

Egyetemi doktori (PhD) értekezés tézisei

A HÁZIORVOSI PRAXIS SZERVEZETFEJLESZTÉSÉNEK ALTERNATÍVÁI

Paulikné Varga Barbara

Témavezető:
Professor emeritus Lácza Magdolna



DEBRECENI EGYETEM
Gazdálkodás- és Szervezéstudományok
Doktori Iskola

Debrecen, 2025

1. A KUTATÁS ELŐZMÉNYEI, CÉLKITŰZÉSEI ÉS A KUTATÁSI HIPOTÉZISEK BEMUTATÁSA

1.1. A kutatás előzményei

Témaválasztásom már az oktatói pályám kezdetén foglalkoztatott. Oktatói éveim alatt folyamatosan éreztem hazánk egészségügyi mutatóinak romlását. A reformkoncepciók ismertetése során kezdtem el foglalkozni a háziorvosi ellátás vizsgálatával. Az ápoló és mentőtiszt hallgatókkal folytatott beszélgetések során világossá vált, hogy az orvosok és egészségügyi szakdolgozók milyen típusú problémákkal küzdenek az ágazatban, ezért tudományos munkám célkitűzéseként a háziorvosi tevékenység komplex elemzését választottam.

Napjainkban legtöbbször csak az anyagi vagy a humán erő problémáit látják, holott ez csak a jéghegy látható része. Véleményem szerint bármilyen nagyok és bonyolultak is a problémák, ezek jelentős részét megfelelő menedzsment módszerekkel javítani lehetne. Először épp a helyzet feltárásával, majd a megfelelő stratégiával, hiszen az eseti beavatkozások az elmúlt reformkísérletek idején sem tették lehetővé a rendszerszintű koordinációt.

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 kezelése még megoldásra vár. Az egészségügyi átszervezések eredményeként ma már olyan sokféle szervezeti struktúra kapcsolódott össze, amelynek működése egyszerre tudományos, szakpolitikai, igazgatási, szervezeti és vezetési feladatok ellátását igényli.

A kutatási előzmények feltárását időben a 18. századig, a felvilágosodás eszméinek a hatására meginduló állami részvételig vezetem vissza. Elsősorban a hazai viszonyok történelmi gyökereit igyekeztem felidézni, és megállapíthattam, hogy a dualizmus korában már mindazoknak az egészségügyi intézményeknek meg voltak az elődei, amelyek a modern népegészségügyet és a társadalombiztosításon nyugvó betegellátásnak az alapjait lerakták.

Ezt követően a nemzetközi szervezetek és a hazai szolgáltatások összehasonlítása érdekében a 20. század elején már funkcionáló társadalombiztosítási modelleket és szervezeti struktúrákat vizsgáltam meg.

Ahogy az időben közeledtünk a mához, a nemzetközi trendeket és jogszabályokat a WHO, az Egészségügyi Világszervezet dokumentumainak és az Európai Unió állásfoglalásainak a hatásait kerestem a magyar viszonyok alakításában.

1. táblázat A különböző társadalombiztosítási modellekre épülő egészségügy rendszerek

Társadalom biztosítási modellek	Bismarck-i (Ny-Eu)	Szemaskó (szovjet)	Beveridge (angolszász)	Magán biztosítás- vegyes	Hibrid
	Kötelező járulékfizeté- sen alapuló, társadalom- biztosítási rendszer	A központi adókból az állami ellátás van, erős állami centralizác- ió működik	Adókból finanszírozott rendszer (Nemzeti Egészségügyi Rendszer”, NHS).	Magánfinan- szírozásra alapuló rendszer,	állam ↔ magánszolgál- tató nemzetközi biztosítók EU ellátási alap
Magyarország	1948-ig	1848-1992		1992 -	napjainkban folyamatos

Forrás: Saját szerkesztés

A fenti rendszerek jellemzőit a létrejöttük idején működő gazdasági-társadalmi viszonyok alakították (Boncz, 2011).

Európa legrégebbi társadalombiztosítási modelljének alapjait Otto von Bismarck (1815-1898) rakta le, és máig róla nevezik Bismarck-i modellnek. Felismerte a munkásmegmozdulások veszélyét és követeléseik esetleges politikai következményeit, ezért már 1883-ban bevezette azt a társadalombiztosítási rendszert, amelyet szolidaritás elvüként emlegettek. 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. Ennek a modellnek rögtön észrevehető hiányossága éppen a keletkezéséhez kötődik, ugyanis kezdetben a társadalombiztosítás csak az ipari munkásokra vonatkozott, ami idővel más társadalmi rétegekre is folyamatosan kiterjedt.

Az angolszász 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, amely adókból finanszírozott (Kornai, 1998), de lényeges plusz szolgáltatási elemei is vannak: ingyenes általános egészségügyi ellátás, biztosítási ellátás munkanélküliség, baleset, öregség, özvegység, árvaság esetén, továbbá anyasági támogatás.

Hazánk érintettsége okán meg kell ismerni a Szemaskó-féle szocialista egészségügyi rendszert is, hiszen évtizedeken át ez volt érvényben a magyar társadalom számára, és hatása máig tapasztalható. Ez a rendszer is megalkotójának a nevét viseli. Nem sokkal a győztes forradalom után hirdette meg, hogy minden állampolgárnak alanyi jogon jár, térítésmentesen az egészségügyi ellátás (Karner, 2008). Idővel azonban a finanszírozási problémák és a hiányok (gyógyszer, kötszer) okoztak gondot. Nagy előnyeként a közegészségügyi rendszer kiépítését lehet említeni.

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 a szabadpiaci (amerikai vegyes rendszerű) modellként tartják számon. 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 bevezetett Medicare (idősek) és Medicaid (szegények) rendszer, ami a nagyon idősök és a nagyon szegények ellátására szolgál (Tájékoztató országtanulmány az Amerikai Egyesült Államok egészségügyéről, 2010, Túri és mtsai, 2018).

Az Egészségügyi világszervezet, a WHO és az Európai Unió is kialakította álláspontját az egészségügyi rendszerrel szembeni elvárásokról. A WHO alkotmányát a hatályos magyar alkotmány is befogadta a saját törvénytárába, így feltehetően figyelembe is vehető a saját dolgaink rendszerezésénél. A WHO elismeri a különböző egészségügyi szervezeteket, ha azok képesek többek között a következő célok elérésére:

- 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.

