

Szent István Egyetem

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

Bálint Csaba

Gödöllő

2020



A HÁZIORVOSI ÉS HÁZI GYERMEKORVOSI ALAPELLÁTÁS TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEI MAGYARORSZÁGON

Bálint Csaba

Gödöllő

2020

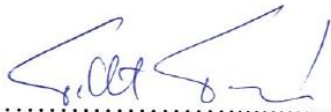
A doktori iskola

megnevezése: Gazdaság- és Regionális Tudományi Doktori Iskola

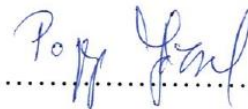
tudományága: regionális tudományok

Vezetője: Prof. Dr. H.c. Popp József
egyetemi tanár
Szent István Egyetem
Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar

Témavezető: Prof. Dr. habil. Tóth Tamás
egyetemi tanár
Szent István Egyetem
Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar



.....
A témavezető jóváhagyása



.....
A doktori iskola vezetőjének
jóváhagyása

Tartalom

Bevezetés.....	1
1.1 A témaválasztás indoklása.....	1
1.2 A témaválasztás aktualitása.....	2
1.3 Kutatási célkitűzések és kutatási kérdések.....	4
2 Szakirodalmi áttekintés.....	7
2.1 Az egészségről és egészségügyről.....	7
2.1.1 Az egészség fogalma.....	7
2.1.2 Az egészség meghatározói, egyenlőtlenségek az egészségben.....	8
2.1.3 Az egészség, mint napjaink megatrendje.....	16
2.1.4 Az egészség helye a globális fejlődési célkitűzésekben.....	19
2.2 Egészség és egészségügy Magyarországon.....	20
2.2.1 Magyarország helyzete európai összehasonlításban.....	20
2.2.2 Térbeli egyenlőtlenségek az egészségben és egészségügyben Magyarországon.....	25
2.2.3 Egy kiemelten veszélyeztetett csoport, a roma népesség egészségügyi helyzete.....	29
2.3 Az egészségügyi alapellátásról.....	30
2.3.1 Az alapellátás fogalmi köre.....	30
2.3.2 Az alapellátó gyermekorvoslás fontossága.....	36
2.3.3 Alapellátás a WHO európai régiójában és az Európai Unióban.....	37
2.3.4 Az alapellátás fontossága a COVID-19 világjárvány idején.....	40
2.4 Az egészségügyi ellátórendszer felépítése Magyarországon.....	40
2.4.1 Az egészségügyi ellátások köre, helye az egészségügyi rendszeren belül.....	40
2.4.2 Az egészségügyi alapellátás hazai jogszabályi alapvetései.....	43
2.4.3 A háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás jogszabályi háttere.....	44
2.4.4 A háziorvosi és házi gyermekorvosi körzetek kialakításának kritériumai.....	44
2.4.5 A tartósan betöltetlen háziorvosi és házi gyermekorvosi körzetek.....	45
2.4.6 Praxisjog nyilvántartás.....	45
2.5 A háziorvosi és házi gyermekorvosi alapellátás Magyarországon, a szakirodalom tükrében....	46
2.5.1 A magyar háziorvoslás fejlődése és jelene.....	46
2.5.2 Az alapellátó gyermekorvoslás helyzete Magyarországon.....	50
2.5.3 A háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás a magyar fejlesztéspolitikában.....	51
2.5.4 A háziorvosi alapellátás körülményeit meghatározó szakpolitikai aktualitások a 2010-es évtized végén.....	55
2.5.5 A körzetek betöltését célzó intézkedések, és megoldási alternatívák a háziorvosi és házi gyermekorvosi alapellátás problémáira.....	57
2.5.6 A digitalizáció és a távorvoslás szerepe az alapellátás megújításában.....	64
3 Anyag és módszertan.....	67
3.1 Országos és régiós szintű leíró elemzés.....	67
3.2 Települési szintű alapellátási kapacitás- és terhelés-vizsgálat.....	67

3.3	A háziiorvosi és házi gyermekorvosi alapellátás területi meghatározottságának járási szintű elemzése	72
3.4	A betöltetlen háziiorvosi és házi gyermekorvosi körzetek területi összefüggéseinek elemzése .	76
3.5	A háziiorvos-képzés és a célzott támogatások eredményessége a betöltetlen körzetek problémájának kezelésében	77
3.6	Szakértői interjúk.....	77
4	Eredmények.....	79
4.1	A háziiorvosi és házi gyermekorvosi abszolút kapacitása és terhelése	79
4.2	A háziiorvosi és házi gyermekorvosi fajlagos kapacitása és terhelése	80
4.3	A háziiorvosi és házi gyermekorvosi körzetek típus szerinti területi megoszlása.....	81
4.4	A betöltetlen körzetek alapadatai	82
4.5	A települési szintű vizsgálat eredményei.....	85
4.6	A járási szintű vizsgálat eredményei	89
4.7	A körzetek betöltetlenségének összefüggései.....	92
4.8	A letelepedési és praxisjog-vásárlási pályázatok eredményessége.....	95
4.9	Adatok a háziiorvoslás szakember-utánpótlására	96
4.10	A szakértői interjúk megállapításai	98
4.11	Az empirikus kutatások során készített interjúk megállapításai	99
4.12	Egy praxisközösség vezető háziiorvosával készített interjú megállapításai	100
4.13	Új és újszerű tudományos eredmények	104
5	Következtetések és javaslatok	109
	Összefoglalás.....	112
	Summary.....	114
1.	melléklet: Felhasznált szakirodalmi- és adatforrások.....	115
2.	melléklet: Felhasznált online források.....	137
3.	melléklet: Ábrák jegyzéke	140
4.	melléklet: Táblázatok jegyzéke	140
5.	melléklet: A főkomponens-elemzés korrelációs mátrixa	141
6.	melléklet: A főkomponens-analízis KMO mutatója és Bartlett-próbája	142
7.	melléklet: A főkomponens-analízis kommunalitásai.....	142
8.	melléklet: Az elforgatott főkomponens mátrix.....	143
9.	melléklet: A főkomponensek által magyarázott varianciahányad	144
10.	melléklet: A hierarchikus klaszterelemzés dendrogramja	144
11.	melléklet: A Two-step és a K-közép klaszteraljárások eredményének összhangja	145
12.	melléklet: A klaszterek településeinek területi megoszlása.....	145
13.	melléklet: A klaszterek településeinek jogállás szerinti megoszlása.....	146
14.	melléklet: A klaszterek településeinek megoszlása kedvezményezett státuszuk szerint.....	146
15.	melléklet: A járási szintű vizsgálatba bevont változók Pearson-korrelációs mátrixa.....	147
16.	melléklet: A járási vizsgálatban a népsűrűség és a vegyes körzetek ellátott korcsoportra vetített számának parciális korrelációja a komplex mutató hatásának kiszűrésével.....	148

17.	melléklet: A járási vizsgálatban a népsűrűség és a betöltetlen vegyes körzetek arányának parciális korrelációja a vegyes körzetek fajlagos száma hatásának kiszűrésével	148
18.	melléklet: A járási regressziós modell F-próba statisztikája	149
19.	melléklet: A járási regressziós modell együtthatóinak és a multikollinearitást jellemző mutatóinak táblázata.....	149
20.	melléklet: A járási regressziós modell Breusch-Pagan és Koenker-tesztjeinek eredményei.....	149
21.	melléklet: A járási regressziós modellben a reziduálisok eloszlásának hisztogramja	150
22.	melléklet: A járási regressziós modell hibatagjainak Cook-távolsága és Leverage-mutatója.....	150
23.	melléklet: A betöltetlen háziiorvosi körzetek átlagos ellátandó lakosság száma a körzettípus szerinti csoportokban	151
24.	melléklet: A betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek átlagos ellátandó lakosság száma a bázistelepülés nagyságkategóriája szerinti csoportokban.....	151
25.	melléklet: A betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek betöltetlen státuszának átlagos hossza az egyes régiókban.....	152
26.	melléklet: A betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek betöltetlen státuszának átlagos hossza a bázistelepülés nagyságkategóriája szerinti csoportokban.....	152
27.	melléklet: Az ÁEEK Alapellátási Osztályának szakértőivel készített interjú kérdéssora (2018. december)	153
28.	melléklet: A praxisközösséget vezető háziiorvossal készített interjú kérdéssora (2020. május)...	154
	Köszönetnyilvánítás	156

A dolgozatban szereplő rövidítések listája

ÁEEK = Állami Egészségügyi Ellátó Központ

ÁNTSZ = Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ma: Nemzeti Népegészségügyi Központ)

COVID-19 = koronavírus-betegség 2019

CSAKOSZ = Családorvos Kutatók Országos Szervezete

EESZT = Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér

EMK = Egészségügyi Menedzserképző Központ

ENSZ = Egyesült Nemzetek Szervezete

ECPCP = European Confederation of Primary Care Paediatricians (Alapellátó Gyermekorvosok Európai Egyesületeinek Szövetsége)

EU = Európai Unió

GYEMSZI = Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (ma: ÁEEK)

HAOSZ = Házi orvosok Online Szervezete

HGYE = Házi Gyermekorvosok Országos Érdekképviseleti és Szakmai Egyesülete

KSH = Központi Statisztikai Hivatal

MÁOTE = Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete

MDG = Millennium Development Goals (Millenniumi Fejlesztési Célok)

MOK = Magyar Orvosi Kamara

NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

OALI = Országos Alapellátási Intézet (ma: ÁEEK Alapellátási Osztály)

PCA = Principal Component Analysis (főkomponens-analízis)

SDG = Sustainable Development Goals (Fenntartható Fejlődési Célok)

TEK = területi ellátási kötelezettség

WHO = World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

WONCA = World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Bevezetés

1.1 A témaválasztás indoklása

Értekezésem témája a háziorvosi és házi gyermekorvosi alapellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata Magyarországon.

A család orvosa, a háziorvos, illetve gyermekkorban a gyerekorvos mindennapi életünk nélkülözhetetlen szereplője. A legtöbb ember az egészséggel, betegséggel összefüggő problémák és jelenségek kapcsán bizonytalan, önmagát (vagy gyermekét) diagnosztizálni csak a legritkább esetben képes, és nehezen tud kiigazodni a gyógymódokban, az egészségügyi ellátórendszer útvesztőiben. Mindenkinek szüksége van egy kapaszkodóra, egy olyan kulcsemberre, akivel bizalmi kapcsolatot alakíthat ki, aki ismeri az illető kórtörténetét, visszatérő, illetve elhúzódó betegségeit és egészségügyi sajátosságait, és aki útmutatást nyújt a gyógyulás folyamatában, valamint a szakellátások gyakran személytelen, tömegellátás-szerű rendszerében. Sokszor a legkisebb egészségügyi problémával is a háziorvoshoz fordulunk, ő pedig megvizsgál, beutal, vényt ír fel, igazolást ad, táppénzre ír, és megannyi más tevékenységgel szolgál rá a neki tulajdonított „kapuőr” szerepére. Nagyon fontos természetesen az alapellátás többi szereplőjének munkája is (pl. a védőnő a várandós és kisgyermekes anyák életében, az alapellátó fogorvos, az iskolaorvos), de mégis, a háziorvos tekinthető az alapellátás gerincének, aki megteremti a kapcsolatot az egészségügyi ellátórendszerrel, és „emberarcot” ad annak.

Gazdag nemzetközi szakirodalom tárgyalja az alapellátó orvoslás szerepét nem csak a gyógyításban, de a megelőzésben, gondozásban, egészség-nevelésben, népegészségügyi szűrő munkában, a szakellátás tehermentesítésében is. Megnövekedtek tehát az elvárások mind a feladatok mennyiségét, mind azok komplexitását tekintve az elsődleges ellátást nyújtó orvosok felé. Ezeknek a már-már multifunkciós szakembereknek pedig bármely ország bármely pontján a térben rendelkezésre kell állniuk, hogy a népesség számára lakóhelyükhöz közel elérhető ellátást nyújtsanak.

A magyarországi háziorvoslásról jelenlegi állapotában elmondható, hogy válságban van. Az idősödő népesség növekvő betegségterhei mellett a szakma is elöregedett, az életkorukból fakadóan végleg távozó orvosokat a képzési utánpótlás alig képes pótolni. Folyamatosan növekszik a betöltetlen háziorvosi és házi gyermekorvosi praxisok száma, emiatt egyre több körzetet helyettesítésben kell ellátni. Az ilyen körzetekben élők ellátáshoz való hozzáférése mennyiségi és minőségi értelemben is korlátozott. Különösen aggasztó a jövő generációi szempontjából a házi gyermekorvosi praxisok megüresedése, hiszen a kiskorú és serdülő korosztály ellátása bizonyítottan képzett gyermekorvos által végezhető a leghatékonyabban.

Noha az állam működtet különböző támogatási programokat a háziorvosok elhelyezésére és a körzetek betöltésére, ezekkel csak elodázni tudja az alapellátás átalakításának egyre sürgető feladatát. A szülő praxisok elaprózott rendszere régi, sokszor aránytalan körzetstruktúrát lát el, ebből fakadóan számos praxis finanszírozása bizonytalan. Az alacsony egzisztenciális vonzerőt tovább csökkenti az alapellátó orvosi szakma továbbra sem megfelelő szintű elismertsége, a rá nehezedő bürokratikus terhek mértéke, és ebben a szerkezetben nem várható a leszakadó, periférikus térségek ellátásának javulása sem. Ki kell alakítani az új, térségi szinten koncentráltabb, kibővített kapacitású és kompetenciájú alapellátási megoldások és a jelenlegi, egyéni praxisokra épülő modell működésének legjobb, gazdasági és humán erőforrás szempontból fenntartható, helyi igényekhez legjobban alkalmazkodó kombinációját.

1.2 A témaválasztás aktualitása

Az egészség, amellyel, hogy napjaink egyik meghatározó világtrendje, véleményem szerint az életminőség legfőbb alkotóeleme, amely a jóllét többi tényezőjével egymásra kölcsönösen visszahat: az egészség (testi, lelki, szellemi önazonosság és harmónia) feltétele és egyben következménye az erőforrások és javak életminőséget szolgáló birtoklásának és hasznosításának. Ennek nem csak az egyén, de a társadalom, a közösség szempontjából is nagy jelentősége van: prosperáló társadalom csak egészséges emberekből tud épülni.

A fejlett országokban a huszadik század hatvanas évtizedében alapvető társadalmi célkitűzéseként a gazdasági növekedés mellett megjelent az emberi jóllét és életminőség javítása (BERGER-SCHMITT & NOLL, 2000). Lyndon B. Johnson amerikai elnök 1964-es kampányában a következő elhíresült kijelentést tette: „Céljaink elérését nem mérhetjük bankszámlánk nagyságával, csak az emberek életminőségének javulásával”. (KUNOS, 2007, p.1) Az életminőségben ötvöződik a mennyiségi jólét /welfare/ és a nem anyagi jóllét /well-being/ (FEKETE, 2006), más értelmezésben az életminőség és a jóllét egymással szinonim fogalmak (DIENER & SUH, 1997), amelyek a jólét kibővített jelentéstartalmát adják.

Amartya SEN (1993) teóriája szerint az egyéni életminőség (jóllét) nem csak az erőforrások birtoklásától függ, hanem attól is, hogy személyes fizikai és mentális képességei, illetve a társadalmi és fizikai környezete hogyan és milyen mértékben teszi lehetővé az egyén számára a javak felhasználását. Ez a feltevés már átvezet abba a gondolatkörbe, és megerősíti azt a gyakran elhangzó, axiómaszerű állítást, hogy az életminőség erőteljesen összekapcsolódik az egészségi állapottal (CUMMINS, 1997; VEENHOVEN, 2008; PIKÓ, 2011).

Az egészséggel összefüggésben az Egészségügyi Világszervezet (WHO) is megalkotta saját életminőség-definícióját: „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát.” (WHO, 1993 alapján KULLMANN & HARANGOZÓ, 1999, p. 1947)

BULLINGER et al., 2000 (idézi: TIRINGER, 2012) megfogalmazásában „az egészséggel kapcsolatos életminőség látens konstruktum, mely a jóllét és a cselekvőképesség pszichés, szociális és szomatikus dimenzióit írja le, s amely a beteg emberek mindennapi tapasztalatát tükrözi. Ebben különösen jelentősek azok a szempontok, melyek rövidebb-hosszabb távon változhatnak.” SKEVINGTON et al., (2004) szerint az egészségi állapot objektív mérése és az egyén szubjektív egészség(érzet)ének értékelése egymást kiegészítően alkalmas az egészség mérésére. Ugyanerre hívja fel a figyelmet JÓNA & JÁVORNÉ (2012): az objektív és szubjektív indikátorok egymással komplementer viszonyban állnak, és együttes alkalmazásukkal lehet árnyaltabb képet kapni a vizsgált sokaság egészségi státuszáról.

Mindennapi életünk, társadalmi, gazdasági, intézményi környezetünk egészséget befolyásoló faktorai közül az egészségi állapotra közvetlen, irányított hatást szinte kizárólagosan az egészségügyi ellátások tudnak kifejteni. Globálisan érvényesek a várható élettartam javuló trendjei, az egyes betegségek visszaszorulása. Az egészséggel összefüggő életminőséget érintő beavatkozások elsődleges helyszíne tehát az egészségügyi ellátórendszer. A gyógyító-megelőző tevékenység belépő szintjét, egyben talapzatát jelenti az egészségügyi alapellátás, ahol a páciens először kerül kapcsolatba az ellátórendszerrel. Szakirodalmi források széles köre részletezi az alapellátás fontosságát a betegek szűrésében, gyógyításában, a megelőzésben, az

egészségfejlesztésben, és egyre nagyobb figyelmet kap az alapellátást érintő megújulási kényszer, a kor megnövekedett igényeinek megfelelő struktúra, működés és kompetenciák vonatkozásában.

Számos forrás tanúskodik az egészségi állapotot, az ellátást, és azon belül is az alapellátáshoz való hozzáférést övező, térségek közötti és térségeken belüli egyenlőtlenségek fennállásáról és mélyüléséről. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutás korlátai, kiegészülve más társadalmi-gazdasági területi hátrányokkal, emberek tömegeinek rontja a (nem csak) egészséggel összefüggő életminőségét, növelve a megbetegedés esélyét, csökkentve az egészségben leélt évek számát, és korábbi halálozást előidézve.

Az Egészségügyi Világszervezet 2016-ban publikált „Az integrált, emberközpontú egészségügyi szolgáltatások keretrendszere” c. jelentése arra hívja fel a figyelmet, hogy az elmúlt években az emberek egészségi állapotában és a várható élettartamban jelentős javulás figyelhető meg, ugyanakkor a relatíve pozitív változások egyenlőtlenül mentek végbe az egyes országok között és azokon belül is. Globálisan 400 milliót meghaladó azok száma, akik nem férnek hozzá az alapvető egészségügyi ellátáshoz sem. Ha van is hozzáférés, az ellátás sokszor túlzottan széttagolt vagy kifogásolható minőségű, és ebből következően sok helyen továbbra is alacsony az elégedettség szintje az egészségügyi rendszerrel és az egészségügyi szolgáltatásokkal. Számos területen még mindig súlyos gondot jelent az egészségügyi szolgáltatásokhoz való kiegyenlített földrajzi hozzáférés, az egészségügyi dolgozók hiánya és az ellátási láncok gyengesége. Az ENSZ a harmadik fenntartható fejlődési céljának eléréséhez (az egészséges élet és a jólét minden korosztály számára), ideértve az egyetemes egészségügyi lefedettségre („universal health coverage”) vonatkozó 3.8. célkitűzést, megköveteli a tagállamoktól, hogy minden ember és közösség számára biztosítsák a hozzáférést a színvonalas, biztonságos és méltányos egészségügyi szolgáltatásokhoz.

Bár az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nemzetközileg elismert alapvető emberi jog, az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége számos térségben nem megfelelő. Világszerte nagyszámú vidéki és centrumoktól távoli közösség, amely kedvezőtlen egészségügyi állapota miatt magas szintű egészségügyi ellátást igényelne, jelentős (térbeli és nem térbeli) hozzáférési korlátokkal szembesül az egészségügyi szolgáltatások kapcsán (MCGRAIL & HUMPHREYS, 2009).

A fejlettség és jólét egyenlőtlenségei Magyarországon is adottak. Az anyagi és immateriális szükségletek kielégítésének lehetőségeiben, illetve a családi háttérből, képzettségből, mobilitásból, jövedelmi szintből adódó életesélyekben fellelhető diszparitások visszatükröződnek az egészségügyi mutatóknak a térségek és társadalmi csoportok közötti különbségeiben is. Amennyiben ezek a társadalmi-térbeli hátrányok elégtelen mennyiségű és minőségű egészségügyi szolgáltatáskínálattal párosulnak, úgy a fellépő egészségügyi és más társadalmi-gazdasági hiánytünetek egymás hatását erősítik.

Hazánkban a területi egyenlőtlenségek egyik forrása a város-vidék (város-falu) dichotómia, amely egyenlőtlenségeknek mérhető kategóriáit szolgáltatják az életminőséggel összefüggő tényezők, köztük az egészségi helyzet, magatartás, ellátás stb. állapotjelzői, ám figyelembe kell vennünk OROSZ (1989) azon megállapítását (JONES & MOON, 1987 és SMITH, 1982 alapján), hogy az egyenlőtlenségek területi és társadalmi aspektusai nem választhatók szét egymástól, tehát területi-társadalmi különbségekről kell szót ejtenünk. A népesség egészségi állapota, várható élettartama, egészségben leélt éveinek száma szoros összefüggésben van a társadalmi, képzettségi, foglalkoztatási, jövedelmi helyzettel (SZILÁGYI & UZZOLI, 2013).

A rendszerváltást követően a magyar társadalom alapvetően három részre szakadt: egyrészt azokra (mintegy 2 millió ember), akik számára a politikai fordulat emelkedő jólétet hozott, másrészt a megélhetésért napról napra küzdő és a szegénység peremén lévő népes társadalmi csoportra, továbbá a megnövekedett létszámú, leküzdhetetlen szegénységben és súlyos deprivációban élő, felzárkózásra képtelen tömegekre. A társadalom utóbbi, alsóbb rétegeit sokkal rosszabb egészségi és pszichoszociális helyzet jellemzi, amelynek következménye a korábban bekövetkező halálozás. A halmozódó hátrányok negatív spirálja és tovagyűrűzése, és az ezáltal tovább mélyülő egészség-egyenlőtlenségek jelentős terheket rónak az egész társadalomra. Az említett társadalmi csoportok jelentős számban laknak olyan területeken, ahol az oktatás, a munkalehetőségek, a közlekedés és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés is korlátozott. (KOLLÁNYI, 2016)

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

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

Magyarországon az alapellátáshoz való mennyiségi és minőségi hozzáférést területi inhomogenitás jellemzi (DÓZSA, SINKÓ & GAÁL, 2017). Hazánkban a vidéki területek, azokon belül is a centrális szerepkört betöltő városoktól távolabb eső falvak egészségügyi ellátórendszere súlyos humánerőforrás-válsággal küszködik. Az orvoshiány és a betöltetlen körzetek szinte megoldhatatlannak tűnő problémája okán a falusi lakosság számára nehezebb és költségesebb hozzájutni az alapellátáshoz, amely az egészségi állapot romlásához vezet, növelve az egyenlőtlenségeket a szolgáltatásokhoz jobban hozzáférő városi/nagyvárosi lakossághoz viszonyítva. (GIRASEK et al., 2010)

1.3 Kutatási célkitűzések és kutatási kérdések

Dolgozatomban a bevezetőben említett folyamatok és aktualitások tükrében a következő kutatási célokat tűztem ki:

1. Az alapellátás szerepének, jelentőségének megismerése az egészségügyi ellátórendszerben, globálisan, az uniós közösségi szintű célkitűzésekben, és Magyarországon, illetve a házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátás hazai helyzetének, főbb folyamatainak feltárása.
2. A házi orvosi és házi gyermekorvosi alapellátás kapacitásai és terhelései térbeli jellemzőinek a vizsgálata települési dimenzióban, és ugyanezen jellemzők demográfiai, társadalmi-gazdasági fejlettségi, illetve megbetegedési paraméterekkel vett összefüggéseinek feltárása járási szinten.
3. A betöltetlen házi orvosi és házi gyermekorvosi körzetek térbeli mintázatainak, területi jellemzőkkel való kapcsolatának vizsgálata, különös figyelemmel a megüresedett körzetek típusára, méretére és a betöltetlen státusz hosszára.

4. A betöltetlen körzetek problémájának kezelésére, a háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás fenntartására, fejlesztésére, megújítására irányuló szakpolitikai törekvések, programok, intézkedések áttekintése, értékelése, a köztük lévő felismert, vagy még kiaknázatlan szinergiák feltárása, és javaslatok megfogalmazása a koncepcióalkotás területi megfontolásait illetően.

A kutatási célkitűzések megvalósítása érdekében összetett kutatási kérdéseket fogalmaztam meg, melyek a következők voltak:

1. Hogyan illeszkedik a háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás az egészségügyi ellátórendszerbe? Mely feladatok jellemzik, milyen követelményeknek kell megfelelnie, milyen szakmai kihívásokkal néz szembe?
2. Hogyan írható le az a társadalmi-egészségügyi környezet, amelyben az alapellátásnak ki kell fejtenie a működését? Milyen országos szintű, illetve területileg differenciált kockázatok kezelésében jut szerep az alapellátásnak? Mik a tapasztalatok a háziorvosi és házi gyermekorvosi alapellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeit tekintve?
3. Miként alakult a megelőző másfél-két évtizedben abszolút értékében és fajlagosan, országos szinten a háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátórendszer orvosainak, praxisainak száma, a különböző korú bejelentett lakosság nagysága, a betegforgalmi esetszám?
4. Mi jellemzi a háziorvosi és házi gyermekorvosi körzetek területi eloszlását a körzet típusa, régiók és településnagyság szerint? Milyen összefüggések mentén, hogyan csoportosíthatók az ország települései az ellátás fajlagos kapacitása és terhelése alapján? Milyen együttmozgást produkál az ellátás kapacitása, forgalma az egyes demográfiai, fejlettségi jellemzőkkel, és a megbetegedési esetszámmal járási szinten?
5. Milyen képet mutatott 2019 utolsó negyedében a területi ellátási kötelezettséggel bíró betöltetlen háziorvosi és házi gyermekorvosi praxisok száma, összes körzeten belüli aránya, területi megoszlása a körzet típusa, mérete, bázistelepülésének regionális elhelyezkedése és nagyságkategóriája szerint?
6. Hogyan, milyen célkitűzések, intézkedések mentén reagál a hazai szakpolitika az egészségügyi alapellátás helyzetére, a betöltetlen körzetek problémájára, a háziorvosi szakma humánerőforrás-válságára, és mennyiben képes ellensúlyozni azokat? Milyen megoldási alternatívák mutatkoznak az alapellátás megújítására?

A fentiekben vázolt kutatási kérdések feltárára áttekintem a témát övező hazai és nemzetközi szakirodalmi forrásokat, ismertetem egyéni vizsgálatom adatgyűjtési és -elemzési módszertanát, majd az eredmények kifejtése után konklúziókat és javaslatokat fogalmazok meg a háziorvosi és házi gyermekorvosi alapellátáshoz való területi hozzáférés helyzetére, és a lehetséges beavatkozásokra vonatkozóan.

2 Szakirodalmi áttekintés

2.1 Az egészségről és egészségügről

A szakirodalmi áttekintés első részegységében tisztázom az egészség fogalmát, feltárom az egészségre ható társadalmi, gazdasági, környezeti tényezőket, és az egészség-egyenlőtlenségek forrásait. Értelmezem az egészséget, mint napjaink egyik megatrendjét, és az ezzel összefüggő világszintű kihívásokat és kockázatokat. Felidézem az egészséghez kapcsolódó globális fejlődési célkitűzéseket.

2.1.1 Az egészség fogalma

Az orvostudomány megalapítójaként ismert Hippokratésztől (Kr. e 460-377) ered az egészség-betegség viszonyának talán legkorábbi fennmaradt, holisztikus megközelítésről árulkodó meghatározása: „Az egészség legfőbb feltétele az ember testi-lelki folyamatai és a környezet közötti harmónia, a betegség a diszharmónia állapota.” (BODNÁR, é.n., http 1)

A pszicho-analitika atyja, Sigmund Freud (1856-1939) szerint az egészség „az a képesség, amikor szeretni és dolgozni tudunk.” (FREUD, 1930) Ez a megközelítés is szakít a pusztán biomedikális szemlélettel, amely a tradicionális orvoslás sajátja.

Az egészség mibenlétét tekintve ma két nagy iskola különíthető el: a naturalista és a normativista. A naturalista egészségfelfogás szerint az egészség egy dinamikusan változó egyensúlyi állapot, az emberi test biológiai funkcióinak tökéletes működése, a betegség hiánya, amely független a társadalom normáitól, és a környezethez való megfelelő alkalmazkodáson alapul. A normativista iskola felfogásában az egészség a társadalom értékrendjétől függ: betegség az, amit a társadalom annak tart, és egészséges az, aki a társadalom által tőle elvárt feladatokat képes elvégezni. (HAMILTON, 2010) „Az egészség optimális állapota egyenlő azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek teljes körét.” – idézi SEEDHOUSE (2001) definícióját MATÓ-JUHÁSZ & SZEGEDI (2016, p. 3).

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) 1946-os genfi megalapításakor meghatározásra került az egészség fogalma: „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya.” (WHO, 1946) A szervezet 1979-es "Global strategy for health for all by the year 2000" c. dokumentuma a következőképpen különíti el az egészség dimenzióit:

- *biológiai*: a szervezet megfelelő működése,
- *lelki*: személyes világnézet, magatartási alapelvek, a tudat nyugalma, az önmagunkkal szembeni béke,
- *mentális*: a tiszta és következetes gondolkodás képessége,
- *emocionális*: az érzések felismerésére, illetve azok megfelelő kifejezésére való képesség,
- *szociális*: képesség a kapcsolatok kialakítására.

A fentebb ismertetett definíció képezi az életminőség egészség tudományi megközelítésének alapját (NAGYVÁRADI, 2016; KOPP, SKRABSKI & SZÉKELY, 2006), mégpedig azt, hogy az egészség tárgya a teljes ember, nem csak annak teste (ÁGOSTON et al., 2007).

A filozofikusabb megközelítéseket gyakorlatiasabb meghatározások követték. STOKES és szerzőtársai (1982, idézi: IHÁSZ, é.n., http 2) megfogalmazásában az egészség a következő tényezők összhangját takarja: anatómiai integritás, (megfelelő szintű izom-ideg koordináció, megfelelő keringési teljesítmény, stb); alkalmasság értékes szerep betöltésére a családban, a munkahelyen és a társadalomban; alkalmasság a fizikai, biológiai és szociális stresszhelyzetek feldolgozására (a

megküzdés képessége, tolerancia, szolidaritás képessége, stb); a jóllét érzése; mentesség a megbetegedés és az idő előtti halálozás fenyegetésétől.

BORBÁS et al., (2008) szerint „az egészség az egyén biológiai működése, valamint a kora és neme szerint elérhető és/vagy a társadalom által elvárt biológiai működése közötti megfelelés. Az egészség megítélése a funkciók működésén (képességek, korlátozottságok), a fájdalom létén, jellegén, és mindennek az egyén általi mentális feldolgozásán (elfogadásán) alapul.”

Az egészség társadalmi megítélése fontos szempont a betegség fogalmának értelmezésében is. Kultúrkörönként változó lehet az életfolyamatok normálistól való eltérésének betegségeként történő felfogása. Ugyanis a betegség nem más, mint az élettartamot csökkentő vagy az életminőséget rontó (halál, funkciózavar, fájdalom), az egyén vagy a környezete által észlelt, a társadalmilag elfogadott egészségképtől való eltérés. Utóbbi kitételből következik, hogy a betegség megjelenése kiváltja a társadalom tenni akarását, és gyógyításra vagy megelőzésre irányuló egészségügyi tevékenységet indít el. (BORBÁS et al., 2008)

Ezen a ponton tartanám fontosnak az „egészségügy” fogalmának tisztázását és elválasztását az egészség fogalmától. GÉHER & JÁVOR (2013) definíciójában az egészségügy „a társadalom azon tevékenységeinek strukturált rendszere, amely az egészség megőrzését, a betegségek megelőzését és gyógyítását, krónikus betegségek esetében azok kezelését szolgálja, az ember és ezen keresztül a társadalom szociális biztonságának része, melynek megteremtése és garantálása az állam feladata, melyben számít az egyén és a társadalom aktív közreműködésére.” DERZSÉNYI (2014, p. 104) megfogalmazásában „az egészségügy a társadalom mindenkori egészségkultúrájának közhatalmilag intézményesített része, szakigazgatási hivatali testülettel és közhatalmilag legitimált szakmai-tudományos paradigmával, amelynek keretei között a részben populációs szintű, részben személyre szóló ellátások az egészségi állapot javítását, a betegségek megelőzését, és ha kell, gyógyítását, gondozását, rehabilitációját szolgálják”. A fogalmat a dolgozat további részében a fent idézett meghatározások szellemében használom.

Egészségügyi tevékenység alatt az olyan egészségügyi szakképesítést vagy egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy szakmai felügyeletét igénylő tevékenységeket értjük, amelyek az egészség védelmét, a betegségek megelőzését, a gyógyítást, a fájdalom és a szenvedés csökkentését, az ápolást, a gondozást vagy az egészségügyi rehabilitációt szolgálják. (BORBÁS et al., 2008)

A huszadik század második felében egyértelművé vált, hogy az egészség és a gyógyítás hagyományos „biomedikális” megközelítése már nem képes a folyamatosan elterjedő krónikus megbetegedések problémáját kezelni, és figyelmet kell fordítani a betegségek kialakulásának biológiai, pszichológiai és társadalmi tényezőire, és a betegek ezen tényezőkhöz kapcsolódó szükségleteire. Ez utóbbit nevezzük az egészség „bio-pszicho-szociális” megközelítésének, amely az 1970-es években lett a témát érintő diskurzus része (GYÖRFFY, 2019).

2.1.2 Az egészség meghatározói, egyenlőtlenségek az egészségben

A modernitás korának javuló életkilátásai nyomán Abdel R. OMRAN 1971-ben dolgozta ki – mára klasszikussá érett – epidemiológiai átmenet (*epidemiological transition*) teóriáját, melynek kiinduló gondolata, hogy a mortalitás (halálozás) a népesedési folyamatok egyik legmeghatározóbb tényezője, a születésekkel együtt. Elmélete szerint egyetemesen jellemző, hogy a magas fertilitás és halandóság irányából először a csökkenő gyakoriságú és intenzitású fluktuációval jellemezhető, majd pedig ténylegesen csökkenő és alacsony szinten stabilizálódó mortalitás felé történik folyamatos elmozdulás. A járvány és éhínség korszakát (*Age of pestilence*

and famine), a járványok, éhínségek és háborúk miatt magas szintű és erősen ingadozó halandóság jellemezte, a várható élettartam pedig 20-40 év között alakult. A visszahúzódó járványok (*Age of receding pandemics*) átmeneti időszakának első fázisában – nagyjából a 17. sz. közepétől a 19. sz. közepéig – a várható élettartam nem haladta meg az 50 évet, és a halálozás trendjeiben sem történt változás, megmaradtak az endémiák (pl. TBC) és a gyermekbetegségek. A 19. és 20. század fordulóján azonban enyhült a fluktuáció és csökkenni kezdett a mortalitás, amely népességnövekedéshez vezetett. Ezt követően a fő halálokok között a fertőző betegségek helyét átvették az idült, nem fertőző, életmódból származó megbetegedések (pl. szívbetegségek, daganatok) és balesetek, ezzel átlépve a degeneratív és ember által okozott betegségek korába (*Age of degenerative and man-made diseases*). Utóbbi korszakot a mortalitás csökkenésének lassuló dinamikája, ugyanakkor a várható élettartam növekedése jellemzi. Az ismertetett átmenet az ún. nyugati vagy klasszikus tranzíciós modell, de egyes országok (pl. Japán) a 2. és 3. fázis között lerövidült, „gyorsított” átmenettel (*accelerated transition*) jellemezhetők, míg a fejlődő országok zöme a késleltetett (*contemporary/delayed*) modellel. Fontos kiemelni a modell atyja által azonosított tényezőket, amelyek a második szakaszból a harmadikba történő átlépést determinálták: véleménye szerint hangsúlyosabbak voltak az átmenetben az ún. ökológiai (pl. környezet), a szocio-ökonómiai, politikai és kulturális (pl. életkörülmények, higiéné, táplálkozás) determinánsok, és inkább késleltetett volt a közegészségügyi intézkedések, illetve gyógyító, megelőző egészségügyi ellátások hatása.

OLSHANSKY & AULT (1986) kiegészítették az elméletet egy negyedik szakasszal, a késői degeneratív halálozás korszakával (*Age of delayed degenerative death*), az 1970-es évekbeli ún. „kardiovaszkuláris forradalom” nyomán, amikor a keringési megbetegedések az idősebb korosztályokra tolódtak át, a fejlettebb gyógyításnak köszönhetően. Az ezredforduló környékéig felgyülemlett tapasztalatok alapján VALLIN & MESLÉ (2004) azonosította az „idősödés elleni küzdelem” korszakát, az öregedéssel járó degeneratív betegségek gyógyszerekkel, életmódtanácsadással történő időbeli kitolását, melynek köszönhetően 65-70 évre nőtt a születéskor várható élettartam. Az epidemiológiai átmenet elméletét így továbbfejlesztve, a szakaszokat újradefiniálva, FRENK et al., (1991) nyomdokain alkotta meg előbbi szerzőpáros az „egészségügyi átmenet” (*health transition*) koncepcióját. Az Omran-i modell kiterjesztését indokolta többek között az is, hogy magyarázatot kellett találni azokra a jelenségekre, amelyek az epidemiológiai átmenet kivételeit képezték, például, hogy miért nem következett be a kardiovaszkuláris forradalom a Kelet-közép-európai országokban, vagy, hogy miért küszködik Fekete-Afrika a fertőző betegségek leküzdésével (CASELLI, MESLÉ & VALLIN, 2002).

Fontos mérföldkő volt az egészség hatótényezőinek megismerésében a brit Egészségügyi és Szociális Minisztérium Sir Douglas BLACK által vezetett munkabizottsága által 1980-ban publikált „Inequalities in Health” (ismertebb nevén: The Black Report) c. jelentés a konzervatív brit kormányzat számára. A jelentés szerint a munkásosztálybeli férfiak és nők szignifikánsan nagyobb valószínűséggel halnak meg korábban, mint a vezetői vagy értelmiségi rétegekben, és hogy a munkásosztálybeli családba született gyermekek jobban kitettek a korai halálozás, betegség és sérülés kockázatának, mint a középosztálybeli háttérrel rendelkezők. Heves vitát kiváltó állítása volt a jelentésnek, hogy noha a megelőző évtizedekben sok tekintetben jelentős javulást sikerült elérni, az egészségügyi eredmények egyes osztályok közötti különbségei valójában megnövekedtek a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) alapítása óta eltelt 30 évben. Rávilágított ugyanakkor, hogy ennek oka nem annyira maga az egészségügyi ellátórendszer hibás működése, vagy az egészségügyi ellátásokhoz való korlátozott hozzáférés, hanem például a

lakhatási és munkakörülményekben, a jövedelmek eloszlásában, a továbbtanulás lehetőségeiben meglévő társadalmi egyenlőtlenségek. A jelentés szerzői arra a következtetésre jutottak, hogy az egészségi sztenderdek csak a közegészségügy, a megelőző orvoslás és az alapellátás területén tett átfogó kezdeményezések, valamint a munkásosztályok életszínvonalának javítása érdekében tett radikális szociálpolitikai intézkedések révén volnának javíthatók és kiegyenlíthetők. (A Black-jelentéshez hasonló következtetésekre jutott az 1987-ben közzétett Whitehall-jelentés, az 1998-as Acheson-jelentés és a 2010-es Marmot-jelentés is.)

1974-ben Marc Lalonde, Kanada egészségügyi és népjóléti minisztere „A new perspective on the health of Canadians” c. tanulmánya (Lalonde-jelentés) az első olyan közpolitikai dokumentum, amely az egészség és jólét kulcsát nem csak az egészségügyi ellátórendszerben látja, hanem további tényezőkre is kiterjeszti az egészségpolitika hatókörét. Az ún. „health field concept” meghatározásában az egészségügyi állapotot meghatározó tényezők a következők (LALONDE, 1974):

- *Biológia*: az egészség minden fizikai és mentális aspektusa, genetikai adottságok – 27%
- *Környezet*: külső hatások, melyekre az egyén nem (vagy csak korlátozottan) tud hatást gyakorolni; fizikai és szociális környezet – 19%
- *Életmód*: betegséget vagy halált okozó, vagy ezekhez hozzájáruló személyes döntések – 43%
- *Egészségügyi ellátórendszer*: orvoslás, ápolás, kórházak, gondozóintézetek, gyógyszerészet, közegészségügyi szolgáltatások, fogászat, egyéb szolgáltatások – 11%

A WHO által 1986 novemberében, a kanadai Ottawában megrendezett I. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián megtörtént a „Health for all by the year 2000” átfogó célkitűzéseinek elérésére irányuló intézkedéssorozat elindító Ottawai Charta közreadása. A charta deklarálta az új egészségügyi koncepciót, az ún. egészségfejlesztést, és definiálta annak kulcsfontosságú elemeit. Egyik legfőbb megállapítása, hogy az egészség a mindennapi élet erőforrása, nem pedig életcél, magát a fogalmat pedig a következőképpen írja körül:

„Az egészség olyan állapot, melyet az anatómiai integritás, a teljesítményre való képesség, a személyes értékek, a családi munka és közösségi szerep, a jóllét érzése, a betegség és korai halál rizikóitól való mentesség jellemez.” (OTTAWAI CHARTA, 1986, idézi: PAPP & UJVÁRINÉ, 2014) Az egészség előfeltételei is beazonosításra kerültek a charta összeállítása során (arra alapozva, hogy a politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális, környezeti, viselkedési és biológiai tényezők mind az egészség javára vagy kárára lehetnek): béke, lakás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és egyenlőség. Ezek a társadalmi, gazdasági és egyéni fejlődés forrásai a dokumentum szerint.

DAHLGREN és WHITEHEAD 1991-ben publikálta szakpolitikai ajánlásait a WHO európai regionális irodája számára, amelyben az egészséggel kapcsolatos társadalmi egyenlőség/méltányosság kapcsán megalkották az egészség társadalmi tényezőinek ún. „szivárvány” modelljét. A modell középpontjában az egyén áll meghatározott – nemtől és életkortól (is) függő – biológiai és genetikai adottságokkal, ugyanakkor körülvéve olyan, az egészségre hatást gyakorló tényezőkkel, amelyek megváltoztathatók. A modell első rétegében találhatóak azon személyes viselkedési formák és életstílusok, amelyek javíthatják vagy károsíthatják az egészséget. A második réteg az egyén családja, barátai, és az őt befogadó közösségek normáinak hatásait tartalmazza. Strukturális, anyagi és társadalmi tényezők, mint pl. lakhatás, munkakörülmények, oktatás, egészségügy stb. kerültek a harmadik rétegbe, míg a negyedik réteg az általános társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti hatótényezőket foglalja magában. A modell felépítése az 1. ábrán látható.



1. ábra: Az egészség társadalmi hatótényezői

Forrás: DAHLGREN & WHITEHEAD (1991) alapján <http> 3

A WHO Health Impact Assessment (HIA) megfogalmazásában az egészséget befolyásoló tényezők a társadalmi-gazdasági környezet, a fizikai környezet, illetve az egyéni jellemzők és magatartásformák. Az olyan egészségre ható faktorok, amelyeket az egyének nem képesek közvetlenül befolyásolni, a következők (WHO HIA, é.n.)

- *Jövedelmi és szociális helyzet:* a magasabb jövedelem és társadalmi státusz általában jobb egészséget tesz lehetővé. Minél nagyobb a szakadék a szegények és gazdagok között, annál nagyobbak az egészség-egyenlőtlenségek.
- *Oktatás:* rosszabb egészségi állapot, több stressz és alacsonyabb önbizalom kapcsolódhat az alacsonyabb iskolai végzettséghez.
- *Fizikai környezet:* biztonságos ivóvíz-ellátás, tiszta levegő, egészséges munkahelyek, biztonságos épületek és utak.
- *Foglalkoztatás és munkakörülmények:* az aktív, foglalkoztatásban részt vevő emberek egészségesebbek, különösen, akiknek nagyobb beleszólásuk van saját munkakörülményeik kialakításába.
- *Közösségi-szociális háló:* a család, barátok, közösség támogatása hozzájárul a jobb egészséghez.
- *Kultúra:* a szokások és hagyományok, a családi és közösségi hiedelmek mind befolyásolhatják az egészségi állapotot.
- *Genetika:* az öröklés szerepet játszik az élettartam és egészségesség alakulásában, és bizonyos betegségek kialakulásának valószínűségében.
- *Egyéni magatartás, problémamegoldó képesség:* a kiegyensúlyozott táplálkozás, fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás, valamint az élet kihívásainak, megpróbáltatásainak kezelése
- *Egészségügyi szolgáltatások:* az egészségügyi ellátórendszer és a kiegészítő szolgáltatások elérhetősége, kiaknázása.
- *Nemi hovatartozás:* a férfiak és nők különböző életkorokban eltérő betegségeknek vannak kitéve.

BARÁTH (2014) szerint közgazdasági értelemben az egészség olyan különleges jószág, amely semmi mással nem helyettesíthető, nincs ára. Csak az egyén rendelkezik felette, keresletét nem a fizetőképesség határozza meg, hanem az igénybevételre való jogosultság. Az egészségügyi ellátás általában nem halasztható el, nem jelezhető előre, hogy mikor és milyen módon merül fel az igény iránta. „Az egészséges népesség a társadalmi célok elérésének kulcstényezője” (GILBERT et al., 2010). GIDAI (2007, p. 1145) megfogalmazásában „a népesség egészségi állapota és az azt meghatározó tényezők megjelenésében és tartalmában a születéskor várható átlagos élettartam és a jövedelmi viszonyok, a gazdasági fejlettség mutatói és az egészségügyi kiadások között szoros kölcsönhatások mutathatók ki.” Az egészség hiánya rombolja az egyének jövedelemszerző képességét (BARÁTH, 2014). Az élettartam és az egészségben eltöltött idő növekedése a munkaképes kor meghosszabbodását vonja maga után, amely egyben hosszabb időn át tartó fogyasztást eredményez (GERÉB, 2007). GROSSMAN (1972, idézi: EGRI, 2017a) egyenesen termelési tényezőnek tekinti az egészséget, amely a fizikai tőkéhez hasonlóan amortizálódik, de pótlólagos befektetésekkel karbantartható. Fontos látni, hogy az egészséges életévek időbeli kitolódása a korstruktúra előregedéséhez vezet (BARRO 2013, EC 2005, OECD-WHO 2003, WHO 2001 alapján EGRI, 2017a).

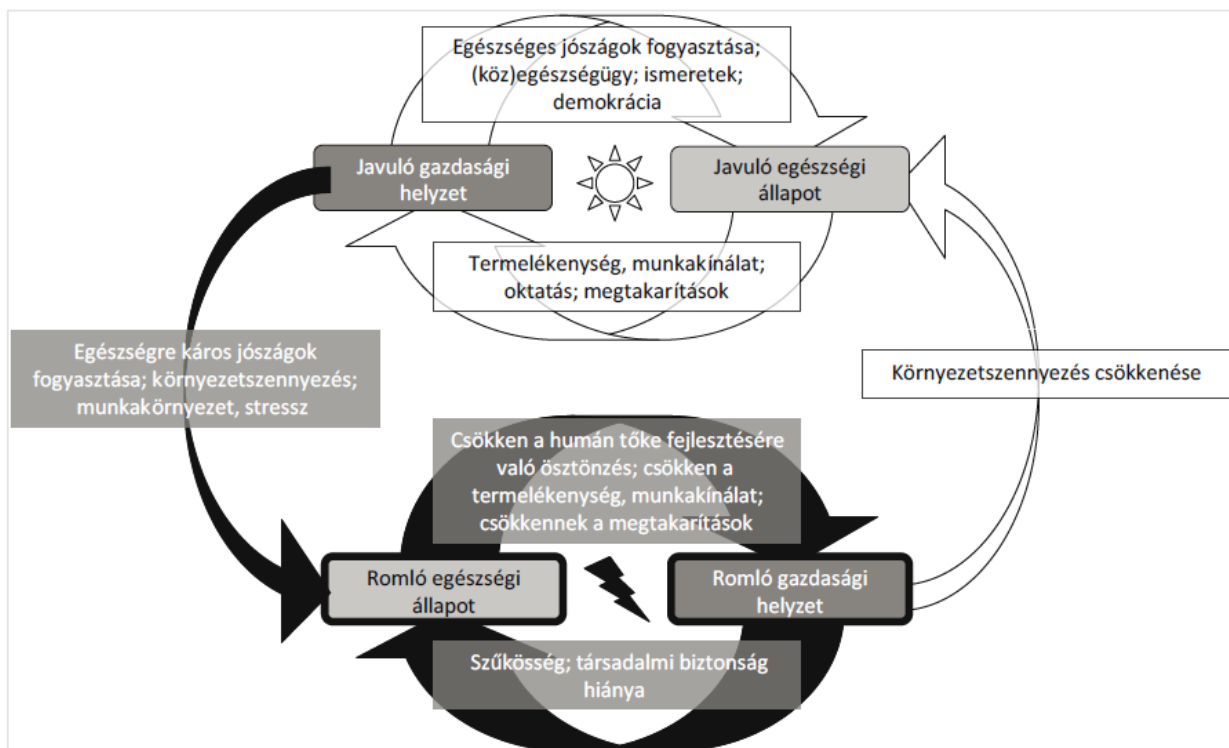
Az egészség és a gazdasági fejlettség kapcsolatának vizsgálatában meghatározó a PRESTON (1975) által feltárt kapcsolat az egy főre jutó nemzeti jövedelem és a születéskor várható élettartam alakulása között, globálisan az 1900-as, 1930-as és 1960-as évek adataira támaszkodva. Az ún. Preston-görbe mindhárom vizsgált időszak kapcsán arról árulkodik, hogy a magasabb jövedelmű országok lakosai átlagosan hosszabb ideig élnek, mint a szegényebb országoké, azonban a jövedelem növekedésével a görbe ellaposodik, tehát a magasabb jövedelemsávban egységnyi növekedés a magyarázó változó értékében már kisebb növekményt okoz a várható élethosszban. A szerző másik fontos megállapítása, hogy a vizsgált évtizedekben a görbe feljebb tolodott, tehát a világon mindenhol a jövedelemnövekedéstől függetlenül nőtt a várható élettartam (különösen a fejlődő országokban), köszönhetően a jobb ellátásnak és fejlettebb technológiáknak az egészségügyben, illetve a táplálkozás és az oktatás javulásának. SCHULTZ & STRAUSS (2008) azzal a kiegészítéssel élt, hogy az 1990-es és 2000-es években néhány Fekete-afrikai országban a HIV/AIDS járvány miatt a jövedelemnövekedés ellenére csökkent a várható élettartam. Preston szerint összességében az élettartam növekedése 75-90%-ban az egészségügyi technológiák görbét felfelé toló fejlődésének köszönhető, és csak 10-25%-ban a görbe mentén elmozdulást okozó jövedelem-növekedésnek.

SPENCE & LEWIS (2009) megerősödni látja a Preston-görbe által felrajzolt összefüggést az eredeti kutatás óta eltelt évtizedekben, habár a jövedelemnövekedés helyett annak forrására helyezik a hangsúlyt. A szerzőpáros ugyanakkor rámutat, hogy a keresztmetszeti vizsgálat megállapításai longitudinálisan, idősort elemezve már nem érvényesek, hiszen míg az egy főre jutó jövedelem időben divergenciát, addig a várható élettartam konvergenciát mutatott az országok között. Egyes szerzők szerint fordított kauzalitás van a két változó között, tehát valójában az egészségesebb társadalom termel több jövedelmet (BLOOM & CANNING, 2007), hiszen többet és hatékonyabban tud dolgozni (SPENCE & LEWIS, 2009). A kauzális összefüggés irányát eltérően látja ERDIL & YETKINER (2004) a szegényebb és a gazdagabb országokban: míg előbbiekben a jövedelemszint magyarázza az egészség szintjét, addig utóbbiakban a fordított ok-okozatiság igaz.

Az egészség és a társadalmi-gazdasági fejlettség kapcsolatát tárgyaló szakirodalom (DHHS, 1980; SEN, 1999; WHO, 2002) alapján EGRI (2017a,b) azt a következtetést vonja le, hogy a

szocio-ökonómiai folyamatok és az egészségi állapot között kétirányú, egymásra ható kapcsolat húzódik.

Az egészségi állapot javulása mikroszinten pozitív hatást gyakorol a gazdasági termelékenységre, a munkaerő-kínálatra, a megtakarítási hajlandóságra, valamint a tanulási képességekre és kreativitásra, valamint a fizikai, szellemi beruházások szintjére (EGRI, 2017a; GERÉB, 2007; OROSZ 2001, 2011). Makrogazdasági dimenziókban az előbbieken sorolt pozitívumoknak köszönhetően javul az általános gazdasági helyzet, és amennyiben a keletkező jövedelmeket egészséges termékek és szolgáltatások fogyasztására, a közegészségügy fejlesztésére, az ismeretek bővítésére és a demokratikus elvek és intézmények fenntartására fordítják, ezen tényezők hozzájárulnak a jobb általános egészségi állapothoz, tehát ez esetben pozitív tartalmú pozitív visszacsatolásról beszélhetünk. Azonban, ha a megtermelt jövedelem egészségre káros jóságok fogyasztásában, környezetszennyező tevékenységekben és rossz, stresszes munkakörülmények kialakításában realizálódik, az romló egészségi állapotot eredményez, melynek következményeként csökken a humán tőke fejlesztésére való ösztönzés, a termelékenység, a munkaerő-kínálat és a lakosság megtakarításai. Utóbbi folyamatok romló gazdasági helyzetet eredményeznek, melynek következtében kialakul egyfajta anyagi szűkösség, a biztonság hiánya, amely tovább rontja az egészségi közállapotot, és egy kedvezőtlen tartalmú pozitív visszacsatolási mechanizmus jön létre, melyből a kiutat a környezetszennyezés csökkentése, a munkakörülmények javítása és a humán erőforrás fejlesztésébe történő befektetés jelenti. (OROSZ, 2011; KOLLÁNYI, 2013) (2. ábra)



2. ábra: Az egészség és a gazdaság egymásra hatásának modellje

Forrás: KOLLÁNYI (2001) alapján OROSZ (2011)

LENGYEL (2016) térségi versenyképességi vizsgálatában ismert piramismodelljének csúcán, a cél (outcomes) szintjén kap helyet a születéskor várható élettartam indikátora, amely újabb bizonyítékát szolgáltatja annak, hogy az egészséges, hosszú élet olyan érték és elérendő fejlődési cél, amelyet a versenyképesség közvetlen és közvetett hatótényezőire irányuló szakpolitikáknak és programoknak egyaránt szolgálniuk kell.

Az egyének vagy csoportok között különbségek vannak az egyes javak birtoklását, illetve bizonyos jellemzők eloszlását illetően (KÓSA & KŐMŰVES, 2019). WHITEHEAD & DAHLGREN (2006) értelmezésében a társadalmi tényezőkkel összefüggő, és ezáltal elvileg elkerülhető különbségek tekinthetők egészség-egyenlőtlenségeknek. CSIZMADIA (2017) úgy különíti el a „health inequality” és „health inequity” kifejezéseket, hogy míg előbbi minden, egyének vagy csoportok között az egészségben megnyilvánuló, valamilyen mutatóval mérhető egyenlőtlenséget magában foglal, és ezáltal mennyiségi egyenlőtlenségre utal, addig utóbbi megelőzhető és szükségtelen, megfelelő eszközök alkalmazásával elkerülhető, emiatt igazságtalan, méltánytalan egyenlőtlenségeket jelöl. Összességében, amennyiben az egészségi állapotban fellelhető különbségek az egyes társadalmi csoportok között rendszerszerűen állnak fenn, és megfelelő beavatkozások által elkerülhetők (avoidable) vagy megelőzhetők (preventable) volnának, abban az esetben egyenlőtlenségekről beszélhetünk (KOLLÁNYI, 2016; BLAS & KURUP, 2010).

