és egészségügyi szakdolgozók helyzete

Az 1990 és 1998 közötti időszakot vizsgálva az egészségsektor számára rendelkezésre álló természetes mértékegységben mért források, kapacitásadatok mind abszolút értékben, mind a szükségletekhez képest növekedtek. A nyilvántartott orvosok száma 20%-kal, a háziorvosok és házi gyermekorvosok száma 11%-kal, a 10000 lakosra jutó dolgozó orvosok száma 13%-kal,

az ápolónők száma 9%-kal emelkedett (KSH Az egészségügyi ellátás állás és létszám adatai 2000).

A 2020-ban bevezetett bérfejlesztés hatására emelkedni kezdett minden vármegyében az orvosellátottság. Az orvosi létszám legnagyobb mértékben Pest (15%) és Nógrád (14%) vármegyében növekedett. 2020-hoz képest a létszámukban stagnáló 30 év alattiak, 40–44, 50–54 és 60–64 évesek kivételével minden korosztályban létszámnövekedés történt. Az idősebb dolgozó orvosok körében volt legmagasabb mértékű a létszámnövekedés (25 és 34%) (KSH 2023).

2022.-ben egy dolgozó orvosra 239 lakos jutott, vagyis tízezer lakost 42 dolgozó orvos látott el. Minden korcsoportban több nő dolgozott, mint férfi, összességében a dolgozó orvosok 58%-a nő volt. (KSH 2023).

Habár általánosságban elmondható, hogy a 2022-es adatok alapján a dolgozó orvosok száma emelkedett, de a házi orvosoké és házi gyermekorvosoké tovább csökkent. A folyamat 1998-ban kezdődött. Ahogyan Papp Magor (2021) rámutatott a 2007 és 2017 között elindult öregedési folyamat eredményeképpen házi orvosi körzet típusonként 13,9%-kal nőtt a 65 éves és annál idősebb házi orvosok száma. Ugyanezen időszak alatt a házi orvosok átlagéletkora körzet típusonként 3,7 és 5,4 év között növekedett. A 2017. január 1-jei adatok alapján az átlagéletkor egyes körzetekben 56,4 év, a felnőtt körzetekben 57 év, míg a gyermek körzetekben 59,5 év volt.

A házi orvosok száma 2022-re jelentősen csökkent, tíz év alatt 667 házi orvossal kevesebb dolgozott. Ez azt is jelentette, hogy az 5748 működő házi orvos mellett a praxisok mintegy 10 %-a tartósan betöltetlen maradt (Házi orvosi körzetek listája), ami közel egymillió ember ellátását érinti. A praktizáló orvosok életkora is sokat romlott a 2017-es adathoz viszonyítva. 2022-es statisztika szerint egy év alatt a házi orvosok korfáján a nyugdíjkorhatár fölött dolgozók száma 600 fős emelkedését mutatott. Ezen változás ellenére is 2022. év végére a házi orvosok és házi gyermekorvosok együttes száma csupán 5725 fő volt (2020 volt az első év, ahol az együttes létszámuk nem érte el a 6000 főt). Tízezer lakosra átlagosan 5,9 házi orvos és házi gyermekorvos jutott. Az ellátottság területi szintű mutatója Pest vármegyében volt a legalacsonyabb, Baranya vármegyében a legmagasabb.

2022-ben hazánk házi orvosai és házi gyermekorvosai több, mint 73 millió esetet láttak el, ami a hivatalos munkanapokat figyelembe véve átlagosan napi 50 beteg ellátását jelentette. A vármegyék többségében az előző évhez viszonyítva nőtt az orvosok leterheltsége, a fajlagos betegforgalomuk 13–15 ezer volt, kivéve Budapestet, ahol éppen meghaladta a 9 ezres

forgalmat. A legtöbb ellátást Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye családorvosai végezték. Baranya, Vas és Zala vármegyében az előző évhez képest 5%-kal több beteg ellátását bonyolították le a családorvosok. A 2020-ban önálló kategóriaként megjelent telemedicinális ellátás 2021-ben már az összbetegforgalom egyötödét tette ki. 2022-ben a házi gyermekorvosok betegforgalmában közel kétszer nagyobb volt az ilyen típusú ellátás aránya, mint a felnőtt vagy vegyes körzetekben.

3.4.6.1. Orvosok és egészségügyi szakdolgozók bérfejlesztése

Az egészségsektor a betegek gyógyításán túl az egészségügyi intézmények, szolgáltatók dolgozói számára biztosítja az elvárható, vagy lehető legmagasabb szinten a megélhetésüket.

Mivel a hetvenes, nyolcvanas években a társadalombiztosítás évről évre jelentős többlettel zárt, lehetőség lett volna az egészségügyi dolgozók bérrendezésére, de a döntéshozók a többletet rendre átcsoportosították a gazdaság más területeire. Az egészségügyi szakdolgozók reálkeresete az 1980-as évektől folyamatosan csökkent és más ágazatokkal összehasonlítva folyamatosan romlott a dolgozók relatív pozíciója. A legális orvosi kereset, a nővérek és ápolók bére rendkívül alacsony volt és az is maradt a nemzetközi adatokhoz viszonyítva. Ennek a korszaknak a jellemzője, hogy elsősorban a minőségi fejlesztés maradt el, és ennek pótlására alakult ki és vált a rendszer részévé a paraszolvencia szokása. A 90-es években az egészségügyi szakdolgozók az átlagkereset 80-85%-át keresték. Már az ezredforduló előtt az egészségügyi ellátás során felmerülő költségek 60-70 %-a bérköltségként realizálódott (Mihályi 2000) és ez az arány azóta is csak emelkedett. A hivatalos statisztikák szerint az ezredfordulóhoz közeledve az orvosok (kivéve a vállalkozó háziorvosokat) keresete meghaladta (1986-ban még 56%-al, 1997-ben 34%-al) az országos átlagot, de már 40%-al elmaradt a diplomás (pl. jogász, közgazdász, mérnök) átlagkeresettől. Ugyanezen időszakot vizsgálva Dániában, Franciaországban az átlagkereset 2-3-szorosát, USA-ban, Németországban a 4-szeresét, Japánban az átlag 7-szeresét is megkeresték az orvosok (Kornai 1998). A legálisan alacsony kereset ellenére mégis sok volt az orvos, és alacsony az ápolónők, alapfokú végzettséggel rendelkezők ápolók és műtőssegédek aránya. Ez a tendencia sajnos napjainkban is megfigyelhető. A nem megfelelő munkaszervezésből és a szakszemélyzet hiányából a szakrendelőben várakozó és fekvőbeteg osztályokon lévő betegek éppen ennek ellenkezőjét, az orvoshiányt tapasztalták. 1997-ben a szakorvos és az általános orvos bére között csak 15%-os különbség volt, ezért a kórházak számára pénzben kifejezve a szakvizsga nem volt jó befektetés, mert az alacsonyabb keresetű orvosokkal végeztették el a jelentős mennyiségű adminisztratív és ápolónői munkát.

Túl magas volt szakorvosi létszám, ezért az egészségpolitika irányítóinak az orvoslétszám csökkentését kellett elérnie, ami pont azt eredményezte, hogy inkább a kórházakban, szakrendelőkben lévő magas presztízsű pályát választották a pályakezdő orvosok a háziorvostani szakképzés helyett. Ez a tendencia sajnos napjainkig nem változott.

Az adat valóságtartalmához hozzátartozik, hogy a dolgozó orvosok közel egynegyede (23,6%) kimaradt ezekből a statisztikákból, hiszen az ezredforduló előtt a magánpraxisokhoz hasonlóan a háziorvosok 80%-a, a fogorvosok 70-75%-a vállalkozóként dolgozott, így az ő keresetük a hivatalos bérstatisztikákban már nem volt kimutatható (Gyenes 1998).

A szociológusok és az egészségügyi szakközgazdászok szerint (Szalai Júlia, 2018 (Orosz Éva 2001)) az ezredforduló előtt a kórházi szektorban a privatizáció részleges megvalósulása, a piaczgazdaságra való átállás elmaradása miatt az orvosi keresetek csak a foglalkoztatotti létszám csökkentésével lettek volna rendezhetőek. Három lehetőség kínálkozott a helyzet rendezésére: a kapacitások (intézmény, orvos, gyógyszer) csökkentése, az orvos-beteg találkozások számának csökkentése, vagy az ár- és bérarányok (stagnáló gyógyszerárak, alacsony hivatalos

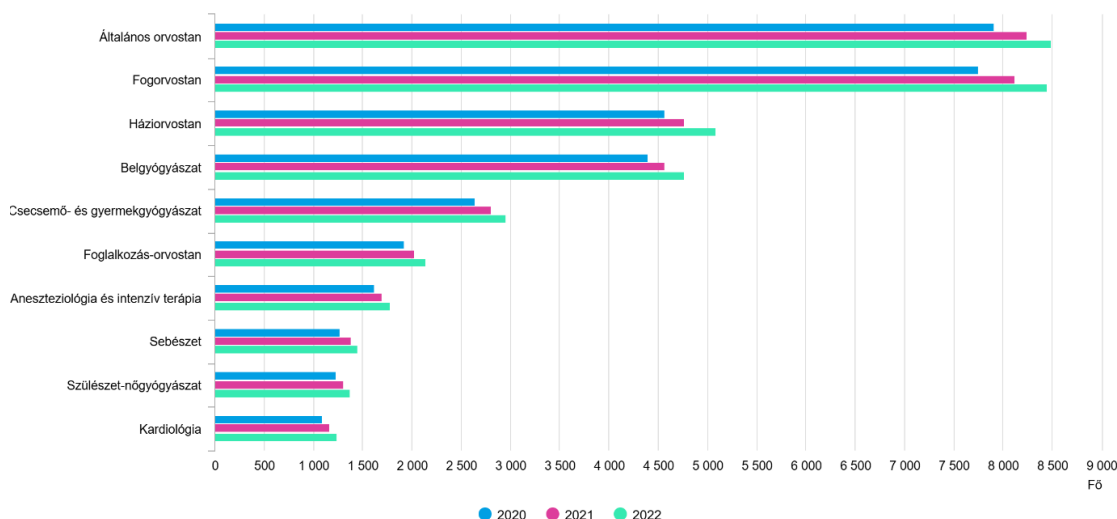
A mindenki számára diszkomfortos megoldás egészen a 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról kihirdetéséig maradt fenn, ami alapján mind a vesztegetés, mind a vesztegetés elfogadás bűncselekménnyé változott (Ambrus 2020).

Az 1997. évi CLVI. törvény az egészségügyről és a 2012. évi C. törvény a Büntetőtörvénykönyv módosításaival a Magyar Orvosi Kamara régi kezdeményezése vált valóra a hálapénz visszaszorítására, hiszen a kamara számára a hálapénz egy megalázó, az orvos függetlenségét veszélyeztető társadalmi jelenség volt (Barzó 2022).

3.4.6.2. Szaktudás – szakvizsga

A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületének kérésére 1974-től bevezették az általános orvosi szakvizsga megszerzését. Az OECD 1998-as adatai alapján az orvosok számát tekintve hazánk a 4. helyen, míg a szakorvosok számát tekintve nemzetközi összehasonlításban az első helyen állt. Az igazolt szakképzettség megléte elengedhetetlen bizonyos munkakörök betöltéséhez.

A dolgozó orvosok száma a tíz leggyakoribb szakképesítés szerint*



* Az orvosi munka során gyakorolt valamennyi szakképesítés szerint (ha valakinek többféle szakképesítése van, több kategóriában is megjelenik).

8. ábra Magyarországon dolgozó orvosok szakvizsga szerinti megoszlása

(forrás: KSH, saját szerkesztés)

2022-ben a dolgozó orvosok több mint 51 ezer szakvizsgával, a fogorvosokkal együttesen csaknem 60 ezer szakorvosi képesítéssel rendelkeztek. A fogorvostan és az általános orvostan képesítéssel rendelkezők száma a dolgozó orvosok számának egy ötödével egyezett meg. Ezt követte és közel helyezkedett el egymáshoz a háziorvostani és belgyógyászati szakvizsgák aránya. Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakképesítéssel a dolgozó orvosok 7,3%-a rendelkezett. Az ezeket követő szakvizsgák aránya már 6% alatti értékkel volt jelen a szakvizsgák körében. A **Hiba! A hivatkozási forrás nem található..** ábrán szemléltetett 2020 és 2022 közötti időszakot elemezve megállapítható, hogy a tíz leggyakoribb szakma mindegyikében 10 % körüli emelkedés volt megfigyelhető, míg a sebészet szakvizsgák esetében volt a legnagyobb az emelkedés (15%) (KSH 2023).

A humán erőforrásgazdálkodásban tapasztalható anomáliák a várólisták meghosszabbodását eredményezte. A várólisták csökkentésére, a körzetek személyi hiányosságainak áthidalására és más problémák kezelésére és az ellátás korszerűsítésére történtek regionális vagy helyi kezdeményezések is, amelyek országhatáron belül egy-egy városra, régióra vonatkozóan olyan intézkedések rövid- vagy hosszútávon, amelyek segítik az ellátórendszerhez való hozzáférést. A 2020-ban elindított Egészséges Budapest program keretében a daganatos betegség gyanúja, vagy kezelése esetén a budapesti lakóhelyű betegek részére 7 napon belül elvégzik a CT/MR vizsgálatot (Egészséges Budapest Program 2023). Ennél a programnál is megmutatkozik, hogy a szűrővizsgálat időben történő elvégzése és pozitív eredménye még nem garantálja a rövidebb várakozási időt.

Az index az ellátás eredményességén, a szolgáltatások minőségén és a várólisták hosszán alapul, melyeket keresztmetszeti mutatók és időbeli trendek felhasználásával számítanak. A fogyasztói indexet évente kalkulálták először a 2005-2009 közötti, majd a 2012-2017 közötti időszakban. A vizsgáltba bevont országok listája az évek alatt folyamatosan bővült. Míg 2005-ben még 20 indikátorral vizsgálták 11 EU tagállam és Svájc adatait, 2006-tól már 28 indikátorral hasonlították össze Svájc és 25 tagállam egészségügyi ellátórendszerét. Magyarország és Lengyelország az első évtől részt vett a felmérésben. 2005-2008 közötti időszakban 5 alfejezetre, 2009-től a szolgáltatások elérhetősége alfejezettel kibővítve 6 alfejezetre bontva szerepelnek az értékek. A 2009-es változtatással leginkább az országok egy főre jutó GDP értékének egészségügyi ellátórendszerre gyakorolt gazdasági hatását csökkentették.

2015-ben mért 48 indikátorba már bekerült az e-egészségügy alfejezet. 2017-ben az EU 28 tagállamán és Svájcön kívül Norvégia, Izland, Albánia, Montenegro, Szerbia és FYR Macedónia ellátórendszere került összehasonlításra (Paulikné Varga 2018).

A számítási módszertan a fogyasztók, a lakosság szemszögéből közelíti meg az egészségügy ellátórendszert, az egyes országok szakpolitikái számára megmutatja azokat a területeket, amelyekre nagyobb fókuszra kellene helyezniük. A hiányosságok feltárása, a számítási módszertan eltitkolása miatt sok kritika érte a szervezetet.

A nemzeti statisztikákból és nemzetközi adatbázisokból származó adatokkal az index rámutat az egészségügyi rendszerek erős és gyenge pontjaira, segíti a jó gyakorlatok elterjedését.

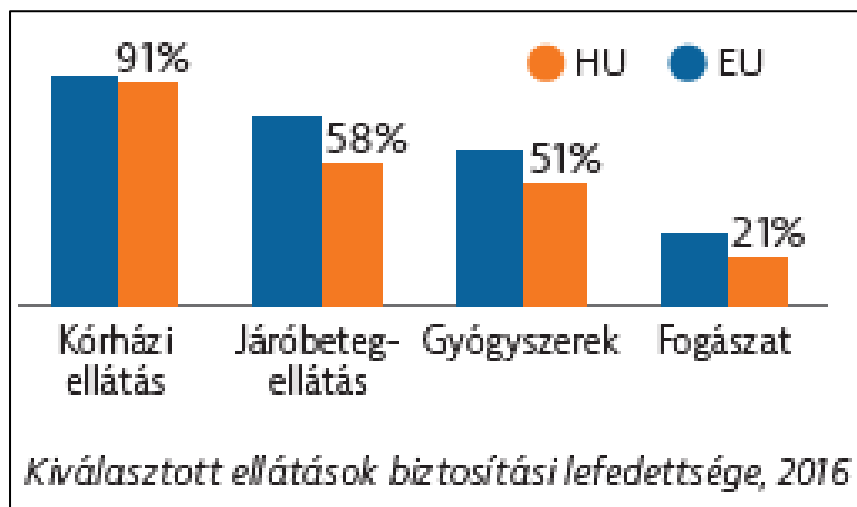
Az indikátorok pontozása 0-3 közötti. A legjobb minősítés 3 pontot, a közepes 2 pontot, az elérhető, de nem jó minősítés 1 pontot ér. A 0 pontot, vagyis a táblázatban bomba jelzést akkor kapja egy indikátor például, amikor törvényi tiltás vonatkozik beavatkozásra. A valós értékelést orvosokkal, betegszervezetekkel lefolytatott beszélgetésekkel, felmérésekkel igyekeztek elérni. A gyűjtött adatokat ily módon a felek visszajelzései validálják.

Az egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférés jelentőségét az életminőség, a várható élettartam, a társadalmi és a szubjektív jóllét szempontjából igen fontosnak tartjuk, de a következő mérés eredményeit egy ez időre már majdnem elfelejtett jelenség, a pandémia, a COVID-19 járvány árnyékolta be, amely mind a kórházi, mind a háziorvosi ellátásban lényeges átrendeződést hozott.

Az Európai Egészségügyi Fogyasztói Index elméleti hasznossága mellett a legfontosabb gyakorlati haszna, hogy a nemzetek egymás között megosszák az egészségügyi rendszereik pozitív elemeit, az egészségügyi reformjai erősségeit és gyengeségeit mindazonáltal, hogy

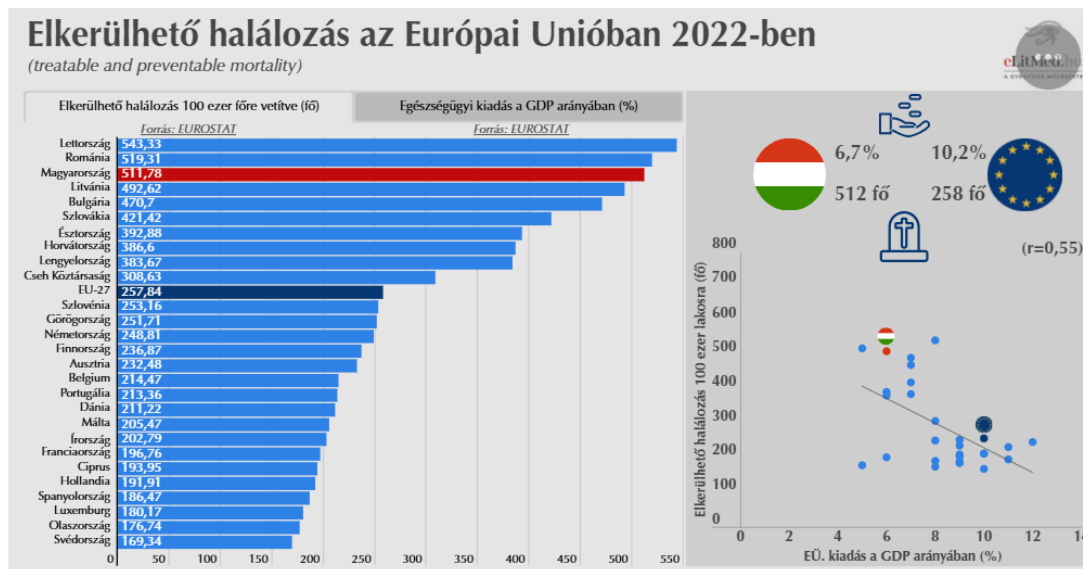
tisztában van minden nemzet azzal, hogy a gazdasági adottságok, az egy főre jutó GDP érték érezhetően hatással van az egészségügyi rendszer működési problémáira.

A másik közismert nemzetközi összehasonlítási alapot az ötévente elvégzett Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) adatai szolgáltatják. Az 2019-ben végzett felmérésből készült a magyar egészségügyi ország profil, melynek adatai szerint már a pandémia előtt az uniós átlagtól a magyarok születéskor várható élettartama négy évvel kevesebb volt, aminek okai közül kettőt tartottunk lényegesnek kiemelni, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés és a megelőzhető, valamint az elkerülhető halálozási arányszámok eltéréseit (9-11. ábra).

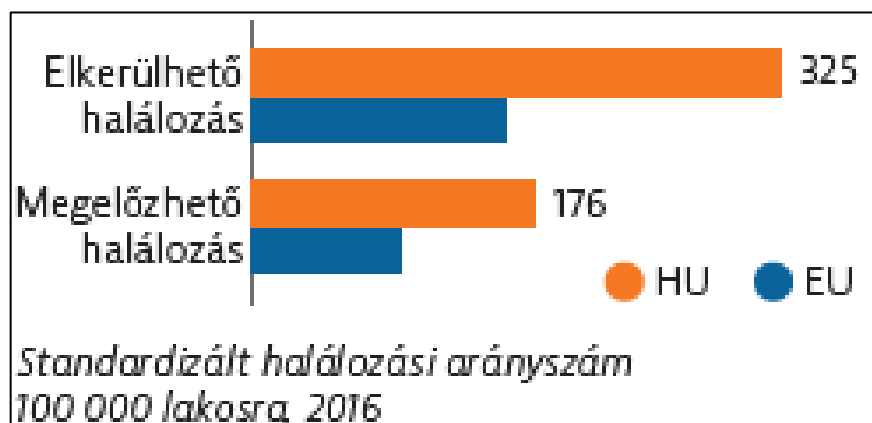


9. ábra Az egészségügyi rendszer ellátásainak biztosítási fedezettsége, 2016

(Forrás: KSH, ELEF 2019 és (Vitrai 2020))



10. ábra Magyarország és az EU elkerülhető halálozása



11. ábra Az elkerülhető és megelőzhető halálozások száma

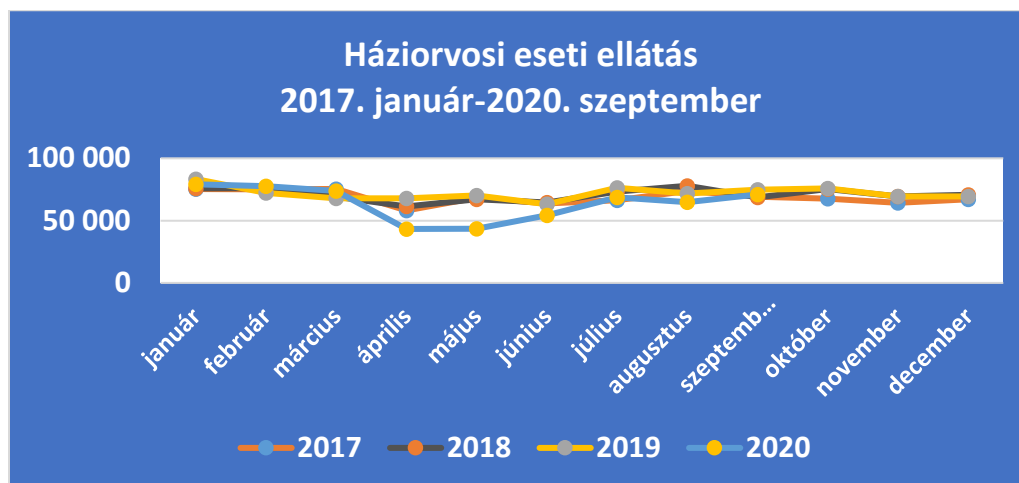
Forrás: KSH, ELEF 2019 és (Vitrai 2020)

3.4.6.3. A COVID-19 pandémia hatásai

A pandémia hatásait nem kerülhettük meg. A COVID-19 világjárványra adott hazai reakciók egyrészt túlterhelték és lehetetlen körülmények közötti munkára kényszerítették az alap – és szakellátásban dolgozókat, nemcsak a fertőzöttek, hanem az egyéb – esetenként súlyos betegek ellátásában is. A kialakult kritikus állapotok, a személyesen megtapasztalt krízisek nagyban befolyásolták a kutatást, de még inkább rávilágítottak arra, hogy halaszthatatlanul szükséges az egészségügy átalakítása.



12. ábra Kórházi ápolási napok száma 2017. január- 2020. szeptember között

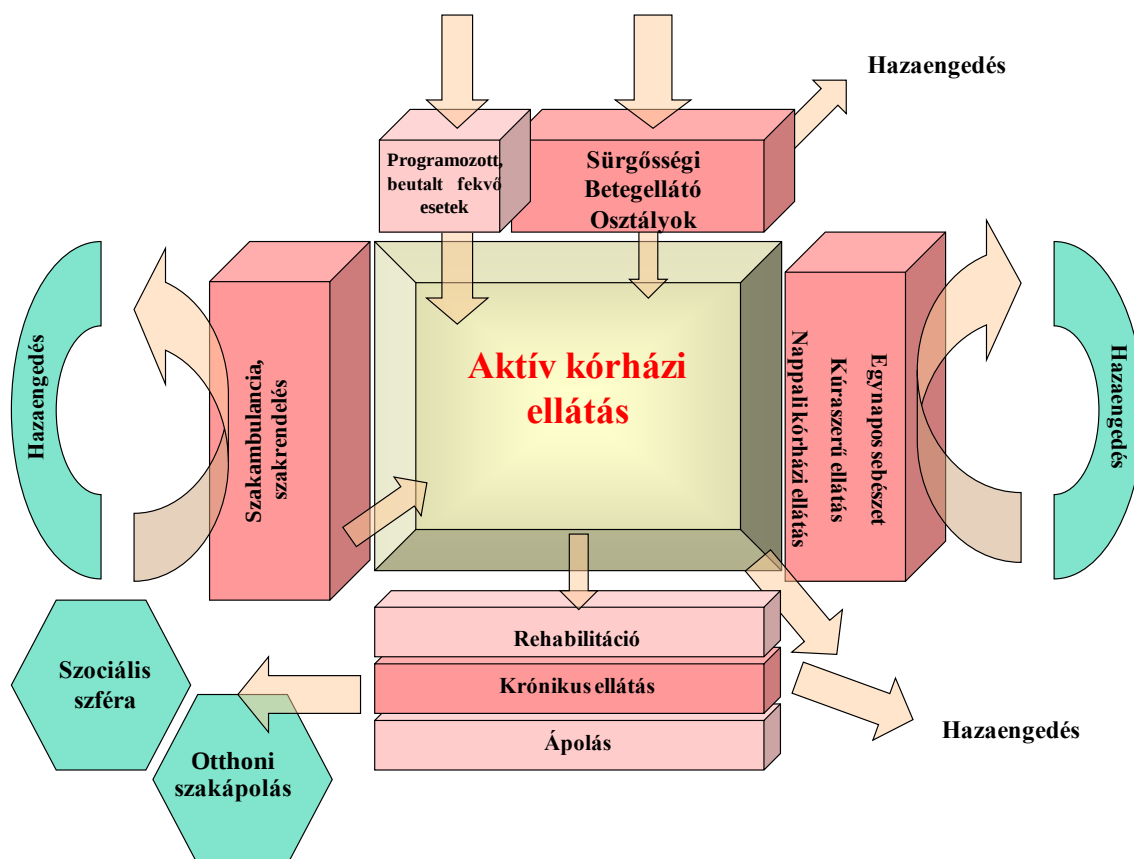


13. ábra Háziorvosi eseti ellátás 2017. január és 2020. szeptembere között

A válságjelek ellenére sem sikerült egy komplex válságmenedzselést megvalósítani, egy-egy kísérlet eredményeként részleges és spontán folyamatok indultak be. Ezeknek összegzését az elmúlt másfél évtized számos intézkedése ugyan befolyásolta, de rendszerszintű, illetve ágazati megújulást nem eredményeztek. A visszatekintés során azonban két nagyon jelentős tendenciát fedezhetünk fel, amelyek névleg illeszkednek a nemzetközi trendek valamelyikéhez, valójában azonban belső okok miatt speciálisan magyar jelenségként léteznek. Ez a két tendencia a centralizáció és a decentralizáció egymás mellett élése.

3.6.4.4. A centralizáció és a decentralizáció a jelenlegi hazai egészségügyi rendszerben

A centralizálás alapja az, hogy a reformokat a kórházak korszerűsítésével képzelték el, és a fekvőbeteg ellátáson túl szakmai és felügyeleti szerepet kaptak az alap- és főleg a szakellátásban. Máig legelterjedtebb reformkoncepció a felülről kezdődő, amelynek bástyái a korszerű kórházi hálózat kialakítása. A részletek ismertetése nélkül jól szemlélteti az egészségügyi bázisok összetettségét a Dózsa Csaba tanulmányában publikált ábra:



**14. ábra Struktúraváltás- a hazai egészségügyi rendszerben Európai Unió
Támogatással**

**Forrás: Dózsa Csaba, 2016: Struktúraváltás – a hazai egészségügyi rendszerben Európai
Unió támogatással**

<https://www.slideshare.net/slideshow/2strukturavnft2016iv16v1/60886236>

A finanszírozás az egyik aktuális probléma, amelyet évtizedek óta sem sikerült megnyugtatóan rendezni, csak változtatni (Besze 1998), az aktív fekvőbeteg ellátás esetén a HBCS elvű finanszírozás került bevezetésre (Ágoston, és mtsai. 2011).

A rendszerváltás óta eltelt időszak alatt a gazdaság más ágazataihoz hasonlóan a magyar egészségügyi ellátórendszerben is több modellkísérlet zajlott le. A modellkísérletek elsődleges célja a lakosság egészségi állapotának javítása, amelyet különböző betegségmegelőző, egészségfejlesztő programokkal kívánnak megvalósítani, amelyek a jobb, egyenlő hozzáférésű egészségügyi ellátást kívánják biztosítani, eredményességét a lakosság egészségügyi ellátásról alkotott véleményének, egészségi állapotának vagy egészségügyi ellátottságának mérésével határozhatnánk meg. Az egészségügyi modellkísérletek örökös jellemzőjeként említhető, hogy a szűkös erőforrások hatékonyabb felhasználását szeretnék elérni. A betegéletút menedzselés és költségracionalizálás nem minősül új kezdeményezésnek. Az Egyesült Államok biztosítási rendszere a magánbiztosítás mellett magával hordozza a közpénzből finanszírozott Medicare

és Medicaid rendszereket, amelyen kívül meg kell említeni a Managed Care Modellt. Az 1970-es évekre visszavezethető HMO (Health Maintenance Organization Egészségbiztosítási Szervezet) feladata a szakmai alapú betegút szervezés, amelynek alapvető célja a költségracionalizálás (Boncz és mtsai., 2015). Ezt a szemléletet igyekeztek meghonosítani hazánkban irányított betegellátási rendszer néven.

Több pilot projekt történt, amely a finanszírozást kívánta javítani. A legismertebb módszerek folyamatát az alábbiakban foglaltuk össze:

Pilotprojektként zajlott az Irányított Betegellátási Rendszer, amelynél az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által begyűjtött és jellemzően járulékbételeből származó egészségbiztosítási bevételek allokációja az ellátásszervezők, az Irányított Betegellátási Rendszer szervezetek elvi folyószámlájára történt. Erről az elvi folyószámláról finanszírozta az OEP az igényelt szolgáltatásokat. A fejkvótát a már alkalmazott nem és életkor paramétereken kívül, bizonyos indokolt esetekben a beteg egészségi állapotának függvényében extra finanszírozással toldották meg (pl: az állampolgár krónikus vesedialízis kezelés iránti szükségletével korrigálták).

Az ellátásszervezők hatékony működése az év végi elszámoláskor jelentett információt. Az elvi folyószámlán megmaradó pénzösszeget, a pozitív szaldót teljes mértékben kifizették. A rendszer kritikájaként fogalmazták meg az akkori szakértők, hogy a negatív szaldó nem járt semmilyen következménnyel. Hasonlatosság fedezhető fel a kórházkonszolidáció jelenlegi gyakorlatával.

Ezen pilotkísérletek legfontosabb tulajdonsága, hogy az említett reformkísérletek mindig egy jól körülhatárolt, önkéntesen csatlakozó körben kerültek kipróbálásra és nem a teljes lakosság körében és nem a teljes ellátórendszeren kerültek azonnali bevezetésre. Mindezzel viszont lehetőséget teremtett arra, hogy a működés monitorizálásával, az elért eredmények értékelésével konzekvenciákat lehetett volna megfogalmazni az országos bevezetés előtt.

A modellkísérlet célja a rendelkezésre álló szűkös erőforrásból az egészségügyi kiadások fokozott kontrollja mellett a kísérletbe bevont lakosság számára jobb, egyenlő hozzáférést biztosítani az egészségügyi ellátás igénybevételére, emellett betegségmegelőző és egészségfejlesztő programok megvalósításával javítani a lakosság egészségi állapotát.

Számos ember érdekét sértő reformkísérlet nem a teljes lakosságon és ellátórendszeren kerül kipróbálásra, hanem egy jól körülhatárolt, önkéntes körben.

A mai gyakorlat a betegek szemszögéből átláthatóbb, míg a gazdasági hátterét nem igazán mutatja. Ennek egyik, de valószínűbb oka, hogy az egészségügyre fordított GDP-t és a jelentős

mennyiségű pályázati forrást elsősorban az infrastruktúrába fektették, leginkább magába az épületekbe, és a belső felszereltség, az emberi erőforrás gazdálkodásának korszerűsítése elmaradt. Másrészt a magyar társadalmi viszonyokból adódóan az egészségügyi és a szociális problémák kezelésének összefonódása még inkább sújtja a magyar egészségügyi rendszer hatékonyságát.

A kutatási témám, a csoportpraxisok és többletszolgáltatást nyújtó praxisközösségek szempontjából a járóbeteg szakellátás területén lezajlott finanszírozási változások a leglényegesebbek, ezért ezek bemutatására szorítkozom. Magyarországon az egybiztosítós rendszer miatt előbb az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), majd 2017-től a jogutóda Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) finanszírozza az egészségügyi szolgáltatásokat. Csak kutatási témám bemutatására vállalkozom, de ez is szemlélteti az átgondolatlan reformok szövevényét.

Az egészségügyi ellátórendszerben kezdtek elterjedni a finanszírozási szabályok, így lépcsőről-lépcsőre beépültek a rendszerbe azzal együtt a finanszírozási összeférhetlenségi szabályok, amelyeket az OEP a szabályok betartásához szükséges informatikai programok segítségével könnyedén ki tudott szűrni. További ellátásról-ellátásra megvalósultak a beteghez (Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ) számhoz kapcsolódó jelentések. Ennek következtében egyre inkább bezárultak a kiskapuk, amelyek lehetőséget biztosítottak az indokolatlan vizsgálatok, ellátások elvégzésére.

2000. júniusában a lebegőpontos térítés megszüntetésével megvalósult a járóbeteg ellátások beavatkozásaihoz rendelt Német-pont fix térítésének meghatározása.

2004-ben az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium bevezette a teljesítményvolumen korlátot, amely az egészségügyi intézmények járóbeteg és aktív fekvőbeteg ellátására éves egyedi kvótát, volumen korlátot határozott meg. A kvóta túllépése az ellátó 2003. évi teljesítmény 98%-ának százalékos túllépése esetén a többletet 60, 30, illetve 10%-os mértékben díjazták.

Az erős szakmai és szakmapolitikai támadások miatt az akkori Egészségügyi Minisztérium bevezette a teljesítményvolumen-korlát helyett az előre meghatározott alapidíjjal finanszírozott teljesítményt (EMAFT), amely a finanszírozási feszültségek miatt csupán 2009. áprilisa és 2009. októbere közötti 7 hónapban volt használatban. A megszüntetés oka, hogy a fekvőbeteg ellátás teljesítmény 70%-a fix forint térítési díjjal, míg a fennmaradó 30% havonta változó lebegő díjas rendszerrel került finanszírozásra. 2009. októberében visszaállításra került a TVK (Teljesítmény Volumen Korlát).

Ugyancsak 2009-ben került bevezetésre a háziorvosi indikátorrendszer (Kolozsvári és Rurik 2016), amiben a különböző körzettípusokra (felnőtt, gyermek, vegyes) más-más tevékenységekkel lehetett többletforrásra szert tenni. A praxisközösségek megalakulásával a háziorvosi indikátorrendszer helyét a praxisközösségi együttes pontszerzés váltotta fel (A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a praxisközösségekben végzett, felnőtteket érintő prevenciós rendelésről 2023)

Az ellátások finanszírozása- Biztosítási jogviszony ellenőrzése

A differenciált ellátás biztosítására, vagyis az ellátás finanszírozási alapjának meghatározására vezették be az online jogviszony ellenőrzést. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során – az életmentő beavatkozások, a sürgős szükség esetén túl – ellenőrizni kell a biztosítási jogviszony meglétét. Azon túl, hogy a páciens felmutatja a TAJ-számát tartalmazó kártyáját, az ellátás kezdetekor az egészségügyi dolgozónak ellenőriznie kell a biztosítási jogviszony meglétét is, vagyis az ellátás előre vagy utólagosan milyen forrásból kerül majd finanszírozásra.

Az állampolgárok szempontjából a zöld visszajelzés azt jelenti, hogy költségek nélkül, „ingyenesen”, a szolidaritás elv alapján plusz díj meghatározása nélkül tudja igénybe venni az ellátást. A sárga visszajelzés azt jelenti, hogy a szolgáltatások igénybevétele korlátozott. Az életmentő beavatkozásokat kaphatja meg ingyenesen az állampolgár. A piros jelzés esetén tájékoztatásra jogosult a páciens, hogy az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele megtörténhet, de ezt az összeget a páciensnek az ellátás igénybevétele után ki kell fizetnie: Ha ezt anyagi helyzete miatt azonnal nem tudja megoldani, akkor a Nemzeti Adó- és Vámhivatal köztartozás formájában behajthatja ezt az összeget.

Az Európai Unió tagállamai egyezményt kötöttek, hogy az uniós állampolgároknak nem lehet ugyanazon időben több tagállamban biztosítási jogviszonyuk, így hazánkban is létrehozták a kék visszajelzést, ami azt mutatja az egészségügyi szolgáltatás során az adatrögzítőnek, hogy az adott állampolgár bár rendelkezik TAJ-számmal, de az ellátás költségeit az igénybevevő munkavégzéséhez kötődő tagállam egészségbiztosítójával kell majd a NEAK-nak elszámolnia.

Barna jogviszony esetén az ellátás igénybevételét a szolgáltatónak meg kell tagadnia, hiszen elhunyt személy társadalombiztosítási azonosítójának felhasználása jogellenes.

A szervezeten belüli sokféleség

A mai kórházak tevékenysége többféle szervezeten keresztül történik. A klasszikus orvos-beteg viszony mellett a technológiai fejlődés magával hozott új szolgáltató központokat, mint labor, képalkotó diagnosztikai központok, egységes egészségügyi szolgáltató tér, informatikai szolgáltatások (adatbázisok, betegadatok, stb) új diagnosztikai eszközök működtetése.

Ezek működtetését előfordul, hogy alvállalkozókkal oldják meg, akikkel az együttműködés piaci alapú.

A sokféleség a betegellátásban is megjelent, hiszen a betegszállítás, a sürgősségi vagy épp a krónikus ellátás akár más szervezeti formában is történhet. A jelenlegi együtt tartása ezeknek az egységeknek gyakran a humánerőforrás hiánya miatt marad meg.

Ugyanakkor a non- és forprofit egységekkel való együttműködés, az így gyakorlatilag hibrid szervezetként működő kórházak működtetése számos menedzsment probléma forrása, és koncentrálják az ágazat szinte valamennyi kritikus pontját. Mára bebizonyosodott, hogy a kórházak nem tudják feladataikat ebben a rendszerben – számos problémájuk miatt, amelyben az alacsony állami finanszírozás és a menedzsment problémák halmozódása különösen súlyos – feladataikat ellátni, ráadásul még a szakmai irányítást is megoldani. Ennek ellenére az ágazat szakmai vezetését jelenleg az országos Kórházi Főigazgatóság látja el.

Az alapellátás decentralizálása korábban átláthatóbb, és viszonylag tisztázottabb volt a pandémia előtt, hiszen az alapellátás privatizálása már három évtizedes múltra tekint vissza. Néhány probléma azonban itt is jelentkezett. A praxisfinanszírozás kvóta szerinti, ami a betegellátás alapja, ugyanakkor a tevékenységi kör tágabb, kiterjed az alapellátásra, az otthonápolásra, a népegészségügyi feladatok hatósági ellátására, járványkezelésre, helyettesítési és ügyeleti rendszerre, EESZT alkalmazásokra. Ma a magyar egészségügyi alapellátás legfőbb problémái a következők:

- a területi egyenlőtlenségek,
- a szegregált rétegek szakellátása,
- a magán- és közfinanszírozású ellátás problematikája
- az idősödő orvosok, betöltetlen praxisok nagy száma
- a szakdolgozók hiánya.

Mindezek okairól elmondható, hogy inkább társadalom – és szakmapolitikai, menedzsment feladatok lennének egy kevésbé centralizált rendszerben.

A jelenlegi hazai egészségügyi ágazat korszerűsítésének a problematikáját összegezve, az megállapítható: Sajnos nem indult átfogó egészségügyi reform, de változások történtek!

A változások az elkerülhetetlen paradigmaváltás előzményeinek is tekinthetők.

- 2005-től Magyarország az Európai Unió tagja, így a közös dokumentumok aláírásával több területen indultak kísérletek, hogy az együttműködés kompatibilissé váljon.

- Változások a gyógyító tevékenység eszközrendszerében – informatikai fejlesztések, nemzetközi adatbázisok, új diagnosztikai eszközök, egységes egészségügyi szolgáltató tér, stb.
- A magyar gyógyszergyárakat külföldiek privatizálták, ami kutatási potenciálunkat csökkentette, de a gyógyszerellátás nemzetközi lett, erős marketinggel dolgoznak, ami néha etikai és anyagi kérdéseket vet fel. Pozitív példa a Covid-19 elleni vakcinák sikere.
- Az irányítás központi szervezetei változtak: NEAK, OEP, Népegészségügy felügyelete (KÖJÁL, NÉBISZ, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ).
- A szakmai és a hatósági felügyelet rendszere problémás: átalakult a tisztiorvosi hatáskör.
- Az egészségügy közhasznúsága rendszerszinten sérült és a torzulásainak kezelésére nincs konkrét intézkedési terv. (GDP aránya, az esélyegyenlőség és a méltányosság kérdése, a magán- és közfinanszírozott ellátás összefonódásai, az egészségügyben tapasztalható hiánygazdaság, ügyeleti rendszer, stb).

Pozitívumok:

- Irányított Betegellátási Rendszer, Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér, telemedicina fejlődése
- Uniós és kapcsolódó nemzetközi forrásokból, pályázatokból finanszírozott fejlesztések, modell programok.