A korábbi hazai egészségügyi reformok általában részterületek, leginkább a finanszírozás szempontjait tették a rendszer középpontjába. Volt néhány olyan szervezetfejlesztés is a rendszerváltás óta, amely vagy hatalmi-politikai, vagy társadalompolitikai, vagy szakmai ellentmondások kényszerének a hatására született vagy bukott meg. Gondolhatunk arra, hogy a szovjet típusú, mindenkinek állampolgári jogon járó ellátáshoz nem voltak meg a gazdasági feltételek. A rendszerváltás utáni társadalombiztosítási reform viszont ennek sajátos folytatása miatt nem lett sikeres, ugyanis az addig ismeretlen munkanélküliség kezelésének jelentős terhet rakta rá az egészségügyi rendszerre (Szalai, 2007). Még tragikusabbnak mondható, hogy nem sikerült közmegegyezésre jutni abban a kérdésben, hogy az elkerülhetetlen reform, nevezhetjük akár fejlesztésnek is, honnan, az ágazat melyik részének fejlesztésével kezdődjön. Volt ugyan egy korszerű, gazdaságilag is megalapozott javaslat (Kornai, 1998), de ezt nem tudták itthon elfogadtatni, viszont a nemzetközi fogadtatása olyan kedvező volt, hogy legtöbb javaslata a WHO és az Európai Unió határozatainak a részévé vált.

Az ezredforduló utáni hazai reformok úgy váltak 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.

Az European Hospital and Healthcare Federation (HOPE) 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 fentiek ajánlások, minták, amelyeket a hazai egészségügyi rendszer modernizációjánál fel lehet használni. Ennek az utóbbi álláspontnak a képviselői, kutatói és szakemberei győztek meg arról, hogy a betegellátás két szintjének, úgymint alap – szakellátás korszerűsítését nem felülről és a centralizálás eszközével, hanem alulról, az alapellátástól lenne érdemes indítani. A második kritériumról, a szolgáltatási struktúráról viszont úgy véltem, talán a legjobban a szakemberek segítségét lehetne igénybe venni egy reform elindításához.

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 idején és a mobilizáció okán az együttműködést segíti.

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 ennek eredményeképpen már nem ebben a kategóriában van a helye.

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 sajátos 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.

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.

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

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?

A történelmi örökségünk kényszereit is figyelembe kellett venni. 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, 2007) .A rendszerváltás óta eltelt idő számos technológiai, tudományos felfedezést hozott, ugyanakkor az emberek szubjektív jóléte és egészségi állapota nem várt problémákat eredményezett, amelyek – úgy vélem – elsősorban köz- és szakmapolitikai döntéseket, irányítási, strukturális problémákat generált. Ezek 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.

Több mint 30 éve az egészségügyben is megtörtént a rendszerváltás. 1990 előtt az egészségügyi ellátórendszer kizárólag állami tulajdonban volt. A három komponensű rendszer: a körzeti orvosi ellátás (felnőtt- és gyermekorvos, fogászat), a Szakszervezetek Társadalombiztosítási Központja (SZTK), valamint a kórházak képezték az egészségügyi rendszer alapját. A rendszer átalakítása során a három pólusú egészségügyi rendszert két részre osztották fel: alapellátásra és szakellátásra (Igazné, 2006).

Már az egészségügyi ellátórendszer háromkomponensű rendszerében is kitüntetett szerep jutott a körzeti orvos számára. A páciensek számára közvetlenül, bármikor elérhető orvos név szerint ismerte pácienseit, emlékezett egészségi állapotukra. Általában egész családok fordultak hozzá bizalommal, így nemzedékről-nemzedékre ismerte a családban előforduló betegségeket, azokra fokozott figyelmet tudott fordítani. A kétpólusúvá (alapellátás, szakellátás) történő átalakításkor a háziorvosokra is vonatkozott a szabad orvosválasztás. Lényegi változások azonban nem történtek, hiszen a betegek nem kívánták lerombolni a kialakított bizalmi viszonyukat a háziorvosaikkal, az ismeretlenbe történő váltás helyett általában maradtak a lakóhelyükhöz legközelebb élő háziorvosnál, hívják akár körzeti orvosnak, akár háziorvosnak. Továbbra is őt bízták meg az egészségi állapotuk menedzselésével. S ez a menedzsment

szemlélet, a megváltozott digitális világban rendelkezésre álló tudás, ismeretanyag az, amit a gazdasági szemlélet birtokában tanulmányaim és oktatói gyakorlatom során az egészségügyi ellátáshoz való egyenlőtlen hozzáférésre terelte a figyelmemet, így a témaválasztásom célja az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javítására törekszik, amelyet leginkább egy szervezete fejlesztés koncepciójával lehet megoldani.

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)

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 vírus okozta világjárvány rámutatott mindazon hiányosságokra, amelyek következtében egyre világosabban fogalmazódik meg az egészségügyi rendszer korszerűsítésének, a generális átalakításának az igénye.

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.

Az általam is oktatott 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 reformkoncepció is született, ilyen komplex stratégiai dokumentumot nem találtam, pedig a COVID 19 járvány miatt már válságmenedzselésre is rákényszerültünk. Hivatalosan elfogadott komplex stratégiai terv sajnos máig nincs, annak ellenére, hogy többször jelentett be a kormányzat reformokat, hozott finanszírozási, hatásköri, szervezeti döntéseket.

A magyar egészségügyi rendszerben kiemelkedő jelentőségűvé vált a házi orvosok praxisjogának bevezetése a rendszerváltás idején, aztán a COVID-19 járvány idején számos válságjelenség mutatott rá, hogy új stratégiára, válságkezelésre szorul az ágazat. Ekkor került ismét középpontba az alapellátás korszerűsítésének a lehetősége. Az orvostársadalom előregedése, a külföldre távozó szakorvosok nagy száma és az állami egészségügyi ellátórendszerből a magánszektorba való átlépés miatt egyre nehezebbé vált a lakosság egészségügyi ellátása. A feladataikat önállóan teljesítő alapellátásról – korszerűsítésére hivatkozva – született előbb koncepció, majd jogszabály, ami a házi orvosok szervezett

együttműködéséről szól. A homogén praxisközösségek az ugyanazon végzettséggel és feladatkörrel rendelkező praxisok együttműködését jelenti. A csoportpraxisok kialakításával viszont a plusz szakvizsgákkal rendelkező háziorvosok közössége bekapcsolódhat a szakellátás feladatainak az ellátásába. Az utóbbi 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 túlzsúfolt szakellátást segítik. A 2021-es kormányrendelet azonban a praxisközösségek ilyen jellegű fejlesztését mellőzte.

1.2 A kutatás fontosabb célkitűzései

Kutatásommal szeretnék érveket és adatokat szolgáltatni ahhoz, hogy a szakmai problémák jelentős részét is megoldhatóbbá tehessek az érintettek. Meggyőződésem, hogy egy korszerű, az emberi erőforrásra, a szervezeti struktúrára, mint egymást erősítő érvekre alapozott kutatással ez 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 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.

PhD tanulmányaim alatt sajnos hazánkat is elérte a COVID-19 pandémia, így a primer kutatás elvégzése nehezítetté vált.

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 segítsem, 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 között ismertsége, ebből következően a támogatottsága nem megfelelő.

Az én értelmezésemben és javaslatomban a működésének a lényege, hogy csoportpraxis esetében egy helyen többféle ellátás valósítható meg. Megfelelő szervezéssel a rendelési idők összehangolása lehetővé tenné, hogy akár a háziorvosok 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 átveszi

a szakrendelések rutineseteinek 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)

1.3. Kutatási kérdések és hipotézisek

A fentiek alapján belátható, 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 adott lehetőséget.