Az egészség-egyenlőtlenségek befolyásoló tényezőit már sokan és sokféleképpen meghatározták, sőt ezek egyféle összegzéseként tekinthetünk a változatos egészségmodellekre is. Az egészségügyi szakirodalom az egészség-egyenlőtlenségek legfontosabb tényezőit leggyakrabban a PROGRESS mozaikszóval illeti (CSIZMADIA, 2017; UZZOLI, 2012; VITRAI et al., 2008), amely a következő kifejezések kezdőbetűit takarja:

- *Place of Residence*: Lakóhely
- *Race/Ethnicity*: Faji, etnikai hovatartozás
- *Occupation*: Foglalkozás
- *Gender*: Nemek szerinti megoszlás
- *Religion*: Vallási hovatartozás
- *Education*: Iskolai végzettség
- *Socio-economic status*: Társadalmi-gazdasági helyzet, munkaerő-piaci pozíció
- *Social capital/Resources*: Társadalmi tőke, társadalmi erőforrások

TÓTH és szerzőtársai (2018) szintézisében az egészség-egyenlőtlenségek kialakulásának egyik legfőbb okaként az ellátáshoz való hozzáférésben fellelhető egyenlőtlenségek többdimenziós jelenlétét jelöli meg, amelyeket a szakirodalom (pl. GULLIFORD et al., 2002; SAMUELS, 2005; WHO, 1994) az “AAAA”, “5A” vagy éppen “AAAQ” mozaikszavakkal illet, utalva az ellátási egyenlőtlenségek komponenseire. „Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét alapvetően az ellátási szükségletek határozzák meg. Ha az egyén felismeri ellátási szükségletét, és hajlandó felkeresni az egészségügyi szolgáltatót, akkor a tényleges igénybevételhez további feltételeknek is teljesülniük kell.” (UZZOLI et al., 2011) Elfogadva azt az álláspontot, hogy indirekt módon az egészségügyi ellátás minőségéről is képet kaphatunk a hozzáférés esélyeinek ismeretében, TÓTH et al., (2018, p. 348) a WHO 1994-es jelentésére hivatkozva az ellátási esélyegyenlőség összetevőit a következőképpen fogalmazza meg:

- *Hozzáférés (accessibility)*: a beteg joga az egészségi állapotának megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz.
- *Elérhetőség (availability)*: fizikailag rendelkezésre álló, a legrövidebb úton és akadályok nélkül megközelíthető, a szükségletek szerint a megfelelő időben nyújtott ellátás.
- *Megfizethetőség (affordability)*: közvetlen anyagi-pénzügyi ráfordítás nélkül igénybe vehető szolgáltatások, amelyeket legtöbbször a társadalombiztosítás nyújt adott ország egészségügyi ellátórendszerében.

- *Elfogadhatóság (acceptability)*: a betegjogok érvényesülése és az egészségügyi ellátás körülményei, és az ezekhez kapcsolódó betegelégedettség.
- *Megfelelőség (appropriateness)*: az ellátás összhangja a szükségletekkel és az igénybevétellel, amelynek várható pozitív következménye az egészségi állapot javulása és az életesélyek növekedése.
- *Minőség (quality)*: az orvostechikai és műszaki felszereltség, az erőforrás-felhasználás hatékonysága, a kockázatmenedzsment, a méltányosság elvének érvényesülése és a betegek elégedettsége, mint az ellátórendszer működési feltételeinek minőségi aspektusai.

A WHO 2005-ben létrehozta az Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottságot (Commission on Social Determinants of Health), hogy globális mozgalmat indítson az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség előmozdítására, partnerhálózatot kialakítva azokkal az országokkal és ügynökségekkel, amelyek az egészség társadalmi meghatározóinak és esélyegyenlőségének javítására kívánnak szakpolitikai programokat kidolgozni. A bizottság 2008-ban publikálta „Számoljuk fel egy generáció alatt a szakadékot - Az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség megteremtése az egészség társadalmi meghatározóin keresztül” c. jelentését, melyben kijelenti, hogy a javak egyenlőtlen elosztásából és az életkörülmények különbségeiből adódó egészséghátrányok egyáltalán nem természetes, hanem elhibázott gazdaság- és szociálpolitikából adódó, igazságtalan folyamatok. A jelentés az emberiség életmódját és egészségét befolyásoló tényezőként tekint a klímaváltozásra is, és globális feladatként jelöli ki a társadalmi-gazdasági fejlődés, az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség és az éghajlatváltozás kezelésének irányába tett erőfeszítések összehangolását. A bizottság arra szólítja fel a kormányokat, illetve a WHO-t, hogy egy generáción belül számolják fel az egészség-szakadékot, és ehhez a következő alapelvek mentén történő cselekvésre tett átfogó ajánlást (CSDH, 2008):

1. A mindennapi életfeltételek javítása – azoké a feltételeké, amelyek között az emberek megszületnek, felnőnek, élnek, dolgoznak és megöregszenek.
2. A hatalom, pénz és erőforrások – azaz a mindennapi életkörülmények strukturális mozgatóinak – egyenlőtlen eloszlása elleni küzdelem globálisan, nemzeti és helyi szinten.
3. A probléma felmérése, az intézkedések értékelése, a tudásbázis kiterjesztése, az egészség társadalmi meghatározói terén jártas munkaerő kiképzése, és az egészség társadalmi meghatározói közismertségének javítása.

JÓNA (2014) idézi fel a Nicholas Sarkozy francia államelnök felkérésére Joseph STIGLITZ, Amartya SEN és Jean-Paul FITOUSSI által 2009-ben létrehozott „Bizottság a Gazdasági Teljesítmény és a Társadalmi Fejlődés Mérésére” azon megállapításait, mely szerint a globalizáció úgy rendezte át a szociális viszonyokat, hogy az egészségi állapotokat bizonyos aspektusból javította, más szempontból viszont rontotta. A kutatók szerint az egészségügyi kiadásokat leginkább az államnak kell finanszíroznia, így juttatva ellátáshoz a társadalom perifériára szorult csoportjait, valamint hangsúlyozták az állam felelősségét az általános egészségi állapot javításában is. Egyetértek ezzel annak tükrében, hogy EGRI (2017a) szerint az egészségre ható tényezők nagy része hatékony közpolitikával befolyásolható (EC, 2005; WILKINSON-MARMOT, 2003; WHO, 2013a alapján).

A „Bizottság jelentése a gazdasági teljesítmény és a társadalmi haladás méréséről” c. dokumentum (STIGLITZ, SEN & FITOUSSI, 2009) felhívja a figyelmet a társadalmi jóllét mérésének GDP-központúságára, és annak hátrányaira: például, nemzetközi összehasonlításban vannak országok, ahol az alacsonyabb egy főre jutó GDP ellenére magasabb a születéskor várható

élettartam, mint egyes nagyobb fajlagos bruttó hazai termékkel rendelkezőkben. A tanulmány arra is rámutat, hogy a mortalitás (halálozás) országoként eltérő idő- és térbeli aggregálási, illetve életkor szerinti standardizálási módszerei megnehezítik a várható élethossz nemzetközi összehasonlítását, és hasonló probléma adódik a morbiditás (megbetegedések és sérülések), illetve a társadalmon belüli egészség-egyenlőtlenségek mérésének módszertani különbözőségéből is.

Napjaink legfontosabb egészség-szociológiai és egészségpolitikai dokumentumának tekinti a 2010-ben keletkezett „Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)” c. jelentést JÓNA (2014), kiemelve annak egyszerre helyzetet leíró és megoldásokat kínáló rendeltetését. A jelentés Anglia példáján megerősíti, hogy az alacsony jövedelműek gyakrabban betegszenek meg és várható élettartamuk is rövidebb. Az egészséges emberekből álló társadalom termelékenyebb, és költséget takarít meg a kevesebb fizetendő szociális transzfer által, így versenyképességi előnyre tesz szert. Az ún. arányos univerzalizmus alkalmazása révén az ellátás alanyi jogon járhatna mindenkinek, de a szociális juttatások igazságosan oszthatók szét a társadalom szegényebb és gazdagabb rétegei között. Az újraelosztás mértéke és módja jelentősebb tényező az egészségi állapot alakulásában, mint a GDP-ben mért gazdasági teljesítmény. Megfogalmazott szakpolitikai ajánlásaiban a dokumentum kiemeli a gyermekek és fiatalok életkezdésének lehető legmagasabb szintű támogatásának, az egészséges lakhatási- és munkakörnyezet biztosításának, valamint a megelőzés és egészségfejlesztés kiterjesztésének fontosságát. (MARMOT et al., 2010 alapján JÓNA, 2014)

2.1.3 Az egészség, mint napjaink megatrendje

A lassan kialakuló, hosszú távon ható, globális szintű és kikerülhetetlen társadalmi, gazdasági, politikai és technológiai változásokat összefoglalóan megatrendeknek nevezzük (JAKOPÁNECZ & TÖRŐCSIK, 2015). Korunk egyik ilyen átfogó trendje az egészség (HORX, 2000; MÜHLHAUSEN, 2001), amely a fogyasztói magatartásra számos formában befolyást gyakorol. Az egészséggel kapcsolatos szemléletmód megváltozott. A modern szemléletmód szerint kiemelkedően fontos szerepet játszik az egészségfejlesztésben a fogyasztók magatartása és tudatossága, valamint kulturális környezetük. Annak a felismerésnek köszönhetően, hogy az egyik legnehezebben megszerezhető és megtartható érték az egészség, felértékelődött a mozgás, a rekreáció, az aktív szabadidő-eltöltés jelentősége (MÜLLER et al., 2017). Egyre növekszik például a fogyasztók körében az egészség megőrzése vagy visszanyerése által motivált egészségturizmus népszerűsége, illetve, a civilizációs betegségek visszaszorításának igénye életre hívta a fitness- és wellness-mozgalmat és -turizmust (DÁVID, 2004; RÁTZ & MICHALKÓ, 2011).

A megatrendek megfogalmazása igen változatos a különböző irodalmakban. Az Európai Környezetvédelmi Ügynökség (EEA) „European Environment’s State and Outlook” (SOER 2010) c. tanulmányának 2014-es „Assessment of Global Megatrends — an Update” elnevezésű kiegészítésében a következő megatrendeket vázolja fel a világ és benne Európa számára (alapul szolgálva ezzel a SOER 2015 jelentéshez):

Társadalmi

1. Elágazó népesedési trendek
2. Városiasodás
3. Betegségekkel járó terhek és járványkockázatok változása

Technológiai

4. Gyorsuló technológiai fejlődés

Gazdasági

5. Folytatódó gazdasági növekedés

6. A világ többpólusúvá válása
7. Éleződő verseny az erőforrásokért

Környezeti

8. Az ökoszisztémákra nehezedő nyomás erősödése
9. Az éghajlatváltozás egyre súlyosbodó következményei
10. Növekvő környezetszennyezés

Politikai

11. Változatos megközelítések a kormányzás tekintetében

A tanulmány a népesedési trendek tekintetében az eltérő születési és halálozási mutatókat, a gazdasági fejlettségben és az oktatásban megjelenő különbségeket, illetve a migrációt mutatja be fő hajtóerökként, a városiasodás kiváltó oka pedig elsősorban a vidéki életkörülmények és lehetőségek romlásában keresendő. A növekvő városi népesség a középosztály gyarapodásával együtt zajlik, azonban a városi szegénység, a „slum” kiterjedése is fenyegető. A növekvő élelmiszer- és vízigény, a fogyasztás növekedése az ökoszisztémák fokozódó leromlásának veszélyét hordozza magában, a klímaváltozás hatásainak pedig különösen kitétek és rendkívül sérülékenyek a fejlődő világ szegényebb országai. (EEA, 2014)

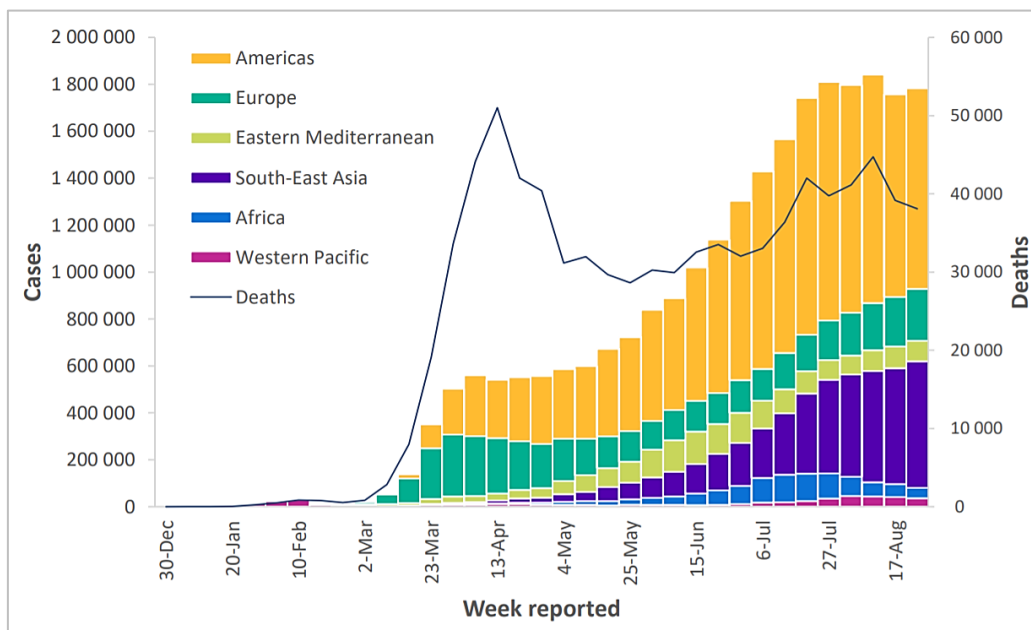
A jövőbeli trendeket tekintve valamennyi országcsoportban a krónikus, nem fertőző betegségek elterjedése jelenti majd az egyik fő fenyegetést, nevezetesen: a szív- és érrendszeri betegségek (pl. szívroham, stroke), a daganatos megbetegedések, a krónikus légzőszervi megbetegedések (pl. asztma, TBC) és a cukorbetegség. Mentális egészségünk sincs biztonságban: a depresszió, a droghasználat, az időskori szellemi leépülés továbbra is kockázatot jelentenek majd. (EEA, 2014 alapján BÁLINT, 2018a) A fejlődő országokban a HIV/AIDS, a malária, a Dengue-láz és egyéb fertőző betegségek a későbbiekben is rendkívüli módon befolyásolják majd az ott élők életkörülményeit, amely tükröződik mind a magas csecsemő- és gyermekhalandóságban, mind az alacsony várható élettartamban. Mint az már említésre került, a migráció „exportálja” a különböző fertőző betegségeket, de a klímaváltozás következtében már a mérsékelt éghajlati övben is megjelennek pl. a maláriát és egyéb trópusi betegségeket hordozó szúnyogok. (EEA, 2014) Továbbra is számolni kell az elkövetkezendő évtizedekben az egyes országok és csoportjaik, a különböző térségek, esetlegesen a városi és vidéki területek, valamint a (képzettség és jövedelmi szint alapján differenciálódó) társadalmi rétegek közötti egészségi egyenlőtlenségek fennmaradására és növekedésére. (EEA, 2014 alapján BÁLINT, 2018a)

Európában az élet- és munkakörülmények fejlődése, az egészségügyi ellátórendszerek kialakulása viszonylag erősnek mondható szociális háló kiépítésével járt együtt, azonban az országok közötti, illetve országon belüli egyenlőtlenségek nem tűntek el, 2013-ban a 2006-os állapotokkal azonos egyenlőtlenségi mértékről számol be az Európai Bizottság (EC, 2013). Jelentős problémákat okoz az antibiotikum-rezisztencia kialakulása, a krónikus betegségek terjedése és a légszennyezés, míg az egészségügyet érintő jövőbeli kihívások az előregedő társadalom, a befelé irányuló migráció és a klímaváltozás hatásai. (EEA, 2014)

Az egészségügy a kutatás-fejlesztési és innovációs tevékenységek egyik legfőbb táptalaja és felvevőpiaca. A nanotechnológia, a biotechnológia, az információs technológiák, a mesterséges intelligenciák egészségügyi használata, a mesterséges szervek, a géntérképezés stb. mind nagy mennyiségű pénzt és humánerőforrást mozgató területei a tudományos aktivitásnak. (EEA, 2014)

Az értekezés véglegesítésének idején a súlyos akut légzőszervi szindróma-koronavírus 2 (röviden: SARS-CoV-2) vírustörzs által okozott COVID-19 bénítja meg a világot. A betegség 2019 decemberében jelent meg a kínai Hupej tartományban, Európába pedig 2020 februárjában

tört be. A WHO 2020. január 30-án nemzetközi közegészségügyi veszélyhelyzetet hirdetett, majd 2020. március 11-én világjárványnak (pandémiának) nyilvánította. A zoonózzissal állatról emberre áterjedt vírus cseppfertőzéssel terjed, a reprodukciós ráta alapján egy beteg átlagosan 1,4-3,9 másikat fertőz meg (LI et al., 2020; RIOU & ALTHAUS, 2020), és súlyos tüdőgyulladást is okozhat, szövődeményekkel. Lappangási ideje 1 és 14 nap között van, átlagosan 5-6 nap. A betegség a fiatalabb korosztály esetében jellemzően enyhébb lefolyású, és alacsony mortalitással jár, míg az idősebb korosztály és a krónikus betegek veszélyeztetettek. (NNK, 2020) A Covid-19 halálozási rátája 3-4%, jóval magasabb, mint a szezonális influenzáé (http 4). A dolgozat 2020. augusztusi lezárásakor a járvány 25 millió igazolt megbetegedésért és mintegy 800 ezer halálesetért felelős (WHO, 2020a). Már a világjárvány kezdete óta számos kutatóhely munkálkodik a koronavírus elleni védőoltás kifejlesztésén: a WHO 2020. július végén 27 klinikai vizsgálatot és 139 preklinikai kutatást tekint a publikált eredmények alapján ígéretesnek. (POÓR, 2020)



3. ábra: A Covid-19 heti megbetegedési és halálozási esetszámai 2020. augusztus közepéig, WHO régióknként

Forrás: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200831-weekly-epi-update-3.pdf?sfvrsn=d7032a2a_4

Jelentős világgazdasági visszaesést, munkanélküliségi hullámot indított el a járvány, a határlezáráások, kijárási korlátozások nyomán, nem elkerülve az európai kontinent: az Európai Bizottság Gazdasági és Pénzügyi Főigazgatóságának nyári interim előrejelzése szerint 2020 első negyedévében az Európai Unió egészében 3,2 százalékos volt a GDP visszaesése, míg a teljes évre vonatkozóan 8,3%-os csökkenést jósolnak, amelyet 2021-ben várhatóan 5,8%-os növekedés követ majd. A legsérülékenyebb ágazatok a szolgáltatászektor olyan ágai voltak, mint a turizmus, a rekreáció, a vendéglátóipar és a szállítás. Az unió munkanélküliségi rátája a 2020. első negyedév végén 6,6% volt, amely mindössze 0,1 százalékponttal múlta felül az előző negyedév adatát, ebben jelentős szerepe volt a rövidített munkaidős foglalkoztatásnak. Nem egyformán hatottak a munkaerőpiaci folyamatok az egyes foglalkoztatási csoportokra: az alacsonyabb keresetű, részmunkaidős foglalkoztatottak, a pályakezdők, illetve az önfoglalkoztatók jobban ki voltak téve a kedvezőtlen hatásoknak (EC, 2020). Az Európai Unió 2021-2027-es időszakra vonatkozó 1,8 billió eurós költségvetéséből 750 milliárd eurót tesz ki a Next Generation EU helyreállítási eszköz, amely 3 pilléren nyugszik: a tagállamok támogatása a helyreállítás érdekében, a gazdaság beindítása és a magánberuházások elősegítése, és a válság tanulságainak levonása (Európai Bizottság, 2020).

2.1.4 Az egészség helye a globális fejlődési célkitűzésekben

Az ENSZ Közgyűlése 2000 szeptemberében elfogadta a Millenniumi Nyilatkozatot (Millennium Declaration), amely létrehozta a 2015-ig elérendő nyolc önkéntes fejlesztési célkitűzésre (Millennium Development Goals = MDGs) elkötelezett 189 ország globális partnerségét. A 8 fejlesztési cél közül három az egészségre összpontosít, míg az egészség számos egyéb célkitűzés alkotóeleme is. A célkitűzések a következők voltak (ENSZ Tájékoztatási Főosztálya, 2002):

- Véget vetnek a súlyos szegénységnek és éhínségnek
- Megvalósítják a mindenkire kiterjedő alapfokú oktatást
- Előmozdítják a nemek közötti egyenlőséget és segítik a nők felemelkedését
- Csökkentik a gyermekhalandóságot
- Javítják az anyai egészségi állapotot
- Küzdenek a HIV/AIDS, a malária és más betegségek ellen
- Biztosítják a környezeti fenntarthatóságot
- A fejlesztés érdekében globális partnerséget építenek ki

Napjaink globális fejlesztési irányait a Fenntartható Fejlődési Célok (Sustainable Development Goals, SDGs) jelölik ki. Az ENSZ Közgyűlése 2015. szeptember 25-én elfogadta a “Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development” című új fejlesztési menetrendet. Az új fejlesztési menetrend 17 célkitűzése a fenntartható fejlődés mindhárom dimenzióját (gazdasági, társadalmi és környezeti) integrálja az emberek, a bolygó, a jólét, a béke és a partnerség témái köré. (UNITED NATIONS, 2015) (4. ábra)



4. ábra: Az ENSZ 2030-as fenntartható fejlődés célrendszere (SDG-k)

Forrás: ENSZ (2015) alapján <http> 5

A 17 cél közül az egyik kifejezetten az egészségre irányul, és szándékosan tág értelmezésben fogalmazódik meg, amely az összes ország lakosságának szempontjából releváns lehet: „Az egészséges élet és a jóllét biztosítása minden generáció valamennyi tagjának”. Az egészségügyi célkitűzés 13 részcélhoz kapcsolódik, melyek közül kiemelném az értekezés témája szempontjából legrelevánsabbat: „Egyetemes hozzáférés biztosítása az egészségügyi ellátáshoz, beleértve a pénzügyi kockázatokkal szembeni védelmet, a minőségi alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz történő hozzáférést, valamint a hozzáférést a biztonságos, megfelelő hatású és minőségű, megfizethető árú alapvető gyógyszerekhez és vakcinákhoz” (UNITED NATIONS, 2015)

Az egészség számos nem egészségügyi célhoz kapcsolódik, tükrözve azt a tényt, hogy az egészség sok gazdasági, társadalmi és környezeti tényezővel van kölcsönhatásban. Az egészségügy terén elért haladás a gazdasági, társadalmi és környezeti fejlődéstől függ. Az egyéb célokban jóval több mint egy tucat célkitűzés tekinthető egészségügyi vonatkozásúnak, és különös figyelmet kell szentelni az egyes stratégiákban, politikákban és tervekben az egészségügyi célok elérésének, valamint az előrehaladás nyomon követésének. (WHO, 2015a)

2.2 Egészség és egészségügy Magyarországon

A szakirodalmi áttekintés ezen részében ismertetem Magyarország egészségi és egészségügyi helyzetét európai összehasonlításban, bemutatom az országon belüli területi egyenlőtlenségeket tárgyaló forrásmunkák megállapításait. Kitérek a társadalom egyik egészségügyi szempontból különösen veszélyeztetett csoportjának, a roma népességnek életminőségi és egészségügyi problémáira.

2.2.1 Magyarország helyzete európai összehasonlításban

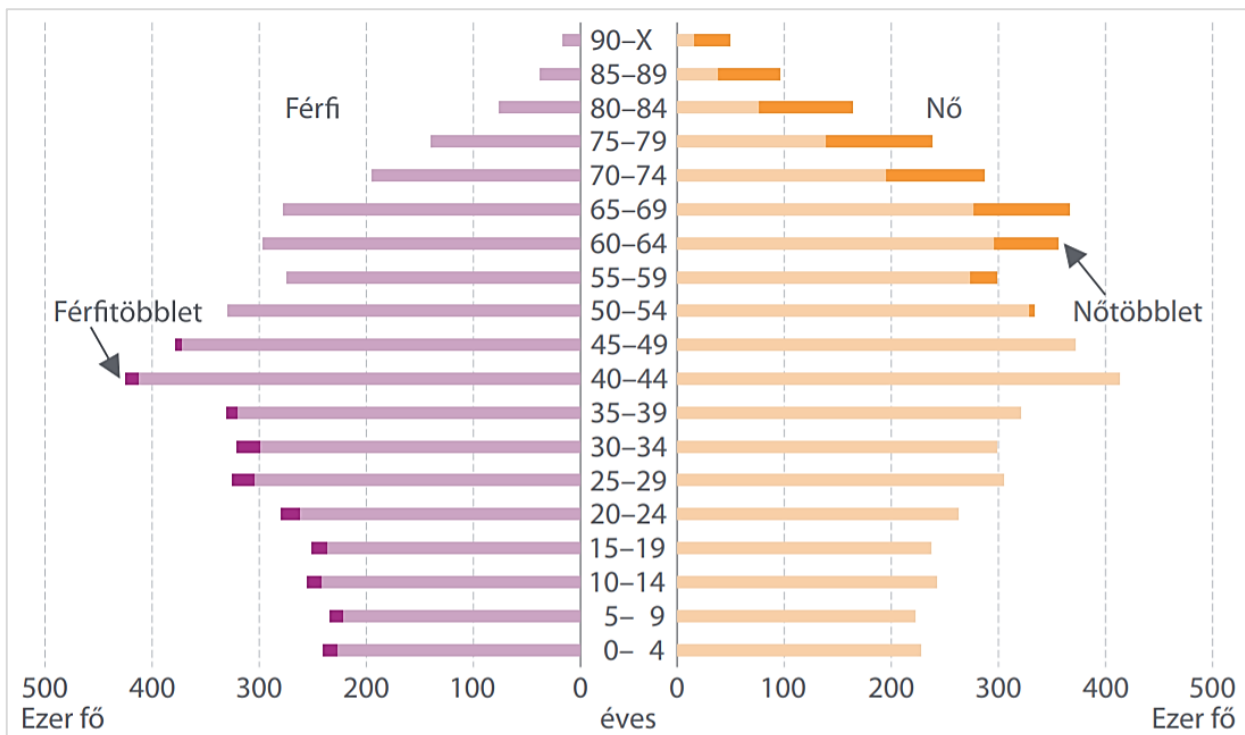
Az elmúlt néhány évtizedben az európai térszerkezet nagymértékben differenciálódott a széttartó történeti, földrajzi, társadalmi-gazdasági jellemzők mentén. Markáns választóvonal húzódik az egykori szocialista berendezkedésű Kelet-Közép-európai államok – mint amilyen Magyarország – és a legfejlettebb Nyugat- és Közép- európai magtársaság, az EU-15 országcsoportja között. A térbeli differenciálódáshoz leginkább az olyan gazdasági tényezők járultak hozzá, mint a KGST felbomlása, az államszövetség összeomlása, az üzemek önállóvá válása, piacosodása, a támogatások csökkenése, a politikai fordulat utáni hadiipari helyzet, a kereskedelem és a nemzetközi működtetőke-áramlás liberalizációja, az üzleti és pénzügyi szolgáltatások körének növekedése (ILLÉS, 2002), illetve a történeti és gazdasági adottságok különbségei, az urbanizációs sajátosságok, a globalizáció eltérően érvényesülő hatásai (és az azokhoz való alkalmazkodás módjai), a termelékenység és foglalkoztatottság, az Európai Unió csatlakozás időpontja (és az ahhoz fűződő várakozások), valamint a nem kellően hatékony közösségi kohéziós politika (SZIRMAI, 2015; HORVÁTH, 2015).

Az egészségi állapot egyenlőtlenségei is rendkívül nagy különbségeket generálnak Európa térszerkezetében. A kelet és nyugat közötti szakadék az egészségi állapot térbeli mintázataiban is felfedezhető (MACKENBACH et al., 2013, idézi: EGRI, 2017c). Egy sajátos Kelet-közép-európai jelenségre hívja fel a szakirodalom (EGRI, 2011; KOPP & SKRABSKI, 2007; KOPP & RÉTHELYI, 2004) az ún. egészségparadoxonra, amely elnevezés azt a jelenséget takarja, hogy a volt szocialista országokban, főként a gazdaságilag aktív népesség, és különösen a férfiak esetén a várható élettartam és az idő előtti halálozás mutatói jóval kedvezőtlenebb értékeket produkálnak, mint az a posztkommunista államok szocio-ökonómiai fejlettsége alapján indokolt lenne. A rendszerváltás, a piacgazdasági átmenet, az élet minden területén kialakuló versenyszituáció és a növekvő egyenlőtlenségek okozta pszicho-szociális stressz különösképpen a férfiak körében okozott jelentős epidemiológiai válságot és halálozási többletet. Az egyes civilizációs betegségek (öngyilkosságok, balesetek), valamint a krónikus kardiovaszkuláris betegségek fokozott prevalenciája jellemzi Kelet-Közép-Európát, és azon belül is kiemelten Magyarországot.

A 2004-es EU csatlakozás óta eltelt időszakban a magyarországi természetes szaporodás és fogyás (az élveszületések és a halálozások ezer lakosra jutó különbsége) jóval kedvezőtlenebbül alakult az uniós átlagnál. Habár közösségi szinten is romló tendencia azonosítható, a mutató értéke hazánkban végig a negatív tartományban mozgott (azaz a születések alulmúlták a születések számát) és változékonyságot mutatott. A 2004-2016 idősor átlagában termékenységi ráta (az

éves születések női népességre jutó száma) az Európai Unióban meghaladta a magyarországi értéket. A válság éveinek hatása hazánkban az indikátor értékének csökkenésében mutatkozott meg, azonban a válságból való kilábalás időszaka növekedést hozott, noha a mutató így is végig alatta maradt az uniós átlagnak. (BÁLINT & TÓTH, 2018)

Az egyes korcsoportok nemek szerinti megoszlását ábrázoló korfáról (5. ábra) leolvasható, hogy Magyarország (csakúgy, mint az egész Unió) társadalma elöregszik, különösképpen a női népesség, amelyre részben a későbbiekben elemzésre kerülő várható élettartam mutatói adnak magyarázatot. A 2016-os öregedési index (a 60 éves vagy idősebb és a 14 éves vagy fiatalabb népesség aránya) alapján a hazai női lakosság idősebb korstruktúrájú a közösségénél: az idős nők száma Magyarországon több mint duplája a kiskorú női népességének. A férfiak korstruktúrája némileg fiatalosabb hazánkban, mint az EU-ban, az öregedési index alacsonyabb értékéből következően. A magyar nők a legnagyobb arányban a 35 év feletti korosztályokba tartoznak, és ezekben, valamint a 20-24 éves, illetve az 55-79 éves sávba tartozó összes korcsoportban magasabb arányban vannak jelen, mint az EU-28 női lakossága. A magyar férfiak létszáma a 45-49 éves korosztályig több, a magasabb korcsoportokban viszont konzekvensen egyre kevesebb, mint a női lakosságszám. (BÁLINT & TÓTH, 2018)

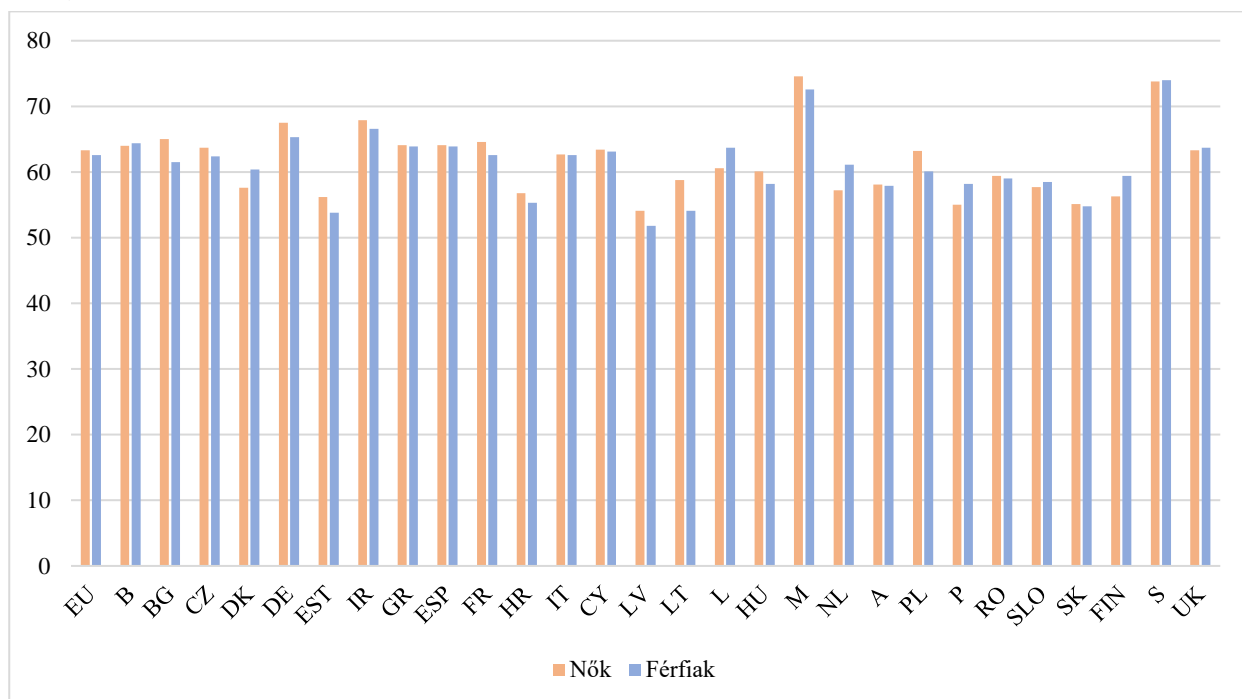


5. ábra: Magyarország korfája, 2020. január 1.
 Forrás: KSH (2020): Magyarország számokban, 2019

Míg a születéskor várható élettartam legalább 2-3 évvel növekedett a 2001 és 2011 közötti évtized során az Európai Unió összes országában, a folyamat 2011 óta sok országban jelentősen megtorpant, amelynek feltételezhető oka, hogy a keringési betegségek miatti halálesetek számának csökkenési üteme lelassult, míg az idős emberek halálozási aránya időszakosan emelkedett. (OECD & EU, 2018) Magyarországon a várható élettartam alacsonyabb, mint az uniós átlag: a 2017-es évben 76 év volt, amely 4 évvel magasabb az ezredfordulós értéknél, köszönhetően a keringési betegségek okozta halálozás visszaszorulásának, ugyanakkor 5 évvel alacsonyabb az EU 80,9 éves átlagánál. (OECD & WHO, 2019)

A várható élettartamban nagy különbségek húzódnak nemcsak a nemek, hanem a társadalmi-gazdasági helyzet tekintetében is. Az EU-ban átlagosan az alacsony végzettséggel rendelkező 30 éves férfiak körülbelül 8 évvel kevesebb ideig élnek, mint az egyetemi (vagy azzal egyenértékű) végzettséggel rendelkező társaik, míg ez a szakadék a nők esetében kisebb, körülbelül 4 év. (OECD & EU, 2018) Magyarországon jelentős egyenlőtlenségek figyelhetők meg a várható élettartam kapcsán, az iskolázottság szintjét tekintve: 12 évvel élnek kevesebbet a legképzettebb férfiaknál a legalacsonyabb végzettségűek, és 6 évvel rövidebb élettartam várható a legképzetlenebb nők körében a legmagasabb végzettségűekhez képest. (OECD & WHO, 2019)

Az általános egészségügyi állapot esszenciális jelzőszáma a várható egészséges életek száma nemek szerinti bontásban. (6. ábra) A magyar női lakosság esetében értéke 2015-ben 60,1 év, amely 3,2 évvel kevesebb, mint az EU-28 átlaga 2015-ben, ezzel a rangsorban a 16. helyet foglalja el Magyarország. A magyar férfiak egészséges életeinek száma (58,2 év) 4,4 évvel múlta alul az EU-28 átlagát 2015-ben, illetve 1,9 évvel a hazai női népesség mutatóját, amely pedig a 21. helyre volt elegendő az uniós rangsorban. Mindenképpen detektálható a felzárkózó tendencia, hiszen, míg a közösségben átlagosan csupán 0,8 évvel nőtt a férfiak, és 1,8 évvel a nők egészséges életeinek száma a 2005 és 2015 közötti periódusban, míg ugyanebben az időszakban a férfiak esetében a növekedés 6,0, a nők vonatkozásában pedig 5,8 év volt. (BÁLINT & TÓTH, 2018)



6. ábra: Várható egészséges életek nemek szerint az Európai Unió tagállamaiban, 2015

Forrás: Eurostat alapján saját szerkesztés

Míg a dohányzó gyermekek és a felnőttek aránya a legtöbb uniós tagállamban csökkent, a felnőttek mintegy ötöde továbbra is naponta dohányzik, és minden negyedik felnőtt azokban az országokban, ahol a dohányzás elleni küzdelem kevésbé magas szintű. Az alkoholfogyasztás csökkentését célzó szakpolitikák számos országban hatékonynak bizonyultak, de a serdülők és a felnőttek súlyos alkoholfogyasztása továbbra is fontos közegészségügyi probléma. Az elhízás gyakorisága továbbra is növekszik a felnőttek körében a legtöbb EU-országban, hiszen minden hatodik felnőtt túlsúlyos. A mutató értékében jelentős különbségek adódnak: az alacsonyabb iskolai végzettségű felnőttek 20%-a érintett, szemben a felsőfokú végzettséggel rendelkezők 12%-os rátájával. (OECD & EU, 2018) Hazánkban 2014-ben minden negyedik felnőtt napi

rendszerességgel dohányzott, amely az egyik legrosszabb arány az Európai Unióban. Habár évtizedes viszonylatban csökkent a magyarországi alkoholfogyasztás, a 2017-es évben így is egytizedével volt magasabb, mint az EU átlag. Ötből egy felnőtt volt túlsúlyos 2017-ben, és ugyanekkora arányban a 15 évesek 2013-14-ben, amely a – nem túl dicső – uniós élvonalba helyezi Magyarországot az elhízásban is, és az arány mindkét említett korcsoport esetében növekedést produkált. (OECD & WHO, 2019)

Az Unió országaiban a halálesetek fő okai továbbra is a keringési betegségek és a rákos megbetegedések voltak, amelyek együttesen az összes haláleset több mint 60%-át tették ki. Becslések szerint 2016-ban az EU-országokban 790 000 ember halt meg idő előtt dohányzás, káros alkoholfogyasztás, egészségtelen étrend és a fizikai aktivitás hiánya miatt, illetve, több mint 1,2 millió ember hunyt el 2015-ben olyan betegségek és sérülések következtében, amelyeket el lehetett volna kerülni a hatékonyabb és időszzerűbb egészségügyi ellátás révén. (OECD & EU, 2018) Magyarországon a legtöbb halálozás a keringési megbetegedésekből származott 2016-ban, és ez a halálok jóval gyakoribb, mint az EU többi országában, mint ahogy a daganatos betegségből adódó mortalitás, illetve a megelőzhető halálozás is hazánkban volt a legmagasabb ugyanebben a referencia-évben az unióban, míg a megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás az ötödik legnagyobb rátával rendelkezett. (OECD & WHO, 2019)

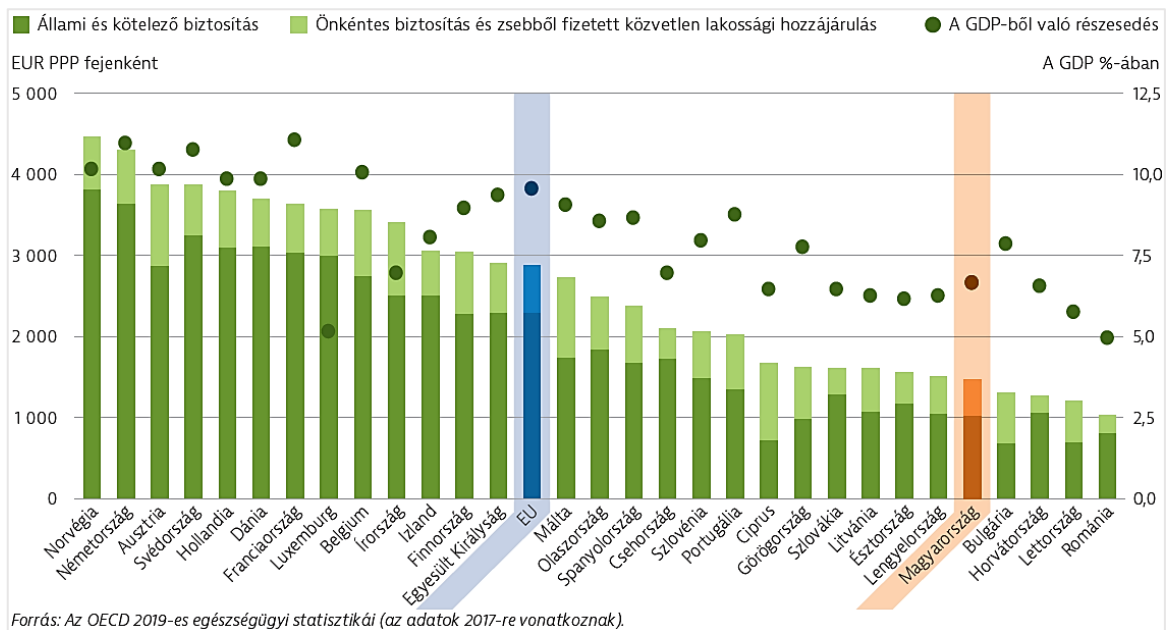
Úgy gondolom, a még világra sem jött, vagy éppen csak világra jött emberek életeseleyei a jövő szempontjából kritikus fontosságúak. Az 1990-es rendszerváltás óta a csecsemőhalandóság rátája (halálozások ezer élveszületésre jutó száma) 14,8 ezrelékről 2017-ig 3,6 ezrelékre esett vissza, és a jelzett időszakban jelentősen nőttek a kis súllyal születettek túlélési esélyei is (KSH, 2019a). Az Eurostat adataiból kalkulálva, az újszülöttek halálozási rátája (azaz azok 1000 élveszületésre jutó száma, akik nem érik meg a négyhetes kort) a 2011-2014-es évek átlagában Magyarországon 3,1 volt, míg az EU átlag 2,6 körül alakult. Ezzel hazánk hátulról a 8. helyet foglalja el a 28 ország rangsorában. Az egy hetes kort nem túlélők rátája alacsonyabb volt a vizsgált időszakban hazánkban (1,6), mint átlagosan az EU-ban (1,9), és ezzel a 10. helyen vagyunk. A késői magzati halálozás rátája viszont magyar viszonylatban magasabb (7,3), mint az EU-28 4,0 értéke a 2011-2014-es időszak átlagában, amely a negyedik legmagasabb az unióban. A halva születettek vagy közvetlenül születésük után elhunytak ezer élveszületésre jutó száma 3,5 esettel több volt Magyarországon a fenti időszakban (9,3), mint az Európai Unió átlaga (5,8), ezzel a 7. legmagasabb halálozási arányt képviselve ebben az összehasonlításban. Habár a csecsemőhalálozások napjainkban már csak a mortalitás elenyésző hányadát teszik ki, úgy gondolom, ilyen esetből egy is sok, tehát az összevetés mindenkor fontos.

A kielégítetlen egészségügyi igények a hozzáférhetőség fontos mutatói. A legfrissebb felmérések adatai azt mutatják, hogy a legtöbb EU-országban a kielégítetlen gondozási igényeket bejelentő népesség aránya általában alacsony, és az elmúlt tíz évben csökkent. Ennek ellenére az alacsony jövedelmű háztartások továbbra is ötször valószínűbb, hogy kielégítetlen ellátási igényekről számolnak be, mint a magas jövedelműek, főleg anyagi okokból kifolyólag. Noha az orvosok és ápolók száma szinte az összes EU-országban nőtt az elmúlt évtizedben, az alapellátó orvosok hiánya gyakori, különösen a vidéki és a ritkábban lakott, távoli területeken. Akadályozza az ellátáshoz való hozzáférést a várakozási idők hosszúsága. A helyzet számos országban romlott az elmúlt években, mivel a beavatkozások iránti igény gyorsabban nőtt, mint az ellátórendszer kapacitása. (OECD & EU, 2018) Magyarországon ezer főre vetítve az EU átlagnál kevesebb orvos (3,6 helyett 3,3) és ápoló (8,5 helyett 6,5) áll rendelkezésre, amely az uniós csatlakozás óta felgyorsult kivándorlás miatt egyre nagyobb problémát jelent. L. RÉDEI (2014) úgy fogalmaz, hogy

a mobilitásra a „jegyet” az iskolázottság, a képességek jelentik: ez alapján a magasan képzett orvosok és egészségügyi dolgozók – úgy gondolom – potenciális helyváltoztatók. A folyamatot csak némileg lassította a 2018-as ágazati béremelés, és az egészségügyi dolgozók átlagkeresetei még mindig alacsonyabbak a közösségi átlagnál. Az előregedés tovább súlyosbítja az orvoshiányt, hiszen 2000 és 2017 között az 55 év feletti orvosok aránya 25%-ról 43%-ra emelkedett. Egyenlőtlen az egészségügyi humán erőforrás területi megoszlása is, nagyok a különbségek a fejlettebb és kevésbé fejlett régiók, valamint az egyes régiók városi és vidéki területei között. Jellemzően a periférikus területeken válik a legtöbb háziiorvosi praxis betöltetlenné. (OECD & WHO, 2019)

MIHÁLYI (2017) hívja fel a figyelmet a fejlett piacgazdaságok azon jellemzőjére, hogy az egészségügyi kiadások inkább tekinthetők a fogyasztás részének, mint gazdasági befektetésnek. Ennek oka a népesség korszerkezetében és az ellátás igénybevételének korcsoportos sajátosságaiában keresendő: az egészségügyi szolgáltatások mindennapos használói az inaktív (gyermek és idős) korosztályok, míg a finanszírozás pénzügyi forrásainak előteremtői az aktív keresők, akik viszont maguk ritkán fordulnak orvoshoz. Utóbbi ellentmondás – a szerző megfogalmazásában – „generációs érdekellentétet” okoz, amelyet súlyosbít a „generációs aránytalanság” (KREISZNÉ et al., 2015), tehát az a körülmény, hogy a demográfiai és munkaerőpiaci folyamatok nem tudják lekövetni az előregedő társadalom ellátásának költségnövekedését: nincs elég aktív kereső, és sok munkaképes korú nem dolgozik (amelyet a nyugdíj és rokkantsági szabályozás is befolyásol). A minden állampolgár számára, kortól és fizetőképességtől függetlenül közvetlenül hozzáférhető ellátás finanszírozása tehát minden fejlett országban valamilyen „kényszermechanizmusra” épül (MIHÁLYI, 2017; THOMSON et al., 2009; GOTTRET & SCHIEBER, 2006).

Az elmúlt évtizedekben az egészségügyi kiadások folyamatosan növekedtek annak ellenére, hogy számos kísérlet történt megfékezésükre vagy növekedésük korlátozására. Az OECD legtöbb országában ez a részarány olyan gyorsan növekszik és mára olyan szintet ér el, hogy kihívást jelent az egészségügyi ellátórendszerek fenntarthatósága szempontjából (VILÁGGAZDASÁGI FÓRUM, 2013). A legtöbb fejlett ország reálgazdasága legalább 10%-át fekteti az egészségügyi ellátásba (MORGON, 2015). Az egészségügyi kiadások 2017-ben az EU egészében a GDP 9,6% -át tették ki, szemben a 2008. évi 8,8%-os értékkel. A népesség előregedése nem csak azt jelenti, hogy a jövőben növekedni fog az egészségügyi ellátás iránti igény, hanem az is, hogy növekszik majd a kereslet a hosszú távú ellátási szolgáltatásokra és tartós gondozásra, sőt, utóbbira fordított kiadások várhatóan gyorsabban növekedhet, mint az egészségügyi ellátásra költött források. (OECD & EU, 2018) A magyar egészségügyi ellátórendszert a krónikus alulfinanszírozottság jellemzi. Vásárlóerő-paritáson kifejezve az egy főre jutó egészségügyi kiadás 1468 eurós értékével (2016) az egyik legalacsonyabb az Európai Unióban, és a kormányzat egészségügyi költségeinek 10%-os aránya is alatta marad az EU 16%-os értékéhez képest. (7. ábra) Összességében Magyarország a GDP mindössze 4,9%-át költötte egészségügyre 2016-ban. (OECD & WHO, 2019)



7. ábra: Az egészségügyi kiadások európai összehasonlításban, 2017

Forrás: OECD & WHO (2019)

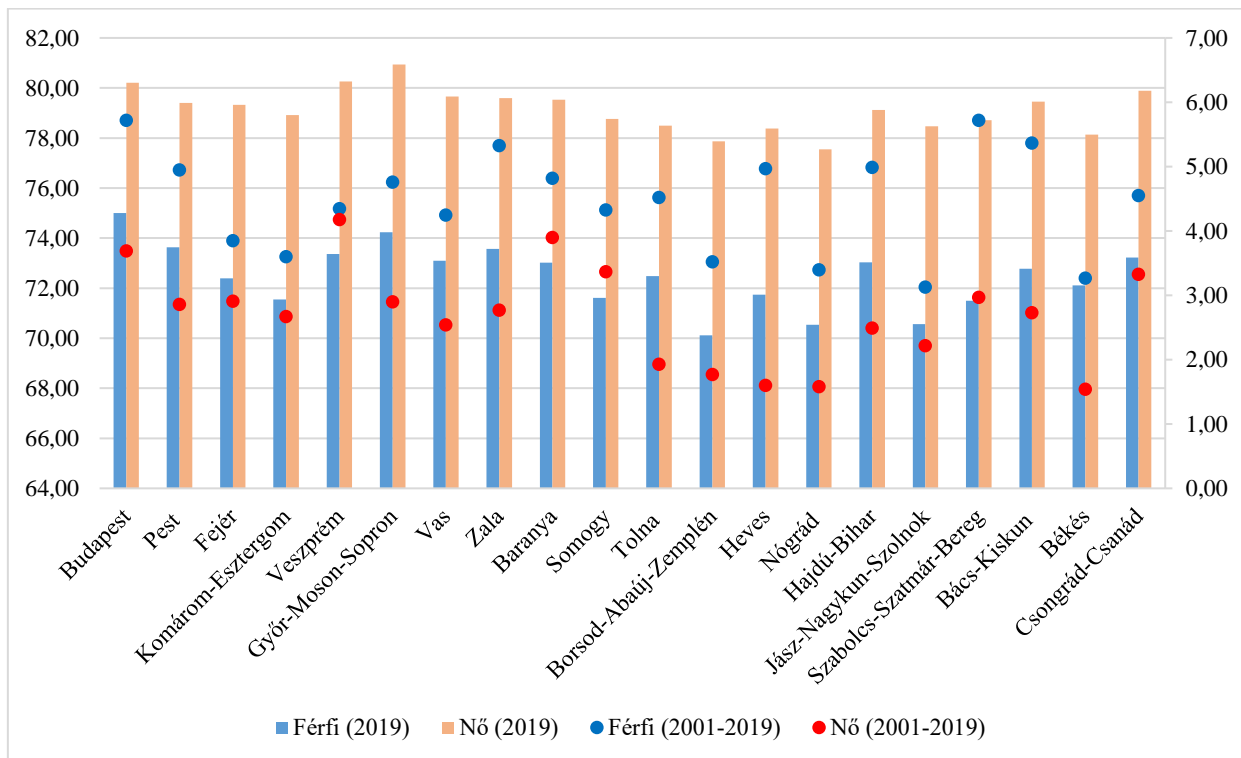
Világszerte vitákat generál annak dilemmája, hogy az egészségügy piaci elemeit, vagy az állam (társadalmi egyenlőtlenségeket enyhítő) szerepvállalását szükséges erősíteni (GARAI, 2010; SCHMIDT, 1995). A személyek vagy munkáltatójuk által jogszabályi kötelezettség nélkül közvetlenül vagy közvetítón keresztül egészségügyi ellátásra vagy minősített termékekre fordított kiadások jelentik az ún. egészségügyi magánfinanszírozást, melynek elsődleges formái a kockázatkezelte egészségpénztári megtakarítások és magánbiztosítások, illetve a kockázatkezelés nélküli, eseti térítés jellegű ún. „out-of-pocket” kifizetések. Ez utóbbiak komoly társadalmi és egészségkockázatot jelentenek. A 2015-ös évben Magyarországon magas, 33%-os volt a magánkiadások aránya az egészségügyben, az EU 21%-os átlagával összevetve, és aggodalomra adhat okot, hogy a 15%-os uniós átlaggal szemben a magyar out-of-pocket kiadások aránya 29% volt (KINCSES, 2019)

2.2.2 Térbeli egyenlőtlenségek az egészségben és egészségügyben Magyarországon

Annak ellenére, hogy a korábban hivatkozott adatok országos szinten a várható élettartam javulásáról tanúskodnak, a halálozások és életesélyek területi egyenlőtlenségei nőttek a rendszerváltás óta eltelt évtizedekben (UZZOLI & SZILÁGYI, 2009). A halandóság különbségei már régiós szinten tetten érhetők: míg a születéskor várható élettartam tekintetében Közép-Magyarország nagyrégióban csupán 1–1 év mindkét nem hátránya az EU átlaghoz hasonlítva, addig az Észak-Alföldön a férfiak és a Dél-Dunántúlon a nők lemaradása már több mint 8 év volt 2016-ban (KSH, 2019b). Megyei összehasonlításban a KSH 2019-re vonatkozó adatai alapján Borsod-Abaúj-Zemplén, Nógrád és Jász-Nagykun-Szolnok megyében a férfiak születéskor várható élettartama alig haladja meg a 70 évet, előbbi kettő megyében pedig a nők mutatója sem éri el a 78 évet. A férfiak esélye a legtovább élni Budapesten a legnagyobb (75 év), míg a nőké Győr-Moson-Sopron megyében (80,94 év).

A 2001-es évet követően 2019-ig a legnagyobb növekedést a férfiak esetében Budapest és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye könyvelhette el a várható élettartam tekintetében, egyaránt 5,72 évvel, míg Jász-Nagykun-Szolnok megyében a növekmény csupán 3,13 év volt. A nők várható élettartamát alacsonyabb növekmény jellemzi: a legnagyobb változást Veszprém megye produkálta 4,18 évvel, míg Békés megye női lakossága csupán 1,54 évvel számíthat hosszabb életre

a 18 évvel korábbi adathoz képest. (8. ábra) Az igazán markáns különbségek a várható élettartamban azonban kistérségi szinten rajzolódnak ki. PÁL (2017) számol be arról (a mutató 2012-es adatai alapján), hogy a legkedvezőtlenebb helyzetű kistérségek markáns területi koncentrációja figyelhető meg Észak-Magyarországon (a Szécsényi kistérségtől a Bodrogi közti kistérségig), és a Dél-Dunántúlon (a Sellyei kistérségtől a Csurgói kistérségig húzódoan), míg Budapest kerületeiben kiemelkedően magas a születéskor várható élettartam. A férfiak esetében a fővárosi kerületek és az említett kistérségek közötti differencia a 15 évet is elérheti, amely a szerző szerint akkora különbséget jelent, mint amekkora egyes magas és közepes jövedelmű országok (!) között.