A probléma halmaz ellenére úgy vélem, hogy egy teljes strukturális változás elindítására mégis a háziiorvosi szintről kell elindulni, amely az alapellátás korszerűsítésével szakmai és humánerőforrás problémák felszámolásának a megoldásához indíthat el egy folyamatot.

3.5 A háziiorvosi körzettől a praxisközösségi formákig

Már a 6/1992. évi NM rendelet lehetővé tette, hogy különböző jogállásban végezhetik az alapellátásban a házi orvosok a vállalt területi ellátási feladataikat, így az önkormányzattal vagy azok intézményeivel álltak munkaviszonyban, köthettek az önkormányzattal szerződést, vagy egészségügyi vállalkozási formában, esetleg magánorvosként vállalhatták a körzetük ellátását. A rendelet kiterjedt azokra is, akik nem területi alapon, hanem például üzemorvosként gyógyítottak, továbbá a háziiorvosi ellátásban részt vevő ápolókra, védőnőkre és más paramedikális munkaerőre is. Mondhatni már készen álltak az önálló, felelős munkavégzés keretei, ráadásul az 1997. évi CLIV. Egészségügyi törvény az önálló orvosi tevékenységet a fentiek szerint pontosította, és a területi ellátási kötelezettséget a házi- és gyermekorvosok mellett a fogorvosi háziiorvosi körzetekre is vonatkoztatta. Kérdés tehát, hogy miben volt új a

2000 évi II. törvényben az önálló orvosi tevékenységről szóló praxisjog intézménye, és mitől válhatott ez alapjává egy újabb reformfolyamatnak?

A praxisjog a törvény 1. §-a szerint: az egészségügyi államigazgatási szerv által az önálló tevékenységet nyújtó orvos részére adott önálló orvosi tevékenységre jogosító engedélybe foglalt jog, amely alapján önálló orvosi tevékenység területi ellátási kötelezettséggel, meghatározott körzetben végezhető. A változás valódi újdonsága a 2.§ szerint: „a praxisjog olyan, személyhez kapcsolódó vagyoni értékű jog, amely jogszabályban meghatározott feltételek fennállása esetén elidegeníthető és folytatható. Az egészségügyi államigazgatási szerv által az orvos részére adott önálló orvosi tevékenység nyújtására jogosító engedélyben – praxisengedély – foglalt jog, amely alapján önálló orvosi tevékenység területi ellátási kötelezettséggel, meghatározott körzetben végezhető. A praxisjog elidegenítésére irányuló jog a praxisjog jogosultját is megilleti” – majd részletes leírás következik a működtetés és a joggal való élés mikéntjéről.

A 2015. évi CXXIII. törvény már tartalmazza azokat a nemzetközi irányzatokhoz való kapcsolódási lehetőségeket, amelyek akár alkalmasak is lehetnének a korszerűsítésre. A törvény 2. §-ban az alábbi definíciókat találjuk:

praxisközösség: a háziorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátást nyújtó fogorvosi, védőnői szolgáltatók feladatainak ellátására létrejött működési forma;

csoportpraxis: olyan együttműködési forma, amely keretében a háziorvosi, házi gyermekorvosi alapellátási feladatok mellett jogszabályban meghatározottak szerint a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó egyes ellátások is nyújthatóak.

Ezáltal a privatizáció teljesnek volt tekinthető, és ez még akkor is növelte a reform folytatásának a reményét, miközben a házi orvosok valójában magukra vállalhatták a működtetés és az ezzel kapcsolatos fejlesztési kényszerek költségeit is.

A Társadalomkutatási Intézet Zrt (TÁRKI) (1996-1997) által készített felmérése az alapellátási reform előkészítését vizsgálta egy reprezentatív kérdőíves vizsgálat alapján és több dolog mutatja ennek a formának a sikerét. Ebből kiderült, hogy a házi orvosok nagy része – különösen vidéken – már vállalkozásban látta el a körzetében a gyógyító és az emellett kapott egyéb szolgáltatási és hatósági feladatait. Az átállásnak azonban így is voltak olyan eseményei, amelyek versenyhelyzetet teremtettek. A szabad orvosválasztás lehetősége és a finanszírozásban a kvóta rendszer bevezetése miatt egyfajta kínálati piac alakult ki. Igaz a vidéki körzetekben, ahol gyakorlatilag nem volt versenytárs, ott ez nem volt kritikus, de a városi

körzetekben a betegek vándorlása mutatott eltéréseket. Ugyanakkor a betegek számára a választási lehetőség egyfajta elégedettséget, az orvoshoz való ragaszkodást eredményezte. A háziiorvosi praxisok ugyanakkor nem tudtak a műszerezettségben kellően és egyformán fejlődni, pedig az már ekkor versenyelőnyt jelentett a betegek megszerzésében, a minél teljesebb körű szolgáltatásban. Ezek és az ezekhez hasonló tények következtében a verseny hozzájárult a betegek ellátásának a javulásához, a praxisban dolgozók együttműködésének, hatékonyságának a növeléséhez.

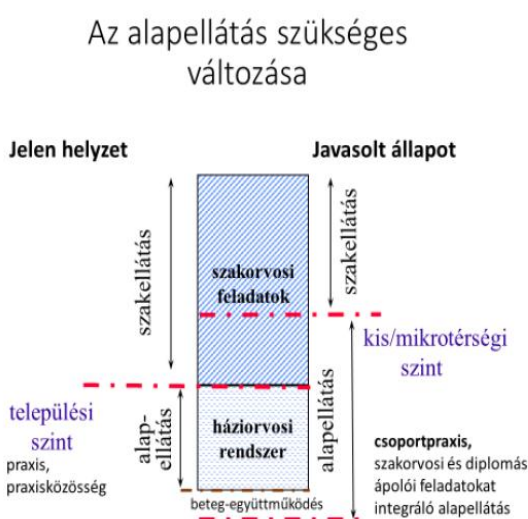
Eközben komoly viták folytak a szakmai körökben arról, hogy a kórházak tevékenységében a centralizációt csökkenteni lenne szükséges, a „laposabb” egészségügyi struktúra hatékonyabb lehetne (Baráth, 2008), és komoly elemzésekkel igyekeztek orvosok és gazdasági szakemberek bizonyítani a minőségi ellátás érdekében szükséges reformok halaszthatatlanságát (Dózsa, 2011). A legnagyobb veszélyre, magyar egészségügy leszakadására, számos tudós figyelmeztette a politikai irányítást.

Az Európai Unióba történő felvételünk ösztönözte a mindenkori kormányzatot a nemzetközi egyezmények elfogadására, és szükség esetén a felzárkózás vállalására. Ezekből az évekből érdemes kiemelni, hogy míg a fekvőbeteg ellátásra fókuszáltak a reformkísérletek, a háziiorvosi körzetekben is történtek változások. Spontán módon ugyan, de az egyes praxisok kénytelenek voltak néhány dologban együttműködni. Ilyenek voltak a helyettesítések és az ügyeleti rendszer működtetése. Ebben az önkormányzatokkal és egymással állapodtak meg. Más volt a helyzet a kötelező minőségirányítási rendszer bevezetésével. Ennek szükségessége megjelent már az 1997-es CLIV. törvény 121.§-ában, de évek kellettek, míg a nemzetközi tapasztalatok feldolgozásával az ISO minőségbiztosítás alkalmazásától eljutott a magyar egészségügy a MEES, azaz a Magyar Egészségügyi Standardok 2.0 bevezetéséig, ami kifejezetten az alapellátásra lett kidolgozva. Ez a törvénymódosítás 2012. június 28-a után lépett életbe. A sok szempontból előnyös, de megterhelő adminisztrációval járó kötelezettségnek a háziorvosok legtöbbször úgy tettek eleget, hogy közösen alkalmaztak egy szakembert, ami egyben a versengés mellett az együttműködésüket is erősítette. Ugyanez az együttműködés és közös szakember alkalmazása érvényesül a praxisközösségek esetében is, hiszen praxisközösségi koordinátort alkalmaznak az indikátorrendszer teljesítéséhez (Pálinkás, és mtsai. 2019).

Ennél is jelentősebb volt azonban annak a felismerése, hogy a szükségesnél is kevesebb figyelem fordul az alapellátás felé. Egy 2005-ös tanulmány szerint: „Esztelen pazarlás, ha a meglévő képességekhez nem adunk jogosítványokat (ma van példa arra, hogy ugyanaz az orvos háziorvosként nem rendelheti betegének azt a gyógyszert, amit ugyanő a szakrendelésen

helyettesítő orvosként felírhat). Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy a szakfeladatot ellátó háziorvos többletmunkájáért többletfinanszírozásban kell, részesülnön” (Solymosi 2005, 66).

A felismerés mégsem volt újnak tekinthető, hiszen Kincses már 1996-ban vitaanyagot dolgozott ki az alapellátás 1992-ben bevezetett modelljének a korszerűsítésére, amelyet a következő évtizedekben csoportpraxisok néven továbbra is javasol megvalósítani. Lényege, hogy ebben a modellben a háziorvosok kompetenciáinak jobb felhasználásával az alapellátást végzők, a nem túl nagy erőforrás igényű, szakorvosi ellátáshoz kötődő feladatokat – kellő kompetenciával rendelkezve – elvégezhesse. Arra hívta fel a figyelmet, hogy ez szakmailag motiváló, a háziorvosok presztízsét növelő lehetőség, ami természetesen többlet kiadást, illetve fizetést igényel, de így is költséghatékony. Visszaadja az alapellátás rangját, miközben a rutintevékenységektől megszabadítja a szakellátási intézményeket, így a saját lehetőségeit folyamatosan bővíti, az együttműködést javítja és a szakellátási központok magasabb szintű szakmai munkát képesek ellátni (pl. egynapos sebészet, stb). További előnye, hogy szélesebb körben képes az egészségügyi rendszer hatékonyságát növelni, a lakosság egészségi állapotának a javítását megoldani. A rendszer illeszkedne a nemzetközi trendekhez, képes lehet összehangolni a szolidaritási elvet és az egészségi színvonal emelését.



15. ábra Kincses (2017) javaslata az egészségügy reform elindítására

(Forrás: <https://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/csoportpraxis.pdf>)

Lényegében ez a koncepció áll a Magyar Orvosi Kamara reformkoncepciójának az alaptételei között ma is. Másrészt az elmúlt években sem következett be az egészségügy átfogó korszerűsítése, de tény, hogy a praxisok közötti együttműködés lehetőségét kereste a kormányzat. A 2015. évi CXXIII. törvény átfogó rendezés igényével lépett ugyan fel, de mint tapasztaljuk ez nem következett be. Ennek ellenére a 2015-ös törvény már tartalmazza azokat

a nemzetközi irányzatokhoz való kapcsolódási lehetőségeket, amelyek akár alkalmasak is lehetnének a korszerűsítésre. Ilyen a törvény 2. §-ban kifejtett, fentebb idézett, praxisközösségekről (a praxis- és csoportpraxisról) szóló rész.

Kétségtelen, hogy ez a két törvényben rögzített forma segíthette a helyi szakmai közösséget, akár jelenthette volna, az alap- és a szakellátás közötti együttműködés javítását a közfinanszírozás kisebb mértékű növelésével, de nem ez következett be, hanem lehetőséget teremtett a magánrendelők és a mini klinikák létrehozására, azaz a közfinanszírozás és a magánellátás szétválására. Történt ugyan egy kísérlet az alapellátás és a népegészségügy fejlesztésére – az EFOP-1.8.2-17 pályázat finanszírozásával – aminek átfogó célja a lakosság egészségi állapotának felmérése és az egészségtudatosságának a növelése volt. Az ekkor létrehozott praxisközösségeket ebben a formában nem tekinthették hosszútávon működőképesnek, elsősorban a finanszírozás végeessége miatt, de kiválóan alkalmas volt egy új munkakultúra megteremtésére, amelyet a gyakorlatban megfogalmazódó igények módosíthattak volna.

.

A homogén praxisközösség és a csoportpraxis világos, jól értelmezhető együttműködési forma, A csoportpraxis ösztönző, szakmailag és anyagilag motiváló a háziorvosok számára, hiszen hídak képezhetnek az alap- és a szakellátás között, ráadásul az ellátási egyenlőtlenségeket korrigálhatják.

Az új állami megközelítésben praxisközösségek homogén praxisok közössége, ahol az orvosoknak kötelező ugyan továbbképzéseken részt venni, de nincs további szakosodási elvárás (Paulikné Varga, 2020). Ugyanakkor a csoportpraxisban eltérő szakképesítésű orvosok, nővérek, diplomásnővérek együtt, teamként nyújthatnak emelt szintű alapellátást és erre épülő többféle szakellátás, egészségszolgáltatásokat akár egy 15-20.000 fős közösségnek (Kincses, 2019)

Ez a kettősség azonban a hivatalos értelmezés során megroppant, helyette inkább egy kevésbé értelmezhető praxisközösségi rendszert fogadták el, ami mára még több variációt eredményezett. A csoportpraxissal szemben a különféle praxisközösségi formákat hoztak létre, amelyeket a 2022. évi LXXIII. tv. és **A praxisközösségekről szóló 53/2021. (II. 9.) Korm. rendeletben tettek közé.** Az egy járáson belül működő praxisközösség formáira a rendelet 2.§-ának 2. és 3. bekezdése ad iránymutatást. Lehet:

- egyesült praxisközösség, amely szoros szakmai és gazdasági együttműködést valósítana meg,

- az integrált praxisközösség. Ebben a tagok önállóságukat megtartva egy közösen alapított egészségügyi szolgálatot hozhatnak létre feladataik ellátására.
- a harmadik lehetséges forma szerint praxisközösségi konzorcium is létrehozhatóvá válhat.

A közös valamennyiben, hogy alapellátásban működnek mind a házi-, mind a gyermek- és a fogorvosi tevékenységet folytató praxisközösségi tagok. A jogkövetés kötelezettsége miatt igen sokan az egyesült, szoros praxisközösség tagjai lettek, ami elsősorban az anyagi, finanszírozási okból volt szükséges és előnyös. Felmerülnek természetesen a járóbeteg ellátásra is reformjavaslatok, amelyek kevésbé megalapozottak, vagy épp más módon a csoportpraxisok elvét igyekeznek átvenni. A viták azonban arra világítanak rá, hogy az alapellátás korszerűsítésének, az alap- és járóbeteg ellátás közelítésének az igénye ma is aktuális. A kutatásom idején, az adatgyűjtés befejezéséhez közeledve, újabb jogszabályok jelentek meg!

Törvénymódosítás hatására 2023. évtől átkerült a háziorvosi körzethatárok kijelölésének joga a helyi önkormányzatoktól az Országos Kórházi Főigazgatóság Alapellátási Igazgatóságán belül létrehozott Nemzeti Praxiskezelőhöz. A változtatás hatására a háziorvosi tevékenység végzésének legkisebb egysége, azaz a területi ellátási kötelezettség nem a településre, hanem a járásra vonatkozik. A Nemzeti Praxiskezelő a körzethatárok módosításával megszüntetheti a 600 bejelentkezett páciensszám alá csökkenő házi gyermekorvosi és 1200 fő bejelentkezett páciensszám alá csökkenő felnőtt és vegyes körzeteket. Ezzel a betöltetlen praxisok számát is csökkentve! A körzet kialakításakor fokozott figyelmet kell fordítani a helyi sajátosságokra és a lakosság területi, mivel biztosítani kell az ellátáshoz való hozzáférést és az egyenlő területi eloszlást.

További változtatás, hogy a már létező praxisközösségek számára engedélyezték a járóbeteg-szakellátási szolgáltatásokkal való tevékenység bővítést.

3.6 A háziorvosi professzió, mint a válságkezelés humántőkéje

Jogosan tehető fel a kérdés, miért éppen a háziorvosoktól indulhatna el egy olyan változási folyamat, amely fokozatosan képes lehet a magyar egészségügy modernizálására, fenntarthatóságának a garantálására.

A háziorvosi praxisok olyan szervezeti ellátási formák, amelyben a háziorvos egy személyben látja el a szolgáltató, a fenntartó, a tulajdonos és a menedzser szerepét. A praxissal bíró háziorvos korábban az önkormányzattal, jelenleg az Országos Kórházi Főigazgatósággal kötött feladatellátási szerződésben saját magára vonatkozóan vállalja a fent felsorolt kötelezettséget. A magyar egészségügyi alapellátásban ez a működés egy sajátos vállalkozási formát eredményezett. Kétségtelen, hogy az átalakítás alapkérdései akörül sűrűsödnek, hogy miképpen

hozható létre egy olyan egészségközpontú, a multiszektorális szervezeti-gazdasági és eltérő célokért dolgozó hibridszervezet számára stratégiai terv, amely képes ezt a bonyolult rendszert működőképessé tenni.

Az érvek helyett következzenek a tények: a mai magyar egészségügy összes problémája jelentkezik a háziorvosok praxisában:

- Naponta megtapasztalják a működés, a finanszírozás problémáit, a technológiai fejlesztés kényszerét, a telemedicina, és az ehhez szükséges együttműködések kiépítésének nehézségeit, a folyamatosan változó jogi környezet fenyegetését és alkalmazkodási kényszerét, és nem utolsósorban a közvetlen orvos-beteg kapcsolat kiterjedtségét, az életminőség javítását, a társadalmi egyenlőtlenségeket szolgáló morális és kötelező tevékenységek sorát.
- A háziorvosok többsége alkalmas lenne a magánpraxis választására, de érzékelik, hogy a halmozottan hátrányos helyzetű, vagy más okból kiszolgáltatott emberek, ellátása veszélyeztetetté válna, amennyiben a közfinanszírozású egészségügy elérhetetlenné válna számukra.
- A pandémia megerősítette a WHO és az Európai Unió álláspontját, miszerint a tagállamoknak az emberi jogok szerinti alapkötelessége a szolidaritás finanszírozásának a garantálása.

Kiderült, hogy a járványok nem ismernek határokat, velük szemben a védekezés csak kollektív lehet. Ezért az államnak részt kell vállalnia az egészségügyi infrastruktúra megteremtésében, a megfelelő biztosítási rendszer és finanszírozás kidolgozásában, az egészségipar és az ellátás kapcsolatának a szabályozásában.

Később, a praxisok együttműködésével kialakult praxisközösségekben új jelenségként, egyszerre érvényesül a kooperáció (verseny) és a kooperáció (együttműködés), ezáltal egy olyan kompetitív konstrukció jött létre, amelyben a háziorvosok a saját tevékenységük hatékonyságának a maximalizálására törekedhetnek. A kompetitív működés előnyeit – véleményünk szerint – csak az olyan szakmai kihívásokra adott válaszok bizonyíthatják, amelyek magának a praxisoknak a stratégiai és működési struktúráját is megújítják.

A fentiek arra világítanak rá, hogy az alapellátásban dolgozók között lehetnek feszültségek, sérelmek, sőt ellentétek is, valójában ők azok, akik képesek lehetnek az őket nem kellően értékelő rendszerrel szemben olyan kooperációra, amely hasonlatossá válhat a legerősebb sztrájkok vagy krízisek hatásaihoz, másfelől egymással történő kooperációjuk olyan erős

érdekszövetséget teremthet, ami erős alapja lehet az érdekérvényesítésnek, és elvezethet az ágazat egészének a megújulásához. Az ilyen erős végleteket az orvosi hivatás évezredek esküje eddig elképzelhetetlenné tette, és talán nem is az orvosok, hanem az őket hiányolók, a betegek érik majd el, hogy az egészséget, mint az élet egyik legfőbb értékét megbecsülésben szolgálhassák.

A választott kutatási témám melletti kitartásomat a COVID-19 járvány alatt tapasztaltak még inkább megerősítették, ugyanis ekkor mindazok a problémák, amelyek az egészségügyi ágazat teljes átalakításának a szükségességére mutattak rá, mindenki számára érzékelhetővé váltak.

Abból a feltételezésből kiindulva, hogy az alapellátás és a szakellátás közötti kompetencia határok átrendeződésével, amely a háziiorvosi kompetenciák kiszélesítésével járna, a magyar egészségügy szervezetfejlesztését el lehet kezdeni. Így aktuálissá vált, annak felmérése, hogy a háziiorvosi praxisban dolgozók képesek és motiváltak-e a bővülő feladatkör ellátására.

Az orvosi hivatás a térbeli, időbeli, kulturális és társadalmi meghatározottság alapján formálódik, a professzió az ő esetükben küldetés és hivatás. Ez két alapvető tevékenységben nyilvánul meg, ez a gyógyító szerep és a professzionális struktúra, ami lehetővé teszi a közös elemek megtalálását (Kapocsi 2004).

A hivatás fogalmának többféle megközelítése ismert. Eredetileg a szerzetesi hitvallásból (professio) eredeztetett, annak speciálisan világi jellegére utalva, de megtartva az erkölcsi értékrendet. Más értelmezésben a hivatás elkötelezetten, felelősséggel gyakorolt foglalkozást jelent. (Kapocsi 2004)

Az orvosi professzió definiálásának még régebbi az eredete, hiszen ma is a Hippokratész esküt tesznek a diplomát szerzők, amely egy tömör etikai kódexnek is tekinthető. Az orvosi professzió, mint hivatás legelfogadottabb tétele, hogy az élet védelmére, tiszteletére vállalkoznak. Napjainkban az orvosi praxisokban tapasztalható szaktudással és gyógyító készséggel csak az orvosok rendelkeznek, de ma már vannak egyéb szempontok is, így a hivatásuk etikai vonatkozásainak a megtartása és a közszolgálat elfogadása. Ugyanakkor megállapítható, hogy ez szubjektivitáson alapszik.

A hivatás, a küldetés értelmezésénél a belső motiváció, az önmegvalósítás igényének a mértéke nyilvánul meg abban, hogy ki milyen módon képes megvalósítani az elképzeléseit. Szintén egyéni, szubjektív tényező azoknak a kognitív és kreatív adottságoknak a megléte, amellyel az orvostudomány sokrétűségét képesek elsajátítani. A szakértelem megszerzése az eredményességhez ezen a területen kevés, szükséges olyan etikai normák elfogadása, amelyek az élet tiszteletét és védelmét, a beteg méltóságát, a gyógyítás szolgálatát nehéz körülmények

között is elsődleges tulajdonságként építi be a személyiségébe. Ez nem ritkán önfeláldozást is kívánhat, de immár több ezer éve a hippokratészi eskü letételével vállalják a hivatás etikai követelményeinek a betartását.

A másik elvárt hivatást erősítő tulajdonság a közszolgálat. Ez lehet egy közösség, egy szakma vagy akár egy hely iránti elköteleződés. Elvárás, hogy munkájukat lelkiismeretesen kell elvégezniük, cselekedeteikért felelősséget kell vállalniuk és eleget kell tenniük az esküben vállalt kötelezettségeiknek. A hivatást választók előbb felsorolt, szubjektív értékei megteremtik az alapot arra, hogy a társadalomban az orvosi hivatás elfogadottá válhasson és megerősödjön (Paulikné Varga 2022). A közszolgálat mai normarendszerét elsősorban a társadalmi felelősségvállalás fogalmával kapcsolják össze, ami az egyéni felelősséget olyan távlati kontextusba helyezi, ahol a tettek hatását is számításba veszik.

A modern korban a professzió elméletek számát az is növelte, hogy az egyes foglalkozások közül leginkább a sokak életére hatással lévőket nem csupán foglalkozásként, hanem hivatásként élték meg. Ennek ellenére volt idő, amikor az orvostársadalmat, mint zárt csoportot vették alapul, és elindult ellenük az 1970-80-as években egy deprofesszionálódási folyamat (Rueschemeyer, 1972:169). Ezt elsősorban az a bizonyított és hivatalosan is előírt, ajánlott tényeken és protokollokon nyugvó metodikai hullám indította el, amelyben gyakran háttérbe szorultak, akadályozták az egyéni gyógymódválasztás szabadságát. A standartizált betegellátások során egyre több műhiba vált ismertté, amely egyrészt rontotta az orvosokba vetett bizalmat (Bollinger & Hohl, 1981:442), másrészt a 2000-es évek elejére az orvosi pálya morális válsággal, identitásproblémákkal küzdő, helyét és szerepét kereső hivatássá változott (Susánszky és Szántó 2017). A megváltozott viszonyok elsősorban nyilván az egészségügyi intézményekben érződött leginkább, de az alapellátásban is történtek (leginkább előre vivő) változások ebben az időszakban. Egyre gyakoribbá vált, hogy a háziorvosi praxisokban az orvos-beteg kapcsolatba paramedikális szakemberek is beépültek, és teamekben dolgoztak, amelyben a modern eszközök és módszerek, a diplomás szakemberek csoportját irányító szakmai tekintélyt az orvos jelentette. Ez az orvosi hivatás tekintélyének visszarendeződését indította el (Kapocsi 2004).

A társadalomban élő egyének, ennek értelmében a háziorvosok is több státuszt töltenek be. A státuszokhoz tartozó szerepek összességét nevezi a szakirodalom szerepkomplexumnak, a szerephez tartozó viselkedésformát szerep-viselkedésnek. Ez hazánkban mindig különösen erős hatással bírt, hiszen a háziorvos személyében a szaktudás, az értelmiségi életforma, a közösségért vállalt felelősség jelképe is lett.

A személy és szerep közötti konfliktust a több státusz miatti túlvállalás eredményezheti. (Feith 2008) Ez problémát okozhat magának az orvosnak és a körülötte lévő közösségnek is. Ilyenek adódhatnak a szakmai- és a magánélet összeegyeztethetőségében, hiszen a háziorvos a nap 24 órájában elérhető, rendkívüli vagy sürgős ellátás esetén, az eredménnyel kapcsolatos elvárások különbözőek lehetnek a férfi és női doktorok esetében, amelyek negatív környezetben esetleg az orvos számára is okozhat szomatikus tüneteket, másrészt életmódja a közössége számára állandó figyelmet, mércét jelent, ami miatt gyakorlatilag nagyon megnehezedik a privát szférájának a kialakítása. Bármelyik szerepkonfliktus fordul is elő a szervezet szempontjából egyéni teljesítményromlást okozhat.

Az orvosi professzió elsősorban tehát szakmai, etika értékre alapozódik, az orvos személye a társadalmi helyzete szerint ugyanakkor közszereplő, akitől erkölcsi példamutatást is várnak, erkölcsi és kulturális értékei szerint a helyi értelmiség tagjaként tartják számon. A pályaválasztásban az életmód, az anyagi helyzet is közrejátszik, de ez nem a professzió része, inkább következménye.

A szervezeti elköteleződés már kiegészítheti az hivatástudatot, hiszen ha a munkahelyét sajátjának érzi, az nemcsak személyes, hanem kollektív értékeket is érint. A team munka, ami a jelenlegi praxisoknál szükséges, pont ezt kínálja fel a beosztott (rezidens) orvosoknak és a paramedikális alkalmazottaknak. Ilyenkor a team, a praxis célkitűzései, eredményei közösek, amik az együttműködést motiválják. mindezek működéséért az orvosoktól több szolgálatot vár el a társadalom, mint amit honorál.

Az orvostársadalom mindig is nemzetközi kapcsolatokkal rendelkezett, hiszen az egyetemi képzés ezt megadta a később magányosan praktizálók számára is. A globalizálódó 20. században létrejött a Háziorvosok Világszervezete is – WONCA – aminek a honlapján szakmai tájékoztatás, információ áramlás vált elérhetővé.

A munkahelyi környezet és az orvos viszonyának vizsgálatát az egészségügyi szakirodalom a legutóbbi időkig alig vizsgált. Kivételként említhető Vladár Anita 2016-ban megjelent tanulmánya a szakorvosok kiegészítő értékeink vizsgálatával. Az egészségügyi szakdolgozók képzése, elégedettségének a kutatása előbbre jár, épp ezért érdemesnek véltem a szervezeti elköteleződés és a munkahelyi ösztönzés általános irodalmának a megismerését.

A téma kutatói közül az elsők között lehet említeni Becker 1960-ban megjelent munkáját, aki a közgazdaságtan, a szociológia és a pszichológia aspektusainak keresztmetszetében vizsgálta a munkahelyi viszonyokat. Megállapította, hogy a munkahelyi kultúrának inspiráló szerepe alakulhat ki. Véleménye szerint a csoportokból egy időben egyszerre minél több az aktív, annál

erősebb lesz az egyénnek a szervezethez való kötődése. Munkásságát, amelyet széleskörű és hosszú távú kutatásokkal támasztott alá, Nobel díjjal ismerték el.

Fontos kutatási eredményekről számoltak be Porter és munkatársai, akik szerint a munkahely iránti lojalitás elsősorban érzelmi indíttatású, melyet véleményük szerint három tényező befolyásol: „a szervezeti kultúrával való teljes azonosulás (célok és értékek elfogadása), erős hajlandóság a szervezet érdekében végzett munkára, valamint intenzív vágy a szervezeti tagság fenntartására.” (Porter, és mtsai. 1974)

Az elkötelezettség kutatása napjainkban is aktuális, és szerteágazó, interdiszciplináris formában folytatódik. A menedzsment tudományon belül a tudásmenedzsment, az ösztönzés és motiváció és a szervezeti kultúra kutatásaiban, de megtalálható a munkapszichológiai tematikákban is.

A legtöbbek által idézett komplex módszertannal jelentkező kutatás Meyer & Allen nevéhez kapcsolódik (1991), akik egy három komponensre alapozott kutatáshoz készítettek kérdőívet, **Organizational Commitment Questionnaire , OCQ, Szervezeti Elkötelezettség Kérdőív** néven. Az általuk a szervezeti elköteleződést jól illusztráló három pillér a következő:

1. Érzelmi elkötelezettség – a szervezethez való tartozás erős vágya,
15. Folytonossági elkötelezettség – anyagi meggondolásból vagy más érdekből pl. nyugdíj, marad a munkahelyén a munkavállaló
16. Normatív elkötelezettség – a maradást valamilyen kényszer (anyagi juttatások miatt, vagy családi, szociális helyzet) miatt nem tudja változtatni. Esetleg más tapasztalatok miatt érzi úgy, hogy maradnia kell.

Az interdiszciplináris kutatás magyar képviselői közül tanulságos munkássága, aki egy másik közszolgálatot vállaló társadalmi réteg, a pedagógusok munkahelyi elköteleződésének kutatása során rendszerezte a releváns elméleteket.

Kutató(k)	Az elkötelezettség dimenzióinak száma és értelmezése		Az elkötelezettség faktoraikat befolyásoló tényezők	Az elmélet legfontosabb eredménye
Becker	1	Az elkötelezettséget a veszítenivalók mértéke határozza meg.	kulturális elvárások, személyes kapcsolatok, társas viszonyulás, bürokratikus megállapodások	Minél több befolyásoló tényező aktív egyszerre, az elkötelezettség annál erősebb.
Porter & Mowday	1	Az elkötelezettség érzelmi indíttatású.	azonosulás a szervezeti kultúrával, erős hajlandóság a szervezet céljainak megvalósítására, erős vágy a szervezeti tagság fenntartására	Az elvándorlásra erősebb hatást gyakorol az elkötelezettség az elégedettségénél (intenzívebb érzelmeket feltételez).
Scholl	1	Az elkötelezettség képes a viselkedést megváltoztatni a motivációtól függetlenül.	veszítenivalók, reciprocitás, alternatívák hiánya, azonosulás	Elkötelezett magatartás akkor is jelentkezhet, ha az elvárás- vagy méltányosságelméleti szempontok nem teljesülnek.
Perry & Angle	2	Az elkötelezettséget az értékelkötelezettség és a maradási elkötelezettség aránya adja meg.	szervezet céljainak elfogadása, a szervezeti tagság fenntartására való törekvés	Nincs egyértelmű összefüggés a munkavállalók elkötelezettsége és az eredményesség között.
Meyer & Allen	3	Az elkötelezett attitűdöt az affektív-, a folytonos-, és a normatív elkötelezettség adja.	érzelmi kötődés a szervezethez, a szervezet elhagyásával járó észlelt költségek, kötelességérzet a szervezetben való munkavégzésre	Az érzelmi elkötelezettség és a szervezetben való maradási szándék között erős negatív kapcsolat van; a folytonos elkötelezettség és a fluktuáció között nincs összefüggés.

16. ábra A szervezeti elköteleződés főbb elméleteinek bemutatása

Forrás: (Krajcsák 2014, 14)

A klasszikus menedzsment kutatók közül ide kívánczna még néhány kutató, például Vroom, aki elméletében az egyén magatartás stratégiája három tényezőn alapszik. Egyrészt az erőfeszítés az eredmény érdekében történik, másrészt a teljesítmény eléri-e a kívánt eredményt, valamint az elért eredmény mennyire értékes a munkavállaló számára (Vroom 1964).

Továbbá a máig sokak által idézett Herzberg kéttényezős modellje (Herzberg 1987) a külső és belső motivátorok és a higiéniás tényezők jelentőségéről. A belső motivátorokhoz sorolandók azok a tényezők, amelyek a meggyőződésünket befolyásolják, amelyek a munkában rejlő örömet alakítják bennünk, és ezzel együtt a tudásunk növekedésével a munkánk iránti felelősségvállalásunk is nő. A külső motivátorok (pl. fizetés, jó munkakörülmények) a lojalitást hosszabb távon nem erősítik, de hiányuk elégedetlenséghez vezetnek.

A közszolgálatban dolgozók körében új szemléletű kutatás indult az ezredfordulón, amit az „olcsó állam” megteremthetőségének a terve, a New Public Management (Új Közzszolgálati Menedzsment)irányzatával, a racionalizálás lehetőségének a vizsgálata inspirált. A Public Service Motivation (PSM- Közzszolgálati Motiváció) koncepció magyar követői, Horváth Zsuzsanna és Hollósy-Vadász Gábor hazai körülmények között is tesztelték a modellt (2019). Sajátságos, hogy ennek az irányzatnak nincs egységes, leírt definíciója, viszont van egy nemzetközileg elfogadott célkitűzése, miszerint a közszolgálatban dolgozók számára meg kell találni azt a motivációs tényezőt vagy tényezőket, amelyek arra ösztönzik a dolgozókat, hogy magasabb szinten teljesítsenek. Ezzel viszont visszajutottunk oda, hogy elsősorban a már ismert eredmények és kutatások módszertanának egyéni felhasználására van szükség ahhoz, hogy esetünkben az orvosok számára fontos motivátorokat megismerjük, és az ösztönzésükhöz ezek megteremtését szorgalmazzuk.

A magyar egészségügy közszolgálati jellegének feltárása és változtatási koncepciójának kidolgozása érdekében napjainkban a hivatás általános jellemzőin túl, más tényezők hatását is számításba kell venni. Változóban és veszélyben van például a háziorvosok jogbiztonsága (megtarthatják-e a praxisaikat?), a felszereltség növelésére és az infrastruktúra fejlesztésére kapnak-e és kitől támogatást (önkormányzat vagy a kórház lesz-e a partnerük, vagy egyenesen az OKFŐ-höz tartoznak?), mi lesz a tartósan üres praxisok betegeinek az elosztásával, hogyan oldják meg az idősödő orvosi állomány támogatását, stb ?

Mindezek felismerése arra inspirált, hogy a nemzetközi és a hazai szakirodalomból ismert kérdőívek felhasználása mellett a saját szempontjaimat is beépítsem a kutatásom alapjául szolgáló kérdőívbe.

4.A saját kutatás ismertetése

A kutatásaimmal egyidőben a magyar egészségügy egy nagyon kritikus időszakot élt át. A vizsgálataim és a szakirodalmi ismereteim alapján már kirajzolódott számomra annak a problémahalmaznak a sokfélesége, amely alapján világossá vált, hogy változásokra lenne szükség. A korábbi koncepciók és jogszabályok azonban nem egy átfogó stratégiai elképzelésre utaltak, hanem az épp aktuális feladatok megoldására irányultak. Elmondható ez a mégoly centralizált kérdések esetében is, mint a finanszírozás, a béremelések, a létszámproblémák, sőt a járványkezelés módjára is. Ez egyrészt nehezítette a kutatási célkitűzésem konkretizálását, másrészt arra ösztönzött, hogy a feltárt problémákat rangsorolva, egy stratégiai célkitűzés

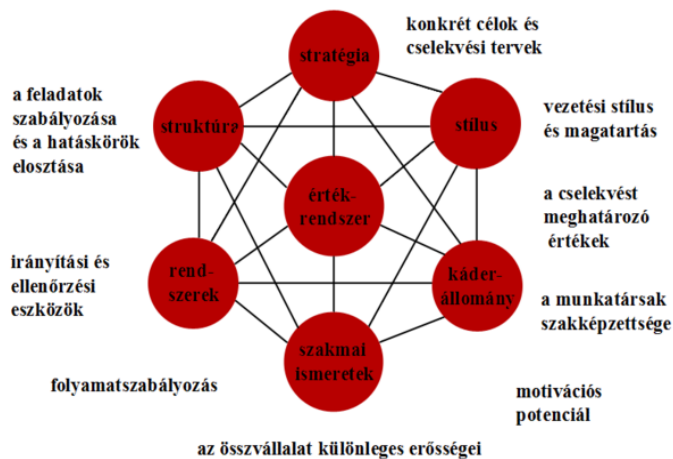
esélyeinek a leírásával, az adatok elemzésével a legoptimálisabbnak vélt változtatásra, a szervezetfejlesztés elindítására tegyek javaslatot. A szervezetfejlesztés klasszikusának, Beckhardnak a szervezetfejlesztésről ismert meghatározásából indultam ki, amely szerint a szervezetfejlesztés a szervezet felső vezetése irányából, magatartástudományi módszerek használatával induló, a szervezet egészére kiterjedő tervszerű kezdeményezés, amely a szervezet folyamataira való beavatkozással a szervezet életképességének és hatékonyságának növelésére irányul.

A szervezet működésének hatékonyabbá tétele érdekében a dolgozók gondolkodásmódjának, értékeinek, beállítottságainak megváltoztatásával meg kell változtatni a szervezet tagjainak egymás közötti viszonyát, viselkedésmódját (Beckhard R. 1974).

A változásnak két alapformája vált ismertté:

- Az elsőfokú vagy morfosztatikus változás egy adott rendszer keretein belül zajlik le, miközben maga a rendszer változatlan marad. (Burnes 2014) vélekedése szerint a gyors változások jellemzően a szervezeti struktúrára és a szervezeten belül végbemenő folyamatokra fejtik ki hatásukat. A lassú változással a szervezeti magatartást és a kultúrát tudjuk megváltoztatni. A szakirodalom ezt a folyamatot Organizational Transformation (OT) fogalomként definiálta (Csedő és Zavarkó 2019).
- A másodfokú vagy morfogenetikus változás magának a rendszernek a megváltozása. A különbség az, hogy magának a rendszernek a felépítése (morfológiája) megváltozik-e, vagy sem, függetlenül attól, hogy a változás a rendszer mekkora hányadára terjed ki. A gyakorlatban ez szervezet fejlesztésként, Organizational Development (OD) ismert, ami szinte elképzelhetetlen stratégiai egyeztetések, komplex hatásvizsgálatok nélkül.

Megfelelő vezetés esetén még ez is megmaradhat a változásmenedzsment szintjén, a gyakorlatban azonban könnyen válik a válságkezelés módszerévé. A változásmenedzsment során a kapcsolódási pontokat és azok kölcsönhatásait jól ábrázolja a McKinsey 7S modelljeként ismert ábra:



17. ábra McKinsey 7S modellje és értelmezése

(Forrás:

https://mersz.hu/mod/object.php?objazonosito=dj248szkeim_5_i1&usrid=1103672&wlid=93224890)

Puha elemek (szubjektív tényezők)

- Staff = Személyzet
- Styles=Stílus
- Skill = Képességek
- Shared Values = Közös értékek

Kemény elemek (Gyorsabban változtathatók)

- Structure = struktúra
- strategy = stratégia
- Systems = rendszerek

Saját szerkesztés: (Heidrich 2001) munkája alapján

Az itt vázoltak alapján a magyar egészségügyről, a 7S modell minden pontján problémák sorát fedeztük fel. Ezek közül, ha csak a humánerőt (staff) és a struktúrát állítom az elemzés középpontjába, akkor is sorolható például, hogy az orvostársadalmon belül szakadás történt az alap- és a fekvőbeteg ellátásban dolgozók között, amely érinti a jogviszonyukat, a szervezeti és kereseti lehetőségeiket. Máig megmaradtak feudális viszonyok az orvosi hierarchiában, és jelentős különbségek vannak az egészségügyi szakemberekkel való viszonyuk területén is. Tulajdonképp nem ismert az a stratégia, ami az ágazat fejlesztését komplexen bemutatná, és nincs sem a fiatalok, sem az idősebb orvosok számára jövőképe. Az elvándorlás és a nyugdíjazás (halálozás) esélyegyenlőtlenségek sorozatát indukálják mind a gyógyítás, mind a társadalom, mind a gazdaság más területein. Ebből kiindulva azt tekintetem elsődlegesnek, hogy az alapellátásban minél hatékonyabban lehessen a regionális hátrányokat csökkenteni és az egészséghez való jog alapjainak elérhetőségét megteremteni. Ezért visszatértem a MOK reformkoncepciójának a vizsgálatához, amelynek lényege, hogy az alap- és szakellátás kombinálásával, a csoportpraxis keretein belül lehetőséget adnának arra, hogy mindenki

számára elérhetővé válhasson az ellátás, miközben ösztönzően hat az orvosok szakmai felkészültségére, növeli szakmai és társadalmi presztízszüket. A saját adatbázisom kialakításához az adatokat a háziorvosok körében tervezett felméréssel, egy olyan kérdőívvel kívántam gyűjteni, amelyhez a nemzetközi és hazai szakirodalom már akkreditált kérdőíveiből adaptáltam szempontokat, blokkokat, de a saját tematikámhoz illeszkedő kérdésekre is választ szerettem volna kapni. A tanulmányozott és részben felhasznált kérdőívek közül elsőként említem a Mc Clelland motivációs elméletén alapulót, amely a tanult szükségletekre helyezte a hangsúlyt, így a hatalom, a teljesítmény és a kapcsolatok iránti szükségletek vizsgálatára. Ezek a szükségletek ugyan más mintázattal, de megtalálhatóak minden emberben és mindhárom fejleszthető (Csukonyi, 2002).

A munkaelégedettségre többféle nemzetközi és hazai kérdőív ismert, ezek közül megvizsgáltam a Minnesotai Egyetem által kialakított Munkahelyi elégedettség kérdőívet (MSQ), és a magyar szakirodalomban történt munkavállalói elégedettség méréshez használt rövidített változatát (2002), amelyben például az autonómia, a képességek használata szerepelt. 2017-ben készült egy felmérés az egészségügyi dolgozók elégedettségéről, amelyből kiemeltem a háziorvosok ügyeleti rendszerére, valamint betegség, tartós szabadság alatti helyettesítés megszervezésére vonatkozó, a munkára való alkalmassággal, a munka szeretetével és a kollegiális segítségnyújtással kapcsolatos kérdéseket és válaszokat (Gebriné Éles, Takács, Kósa, Heinrichné Kőszegi, & Lampek, 2017). R. Fedor Anita egy 2018-as felméréshez használt kérdőívében a nyíregyházi felsőfokú végzettségűeket arról kérdezte, mennyire tartják lelkileg megterhelőnek, stresszesnek a munkahelyüket (R. Fedor, 2018). Kapcsolódó, sőt ennél részletesebb Vladár Anita 2016-ban használt kérdőíve, amely kifejezetten egy szakorvosi csoport (traumatológusok) kiegészi tüneteit vizsgálta (Vladár, 2016).