A fentiek nagy részének megválaszolása túlmutat egy disszertáció készítőjének a kompetenciáin, így maradt két olyan kutatási terület, amelyek a lehetséges reform szubjektív feltételét, nevezetesen, hogy:

- Az egészségügyi reformot az alap-és szakellátás kombinációjával induló szervezetfejlesztési koncepcióval el lehetne-e érni?
- A háziorvosok felkészültsége, kompetenciái alkalmasak-e a járóbeteg ellátással való együttműködés kialakítására, illetve motiváltak-e az új rendszer kialakítására

Mindezek figyelembe vételével alakítottam ki a hipotézisemet, és az érintettek megkérdezésével, kutatásával szeretném a hipotéziseimet alátámasztani.

C1. Feltételezem, a magyar egészségügy szervezetfejlesztését az alap- és szakellátás kombinálásával, a csoportpraxis keretei között egy új működési szabályozással lehet elkezdni,

C2. Feltételezem, hogy erre a magyar egészségügy emberi erőforrás kapacitása alkalmas, amit az érintettek befogadó készségének, felkészültségének, működési körülményeinek a vizsgálatával kívánok bizonyítani.

2. ADATBÁZIS ÉS AZ ALKALMAZOTT MÓDSZEREK ISMERTETÉSE

Kutatómunkám kezdetén a nemzetközi és hazai környezet megismerésére a szakirodalom, jogszabályok felhasználásából kiindulva, a kiegészített PESTEL módszer megvalósításával problématerképet készítettem. Kutatásom során szekunder és primer kutatást egyaránt végeztem. Először szekunder kutatás keretében a Központi Statisztikai Hivatal, az OECD és a Health Consumer Powerhouse Ltd által kalkulált Euro Health Consumer Indexet az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos szolgáltatók és szolgáltatások mutatóit vizsgáltam.

A szakirodalom és a jogszabályok leíró elemzése azonban magába foglalta a konceptualizálás jelentős részét, amelynek során a fogalmi keretek kijelölése, értelmezése, viszonyítása is megtörtént.

A primer kutatás során célzott vizsgálattal a háziorvosok véleményét, motivációját mértem fel kérdőíves kutatás segítségével, majd a szöveges válaszok kiértékelése szövegbányászat segítségével történt.

A kutatási folyamat leírása:

Az értekezés címe

A HÁZIORVOSI PRAXIS SZERVEZETFEJLESZTÉSÉNEK ALTERNATÍVÁI

C1. Feltételezem, a magyar egészségügy szervezetfejlesztését az alap- és szakellátás kombinálásával, a csoportpraxis keretei között egy új működési szabályozással lehet elkezdni,	C2. 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	6. Felmérés a pandémia alatti munkaterhelésről
3. házi/körzeti orvos, a körzet típusa	7. Szervezeti és szakmai elkötelezettség
	8. Munkahelyi elégedettség (MSQ) és szakmai motiváltság

4. A háziorvosi szolgálat reformjának alternatívái	
<i>Mindkét hipotézishez adatokkal szolgál</i>	
1. Szocio-demográfiai kérdések	
5. Véleménye szerint, melyek az egészségügyi ellátás alapproblémái	

2.1. A kutatás anyaga és módszere

A vizsgálat kérdőíves felméréssel valósult meg 2022. márciusa és decembere között a Magyarország területén dolgozó háziorvosok mintáján.

Az 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.

A háziorvosi tevékenység vállalkozási jellegéből adódóan a vállalkozásoknak különböző államigazgatási szervek (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (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 adatnak a háziorvosok és egészségügyi szolgáltatók esetében. Ehhez felhasználtam a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel szerződött háziorvosi címlista adatbázisát, valamint az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) (jelenleg Országos Kórházi Főigazgatóság Emberi Erőforrás Fejlesztési Igazgatóság) Alap- működési keresőjét. Ezek az információk sokat segítettek a kérdőív összeállításában. A kutatás legnagyobb problémáját a kérdőív összeállítását követően az időzítés jelentette, hiszen 2020. márciusában pandémia jelentősen leterhelte az amúgy is elfoglalt háziorvosokat. A személyes találkozási lehetőségek korlátozásra, a konferenciák lemondásra kerültek.

A vizsgálat lebonyolításának a legfőbb korlátját maga a COVID-19 pandémia 2020. márciusi kitörése okozta, mivel a személyes kapcsolattartás kezdetben ellehetetlenítetté, később nehezítetté vált. Problémát jelentett a háziorvosok elérhetősége, hiszen a NEAK háziorvosi címlistájában nagyon sok információ elérhető a háziorvosi 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, de ehhez végül az egészségügyi szervezetek megkeresésével hozzájutottam. A válaszadást 253 háziorvos vállalta el, akik között vannak praxisközösségi vezetők, tagok, illetve olyan háziorvosok is, akik nem kívántak praxisközösségi taggá válni.

A kérdőív moduljai:

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 háziorvosok munkájával, vállalkozási formájával, szakorvosi képesítésével foglalkozik. A következő modul a háziorvosi szolgáltatokat 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 háziorvosi szolgálat működtetésével kapcsolatos problémák megadására. Az ötödik modulban a pandémia alatti munkaterhelési (rendelési idő, telemedicina alkalmazása) kérdéseket foglalmaztunk 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 kutatás célcsoportja 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet alapján a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló háziorvosi tevékenység folytatására jogosult orvos.

Az a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ működési engedélyének birtokában, a NEAK-kal szerződéses viszonyban álló egészségügyi szolgáltatónál dolgozó személy, aki:

- általános orvostan végzettségét Magyarországon szerezte, vagy honosította, vagy
- felnőtt, vagy vegyes körzet esetén háziorvostan, gyermekorvosi körzetben csecsemő- és gyermekgyógyász szakképesítéssel rendelkezik, vagy
- a rendelet alapján belgyógyász és/vagy egyéb megnevezett szakképesítéssel rendelkezik.

A válaszok feldolgozása leíró és haladó statisztikai elemzésekkel, keresztmetszeti vizsgálatokkal történt. A megbízhatósági tartományt (MT) 95R%-ban állapítottuk meg.

Több neves kutató vélekedése egyetért abban, hogy az emberek attitűdjeinek vizsgálatára a leginkább a kérdőíves felmérés alkalmas ((Babbie, 2001) (Boncz & Buda, 1996)

A kérdőív főként zárt kérdéseket tartalmazott, amelyek néhány esetben lehetővé tették a megadott válaszlehetőségektől való eltérést („egyéb”). Többnyire 2-5 válaszlehetőség közül jelölhették meg a megkérdezettek a számukra megfelelő választ. Az ilyen diszkrét válaszok esetében megoszlási arányok (esetszám, százalékos arány) kerültek kiszámításra. A változók közötti kapcsolat vizsgálata Pearson- féle khi négyzet teszttel (függetlenség vizsgálattal) és Fisher-féle egzakt tesztekkel pontosítottuk. 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 használata. A módszer alapelve a referenciatáblázatok ismételt mintavételén nyugszik, lehetővé téve a pontos szignifikancia

becslését anélkül, hogy asszimptotikus (Pearson-féle számítások) módszeréhez szükséges feltevésekre hagyatkozna.