8. ábra: Születéskor várható élettartam értéke a 2019-es évben, illetve változása a 2001-2019 időszakban, megyei bontásban (év)

Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

Az EU 1999-ben hatályba lépett alapszerződése, az Amszterdami Szerződés 152. cikke szerint az emberi egészségvédelem magas szintjét minden közösségi szintű szakpolitika és tevékenység tervezése és végrehajtása során biztosítani szükséges (MOSSIALOS & MCKEE, 1998; BÍRÓ & KÓSA, 2018). Ennek érdekében létrehozásra került az Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság (DG SANCO), amelynek feladata lett az európai lakosság egészségi állapotát nyomon követő egészséginformációs rendszer kialakítása (CLEMENS et al., 2017; BÍRÓ & KÓSA, 2018). A 88 db tagállami összehasonlításra alkalmas alapvető népegészségügyi mutatórendszer (European Core Health Indicators = ECHI) 2012-ben került véglegesítésre (VERSCHUUREN et al., 2013; BÍRÓ & KÓSA, 2018). A nem rutinszerűen gyűjtött ECHI-adatok begyűjtésére Magyarország 2009-ben részt vett az önkéntes, 2014-ben pedig a kötelező Európai Lakossági Egészségfelmérésben (ELEF 1-2), az Európai Parlament és Tanács népegészségre és munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról szóló 1338/2008/EK rendelet útmutatásai alapján, az Eurostat hazai viszonyokra adaptált standard kérdőívének felhasználásával. A Központi Statisztikai Hivatal a reprezentatív adatfelvételt a 15 éves vagy idősebb, magyarországi állandó lakcímmel rendelkező lakosság körében végezte. (CESELY, KOVÁCS & HORVÁTH, 2018)

A két lakossági egészségfelmérés keretében kerültek feltárásra – többek között – az egészségi állapot szubjektív megítélésének szociális egyenlőtlenségei, melynek mérési kategóriái a „vélt egészség” és a „korlátozottság” voltak. VOKÓ (2018) elemzéséből kiderül, hogy azok aránya, akik egészségi állapotukat nagyon jónak vagy jónak ítélték, a Közép-magyarországi régióban és a Dunántúl régióiban (kiváltképp Nyugat-Dunántúlon) majdnem elérte a 60%-ot, eközben a keleti országrész régióiban a megkérdezettek kevesebb mint fele nyilatkozott ugyanígy. Amíg az Észak-Alföldön az egészségüket jónak vagy nagyon jónak értékelő válaszadók száma tíz százalékponttal nőtt 2009 és 2014 között, addig Észak-Magyarországon és a Dél-Alföldön éppen ellentétes tendencia mutatkozott. A két felmérés közötti időszakban a mindennapi tevékenységeikben valamilyen módon korlátozott válaszadók aránya a Dél-Dunántúl kivételével minden régióban 10 százalékpontot meghaladó mértékben csökkent, és 2014-ben csak a Közép-magyarországi, illetve a Közép- és Nyugat-dunántúli régiókban volt 30% alatti a korlátozottság prevalenciája. (VOKÓ, 2018)

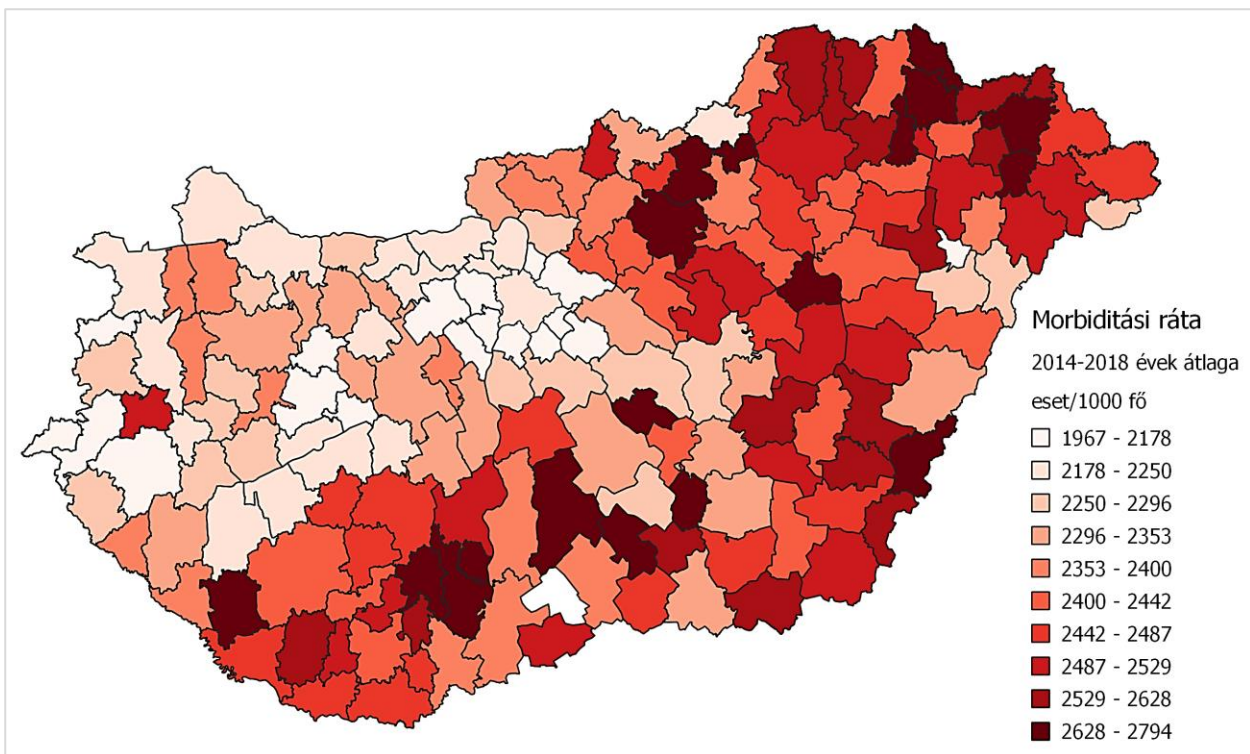
A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő települési szinten, BNO-csoportok szerinti bontásban elérhető beteg- (gyógyszer-) forgalmi adatait járási szinten aggregálva megállapítható, hogy az összes betegcsoportot tekintve a 2014-2018-as ötéves időszor átlagában a morbiditási ráta országosan 2340 eset volt 1000 állandó lakosra vetítve. Ennél az értéknél 66 járásban volt alacsonyabb, 109-ben pedig magasabb a megbetegedések fajlagos száma. A járási sor mediánját – tehát azt az értéket, amelynél a megfigyelések fele kisebb, másik fele pedig nagyobb értéket vesz fel – az Egri járás képezte, öt év átlagában 2399 esettel ezer főre.

A legkedvezőbb helyzetű tíz százalékba tartozó (azaz legalacsonyabb morbiditási rátákat produkáló) mikrotérségek – a ráták növekvő sorrendjében – a Kőszegi, a Hajdúhadházi, a Szigetszentmiklósi, a Vecsési, a Veszprémi, a Szentgotthárdi, az Érdi, a Dunakeszi, a Zirci, a Budakeszi, a Körmenyi, a Monori, a Zalaegerszegi, a Martonvásári, a Gyáli, a Gödöllői, a Bicskei és a Balatonalmádi járások voltak, míg a legkedvezőtlenebb tizedbe a Kiskunmajsai, a Tolnai, a Nagykőrösi, a Szekszárdi, a Nagyatádi, a Bonyhádi, a Gyöngyösi, a Sarkadi, a Sárospataki, a Kisvárdai, a Csongrádi, a Kiskőrösi, a Belpátfalvai, a Baktalórántházai, a Sátoraljaújhelyi, a Tokaji, a Tiszafüredi és a Pétervásárai járások kerültek. (9. ábra)

A 2018-as évben országosan a megbetegedések 13,6%-át okozták légzőrendszeri, 13,2%-át keringési, 9,7%-át a csont-izomrendszer és kötőszöveti, és egyaránt 8,6-8,6 százalékát az emésztőrendszeri, illetve az endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek. Előbbi betegcsoportokban a legnagyobb morbiditású járások rátája 1,6-1,8-szorosa a legkisebb fajlagos megbetegedést produkáló járásokénak.

Belátható az összefüggés a települések nagysága és típusa, illetve egészségügyi, epidemiológiai helyzete között. A vidéki, periférikus, aprófalvas térségekben a gyenge gazdasági teljesítmény, a kedvezőtlen jövedelmi viszonyok, az alacsonyabb képzettségi szint és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nehézségei egytől egyig a lakosság egészségi állapotának romlásához járulnak hozzá (PÁL, 2017).

„Azokban a közösségekben, ahol jobb az egyének önértékelése, erősebb a társadalmi tőkése, magasabb a társadalmi kohézió szintje, ott ritkábbak az önkárosító magatartásformák, jobb a stressztűrő képesség, és alapvetően kedvezőbbek a népegészségügyi mutatók.” (TÓTH, 2018, p. 71)



9. ábra: Magyarország járásai az összes betegségesoporra vonatkozó morbiditási ráta decilisei alapján, 2014-2018 évek átlaga (eset/1000 fő)

Forrás: NEAK adatai alapján saját szerkesztés

A már említett lakossági egészségfelmérések tanulsága szerint a lakóhely urbanizáltságának foka egyenesen arányos a jónak vagy nagyon jónak ítélt saját egészségi állapot előfordulási százalékaival, ugyanakkor ellentétes kapcsolatban van a korlátozottság prevalenciájával: a sűrűbben lakott területek összességében jobbnak vélik egészségi állapotukat, és kisebb arányban számolnak be mindennapi tevékenységeikben való korlátozottságról. Biztató fejlemény, hogy az egészségi állapot pozitív megítélése valamennyi területen növekedett 2009 és 2014 között, míg a korlátozottság érzete csökkent, de rossz hír, hogy a térségek közötti különbségek tovább mélyültek. (VOKÓ, 2018)

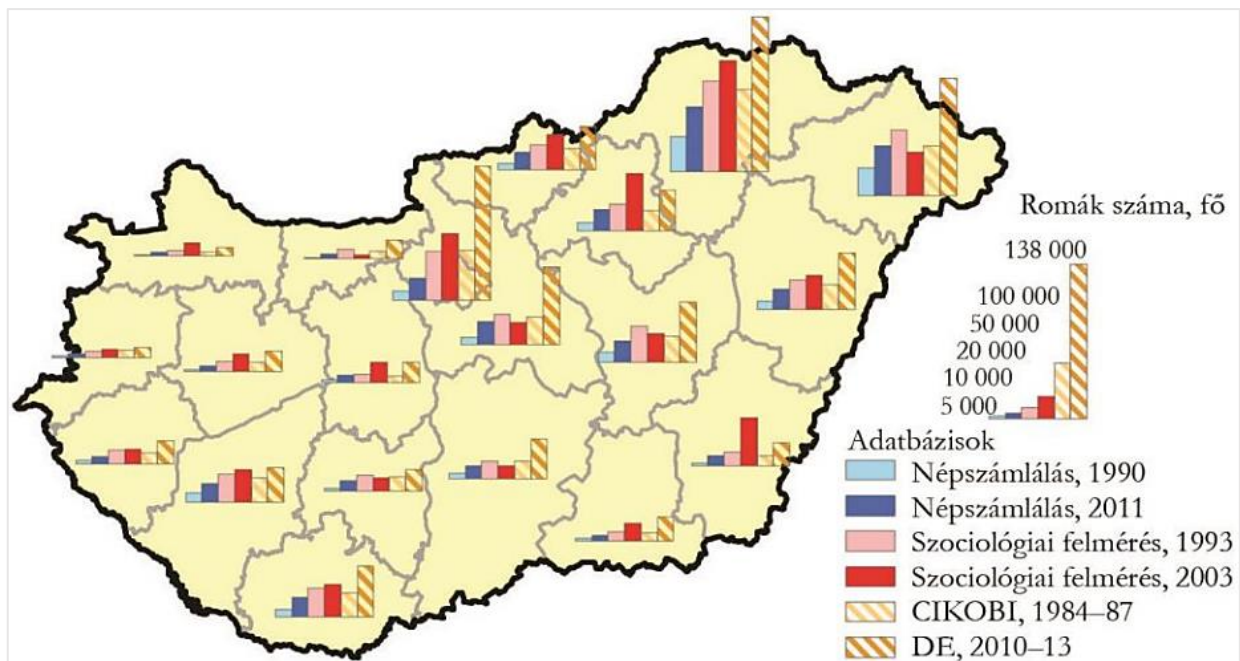
A falvak/községek egészségügyi sajátosságait SIMEK (2010) a következőképpen foglalta össze:

- gyakran a munkahely a lakóhely és a munkahelyi ártalmak sok esetben környezeti ártalmakat jelentenek
- a kis, zárt lakóközösségek előnyös és hátrányos pszichés hatásai
- nincs elkülönült egészségügyi szakirányítás
- hiányos infrastruktúra, rossz utak, korlátozott közlekedési és kommunikációs lehetőségek
- elvándorlás, elöregedés
- alacsonyabb iskolázottság
- alacsonyabb foglalkoztatottság
- magasabb fokú inaktivitás
- tájékozottság, tudatosság, megelőzés hiánya
- jó levegő, több mozgási lehetőség
- kis közösségek egymásról gondoskodása
- közvetlenebb orvos-beteg kapcsolat, nagyobb lehetőség az egyénre szabott gyógymódok

SIMEK (2009, p. 7) értelmezésében a faluégészségügy nem más, mint a falun élő és/vagy dolgozó emberek gyógyító-megelőző, rehabilitáló ellátása, melynek megvalósításában közreműködik a házi orvos, a foglalkozás-egészségügyi szakorvos, az ÁNTSZ és a védőnő, a környezetvédelmi, környezet-egészségügyi szakemberek, valamint az önkormányzat szociális referensei. Csak a fent sorolt szakemberek összehangolt munkája révén lehet biztosítani a falusi ember egyenlő esélyeit egészségének megőrzésére és a gyógyulásra.

2.2.3 Egy kiemelten veszélyeztetett csoport, a roma népesség egészségügyi helyzete

Magyarország azon országok csoportjába tartozik, ahol a roma népesség a szegénység és társadalmi kirekesztés által fokozottan érintett. A 2011-ben a KSH által lefolytatott népszámlálási adatfelvétel a kitöltők önbevallása alapján 316 ezer roma nemzetiségű lakosról számol be, míg a Debreceni Egyetem 2010 és 2013 közötti felméréseinek más módszertannal készített becslése alapján 876 ezer fő körüli a romák száma, amely az 1971-es census adatának mintegy 1,7-szerese. Észak-Magyarországon és az Észak-Alföldön a népesség körülbelül egynegyede roma származású, míg a legalacsonyabb az arány (5-6%) a Közép-dunántúli régióban. (PÉNZES, TÁTRAI & PÁSZTOR, 2018) A roma népesség 38-50 százaléka falvakban él, és a roma etnikum kicsi, leginkább kétezer lakos alatti településeken történő koncentrálódása változatos területi hátrányok kialakulásával jár együtt (NEMES-NAGY & NÉMETH, 2005), ugyanakkor a községek roma lakosságának csökkenése figyelhető meg, míg a fővárosi agglomeráció falvaiban, illetve a megyeszékhelyek külvárosi részeiben felgyorsult a romák létszámának növekedése (BAJMÓCY, 2014). Vélhetően a mind intenzívebbé váló belső migráció következményeként növekszik Budapest és a megyei jogú városok roma népessége (SZILÁGYI & PÉNZES, 2016).



10. ábra: A roma népesség létszáma megyénként, eltérő adatforrások alapján

Forrás: Kocsis–Kovács (1991), Kertesi–Kézdi (1998), Kemény at al. (2004), Péntzes–Pásztor (2014), valamint a KSH 1990-es és 2011-es népszámlálás adatai alapján Péntzes, Tátrai & Pásztor (2018)

HAVAS (2008) szerint – publikációja készítésének időpontjában – hazánkban mintegy száz olyan település van, amely elszegényedett gettóként állandósult, és körülbelül kétszáz település tart ugyanebbe az irányba, többségében (de nem teljes egészében) roma lakossággal. Hatvan százalékban falvakban helyezkedik el az ország mintegy 800 településén található több mint 1600 nyomornegyed. Egyes becslések arról tanúskodnak, hogy nagyjából minden hatodik roma él

gázellátás, fürdőszoba, sőt, vízvezeték, csatorna és villany nélküli telepeken, ahová – a folyamatos járványveszély dacára – a mentő sem tud rendesen kimenni (CSERTI CSAPÓ & ORSÓS, 2015).

Környezetünk, szociális helyzetünk, életmódunk az egészségi állapotunkon keresztül van hatással életminőségünkre. A gyakrabban előforduló megbetegedés, a sűrűbben bekövetkező rokkantság fokozott terhelést jelent az egészségügyi ellátórendszerre, és növeli az idő előtti halálozások számát (FORRAI, 2008). Nem fér hozzá kétség, hogy a roma népesség az ország leghátrányosabb helyzetű társadalmi csoportja, mind a társadalmi és gazdasági, mind pedig a környezeti-egészségügyi körülményeiket illetően. A roma népcsoportot alacsonyabb átlagéletkor, gyakoribb megbetegedés, előbb bekövetkező halálozás jellemzi a társadalom többi részével való összehasonlításban (MERKER, 2012). A születéskor várható élettartam mutatója esetükben akár 10 évvel is alatta maradhat a teljes népesség átlagához viszonyítva (PRÓNAI, 2000; HÜSE & PÉNZES, 2015). A romatelepeken fokozott a fertőző betegségek – tuberkulózis, hepatitises májgyulladás, tetvesség, rühesség és egyéb bőrbetegségek – kialakulásának veszélye (CSÉPE, 2010).

Kedvezőtlen hatást gyakorol a roma népesség egészségi állapotára és egészségmagatartására az alacsony iskolázottsági, foglalkoztatottsági és jövedelmi szint (KEMÉNY-JANKY, 2003). A romák ritkán és általában a szükségesnél később keresik fel az egészségügyi ellátásokat. GYUKITS (2000) felmérése alapján 64,2%-uk ritkán vagy soha nem fordul háziorvoshoz, és az átlagosnál kevesebbszer vesznek igénybe járóbeteg és fekvőbeteg szakellátást, illetve mindössze egyhatodik vesz részt fogászati szűrésen, és csak egyharmaduk tüdőszűrésen, valamint a roma nőknek csupán egyharmada veti alá magát méhnyakrák-szűrésnek. Köreikben magasabb a kardiovaszkuláris betegségek, a depresszió, a diabétesz, a rák és az ezekből adódó mortalitás, és valamennyi rizikófaktor esetükben magasabb, mint az átlagnépesség esetében. Több mint háromnegyedük rendszeresen dohányzik, és egyharmaduk túlsúllyal küzd (KÖBLI, 2011). Hátrányos helyzetükön az sem sokat lendít, hogy az egészségügyben gyakran találkozunk előítéletes, diszkriminatív hozzáállással (PUPORKA & ZÁDORI, 1999).

2.3 Az egészségügyi alapellátásról

A szakirodalmi feldolgozás következő alfejezetében áttekintem az alapellátás globális fejlődéstörténetét, legfőbb funkcióit, követelményeit, átalakulásának hajtóerőit, és helyét az Európai Unió, illetve a WHO európai régiójának célrendszereiben.

2.3.1 Az alapellátás fogalmi köre

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

Az 1978 szeptemberében Alma-Atában megrendezett „Nemzetközi konferencia az egészségügyi alapellátásról” résztvevői deklarálták, hogy „az egészségügyi alapellátás olyan alapvető betegellátási forma, amely könnyen megvalósítható, tudományosan megalapozott és társadalmilag elfogadható módszereket, technológiákat használ; amelyek általánosan elérhetők az egyének és családok számára, s amelynek költségei a közösség és az ország számára fejlődése minden szakaszában elviselhetők, az önállóság és az önrendelkezés szellemében. Az alapellátás, mint az ország egészségügyi rendszerének középpontja és fő működési területe, nemcsak annak (ti. az egészségügyi rendszernek) képezi integráns részét, hanem a közösség társadalmi és

gazdasági fejlődésének is. Az egyének, családok és közösségek számára az alapellátás a nemzeti egészségügyi rendszerrel való érintkezés első pontja, a folytatódó ellátás első eleme, amelynek ezért a lehető legközelebb kell lennie azon helyszínekhez, ahol az emberek élnek és dolgoznak.” (Alma-Ata Nyilatkozat, 1978)

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

Továbbá a nyilatkozat az alapellátást „olyan gyakorlati, tudományosan megbízható és társadalmilag elfogadható módszereken és technológiákon alapuló alapvető egészségügyi ellátásként határozta meg, amely az egyének és a családok számára általánosan hozzáférhető, és amely fejlődése minden szakaszában az önállóság és az önrendelkezés szellemében, a közösség és az állam által megfizethető módon tartható fenn”. Megállapításra került, hogy az alapellátás kulcsfontosságú az „egészséget mindenkinek” (health for all) ambiciózus céljának elérésében, a társadalmi igazságosság szellemében történő fejlődés részeként (WHO, 1978).

Mégis, bár 134 ország aláírta a nyilatkozatot, a megvalósítás jelentős kihívásokba ütközött. Néhány ország úgy ítélte meg, hogy az alapellátás megalkotott modellje „szegényes ellátás szegény embereknek”, és mint ilyen, a fejlődő országok számára másodrendű megoldást jelent (CHAN, 2008). Mások szerint az integrált és átfogó alapellátási modell elképzelése ellentétes volt a már létező alapokon nyugvó egészségügyi megközelítésekkel, amelyek a célzott beavatkozásokat részesítették előnyben. Sokak számára a nyilatkozat célkitűzései elérhetetlennek bizonyultak.

Egy évvel a nyilatkozat elfogadását követően a „szelektív alapellátás” - amely a költséghatékony és megvalósíthatónak tartott beavatkozások szűk köréből áll - a nyilatkozatban meghatározott átfogó, integrált és multiszektorális alapellátás-megközelítés alternatívájaként került előterjesztésre (CHAN, 2008). Ennek ellenére az azóta eltelt négy évtizedben folyamatosan bontakozik ki a Nyilatkozat eredeti látásmódja fontosságának felismerése.

2018 októberében (Alma-Ata 40. évfordulóján) az „Astana Global Conference on Primary Health Care” keretében aláírt, az egészségügyi ellátásról szóló nyilatkozat és az ahhoz kapcsolódó jövőkép megerősíti az országok és a nemzetközi partnerek elkötelezettségét, hogy összehangolt erőfeszítéseket tegyenek az egészségügyi rendszerek alapellátás felé történő irányítása, valamint az egyetemes egészségügyi lefedettség, illetve az egészséggel kapcsolatos fenntartható fejlődési célok (SDG 3) irányába történő elmozdulás érdekében. A 21. század alapellátásának víziója egy átfogó megközelítést javasol, három összetevő hangsúlyozásával (WHO 2018):

- az emberek egészségi szükségleteinek egész életen át tartó kielégítése átfogó segítő, védő, megelőző, gyógyító, rehabilitációs és palliatív ellátással, stratégiai prioritásként kezelve az egyének és a családok számára az alapellátáson keresztül nyújtott kulcsfontosságú egészségügyi szolgáltatásokat és a közegészségügyi funkciókat, mint az integrált egészségügyi központi elemeit;
- a szélesebb körű egészséget befolyásoló tényezők (beleértve a társadalmi, gazdasági és környezeti faktorokat, valamint az egyéni jellemzőket és magatartást) szisztematikus kezelése a szektorokon átívelő, tényalapú szakpolitikák és intézkedések révén;

- az egyének, családok és közösségek képessé tétele, hogy egészségi állapotukat optimalizálják, és előmozdítói legyenek az egészség és jólét védelmének, mint az egészségügyi és szociális szolgáltatások társfejlesztői, valamint saját maguk és mások gondozói.

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

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

1. táblázat: Az alapellátás dimenziói

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

Forrás: KRINGOS (2013) alapján saját szerkesztés

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

„Az alapellátás szakemberek csoportja által nyújtott, általánosan hozzáférhető, egyén-központú, átfogó egészségügyi és közösségi szolgáltatások összessége, amely az egyéni egészségügyi szükségletek nagy többségét képes kielégíteni. A szolgáltatásokat a betegekkel, informális gondozókkal, a családokkal és közösségekkel tartós partnerségben szervezi, és központi szerepet játszik az ellátás átfogó koordinációjában és folyamatosságának biztosításában.” (EXPH, 2014 alapján GYEMSZI, 2014 p. 4)

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

- **Egészségnyereség:** az alapellátás hozzájárul a népesség egészségi állapotának javulásához a várható élettartam, valamennyi halálozási ok (ENGSTRÖM et al., 2001; MACINKO et al., 2007), a szülőági-, újszülött- és csecsemőhalálozás (PERRY et al., 2017, BLACK et al., 2017), valamint a mentális egészség (FERNANDEZ et al., 2015, SMITH et al., 2016) tekintetében.
- **Egészségügyi rendszer hatékonysága:** az alapellátás csökkentheti a fekvőbeteg-ellátásba utalások számát (CABANA et al., 2004; SANS-CORRALES et al., 2006), az elkerülhető kórházi (ROSANO et al., 2013; VAN LOENEN et al., 2014) és sürgősségi (O' MALLEY 2004, CARRET et al., 2009) felvételeket és kezeléseket.

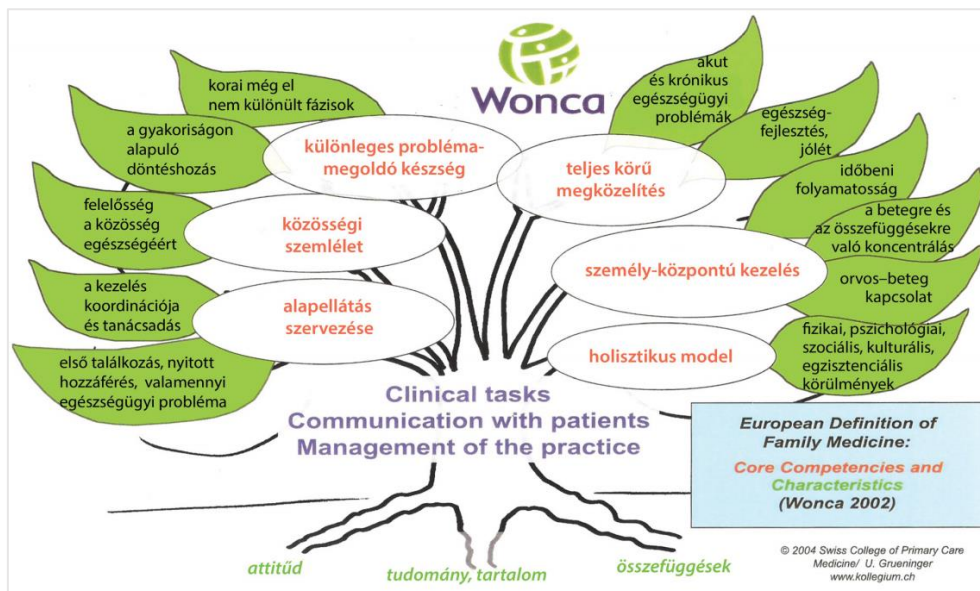
A KPMG-Nuffield Trust 2014-es elemzése az alapellátás kereslet-kínálati viszonyait illetően a következő tényezőket emelte ki, mint az újonnan felmerülő igények és kihívások forrásait, amelyek az egészségügyi kiadások mértékét is megnövelik: a betegek növekvő elvárásai, idősödő lakosság, új technológiák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

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

1. *Az alapellátási szolgáltatások rendelkezésre állása:* az alapellátási szolgáltatások mennyisége és típusa a lakosság igényeihez viszonyítva.
2. *Az alapellátási szolgáltatások földrajzi elérhetősége:* a szolgáltatások távolsága a betegek utazása szempontjából.
3. *A hozzáférhetőség megteremtése:* az erőforrások hozzáféréshez való igazítása (pl. időpont-foglalási rendszer, utógondozási ellátás, otthoni látogatások).
4. *Az alapellátási szolgáltatások megfizethetősége:* a betegek pénzügyi korlátai az alapellátási szolgáltatások igénybevételében, mint például a társfinanszírozás és a költségmegosztás.
5. *Az alapellátási szolgáltatások elfogadhatósága:* a betegek elégedettsége az alapellátás szervezésével.
6. *Az alapellátási szolgáltatások hasznosítása:* az alapellátási szolgáltatások tényleges fogyasztása.
7. *Egyenlőség a hozzáférésben:* az alapellátási szolgáltatásokhoz való hozzáférés mértéke az egészségügyi szükségletek alapján, anélkül, hogy rendszerszintű különbségek lennének az egyéni vagy társadalmi jellemzők alapján.

A Családorvosok Világszervezete (WONCA) nonprofit szervezet, amelyet 1972-ben alapítottak 18 ország tagszervezetei. A WONCA-nak jelenleg 118 tagszervezete van 131 országban, és a tagságot alkotó körülbelül 500 000 családorvos látja el a világ népességének több mint 90%-át. Nyolc egyéb szervezet működik együtt a WONCA-val. ([http 6](#))

A WONCA küldetése az, hogy javítsa a világ népeinek életminőségét az értékek meghatározása és előmozdítása révén, ideértve az egyetemes emberi jogok tiszteletben tartását és a nemek közötti egyenlőség betartását, valamint az alapellátásban/családi orvoslásban a magas szintű ellátás elősegítése által az egyének és a családok személyes, átfogó és folyamatos gondozását; az igazságosság, méltányosság erősítését az emberek minden csoportja, de különösen a nők és a lányok körében; a házi- és családorvosok tudományos szervezetei fejlesztésének ösztönzését és támogatását; fórum biztosítását a tudás és információ cseréjére a tagszervezetek és a házi- és családorvosok között; a házi- és családorvosok szakpolitikai, illetve oktatási, kutatási és szolgáltatási tevékenységeinek képviselését más egészségügyi szervezetekben és az egészséggel és orvosi ellátással kapcsolatos fórumokon. ([http 6](#))



11. ábra: A házi orvosok készségeit, kompetenciáit ábrázoló WONCA-fa

Forrás: WONCA alapján RURIK (2019)

Az alapellátási/családorvosi munkának a WONCA által definiált sajátosságait ALLEN és szerzőtársai (2002) alapján KALABAY (2010, p. 708) összegezte:

- „Átfogó, teljes körű megközelítés (comprehensive approach), ami a beteg és panaszainak, betegségeinek sokrétű, egyidejű, de nem feltétlenül összefüggő megjelenésével kapcsolatos, akut és krónikus kórképekben egyaránt, beleértve a megelőzést is.
- A beteg bármely eredetű panaszainak elsődleges ellátása és kezelése (primary care management). Állandó hozzáférés biztosítása, szükség esetén más szakemberek, specialisták bevonása, vizsgálatokra utalás és azok koordinálása, beleértve a betegnek adandó tanácsokat, felvilágosítást, konzultációt.
- Különleges problémamegoldó képesség (specific problem solving skills), ami az illető betegség, kórkép prevalenciáját és incidenciáját is figyelembe veszi. Hatásos és hatékony diagnosztikus és terápiás lehetőségek alkalmazása.
- A közösség felé fordulás (community orientation) formájában a közösség és az egyének igényeit figyelembe vevő és azt összehangolni igyekvő orvosi megközelítés kap szerepet.
- A holisztikus megközelítés (holistic approach) segítségével az egyént, családját, összes figyelmet vagy méltánylást igénylő körülményét át kell tekinteni, a biopszichoszociális összefüggésekre való tekintettel.
- A személyre összpontosító megközelítésben (person-centered care) a beteg és problémája hatékony, emberséges és tapintatos orvos–beteg kapcsolat kiépítésével vizsgálható, hosszú távú partneri kapcsolat kialakításával.” (11. ábra)

Az 1970-es évek ma még sokfelé uralkodó gyógyító szemléletű, betegség-központú modellje napjainkban átalakulóban van. Az öregedés, a népességnövekedés, a krónikus, nem fertőző betegségek és a multimorbiditás növekvő terhe, valamint a technológiai fejlődés az alapellátás átalakulását eredményezi. Ezek a demográfiai és epidemiológiai változások megkövetelik az alapellátás rendszerétől, hogy az a megelőzésre és az életminőségre összpontosítson, és ösztönözze a proaktív megközelítést, amely az egészséget befolyásoló strukturális tényezők által leginkább érintett egyénekre és csoportokra irányul. Ennek hatékony megvalósításához meg kell teremteni a kapcsolódást a közegészségügy egyes szintjeivel (D.H.S.C., 2014).

A proaktív alapellátás azt jelenti, hogy radikális változtatásokat kell végezni a jelenlegi szolgáltatásmodellben, amely magában foglalja a legfontosabb közegészségügyi funkciók és beavatkozások integrálását az alapellátásba (WHO, 2018a). STARFIELD (1992) saját alapellátás-definíciójában utal arra, hogy olyan egészségügyi modellre kell átállni, amely „az egészségügyi rendszerrel való első kapcsolatfelvételt biztosítja az egészség fejlesztése, a betegségek megelőzése, a gyakori betegségek gyógyítása és az elhúzódó egészségügyi problémák kezelése érdekében” (STARFIELD, 1992; STARFIELD, SHI & MACINKO, 2015). Ezzel az átfogó és holisztikus megközelítéssel az egészségügyi ellátással való betegkapcsolat több mint 95 százalékára az alapellátás keretein belül kerülne sor (R.C.G.P., 2017). A tapasztalatok egyértelműsítik, hogy az az egészségügyi rendszer, amelyik nem az alapellátásra épít, gyenge és drága rendszer. Az alapellátás-orientált egészségüggyel rendelkező országokban jobb a társadalom általános egészségi állapota, és olcsóbb a szolgáltatásokhoz való hozzáférés (SHI, 2012; D.H.S.C., 2014; RAWAF, 2004; N.I.C.E., 2015).

Az integrált egészségügyi szolgáltatások, amelyek az erős alapellátásra és annak közegészségügyi funkcióira épülnek, közvetlenül hozzájárulnak az egészségnyereségek hatékonyabb kiterjesztéséhez, a jólét és az életminőség javításához – mindez jelentős gazdasági, társadalmi és egyéni szintű előnyökkel jár. Az integrált ellátás hozzájárul a szolgáltatásokhoz való jobb hozzáféréshez, kevesebb szükségtelen kórházi kezeléshez és újrabeutaláshoz, a kezelések fegyelmezettebb betartásához (NOLTE & PITCFORTH, 2014; OVRETVEIT, 2011; MCDONALD et al., 2017; NOLTE & MCKEE, 2007), a magasabb beteg-elégedettséghez, egészségügyi ismereteik és öngondoskodásuk bővüléséhez, az egészségügyi dolgozók nagyobb munkahelyi megelégedettségéhez és az általános egészségügyi eredmények javulásához (WHO, 2016a).

Az alapellátás, illetve a szakellátás integrációjának erősítését célzó stratégiák segíthetnek a krónikus betegségek és a multimorbiditás növekedésének megállításában, valamint a több szolgáltató által nyújtott ellátás töredezettségének enyhítésében. Ez az elképzelés a szolgáltatásnyújtás, valamint az egyes ellátástípusok integrálására összpontosít. Magában foglalja az alapellátás, illetve a kórházi és egyéb intézményesített gondozási, rehabilitációs és terápiás ellátás, valamint a támogató szolgáltatások, nappali és otthoni ápolási tevékenységek összehangolását (WHO, 2016b; WHO, 2016c).

A szolgáltatások integrációját olyan egészségügyi és szociális szakemberek egy csoportja valósíthatja meg, akik szoros kapcsolatban és elköteleződésben állnak az általuk gondozott egyénekkal és a közösségekkel. Az alapellátás szakemberek olyan hálózatát nyújtja, amely segít azonosítani az emberek egészségi és jóléti szükségleteit, hatékonyan kezeli a betegségek fő okait és kockázatait, és reagál a jövőbeni egészséget fenyegető kihívásokra, miközben bizalmas kapcsolatot épít ki és olyan szolgáltatást nyújt, amely a nagyobb egészség-nyereség érdekében emberközpontú és integrált szemléletű (WHO, 1978).

A 2006-os Világégeszségügyi Jelentés az egészségügyi dolgozókat a következőképpen definiálta: „minden, olyan tevékenységet folytató személy, akinek elsődleges célja az egészség javítása” (WHO, 2006). Az alapellátás szemszögéből az egészségügyi dolgozók köre az alapellátással kapcsolatos rendszerekben és szolgáltatásokban részt vevő emberek csoportjára szűkíthető, és magában foglalja az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés, a kezelés, a rehabilitáció és a palliatív ellátás folytonosságát biztosító valamennyi foglalkozást, köztük a közegészségügy munkaerő-bázisát és az egészségügy társadalmi tényezőivel foglalkozó szakembereket is. A fenti foglalkozások többségében a diagnosztikai és gyógyítási tevékenységeket, szükség esetén a szakosított szolgáltatásokhoz való beutalást végzik. Számos

jogalkotásban ezek a foglalkozási csoportok az egészségügyi rendszerben egyfajta „kapuőrként” jutnak szerephez. Fentiekén kívül az alapellátás dolgozói közé tartoznak a gondozók és az önkéntesek is, akiknek többsége nő. Ezek az egyének kiegészítik a fizetett alapellátási foglalkoztatottak munkáját, a mindennapi tevékenységek segítésében, a gyógykezelések nyomon követésében, az érzelmi-lelki támogatás nyújtásában vagy a betegszállításban.

Világszinten az alapellátásban dolgozók rendelkezésre állásának számszerű becslése korlátozott, elsősorban azért, mert nincsenek olyan elkülönített nemzeti szintű adatbázisok, amelyek áttekintést adnának az alapellátási személyi állomány összetételéről és (területi és szakterületi) eloszlásáról. Felismerve ezt a fejlődés hátráltató körülményt, a Világ Egészségügyi Közgyűlés (World Health Assembly, WHA69.19) 2016-ban rendelkezett az ún. „nemzeti egészségügyi munkaerő-számlák” (WHO, 2017a) fokozatos végrehajtásáról a nemzeti egészségügyi dolgozók szakma, nem, kor, létesítménytípus és közigazgatási terület szerinti nyilvántartása céljából.

Elérhetőség, hozzáférhetőség, elfogadhatóság és minőség – ezen dimenziók mentén értékelhető az egészségügyi dolgozók teljesítménye globális összehasonlításban. Az elérhetőség (availability) nem más, mint az egészségügyi munkaerő kielégítő kínálata és megfelelő számbeli állománya, releváns kompetenciákkal és készségekkel, amelyek megfelelnek a lakosság egészségügyi szükségleteinek. A hozzáférhetőség (accessibility) az egészségügyi dolgozók méltányos térbeli (utazás, szállítás), időbeli rendelkezésre állása, az ellátás infrastrukturális jellemzői, a beutalási rendszerek működése, illetve a szolgáltatások közvetlen és közvetett, formális és informális költségei. Az elfogadhatóság (acceptability) az egészségügyi munkaerő azon képessége, hogy a betegeket azok méltóságára vigyázva tudják kezelni, bizalmat teremtsenek, valamint előmozdítsák az egészségügyi szolgáltatások iránti igényt. A minőség (quality) pedig az egészségügyi dolgozóknak a szakmai normák (vagy más irányadó szabványok) alapján kiértékelt és a páciensek által észlelt kompetenciái, készségei, ismeretei és viselkedése. (WHO, 2017a)

2.3.2 Az alapellátó gyermekorvoslás fontossága

Az ENSZ közgyűlése 1989. november 20-án fogadta el a Gyermekjogi Egyezményt (*UN Convention on the Rights of the Child, UN CRC*), mely dátum azóta a Gyermekjogok Világnapja. Az Egyezményt aláíró államoknak a benne foglalt minimumjogokat kötelező biztosítaniuk gyermek állampolgáraik számára. A dokumentum 24. cikkének 1. pontja kimondja: „Az Egyezményben részes államok elismerik a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, valamint, hogy orvosi ellátásban és gyógyító-nevelésben részesülhessen. Erőfeszítéseket tesznek annak biztosítására, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva az ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételére irányuló jogától.” A 24. cikk 2. pontjának b) alpontja a gyermek számára nyújtandó orvosi ellátás és egészségügyi gondozás kapcsán legfontosabbként hivatkozik az egészségügyi alapellátás fejlesztésére, és a c) alpontban kiemeli az alapellátás szerepét a betegség és a rosszul tápláltság elleni küzdelemben.

A Szociális Jogok Európai Bizottsága az Európa Tanács tagállamaira vonatkozóan egyértelműsíti, hogy bármely tagországban az ott tartózkodó gyermekek a sürgősségi orvosi segítségnyújtáson felül is jogosultak egészségügyi ellátásra, menekültügyi státuszuktól függetlenül. Az Európa Tanács egyik legfontosabb emberi jogi egyezménye, az Európai Szociális Karta is több ízben rendelkezik a gyermekek szociális jóléthez és egészségügyi szolgáltatásokhoz való jogáról. (FRA/CoE, 2015)

A 17 európai országban 20 szervezetet és 25 ezer tagot számláló Alapellátó Gyermekorvosok Európai Egyesületeinek Szövetsége (*European Confederation of Primary Care Paediatricians*, ECPCP) definiálásában a gyermek háziorvosi alapellátás az orvostudomány azon ága, amely átfogóan foglalkozik a csecsemők, gyermekek és serdülők egészségével és jólétével, családi, közösségi és kulturális háttérük összefüggésében, tiszteletben tartva önállóságukat, ugyanakkor a szülők, gyámok és/vagy gondviselők bevonása az „ellátási egység” (*unit of care*) szerves részét képezi. Akut vagy krónikus betegség esetén az alapellátó gyermekorvos az összes rendelkezésre álló egészségügyi erőforrást felhasználja annak biztosítására, hogy a beteg életkörülményei alapján az adott problémára az optimális ellátást kapja, és végigkíséri páciense útját az egészségügyi ellátórendszer útvesztőiben, mindig szem előtt tartva, hogy a csecsemőket, gyermekeket és serdülőket meg kell óvni a szükségtelen szűrésektől, tesztelésektől és kezelésektől. (http 7)

Az ECPCP céljai között deklarálja a gyermekek alapvető jogát az egészséghez és a legmagasabb szintű ellátáshoz. Hangsúlyozza az alapellátó gyermekorvosok szerepét a gyermek születése előtti tanácsadástól egészen felnőttkorának határáig történő ellátásában, megelőzésében, egészségnevelésében, végig tekintettel a gyermek szükségleteire és fejlettségi állapotára (és nem elsődlegesen az életkorára!), családi és szociális környezetére. Ösztönzi az alapellátó gyermekorvoslás hangsúlyosabb megjelenését az egyetemi oktatásban (a képzés minden szintjén), illetve a kutatásban. A folyamatos továbbképzés és minőségbiztosítás révén a gyermekorvosi alapellátásnak a helyes orvosi gyakorlat (*good clinical practice*, *GCP*) protokolljai szerint kell működnie. (http 8)

A WHO csecsemők, gyermekek és serdülők egészségéért felelős egysége 2018-ban publikálta működési útmutatóját a gyermekkori halálozás létesítmény-alapú ellenőrzéséhez és felülvizsgálatához. A dokumentum szerint a gyermekek halálozásában szerepet játszó, megváltoztatható tényezők közé tartoznak az alapellátási szolgáltatásokban és utalási rendszerekben mutatkozó problémák, késések. Lépéseket kell tenni a periférián lévő ellátóhelyek bezárása ellen, illetve a megbízható gyógyszerellátás biztosítása, a téves diagnózisok, késedelmes továbbutalás elkerülése, az egészségügyi dolgozók kompetenciájának növelése, valamint a betegek biztonságos és gyors szállításának garantálása érdekében. (WHO, 2018b)

2.3.3 Alapellátás a WHO európai régiójában és az Európai Unióban

Az Európai Régió számos szakpolitikát, stratégiát és állásfoglalást dolgozott ki az elmúlt évtizedekben, amelyek segítették a méltányos és hatékony alapellátás kialakulását, az „egészségügyi lefedettség” kiterjesztését, és előmozdították a kezdettől fogva támogatott, de nem egyetemesen elfogadott Alma-Ata nyilatkozatban foglalt víziót. (CHAN, 2008)

2. táblázat: Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) európai igazgatósága ülésein született állásfoglalások alapellátásra vonatkozó főbb iránymutatásai a tagállamokra vonatkozóan

Dokumentum és a kiadás éve	Tagállamokra vonatkozó iránymutatás
Ljubljanai Charta az egészségügyi ellátás európai reformjáról, 1996	Egészségügyi rendszerek javítása, érték-, egészség-, ember- és minőség-központúság, megbízható finanszírozás, alapellátási orientáció
EUR/RC55/R8 állásfoglalás, 2005	Alapellátásra épített európai egészségügyi rendszerek megerősítése, tagállami reform stratégiák

EUR/RC57/R1 állásfoglalás, 2007	
EUR/RC59/R4 határozat az "Egészségügyi munkaerő-szakpolitikákról a WHO európai régiójában", 2009	Egészségügyi humán erőforrás politikák, munkaerő-tervezés az alapellátásban
Tallinni Charta az egészséget és a jólétet előmozdító egészségügyi rendszerekről, 2008	A hatékony alapellátás fontossága a minőségi egészségügyi szolgáltatások mindenki számára történő biztosításában
EUR/RC61/R2 állásfoglalás, 2011	Keretrendszer az európai közegészségügyi kapacitások és szolgáltatások megerősítésére
EUR/RC61/R3 állásfoglalás, 2011	Cselekvési terv az alapellátás szerepének megerősítésére a nemfertőző betegségek megelőzésére és ellenőrzésére irányuló európai stratégia végrehajtására
A Közegészségügyi Kapacitások és Szolgáltatások Megerősítésének Európai Cselekvési terve, 2012	Az alapellátáson keresztül nyújtott egészségfejlesztési és betegségmegelőzési szolgáltatások továbbfejlesztésének módjai
Health 2020 stratégia, 2013	Partnerségen, részvételen, innováción alapuló alapellátás, mint a XXI. századi egészségügyi rendszerek sarokköve
EUR/RC65/13 határozat "Az egészségügyi rendszerek megerősítésének 2015-2020-as prioritásai a WHO európai régiójában", 2015	A XXI. századi kihívásainak megfelelő proaktív, emberközpontú egészségügyi szolgáltatások
EUR/RC66/15 határozat, 2016	Az alapellátás, a közösségi alapú szolgáltatások és a kórházak integrációja, az ellátás folytonossága és életre szóló jellege
Átfogó cselekvési terv a nemfertőző betegségek megelőzésére és leküzdésére a WHO európai régiójában 2016-2025-re, 2016	Alapellátás, mint az egyéni szintű beavatkozásokra irányuló intézkedések helyszíne
EUR/RC66/R4 határozat "Útban a fenntartható fejlődés 2030-as menetrendjének végrehajtása felé a WHO európai régiójában", 2016	"Az egészség nem csak önmagában cél, hanem eszközként szolgál más SDG-k eléréséhez"
EUR/RC67/9 állásfoglalás, 2017	Közös keretrendszer a Health 2020, az SDG és a nemfertőző betegségekre vonatkozó cselekvési tervre
EUR/RC68/R3 állásfoglalás, 2018	Az alapellátás fenntartható finanszírozása; az alapellátás, mint prioritás a megelőzésben és az egészségfejlesztésben

Forrás: WHO (1996; 2007; 2008; 2009a; 2009b; 2011a; 2011b; 2011c; 2012; 2013; 2015b; 2015c; 2016d; 2016e; 2017b; 2018c) alapján saját szerkesztés

A Regionális Iroda összegyűjtötte és továbbfejlesztette ezeket a szakpolitikai állásfoglalásokat annak érdekében, hogy az egészségügy új európai politikájának jövőképét, értékeit, fő irányait és megközelítéseit fejlessze (WHO, 2011c) a Health 2020 (WHO, 2013b) formájában.

Az európai régió 53 országa hagyta jóvá 2013-ban a Health 2020 stratégiát, amelynek célja, hogy jelentősen javítsa a lakosság egészségét és jólétét, csökkentse az egészségügyi egyenlőtlenségeket, erősítse a közegészségügyet, és biztosítsa az egyetemes, méltányos, fenntartható, emberközpontú, magas színvonalú egészségügyi rendszerek működését. (WHO, 2013b)

Az Health 2020 stratégia hangsúlyozza az egészség fontosságát, mint az európai országok gazdasági és társadalmi fejlődéséhez elengedhetetlen fontosabb társadalmi erőforrást és eszközt, és arra kötelezi a tagállamokat, hogy cselekedjenek az egészség társadalmi és környezeti tényezőit illetően. Két stratégiai irányt határoz meg: a „health for all”, azaz az egészséghez való hozzáférés

növelése és az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése, valamint, a menedzsment és a részvételen alapuló irányítás fejlesztése az egészségügyben. (WHO, 2013b)

Az emberközpontú egészségügy fundamentuma az alapellátás, amely partnerségen és az emberek részvételén alapul, illetve a 21. századi eszközök és innovációk (IKT, közösségi média) használatán. A közegészségügyi funkciók és kapacitások ilyen módon történő erősítése előmozdítja az egészségvédelmet, az egészségfejlesztést és a betegségek megelőzését, lehetővé téve az országok számára, hogy költséghatékony módon jobb és méltányosabb egészségügyi eredményeket érjenek el (WHO, 2013b).

A stratégia elkötelezett az alapellátás, mint a XXI. századi egészségügyi rendszerek sarokköve és a partnerségen keresztül megvalósuló hozzáadott értékteremtés mellett (WHO, 2013b). Ez a megközelítés elősegíti az interdiszciplináris és interszektoriális együttműködést, beleértve az emberi, környezeti és állat-egészségügyi ágazatokat is, és Európa-szerte az érdekeltek - köztük a civil társadalom - széles körét vonja be a közegészség hatékonyságának növelése és a közös célok elérése érdekében.

Az erős, tartós és következetes régiós szakpolitikák, az Egészség 2020 stratégia által biztosított lendület (WHO, 2013b), a Tallinni Charta (WHO, 2008) és az SDG-k (ENSZ, 2015), valamint a különböző kontextusbeli változások egyedülálló lehetőséget jelentettek az Európai Régió számára, hogy teljesítse a 21. századi jóléti és szolidáris egészségügyi rendszerek létrehozása érdekében tett „merész” vállalásokat.

Ennek a lehetőségnek a valóságra való átültetése a tagállamok politikai akarát igényli, amint az a Tallinn Charta 10. évfordulója alkalmából megjelent eredménynyilatkozatában (WHO, 2018c) is említésre került. Az eredménynyilatkozat megerősíti, hogy a tagállamoknak összpontosítani kell:

- a befogadásra (inclusion), az egészségügyi lefedettség, a hozzáférés és a finanszírozási háttér mindenki számára történő biztosításával
- a beruházásokra (investment), az egészségügyi rendszerekbe történő befektetéssel; és
- az innovációra (innovation), az emberek igényeinek kielégítésére szolgáló innovációk és rendszerek hasznosításával (WHO, 2018c).

Az Európai Unió egészségügyi programja (Health Programme) egy finanszírozási eszköz a tagállamok közötti együttműködés támogatására, valamint az EU egészségügyi tevékenységeinek megszilárdítására és fejlesztésére. Az egészségügyi program jogalapjáról az Európai Parlament és a Tanács állapodik meg többéves időtartamra. A jelenlegi, harmadik egészségügyi program jogszabályi háttérét a 282/2014/EU rendelet adja. Az egészségügyi program 449,4 millió eurós költségvetéssel és 23 kiemelt terület meghatározásával négy konkrét célt szolgál:

- Az EU polgárainak egészségfejlesztése és az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése
- Az egészségügyi innováció ösztönzése és az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságának javítása
- Összpontosítás a tagállamok aktuális egészségügyi kérdéseire
- A tagállamok közötti együttműködés támogatása és ösztönzése

A program négy specifikus célt (prioritási területet) is meghatároz:

- Az egészségügy fejlesztése, a betegségek megelőzése és az egészséges életmódot támogató környezet kialakítása
- A polgárok védelme a határokon átnyúló súlyos egészségügyi veszélyektől
- Hozzájárulás az innovatív, hatékony és fenntartható egészségügyi rendszerek létrehozásához
- A jobb és biztonságosabb egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés megkönnyítése az uniós polgárok számára

2.3.4 Az alapellátás fontossága a COVID-19 világjárvány idején

A WHO 2020 márciusában kelt időközi útmutatása szerint az egészségügyi alapellátás nélkülözhetetlen részét képezi a koronavírus járvány elleni globális védekezésnek. Kapuóri szerepe megerősíti az ellátórendszer reagálóképességét: elkülöníti a fertőzést más légzőszervi betegségektől, korai diagnózist biztosít, segít a kiszolgáltatott embereknek megküzdeni a vírus okozta szorongásukkal, és tehermentesíti a kórházi ellátást, csökkentve az utóbbi iránti igényt. A COVID-19 esetszámainak emelkedésével növekszik az alapellátási szolgáltatásokra mutató szükséglet. Az egészségügyi kormányzatoknak erre reagálva az alapellátás szintjén a megfelelő intézkedéseket kell meghozniuk a járványkezelés támogatására: stratégiát kell kidolgozni a túlterhelés elkerülésére, készletezni szükséges a védőeszközökből, gyógyszerekből, és biztosítani a gyors alkalmazkodás képességét a sérülékeny csoportok igényeinek kielégítésére. Az alapellátás fenntartása ezen túlmenően a megelőzhető halálozás csökkentése érdekében elengedhetetlen.

A dokumentum szerint az alapellátás fő elvei a COVID-19 elleni harcban a következők: 1) a lehetséges esetek lehető leghamarabb történő azonosítása és kezelése; 2) a fertőzések kockázatának elkerülése a kapcsolattartóknál és az egészségügyi dolgozóknál; 3) az alapvető egészségügyi szolgáltatások fenntartása; 4) a meglévő felügyelet fokozása, például az influenzaszerű betegségek és a súlyos akut légúti fertőzések esetében; 5) a kockázati kommunikáció és a közösségi elkötelezettség erősítése. (WHO, 2020b)

2.4 Az egészségügyi ellátórendszer felépítése Magyarországon

A szakirodalmi áttekintés jelen alfejezetében felvázolom a magyar egészségügyi ellátórendszer felépítését, az alapellátás, azon belül is a házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátás szabályozási hátterét, a körzetek kialakításának kritériumait.

2.4.1 Az egészségügyi ellátások köre, helye az egészségügyi rendszeren belül

Egészségügyi ellátórendszernek hívjuk a gyógyító-megelőző ellátásokat nyújtó egészségügyi szolgáltatók összességét adó rendszert. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében egészségügyi ellátás „a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.”

A törvény értelmében egészségügyi szolgáltató „a tulajdoni formától és a fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására alkalmas és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.” Egészségügyi szolgáltatás pedig „az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet, valamint a mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddővé-tételt, az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, továbbá a halottvizsgálattal, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal, - ideértve az ehhez kapcsolódó - a halottak szállításával összefüggő külön jogszabály szerinti tevékenységeket is.” (1997. évi CLIV. tv. 3. § 1/e)

A Magyarország Alaptörvényében benne foglaltatik, hogy mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. E jog érvényesülését segíti a genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdaság, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosítása, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezése, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatása, valamint a környezet védelmének biztosítása. (Magyarország Alaptörvénye, 2011)

Megbetegedés esetén valamennyi magyar állampolgár jogosult törvényi jogszabályban foglalt támogatás igénybevételére. A betegjogokat és kötelezettségeket az egészségügyi törvény 2. fejezete tartalmazza. A törvényi rögzítés garantálja, hogy a páciensek egyenrangú félként jelenjenek meg az ellátás során. (BORBÁS et al., 2008)

Az egészségügyi törvény 2. fejezete értelmében a betegjogok a következő jogcímeket jelentik: az egészségügyi ellátáshoz való jog, az emberi méltósághoz való jog, a kapcsolattartás joga, a gyógyintézet elhagyásának joga, a tájékoztatáshoz való jog, az önrendelkezéshez való jog, az ellátás visszautasításának joga, az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga, az orvosi titoktartáshoz való jog.