Érdekes volt számomra, hogy a kiegész veszélye kevésbé volt jellemző a háziorvosok között, de valós veszélyre való felhívásnak tartom azt a megállapítást, hogy orvosnak lenni nemcsak mentálisan megterhelő, hanem érzelmileg és fizikailag is: a kiegész szindróma pedig mind a három területen erősebb terheléseket eredményezhet (Kopp & Berghammer, 2005)

A saját kutatásom kérdéseit és hipotézisét ennek a két pólusnak a vizsgálatára építettem fel, amelyet a háziorvosok kérdőíves felmérésének alapján kívántam megválaszolni.

4.1. A kutatási folyamat leírása

Az értekezés címe

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÁGAZAT SZERVEZETFEJLESZTÉSÉNEK ALTERNATÍVÁI

H1. Feltételezem, a magyar egészségügy szervezetfejlesztését az alap- és szakellátás kombinálásával, a csoportpraxis keretei között egy új működési szabályozással lehet elkezdni,	H.2. Feltételezem, hogy a szervezeti átalakításra a magyar egészségügy emberi erőforrás felkészültsége/kapacitása alkalmas, amit az érintettek befogadó készségének, felkészültségének, működési körülményeinek a vizsgálatával kívánok bizonyítani.
<i>Kutatási kérdések</i>	
1. Milyen stratégia alapján történhet egy eredményes fejlesztés?	1. Felkészültek-e a magyar háziorvosok a működésük reformjára?
2. Van-e ilyen közmegegyezésen alapuló stratégiája a magyar egészségügyi ágazatnak?	2. Mit tartanak orvosi hivatásuk lényeges morális és szakmai feladatának?
3. Kinek a felelőssége, ki készítse és vezesse ezt a változtatást?	3. Van-e és milyen módon jelenik meg a kiégés a háziorvosok között?
4. Milyen szervezetfejlesztési modellt javasolna?	4. Milyen humánerőforrás fejlesztést lát reálisnak?

A HÁZIORVOSI ÉLETPÁLYA VIZSGÁLATA KÉRDŐÍV

A hipotéziseim igazolásához alkalmazott kérdőíves felmérés szerkezeti elemei

<i>Elsősorban az 1. hipotézis igazolásához</i>	<i>Elsősorban az 2. hipotézis igazolásához</i>
2. A háziorvosi munkájával kapcsolatos kérdések 3. házi/körzeti orvos, a körzet típusa 4. A háziorvosi szolgálat reformjának alternatívái	6. Felmérés a pandémia alatti munkaterhelésről 7. Szervezeti és szakmai elkötelezettség 8. Munkahelyi elégedettség (MSQ) és szakmai motiváltság
<i>Mindkét hipotézishez adatokkal szolgál</i>	
1. Szocio-demográfiai kérdések 5. Véleménye szerint, melyek az egészségügyi ellátás alapproblémái	

4.2 Anyag és módszer

Több neves kutató vélekedése megegyezett abban, hogy az emberek attitűdjének vizsgálatára a leginkább a kérdőíves felmérés alkalmas (Babbie és Boncz és Buda,1996), Gazdálkodás és Szervezéstudományi Doktori Iskola), ezért én ezen módszer mellett döntöttem. Az összeállításakor a vizsgálat célcsoportját reprezentáló háziorvosokkal, praxisközösségi koordinátorokkal félig strukturált interjúkkal igyekeztem felmérni, pontosítani, hogy a megkérdezettek attitűdjének vizsgálatára alkalmas-e a kérdőív összetétele.

Az kutatáshoz használt online kérdőív saját fejlesztésünk eredménye, annak ellenére, hogy több akkreditált kérdőívet és kutatási mintát alapul vettünk. Több részből állt és a praxisközösséghez való csatlakozás függvényében egy helyen elágazást tartalmazott. Az online kérdőívezés velejárója, hogy vannak benne kötelezően kitöltendő kérdések, amelyet valamennyi válaszadó esetében megkérdeztünk (1 melléklet).

A háziorvosi tevékenység vállalkozási jellegéből adódóan a vállalkozásoknak különböző államigazgatási szervek (NEAK, KSH, NAV) felé adatszolgáltatási kötelezettséggel rendelkeznek. A kutatásom alapötlete a KSH Jelentés a háziorvosok és házi gyermekorvosok éves tevékenységéről adatszolgáltatási jelentésen alapult, amelyet oktatási tevékenységem során éves rendszerességgel ismertettem a hallgatók számára. Ebben a jelentésben többek között a székhelyre, a rendelő helyére, a működési formára, az alkalmazottak számára, a helyettesítésre vonatkozó információk szerepelnek, így tökéletes alapot jelentve a statisztikai jellegű feldolgozáshoz. Ezt követően előzetes kutatásokat folytattam, hogy mely adatok minősülnek publikus adatként a háziorvosok és egészségügyi szolgáltatók esetében. Ehhez felhasználtam a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel (NEAK) szerződött háziorvosi címlista adatbázisát, valamint az ÁEEK (jelenleg Országos Kórházi Főigazgatóság Emberi Erőforrás Fejlesztési Igazgatóság) Alap működési keresőjét. Ezek az információk sokat segítettek a kérdőív összeállításában.

Készítettem néhány esetben pilotkutatást, például annak becslésére, hogy a háziorvosok a kötelezőn túl rendelkeznek-e szakvizsgával, a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei orvosok adatait gyűjtöttem össze.

3. táblázat A Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében dolgozó, szakvizsgával rendelkező orvosok száma körzettípus szerint

Körzet típusa	Szakvizsgák száma/fő					
	1	2	3	4	9	Végösszeg
Vegyes	49	36	8		1	94
Felnőtt	31	37	12	3		83
Gyermek	19	13	4			36
Végösszeg	99	86	24	3	1	213

(Forrás: saját szerkesztés)

A szekunder kutatást bemutató 3. táblázatban látható, hogy a vidéki vármegye orvosai között 13,15%-ban voltak olyan házi orvosok, akik 3-nál több szakvizsgával rendelkeztek, a 46,5% egy szakvizsgával rendelkező házi orvos mellett.

A NEAK adatbázisában megyénkénti bontásban a szervezeti egység kódja, a NEAK kódja, a szervezeti egység típusa, ellátási formája mellett a házi orvos neve, a házi orvosi szolgálatok neve, székhelyének címe, telefonszáma szerepel. Ezen információkat sajnos nem tudtam felhasználni, mivel a papíralapú adatgyűjtésre abban a környezetben, a bevezetett veszélyhelyzeti szabályok mellett nem volt lehetőség. Ezen körülmények figyelembevételével az egyedüli lehetőséget az elektronikus kapcsolatfelvétel (e-mail) jelentette. Azonban e-mail cím nem állt rendelkezésre.

A kérdőív első modulja szocio-demográfiai kérdéseket tartalmaz, amelyben a célcsoport meghatározása okán nem szerepelt a legmagasabb befejezett iskolai végzettség. A kérdőív második modulja a fejezet elején ismertetett indokaim alapján a házi orvosok munkájával, vállalkozási formájával, szakorvosi képesítésével foglalkozik. A következő modul a házi orvosi szolgálatokat érintő reform lehetőségeit és a válaszadók reformmal kapcsolatos viszonyát, véleményét, elképzeléseit kérdezte meg. Itt nyílt lehetőség a praxisközösséghez való viszony megadására, a jelenlegi praxisközösség összetételével és a csoportpraxis kialakítására vonatkozó vélemény megfogalmazására. A negyedik modul az egészségügyi alapellátás jelenlegi problémáira kérdezett rá. Itt nyílt lehetőség munkakörülményekkel való elégedettség és a házi orvosi szolgálat működtetésével kapcsolatos problémák megadására. Az ötödik modulban a pandémia alatti munkaterhelési (rendelési idő, telemedicina alkalmazása) kérdéseket foglaltuk meg. A hatodik modulban a szervezeti és szakmai elkötelezettséggel, míg az utolsó modulban a munkahelyi elégedettséggel és a szakmai motiváltság megismerése volt a cél.

A vizsgálat 2022. márciusa és decembere között zajlott a Magyarország területén dolgozó házi orvosok mintáján.

A kérdésekben szereplő állításokkal való azonosulást mérlegelheték a válaszadók. A kérdőív főként zárt kérdéseket tartalmazott, amelyek néhány esetben tették lehetővé a megadott válaszlehetőségektől való eltérést (egyéb válaszadási lehetőség). Az attitűdök mérését a (Göb, McCollin és Ramalhoto 2007) és (Jamieson 2004) által javasolt öt- és hétfokozatú Likert-skála jellegű kérdésekkel valósítottam meg, ezeken tudták a válaszadók kifejezni véleményüket.

Az egyes módszerek felhasználási területeit az eredmények ismertetésénél jelöltem meg. Többnyire 2-5 válaszlehetőség közül jelölhették meg a megkérdezettek a számukra megfelelő választ. Az ilyen diszkrét válaszok esetében megoszlási arányokat (esetszám, százalékos arány) kerültek kiszámításra. A változók közötti kapcsolat vizsgálata Pearson- féle khi négyzet teszttel (függetlenség vizsgálattal) és Fisher-féle egzakt tesztekkel történt. A számítások pontosítása érdekében az SPSS programcsomagba épített Monte-Carlo elemzési módszer is alkalmazásra került, amely az kisebb elemszámú esetekben ad megfelelő pontosságú eredményt. A nagyobb táblázatoknál az SPSS programcsomag nem volt képes beállított időkorláton belül elvégezni a számításokat, ezekben az esetekben ajánlott a Monte-Carlo módszer használatát. A módszer alapelve a referenciatáblázatok ismételt mintavételén nyugszik, lehetővé téve a pontos szignifikancia becslését anélkül, hogy asszimptotikus (Pearson-féle számítások) módszeréhez szükséges feltevésekre hagyatkozna (Kehl 2012). A klaszterelemzést is az SPSS programcsomagban végeztem, amelynek kezdetén standardizáltam a változókat.

4.3. A kutatás nehézségei

A vizsgálat egyik legfőbb korlátját maga a COVID-19 pandémia 2020. márciusi kitörése okozta, mivel a személyes kapcsolattartás kezdetben ellehetetlenítetté, később nehezítetté vált. Problémát jelentett a házi orvosok elérhetősége, hiszen a NEAK házi orvosi címlistájában nagyon sok információ elérhető a házi orvosi rendelőkkel kapcsolatban, így a rendelő címe, telefonszáma, e-mail címe, de az online eléréshez szükséges e-mail címnek csupán az oszlopa látható, egyetlen érték sem szerepel a listában. Az elérhetőség hiányában csak közvetve tudtuk elérni a házi orvosokat, így annak ellenére, hogy a vizsgált minta alapsokasága ismert volt, de az elérhetőség korlátozott, ezért más módszert kellett találni a kérdőív eljuttatására, noha a közvetlen eléréssel nagyobb válaszadói hajlandóságot lehetett volna elérni. Az e-mail cím elrejtése a pandémia időszakában azért is érdekes és furcsa a NEAK részéről, mert a házi orvosok a gyógyszerfelírás és a beutalók kiírása végett korlátozás nélkül terjesztették ezen információt a papíralapú és internetes médián keresztül. Még inkább furcsa annak ismeretében,

hogy a NEAK a háziorvosok adatszolgáltatásait, jelentéseit csak az e-Jelentés rendszeren keresztül fogadja el, amely teljesítéséről e-mailles visszaigazolást küld.

Az online kérdőív elkészültét követően e-mailben megkerestem az országos és megyei háziorvosi és házi gyermekorvosi kollegiális szakmai vezetőket, Dr. Havasi Katalint, a Házi Gyermekorvosok Egyesületének elnökét, hogy a kérdőív tanulmányozása és elfogadása esetén továbbítsák megkeresésemet a hozzájuk tartozó háziorvosok felé. Ezen kívül három vármegyei (Borsod-Abaúj-Zemplén vármegye, Hajdú-Bihar vármegye, Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye) Nemzeti Népegészségügyi Központ (jelenleg NNGYK) népegészségügyi főosztály vezetőit kértem meg a háziorvosok által megadott e-mail címek átadására, amelyre egyesével küldtem ki az önkitöltős kérdőívemet.

Az online megkeresésen túl 2022-ben már lehetőségem adódott ankét típusú adatgyűjtésre a Családorvos Kutatók Országos Szervezetének XX. kongresszusán.

A megjelölt időszakban – 2022. márciusa és 2022. decembere között – valószínűsíthetően minden vármegyében elérhetővé vált a háziorvosok számára a kérdőív, de vizsgálatunk nem tekinthető országosan reprezentatívnak, mivel megállapítható, hogy több megyéből nem érkezett válasz. Ugyanakkor néhány megyében, így Borsod-Abaúj-Zemplén (19,4%), Hajdú-Bihar (16,1%) és Szabolcs-Szatmár-Bereg (19%) vármegye válaszadóinak köszönhetően mégis magas arányban vettek részt kutatásban.

A felmérés alapsokaságát a NEAK 2022. márciusban nyilvántartott praxisai (6470 db) jelentették (4. táblázat). Az alapsokaságot korrigálni kellett a betöltetlen praxisokban nem dolgozó háziorvosok (667 körzet) számával, így a forráspopulációt a betöltött háziorvosi praxisokban dolgozó háziorvosi körzetek száma (5803) képezték. A NEAK közel ugyanannyi gyermek és vegyes praxissal kötött finanszírozási szerződés, míg a felnőtt körzet száma 2,32-szerese az előző kettőnek.

4. táblázat Háziorvosi praxisok és a betöltetlen praxisok száma körzettípus és területi ellátási kötelezettség (TEK) vállalása szerint

Körzet-típus	Háziorvosi praxisok száma	Összes praxis megoszlása		Betöltetlen praxisok megoszlása		Betöltetlenségi arányszám
		TEK	TEK nélkül	TEK	TEK nélkül	
Felnőtt	3482	3369	113	314		9,02%
Gyermek	1495	1488	7	193	1	12,98%
Vegyes	1493	1488	5	159		10,65%
Összesen	6470	6345	125	666	1	ÁTLAG: 10,86%

Forrás: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő címlista, 2022. 03. hó, saját szerkesztés

A finanszírozási szerződések tükrében a kormányzat és a lakosság számára is fontos mutató a betöltetlenségi arányszám, ami a 2022. márciusi adatok alapján 10,31%-os. Amennyiben ezt a számadatot körzettípus szerinti vizsgáljuk, akkor érzékelhető, hogy nagyobb gond a gyermek (12,98%) és vegyes körzettípus (10,65%) vállalásával kapcsolatban alakult ki. A gyermek körzet esetében ennek lehetséges oka a csecsemő- és gyermekgyógyászat szakvizsga megszerzése, amellyel inkább kórházban kezdenek el dolgozni a szakorvosok. A másik szempont a területi ellátás kötelezettség vállalása. A NEAK csupán a körzetek 1,93 %-ra adott ki területi kötelezettség vállalása nélküli engedélyt, s ebből csupán 1 praxis volt betöltetlen. A területi ellátási kötelezettség nélküli finanszírozási szerződés abban az esetben jön létre, ha az orvos nem szeretné ellátni a praxis pácienseinek egészségfejlesztésével, egészségmegőrzésével kapcsolatos feladatokat.

Az adatgyűjtés eredményeként 230, míg a Családorvos Kutatók Országos Szervezetének (CSAKOSZ) konferenciáján 23 kérdőívet kaptam vissza a fővárosból és a vármegyékből. A válaszadást 253 háziorvos vállalta el, akik között vannak praxisközösségi vezetők, tagok, illetve olyan háziorvosok is, akik nem kívántak praxisközösségi taggá válni. A válaszadók közül bizonyos vizsgálatok elvégzése során nem vettem figyelembe azon személyek (3 fő) válaszait, akik a kérdőív lényegi tartalma szempontjából hiányosan töltötték ki a kérdőívet.

A kutatás feldolgozása szempontjából létrehozott magyarázó változók bemutatása:

- A válaszadók a születési évszámukat adták meg, amely alapján korcsoportos besorolást határoztunk meg. A korcsoportokat más kutatásban már alkalmazott megközelítés alapján határoztuk meg. Az adatbázisban 39 év alatti, 40-49, 50-59, 60-69 és 70 év felettiekre bontottuk az elemzéseket. A vizsgálatban két fő nem adta meg a születési évét, így ők kizárásra kerültek a kort érintő feldolgozás során.
- A nemek tekintetében férfiakat és nőket vizsgáltunk.
- Iskolai végzettséget nem kérdeztünk, hiszen az orvosi munkakör kizárólag egyetemi diplomával tölthető be.
- Kutatásunkban a családi állapot válaszai alapján elkülönítettük a házasságban vagy kapcsolatban élő (házas/ kapcsolatban él, valamint a partner nélkül élő (egyedül él/ elvált/különélő/özvegy) válaszadókat.
- A háziorvosi körzeteknél felnőtt, gyermek és vegyes körzeteket különböztettünk meg.
- Az orvosi életpálya vizsgálata szempontjából elkülönítettük azokat, akik mindig a jelenlegi háziorvosi praxisban dolgoztak azoktól, akik korábban más háziorvosi praxisban dolgoztak, valamint más egészségügyi ellátó intézményben tevékenykedtek.

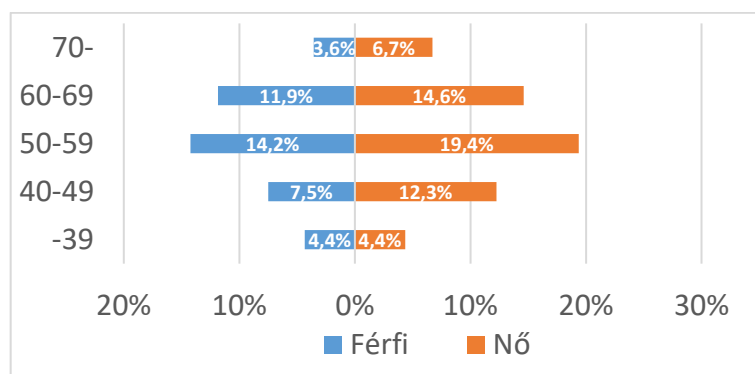
- A háziiorvosi szolgálat feladatellátásának településmegjelölése lehetőséget adott kétfajta csoportosításra. Egyrészt Budapestet, régiókat és vármegyéket különíthettünk el. Másrészt a településtípus esetében városi (főváros, megyeszékhely, város) és vidéki (község) megkülönböztetést választottunk.
- A háziiorvosi szolgálatok feladatellátása szempontjából elkülönítettük az Észak-Alföld, Észak-Magyarország, Dél-Alföld, Dél-Dunántúl, Közép-Dunántúl, Nyugat-Dunántúl, Pest és Budapest régiókat, illetve a kategorizálás szempontjából a nem ismert kategóriát.
- A háziiorvosi szolgálathoz bejelentkezett páciensek létszáma alapján gyerekkörzetnél a kis (600 fő alatti), közepes (600-1199) és nagy körzeteket csoportosítottuk (1200 felett). Felnőtt és vegyes körzet esetében a kis (1200 alatti), közepes (1000-2499) és nagy körzeteket vettük alapul.
- A háziiorvosi feladat ellátásának formái:
- Érvényes minden szakvizsgája, igen, nem, de nem is akarja meghosszabbítani.
- Csoportosítottuk a tartós helyettesítés hosszától végzőket a helyettesítés hosszától függetlenül, így a tartós helyettesítést végzők (1 éven belül/1-5 év között/5 éven túl) csoportjába és a tartós helyettesítést nem végzők csoportjába kerülhetett a válaszadó.
- A praxisközösséghez való viszonyt úgy csoportosítottam, hogy praxisközösségi tagként azokat jelöltem, akik az alábbi kategória valamelyikét választották:

(Praxisközösségi konzorciumvezető vagyok/Szoros-praxisközösségi konzorcium tagja vagyok/Szoros-egyesült praxisközösség tagja vagyok/Szoros-integrált praxisközösség tagja vagyok/Laza kollegiális praxisközösség tagja vagyok) jelölték be, míg nem tag (Dolgoztam már praxisközösségben, de jelenleg most nem vagyok tag/ Nem vagyok praxisközösség tagja, de tervezem a csatlakozást/ Nem vagyok tagja és nem is tervezem praxisközösségbe való csatlakozást).
- Csoportosítottuk a praxisközösségi vezetés elvállalását. A praxisközösségi konzorciumvezető a vezető tisztséget viselő, a többiek a praxisközösség szempontjából nem vezető háziiorvosok.

4.4 Vizsgálati eredmények

4.4.1. A szociodemográfiai adatok ismertetése:

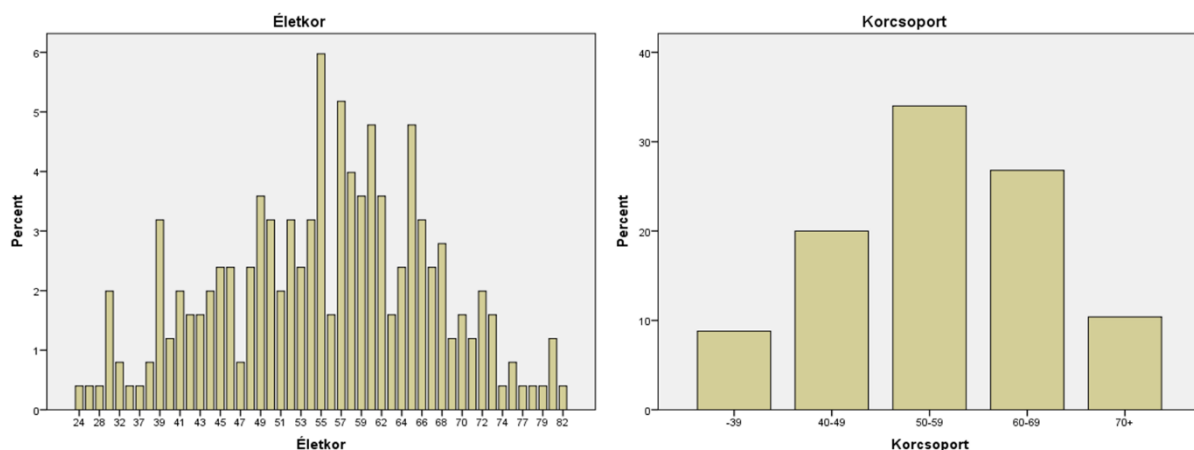
Az online adatgyűjtés eredményeként 230 kérdőív került kitöltésre, míg a Családorvos Kutatók Országos Szervezetének (CSAKOSZ) 2022. év májusi konferenciáján 23 kérdőívet kaptam vissza, így a kérdőívet 253 háziorvos töltötte ki, melyből 107 fő (42,3%) férfi és 146 fő (57,7%) nő volt. Először egy 5 kategóriába osztott korcsoportbesorolást választottunk (18. ábra), de az adatok pontosabb megjelenítése okán áttértünk egy 3 kategóriás változatra. A kutatásban 34 (13,5%) fő a 40 év alatti, 136 (54,2%) személy a 40-59 év közötti korcsoportból és 81 (32,3%) fő a 60 év feletti korcsoportból származott. A legfiatalabb válaszadó 24 éves, a legidősebb 82 éves volt a válaszadás napján. Az átlagéletkor 55,6 év (szórás 11,34 év) volt, ami hasonló Papp Magor disszertációjában és más tanulmányokban olvasható értékekkel. A válaszadók 8,8%-a 40 év alatti, míg 36,8%-a 60 év feletti válaszadó. A kutatási témával kapcsolatos előzetes várakozásunk alapján legaktívabbnak és motiválhatónak tekinthető 40-59 év közötti korosztály 53,4%-kal jelenik meg a mintában.



18. ábra A válaszadók kor és nem szerinti megoszlása

Forrás: saját szerkesztés

A 18. ábra szerint a válaszadók az orvosok országos korfájához hasonló, sőt negatívabb, hiszen az ötven év alattiak mindössze 28,6%-ot, míg az e fölötti korosztály 71,4%. Ami egyelőre bizakodásra ad okot, és megalapozott, hiszen a háziorvosok véleményén alapuló változtatások esetén eredményre vezethet, hogy az orvosok harmadát az 50-59 év közöttiek adják, akik még licensz, meglévő és új szakvizsga birtokában átveszik a terhelés egy részét a járóbeteg szakellátásról.



19. ábra a VÁLASZADÓK ÉLETKOR ÉS KORCSOPORT SZERINTI MEGOSZLÁSA

forrás: saját szerkesztés

A válaszadók családi állapotának (**Hiba! A hivatkozási forrás nem található.**) megoszlása tradicionálisnak mondható. A felmérésben résztvevők közül 206 fő (81,4%) házasságban vagy kapcsolatban, míg 47 személy (18,6%) partneri kapcsolat nélkül él. A válaszadók családi állapotának (5. táblázat) megoszlása tradicionálisnak mondható.

5. táblázat A válaszadók családi állapota

	Adatszám	%
Egyedül él	15	5,9
Házass	174	68,8
Kapcsolatban él	32	12,6
Elvált/külön élő	19	7,5
Özvegy	13	5,1

Forrás: Saját szerkesztés

Úgy vélekedtünk, hogy a házi orvos családi állapota független az életkorától, a választott körzettypustól vagy a nemétől. A vizsgálatok során a Monte-Carlo módszer és a Fisher féle egzakt teszttel ellenőrizve igazolást nyert, hogy a családi állapot és az életkor között szignifikáns kapcsolat áll fenn (χ^2 (df = 4, N = 251) = 11,122, p = 0,025). A 60 év alatti kitöltők jellemzően házasságban, partneri kapcsolatban élnek, míg afelett már a partner nélküli életformáról nyilatkoztak. A nem és a családi állapot között is szignifikáns kapcsolatot állapítottunk meg (χ^2 (df = 4, N = 252) = 6,479, p = 0,011). A körzettypus választás nincs befolyással a családi állapotra, a körzettypus és a családi állapot között nem volt szignifikáns kapcsolat (χ^2 (df = 2, N = 250) = 3,200, p = 0,202), de az eredmény arra enged következtetni, hogy bármely körzettypus ellátása esetén a leíró statisztika adatai alapján inkább házasságban, partneri kapcsolatban élnek a válaszadók.

A vállalkozási forma választása a házi orvos döntési szabadságán múlik. A 60 éves kor alatti házi orvosok jellemzően társas vállalkozás tagjaként indították el házi orvosi tevékenységüket, míg a 60 év feletti házi orvosok inkább az egyéni egészségügyi vállalkozóként kezdték tevékenységüket (χ^2 (df = 4, N = 209) = 11,591, p = 0,021).

A NEAK 2022. márciusi adatai alapján készült táblázat a házi orvosok területi elhelyezkedését és a válaszadók vármegyénkénti megoszlását mutatja. A válaszadók aránya 5 vármegyében átlagos reprezentativitást mutat, 5 megyében felül reprezentált, míg a fővárosban és további 9 vármegyében alacsony reprezentativitást jelzett az elvégzett statisztikai próba.

A válaszadók aránya 5 (Baranya, Csongrád-Csanád, Heves, Somogy és Jász-Nagykun-Szolnok) vármegyében volt reprezentatív a vármegyében dolgozó házi orvosok mintájára nézve. Kiemelnék 5 vármegyét (Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar, Nógrád és Szabolcs-Szatmár- Bereg), ahol a felülreprezentálás oka valószínűleg a témához való aktív hozzáállásukban keresendő. Budapest és Bács-Kiskun vármegyéből a beérkezett válaszok ellenére alacsony reprezentativitású a házi orvosok számához viszonyítva a válaszadási hajlandóság. Három vármegyéből (Tolna, Vas, Zala) egyáltalán nem érkeztek válaszok, de Fejér, Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom és Pest vármegyéből is csupán 1-1 válasz érkezett.

6. táblázat A házi orvosok és a válaszadók aránya és vármegyénkénti reprezentativitása

Vármegye neve	Házi orvosi szolgálatok vármegyénként		Betöltött házi orvosi szolgálatok		Válaszadó házi orvosok vármegyénként		Összes válaszadó	Minta vármegyén- kénti eloszlása
	száma	arány (%)	száma	arány (%)	száma (fő)	arány (%)	arány (%)	
Baranya	277	4,3 %	257	4,4 %	10	4,6 %	4,0 %	átlagos
Bács-Kiskun	350	5,4 %	320	5,5 %	6	2,8 %	2,4 %	alacsony
Békés	245	3,8 %	204	3,5 %	15	6,9 %	5,9 %	magas
Borsod-Abaúj- Zemplén	466	7,2 %	393	6,8 %	42	19,4 %	16,6 %	magas
Csongrád- Csanád	284	4,4 %	264	4,5 %	10	4,6 %	4,0 %	átlagos
Fejér	258	4,0 %	219	3,8 %	1	0,5 %	0,4 %	alacsony
Győr-Moson- Sopron	267	4,1 %	250	4,3 %	1	0,5 %	0,4 %	alacsony
Hajdú-Bihar	346	5,3 %	324	5,6 %	35	16,1 %	13,8 %	magas
Heves	199	3,1 %	167	2,9 %	7	3,2 %	2,8 %	átlagos
Jász-Nagykun- Solnok	254	3,9 %	209	3,6 %	7	3,2 %	2,8 %	átlagos
Komárom- Esztergom	194	3,0 %	176	3,0 %	1	0,5 %	0,4 %	alacsony
Nógrád	132	2,0 %	97	1,7 %	10	4,6 %	4,0 %	magas

Pest	712	11,0 %	651	11,2 %	1	0,5 %	0,4 %	alacsony
Somogy	215	3,3 %	184	3,2 %	8	3,7 %	3,2 %	átlagos
Szabolcs-Szatmár-Bereg	334	5,2 %	303	5,2 %	39	18,0 %	15,4 %	magas
Tolna	158	2,4 %	131	2,3 %	7	3,2 %	2,8 %	átlagos
Veszprém	174	2,7 %	146	2,5 %	0	0,0 %	0,0 %	alacsony
Vas	215	3,3 %	191	3,3 %	5	2,3 %	2,0 %	alacsony
Zala	179	2,8 %	160	2,8 %	0	0,0 %	0,0%	alacsony
Budapest	1211	18,7%	1157	19,9 %	19	8,8 %	7,5 %	alacsony
Összesen	6470	100 %	5803	100 %	217	100,0%	85,8 %	
Nem ismert a háziiorvosi szolgálat végzésének helyszíne					36	100	14,2%	

Forrás: Saját szerkesztés

A kérdőív válaszadóinak száma területileg a keleti országrész (Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Hajdú-Bihar) vármegyéiben volt a legmagasabb. Azokban a vármegyékben, ahol tisztiorvosok által biztosított, közvetlenül a házi orvosok e-mail címére elküldött kérdőívek magasabb arányú kitöltöttséget eredményeztek. A település típusa alapján a válaszok inkább a magasabb infrastruktúrával rendelkező településekről érkeztek.

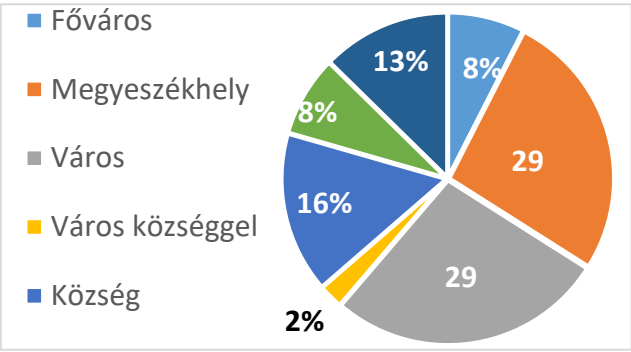
Az Európai Unió tagállamok adminisztratív egységeinek azonosítása céljából, földrajzi alapon létrehozott kódolási rendszerben (NUTS) több szint került definiálásra. Magyarországon a vármegyei szintű összehasonlításra a NUTS3 rendszert alkalmazzák, de az ELEF kutatásokkal való összehasonlítás érdekében a munkavégzés régiós (NUTS2) szintű besorolására is kíváncsiak voltunk. 2018. január 1-től a fejlettségi különbségre alapozva Közép-Magyarország régió különvált Budapest és Pest régióra, így jött létre a 8 régiós besorolás. Az ELEF kutatásokban azonban még a Közép- Magyarország régiót alkalmazták, ezért összesítettem a Budapest és Pest vármegyei értékeket.

A válaszok 34 %-a (85 darab) az Észak-alföldi, 24,8%-a (62 darab) az Észak-magyarországi, 15,2 %-a (38 darab) a Dél-alföldi régióból érkezett. A Dél-dunántúli régióból 7,6% (19 darab), a Közép-dunántúli régióból 3,6%-a (9 darab) válasz származott. A Nyugat-dunántúli régióból csak 1 válasz érkezett vissza. Pest régióból 2 válasz, Budapest régióból 26 válasz érkezett. A házi orvosi szolgálat munkavégzésének helye 8 esetben, a válaszok 3,2%-ban rejtetten maradt.

A 23,7% vidéken munkát vállaló válaszadó mellett jellemzően a fővárosban, megyeszékhelyen és városban (összesen 63%) végzik tevékenységüket, ami megegyezik Molnár és társai (2003:1393) orvostanhallgatók körében végzett kutatásának eredményével, mivel az

orvostanhallgatók is inkább a számukra kedvezőbb adottságú, magasabban iskolázott páciensekből álló, nagyvárosi, magasabb presztízsű, kulturális életet kínáló településen kívánnak dolgozni. A medikusok, illetve medikák inkább maradnak egy nagyvárosi kórházban, vagy elmennek külföldre, mivel a háziiorvosi pályára a „kevés pénz, alacsony presztíz, egyre romló kilátások” jellemzőek - nyilatkozta Dr. Láposi Szilárd a MOK Szabolcs - Szatmár- Bereg Vármegyei elnöke (Élő 2024).

20. ábra válaszadók településtípus szerinti megoszlása



(Forrás: Saját szerkesztés, N=253)

Ez a válaszadási hajlandóság arányaiban hasonló Gyulai és mtsai. védőnői pályaelhagyásról készült kutatásáról szóló cikkében, hiszen a községben, falun élők 20%-os arányban, míg a fővárosban, megyeszékhelyen élők 44%-os arányban vettek részt a kutatásban (2021).

A körzettípus alapján a válaszadók 59%-a felnőtt, míg 18%-a gyermek körzetben lát el háziiorvosi feladatot. Az életkortól függetlenül bejelentkező pácienseket fogadó vegyes körzeteket a háziiorvosok 23%-a képviseli. A NEAK háziiorvosi címlistát tartalmazó adatbázis adataival (6. táblázat) összehasonlítva közel azonos arányban szerepeltek a mintában a válaszadók.

A válaszadók körzettípus szerinti megoszlása a háziiorvosok hagyományos működési formájaként kialakuló körzetek dominanciáját mutatja. Életkor és körzettípus szerinti megoszlást alapul véve a felnőtt háziiorvosi szolgálatok 69,7%-át 60 év alatti, míg a vegyes körzetek 51,1%-át, a gyermek körzetek 45,6% 60 év feletti háziiorvos látja el.

7. táblázat A NEAK által nyilvántartott betöltött háziiorvosi praxisok és a válaszadók körzettípus szerinti megoszlása

Körzet-típus	Betöltött háziiorvosi praxisok száma	Betöltött háziiorvosi arányszám	Válaszadó háziiorvosok száma	Válaszadási arányszám
Felnőtt	3168	54,59%	147	58,57%
Gyermek	1301	22,42%	46	18,33%
Vegyes	1334	22,99%	58	23,11%
Összesen	5803	100,00%	251	100,00%

Klaszterelemzés

Az eddig felvázolt adatok ismeretében a nem, körzettípus, városi/vidéki háziorvosi szolgálat adatai felhasználásával klaszterelemzést végeztünk

8. táblázat Klaszterelemzés ANOVA táblája

ANOVA						
	Cluster		Error			
	Mean Square	df	Mean Square	df	F	Sig.
Zscore(v2)	15,304	2	,873	236	17,527	<,001
Zscore(v8)	57,188	2	,510	236	112,209	<,001
Zscore(v131)	58,783	2	,521	236	112,733	<,001
Zscore(v141)	110,380	2	,087	236	1270,206	<,001
The F tests should be used only for descriptive purposes because the clusters have been chosen to maximize the differences among cases in different clusters. The observed significance levels are not corrected for this and thus cannot be interpreted as tests of the hypothesis that the cluster means are equal.						

A klaszterelemzéshez tartozó ANOVA tábla alapján megállapítást nyert, hogy a standardizált vidéki/városi (v141) változó ($F=1270,206$, $p < 0,001$) különösen erős elkülönítő tényező. Mellette a v131 (szívesen vállalkozó/irányítói feladatokat) ($F=112,733$) és a v8 (körzettípus) ($F=112,209$) szintén jelentős szerepet játszanak a csoportok elkülönítésében. A v2 (nem) változó ($F=17,527$) jóval kisebb mértékben járul hozzá, de szignifikáns hatása miatt figyelembe vehető. Összességében a klaszterek leírásánál a v141 tekinthető meghatározó tényezőnek, kiegészítve a v131 és v8 változókkal.

Az 1. klaszterbe 73, a 2. klaszterbe 108 fő, a 3. klaszterbe 58 fő került. Az 1. klaszterbe városban élő női (83 %) háziorvosok tartoznak, akik nem szívesen vállalkozó/irányítói szerepet és többségében felnőtt körzetben dolgoznak. A 2. klaszterbe a városban dolgozó (97%), többségében felnőtt körzetben dolgozó háziorvosok tartoznak, akik szívesen vállalkozó vezetői/irányítói feladatokat. A 3. klaszterbe kizárólag a vidéki háziorvosok kerültek nem szerint szinte azonos arányban, akik a felnőtt körzetben szívesen, a gyermek körzetben egyáltalán nem, míg a vegyes körzetekben többségében szívesen vállalkozó, irányítói szerepet.

4.4.2 A háziorvosok szakképesítésével kapcsolatos adatok ismertetése

246 válaszra alapozva az orvosi diploma átvételkor a válaszadók 33,6%-a (85 fő) 25 éves, 26,9%-a (68 fő) 24 éves és 19,8%-a (50 fő) 26 éves volt, így nem igényel különösebb érvelést, hogy a módusz és medián egyaránt 25 év, a mintaátlag 25, 57 év, 95% mellett a

konfidenciaindex [25,3-25.84] és a szórás 2,17 év. Az orvosi diplomáját legkésőbb, 39 évesen vette át egy válaszadó.

A motiváció alátámasztására, vagyis a háziiorvossá válási szándék mérésére 2 összefüggést vizsgáltunk. Egyrészt az orvosi diploma megszerzése és a háziiorvosként történő munkába állás között eltelt évek számában 0 és 34 év közötti eltéréssel jellemezték az orvosok, mintaátlag 8,8 év, szórása 7,42 év, a minta varianciája 55,19, standard hibája 0,47, CI [7,918 – 9,763] 95% megbízhatósági tartomány mellett. Ez a változó ténylegesen megmutatja, hogy sokan egy szakrendelőben, vagy kórházban eltöltött időszakot követően váltanak a háziiorvosi pályára. Másrészt a háziiorvosi pályán eltöltött időt elemeztük. 2022-ben 3 fő szerezte meg az orvosi diplomát és kezdett el háziiorvosként dolgozni, így 0 év volt a legkevesebb és 56 év a leghosszabb háziiorvosként eltöltött idő. A háziiorvosi pályán eltöltött évek átlaga 21,92 év (SD: 12,91 év) volt.

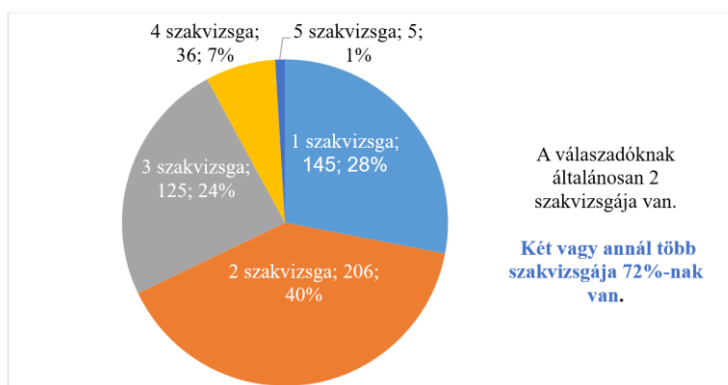
A háziiorvosokra jellemző elhivatottság egyik, ha nem a legfontosabb mutatója, hogy milyen mértékű körükben a fluktuáció, a munkahely változtatás. A létszámhiány és a rendkívüli esetek során a kollegialitás és az autonómia megnyilvánulása. a megkérdezetteknek az ezzel kapcsolatos kérdéseinkre adott válaszaiból kiemelendő, hogy mennyire ragaszkodnak a maguk által kiépített, menedzselt praxishoz. Ezt bizonyítja, hogy a 253 főből 105 ugyanabban a körzetben dolgozott egész élete során (9. táblázat). Érdekes, hogy egyötödük más intézményből kiválva választotta a háziiorvosi feladatok ellátását. Ez utóbbi azért fontos, mivel egészségügyi intézményben csak szakvizsga birtokában lehet hosszútávon dolgozni. Amennyiben egy orvos úgy dönt, hogy háziiorvosként képzei el a további munkáját, úgy érdekes, hogy anyagi vagy szakmai szempontból is ösztönzőleg hasson az új munkakörnyezet és a háziiorvosi pályában rejlő lehetőségek.