A kérdésekben szereplő állításokkal való azonosulást mérlegelhették a válaszadók. A kérdőívben néhány kérdéstől eltekintve zárt típusú/formájú kérdéseket alkalmaztam. Az attitűdök mérését a (Göb, McCollin, & Ramalhoto, 2007) és (Jamieson, 2004) által javasolt öt- és hétfokozatú Likert-skála jellegű kérdésekkel valósítottam meg, ezeken tudták a válaszadók kifejezni véleményüket.

A sokaság nem egynemű, SPSS használatával tudtuk a különböző szempontok szerinti szétválogatni a mintát, csoportosítani és ezáltal összehasonlítani. Az összehasonlítás másik módszere a kereszttábla elemzés, amellyel pontosítani lehet a vizsgálatot, többszempontú (kor, területi eloszlás, szakorvosi szakképesítés) hatásokat lehet kimutatni és a viszonyításokat, kombinációkat lehet megállapítani.

Az egyes módszerek felhasználási területeit az eredmények ismertetésénél jelöltük meg.

Klaszterelemzéssel modelleztük a válaszadók nem, kor, körzettípus (felnőtt, gyermek, vegyes) és átkódolt családi állapot (házas, párkapcsolatban élő/ partneri kapcsolat nélkül élő) változóit, amellyel egy összetett, magyarázható és indokolható klaszterstruktúrát sikerült szolgáltatni. A kutatás előrehaladtával figyelembe vettünk már változókat is, egyrészt a tevékenység végzésére szolgáló település kategorizált változóját (városi/vidéki háziorvos), másrészt Mindent figyelembe véve, mennyire elégedett a háziorvosi munkájával? (v121) változót.

A kutatás feldolgozása szempontjából létrehozott magyarázó változók bemutatása:

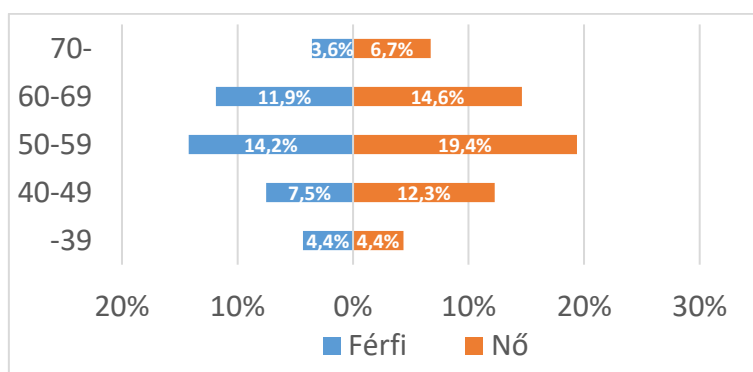
- Kutatásunkban a családi állapot válaszai alapján elkülönítettük a házasságban vagy kapcsolatban élő (házas/ kapcsolatban él, valamint a partner nélkül élő (egyedül él/ elvált/különélő/özvegy) válaszadókat.
- A háziorvosi körzeteknél felnőtt, gyermek és vegyes körzeteket különböztettünk meg.
- Az orvosi 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 háziorvosi 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 háziorvosi 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.
- Csoportosítottuk a tartós helyettesítés hosszától függetlenül a helyettesítést végzőket, így a tartós helyettesítést végzők (1 éven belül/1-5 év között/5 éven túl) csoportjába és a tartós helyettesítést nem végzők csoportjába került a válaszadó.
- A praxisközösséghez való viszonyt úgy csoportosítottuk, hogy praxisközösségi tagként azokat jelöltem, akik az alábbi választ (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) kategóriát választották.

- Csoportosítottuk a praxisközösségi vezetés elvállalását. A praxisközösségi konzorciumvezető a vezető tisztséget viselő, a többiek a praxisközösség szempontjából nem vezető háziorvosok.

3. EREDMÉNYEK ÉS AZOK ÉRTÉKELÉSE

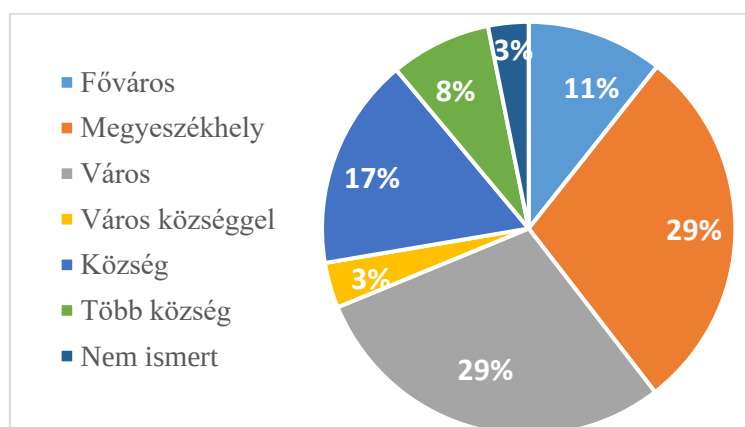
A korfa azt mutatja, hogy az összes válaszadó 8,8%-a 40 év alatti, míg 36,8%-a 60 év feletti válaszadó. A kutatási témával kapcsolatos előzetes várakozásunk alapján legaktívabbnak és motiválhatónak tekinthető 40-59 év közötti korosztály 53,4%-kal jelenik meg a mintában. A 253 válaszadó közül 3 fő nem adta meg a születési évét, így a korcsoportos vizsgálatok esetében a leíró és haladó statisztikai módszerek alkalmazásánál a 3 fő adatait nem tudtuk figyelembe venni.



1. ábra A válaszadók kor és nem szerinti megoszlása

Forrás: saját szerkesztés

A válaszadók családi megoszlása tradicionálisnak mondható. A felmérésben résztvevők közül 206 fő (81,4%) házasságban vagy kapcsolatban, 47 személy (18,6%) partneri kapcsolat nélkül él. A Monte-Carlo módszer és a Fisher féle egzakt teszt felhasználásával 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), ugyancsak szignifikáns összefüggést állapítottunk meg a válaszadó családi állapota és neme között is (χ^2 (df=4, N=252)=6,479, p=0,011).



2. ábra A válaszadók településtípus szerinti megoszlása

A 2. táblázat a betöltött háziorvosi rendelők adatait és a válaszadó orvosok körzetti típus szerinti megoszlását mutatja. A felnőtt háziorvosi rendelők kicsit felülreprezentáltak, a gyermekorvosi

rendelők kissé alulreprezentáltak a válaszadók mintájában, míg a vegyes rendelők aránya szinte pontosan megegyezik.