A törvény előírja, hogy a társadalombiztosítás teljes körű ellátására való jogosultságot csak biztosított személy szerezheti meg. Az ellátások fedezetét részben a járulékfizetés teremti meg. A biztosítási kötelezettség általában valamilyen munkavégzésre irányuló, jövedelemszerző jogviszony alapján jön létre, de a lehető legszélesebb körű közteherviselés érdekében járulékfizetési kötelezettség terheli a nem munkavégzésre irányuló jogviszonyban állókat is, akik azonban az egészségbiztosítás ellátásai közül csak a természetbeni ellátásokra szereznek jogosultságot. (BORBÁS et al., 2008)

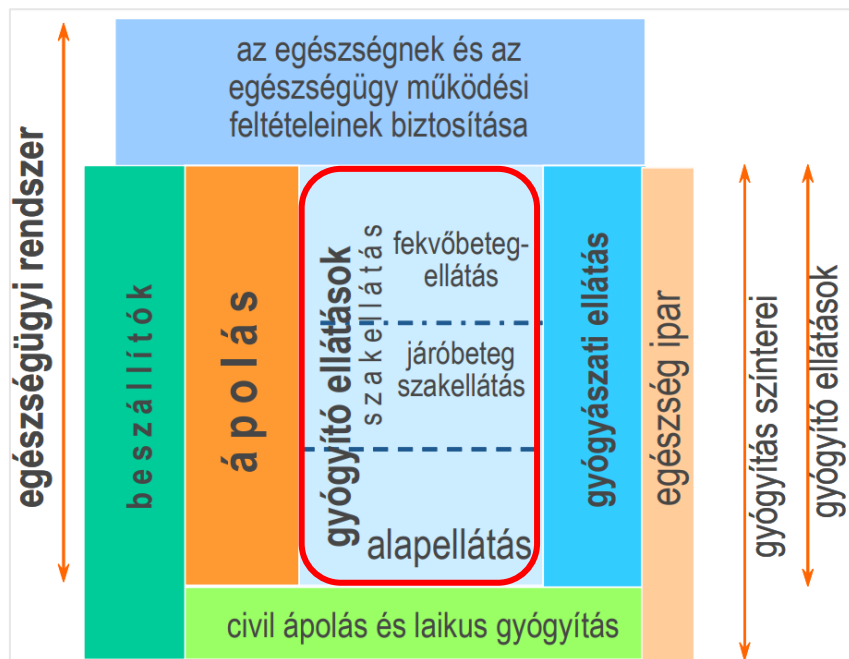
Magyarországon az egészségügyi ellátórendszerben az ún. progresszív ellátás elve érvényesül. Ez azt jelenti, hogy az ellátás kötelezően feladatmegosztáson alapuló, hierarchikus rendszerben zajlik.

Az egészségügyi törvény szerint „az egészségügyi ellátások rendszere az eltérő egészségi állapotú egyének differenciált ellátását szolgáló, a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló intézményrendszerre épül, amelyben az egyén egészségi állapotának összes jellemzője együttesen határozza meg a szükséges ellátási szintet. A progresszív ellátás elve az egészségügyi ellátás valamennyi szintjén érvényesül.” (1997. évi CLIV. tv. 75. § /3)

A progresszív ellátás alapelve, hogy minden páciensnek megfelelő ellátásban kell részesülnie, a betegség által megkövetelt szinten. Nem végezhető el a beteg kezelése a szükséges kompetenciák hiányában, de az erőforrás-intenzív, emelt kompetenciájú és felszereltségű szolgáltatók sem láthatnak el a képességüknél alacsonyabb szinten is kezelhető eseteket. (BORBÁS et al., 2008)

Mivel a betegségek gyakorisági eloszlása eltérő, a gyakoribb (és általában egyszerűbb) eseteket a beteg lakóhelyéhez közeli, alacsonyabb szintű ellátórendszeri egységekben kezelik, míg a ritkább, bonyolultabb esetekkel a központosított, nagyobb területi szintű intézményekben látják el. Hazánkban a legalsó szint az alapellátás, míg a legmagasabb szintű ellátás az országos intézményekben és egyetemi klinikákon valósul meg. (RÁCZNÉ, 2004)

Szakellátás keretében egy adott szervrendszerre vagy betegségcsoportra specializálódott szakorvos által nyújtott ellátás, amelyben megszabott igénylési rend alapján, átmeneti ideig (a probléma megoldásáig) diagnosztikai, illetve terápiás tevékenységet végez. (BORBÁS et al., 2008)



12. ábra: Az egészségügyi rendszer elemei, középpontban az egészségügyi ellátórendszer progresszivitás szerinti szintjeivel

Forrás: KINCSSES (2010)

Az egészségügyi törvény alapján a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátást, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozást járóbeteg-szakellátásnak nevezzük.

A járóbeteg-szakellátás feladata a megelőzés, gyógykezelés, szakorvosi gondozása (otthoni szakápolás elrendelése, rehabilitációt is) szakorvosi konzíliumok elvégzése (akár a beteg otthonában is), szükség esetén a beteg más járóbeteg-szakrendelésre vagy szakambulanciára történő beutalása, olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozások végzése, amelyeket követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, intézeti háttérrel igénylő ellátás szükségessége esetén a beteg fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő beutalása. Az általános járóbeteg-szakellátáson túlmenően biztosítani szükséges a speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel működő, különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igénylő speciális járóbeteg-szakellátást a betegségek gyakorisága alapján. (1997. évi CLIV. tv.)

Az egészségügyi szolgáltató az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003 ESzCsM rendeletben foglaltak szerint „a járóbeteg-szakellátás körében szakrendelés, gondozó, szakambulancia, rendelőintézet, mobil egészségügyi szolgálat, állomás illetve központ, laboratórium, diagnosztikai központ, hospice szolgálat az adott egészségügyi szakma vagy szakképesítés elnevezés használatára jogosult.” A rendelet alapján járóbeteg-szakellátás keretein belül végezhető kórházi ellátást kiváltó ellátások az egynapos sebészet és a nappali kórházi ellátásotthoni szakápolás.

A fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett ellátás az ún. fekvőbeteg-szakellátás, melynek igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. (1997. évi CLIV. tv. 91. § (1)) A finanszírozás módja (az ellátás célja, jellege) szerint beszélhetünk aktív és krónikus fekvőbeteg-ellátásról. Aktív fekvőbeteg-ellátás esetén rövid, tervezhető időtartamú gyógyító, megelőző, rehabilitáló ápolási tevékenység történik, melynek célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása, függetlenül attól, hogy akut vagy krónikus betegségről van-e szó. Az

egészségi állapot helyreállítására, stabilizálására, fenntartására irányuló, hosszabb (nem tervezhető) időtartamú ellátást nevezük krónikus fekvőbeteg-ellátásnak. A betegség miatt létrejött funkciózavar (pl. mozgáskorlátozottság, meddőség stb.) helyreállítására irányuló eljárások, ellátások összessége a rehabilitáció, melynek része a fizioterápia, a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatás-terápia, a gyógyászati segédeszköz-ellátás és használatuk betanítása. (BORBÁS et al., 2008)

2.4.2 Az egészségügyi alapellátás hazai jogszabályi alapvetései

Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény 1. § (1) bekezdése szerint „Az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül.”

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

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

Az alapellátás jogszabályban meghatározott területei:

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

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

2.4.3 A házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátás jogszabályi háttere

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

A házi orvosi ellátás a védőnői és fogászati ellátás kompetenciáján kívül eső esetekben elsőként felkeresendő ellátási szint, a kötelező egészségbiztosítás terhére. A házi orvos törvény által feljogosított egészségügyi adataink kezelésére. A házi orvos egyéb, nem a társadalombiztosítás által finanszírozott orvos-szakértői feladatot is ellát, pl. látélet kiadása, orvosi szakvélemény adása jogosítványhoz, fegyverviseléshez, stb. A házi orvosi ellátás a településszerkezettől függően szerveződhet gyermek-körzetbe (14 éven aluli lakosok alapellátására), felnőtt körzetbe (14 éven felüli lakosság ellátására) vagy vegyes körzetbe (életkori korlátozás nélkül a teljes lakosság ellátására). A törvény szerint – a területi korlátok mellett – a házi orvos szabad megválasztása minden állampolgárnak alapvető joga. (ÁEEK, é.n.)

A házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet értelmében a házi orvosként történő működés általános orvosi diplomával rendelkező szakembert kíván, aki rendelkezik vagy általános orvostani, vagy házi orvostani szakképesítéssel, vagy egyidejűleg belgyógyászati szakorvosi képesítéssel és 10 év körzeti orvosi/házi orvosi gyakorlattal, vagy 1998. december 31-ig 25 éven keresztül folyamatosan körzeti vagy házi orvosként praktizált. Legfeljebb négy évig az az orvos is dolgozhat házi orvosként, aki házi orvosi licence-vizsgával rendelkezik, tehát a képesítés megszerzéséhez házi orvosi szakgyakorlat folytatására jogosult (a Praxis-I. program részleteinek leírását ld. később). A fentiek a házi gyermekorvosra nem vonatkoznak. Az az orvos lehet házi gyermekorvos, aki csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvosi képesítéssel rendelkezik.

Területi ellátási kötelezettséggel bíró házi orvosi szolgálatot az önkormányzattal kötött feladatellátási szerződés alapján elláthat az a házi orvosi szakképesítés nélküli szakorvos, aki a jogszabály által felsorolt harmincnégyféle szakképesítés valamelyikével rendelkezik (a Praxis-II. program részleteinek leírását ld. később). Ebben az esetben az Állami Egészségügyi Ellátó Központtal (ÁEEK) kötött képzési szerződés birtokában a házi orvostan szakképesítés megszerzéséig, de legfeljebb a házi orvosi tevékenység megkezdésétől számított 5 évig végezhető a házi orvosi tevékenység. (4/2000. (II. 25.) EüM rendelet)

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

2.4.4 A házi orvosi és házi gyermekorvosi körzetek kialakításának kritériumai

Az alapellátásról szóló törvény rendelkezéseinek megfelelően a házi orvosi körzeteket úgy kell kialakítani, hogy a házi orvosi rendelő a körzet legtávolabb eső pontjától is – tömegközlekedéssel vagy gyalogosan – 15 percen belül megközelíthető legyen, illetve, hogy a körzetben lakók száma biztonsággal elérje a finanszírozási minimumot, azonban ne haladja meg a szakmai szempontból még elfogadható maximális létszámot, illetve, hogy adottak legyenek a házi orvosi ellátás személyi és tárgyi feltételei.

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet értelmében új, területi ellátási kötelezettséggel működő felnőtt háziorvosi szolgálatra 1200-1500 fő közötti 14 év feletti (vegyes körzetre életkori korlátozás nélküli) lakosságszám esetén köthető finanszírozási szerződés, míg a gyermekkörzetek esetében a finanszírozhatóság intervalluma 600-800 fő 14 év alatti gyermek. A már működő körzetekre ez a finanszírozási minimum természetesen nem vonatkozik. A rendelet értelmében új körzet kialakítása esetén a díjazást a NEAK a körzet kialakítását követő egy éven át kiegészíti az adott típusú háziorvosi körzetek előző évi teljesítménye szerinti átlagos havi díjazásának mértékéig, amely az első hónaptól kifizetésre kerül.

Az említett rendelet nyomán a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) a szolgálatok havi jelentései alapján nyilvántartást vezet az oda bejelentkezett biztosítottakról. A több nyilvántartásban szereplő biztosítottak régebbi bejelentkezéseit a NEAK törli, csakúgy, mint az elhunyt személyek adatait, és erről a szolgáltatóknak a finanszírozási utalással egyidejűleg tájékoztatást nyújt. A praxishoz bejelentett biztosítottak létszáma és életkora, illetve a szakképzettség alapján kalkulált pontszám egy bizonyos szint felett degresszióval korrigált: a felnőtt és a gyermek háziorvosi szolgálatokban 2400, a vegyes körzetekben 2600 pont felett csökken a finanszírozás. (A hivatkozott jogszabály további rendelkezéseket tartalmaz a degresszió alóli mentesség részleteiről.)

2.4.5 A tartósan betöltetlen háziorvosi és házi gyermekorvosi körzetek

A 313/2011. (XII. 23.) kormányrendelet rendelkezései szerint a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi körzet, amelyben az ellátási kötelezettségnek hat hónapot meghaladóan csak helyettesítéssel tudnak eleget tenni, kivéve, ha ennek az az oka, hogy a körzetet ellátó háziorvos munkavégzésében akadályoztatva van, vagy amelyben - a helyettesítés kivételével - az önkormányzat az ellátás nyújtásáról legalább hat hónapig nem tud gondoskodni önálló orvosi tevékenység végzésére jogosult személlyel.

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

2.4.6 Praxisjog nyilvántartás

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény, illetve az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet szerint önálló háziorvosi tevékenység feltétele az ún. praxisjog nevű vagyoni értékű jogot engedélyező határozat jogerőre emelkedése. A praxisjog az egészségügyi államigazgatási szerv (a Kormányhivatalok járási népegészségügyi intézetei) által adott engedély, amely feljogosítja az illető személyt, hogy az önkormányzat által kijelölt körzetben önálló háziorvosi tevékenységet folytasson. A praxisjog meghatározott feltételek mellett elidegeníthető és folytatható, ugyanakkor bérbe, haszonbérbe nem adható. A területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosok működtetési joga 2012. január 1-től minősül praxisjognak. Fontos különbség a régi működtetési jog és az azt felváltó praxisjog között, hogy előbbi kiterjedt a területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező praxisokra is, illetve csak a doktor személyéhez kötődött, míg a praxisjog csak a területi ellátási kötelezettséggel

bíró praxisokra vonatkozik, és az orvos személye mellett az ellátott körzethez is kapcsolódik. A praxisjog önmagában nem jogosítja fel a tulajdonosát arra, hogy az adott praxisban dolgozzon: az önkormányzatra vonatkozik az ellátás megszervezésének kötelezettsége, aki csak a praxisjoggal rendelkező orvossal köthet feladatátadási szerződést vagy nevezheti ki háziorvossá.

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

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

2.5 A háziorvosi és házi gyermekorvosi alapellátás Magyarországon, a szakirodalom tükrében

A soron következő alfejezetben szintetizálom a háziorvosi alapellátás történetiségét, szerkezeti és humán erőforrás jellemzőit, finanszírozását, szakmai követelményeit, aktuális történéseit, szerveződéseit tárgyaló szakirodalmi forrásművek releváns eredményeit. Ismertetem a házi gyermekorvosi ellátás speciális problémáit. Felvonultatom az alapellátás fejlesztését, megújítását célzó szakpolitikai stratégiák, programdokumentumok célkitűzéseit, valamint részletezem a konkrét, a körzetek betöltését célzó képzési és támogatási programokat. A már futó kezdeményezések mellett ismertetem még csak elméleti szinten létező, de nagy valószínűséggel a megoldás részét képező lehetőségeket az alapellátás reformjára, hozzáférési problémáinak kezelésére.

2.5.1 A magyar háziorvoslás fejlődése és jelene

Magyarországon a második világháborút megelőzően nem létezett területi alapon szervezett alapellátási rendszer: a magánorvoslás volt a jellemző, és kevés volt a specializált szakorvos. A szocializmus éveiben a körzeti orvosok szovjet típusú alapellátási rendszere honosodott meg, és ez a hivatás kevés presztízzsel bírt az egészségügy rendszerében (RURIK, 2019), miközben a kizárólag állami egészségügyi ellátást az „ingyenesség”, a beteg orvosválasztási szabadságának korlátozottsága, alacsony színvonal és általános hiánytünetek jellemezték (SCHMIDT et al., 2019). Közvetlenül a rendszerváltozás előtti években az akut eseteket ellátó kórházi ellátás fejlesztése prioritást élvezett az alapellátás fejlesztésével szemben. A település-hierarchia mentén jelentős különbségek alakultak ki az alapellátás körülményeit illetően: a falvak körzeti orvosi rendelőinek általános működési feltételei és az ellátórendszer magasabb szintjeivel való kapcsolata alulmaradt a városi rendelőkhez képest, miközben jóval nagyobb betegforgalmat bonyolítottak (OROSZ, 1989).

A házi orvosi és házi gyermekorvosi szolgálatról szóló 6/1992. III. 31. NM rendelettel indult el Magyarországon az egészségügyi alapellátás rendszerváltozás utáni reformja. Ez az év volt a kezdete a beteg szabad, tartós orvosválasztásán alapuló, társadalombiztosításra épülő, korrigált fejkvóta jellegű finanszírozású, „general practitioner” típusú házi orvosi rendszernek, és a kormányzat az alapellátási reform keretében rögtön egy 50%-os béremeléssel igyekezett hozzájárulni a szakma vonzerejéhez és elismertségéhez (KINCSES, 2016a). Az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral szerződéses jogviszonyban a házi orvos vállalkozóként önállóan végezte a praxishoz kapcsolódó feladatokat, ám nem vált még tulajdonosává az orvosi rendelőnek és berendezéseinek (SCHMIDT et al., 2019). A házi orvosi praxisok finanszírozását megalapozó ún. „Kincses-képlet” (1992) végső változata a következőképpen bontotta komponenseire a praxisok bevételi oldalát:

$$\text{A praxis aktuális bevétele} = (\Sigma P_m + \Sigma G_m) * P_{Ft} * O_{ssz} + \Sigma TP$$

Ahol

ΣP_m = a regisztrált betegek életkorral korrigált súlyszámainak összege

ΣG_m = a rendszeres gondozásban tartott betegek gondozási súlyszám-összege

P_{Ft} = az egy súlyszám aktuális pont/forint-értéke

O_{ssz} = az orvos saját súlyszáma, szakképzettségi mutatója (szakvizsgák és pályán töltött idő alapján)

$\Sigma TP = TP_r + TP_{tsz}$

ahol

TP_r = A település hátrányos földrajzi, gazdasági helyzete, „ruralitása” miatt járó területi pótlék

TP_{tsz} = A település-szerkezet miatt járó területi pótlék: hány településen, hány, milyen távolságra levő rendelőt kell ellátnia.

A rendszer fejlődőképességét a későbbiekben nagymértékben korlátozta, hogy a szabad orvosválasztás nem indukált a minőséget javító versenyt a szolgáltatók között, inkább csak a városokban, ahol több orvos praktizált, és nem bontakozott ki a megelőző, gondozási kompetenciája az alapellátásnak (KINCSES, 2016a; RURIK, 2019). Sok konfliktus származott az alapellátási feladatok önkormányzati hatáskörbe utalásáról, illetve – ezzel összefüggően – a praxisjog-vásárlás kényszeréből (KINCSES, 2016a). A közalkalmazottból vállalkozóvá váló házi orvosok hatékonyabban gazdálkodhattak forrásaikkal, melynek köszönhetően a házi orvoslás egy vonzó életkilátásokkal kecsegtető szakma lett. Nem függetleníthető a hivatás népszerűségének felfutása a kórházi elbocsátásoktól sem, illetve jelentő számú praxist töltöttek fel a határon túlról érkező magyar szakemberek is. A minőség javítására tett lépésként 1998-tól kötelező a házi orvosi szakvizsga a praxisjog megszerzéséhez (RURIK, 2019), amely alól kizárólag azok kaphattak felmentést, akik legalább 25 éve dolgoztak a praxisban, illetve azok belgyógyász-szakorvosok, akik tíz éve vagy régebben a körzetben dolgoztak. A házi orvosok mintegy fele semmilyen szakvizsgával nem rendelkezett 1992-ben, házi orvosi szakképesítése mindössze a rendszerben praktizálók egynegyedének, további egynegyedének pedig valamilyen egyéb klinikai szakvizsgája volt, amely a '90-es évek folyamán óriási kihívást jelentett az átképzési igény miatt az akkor működő 5 db családorvosi tanszéknek (RURIK et al., 2008; RURIK, 2009). A házi gyermekorvosokat mindez nem érintette, mivel ők eleve csak szakvizsga birtokában praktizálhattak (SCHMIDT et al., 2019). A gazdaságosságot szolgáló intézkedés volt a normatív teljesítményelvű finanszírozás bevezetése, melynek keretében a házi orvosnak a praxishoz bejelentkezett betegek száma után jár térítés. A korhoz kötött korrigált fejkvóta (kártyapénz) az életkorral egyenesen arányos morbiditást tekintette a teljesítmény alapjának. A fix díjazás indoka a kártyák számától független rendelkezésre állás, rendelői nyitvatartás szükségessége volt. A szakmai szorzó bevezetése mögött a szakképesítés ténye állt. (GARAI, 2010)

Ma az alapellátásban a háziiorvosi finanszírozás alapvetően tehát fejkvóta alapján történik (és ez adja a praxis bevételeinek közel 70%-át), melyben minden egyes bejelentkezett beteghez egy adott összeg tartozik, függetlenül annak ellátási igényétől, amely kiegészül az életkort és az orvos képesítését mérlegelő kiigazítással. Ide tartozik – többek között – az teljesítményalapú finanszírozás (P4P) és a földrajzi elhelyezkedéstől függő, fix összegű juttatás, amelyek a bevételek fennmaradó 30%-át fedik le. (OECD, 2019) A háziiorvosi szolgáltatók FÜREDI (2017) összefoglalója szerint a háziiorvosi szolgálat működtetése után az alábbi jogcímenen részesülhetnek havi finanszírozási díjban: Fix összegű díjazás; Területi kiegészítő díjazás; Teljesítményarányos díjazás; Eseti ellátás díjazása; Jogviszony ellenőrzésekért járó díjazás; Indikátorrendszerben elért eredmények után járó díjazás; Szakdolgozói kiegészítő díjazás; Rezsitámogatási díjazás.

RURIK (2019) összegzéséből kiderül, hogy 2018-ban egy átlagos méretű (1500 fős) háziiorvosi praxis havi finanszírozása körülbelül másfél millió Ft volt, ennek nagyjából a fele függ a bejelentkezettek számától. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a közterhek (áfa és a szociális hozzájárulási adó) összege azonnal visszaáramlik az állami költségvetésbe. A 2018-as évtől kezdve 130 ezer Ft összegű havi rezsitámogatás jár a háziiorvosi praxisoknak. A rendelkezésre álló finanszírozásból az orvos és alkalmazottai bérköltségei nehezen kigazdálkodhatók, és a gépjárműhasználat adózási szabályai diszkriminatívak.

A túlhaladott finanszírozási és szervezeti keretrendszer miatti hatékonyságvesztésről számol be az alapellátásban DÓZSA, SINKÓ & GAÁL (2017): a szerzők KRINGOS (2015) alapján hangsúlyozzák, hogy az elkülönült praxisok más egészségügyi szolgáltatókkal csak korlátozottan megvalósuló interakciói hátráltatják a hatékony betegút-menedzsmentet. Az ÁEEK „MÉRTÉK” teljesítményjelentésére (2015) alapozva kiemelik, hogy európai összehasonlításban Magyarországon az egyik legmagasabb az elkerülhető kórházi felvételek aránya. A szerzők a fentiekre alapozva az integráció fontosságára hívják fel a figyelmet: legyen nagyobb a praxisok szerepvállalása a betegút-menedzsmentben (az akut, sürgős, és a krónikus esetek ellátásában), működjenek együtt egymással és más szakterületekkel, alkossanak csoport-praxisokat, és eközben törekedjenek az indokolatlan kórházi beutalások és a kiadások csökkentésére.

Mára a háziiorvosi szakma elöregedőben van, az ÁEEK adatai szerint (RURIK [2019] adatgyűjtése) a háziiorvosok 43 százaléka, a házi gyermekorvosoknak pedig 48,5 százaléka már betöltötte a 60. életévét. Sok idősebb háziiorvos nem tud nyugdíjba menni, mert nincs, aki átvegye a praxist (RURIK, 2019). A háziiorvosi szakmát elvándorlás sújtja (amit a képzés kibocsátása sem tud ellensúlyozni), és nem képes megbirkózni a növekvő elvárások és gyorsan fejlődő technológiák keltette kihívásokkal (KINCSES, 2015). A hatéves egyetemi általános orvostudományi képzést követően a háziiorvostan szakma rezidensképzési ideje mindössze három év, amely igen kevés (RURIK, 2019). Szegedi orvostanhallgatók körében végzett felmérésük eredményeként MOHOS és szerzőtársai (2019) arról számolnak be, hogy kevés medikus készül családorvosi pályára, míg a családorvosi hivatás iránt érdeklődők rendszerint kedvezőtlenebbnek ítélik az egészségügy helyzetét. MOHOS és TORZSA (2020) szerint a háziiorvosok rendelkezésre állásának jelenlegi szinten való megtartása csak úgy képzelhető el, ha a pályaválasztásban bizonytalan hallgatók közül is elhelyezkednek a családorvoslásban, nem csak a tudatosan háziiorvosnak készülőök. E nélkül a megüresedő körzetekkel járó, egyre fokozódó problémák tovább erodálják a hivatás vonzerejét, még inkább megnehezítve az utánpótlás biztosítását, amely így öngerjesztő folyamattá válik (http 9). A szerzők tapasztalatai szerint a graduális képzésben való hangsúlyosabb megjelenés, a hivatás tekintélyének növelése és a színvonalasabb munkavégzés teheti vonzóbbá a pályát a fiatalok

számára. Méltatlanul alacsony ugyanis a szakma presztízse DÓZSA, SINKÓ & GAÁL (2017) diagnózisa szerint is: a szerzők olyan kedvezőtlen sztereotípiákat hoznak példaként, hogy „a háziiorvoslás favágás valódi orvosi munka helyett”, „a háziiorvos eszköztelen”, „a háziiorvosi tevékenység nem több utalványozásnál”, „aki ezt a hivatást választja, az szakmailag leépül, a szakmai fejlődés, perspektíva hiányával kell számolni” – mindezen prekoncepciók annak ellenére tartják magukat a közvélekedésben, hogy a háziiorvosok képzettségi szintje és finanszírozási helyzete jelentős mértékben javult az elmúlt években.

A fent vázolt folyamatok tükrében nem meglepő tendencia a területi körzeteket ellátó háziiorvosi praxisok kiürülése. A tartósan betöltetlené váló praxisok jellemzően a kis létszámú, hátrányos helyzetű térségekben található körzetekben alakulnak ki. (RURIK, 2019) A nagymértékű orvos-elvándorlással és orvoshiánnyal küzdő területeken élők sűrűbben veszik igénybe a sürgősségi és ügyeleti ellátást, ezzel ellensúlyozva a mindennapi hozzáférés hiányát a háziiorvosi szolgálathoz, még akkor is, ha emiatt nagyobb távolságokat kell megtenniük (SCHMIDT et al., 2019). A fenti képet árnyalja DÓZSA, SINKÓ & GAÁL (2017): a hátrányos helyzetű térségben ellátást végző praxisok az országos átlagnál magasabb napi betegforgalommal is terheltek lehetnek, amely a szakrendelések korlátozottabb elérhetőségével és a várakozási idők hosszúságával indokolható. Az érem másik oldala a hátrányos helyzetű települések tekintetében az alacsony létszámú, ezáltal kétségesen fenntartható finanszírozású praxisok köre. A szerzők az ellátáshoz való hozzáférés korlátozottságának egy másik vetületére is rávilágítanak: tekintve, hogy Magyarországon a háziiorvoshoz való bejelentkezés nem kötelező, több százezer állampolgár van, aki nem jelentkezett be háziiorvosi praxishoz.

A fent részletezett (és a dolgozat önálló kutatási részében tovább boncolt) demográfiai, vándorlási, képzési folyamatok oda vezettek, hogy az Eurostat 2018-as adatokon alapuló összehasonlítása alapján Magyarország az Európai Unióban hátulról az ötödik a háziiorvosok százezer lakosra jutó számában: 100 000 főre mindössze 73 háziiorvost tud biztosítani az ellátórendszer, amely kétszáz szakemberrel kevesebb, mint a rangsort vezető Portugáliában, de száz fővel lemarad a szomszédos Ausztriától is, és csak Szlovéniát, Csehországot, Bulgáriát és Görögországot előzi meg. ([http](http://) 10)

Az Egészségügyi Minisztérium megbízásából készített empirikus kutatásában BABUSIK (2004) már az ezredforduló után pár évvel komoly egyenlőtlenségekről számol be az egészségügyi alapellátáshoz való hozzáférésben, habár megjegyzendő, hogy a szerző nem a betöltetlen háziiorvosi körzeteket, hanem a saját háziiorvossal nem rendelkező településeket tekintette vizsgálatának alapjának. Tapasztalatai szerint a leghátrányosabb helyzetű, előregedett népességű, szolgáltatás-szegény települések érintettek leginkább a háziiorvosi ellátás hiánya által. Számításai szerint a magasabb egészségügyi kockázatú nyugdíjasoknak körülbelül 6,5%-át érintette az ellátatlanság problematikája, ám ez az arány alig volt nagyobb, mint az össznépesség orvoshiánynak kitett hányada. Ezzel szemben a roma népesség hátránya szembetűnő volt: a kutatás készítésének évében a romák 18,6%-a élt olyan településen, amely nem rendelkezett saját háziiorvossal. A települések és az érintett csoportok szociális hátránya összeadódik a háziiorvosi ellátás hiányával, tehát a közvetlen ellátás nélküli településeken a nyugdíjasok és a roma kisebbség helyzete jelentősen alulmarad az átlagosnak. A kisebb méretű és rangú településeken nem csak az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés korlátozottabb, hanem a háziiorvosok terhelése is magasabb lehet, mivel jellemzően több települést látnak el, magas rendelési óraszámban. A fiatalabb korosztályba tartozó háziiorvosoknak jellemzően nagyobb terhelést jelentő praxis „jut”,

mint idősebb társaiknak. A fiatalabb házi orvosok jellemzően korszerűbb, jobban felszerelt rendelőköt üzemeltetnek (BABUSIK, 2004).

A házi orvosi/családorvosi kutatási tevékenységet Magyarországon a WONCA tagszervezete, a Családorvos Kutatók Országos Szervezete (CSAKOSZ) képviseli. A 2002-ben alapított szervezet célja az volt, hogy a hazánknál fejlettebb alapellátást folytató országokat követve Magyarországon is koordinált tudományos tevékenységet folytassanak a tudományos érdeklődést mutató házi orvosok. Az önálló jogi személyként működő szervezet törzstagságát a négy orvosi egyetem családorvosi tanszékeinek oktató és kutató házi orvosai alkotják. „A CSAKOSZ alapszabályában is deklarált célja a magyar alapellátás szakmai színvonalának tudományos alapokon nyugvó folyamatos emelése, beleértve a minőségbiztosítást, a megbízhatóságot, ellátásszervezést, a szakorvosképzést és a továbbképzés területét is. Szakmai és szervezeti kereteket kíván adni az ezeken a területeken folyó kutatásoknak, bátorítani és áttekinthető pályázati alapon támogatni az erre motivált kollegákat, különös figyelemmel a fiatalabb, az utánpótlást jelentő generációkra. Szakmai rendezvényein, éves kongresszusain előadási lehetőséget biztosít a kutatási eredmények egymással való megismertetésére, az orvostudomány fejlődésének nyomon követésére.” (http 11)

2.5.2 Az alapellátó gyermekorvoslás helyzete Magyarországon

Fontosnak tartom külön kitérni a gyermekorvosi alapellátás problémáira. A gyermekorvosok bizonyítottan hatékonyabbak a gyermekek gyógyításában és gondozásában, mint a családorvosok: ezt a spanyol alapellátó gyermekorvosok egyesülete (*Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, AEPap*) munkacsoportja több mint 60 nemzetközi szakirodalmi közlemény metaanalízise alapján bizonyította (ALVAREZ et al., (2010) alapján KÁLMÁN, 2010). A jóléti államok demográfiai folyamatai mentén napjainkban kevesebb gyermek születik: erre hivatkozva sokan megkérdőjelezik a területi alapon szerveződő gyermekorvosi alapellátás létjogosultságát, és a családorvosok kiszorítják a gyermekek alapellátásából a házi gyermekorvosokat. Nehezíti a két szakma teljesítményének összehasonlítását, hogy a gyermekorvosi ellátás eredményessége csak hosszú távon, felnőttkorban mérhető igazán, a legtöbbször használt csecsemő- és gyermekhalálozás adatai pedig nem alkalmasak a házi orvosi és a gyermekorvosi alapellátás összevetésére. (KÁLMÁN, 2011)

Vitát generál szakmai körökben a 14-18 éves lakosság alapellátásának kérdése: a Házi Gyermekorvosok Egyesülete a NEFMI Egészségügyért Felelős Államtitkárságának felkérésére a korosztály házi gyermekorvosi ellátásának szükségességét a serdülőkor kezdeti és középső szakaszában a növekedés és fejlődés ellenőrzésével, a sajátos morbiditással, a gyermekkorban kialakult bizalmi kapcsolatból származó előnyökkel indokolja. Kihangsúlyozza ugyanakkor, hogy a korosztály gyermekorvosi ellátásba történő átcsatornázása nem járhat anyagi, finanszírozási veszteséggel az őket addig ellátó vegyes házi orvosok számára. (HGYE, 2012)

Magyarországon tehát a gyermek és vegyes házi orvosi praxisok között oszlik meg a csecsemő, gyermek és serdülő alapellátás. A gyermekorvosi hálózat földrajzi eloszlása egyenetlen, jellemzően a fővárosba és a fejlettebb régiókba koncentrálódnak a praxisok, míg sok periférikus terület nélkülözi a házi gyermekorvosi praxist, noha a szegény lakossági rétegek és a roma népesség speciális ellátási igénye indokolná a házi orvosi praxisok korcsoport szerinti szerveződését. Habár Magyarországon nemzetközi összehasonlításban is kedvező, mintegy 80 százalékos arányban gyermekorvosok végzik a 14 év alattiak, alapellátását, ugyanakkor a 18 év alatti népességet tekintve az arány csak 70%-os, és nemigen mutat javulást. Nem a gyermekorvosi alapellátás kapacitásait kell tehát csökkenteni a már említett demográfiai folyamatok miatt, hanem

törekedni kell a teljes 18 éves vagy fiatalabb népesség gyermekorvos által történő alapellátására. A gyakorlatban a házi gyermekorvosi utánpótlás borús kilátásai miatt inkább a megmaradó körzetek növekvő ellátotti létszámával számolhatunk, miközben a betöltetlenné váló, eladhatatlan praxisokból túlkínálat alakul ki. (KÁLMÁN, 2008)

Dr. Póta György, a HGYE elnöke szerint a gyermekorvosi szakma vonzereje lecsökkent, egyre kevesebb rezidens végzi gyakorlatát házi gyermekorvosi praxisban. Az utánpótlás csökkenés, illetve az elöregedés miatt növekszik a betöltetlen körzetek száma, és nincs rendben a finanszírozás sem: havi 7-800 ezer Ft-os tiszta jövedelem már növelné a megtartó erőt, de jelenleg csak 3-400 ezer Ft-ot tudnak realizálni a házi gyermekorvosok. A praxisok betöltését szolgáló állami támogatások a gyermekorvosi praxisok számára korlátozottan elérhetőek. A tartósan betöltetlen praxisok tulajdona visszaszáll az önkormányzatokra, és a praxis betöltése helyett bevett gyakorlat a praxis megszüntetése és a klientúra átvétele egy másik gyermekorvosi, vagy éppen egy vegyes praxis által. Az összevonások a megmaradó praxisoknak többletterhelést generálnak, arányos finanszírozás-növekedés nélkül. (KUSLITS, 2019)

A területi ellátás fennmaradásáért a gyermekorvosoknak meg kell egyezni az önkormányzatokkal. Az önkormányzat általi praxisösszevonás esetén az egyik praxisra elvész a havi fix díjba beépülő rezsitámogatás és asszisztensi bértámogatás, és az összevont praxisokba bejelentett ellátottak után járó pontszámra már degresszió lép életbe, tehát dupla finanszírozás helyett a pluszforrás nagysága mindössze 30% körüli. Ilyen feltételek mellett sok házi gyermekorvos a teljes összevont praxist hátrahagyja. A megüresedő praxissal szomszédos körzet házi gyermekorvosának érdemes felajánlania a megüresedett körzet teljes ellátását, az önkormányzat által 100%-osra kiegészített extra finanszírozásért cserébe, mely utóbbi birtokában lehetőség nyílik az átvett praxisban is asszisztentst, rezidentst foglalkoztatni. (PÓTA, 2019)

Nem könnyítik meg a házi gyermekorvosi munkavégzést a bürokratikus terhek sem. A kapuőri funkció adminisztratív „diszpécser” szereppé alacsonyítása megtépázza a házi gyermekorvosi szakma presztízsét. A bürokratikus feladatok helyett az alapellátó gyermekorvoslás szerepe a beteg gyermekek definitív ellátásában lenne. Ahogyan szétválasztandó a házi orvosi és a házi gyermekorvosi specializáció, úgy nem szabad átjárhatónak tekinteni a kórházi gyermekgyógyítást és a gyermekorvosi alapellátást sem: a specializált kórházi gyermek-ellátás nem láthatja el a területi gyermekorvosi feladatokat, és az alapellátó gyermekorvos sem az egy bizonyos szintnél bonyolultabb beavatkozásokat. A kórházi ellátás legtöbbször a lakóhelytől messze, beutalóval elérhető, az orvosok személye nem állandó, felelősségük eseti, vizsgálódásuk mélyen specializált, de nem átfogó. A házi gyermekorvos a lakóhely közvetlen közelében, előzetes beutalás nélkül hozzáférhető, személye állandóságot jelent a gyermek páciensek számára, így felelőssége is hosszú távú. (KÁLMÁN, 2011)

2.5.3 A házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátás a magyar fejlesztéspolitikában

A 2010 júniusában elfogadott kormányprogram, a Nemzeti Együttműködés Programja 3. fejezetében („Itt az idő, hogy megmentünk az egészségügyet!”) a következőképpen rendelkezik az egészségügyi alapellátásról:

„Cél, hogy az alapellátás minőségi, emberközpontú és minden állampolgár számára hozzáférhető legyen. Jelenleg a házi orvosok idejük jelentős részét adminisztrációval töltik, nincs mód és idő személyesebb kapcsolat kialakítására, valódi prevenciós feladatok elvégzésére. Érthető, hogy a családorvosok így egyre nehezebben tudnak megfelelni a „kapuőri” és a végleges

gyógyulást nyújtó feladatoknak. Komoly gond, hogy a háziiorvosi rendszer orvosainak egyharmada megközelítette vagy túllépte a nyugdíjkorhatárt.

Az új kormányának vállalnia kell, hogy javítja a családorvosi praxisok finanszírozását és megőrzi annak reálértékét. Támogatnunk kell a fiatal orvosok praxishoz jutását.

Biztosítani kell, hogy az alapellátás adminisztrációs terhei csökkenjenek, hogy az orvosok több időt fordíthassanak betegellátásra, -gondozásra, egészségnevelésre és oktatásra. Vonzóvá kell tenni a háziiorvosi életpályát a fiatalok számára, ehhez növelni kell a szakma presztízsét és megbecsülését.”

A 2011-ben a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága által kiadott „Újraélesztett Egészségügy – Gyógyuló Magyarország – Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére” c. stratégiai dokumentum szerint az ellátórendszer kulcselemének tekintendő, és így prioritásként kell kezelni az alapellátást. „Erősíteni szükséges a háziiorvosi, házi gyermekorvosi hálózat képességét és érdekeltségét a helyben befejezett ellátások arányának növelésére, a prevencióban, egészségnevelésben való aktív részvétellel. Ennek érdekében csökkenteni kell adminisztratív terheiket, támogatni a korszerű műszerpark kialakítását. A szükséges többletet a helyi morbiditási adatok alapján súlyozva, illetve kiegészítő teljesítményfinanszírozási elemek révén lehet biztosítani. Vissza kell adni az alapellátásban dolgozók munkájának értékét, hogy újra vonzó legyen ez az életpálya jelenthessen a jövő szakemberei számára, csökkentve ezzel a hozzáférés esélyét súlyosan veszélyeztető intenzív elvándorlást a területről. Ösztönözni szükséges a helyi területi és szolgáltatói együttműködés elmélyítését a praxisközösségek, kistérségi alapellátási központok kialakítása, illetve a védőnői hálózat, valamint az otthoni szakápolást és szociális gondozást végző önkormányzati, civil és egyházi szervezetek munkájának szorosabb integrációja irányában. A praxisjog megújításával segíteni kell a fiatalok praxishoz jutását.” (BENEDA et al., 2011, p. 32)

A Kormány a 1039/2015.(II.10.) Korm. határozattal elfogadta az „Egészséges Magyarország 2014-2020” egészségügyi ágazati stratégiát, melyben kormányzati prioritásként került rögzítésre az egészségügyi alapellátás új alapokra helyezése, a háziiorvosok kapuőri szerepének növelésén, a preventív szolgáltatásaiknak fejlesztésén, az általuk nyújtott definitív ellátások arányának a növelésén keresztül.

A Kormány az egészségügyi alapellátási rendszer felülvizsgálatáról és az azzal összefüggő feladatokról szóló 1711/2014. (XII. 5.) Korm. határozattal felhívta az emberi erőforrások miniszterét, hogy az egészségügyi ellátás alapvető fontosságú részét képező egészségügyi alapellátási rendszer működőképességének fenntarthatósága, valamint annak szakmai és finanszírozási szempontú megerősítése, a háziiorvosi, házi gyermekorvosi ellátás kapuőri szerepének erősítése, továbbá a lakosság egészségi állapotának javítása és a betegellátás színvonalának javítása érdekében vizsgálja felül az egészségügyi alapellátási rendszert és ennek alapján tegyen javaslatot az átalakítás irányaira, a következő szempontok szerint:

- az egészségügyi alapellátás felülvizsgálata alapján annak átalakítása szakmai, gazdasági-költséghatékonysági szempontok szerint történjen,
- alapvető cél a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi korösszetétel megváltoztatása, a fiatalabb korosztályhoz tartozó egészségügyi szakemberek egészségügyi alapellátásban történő elhelyezkedésének ösztönzésével
- szükséges a szűrővizsgálatok hatékonyabbá tétele, különösen az alapellátó rendszer ez irányú tevékenységének megerősítésével,

- a praxisjoggal érintett alapellátási formákban a praxisjog vagyoni értékének növelése szükséges,
- az egészségügyi alapellátási rendszer felülvizsgálata térjen ki az egészségügyi alapellátásban dolgozók életpályájának kidolgozására is,
- differenciált közszolgáltatás lehetőségének biztosítása szükséges,
- az előterjesztés térjen ki az önkormányzati feladatellátás, illetve az ahhoz tartozó pénzügyi, költségvetési és anyagi feltételek biztosításának vizsgálatára, bemutatására

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma által 2015-ben közzétett “Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója” dokumentum felhívja a figyelmet az alapellátás reformjának fontosságára, kiemelve, hogy a magyar lakosság népegészségügyi mutatói nemzetközi összehasonlításban rosszak, egészségügyi ismeretei és tudatossága alacsony szintűek, az alapellátás “kapuőri” szerepének erősítése nemzetközi szakmapolitikai irányelv, és kiemelten a háziorvosi szolgálatok az ellátás gerincét adják. Alapvetésként jelenik meg a dokumentumban, hogy az alapellátás megszervezése önkormányzati hatáskör marad, nagyobb állami szerepvállalással, és a tevékenységet vállalkozásban végző ellátók státusza változatlan, ahogy az ellátási feladatok köre is. A koncepció hangsúlyozza az alapellátás folyamat jellegét, és kiemeli a prevenció fontosságát. Célként fogalmazza meg a praxisok vertikális és horizontális integrációjának lehetőségét, a csoportpraxisok és praxisközösségek formájában, tekintettel a területi, településhálózati különbségekre. Szorgalmazza a feladatellátási szerződések egységesítését, a szakvizsgázott alapellátó orvosok szakellátási tevékenységének gyakorlását, egy - nem csak adatrögzítésre alkalmas - adatbázis kialakítását, a háziorvoslás feletti szakmai kontroll kérdésének rendezését, a valós ráfordításokon alapuló, értékvesztést elismerő finanszírozás megteremtését, illetve a háziorvosi/házi gyermekorvosi életpálya vonzóvá tételét a fiatal és középkorú orvosok számára.

A Nemzeti Versenyképességi Tanács javaslatai alapján a Pénzügyminisztérium által elkészített „Program a Versenyképesebb Magyarorszáért” című dokumentum megállapítása szerint az egészségügy finanszírozási rendszere a kórházi szintű ellátást ösztönzi, és a definitív (a beteg gyógyulásával végződő) ellátás az alapellátásról a szakellátásra tolódik, amely utóbbi szint túlterhelését, a betegek sorban-állását okozza. A program kiemeli a kapuőri szerep erősítését, és az alapellátás humán erőforrás-válságára válaszként a praxisközösségek és csoportpraxisok fokozatos kialakítását és finanszírozási modelljének kidolgozását, a térségi szintű együttműködést és a szolgáltatások bővítését.

„A háziorvosi/házi gyermekorvosi rendszer sok sebből vérzik. A háziorvosok egyre idősebbek, a fiatalok más pályát választanak. A betöltetlen praxisok száma hónapról hónapra nő. Ahhoz, hogy ezt a folyamatot megállítsuk, az ágazat átfogó reformjára van szükség.” – szól a Háziorvosok Online Szervezetének (HAOSZ) diagnózisa a magyar háziorvosi alapellátás helyzetéről. (http 12) Az említett szervezet, valamint az Alapellátó Orvosok Országos Szövetsége (FAKOOSZ), a Családorvos Kutatók Országos Szervezete (CSAKOSZ), a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete (MÁOTE), a Szakmai Kollégium Háziorvostan Tagozata és Háziorvostan Tanácsa, a Házi Gyermekorvosok Egyesülete, a Magyar Orvosi Kamara (MOK) és az Egészségügyi Menedzserképző Központ (EMK) vezetői által aláírt „Magyar Háziorvosok deklarációja az alapellátás jövőjéért 2019 novemberében” c. nyilatkozata három nagyobb logikai egységben és 22 alpontban foglalja össze a fent említett háziorvosi szervezetek javaslatait. A deklaráció három fő megállapítása a következő:

1. Az Alapellátási törvénynek érvényt kell szerezni, a hiányzó végrehajtási rendeletek kidolgozásán és megjelenésén keresztül.
2. A megfelelő kompetenciával és hatáskörrel bíró, anyagi és morális értelemben is megbecsült, elegendő létszámú humánerőforrás és munkafeltételek biztosítása kulcskérdés.
3. Számos olyan gazdálkodási, finanszírozási, ellátásszervezési probléma sújtja az alapellátást, amelynek rendezése fenntarthatóbbá, jobban szervezetté, biztonságosabbá, hatékonyabbá és eredményesebbé tenné a teljes egészségügyi ellátórendszer teljesítményét.

A nyilatkozat kitér a jövőkép és az életpályamodell fontosságára, a szakmai előmenetel lehetőségére, a képzés megerősítésére, a finanszírozás javítására és a támogatás növelésére, a házi orvosi körzethatárok újragondolására, a praxisközösségek és csoportpraxisok létrehozására, a kollegiális vezető rendszerre, a hatáskörök tisztázására, és a törzskartonra. (http 13)

A HAOSZ 2020. májusában adta közre 110 oldalas javaslatcsomagját a házi orvosi és házi gyermekorvosi rendszer átfogó megújításához. A dokumentum tematikus egységeiben a probléma, a javaslat, az érintett jogszabály, a feltételrendszer, a forrásigény, az intézkedésből származó haszon és egészségnyereség, illetve az előkészítés és bevezetés tervezett időpontja képezik a tartalmi alegységeket, a következő főbb témakörökben:

- I. Humánerőforrás háttér és eszközpárk
- II. Szakmai munka szabályozása
- III. Szervezési feladatok, dokumentáció, IT háttér
- IV. Finanszírozási javaslatok
- V. Lakosság számára érzékelhető változások, egészségnyereség

A dokumentum záró fejezetében a szervezet a következő üzenetet fogalmazta meg a javaslatcsomag teljesülésének nyereségeként: „Alapvetően azt kell elmondanunk, hogy a házi orvosi/házi gyermekorvosi szakma a demográfiai és pénzügyi problémái mellett frusztrált, megkeseredett, hitevesztett. Az elmúlt 15 évben mindenki elmondta, mindenki támogatta, mindenki egyet értett abban, hogy az alapellátás megerősítésre, megújításra szorul. És bár anyagi támogatás érkezett az ágazatba, a szakmai megújítás ez idáig minden esetben elmaradt annak ellenére, hogy a szakma több konkrét javaslatot tett le az asztalra, és számos rendszerszintű anomália ellen tiltakozik évek óta. A javaslatcsomag nagy nyeresége lenne, ha a házi orvosok/házi gyermekorvosok visszakapnák a hitüket, ha nem csak az aznapon szeretnének túljutni, hanem szeretnének többet tenni, megújulni, magasabb szintű házi orvosi/házi gyermekorvosi ellátást nyújtani. Ez a változás alapvetően szükséges a teljes ágazati megújuláshoz.” (HAOSZ, 2020 p. 109)

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete nyilatkozatában úgy foglal állást, hogy az egészségpolitika a gyermekek kórházon kívüli területi ellátását egyértelműen gyermekgyógyász-szakorvosok feladatának kell tekintse, és a gyermek-ellátásáért járó emelt finanszírozási pontértéket gyermekgyógyász-szakvizsgálathoz kell kösse. A nyilatkozat szerint a házi gyermekorvosi körzetek vegyes körzetté való átszervezése elfogadhatatlan gyakorlat, és tilalom alá kell essen. A házi gyermekorvosi praxis nélküli területeken mikrotérségi gyermekellátó központokat kell létrehozni. Úgy fogalmaz: „A megürült praxisok betöltését finanszírozási, letelepedési támogatással, adókedvezménnyel, járulékenyhítéssel is kiegészítve kell ösztönözni. Egy gyermekorvos több praxis jogát is megszerezhesse, teljes finanszírozással, korlátozások, elvonások, degresszió stb. nélkül. Legyen lehetőség szakorvosjelöltek bevonására is az ellátásba!”

Hosszabb távon a háziiorvosi rendszerrel megegyező képzési és intézményi struktúra kialakítására van szükség. (http 14)

A HGYE 2018-as, Mártélyon tartott vezetőségi megbeszélésének eredményeként céljait „Milyen gyermek-alapellátást szeretnénk öt, tíz, húsz év múlva?” címmel publikálta. Az állásfoglalás kiemeli a házi gyermekorvosok és a nem-orvos szakdolgozók kompetenciabővítésének fontosságát, illetve a licence-vizsgák szerepét a megnövekedett ismeretek után járó hatáskörbővülésben, többletjuttatásokban, és a járóbeteg-ellátás tehermentesítésében. Sürgeti a praxisok anyagi megerősítését, a feladatkörök egyértelműsítését, a praxisjoggal kapcsolatos problémák megoldását. Szorgalmazza a szakmai irányító, koordináló szerepet betöltő módszertani központ létrehozását. A praxisközösségekben a méretgazdaságos működésnek, a szakdolgozók és praxisjoggal nem rendelkező gyermekorvosok foglalkoztatásának, az eszközorszerűsítésnek, illetve a helyettesítési gondok megoldásának lehetőségét látja. Javaslatot tesz az értékesíthetetlen praxisok önkormányzati továbbműködtetését segítő alap létrehozására, ötéves moratórium bevezetésére a gyermekorvosi praxisok önkormányzat általi vegyes praxissá alakítását érintően. (HGYE, 2018)

2.5.4 A háziiorvosi alapellátás körülményeit meghatározó szakpolitikai aktualitások a 2010-es évtized végén

RURIK (2019) szerint szakmai hiba volt az Országos Alapellátási Intézet (OALI) megszüntetése (pontosabban ÁEEK osztállyá való „lefokozása” [a szerző]), hiszen szükség volna egy nem az állami intézményi hierarchiába illeszkedő alapellátási módszertani központra. a HAOSZ 2020-as javaslatában szerepel az önálló Országos Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet létrehozását, azzal a kettős – felügyeleti és véleményezési – jogkörrel, hogy „az alapellátó szolgáltatók /szerk.: háziiorvosi, házi gyermekorvosi, foglalkozás- és iskolaegészségügyi, otthonápolási-, hospice- valamint az alapellátó fogorvosi szolgáltatók/ felé képviselje a módszertani irányelveket, szakmai támogatási folyamatokat”, illetve, hogy „az illetékes ágazati állami szervek felé (...) képviselje az alapellátás sajátosságait”. (HAOSZ, 2020 p. 5) A javaslat az országos intézet alá tartozó járási alapellátási központok felállítását szorgalmazza az említett szolgáltatók munkájának térségi koordinációjára és támogatására.

Annak érdekében, hogy a háziiorvosi és házi gyermekorvosi ellátás minőségét és hatékonyságát ösztönözzék, 2009-ben kidolgozásra került egy egységes indikátorrendszer, amelynek alkalmazását a háziiorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok értékelésének egyes szabályairól szóló 11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet tette kötelezővé. A rendszer célja az ellátás színvonalának növelése, valamint hazai és nemzetközi megítélésének javítása, és az OECD mutatórendszereinek való megfelelés. Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet szabályozza a háziiorvosi szolgáltatók finanszírozásának kapcsolódását az indikátorrendszerhez. Az indikátorokhoz kötött értékelés és díjazás csak a területi ellátási kötelezettséggel bíró, legalább kétszáz bejelentett biztosított ellátását végző háziiorvosi szolgáltatókra vonatkozik.

KOLOZSVÁRI és szerzőtársai (2014, 2016) szerint a rendszert szakmai egyeztetés nélkül vezették be, és az indikátorok nem a valós szakmai eredményeket, hanem az ellátási, beutalási gyakorlatot, és a betegek receptbeváltási szokásait értékeli és premizálja szerény mértékben. Az Állami Számvevőszék értékelése (2011, idézi: RURIK, 2019) rámutat, hogy az indikátorrendszer bevezetésével a definitív ellátások aránya nem produkált változást, a háziiorvosi beutalóval igénybe vett szakellátások esetszámainak aránya növekedett. A HAOSZ 2017-ben kelt állásfoglalása

szerint az indikátorok „nem tükrözik a házi orvosi minőségi munkát, nem vagy csak nehezen befolyásolhatóak, nem ösztönző jellegűek, nincsen pozitív hatásuk a házi orvosok mindennapi tevékenységére, ezek teljesülése vagy elmaradása sokkal inkább adott populáció társadalmi helyzetével, gondolkodásával, egészségkultúrájával van összefüggésben, mint adott orvos munkájának minőségével (ezért is ilyen nagy a szórás az ország egyes területeit vizsgálva)” (http 15). A szervezet a fentiekre hivatkozva javasolja az indikátorok törlését és újak bevezetését. A szervezet 2020-as javaslatcsomagja részletes ajánlást tesz új kezelési/gonozási és diagnosztikai indikátorokra, és javasolja azok EESZT-ben történő regisztrálását és NEAK általi lekérdezhetőségét, a teljesítményfinanszírozás biztosítása érdekében. A megújult indikátorrendszer javulást hozna a hozzáférés esélyegyenlőségében, a minőségben és nyomonkövethetőségben.

A házi orvosok, szakellátók és gyógyszerterek 2017. november 1-től csatlakoztak az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) elnevezésű e-egészségügyi rendszerhez. A magánellátók sem kerülhetik el a rendszerbe való bekapcsolódást: az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról szóló 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet 2. §-a (1a) bekezdése értelmében minden orvosi vagy fogorvosi feladatra irányuló működési engedéllyel rendelkező magánfinanszírozott egészségügyi szolgáltató köteles volt 2020. január 1-ig köteles csatlakozni az EESZT-hez. Az elektronikus rendszer bevezetése sem nélkülözi a kritikát a szakmai irányából. Egyes vélemények szerint a rendszerbe feltöltendő egyes információk adatvédelmi szempontból is kifogásolhatók (ALEXIN, 2016; RURIK, 2019). Az elvárások gyakran teljesen életszerűtlenek, az adatok felhasználása korlátozott, a házi orvosok adminisztrációs terhe magas, a gyógyítás és a prevenció rovására (BÍRÓ et al., 2008; ÁDÁNY et al., 2009; RURIK, 2019). A HAOSZ 2020-as javaslata szerint folyamatban van az EESZT-vel történő összeköttetés és adatszolgáltatás kötelezővé, illetve az egészségügyi szolgáltatók közötti kommunikációban kizárólagossá tétele. További javaslatok a szervezet részéről a felhasználóbarát adatkezelés, a törzskarton adatainak kötelező feltöltése és frissítése, a papír-alapú adminisztrációs terhek csökkentése és a jobb adatvédelem okán a Kormányhivatalok, a NEAK és táppénz-kifizető helyek, valamint a népegészségügyi szervek bekapcsolása, illetve az e-beutaló rendszerének javításával.

A házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendeletben foglaltaknak megfelelően a házi orvos a hozzá bejelentkezett biztosított személyekről az ún. törzskartont köteles vezetni, melyben a vizsgálat során megállapított értékeket és állapotokat kell rögzíteni. Az orvosváltás szempontjából van jelentősége annak a rendelkezésnek, hogy a biztosított írásban vagy elektronikusan is a házi orvos rendelkezésére bocsáthatja a törzskarton adatait. A rendelet értelmében a törzskartont kezelő informatikai rendszernek tudnia kell kapcsolódni az EESZT-hez, fogadni az ott tárolt releváns adatokat, ezáltal megkönnyítve az átjelentkezést is. A törzskarton adattartalmát illetően háromévente felülvizsgálat szükséges. VARGA és szerzőtársai (2017) szerint népegészségügyi szempontból kiemelt fontossággal bír a lakosság egészségi állapotának feltérképezése, a biztosítottak rizikó-faktorainak azonosítása. A HAOSZ részletes javaslatot dolgozott ki a törzskarton tartalmának módosítására, a következő (saját) definíció mentén: „Minden korosztályban, minden társadalmi csoportban, orvosszakmailag releváns egészségügyi alapadatok, melyek elősegítik a páciens korrekt kivizsgálási, gonozási, kezelési stratégiáját a házi orvosi ellátásban, a foglalkozás-egészségügyben, a szakellátásban, és a kórházi ellátásban, orvosszakértői vizsgálatoknál.” (http 16) A Magyar Orvosi Kamara szerint a törzskartonhoz szükséges adatfelvételre sem idő, sem forrás nincsen, viszont egyes vélemények szerint a pluszforrás nem adható többletfeladat nélkül. (http 17)

Az alapellátási munka területi szakmai koordinálására a 2015-ös alapellátási törvény elrendelte az ún. „kollegiális vezetői rendszer” bevezetését. Több éves csúszás után a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet vonatkozó passzusai alapján az Állami Egészségügyi Ellátó Központ pályázat útján egy-egy fő országos kollegiális szakmai vezetőt, illetve minden megyében és a fővárosban egy-egy fő megyei kollegiális szakmai vezetőt bíz meg a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ellátásban. Házi orvosi kollegiális vezető lehet minden olyan 65. életévét be nem töltött, legalább 10 éves szakmai gyakorlattal rendelkező, legalább 5 éve házi orvostként praktizáló orvos, aki általános orvostan vagy házi orvostani szakképesítéssel (vagy belgyógyászati szakképesítéssel és 10 év házi orvosi tapasztalattal) rendelkezik. A megyei vezető esetén mindez kiegészül a területi ellátási kötelezettség meglétével. Az ÁEEK felé benyújtandó pályázat beadásának első határideje 2019. augusztus 4. volt, ennek keretében az országos posztra 17 házi orvosi, 3 házi gyermekorvosi és 9 fogorvosi pályázat érkezett. Nem volt jelentkező Vas megyében a házi orvosi, Békés, Jász-Nagykun-Szolnok és Somogy megyében a gyermekorvosi, illetve Fejér, Komárom és Zala megyében a fogorvosi vezetői pozícióra. Az eredménytelennek nyilvánított első körös szavazás után az ÁEEK 2019. december 23-án új pályázatot hirdetett, 2020. január 22-i beadási határidővel. A hivatkozott rendelet szerint a beérkező pályázatokat háromtagú szakértői bizottság bírálta el. (http 18) A második körben 14 házi orvos, egy házi gyermekorvos és 3 alapellátó fogorvos – összesen 18 fő – nyújtott be pályázatot, míg megyei szinten 55 házi orvos, 22 házi gyermekorvos, és 26 fogorvos pályázott a kollegiális vezető pozícióra (http 19). A házi orvosi szakma országos kollegiális vezetője 2020. májusában dr. Békássy Szabolcs, a HAOSZ elnöke lett, a házi gyermekorvosoké pedig dr. Muzsai Géza, a Házi Gyermekorvosok Egyesülete (HGYE) alelnöke (http 20).

2.5.5 A körzetek betöltését célzó intézkedések, és megoldási alternatívák a házi orvosi és házi gyermekorvosi alapellátás problémáira

Praxisprogramok

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

Letelepedési és praxisjog-vásárlási pályázatok, Magyar Falu Program

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 18/A. § (1) bekezdése értelmében a NEAK tartósan betöltetlen házi orvosi és fogorvosi körzeteket betöltő orvosok letelepedésének támogatására irányuló 2020-as pályázati felhívása keretében az az orvos, aki a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendeletben meghatározott

személyi feltételek alapján háziiorvosi/fogorvosi tevékenység végzésére jogosult és vállalja, hogy az adott háziiorvosi/fogorvosi szolgáltatásban legalább 6 éven keresztül önálló orvosi tevékenységet végez az illetékes önkormányzattal kötött megállapodás szerinti működési formában, öt különböző kategóriában 12-20 millió Ft támogatásra jogosult, a körzet betöltetlenségének hossza alapján. A betöltésre kerülő háziiorvosi szolgálat ellátandó lakosságának meg kell haladnia felnőtt és vegyes körzet esetén az 1000, gyermek körzet esetén: 500 főt.

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

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

A Magyar Falu Program kihirdetéséről szóló 1669/2018. (XII.10.) Korm. határozat „orvosi rendelő, orvosi eszközök”, illetve „szolgálati lakás” alprogramjai alapján a Miniszterelnökséget vezető miniszter a 2019. év tavaszán pályázatot hirdetett az 5000 fős vagy kisebb települések önkormányzatai, önkormányzati társulásai számára az egészségügyi alapellátás biztosítása, feltételeinek javítása céljából. A támogatások összehasonlító adatai a 3. táblázatban olvashatóak.

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

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

Forrás: Miniszterelnökség Modern Települések Fejlesztéséért Felelős Kormánybiztos (2019)

Megújulási kényszer és megoldási lehetőségek

RURIK (2019) az alapellátás strukturális megújulásának szükségességére hívja fel a figyelmet. Kerülve az uniformizálást, és tekintettel a térségi sajátosságokra, kezdetnek azokon a területeken, ahol az ellátás nem csak, hogy megoldatlan, de várhatóan az is marad, ki kell váltani vagy ki kell egészíteni a házi orvosok tevékenységét (SÁNDOR et al., 2018; RURIK, 2019). Alapellátási központokat kell létrehozni, és több szakorvos-rezidentet kell gyermekgyógyászati képzésben részesíteni, hogy leváltható legyen a kiüresedő gyermek házi orvosi rendszert. Nagyobb hangsúlyt kell fektetni a megelőzésre (DE MAESENER et al., 2017; RURIK, 2019) és elmozdulni a közösség-orientált (integrált) alapellátás felé. DÓZSA és BORBÁS (2015, p. 1) az V. Barcelonai Alapellátási Fórum tapasztalatai alapján úgy összegez, hogy „az integrált ellátás átfogó szemlélete, illetve a helyi közösségek igényeihez való alkalmazkodás ösztönzőleg hat az új szervezeti, szolgáltatási formák kialakítására az alapellátásban. Az integrált szolgáltatási formák alkalmasak a betegek és a közösség igényeihez jobban alkalmazkodó, széles körű ellátások biztosítására, de minden esetben kiemelten fontos a céloknak megfelelő integrációdimenziók megválasztása.”

Az értekezés véglegesítésének idején éppen nyilvánosságra hozatalra vár a Belügyminisztérium által kidolgozott egészségügyi reformcsomag. Ennek kapcsán a szakpolitikai párbeszéd tárgyát képezi a házi orvosi ellátás államosításának kérdése. A belügyminiszter még 2020. júniusában – sajtóértesülések szerint – azzal indokolta a házi orvosi praxisok államosításának szükségességét, hogy a Covid-19 járvány alatt nem voltak vezényelhetőek az alapellátó orvosok. Az ötlet megvalósulása esetén kárpótolni kellene a házi orvosokat vagyoni értékű praxisjuk elvesztéséért, noha a rendszerváltás előtti körzeti orvosi rendszerben szocializálódott, idős házi orvosi réteget részben pont annak ígérete tartotta a pályán, hogy azt a praxisjogot, amelyet a rendszerváltást követő alapellátási reform keretében megkaptak az államtól, tevékenységük befejezésekor jelentős összegért értékesíthetik. Ők az államosítást követően egész biztosan elhagynák körzetüket. Kérdés továbbá a fiatalabb házi orvosok praxisjogba, rendelőbe és eszközökbe fektetett anyagi erőforrásainak kompenzálása is. Ráadásul, esetükben pont a hierarchiától való függetlenség az egyik fő vonzerő a házi orvosi hivatásban, és igényük inkább a minőségi és hatékony munkát támogató környezetre és a megfelelő finanszírozásra volna (http 21).

Az államosítás felvetésének hírére, illetve arra való tekintettel, hogy a NEAK és az NNK részvételével 2020. nyarán házi orvosi rendelő- és eszközfelmérés vette kezdetét, a Házi orvosok Online Szervezete felmérést készített tagjai körében, melyben többek között afelől érdeklődtek, hogy a megkérdezettek szerint a házi orvosok a jövőben milyen jogviszonyban dolgozzanak. Az 536 válaszadó 93,1%-a Saját tulajdonban lévő gazdasági társaság alkalmazottjaként dolgozott. Nagyfokú egyetértés jellemezte a válaszadói kört abban a kérdésben, hogy mely jogviszony az optimális a házi orvosok számára: 88%-uk szerint a vállalkozói (saját gazdasági társaság alkalmazottjaként), míg a maradék 12% nagyjából fele-fele arányban az önkormányzati/állami közalkalmazottként való munkavégzést, vagy valamilyen egyéb jogviszonyt preferált. Amennyiben a jövőben kötelező lenne közalkalmazotti jogviszonyban dolgozni, 25,8%-uk biztosan nem, 31,6%-uk valószínűleg nem folytatná házi orvosi tevékenységét, 23% lehet, hogy folytatná, és alig egyötödük reagált úgy, hogy biztosan, vagy valószínűleg folytatná. Megosztottak voltak a kitöltők abban a kérdésben, hogy jó helyen van-e, maradjon-e az alapellátás kötelező önkormányzati feladatnak: mindössze 10,3% hagyná meg az alapellátást az önkormányzatoknál a jelenlegi struktúrában, míg a legnagyobb, 44,4%-os csoport szintén az önkormányzatoknál látja a legjobb helyen az alapellátást, de fajsúlyosabb önkormányzati szerepvállalással az ellátás megfelelő körülményeinek megteremtésében. 29,5% úgy gondolja, önálló alapellátási módszertani

intézet és járási alapellátási központok kezelésébe kellene kerüljön az ellátás, míg 15,9 százalék nem értett egyet egyik fenti opcióval sem. (http 22)

KINCSES (2016b) szerint a közeli jövőben a háziorvosi alapellátásban a hagyományos egyéni praxisok, az Egészségfejlesztési Irodák által támogatott egyéni praxisok, a krónikus ellátásra szerveződött, alapellátási funkciókat is ellátó szakgondozási praxisok, a praxisközösségek, csoportpraxisok, a területi ellátási kötelezettség nélküli, legálisan kiegészítő átalánydíjat szedő praxisok és a teljes egészében magánfinanszírozásból működő praxisok együttes jelenlétére számíthatunk.

Csoportpraxis és/vagy(?) praxisközösség

KINCSES (2016a) a csoportpraxis fogalmi körét azon felvetés mentén vezeti be, hogy a korszerű orvosláshoz szükséges tudás és technika már nem birtokolható és működtethető, a modern alapellátás sokszínű feladatai pedig már nem végezhetők egyetlen háziorvos által. Hatékony alapellátás ma már csak csoportban végzett munka és szakorvosi feladatok átvételével valósítható meg. Az alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény szerint a csoportpraxis olyan együttműködési forma, amely keretében a háziorvosi, házi gyermekorvosi alapellátási feladatok mellett jogszabályban meghatározottak szerint a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó egyes ellátások is nyújthatók. A csoportpraxis változatos szakképesítéssel rendelkező orvosok és nővérek együttes ellátási munkáját jelenti, 15-20 ezer fő részére, helyszínét tekintve leginkább egy közösségi egészségházban. A praxis tagjai között a háziorvoson kívül más szakképesítéssel (pl. nőgyógyász, gyermekgyógyász, belgyógyász stb.) rendelkező orvosok emelik a praxis kompetencia-szintjét, és lehetővé teszik korszerűbb, drágább műszerezettség használatát. Az egészségház a közös és saját rendelők, vizsgálók, kezelők mellett befogadhat külsős szolgáltatásokat (pl. mozgó szakorvos, gyógytornász, fitneszedző, gyógyszerész, optikus stb.) is.

A csoportpraxisok hatáskör és/vagy kompetenciabővülése kapcsán RÓSA (2019) megjegyzi, hogy lényeges a hatáskör és a kompetencia fogalmának elkülönítése. Míg a hatáskör bizonyos tevékenység(ek) végzésére vonatkozó felelősségi terület vagy feladatkör, addig a kompetencia (tudás, készség és jártasság) a feladat elvégzésének feltételét adó felkészültséget jelenti, és amely a szükséges autonómiát és felelősséget biztosítja.

A praxisközösség (más néven „csoportos praxis”) az ÁEEK fogalomtára szerint a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi szolgálatok feladatainak ellátására létrejött egészségügyi társas vállalkozás. Ez a szervezeti forma – ellentétben a csoportpraxissal – horizontális orvosi együttműködés: kompetenciája, tudása nem terjed túl egy praxis kompetenciáján. Ezért ez elsősorban feladatszervezési, gazdálkodási előnyökkel jár, de ezen keresztül javítja az ellátás hozzáféréseinek, rendelkezésre állásának minőségét. A 43/1999. (III.3.) „Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól” szóló kormányrendelet alapján csoportos praxis – praxisközösség néven – Magyarországon azonos telephelyen működő, és/vagy területileg egymás mellett levő háziorvosi szolgálatokat működtethet.

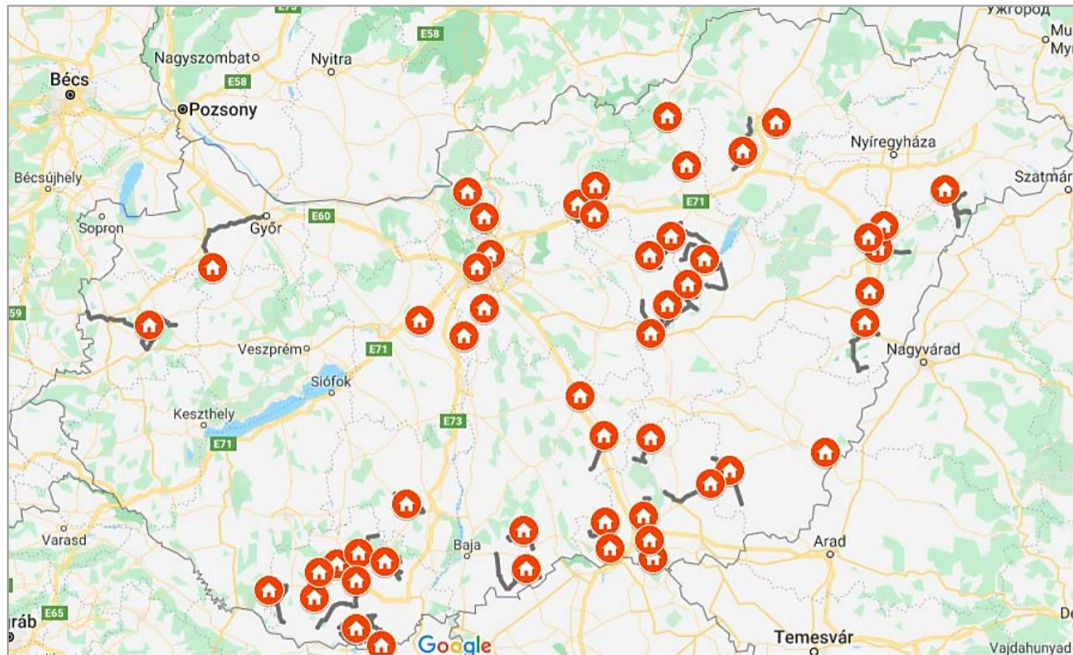
A praxisközösségek létrehozását, az alapellátás népegészségügyi és egészségfejlesztési kompetenciákkal való felruházását, a prevenció javítását, és a hozzáférés egyenlőségének megteremtését szolgálta a Svájci-Magyar Együttműködési Program Alapellátás-fejlesztési Modellprogramja, amely 2012 és 2016 között 4 praxisközösséget (Berettyóújfalu, Borsodnádásd, Heves, Jászapáti) hozott össze az Észak-magyarországi és az Észak-alföldi régió 16 hátrányos helyzetű településén praktizáló háziorvosokból. A 3,7 milliárd Ft költségvetésű program céljai közé tartozott a krónikus betegségek komplex kezelése, az orvosok, védőnők, szakdolgozók

együtműködésének ösztönzése, és a lakosság – különösen a romák – bevonása, részmunkaidőben dolgozó ún. segéd-egészségőrök közreműködésével. (BORBÁS et al., 2016; BUZÁS, KISS & PAPP, 2018) A modellprogramban 2016. június végéig 22 ezer felnőtt egészségi állapot-felmérése történt meg, és több mint kilencezer gyermek szüleit kérdezték le a programban közreműködő védőnők. Sikeresek voltak a praxisközösségek a betegségek kiszűrésében és a megelőzésben, és 15%-kal sikerült csökkenteni a szakellátásba tovább utalt esetek számát, és nőtt a krónikus betegek szükséges gyógyszerkiváltásainak aránya. (GUTÁSI, 2016) Már a program félidős értékelése is a definitív ellátás és az orvos-beteg találkozások növekedéséről számolt be, ugyanakkor nagyok voltak a különbségek a praxisközösségek kapacitás-kihasználásában, működési hatékonyságában és kommunikációjában (BORBÁS et al., 2016). Az utólagos értékelések alapján a modellprogram teljesítette a vele szemben támasztott elvárásokat, és előremutató eredményeket hozott a hazai alapellátásban, tekintve, hogy az egészségügyi kormányzat tervei között szerepel további praxisközösségek létrehozásának támogatása, az alapellátáshoz kapcsolódó jogalkotási és fejlesztéspolitikai aktusok is támaszkodnak a program tapasztalataira, tehát további „finanszírozási és szervezetfejlesztési lépések” várhatóak.

A praxisközösségek fejlesztésében a következő lépés a Nemzeti Népegészségügyi Központ, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ, a Semmelweis Egyetem, és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő konzorciumi partnersége számára kiírt EFOP-1.8.0-VEKOP-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” felhívás nyomán megvalósuló kiemelt projekt volt, melynek célja a lakosság egészségi állapotának javítását célzó fejlesztések megvalósítása, az egészségügyi alapellátás és a népegészségügy rendszerének komplex megújítása valamint az egészségügyi ellátások biztonságának növelése volt, összesen 11,43 millió Ft vissza nem térítendő uniós támogatásból. A kiterjedt célrendszerrel rendelkező projekt részét képezte a „Lakóhelyközeli egészségügyi ellátás fejlesztése” tevékenységen belül a „Praxis működés modelljeinek továbbfejlesztése”, mely magában foglalta a praxisközösségek koordinációját, ezen belül a praxisközösségek toborzását, további szakemberek bevonását szolgáló aktív kommunikációs tevékenység szakmai információtartalmát meghatározó módszertani dokumentum kidolgozását. Az alternatív (pl. praxisközösségi) praxismodell minták kidolgozása során elvárás volt a TÁMOP-6.2.5.B konstrukció valamint a Svájci Modellprogram eredményeinek felhasználása, valamint a folyamatos együttműködés az EFOP-1.8.2-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése - alapellátás fejlesztése” és VEKOP-7.2.3-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése – alapellátás fejlesztése” konstrukciók keretében támogatást igénylőkkel, kedvezményezettekkel. (http 23)

Utóbbi két felhívás átfogó célja, hogy hogyan javuljon a lakosság egészségi állapota, növekedjen a születéskor várható élettartam és az egészségben eltöltött életévek száma, a fejlesztés járuljon hozzá az alapellátás prevenciós fókuszú áthangolásához, és ezáltal a lakosság egészségtudatosságának növeléséhez, valamint a megelőzéssel kapcsolatos területi egyenlőtlenségek csökkentéséhez. Jelen értekezés témájának szempontjából pedig a felhívások legfontosabb rész célja, hogy javuljon a betegellátáshoz való hozzáférés és ezáltal csökkenjenek a betöltetlen praxisokból eredő területi egyenlőtlenségek. Ennek megfelelően a támogathatósághoz kapcsolódó általános elvárás volt a praxisközösségek kialakításánál, hogy a praxisközösségekben legalább öt háziiorvosi praxisnak részt kell vennie; a praxisközösséget alkotó háziiorvosi praxisok legfeljebb két, egymással határos járásban működhetnek; a praxisközösség által ellátandó lakosság száma minimálisan 6 ezer fő; amennyiben az önkormányzat ellátási területén betöltetlen praxis van, akkor az ahhoz tartozó lakosság bevonása a praxisközösségi szolgáltatásokba; a

praxisközösség által ellátott lakosságnak magába kell foglalnia gyermek és felnőtt lakosságot is. Kötelező volt bevonni a pályázat útján létrejövő praxisközösségekbe háziorvost, csecsemő- és gyermekgyógyászt, ápolót, egy népegészségügyi koordinátort, dietetikus, gyógytornászt, a területileg illetékes védőnők legalább felét, illetve egy egészségfelelőst. (http 24, 25) A támogatási keretösszeg 5,93 milliárd forint volt. A programok keretében 2018 február és 2019 szeptember között 51 praxisközösség jött létre 128 településen 357 praxis részvételével, melyből 188 db volt felnőtt, 111 db vegyes, és 58 db gyermek szolgálat, melyekbe összesen 588 156 fő volt bejelentve. (http 26)



13. ábra: Az EFOP-1.8.2-17 és VEKOP-7.2.3-17 pályázatokon nyertes praxisközösségek elhelyezkedése
Forrás: http 26

Szintén a praxisközösségekre alapozva az egészségügyi alapellátás fejlesztését, valamint az alapellátásban résztvevő szereplők együttműködését célozta a „Három generációval az egészségért” (3G) program két fordulója, a szakellátások, az Egészségfejlesztési Irodák és a területi és települési önkormányzatok bevonásával. A pályázati felhívás szerint a program célja a háziorvosi, illetve házi gyermekorvosi szolgálatok együttműködésén keresztül a szív- és érrendszeri prevenció és gondozási, a rosszindulatú daganatos betegségek szűrését és korai felismerését elősegítő, valamint a gyermekek körében végzett egészségfejlesztési programok megvalósítása, illetve a lelki egészség támogatása, a magyar lakosság egészségértésének javítása és egészséges életmódjának elősegítése, különös tekintettel a gyermekek körében a rendszeres fizikai aktivitás és az egészséges táplálkozás elterjesztésére, valamint a dohányzás megelőzésére és a leszokás támogatására. Hosszú távú célja a programnak, hogy a szervezett, célzott népegészségügyi szűrővizsgálatok magas színvonalon, a hazai szakmai és minőségügyi standardok szerint valósuljanak meg. (http 27) A 2019-es első fordulóban 5,8 milliárd Ft keretösszeg állt rendelkezésre, a mintegy 200 pályázó praxisközösségből 81 részesült – átlagosan 67 millió Ft, összesen nagyjából 5,4 milliárd Ft – támogatásban, összesen 465 háziorvos részvételével (http 28). A második programban 4,8 milliárd Ft-ból 64 praxisközösség kapott támogatást, átlagosan 75,3 millió Ft értékben (http 29). Az EFOP-VEKOP és a 3G pályázatok keretében összesen több mint 1000 praxis vett részt praxisközösségek létrehozásában. Az Eredmények fejezetben olvasható interjú egy 3G pályázati nyertes praxisközösség-vezető háziorvossal.

A 3G pályázat vonatkozásában BRAUN (2019) úgy ítéli meg, hogy amennyiben a házi gyermekorvosi praxisok nem csak a házi orvosokkal egy konzorciumba szerveződve nyerhettek volna támogatást, hanem önállóan, egymással, valamint védőnőkkel, szakorvosokkal és specialistákkal együttműködve, úgy a gyermeki elhízás és a keringési betegségek elleni küzdelemben hangsúlyosabban alkalmazhatóak lehettek volna a gyermekgyógyászat speciális prevencióis módszerei.

A praxisközösségekhez képest a csoportpraxis előnyét KINCSES (2016b) úgy írja le, hogy csak utóbbi modellben képzelhető el az alapellátás kompetenciaszintjének emelése, a definitív ellátások érdemi növelésére, és az alapellátásból eltűnő szakembertömeg szakellátásból történő pótlására. A praxisközösségek esetében ugyanakkor a szakorvos nem feltétlenül szívesen vált alacsonyabb szintű tevékenységre, és az alapellátás emelt szintűvé válása nélkül a leterhelt, de kiürülő szakellátás omolhat össze. Az új alapellátási praxismodellek, szervezeti formák kapcsán RÓSA (2019) rámutat, hogy az alapellátási törvény végrehajtási utasításának híján egyelőre ismeretlenek az abban megnevezett prevencióis ellátások biztosításához szükséges egészségügyi szereplők, (pl. dietetikus, mozgásterapeuta, egészségpszichológus, népegészségügyi szakember) bevonásának, valamint az extra szakképesítések alkalmazásának szakmai és finanszírozási feltételei.

A HAOSZ 2020-as javaslatgyűjteménye egyértelműen úgy tekint az uniós és hazai forrásból támogatott praxisközöségi pályázatokra, mint amelyek az addig elszigetelt házi orvosi praxisok közötti együttműködés erősítésével az alapellátás strukturális átalakulását készítették elő, és népszerűek (voltak) a házi orvosok, a bevont egyéb szakemberek és a páciensek körében is. Összefoglaló javaslatuk így szól a praxisközösségek kapcsán: „Javasolt egy országosan egységes prevencióis szemléletű, a népegészségügyi kihívásokra hatékonyan reagáló, országosan illetve regionálisan szervezett alapellátási hálózat kialakítása. Ennek megvalósítása a projektek, modellprogramok tapasztalatainak, eredményeinek értékelést követően, ezek hosszú távú fenntarthatóságának a biztosításával valósulhat meg.” (HAOSZ, 2020 p. 25) A csoportpraxisok létrehozását a szervezet csupán azokon a területeken tartaná célszerűnek, ahol a szakrendelőkre való eljutás a betegek számára nehézségekbe ütközik, és egy adott szakrendelő 20 km-es körzetében nem javasolják csoportpraxis keretében ugyanazt a szakrendelést nyújtani, inkább a mozgó szakorvosi szolgáltatás fejlesztését szorgalmazzák, valamint azt, hogy a másodlagos, harmadlagos szakképesítéssel rendelkező házi orvosok külön rendelési időben, pluszfinanszírozásért hasznosíthassák többlettudásukat.

Mint az már korábban említésre került, a gyermekorvosi praxisok számának csökkenése KÁLMÁN (2008) meglátása szerint növekvő ellátotti létszámhoz vezet a megmaradó körzetekben. A jobb területi lefedettséghez, hatékonyabb finanszírozáshoz, korszerűbb, színvonalasabb ellátáshoz a gazdálkodásukban, szakmai munkájukban teljesen elkülönülő szülő praxisok helyett centralizált, több gyermekorvost, és őket a gondozási, ellátási, egészségnevelési, adminisztratív munkában tehermentesítő szakképzett személyzetet foglalkoztató ún. egészségközpontokra lenne szükség, ahol az orvosok kibővített kompetenciákkal nyújthatnának a kor igényeinek megfelelő ellátást, megnövelt rendelési idővel, finanszírozással. (HUSZÁR, 2011) Azokon a területeken, ahol a távolságok, a településsűrűség és a demográfiai folyamatok indokolják, a felnőtt és gyermek alapellátást egyaránt befogadó vegyes központok létrehozása javasolt.

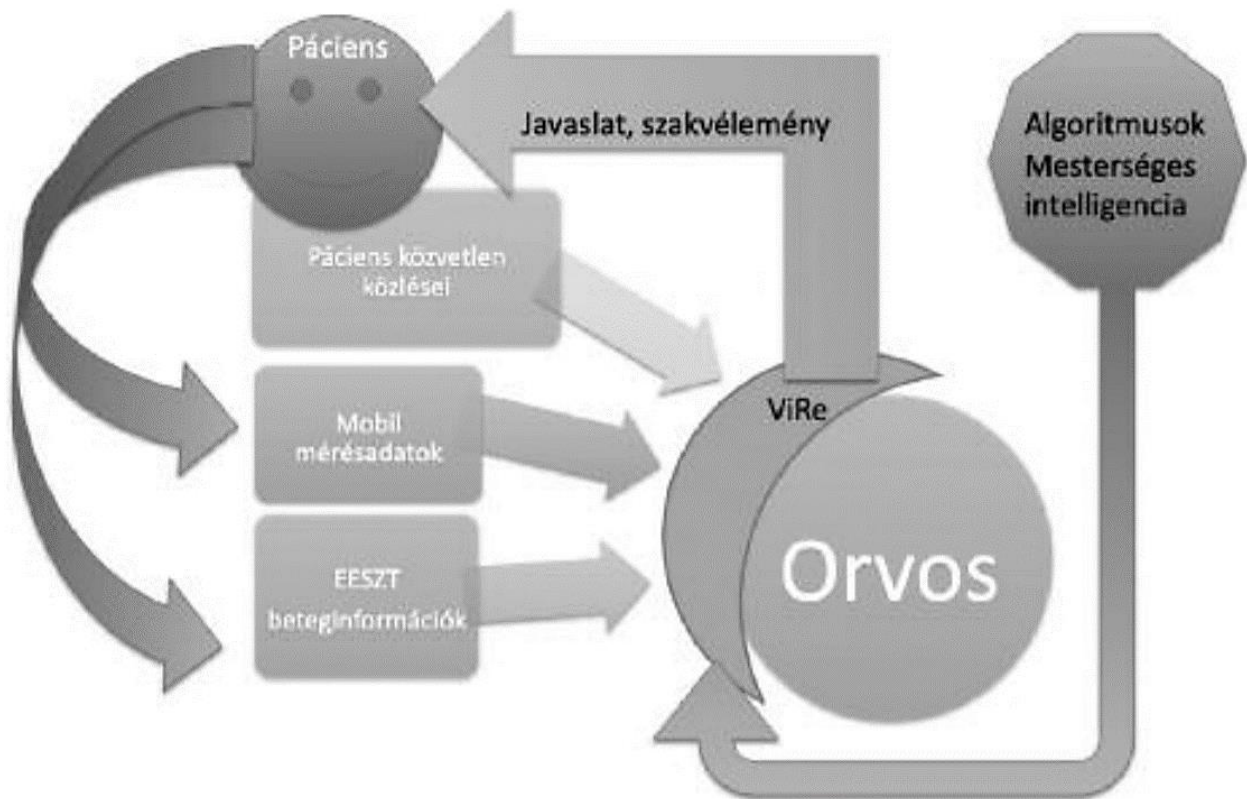
2.5.6 *A digitalizáció és a távorvoslás szerepe az alapellátás megújításában*

Jelenünkben az orvos és a beteg kapcsolatában, a gyógyítás gyakorlatában bekövetkező radikális változásoknak lehetünk szemtanúi. Míg az általános érvényű és tömeges, hierarchiára épülő, tekintélyelvű tradicionális orvoslásban a kezelések helyszíne az egészségügyi intézmény, és az orvos a tudás és információ kizárólagos birtokosa, akitől előírások és utasítások származnak, addig a modern orvoslás személyre szabott, partnerségen alapul, az orvos és betegek együttműködése és információ-cseréje jellemzi, és a gyógykezelés helyszíne a páciens otthona. (MESKÓ et al., 2017) Számos nemzetközi példa bizonyítja, hogy a gyógyítás számos részperiódusa távorvoslás keretében is eredményesen valósulhat meg (SZÓCSKA et al., 2020).

A változás folyamatát nagymértékben gyorsítja az egészségügy digitalizálódása. A 21. század „e-páciense” mellett, hogy elektronikus (*electronic*) eszközökön kommunikál, képessé tett (*enabled*), jól ellátott (*equipped*), proaktív és elhivatott (*empowered*) és szakértelemmel rendelkezik (*expert*). (FERGUSON & FRYDMAN, 2004 alapján GYŐRFFY, 2019) A modern „e-orvos” pedig mindezeket túlmenően elkötelezett (*engaged*), nyitott és kommunikatív. (MESKÓ-GYŐRFFY, 2019)

A távolsági/virtuális/elektronikus/online/digitális vizit az orvos és a beteg eltérő helyszínen és vagy eltérő időpontban megvalósuló interakcióját jelenti. A hosszú távú gondozás, ellenőrzés, követés és korrekciós javaslattevés távolból való működtetésében nagy szerepe van az ún. hordozható és viselhető eszközöknek (JUNG & PADMAN, 2014 és GUK et al., 2019 alapján SZÓCSKA et al., 2020), amelyek az egyetlen lényegi különbséget jelentik a hagyományos helyszíni vizit és a távvizit információs tartalma között: míg előbbi keretében megtörténik a páciensen személyesen végzett fizikális vizsgálat, addig utóbbi kapcsán a beteg által beküldött monitor- és képalkotó-eredmények jutnak szerephez. Magyarországon minden technológiai feltétel adott, hogy az orvosi javaslat az (értekezés korábbi szakaszában már bemutatott) EESZT-be feltöltésre kerüljön. Az előzőekben sorolt elemekből építkező ún. „Virtuális Rendelő” (ViRe) egyszerűsített távorvoslási modellje a 10. ábrán látható. Fontos megjegyezni, hogy az infokommunikációs technológiák fejlődésén túlmenően a telemedicina fejlődésére az orvosi mérési technológiák, az orvosbiológiai területek és az orvoslás gyakorlatát érintő ágazati és szervezeti folyamatok változásai is hatással vannak (SZÓCSKA et al., 2020).

Az okoseszközök terjedéséről számol be az egészségügyben RURIK (2019). A szerző szerint a mai kor betegek már igényelnék a távkonzíliumot, ám ilyen szolgáltatás jelenleg csak a magánellátásban elérhető. Az alapellátás integrálásában (szakellátási feladatokkal való felruházásában) nagy szerepe lenne a távdiagnosztikának. SZÓCSKA és sz. társai (2020, p. 26) szerint „a háziorvosi ellátás hatályos hazai fejkvóta szerinti finanszírozásán belül, a háziorvosok egyéni mérlegelésük és eszközrendszerük függvényeként alkalmazhatják a telemedicinát.”



14. ábra: A távorvoslás („virtuális rendelő”) egyszerűsített folyamata

Forrás: SZÓCSKA et al., (2020)

Az alapellátás megújításának egy formájaként hivatkozik KINCSES (2015) az ún. virtuális e-praxis koncepciójára. Megállapítja, hogy ugyan egymás mellett létezik elektronikus egészségmenedzsment, és info-kommunikációs eszközökkel támogatott hagyományos gyógyítás, de az ideális a kettő kombinációja lenne egy olyan háziiorvosi praxisban, ahol a valós gyógyító tevékenység elektronikus betegség-menedzsmenttel egészül ki. A területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező háziorvosok továbbfejlesztésének iránya lehetne ez a virtuális praxis, az arra fogékony egészségtudatos, fizetőképes, technológiát mindennapokban használó páciensek számára. Eszközei volnának az elektronikus előszűrő kérdőívek, szenzorok, figyelmeztető rendszerek, amelyek segítenék az egészségi állapot ellenőrzésének szervezését, irányítását, a szükséges ellátások megszerzését, a szakorvosi leletek telefonos értékelését, az életmódváltozást, az adatok tárolását. A partnerorvos-hálózatnak kiszervezett fizikai gyógyítási tevékenység okán a virtuális praxisnak nem lennének területi és létszámkorlátjai. Az ellátás ezen formájának megvalósításához a szabályozást is meg kellene változtatni, hogy magánorvosi praxis is rendelkezhesen a praxisjoghhoz kötődő jogosultságokkal, mert ennek híján az e-praxis csak párhuzamos rendszerként tud működni.

A távorvoslás és telemedicina fontossága az Európai Unió szakpolitikai dokumentumaiban is tetten érhető. Az Európai Bizottság COM/2008/0689 közleménye a következőképpen definiálja és támasztja alá példákkal a fogalmat: „A távorvoslás egészségügyi szolgáltatások nyújtása IKT igénybevételel, olyan helyzetben, ahol az egészségügyi dolgozó és a beteg (vagy a két egészségügyi dolgozó) nem azonos helyen tartózkodik. Egészségügyi adatok és információk biztonságos továbbítását foglalja magában, szöveges, hang-, képi vagy más formában, amely a megelőzéshez, a betegek diagnosztizálásához, kezeléséhez és nyomon követéséhez szükséges. A távorvoslás a szolgáltatások széles körét fogja át. A szakértői értékelésekben leggyakrabban említett formák a teleradiológia, a telepatológia, a teledermatológia, a távkonzultáció, a

telemonitoring, a távsebészet és a távszemészet. Egyéb lehetséges szolgáltatások a telefonos ügyfélszolgálatok/online információs központok betegeknek, a távkonzultációk/e-látogatások vagy videokonferenciák egészségügyi dolgozók között. E közlemény alkalmazásában az egészségügyi információs portálok, az elektronikus egészségügyi nyilvántartó rendszerek, a vények és beutalók elektronikus úton történő továbbítása (e-vények, e-beutalók) nem minősülnek távorvoslási szolgáltatásnak.” (http 30) A távorvoslás fontosságát több dokumentum és kezdeményezés is kiemeli, mint pl. az eHealth Cselekvési Terv 2012-2020, az Európai Innovációs Partnerség az Aktív és Egészséges Öregedésért, vagy a Horizont 2020 - Egészség, demográfiai változás és jóllét (PEETSO, 2014).

A COVID-19 járvány kapcsán, a digitális távorvoslás területéhez kapcsolódóan említést érdemel a 157/2020. (IV. 29.) Korm. rendelet a veszélyhelyzet során elrendelt egyes egészségügyi intézkedésekről, amely deklarálta, hogy a veszélyhelyzet kihirdetéséről szóló 40/2020. (III. 11.) Korm. rendelet szerinti *veszélyhelyzet ideje alatt* az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet 9. § (7) bekezdésében meghatározottakon túlmenően az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának és finanszírozási elszámolásának nem feltétele a beteg személyes jelenléte, ha az ellátás sajátosságai és orvosszakmai megítélése ezt lehetővé teszik.

A fenti rendelet értelmében *telemedicinának* minősül az a tevékenység, amelynek célja a beteg távollétében a beteg egészségi állapotának szakmai megítélése, a betegségek, illetve azok kockázatának felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, a beteg állapotának pontosabb megítéléséhez szükséges további vizsgálatok elrendelése, gyógykezelés elindítása, a kezelések eredményességének megállapítása (távkonzultáció), valamint a beteg állapotának követése és diagnózis felállítása, távmonitoring eszközökkel és egyéb infokommunikációs technológiák révén hozzáférhető információk alapján.

A rendelkezésnek megfelelően telemedicina keretében a következő szolgáltatások nyújthatók: betegirányítás távkonzultáció formájában, amely a szakorvosi távkonzultációt megalapozza; a beteg tájékoztatására, beleegyezésére, valamint adatainak kezelésére vonatkozó nyilatkozatok fogadása; előszűrés távkonzultáció formájában, amelynek célja a személyes találkozón alapuló ellátás szükségességének és az egészségi állapot súlyosságának megítélése; előzetes kapcsolatfelvétel, valamint adatgyűjtés, amely a távkonzultációt követő személyes találkozón alapuló ellátást gyorsabbá és hatékonyabbá teszi; diagnózis, terápiás javaslat felállítása távkonzultáció keretében, illetve távmonitoring, távdiagnosztikai eszközzel; gyógyszer rendelése; korábbi, személyes találkozón alapuló ellátást követő kontroll és utógondozás; távkonzílium szervezése; beutaló kiállítása; pszichoterápia, krízisintervenció, szülőkonzultáció, tanácsadás, szupportív pszichoterápia; fizioterápia távkonzultációs eszközzel; szoptatási tanácsadás; védőnői gondozás, és telefonos, online vagy más formában megvalósított tanácsadás, konzultáció.

3 Anyag és módszertan

3.1 Országos és régiós szintű leíró elemzés

Az országos szintű háziiorvosi, házi gyermekorvosi állományváltozást, a saját és helyettesítésben ellátott praxisok számának, a háziiorvosokhoz és házi gyermekorvosokhoz bejelentett lakosság korcsoport szerinti megoszlásának, valamint a házi-, illetve gyermekorvosokra jutó betegforgalomnak időbeli alakulását a Központi Statisztikai Hivatal országos ágazati statisztikai felhasználásával, illetve a TSTAR adatbázis településsoros adatainak aggregálásával készítettem el. A növekedés vagy csökkenés mértékét érintő kalkulációk bázisát minden esetben a tendencia megtorpanását/megfordulását megelőző évhez tartozó érték jelentette. Az egyes mutatók eltérő időszakokra elérhetőek, így hol az ezredforduló előtti néhány év, hol a 2000-es évtized közepe-vege jelentette az idősor kezdőpontját, de minden esetben igyekeztem a lehető leghosszabb, adatokkal lefedett időintervallumot elemezni. A legfrissebb országos adatok az elemzés készítésének időpontjában a 2018-as évre álltak rendelkezésre. A felhasznált adatbázis kapcsán mindenképpen fel kell hívnom a figyelmet, hogy a háziiorvosi és házi gyermekorvosi praxisokra vonatkozó statisztika, amely a közel két évtizedes időbeli változás vizsgálatát lehetővé teszi, nem tesz különbséget a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező, és annak híján működő praxisok között. Ennek kiküszöbölésére a területi ellátási kötelezettséggel bíró („TEK”-es) háziiorvosi és házi gyermekorvosi kapacitások aktuális helyzetének bemutatására a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő 2019 októberi adatait vettem alapul, illetve – ugyanezen adatgazdától – a 2014 és 2018 közötti időszakra vonatkozóan vizsgálom a betöltetlen körzetek mennyiségének, arányának időbeli változását. A 2020-as évek globális eseményeinek tükrében az elemzés eredményeire úgy tekinthetünk, mint egy pillanatképre a koronavírus világjárvány előtti időszakból.

3.2 Települési szintű alapellátási kapacitás- és terhelés-vizsgálat

Az alapellátás területi kapacitásainak feltáró elemzésére települési szintű kvantitatív vizsgálatot végeztem, tekintettel arra, hogy a korábban hivatkozott jogszabályi kereteknek megfelelően az alapellátás megszervezése települési önkormányzati kompetenciába tartozik. A változók kiválasztásának szempontja az volt, hogy lehetőség szerint képet kapjak a háziiorvosi, házi gyermekorvosi szolgálatok és a körzeti ápolók rendelkezésre állásának területi megoszlásáról, különbségeiről.

A vizsgált tényezők területi sajátosságainak nem csupán az egyenként történő leíró jellegű megjelenítése, hanem a köztük lévő kapcsolat, együttmozgás feltárása volt a célom. Az elemzéshez a főkomponens analízist (Principal Component Analysis, PCA), mint a kapcsolatokat feltáró és egyben változóredukciós eljárás-ként funkcionáló többváltozós módszertant (JOLLIFFE & MORGAN, 1992; GÖRTLER et al., 2019) alkalmaztam, melynek keretében egymással korrelálatlan tényezőcsoportokat (JOLLIFFE & CADIMA, 2016; BOLLA et al., 2013) kívántam létrehozni. A létrejött főkomponenseket változókként használtam a megfigyelések (települések) csoportosítására, melynek kivitelezéséhez a klaszterelemzés módszerét (KAUFMAN & ROUSSEUW, 1990; JACQUEZ, 2008) alkalmaztam. Annak vizsgálatára, hogy a település klasztertagsága milyen mértékben függ össze az egyes térségi, statisztikai besorolásokkal, a település jellegével, a kereszttáblás elemzést használtam, a kategorikus változók közötti asszociatív kapcsolat erősségének megállapítására (MICHAEL, 2001; SAJTOS & MITEV, 2007).

A területi adatmátrixban a megfigyelések Magyarország települései voltak, míg a változók a Központi Statisztikai Hivatal, illetve a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő településsoros adataiból képzett olyan származtatott mutatók, amelyek valamilyen egységre vetítve, vagy arányt

megjelenítve lehetővé tették a területegységek összehasonlítását, kiszűrve a méretbeli különbségeket, nagyságrendi eltéréseket a megfigyelések között. A fajlagos mutatók vetítési alapját képező demográfiai mutatók az elemzés időpontjában legfrissebbként elérhető 2018. évi adatokból származtak, míg az ellátórendszeri adatokat a NEAK 2019. októberi, ellátott és betöltetlen háziiorvosi és házi gyermekorvosi adatbázisai szolgáltatták. Utóbbi ellátórendszeri adatokat minden változó esetén a területi ellátási kötelezettséggel bíró („TEK-es”), adott típusba tartozó körzet által ellátott korcsoport jogszabályban meghatározott felső létszámhatárára, mint alapra vetítettem (pl. a házi gyermekorvosi körzetek számát 800 fő 14 év alatti lakosra, a felnőtt és vegyes háziiorvosi körzetek számát 1500 fő 14 éves vagy idősebb lakosra).

A háziiorvosi adatsorokban megkülönböztethető volt egymástól az adott korcsoportot ellátó TEK-es praxis központját adó település, illetve a körzetben ellátott egyéb települések. Jómagam utóbbit tartottam a vizsgálat szempontjából fontosnak, tehát nem tettem különbséget aközött, hogy egy település az ott ellátást végző szolgálat központjaként (telephelyeként) szolgál-e vagy sem. Ehelyett, minden egyes településen rávetítettem az ellátott korcsoportra az ott ellátást nyújtó – eltérő körzettípusú – praxisok számát, és arra való tekintettel alakítottam ki a mutatókat, hogy az adott ellátást betöltött szolgálat végzi, vagy helyettesített a körzet. A vizsgálatba bevont változók alapadatai az 4. táblázatban olvashatók.

4. táblázat: A települési alapellátási kapacitások vizsgálatára felhasznált származtatott mutatók

Mutató	Referencia-év	Adat forrása
A településen ellátást végző felnőtt háziiorvosi szolgálatok ezerötszáz 14 éves vagy idősebb lakosra jutó száma	2019. október	NEAK adatai alapján saját számítás
A településen ellátást végző gyermek háziiorvosi szolgálatok nyolcszáz 14 év alatti lakosra jutó száma	2019. október	NEAK adatai alapján saját számítás
A településen ellátást végző vegyes háziiorvosi szolgálatok ezerötszáz lakosra jutó száma	2019. október	NEAK adatai alapján saját számítás
A településen ellátást végző helyettesített felnőtt háziiorvosi szolgálatok ezerötszáz 14 éves vagy idősebb lakosra jutó száma	2019. október	NEAK adatai alapján saját számítás
A településen ellátást végző helyettesített gyermek háziiorvosi szolgálatok nyolcszáz 14 év alatti lakosra jutó száma	2019. október	NEAK adatai alapján saját számítás
A településen ellátást végző helyettesített vegyes háziiorvosi szolgálatok ezerötszáz lakosra jutó száma	2019. október	NEAK adatai alapján saját számítás
A települést ellátó házi gyermekorvosi körzetközponban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	2018	KSH adatai alapján saját számítás
A települést ellátó házi gyermekorvosi körzetközponban a rendelőn kívül ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	2018	KSH adatai alapján saját számítás
A települést ellátó háziiorvosi körzetközponban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	2018	KSH adatai alapján saját számítás
A települést ellátó háziiorvosi körzetközponban a rendelőn kívül ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	2018	KSH adatai alapján saját számítás
Körzeti szakápolók egy háziiorvosi szolgálatra jutó száma	2018	KSH adatai alapján saját számítás

Forrás: saját szerkesztés

A következőkben a mutatók kiválasztását részletesebben indoklom.

A „*Településen ellátást végző felnőtt háziiorvosi szolgálatok ezerötszáz 14 éves vagy idősebb lakosra jutó száma*”, a „*Településen ellátást végző gyermek háziiorvosi szolgálatok nyolcszáz 14 év alatti lakosra jutó száma*”, illetve a „*Településen ellátást végző vegyes háziiorvosi szolgálatok 1500 lakosra jutó száma*” az alapellátás gerincét adó háziiorvosi ellátás szolgálatainak korcsoport-specifikus kategóriáit jeleníti meg, vetítési alapként a felnőtt, gyermek és vegyes körzetek törvényben meghatározott korcsoport-intervallumaival. Az egyes mutatók olyan

településeken vesznek fel értéket, ahol az ellátás betöltött körzetközpontból zajlik, tehát a körzetben nem helyettesített praxis látja el az adott korcsoportot.

A „*Településen ellátást végző helyettesített felnőtt háziiorvosi szolgálatok ezerötszáz 14 éves vagy idősebb lakosra jutó száma*”, a „*Településen ellátást végző helyettesített gyermek háziiorvosi szolgálatok nyolcszáz 14 év alatti lakosra jutó száma*”, és a „*Településen ellátást végző helyettesített vegyes háziiorvosi szolgálatok ezerötszáz lakosra jutó száma*” azon településeken vesz föl bármilyen 0-nál nagyobb értéket, ahol olyan háziiorvosi vagy házi gyermekorvosi szolgálat (is) végez helyben ellátást, amely betöltetlen, tehát ahol az ellátás helyettesítés révén megoldott egy másik körzetben szolgálatot vivő orvossal.

A „*Települést ellátó házi gyermekorvosi körzetközpontban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma*”, illetve a „*Települést ellátó háziiorvosi körzetközpontban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma*” a szolgálatok rendelői esetszámmal kifejezett terhelését mutatja egy praxisra vetítve, és minden településen azt az értéket veszi föl, mint az a bázistelepülés, amely az adott háziiorvosi vagy házi gyermekorvosi körzet központját adja, és amelyre vonatkozóan a KSH a nyers betegforgalmi adatot közli. A „*Települést ellátó házi gyermekorvosi körzetközpontban a rendelőn kívül ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma*”, és a „*Települést ellátó háziiorvosi körzetközpontban a rendelőn kívül ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma*” pedig ugyanezen logika mentén, tehát a települést magába foglaló körzet szintjén jellemzi a fajlagos betegforgalmi terhelést, csak éppen a lakáson ellátott esetekre vonatkozóan.

A kutatásnak az értekezés munkahelyi vitáján bemutatott verziójához képest a fenti négy mutatónak a használata változást jelent, ugyanis abban a verzióban a KSH által településsorosan közölt esetszám képezte a számítás alapját, tehát azokon a településeken, amelyek nem volt háziiorvosi vagy házi gyermekorvosi körzetközpont, 0 értéket vett fel. Jelen értekezésben azonban a körzetközpont-településre vonatkozó fajlagos esetszám van hozzárendelve az adott körzet összes településéhez. Habár ez egy pontosabb közelítést ad a településeken ellátást végző praxis(ok) betegforgalmi terhelésről, föl kell hívni a figyelmet ennek az értelmezésnek is a meglévő korlátaira: mivel a NEAK körzeteket összesítő adatbázisában nincs arról információ, hogy a betöltetlen körzetekben melyik másik körzet végzi a helyettesítést, így nem ismert az ellátást adó rendelő központja, ezért a helyettesítést végző praxis központját adó település KSH szerinti betegforgalmi terhelési adata nem megadható azon településekre, ahol a helyettesített ellátás folyik. Ennek a körülménynek az elemzésbe bevont települések kiválasztására gyakorolt befolyása a továbbiakban ismertetésre kerül.

A háziiorvosok és házi gyermekorvosok munkáját prevenciós, gyógyítási, gondozási, rehabilitációs, egészségfejlesztési stb. tevékenységével kiegészítő körzeti-közösségi szakápolók területi rendelkezésre állásáról ad képet a „*Körzeti szakápolók egy háziiorvosi szolgálatra jutó száma*”. Minél magasabb a mutató értéke, annál hatékonyabban tehermentesíti a háziiorvost, és biztosít hozzáférést a fentebb sorolt egészségügyi szolgáltatásokhoz a lakosság számára.

A főkomponens elemzés első futtatása előtt meggyőződtem a vizsgálati módszer alkalmazási feltételeinek teljesüléséről. Elsőnek abból indultam ki, hogy az adatmátrix objektumainak nagy elemszáma miatt a centrális határeloszlás tétele érvényesül (BOLLA & KRÁMLI, 2005; RICE, 1995), és ebből kifolyólag a kiugró értékek kiszűrése nem szükséges a normál eloszlás eléréséhez. Megtörtént azonban a települések szelekciója egy fentebb már említett objektív körülmény miatt: azon településeket, ahol teljes egészében helyettesítésben zajlik a háziiorvosi ellátás, nem vontam be a főkomponens-elemzésbe, tekintve, hogy esetükben nem áll rendelkezésre az ellátást végző körzet esetforgalmi terhelési adata, illetve a fajlagos mutató

számításának alapját adó, a településen helyettesített ellátást végző háziiorvosi/gyermekorvosi szolgálatok pontos száma sem. A probléma által érintett 398 település PCA-ból való kihagyása azonban véleményem szerint nem iktatja ki a térbeliséget az elemzésből, ugyanis ezeket a településeket a később ismertetésre kerülő klaszterelemzésben egy külön, „nulladik” klaszterként kezeltem, mégpedig a teljes egészében helyettesítésben ellátott települések csoportjaként.

A főkomponens elemzésnek a fenti módon 2757-es elemszámúra szűrt településhálózatra, illetve a teljes kiinduló változókészletre történő első futtatása alkalmával lekért segédmátrixok és tesztek segítségével bizonyosodtam meg a megalkotott indikátorrendszer elemzésre való alkalmasságáról. A főkomponens analízis egyik alapfeltétele a változók korreláltsága (TABACHNICK & FIDELL, 2013). A korrelációs mátrixban valamennyi változó tudott produkálni legalább gyenge-közepes kapcsolatokat (az utolsó futtatásra vonatkozóan ld. 5. melléklet). A változók nem magyarázott varianciáját kifejező Anti-image korrelációs mátrix főátlójában szereplő MSA értékek a fentebb említett változókhoz kapcsolódóan minden esetben elérték a 0,5-öt, és az MSA értékek összes változóra vonatkozó átlagát kifejező Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mutató (FIELD, 2013; SAJTOS & MITEV, 2007) is megütötte az elfogadható szintet 0,559-es értékével. A Bartlett-próba eredménye szignifikáns volt ($p < 0,01$), tehát a tesztnek azon nullhipotézise, hogy az alapváltozók korrelálatlanok (FIELD, 2013; SAJTOS & MITEV, 2007), már az első futtatás alkalmával elvethetőnek bizonyult.

A forgatás nélküli főkomponens-kialakítás mellett a Varimax rotációval született megoldásra is kíváncsi voltam. A derékszögű elforgatás úgy változtatja meg a főkomponensek magyarázott varianciáját, hogy a kommunalitások nem módosulnak, de a főkomponensek között a lehető legkisebb lesz a korreláció (CSALLNER, 2015; HAIR et al., 2014). Értelmezhető – és hasonló – extrakciós megoldás származott a rotálatlan és az elforgatott főkomponens mátrixból is. Az első futtatás eredményeként létrejött négy főkomponens a teljes variancia mintegy 62%-át magyarázta, amely épp csak meghaladja az akceptálható 60%-os értéket. Át kellett gondolni annak lehetőségét, hogy a többi változóhoz képest nélkülözhetőnek ítéltető „*Körzeti szakápolók egy háziiorvosi szolgálatra jutó száma*” mutatót kivegyem a kiinduló változókészletből, annak reményében, hogy így növelhető az össz-szórásnégyzet megmagyarázott hányadának nagysága. Az első futtatás során a háziiorvosi rendelői és rendelőn kívüli fajlagos esetszámokkal egy főkomponensbe került, azokkal pozitívan korreláló körzeti ápolói változó kizárását követően a második futtatásban a KMO értéke alig észrevehetően csökkent, 0,557-re. Habár a „*Településen ellátást végző vegyes háziiorvosi szolgálatok 1500 lakosra jutó száma*” esetén a kommunalitás értéke mindössze 0,281 a második futtatásban, összességében azonban a főkomponens-struktúra megfelelő mértékben magyarázza a bemeneti tényezők varianciáját (FIELD, 2013; LANDAU & EVERITT, 2004).

A főkomponens-struktúra által megmagyarázott összvariancia-hányad 66 százalékra nőtt a második futtatás során. Tekintettel arra, hogy a rotációs megoldásban némileg kiegyenlítettebb volt az egy főkomponensre jutó megmagyarázott varianciahányad (24,4, 23,7, illetve 18%), ezért a forgatás után kapott eredményeket használtam a további elemzésben.