9. táblázat A munkavégzés helye és az adott háziiorvosi rendelőben eltöltött idő mutatói

Kategória	háziiorvosok száma	%	átlag	szórás	minimum	maximum	medián
Mindig ebben a körzetben dolgoztam	105	42%	23,3	13,7	0 év	56 év	24 év
Dolgoztam korábban más háziiorvosi körzetben	97	39%	23,4	12,2	1 év	52 év	22 év
Korábban más egészségügyi intézményben dolgoztam	49	20%	13,4	11,3	1 év	42 év	16,5 év

(Forrás: saját szerkesztés)

A házi orvosok számára feladatellátáshoz szükséges és kötelezően előírt szakvizsgák eltérő szakterületeket várnak el. A válaszadók körében a házi orvostan 66%, az általános orvostan 52%, a belgyógyászat 20% és a gyermekorvosi tevékenység ellátásához szükséges csecsemő és gyermekgyógyászat szakvizsga ugyancsak 20%-ban jelent meg. A válaszadók 1-4 %-a rendelkezett tüdőgyógyászat, reumatológia, diabetológia, gasztroenterológia, gyermek- és ifjúságvédelmi szakorvosi, sebészeti, illetve anaesthesiológiai/intenzív terápiás szakorvosi vizsgával. Foglalkozásorvostan/üzemorvostan szakvizsgája a válaszadók 16%-nak, míg a felsorolt lehetséges választóktól eltérő szakvizsgája a válaszadók 17%-nak volt. A praxisközösségek tevékenysége és a beutalások gyakoriságának csökkentése szempontjából lényeges kardiológiai, illetve fül-orr-gégészeti szakvizsgával 1-1 fő rendelkezett. A szakvizsgák esetében felkínált lehetőségek közül senki nem rendelkezett ortopédia, szülészeti-nőgyógyászat, vagy lipidológia szakvizsgával, amely szakvizsgák közül kizárólag a szülészeti-nőgyógyászat szerepelt a KSH által készített 2022-es Egészségügyi helyzetképben található Magyarországon dolgozó orvosok tíz leggyakoribb szakképesítése között (**Hiba! A hivatkozási forrás nem található..** ábra). A rendelkezésre álló a szakvizsgák megléte szempontjából a saját listám sorrendisége és gyakorisága azonos arányt mutat a KSH által 2022. évre nyilvánosságra hozott 8. ábra tartalmával.



21. ábra Házi orvosok szakvizsga száma szerinti megoszlása

Forrás: Saját szerkesztés

A 20. ábra válaszadónként a szakvizsgák számának megoszlását jeleníti meg. A válaszadók 72%-a minimum 2 szakvizsgával rendelkezik. A megszerzett szakvizsgák szakellátás keretében történő kihasználása érdekében nélkülözhetetlen a szakvizsgák érvényessége és a munka engedélyezése. A válaszadók 3,2%-a a válaszadás időpontjában még nem rendelkezett szakvizsgával. A kérdőívet kitöltők hivatás iránti elkötelezettségét mutatja, hogy a figyelembe vehető válaszok (N=245 fő) 83,3 %-nál a válaszadó minden szakvizsgája érvényes. A válaszadók 7%-nak (17 fő) nem volt minden szakvizsgája érvényes, de hajlandóságot mutatott a meghosszabbításra, közülük 7 fő 62 és 73 év közötti házi orvosból áll, 10 fő (4,1%) még 60

év alatti, vagyis még van ideje a szakvizsga megújítására és hasznosítására. 9,7%-uk (24 fő) esetében azonban nem minden meglévő szakvizsga volt érvényes és a lejárt szakvizsgák megújítási lehetőségétől is elzárkóztak. 18 fő (7,3%) 60 év feletti, 6 fő (2,4%) 40 és 59 éves kor közötti háziorvosok. Az utóbbi csoportba tartozó háziorvosok között volt egy fő 40 és egy fő 49 éves felnőtt háziorvosi szolgálatot ellátó háziorvos. Mindketten 10 évnél tovább szeretnének még a háziorvosi ellátásban dolgozni, részt vettek a Három generációval az egészségért programban és szoros- integrált praxisközösség tagjaként dolgoznak és egyikük sem tartotta hatékonynak a praxisközösség 2022-es formáját.

A válaszadók (N=245) 80,3%-a úgy vélekedett, hogy még legalább 10 évig folytatja háziorvosi tevékenységet, tehát nem tervezte ezen tevékenység abbahagyását. Ellenben 18,3%-uk már úgy vélekedett, hogy 5 éven belül felhagy ezzel a tevékenységgel, akik között 42 fő (17,1%) volt 60 évesnél idősebb válaszadó, akik között 3 fő már 80 évesnél is idősebb volt. Ugyanúgy 3 fő volt 60 év alatt is, akik 29, 48 és 53 évesek voltak. Az okokat nem kérdeztük, gondolva az időskorúak visszavonulására, de a következő kutatásban érdemes erre is külön kitérni. Az 5-10 éven belül biztosan abbahagyók száma elenyésző, 1,2 %-os érték, tehát vagy rövid időtávra, vagy hosszú időtávra gondolkodnak.

4.4.3 A háziorvosok munka és jogviszonyának jellemzői

1992-ben a háziorvosi szolgálatoknál valósulhatott meg elsőként a privatizáció, amellyel egy olyan ellátási forma jött létre, amelyre a működési források biztosításával vagy korlátozásával, illetve a háziorvosi szolgálatokra vonatkozó adózási rendszer szabályozásával igyekeztek megvalósítani. A vizsgálat időszakában gyakorlatilag szinte három évtizedes múlttal rendelkezettek a praxisok.

A háziorvosi ellátás formáit a KSH 1021 nyilvántartási számú Jelentés adatszolgáltatási kategóriái alapján határoztam meg, így kirajzolódik az akár több évtizedes működés során kialakult jogviszonyok felvállalása. **A Hiba! A hivatkozási forrás nem található.**ban szereplő 245 válaszadó adatainak elemzéséből látható, hogy a társas vállalkozás tagjaként a válaszadók 62,1%-a (156 fő), egyéni egészségügyi vállalkozóként 21,3%-a (53 fő), egyéni cég tagjaként 6,3%-a (18 fő) látta el háziorvosi feladatait. A többi válasz elenyésző aránya mellett megemlítendő, hogy a válaszadók 5,1%-a (13 fő) alkalmazotti munkaviszonyban dolgozik. A rendszerváltás előtt jellemző közalkalmazotti jogviszonyban, illetve a 2021. március 1-től bevezetett egészségügyi szolgálati jogviszonyban csupán 1,2%-uk háziorvos végzi feladatait.

10. táblázat A házi orvos feladatellátás jogviszonya és a korcsoport közötti összefüggések

	Korcsoport					Összesen
	-39	40-49	50-59	60-69	70-	
Szabadfoglalkozású tevékenység egészségügyi ellátásban	0	1	0	0	0	1
	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Egyéni egészségügyi vállalkozóként	2	7	15	16	13	53
	11,8%	14,0%	17,6%	23,9%	50,0%	21,6%
Társas vállalkozás tagjaként	9	32	57	46	12	156
	52,9%	64,0%	67,1%	68,7%	46,2%	63,7%
Közalkalmazotti jogviszonyban	0	2	1	0	0	3
	0,0%	4,0%	1,2%	0,0%	0,0%	1,2%
Egészségügyi szolgálati jogviszonyban	2	1	0	0	0	3
	11,8%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Alkalmazotti jogviszonyban	2	4	5	2	0	13
	11,8%	8,0%	5,9%	3,0%	0,0%	5,3%
Egyéni cég tagjaként	2	3	7	3	1	16
	11,8%	6,0%	8,2%	4,5%	3,8%	6,5%
Összesen	17	50	85	67	26	245
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Forrás: saját szerkesztés

Bizonyításra került, hogy a házi orvosok által a tevékenység kezdetekor választott működtetési forma és a házi orvos életkora között szoros összefüggés mutatható ki (X^2 (df=24, N=245)=46,749, $p=0,004$), hiszen a házi orvosok életkor függvényében leginkább egyéni vállalkozás tagjaként, vagy társas vállalkozás tagjaként látják el ezt a tevékenységet (10. táblázat).

A vállalkozási forma választása a házi orvos döntési szabadságán múlik. A 11. táblázat azt támasztja alá, hogy a 60 éves kor alatti házi orvosok jellemzően társas vállalkozás tagjaként indítják el házi orvosi tevékenységüket, míg a 60 év feletti házi orvosok inkább az egyéni egészségügyi vállalkozóként választották (X^2 (df=4, N=209)=11,591, $p=0,021$).

11. táblázat A házi orvos tevékenység ellátási formája és a házi orvosok életkora közötti összefüggés

A házi orvosi tevékenység ellátási formája	Korcsoport					Összesen
	-39	40-49	50-59	60-69	70-	
Egyéni egészségügyi vállalkozóként	2	7	15	16	13	53
	3,8%	13,2%	28,3%	30,2%	24,5%	100,0%
Társas vállalkozás tagjaként	9	32	57	46	12	156
	5,8%	20,5%	36,5%	29,5%	7,7%	100,0%
Összesen	11	39	72	62	25	209
	5,3%	18,7%	34,4%	29,7%	12,0%	100,0%

(Forrás: saját szerkesztés, N=209)

Azt feltételeztem, hogy a választott körzettípusnak és a házi orvos életkor között nincs összefüggés (13. táblázat). Ezt a hipotézisemet elvettem (X^2 (df=8, N=247)=20,348, $p=0,009$). érték alapján. A 16. táblázat szemlélteti, hogy az 50 év alatti házi orvosok lehetőség szerint felnőtt házi orvosi körzetben, a 50-59 közötti házi orvosok eloszlása majdhogynem egyenletes

eloszlással, de jellemzően gyermek körzetben, míg a válaszadók között a 70 év feletti háziorvosok jellemzően vegyes háziorvosi körzetből töltötték ki a kérdőívet.

12. táblázat Háziorvos által választott körzettípus és a háziorvos korcsoportja közötti összefüggés

			Korcsoport					Összesen
			-39	40-49	50-59	60-69	70-	
Körzet felnőtt típusa	Gyakoriság		14	35	52	36	8	145
	Körzettípuson belüli arány		9,7%	24,1%	35,9%	24,8%	5,5%	100,0%
	gyermek	Gyakoriság	3	6	13	18	5	45
		Körzettípuson belüli arány	6,7%	13,3%	28,9%	40,0%	11,1%	100,0%
	vegyes	Gyakoriság	2	9	20	13	13	57
		Körzettípuson belüli arány	3,5%	15,8%	35,1%	22,8%	22,8%	100,0%
Összesen	Gyakoriság		19	50	85	67	26	247
	Körzettípuson belüli arány		7,7%	20,2%	34,4%	27,1%	10,5%	100,0%

A háziorvosi praxisok finanszírozása a teljesítményalapú díjazás, a korkorrigált fejkvóta mértékétől függ. A 10. táblázat azt mutatja be, hogy körzettípusonként hogyan aránylik a bejelentkezett páciensek létszáma. 600 fő alatti pácienslétszámú praxissal csupán a válaszadók 0,8% -a rendelkezik. A minőségi munkavégzés kapcsán bevezetett degresszív szorzónak „köszönhetően” a háziorvosok nem érdekeltek a magas pácienslétszám elérésében, de szüksége esetén elvállalják, s ezt jól prezentálja, hogy ilyen bejelentkezett pácienslétszámmal rendelkező szolgálatcsupán 2, 4% -os arányban (SD:1,4) vett részt a kutatásban.

13. táblázat A válaszadó háziorvosi praxisok körzettípus és bejelentkezett praxislétszám szerinti megoszlása

Bejelentkezett páciensek létszáma	Körzettípus						Összes praxis száma	Praxisok arányszáma	Praxisok szórása
	Felnőtt praxis		Gyermek praxis		Vegyes praxis				
	darabszám	arány	darabszám	arány	darabszám	arány			
600 fő alatt	1	50,0%	1	50,0%		0,0%	2	0,8%	0,0
600-799 fő közötti	1	8,3%	10	83,3%	1	8,3%	12	4,8%	5,2
800-1199 fő közötti	5	12,2%	24	58,5%	12	29,3%	41	16,4%	9,6
1200-1499 fő közötti	33	67,3%	8	16,3%	8	16,3%	49	19,6%	14,4
1500-1999 fő közötti	60	72,3%	2	2,4%	21	25,3%	83	33,2%	29,6
2000-2499 fő közötti	28	80,0%		0,0%	7	20,0%	35	14,0%	14,8
2500-2999 fő közötti	15	68,2%		0,0%	7	31,8%	22	8,8%	5,7
3000 fő közötti	4	66,7%		0,0%	2	33,3%	6	2,4%	1,4
Összesen	147		45		58		250	100,0%	

(Forrás: saját szerkesztés, N = 250 fő)

A betöltetlen háziorvosi praxisok helyettesítésének megoldása, a feladatellátás megszervezése a helyi önkormányzatok feladata. A háziorvosok számára a saját praxisuk ellátása mellett időt kell szánniuk az elvállalt praxis betegeinek ellátására is. A rövid távú helyettesítést szabadság,

illetve betegség esetén egymás között megoldják a háziorvosok, de a tartós helyettesítés több évig is eltarthat. A válaszadók 77,6%-a nem végez tartós helyettesítést. 14% az egy év alatt, és 7,6% az 5 évnél is hosszabb ideje helyettesítők aránya (12. táblázat). A helyettesítés nem fedile teljes mértékben a rendelési időt, általában csak egy rövidített időszakban (heti 8-10 óra) érhető el a háziorvos, de a COVID - 19pandémia óta a telekonzílium hatására a gyógyszerrendelés teljesítéséhez már nincs feltétlen szükség a személyes orvos-beteg találkozás.

14. táblázat A körzettípus és a helyettesítés közötti kapcsolat

	Körzettípus						Összes praxis	
	Felnőtt körzet		Gyermek körzet		Vegyes körzet			
	szám	arány	szám	arány	szám	arány	száma	aránya
Nem végzek tartós helyettesítést.	113	76,87%	38	84,44%	43	74,14%	194	77,60%
Kevesebb, mint egy éve helyettesíték.	19	12,93%	4	8,89%	12	20,69%	35	14,00%
Egy és öt év között helyettesíték más praxisban.	2	1,36%		0,00%		0,00%	2	0,80%
Több, mint öt éve helyettesíték más praxisban.	13	8,84%	3	6,67%	3	5,17%	19	7,60%
Végösszeg	147	100,00%	45	100,00%	58	100,00%	250	100,00%

Forrás: saját szerkesztés, N=250 fő

A tartósan betöltetlen praxisok ellátásának megoldása túlmutat az önkormányzatok lehetőségein, ami miatt rövidtávon sürgős központi támogatásra lenne szüksége. A GKI Gazdaságkutató Zrt. tanulmányában is azt az álláspontot fogalmazták meg, hogy a praxisközösségek nem jelentenek alternatív megoldást a be nem töltött praxisok problémájára, maga a működtetésük is nehezen megvalósítható a kis aprófalvas, vagy tanyás jellegű területeken (GKI Gazdaságkutató Zrt. 2021) . Az ügyeleti ellátást az Országos Mentőszolgálat bevonásával már centralizálták, de ez nincs befolyással a betöltetlen körzetekhez tartozó betegek mindennapi ellátására. A tartós helyettesítés időt és energiát igényel a háziorvos részéről, a 13. táblázat is azt mutatja, hogy a válaszadók korcsoporttól függetlenül szinte ugyanolyan arányban végeznek szinte helyettesítést.

15. táblázat A korcsoportos besorolás és a helyettesítés közötti kapcsolat

			Korcsoport					Összesen
			-39	40-49	50-59	60-69	70-	
Tartós helyettesítés (átkódolt)	Nem végez tartós helyettesítést	Létszám	13	39	63	56	22	193
		% korcsoporton belül	65,0%	78,0%	73,3%	83,6%	84,6%	77,5%
	Tartós helyettesítést végez	Létszám	7	11	23	11	4	56
		% korcsoporton belül	35,0%	22,0%	26,7%	16,4%	15,4%	22,5%
Összesen			Létszám	20	50	86	67	249
			% korcsoporton belül	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A munkakörülménnyel kapcsolatos elégedettség mérésére a 7-es Likert skálát alkalmaztunk, ahol az 1 a nagyon elégedetlen, a 7 a nagyon elégedett véleményt szimbolizálta. Az inkább elégedettől a nagyon elégedett minősítést 57,5 % (142 fő), a nagyon elégedetlentől az inkább elégedetlenig 19,3% (49 fő), míg az arany középút minősítést 22,7% (56 fő) választotta. A munkakörülményeinek változtatását 68,1% (169 fő) igényelné, 27,4% (68 fő) nem tartana rá igényt. 11 fő szöveges válaszban nyilvánított véleményt.

A 16. táblázatban a változtatással kapcsolatos javaslatokat hármas kategóriarendszerbe helyeztem el. A szöveges válaszokban is jellemzően a szakvizsga, licensz megszerzése, valamint az infrastruktúra fejlesztése szerepel megoldandó feladatként.

16. táblázat A munkakörülmények fejlesztésével kapcsolatos javaslatok

Javaslatok			
Humánerőforrás	Infrastruktúra	Egyéb	
„Szívesen tanulnék még, de a helyettesítésért fizetni kell nem is keveset, így az ember meggondolja kell.”	„Saját körzetem munkakörülményei kiemelkedően jók, támogató önkormányzat áll mögöttem.”	sürgősségi ellátás/mentő/ megerősítése	
Szeretnék licence szakvizsgát tenni diabetológiából.	Igen, főleg a rendelői épület minőségén	„nappali ügyelet visszaállítása. Rendelés közben halottszemlére menni iszonyatos idővesztés és stressz, főleg, ha másik körzetben is helyettesítek.”	
szakvizsgáim használhatósága fontos lenne pl. gyógyszerjavaslat szinten, szakorvosi vélemény kiadhatóságában. Lakossági egészségnevelés!	a rendelők privatizációja	Uniós forrásra pályáznék az ukrán nyelvű szótár elkészítéséhez	
igen, a kompetenciák bővítésével	Az egyik rendelőm nem korszerű, ennek fejlesztése talán folyamatban van. (Önkormányzat)		

A svájci-magyar alapellátási modell zárójelentésében a tapasztalat alapján a szerzők ajánlasként fogalmazták meg, hogy a praxisközösségi többletszolgáltatások nyújtásához szükséges infrastruktúra és eszközállomány biztosítása célzott támogatási rendszerrel (pl. Területi Operatív Program) történjen, ezáltal elkerülhetővé válna a projektben tapasztalt késedelem, rugalmatlanság és adminisztrációs többletteleher. Javaslatként fogalmazták meg, hogy a teljesítményarányos finanszírozási rendszer tervezésénél be kell építeni az eszközállomány és a többletszolgáltatást nyújtó helyiségek biztosításának és működtetésének költségeit (Sinkó, Dózsa, és mtsai. 2017).

4.4.4. A válaszadók véleménye a jelenlegi egészségügyi rendszer átalakításáról

Kíváncsiak voltunk, hogy a válaszadók miként vélekednek a jelenlegi egészségügyi rendszerről. A területek megjelölésével a prefencialistájukat kívántuk feltárni. A legnagyobb problémát 1-et, a nagy problémát 2-vel, közepes problémát 3-al, kis könnyen javítható problémát 4-el és az elhanyagolható problémát 5-el jelöltük. A **Hiba! Érvénytelen könyvjelző-hivatkozás**.ban megjelenített értékek alapján az egészségügyi dolgozók motiválása, ösztönzése (37,3%) és a finanszírozás (28,5%) jelentette a legnagyobb problémát a válaszadók számára (13. táblázat).

17. táblázat A jelenlegi egészségügyi rendszer átalakításának területei(N=249)

Kategória	legnagyobb probléma	nagy probléma	közepes probléma	kis probléma	elhanyagolható probléma	Minta- átlag	Medián	Szórás
működés (N=249)	19,7% (49 fő)	32,5% (81 fő)	33,3% (83 fő)	10,8% (27 fő)	3,6% (9 fő)	2,457	2	1,046
finanszírozás (N=249)	28,5% (71 fő)	36,5% (91 fő)	25,3% (63 fő)	7,6% (19 fő)	2% (5 fő)	2,176	2	1,004
egészségügyi dolgozók motiválása, ösztönzése (N=249)	37,3% (93 fő)	40,2% (100 fő)	17,7% (44 fő)	3,6% (9 fő)	1,2% (3 fő)	1,911	2	0,893
szervezet átalakítás (N=249)	23,8% (59 fő)	33,5% (83 fő)	27,8% (69 fő)	7,3% (18 fő)	7,7% (19 fő)	2,405	2	1,160

forrás: saját szerkesztés

A válaszadók a megoldandó probléma sorrendiségét felállításának eredményét mutatja a 19. táblázat. A legsürgetőbb problémát jelöltük 1-el, a sürgős problémát 2-vel, a kevésbé sürgős problémát 3-al, a nem sürgős problémát 4-el. A motiváció mintaátlagja vette fel itt is a legkisebb értéket, amelyet a finanszírozás követ. A működés és a szervezet problémáit kevésbé tekintik megoldandó feladatként a 18. táblázat szerint.

18. táblázat A jelenlegi egészségügyi rendszer átalakításának sorrendjével kapcsolatos válaszadói vélemény összegzése (N=249)

	legsürgetőbb probléma	sürgős probléma	kevésbé probléma	nem sürgős probléma	Minta- átlag	Medián	Szórás
--	-----------------------	-----------------	------------------	---------------------	-----------------	--------	--------

működés	20,1% (50 fő)	19,7% (49 fő)	34,1% (85 fő)	26,1% (65 fő)	2,662	3	1,073
finanszírozás	27,7% (69 fő)	41,0% (102 fő)	21,7% (54 fő)	9,6% (24 fő)	2,132	2	0,930
egészségügyi dolgozók motiválása, ösztönzése	35,9% (89 fő)	28,6% (71 fő)	25,4% (63 fő)	10,1% (25 fő)	2,088	2	1,012
szervezet átalakítás	17,3% (43 fő)	12,9% (32 fő)	18,5% (46 fő)	51,2% (127 fő)	3,028	4	1,160

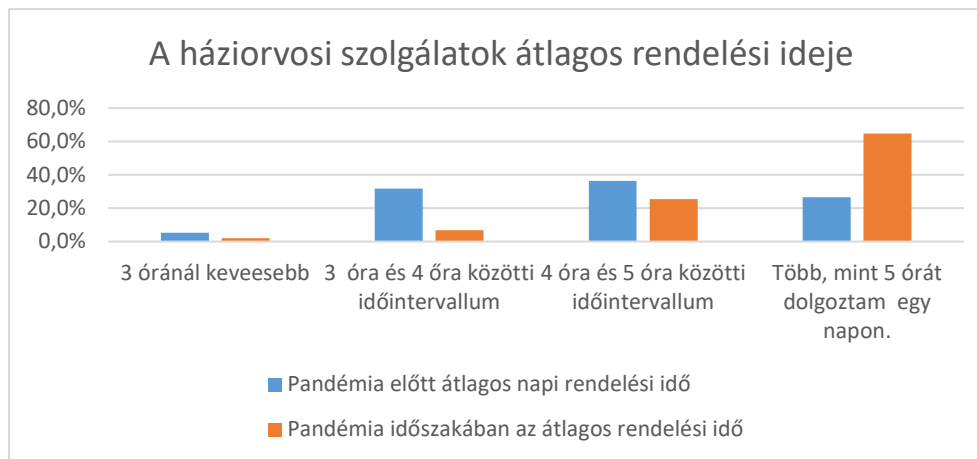
A válaszadók 2022-ben a legsürgetőbb megoldásra váró problémaként az egészségügyi dolgozók motiválását és ösztönzését (35,9%) jelölték be, amit a finanszírozás javítása (41%) követett sürgős problémaként. Ez a két problémát összességében a válaszadók kétharmada vélte a legsürgetőbb feladatnak. Kevésbé jelentős problémának értékelték a mindennapi működés javítását (34,1%) és a legkevésbé sürgős problémaként a szervezetátalakításra (51,2%) tekintettek. A praxisközösség létrehozása, mint szervezetátalakítás mögé bújtatott motiváció megteremtése együtt alakította a motiváció megteremtését és a szervezeti átalakítást, de a munkabér (pénz) megemelése önmagában csak javítja, de nem feltétlenül segíti az önbecsülés, a presztizs növelését.

A válaszadók (N=249) 60,6%-a (151 fő) szerint a magán- és közfinanszírozotti ellátás összeegyeztethető, 14,9%-a (37 fő) szerint ez nem lehetséges, 24,5%-uk (61 fő) „talán” válasszal jelezte, hogy nem tud ebben a kérdésben megfelelő választ adni. Ez azért is érdekes, mivel a fejezetben a háziiorvosi finanszírozásnál már jelzésre került, hogy vannak olyan ellátások, melyeket a társadalombiztosítási jogviszonnyal rendelkező személy saját pénzéből fizet (jogosítvány, helyben vérvétel). A válaszadók 87,1% támogatná, 8,7% nem igényelné, míg a válaszadók 4,4%-a szövegesen írta le véleményét.

4.4.5. A pandémia alatti munkavégzéssel kapcsolatos tapasztalatok

A pandémia különböző hullámaiban más-más betegfogadási rend érvényesült, amint az egészségügyi ellátórendszer más területein, úgy a háziiorvosi rendelőkben egyaránt. A kérdőívben arra kerestük a választ, hogy a háziorvos milyen változást érzékelt a pandémia időszaka alatt az azt megelőző időszakhoz képest, az ellátandó feladatokat átlagosan napi szinten hány óra rendelési időben tudta megoldani. A lehetséges válaszok: 3 óránál kevesebb, 3 óra és 4 óra közötti, 4 óra és 5 óra közötti időintervallum, több, mint 5 órát dolgozott egy napon.

A válaszadók rendelési idejének növekedését a 22. ábra mutatja. A pandémia időszaka alatt a háziorvosok közel kétharmada átlagosan több, mint 5 órát töltött napi szinten a betegek ellátásával, valamint az ellátással összefüggő dokumentációval, 25,5% 4 és 5 óra közötti időtartamban volt jelen a háziorvosi rendelőben és végezte feladatait.



22. ábra A háziorvosi szolgálatok rendelési idejének változása

(Forrás: saját szerkesztés)

A változás nagyságát is szeretnénk volna feltárni. A kitöltők (N=244 fő) 37,3%-a (91 fő) a két kérdés összevetése alapján úgy válaszolt, hogy a rendelési ideje nem változott, 38,9% (95 fő) esetében egy kategóriával emelkedett, 17,6% (43 fő) esetében legalább 2 kategóriát növekedett az átlagos rendelési idővel töltött. 6,1% (15 fő) esetében csökkent a pandémia időszaka alatt az átlagos rendelési idő.

A lakosság egészségügyi ellátása a COVID-19 járvány alatt erősen korlátozottá, egyes szakrendelések esetében elképzelhetlenné vált. Különösen a járvány első időszakában a nemzetközi és hazai protokollok is a személyes-orvos beteg találkozások minimalizálását javasolták a járvány mihamarabbi megfékezése céljából. A veszélyhelyzet az egészségügyi ellátórendszer minden területén kifejtette hatását, amelyet csak az info- és telekommunikációs eszközök fokozott bevonásával lehetett megoldani. A páciensek, az orvosok és a szakdolgozók védelme érdekében a kapcsolattartás legegyszerűbb eszközével, a telefonkészülékek használatával oldották meg a részben már kidolgozott módszertanok segítségével. Ez csak azokban az esetekben volt megvalósítható, ahol indokolatlan lett volna a közvetlen, személyes találkozás. Az alapinformációkat az alapellátásban használt betegdokumentációs rendszerekben meglévő adatok és az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben elérhető dokumentumok szolgáltatták. Az ellátásszervezés a kiadott ellenőrző lista segítségével áttekinthetőbbé – habár nem minden esetben elfogadottá – vált a lakosok számára. A szituáció

újfajta etikai terhet és felelősséget rótt az orvosokra, hiszen adott esetben hiába álltak rendelkezésre a laboratóriumi és képalkotó diagnosztikai leletek, illetve a videóhívás lehetősége, némely esetben a diagnózis felállítása során szükséges lett volna a személyes vizsgálatra. A háziiorvosi ellátás szépsége, hogy az orvos és páciens között kialakult személyes kapcsolat okán a beteg kórtörténetének ismeretében, a háziorvosok a telemedicina használatával éppen a legjobb értelemben vett hivatásukat gyakorolták. A telekonzultáció hasznossága megkérdőjelezhetetlen volt a pandémia időszaka alatt. Az azóta eltelt időszakban az ellátórendszer más területein, így a szakellátásban, a védőnői ellátásban szinte teljesen megszüntetésre került, de úgy gondolom, hogy az informatika és az orvostudomány fejlődésével új perspektívákat adhatna az egészségügyi ellátás fejlesztésére.

A kérdéseknél arról dönthettek a válaszadók, hogy a feladat elvégzését a pandémia 1- nagymértékben megkönnyítette, 2- kismértékben megkönnyítette, 3- nem változott a napi munkavégzés, 4- kismértékben megnehezítette, 5- nagyon megnehezítette, tehát annál kedvezőbb volt egy-egy tevékenység minél közelebb volt az 1-hez a várható érték.

19. táblázat A háziorvos napi munkavégzésének változása a pandémia időszaka alatt

Feladat megnevezése	Mintaátlag	Medián	Szórás	CI 95%
A betegségek diagnosztizálása, gyógyítása	4,194	4	0,894	0,112
A betegtalálkozások szervezése (előjegyzés)	3,457	4	1,458	0,183
A gyógyszerfelírás	2,008	2	1,140	0,142
A betegbeutalás	3,806	4	1,224	0,153
A szakorvosi leletek/zárójelentések elérése	2,493	3	1,235	0,154
A gondozási tevékenység	4,056	4	0,998	0,125
A szűrési tevékenység	4,279	5	0,932	0,116
Védőoltások szervezése	3,607	4	1,221	0,153
Egyéb új feladat	3,838	4	1,107	0,138

Forrás: saját szerkesztés, N=247

Az adatok alapján megállapítható, hogy a pandémia nehezítette a háziorvosok legtöbb tevékenységét, hiszen az ellátások mintaátlag, mediánja arra utal, hogy kicsit vagy nagyon, de megnehezítette a feladatok ellátását. A legrosszabb eredményt a szűrési tevékenységnél észlelhetünk, ahol a 246 válaszadóból 50,8% (125 fő) munkáját nagyon megnehezítette, 35,4% (87 fő) kis mértékben, de megnehezítette a feladatellátás során a pandémia időszaka, erre utal az is, hogy a tevékenységnek 5 a mediánja. Ha a feladatok könnyítéséről nyilatkozunk, akkor a pandémia alatt bevezetett módszerek csupán 2 tevékenység esetében tudtak pozitív változást előidézni. A gyógyszerfelírás a válaszadók 45,1%-nál (111 fő) nagymértékben megkönnyítette,

24,4%-nál (60 fő) kismértékben könnyítette meg, és 16,3% (40 fő) számára nem hozott változást a napi munkavégzésben. Ezen gyakorisági értékeknek tudható be, hogy a gyógyszerfelírás módusza 1, mediánja 2, mintaátlag 2,008. Ez a változás és minősítés nem a járvány kitörésének köszönhető, pusztán elindított egy olyan módszertani változást, amely az egészségügyi ellátórendszerben már 2017. évtől rendelkezésre állt. Az egészségügyi ellátórendszer minden szintjén elkezdtek használni a felhő alapú szolgáltatást, melynek használatával egy telefonhívás, vagy e-mail alapján a beteg beazonosítását követően fel tudták írni a betegek számára a szükséges gyógyszereket. Bár akkoriban panaszkodtak a megnövekedett telefonhívások és e-mailek mennyiségére, de még így is a feladat könnyebbé tételéről nyilatkoztak. A másik, ugyancsak az EESZT-vel összefüggő feladat esetében is pozitív válaszok érkeztek. A szakorvosi leletek, zárójelentések elérésének mintaátlag 2,493, módusza és mediánja is 3, de a többi tevékenységhez viszonyítva ezeknél nyilatkoztak a legpozitívabban a tevékenység megkönnyítéséről a válaszadók. Itt utalok vissza a szakirodalmi részben, az Európai Egészségügyi Fogyasztói Indexnél már szereplő eReceptre és szakorvosi lelet elérésre. A 2017-es EHCI paramétereknél a magyar minősítés már a megfelelő szinten szerepelt, de akkor még csak lehetőségként volt jelen, tömegesen nem használták az EESZT-nek ezt a funkcióját. A 21. táblázat a háziiorvossal dolgozó ápoló és a COVID lelet elérése közötti kapcsolatot vizsgálja. A diplomás ápoló végzettségű dolgozóknak jelentett közepes nehezítést, a többi dolgozó esetében könnyítésről nyilatkozott a válaszadó.

20. táblázat A háziiorvosi szolgálat egészségügyi szakdolgozójának legmagasabb iskolai végzettsége és a pandémia időszaka alatt a lelet, zárójelentéshez való hozzáférés kapcsolata

			Covid - lelet, zárójelentés					Total
			1	2	3	4	5	
Onnel dolgozo apolo legmagasabb iskolai vegzettsege	erettsegi nelkul, egeszsegugyi vegzettseg	Count	1	5	0	0	2	8
		% within Onnel dolgozo apolo legmagasabb iskolai vegzettsege	12,5%	62,5%	0,0%	0,0%	25,0%	100,0%
	gyakorlao apolo / OKJ	Count	42	36	50	25	6	159
		% within Onnel dolgozo apolo legmagasabb iskolai vegzettsege	26,4%	22,6%	31,4%	15,7%	3,8%	100,0%
	diplomas apolo, BSc	Count	16	9	17	10	4	56
		% within Onnel dolgozo apolo legmagasabb iskolai vegzettsege	28,6%	16,1%	30,4%	17,9%	7,1%	100,0%
	APN, MSc	Count	2	0	1	0	0	3
		% within Onnel dolgozo apolo legmagasabb iskolai vegzettsege	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	egyeb	Count	6	3	2	4	3	18
		% within Onnel dolgozo apolo legmagasabb iskolai vegzettsege	33,3%	16,7%	11,1%	22,2%	16,7%	100,0%
	Total	Count	67	53	70	39	15	244
		% within Onnel dolgozo apolo	27,5%	21,7%	28,7%	16,0%	6,1%	100,0%

(forrás saját szerkesztés)

Feltételeztem, hogy a háziorvos életkora nem befolyásolja a telemedicinális tevékenységek nyújtását (24. táblázat). A nullhipotézisem beigazolódt, kivétel a szűrés esetében, ahol

szignifikáns kapcsolatot χ^2 (df=16,N=244)=28,248, p=0,030) sikerült kimutatni a korcsoport és a COVID-19 alatti telemedicinális szűrési tevékenység között. Mind az öt korcsoport esetében 60-80%-os arányban azt választották, hogy nagymértékben megnehezítetté vált a szűrés elvégzése.

21. táblázat hogyan változtatta meg a napi feladatai elvégzését a pandémia időszaka?

	Chi-Square Tests	
	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test Monte Carlo Sig. (2-sided)
Korcsoport- COVID- diagnosztika, gyógyítás	χ^2 (df=16,N=244)=19,259, p=0,255)	,229
Korcsoport- COVID- szervezés, előjegyzés	χ^2 (df=16,N=243)=22,411, p=0,130)	,137
Korcsoport- COVID- gyógyszerfelírás	χ^2 (df=16,N=244)=13,581, p=0,630)	,696
Korcsoport- COVID- beutalás	χ^2 (df=16,N=244)=18,453, p=0,298)	,348
Korcsoport- COVID- íelet, zárójelentés	χ^2 (df=16,N=243)=15,738, p=0,471)	,598
Korcsoport- COVID- gondozás	χ^2 (df=16,N=244)=18,847, p=0,277)	,225
Korcsoport- COVID- szűrés	χ^2 (df=16,N=244)=28,248, p=0,030)	,015
Korcsoport- COVID- védőoltás	χ^2 (df=16,N=244)=25,430, p=0,063)	,070
Korcsoport- COVID- egyéb új feladat	χ^2 (df=16,N=240)=15,762, p=0,470)	,373

Felváztuk nullhipotézisként, hogy a településtípus nem befolyásolja a rendeletben meghatározott telemedicinális tevékenységet. A településtípus úgy van hatással a szervezésre, irányításra, hogy községekben, (27%), illetve város községgel típus (33%) esetén nagymértékben megkönnyítette, viszont a többi településtípus (33%-47,5%) esetén kismértékben megnehezítette válasz adtak. A nullhipotézisünket elvetettük a gondozási tevékenység esetén, mivel minden településtípus esetében a pandémia nagymértékben megnehezítette a tevékenység végzését (33%-50%). Minden településtípuson nagyon megnehezítette a pandémia a szűrési tevékenységet. Legnagyobb arányban a fővárosban (73%) és a megyeszékhelyeken (55 %) választották a nagyon megnehezítette lehetőséget, de több község ellátása esetén is 50%-os arányban választották ezt a választ. Bármely településtípus esetén nagyon megnehezítette a védőoltások szervezését a pandémia.

	Chi-Square Tests	
	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test Monte Carlo Sig. (2-sided)
Településtípus- COVID- diagnosztika, gyógyítás	X^2 (df=24,N=225)=27,062, p=0,302)	,497
Településtípus- COVID- szervezés, előjegyzés	X^2 (df=24,N=225)=46,640, p=0,004	,001
Településtípus- COVID- gyógyszerfelírás	X^2 (df=24,N=225)=24,186, p=0,451)	,341
Településtípus- COVID- beutalás	X^2 (df=24,N=225)=30,451, p=0,170)	,112
Településtípus- COVID- lelet, zárójelentés	X^2 (df=24,N=225)=21,505, p=0,609)	,696
Településtípus- COVID- gondozás	X^2 (df=24,N=225)=39,136, p=0,026	,072
Településtípus- COVID- szűrés	X^2 (df=24,N=225)=36,474, p=0,049	,048
Településtípus- COVID- védőoltás	X^2 (df=24,N=225)=37,730, p=0,037	,027
Településtípus- COVID- egyéb új feladat	X^2 (df=24,N=225)=33,584, p=0,092)	,028

A településtípus hatással bír az elvégzett szervezési, időpontelőjegyzési tevékenységre, a gondozási, védőoltás és szűrési tevékenységre.

A felnőtt körzetben nagyon, a vegyes körzetben kissé megnehezítette, a gyermekkörzetben pedig nem változtatott a napi munkavégzésen a pandémia a védőoltás szervezése és az egyéb új feladat végrehajtása során.

A felnőtt körzet betegeit ellátó háziorvosok nagyon, a vegyes körzetben dolgozók kissé, míg a gyermekkörzetben dolgozók számára nem változtatott a pandémia a védőoltás beadásán.

beadását. A felnőtt és vegyes körzetben nagyon, míg a gyermek körzetben kissé nehezítette meg a szűrési tevékenységet a pandémia. A felnőtt körzetben dolgozók számára nagyon, a gyermek és vegyes körzetben dolgozók számára a diagnosztikai és gyógyítási tevékenységet. Minden körzettípus ellátása esetén nagymértékben megnehezítette a betegbeutalást a pandémia.

	Chi-Square Tests	
	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test Monte Carlo Sig. (2-sided)
Körzettípus- COVID- diagnosztika, gyógyítás	X^2 (df=8,N=245)=18,051, p=0,021	,020
Körzettípus- COVID- szervezés, előjegyzés	X^2 (df=8,N=243)=14,154, p=0,078)	,084
Körzettípus- COVID- gyógyszerfelírás	X^2 (df=8,N=245)=5,023, p=0,755)	,762
Körzettípus-- COVID- beutalás	X^2 (df=8,N=245)=21,445, p=0,006	,007
Körzettípus- COVID- lelet, zárójelentés	X^2 (df=8,N=244)=9,394, p=0,310)	,305
Körzettípus-- COVID- gondozás	X^2 (df=8,N=245)=19,159, p=0,014	,021
Körzettípus-- COVID- szűrés	X^2 (df=8,N=245)=28,634, p=0,000	,015
Körzettípus-- COVID- védőoltás	X^2 (df=8,N=245)=46,104, p=0,000	,000
Körzettípus- COVID- egyéb új feladat	X^2 (df=8,N=241)=16,964, p=0,000	,000

4.4.5.1. A pandémia okozta változások

A pandémia időszakában a betegek ellátása érdekében hozott intézkedés a telemedicinális ellátás bevezetése volt. A kérdések is alapvetően a 33/2020. (IX.16) EMMI rendelet által a

háziiorvosi ellátásban engedélyezett telemedicinális ellátások végzésére, azaz a tanácsadás, konzultáció, a gyógyszerfelírás, a betegirányítás, a diagnózis, terápiás javaslat felállítása, a beutaló megírása, a beteggondozás és a rehabilitációs tevékenységre korlátozódott. Az alábbiakban a pandémia miatt a rendelési idő változására, valamint az egyes feladatok elvégzésének változására vonatkozó kérdések kerültek elemzésre. A telemedicinális ellátások közül a jogszabály által meghatározott tevékenységek során használható megoldásokra voltunk kíváncsiak, melyik az, amely leginkább bevált a háziiorvosoknak.

A gyógyszerfelírásnál mutatkozott a legnagyobb támogatás, mivel csak 1 fő szerint nem lehetett telemedicinával megoldani a tevékenységet, a telefonhívást 65,1% (157 fő), az e-mailt 29% (70 fő), egyéb lehetőséget 5,4% (13 fő) választotta. Konzultáció esetén 74,9% (182 fő) választotta a telefonhívást, 11,9% (29 fő) az e-mailt, 4,9% (fő) egyéb megoldást, s amit csak elvétve használtak 2,5% (6 fő) a videokonferencia megoldást választotta. 5,8% (14 fő) szerint nem lehet telemedicinával megoldani a feladatot. Közel azonos arányú volt a tanácsadás támogatottsága is. Telefonon 74% (179 fő), emailben 14,5% (35 fő), videokonferencián 2,1% (5 fő), egyéb megoldással 3,3% (8 fő) nyújtott telemedicina támogatásával tanácsadási tevékenységet. A betegirányítást 66,3% (161 fő) telefon, 10,7% (26 fő) e-mail, 7,8% (19 fő) egyéb módon és 1,2% (3 fő) videokonferencia felhasználásával végezte. 14% (34 fő) úgy vélekedett, hogy a betegirányítást nem lehet megoldani telemedicina segítségével.

A következő két tevékenység az, ami a legkisebb telemedicina támogatást élvezett 2022-ben. A beteggondozást a válaszadók 46,3%-a (113 fő) szerint nem lehet telemedicinális ellátás keretében nyújtani. 35,7% (87 fő) szerint viszont telefonon, 10,2 % (25 fő) szerint e-maillal, 7% (17 fő) egyéb módon és 0,8% (2 fő) véleménye szerint videokonferencia segítségével kezelhető feladat.

2022-ben a betegbeutalás esetében nyilatkozta a válaszadók 50, 2%-a (122 fő), hogy nem lehet telemedicina segítségével megoldani. 27,2% (66 fő) meg tudta beszélni a beutaló tartalmát telefonon keresztül, 13,6% (33 fő) elintézte e-mail, 1 fő videokonferencia segítségével, 8,6% (21 fő) egyéb módon.

Életkortól függetlenül minden háziiorvos telefonon valósította meg a konzultációt.