2. táblázat A válaszadók körzettípus szerinti megoszlása

Körzettípus	Betöltött háziiorvosi praxisok száma	Betöltött háziiorvosi arányszám	Válaszadó háziiorvosok száma	Válaszadási arányszám
Felnőtt	3168	54,6 %	147	58,8 %
Gyermek	1301	22,4 %	45	18,0 %
Vegyes	1334	23,0 %	58	23,2 %
Összesen	5803	100,00 %	250	100,0 %

A felmérés nem lett reprezentatív, mert néhány vármegyéből nem kaptunk választ. A kérdőív válaszadóinak száma területileg inkább a keleti országrész vármegyéiben volt magasabb, a település típusa alapján az arányok pedig inkább a magasabb infrastruktúrával rendelkező településekről érkeztek.

A 3. táblázat a 2022. márciusi NEAK-adatokon alapuló regisztrált és válaszadó háziiorvosok területi mintavételi eloszlását mutatja, amelyben a háziiorvosi szolgálatok, a betöltött praxisok, illetve a válaszadó háziiorvosok száma és arány kerül összehasonlításra vármegyénként. A háziiorvosok munkavégzésének helyét összesen 217 válaszadó adta meg. A válaszadók vármegyék szerinti megoszlása többségében nem tükrözi vissza a háziiorvosi szolgálatok országos arányát: egyes vármegyék (pl. Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg) felülreprezentáltak a mintában, míg más területek (pl. Pest, Fejér, Győr-Moson-Sopron, Veszprém) alulreprezentáltak. Az adatok alapján a minta országos lefedettsége 85,8%-os, azonban az eloszlás területi torzulásokat mutat. A válaszadók aránya öt megyében átlagos reprezentativitást mutat, öt megyében túlreprezentált, míg a statisztikai teszt alacsony reprezentativitást jelezett a fővárosban és kilenc másik megyében.

3. TÁBLÁZAT A HÁZIORVOSOK ÉS A VÁLASZADÓK SZÁMA, ARÁNYA ÉS VÁRMEGYÉNKÉNTI REPRESENTATIVITÁSA

Vármegye neve	Háziiorvosi szolgálatok vármegyénként		Betöltött háziiorvosi szolgálatok		Válaszadó háziiorvosok vármegyénként		Összes válaszadó	Minta vármegyénkénti 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-Szolnok	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: neak.gov.hu (31 March 2022), saját szerkesztés)

Ez a válaszadási hajlandóság hasonló ahhoz, amit Gyulai és társai egy cikkben találtak a védőnők pályaelhagyásáról, ahol a falvakban élők 20%-a vett részt a felmérésben, míg a fővárosban és a megyeszékhelyeken élők 44%-a (2021).

A szakma iránti elkötelezettséget bizonyítja, hogy az érvényes válaszok 80%-a (N=245) jelzi, hogy a válaszadó összes szakképesítése érvényes, míg közel 10% esetében nem minden meglévő szakorvosi képesítés érvényes, de már nem kívánják megújítani összes szakképesítésük érvényességét. Döntésük megváltoztatása jó alapot nyújtana a többlétszolgáltatások nyújtásához. A válaszadók 3,2%-a még nem rendelkezett szakorvosi képesítéssel. 6,8% nem minden szakorvosi képesítés volt érvényes, de hajlandó volt meghosszabbítani azt.

A vállalkozási forma választása a háziiorvos döntési szabadságán múlik. A háziiorvosok által választott működtetési forma és a háziiorvos életkora között szoros összefüggés mutatható ki (X^2 (df=24,N=245)=46,749, $p=0,004$), hiszen a háziiorvosok leginkább egyéni vállalkozás tagjaként, vagy társas vállalkozás tagjaként látják el ezt a tevékenységet. A 60 éves kor alatti háziiorvosok jellemzően társas vállalkozás tagjaként indították el háziiorvosi tevékenységüket, míg a 60 év feletti háziiorvosok inkább az egyéni egészségügyi vállalkozóként kezdték tevékenységüket (χ^2 (df=4,N=209)=11,591, $p=0,021$).

Korrigált létszamarányos körzetek finanszírozása

A háziiorvosi praxisok finanszírozása a teljesítményalapú díjazás, a korrigált fejkvóta mértékétől függ. A 4. táblázat körzettípusonként mutatja be, hogyan aránylik a bejelentkezett páciensek létszáma. A válaszadó háziiorvosok leggyakrabban a felnőtt rendelőkben az 1200-1999 közötti ideális pácienslétszámú praxisokat igyekeznek kialakítani, miközben a gyermekgyógyászati rendelők főleg a kisebb kategóriákba (600- 1200 beteglétszámú) tartoznak. A vegyes körzetek a közepes és nagy kategóriákban fordulnak elő.

Az alacsony pácienslétszám nem működtethető rentábilisan. 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, s ezt jól prezentálja, hogy ebből 2, 4% (SD:1,4) van.

4. 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)

A háziorvosok számára feladatellátáshoz szükséges és kötelezően előírt szakvizsgák eltérő szakterületeket mutatnak. Legtöbben több szakvizsgával rendelkeznek. A válaszadók 3,2%-a még nem rendelkezett szakvizsgával. 80, 6%-uknak a válaszadás pillanatában érvényes volt minden szakvizsgálata. 6,9%-nak nem volt minden szakvizsgálata érvényes, ellenben hajlandóságot mutatott a meghosszabbításra. Közel egytizedük esetében, a válaszok alapján már nem tervezi az érvénytelen szakvizsgák megújítását.

A háziorvosokra jellemző elhivatottság egyik, ha nem a legfontosabb mutatója, hogy milyen mértékű körökben a fluktuáció, a munkahely változtatás. A válaszadók 80%-a szerencsére úgy vélekedett, hogy még legalább 10 évig folytatja háziorvosi tevékenységet, tehát nem tervezte ezen tevékenység beszüntetését. Ellenben 17, 8%-uk már úgy vélekedett, hogy 5 éven belül felhagy ezzel a tevékenységgel. Ők jellemzően abbahagyják a háziorvosi tevékenységet: Az okokat nem kérdeztük, gondolva az időskorúak visszavonulására. Az 5-10 éven belül biztosan abbahagyók száma elenyésző, 1,2 %-os érték. Az 5. táblázat eredményei alapján arra lehet következtetni, hogy a válaszadók 20%-a korábban egészségügyi intézményben dolgozott, azaz a háziorvosi pályát választotta a szakellátásban betöltött tevékenysége helyett.

5. táblázat A munkavégzés helye és az adott háziorvosi rendelőben eltöltött idő mutatói

Kategória	Háziorvosok száma	%	átlag (év)	szórás	minimum	maximum	medián
Mindig ebben a körzetben dolgoztam	105	42%	23,3	13,7	0 év	56 év	24 év
Dolgoztam korábban más háziorvosi körzetben	97	39%	23,4	12,2	1 év	52 év	22 év

Korábban egészségügyi intézményben dolgoztam	más	49	20%	13,4	11,3	1 év	42 év	16,5 év
--	-----	----	-----	------	------	------	-------	---------

Forrás: saját szerkesztés, N=250

A kutatás külön kitért a pandémia okozta hatások felmérésére. Fontos volt ennek feltárása több okból, hiszen ekkora járvány kezelésére senki nem volt felkészülve, másrészt ekkor kezdték tömegesen használni a telemedicina eszköztárát. fejlődésével új perspektívákat adhatna az egészségügyi ellátás fejlesztésére.