A faktormutatókat elmentettem, és azokat a települések csoportosításának (klaszterezésének) bemeneteiként használtam. A csoportokba rendezés módszereként egymást kiegészítve a kétlépcsős (two-step), illetve a hierarchikus és az arra épülő nemhierarchikus (K-közép) klaszterezést alkalmaztam. A kétlépcsős klaszterelemzés előnye, hogy nagy elemszámú adathalmazra is alkalmazható, javaslatot tesz a klaszterek számára, de előre is megadható a csoportok száma, az elemek klasztereken belüli (cohesion) és a klaszterek közötti (separation)

átlagos távolságai alapján pedig az ún. sziluett-koefficiens segítségével jellemzi a klaszterek „minőségét”. Lehetőség van a keretei közt kategorikus változók bevonására is (NORUSIS, 2011).

A kétlépcsős klaszterelemzést megelőzően először a hierarchikus klaszteranalízist végeztem el, mégpedig a legkisebb eltérés-négyzetösszeget eredményező Ward-módszerrel (HAIR et al., 2014; FÜSTÖS, 2009), hogy képet kapjak a kialakítandó klaszterek számáról. Az összevonási mátrix, a jégcsap diagram és a dendrogram is négy klaszter elkülönítését irányozta elő. Mindezek alapján a nagy elemszámú sokaságok elemeinek csoportosítására alkalmas K-közép eljárás (HAIR et al., 2014; SAJTOS & MITEV, 2007). keretében a négyklaszteres megoldást próbáltam ki. Utóbbi nem-hierarchikus eljárás az előre megadott klaszterszám alapján klaszterközéppontokat hoz létre, amelyekhez legközelebb eső megfigyeléseket az adott klaszterbe sorolja, és ezt iterálja a kívánt klaszterszám eléréséig (LANDAU & EVERITT, 2004). A futtatás során egy 1599, egy 603, egy 554 és egy 1 (!) elemű klaszter jött létre. A kis elemszámú klaszterek létrejötte elemzésem tárgya szempontjából nem kimondottan preferált, ezért megpróbálkoztam a háromklaszteres megoldással, melynek eredményeképpen megmaradt az egy elemű klaszter, míg a másik kettő 2141, illetve 615 elemszámú csoport lett. Nem meglepő, hogy a kétklaszteres megoldás is a két nagyobb klasztert vonta össze, és meghagyta az 1 településes klasztert.

Az automata klaszterszám-kialakításra beállított kétlépcsős klaszteralgorithmus két klaszter kialakítását javasolta 2036, illetve 721 elemmel, amely ugyan közelíti a K-közép módszer háromklaszteres megoldásának két nagyobb csoportját, de mindenképpen úgy láttam jónak, hogy az önmagában klasztert alkotó települést, mint kiugró értéket kiszűröm, így növelve annak esélyét, hogy a két klasztereljárás azonos csoportszámú megoldásai esetleg nagyobb összhangba kerülnek egymással.

A több változót, de különösképpen a házi gyermekorvosi szolgálatok fajlagos számát tekintve kiugró értéket produkáló Szárász település kizárása után az újra lefuttatott főkomponens-elemzés során a KMO = 0,593, a Bartlett-teszt esetén $p < 0,01$ (6. melléklet), a kommunalitások értékei elfogadhatóak (7. melléklet), a létrejött három főkomponens a szórásnégyzet 64,1 százalékát magyarázza, és a rotált megoldás produkálta a kiegyensúlyozottabb megmagyarázott varianciahányadot a főkomponensek között (23,6, 22,7 és 17,8%-kal, ld. 8. melléklet). A körzeti ápolók fajlagos számára vonatkozó változó ezúttal bent maradt a főkomponens-struktúrában, mert eltávolítása nem járt kézzelfogható előnnyel. A létrejött főkomponens-struktúrát az Eredmények fejezetben részletesen ismertetem.

Az új faktorokkal elvégzett kétlépcsős klaszterezés az automatikus klaszterszám-meghatározással négy csoport kialakításáról döntött, melynek eredményeképp létrejött egy 1330, egy 791, egy 496 és egy 139 települést összesítő klaszter. A klaszterek egymástól való elkülönülése és belső kohéziója, azaz a minősége a sziluettmutató alapján a 0,5-ös értéket vett fel, így a legkedvezőbb „Good” kategóriába került. Az újra lefuttatott hierarchikus klaszterelemzés eredményein (9. melléklet) alapuló négyklaszteres K-közép klasztereljárás egy 1528, egy 671, egy 467 és egy 90 elemszámú csoportot különített el. A két eljárás eredménye összevetésének módját a következő módszertani bekezdés részeként ismertetem.

A klasztertagságra vonatkozó információt kategorikus változóként annak vizsgálatára használtam, hogy hogyan függ össze a települések elhelyezkedése, jogállása, népességnagyság-kategóriája, illetve fejlettség szerinti besorolása azzal, hogy a település melyik klaszterbe került. A változók kategóriái a következők voltak:

- Megye: a települést közigazgatási értelemben magába foglaló NUTS 3 szintű statisztikai célú térség (Forrás: KSH)
- Jogállás: község, nagyközség, város, megyei jogú város (Forrás: KSH)
- Lakónépeség-nagyságkategória (fő): 0 - 499; 500 - 999; 1000 - 1999; 2000 - 4999; 5000 - 9999; 10000 - 19999; 20000 - 49999; 50000 - 99999; 100000 - (Forrás: KSH)
- Társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból kedvezményezett település: Igen; Nem (Forrás: 105/2015. (IV. 23.) Korm. Rendelet a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről)
- Járási kedvezményezettség szerinti besorolás: Komplex programmal fejlesztendő járáshoz tartozik; Fejlesztendő járáshoz tartozik; Kedvezményezett járáshoz tartozik; Regionális szempontból kedvezményezett járáshoz tartozik; Nem tartozik kedvezményezett járáshoz (Forrás: 290/2014. (XI. 26.) Korm. rendelet a kedvezményezett járásokról)

A klaszterbesorolás és a fenti változók közötti asszociatív kapcsolat feltárására keresztábrás elemzést folytattam. A függetlenség tesztelésére a Pearson-féle Khi-négyzet próbát (a továbbiakban χ^2) alkalmaztam, amely az egyes névleges kategóriák egyes csoportokban megfigyelt gyakoriságait egy elvárt gyakorisághoz hasonlítja, és nullhipotézise, hogy a változók függetlenek egymástól, azaz a tapasztalati eloszlás bármilyen eltérése az elvárt eloszlástól csupán a véletlen műve (MICHAEL, 2002; MCDONALD, 2014). A kapcsolat erősségének és irányának mérésére a szimmetrikus Cramer's V (φ_c) mutatót (FIELD, 2013; SAJTOS & MITEV, 2007) alkalmaztam. AKOGLU (2018) útmutatása alapján a mutató erősségét a következőképpen értelmeztem: < 0.05: Nagyon gyenge; 0.05-0.1: Gyenge; 0.1-0.15: Közepes; 0.15-0.25: Erős; 0.25<: Nagyon erős.

A keresztábrás-elemzés fent részletezett módszerével ellenőriztem a kétlépcsős és a K-közép klasztereljárás eredménye közötti „összhangot”, ahol a két kategorikus változó az egyik, illetve a másik klaszteralgoritmus által az adott települést befoglaló klaszter azonosítója volt. A két klaszterbesorolás igen erősen együtt mozgott ($\chi^2=6061,49$; $df=9$; $p<0,01$; $\varphi_c=0,856$ $p<0,01$), az elemzésbe bevont (tehát az eljárás keretében klaszterezett, és nem automatikusan a helyettesítésben ellátott településeket tömörítő ötödik klaszterbe sorolt) 2756 település 91,1%-át a két eljárás ugyanúgy sorolta be (10. melléklet). Az Eredmények fejezetben a kétlépcsős klaszteranalízis keresztábrás összefüggéseit elemzem a fentebb részletezett kategorikus változók mentén, de fontos tudni, hogy a K-közép eljárás klaszterei is szinte pontosan ugyanígy jellemezhetőek, tehát a két eljárás által máshová sorolt 245 település úgy oszlott el a klaszterek között, hogy nem változtatta meg azok csoportképző ismérveit.

A településeket attól függően, hogy a kétlépcsős klaszterezés eredményeként melyik klaszterbe kerültek, QGIS 3.6 szoftver segítségével térképen ábrázoltam. (19. ábra)

3.3 A háziorvosi és házi gyermekorvosi alapellátás területi meghatározottságának járási szintű elemzése

A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által rendelkezésemre bocsátott járási szintű adatbázis a 2014-2018-as évekre biztosította számomra a területi ellátási kötelezettséggel bíró, betöltött és betöltetlen gyermek, felnőtt és vegyes háziorvosi szolgálatok számát a 174 db közigazgatási járásban. A járások, mint megfigyelések szintjét alkalmasabbnak találtam a települési szintnél annak vizsgálatára, hogy az egyes alapellátási szolgáltatások, körzettípusok mikrotérségi rendelkezésre állása milyen összefüggést mutat az egyes területi (településszerkezeti, népesség-

megoszlási, fejlettségi) jellemzőkkel. Arra voltam kíváncsi, hogy ezek a jellemzők valamilyen rendező elvként vagy mögöttes jelenségeként viselkednek-e a háziorvosi, házi gyermekorvosi alapellátási kapacitások és teljesítmények területi alakulásában. A járási szintű vizsgálatba bevont változók az 5. táblázatban olvashatók.

5. táblázat: A járási szintű vizsgálatba bevont mutatók

Mutató	Referencia-év	Adat forrása
Állandó népesség (fő)	2018	KSH
Állandó népességből a 14 év alattiak aránya (%)	2018	KSH adatai alapján saját számítás
Állandó népességből a 60 éves vagy idősebbek aránya (%)	2018	KSH adatai alapján saját számítás
Népsűrűség (fő/km ²)	2018	KSH adatai alapján saját számítás
Községek aránya a településhálózatban (%)	2018	KSH adatai alapján saját számítás
Gyermek háziorvosi körzetek tízezer 14 év alatti lakosra jutó száma (szolgálat)	2018	KSH adatai alapján saját számítás
Felnőtt háziorvosi körzetek tízezer 14 éves vagy idősebb lakosra jutó száma (szolgálat)	2018	KSH adatai alapján saját számítás
Vegyes háziorvosi körzetek 100 000 lakosra jutó száma (szolgálat)	2018	KSH adatai alapján saját számítás
Betöltetlen gyermek háziorvosi körzetek aránya (%)	2018	NEAK adatai alapján saját számítás
Betöltetlen felnőtt háziorvosi körzetek aránya (%)	2018	NEAK adatai alapján saját számítás
Betöltetlen vegyes háziorvosi körzetek aránya (%)	2018	NEAK adatai alapján saját számítás
A házi gyermekorvosi ellátásban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	2018	KSH adatai alapján saját számítás
A házi gyermekorvosi ellátásban a rendelőn kívül ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	2018	KSH adatai alapján saját számítás
A háziorvosi ellátásban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	2018	KSH adatai alapján saját számítás
A háziorvosi ellátásban a rendelőn kívül ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	2018	KSH adatai alapján saját számítás
Háziorvosi szolgálathoz tartozó szakápolók/ápolók egy szolgálatra jutó száma	2018	KSH adatai alapján saját számítás
Szelektív morbiditási ráta (eset/1000 lakos)	2018	NEAK adatai alapján saját számítás
Komplex mutató értéke	2015	KSH

Forrás: saját szerkesztés

A települési szintű vizsgálat módszertani bemutatásánál már ismertetett, a háziorvosi alapellátás kapacitásaira vonatkozó mutatók alkalmazásának indoklására már nem térnek ki, azonban fontosnak tartom egyes, a járási szintű vizsgálatba újonnan bevont, származtatott mutatóként kalkulált változók értelmezését.

A kutatás elkészítésének időpontjában a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, mint adatgazda részéről a 2018-as évig elérhetőek voltak az egyes betegcsoportok megbetegedési esetszámára vonatkozó települési szintű – és ezáltal járási szintre aggregálható – adatsorok. A WHO által összeállított Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) szerinti betegcsoportok közül kiválasztottam azokat, amelyek nagy számban tartalmaznak krónikus/idült, tehát hosszabb ideig tartó, lassabb lefolyású betegségeket, és az ezek szerinti megbetegedések 2018. évi, ezer lakosra vetített számának átlagából képeztem az ún. „Szelektív morbiditási ráta” mutatót. Az indikátor kiszámításához tehát a következő betegcsoportokat vettem figyelembe:

C0000-D4890 Daganatok

D5000-D8990 A vér és vérből képző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek

E0000-E90H0 Endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek

F0000-F99H0 Mentális- és viselkedészavarok

G0000-G9980 Az idegrendszer betegségei

H0000-H5990 A szem és függelékének betegségei

H6000-H9590 A fül és a csecsnyúlvány megbetegedései

I00H0-I99H0 A keringési rendszer betegségei

J00H0-J9980 A légzőrendszer betegségei

K0000-K9380 Az emésztőrendszer betegségei

L0000-L9980 A bőr és bőralatti szövet betegségei

M0000-M9990 A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei

N0000-N9990 Az urogenitális rendszer megbetegedései

Az összesített esetszámok 1000 lakosra vetített rátáját abban a kontextusban vizsgáltam, hogy van-e összefüggés a megbetegedések és az egyes alapellátási kapacitás- és teljesítménymutatók között: „egészségesebbek”-e azok a járások, ahol a háziorvosi rendelkezésre állás magasabb, tehát népesség-/korcsoport-arányosan több orvos teljesít szolgálatot, vagy ahol átlagosan több vizitet teljesít egy háziorvosi, házi gyermekorvosi szolgálat.

Véleményem szerint nem kerülhető meg a területi társadalmi, gazdasági, infrastrukturális és egyéb fejlettségi állapotjelzők hatásának vizsgálata az alapellátás kapcsán. Olyan, a vizsgálatba bevonható változóként, amely egyesíti magában a különböző fejlettségi dimenziókat, a 290/2014. (XI. 26.), illetve az azt módosító 106/2015. (IV. 23.) számú kormányrendelet által a járások kedvezményezettségi besorolásának alapjaként használt ún. komplex mutatót alkalmaztam, amely a Központi Statisztikai Hivatal (2016) kiadványának megfogalmazásában egy „négy dimenzió mentén, 23 mutató értékeiből normalizálással képzett kompozit indikátor”. (Az említett 4 dimenzió: Társadalmi és demográfiai helyzet; Lakás és életkörülmények; Helyi gazdaság és munkaerőpiac; Infrastruktúra és környezet).

Az előzőekben bemutatott változók közötti összefüggés erősségének számszerűsítésére a Pearson-féle lineáris korreláció (HUNYADI & VITA, 2008a; TABACHNICK & FIDELL, 2013) kiszámítására támaszkodtam. A korrelációs együtthatót (r), mint a kapcsolat erősségének mutatóját HAIR és szerzőtársai (2014) nyomán a következőképpen értelmeztem: $< 0,2$: gyenge; $0,2-0,4$: gyenge közepes; $0,4-0,7$: erős közepes; $0,7 <$: erős kapcsolat.

A területi elemzés teljességiére való törekvés végett, illetve a centrális határeloszlás érvénye miatt a járási vizsgálat elemeit sem tisztítottam meg a kiugró értékektől. A korrelációs mátrix lekérdezése után az adatpárokat egyenként vizsgáltam, és a szignifikáns, legalább gyenge-közepes kapcsolatokat kerestem. Céлом nem csupán az együttmozgás erősségének meghatározása volt, hanem egyes adatpárok esetében a látszólagosnak vélt kapcsolatok azonosítása is, melynek módszereként parciális korreláció-számítást (VARGHA, 2011; HAIR et al., 2014) végeztem, hogy két változó kapcsolatában kiszűrjem egy harmadik változó hatását. HÁMORI (2016) szerint egy statisztikai modell megalkotásakor megfelelően előkészített, azaz a hiányzó és kiugró adatoktól megtisztított, valamint szükség esetén a megfelelően transzformált változókat felvonultató adatbázisra van szükség, mely hatással van a kialakított modell illeszkedésére és gyakorlati alkalmazhatóságára. Figyelembe véve VARGHA (2011) útmutatását a parciális korreláció-számítás

kapcsán, mely szerint utóbbinak fontos feltétele a vizsgálatba bevont változók többdimenziós normál eloszlása és a köztük lévő összefüggés linearitása, vizsgáltam a változók eloszlásának csúcosság és ferdeség mutatóit, és lefuttattam a Kolmogorov-Smirnov és Shapiro-Wilk teszteket a változók normál eloszlásának megállapítására (FIELD, 2013). Azon változók esetében, ahol a próbák szignifikánsak voltak, illetve a ferdeség pozitív vagy negatív előjellel meghaladta az 1-et, valamint abszolút értékben jelentősen nagyobb volt, mint a ferdeség standard hibájának a kétszerese (PRICE, 2000), akkor a negatív ferdeségű eloszlás esetén a négyzetgyök, pozitív ferdeségű eloszlás esetén pedig a logaritmikus transzformáció (SZÉKELYI & BARNA, 2002) lépését alkalmaztam, mely művelet eredményeként a tesztek ismételt lefuttatása már többé-kevésbé normál eloszlásról árulkodott.

Érdeklődésem kiemelt fókuszában volt annak vizsgálata, hogy a házi orvos látogatásának sűrűsége (amely az egy házi orvosi szolgálatra jutó rendelői esetszámmal jellemzett az elemzésben) mennyiben járul hozzá a – fertőzéseken, sérüléseken, külső okokon, terhességi/gyermekágyi problémákon, egyéb célú orvos-beteg találkozásokon kívüli – megbetegedések esetszámainak (azaz a szelektív morbiditási rátának) csökkenéséhez. Feltételezésem, hogy ha van is kapcsolat a fenti két változó között, valójában egy adott térség általános fejlettsége határozza meg a megbetegedésekben (illetve annak hiányában) mérhető egészségi állapotot, illetve a korcsoportos sajátosságok. A „Szelektív morbiditási ráta” alakulását vizsgáltam tehát területi dimenzióban a fejlettséget kifejező „Komplex mutató”, illetve az idős korú, megbetegedésre jobban hajlamos lakosság arányát mutató „Állandó népességből a 60 éven felüliek aránya”, valamint a „Házi orvosi ellátásban a rendelőben ellátott esetek egy körzetre jutó száma” változóval összefüggésben.

A problémakör feltárására a többváltozós lineáris regresszió módszerét alkalmaztam. A többszörös regresszió-elemzés egyetlen függő változó és több független változó közötti kapcsolat elemzésére szolgál (HAIR et al., 2014), olyan adatkészleten, amelyben a független változók egymással és a függő változóval különböző mértékben korrelálnak (TABACHNICK & FIDELL, 2013). A modell kiértékelése előtt megbizonyosodtam a regresszió alkalmazási feltételeiről.

A (multi)kollinearitás, azaz a független változók egymással való erős korreláltsága nemkívánatos körülmény, ugyanis redundanciát okoz a magyarázó változók által a modellhez adott információ-tartalomban (KOVÁCS, 2008). A statisztikai szoftver által alapértelmezésben a varianciainflációs tényező (VIF) és ennek reciproka, az ún. toleranciamutató mutatja a tényezők lineáris függetlenségét. A VIF értéke 10 – egyes szakirodalmak, pl. ROGERSON (2001) szerint 5 – alatt kell maradjon (HAIR, ANDERSON, TATHAM, & BLACK, 1995), a toleranciamutató pedig minél közelebb kell eszen 1-hez (KOVÁCS, PETRES & TÓTH, 2004): ez a hierarchikus modell szintjén teljesült (19. melléklet).

A homoszkedaszticitás, azaz a maradéktagok szórás-homogenitásának megállapítására a Breusch-Pagan és a Koenker teszteket alkalmaztam, melyek nullhipotézise az, hogy a hibatagok szórásnégyzete megközelítőleg egyezik (DARYANTO, 2013), tehát nem függ a magyarázóváltozók értékétől (HUNYADI & VITA, 2008b). A két teszt esetén az empirikus szignifikanciaszint $p=0,052$, illetve $p=0,137$, azaz a nullhipotézis nem elvethető, a variancia-homogenitás tehát teljesült. (20. melléklet)

A regressziós modellben az alkalmazott metódus a nem-lépésenkénti Enter- (Bevitel)-módszer volt, amely valamennyi magyarázóváltozót egy lépésben viszi be a modellbe, függetlenül azok parciális magyarázóerejének szignifikanciájától (http 31; HÁMORI, 2016). Az elemzés regressziós modellre vonatkozó kimeneteit az Eredmények fejezetben ismertetem.

3.4 A betöltetlen házi orvosi és házi gyermekorvosi körzetek területi összefüggéseinek elemzése

A tartósan betöltetlen házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátási körzetek helyzetének elemzésére az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Alapellátási Osztálya által gondozott nyilvántartás 2019 októberében aktuális adatait vettem alapul. A betöltött és betöltetlen körzetek területi megoszlását a körzet típusa szerinti lebontásban a gyermek, felnőtt és vegyes körzetekre vonatkozóan vizsgáltam, első körben leíró jelleggel.

Annak érdekében, hogy a tartósan betöltetlen házi orvosi körzetekhez tartozó ismérvek közötti kapcsolatok közül a valóban releváns összefüggéseket tanulmányozhassam, a változók közötti kapcsolatok feltárására a kategorikus és metrikus skálán értelmezett változók közötti összefüggéseket vizsgáltam. A nominális változók és kialakított kategóriáik a következők voltak:

- Házi orvosi szolgálat típusa: Felnőtt; Gyermek Vegyes (*Forrás: NEAK*)
- Régió: a körzet központját jelentő települést közigazgatási értelemben magába foglaló NUTS 2 szintű régió (*Forrás: KSH*)
- Körzetközpontnak helyet adó település nagyság-kategóriája: 0-499 fő; 500-999 fő; 1.000-1.999 fő; 2.000-4.999 fő; 5.000-9.999 fő; 10.000-19.999 fő; 20.000-49.999 fő; 50.000-99.999 fő; 100.000 fő vagy több (*Forrás: KSH*)

A vizsgálatba bekerült metrikus skálán értelmezett változók az alábbiak voltak:

- A körzetben ellátandó lakosság nagysága (fő)
- A körzet betöltetlenségének hossza (év)

A betöltetlen körzetek fent nevezett kategóriáinak és paramétereinek vizsgálata két lépcsőben történt. Tekintettel arra, hogy a teljes körzet-sokaságra és körzettípus szerinti bontásban sem normál eloszlású az ellátandó lakosságszámra és a betöltetlen státusz hosszára vonatkozó változó értéke, első lépésként az eloszlására és variancia-homogenitására érzéketlen, nemparaméteres Kruskal-Wallis próbát (MCDONALD, 2014; FIELD, 2013) alkalmaztam, hogy megbizonyosodjak a kategorikus magyarázó változó mentén kialakított csoportok metrikus célváltozó szerinti rangjainak (pontosabban azok csoportszintű mediánjának) eltéréséről, illetve annak szignifikanciájáról. Amennyiben a teszt eredménye szignifikáns volt, azaz az empirikus szignifikanciaszint 0,05-nél kisebb értéket vett fel, annak érdekében, hogy pontosan meg tudjam határozni, mely csoportok között mutatható ki – a csoporttagok rangjainak mediánértéke alapján – szignifikáns differencia, páronként lefuttattam a csoportok között a Dunn-Bonferroni post-hoc tesztet (FIELD, 2013).

A fenti, nemparaméteres próbákat követően, azok eredményének birtokában, immáron nem tartva attól a tényről, hogy a metrikus változók nem követik a normál eloszlást, egytényezős variancia-analízist (ANOVA) végeztem, melynek szignifikáns mivolta esetén kétféle post-hoc tesztet futtattam: a Levene-teszt segítségével vizsgált variancia-homogenitás feltételének teljesülése ($p > 0,05$) az LSD, míg variancia-heterogenitás ($p < 0,05$) esetén a Tamhane-tesztet (FIELD, 2013). Minden esetben az ANOVA a Kruskal-Wallis próba, az LSD/Tamhane pedig a Dunn-Bonferroni teszt eredményeivel szinte teljes összhangban volt, így magabiztosan fogalmazhatok meg a paraméteres eljárások alapján konkrét, számszerű összefüggéseket a csoportok átlagainak eltéréseire a vizsgált változókra vonatkozóan, amely sokkal jobban segíti a megértést, mintha csak a rangok viszonyára reflektálhatnánk.

A konkrét kutatási problémára lefordítva a fenti lépéssorozatot, azt vizsgáltam, hogy van-e lényegi különbség az egyes régiókba, illetve a bázistelepülések eltérő nagyságkategóriáiba

tartozó, adott (felnőtt, gyermek, vegyes) típusú körzetcsoportok átlagai között az ellátandó lakosság nagyságában és a körzet betöltetlen státuszának években kifejezett hosszában.

3.5 A házi orvos-képzés és a célzott támogatások eredményessége a betöltetlen körzetek problémájának kezelésében

A házi orvosi és házi gyermekorvosi praxisok megoszlásának, méretbeli viszonyainak, betegforgalmi terhelésének, valamint a betöltetlen körzetek kialakulásának és jellemzőinek területi összefüggéseinek megismerését ki kell egészítse az erre adott konkrét szakpolitikai válaszreakciók hatásának elemzése. Erre alapozva elemeztem leíró jelleggel a házi orvosi praxisjog-vásárlási és letelepedési pályázatok eredményességét. Vizsgáltam, hogy a programok 2014-es elindítása óta hogyan alakult időben a támogatások évente megítélt száma, és hogyan tartott lépést a nyertes pályázatok kumulált mennyisége a betöltetlen (felnőtt és vegyes) házi orvosi körzetek számának alakulására. A különböző típusú és státuszú betöltetlen körzetek számára vonatkozó adatokat járási szinten igényeltem meg a NEAK illetékes főosztályától, és a NEAK honlapja biztosította az adatforrást a nyertes pályázatokra vonatkozóan. A támogatások területi eloszlását a járási adatok régiós szintre aggregálásával, illetve a nyertes praxisok bázistelepülései nagyságkategóriájának figyelembevételével elemeztem. Sajnos az ÁEEK Alapellátási Osztálya által gondozott Praxis-I és Praxis-II programok idősoros és területi adataihoz nem jutottam hozzá, pedig rengeteg többlet-információval szolgált volna a helyettesített körzetek ideiglenes betöltésének hatásaival kapcsolatban.

A házi orvosi utánpótlás tendenciáit az ÁEEK éves ágazati humán erőforrás jelentésének adatait felhasználva vizsgáltam, a házi orvos-képzésbe belépők és diplomázók számának változását tekintve, míg a külföldön megszerzett végzettség hazai, és a Magyarországon szerzett képesítés külföldi elismertetésének statisztikái az orvosvándorlás trendjeibe adhatnak betekintést.

3.6 Szakértői interjúk

Elősegítendő, hogy a házi orvosi és házi gyermekorvosi körzetekre vonatkozó statisztikák mögé látva megismerhessem a betöltetlen körzetek kialakulásának mélyebb összefüggéseit, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Alapellátási Osztályának munkatársaival készített, a házi orvosi ellátórendszer alapvető helyzetét és szélesebb összefüggéseit tárgyaló félig strukturált interjúmban erre is kitértem, és az ide vonatkozó állításokat jelen cikkben, a statisztikai vizsgálatok részletezése után ismertetem. Az interjút 2018. december 3-án készítettem az ÁEEK OALI Budapest XIII. kerületi központjában, 3 szakértő jelenlétében, mintegy 60 perc terjedelemben.

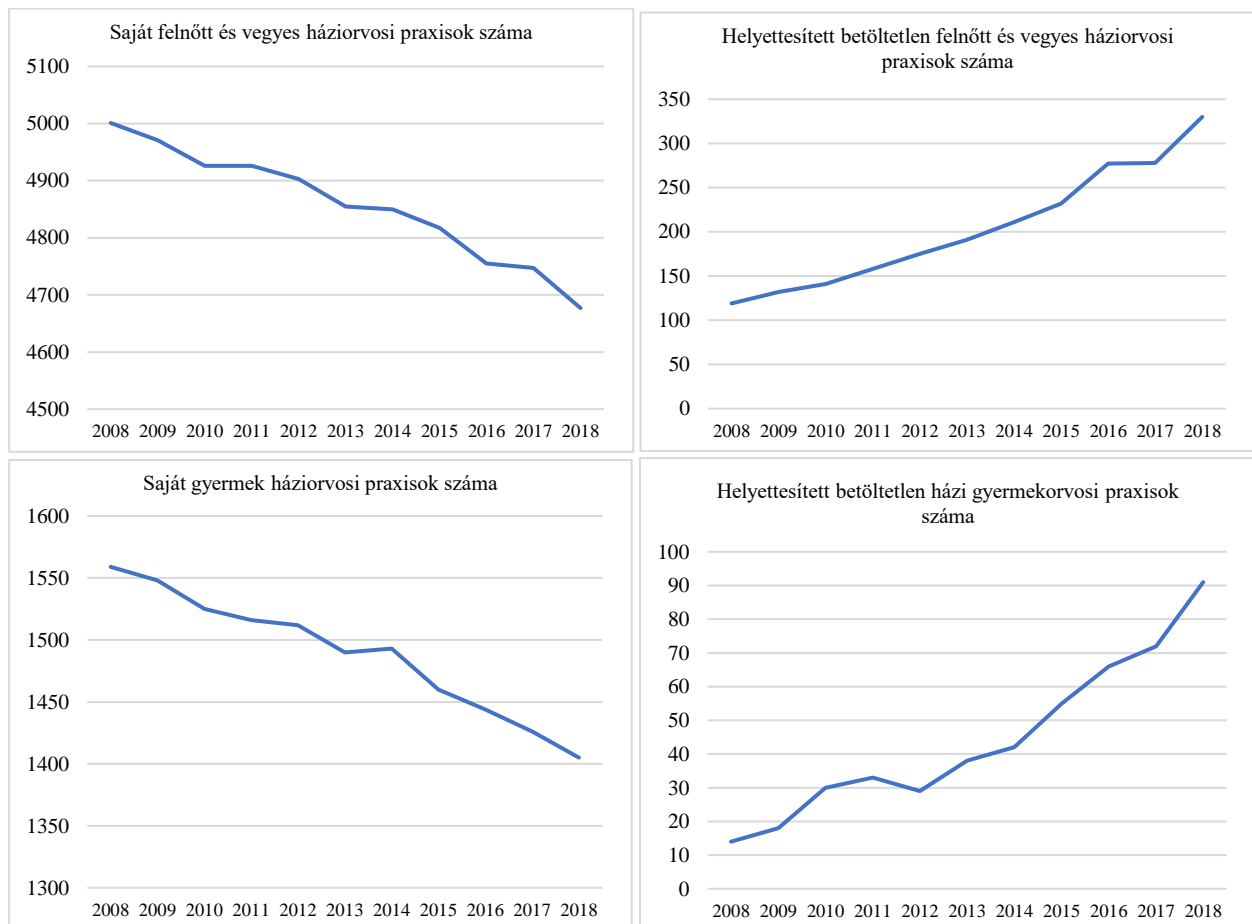
Az adatelemzések és az ÁEEK interjú megállapításait példálózó jelleggel árnyalom a 2015 és 2019 között a Nógrád megyei Hollókőn, a Heves megyei Egercsehiben, a Pest megyei Bagon, a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Komlósán és a Csongrád megyei Bakson végzett empirikus falukutatások házi orvosi mélyinterjúiból származó olyan állításokkal, amelyek saját megítélésem szerint házi orvosok széles körének véleményét reprezentálhatják (függetlenül attól, hogy a megállapítások esetleg vitathatóak lehetnek).

Lehetőségem nyílt interjút készíteni egy neve elhallgatását kérő, kistelepülésen praktizáló, és több másik település praxisaival közösen, pályázati forrásból praxisközösséget működtető, vállalkozó házi orvossal, 2020. május 28-án, a szakember rendelőjében. A körülbelül 90 perces beszélgetés keretében nem csak a praxisközösségi pályázati projekt, de összességében a házi orvosi munkavégzés körülményeiről is kérdezhettem az alanyt. A falukutatások házi orvosi interjúinál kevésbé helyspecifikus interjú előnye, hogy mélyebb betekintést ad a pályát kísérő emberi, szakmai, piaci kihívások világába.

4 Eredmények

4.1 A házi orvosi és házi gyermekorvosi abszolút kapacitása és terhelése

A Központi Statisztikai Hivatal országos szintű idősoros adatai szerint a (felnőtt és vegyes ellátást végző) házi orvosok száma összességében csökkenő, kismértékben ingadozó tendenciát mutatott a napjainkat megelőző két évtizedben. 1998 és 2018 között létszámuk 10,2%-kal esett vissza (5210-ről 4677-re). A házi gyermekorvosok száma 1998 és 2003 között némi fluktuációval kísért emelkedő trendet követett, majd 2018-ig 11,2%-os csökkenés következett be (1582-ről 1405-re). A csak felnőtteket ellátó, saját praxissal rendelkező házi orvosok praxisainak száma 2008 és 2018 között 3578-ról 3413-ra csökkent (-4,6%), míg a házi orvos nélkül maradt, helyettesített felnőtt praxisok száma 321,4%-kal, azaz több mint négyszeresére (!) nőtt (28-ról 118-ra) a fenti időszakban. A felnőtt és gyermek ellátást is végző (vegyes) praxisok száma 2008-2018 között 11,2%-kal esett (1423-ról 1264-re), a házi orvossal nem rendelkező helyettesített vegyes praxisok mennyisége 2,3-szeresére (91-ről 212-re) emelkedett. A saját gyermekorvosi praxisok száma 2008 és 2018 között 1559-ről 1405-re csökkent (9,9%-kal). A gyermekorvosi ellátásban 2008-at követően hat és félszeresére (14-ről 91-re) ugrott a helyettesítésben vitt praxisok száma. (15. ábra)



15. ábra: A saját és helyettesített házi orvosi és házi gyermekorvosi praxisok száma, 2008-2018 (db)

Forrás: KSH adatai alapján saját szerkesztés

A felnőtt vagy vegyes háziorvoshoz bejelentett lakosság szám a 0-14 éves korosztályban több mint egyharmadával (36,4%-kal), a 15-18 évesek körében majdnem felével (48,7%-kal) csökkent 1999 és 2018 között. A 65 éven felüliek száma 30,6%-kal nőtt a jelzett időszakban, míg a bejelentett 19-64 évesek száma 1999 és 2008 között 3,7%-kal növekedett, majd 2018-ig csupán 1,9%-kal esett vissza. A gyermekorvoshoz bejelentett 0-11 hónapos lakosok száma 2003 és 2008 között 14,58%-kal emelkedett, majd 2018-ig 14,7%-kal csökkent. A tizenkét hónapostól négyéves korcsoportba tartozó bejelentettek létszáma jelentősen ingadozott, az 5-14 évesek száma 2003 és 2010 között 8,5%-kal csökkent, majd 2014-ig 3,2%-kal nőtt, 2018-ig viszont mindössze 0,8%-kal lett kevesebb. A 15-18 évesek száma 7,2%-os növekedést mutatott a 2003-tól 2005-ig, ezt követően viszont 17,1%-os süllyedést 2015-ig, majd 2018-cal bezárólag 1,3%-os emelkedést.

A (felnőtt és vegyes) háziorvosi rendelőben ellátott esetek száma 2000 és 2006 között 20,6 százalékkal nőtt, majd a vizitdíj bevezetése okán a 2007-es évben 15,7%-ot esett, ezután viszont – a vizitdíj népszavazással megerősített eltörlését követően – 2015-ig ismét emelkedésnek indult, 14,7%-kal. A lakáson történt háziorvosi beteglátogatások száma az 2000-től 2018-ig 77,83%-os zuhanást produkált, és márkáns a mutató értékének 31%-os esése 2006 és 2007 fordulójában. A házi gyermekorvosi ellátásban a rendelésen megjelentek száma némi ingadozással, de inkább stagnálás közeli állapottal jellemezhető az ezredforduló óta eltelt időben, míg a rendelőn kívüli gyermekorvosi ellátási esetek száma egyenletesen, 72,4%-kal csökkent 2000 és 2018 között.

A háziorvosi ellátásban a szakrendelésre történő utalások száma majdnem stagnáló állapot után 2012-ről 2016-ig 7,1%-kal nőtt, 2016-18 között pedig 2%-kal csökkent. A háziorvosi ellátásban a fekvőbeteg-gyógyintézetbe való beutalások száma 2010-ről 2011-re 8,7%-kal emelkedett, 2011 és 2016 között viszont 19,1%-kal esett vissza, majd 2018-ig ismét nőtt, 3,4 százalékkal. A házi gyermekorvosok esetében a szakrendelésre történő utalás 2010 és 2012 között 11,7%-kal lecsökkent, majd elhanyagolható (1,7%-os) növekedés után 2014-ről 2018-ra 10,5%-kal esett vissza. A gyermekorvosi fekvőbeteg intézménybe utalás a 2010-től 2015-ig terjedő időszakban 19,7%-kal csökkent, majd 2017-re 4,8%-kal növekedett, ezt viszont 2018-ig 6,7%-os esés követte.

4.2 A háziorvosi és házi gyermekorvosi fajlagos kapacitása és terhelése

Az ezredforduló óta eltelt időszakot tekintve elmondható, hogy a felnőtt és vegyes körzetet ellátó háziorvosi szolgálatok száma lekövette az ellátott népesség számának alakulását, emiatt a csak felnőttek részére szervezett háziorvosi szolgálatok tízezer 14 évesnél idősebb lakosra jutó száma gyakorlatilag állandó (4,1-4,2 körüli) értéket mutat, de az e körüli szóródás időbeli alakulását tekintve a hosszú távú trend a csökkenés irányába mutat. A házi gyermekorvosok által ellátott szolgálatok tízezer 14 évesnél fiatalabb lakosra jutó száma 2000 és 2014 között 15,3%-kal emelkedett, majd 2018-ig 3%-kal csökkent. A háziorvosok (felnőtt és vegyes) által helyettesítésben ellátott szolgálatok 100 háziorvosi szolgálatra jutó száma 2011 és 2018 között 88,9%-kal nőtt, míg a gyermekorvosi helyettesítés fajlagos száma 2011-12 fordulóján 9,3 százalékkal csökkent, ezután viszont 2012 és 2018 között 2,75-szörösére (tehát 175 százalékkal) növekedett.

A háziorvoshoz bejelentett 0-14 éves lakosok egy háziorvosra jutó száma 1999 és 2014 között 30,4%-kal csökkent, aztán alig észrevehetően (1,1%-kal) emelkedett 2018-ig. Hasonlóan feltűnő a zuhanás a 15-18 éves korosztály ugyanezen mutatója esetében, amely 43,2%-os csökkenést könyvelhetett el 1999-2018 között. A 19-64 éves korosztálynál 12,5 százalékos emelkedés a jellemző, a 65 éves vagy idősebb bejelentettek egy háziorvosra jutó számában viszont 44,6%-os folyamatos emelkedés 1999 és 2018 között. Az egy házi gyermekorvosra jutó bejelentett

0-14 évesek létszáma – ingadozástól sem mentesen – 2003 és 2008 között 2,5%-kal csökkent, majd 2018-ig 11,6 százalékkal nőtt. A 15-18 éves bejelentettek fajlagos száma 2003 és 2006 között 8,52%-kal növekedett, ezt követően 2014-ig 11,3%-kal lecsökkent, majd 2018-ig 5,3%-kal emelkedett.

A betegforgalom fajlagos esetszámait tekintve általánosságban a rendelőn kívüli ellátások (lakáslátogatások) egy orvosra jutó számának drasztikus csökkenése tapasztalható, a gyermekorvosok esetében 71, a háziorvosok körében 77,1%-os mértékben 2000 és 2018 között. A rendelésen megjelentek számának fajlagos értéke korántsem változott ilyen látványosan: a fent jelzett időszakban a háziorvosi ellátásban az egy háziorvosi szolgálatra jutó esetszám 2002 és 2009 között 17,2%-kal növekedett, majd 2012-ig 7,7%-kal csökkent, amelyet 9,7%-os növekedés követett 2016-ig (ahonnan 3,3%-ot ereszkedett 2018-cal bezárólag). Az egy házi gyermekorvosi szolgálatra jutó rendelői esetszám 2000-2006 között 21,1%-kal megemelkedett, viszont 2007-re (egy év alatt) 15%-kal visszaesett, majd ugyanezt a mértékű növekedést a 2016-os évig tudta produkálni, amelyet 2018-ig elenyésző (0,6%-os) csökkenés követett. Előbbiekből következik, hogy a lakáson történt ellátások fajlagos száma nem az érintett korcsoportok létszámának apadása vagy az orvosok számának növekedése, hanem a lakáson történő beteglátogatás, mint ellátási forma példa nélküli visszaszorulásának a hozadéka.

A szakrendelésre való továbbutalás 1000 háziorvosi (felnőtt és vegyes, rendelőben és azon kívül ellátott) esetre jutó száma a 2010-2018-as intervallumban a legalacsonyabb a 2012-es évben volt 190,9 utalással, míg a legmagasabb – 8,7%-os növekedést követően – 2016-ban, 207,5 szakrendelésre utalással ezer vizitre/lakáslátogatásra vonatkoztatva. Ugyanerre az alapra vetítve a fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalások fajlagos száma 2011-ben volt a legmagasabb 7,8-as értékkel (8,3%-os növekedéssel 2010-hez képest), míg nagyobb mértékű – ingadozásokkal kísért – csökkenés 2011 és 2016 között történt 18 százalékos mértékben, így 2016-ban a fajlagos utalásszám csupán 6,42 eset volt ezer rendelői vagy lakáson ellátott esetre, melyet 2018-ig 5,2 százalékos növekedés követett. Az ezer gyermek háziorvosi ellátási esetre jutó szakrendelésre utalások száma 2010-ről 2013-ra 4,3%-kal csökkent, majd 2014-re 6,92%-ot ugrott (91,58 utalás/1000 esetre), amelyet viszont 2018-ig 7,3%-os esés követett. A házi gyermekorvosi ellátásban a fekvőbeteg-intézménybe utalások fajlagos mennyisége 2010 és 2013 között 10,3%-kal csökkent, egy évre rá 9,2%-os mértékben emelkedett, 2015-re 6,5 százalékkal lett kevesebb, majd 2017-ig 5,9%-kal nőtt, míg a 2018-as évre 4,4 százalékos csökkenés történt.

A szakellátás tehermentesítése a modern alapellátás egyik legfontosabb eleme, tehát a kórházi beutalások számának csökkenése, amennyiben együtt jár a definitív (befejezett, gyógyulással járó) ellátás növekedésével, mindenképpen üdvözlendő trend. A járóbeteg-szakrendelésre történő utalás fluktuációkkal kísért növekedése ambivalens módon közelíthető meg: a téma mélyebb elemzését kívánná annak megállapítása, hogy az esetek többségében szükséges, az alapellátás kompetenciáját meghaladó eset miatti, vagy indokolatlan, és az ellátórendszert fölöslegesen leterhelő beutalásról van-e szó.

4.3 A háziorvosi és házi gyermekorvosi körzetek típus szerinti területi megoszlása

Magyarországon 2019 októberében területi ellátási kötelezettséggel 1492 gyermek, 3363 felnőtt és 1489 vegyes háziorvosi körzet működött az NEAK adatai szerint. A gyermek körzetek 20,4%-a és a felnőtt körzetek 25,8%-a Budapesten található, míg a vegyes körzetek többsége (20,8%-a) Észak-Magyarországon (19,4%-a pedig az Észak-Alföldön). A gyermek és felnőtt körzetek központja mind nagyobb aránya működik a nagyobb népességű település-kategóriákban, míg a vegyes körzetközpontok nagy része (89%-a) az 500 főnél népesebb, de 5000 főnél kisebb

településeken koncentrálnak. Megfordítva a gondolkodást, a 2000 fő alatti településnagyság-kategóriákban a körzetközpontok 92,5%-a vegyes körzetet lát el, a 2000-4999 fős településeken 46,8% vegyes, 35% felnőtt és 18,2% gyermek körzetet, míg 5000 fő felett a körzetközpontok 68,5%-ához tartozik felnőtt körzet, 29,9%-hoz gyermek körzet, és mindössze 1,7%-hoz vegyes körzet.

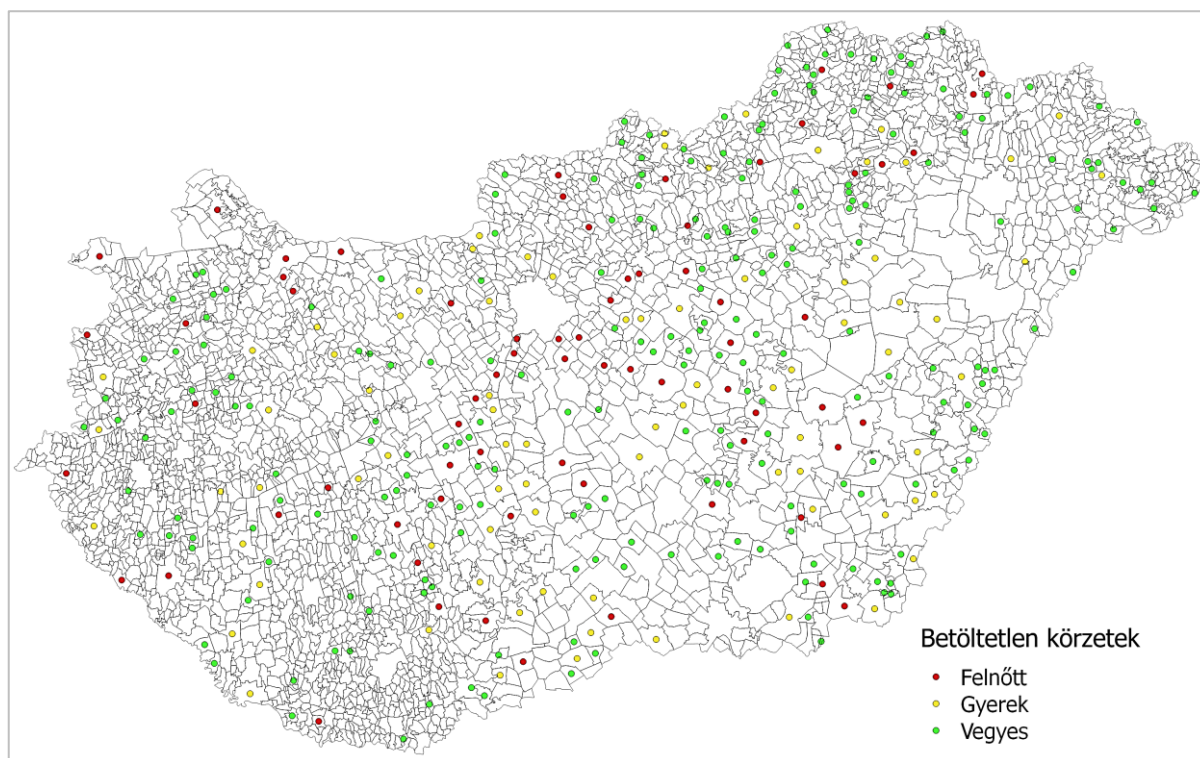
A körzetek létrehozásának, megszűnésének, azaz a gyakorlatban szétválasztásának vagy összevonásának főbb vonulatairól adhat képet az egyes körzettípusok számának időbeli változása. A NEAK-os adatigénylés révén a 2014-2018-as időszoron rendelkezésre álló járási adatok aggregálása alapján országosan a gyermek körzetek száma 1,8%-kal csökkent, és minden régióban ez a tendencia volt érvényes, a legnagyobb mértékben az Észak-magyarországi régióban (-4,5%), legkisebb volumenben pedig a Nyugat-Dunántúlon (-0,8%). A gyermek körzetekben ellátandó lakosságszám abszolút értékében 1,2 százalékkal emelkedett a fent jelzett időszoron. A hét régióból három produkált növekedést, a legnagyobbat Közép-Magyarország 5,5%-kal, míg a másik „végtel” Észak-Magyarország volt 3,7%-os csökkenéssel.

A felnőtt körzetek száma 2014 és 2018 között elenyésző mértékű, 0,03%-os bővülést mutatott Magyarországon, amelynek „motorja” ismét a Közép-magyarországi régió volt 0,6 százalékkal, míg a legnagyobb (0,9%-os) csökkenés a Közép-Dunántúlon történt (és hasonló folyamat zajlott a Dél-Alföldön és Észak-Magyarországon is). Országos szinten a felnőtt körzetekben ellátandó lakosságszám mindössze 0,6%-kal csökkent a vizsgált időintervallumban, Közép-Magyarországon és Nyugat-Dunántúlon pedig nőtt is (1,4, illetve 1,1 százalékkal). A legnagyobb mértékű csökkenés ez esetben is Észak-Magyarországon volt regisztrálható, 3,7%-os mértékben.

A vegyes körzetek száma Magyarországon, illetve a központi régióban, a Nyugat-Dunántúlon, valamint Észak-Alföldön lényegében stagnált a 2014-2018-as időszakban, a Dél-Alföldön és Észak-Magyarországon 1%-kal nőtt, a Dél-Dunántúlon 1,9%-kal, a Közép-Dunántúlon pedig 0,5%-kal csökkent. A vegyes körzetekben ellátandó lakosságszám országosan mindössze 0,2%-kal csökkent az említett időszoron. A régiók közül a legmarkánsabb (2,8%-os) esés a Dél-Dunántúlon, míg a legnagyobb növekedés (2,6%-kal) Közép-Magyarországon következett be.

4.4 A betöltetlen körzetek alapadatai

2019 októberében a betöltetlen körzetek halmazát 113 felnőtt, 105 gyermek és 237 vegyes körzet alkotta, amely azt jelenti, hogy a gyermek körzetek 7%-a, a felnőtt körzetek 3,4%-a és a vegyes körzetek 15,9%-a volt betöltetlen. A gyermek körzetek esetén a betöltetlenek aránya a legmagasabbnak a Dél-Alföldön (10,7%), a legalacsonyabbnak Pest régióban (4%) mutatkozott. A betöltetlen felnőtt körzetek hányada a legnagyobb Észak-Magyarországon (6%) volt, a legkisebb (1,2%) Budapesten, míg a vegyes körzetek legnagyobb arányban Észak-Magyarországon (21,3%), legkevésbé pedig a Nyugat-Dunántúlon (10,5%) voltak betöltetlenek. (16. ábra)



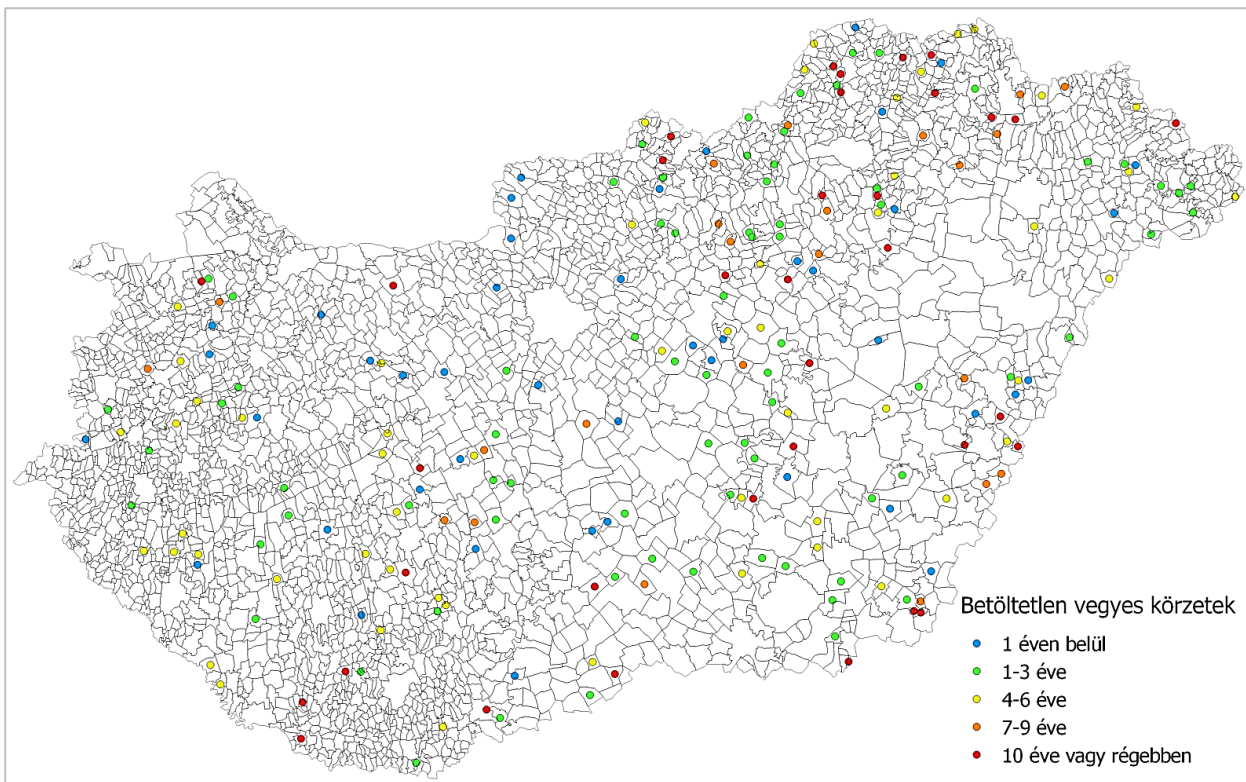
16. ábra: A betöltetlen háziorvosi praxisok körzettípusonként, a körzet központját adó településeken (2019. október, Budapest kerületeinek adatai nélkül)

Forrás: ÁEEK és NEAK adatai alapján saját szerkesztés

Az időbeli változásokat tekintve 2014 és 2018 között a következő folyamatok zajlottak le a betöltetlen körzetek vonatkozásában. Magyarország a jelzett időszakban a betöltetlen gyermek körzetek száma 56,1%-kal növekedett, míg a felnőtt körzeteké 57,8%-kal, a vegyes betöltetlen körzeteké pedig 41,3%-kal. A betöltetlen körzetek összes körzeten belüli százalékos aránya a gyermek körzetek esetén országosan 2,2 százalékponttal nőtt, 3,8-ről 6%-ra. A betöltetlen felnőtt körzetek aránya 1,9-ről 3%-ra emelkedett, a betöltetlen vegyes körzeteké pedig 10,1-ről 14,3%-ra. A betöltetlen vegyes körzetek összes körzeten belüli arányában a legmeredekebb növekedés a Közép-Dunántúlon következett be, 6,1 százalékpontos mértékben. A betöltetlen felnőtt körzetek arányában 3 százalékponttal Észak-Magyarország mutatta a legnagyobb növekedést a 2014-18-as intervallumban, míg a gyermek körzeteket tekintve az alföldi régiókban és a Dél-Dunántúlon is 3,5 százalékpont körüli volt a betöltetlenség arányának emelkedése.

A 2019. októberi adatok alapján országosan a betöltetlen gyermek körzetek legnagyobb része a 2000-4999 fős népességű településeken található körzetközpontokhoz tartozik, 26,7 százalékos arányban, 20% pedig a 10000-19999 fős településeken található. A betöltésre váró felnőtt körzetközpontok 29,2%-a a 2000-4999 lakosú településeken helyezkedik el, de 19,5%-ban az 5000-9999 fős, illetve 17,7%-ban a 10000-19999 fős kisvárosok/fővárosi kerületek is hozzájárulnak a betöltetlen felnőtt körzetek bázistelepüléseinek halmazához. A betöltetlen vegyes körzetek központjai 34,6%-ban az 500-999 fős, 32,5%-ban pedig az 1000-1999 fős településkategóriában fellelhetők. A népességnagyság szerinti kategorizálásban a fontosabb sarokszámok a következők: a 0-499 fős községekben található központtal a vegyes körzetek 34,8%-a betöltetlen, míg ugyanebben a típusban (vegyes) az 500-999 fős településeken központtal rendelkező körzetek 23,6%-a helyettesített. 30 százalékos az aránya a betöltetlen felnőtt körzetek központjainak az 500-999 fő népességű falvak körében, valamint 27,3% a betöltetlen gyermek körzetközpontok hányada az 1000-1999 fős települések halmazán belül. Kiemelendő még, hogy az 5000-9999 fő lakosságú településeken székelő vegyes körzetek 10,8 százaléka áll betöltetlenül.