	Chi-Square Tests	
	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test Monte Carlo Sig. (2-sided)
Korcsoport- telemedicina- gyógyszerfelírás	X^2 (df=12,N=244)=11,844, p=0,458)	,451
Korcsoport- telemedicina- beutalás	X^2 (df=16,N=243)=13,688, p=0,622)	,553
Korcsoport- telemedicina- betegirányítás	X^2 (df=16,N=244)=14,357, p=0,572)	,580
Korcsoport- telemedicina- tanácsadás	X^2 (df=16,N=245)=16,667, p=0,407)	,396
Korcsoport- telemedicina- konzultáció	X^2 (df=16,N=244)=30,147, p=0,017)	,017
Korcsoport- telemedicina- gondozás	X^2 (df=16,N=244)=12,294, p=0,724)	,696

A településtípus csak 2 esetben mutatott összefüggést. A fővárosban e-mailen, minden más településtípusnál telefonon valósították meg a gyógyszerfelírást. A betegbeutalásnál a fővárosban dolgozó háziorvosok e-mailen, több községet ellátó háziorvosok telefonon oldották meg a betegbeutalást, azzal együtt, hogy minden más településtípuson dolgozó háziorvos jellemzően a nem lehet telemedicinával megoldani választ .határozta meg.

	Chi-Square Tests	
	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test Monte Carlo Sig. (2-sided)
Településtípus- telemedicina-gyógyszerfelírás	X^2 (df=18,N=225)=85,976, p=0,000)	,000
Településtípus- telemedicina -beutalás	X^2 (df=24,N=225)=40,937, p=0,017)	,006
Településtípus- telemedicina-betegirányítás	X^2 (df=24,N=225)=35,599, p=0,060)	,064
Településtípus- telemedicina-tanácsadás	X^2 (df=24,N=225)=30,735, p=0,162)	,149
Településtípus- telemedicina- konzultáció	X^2 (df=24,N=225)=35,933, p=0,056)	,047
Településtípus- telemedicina- gondozás	X^2 (df=24,N=225)=29,082, p=0,217)	,148

A felnőtt, gyermek és vegyeskörzetben dolgozó háziorvosok jellemzően telefonon oldották meg a gyógyszerfelírást, konzultációt és a tanácsadást. Egy esetben, a betegbeutalásnál pedig minden körzettípusnál többségében azt válaszolták, hogy telemedicinával nem lehet megoldani a feladatot.

	Chi-Square Tests	
	Pearson Chi-Square	Fisher's Exact Test Monte Carlo Sig. (2-sided)
Körzettípus- telemedicina-gyógyszerfelírás	X^2 (df=6,N=246)=17,255, p=0,008)	,003
Körzettípus- telemedicina-beutalás	X^2 (df=8,N=244)=21,251, p=0,007)	,005
Körzettípus- telemedicina-betegirányítás	X^2 (df=8,N=245)=14,131, p=0,078)	,049
Körzettípus- telemedicina- tanácsadás	X^2 (df=8,N=246)=42,311, p=0,000)	,000
Körzettípus- telemedicina- konzultáció	X^2 (df=8,N=245)=16,463, p=0,036)	,032
Körzettípus- telemedicina- gondozás	X^2 (df=8,N=246)=10,432, p=0,236)	,150

Az adatok kiértékelésekor a körzettípusnak sokkal erősebb befolyása van, mint a kor és a településtípus változóknak.

22. táblázat Telemedicina megoldások a háziorvosi szolgálatoknál 2022-ben

	Korcsoport	Körzettípus	Településtípus
Gyógyszerfelírás		<u>Minden körzettípus-telefon (46-79%)</u>	<u>Fővárosban e-mail (68%), más településeken telefon (55-82%)</u>
Beutalás		<u>Minden körzettípus-telemedicinális eszközzel nem lehet megoldani (44-56%)</u>	<u>Fővárosban e-mail (42%), községekben telefon(45%), más településeken telemedicinával nem megvalósítható (42-75%)</u>
Betegirányítás			
Tanácsadás		<u>Minden körzettípus-telefon (44-85%)</u>	
Konzultáció	<u>Minden korcsoport-telefon (70-90%)</u>	<u>Minden körzettípus-telefon (57-79%)</u>	
Gondozás			

(forrás: saját szerkesztés)

A válaszadók pandémia idején megélt tapasztalatait mutatja be a 23. táblázat. Az 1-7-ig terjedő (soha-gyakran) skálán átlagosan 4,932,-ra (SD: 1,694) érzékelték a pandémia idején észlelt stresszt, vagyis elég gyakran. Idegesnek, stresszesnek érezte magát átlagosan 5,120 (SD:1,717). A pandémiával kapcsolatos nehézségek, problémák észlelése, érzése elég gyakran történt a pandémia időszaka alatt.

23. táblázat A háziorvosok pandémiával kapcsolatos véleménye

A háziorvosi hivatás választásával kapcsolatos vélemény	Mintaátlag	Medián	Szórás	CI 95%
46. A pandémia idején milyen gyakran érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk? (észlelt stressz)	4,963	5	1,692	0,212
47. A pandémia során milyen gyakran volt feszült valamilyen váratlan esetén miatt?	5,210	6	1,666	0,208
48. A pandémia során milyen gyakran okoztak gondot olyan dolgok, amelyeket nem tudott befolyásolni?	5,044	5	1,655	0,207
49. A pandémia időszakában érezte-e úgy, hogy sikeresen meg tudta oldani az Önre bízott feladatokat.	4,987	6	1,338	0,167
50. A pandémia időszakában milyen gyakran érezte magát idegesnek, stresszesnek?	5,120	5	1,717	0,214
51. A veszélyhelyzet idején meg-fogalmazódott-e Önben, hogy szervezeti/szervezési változásra lenne szükség?	5,383	6	1,798	0,224

forrás: saját szerkesztés

Az észlelt stressz növekedését a válaszadók (N=248 fő) 42,8%-a (106 fő) gyakran, nagyon gyakran érzékelte. 50,4%-a (125 fő) érezte az észlelt stresszt váratlan esemény bekövetkeztekor. Nem befolyásolható dolgok 41,9% (104 fő) okozott gyakran, nagyon gyakran gondot. 39,9% (99 fő) érezte úgy nagyon gyakran és gyakran, hogy sikeresen meg tudta oldani a rá bízott feladatokat. 47% (117 fő) érezte idegesnek, stresszesnek magát a pandémia időszaka alatt. 57,5% (143 fő) érezte úgy a veszélyhelyzet ideje alatt, hogy szervezési/szervezeti változásra lenne szükség.

Papp Magor 2017-es kutatása szerint a házi orvosok átlagéletkora már 56 év fölött volt. Az orvoshiány általában ellátáshoz való hozzáférés hiányt és anomáliát okozott, de a COVID-19 járvány kezdetekor ez még hatványozottabban érvényesült, mivel a legnagyobb működési problémát az átlagéletkort betöltő házi orvosok betegellátásból történő átmeneti kiemelése jelentette. Az idős orvosok az orvosi hivatástudat és a tenni akarás okán segíteni akartak, így elvállalták a telefonos kapcsolattartást és a nem COVID fertőzött betegek (Paulikné Varga 2021).

4.4.6. A házi orvosi szolgálat reformjáról és jelenlegi állapotáról kapott jellemző adatok

A fentebb már ismertetett reformjavaslatok mindegyikében szerepel a praxisközösség kifejezés. A probléma az, hogy minden koncepció a maga érdekei szerint értelmezi, és ebből adódóan a jelenlegi működési formája, amelynek hatáskörét folyamatos rendeleti változtatások nehezítik, nem életképes. Az viszont már bizonyított tény, hogy egy új munkakultúra megteremtésére alkalmas. A mai egészségügyi alapellátás számos problémája közül elég újból hivatkozni a házi orvosok létszámára, életkorára, a betöltetlen körzetekre vagy a modernizációt akadályozó finanszírozási gondokra, és nem utolsósorban az egészségügyi ellátásból kimaradók problémáiból adódó veszélyekre. A továbblépés lehetőségének és a reformok szükségességének koncepciót mára általános egyetértés fogadja, de értelmezéséről, feltételrendszeréről még mindig nincs egyetértés. Ezért érdemes a két alaptípus különbségére még egyszer felhívni a figyelmet. A praxisközösségek tagjai –amennyiben nem vállalnak többlétszolgáltatást- ugyanazon tevékenységet végzik. A reform kiinduló pontját, az alap- és a szakellátás részleges együttműködését, a többlétszolgáltatást, ugyanazon humán erő támogatásával a csoportpraxis láthatja el, ahol különböző plusz szakképzettséggel rendelkező, szakorvosi végzettségű házi orvosok működnek együtt.

A házi orvosok együttműködése szempontjából a legfontosabb reformkísérlet az EFOP-1.8.0-VEKOP-17 Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése, amelyhez annak idején a válaszadók 13%-a (40 fő) csatlakozott. A Három generációval az egészségért program

I-ba 26 fő (11%) és II.-ba 23 fő (9%) és mind a két három generáció programba egy fő csatlakozott. Fel kívántam tární a megelőző praxisközösségi tagság és a jelenlegi tagság közötti összefüggést. Úgy gondoltam, hogy a korábbi tagság pozitív irányban befolyásolja a jelenlegi tagsággal kapcsolatos attitűdöt. Hipotézisemet el kellett vetnem, mert semmilyen összefüggés nincs a két változó között (X^2 (df=8, N=247)=20,348, $p=0,009$).

A praxisközösségek jelenleg hatályos formáiról a válaszadók korcsoport és praxisközösséghez való viszonya alapján kívántuk bemutatni a helyzetet, amelyből sajnos a hiányos válaszok miatt a válaszadók 3,2%-át hagytuk ki (16. táblázat). A 247 válaszadó jelentős része, 57,5%-a vezetőként vagy tagként szoros-praxisközösségi konzorciumhoz, 33,5%-uk laza-kollegiális praxisközösséghez csatlakozott. A praxisközösséghez nem csatlakozó 6,1% válaszadó háziorvosból 3,6% 50 év feletti.

24. táblázat A válaszadók praxisközösséghez való viszonya a korcsoportonkénti megoszlásban

	Korcsoport					
Praxisközösséghez való viszony	-39	40-49	51-59	60-69	70-	Végösszeg
Praxisközösségi konzorciumvezető vagyok.	0,8%	5,3%	5,3%	4,5%	0,0%	15,9%
Szoros-praxisközösségi konzorcium tagja vagyok.	2,4%	7,8%	15,9%	12,2%	3,3%	41,6%
Szoros-integrált praxisközösség tagja vagyok.	0,4%	0,8%	0,8%	0,4%	0,0%	2,4%
Szoros-egyesült praxisközösség tagja vagyok.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%
Laza- kollegiális praxisközösség tagja vagyok.	2,4%	4,9%	11,0%	9,8%	5,3%	33,5%
Dolgoztam már praxisközösségben, de jelenleg most nem vagyok tag.	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,8%
Nem vagyok praxisközösség tagja, de tervezem a csatlakozást.	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Nem vagyok tagja és nem is tervezem a praxisközösséghez való csatlakozást.	0,4%	1,2%	1,6%	0,4%	1,2%	4,9%
Végösszeg	6,9%	20,4%	34,7%	27,3%	10,6%	100,0%

Forrás: saját szerkesztés

A felméréskor egy többválasztásos kérdést fogalmaztunk meg azzal kapcsolatban, hogy mi motiválta a válaszadót a praxisközösséghez való csatlakozás során. A válaszadók 30% a

szakmai fejlődést, 35,2% a közösséghez tartozást, 47,4% a betegek érdekében és 82,2% az anyagi érdekekben történő csatlakozást is megjelölte.

Az alábbi ábra a praxisközösséghez való jelenlegi viszony és a praxisközösségi forma hatékonyságról alkotott vélemény közötti kapcsolatot mutatja. Összességében a 244 fő válaszadó 41,5 %-a ítélte hatékonynak a jelenlegi praxisközösség működését. A praxisközösséghez tartozás alapján még a praxisközösségi konzorciumvezetők számára sem volt egyértelműen kijelenthető, hogy hatékonynak tekintenék ezt a működési formát. A nem csatlakozók nem tartják hatékonynak a praxisközösséget. Az adatok alapján talán a szoros-praxisközösségi konzorcium tagok nyilatkoztak a legoptimistább szemlélettel ebben a kérdésben.



23. ábra Hatékonynak tartja-e a praxisközösség jelenlegi formáját?

Forrás: saját szerkesztés, N= 244 Fő

A praxisközösséghez való kapcsolat és a korcsoport között, valamint a praxisközösséghez való kapcsolat és a körzettípusok esetében sem tudtunk összefüggést kimutatni.

A praxisközösségben elvállalt vezetői/tagi besorolás és a korcsoport, valamint praxisközösségben elvállalt vezető/nem vezetői besorolás és a körzettípus vizsgálatánál sem látható érdemleges összefüggés.

A praxisközösséghez való jelenlegi viszony és a korábbi praxisközösségben való részvétel, valamint a praxisközösségben elvállalt vezető/nem vezetői szerep és a korábbi praxisközösségben való részvétel között sincs kimutatható összefüggés.

A válaszadók 38,3% csatlakozott már korábban valamely formában praxisközösséghez. Azt szeretnénk volna bizonyítani, hogy a 2021. előtt létrejött praxisközösséghez való tartozás/nem tartozás van-e valamilyen összefüggésben a praxisközösséghez csatlakozási szándék

motivációs tényezői között. Azt tapasztaltuk, hogy sem a szakmai fejlődés, sem a közösséghez tartozás, sem a beteg érdek, de még az anyagi előnyök sem mutattak összefüggést a csatlakozással kapcsolatban.

Az új praxisközösségi forma esetében ellenben az anyagi érdek már szignifikáns kapcsolatot (X^2 (df=1, N=230)=6,206, $p=0,013$) mutatott a csatlakozás és az anyagi érdekből történő csatlakozás között.

A kutatás egyik fő kérdéskörét ahhoz a feltételezéshez igazítottuk, hogy a háziorvosok felkészültsége lehetővé tenne-e egy bővíthető szolgáltatási struktúrát, amivel az alapellátás mellett bizonyos járóbeteg ellátás is átvehető lenne. Ezáltal a körzetekben dolgozó praxisközösségek szakmai tevékenysége bővülne, csoportpraxis jellegűvé válhatna. Ennek során a mellettük dolgozó paramedikális szakemberek számának és képzettségének növelésével komplexebb egészségügyi szolgáltatás kialakítása valósulna meg, miközben a körzeti orvosok elismertsége, szakmai presztízse, a hozzájuk tartozó betegek ellátása javulna. Az adatok jól illusztrálják, hogy az érintettek szerint még ebben a válságos időszakban is lehetőséget látnak egy komolyabb strukturális és működési reformra.

A háziorvosi ellátás során a betegellátás sikeressége érdekében elengedhetetlen a jó munkahelyi légkör, a hatékony együttműködés és az egymás közti kommunikáció és a konfliktusok kezelése (Csupor, és mtsai. 2017).

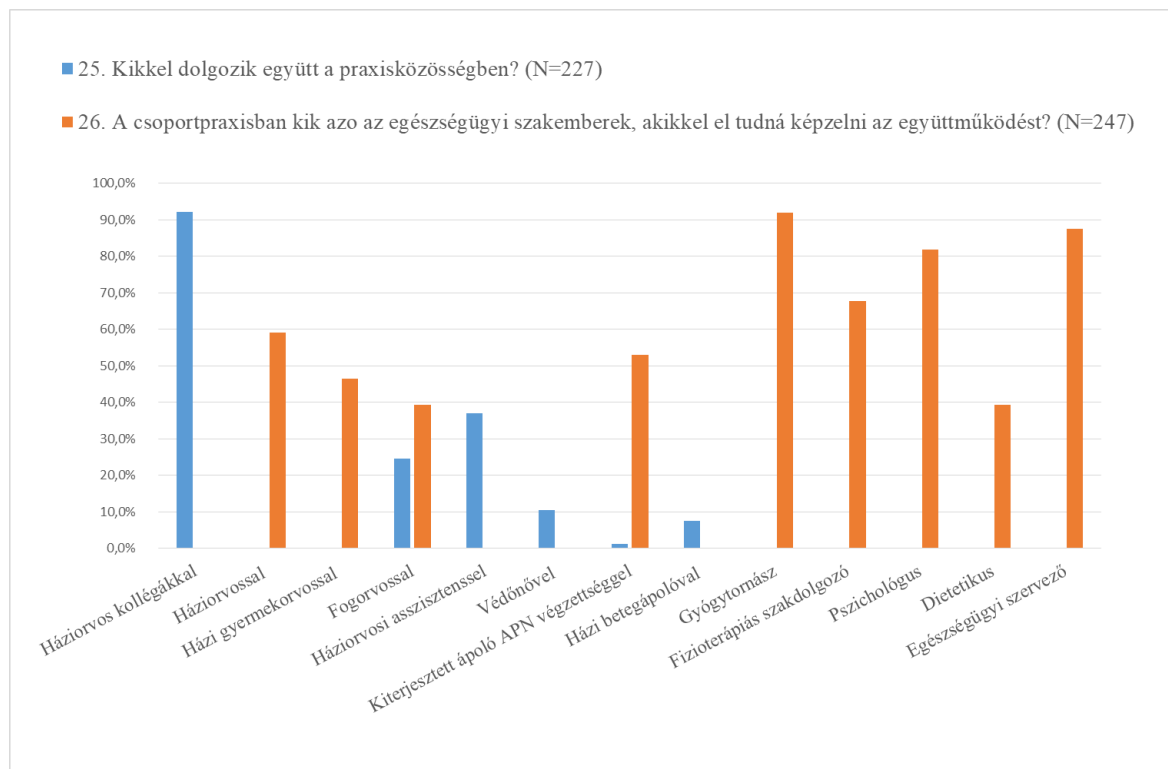
A háziorvosi ellátás alapvetően kétszereplős szervezetekben valósul meg. A válaszadók 60%-a, 35%-a két egészségügyi dolgozóval oldja meg a napi feladatellátást. Az alkalmazottak két harmada OKJ-s gyakorló ápoló végzettséggel rendelkezik, de jelentős mértékű, a válaszadók közel egynegyede (24 %) felsőfokú végzettségű szakemberrel dolgozik együtt.

A kollegiális együttműködés jegyében azt vizsgáltuk, hogy jelenleg praxisközösségben kikkel dolgoznak együtt, illetve csoportpraxisban kikkel szeretnének együtt dolgozni.

A válaszadók szinte teljes mértékben (95 %-os támogatás) egyetértenek azzal, hogy az állam anyagi támogatást nyújtson a személyzet jövedelmének igazításához, amennyiben a csoportpraxisban is többlétszolgáltatásokat biztosít a praxis.

A reformhoz szükséges központi támogatás ezen kívül még két fontos okból is szükséges. A plusz szakellátási központ kialakításának a költségei, nemcsak bér, hanem fenntartási és fejlesztési költségekkel is járnak. Ma már a korszerű diagnosztikai műszerek megléte alapvető feltétel, ugyanakkor ezek piaci viszonyok közötti beszerzése a jelenlegi finanszírozás mellett nem lehetségesek. A magánellátásban is korlátozottak a nagyobb értékű eszközök megléte, de a képalkotó diagnosztika alaplászerei még a kórházakban is hosszú várólistát eredményeznek,

ezek nélkül viszont a működés nem lehet hatékony. Meg kell oldani ezeken túl az internetes együttműködést is, amelyben szabályozott módon, nemcsak az EESZT adataihoz, hanem a diagnosztikai és a terápiás együttműködéshez is lehetőséget kapnak a csoportpraxisban rendelő szakemberek.



24. ábra A praxisközösségben jelenleg együtt dolgozók (N=227) és a csoportpraxisban tervezett háziorvosi-szakdolgozói együttműködési hajlandóság (N=247)

Habár a praxisközösség és a csoportpraxis létjogosultságával a háziorvosi szakmából nem ért mindenki egyet, de a véleményformálási jogával majdnem minden válaszadó élni kívánt a témával kapcsolatban. A háziorvosokon és fogorvosokon kívül a csoportpraxisban leginkább a gyógytornász (91,9%), egészségügyi szervező (87,4%), pszichológus (81,8%) és a fizioterápiás szakdolgozó (67,6%) kollégákkal szerettek volna együtt dolgozni a kérdőívezés időszakában. A pandémia időszakában más igények jelentkeztek, de a háziorvosok részéről egyre nagyobb igényként jelentkezik a kiterjesztett hatáskörű ápoló, APN végzettséggel rendelkező szakdolgozók foglalkoztatására. A pandémia bizonyította, hogy hasonlóan a sürgősségi ápolók triage rendszerbe való beillesztéséhez, illetve az ügyeleti rendszerben történő alkalmazásához, az ÁPN ápolók szakképzettsége jogot kap arra, hogy bizonyos feladatok ellátását átvehesse a háziorvostól.

A kérdőív 27. kérdése alapján a válaszadók megfogalmazhatták, hogy a 16. ábrán megjelenített szakmákon kívül kiket javasolnának a csoportpraxisban történő részvételre. A javaslataik

különböző kombinációkban érkeztek, amelyeket 2 csoportba soroltam. Egyrészt orvosszakmai ajánlásokat fogalmaztak meg: belgyógyász, diabetológus, endokrinológus, gastroenterológus, reumatológus, pszichiáter, neurológus, radiológus, kardiológus, pulmonológus, oxiológus, fül-orr-gégész, szemész, onkológus. Másrészt mentálhigiéniai szakember, sebkötözős nővér, védőnő, szociális ápoló, szociális munkás, logopédus, gyógymasszőr, népegészségügyi koordinátor, prevenciós nővér, egészségügyi közgazdász, konduktor, szoptatási tanácsadó, telemedicinális, (informatikában jártas) munkatárs, ellátásban járatos szakasszisztens, betegszállító, alkalmazására lenne igény.

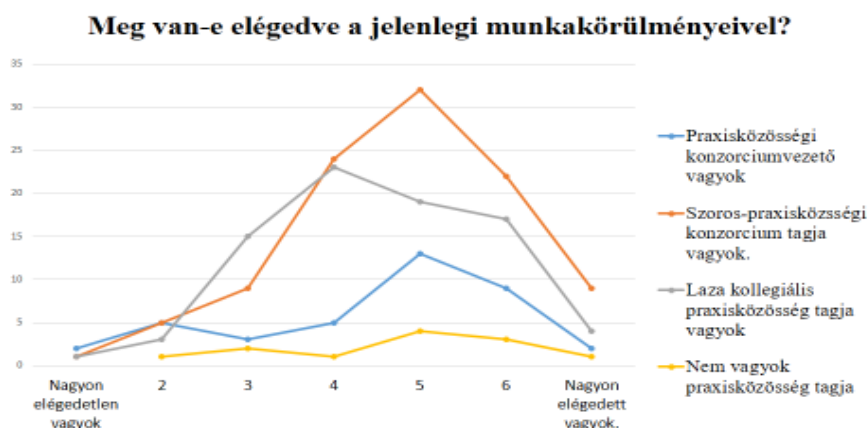
4.4.7. A munkahelyi elégedettség és szakmai motiváltság

A 20. század első felében kezdődtek olyan szociológiai kutatások, amelyek az egyes szakterületeken dolgozók hivatástudatát, annak motivációit kezdték kutatni, és így az orvosi hivatás elemzését is vizsgálták. Mint minden hivatás elemzésénél, itt is a hivatás legfőbb jegyeit, funkcióját gyűjtötték össze, de ezen a területen ez kevésnek bizonyult. Irvine (1966) hívta fel a figyelmet az orvosi hivatásnak a különleges autonómiájára, amely túlmutat a funkcionális szempontokon, és az orvosi hivatás gyakorlásának a szakmai és a szervezeti elköteleződését három új tényező vizsgálatával egészítette ki. Ezek a szakértelem, az etika és a szolgálat. Újabb szempontokkal kiegészülve napjaink kutatásainak is kiemelt területévé vált az egészségügyi dolgozók motiválásának, ösztönzésének a kérdése. Nevezetesen a túlterhelés, a kiégés és a foglalkozásból adódó szerepkonfliktusok hogyan hatnak az egészségügyi dolgozókra, okoz(hat)nak-e kiégési, pszichés és szomatikus elváltozásokat. A kiemelt presztízsű hivatást választókat ez különösen sújthatja, mert súlyos bizalomvesztést okoz az a hiba, amit másnál természetesnek tart a közösség. „Azoknak a csoportoknak, akik magas társadalmi presztízsre tartanak igényt, speciális életformát kell megvalósítani.” – vonta le a következtetést (Feith, 2008: 13).

A kérdőívem összeállításánál rákérdeztem a szervezeti-szakmai problémáikra, mennyire kötődnek a munkájukhoz, mit tartanak a legfontosabb változtatandónak, mennyire nyitottak a fejlesztésre. stb.

A válaszokat részben a munkával kapcsolatos egyéb kérdésekre kapott válaszokban kaptuk meg, másrészt a szolgálati elköteleződést az egy munkahelyen töltött hosszú szolgálati idővel bizonyították a válaszadók. Különösen erős motiváltságot mutat a pandémia alatti háziorvosi szolgálat teljesítése, amelyet kezdetben önerőből, a telemedicinális eszközök gyors alkalmazásával láttak el. Nem volt olyan, aki megtagadta volna ebben az időben a szolgálatot.

A jelenlegi munkahelyi elégedettségről készített összesítés azt mutatja, hogy vannak feszültségek a munkakörülmények megítélésénél.



25. ábra A praxisközösséghez való tartozás és a munkakörülményekkel való elégedettség viszonya

Forrás: saját szerkesztés

A 25. ábra adatainak értelmezéséhez érdemes figyelembe venni, hogy 2020-ban a C. számú törvény változtatta meg az egészségügyi dolgozók jogviszonyát, elvesztették közalkalmazotti státuszukat, 2021-ben pedig az 53/2021-es Korm. rendelet szólt arról, hogy milyen típusú praxisközösségekbe kérhetik magukat. A praxisközösség ebben a rendeletben tulajdonképp csak homogén praxisok társulási formáiról rendelkezett, amiben a legerősebb választást befolyásoló tényező a támogatások mértéke volt. A 2022-es adatgyűjtés alapján készített 17. ábrán tehát a jelenlegi praxisközösségi formák és az ezzel való elégedettség jelenik meg. Jelentős eltérések mutatkoznak, ami feltehetően abból adódik, hogy a választás kényszere ellenére volt egyfajta remény a támogatások javulásában, de ez csak a közepes elégedettséghez volt elegendő.

A 25. táblázat nem, körzettípus, családi állapot és a mindent figyelembe véve mennyire elégedett a háziorvosi munkájával kérdéseket vizsgáltuk meg klaszterelemzés segítségével.

25. táblázat Klaszterelemzés a válaszadók körzettípus, nem, családi állapot és munkával való elégedettség szerint

ANOVA						
	Cluster		Error			
	Mean Square	df	Mean Square	df	F	Sig.
Zscore(v8)	21,372	2	,831	242	25,703	<,001
Zscore(V2)	51,355	2	,584	242	87,965	<,001
Zscore(v4k)	3,920	2	,968	242	4,049	,019
Zscore(v121)	67,560	2	,456	242	148,177	<,001

The F tests should be used only for descriptive purposes because the clusters have been chosen to maximize the differences among cases in different clusters. The observed significance levels are not corrected for this and thus cannot be interpreted as tests of the hypothesis that the cluster means are equal.

A klaszterelemzéshez tartozó ANOVA tábla alapján megállapítható, hogy a klaszterek közötti különbségeket elsősorban a Mindent figyelembe véve mennyire elégedett a háziiorvosi munkájával? (v121) és az Ön neme (v2) változók határozzák meg, melyek F értékei kiemelkedően magasak (148,177, illetve 87,965), és szignifikanciaszintjük 0,001 alatti. Mellettük a körzettípus (v8) is hozzájárult a klaszterek elkülönítéséhez (F=25,703;p<0,001) míg a házasságban, kapcsolatban élő/partneri kapcsolat nélkül élő (v4k) változó F értéke alacsonyabb (4,049;p=0,019), így csak csekény mértékben játszott szerepet a csoportok létrehozásában, tehát az utóbbi két változó csak marginális jelentőséggel bír a klaszterek értelmezésénél. Összességében tehát a klaszterek értelmezésénél a v121 és a v2 változókra érdemes koncentrálni, míg a v8 kiegészítő, a v4k pedig marginális jelentőséggel bír.

A munkahelyi elégedettséggel kapcsolatos klaszter elemzése

A már ismertetett adatok alapján klaszterelemzést végeztünk, amelynél 3 klasztert alakítottunk ki. A munkahelyi elégedettséggel kapcsolatban 3 klaszter került kialakításra: az 1. klaszterbe 38 háziiorvos került be, akik döntő többségében házasságban élő felnőtt és gyermek körzetben dolgoznak, többségükben nők (68%), és inkább nincsenek megelégedve a háziiorvosi munkájukkal. A 2. klaszterbe 86 fő tartozik, akik jellemzően házasságban/ párkapcsolatban élő férfiak (85%), felnőtt körzetben dolgozó háziiorvosok. akik nagyon meg vannak elégedve a munkájukkal. A 3. klaszterbe 61 háziiorvos került, akik jellemzően vegyes háziiorvosi körzetben (61%) dolgoznak, házasságban élnek és nagyon meg vannak elégedve a munkájukkal.

4.4.8. Szemelvények a szabadon megfogalmazott véleményekből

A kérdőívben tartalmazott olyan kérdéseket, amelyre szabadon megfogalmazott véleményeket írhattak, és ezekben a javaslatoktól a bírálatig, az észrevételektől a minősítésig sokféle választ kaptam. Ezek elemzésére majd egy külön tanulmányban szeretnék kitérni, hiszen az érintettek

elköteleződését bizonyítja, hogy az anonimitást sok esetben megtörve számos olyan észrevételt kaptam, amelyek bírálatot, kiábrándultságot, elkeseredést sugalltak. Néhány példa:

- *A háziorvosi alapellátás fontos része az egészségügyi ellátórendszernek, az elsődleges, személyes és folyamatos ellátás biztosításán túl fontos gatekeeper funkciót is betölt. A háziorvosi rendszerbe kerülés meglehetősen körülményes, ez tovább nehezíti az utánpótlást az egyébként is alacsony motivációjú, kevésbé vonzó ágazatban. A háziorvosok öregedési üteme meghaladja a társadalom öregedési ütemét, az ellátásban hatalmas generációs hiány mutatkozik. Az ágazat munkaerőhelyzetét tovább nehezíti a külföldön munkát vállaló háziorvosok kilépése a rendszerből, ráadásul számuk és a változásuk mértéke megjósolhatatlan, utánpótlásuk tervezhetetlen. A háziorvosi rendszer a praxisszámot és szerkezetét tekintve jelenlegi formájában fenntarthatatlan, demográfiai jellemzői következtében 10-15 éven belül összeomolhat, a praxisok 40-60% ellátatlanná válhat. Az egészségpolitikának elodázhatatlan feladata az utánpótlás biztosításának vagy a rendszer átalakításának kidolgozása. A praxisok betöltetlenségének egyik fő oka az elégtelen finanszírozás.*

- *Ennyi orvossal sokkal több beteget nem lehet ellátni, akármilyen néven is nevezik a különböző formációkat, a szakemberek száma attól nem nő.*

- *Azért nem vagyok szoros praxisközösség tagja, mert nem volt 5 kolléga, aki vállalta volna, és igazuk volt, mert a feltételeket nem közölték előre. Az eltelt idő alatt megváltozott a véleményem, már nem is akarok szoros praxisközösség tagja lenni, nem szeretnék kötelezően beléptetve lenni semmibe. Sok sikert kívánok a munkájához! Hozzon nekünk és a magyar embereknek jót! Tisztelettel: dr. névvel aláírva*

- *Szélesíteni kellene az egészségügyi szakdolgozók kompetenciáját is, hiszen tapasztalataim szerint a háziorvosi rendeléseken megjelenő páciensek zöme nem igényel(ne) közvetlen és személyes orvosi közreműködést. Ezzel párhuzamosan széleskörű beteg edukáció is szükséges, el kell fogadtatni a páciensekkel is, hogy nem igényel minden egészségügyi probléma orvosi ellátást. Megfelelő számú és kompetenciájú szakdolgozó bevonásával csökkenteni lehetne a szükséges orvosi létszámot is, hiszen ezen kompetens szakdolgozói kar számos páciens ellátását és gondozását el tudná végezni. Növelni szükséges az adminisztratív feladatokat ellátó személyek számát, a háziorvos feladatkörét az orvosi teendőkre kellene mérsékelni, kompetenciáit újragondolni – a jelenlegi tendenciával ellentétben – szélesíteni, bővíteni, szakmai-tartalmi szempontból pontosítani. A náthát kezelő, beutalókat és útiköltség-utalványokat gyártó tevékenység demotiváló,*

érdektelenséget okoz, hozzájárul a mielőbbi kiégéshez, nagymértékben növeli a szakmai hibázás lehetőségét, rontja az ellátás minőségét, biztonságát és hatékonyságát.

- A megfelelő földrajzi elhelyezkedésű és elegendően nagy páciensszámú praxisokból álló szolgáltatói hálózat kialakítása, valamint a kellő számú és szakmai összetételű egészségügyi személyzet biztosítása lehet a hatékonyan működő, a társadalom számára igazságos és méltányos ellátást biztosító alapellátás letéteményese.

- 20 éve mondjuk, a belgyógyásznak ne kelljen elküldeni a beteget javaslatért más szakorvoshoz, ha saját hatáskörben is megoldható lenne. Diabetes kezeléshez csak a metformin van korszerű gyógyszer a háziorvos kezében. Kapacitás fejlesztése: labor vizsgálatra is kb 2 hét az előjegyzés. UH-ra 2 hónap. Kicsi a rendelő területe, nincs lehetőség a betegnek vetkőzésre, nincs külön adminisztrációs hely. Nem lehet elválasztani a fertőzött a kontrollós (pl. hypertoniás) betegektől.

- Azonnal lehetőséget kell adni azon szakellátási tevékenységek - diagnosztika/kezelés biztosítására pilot jelleggel az erre jelentkező praxisoknak, mely járóbeteg ellátásban sem igényel különleges infrastruktúrát, vagy ahol az adott tevékenységhez a szükséges infrastruktúra rendelkezésre áll és az aktív szakvizsgálókkal/licence-ekkel rendelkezik a praxis orvosa.

- Tudomásul kell venni a területi különbségeket és semmit nem szabad erőltetni, idős kollégákat, ha valamire kényszerítik, elvesztik őket, pedig nagy szükség van mindenkire, a vidék komoly gondban van! Szigorúan a szakmával egyeztetve szabad a rendszerhez nyúlni!

- Rengeteg terhet leveszünk a fekvőbeteg ellátás válláról, sokkal jobb személyesebb a beteggel a kapcsolat, ismerjük a beteg kórtörténetét, ami sokat segít a diagnosztizálás és a kezelés folyamán.

Az eredmények összegzése talán nem mutatja azt a sok szervezési problémát, amelyet a kérdőívek célszemélyekhez való juttatása igényelt, és bármilyen gondosan is készült a felmérés, talán lehetett volna az egyes területeket még külön is vizsgálni. A személyes találkozások, interjúk száma nem érte el a tervezettet, számos esetben csak telefonos beszélgetésre volt mód, ennek ellenére azt gondolom, hogy mind a téma, mind a válaszadók válaszainak a komolysága aktuálissá, indokoltá tette a kutatást, és folytatásra ösztönöz.

5. A hipotézisek vizsgálata

Az egészségügyi ágazatban több évtizede változásért, reformokért szólaltak fel a szakértők, és nemcsak hazánkban, mivel globális problémaként jelentkezett, mert az egészségipar és a különböző informatikai eszközök termékeinek alkalmazása megkérdőjelezte, hogy a biztosításon nyugvó finanszírozási rendszerek képesek-e fenntartani magukat. A Covid járvány erősítette fel azokat a válságjeleket, amelyek az egyes országokat különbözőképpen érintették. Magyarországon számos társadalmi, szakmapolitikai vita előzte meg a reformok kidolgozását, és több, részeredményeket hozó, de az egészségügyi ellátást továbbra is nehezítő rendszer megváltoztatásának az igénye az elmúlt években gyorsult fel, és társadalmilag elfogadottá vált. A rendszerváltás óta történt változások közül az első, és máig működő döntés a házi orvosok vállalkozó orvossá válásának az engedélyezése. Úgy tűnt, az alapellátás hosszú ideig képes lesz a társadalom legszélesebb rétegeiben a gyógyítás mellett a népegészségügyi feladatokat is ellátni. Ez alapozta meg azt a Kincses Gyula által képviselt koncepciót, hogy az egészségügyi ágazat reformját az alapellátás és a szakellátás közötti együttműködésből érdemes indítani. A doktori kutatásom témáját, ami az egészségügyi ágazat szervezetfejlesztésének az alternatíváit kívánta feltárni, szintén ebből a koncepcióból merítettem.

H1. Feltételezem, a magyar egészségügy szervezetfejlesztését az alap- és szakellátás kombinálásával, a csoportpraxis keretei között egy új működési szabályozással lehet elkezdeni.

Az első hipotézisem megfogalmazásánál épp azt kívántam megvizsgálni, hogy valóban alkalmas-e az alap- és a szakellátás kombinációja arra, hogy jó alapot adjon arra, hogy a legszélesebb társadalmi rétegek ellátásban ne alakuljon ki válság. A kutatási kérdéseimre kapott válaszok szerint maguk az érintettek is úgy érzik, hogy a házi orvosi szolgálat korszerűsíthető, de nincs közmegegyezésen alapuló stratégiája a magyar egészségügyi ágazatnak. Az alapkoncepciót félreértelmező praxisközösségi formákat legtöbbször anyagi okokból, illetve praxisuk megőrzésének a védelmében választották, de a szakellátást ezek nem könnyítették meg. Az is kiderült, hogy a területi egyenlőtlenségek és a megüresedett praxisokban élők ellátása érdekében kompetencia bővítésre és nagyobb létszámú paramedikális személyzetre (egészségügyi szakdolgozókra) tartának igényt. Ennek az igényét az a szakmai vélemény is alátámasztja, miszerint a lakosság egészségi állapotának a megítélésénél egyik fontos kritérium, hogy milyen az ellátáshoz való hozzáférés, milyen a gyorsasága, azaz mennyi idő alatt ér el a

megfelelő kezeléshez, hiszen a hozzáférési különbségek az életkilátás és az életminőség esélyeit is jelentik (Abel-Smith 1992). Noha a reform megvalósíthatóságában vannak kétkedők, akik úgy vélik, hogy a jelenlegi körülmények között ez nem fog megtörténni, elviekben egyetértenek azzal, hogy az alap- és szakellátásban a háziorvosok részvétele, amennyiben erre infrastrukturális és anyagi támogatást kapnak, eredményes lehet.

Mindezek alapján az első hipotézisemet a felmérés alapján igazoltnak tekintem.

H.2. Feltételezem, hogy a szervezeti átalakításra a magyar egészségügy emberi erőforrás felkészültsége/kapacitása alkalmas, amit az érintettek befogadó készségének, felkészültségének, működési körülményeinek a vizsgálatával kívánok bizonyítani.

Ennek a hipotézisnek az igazolásához az szükséges, ami a reformok megvalósíthatóságának a szubjektív feltétele is. A szakellátásba való bekapcsolódáshoz, az új működési formához szükséges szakmai felkészültséget a további szakképesítések garantálhatják. Amennyiben a háziorvosok többsége rendelkezik valamilyen plusz szakvizsgával, illetve nyitott ilyen megszerzésére, úgy ezen tudás kamatoztatására több lehetőség is nyílik, aminek várható előnyei: nő a betegelégedettség, csökken a betegek szakorvosi ellátására vonatkozó várakozási ideje, plusz bevételt szerezne a háziorvosi praxis a NEAK-tól, nőne a háziorvosi praxisok presztízse és jövedelme. A WHO a pandémia utáni konszolidálásra azt ajánlotta, hogy a kormányok fordítsanak plusz 1 százaléknyi GDP-közkiadást az alapellátás megerősítésére. Ez csak ajánlás, de meggondolandó, mert jó befektetésnek bizonyulna.

A vizsgálat válaszadóinak 3,2%-a még nem rendelkezett szakvizsgával. 80,6%-uknak a válaszadás pillanatában érvényes volt minden szakvizsgája. 6,9%-nak nem volt minden szakvizsgája érvényes, ellenben hajlandóságot mutatott a meghosszabbításra, és vannak olyanok, akik már nem akarják megújítani a szakképesítésük gyakorlásának az érvényességét. Ez feltételezhetően a legidősebb korosztály álláspontja. A szakvizsgák jellege természetesen egyedi struktúrákat mutat, ezért bevezetésként pilot rendszert lenne érdemes alkalmazni, de a személyi feltétel alapján adott és fejleszthető.

Az országos adat, mint láttuk magasabb, de szakképzettség bővítésére ösztönözni lehet a háziorvosokat, és ha a háziorvosok 50%-a alkalmas a szakellátásban is dolgozni, sőt van akinek 3-4 szakvizsgája is van, akkor a csoportpraxis megteremthető.

Mindezek alapján a második hipotézisemet igazoltnak tartom.

Mindkét hipotézis igazolása azonban csak akkor válik ténylegesen használhatóvá, ha már elkészülne egy komplex stratégiai terv, amely hosszabb távra és megfelelő garanciákkal ösztönözné az amúgy is leterhelt háziorvosokat, hogy ehhez a szakmailag megtisztelő, de többletmunkával járó feladathoz erkölcsi, szakmai és anyagi támogatást kaphatnának.

5.1. Következtetések

Besze (1998) alapján 1985-ről 1995-re 19% emelkedést követően 1998-ban érte el a csúcspontját a háziorvos és házi gyermekorvosok száma, ekkor együttesen 6780 orvost tartottak nyilván, de ezt követően csökkeni kezdett a számuk, s ezt a trendet meg kell valamilyen módszerrel állítani. Leginkább a szervezetfejlesztésbe, a napi működésük változtatásába történő bevonással.

Nem találták hatékonynak a praxisközösséget, a reformkoncepciók közül is leginkább a MOK állásponja szerint és leginkább az egészségügyi dolgozók motiválása ösztönzése, valamint a finanszírozás javítását kívánják elérni.

A 40-59 év közötti korosztály magas arányú mintában való részvétele arra enged következtetni, hogy a válaszadók pozitívan élték meg a kutatási kérdéssel kapcsolatos érdeklődésünket és késztetést éreztek a vizsgálat eredményessé tételében. Megállapításra került, hogy a vegyes és gyermekkörizetként a válaszadók közel fele hatvan év feletti, de a felnőtt körzetekben jellemzően ez alatti életkorú háziorvosok dominálnak.

A válaszadók körzettípus szerinti megoszlása a háziorvosok hagyományos működési formájaként kialakuló körzetek dominanciáját mutatja, aminek az is oka, hogy a kisebb településeken kevés vagy inkább nincs is gyermekorvosi praxis.

A válaszadók közel kilencven százaléka egyéni vagy társas vállalkozás formájában látja el háziorvosi feladatait. Ez megfelel a rendszerváltás után jellemző folyamatnak, amelynél a privatizáció hatására a közalkalmazotti formáról a háziorvosok jelentős része áttért a szabad, saját maga által szabályozott vállalkozói életre. A kutatás bebizonyította, hogy a feladat ellátásához megválasztott működési forma független a válaszadó életkorától.