A kérdések alapvetően a 33/2020. (IX.16) EMMI rendelet által a háziiorvosi ellátásban engedélyezett telemedicinális ellátások elvégzésére, azaz a tanácsadás, konzultáció, a gyógyszerfelírás, a betegirányítás, a diagnózis, terápiás javaslat felállítása, a beutaló megírása, a beteggondozás és a rehabilitációs tevékenységre korlátozódott. Az alábbi táblázatban a pandémia miatt a rendelési idő változására, valamint az egyes feladatok elvégzésének változására vonatkozó kérdések kerültek elemzésre. Az alábbi táblázat adatait egy ötfokozatú skála szerint adott válaszok alkották, ahol az 1 azt jelentette, hogy nagymértékben megkönnyítette, az 5 azt, hogy nagyon megnehezítette a telemedicina nyújtotta megoldások a háziorvos mindennapi tevékenységét.

6. 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)
Körzettípus- COVID- diagnosztika, gyógyítás	χ^2 (df=8,N=245)=18,051, p=0,021	,020
Körzettípus- COVID- szervezés, előjegyzés	χ^2 (df=8,N=243)=14,154, p=0,078	,084
Körzettípus- COVID- gyógyszerfelírás	χ^2 (df=8,N=245)=5,023, p=0,755	,762
Körzettípus-- COVID- beutalás	χ^2 (df=8,N=245)=21,445, p=0,006	,007
Körzettípus- COVID- lelet, zárójelentés	χ^2 (df=8,N=244)=9,394, p=0,310	,305
Körzettípus-- COVID- gondozás	χ^2 (df=8,N=245)=19,159, p=0,014	,021
Körzettípus-- COVID- szűrés	χ^2 (df=8,N=245)=28,634, p=0,000	,015
Körzettípus-- COVID- védőoltás	χ^2 (df=8,N=245)=46,104, p=0,000	,000
Körzettípus- COVID- egyéb új feladat	χ^2 (df=8,N=241)=16,964, p=0,000	,000

Forrás: Saját szerkesztés

A 6. táblázat a körzettípus és a COVID-19 pandémia időszaka alatt végzett tevékenységek közötti összefüggést mutatja be. A háziiorvosi 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 feladatokban (időpontszervezés, gyógyszerfelírás). A háziorvos életkora szerinti korcsoportja csupán a szűrési tevékenységgel mutatott jelentős összefüggést. Ellenben a

szolgáltató településtípusa a szűrési, gondozási, időpontszervezési és védőoltás beadási tevékenységekre fejtett ki jelentős hatást.

A háziorvos életkora a telefonon megvalósított konzultációra volt hatással. A szolgáltató településtípusa a fővárosban az e-mail irányába befolyásolta a gyógyszerfelírás és a beutalás elvégzését, a gyógyszerfelírás esetén minden más esetben településtípusnál a telefonon megvalósított, míg a betegbeutalása esetén csak a községekben volt hatással a telefonon megoldott betegbeutalásra.

A körzettípusnak ebben a vizsgálatban is jelentős hatása volt a telefonon megvalósított telemedicinális gyógyszerfelírásra, tanácsadásra és konzultációra, továbbá jelentős hatással bírt a betegbeutalás esetében, mivel minden körzettípus esetén úgy nyilatkoztak, hogy tevékenységre nem lehet telemedicinális megoldást használni. (A betegirányításra és gondozásra egyetlen itt felsorolt változó sem volt jelentős befolyással.)

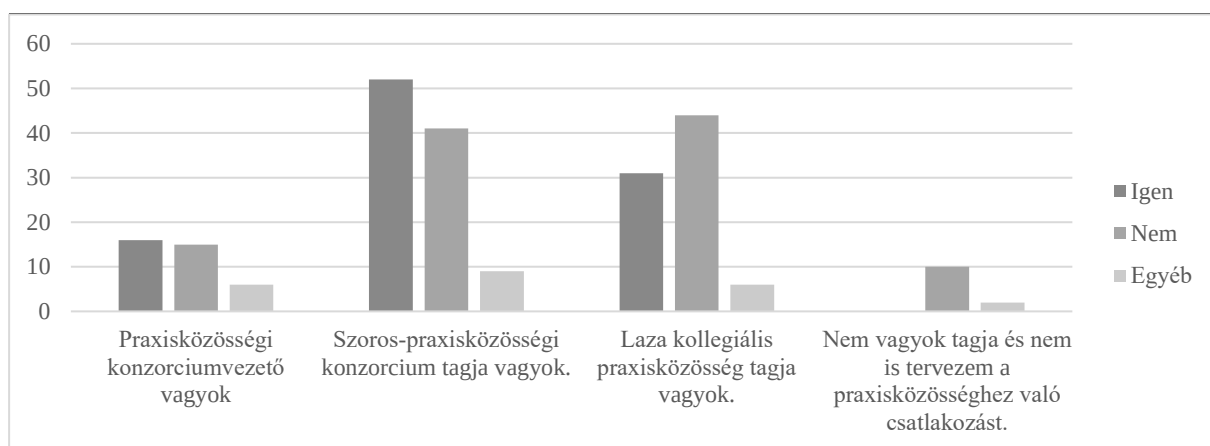
A hosszú rendkívüli állapot – a tapasztalatok alapján – az állampolgárok súlyos pszichikai megterhelésével járt. Ugyanez a háziorvosok esetében leginkább a túlterhelést jelentették. Az érintettek véleményét erről az alábbi táblázat mutatja:

7. táblázat A háziorvosok pandémiával kapcsolatos véleménye

A háziorvosi hivatás választásával kapcsolatos vélemény	Mintaátlag	Medián	Szórás	95% CI
46. A pandémia idején milyen gyakran érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk? (észlelt stressz)	4,972	5	1,692	[4,758 – 5,201]
47. A pandémia során milyen gyakran volt feszült valamilyen váratlan esetén miatt?	5,218	6	1,666	[4,988 – 5,435]
48. A pandémia során milyen gyakran okoztak gondot olyan dolgok, amelyeket nem tudott befolyásolni?	5,044	5	1,655	[4,843 – 5,250]
49. A pandémia időszakában érezte-e úgy, hogy sikeresen meg tudta oldani az Önre bízott feladatokat.	4,988	6	1,338	[4,815 – 5,157]
50. A pandémia időszakában milyen gyakran érezte magát idegesnek, stresszesnek?	5,128	5	1,717	[4,912 – 5,333]
51. A veszélyhelyzet idején meg-fogalmazódott-e Önben, hogy szervezeti/szervezési változásra lenne szükség?	5,390	6	1,798	[5,165 – 5,615]

Forrás: saját szerkesztés

A reformok iránti fogékonyságot azok a válaszok határozták meg, amelyek egyrészt a háziorvosok jelenlegi munkaviszonyainak megoszlását, az általuk adott értékeléseket és javaslataikat tartalmazták.