A tartós betöltetlenség hossza szerint 2019 októberében a legrégebben betöltetlen körzetekben már 15 éve nincsen állandó házi orvos. A betöltetlen gyermek körzetek 41 százaléka 1-3 éve, 25,7%-a egy éven belül (2019-ben) vált betöltetlenné. A felnőtt körzetek 85%-ában, illetve a vegyes körzetek 48,1%-ában 1-3 éven belül (azaz 2016-2018 között) üresedett meg a házi orvosi praxis. A vegyes körzetek kapcsán kiemelendő, hogy a praxisok 15,2%-a 10 éve vagy régebben betöltetlen (17. ábra), míg ugyanez a felnőtt körzeteknek csupán 4,4, a gyermek körzeteknek pedig 3,8 százalékára jellemző. A körzetek lakosságát számításba véve megállapítható, hogy a valamely – gyermek, felnőtt vagy vegyes – ellátási típusba tartozó betöltetlen körzetek által érintett lakosság 2019 októberében több mint félmillió fő (egészen pontosan 577 193 ember a vizsgált statisztikák alapján): ebből 69 162 a gyermek, 201 084 a felnőtt és 307 624 a vegyes betöltetlen körzetbe tartozó népesség nagysága.



17. ábra: A betöltetlen vegyes házi orvosi praxisok a körzet központját adó településeken, a betöltetlen státusz hossza szerint (2019. október, Budapest kerületeinek adatai nélkül)

Forrás: NEAK adatai alapján saját szerkesztés

Figyelembe véve a már említett 43/1999 kormányrendelet vonatkozó előírásait, a felnőtt és vegyes körzetek közül az 1200 és 1500 fő közöttieket tekintetem megfelelő méretűnek, míg az ezen intervallum alatti létszámúakat alulméretezettek, felette pedig túlméretezettek. A gyermek körzeteknél a megfelelőség intervalluma a fenti jogszabálynak megfelelően 600-800 fő volt. A betöltetlen felnőtt körzetek 74,3%-a túlméretezett, tehát az amúgy is nagyobb településeken jellemző körzettípus általában nagyobb terhelést kap, mint kellene, míg az alulméretezettek aránya csupán 5,31%. A vegyes betöltetlen körzetekben kiegyenlítettebb az egyes kategóriák aránya, de így is 44,3% az alulméretezett körzetek aránya, míg egyharmaduk túlméretezett. Figyelembe véve a vegyes körzetek településméret szerinti előfordulását, nem meglepő, hogy sok esetben a több apró települést lefedő körzet sem éri el a megfelelőség alsó küszöbét. A betöltetlen gyermek körzetek esetében is az alulméretezettek képezik a legnagyobb hányadot (41,9%), viszont a megfelelő létszámú körzetek 34,3%-os aránya meghaladja a túlméretezettek 23,8%-os előfordulását ebben a körzettípusban.

4.5 A települési szintű vizsgálat eredményei

Mint az korábban említésre került, az alapellátás legalapvetőbb kapacitás- és teljesítmény-jellemzőinek területi sajátosságait települési szinten vizsgáltam először. A módszertani fejezetben részletesen ismertetett módon végrehajtott főkomponens analízis végső futtatásának eredményeként három főkomponens jött létre, amely az összvariancia 64,1%-át magyarázza. A főkomponensek összetételéből következtethetők az alapellátás kapacitásainak területi szerkezeti sajátosságai. A legjobban értelmezhető megoldást adó rotált főkomponens mátrix a 6. táblázatban látható.

6. táblázat: A Varimax rotációval kialakított főkomponens-struktúra a súlyokkal

	Főkomponens		
	1	2	3
A településen ellátást végző felnőtt háziiorvosi szolgálatok ezeröttszáz 14 éves vagy idősebb lakosra jutó száma	0,917		
A településen ellátást végző gyermek háziiorvosi szolgálatok nyolcszáz 14 év alatti lakosra jutó száma	0,906		
A települést ellátó házi gyermekorvosi körzetközpontban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma		0,810	
A települést ellátó házi gyermekorvosi körzetközpontban a lakáson ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma		0,800	
A településen ellátást végző vegyes háziiorvosi szolgálatok 1500 lakosra jutó száma		-0,502	
A települést ellátó háziiorvosi körzetközpontban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma			0,771
A települést ellátó háziiorvosi körzetközpontban a lakáson ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma			0,649
Körzeti szakápolók egy háziiorvosi szolgálatra jutó száma			0,504

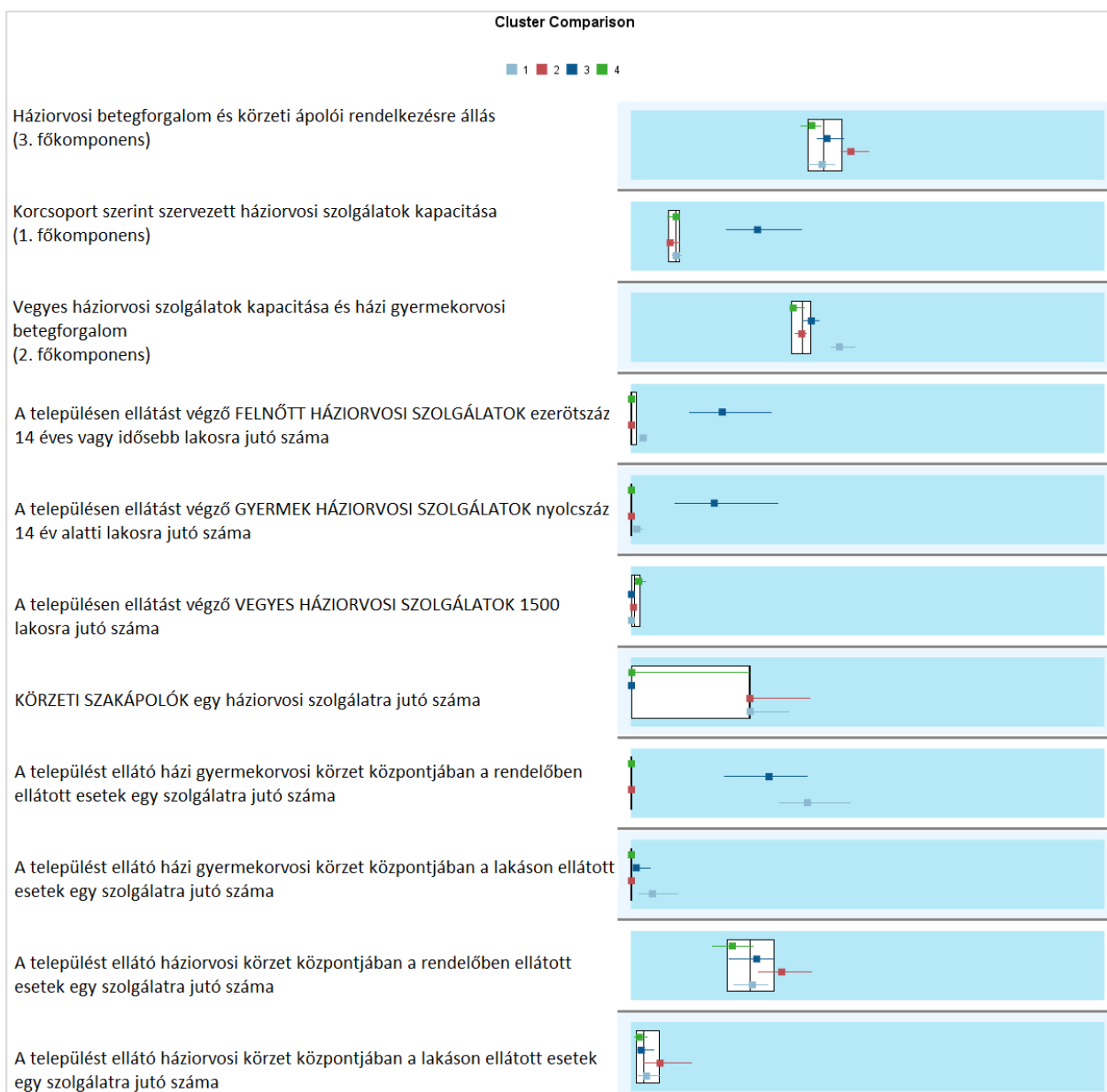
Forrás: saját kutatás SPSS outputja alapján saját szerkesztés

Az első főkomponensbe került a felnőtt háziiorvosi és a házi gyermekorvosi szolgálatok ellátott korcsoportra vetített száma, és a korrelációs tábla szerint köztük erős pozitív kapcsolat húzódik ($r=0,776$ $p<0,01$). Mindez az összefüggés könnyen belátható, hiszen a felnőtt és gyermek körzetek egymással kiegészítő viszonyban állnak: előbbieket a 14 éves vagy idősebb, utóbbiak a 14 év alatti lakosságot látják el. A főkomponens a fentiekből a kifolyólag a „*Korcsoport szerint szervezett háziiorvosi szolgálatok kapacitása*” elnevezést kapta.

A második főkomponenst alkotják a felnőttek és gyerekek részére szervezett (más néven vegyes) háziiorvosi szolgálatok érintett korcsoportra vetített fajlagos száma, valamint a településen ellátást végző házi gyermekorvosi szolgálat(ok) bázistelepülésén a rendelőben, illetve rendelőn kívül ellátott egy szolgálatra jutó esetszámainak változói, melynek folyományaként a főkomponenst a „*Vegyes háziiorvosi szolgálatok kapacitása és házi gyermekorvosi betegforgalom*” megnevezéssel illettem.

A (felnőtt és vegyes) háziiorvosi szolgálatokra jutó rendelőben és rendelőn kívül ellátott esetszám, illetve a körzeti ápolók egy háziiorvosi szolgálatra vetített rendelkezésre állása egy főkomponensbe kerültek, tehát egymással szorosabb összefüggést mutatnak. A harmadik tényezőcsoportot a fentiek alapján a „*Háziiorvosi betegforgalom és körzeti ápolói rendelkezésre állás*” főkomponensének neveztem el.

A főkomponens változók alapján, az Anyag és módszer fejezetben részletezett módon (a kétlépcsős – two-step – klaszteralgoritmussal) négy klasztert hoztam létre. Az első, 496 elemű klaszter kiemelkedik a házi gyermekorvosi betegforgalomban, a második, 791 elemű a házi orvosi esetszámokban, a harmadik, 139 elemű a korcsoport szerint különváló házi orvosi szolgálatok kapacitásában (és ezen az sem változtat érdemben, hogy az említett főkomponenst tekintve a klaszter települései nagyobb szóródást mutatnak), míg a negyedik, legnagyobb (1330) elemszámú csoportban a vegyes házi orvosi szolgálatok dominálnak, a betegforgalmi terhelésben pedig átlagon alul teljesítenek ezek a települések. A körzeti ápolók rendelkezésre állásában kiemelkedik az 1. és a 2. klaszter. (18. ábra) Fontos megemlíteni, hogy a fentiekén túl egy külön, 5. klaszterként kezeltem azokat a településeket, amelyeket helyettesítésben látnak el, tehát a települést magában foglaló körzetben nincs sem házi orvosi, sem házi gyermekorvosi saját kapacitás, így „belső” betegforgalmi terhelés sem, hanem az ellátás egy másik – a NEAK adatbázis alapján nem beazonosítható – körzetet terhel!

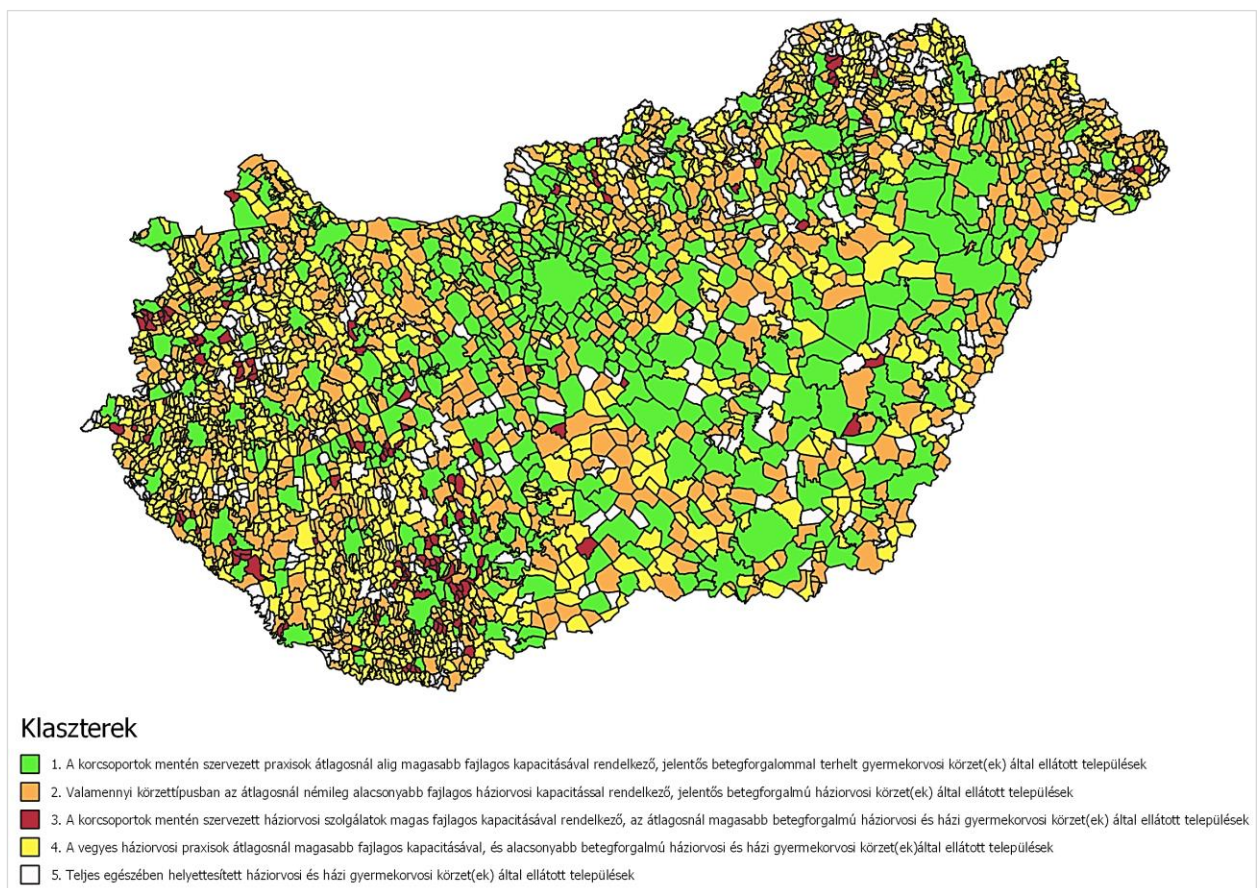


18. ábra: A települések főkomponensek alapján kialakított klasztereinek (1-4.) jellemzői a főkomponensek és az alapváltozók értékeinek csoportonkénti átlagai alapján

Forrás: saját kutatás SPSS outputja

A fenti összefüggésekből kiindulva a létrehozott klasztereket a következő elnevezésekkel illettem:

1. Klaszter: „A korcsoportok mentén szervezett praxisok átlagosnál alig magasabb fajlagos kapacitásával rendelkező, jelentős betegforgalommal terhelt gyermekorvosi körzet(ek) által ellátott települések”
2. Klaszter: „Valamennyi körzettípusban az átlagosnál némileg alacsonyabb fajlagos háziorvosi kapacitással rendelkező, jelentős betegforgalmú háziorvosi körzet(ek) által ellátott települések”
3. Klaszter: „A korcsoportok mentén szervezett háziorvosi szolgálatok magas fajlagos kapacitásával rendelkező, magasabb betegforgalmú házi gyermekorvosi körzet(ek) által ellátott települések”
4. Klaszter: „A vegyes háziorvosi praxisok átlagosnál magasabb fajlagos kapacitásával, és alacsonyabb betegforgalmú háziorvosi és házi gyermekorvosi körzet(ek) által ellátott települések”
5. Klaszter: „Teljes egészében helyettesített háziorvosi és házi gyermekorvosi körzet(ek) által ellátott települések”



19. ábra: A települések klaszterbesorolása

Forrás: saját szerkesztés

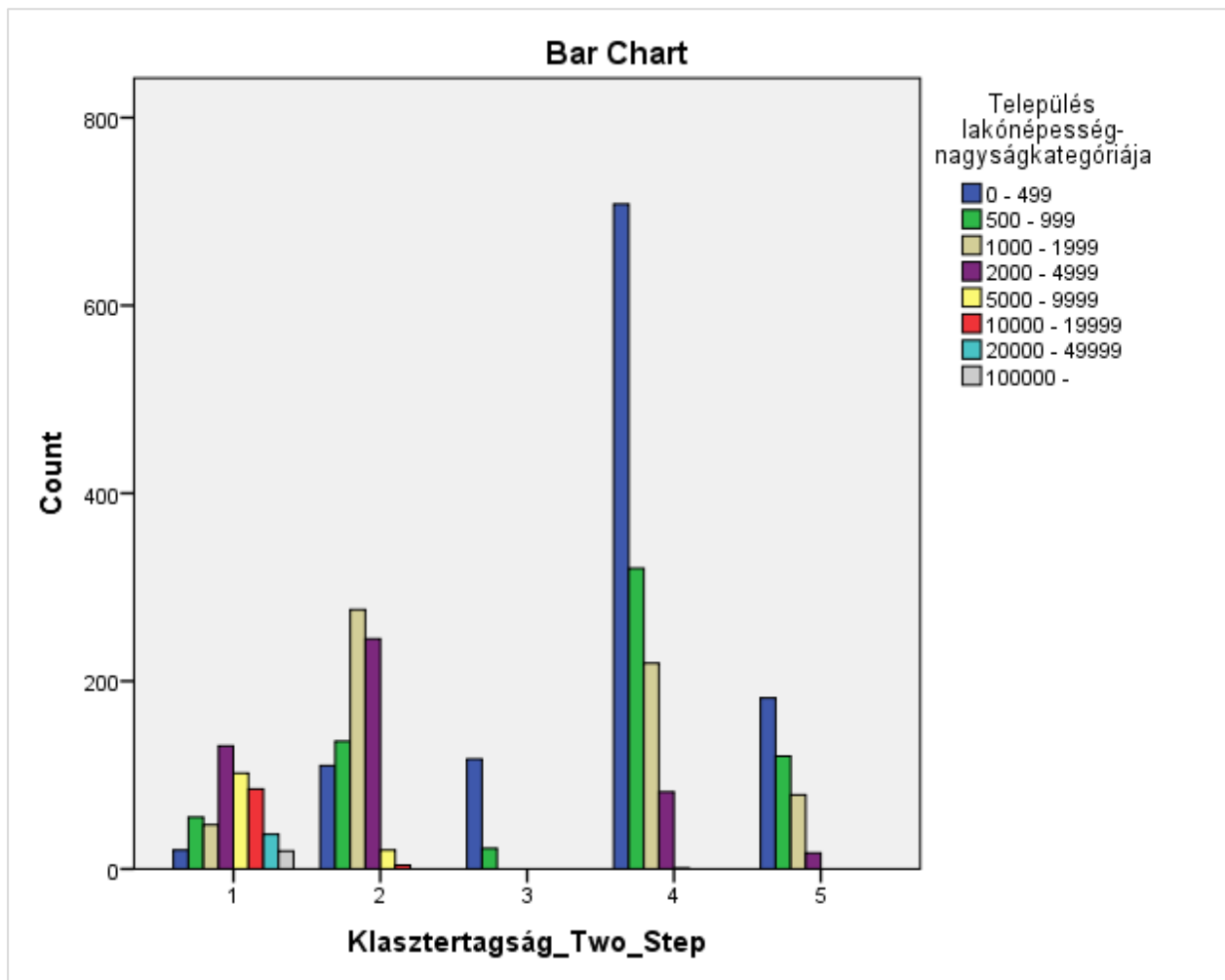
A települések klasztertagsága és az egyes kategóriaképző nominális változók által reprezentált területi jellemzők között keresztábra-elemzéssel vizsgáltam az összefüggéseket. Elsőként az került érdeklődésem fókuszába, hogy milyen összefüggés mutatkozik a települések csoporttagsága és területi elhelyezkedésük között, azaz vannak-e olyan megyék, ahol összesűrűsödnek az egyes klaszterek települései. Természetesen egyes megyék felülreprezentáltsága elaprózott, sűrű településszerkezetüknek köszönhető, és általában több

kisméretű település együtt alkot körzetet, tehát a hasonló méretű, szomszédos kistelepülések között szükségszerűen fennáll egyfajta területi autokorreláltság. A Khi-négyzet próba alapján az összefüggés szignifikáns ($\chi^2=737,398$; $df=76$; $p<0,01$), a Cramer's V szintén ($p<0,01$), és utóbbi értéke erős ($\varphi_c =0,242$) kapcsolatra utal. Az 1. klaszter településeinek jelentős része (18,2%-a) található Pest megyében. A 2. klaszter településeinek 14,3%-a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, 10,6%-a pedig Borsod-Abaúj-Zemplén megyében helyezkedik el. A 3. klaszter települései 51,1%-ban a Dél-dunántúli Régió megyéibe tartoznak (a csoport 29,5%-a csak Baranya megyébe), de jelentős Vas megye súlya is a klaszterben, 18,7%-kal. A 4. klaszterben Zala, Baranya és Borsod-Abaúj-Zemplén megyék képviselnek egyenként 10-12% körüli részesedést, de 8-10% között tartalmazza a csoport településeit Vas és Somogy megye is. Az 5. klaszter elemeinek messze a legnagyobb, 20,6%-os hányada tartozik Borsod-Abaúj-Zemplén megyébe. (12. melléklet)

Meglehetősen erős asszociatív kapcsolat húzódik a klasztertagság és a települések jogállás-kategóriája ($\chi^2=1325,996$; $df=12$; $p<0,01$; $\varphi_c=0,374$ $p<0,01$) illetve lakónépesség-nagyságkategóriája ($\chi^2=2116,458$; $df=28$; $p<0,01$; $\varphi_c=0,410$ $p<0,01$) között. (13. melléklet, 20. ábra) Előbbi összefüggések könnyen beláthatók, figyelembe véve a háziiorvosi körzetek kialakításának kritériumait. A legkisebb, szerényen lakott községekben az összlakosság sem éri el egyetlen háziiorvosi körzet létrehozásának jogszabályban meghatározott küszöbét, így nem hogy a korcsoport szerinti, de a vegyes körzetközpontoknak sincs rentabilitása, melyből automatikusan következik a háziiorvosi szolgálathoz tartozó körzeti szakápoló hiánya. Ezzel szemben a nagyobb falvak már el tudnak tartani egy vegyes háziiorvosi körzetközpontot és körzeti ápolót, a méretesebb nagyközségek és a városok pedig a 0-14 éves korosztály számára gyermek háziiorvosi szolgálato(ka)t is biztosíthatnak.

Jogállását tekintve az 1. klaszter településeinek fele (50,2%) város, 37,1%-a község, 7,86%-a nagyközség, 4,8%-a megyei jogú város, és a csoporttagok 49 százaléka 5000 fő feletti település nagyságkategóriákba tartozik, míg a legnagyobb al csoportot (26,4%) a 2000-4999 fős települések alkotják. A 2. klaszter 85,1%-ban községekből áll, 7,3%-a nagyközség, 7,6%-a pedig város, településeinek 97,3%-a 5000 fő alatti lakosságú, és a legtöbb közülük az 1000-1999 fős (35%), illetve a 2000-4999 fős (31,1%) kategóriából kerül ki. A 3. klaszterbe került települések 100%-a 1000 fő alatti népességű község, és ennek is 84,2 százaléka a legkisebb, 500 fő alatti csoportba tartozik. A 4. klaszter településeinek 97,7%-a község, 1,4%-a nagyközség, 0,9%-a pedig város, és 45,3% a 0-499, 29,7% az 500-999, 19,6% az 1000-1999 lakosú települések aránya a csoporton belül, míg a 2000 fő feletti, de 10 ezer fő alattiaké összesen 5,4 százalék. Az 5. klaszterbe 98,5%-ban községek tartoznak, 1,3 százalék a nagyközségek aránya, és bekerült egy 5000-9999 fő közötti város is, míg a csoport településeinek 45,2%-a a 0-499 fős, 29,8%-a az 500-999 fős, 19,6%-a az 1000-1999 fős, 4,2%-a pedig a 2000-4999 fős nagyságkategóriába sorolható (20. ábra)

A vizsgált települések klaszter-besorolása nem független a társadalmi-gazdasági és infrastrukturális kedvezményezettségi státuszuktól ($\chi^2=275,440$; $df=4$; $p<0,01$), és az asszociatív kapcsolat meggyőző erősségű ($\varphi_c=0,296$ $p<0,01$). A városokat, nagyközségeket legnagyobb arányban tömörítő 1. klaszter településeinek mindössze 5 százaléka kedvezményezett státuszú. A nagyobb községek dominanciájával jellemezhető 2. klaszter elemeinek 29,3%-a jellemezhető kedvezményezett státusszal. A javarészt kisméretű dunántúli községekből álló 3. klaszter 55,4%-ban tartozik a kedvezményezettek közé, az aprófalvak zömét tömörítő 4. klaszter településeinek 39,4%-a, míg az 5. klaszter helyettesítésben ellátott, zömében 2000 fő alatti településeinek 51,8%-a kedvezményezett. (14. melléklet)



20. ábra: A klaszterek településeinek megoszlása lakónépesség-nagyságkategória szerint

Forrás: saját kutatás SPSS outputja

4.6 A járási szintű vizsgálat eredményei

Az elvégzett vizsgálatok tükrében elmondható, hogy a járások népessége nagyobb szóródást mutat, mint a járások területnagysága vagy településszáma, tehát a magasabb lakosságszám nem jár szorosan együtt nagyobb területtel vagy több településsel, emiatt a népesség erősen korrelál a népsűrűséggel ($r=0,704$ $p<0,01$). A népességszám pozitív, közepesen erős kapcsolatban áll a járások fejlettségét kifejező komplex mutatóval ($r=0,627$ $p<0,01$), azonban a népsűrűség (fő/km²) hatását a parciális korreláció-számítás módszerével kiszűrve a népesség és a komplex mutató közötti kapcsolatban a korrelációs együttható értéke 0,262-re csökken. Tehát, a társadalmi-gazdasági fejlettség a magasabb népességű járások közül is a sűrűbben lakott térségekben mutat kedvezőbb képet.

A népsűrűség indikátora jól látható pozitív együttmozgást mutat a komplex mutató értékével ($r=0,703$, $p<0,01$), amely összefüggés könnyen belátható: egy térség vonzereje, gazdasági fejlettsége magával vonja a népesség magasabb koncentrációját az adott területen. A komplex mutató az a tényező, ami miatt a Szelektív morbiditási ráta negatívan, gyenge-közepes szinten korrelál a népsűrűséggel ($r= -0,335$ $p<0,01$). Parciálisan kiszűrve ugyanakkor a komplex mutató hatását, az említett két állapotjelző kapcsolata inszignifikánssá válik ($p=0,699$), melyből következik, hogy a nagyobb népsűrűségű területek kedvezőbb morbiditási rátái mögött a kedvezőbb fejlettségi szint az igazi magyarázó tényező.

A korcsoport szerint szervezett háziiorvosi szolgálatok pozitív irányú gyenge közepes, míg a vegyes háziiorvosi szolgálatok negatív előjelű erős közepes kapcsolatban vannak a népességszámmal, tehát a kisebb lakosságszámot koncentráló járásokban többnyire a vegyes háziiorvosi körzetek képezik az alapellátás gerincét. Nem szünteti meg, de gyengíti az erős negatív kapcsolatot a népsűrűség és a vegyes háziiorvosi körzetek fajlagos száma között a komplex mutató hatásának kiszűrése: -0,661-ről -0,361-re csökkent a korreláció erőssége. (16. melléklet) Ellentétes előjelű, gyenge-közepes kapcsolat ($r = -0,355$ $p < 0,01$) húzódik a népsűrűség és a betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek aránya között, ez az összefüggés azonban egyértelműen a vegyes körzetek lakosságra vetített rendelkezésre állásával magyarázható: utóbbi változót parciálisan kiszűrve a fent említett kapcsolat empirikus szignifikanciaszintje bőven a kritikus érték fölé kerül ($p = 0,099$). (17. melléklet)

A községek magasabb településhálózati arányával jellemezhető járásokban inkább vegyes háziiorvosi körzetek ($r = 0,583$ $p < 0,01$) alakulnak ki, felnőtt körzetek pedig éppen, hogy kevésbé ($r = -0,503$ $p < 0,01$), míg a gyermek háziiorvosi ellátás fajlagos rendelkezésre állását ez a tulajdonság ugyanúgy ellentétesen, de csak kismértékben ($r = -0,253$ $p < 0,01$) befolyásolja. Figyelembe véve, hogy a községek aránya negatív irányú, gyenge-közepes összefüggést ($r = -0,323$ $p < 0,01$) mutat a népsűrűséggel, illetve, hogy utóbbival – mint az korábban említésre került – a vegyes háziiorvosi körzetek kialakulása még a komplex mutató hatását kiszűrve is gyenge-közepes mértékben, ellentétesen korrelál ($r = -0,361$ $p < 0,01$), adódik a következtetés, hogy a vegyes körzetek kialakulása a kistelepülési szerkezetű, ritkábban lakott járásokban jellemzőbb.

Elsőre ellentmondásnak tűnhet, hogy a Házi gyermekorvosi szolgálatok tízezer 14 év alatti éves lakosra jutó száma negatív, közepesen erős ($r = -0,539$ $p < 0,01$) kapcsolatban áll az Állandó népességből a 14 évnél fiatalabbak arányával. Minél inkább indokolná a gyermek háziorvos jelenlétét az érintett korcsoport aránya, annál kisebb ezen alapellátási szolgáltatás fajlagos rendelkezésre állása. Az összefüggés valós tartalma azonban véleményem szerint értelmezhető úgy is, hogy a kiskorúak magasabb arányával jellemezhető térségekben a házi gyermekorvosok racionálisabb (nagyobb) körzetméretet látnak el, amely fenntarthatóbb, a potenciálhoz közelebb „üzemelő” praxisokról árulkodhat. Ezzel szemben az eredeti, hiány-központú értelmezést támogatja meg az a tény, hogy összességében a (nem gyermek) háziiorvosi szolgálatokra jutó rendelőben ellátott esetszám szignifikáns kapcsolatot ($r = 0,294$ $p < 0,01$) a 14 év alatti népesség arányával, ugyanis – annak ellenére, hogy a vegyes körzetek kialakulása és a kiskorú népesség aránya között nincs kapcsolat ($p = 0,700$) – utóbbi magasabb értékével rendelkező járásokban vélhetően jelentős arányban vegyes körzetek látják el a 14 évesnél fiatalabb lakosságot.

A fejlettségi komplex mutatóval pozitív, gyenge-közepes ($r = 0,439$ $p < 0,01$) kapcsolatot mutat a házi gyermekorvosok korcsoportra vetített fajlagos száma, és hasonló intenzitású korreláltságot a felnőtt körzetek korcsoport-arányos mennyisége ($r = 0,452$ $p < 0,01$), valamint erős negatív kapcsolatot ($r = -0,669$ $p < 0,01$) a vegyes körzetek előfordulása. Mindez megerősíti a települési szintű vizsgálat azon tapasztalatait, hogy – nagy általánosságban – a társadalmi-gazdasági fejlettség a népesség koncentrációján keresztül a korcsoportok szerint szervezett (gyermek és felnőtt) háziiorvosi körzetek kialakulásával jár együtt.

A betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek aránya járási szinten a vegyes háziiorvosi szolgálatok ellátotti korcsoportra vetített számával korrelál ($r = 0,407$ $p < 0,01$), amely úgy értelmezhető, hogy a vegyes körzetek a legjobban kitéttek a betöltetlenség problematikájának. Utóbbi megállapítás nem függetleníthető a térség fejlettségétől sem: közepes intenzitású, ellenkező előjelű kapcsolat figyelhető meg a járási komplex mutató alakulása és a betöltetlen

vegyes körzetek aránya között ($r = -0,392$ $p < 0,01$), tehát a kevésbé jó helyzetű járásokban nagy eséllyel találunk jelentősebb arányban betöltetlen vegyes háziiorvosi körzeteket.

Az Anyag és módszer fejezetben ismertetett regressziós modell összesítő táblázata szerint a „Szelektív morbiditási ráta” szórásnégyzetének mintegy egynegyedét ($R^2 = 0,252$) magyarázza a járási „Komplex mutató”, és az eredeti, illetve a korrigált R-négyzet ($R^2_{\text{adjusted}} = 0,248$) között kicsi az eltérés, tehát a hierarchikus modell első szintje stabilnak mondható. Az F-próba alapján (18. melléklet) is a regressziós függvény szignifikánsan nagy hányadot magyaráz a függő változó varianciájából ($p < 0,01$). A modell második szintjén a „Állandó népességből a 60 éven felüliek aránya”, illetve a „Háziiorvosi ellátásban a rendelőben ellátott esetek egy körzetre jutó száma” változóinak beemelése mindössze 17,3 százalékpontot növel szignifikáns mértékben az R^2 értékén, így emelve azt 42,5%-ra. (7. táblázat) Az SPSS output vonatkozó táblázata az időskorúak aránya és a háziiorvosi rendelői esetszám változójának kizárását javasolná a modellből. Nem meglepő mindez annak tükrében, hogy előbbi korrelációjának erőssége a függő változóval mindössze 0,198 ($p < 0,01$), de utóbbinak is csupán 0,304 ($p < 0,01$). A javaslat ellenére az összes magyarázó változó megtartásával létrejött regressziós modellben a standardizált reziduálisok többnyire normál eloszlást követnek (21. melléklet), a Cook-távolság egyetlen maradéktag esetében sem haladja meg az 1-et, a Leverage értéke pedig a 0,2-t, tehát nincsenek kiugró hibaértékek a regressziós illesztésben. (22. melléklet)

7. táblázat: A járási szintű többváltozós lineáris regressziós modell összefoglaló táblázata

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,502 ^a	,252	,248	115,48379	,252	58,005	1	172	,000
2	,652 ^b	,425	,415	101,86508	,173	25,532	2	170	,000

a. Predictors: (Constant), Komplex mutató értéke

b. Predictors: (Constant), Komplex mutató értéke, Állandó népességből a 60 éves vagy idősebbek aránya, A háziiorvosi ellátásban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma_Rec

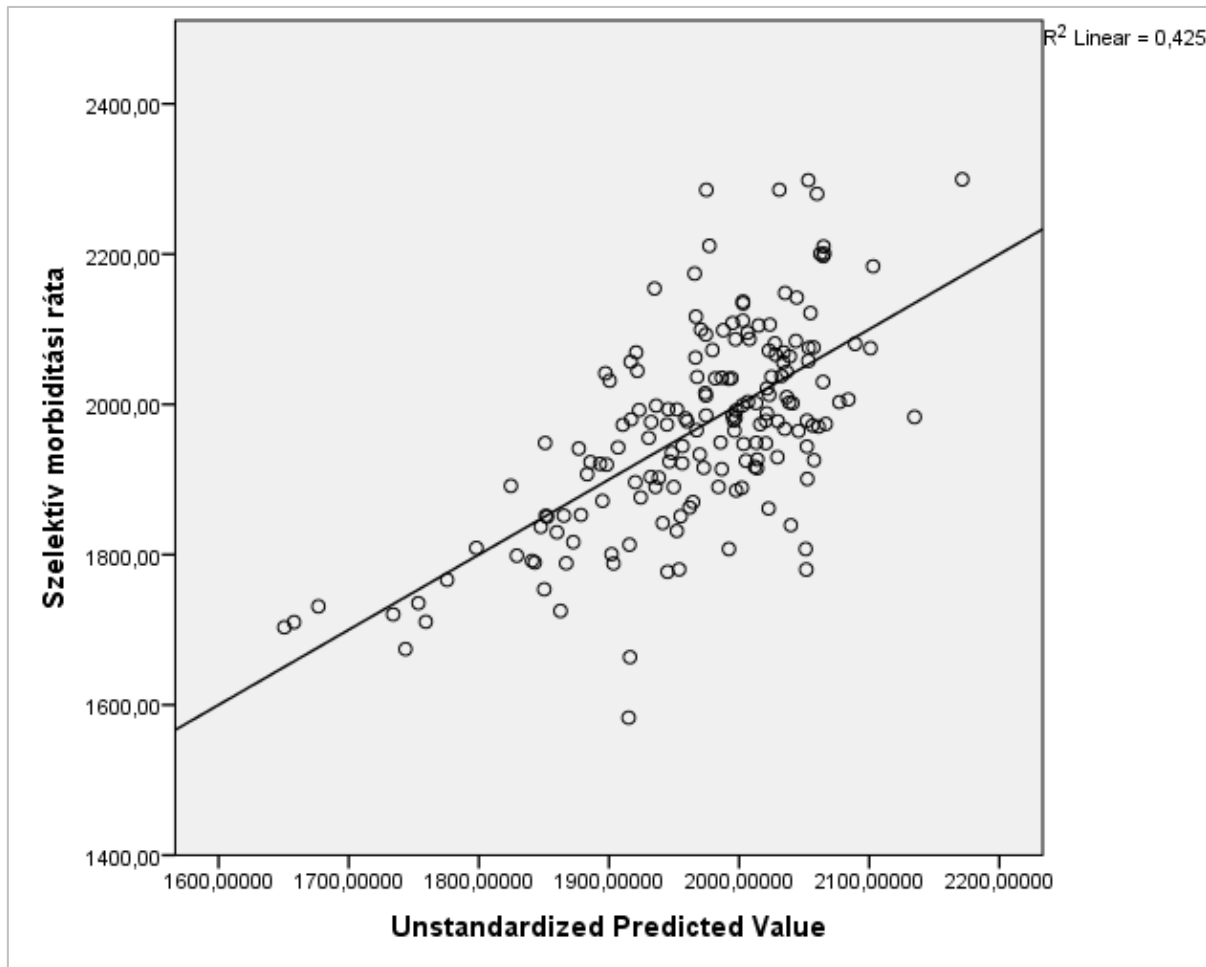
c. Dependent Variable: Szelektív morbiditási ráta

Forrás: saját kutatás SPSS outputja

Mindezekből kiindulva az elemzés óvatos megállapítása lehet, hogy összességében a magasabb forgalmat bonyolító háziiorvosi ellátás nem a megelőzést szolgálja (mely alapján a sűrűbb vizitek kevesebb megbetegedéshez járulnának hozzá), hanem a kialakult betegségek, egészségi problémák utólagos gyógyítását. Az egészségi állapotot viszont a háziiorvoshoz járásnál nagyobb mértékben befolyásolja a lakóhelyet jellemző gazdasági, társadalmi, infrastrukturális fejlettség, és ebben vélhetően hangsúlyos szerepe lehet a jelen dolgozatban nem vizsgált szakellátási rendszereknek és az egyéb, egészségfejlesztési és -megőrzési szolgáltatásoknak. Ezen következtetésemet részben cáfolja, de mindenképpen árnyalja, hogy a fajlagos szelektív megbetegedési ráta a gyermekorvosi és háziiorvosi rendelőn kívül (lakáslátogatás keretében) ellátott esetszámmal negatív előjelű gyenge-közepes ($r = -0,213$ $p < 0,01$), illetve gyenge ($r = -0,168$ $p < 0,05$) kapcsolatot mutat, tehát nem állítható, hogy a páciensek otthonában történő kezelés ne járulna hozzá a betegségek hatékonyabb kezeléséhez.

Az időskorúak arányának gyenge magyarázóereje a kiválasztott betegcsoportok összesített esetszámaiból kalkulált morbiditási ráta alakulásában pedig véleményem szerint az, hogy egyrészt a krónikus betegségek sajnos a fiatalabb korosztályokat is ugyanúgy érintik, másrészt sok helyen, ahol arányaiban több idős ember él, ott feltételezhetően magasabb a várható élettartam, tehát jobb az általános egészségi állapot, kevesebb a megbetegedés minden

korcsoportban, és ez ellensúlyozza az előregedő népességnek az életkorból adódóan egyébként nyilvánvalóan megszaporodó egészségügyi problémáit (mely utóbbi a szinte elhanyagolhatóan gyenge, de mégiscsak pozitív kapcsolatot okozza az időskorúak aránya és a szelektív morbiditási ráta között).



21. ábra: A függő változó aktuális és modell által becsült értékeinek illeszkedése

Forrás: saját kutatás SPSS outputja

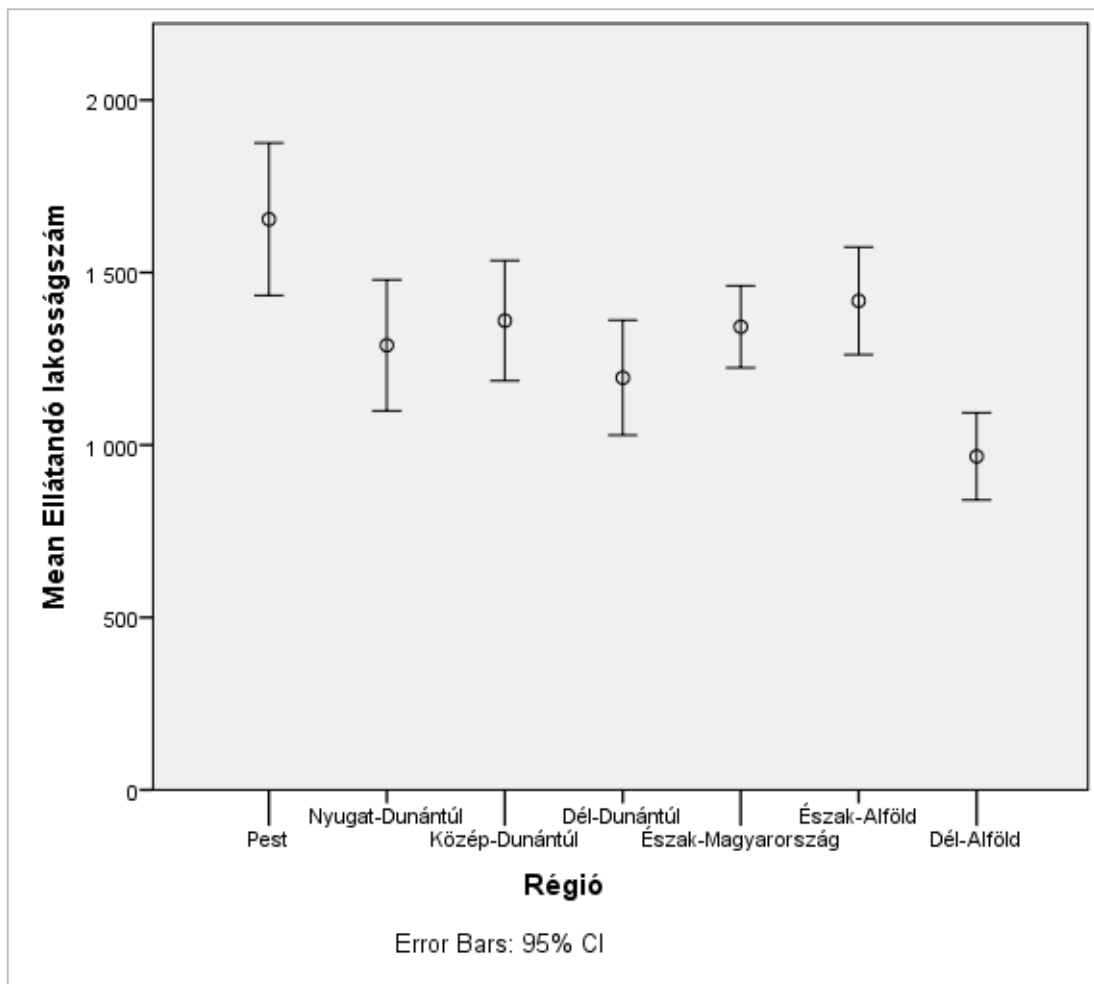
4.7 A körzetek betöltetlenségének összefüggései

A betöltetlen körzetek ellátott korcsoport szerinti típusa, illetve a körzet központját adó település befoglaló régiója és népességnagyság-kategóriája összefüggését a körzet ellátandó lakosságszámával és a betöltetlenség években kifejezett hosszával az Anyag és módszer fejezetben már részletezett módon először kategorikus-metrikus változópáronként a nemparaméteres, eloszlásfüggetlen Kruskal-Wallis teszt és a Dunn-Bonferroni post-hoc teszt segítségével vizsgáltam, majd, az előbbieken említett vizsgálatokra támaszkodva, a könnyen értelmezhető számszerűsített információk kinyerése érdekében egytényezős variancia-analízist és – a varianciahomogenitás feltételének teljesülésétől függően – LSD vagy Tamhane post-hoc tesztet alkalmaztam.

A Kruskal-Wallis teszt ($\chi^2=227,510$; $df=2$; $p<0,01$) és az ANOVA ($p<0,01$) alapján a körzettípus (felnőtt, gyermek, vegyes) és az ellátandó lakosságszám kapcsolatát illetően a csoportok között szignifikáns differencia figyelhető meg. Valamennyi csoport összehárosítása esetén a Dunn-Bonferroni teszt eredménye szignifikáns ($p<0,01$), csakúgy, mint a – varianciahomogenitás hiánya okán alkalmazott – Tamhane-teszt eredménye ($p<0,01$). A betöltetlen felnőtt körzetek 1780 főnyi átlagos ellátott lakossága 482 fővel múlja felül a felnőtteket

és gyermekeket is ellátó vegyes körzetek ellátott népességnagyságának 1298 fős számtani középértékét. Egy felnőtt körzet betöltetlenné válása esetén tehát nagyobb számú (felnőtt) népesség szorul helyettesített ellátásra, mégsem lehet azonban kijelenteni, hogy a felnőtt praxisok megüresedése nagyobb probléma, mint a vegyeseké, ugyanis utóbbi praxisok a körzet gyermekkorú lakosait is ellátják. (23. melléklet)

A betöltetlen körzeteknek a körzetközpontot befoglaló régió, mint kategorikus ismerv mentén létrejött csoportjai között az ellátandó lakosság szám átlagában csak a vegyes körzetek esetében van szignifikáns eltérés, melyet a Kruskal-Wallis teszt eredménye is visszaigazol. A vegyes körzetek esetén $\chi^2=31,815$; $df=6$; $p<0,01$, az ANOVA p értéke 0,000. Mivel a nem szignifikáns Levene-teszt ($p=0,203$) alapján teljesül a varianciahomogenitás feltétele, figyelembe vehettem az LSD post-hoc teszt eredményét (melyet a Dunn-Bonferroni teszt is megerősít): e szerint a Dél-Alföldi régió betöltetlen vegyes községeinek átlagos ellátott lakosság száma szignifikáns differenciát mutat az összes többi régió átlagával, ahogyan Pest régió is a Nyugat- és Dél-Dunántúllal, Észak-Magyarországgal és természetesen a Dél-Alfölddel (mégpedig utóbbival a legnagyobb az átlagok különbsége: 688 fő többlet Pest javára, $p<0,01$ empirikus szignifikanciaszint mellett). (22. ábra)

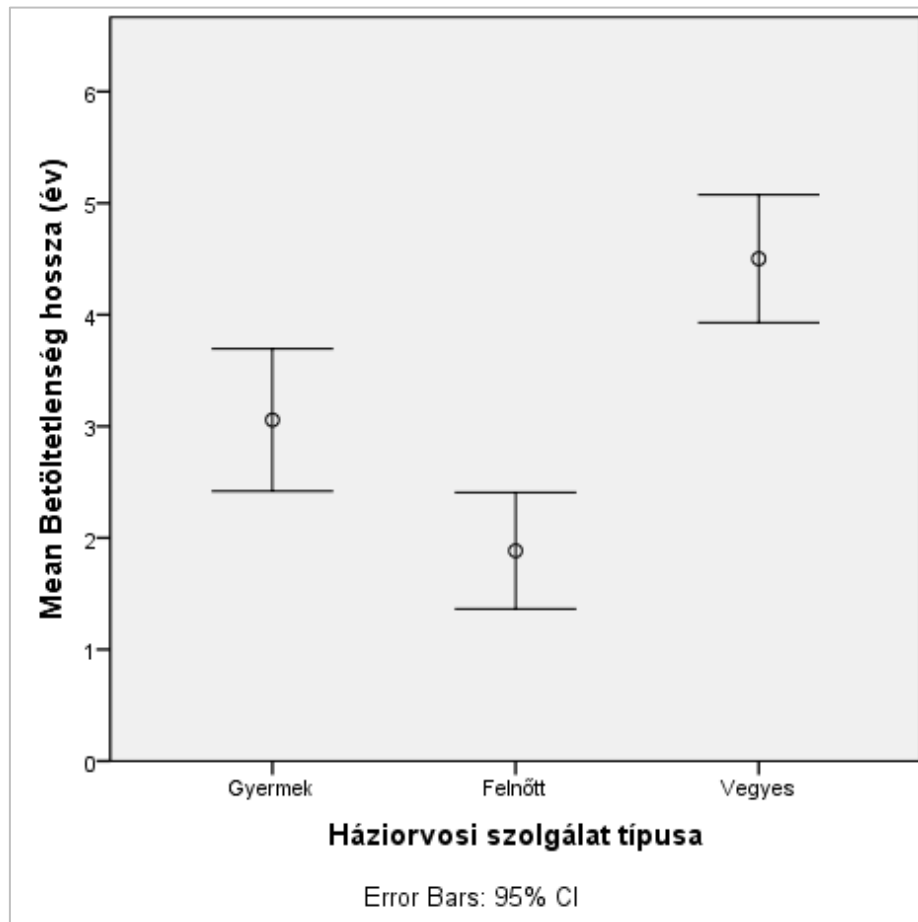


22. ábra: A betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek ellátandó lakosság számának régiónkénti átlagai
Forrás: saját kutatás SPSS outputja

Hasonló a helyzet a körzetközpontot adó település nagyságkategóriája és a körzetben ellátott lakosság szám kapcsolatában, mint az előző változópár esetében: a kategóriák közti eltérések ismét csak a betöltetlen vegyes körzetek körében szignifikánsak a Kruskal-Wallis teszt ($\chi^2=94,384$; $df=6$; $p<0,01$) és az ANOVA szerint ($p<0,01$) is. A Tamhane tesztnek a Dunn-

Bonferroni teszttel összhangban lévő eredményei alapján a 0-499 fős és az 500-999 fős székhelytelepüléssel rendelkező vegyes körzetek egymással nem, de az 1000-1999 fős és a 2000-4999 fős körzetközpontok átlagos ellátotti létszámával páronként szignifikáns differenciát mutatnak ($p < 0,05$), mint ahogy utóbbiak egymással is szignifikáns eltérést produkálnak. A települések nagyság szerinti hierarchiájában felfelé haladva, 5000 fős körzetközpontig a betöltetlen vegyes körzetek átlagos ellátotti létszáma növekszik, és bár az 5000-9999 fős székhelytelepülések átlagos ellátotti létszáma alacsonyabb, mint a 2000-4999 fős központoké, de utóbbi eltérés nem szignifikáns ($p = 0,981$). (24. melléklet)

Az összes betöltetlen háziorvosi körzetre vonatkozóan a háziorvosi szolgálat típusa (felnőtt, gyermek vagy vegyes), mint kategorikus ismérv szignifikáns eltéréseket okoz a körzetek betöltetlenségének években kifejezett hosszában. A Kruskal-Wallis teszt esetén $\chi^2 = 37,013$; $df = 2$; $p < 0,01$, az ANOVA empirikus szignifikancia szintje $p < 0,01$, és tekintettel a variancia-heterogenitásra (Levene teszt p értéke 0,000), a Tamhane post-hoc teszt eredményét vettem figyelembe, mely szerint mindhárom körzettípus átlaga között szignifikáns differencia mutatható ki ($p < 0,05$), hasonlóan a Dunn-Bonferroni teszt során tapasztaltakhoz. A vizsgálat szerint a betöltetlenség években kifejezett átlagos hossza a felnőtt körzetekben a legalacsonyabb, mintegy 2 év, míg a gyermek körzetekben 3 év, a vegyes körzetekben pedig 4,5 év. (23. ábra)



23. ábra: A betöltetlen háziorvosi és házi gyermekorvosi praxisok betöltetlen státuszának átlagos hossza a körzet típusa szerint

Forrás: saját kutatás SPSS outputja

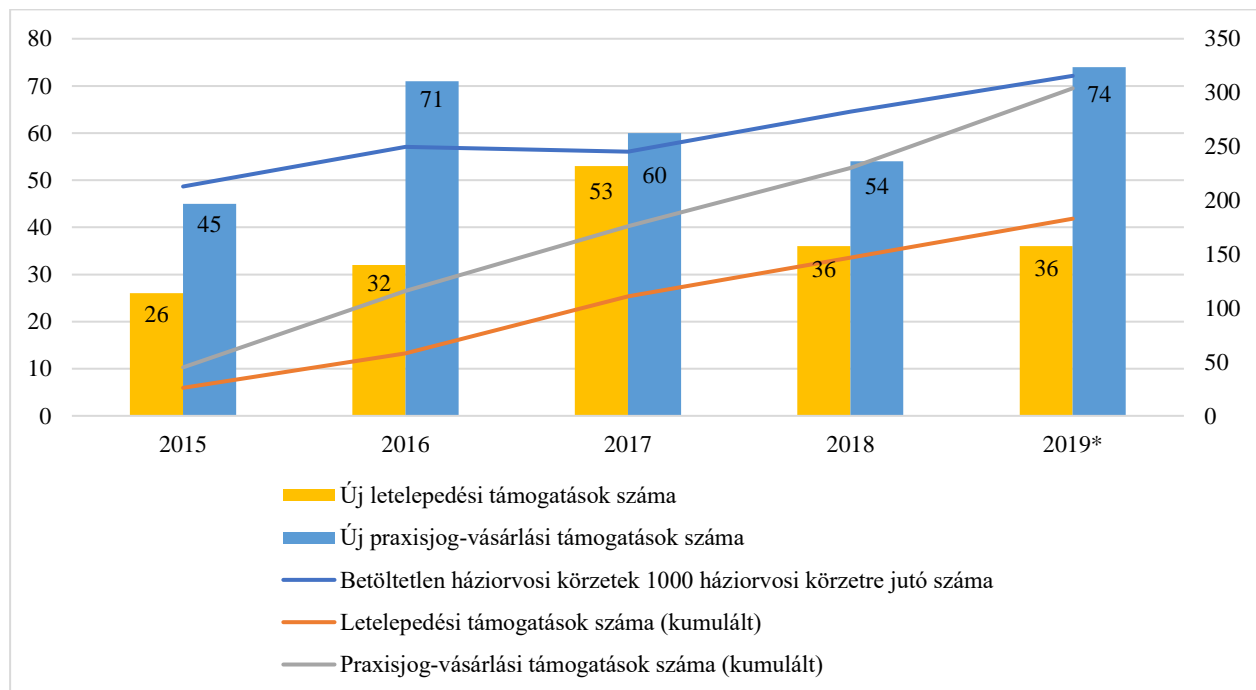
A betöltetlen körzet központjának helyet adó régió a betöltetlen státusz hossza kapcsán is csak a vegyes körzetekben differenciáló tényező ($\chi^2 = 23,832$; $df = 6$; $p < 0,01$, az ANOVA p értéke 0,001), a korcsoport szerint szervezett (felnőtt és gyermek) körzetekben nincs szignifikáns eltérés az egyes régiókba tartozó körzetek átlagos értéke között. A szórásheterogenitás miatt ismét a

Tamhane post-hoc teszt eredményére támaszkodhattam, melynek – a Dunn-Bonferroni teszt által megerősített – tanúsága szerint a jelentős eltérés Pest régió és az összes többi (kivéve a Közép-Dunántúl) között húzódik. Az említett térség leginkább az Észak-magyarországi régióhoz képest jellemezhető jelentősen rövidebb betöltetlen státusszal a vegyes körzetek kapcsán: mintegy 5 évvel kevesebb az üresedés átlagos hossza Pest régióban. A legkisebb Pest eltérése a Nyugat-Dunántúl átlagától, 2,4 év. (25. melléklet)

A vegyes helyettesített háziiorvosi körzetekben kapcsolat mutatható ki a körzet betöltetlen státuszának hossza és a körzetközpontot jelentő település népességének nagyságkategóriája között, tekintve, hogy $\chi^2=33,019$; $df=4$; $p<0,01$, az ANOVA p értéke 0,000, és mivel a varianciahomogenitás feltétele nem teljesül, a Tamhane post-hoc teszt eredményeit vehettem figyelembe, amely szignifikáns eltérést a 2000-4999 fős települések kapcsán jelzett, mégpedig a 0-499 fős, és az 500-999 fős csoportba tartozó településekkel való összevetésben (előbbinél 4,5, utóbbinál 3,4 évvel rövidebb átlagos betöltetlen státusszal). Mindez visszatükrözi a Dunn-Bonferroni teszt eredményeit is. (26. melléklet)

4.8 A letelepedési és praxisjog-vásárlási pályázatok eredményessége

A háziiorvosi letelepedési támogatások száma 2015-ben 26, 2016-ban 32, 2017-ben 53, 2018-ban, illetve 2019-ben 36-36, összesen 183 db volt. A letelepedési pályázatok kumulált (tehát minden évben az új nyertes pályázatok számával megnövelt) mennyisége a 2015-ös kezdőévhez képest 2019-re a hatszorosára emelkedett. A praxisjog-vásárlási támogatások összesített száma 2015-höz viszonyítva 6,76-szorosára nőtt 2019-ig, az új támogatások száma – 2015-től kezdődően az egyes évekre – 45, 71, 60, 54, majd 74 db, összesen pedig 304 db volt. (24. ábra)



24. ábra: A letelepedési és praxisjog-vásárlási támogatások számának alakulása a betöltetlen háziiorvosi körzetek arányához viszonyítva, 2015-2019

Forrás: NEAK adatai alapján saját szerkesztés

A legtöbb letelepedési támogatás Észak-Magyarországon és az Észak-Alföldön (38 és 37 db) lett megítélve 2015 és 2019 között, míg a legkevesebb (13 db) a Nyugat-Dunántúlon, és némileg váratlan a központi régió 31 db nyertes pályázata. Míg 2015-ben, '17-ben és '19-ben Észak-Magyarországra, 2016-ban pedig az Észak-Alföldre jutott a legtöbb letelepedési támogatás, addig 2018-ban Közép-Magyarország vitte el a legmagasabb számú nyertes pályázatot. Az eddigi

letelepedési támogatást nyert praxisainak több mint 45%-át a Közép- és Dél-Dunántúl, illetve Észak-Magyarország a 2017-es évben produkálta. A vizsgált időszakban – azaz a támogatási program kezdete óta – a letelepedést segítő pályázatok 25,13%-a a 2000-4999 fős település nagyságkategóriában segítette a háziiorvosi ellátás folytonosságát, 21,31% pedig az 1000-1999 fős településeken. Összességében, az 5000 fő alatti településkategóriákban az eddigi letelepedési pályázatok 60,11%-a hasznosult.