A már ismertetett praxisközösségi formák és a hozzájuk kapcsolódó jogi, finanszírozási feltételek alapján az érintettek az érdekeik szerint választották meg a nekik legalkalmasabb formát, aminek bevezetéséhez egyelőre nem kapcsolódtak a működési feltételek javításának a konkrét stratégiai koncepciói. Nem csoda, hogy a válaszok nem bizonyítják ezeknek a formáknak a széleskörű elfogadottságát.

A kutatás eredményeit olyan szempontok alapján is lehetne értékelni, hogy az alapellátásban dolgozók között lehetnek feszültségek, sérelmek, sőt ellentétek is, valójában ők azok, akik

képesek lehetnek az őket nem kellően értékelő rendszerrel szemben olyan kooperációra, amely hasonlatossá válhat a legerősebb sztrájkok vagy krízisek hatásaihoz, másfelől egymással történő kooperációjuk olyan erős érdekszövetséget teremthet, ami erős alapja lehet az érdekérvényesítésnek, és elvezethet az ágazat egészének a megújulásához. Az ilyen erős végleteket az orvosi hivatás évezredes esküje eddig elképzelhetetlenné tette, és talán nem is az orvosok, hanem az őket hiányolókat, a betegek érik majd el, hogy az egészséget, mint az élet egyik legfőbb értékét megbecsülésben szolgálhassák. Az orvosok nem érzik a megbecsülést.

A háziorvosok nem értenek egyet a rengeteg adminisztrációval és kötelező jelentés készítésével, ezért minden módszerrel segíteni kell az adminisztráció csökkentését az egészségügyi ellátórendszer minden területén. A tartósan szedett gyógyszerek három hónapra elegendő felírása is egy ilyen kezdeményezés. Az ausztrál háziorvosok a készlethiány megelőzésére 2020. elején egy receptre csak egy havi mennyiséget írhattak fel, de a 49-es rendeletszámra hivatkozva akár egy évi gyógyszer mennyiséget is, mivel így kívánták segíteni az önkéntes karaténban élő veszélyeztetett betegeiket (Liotta 2021).

A háziorvosi ellátás során a betegellátás sikeressége érdekében elengedhetetlen a jó munkahelyi légkör, a hatékony együttműködés és az egymás közti kommunikáció és a konfliktusok kezelése (Csopor, és mtsai. 2017). A másokra való odafigyelés, magunk és mások értékelése rendkívül fontos egy szervezet működtetése szempontjából, mivel az a vezető, aki értékeli a munkatársait, a manipuláció és az irányítás helyett motiválja őket (Maxwell 2019).

A háziorvosi szolgálat vezetőjeként, illetve praxisközösség vezetőjeként a munkakapcsolat elején definiálni kell az elvárásokat, ezzel az együttműködés nagyobb eséllyel lesz működőképes. Az elvárások kinyilatkoztatása nélkül a vezető saját magának és munkatársainak is csalódást fog okozni a nem teljesült elvárások miatt, mert a feltételezések, hogy a munkatárs magától is kitalálja az általa megoldandó feladatokat, nem minden esetben teljesül (Maxwell 2019).

„A csapat pár emberből áll, akik egymást kiegészítő készségekkel bírnak, egy közös ügy mellett kötelezték el magukat, közösek a céljaik és közös a szemléletük, és mindezek terén kölcsönösen elszámoltathatóak” (Maxwell 2019, 189). Ezzel azt feltételezzük, hogy a csapattagok eltérő és ezzel együtt sokféle készséggel rendelkeznek.

A következetesség, a jellem, az önazonosság, a szakértelem és a bátorság együttes megléte megalapozza a vezető erkölcsi tekintélyét (Maxwell 2019).

A kollegiális együttműködés jegyében azt vizsgáltuk, hogy jelenleg praxisközösségekben kikkel dolgoznak együtt, illetve csoportpraxisban kikkel szeretnének együtt dolgozni.

A válaszadók szinte teljes mértékben (95 %-os támogatás) egyetértenek azzal, hogy az állam anyagi támogatást nyújtson a személyzet jövedelmének igazításához, amennyiben a csoportpraxisban is többlétszolgáltatásokat biztosít a praxis.

A reformhoz szükséges központi támogatás ezen kívül még két fontos okból is szükséges. A plusz szakellátási központ kialakításának a költségei, nemcsak bér, hanem fenntartási és fejlesztési költségekkel is járnak. Ma már a korszerű diagnosztikai műszerek megléte alapvető feltétel, ugyanakkor ezek piaci viszonyok közötti beszerzése a jelenlegi finanszírozás mellett nem lehetséges. A magánellátásban is korlátozottak a nagyobb értékű eszközök megléte, de a képalkotó diagnosztika alaplászerei még a kórházakban is hosszú várólistát eredményeznek, ezek nélkül viszont a működés nem lehet hatékony. Meg kell oldani ezeken túl az internetes együttműködést is, amelyben szabályozott módon, nemcsak az EESZT adataihoz, hanem a diagnosztikai és a terápiás együttműködéshez is lehetőséget kapnak a csoportpraxisban rendelő szakemberek.

A csoportpraxis kialakítása esetében a válaszadók fele, kétharmada elképzelhetőnek tekintette a vérvétel, a gondozott beteg kontroll vizsgálata, az otthoni betegellátás, a fizioterápiás ellátás, a járóbeteg ellátási feladat elvégzését. Ezek azok a szakmailag elvégezhető tevékenységek, amelyeket a praxisközösségen belül elvégezhető többlétszolgáltatással biztosítani tudnának. A vérvétel már szerepel a MOK díjtáblázatában, onnan nem fog kikerülni. Amennyiben a többi szolgáltatásért is fizetni kellene, akkor is inkább helyben vennék igénybe az ellátást. Várakozás – utazás – megkésett diagnózis – magánellátás, ördögi köre nélkül.

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat egészségügyi ellátásszervezőinek 2023. évi adatokra alapozott tapasztalatai alapján elég heterogén az egyes Máltai Egészségpontokhoz tartozó betegek esetében a kardiológiai szakrendelések várakozási ideje (18-172 nap). A 2023. március és május közötti ellátások esetében 48% laborvizsgálat, 8% ultrahangvizsgálat és 8% kardiológiai vizsgálat irányába adtak beutalót. 2023-ban a jogszabályi előírásokra ellenére sem fogadták még el a szakrendelők az eBeutalóról szóló nyomtatott igazolást, de ez mára

Lehet, ugyanaz az orvos látná el magánorvosként, vagy szakrendelő orvosaként, mint aki valójában a beteg háziorvosa. Miért nem látja el ingyen? Mert a csoportpraxist létre kellene hozni, megfelelő szervezeti, finanszírozási keretet adni. Most a magánellátásban szolgáltatási díjat kap, de a plusz munkáért miért ne kaphatna több bért!

Szükség lenne olyan önkéntes részvételen alapuló támogató csoportokra, ahol az adott témával kapcsolatban információmegosztás történik, aminek a praxisközösség dolgozói is aktív részvételükkel segítik a csoport munkáját.

6. Az értekezés új és újszerű eredményei

Az elmúlt évtizedek egészségügyi reformkoncepcióban az orvosok és különösen a praxisokban dolgozó háziorvosok számára az előírt kötelezettségek, teljesítendő jogszabályok születtek meg. A praxisok méretét és a finanszírozás anomáliáinak kérdéseiben sem kérdezték meg az érintetteket.

Új eredménynek tartom az értekezésemben leírt kutatásaim alapján, hogy:

1. az érintett háziorvosi réteg szubjektív véleményének a megkérdezésével feltárult, hogy alkalmasak és motiváltak egy új szervezeti struktúrában, kiterjesztett hatáskörrel dolgozni.
2. kiderült, hogy a területi és társadalmi esélyegyenlőtlenségek javítása és a megüresedett praxisokban élők ellátása érdekében kompetencia bővítésre és nagyobb létszámú paramedikális személyzetre (egészségügyi szakdolgozókra) tartanának igényt.
3. bebizonyosodott, hogy a nemzetközi szervezetek és jogszabályok lehetővé teszik, hogy a magyar egészségügyi rendszer átalakítását egy alulról indított, az alap- és a szakellátás kombinációján alapuló, területileg dekoncentrált, de a szakellátás központjaival együttműködő betegellátási rendszer nemzetközileg elfogadható, a hazai viszonyok között leginkább megvalósítható újítás lehetne.

Újszerű és alátámasztott eredményként sorolható megállapításaim:

1. Bizonyítást nyert, hogy a háziorvosok átlagéletkora a vizsgált mintában 55,6 év, ami közelíti a KSH adataiban megjelenő országos adatokat.
2. Bizonyítást nyert, hogy a háziorvos életkorának megfelelő korcsoport, továbbá a praxis körzettípusa nincs befolyással a praxisközösségben vállalt vezetői/tagi besorolásra., valamint a praxisközösségben vállalt részvétellel.
3. Bizonyítást nyert, hogy a háziorvos életkorának megfelelő korcsoport, továbbá a praxis körzettípusa nem volt hatással a praxisközösséghez tartozó jelenlegi viszonyára, illetve a praxisközösségben vállalt vezetői/nem vezetői szerepre.
4. Bizonyítást nyert, hogy a csatlakozással járó anyagi érdek jelentős befolyással bírt a jelenleg érvényben lévő praxisközösségekhez való csatlakozáshoz.
5. Bizonyítást nyert, hogy a korábbi praxisközösségi formában elvállalt tagság nem befolyásolta a jelenlegi tagság felvállalását. Továbbá bizonyítást nyert, hogy sem a

szakmai fejlődés, sem a közösséghez tartozás, sem a beteg érdek nem mutatott összefüggést a csatlakozással kapcsolatban.

6. Bizonyítást nyert, hogy a házi orvosok részéről igény mutatkozik a paramedikális szakemberek bevonására. A házi orvosi körzetekbe bejelentkezett páciensek ellátása újfajta team munkát igényel az egészségügyi ellátórendszerből.
7. Bizonyítást nyert, hogy a pandémia alatt kialakított telemedicinális ellátás bizonyos feladatok ellátása során megkönnyítette a házi orvosok tevékenységét. A feladatok számbavétele során azonban világossá vált, hogy ezt nem minden tevékenység esetén tartják megvalósíthatónak.
8. Bizonyítást nyert, hogy a házi orvosi szolgálat körzettípusa jelentős befolyással bírt a COVID-19 pandémia ideje alatt a közvetlen betegellátással kapcsolatos feladatokra (a betegség diagnosztizálása, a beteg gondozása, szűrése), de kevésbé játszott releváns szerepet az adminisztratív tevékenységekkel kapcsolatban. A házi orvos életkora csupán a telemedicinális konzultációra fejtett ki jelentős hatást, illetve a szolgáltató településtípusa csupán a gyógyszerfelírást és a betegbeutalást befolyásolta.

A haladó statisztikai elemzések eredményéhez hasonlóan a klaszter kialakításakor a körzettípus minősült erősen elkülönítő tényezőnek, de az átkódolt telephely változóknak is jelentős szerep jutott, míg az életkor közepes vagy elhanyagolható tényezőként vehető figyelembe.

Úgy vélem, hogy a kutatás eredményeképpen be sikerült bizonyítani, hogy egy alulról induló szervezetfejlesztés során meg van a házi orvosokban az akarat.

A szervezetfejlesztés során a motivációs rendszer kialakításakor jelentős befolyásoló hatása miatt figyelembe kell venni a körzettípust, a házi orvosi szolgálat településtípusát és a házi orvos életkorát.

A praxisközösségek létrejöttében a házi orvos életkorának van a legkisebb befolyásoló szerepe a szervezethez való csatlakozási döntés meghozatalakor. A jelenlegi rendszerben a házi orvosok megkérdőjelezzik a praxisközösségek hatékonyságát, hiszen nem részesültek az anyagi motiváció mellett másfajta ösztönzésben a praxisközösségi formához való csatlakozás során és sajnos azt követően sem. Nem látják a többlétszolgáltatások feltételeinek megteremtéséhez a támogatást, segítséget.

Minden hipotézis igazolása azonban csak akkor válik ténylegesen használhatóvá, ha már elkészülne egy komplex stratégiai terv, amely hosszabb távra és megfelelő garanciákkal ösztönözné az amúgy is leterhelt házi orvosokat, hogy ehhez a szakmailag megtisztelő, de többletmunkával járó feladathoz erkölcsi, szakmai és anyagi támogatást kaphatnának

7. Diskusszió

A doktori témám választásakor azt terveztem, hogy egy menedzsment aspektusú kutatással kezdem az egészségügy szervezetfejlesztésének a vizsgálatát. Úgy képzeltem, hogy a felismerhető problémák összegyűjtésével megszerkesztem azt a problématérképet, amely segíthet a szervezetfejlesztés igényének és lehetőségeinek a megtalálásában, és rávilágíthatok arra, hogyan lehetne elkezdni azt a proaktív stratégiát kidolgozni, amely segítheti az egészségügy működésének a javulását. Az okokat keresve, a szakirodalom segítségével régebbi és újabb intézkedések elemzésével és a nemzetközi viszonyokkal való összevetéssel folytattam a kutatásom, ami rávilágított arra, hogy ez az ágazat mennyire összefonódik a társadalom számos alrendszerével. Néhány példa: a szociális problémákkal, a piaci és a nonprofit gazdálkodás összeegyeztethetőségével, az oktatással, a népegészségügyi együttműködések és a hazai életminőség fejlesztések kapcsolatával, olyan kutatási, fejlesztési és együttműködési kényszerig, ami végül számomra szédítően nagynak, szinte megoldhatatlannak mutatta a vállalásomat (G. Fekete 2011). Ekkor a témámat utolérte az ÉLET, és tragikus módon felgyorsította az eseményeket. Ez a tényező a SARS-CoV-2 koronavírus okozta pandémia volt, amely szinte megroppantotta a világot, és a magyar egészségügynek is felszínre hozta valamennyi akut problémáját. Ez azt is eredményezte, hogy nem kisebb változtatásokra, hanem totális válságkezelésre lett szükség. Esetemben ez azt is jelentette, hogy a szervezetfejlesztés alternatíváinak elérhető terveire, módszereire most igen nagy szükség lesz.

A saját kutatásom során a kiegyensúlyozottabb válaszokat reméltem a kutatással kapcsolatban a 40-59 év közötti korosztály magas arányú mintában való részvételétől. Ők arra engednek következtetni, hogy a válaszadók pozitívan élték meg a kutatási kérdéssel kapcsolatos érdeklődésünket és késztetést éreztek a vizsgálat eredményessé tételében. Megállapításra került, hogy a vegyes és gyermekközvetenként a válaszadók közel fele hatvan év feletti, de a felnőtt körzetekben jellemzően ez alatti életkorú háziorvosok dominálnak.

A válaszadók körzettípus szerinti megoszlása a háziorvosok hagyományos működési formájaként kialakuló körzetek dominanciáját mutatja, aminek az is oka, hogy a kisebb településeken kevés vagy inkább nincs is gyermekorvosi praxis.

A válaszadók közel kilencven százaléka egyéni vagy társas vállalkozás formájában látja el háziorvosi feladatait. Ez megfelel a rendszerváltás után jellemző folyamatnak, amelynél a privatizáció hatására a közalkalmazotti formáról a háziorvosok jelentős része áttért a szabad, saját maga által szabályozott vállalkozói életre. A kutatás bebizonyította, hogy a feladat ellátásához megválasztott működési forma független a válaszadó életkorától.

A praxisközösségi modell Magyarországon felemás helyzetet eredményezett. Legfőbb problémája az, hogy összekeverte a fogalmakat, eltérítette az eredeti csoportpraxisról a figyelmet. Ebben a helyzetben a háziorvosok alkalmazkodtak az adott helyzethez, és meglátták az újdonságban rejlő lehetőséget. A pandémia alatt ismertetett praxisközösségi formák és a hozzájuk kapcsolódó jogi, finanszírozási feltételek alapján az érintettek az érdekeik szerint választották meg a nekik legalkalmasabb formát, aminek bevezetéséhez egyelőre nem kapcsolódtak a működési feltételek javításának a konkrét stratégiai koncepciói. Nem csoda, hogy a válaszok nem bizonyítják ezeknek a formáknak a széleskörű elfogadottságát.

A NEAK finanszírozás emelése minden háziorvost arra ösztönzött, hogy praxisközösségi vezetőként alapítson, vagy praxisközösségi tagként belépjen egy ilyen újonnan alakuló szervezetbe. Az önálló orvosi tevékenységről szóló törvény végrehajtásáról szóló kormányrendeletben meghatározott praxiskezelő (a továbbiakban: praxiskezelő) jogszabályban meghatározott szempontok alapján, a települési önkormányzatok bevonásával alakítja ki az egészségügyi alapellátások körzeteit. Voltak olyan háziorvosok, akik a svájci modell alapján már tapasztalattal rendelkeztek az ilyen együttműködések mindennapjaiba, de a kutatás alapján kirajzolódik, hogy nagyon sokan – hozzátéve azt, hogy a svájci modell régiókra le volt szűkítve – a 2021-es időszakban vállalták először a csatlakozást. Összehasonlítva az előzőleg működő svájci, vagy a 3G modellekkel, még a csatlakozási alternatívák ismeretében is ismét egy új megoldást körvonalazott. Az előző modellek alapvető előnye a tárgyi eszközök beszerzésében rejlett. Hiszen olyan eszközöket sikerült ezáltal megvásárolni, amelyről korábban nem gondolkodtak a háziorvosok. Habár jogilag nem volt szabályozva a modell befejezését követően az eszközök sorsa, de a háziorvosi szakma presztízsét növelte, hogy olyan vizsgálatokat tudtak elvégezni, amelyek korábban csak a szakorvosi rendelőkben voltak elérhetőek.

A távoli vagy nehezen elérhető területeken élő lakosok számára az egészségügyi szolgáltatások biztosítására alternatívaként szolgál a telemedicina alkalmazása. Ezen tevékenység támogatására akár a falugondnoki hálózat is igénybevehető. Sajnos nagyon kevés háziorvos kíván ezeken a településeken ellátási feladatot vállalni. Az okostelefonon elérhető applikációk, a digitális technológiák alkalmazása segítséget nyújthat a betegek egészségi állapotának ellenőrzésében, az egészségügyi információk biztosításában. Ezen információkat a közösségek kulturális és szociális jellemzőinek figyelembe vételével célirányossá lehet alakítani (G. Fekete 2011). A rurális területeken élők ellátásának megvalósításához ehhez figyelembe kell venni a közösség személyi, kulturális és infrastrukturális jellemzőit. (Bán 2013, Speyer, és mtsai. 2018)

A telemedicina lehetőségként, alternatív megoldásként fogható fel az egészségügyi személyzet közötti kommunikáció fenntartásában, de a gyógyító munkában a személyes kapcsolat nem nélkülözhető. A gyógyítás felelősségének meghatározása még tisztázásra vár.

A korábbi hazai egészségügyi reformok általában részterületek, leginkább a finanszírozás szempontjait tették a középpontba. Volt néhány olyan szervezetfejlesztés is a rendszerváltás óta, amely vagy hatalmi-politikai, vagy társadalompolitikai, vagy szakmai ellentmondások kényszerének a hatására született vagy bukott meg. Nem sikerült közmegegyezésre jutni abban a kérdésben, hogy az elkerülhetetlen reform, nevezhetjük akár fejlesztésnek is, honnan, az ágazat melyik részének fejlesztésével kezdődjön. Nálunk ez úgy vált közismertté, hogy bővíteni vagy bezárni kell a kórházakat, esetleg lehetne-e a kórházak szerepét kiterjeszteni szakmai felügyelet és irányítás jogkörével, vagy le kellene-e választani bizonyos funkciókat róla. Ennek az utóbbi álláspontnak a képviselői, kutatói és szakemberei győztek meg arról, hogy a betegellátás három szintje, úgymint alap – szak – és fekvőbeteg ellátás korszerűsítését nem felülről és a centralizálás eszközével, hanem alulról, az alapellátástól lenne érdemes indítani. Munkám során több érvet is találtam a koncepció erősítéséhez, de kitekintésként megvizsgáltam, hogy az Egészségügyi világszervezet, a WHO és az Európai Unió milyen álláspontot képvisel. A WHO alkotmányát a hatályos magyar alkotmány is befogadta a saját törvénytárába, így feltehetően figyelembe is vehető a saját dolgaink rendszerezésénél. A WHO és az EU elismeri a különböző egészségügyi szervezeteket, ha az alábbi célkitűzések megvalósítására alkalmasak:

- A kötelező szolidaritási elven működő biztosításon alapuló szolgáltatás
- A szolgáltatási struktúra megfelel a „fogyasztói” igényeknek
- A szolgáltatások rendszere és a közpénzek sorsa átlátható
- Az egészségügy finanszírozható rendszerben történik, stb.

Nos, ezeket, szerintem csak törvényhozási szinten lehet rendezni, ami lássuk be, korántsem egyszerű akkor, ha a biztosításra gondolunk, hiszen még a legutóbbi időig magas például az ország egyes részein a munkanélküliség, a jövedelmek alacsonyak, ebből adódóan a biztosítási bevételek is minimálisak, amiből a szolidaritás finanszírozása csak állami támogatással oldható meg.

A második kritériumról, a szolgáltatási struktúráról viszont úgy véltem, talán a legjobban a szakemberek segítségét igénybe véve, lehetne egy reformot elindítani.

Az Európai Unió 2012-ben megfogalmazott határozatában, a WHO ajánlásait megtartva a tulajdonosi és irányítási tevékenységet öt típusban országos, regionális, önkormányzati szint szerint foglalta össze. Ugyanakkor törekszik egy egységes európai egészségügyi protokoll kialakítására, amely elsősorban a járványhelyzetek, a mobilizáció miatt az együttműködést segíti.

Mindezek figyelembevételével – a nemzetközi trendeket és gyakorlatokat felhasználva – hazánkban lehetősége van, egy saját egészségügyi szolgáltatási rendszer kialakítására.

Az értekezésemben kifejtett, az alap- és a szakellátás kombinációján alapuló, területileg dekoncentrált, de a szakellátás központjaival együttműködő betegellátási rendszer nemzetközileg elfogadható, a hazai viszonyok között leginkább megvalósítható újítás lehetne.

Természetesen számos szervezési és finanszírozási kérdés nyitott még.

A WHO 2005. évi Bangkoki Charta néven ismertté vált dokumentuma szerint „Az egészség minden ember egyik alapvető joga, és magában foglalja a mentális és szellemi jólétet” – azaz az állam nem vonulhat ki az ágazat finanszírozásából. A személyi és tárgyi feltételek megteremtésében az államnak részt kell vállalnia (pl. az infrastruktúra megteremtésében, a megfelelő biztosítási rendszer és finanszírozás kidolgozásában, az egészségipar és az ellátás kapcsolatának a szabályozásában, stb.) Az indokok közül talán a legerősebb érv, hogy a népegészségügyi rendszert akkor is működtetni kell, ha épp nincs pandémia. Ezek megelőzésére a szűrések, a védőoltások megszervezése, lebonyolítása és finanszírozása éppúgy az állam hozzájárulását igénylik, mint az önhibájukon kívüli okokból magukról gondoskodni nem tudók ellátása, stb.

A magyar egészségügy jelenleg épp kettészakadni látszik a magán- és az állami egészségügyi szektorra. Itt is több olyan érv van, amely alapján kijelenthető, hogy nem szakadhat szét a magán- és a közszolgáltatás. Az WHO és az EU, valamint az emberi jogok szerint alaptörvényi kötelessége az államoknak a szolidaritás, ami nélkül a halmozottan hátrányos helyzetű és más okból kiszolgáltatott emberek ellátása korlátozottá válna, továbbá a járványos betegségek megállítása nehézségekbe ütközne. Napjainkban olyan fertőző betegségek kezdtek el ismét áldozatokat szedni, amelyekről azt hittük, hogy már leküzdötte a modern orvostudomány. Így a kanyaró, a szamárköhögés és sajnos a tbc is sok helyen fertőz. Hogy ez a védőoltások megtagadása vagy más okból történik, ennek kivizsgálása járványügyi feladat, ami elsősorban állami felelősségre utal.

A magán egészségügyi szolgáltatás sikerét a hosszú várakozási időt és rossz munkakörülményekkel küzdő közegészségügy indukálja, de már látszanak a problémái is.

A legnyilvánvalóbb, hogy nincs annyi orvosa és egészségügyi szakembere az országnak, hogy ez a két rendszer teljesen külön működjön. Volt idő, amikor nem engedélyezték a kórházak, hogy a szakorvosok magánpraxissal is rendelkezzenek, de nem tudták megakadályozni. Így a mindkét szektorban dolgozók önkizsákmányolása történik, ami minőségi problémákat okozhat. A rosszul megvalósított bérrendezések miatt az orvosok és a paramedikális szakemberek között is vannak feszültségek, és utóbbiaknál különösen megnőtt a pályaelhagyók száma, míg az orvosoknál az elvándorlás. A betegek közül még a kevésbé tehetősök is – ha tehetik családi vagy más segítséggel – igénybe veszik a magánszolgáltatást, mert az idő a gyógyulás esélyeit javítja, de akinek nincs erre módja, az nemcsak a saját életminőségét, hanem a környezetének az esélyeit is rontja. Már ma is az európai átlag legalacsonyabb szintjein vagyunk a születéskor várható élettartam kimutatásaiban.

A magán egészségügyi rendszert megszüntetni nem lehet, de lehetőséget kellene találni arra, hogy a két szféra a társadalmi igazságosságot nem sértő, a populációs egészségi állapotot nem veszélyeztető együttműködjön, aminek a feltétele a megfelelő minőségű és hozzáférésű közszolgáltatások megléte (KINCSES 2019).

(Kornai 1998) már negyedszázada leírta, hogy a reform sikeressége nem valósítható meg sem a teljesen centralizált, sem a teljesen decentralizált szervezettel, és tovább is vitte a gondolatát, sem a tisztán bürokratikus vagy a tisztán piaci viszonyok között. Az általa javasolt – elsősorban gazdasági és társadalompolitikai aspektusokat elemző – koncepciót a nemzetközi szervezetek nagyrészt átvették, azzal a figyelmeztetéssel együtt, hogy a komplex rendszerek létrehozása sokszempontú előkészítést és egyeztetést igényel. Ezt erősítette meg egy másik közgazdász (Mihályi 2000), aki a meglévő humán erőre, mint valódi értékek hordozóira utal a reformmal kapcsolatban, hisz az eddigi viszonylagos stabilitást, a működőképességet eddig is ők tették lehetővé.

A fentiekben igyekeztem szélesebb perspektívával bemutatni, hogy miért tartom járható útnak az alapellátás és a szakellátás együttműködéséből a csoportpraxisok kialakításával történő reformot. A megvalósítás már sokak tapasztalatának figyelembevételével, közösen megtörténhet. Az én javaslataim ehhez csak ajánlások lehetnek, de remélem, hogy a kibővülő házi orvosi feladatokhoz megfelelő életpálya modell, tovább- és önképzésre való ösztönzés, elismerés társul, valamint az egészségügy valamennyi szakterületéről találnak majd jól képzett szakasszisztenciát is.

A többletszolgáltatás elvégzéséhez megfelelő motivátorokra van szükség.

Az egészségfejlesztési tevékenység, a szűrések elvégzése esetében „egységes központi és térségi irányítás és koordináció” (M. Korniyicki 2022, 4) iránti szakmai igény mutatkozik, mivel ennek hiányában elmarad a tevékenységek hatékony összehangolása, monitorozása és értékelése, ami a lakosság egészségi állapotának menedzselése szempontjából rendkívüli jelentőséggel bír. Leem és mtsai (2024) kutatása is ugyanarra világított rá, hogy szükség van egy értékalapú, közösségközpontú alapellátási modellre, ahol a háziorvosok végzik a különböző egészségügyi szolgáltatók szűrési tevékenységének monitorizálását, értékelését és koordinálását.

8. Összefoglalás

Napjainkban az egészségügyi ágazatról nemcsak a szakemberek, hanem a társadalom minden rétegében folynak beszélgetések, értékelések. Ezek témája elsősorban az elégedetlenségek sorolása, a betegellátási rendszerek működésének az anomáliái. Doktori cselekményem elindulásakor sem volt másképp, épp ezért a témám jobb megértése érdekében a mai egészségügyi rendszer vizsgálatát azzal kezdtem, hogy összehasonlítottam a múltbeli és a jelenlegi viszonyokat az alap- és szakellátási területeken. Az egészségügyi rendszer múltjának feltárásában Mária Terézia koráig lapoztam vissza a történelmet, hiszen ekkortól jelent meg az egészségügy az államigazgatásban, de a modernizációs folyamatok inkább a 19-20. században szaporodtak meg.

A magyar közegészségügy rendszereinek a vizsgálatát részletesebben a mai problémák gyökereinek a feltárásáig vezettem vissza. A társadalombiztosítási modellek közül a mai megújított Bismarck-i kötelező járulékfizetés előzményét és hiányosságait csakúgy, mint a szovjet mintára bevezetett Szemaskó - modell okozta torzításokat. Az örökölt problémák máig ható részét részletesebben a közelmúlt, a rendszerváltás utáni korszak vizsgálatában elemeztem.

A finanszírozás mellett az egészségügyi ágazat struktúrájában mutatkozott a legtöbb probléma. Éppen ezért a reformkoncepciók és kísérletek elemzésével folytattam, illetve az egészségiparba rendkívüli jelentőségűvé váló informatikai fejlesztéssel, ami megalapozta a telemedicina és a különböző képalkotó és más szolgáltatásokat.

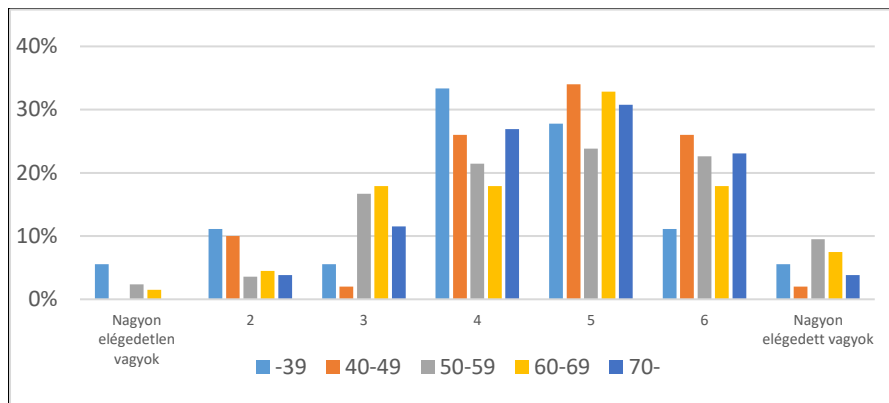
A magyar egészségügyi rendszerben kiemelkedő jelentőségűvé vált a háziorvosok praxisjogának bevezetése a rendszerváltás idején, amiről aztán a legutóbbi időig mintha megfeledkezett volna az ágazat. A fejlesztések elsősorban a centralizálás szempontjai szerint a kórházakra koncentráltak. A COVID-19 járvány idején azonban számos válságjelenség mutatott rá, hogy új stratégiára, válságkezelésre szorul az ágazat. Az orvostársadalom

előregedése, a külföldre távozó szakorvosok nagy száma és a magánszektorba való átlépés miatt egyre nehezkesebbé vált a lakosság egészségügyi ellátása. A feladataikat önállóan teljesítő alapellátás iránt, a reformok igénye kapcsán, ismét felfigyelt a szakma és az államigazgatás is.

A kutatási témám eddig is aktuálisnak bizonyult, de a központi rendeletek általi bekövetkező változások új szituációt teremtettek. Megváltoztatta azt a Magyar Orvosi Kamara által felkarolt koncepciót, hogy azoknak a háziorvosoknak, akik rendelkeznek plusz szakvizsgával, emeljék meg a felhasználható kompetenciáit, és hozzanak létre a szakellátással való együttműködést megvalósító csoportpraxisokat. A 2000. évi praxisjog bevezetése kapcsán felmerült a praxisok együttműködésének a megoldása. A homogén, ugyanazon végzettséggel és feladatkörrel rendelkező praxisok együttműködését is számos pozitív tényező indokolhatja, viszont a csoportpraxisok kompetenciája magasabb, a közösen használt műszerek kihasználtsága hatékonyabb, a betegek várólistáját jelentősen rövidíthetné, hiszen a háziorvosok, akik a saját praxisukban az alapellátást végzik, munkaidejük meghatározott részében a szakellátás rutin feladatait a betegekhez közelebb vihetik, és ezzel a túlsúlyolt szakellátást segítik. Másrészt a betegeknek nem kell hosszú utazásokkal napokat veszíteni egy vérvétel vagy röntgen vizsgálat miatt. Amennyiben akár az önkormányzatok, akár a NEAK finanszírozná a közös rendelők kialakítását, az orvosok mellett diplomás szakápolók és egyéb szakemberek (pl. gyógytornász) nyújthatnának olyan kezeléseket, amelyek eléréséhez nem szükséges szabadnapokat igénybe venni. Az egészségház befogadhat sürgősségi, ügyeleti pontokat, mentőállomást is, ami az egyébként betöltetlen praxisok ellátását is nagymértékben javíthatná.

A 2021-es kormányrendelet azonban a praxisközösségek ilyen jellegű fejlesztését mellőzte, a homogén praxisközösségek számára készült reform nem oldja meg a problémákat.

A saját véleményem megalapozást az a felmérés szolgáltatta, amelyre 2022 március és decembere között online önkitöltős kérdőív segítségével végeztem háziorvosok között. A válaszok ugyan az ország különböző területeiről érkeztek, de nem minden vármegyéből, így nem lett reprezentatív, de elég számos ahhoz, komolyabb következtetéseket vonhassunk le ezek alapján.



26. ábra Korcsoport és jelenlegi munkakörülményekkel való elégedettség közötti kapcsolat

(Forrás: saját szerkesztés)

A korosztályok átlagát ábrázoló eredmények szerint a háziorvosok többsége átlagosan elégedett. Egy másik kérdésre, amelyben arra kérdeztem, hogy meddig tervezik a háziorvosi munkájuk folytatását, mindössze 1,2% írta, hogy 5-10 éven belül visszavonul. Ez feltételezhetően a legidősebb korosztályhoz kapcsolódik, ami a hivatásuk iránti elkötelezettségét bizonyítja. A fentebb részletezett eredmények alapján megállapíthattam, hogy a válaszadók szerint a mai egészségügyi rendszerben megvalósítható a csoportpraxis, és az érintett orvosok felkészültségük és motiváltságuk alapján alkalmasak a szakellátási feladatok ellátására. Munkámat ennek ismeretében ajánlom a megvalósítást szorgalmazók számára.

8.1. Észrevételek és javaslatok a jelenlegi helyzet javítása és a reform előkészítése érdekében

Az egyenlő területi eloszlás biztosítása megyehatáron belül érvényes. Érdeemes lenne átgondolni, hogy a jelenlegi korszerű technológia és az adatbázisok által nyújtott lehetőségek nem tennék-e lehetővé a megyehatárok helyett a járási rendszer átvezetését. Hiszen így egyszerűbben biztosítható lenne az egyenlő hozzáférés. Vannak olyan magyarországi települések és olyan szakmai eljárások, amely során a beteg néhol egyik, néhol másik megyéhez tartozik.

A jelenlegi egészségügyi rendszer gyors változtatásra váró területei:

A jelenlegi konstrukció fenntartása magában hordozza azt a veszélyt, hogy a betöltött praxisok számának csökkenése továbbra is folytatódni fog, nem áll meg és a trend eredményeként a 2025. augusztusában kimutatott 910 praxishoz képest hamarosan még több fővárosi, városi és vidéki terület válna betöltetlenné. Ez a praxisokhoz kapcsolt ellátandó létszám növelésével csak akkor lehetséges, ha megnövelhető az egészségügyi szakemberek száma.

A Nemzeti Praxiskezelő a körzetek módosításával megszüntethet és átstrukturálhat körzeteket, amely az Egészségbiztosítási Alap kiadásait csökkenti, mivel felszabadul a házi orvos bére, viszont a páciens után járó kártyapénzt ki kell fizetni más szolgáltatónak. Ez egy kényszerhelyzetet eredményez, amellyel a házi orvosok nem feltétlenül azonosulnak és megfelelő kommunikáció és párbeszéd híján a házi orvosok pályaelhagyásához vezethet. Eredményesebb lenne, ha a praxisok támogatásának növelésére fordítanák, hogy legyen korszerűsítésre, egészségügyi szakemberek felvételére lehetőség.

A létrejött egészségházak mintájára egy elérhetőségi központba kellene vinni a házi orvosokat. Ez lehet egy virtuális megoldás, vagy lehet egy épületkomplexum, ezt a fenntartónak és a házi orvosoknak kell kiválasztania.

Támogatni kell a paramedikális szakemberek kompetencialista szerinti munkavégzését, ezáltal kis részben tehermentesítve a házi orvost, hogy a házi orvos az orvosi tudásának, kompetenciaszintének megfelelő munkát végezhesen. Ez a pandémia alatt, a telekonzílium segítségével megvalósult gyógyszerfelírásra tökéletesen bevált.

A szűrővizsgálatokhoz hasonlóan az okoseszközök (pl. gondosóra) mért eredményeit először mesterséges intelligencia értékeli ki. Azért jó a mérés, mert azt nem tudja manipulálni a beteg. Valós eredmények kerülnek be az adatbázisba és ez alapján a beteg számára kijelölt betegút is egyértelművé válik. Az EHCI-ben szereplő indikátorok is jobb értéket mutatnának.

Ötvözni kell az IBR, az Egészséges Budapest program alkalmazott betegút-menedzser lehetőséget, javítva ezáltal a betegirányítási, a sürgősségi ellátás színvonalát is.

Az egészségügyi dolgozók, házi orvosok motivációjának megteremtése.

A változtatásra feltétlenül szükség van, mert ellátás nélkül maradhatnak bizonyos szakmai és települési területek. A vidéki területeken élő lakosok számára a praxisközösségek működése nélkül elérhetetlenné fog válni a házi orvosi ellátás.

9. Summary

With my research, I would like to provide arguments and data to help those involved make a significant portion of the professional problems more solvable. I am convinced that modern research based on human resources, organisational structure, and mutually reinforcing arguments can help transform and improve the functioning of healthcare. Finding and applying synergies gives us hope that we can improve basic and specialist care for those sections of society who live in disadvantaged areas and cannot afford private services. One of the objectives of my research is to prepare the necessary decisions by assessing and analysing the professional qualifications, openness and motivation of healthcare professionals and the conditions for cooperation.

Taking all this into account, I have formulated my hypotheses, which I would like to support by interviewing and researching the people involved.

Q1. I assume that the organisational development of the Hungarian healthcare system can be started by combining basic and specialist care within the framework of group practices and with new operating regulations.

Q2. I assume that the human resource capacity of the Hungarian healthcare system is suitable for this, which I intend to prove by examining the receptiveness, preparedness and operating conditions of the stakeholders.

NEW AND NOVEL RESULTS OF THE THESIS

In the health care reform concepts of recent decades, obligations and legal requirements have been imposed on doctors, and especially on GPs working in private practices. Those affected were not consulted on issues such as the size of practices and anomalies in financing.

Based on the research described in my thesis, I consider the following to be new findings:

1. a survey of the subjective opinions of the GPs concerned revealed that they are suitable and motivated to work in a new organisational structure with extended powers.
2. It emerged that in order to improve regional and social inequalities and to provide care for people living in vacant practices, there is a need for competence development and a larger number of paramedical staff (health professionals).
3. It has been proven that international organisations and legislation allow for the transformation of the Hungarian healthcare system into a patient care system that is initiated from the bottom up, based on a combination of primary and specialist care, regionally decentralised but cooperating with specialist care centres, which is internationally acceptable and that it would be the most feasible innovation under domestic conditions.

My findings can be classified as novel and substantiated results:

1. It has been proven that the average age of GPs in the sample studied is 55.6 years, which is close to the national data published by the Hungarian Central Statistical Office.
2. It has been proven that the age group corresponding to the age of the GP and the type of practice area have no influence on the leadership/membership classification assumed in the practice community, nor on participation in the practice community.

3. It has been proven that the age group corresponding to the age of the GP and the type of practice area had no influence on the current relationship with the practice community or on the leadership/non-leadership role assumed in the practice community.
4. It has been proven that the financial interest associated with joining had a significant influence on joining the currently existing practice communities.
5. It has been proven that membership in the former practice community did not influence the decision to become a member of the current community. Furthermore, it has been proven that neither professional development, nor belonging to the community, nor the interests of patients showed any correlation with joining the community.
6. It has been proven that there is a demand among GPs for the involvement of paramedical professionals. The care of patients registered in GP districts requires a new type of teamwork from the healthcare system.
7. It has been proven that telemedicine care developed during the pandemic has facilitated the work of family doctors in performing certain tasks. However, when listing these tasks, it became clear that this is not feasible for all activities.
8. It has been proven that the type of family doctor service had a significant impact on tasks related to direct patient care (diagnosing the disease, caring for and screening patients) during the COVID-19 pandemic, but played a less relevant role in administrative activities. The age of the family doctor only had a significant impact on telemedical consultations, and the type of settlement where the service provider was located only influenced the prescription of medication and patient referrals.

Similar to the results of advanced statistical analyses, when forming clusters, the type of practice and recoded location variables play a highly distinctive and significant role, while age can be considered a moderate or negligible factor.

I believe that the results of the research have succeeded in proving that family doctors have the will to participate in bottom-up organizational development.

When designing a motivation system during organizational development, the type of practice, the type of settlement where the family doctor practices, and the age of the family doctor must be taken into account due to their significant influence.

In the establishment of practice communities, the age of the GP has the least influence on the decision to join the organization. In the current system, GPs question the effectiveness of practice communities, as they have not received any other incentives besides financial motivation when joining a practice community, and unfortunately not even afterwards, and they do not see any support or assistance in creating the conditions for additional services.

It has been proven that the telemedicine services established during the pandemic have facilitated the work of GPs in performing certain tasks. However, when listing the tasks of the " " (Healthy Home) programme, it became clear that this is not considered feasible for all activities.