3. ábra A válaszadók viszonya a homogén praxisközösségi formákhoz

Forrás: saját szerkesztés

A 9. táblázat a válaszadók praxisközösséghez való csatlakozását jeleníti meg korcsoportos bontásban. A válaszadók 41,6% praxisközösségi konzorcium tagja és 15,9%-a praxisközösségi konzorciumvezető, vagyis a válaszadók 57,5%-a ezt a formát tartotta megfelelőnek.

8. TÁBLÁZAT A VÁLASZADÓK PRAXISKÖZÖSSÉGHEZ VALÓ VISZONYA KORCSOPORTONKÉNTI MEGOSZLÁSBAN

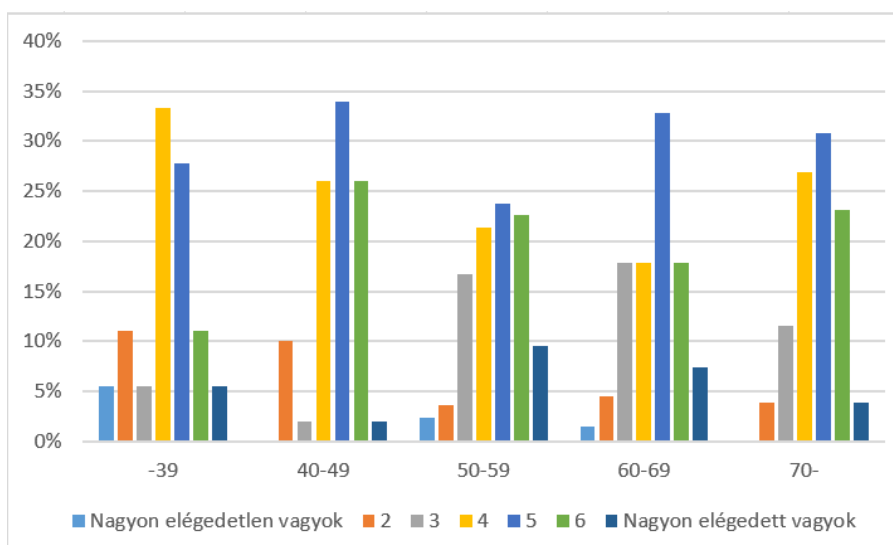
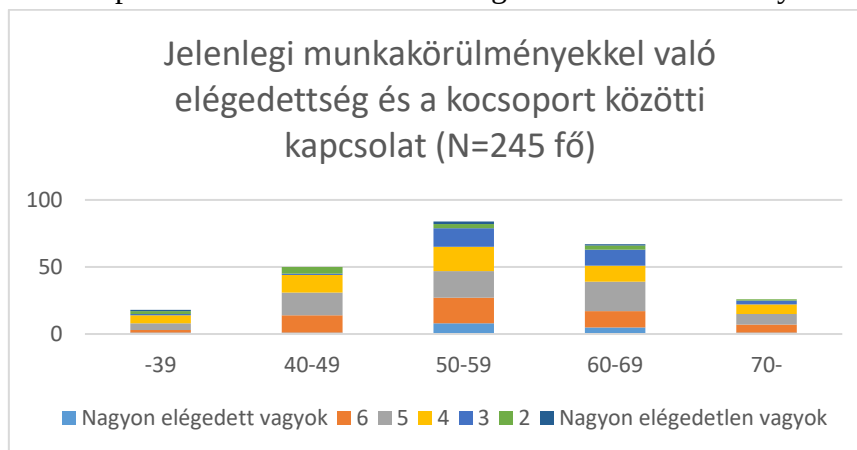
Praxisközösséghez való viszony	Korcsoport					Végösszeg
	-39	40-49	50-59	60-69	70-	
Praxisközösségi konzorciumvezető vagyok.	0,8%	5,3%	5,3%	4,5%	0,0%	15,9%
Szoros-praxisközösségi konzorcium tagja vagyok.	2,4%	7,8%	15,9%	12,2%	3,3%	41,6%
Szoros-integrált praxisközösség tagja vagyok.	0,4%	0,8%	0,8%	0,4%	0,0%	2,4%
Szoros-egyesült praxisközösség tagja vagyok.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%

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 háziorvos életkorának megfelelő korcsoport, továbbá a praxis körzettípusa nincs befolyással a praxisközösségben vállalt vezetői/tagi besorolásra., valamint a praxisközösségben vállalt

résztvétellel. 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.

Arra a kérdésre, hogy meg vannak-e elégedve a jelenlegi munkakörülményeikkel, azt már a munkakörülményeikre adott válaszokból is érzékelhettük, de nagyon érdekes a kor és közösségi forma szerinti értékelés megoszlása, amely szerint a háziorvosok átlagosan elégedettek. Érdekes azonban a korosztályok átlagát nézni, amely végösszeg néven van jelölve, és így már látszik, hogy a korcsoporton belül vannak feszültségek a munkakörülmények megítélésénél.

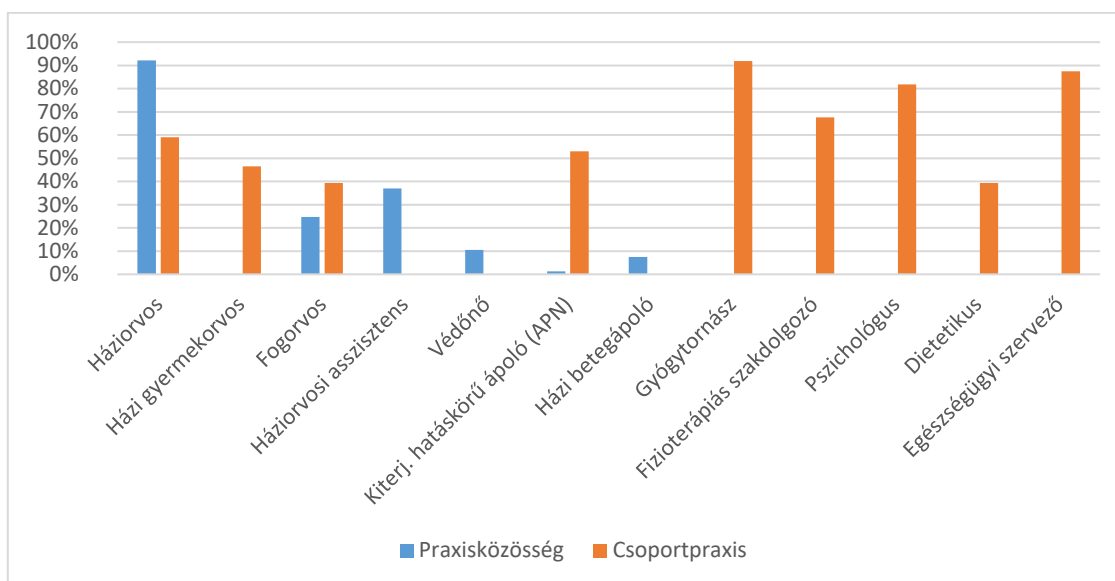


4. ábra Korcsoport és jelenlegi munkakörülményekkel való elégedettség közötti kapcsolat

Az értekezésben jelzett reformok szempontjából igen fontos azt megtudni, hogy a csoportpraxisra nyitott orvosok milyen végzettségű szakemberekkel dolgoznának szívesen. Kiderül, hogy a praxisban alkalmazott szakemberek száma alacsony, de meglepő, hogy egy reform esetén kivel tudnák elképzelni az együttműködést.