Irodalomjegyzék

1. „HEFOP 4.4 –Egészségügyi Információ-Technológia fejlesztés az elmaradott régiókban.” *Országos Mentőszolgálat*. 2021. 03 12. <https://www.mentok.hu/fejlesztési-program/hefop-4-4/>.
2. (EuropeanComission. „Communication from the comission to the European Parliament, The Council, The European Econonomic and Social Comittee of The Regions on enabling the digital transformation of health and care in the Digital Single Market; empowering ci.” In *COM/2018/233 final. Edited by European Commission*,. Brussels, 2018.
3. 1936. évi IX. tc A hatósági orvosi szolgálatról és a közegészségügyi törvények egyéb rendelkezéseinek módosításáról szóló. 1936.
4. 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről. dátum nélk.
5. „1997-es LXXXIII. számú törvény, a kötelező egészségbiztosításról .” 1997.
6. „2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról.” dátum nélk. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1500123.tv>.
7. „A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelvea praxisközösségekben végzett, felnőtteket érintő prevenciós rendelésről.” 542-598. 2023.
8. Abel-Smith, Brian. „A Beveridge-jelentés: eredete és eredményei.” *Nemzetközi Társadalombiztosítási Szemle* (Nemzetközi Társadalombiztosítási Szemle), 1992: 5–16.
9. Ádám, György. *Az orvosi hálapénz Magyarországon*. Budapest: Magvető Könyvkiadó, 1986.
10. Ágoston, István, és mtsai. *Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt, 2011.
11. Ágoston, István, Gábor Vas, Gábor Imhof, Dóra Endrei, József Betlehem, és Imre Boncz. „A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásainak változásai.” *Egészségügyi Gazdasági szemle*, 2009: 3-7.
12. AIHW. 2020. 2023 10. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/b31ddb3e-712e-4c04-bab3-24846046951e/covid-2.pdf.aspx>.
13. Al-Shorbaji, N. „The World Health Assembly resolutions on eHealth: eHealth in support of universal health coverage eHealth in support of universal health coverage.” *Methods Inf Med*, 2013: 463-466.
14. Ambrus, István. „Büntetőjog 2021- a pénzsömcs újrahangolt tényállása és a hálapénz kriminalizálása.” *Büntetőjogi Szemle*, 2020: 3-10.
15. Balai, Ildikó. „HEFOP 4.4 projektbeli Intézményközi Információs Rendszer (IKIR).” *IME*, 2006: IME.
16. Balai, Ildikó, és László Némedi. „Intézményközi Információs Rendszer megvalósítási a HEFOP 4.4 projektben.” *IME*, 2006: 47-50.
17. Balázs, Péter. *Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete*,. Piliscsaba-Budapest: Magyar Tudománytörténeti Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, , 2007.
18. Balogh , Sándor, és Ferenc Hajnal. „Tudományos szakmai szervezet az akadémiai szektor és országos intézet összefogásának modellje a családorvos-szakképzés, az alapellátás kutatás-fejlesztési színterein.” *Orvosi Hetilap*, 2018: 1310-1316.
19. Balogh, K., és J Dancs. „Gyógytornázás és ápoló együttműködésének lehetőségei a klinikai gyakorlat során.” *Mozgásterápia*, 2006: 23-35.

20. Bán, A. „A telemedicina néhány egészségföldrajzi vonatkozása-Terjedést akadályozó tényezők különböző léptékekben.” 2013.
21. Baráth, Lajos. „Az egészségügy és a kórház, mint szervezet kihívásai a XXI. században.” *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2008: 10-12.
22. Barzó, Tímea. „Reformlépések az egészségügyben: hálapénz tilalom, kirendelés és összeférhetetlenség kontra illetményemelés.” *Miskolci Jogi Szemle*, 2022: 53-66.
23. Beckhard R. . *A szervezetfejlesztés stratégiája és modelljei*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Kiadó, 1974.
24. Berde, Csaba. „Szakértői szervezetek autonómiája.” *TAYLOR: GAZDÁLKODÁS- ÉS SZERVEZÉSTUDOMÁNYI FOLYÓIRAT*, 2015: 36-42.
25. Besze, Katalin. „A háziorvosi ellátás finanszírozása az egészségügyi-finanszírozás rendszerében.” *Polvax Társadalomtudományi Folyóirat*, 1998: 55-94.
26. *Betöltetlen háziorvosi körzetek.* 2025.
https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/szerzodott_szolgaltatok/Betoltetlen_haziorvosi_szolgaltatok&inline=true (hozzáférés dátuma: 2025. 08 12).
27. Beveridge, William. *Social Indurance and Allied services*, (1942).
28. Bezerédyné , Magdolna Hertelendy , Aurél Hencz, és Sámuel Zalányi . *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért*. Budapest: Közgazdaság és Jogi Könyvkiadó, 1967.
29. Bíró, Anikó, és Dániel Prinz. „Healthcare spending inequality: Evidence from Hungarian administrative data.” *Health Policy*, 2020: 282-290.
30. Bódi, Ferenc. „A húsvéti járvány - a COVID-19 várható hatásai az Euro-atlanti tér társadalmaira.” *Acta medicae et sociologica*, 2021: 2-20.
31. Boncz, Imre. *Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt, 2011.
32. Boncz, Imre, és József Buda. *Kutatásmódszertani és egészségügyi statisztikai alapismeretek*. Pécs: Pécsi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, 1996.
33. Boncz, Imre, és mtsai. *The Hungarian Care Managing Organization Pilot Program*. Value in Health Regional Issues: 27-33, 2015.
34. Bordás, Péter. „Közszolgáltatások.” *Internetes Jogtudományi Enciklopédia*,. 2021.
<https://ijoten.hu/szocikk/kozszolgaltatasok> (hozzáférés dátuma: 2022. 08 06).
35. Burnes, Bernard . *Managing Change*. 2014.
36. Clarke, M, A Shah, és U Sharma. „ Systematic review of studies on telemonitoring of patients with congestive heart failure: a meta-analysis.” *Journal of Telemedicine & Telecare*, 2011: 7-14.
37. Csedő, Zoltán, és Máté Zavarkó. *Változásvezetés*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 2019.
38. Csemniczki, Katalin. „Nyugdíjrendszerünk 1929-től 1997-ig.” *KÖZGAZDASÁGI SZEMLE*, 2000.
39. Csengei, Gábor. „Költséggazdálkodás és forrásallokáció az egészségügyben A globalizáció és a magyar egészségügyi stratégia.” *Gazdaság és Társadalom*, 2003: 77-109.
40. Csukonyi, Cs. „A motiváció alapelvei.” In *A jövő vezetőinek szerepe*, szerző: Á. Münnich. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 2002.

41. Csupor, Éva, Ágnes Kuna, Judit Nóra Pintér, Zsuzsa Kaló, és Márta Csabai. „Konfliktustípusok és konfliktuskezelés magyar egészségügyi dolgozók körében.” *Orvosi Hetilap*, 2017: 625–633.
42. Dobák, Miklós, és Zsuzsanna Antal. *Vezetés és Szervezés*. Aula Kiadó, 2009.
43. Dózsa, Csaba, és Ágnes Ruzsovics. „A telemedicina nemzetközi helyzetismertetése és a hazai telemedicina program szabályozási és finanszírozási kihívásai, II. rész.” *IME*, 2019: 5-10.
44. Durgula, Judit, és Tamás Péter Sótonyi. „A visegrádi országok egészségügyi reformjainak és intézkedéseinek összehasonlítása.” In *FENNTARTÁSÁGI ÁTMENET: KIHÍVÁSOK ÉS INNOVATÍV MEGOLDÁSOK - Nemzetközi tudományos konferencia a Magyar Tudomány Ünnepe*, 766-779. Sopron: Soproni Egyetem Kiadó, 2024.
45. *Egészséges Budapest Program*. 2023. 02 07. <https://budapest.hu/eselyteremto-budapest/egeszseges-budapest>.
46. Elitmed.hu. „Elkerülhető halálozás.” 2022. (hozzáférés dátuma: 2024. 12 03).
47. Élő, Anita. „Soha ilyen tempóban nem üresedtek meg a háziorvosi praxisok - a kormány reformtervének drámai hatása.” *Válasz-online*, 2024. 08 14.
48. Emberi Erőforrások Minisztériuma. *Egészséges Magyarország 2021-2027 Egészségügyi Ágazati Stratégia*. Budapest, 2021.
49. Erdőss, László. „Privatizáció az egészségügyben.” *Marketing és Menedzsment*, 2019: 63-97.
50. Esping-Andersen, Gösta . „Ismét a jó társadalom felé?” *Esély*, 2006: 3-27.
51. „European Commission.” *COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE COUNCIL, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS*. 2012. 12 06. https://health.ec.europa.eu/document/download/39c9a1ee-6afa-4ab9-a472-ddeac925d14f_en?filename=com_2012_736_en.pdf.
52. European Commission. „Health at a Glance: Europe 2018 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE.” 2018. https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-02/2018_healthatglance_rep_en_0.pdf (hozzáférés dátuma: 2021. 05 16).
53. —. „Market study on telemedicine.” 2018. https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-08/2018_provision_marketstudy_telemedicine_en_0.pdf (hozzáférés dátuma: 2021. 07 08).
54. Fazekas, Árpád. „A Jósa-orvosdinasztia.” In *Megyénk nagy orvosai / Historia Medica 2.*, szerző: Lóránd Bodnár, 5-18. Nyíregyháza, 1987.
55. Fazekas, Marianna. „Az egészségügyi közigazgatás szervezetrendszerének változásai és az egészségügyi átalakítása.” *Glossa Iuridica* (Károli Gáspár Református Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar Patrocinium Kiadó), 2023: 69-97.
56. Fecske, Mihály. „Az egészségügy néhány makroösszefüggése.” *Gazdaság és Társadalom*, 2001: 105-124.
57. Fehér, András. „HEFOP 4.4 dél-dunántúli projekt, ahogyan mi láttuk.” *IME*, 2006: 37-39.
58. Feith, H. J. *Női szerepek és konfliktusok egészségügyi diplomások életpályáin*. Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, 2008.
59. Fejes, László, Zita Tímea Miholecz, és Valéria Jaczkó Restyánszkiné. „Regionális különbségek a magyar népesség egészségi állapotában és az egészségügyi

- ellátórendszerben az Európai lakossági egészségfelmérés és néhány intézményi adatgyűjtés adatai alapján, 2009.” In *Tanulmányok III. Az egészségi állapot és az egészségügyi ellátórendszer*, szerző: Mária Bényi, és mtsai., 41-74. Budapest: KSH, 2013.
60. Ficzer, Andrea. „Telemedicina szolgáltatás bevezetéséhez szükséges lépések.” *IME*, 2012.
 61. Fisher, Katie, Andrew r Davey, és Parker Magin. „Telehealth for Australian general practice: The present and the future.” *Australian Journal of General Practice*, 2022.
 62. Földváry, Gergely. „PestBuda.” *Tízezrek életét mentették meg oltással Budapesten – 130 éve jött létre a pasteur Intézet*. 2020. 04 21. https://pestbuda.hu/cikk/20200421_foldvary-gergely-tizezrek-eletet-mentettek-meg-olt-assal-budapesten-130-eve-jott-letre-a-pasteur-intezet.
 63. G. Fekete, Éva. „A szolidáris és szociális gazdaság elemei a magyarországi helyi gazdaságfejlesztésben.” *Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek*, 2011: 38-56.
 64. Gaál, Péter. *Egészségpolitika: Az egészségügyi rendszer menedzsmentjének alapismeretei*. Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, 2005.
 65. Gazda, István. *A modern hazai közegészségügy kialakulása 1867-1896*. Budapest: Magyar Tudománytörténeti és Egészségtudományi Intézet, 2017.
 66. —. *A modern hazai közegészségügy- Tanulmányok és dokumentumok a 150 éve megindult egészségügyi reformról*. Budapest: Magyar Tudománytörténeti és Egészségtudományi Intézet- Magyar Orvostörténelmi Társaság, 2017.
 67. Gebriné Éles, K.; P- Takács, Zs. Kósa, K. Heinrichné Kőszegi, és K. Lampek. „Szülésznők munkával való elégedettségének vizsgálata.” *Acta Medicinae et Sociologica*, 2017: 41-57.
 68. Gerlóczy, Károly. *Előterjesztés a budapesti lakásviszonyok rendezése tárgyában*. Budapest.: Pesti Könyvnyomda Rt, 1893.
 69. Girasek, Edmond, Bence Döbrössy, András Wernigg, és Zsuzsa Györffy. „Digitális egészségügyi megoldások a COVID-19 járvány alatt és után.” *Orvosi hetilap*, 2025: 377-384.
 70. GKI Gazdaságkutató Zrt. 2021. *elején a háziiorvosi praxisok 10%-a betöltetlen Magyarországon*. 2021. 02 25. https://www.gki.hu/wp-content/uploads/2021/02/Haziorvosi-ellatas-Magyarorszagon_210225.pdf.
 71. Göb, R., C McCollin, és M. F. Ramalhoto. „Ordinal Methology int the Analysis of Likert Scales.” *Quality &Quantity*, 2007: 601-626.
 72. GYEMSZI. *Az egészségügyi rendszerek tipológiája*. Budapest: Gyógyszerészeti és EGészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, 2014.
 73. Gyenes, M. „A kiegészítő egészségpénztárak jelenlegi helyzete és lehetséges szerepe a jövő egészségügyében.” *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1998: 465-477.
 74. HÁMORI, BALÁZS. „Új szereplők és magatartásformák az átalakuló tranzakciós térben.” 235-238. Budapest, 2013.
 75. „Háziiorvosi körzetek listája.” *Neak.gov.hu*. dátum nélk. https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/szerzodott_szolgaltatok/Haziorvosi_szolgaltatok_pdf&inline=true (hozzáférés dátuma: 2023. 02 11).
 76. Hegedüs, Mihály. *Evaluation analysis of proceeded and ongoing economic effects of integration process in the institutional system of health care*. Sopron: University of West Hungary Faculty of Economics István Széchenyi Management and Organisation Sciences Doctoral School, 2015.

77. Hegedűs, Mihály. „Paradigmaváltás szükségessége az egészségügyi szektorban.” *Act. Sci Soc*, 2013: 199-207.
78. Heidrich, Balázs. *Szervezeti kultúra és interkulturális menedzsment*. . Human Telex Consulting., 2001.
79. Herzberg, F. „‘One more time: How do you motivate employees?’.” *Harvard Business Review*, 1987: 109–120 .
80. Hesse-Biber, Sharlene Nagy. *Mixed Methods Research: Merging Theory with Practice*. New York: The Guilford Press, 2010.
81. Hidas, Zsuzsanna, András Kezán, és Tünde Némethné Csehi. *Magyarország társadalmi atlasza*. Budapest: KSH, 2012.
82. „Hope és Dexia.” 2009. https://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/79_2009_OTHER_Hospitals-in-27-Member-States-of-the-European-Union-eng.pdf.
83. „<https://www.mentok.hu/fejlesztési-program/hefop-4-4/>.” dátum nélk. <https://www.mentok.hu/fejlesztési-program/hefop-4-4/>. (hozzáférés dátuma: 2021. 01 20).
84. Igazné, Borbála Prónai. *A kötelező társadalombiztosítás kialakulása*. Budapest: Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar Történelemtudományi Doktori Iskola Gazdaságtörténeti Műhely, 2006.
85. Illésy, Miklós, és Péter Csizmadia. „A társadalmi integráció intézményi környezete: A jóléti államok sokféleségének elméleti megközelítései.” *Társadalomtudományi Szemle*, 2015: 105-125.
86. Jamieson, Susan. „Likert scale: how to (ab)use them.” *Medical Education*, 2004.
87. Jenei, György. „Adalékok Max Weber elméletének hatástörténeti problematikájához.” *Köz-gazdaság*, 2019: 184-199.
88. jsz4. dátum nélk. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900043.kor>.
89. Kapocsi, Erzsébet. *Orvosi hivatás és hivatásetika a XX-XXI. században*. Budapest, 2004.
90. Karner, Csilla. „Nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek és az állam szerepvállalása.” *Egészségügyi Szemle*, 2008: 2-12.
91. Kehl, Dániel. „Monte-Carlo módszerek a statisztikában.” *Statisztikai Szemle* (521-543), 2012: 521-543.
92. Kékes, Ede, János Szegedi, és István E. Kiss. „A telemedicina szerepe a beteg-orvos, beteg-alapellátás, beteg-szakellátás kapcsolat optimális megoldása érdekében.” *IME-Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 2018: 24-33.
93. KINCSES, Gyula. „A köz- és a magánszféra szerepe az egészségügyben.” *Magyar Tudomány*, 2019: 1510-1522.
94. Király, Gábor, Ildikó Dén-Nagy, Zsuzsanna Géring, és Beáta Nagy. „Kevert módszertani megközelítések. Elméletek és módszertani alapok.” *Kultúra és közösség*, 2014: 95-104.
95. Kiss, I, és E Kékes. „A hipertóniás betegek célvérnyomáselérési arányának és gondozási minőségének segítése telemedicinális lehetőségek alkalmazásával.” *Hypertonia és Nephrologia*, 2012: 243-5.
96. Kolozsvári, László Róbert, és Imre Rurik. „A háziorvosok teljesítményének minőségi értékelése Mi a probléma a háziorvosi indikátorokkal?” *Orvosi Hetilap*, 2016: 328-335.

97. Kopp, Mária, és Rita Berghammer. *Orvosi pszichológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt., 2005.
98. Kornai, János. *Az egészségügy reformjáról*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1998.
99. Kosztolányi, György. „Feszültségek és kompromisszumkényszer a 21. századi egészségügyben.” *Magyar tudomány*, 2019: 1486-1495.
100. Kovács, Gábor. „Felelősségi kérdések a telemedicina-szolgáltatásban.” *Információs Társadalom*, 2022: 61–74.
101. Kövi, Rita, Eszter Takács, és Péter Gerendy. „A kapacitástervezés nemzetközi és hazai törekvései.” *IME*, 02 2014: 5-11.
102. Krajcsák, Zoltán. *Alkalmazotti elkötelezettségi profilok egyes speciális munkavállalói csoportokban*. Budapest: Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola, 2014.
103. KSH. *Az egészségügyi ellátás állás és létszám adatai*. 2000. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0005.html (hozzáférés dátuma: 2019. 10 01).
104. KSH. *Egészségügyi helyzetkép 2022*. Budapest: KSH, 2023.
105. KSH. *Járóbeteg szakellátás*. 2018. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0012.html (hozzáférés dátuma: 2019. 10 01).
106. KSH. *Kórházak (1970-2018)*. 2019. 10 01. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0018.html.
107. Lácza, Magdolna. *Sorsok a múltunkból*. 1988.
108. Lácza, Magdolna. „A COVID hatás okozta társadalmi változások becslése / Bódi Ferenc gondolatainak továbbfűzése.” *ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA* 12:33 (2021): 27-46.
109. Lantos, Gabriella. „A párhuzamos valóság – a magán-egészségügyi rendszer kiépülése.” 2018: 286-308.
110. Liotta, Morgan. „COVID’s impact on health service usage, rebates and scripts.” *newsGP*. 2021. 06 01. <https://www1.racgp.org.au/newsgp/professional/covid-s-impact-on-health-service-usage-rebates-and>.
111. M. Kornay, Ágota. „Egészségfejlesztési irodák működése Múlt, jelen és a vízionizált jövő.” *Egészségfejlesztés*, 2022: 3-11.
112. Márai, Lajos. „Kolerajárványok és az általános halandóság trendjei Európában a XIX. században.” *Demográfia*, 1983: 330-350.
113. „Magyar Katolikus Lexikon.” *Magyarország járványtörténete*. 2021. 04 15. <https://lexikon.katolikus.hu/M/Magyarorsz%C3%A1g%20j%C3%A1rv%C3%A1ny%C3%B6rt%C3%A9nete.html>.
114. Magyar, Péter, és Balázs Rékassy. „Az intézményközi regionális informatikai rendszer centrális megvalósításának alternatív lehetőségei.” *IME*, 2005: 47-50.
115. Maxwell, John. *Vezetői szemlélet-váltás*. Budapest: Bagolyvár Könyvkiadó, 2019.
116. Mészáros, Ágnes. „Az egészségügyi szolgáltatások szókincsének alakulása.” *Magyar orvosi nyelv*, 2009: 29-35.
117. Mihályi, Péter. *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába*. Veszprém: Veszprémi Egyetemi Kiadó, 2003.

- 118.—. *Magyar egészségügy: diagnózis és terápia*. Budapest: Springer Orvosi Kiadó Kft., 2000.
- 119.Mintzberg, Henry. „Szervezettervezés: divat vagy összhangteremtés.” *Harward Busines Review*, 1981.
- 120.Molnár, Tamás, és Katalin M. Barna. „A területi különbségek vizsgálata a magyar NUTS 3 szintű területi egységekben, 2000 és 2015 között.” 3-20. Pécs: Magyar Regionális Tudományos Társaság, 2018.
- 121.Mózsa, Szabolcs, és Emőke Szűcs. „A magyar egészségügy fejlődéstörténete a honfoglalástól napjainkig.” *Medicina /Tények könyve*. Szerkesztette: András Keresztesy és Erzsébet Nógrády-Tóth. 1998. <https://www.arcanum.com/hu/online-kiadvanyok/TenyekKonyve-tenyek-konyve-1/medicina-1B567/>.
- 122.Nagy, András László. „Ellátásszervezés helyett térségi egészségfejlesztés.” *IME*, 2004: 20-22.
- 123.Nagy, Zoltán, és Hajnalka Ritter. „Az egészségügyi finanszírozás pénzügyi jogi aspektusai.” *Publicationes Universitatis Miskolcensis*, 2018: 160-177.
- 124.Nefiodow, Lea A. „Health: The Economic Growth Engine of the 21st Century.” *HealthManagement*, 2014.
- 125.OECD. *Addressing Wasteful Expenditure on Health (Az egészségügyre fordított pazarló kiadások kezelése*. Párizs: OECD publishing, 2017.
- 126.Orosz Éva. *Félúton vagy tévúton? / Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Budapest: Egészséges Magyarországért Egyesület, 2001.
- 127.Orosz, Éva. *Egészségügy és Piac*. dátum nélk.
- 128.Pákozdyiné Böcz, Ildikó. „Digitális közszolgáltatások- E-Egészségügy Magyarországon – Az EESZT bevezetése és fejlesztése, Az E-Egészségügy digitális jövője.” *Közigazgatási és Infokommunikációs Jogi PhD Tanulmányok*, 2024: 57-73.
- 129.Palicz, T, T Sas, J Tsóczy, B Bencsik, és T Joó. „Your monex or your life! -Rensomwares in helahtcare information systems.” *Orvosi Hetilap*, 2020: 1498-1505.
- 130.Pálinkás, Anita, és mtsai. „Az indikátoralapú teljesítményértékelésre épülő forráselosztás hatékonysága Magyarországon a felnőtteket ellátó háziorvosi praxisokban.” *Orvosi Hetilap*, 2019: 1542-1553.
- 131.Pálvölgyi, Balázs. *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere (1867-1914)*. 2006.
- 132.Papp Magor. *A háziorvosi ellátás humánerőforrás krízise Magyarországon longitudinális vizsgálat tükrében*. . Debrecen: Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskola , 2021.
- 133.Papp, Dorottya. „A közegészségügyi igazgatás intézményesülése a XX. század első feléig különös tekintettel az Országos Közegészségügyi Intézet létrejöttére és működésére1.” *Bibó Jogi és Politikatudományi Szemle (Jogi és Politikatudományi Szemle)*, 2015: 106-136.
- 134.Papp, Ildikó, és mtsai. „A RÉGÉSZETI FELTÁRÁSOK EMBERTANI ANYAGAINAK KEZELÉSÉRE,ALAPSZINTŰ FELDOLGOZÁSÁRA ÉS ELSŐ DLEGESTUDOMÁNYOS.” 2009.

- 135.Parati, G, S Omboni, és F et al Ambini. „Home blood pressure telemonitoring improves hypertension control in general practice. The Tele BP Care study.” *Journal of Hypertension*, 2009: 198-203.
- 136.Paulikné Varga , Barbara. „Az egészségügyi rendszerek nemzetközi összehasonlító elemzéseinek adatai a Kárpátok-Eurórégió országában.” Ungvár, 2019. 156-170.
- 137.Paulikné Varga, Barbara. „A háziorvosi professzió módszertani vizsgálata.” *Tudomány : iránytű az elérhető jövőhöz*, 2022: 101-117.
- 138.Paulikné Varga, Barbara. „A járvány válságkezelési dilemmái, perspektívái.” *Jövőformáló tudomány-Generációk egymásért* (Debreceni Egyetemi Kiadó), 2021: 149-164.
- 139.—. „A praxisközösségek szerepe a COVID időszakban.” *Orvosi Informatika 2020. A XXXIII. Neumann Kollokvium konferenciakiadványa. Szerk.: Bari Ferenc, Tolnai József, Rárosi Ferenc.* Szeged: Neumann János Számítógép-tudományi Társaság, 2020. 166-178.
- 140.Paulikné Varga, Barbara. „A telemedicina szolgáltatás térhódítása a pandémia idején.” *Magyar Gerontológia*, 2021: 127-137.
- 141.Paulikné Varga, Barbara. „Egy európai módszer a tagországok egészségügyi rendszerének minősítésére: az Európai Egészségügyi Fogasztói Index változása a Visegrádi négyek országában.” *Köztes Európa Társadalomtudományi folyóirat: A VIKÉK közleményei* (2018): 109-119.
- 142.Paulikné Varga, Barbara. „Néhány szempont a magyar egészségügyi ágazat problématerképének összeállításához.” *Acta Medicinae et Sociologica*, 2020: 23-31.
- 143.Paulikné, Varga Barbara. „Kutatási kérdőjelek az egészségügyi szervezetfejlesztésének vizsgálatában.” *Acta Medicinae et Sociologica*, 2020: 144-163.
- 144.Porter, L. W., R. M. Steers, R.T. Mowday, és P.V. Boulian. „Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians.” *Journal of Applied Psychology*, 1974 : 603-609.
- 145.R. Fedor, Anita. „Foglalkoztatási helyzetkép és a munkával való elégedettség jellemzői.” *Acta medicinae et sociologica*, 2018: 33-57.
- 146.Rácz, Zoltán. „Gondolatok egy "új foglalkoztatási jogviszonyról", az egészségügyi szolgálati jogviszonyról.150-159.” *Publicationes Universitatis Miskolcensis*, 2021: 150-159.
- 147.Rurik, Imre. „Alapellátás, alapellátók Magyarországon 2018.” *Orvosi Hetilap*, 2019: 926-935.
- 148.Rurik, Imre. *Az alapellátásban folytatódott az államosítás és az uniformizálás.* 2024. 03 28.
- 149.Samson, L. „Medicare Beneficiaries Use of Telehealth in 2020: Trends by Beneficiary Characteristics and Location, Office of the Assistant Secretary- for Planning an Evaluation.” 2023. 12 11. <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/medicare-telemedicine-health-care-provider-fact-sheet>.
- 150.Schmidt, S, A Schuchert, T Krieg, és M Oeff. „: Home telemonitoring in patients with chronic heart failure: a chance to improve patient care? .” *Deutsches Arzteblatt International*, 2010: 131-138.
- 151.Simonovits, István. *Társadalomegészségügy és egészségügyi szervezéstudomány.* Budapest: Medicina könyvkiadó, 1975.

152. Sinkó, Eszter. dátum nélk.
https://semmelweis.hu/gyogyszertar/files/2019/11/E%C3%BC_bizt_20191104.pdf
 (hozzáférés dátuma: 2025. 03 23).
- 153.—. „Az egészségügy mai állapota.” *Önkéntes Pénztárak Országos Szövetsége*. 2023. 10 03.
https://www.penz tarszovetseg.hu/wp-content/uploads/2023/10/Sinko_Eszter_Penz tarkonferencia2023.pdf (hozzáférés dátuma: 2025. 03 20).
154. Sinkó, Eszter. „Az irányított betegellátás hazai tapasztalatai.” *Esély*, 2005: 52-72.
155. Sinkó, Eszter, és mtsai. „SH/8/1 regisztrációs számú Svájci Hozzájárulás keretében támogatott - Az egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával- című program.” *Semmelweis Egyetem Egészségügyi Köszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ*. 2017. 06 29.
https://semmelweis.hu/emk/files/2020/02/Z%C3%A1r%C3%B3_%C3%89rt%C3%A9ke l%C3%A9s_SH_8_1_WP8_SE_EMK_2017.pdf.
156. Solymosi, Tamás. *Mai magyar egészségügy / helyzetelemzés és kibontakozás*. Védegylet, 2005.
157. Sótónyi, Péter. „Az Egészségügyi Tudományos Tanács története (1863-2009).” *Egészségtudomány*, 2010: 17-26.
158. Speyer, R., és mtsai. „Effects of telehealth by allied health professionals and nurses in rural and remote areas: A systematic review and meta-analysis.” *J Rehabilmed*, 2018: 225-235.
159. Susánszky, Éva, és Zsuzsa Szántó. „Az orvosi hivatás és pályaszocializáció megjelenése az orvosi szociológia tankönyvekben.” *Metszetek*, 2017: 79-97.
160. Süli-Zakar, István. *Közös múltunk-közös jövőnk, együtt Európáért: 20 éves a Kárpátok Eurorégió*. Debrecen: Didakt Kft., 2014.
161. Szabó, Bálint, és Beáta Heiling-Koltai. „Startol az EESZT.” *IME*, 2017: 48-50.
162. SZALAI, Júlia. *Az egészségügy betegségei*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Kiadó, 1986.
163. SZALAI, Júlia. „Nincs két ország...” 105-145. Osiris Kiadó, 2007.
164. Szerb, László, és András Rideg. „Kisvállalati gazdaságtan és menedzsment Versenyképességi megközelítés.” 2023. 03 04.
https://mersz.hu/dokumentum/m1107kgem__1/.
165. „Tájékoztató országtanulmány az Amerikai Egyesült Államok egészségügyéről.” *ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iskola*. 2010. <https://docplayer.hu/6004410-Amerikai-egyesult-allamok.html> (hozzáférés dátuma: 2022. 03 25).
166. Thornton, Nell, Tim Horton, Tom Hardie, és Charly Coxon. *Exploring public attitudes towards the use of digital health technologies and data*. London: The Health Foundation, 2023.
167. Tóth László. „Szenzorok az egészségügyben.” *Gradus*, 2017: 336-345.
168. Turi, Gergő, András Terebessy, és Krisztián Horváth. „Az Amerikai Egyesült Államok népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei.” *Egészségfejlesztés*, 2018: 11-19.
169. Uzzoli, Annamára, Viktor Pál, Szilvia Beke, és Attila Bán. „Esélyegyenlőtlenség, hozzáférés, térbeliség- a szívizominfarktus ellátásának néhány földrajzi jellegzetessége Magyarországon.” *Földrajzi közlemények*, 2019: 107-123.

- 170.Uzzoli, Annamária. „A magyar egészségügyi ellátórendszer strukturális átalakításának területi vonatkozásai.” *Tér és társadalom* (Tér és Társadalom), 2007: 103-115.
- 171.Vince, Péter. „Az önálló egészségbiztosítás dilemmái - a gyógyszerártámogatási rendszer funkciózavarai.” *Közgazdasági Szemle*, 1995: 189-200.
- 172.Virone, A. Wood, L. Selavo, Q. Cao, L. Fang, , és T. Doan, Z. He, and J. A. Stankovic. „Ban advanced wireless sensor network for health monitoring.” *Transdisciplinary Conf. Distrib. Diagnosis Home Healthcare*, 2006: 95.100.
- 173.Vitrai, József. „Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil.” *Egészségfejlesztés*, 2020: 82-87.
- 174.Vízvári, László. *Az egészségügy humánerőforrás stratégiája*. Budapest: Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 2010.
- 175.Vladár, Anita. „A kiégés vizsgálata a munkahelyi elégedettség, a szervezeti elkötelezettség és a motiváció függvényében orvosok körében.” *Különleges bánásmód*, 2016: 15-29.
- 176.Vroom, V. H. *Work and Motivation*. New York: Wiley, 1964.
- 177.WHO. „Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health.” *World Health Organisation*. 2008. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>.
- 178.Zrínyi, Miklós, és András Oláh. „IX. Telemedicinális, HR és menedzsment feladatok, a robotika kihívásai az idősellátás területén.” In *Tartós ápolással és gondozással kapcsolatos problémák ápolói feladatai*, szerző: Adrienn Ujváriné Siket, 147-165. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, 2022.

Mellékletek

1. melléklet: Kérdőív



Háziorvosi életpálya vizsgálata

Tisztelt Doktoró/Doktor Úr!

Paulikné Varga Barbara a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar tanársegédje és a Debreceni Egyetem Ihrig Károly Gazdálkodás- és szervezéstudományok Doktori Iskola PhD hallgatója vagyok. A kérdőív kitöltésével a doktori disszertációm elkészítéséhez járulna hozzá, melynek témája az egészségügyi ágazat szervezettefejlesztésének alternatívái, ezen belül kiemelten a háziorvosi praxisok szervezettefejlesztési lehetőségeit vizsgálom, ezért tisztelettel kérem, segítse munkámat a kérdőív kitöltésével.

A kutatás Prof. dr. habil Láczy Magdolna vezetésével történik.

A kérdőívvel több szakaszból tevődik össze, aminek következtében picit hosszú. Megválaszolása kb. 20-25 percet vesz igénybe. A kitöltés önkéntes, feldolgozása anonim módon történik, a személyazonosítására alkalmas adatot nem kérek. Az adatokat a kutatási etikai elveknek megfelelően, bizalmasan kezelem.

Kérem a kérdőívet csak egyszer töltsse ki! Amennyiben már korábban kitöltötte, akkor ne töltsse ki újra!

Amennyiben bármilyen kérdés vagy probléma merülne fel Önben a kutatással kapcsolatban, az alábbi e-mail címre tud üzenetet küldeni: paulikne.barbara@gmail.com.

Köszönettel és tisztelettel,

Paulikné Varga Barbara
tanársegéd, PhD hallgató

Szocio-demográfiai kérdések

1. Az Ön neve? *

- ☐ Nő
☐ Férfi

2. Születési éve: *

3. Családi állapota *

- ☐ Egyedül él
☐ Házas
☐ Kapcsolatban él
☐ Elvált/különélő
☐ Özvegy



A háziorvosi munkájával kapcsolatos kérdések

4. Melyi évbenszerezte meg az orvosi diplomáját? *

5. Melyik évben kezdett el körzeti orvosként vagy háziorvosként dolgozni? *

6. A körzet típusa *

- ☐ Felnőtt háziorvosi körzetben dolgozom.
☐ Gyermekek háziorvosi körzetben dolgozom.
☐ Vegyes háziorvosi körzetben dolgozom.

7. Kérem, írja be, hogy melyik település(ek)en lát el háziorvosi feladatot! *

8. Dolgozott-e más háziorvosi praxisban élete során? *

- ☐ Nem, mindig ebben a praxisban dolgoztam.
☐ Igen. Dolgoztam korábban más háziorvosi körzetben.
☐ Nem. Korábban más egészségügyi ellátó intézményben dolgoztam.

9. Ellát-e más háziorvosi praxist helyettesítésben? *

- ☐ Nem. Nem végzek tartós helyettesítést.
☐ Igen. Kevesebb, mint egy éve helyettesíték.
☐ Igen. Egy és öt év között helyettesíték más praxisban.
☐ Igen. Több, mint öt éve helyettesíték más praxisban.

10. Hány óra a hetirendelési ideje? *

- ☐ 16 óra
☐ 20 óra
☐ Több, mint 20 óra
☐ Egyéb: _____



11. Mennyi a háziorvosi szolgálathoz tartozó bejelentkezett páciensek létszáma*

- ☐ 600 fő alatti
☐ 600 - 799 fő közötti
☐ 800 - 1199 fő közötti
☐ 1200 - 1499 fő közötti
☐ 1500- 1999 fő közötti
☐ 2000 -2499 fő közötti
☐ 2500 -2999 fő közötti
☐ 3000 fő feletti

12. Hány fő egészségügyi dolgozó (ápoló/asszisztens) dolgozik Önnel? *

13. Az Önnel dolgozó ápoló legmagasabb iskolai végzettsége? *

- ☐ Érettségi nélküli egészségügyi végzettség
☐ Gyakorló ápoló/OKJ ápoló
☐ Diplomás ápoló
☐ Kiterjesztett hatáskörű ápoló (APN- egyetemi végzettség)
☐ Egyéb: _____

14. Mennyi volt az átlagos napi betegforgalma az előző évben?
(Kéremcsak számot írjon!)

15. Milyen formában látja el háziorvosi feladatait? *

(KSH 1021 nyilvántartási számú adatszolgáltatási kategóriái alapján)

- ☐ Szabadfoglalkozású tevékenység egészségügyi ellátásban
☐ egyéni egészségügyi vállalkozóként
☐ társas vállalkozás tagjaként
☐ közalkalmazotti jogviszonyban
☐ egészségügyi szolgálati jogviszonyban
☐ alkalmazotti munkaviszonyban
☐ közszolgálati jogviszonyban/kormányzati szolgálati jogviszonyban
☐ egyéni cég tagjaként.



16. Kérem, jelölje meg milyen szakképesítéssel rendelkezik!
(A megszerzés sorrendjében tüntesse fel! Oszloponként csak egy jelölés lehetséges.)

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	Általános orvosi diplomával rendelkezem.	1. szakvizsga	2. szakvizsga	3. szakvizsga	4. szakvizsga
Általános orvostan	☐	☐	☐	☐	☐
Háziorvostan	☐	☐	☐	☐	☐
Csecsemő és gyermekgyógyászat	☐	☐	☐	☐	☐
Gyermekek és ifjúságvédelmi szakorvos/Ifjúságegészségügy és ifjúságvédelem	☐	☐	☐	☐	☐
Foglalkozásorvostan/ Üzemorvostan	☐	☐	☐	☐	☐
Belgyógyászat	☐	☐	☐	☐	☐
Kardiológia	☐	☐	☐	☐	☐
Diabetológia	☐	☐	☐	☐	☐
Lipidológia	☐	☐	☐	☐	☐
Gastroenterológia	☐	☐	☐	☐	☐
Tüdőgyógyászat	☐	☐	☐	☐	☐
Szülészeti-nőgyógyászat	☐	☐	☐	☐	☐
Sebészet	☐	☐	☐	☐	☐
Anaesthesiológia/intenzív terápia	☐	☐	☐	☐	☐
Fül-orr-gégészet	☐	☐	☐	☐	☐
Ortopédia	☐	☐	☐	☐	☐
Reumatológia	☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb	☐	☐	☐	☐	☐



17. Érvényes-e mindenszakvizsgálata?

- ☐ Igen, minden szakvizsgám érvényes.
- ☐ Nem, nem minden szakvizsgám érvényes jelenleg, de megfelelő motiváció esetén megújítanám.
- ☐ Nem érvényes minden szakvizsgám, de az érvényteleneket már nem áll szándékomban megújítani.

18. Előreláthatólag hány évre tervezi a háziorvosi tevékenységét?

- ☐ 5 évnél kevesebb
- ☐ 5-10 évre
- ☐ 10 évnél többre

A háziorvosi szolgálat reformjának alternatívái

Kérdéseimmel arra keresem a válaszokat, hogy támogatnának-e egy új típusú csoportpraxist, amivel egyszerre elérhető a háziorvosok önképzésének az ösztönzése, a szakellátás javulása és a háziorvosi munka presztízsének, elismerésének a növelése?

19. Ön szerint a háziorvosi szolgálat melyik formában lenne hatékonyabb a jelenlegi helyzetnél?

- ☐ Praxisközösség (háziorvosi feladatok ellátására)
- ☐ Csoportpraxis (a praxisközösségi Korm. rendelet alapján a háziorvosi feladatokon túl járóbeteg-szakellátási szolgáltatásokat is végez)
- ☐ Nem tartom megvalósíthatóknak mindenhol ezeket a kezdeményezéseket.
- ☐ Nem tudom megítélni.
- ☐ Egyéb: _____

20. Ha korábban már csatlakozott praxisközösséghez, akkor melyik pályázat keretében csatlakozott?

- ☐ Nem voltam korábban praxisközösség tagja.
- ☐ EFOP-1.8.0-VEKOP-17 Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése
- ☐ Három generációval az egészségért program I.
- ☐ Három generációval az egészségért program II.

21. A praxisközösségekhez való jelenlegi viszonyom

- ☐ Praxisközösségi konzorciumvezető vagyok.
- ☐ Szoros- praxisközösségi konzorcium tagja vagyok. Szoros- integrált praxisközösség tagja vagyok.
- ☐ Szoros- egyesült praxisközösség tagja vagyok. Laza kollegiális praxisközösség tagja vagyok.
- ☐ Dolgoztam már praxisközösségben, de jelenleg most nem vagyok tag.
- ☐ Nem vagyok praxisközösség tagja, de tervezem a csatlakozást.
- ☐ Nem vagyok tagja és nem is tervezem praxisközösséghez való csatlakozást.



22. A praxisközösség jelenlegi formáját hatékonynak tartja-e? *

- ☐ Igen
- ☐ Nem
- ☐ Egyéb: _____

23. Ha jelenleg praxisközösségben dolgozik, kérem írja be, hogy melyik évben csatlakozott a praxisközösséghez!
(Kérem, csak az évszámot írja!)

24. A praxisközösséghez csatlakozáskor mi jelentette Ön számára a motivációt?
(Több válasz is megjelölhető!)

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- ☐ Szeretek a kollégáimmal együtt egy közösséghez tartozni.
- ☐ A szakmai fejlődésem érdekében.
- ☐ A betegeim ellátása érdekében.
- ☐ A praxisközösséghez tartozás anyagi előnyei miatt. (pl. béremelés)

25. Kikkel dolgozik együtt a praxisközösségben? (Több válasz is megjelölhető!)

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- ☐ Háziorvos kollégákkal
- ☐ Fogorvossal
- ☐ Háziorvosi asszisztenssel
- ☐ Védőnővel
- ☐ Kiterjesztett ápoló APN végzettséggel
- ☐ Házi betegápolóval

26. ACSOPORTPRAXISBAN kik azok az egészségügyi szakemberek, akikkel tudná képzelni az együttműködést? *

(Több válasz is megjelölhető!)

Válassza ki az összeset, amely érvényes!

- ☐ Háziorvos
- ☐ Házi gyermekorvos
- ☐ Fogorvos
- ☐ Kiterjesztett hatáskörű ápoló
- ☐ Gyógytornász
- ☐ Fizioterápiás szakdolgozó
- ☐ Pszichológus
- ☐ Egészségügyi szervező
- ☐ Dietetikus



27. Milyen egészségügyi szakképesítéssel rendelkezőkkel egészítené még ki a csoportpraxisban végezhető feladatokat ellátó szakembereket?

28. Véleménye szerint, milyen szakterületeket lehetne a járóbeteg ellátásból megosztani a csoportpraxisokkal, amennyiben a szaktudás és az infrastruktúra rendelkezésre áll? * (Több válasz is megjelölhető!)

Válassza ki az összeset, amely érvényes!

- ☐ járóbeteg ellátás
☐ gondozott beteg kontroll vizsgálata
☐ rehabilitációs ellátás
☐ vérvétel
☐ ultrahang
☐ fizioterápiás ellátás
☐ egynapos ellátás (kisműtét)
☐ otthoni betegellátás

29. Egyetért-e azzal, hogy finanszírozási eszközökkel kellene támogatni csoportpraxisok létrejöttét és működését? *
 (Kérem, minden sorban válaszoljon!)

Soranként csak egy oválját jelölje be.