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 szeretnek volna együtt dolgozni a kérdőív felvételekor. A pandémia időszakában

más igények jelentkeztek, de a házi orvosok részéről egyre nagyobb igényként jelentkezik a kiterjesztett hatáskörű ápoló, APN végzettséggel rendelkező szakdolgozók foglalkoztatása.



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

A Hiba! A hivatkozási forrás nem található. nem, körzettípus, családi állapot és a Mindent figyelembe véve mennyire elégedett a házi orvosi munkájával? változókat vizsgáltuk meg klaszterelemzés segítségével.

9. 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 házi orvosi 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 csekély 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 kapcsolatosan 3 klasztert alakítottunk ki: az 1. klaszterbe 38 háziorvos került be, akik döntő többségében házasságban élő felnőtt és gyermek körzetben dolgoznak, többségükben nők (68%), és inkább nincsenek megelégedve a háziorvosi munkájukkal. A 2. klaszterbe 86 fő tartozik, akik jellemzően házasságban/ párkapcsolatban élő férfi (85%), felnőtt körzetben dolgozó háziorvosok, akik nagyon meg vannak elégedve a munkájukkal. A 3. klaszterbe 121 háziorvos került, akik jellemzően vegyes háziorvosi körzetben (61%) dolgoznak, házasságban élő női (85%) háziorvosok, akik nagyon meg vannak elégedve a munkájukkal.

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.

4. 3.2. 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-19 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 háziorvosok 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 és a Magyar Orvosi Kamara 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 szervezettefejlesztésének az alternatíváit kívánta feltárni, szintén ebből a koncepcióból merítettem.

C1. Feltételezem, a magyar egészségügy szervezettefejlesztését az alap- és szakellátás kombinálásával, a csoportpraxis keretei között egy új működési szabályozással lehet elkezdni.

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 háziorvosi 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) tartanának igényt. Ezt alátámasztja: miszerint a lakosság egészségi állapotának a megítélésénél egyik fontos kritérium, hogy milyen az ellátáshoz való hozzáférés, 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.

A munkaelégedettséggel kapcsolatos klaszterelemzésnél láthatóvá vált, hogy a nem és a körzettípus változók jelentős befolyással bírnak a munkaelégedettségre.

Mindezek alapján az első hipotézisemet a felmérés alapján igazoltnak tekintem.

C.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 házi orvosok 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 házi orvosi praxis a NEAK-tól, nőne a házi orvosi praxisok presztízse és jövedelme. A WHO a pandémia utáni konszolidálásra azt ajánlotta, hogy a kormányok fordítsanak plusz 1 százaléknyi GDP-közkidrást 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. Annak becslésére, hogy a házi orvosok a kötelezőn túl rendelkeznek-e szakvizsgával, a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei orvosok adatait gyűjtöttem össze. Válaszaik alapján közel egytizedük nem tervezi érvénytelen szakmai képzésének megújítását. A válaszadók az egészségügyi dolgozók motiválását, ösztönzését, valamint a finanszírozás javítását látták a legsürgetőbb megoldandó feladatként.

10. 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

Saját szerkesztés

Az országos adat, mint láttuk magasabb, de szakképzettség bővítésére ösztönözni lehet a házi orvosokat, és ha a házi orvosok 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.

5. AZ ÉRTEKEZÉS ÚJ, ILLETVE 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 háziorvosok részéről igény mutatkozik a paramedikális szakemberek bevonására. A háziorvosi 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 háziorvosok tevékenységét. A feladatok számbavétele során azonban világossá vált, hogy ezt nem minden tevékenység esetén tartják megvalósíthatónak.

8. Bizonyítást nyert, hogy a háziiorvosi 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 háziorvos 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, az átkódolt telephely változóknak erősen elkülönítő és jelentős szerepet játszanak, amíg 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 háziorvosokban az akarat.

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

A praxisközösségek létrejöttében a háziorvos életkorának van a legkisebb befolyásoló szerepe a szervezethez való csatlakozási döntés meghozatalakor. A jelenlegi rendszerben a háziorvosok megkérdőjelezi a praxisközösségek hatékonyságát, hiszen nem részesültek az anyagi motiváció mellett másfajta ösztönzésben a praxisközösségi formához való csatlakozás során és sajnos azt követően sem és 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 háziorvosokat, hogy ehhez a szakmailag megtisztelő, de többletmunkával járó feladathoz erkölcsi, szakmai és anyagi támogatást kaphatnának.

6. AZ EREDMÉNYEK GYAKORLATI HASZNOSÍTHATÓSÁGA

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

Az egyenlő területi eloszlás biztosítása megyehatáron belül érvényes. Érdemes 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:

1. 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 jelenlegi 910 praxishoz képest hamarosan még több fővárosi, városi és vidéki terület válna ellátatlanná. Ez a praxisokhoz kapcsolt ellátandó létszám növelésével csak akkor lehetséges, ha megnövelhető az egészségügyi szakemberek száma.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

6. Ki kell dolgozni egy hatékony betegútmenedzser rendszert az Egészséges Budapest program és a Magyar Máltai Szeretetszolgálat által alkalmazott szűrési program tapasztalatait felhasználva, amely által javulhat betegirányítás és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés.

A változtatásra feltétlenül szükség van, mert ellátás nélkül maradhatnak bizonyos szakmai és települési területek.

7. AZ ÉRTEKEZÉS TÉMAKÖRÉBEN KÉSZÜLT PUBLIKÁCIÓK



**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 élhető 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., Bandizol, 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 Kornyeck Ágota,
Jávorné Erdei Renáta, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Nyíregyháza, 16, 2023.
ISBN: 9789634905110
18. **Paulikné Varga, B.**, Lácay, M.: A háziorvosoktól függő 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
Egészségtudományi 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
absztraktyűjtemény. 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, Semanisinová, 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
Egészségtudományi 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.**, Helmecei, 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 elérhető 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., Helmecei, 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 (Klsz.), 126-129, 2021. ISSN: 2062-3682.
27. **Paulikné Varga, B.**: Telemedicina jelentősége a pandémia időszakában.
Magyar gerontológia. 13 (Klsz.), 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., Helmecei, 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 tudományometriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2025.08.18.