	Teljes mértékben egyetértek	Fenntartásokkal értek egyet	Egyáltalán nem értek egyet
Csoportpraxis létrejöttéhez legyen támogatás	☐	☐	☐
Csoportpraxis személyi állományának fejlesztéséhez nyújtson támogatást a finanszírozó	☐	☐	☐
Csoportpraxis tárgyi eszközbeszerzéséhez kapjon támogatást a szolgáltató.	☐	☐	☐



30. Egyetért-e azzal, ha a csoportpraxis többszolgáltatásainak biztosításához szükséges licencek és egyéb kompetenciák megszerzését és alkalmazását az állam anyagilag támogatja? *

1 2 3 4 5

Egyáltalán nem értek ezzel egyet. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Teljes mértékben egyet értek.

31. Egyetért-e azzal, hogy a csoportpraxis többszolgáltatásainak biztosításához szükséges a személyzetjévedelmét igazítani, és ehhez az állam anyagi támogatást nyújtson? *

1 2 3 4 5

Egyáltalán nem értek ezzel egyet. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Teljes mértékben egyet értek.

32. Egyetért-e azzal, hogy az egészségügyi struktúraváltás átmeneti időszakában az alapellátás területi szervezése egyidejűleg - a területi szükségletekhez igazodva - több modell (egyéni körzetek, praxisközösségek, csoportpraxisok) szerint alakuljon? *

- ☐ Igen, felmenő rendszerben érdemes átszervezni a jelenlegi körzeteket.
☐ Nem, egy lépésben célszerű felülvizsgálni a körzethatárokat és a működési formákat.

33. Kérem, ossza meg velem azokat a javaslatait, érveit vagy ellenérveit, ami a háziorvosi hivatás fejlesztését segítheti!

Véleménye szerint melyek az egészségügyi alapellátás jelenlegi problémái

34. Meg van elégedve a jelenlegi munkakörülményeivel? *

1 Nagyon elégedetlen vagyok. 7. Nagyon elégedett vagyok. Jelölje be az alábbi skálán!

1 2 3 4 5 6 7

Nagyon elégedetlen vagyok. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nagyon elégedett vagyok.



35. Szükségesnek tartaná-e, hogy a jelenlegi munkakörülményein változás történjen? *

- ☐ Igen
☐ Nem
☐ Egyéb: _____

36. A jelenlegi egészségügyi rendszer átalakítását milyen területeken végezné el! A területet aszerint adja meg, hogy mit tart a legnagyobb problémának *
(Kérem, mindensorban válaszoljon!)

Soranként csak egy oválít be.

	Legnagyobb probléma	Nagy probléma	Közepes probléma	Kis, könnyen javítható probléma	Elhanyagolható probléma
működés	☐	☐	☐	☐	☐
finanszírozás	☐	☐	☐	☐	☐
egészségügyi dolgozók motiváltsága, elégedettsége	☐	☐	☐	☐	☐
szervezetátalakítás	☐	☐	☐	☐	☐

37. A jelenlegi egészségügyi rendszer átalakítását milyen sorrendben végezné el! A sorrendet aszerint adja meg, hogy mit tart a legsürgősebbnek.
(Kérem, oszloponként és soranként egy szempontot jelöljön ki!) *

	1. Legsürgősebb probléma	2. Sürgős probléma	3. Kevésbé sürgős probléma	4. Nem sürgős probléma
működés	☐	☐	☐	☐
finanszírozás	☐	☐	☐	☐
egészségügyi dolgozók motiváltsága, ösztönzése	☐	☐	☐	☐
szervezeti átalakítás	☐	☐	☐	☐



38. Véleménye szerint összeegyeztethető-e a magán és a közfinanszírozott ellátás? *

- ☐ Igen
☐ Nem
☐ Talán.

39. Elképzelhetőnek és hasznosnak tartaná-e az alapellátás kettős finanszírozási rendszerét? (A fejkvóta mellett az infrastruktúra finanszírozását is.) *

- ☐ Igen
☐ Nem
☐ Egyéb: _____

40. Ismeri-e a reformkoncepciókat? (Több válasz is kijelölhető!)

- ☐ 1. Egészséges Magyarország 2021-2027 /Egészségügyi Ágazati Stratégia, EMMI
☐ 2. A Magyar Orvosi Kamara helyzetértékelése és javaslatai
☐ 3. Egyéb szervezetek, szakemberek koncepcióját Nevezetesen.....
☐ Egyéb: _____

41. Ön hogyan változtatná meg a jelenlegi helyzetet?

Felmérés a pandémia alatti munkaterhelésről (Stressztűrő képesség)

42. Kérem véleményezze, hogy a COVID 19 pandémia ELŐTTI időszakban az ellátandó feladatok átlagosan napis szinten hány óra rendelési időt jelentettek Önnek? *

- ☐ 3 óránál kevesebb
☐ 3 óra és 4 óra közötti időintervallum.
☐ 4 óra és 5 óra közötti időintervallum.
☐ Több, mint 5 órát dolgoztam egy napon.

43. Kérem véleményezze, hogy a COVID 19 pandémia időszakban az ellátandó feladatok átlagosan napi szinten hány óra rendelési időt? *

- ☐ 3 óránál kevesebb
☐ 3 óra és 4 óra közötti időintervallum.
☐ 4 óra és 5 óra közötti időintervallum.
☐ Több, mint 5 órát dolgozom egy napon.



44. Kéremskálánértékelje, hogy a pandémia időszaka hogyan változtatta meg a napi feladatai elvégzését! (Kérem, minden sorban válaszoljon!) *

Soranként csak egy oválit jelöljön be.

	Nagymértékben megkönnyítette.	Kismértékben megkönnyítette	Nem változott a napi munkavégzés.	Kis mértékben megnehezítette	Nagyon megnehezítette
A betegségek diagnosztizálása, gyógyítása	☐	☐	☐	☐	☐
A betegfalalkozások szervezése (előjegyzés)	☐	☐	☐	☐	☐
A gyógyszerfelírás	☐	☐	☐	☐	☐
A betegbeutalás	☐	☐	☐	☐	☐
A szakorvosi leletek/zárójelentések elérését.	☐	☐	☐	☐	☐
A gondozási tevékenység	☐	☐	☐	☐	☐
A szűrési tevékenység	☐	☐	☐	☐	☐
Védőoltások szervezése	☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb új feladat	☐	☐	☐	☐	☐



45. A pandémia időszaka alatt bevezetett telemedicinális ellátás során melyik módszer vált be leginkább a következő feladatok ellátása során! *
(Kérem, minden sorban válaszoljon!)

Soranként csak egy oválit jelöljön be.

	telefon	e-mail	videokonferencia	egyéb	nem lehet telemedicinával megoldani
gyógyszerfelírás	☐	☐	☐	☐	☐
betegbeutalás	☐	☐	☐	☐	☐
betegirányítás	☐	☐	☐	☐	☐
tanácsadás	☐	☐	☐	☐	☐
konzultáció	☐	☐	☐	☐	☐
betegkönyvtár	☐	☐	☐	☐	☐

46. A pandémia idején milyen gyakran érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk? (észlelt stressz) *

	1	2	3	4	5	6	7
Soha	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nagyon gyakran							

47. A pandémia során milyen gyakran volt feszült valamilyen váratlan esemény miatt? *

	1	2	3	4	5	6	7
Soha	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nagyon gyakran							

48. A pandémia során milyen gyakran okoztak gondot olyan dolgok, amelyeket nem tudott befolyásolni? *

	1	2	3	4	5	6	7
Soha	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nagyon gyakran							

49. A pandémia időszakában érezte-e úgy, hogy sikeresen meg tudta oldani az Önre bízott feladatokat? *

	1	2	3	4	5	6	7
Soha	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nagyon gyakran							



50. A pandémia időszakában milyen gyakran érezte magát idegesnek, stresszesnek. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Soha	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon gyakran

51. A veszélyhelyzet idején megfogalmazódott-e Önben, hogy szervezeti/ szervezési változásra lenne szükség? *

	1	2	3	4	5	6	7	
Soha	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon gyakran

Szervezeti és szakmai elkötelezettség

52. Úgy gondolom, hogy az én értékeim és a háziorvosi szolgálatban elvárt értékek nagyon hasonlóak.

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

53. Nagyon örülök annak, hogy annak idején, amikor ide jöttem dolgozni, más háziorvosi szolgálatok közül ezt választottam. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

54. Valóban töredék a háziorvosi szolgálat sorsával. Mindent megtennék, hogy erkölcsi és egzisztenciális elismerést kapjon a háziorvosi tevékenység. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

55. Kevés megbecsülést érzek a háziorvosi szolgálat működtetésével kapcsolatban. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző



56. Sokszor nehezemre esik, hogy egyetértsek az egészségpolitikában meghozott, a dolgozókhoz kapcsolódó fontos kérdésekkel. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

57. Az egészségügyi rendszer fenntartása és a betegek magasabb szintű ellátása érdekében készen állok arra, hogy esetenként a hivatalosan elvártnál sokkal nagyobb erőfeszítéseket tegyek. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

58. A barátaim előtt a háziorvosi ellátást szakmai kihívásként jellemzem, és szakmailag sokrétű munkahelyként említem. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

Munkahelyi elégedettség (MSQ) és szakmai motiváltság

...a jelenlegi munkám során

59. Nehéz szívvel válnék meg a munkahelyemtől. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző



60. Az alábbi tényezők mennyire játszottak szerepet abban, hogy a háziorvosi hivatást választotta? * (Kérem, minden sorban válaszoljon!)

	Nem játszott szerepet	Kis szerepet játszott	Közepes szerepet játszott	Elég nagy szerepet játszott	Nagyon nagy szerepet játszott
A munkában rejlő szakmai kihívás	☐	☐	☐	☐	☐
A rászoruló emberek segítése	☐	☐	☐	☐	☐
Jó elhelyezkedési lehetőségnek tartottam	☐	☐	☐	☐	☐
Jó megélhetési lehetőséget reméltem	☐	☐	☐	☐	☐
A jó munkatársi kapcsolatok kialakításáért	☐	☐	☐	☐	☐
A hivatás presztízse	☐	☐	☐	☐	☐



61. Az alábbiakban állításokat talál, amelyek a munkával való elégedettséget fejezik ki. Mennyire ért egyet, illetve nem ért egyet az egyes állításokkal. * (Kérem, minden sorban válaszoljon!)

	Egyáltalán nem ért egyet	Inkább nem ért egyet	Egyet is ért, meg nem is	Inkább egyetért	Nagyon egyetért
A munkám változatos, szakmai kihívásokkal	☐	☐	☐	☐	☐
A gyógyult betegek elismerése ösztönző	☐	☐	☐	☐	☐
Az én és kollégáim munkájának önálló megszervezése	☐	☐	☐	☐	☐
Nehéz a praxisom gazdasági működtetése	☐	☐	☐	☐	☐
Sok a kötelező jelentés és egyéb adminisztráció	☐	☐	☐	☐	☐
Nincs elég szabadidőm magamra, családomra	☐	☐	☐	☐	☐
Időnként úgy érzem, kihasználják a segítőkészségét	☐	☐	☐	☐	☐
Környezetem megbecsülésben részesít	☐	☐	☐	☐	☐
A szakszemélyzet ösztönzésének kihívása	☐	☐	☐	☐	☐
A háziorvosi hivatás nagyobb szakmai elismertsége	☐	☐	☐	☐	☐



62. Az alábbi tényezők mekkora szerepet játszanak abban, hogy Ön háziorként dolgozik? *
(Kérem, minden sorban válaszoljon!)

	Nagyon nagy szerepet	Elég nagy szerepet	Közepes szerepet	Kis szerepet	Nem játszik szerepet
A munkában rejlő kihívás?	☐	☐	☐	☐	☐
Nincs más elhelyezkedési lehetősége	☐	☐	☐	☐	☐
A rászoruló emberek segítése?	☐	☐	☐	☐	☐
A megélhetés biztos forrása?	☐	☐	☐	☐	☐
Jó munkatársi kapcsolatok?	☐	☐	☐	☐	☐

63. Ön szerint mennyire *

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

	Nagyon	Eléggé	Válemennyire	Kissé	Egyáltalán nem
ismerik el a munkáját?	☐	☐	☐	☐	☐
részesül megbecsülésben munkájáért?	☐	☐	☐	☐	☐
fizetik meg jól munkáját más háziorkokhoz viszonyítva?	☐	☐	☐	☐	☐
a betegek ellátása az elsőrendű dolog munkahelyén?	☐	☐	☐	☐	☐
biztosít munkája jó jövedelmet?	☐	☐	☐	☐	☐
él az emberekben kedvező kép a háziorki hivatásról?	☐	☐	☐	☐	☐
él az orvosokban kedvező kép a háziorki hivatásról?	☐	☐	☐	☐	☐



64. Az alábbiakban állításokat talál, amelyek a munkával való elégedettséget fejezik ki. Mennyire ért egyet, illetve nem ért egyet az alábbi állításokkal? *
(Kérem, minden sorban válaszoljon!)

	Nagyon egyetért.	Egyetért.	Egyet is ért, nem is ért egyet.	Nem ért egyet.	Egyáltalán nem ért egyet.
Nagyon élvezem a munkám.	☐	☐	☐	☐	☐
Ha újra választhatnék, valószínűleg másfajta munkát végeznék.	☐	☐	☐	☐	☐
Más háziorkoknál jobban élvezem a munkámat.	☐	☐	☐	☐	☐
Ritkán unom a munkámat.	☐	☐	☐	☐	☐
Nem foglalkozom azzal a gondolattal, hogy más munkát keressek.	☐	☐	☐	☐	☐
Legtöbbször lelkesít a munkám.	☐	☐	☐	☐	☐
Valószínűleg nem vagyok igazán alkalmas arra a tevékenységre, ami a munkámmal jár.	☐	☐	☐	☐	☐
Meglehetősen elégedett vagyok a munkámmal.	☐	☐	☐	☐	☐

65. Mindent figyelembe véve, mennyire elégedett a háziorki munkájával? *

	1	2	3	4	5	6	7
Egyáltalán nem elégedett.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nagyon elégedett.							



66. Mennyire tartja ösztönzőnek, hogy a betegek kötődnek a személyéhez, hogy megbíznak Önben? *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem elégedett.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon elégedett.

67. Mindent megteszek, hogy folyamatosan javítsak a környezetemben élők egészségi állapotán, a munkám "eredményein".

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

68. Jó érzéssel tölt el, ha sikerül preventív megoldásokkal csökkenteni, enyhíteni a krónikus betegségek kialakulását. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

69. Nagyon örülök, ha egy nehéz esetet sikerül megoldani, a beteget meggyógyítani. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

70. Az elvégzendő feladatomra koncentrálok, de figyelembe veszem a szakszemélyzetem észrevételeit is. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

71. Fontosnak tartom munkatársaim szakmai felkészültségét, a jó team munkát és a jó munkahelyi légkör kialakítását. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

72. Törekszem a jó idősgazdálkodásra, hogy teljesítse a feladataimat, de egy-egy akuteset miatt készen vagyok a változtatásra. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző



73. Mindent megteszek azért, hogy ne kövessék el helyrehozhatatlan hibákat.

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

74. Mérilegelem a lehetőségeimet, hogy ne fogjak hozzá képességeimet meghaladó dologhoz.

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

75. Szívesen vállalom szervezői, irányítói feladatokat. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

76. Fontos számomra, hogy "befolyással" legyek a "dolgok" alakulására. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Egyáltalán nem jellemző	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Teljes mértékben jellemző

Nagyon szépen köszönöm, hogy időt szánt a kérdőív kitöltésére!

2. melléklet: European Healthcare Consumer Index (ECHI) alfejezetei és mutatói

	Betegjog és tájékoztatás, e-egészségügy	Hozzáférés (Várólisták)	Szolgáltatások eredményessége	Szolgáltatások típusa és elérhetősége	Prevenációs tevékenység	Gyógyszerellátás
	Betegszervezetek döntéshozatalba történő bevonása	Aznap elérhető háziorvosi szolgálat	Szívinfarktust követő 30 napon túli halálozás	Az egészségügyi rendszerek méltányossága	Kisgyermekek 8 védőoltásos prevenciója	Rx támogatás
	Második szakvéleményhez való hozzáférés	Szakorvosok direkt elérése	Stroke utáni 30 napon túli halálozás	100 ezer lakosra jutó szürkehályog műtétek száma	Vérnyomás	Új rák elleni gyógyszerek alkalmazási arány
	Saját orvosi rekordhoz való hozzáférés	Jelentősebb elektív műtétek 90 napon belül	Csecsemőhalálozás	1 millió lakosra jutó vesetranszplantáció	Dohányzási prevenció	Új gyógyszerekhez való hozzáférés (támogatási idő)
	A jóhiszemű orvosok nyilvántartása	Rákerápia 21 napon belül	Daganat túlélés	Fogászati ellátás az állami egészségügyi ellátásban	Alkohol	Arthritis gyógyszerek
	Web vagy 24/7 egészségügyi ellátás információ	CT 7 napon belül	65 év előtt elvesztett életévek száma	Informális kifizetések az orvosoknak (hálapénz)	Fizikai aktivitás	Statin használat
	Határokon átnyúló ellátás otthonról	Baleset és vészhelyzet várólista	MRSA fertőzések	Hosszú távú ellátás az idősek számára	HPV védőoltás	Antibiotikum alkalmazás
	Minőségi rangsor alapú szolgáltatási lista		Abortusz aránya	A műveseállomásokon kívüli dialízisek aránya	Közlekedési balesetek	
	Elektronikusan elérhető páciens rekord		Depresszió	Császármetszés aránya		
	On-line időpontfoglalás		Diabeteses betegek aránya HbA1c<7 értékkel			
	e-Recept					
Alfejezethez adható maximális pontszám	150	225	250	150	125	100

3. melléklet: Paulikné Varga Barbara Publikációs jegyzéke



**DEBRECENI
EGYETEM**

**DEBRECENI EGYETEM
EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR**

H-4002 Debrecen, Egyetem tér 1, Pf.: 400
Tel.: 52/410-443, e-mail: publikaciok@lib.unideb.hu

Nyilvántartási szám: DEENK/475/2025.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Paulikné Varga Barbara
Doktori Iskola: Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola
MTMT azonosító: 10063870

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

Folyóiratcikkek, tanulmányok (6)

1. **Paulikné Varga, B.:** A háziorvosi professzió módszertani vizsgálata.
In: Tudomány: iránytű az elérhető jövőhöz. Szerk.: Rusinné Fedor Anita, Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen, 101-117, 2022, (Életmód és Egészségszociológiai Interdiszciplináris kutatások, ISSN 2732-0928 ; 3) ISBN: 9789636150327
2. **Paulikné Varga, B.:** A járvány válságkezelési dilemmái, perspektívái.
In: Jövőformáló tudomány - Generációk Egymásért. Szerk.: Rusinné Fedor Anita, Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen, 149-164, 2021, (Életmód és Egészségszociológiai Interdiszciplináris kutatások ISSN ; 2) ISBN: 9789633189658
3. **Paulikné Varga, B.:** A telemedicina szolgáltatás térhódítása a pandémia idején.
Magyar gerontológia. 13 (40), 127-137, 2021. ISSN: 2062-3682.
DOI: <http://dx.doi.org/10.47225/mg/13/40/10813>
4. **Paulikné Varga, B.:** Kutatási kérdőjelek az egészségügyi szervezetfejlesztésének vizsgálatában.
Acta medicae et sociologica. 11 (31), 144-163, 2020. ISSN: 2062-0284.
5. **Paulikné Varga, B.:** Néhány szempont a magyar egészségügyi ágazat problématerképének összeállításához.
Acta Medicae et Sociologica. 11 (30), 23-31, 2020. ISSN: 2062-0284.
6. **Paulikné Varga, B.:** Egy európai módszer a tagországok egészségügyi rendszerének minősítésére: az Európai Egészségügyi Fogyasztói Index változása a Visegrádi Négyek országaiban.
Köztes Európa. 10 (2), 109-119, 2018. ISSN: 2064-437X.

Konferenciaközlemények (3)

7. **Paulikné Varga, B., Takács, P., Lácay, M.:** Community of practice as the appearance of competition in Hungary.
In: Challenges in the Carpathian basin : 16th Annual International Conference on Economics and Business : conference volume. Ed.: Nagy Benedek, RISOPRINT, Kolozsvár, 184-196, 2023. ISBN: 9789735330385





8. **Paulikné Varga, B.**: A praxisközösségek szerepe a COVID időszakban.
In: Orvosi Informatika 2020. A XXXIII. Neumann Kollokvium konferenciakiadványa. Szerk.:
Bari Ferenc, Tolnai József, Ráosi Ferenc, Neumann János Számítógép-tudományi
Társaság, Szeged, 167-178, 2020. ISBN: 9786155036187
9. **Paulikné Varga, B.**: Az egészségügyi rendszerek nemzetközi összehasonlító elemzéseinek
adatai a Kárpátok Eurorégió országaiban.
In: A magyar diplomácia történelmi öröksége nemzetközi tudományos konferencia anyagai.
Szerk.: Kiss Éva, Belikánics László, Crossroads Európai Integráció és Nemzeti Kisebbségek
Központja, Ungvár, 156-170, 2019.

További közlemények

Könyvek (5)

10. **Paulikné Varga, B.**, Lorenzovici, L., Takács, P.: Az egészségügy gazdaságtana. HEAL ALL,
Nyíregyháza, 111 p., 2023. ISBN: 9789634905905
11. **Paulikné Varga, B.**, Lorenzovici, L., Takács, P.: Health economics and finance in healthcare.
HEAL ALL, Nyíregyháza, 107 p., 2023. ISBN: 9789634905912
12. Tóth, K., Helmeczi, G., **Paulikné Varga, B.**, Takács, P.: Project management in healthcare.
HEAL ALL, Nyíregyháza, 122 p., 2023. ISBN: 9789634905936
13. Tóth, K., Helmeczi, G., **Paulikné Varga, B.**, Takács, P.: Projektmenedzsment az
egészségügyben. HEAL ALL, Nyíregyháza, 125 p., 2023. ISBN: 9789634905929
14. Takács, P., Mór, M., Mara, G., Martignago, F., Lázár, E., Miklóssy, I., Vámosi, G., Lácay, M.,
Szakál, Z., Kristóf, Z., Varga, L., Nagy, B., **Paulikné Varga, B.**, Helmeczi, G., Tóth, K., Bálint,
G., Gergely, N., Székely, L., Bálint, E., Bandiziol, B., Horváth, A., Gurzó, A., Lövei-Kalmár, K.,
Orosz, E. K., Varga, S. Z.: The impact of the Covid pandemic on tourism: Measuring social,
cultural, economical background Examining data from three countries: Hungary -
Romania/Transylvania - Italy. Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Debrecen,
Nyíregyháza, 38 p., 2023. ISBN: 9789634906063

Folyóiratcikkek, tanulmányok (1)

15. Hornyák, E., **Paulikné Varga, B.**: A zenekari zenészek egészségügyi problémái.
In: Diáktudomány 5.. Szerk.: Balogh Erzsébet, Jávorné Erdei Renáta, Debreceni Egyetem
Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 40-49, 2020. ISBN: 9789634902676





Konferenciaközlemények (19)

16. **Paulikné Varga, B.**: Az egészségügyi rendszerek és reformok társadalmi aspektusai.
In: Magyar Tudomány Ünnepe 2024. : Tudományos tanácsadás a társadalom szolgálatában :
Tudományos eredmények - a sikeres szolgáltatásfejlesztés alapjai : Program és
Absztraktkötet / kiad a DE ETK, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Nyíregyháza,
33, 2024. ISBN: 9789634906636
17. Varga, L., Miklóssy, I., Nagy, B., Szakál, Z., Kristóf, Z., **Paulikné Varga, B.**, Helmeczi, G.,
Székely, L., Tóth, K., Takács, P.: Együttműködésen alapuló, projekt szemléletű oktatás a
digitális térben A HEAL-ALL projekt eTwinning tapasztalatai az egészségügyi oktatás
területén.
In: II. "Várandósság és egészséges életkezdés" Dr. Adorján Gusztáv Tamás
Emlékkonferencia : absztraktkötet és programfüzet. Szerk.: Moravcsikné Kornyecké Ágota,
Jávorné Erdei Renáta, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Nyíregyháza, 16, 2023.
ISBN: 9789634905110
18. **Paulikné Varga, B.**, Lácay, M.: A háziorvosoktól függhet az egészségügy
szervezetfejlesztésének a sikere.
In: Covid és az alapellátás : Praxisközösség, praxisszervezés / s.n, CSAKOSZ, Szeged, 24,
2022.
19. **Paulikné Varga, B.**, Lácay, M., Takács, P.: Az egészségügyi alapellátás szerkezeti
átalakulásának lehetőségei.
In: XIV. Nemzetközi nyíregyházi doktorandusz és posztdoktori konferencia : Absztraktkötet.
Szerk.: Rusinné Fedor Anita, Tóth Dalma, Zakor-Broda Rita, Debreceni Egyetem
Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 26, 2022. ISBN: 9789634904755
20. **Paulikné Varga, B.**: Az egészségügyi szakterületek közötti kapcsolat és együttműködési
jellemzői az alapellátásban.
In: Egészségügyi Szakdolgozók IV. Országos Alapellátási Konferenciája : programfüzet és
absztraktkötet. Szerk.: Hirdi Henriett Éva, Kaló Mária, Balogh Zoltán, Magyar
Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK), Budapest, 1, 2022. ISBN: 9786158140843
21. Ujváriné Siket, A., **Paulikné Varga, B.**, Szöllősi, A., Zrínyi, M.: Experiences Concerning the
Implementation of the Advance Practice Nurse (APN) in Hungary.
In: Nursing of the 21st Century in the Process of Changes 2022 : Book of Abstracts. Szerk.:
Mária, Semanisovná, Constantine the Philosopher University in Nitra, Nitra, 77, 2022. ISBN:
9788055819235
22. Szakál, Z., Takács, P., Varga, L., **Paulikné Varga, B.**, Tóth, K., Kristóf, Z., Helmeczi, G.
INDEHEP projekt digitális tananyag fejlesztés és tréningek a Debreceni Egyetem
Egészségtudományi Karán - új, innovatív módszerek pedagógiai és digitális lehetőségek
integrálásával.
In: XIV. Nemzetközi nyíregyházi doktorandusz és posztdoktori konferencia : Absztraktkötet.
Szerk.: Rusinné Fedor Anita, Tóth Dalma, Zakor-Broda Rita, Debreceni Egyetem
Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 88, 2022. ISBN: 9789634904755





23. Lácza, M., **Paulikné Varga, B.**: Social aspects of health care systems and reforms in Hungary.
In: Nursing of the 21st century in the process of changes 2022 : Book of Abstracts. Ed.: Mária Semanisinová, Department of Nursing Faculty of Social Sciences and Health Care
Constantine the Philosopher University in Nitra, Nitra, 55, 2022. ISBN: 9788055819235
24. Takács, P., Miklóssy, I., Nagy, B., Szakál, Z., Kristóf, Z., **Paulikné Varga, B.**, Helmeczi, G., Tóth, K., Varga, L.: The impact of the coronavirus epidemic on tourism - HEAL-ALL survey.
In: XIV. Nemzetközi nyíregyházi doktorandusz és posztdoktori konferencia : Absztraktkötet.
Szerk.: Rusinné Fedor Anita, Tóth Dalma, Zakor-Broda Rita, Debreceni Egyetem
Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 163, 2022. ISBN: 9789634904755
25. **Paulikné Varga, B.**, Lácza, M.: A háziorvosi professzió módszertani vizsgálata.
In: A Magyar Tudomány Ünnepe 2021 - "Tudomány: iránytű az élhető jövőhöz" Nemzetközi Interdiszciplináris Konferencia : Absztraktfüzet. Szerk.: Rusinné Fedor Anita, Vámosiné Balla Petra, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 11, 2021. ISBN: 9789634903529
26. Takács, P., Lácza, M., Szakál, Z., Varga, L., Kristóf, Z., **Paulikné Varga, B.**, Tóth, K., Helmeczi, G.: A magyar lakosok egészségi állapota, egészségmagatartása 2020-as SHARE Corona Survey (Covid-19) adatainak tükrében - Hagyományos statisztikai és rough set alapú elemzés.
Magyar gerontológia. 13 (Kisz.), 126-129, 2021. ISSN: 2062-3682.
27. **Paulikné Varga, B.**: Telemedicina jelentősége a pandémia időszakában.
Magyar gerontológia. 13 (Kisz.), 106-108, 2021. ISSN: 2062-3682.
28. **Paulikné Varga, B.**: A járvány válságkezelési dilemmái, perspektívái.
In: Magyar Tudomány Ünnepe 2020 "Jövőformáló Tudomány - Generációk Egymásért"
Kutatási innovációk és új eredmények : Absztraktfüzet. Szerk.: Rusinné Fedor Anita, Balla Petra, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 22, 2020. ISBN: 9789634902706
29. Kristóf, Z., Takács, P., Helmeczi, G., Lácza, M., **Paulikné Varga, B.**, Szakál, Z., Tóth, K., Varga, L.: Felsőoktatásba belépő hallgatók szövegszerkesztési és prezentációkészítési jártasságának önreflexivitáson alapuló felmérése a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán.
In: Magyar Tudomány Ünnepe 2020 "Jövőformáló Tudomány - Generációk Egymásért"
Kutatási innovációk és új eredmények : Absztraktfüzet. Szerk.: Rusinné Fedor Anita, Balla Petra, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 17, 2020. ISBN: 9789634902706
30. Takács, P., Kristóf, Z., Lácza, M., Lövei-Kalmár, K., **Paulikné Varga, B.**, Szakál, Z., Varga, L.:
HEAL-ALL - Pályázat az egészségturizmus oktatás fejlesztésére.
In: Magyar Tudomány Ünnepe 2020 "Jövőformáló Tudomány - Generációk Egymásért"
Kutatási innovációk és új eredmények : Absztraktfüzet. Szerk.: Rusinné Fedor Anita, Balla Petra, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 17, 2020. ISBN: 9789634902706





31. **Paulikné Varga, B.:** Kutatásmódszertani kérdőjelek az egészségügy szervezetfejlesztésének vizsgálatába.
In: XIII. Nyíregyházi Doktorandusz Konferencia : Absztraktfüzet. Szerk.: Rusinné Fedor Anita, Balla Petra, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 54, 2019. ISBN: 9789634901655
32. **Paulikné Varga, B.:** Praxisközösség, mint az egészségügyi szervezetfejlesztés modellje.
In: A Magyar Tudomány Ünnepe 2019 : "Értékteremtő Tudomány" : Absztraktfüzet. Szerk.: Rusinné Fedor Anita; Balla Petra, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 17, 2019. ISBN: 9789634901563
33. **Paulikné Varga, B.:** A European method to qualify countries' health care system the changes in the Euro Health Consumer Index (EHCI) in the last years.
In: Global challenges in a changing world - New roles and competencies in the field of nursing. Eds.: Sárváry Attila, Papp Katalin, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 117, 2018. ISBN: 9789634900207
34. **Paulikné Varga, B., Ködmön, J.:** The impact of eHealth on the nursing documentation.
In: Nursing Professionalization as an indicator of nursing care's quality, University of Rzeszow, Rzeszow, Lengyelország, 384-400, 2011.

A DEENK a Jelölt által a Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudománymetriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2025.08.18.



4. melléklet: Plágiumszűrés eredménye

Pauliné Varga Barbara - Értekezés				
ORIGINALITY REPORT				
SIMILARITY INDEX		INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
18%		17%	11%	5%
PRIMARY SOURCES				
1	real-j.mtak.hu	Internet Source		6%
2	ojs.lib.unideb.hu	Internet Source		1%
3	ir.canterbury.ac.nz	Internet Source		1%
4	era.aeek.hu	Internet Source		1%
5	Submitted to University of Debrecen / DEA	Student Paper		1%
6	docplayer.hu	Internet Source		1%
7	www.researchgate.net	Internet Source		1%
8	deai.lib.unideb.hu	Internet Source		<1%
9	real.mtak.hu	Internet Source		<1%
10	Kovács, Tünde Zita. "A Platform Alapú, Kereslet-Elv Vezérelt Vállalkozások Tevékenységének Értékelése", Debreceni Egyetem (Hungary), 2024	Publication		<1%
11	Submitted to Corvinus University of Budapest	Student Paper		<1%

12	csik.sapientia.ro	Internet Source	<1%
13	mek.oszk.hu	Internet Source	<1%
14	acta.bibl.u-szeged.hu	Internet Source	<1%
15	kozgyules.salgotarjan.hu	Internet Source	<1%
16	www.revfulop.hu	Internet Source	<1%
17	tudoster.idea.unideb.hu	Internet Source	<1%
18	444.hu	Internet Source	<1%
19	Edmond Girasek, Bence Dobróssy, András Wernigg, Zsuzsa Gyórfy. "Digitális egészségügyi megoldások a COVID-19-járvány alatt és után", Orvosi Hetilap, 2025	Publication	<1%
20	repositorium.omikk.bme.hu	Internet Source	<1%
21	doktori.uni-sopron.hu	Internet Source	<1%
22	szakcikkkadatbazis.hu	Internet Source	<1%
23	jech.bmj.com	Internet Source	<1%
24	adoc.pub	Internet Source	<1%
25	healall.eu	Internet Source	<1%

26	Submitted to National University of Public Service - Institute for Research and Development on State and Governance Student Paper	<1 %
27	www.arcanum.hu Internet Source	<1 %
28	Submitted to Semmelweis University Student Paper	<1 %
29	pea.ltb.pte.hu Internet Source	<1 %
30	Debrődi, Gábor. "Budapest mentéstörténetének első négy évtizede az országos mentésszervezés koráig (1887-1926).", University of Pécs (Hungary), 2024 Publication	<1 %
31	core.ac.uk Internet Source	<1 %
32	kopint-tarki.hu Internet Source	<1 %
33	9dok.org Internet Source	<1 %
34	Submitted to University of Debrecen Student Paper	<1 %
35	www.imeonline.hu Internet Source	<1 %
36	www.ksh.hu Internet Source	<1 %
37	m2.mtm.hu Internet Source	<1 %
38	publicatio.nyme.hu Internet Source	<1 %

39	edit.elte.hu Internet Source	<1 %
40	library.oapen.org Internet Source	<1 %
41	midra.uni-miskolc.hu Internet Source	<1 %
42	www.lhssproject.org Internet Source	<1 %
43	Kendal Chidwick, Chrianna Bharat, Natasa Gisev, Alys Havard, Ximena Camacho, Sallie-Anne Pearson, Louisa Degenhardt. "Trends in prescription opioid analgesic use in Australia from 2015 to 2022", International Journal of Drug Policy, 2025 Publication	<1 %
44	nisztiszt.njt.hu Internet Source	<1 %
45	www.erg.bme.hu Internet Source	<1 %
46	Pirohóv-Tóth, Barbara. "A Foglalkoztathatóság Kompetencia Alapú Megközelítése.", Debreceni Egyetem (Hungary), 2024 Publication	<1 %
47	link.springer.com Internet Source	<1 %
48	neak.gov.hu Internet Source	<1 %
49	theses.hal.science Internet Source	<1 %
50	Barbara Paulikné Varga. "Néhány szempont a magyar egészségügyi ágazat	<1 %

problématerképének összeállításához", Acta Medicinae et Sociologica, 2020 Publication		
51	Endrei, Dóra. "Tájéltmény - volumen korlát (TVK) hatása az intézményi finanszírozásra.", University of Pécs (Hungary), 2024 Publication	<1 %
52	Submitted to Hungarian University of Agriculture and Life Sciences Student Paper	<1 %
53	pestbuda.hu Internet Source	<1 %
54	web.med.u-szeged.hu Internet Source	<1 %
55	Hautzinger, Zoltán. "A Katonai Bűntetőjog Rendszere, a Katonai Bűntetőeljárás Fejlesztési Lehetőségei", University of PÄ©cs (Hungary), 2024 Publication	<1 %
56	Submitted to King Sligsmund College Student Paper	<1 %
57	Submitted to Universidade Nova De Lisboa Student Paper	<1 %
58	cdnhomocare.ca Internet Source	<1 %
59	mersz.hu Internet Source	<1 %
60	www.cocir.org Internet Source	<1 %
61	www.kre-dit.hu Internet Source	<1 %
62	meka.thl.fi	

Internet Source		
63	Submitted to International Business School Student Paper	<1 %
64	Submitted to University of Technology, Sydney Student Paper	<1 %
65	bukarest.mfa.gov.hu Internet Source	<1 %
66	www.mdpi.com Internet Source	<1 %
67	tudasportal.uni-nke.hu Internet Source	<1 %
68	www.grafati.com Internet Source	<1 %
69	Alex, Ember. "Az üzemi baleset hazai jogi szabályozása és átalakításának szükségessége", Szegedi Tudományegyetem (Hungary), 2024 Publication	<1 %
70	effectivehealthcare.ahrq.gov Internet Source	<1 %
71	www.unwe.bg Internet Source	<1 %
72	Submitted to University of Sussex Student Paper	<1 %
73	revista.rmu.org.uy Internet Source	<1 %
74	www.misszio.hu Internet Source	<1 %

75	Kovács, Nóra. "A Háziorvosi Praxisokban Elért Teljesítmény Variabilitását Meghatározó Tényezők Magyarországon.", Debreceni Egyetem (Hungary), 2024 Publication	<1 %
76	ajk.kre.hu Internet Source	<1 %
77	aok.unideb.hu Internet Source	<1 %
78	documents.mx Internet Source	<1 %
79	www.tobeterdemel.hu Internet Source	<1 %
80	Submitted to Queen Mary and Westfield College Student Paper	<1 %
81	adozona.hu Internet Source	<1 %
82	antk.uni-nke.hu Internet Source	<1 %
83	szd.lib.uni-corvinus.hu Internet Source	<1 %
84	www.alapellatasimodel.hu Internet Source	<1 %
85	www.hrpub.org Internet Source	<1 %
86	www.sulinet.hu Internet Source	<1 %
87	www.webpatkus.hu Internet Source	<1 %

88	hdp-au-prod-app-yarra-shaperanges-files.s3.ap-southeast-2.amazonaws.com Internet Source	<1 %
89	journals.lww.com Internet Source	<1 %
90	Anikó Biró, Tamás Hajdú, Gábor Kertesi, Dániel Prinz. "Life expectancy inequalities in Hungary over 25 years: The role of avoidable deaths", Population Studies, 2021 Publication	<1 %
91	Submitted to Babes-Bolyai University Student Paper	<1 %
92	ec.europa.eu Internet Source	<1 %
93	egeszsegvonai.gov.hu Internet Source	<1 %
94	tet.rkk.hu Internet Source	<1 %
95	www.eltereader.hu Internet Source	<1 %
96	www.fszek.hu Internet Source	<1 %
97	László Daragó, Zsófia Jung, Fanni Ispán, Rita Bendes, Elek Dinya. "Benefits and disadvantages of telemedicine", Orvosi Hetilap, 2013 Publication	<1 %
98	Submitted to Obudai Egyetem Student Paper	<1 %
99	msd.hu Internet Source	<1 %

75	Kovács, Nóra. "A Háziorvosi Praxisköbän Elért Tejesítmény Variabilitását Meghatározó Tényezők Magyarországon.", Debreceni Egyetem (Hungary), 2024 Publication	<1 %
76	ajk.kre.hu Internet Source	<1 %
77	ack.unideb.hu Internet Source	<1 %
78	documents.mx Internet Source	<1 %
79	www.tobeterdemel.hu Internet Source	<1 %
80	Submitted to Queen Mary and Westfield College Student Paper	<1 %
81	adozona.hu Internet Source	<1 %
82	antk.uni-nke.hu Internet Source	<1 %
83	szd.lib.uni-convinus.hu Internet Source	<1 %
84	www.alapellatasimodell.hu Internet Source	<1 %
85	www.hrpub.org Internet Source	<1 %
86	www.sulinet.hu Internet Source	<1 %
87	www.webpatikus.hu Internet Source	<1 %

88	hbp-au-prod-app-yarra-shaperanges-files.s3.ap-southeast-2.amazonaws.com Internet Source	<1 %
89	journals.lww.com Internet Source	<1 %
90	Anikó Biró, Tamás Hajdu, Gábor Kertesi, Dániel Prinz. "Life expectancy inequalities in Hungary over 25 years: The role of avoidable deaths", Population Studies, 2021 Publication	<1 %
91	Submitted to Babes-Bolyai University Student Paper	<1 %
92	ec.europa.eu Internet Source	<1 %
93	egeszsegvonai.gov.hu Internet Source	<1 %
94	tel.rtk.hu Internet Source	<1 %
95	www.eltereader.hu Internet Source	<1 %
96	www.fszek.hu Internet Source	<1 %
97	László Daragó, Zsófia Jung, Fanni Ispán, Rita Bendes, Elek Dinya. "Benefits and disadvantages of telemedicine", Orvosi Hetilap, 2013 Publication	<1 %
98	Submitted to Obudai Egyetem Student Paper	<1 %
99	msd.hu Internet Source	<1 %

Publication	
122	Emese Lafferton, "Chapter 2 Histories of Psychiatry and the Hungarian Model", Springer Science and Business Media LLC, 2022
	<1 %
Publication	
123	Fehér, András. "Az Online Fogyasztói Magatartás Vizsgálata az Elemiszeriparban.", Debreceni Egyetem (Hungary), 2024
	<1 %
Publication	
124	Gál, Zsuzsa. "A szervezeti változások hatása a vezetési feladatokra.", Debreceni Egyetem (Hungary)
	<1 %
Publication	
125	Nagy, Orsolya Bernadett. "A mangalica sertéshús előállítás és fogyasztás statisztikai vizsgálata.", Debreceni Egyetem (Hungary)
	<1 %
Publication	
126	bpk.uni-sopron.hu
	<1 %
Internet Source	
127	dea.unideb.hu
	<1 %
Internet Source	
128	hatter.hu
	<1 %
Internet Source	
129	medicalonline.hu
	<1 %
Internet Source	
130	pszichologia.pte.hu
	<1 %
Internet Source	
131	real-phd.mtak.hu
	<1 %
Internet Source	
132	www.parlament.hu
	<1 %
Internet Source	

Internet Source	
133	www.pmk.hu
	<1 %
Internet Source	
134	www.szrt.hu
	<1 %
Internet Source	
135	www.tankonyvtar.hu
	<1 %
Internet Source	
136	Moureyca, Ariane Ephemia Ndignat. "Health Expenditure and Health Outcome Integration in Africa : Inequality and Convergence Approaches", University of Johannesburg (South Africa), 2025
	<1 %
Publication	
137	Mádi, Sarolta. "A Munkaegészségügy És Munkavédelem Jogintézményei Működésének Elméleti És Gyakorlati Kérdései, Különös Tekintettel a Munkáltató Felelősségére.", Debreceni Egyetem (Hungary), 2024
	<1 %
Publication	
138	Zsuzsanna Farkas. "Magánnyugdíj intézményének vizsgálata a közép-kelet európai országok tükrében", University of Szeged, 2017
	<1 %
Publication	

Exclude quotes	Off	Exclude matches	Off
Exclude bibliography	Off		