A praxisjog-vásárlási támogatások kiemelkedő arányban találtak gazdára a Középmagyarországi régióban: a 2015-19 között megszületett 120 db nyertes pályázat az összes támogatott praxis 39,47%-át teszi ki! Ezzel szemben a másik véglet az Észak-magyarországi régió volt, ahová a nyertes praxisjog-vásárlási pályázatoknak csupán 6,91 százaléka jutott. A pályázattal megvásárolt praxisok legnagyobb, 28,28%-os arányban a 100 ezer fő feletti, 25,32%-ban az 50-99,9 ezer fős városokba kerültek, míg az 5000 fő alatti településeken összesen a támogatott praxisjog-vásárlások 16,78%-a történt a 2015 és 2019 közötti időszakban.

Fontos, hogy a fenti intézkedések hatását a betöltetlen háziiorvosi körzetek számának változásával összevetve vizsgáljuk. A kiírt támogatási programok elérni kívánt célja, hogy megteremtse a háziiorvosi ellátás folytonosságát azáltal, hogy segíti, anyagilag ösztönzi a szakemberek adott körzetben való letelepedését, illetve a drága vagyoni értékű jog, a praxisjog megvásárlását. Látható azonban, hogy amíg a letelepedési támogatások javarészt ténylegesen a betöltetlen háziiorvosi körzetek jelenlétével legjobban sújtott régiókban és településnagyságkategóriákban hasznosultak, addig a praxisjog-vásárlási támogatásokat leginkább a pályakezdő háziorvosok számára vonzó, fejlettebb régiókban, a nagyobb, városi településeken található praxisok megszerzésére vették igénybe a pályázók. Természetesen ez utóbbi térségekben is nagyon fontos a háziiorvosi ellátás fenntartása, kiváltképp a magas népességkoncentráció miatt, azonban a betöltetlen körzetek problémájára jellegéből adódóan véleményem szerint alapvetően a letelepedési támogatás adhatna választ. A számok azonban más mutatnak: a betöltetlen háziiorvosi körzetek száma országos szinten 2015 és 2019 között 236-ról 350-re emelkedett, ez 48,3%-os növekedést jelent. A letelepedési pályázatok 16,94%-a a Középmagyarországi régióban nyert, ez magasabb, mint a Dél-Alföld és a Dél-Dunántúl 13% körüli részesedése, és nem sokkal marad alatta az Észak-Alföld és Észak-Magyarország 20-21%-os arányának, noha itt, a központi régióban a legalacsonyabb a betöltetlen háziiorvosi körzetek aránya. Megállapítható tehát, hogy a támogatások nem feltétlenül a körzetek betöltetlenségével legjobban sújtott térségekben hasznosultak, és összességében nem járultak hozzá a betöltetlen körzetek arányának csökkenéséhez.

4.9 Adatok a háziiorvoslás szakember-utánpótlására

Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ által az egészségügyi ágazati humánerőforrás helyzetéről évente elkészített jelentés szerint „egészségügyi ágazat hosszú távú tervezése szempontjából rendkívül fontos tényező az orvos- és egészségtudományi felsőoktatási képzési területre, az általános és pótfelvételi eljárásban felvettek számának képzési szakonként történő vizsgálata.” (ÁEEK 2019, p. 64)

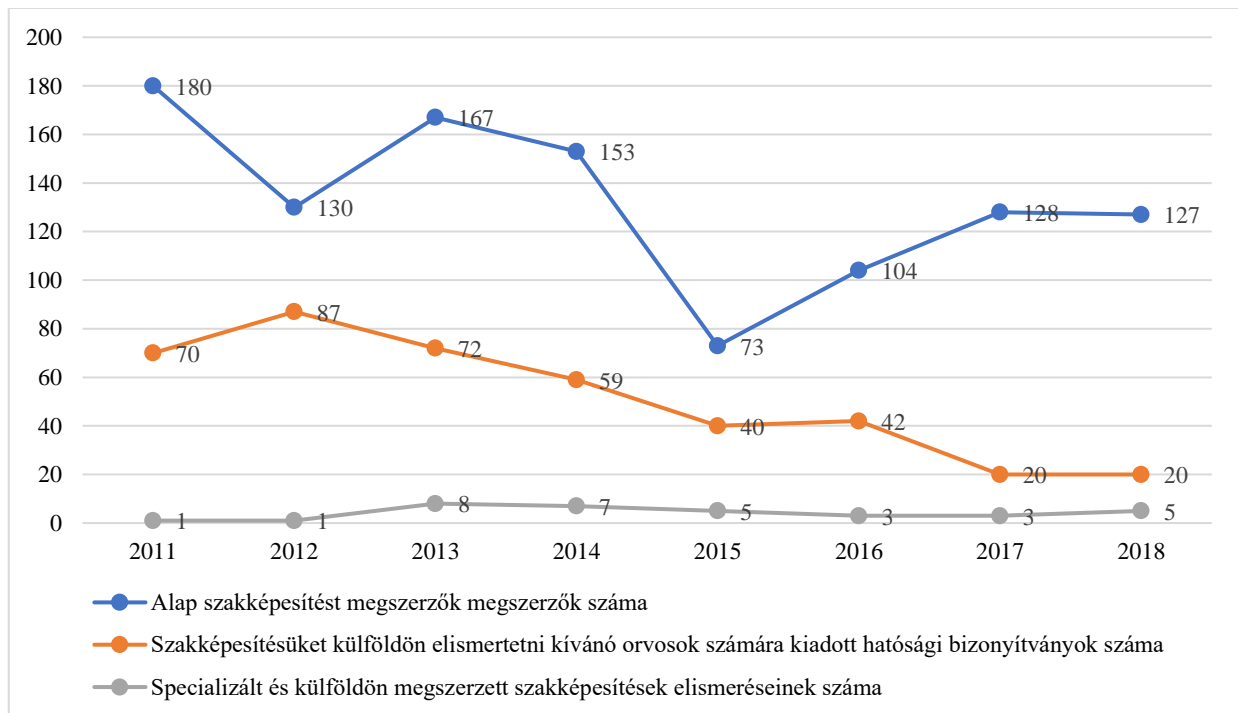
Egyetértve a fenti állítással, vizsgáltam a támogatott háziiorvostani szakképzésbe belépők, illetve szakképesítést szerzők számára vonatkozó adatsorokat. Az egyik legnépszerűbb szakképesítés a háziiorvostan: 2010 és 2019 között évente 74-90 diplomás orvos kezdte meg a szakképzést, amely az összes szakorvosi képzésbe belépő orvos 7-19%-os hányadát adta az évek során. (8. táblázat)

8. táblázat: A háziorvostan szakképzésbe belépők száma és aránya az összes szakterületen belül, 2010-2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Háziorvostan képzésbe belépő (fő)	78	83	76	74	66	77	90	74	76
Összes szakorvosi képzésbe belépő (fő)	420	705	710	794	884	1075	917	824	923
Háziorvos szakterület aránya (%)	19	12	11	9	7	7	10	9	8

Forrás: ÁEEK (2019) alapján saját szerkesztés

A szakképzést eredményesen befejező rezidensek létszáma többéves, ingadozásokkal kísért csökkenő tendencia, és a 2015-ös év drasztikus (az előző évi 153-ról 73-ra való) visszaesése után tartós növekedésbe kezdett, ugyanakkor a 2015 előtti szintet még nem érte el. Azon orvosok száma, akik részére szakképesítésük külföldi elismeréséhez hatósági bizonyítvány került kiállításra, 2012-ben volt a legmagasabb 87 fővel, ezt követően viszont folyamatos csökkenés következett, és 2017-ben, illetve 2018-ban mindössze 20-20 fő volt érintett. Utóbbi folyamat hátterében vélhetően a Markusovszky Lajos Ösztöndíj 2011-es bevezetése áll, amelyet a kormány a szakorvosjelöltek anyagi támogatására hozott létre, az orvosmigráció és az ebből adódó munkaerőhiány enyhítésére. A programban részt vevő szakorvos szerződésben vállalja, hogy minimum az ösztöndíj-folyósítás igénybevételének hosszával megegyező időtartamra magyarországi, társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál főállásban végzi tevékenységét. A másod-specializációként vagy külföldön megszerzett szakképesítések elismerése a 2011-2018-as időszakban a háziorvostani területet érintette a leginkább, bár ez nem éppen magas számokban nyilvánul meg: a legtöbb (8 db) elismerés 2013-ban történt, míg a többi évben 1-5 között alakult. (25. ábra)

**25. ábra: A háziorvostani szakképesítést megszerzők és elismertetők száma, 2011-2018 (fő)**

Forrás: ÁEEK (2019) alapján saját szerkesztés

Adalékként szolgálhat a háziorvosok képzettségi helyzetének megismeréséhez a Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram keretében 2016-ban az ország 6300 praxisát lekérdező felmérés eredménye, mely szerint a háziorvosok 48%-a egy, 36%-a kettő, 13%-a három, és 3%-a négy szakvizsgával rendelkezik, nem részletezve, hogy ebből mennyi az aktív szakképesítés. A kizárólag általános orvostani képzettséggel dolgozók aránya alig 2% volt, míg

belgyógyászati szakvizsgával 1100 fő rendelkezett. Aneszteziológiai és intenzívterápiás szakvizsgálója 130 szakembernek volt, és egyaránt negyven főt meghaladó számban vettek részt sebészeti, tüdőgyógyászati, szülészeti, oxiológiai, gasztroenterológiai és diabetológiai szakképesítéssel bíró kitöltők. A többszakvizsgás válaszadók 39%-a tervezte a másodlagos szakképesítését saját praxisában hasznosítani. A kitöltők közül egy 45 éves átlagéletkorú 761 fős részalmaz mutatott szándékot újabb szakvizsga megszerzésére, míg a válaszadó orvosok 30%-a tenne szívesen két év alatt megszerezhető licencvizsgának, az ő átlagéletkoruk 50 év volt.¹

4.10 A szakértői interjúk megállapításai

Az alábbi keretes írás (1. szövegdoboz) az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Alapellátási Osztálya (korábban: Országos Alapellátási Intézet, OALI) munkatársaival lefolytatott szakértői interjú kivonata, amelyet a háziiorvosi alapellátás általános helyzete és a betöltetlen háziiorvosi körzetek kapcsán készítettem (BÁLINT, 2019a, p. 32).

Szövegdoboz: Az ÁEEK Alapellátási Osztály szakértőivel készített interjú kivonata

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

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

A körzetek ideiglenes vagy állandósult betöltésében azok a települések vonzóbbak, amelyek Budapestről vagy a megyeszékhelyekről könnyebben, gyorsabban megközelíthetők. Térségi szinten Budapest, Pest megye, Nyugat-Magyarország a népszerűbb célhelyek, míg pl. Észak-Magyarországra nehezebb orvost találni. Az életvitelszerű áttelepülés a betöltött körzetbe ritka, inkább a külföldről hazatelepülő orvosokra jellemző. Azokon a kedvezőtlen helyzetű településeken, ahol szegregátum van, jellemzően egy helybéli orvos szokta vállalni a praxist. A legnagyobb taszítóerőt egy-egy körzet kapcsán a kiszolgáltatottság, az ügyeleti kényszer, a nehezen kezelhető lakosság jelenti.

Fontos látni azt, hogy a tartós betöltetlenség kialakulása nem egycsatornás folyamat, tehát nem csak az orvosok „kényén-kedvén” múlik. Sok esetben az önkormányzatok magatartása akadályozza a körzetek betöltését: nem keresnek orvost, mert a helyettesítés révén megoldott az ellátás, és bármikor, akár indoklás nélkül is felmondhatják a szerződést (volt már arra is precedens, hogy Praxis-I. programban résztvevő orvosnak mondtak fel). Az interjú

¹ Licenc: a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek vagy szakpszichológusok (a továbbiakban együtt: szakorvos) által, vizsgával záruló egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzés keretében megszerezhető tanúsítvány, amely a szakorvost a szakképesítésére épülő szakmai tevékenység végzésére jogosítja. [23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet, 1. § a) pont]

készítésének időpontjában van olyan Praxis-I. programba jelentkezett orvos, aki fél éve nem talál települést, ahol szakmai gyakorlatát megkezdhetné. A szakembereknek az egyes körzetekbe történő delegálása az ÁNTSZ² feladata kellene, hogy legyen, mert az önkormányzatok ebben a kérdésben laikusnak tekinthetők. A helyettesítésről azt gondolnánk, hogy púp a házi orvosok hátán, mert sokkal több beteget kell ellátni, többet kell mozogni a körzetek között, és egy-egy településre, illetve betegre jóval kevesebb idő jut. Azonban a helyettesítésből sok házi orvos tartós egzisztenciát épít ki, mivel több körzet után több finanszírozás jár – ez jobb, mint egyetlen nagy körzetet vinni. Sokszor pedig az is előfordul, hogy az önkormányzat a lakosok nyomására nem akarja elengedni a helyettesítő orvost, mert rávehető, hogy bármit felírjon (pl. antidepresszánt).

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

Forrás: Bálint (2019a) p. 32-33

4.11 Az empirikus kutatások során készített interjúk megállapításai

Jelen disszertáció szerzője több ízben készített interjúkat kistélepülések házi orvosaiival empirikus falukutatások (NAGYNÉ MOLNÁR, 2017) keretében. Az alanyok által megfogalmazott vélemények, ha nem is tükrözik az egész házi orvos-szakma véleményét, de mégis segítséget nyújthatnak az alapellátó orvoslás mindennapi problémáinak megismerésében, megértésében.

A 2015-ös, Hollókőn végzett kutatás során Dr. Tóth Endre, a Nagylócon központtal rendelkező praxis vezetője úgy foglalta össze szakterülete helyzetét, hogy a rendszerváltás óta az egészségügyi ágazatot egyik kormányzat sem kezeli megfelelően. Azt használják ki, hogy az orvosok a hippokratészi eskü súlyától vezérelve semmilyen körülmények között nem tagadják meg az ellátást a betegektől. Az alapellátást végző orvosok átlagéletkora országsszerte magas, és rengeteg a saját orvossal nem rendelkező körzet. Általános az alapellátásban a fásultság, tömegellátás történik, ahol a nagy kórképeket ugyan kiszűrjük, de a legtöbb esetben nincs lehetőség a tényleges gyógyításra. Az orvosok alulfizetettek, nincs megfelelő szakmai kontroll, nagyon sok páciens kallódik el a rutinból gyógyítás és az esetek alulkezelése miatt. (BÁLINT & BAKOS, 2015)

Az Egercsehi településen szolgálatot teljesítő Dr. Lukács Attila házi orvos szerint az idősödő lakosság részét képezik a nyugdíjas korba lépő házi orvosok is, az ő helyettesítésük egyre inkább problémát jelent majd. A betöltetlen praxisok problémájára a szakember szerint semmiképp sem megoldás a körzetek összevonása (ezáltal méretük növelése). Az alapellátást eszközeiben is szükséges volna megerősíteni, hogy a pontosabb diagnózisok és hatékonyabb kezelések révén a kapuóri szerep jobban érvényesüljön, annak érdekében, hogy tehermentesítve legyen a járóbeteg-szakellátás. (BÁLINT, 2016)

² Ma már Nemzeti Népegészségügyi Központ.

Dr. Balatoni Gyöngyi, Bag község II-es körzetének háziornosa úgy vélte, szerte az országban nehézséget jelent a kisméretű falusi praxisok betöltése, tekintve, hogy a pályakezdő orvosoknak nem jelent vonzó alternatívát ezeken a területeken a háziornoslás, és erre a problémára az ágazatnak juttatott többletforrások önmagukban nem jelentenek megoldást. A Doktornő szerint az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér a közeljövő egyik nagy kihívása lehet a szakma számára: korábban az orvos egyedül maradhatott a beteggel, és gyorsan áttekinthető volt a páciens kórtörténete, az asszisztens pedig a rendelés ideje alatt föl tudta írni az állandó gyógyszereket, a vényért nem kellett sorban állni. Bár nem ellenzi a technológiai fejlesztéseket, de ez a rendszer visszalépést jelenthet, mivel az asszisztens folyamatos jelenlétét igényli, és az adminisztráció elvesztegetett idővel jár. (BÁLINT, 2017)

Saját szempontjából szerencsésnek ítélte meg a helyzetet Dr. Velejti Gabriella háziornos, aki Erdőhorváti központtal többek között a falukutatás által megcélzott Komlóska ellátásért is felel. A körzetét alkotó községek között kicsik a távolságok, ennél fogva olajozottan működhet az ellátás, a környék városaiból a mentő is gyorsan kiér. Sajnos korlátozott ugyanakkor a prevenció lehetősége mivel sem elég idő, sem elegendő eszköz nem áll rendelkezésre hozzá. (BÁLINT, 2018b)

Baks község háziornosa, Dr. Orosz Éva szerint a nagy várakozás övezte új alapellátási szervezeti formák, azaz csoportpraxisok, praxisközösségek kialakításához nem lesz elég orvos. Az EESZT használhatósága korlátozott, mivel a rendszer nem szöveges adatállományokat kezel, hanem lefényképezett, bescannelt dokumentumokat, így az egyes paraméterek nem kereshetők, szűrhetők. Halasztódik a betegek kórtörténetét tartalmazó, népegészségügyi rizikófaktorok kiszűrését szolgáló új típusú törzskarton bevezetése is. (BÁLINT, 2019b)

4.12 Egy praxisközösség vezető háziornosával készített interjú megállapításai

Személyes látogatás keretében interjút készítettem egy praxisközösséget vezető, neve elhallgatását kérő háziornossal. Az interjúalany a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen diplomázott. Az egyetem elvégzése után egy 5000 főnél népesebb közép-dunántúli nagyközségben helyettesített rezidensként a mentora mellett, aki gyakran hagyta magára a körzet feladataival. Dolgozott az Országos Mentőszolgálatnál kivonuló mentőtisztként, illetve központi ügyeleti munkát végzett az említett nagyközségben és egy járásközpontban.

Jelenlegi, 2500 főnél kisebb településen található körzetében egy évtizede vezeti felnőtt háziornosi praxisát. A körzetbe mintegy 2000 fő van bejelentkezve, mely páciensek majdnem fele a 45 év feletti korosztályba tartozik. A praxist az előző háziornos ingyen hirdette meg, de a tárgyaláskor kiderült, hogy valójában 5 millió Ft-ért kívánja értékesíteni. Végül 2,5 millió Ft-ért sikerült megszerezni a területi praxisjogot, ahonnan a távozó orvos még kijelentett 150 lakost, így csökkentve a praxis fejkvóta-finanszírozását. A rendelőben dolgozó, nyugdíjhoz közeledő asszisztentst tovább foglalkoztatta, amely döntés egyébként nem teljesen szabad választás kérdése, ugyanis ellenkező esetben munkáltatóként végkielégítést kellett volna fizetnie. Mindez igencsak jelentős induló kiadást jelentett volna, a leromlott állagú rendelő elkerülhetetlen felújítása, modernizálása mellett. Jelenleg a rendelő használatáért az önkormányzat nem bérleti díjat, hanem 45 ezer Ft rezsi-hozzájárulást kér. Az interjúalany az évek folyamán saját erejéből újíttotta fel a rendelőt.

Az interjúalany egy közeli, 2000 fő alatti településen állandó helyettesítést is ellát, illetve alkalmi helyettesítést egy kisváros egyik körzetében. Az általa vezetett praxis 2019 szeptembere óta a „Három Generációval az Egészségért” (a továbbiakban: 3G) program keretében egy praxisközösség (más néven csoportos praxis) tagja. A praxisközösség négy település öt praxisának

együttműködésében jött létre, de nem alkot külön gazdasági társaságot, csupán egy laza pályázati konzorcium, melyben az interjú adó házi orvos látja el az ún. „gesztor” feladatát, akit a szerződést megkötő konzorciumvezetőként az adminisztratív ügyintézés, szakmai és anyagi felelősség terhel a projekt kapcsán. A többi orvos – köztük két 65 éven felüli – többnyire a napi 4 óra munka hívei, rendelés végeztével nehezen vehetők rá további feladatok ellátására. A szűréseket is a rendelési időben próbálják végezni, gondozási rendeléseket nem szívesen alakítottak ki. A nehézkes adminisztrációt nem könnyítik meg az ÁEEK részéről gyakran késedelmesen és ellentmondásokkal terhelt információk.

A csoportos praxis konzorcium 5 asszisztent foglalkoztat, akikre általában jellemző, hogy képzésük során minimálisan szereznek informatikai és adminisztrációs, menedzsment ismereteket, ezért a számítógépes ügyvitelben gyakorlatilag „betanított munkásnak” tekinthetők. Számlás vállalkozói és megbízási jogviszony keretében jellemzően heti 1-3 órában dietetikus, gyógytornászt, védőnőt (dohányzás prevenció), kardiológus-szakorvost, tréner és iskolai tanárokat is bevonnak a praxisközösség munkájába. A pályázat keretében beszerzésre került több boka-kar index mérő készülék, EKG, ABPM (24 órás vérnyomásmérő-készülék), RR vérnyomásmérő, vércukormérő, CO mérő.

A pályázati nyertes praxisközösségeknek vállalást kellett tenni az esetszámok növelésére, különösen egyes emelt kompetenciájú, krónikus betegségeket célzó beavatkozásokban: ennek kapcsán sok konzorcium aránytalanul túlvállalta magát, hogy elnyerje a támogatást. Ez azért probléma, mert a vállalt számú beteg teljes felmérését el kellett végezni (hónapokig az erre alkalmas felület nélkül!) Jelentős eltérések adódhatnak a házi orvosok csoportos praxisai között abban, hogy a megelőzésben, szűrésben milyen eredményeket tudnak felmutatni, ugyanis a szakmai munkát jelentősen behatárolja a teljesített indikátorokat „firtató” ÁEEK kérdőívnek való megfelelés kényszere.

Posztívum a megkérdezett praxisközösséget érintően, hogy az esetszám növelése leginkább a műszeres vizsgálatok (pl. EKG, boka-kar index) számának növekedésében nyilvánult meg. (Meg kell említeni, hogy egyes kötelezően vállalt, emelt esetszámú beavatkozásokat a házi orvosok egyéni preferenciáik mentén szívesebben vagy kevésbé szívesen végeznek el.) További pozitív fejlemény a megkérdezett praxisközösség részéről, hogy rendszeressé vált a beutalás előtti telefonos konzultáció a szakrendelést végző orvosokkal, illetve szükség esetén az alkalmi kapcsolatfelvétel is, így csökkentve a fölösleges továbbutalásokat. Két településen sikeresen tudott a konzorcium egészségnapot szervezni, de összességében az egészségnevelés, szemléletformálás nem kapott kellő hangsúlyt a projekt során. A meginterjúvált házi orvos elárulta: nem nagyon használták fel a Svájci-Magyar Modellprogram tapasztalatait, és erre nem is ösztönözte őket és általában a pályázókat senki.

A pályázati projekttel kapcsolatban összegzésként az interjúalany úgy ítélte meg, hogy a praxisközösségek 3G támogatási programja nem érte el a célját: nem alakultak ki szoros szakmai kooperációk, csak laza, adminisztratív együttműködések. A megvalósítást akadályozza a bürokrácia, például a támogató (az ÁEEK) az elektronikus nyilvántartási rendszert csak 2019 novemberében tudta elindítani, holott a projekt már júniustól futott. Az indikátorok elérését övező teljesítménykényszer sok esetben felülírta a szűrési, gyógyítási, egészségnevelési munkát. A projekt legfeljebb másfél éves futamideje nem elegendő jól működő rendszerek, hatékony praxisok közötti munkamegosztás, hosszú távú orvos-beteg együttműködések kiépítésére.

A házi orvoslással kapcsolatos általános kérdéseket is föltehettem az interjú során. A szakember szerint Magyarországon a házi orvosok többnyire nem piaci alapon működő jólmenő

vállalkozók, hanem inkább kényszervállalkozók, alacsony presztízzsel rendelkeznek. Külföldi tapasztalatai alapján az interjúút adó házi orvos szerint Magyarországtól nyugatra ez nem így van: például, Ausztriában úgy látta, hogy a házi orvoslás gyakran a magas beosztású, nyugdíjazáshoz közeli szakorvosok „jutalomjátéka”. A magyar házi orvosokat a szakorvosok még mindig sokszor lenézik, adminisztrátornak használják, az általuk javasolt szakorvosi készítmények felírásához. A jelenlegi alapellátási struktúra semmi másról nem szól, mint a hiányos szervezési feladatok tovább-hárításáról.

Az interjúalany meglátása szerint az egyéni praxisok rendszere meghaladott, túl sok a házi orvos által egyedül viselt felelősség, nem csak a gyógyításban és az adminisztrációban, de a vállalozási ügyek vitelében is. A betöltetlen körzetek problémáját példázza, hogy őt magát 10 ezer forintos óradíjért hívták helyettesíteni egy környékbeli településre, annyira hiány van a képzett szakemberekből. Az is kérdés, hogy egy vidéki kistéleplésen praktizáló házi orvosnak milyen kompromisszumokat kell kötnie a családalapításban: házastársa tud-e a közelben végzettségének megfelelő, tisztességes fizetést adó munkát vállalni, járhatnak-e jó iskolába a gyerekek, hozzáférhetőek-e a megszokott jóléti szolgáltatások. A NEAK letelepedési támogatását a megkérdezett szakember jó iránynak, valós segítségnek véli, a praxisjog-vásárlási támogatást viszont már kevésbé: „ki szeretne sok pénzért praxist venni, hogy aztán saját maga vállalhassa a felelősséget egy teljes cég irányításáért?” Vélhetően arra gondolt az alany, hogy a nagyvárosok vonzó körzeteiben (amelyek nevezett támogatás elsődleges célterületeit adják) az oda érkező házi orvosoknak nem megvásárolni kellene a praxist, hanem betársulni a meglévő orvos mellé, a népes körzetek hatékonyabb ellátására. A Magyar Falu Program „Házi orvosi rendelő” pályázati programjával kapcsolatban úgy fogalmazott, nem az eszközvásárlás a legnagyobb probléma, hanem az azok használatát gyorsan megtanulni képes képzett munkaerő hiánya, megfizetése.

Az ÁEEK Praxis-1 és Praxis-2 programja szerinte kényszermegoldás, amely tovább erősíti a „semmihez nem értő” házi orvos sztereotípiát a szakorvos kollégákban, ugyanis a megüresedett körzetekben ilyenkor nem szakvizsgázott házi orvosok dolgoznak. A megüresedett körzetek betöltésében lehetne szerepe a praxisközösségekhez hasonló szerveződéseknek, de a jelenleg ismert pályázatos, bürokratikus formában nincs értelme. Egyértelműsíteni kellene, hogy milyen irányba bővítendőek az alapellátási kompetenciák, több támogatásra volna szükség a betegirányításban, és gördülékenyebbé tenni a helyettesítési rendszereket, hogy rugalmasabban tervezhetőek legyenek például a szabadságolások. Arra a kérdésre, hogy mit gondol a házi orvosi praxisok államosításának kormányzati oldalról felmerülő ötletéről, a szakember úgy reagált, hogy bár nem ismeri a részleteket, de ha biztosítanának minden olyan feltételt a működéshez, amely ma a házi orvos egyéni felelőssége, akkor ő szívesen lenne állami alkalmazott, és koncentrálná energiáit a gyógyításba.

Az alany szerint a házi orvosi indikátorrendszer jelenleg ismert formájában értelmetlen, nem ösztönöz jobb teljesítményre, csak ügyesebb adminisztrációra. A beteg nem érdekelt a rendszer hatékonyabb működésében. Az EESZT alapelgondolását nagyon hasznosnak tartja, azonban rengeteget kellene rajta fejleszteni, hogy ténylegesen használható legyen. Jelenleg nem követhető a beteg gyógyszerhasználata, nem lehet tudni, hogy pontosan mit szed, hogy melyik gyógyszer volt akut esetre felírva, és melyiket kell folyamatosan szedni. Emiatt a szakorvosoknak a laikus páciensek által torzított információkra kell támaszkodniuk. Minden betegnek kellene egy ún. e-terápiás lap, amelyen elkülönülten szerepelnek az akut és az állandó gyógyszerek, és feltüntetésre kerül az esetleges gyógyszerérzékenység. Egy ilyen terápiás lappal nem kéne havonta receptet nyomtatni annak kiváltásához, hanem látható lenne a rendszerben, hogy milyen gyógyszer

adható ki a betegeknek. Nem könnyíti meg az EESZT használatát az sem, hogy a szakorvosi javaslatok és egyéb dokumentumok nem kereshető adatként kerülnek be a rendszerbe, hanem egy scannelt pdf-állományként, és a tartalmukat a házi orvosnak külön be kell adminisztrálni, digitalizálni a saját orvosi szoftveres rendszerbe, hiába az elvileg meglévő összeköttetés a két platform között.

A törzskarton egy jól kitalált rendszerben az egészségügyi ellátás alapja kellene, hogy legyen a szakember szerint, amelyeket „kő keményen” számon lehetne kérni az alapellátó orvosoktól és a betegektől is, bevezetve ezzel a kettős felelősséget: amennyiben nincs érvényes karton, vagy a beteg nem tartja be a kartonon rögzített gondozási csoportokhoz tartozó vizsgálatokat, akkor nincs vagy csökken a táppénz, nő a fizetendő járulék stb. Ne a házi orvos fusson a beteg után, hanem fordítva, mint pl. a jogosítvány meghosszabbításánál. Jelenleg azonban a páciens nem érdekelt a kitöltésben, a besorolásoknak nincs értelme, hiszen az adatfelvitel teljesen következmény nélküli a beteg ellátására nézve. A törzskarton koncepciója tehát azért van évek óta parkoló pályán, mert az eredeti elképzelés értelmetlen, számonkérhetetlen, és a szakma ellenállását váltja ki.

A kollegiális vezetői rendszerben sem lát túl sok fantáziát, a decentralizált, de közösségbe szerveződő házi orvoslásban ellenben annál többet. Házi orvosként, praxisközösség-vezetőként a következőkben látna valódi segítséget: egységes informatika a praxisokban, a változások folyamatos követése és rendszeres oktatása; egységes, folyamatos képzés az asszisztensek részére; a betegutak egyértelműsítése, közös gondozási protokollok a helyi szakrendelőkkel; a különböző szabályzatok (pl. infekciókontroll, balesetvédelem, tűzvédelem, kockázatbecslés) egységes koordinációja; közös, call-center szerű betegirányítás; medikai rendszerbe integrált telemedicinás ellátási rendszerek fejlesztése (az adminisztráció növelése helyett), hang alapú adminisztráció fejlesztése; orvosi és adminisztrátori feladatok éles elválasztása. A csoportpraxisok koncepciója kapcsán kiemelte, hogy a különböző ellátási formákat szét kellene választani, tehát különüljön el az akut betegellátás, a fertőző betegek kezelése, a szűrések, a gondozás, a kismamák ellátása, a betegirányítás stb. A korszerű információs rendszerekre építkezve a call-center működtetése azért volna hasznos, hogy ne a gyógyítást végző orvosnak és az adminisztrációt intéző asszisztensnek kelljen felkapkodnia a telefont.

4.13 Új és újszerű tudományos eredmények

1. Az egészségügyi alapellátás átfogó, globális fogalmi megközelítéséről, összetett dimenzióiról, funkcióiról, kompetenciáiról, a vele szemben támasztott követelményekről és várakozásokról, a hozzáférés jellemzőiről, integrációjának tapasztalatairól, humánerőforrás-helyzetéről, a WHO Európai Régióján, és az Európai Unión belüli fejlesztési célkitűzéseiről átfogó, zömében nemzetközi szakirodalmi forrásokra hivatkozva készítettem szintézist.

Ezek alapján fő megállapításom, hogy hatékony egészségügyi ellátórendszer csak erős alapellátásra építhető.

Az egészséggel összefüggő életminőség javításában vitathatatlanul fontos szerepe van az elérhető, hozzáférhető, megfizethető, minőségi egészségügyi ellátásnak. Ezen alapvetés a különböző globális és regionális (európai) fejlődési célkitűzésekben is hangsúlyosan megjelenik. Számos bizonyíték utal rá, hogy a korszerű egészségügyi ellátórendszerek fundamentuma a kiterjedt, stabil alapellátás, amely az egészségügy belépő szintjét jelenti, és az egyének, családok, közösségek számára egy élethosszon keresztül folyamatos, lakó- és/vagy munkahelyhez közeli ellátást nyújt. Az elmúlt évtizedekben az alapellátás szerepe is átalakult, kibővült, részben annak felismerése nyomán, hogy növeli az egészség-nyereségeket (a halálokok csökkentésével), az egészségügyi rendszer hatékonyságát (a szakellátás tehermentesítésével), és az egyenlőség és méltányosság szintjét, illetve részben az idősödő népesség, az egészségtudatosabb lakosság, az idült megbetegedések és az új szolgáltatók és technológiák támasztotta többlet kereslet és elvárások miatt. A mai kor alapellátása tehát ideális esetben egészség-, és nem betegség-központú. Beletartozik a diagnózis, a prevenció, a szűrés, az osztályozás és továbbutalás, a krónikus betegek ellátása és a palliatív gondozás, ezen kívül pedig komplex struktúra, folyamat és eredmény dimenziók rendelhetők hozzá. Növekszik a jelentősége a proaktív szemléletnek, melynek lényege, hogy a szakellátási gondozási, rehabilitációs és terápiás feladatok és beavatkozások egy részét az alapellátásba kell integrálni, hogy az orvos-beteg találkozások orozslánrészére az alapellátás keretein belül kerüljön sor, és elkerülhetőek legyenek a fölösleges kórházi kezelések, amely költségmegtakarításhoz, magasabb beteg- és dolgozói elégedettséghez vezet.

2. A házi- és házi gyermekorvosi ellátás országos szintű idősoros adatainak elemzésével azonosítottam az ágazat abszolút és fajlagos kapacitásainak és betegforgalmi terhelésének, a praxisok helyettesítési viszonyainak folyamatait és fő tendenciáit, az ellátott népesség demográfiai jellemzőinek (és azok változásának) tükrében.

Ennek alapján a következő megállapításokat teszem:

2/a. Magyarországon a házi- és házi gyermekorvosi szakembergárda tendenciózus fogvatkozásban van, összetett folyamatok eredményeként.

Magyarországon két évtizedes viszonylatban a házi- és házi gyermekorvosok, valamint a saját (betöltött) házi- és házi gyermekorvosi praxisok száma csökkenő tendenciát követ, miközben a helyettesítésben ellátott házi- és házi gyermekorvosi szolgálatok száma és aránya meredeken növekszik. A folyamat kiváltó oka a szakirodalmi és empirikus tapasztalatok alapján a szakembergárda elöregedése, a szakma alacsony presztízse (a növekvő képzettségi szint és szigorodó követelmények ellenére), a finanszírozás problémái, a praxis megvásárlásának és fenntartásának anyagi terhei, a sok esetben kedvezőtlen adottságú (elhelyezkedésű, méretű és társadalmi-gazdasági helyzetű) körzetek, a gyakran nem megfelelő munkakörülmények és az orvosra nehezedő adminisztratív kötelezettségek. A gyermekorvosi

szakmát megszerzők körében a klinikai gyermekorvosi karrier egyre vonzóbb alternatíva a házi gyermekorvosi praktizálással szemben.

2/b. Az előregedő lakosság fokozódó ellátási terhet jelent a házi orvosok számára, növekvő helyettesítési feladatok és adminisztratív terhek mellett, amely a lakáslátogatás visszaszorulásához is hozzájárul.

Abszolút értékében és fajlagosan is a házi orvoshoz bejelentett 18 év alatti lakosság száma nagymértékben csökkent, míg a házi orvoshoz bejelentkezett 65 éven felüliek száma jelentősen nőtt az elmúlt másfél-két évtizedben. Az előregedő lakosság növekvő ellátási igénye miatt a házi orvosi rendelői betegforgalom (a vizitdíj időszakának megtorpanását kivéve) összességében fokozódó trendet követett. A gyermekorvosi ellátásban ugyanakkor a rendelői esetszám stagnálás-közeli állapotot mutat, fajlagosan (egy szolgálatra vetítve) pedig emelkedést, amely egyrészt következik a praxisok számának csökkenéséből, másfelől arra enged következtetni, hogy a gyermekorvosok által ellátott korosztály a bejelentkezést tekintve részben „átcsoportosult” az évek alatt vegyes körzetekből gyermek körzetekbe. A lakáson történt látogatások száma országosan mind a házi orvosi, mind a házi gyermekorvosi ellátásban háromnegyedével visszaesett 2000 és 2018 között. Ezen ellátási forma drasztikus visszaszorulásának hátterében a növekvő rendelői esetszám, a helyettesítés fokozódó terhei, és az a tapasztalat áll, hogy egyrészt az orvos ideje és tudása a legjobban akkor hasznosul, ha nem kell utaznia, másrészt a körzeti szakápoló rengeteg rutinfeladatot el tud végezni (folyamatos koordinációban a házi orvossal), harmadrészt az ellátást kísérő adatrögzítési feladatok az orvos (és az asszisztens) jelenlétét igénylik.

3. Az alapellátó orvoslás területi bontásban rendelkezésre álló adatköreit teljes egészében felhasználva képet adtam a különböző típusú körzetek kialakulásának térbeli sajátosságairól, regionális és települési jogállás- és nagyságkategória szerinti megoszlásáról, és ugyanezen alapösszefüggéseket feltártam a betöltetlen házi orvosi és házi gyermekorvosi körzetek kapcsán is.

Rámutattam, hogy a területi ellátási kötelezettséggel bíró házi orvosi szolgálatok típus szerinti eloszlásának térbeli különbségei alapvetően a bázistelepülés nagyságára vezethetők vissza.

A 2000 fő alatti településeken a vegyes körzetek abszolút dominanciája áll fenn, míg 5000 lakos felett különválik a felnőtt és a gyermek ellátás. A települések jogállására vonatkoztatva ez azt jelenti, hogy a községekben a vegyes körzetek kialakítása indokolt, míg a városokban már a 14 év alatti és fölötti lakosság eléri a korcsoportok mentén különvált praxisok működtetéséhez szükséges létszámot. A 2000-4999 fős településnagyságú nagyközségek, illetve kisvárosok képezik azt az átmenetet, ahol a vegyes körzetek többsége már közel sem olyan domináns. A települési összetétel regionális különbségei okozzák az eltéréseket az egyes régiók alapellátási struktúrájában: habár valamennyi régióban felnőtt körzetből van a legtöbb, azonban az aprófalvas településszerkezetű térségekben (Dunántúl és Észak-Alföld) a vegyes körzetet ellátó házi orvosi szolgálatok aránya egynegyedes-egyharmados, míg Pest régióban és a Dél-Alföldön jóval alacsonyabb, Budapesten pedig nincs vegyes házi orvosi szolgálat.

4. Részben a leíró elemzések megállapításainak megerősítésére, részben a korábban ismeretlen összefüggések feltárására törekedve, települési szinten kimutattam a házi orvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok ellátott korcsoportra vetített rendelkezésre állásának, valamint rendelőben és lakáson ellátott fajlagos esetszámainak változói közötti

együttmozgást. A változóredukció révén létrehozott, magas információtartalmú tényezőcsoportok segítségével elvégeztem a magyarországi települések csoportosítását az alapellátó orvoslás körzetesedési, kapacitási és terhelési viszonyait figyelembevéve, és a települési csoportok kapcsán a regionális elhelyezkedés, a településnagyság és a társadalmi-gazdasági fejlettség együttesen meghatározó csoportképző hatására mutattam rá. Ezáltal felvázolhattam a hazai településszerkezet kategorizált alapellátási jellemzőit.

Megállapításaim a fentiek alapján a következők:

4/a. A települési szintű kapacitás- és terhelés-vizsgálat alapján a háziorvosi praxisok betegforgalmát leginkább az ellátott körzet típusa befolyásolja.

A kialakult főkomponens-struktúrából körvonalazódó összefüggések nyomán megállapítható, hogy a felnőtt és a gyermek háziorvosi praxisok adott korcsoportra vetített fajlagos száma együtt mozog, amely könnyen belátható, hiszen a felnőtt és gyermek háziorvosok egymással kiegészítő viszonyban állnak, mivel két egymással nem átfedő korcsoportot látnak el. Általánosságban – de természetesen nagyszámú kivétellel – azokon a településeken, ahol (többségében) vegyes háziorvosi szolgálat működik, az egy praxis által rendelőben és azon kívül ellátott házi gyermekorvosi (és háziorvosi) esetszám alacsonyabb. A rendelőben, illetve lakáson ellátott, egy háziorvosi szolgálatra jutó esetszámok egymással és a körzeti szakápolók egy szolgálatra jutó számával korrelálnak, de nem mutatnak említésre méltó erősségű kapcsolatot az egyes körzettípusok korcsoportra vetített rendelkezésre állásával, illetve a házi gyermekorvosi fajlagos betegforgalommal.

4/b. A magyarországi települések háziorvosi és házi gyermekorvosi jellemzőik alapján öt fő kategóriába sorolhatók, melyek térbeli mintázatai a településnagyság-kategóriák mentén rajzolódnak ki.

A klaszterelemzés rámutatott, hogy az 5000 fő feletti, többségében Pest megyei települések, illetve jónéhány 2000-4999 fős település körzetméretei optimálishoz (átlagoshoz) közelinek mondhatók, viszont a háziorvosi, de főképp a házi gyermekorvosi szolgálataik jelentős betegforgalmat bonyolítanak. Viszonylag sok 1000 fő alatti, a legtöbb 1000 és 5000 fő közötti lakosú településen, illetve néhány 20 ezer fő alatti városban a felnőtt, gyermek, de különösen a vegyes praxisok ellátotti korcsoportra vetített száma jellemzően alacsonyabb, amely nagyobb létszámú körzeteket jelent, és magasabb háziorvosi esetszámmal párosul. Az 1000 fő alatti (javarészt Dél- és Nyugat-dunántúli, illetve Észak-magyarországi) kistelepülések zömében a vegyes háziorvosi szolgálatok dominálnak, és a körzetek kis ellátotti létszáma miatt a praxisok terhelése alacsonyabb. Nagyobb részben a Dunántúlon, jóval kisebb arányban Észak-Alföldön és Észak-Magyarországon oszlik el az a 139 darab, zömében 500 főnél kisebb aprófalú, ahol korcsoportok szerint szétválik a háziorvosi ellátás, és az érintett korosztályra vetítve a felnőtt és gyermek szolgálatok kiemelkedően magas száma mutatkozik meg, magas fajlagos házi gyermekorvosi betegforgalommal. (Úgy vélem, ezeken a településeken a magas gyermekorvosi esetszám oka, hogy az olyan környékbeli településeken élő családok, akiknek lakóhelyét vegyes körzet látja el, nagy számban jelentik át gyermekeiket valamelyik közeli házi gyermekorvosi körzetbe.) Mintegy négyszáz, többségében 2000 fő alatti településen teljes egészében helyettesítésben történik a háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás: ezen települések egyötöde Borsod-Abaúj-Zemplén megyében található, de Észak-Magyarország többi megyéje, illetve több Nyugat- és Dél-dunántúli megye, valamint Szabolcs-Szatmár-Bereg megye is jelentősebb mértékben érintett a probléma által.

5. Járási szintű vizsgálatomban bizonyítottam a települési szintnél magasabb területi dimenzióban kimutatható szerkezeti, demográfiai és fejlettségi viszonyok egyértelmű összefüggését nem csak az alapellátás strukturális, kapacitási és terhelési jellemzőivel, de előbbi és utóbbi tényezők kapcsolatát a megbetegedések fajlagos esetszámaival, levonva az alapellátás megelőző és egészségmegőrző szerepére vonatkozó nem túl kedvező tanulságokat. ***Ennek során megerősítést nyert, hogy a társadalmi-gazdasági fejlettség a népesség sűrűsödésével, a felnőtt és gyermek praxisok elkülönülésével és jobb egészségi állapottal jár együtt.***

Az alacsonyabb népességű, ritkábban lakott térségekben a vegyes háziiorvosi körzetek működése jellemzőbb, és az előzőekben vázolt összefüggéseken keresztül a vegyes körzetek jelenléte összefonódik a perifériális léttel. A vegyes körzetek magas száma az érintett járásokban magával vonja a betöltetlen státusz gyakoribb megjelenését is, melynek kapcsán nehéz nem észrevenni a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzet taszító hatását az utánpótlást jelentő házi orvosoknak. A háziiorvosi ellátórendszer inkább reaktív, mint proaktív, erre utal, hogy fajlagosan a több rendelői vizit nem jelent kevesebb megbetegedést. A morbiditás a fejlettebb járásokban alacsonyabb, tehát a sűrűn lakott, szolgáltatásokkal jól ellátott térségek lakói minden bizonnyal egészségesebb javakhoz, jobb ellátáshoz és több/jobb információhoz jutnak hozzá.

6. A betöltetlen háziiorvosi és házi gyermekorvosi körzetek vonatkozásában feltártam a körzetek betöltetlenné válásának dinamikus tér- és időbeli folyamatait, rávilágítottam a körzetek ellátott korcsoport szerinti típusának, valamint a körzetek méretének (ellátott lakosság számának) és betöltetlen státusza hosszának eltéréseit a körzetek bázisát adó települések regionális elhelyezkedés és népességnagyság szerinti csoportjai között. Az empirikus kutatás kiterjesztésével a szakirodalomból és a statisztikai adatokból nem következő információkat a korábbi elemzésekkel szintetizálva mélyebb összefüggéseiben mutathattam be a körzetek üresedésének hátterében meghúzódó okokat, a körzetek betöltésére irányuló programok tapasztalatait, és a törekvések esetleges akadályait.

Mindezek alapján megállapításaim a következők:

6/a. A betöltetlen háziiorvosi körzetek mennyiségében, méretében, helyettesített státuszának időtartamában a fő differenciáló tényező a körzet típusa: a betöltetlen státusz által leginkább a vegyes körzetek érintettek, és köztük is jelentős területi különbségek alakulnak ki.

A betöltetlen körzetek egyes paramétereinek mélyebb elemzése megmutatta, hogy a körzettípusok közül a vegyes körzetek körében a legmagasabb a tartós üresedéssel érintettek abszolút száma és aránya is. Az egyes körzettípusok területi eloszlását követi a betöltetlen körzetek bázistelepüléseinek méretbeli megoszlása is: a helyettesített felnőtt és gyermek körzetek a nagyobb, míg a vegyes betöltetlen körzetek kisebb településeken rendelkeznek székhellyel. A felnőtt és a vegyes körzetek is a legnagyobb arányban az Észak-magyarországi régióban betöltetlenek. 2014 és 2018 között országosan intenzívebb volt a felnőtt és a gyermek körzetek üresedése, mint a vegyes körzeteké, és különösen felgyorsult a 2018-as és 2019-es évben. Jelentős számú vegyes körzet 5 évnél régebben betöltetlen, a legrégebb óta helyettesített praxis 2004 óta. A betöltetlen státusz átlagos időtartamában a vegyes körzetek kapcsán mutatkoznak jelentősebb regionális különbségek: Észak-Magyarországon átlagosan 5 évvel hosszabb a fennálló tartós üresedés, mint Pest régióban. A körzetek méretét szabályozó kormányrendeletben meghatározott intervallumok alapján a felnőtt körzetek háromnegyede túlméretezett, amely aggasztó annak tükrében, hogy a betöltetlen felnőtt körzetek száma

növekszik a legdinamikusabban. A gyermek és a vegyes helyettesített körzetek elég jelentős hányada alulméretezett, amely hosszú távon mindenképpen fölveti a fenntarthatóság kérdését. A betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek átlagos mérete a legnagyobb Pest megyében, a legalacsonyabb pedig a Dél-Alföldön. A betöltetlen vegyes háziiorvosi szolgálatok 5000 fő alatti bázistelepüléseinek a népesség növekedésével a körzetek átlagos létszáma is emelkedik.

6/b. A háziiorvosi körzetek betöltetlenné válása többcsatornás, szerkezeti, képzési, finanszírozási és személyes tényezőkre épülő folyamat.

A háziiorvosi szakma előregedőben van, a praktizáló háziorvosok majdnem fele túl van a hatvanadik életévén. A háziorvosképzés diplomás szakember kibocsátása 2015-ig folyamatosan és meredeken csökkent, azóta viszont erőre kapott, de még nem érte el a 2010 körüli szintet. A Markusovszky-ösztöndíjnak köszönhetően fékeződött a háziiorvosi szakképesítéssel rendelkezők kivándorlása. Az ÁEEK által működtetett Praxis-I. és Praxis-II. program a rezidensek képzése és a szakorvosok átképzése mellett sok üres körzet ellátását is biztosítja, de csak ideiglenes jelleggel, habár a tapasztalatok szerint a szakvizsgázott háziorvosok jelentős része az egykori „gyakorló” körzetében marad. A NEAK által koordinált letelepedési pályázatok minden kétséget kizáróan visszafogták a betöltetlen háziiorvosi körzetek arányának növekedését (főleg a 2016-os és 2017-es évben), de megállítani nem tudták, a praxisjog-vásárlási pályázatok viszont inkább a nagyobb, fejlettebb települések praxisainak átadását támogatják. A betöltetlenség által előidézett helyzetben nem segít, hogy sok önkormányzat nem törekszik a helyettesített körzetek végleges betöltésére és a hosszú távú szerződéskötésre, és a helyettesítésre sok háziorvos keresete kiegészítéseként tekint. Megoszlanak a vélemények arról, hogy a körzetek összevonása mennyiben oldaná meg az ellátáshoz való hozzáférést. (Különösen érzékeny kérdés ez utóbbi a megüresedett gyermekorvosi praxisok kapcsán, hiszen létező gyakorlat a vegyes körzetbe való beolvasztás.) Egybecseng ugyanakkor azon szakmai álláspontok köre, amelyek a jelenlegi háziiorvosi rendszer legfőbb problémájának magát a struktúrát, azaz a kisméretű, a kor megnövekedett igényeihez mérten korlátozott kapacitású, kompetenciájú és eszközhiányos egyéni praxisokat tekintik. A jövő alapellátása megelőzés-központú, integrált, azaz szorosabban együttműködik és tehermentesíti a szakellátást. Nagyobb embertömeg megemelt kapacitásokkal és kompetenciaszinttel való ellátását szolgálnák a praxisközösségek és csoportpraxisok, ahol bizonyos szakellátási, terápiás, egészségnevelési feladatok is megjelenének az alapellátó orvosok horizontális együttműködése mellett.

5 Következtetések és javaslatok

Magyarországon a progresszivitás elvét követő egészségügyi ellátórendszerben az alapellátás képviseli a gyógyító ellátások hierarchiájának első szintjét, ahol először élhetnek azon törvényben foglalt jogokkal az állampolgárok, hogy egészségügyi ellátást vegyenek igénybe, mégpedig lakóhelyükhöz közel, területi ellátási kötelezettséggel illetett szolgáltatóknál. A jelenleg is ismert háziorvosi ellátás a pártállami idők körzeti orvosi rendszeréhez képest jelentős változásokon ment át a rendszerváltást követően. A társadalombiztosítás által a fejkvótán alapuló és korrekciós tényezőkkel kiigazított finanszírozással működő háziorvosi ellátás szereplői közalkalmazottból fokozatosan vállalkozókká váltak, akik vagyoni értékű jogként birtokolják praxisukat. Idő közben sokat javult a háziorvosok képzettségi szintje, a kötelező háziorvosi szakvizsga mellett a különböző továbbképzések gondoskodnak a tudás szinten tartásáról és fejlesztéséről.

A háziorvosi ellátás hatékonyságát számos tényező befolyásolja. Noha a finanszírozás mértéke növekedett az elmúlt években, mégis sok háziorvos számol be nehézségekről a rendelő fenntartásának, az alkalmazott(ak) bérének és a közterhek megfizetésének háttérét adó pénztömeg kitermelésében. Keresetének kiegészítésére sok háziorvos vállal hétvégi és éjszakai ügyeleti munkát, illetve helyettesítést más körzetben. A helyettesítés nem ritkán az azt végző háziorvos és az önkormányzatok közös „egyezsége” révén marad fenn tartósan, és nem történik lépés a körzet betöltésére. Diszkriminatív a háziorvosokkal szemben a degresszió (tehát bizonyos bejelentkezett lakosság szám felett a fejkvóta-finanszírozás csökkentése), illetve az a tény, hogy jelenleg nem végezhetnek igény szerint fizetős magánellátást. A megüresedő, hiányszakmává váló háziorvosi ellátás kapcsán szakmailag és morálisan is kérdőjeles a területi ellátást végző háziorvosok esetében a praxisjog megvásárlásának kötelezettsége, még akkor is, ha évek óta fut praxisjog-vásárlási támogatási program.

A háziorvosi munkát övező szakmai és adminisztratív környezetben az elmúlt évtized egyik legjelentősebb újítása a háziorvosokra vonatkozó indikátorrendszer bevezetése volt, a minőség és hatékonyság ösztönzésére. A rendszert számos kritika éri, amiért az nem a definitív (a beteg gyógyulásával járó) ellátást, hanem a szakellátásba utalást ösztönzi, és sokkal inkább tükrözi a betegek viselkedését, mint a háziorvos munkájának minőségét. Nem a várakozásoknak megfelelően alakult az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér elindítása sem, mivel magas adminisztrációs terhet ró az orvosokra, a rendszer használhatósága pedig igencsak korlátozott. Kevésbé a céljai, inkább a feltételei vitatottak a betegek rendszeres egészségügyi státuszfelvételét szolgáló törzskarton bevezetésének, amely egyébként folyamatosan halasztódik. A területi-szakmai koordináció ellátására hivatott kollegiális vezetői rendszer felállítása sokáig húzódott, és csak a második pályázati körben sikerült.

Valamennyi fenti intézkedés felemás sikerének vagy éppen kudarcának oka véleményem szerint a szakma megosztottságában és a megfelelő szakmai egyeztetés hiányában keresendő: a meghozott döntések nem számolnak a bevezetett újítások életszerűségével, erőforrás-igényével, megvalósíthatóságával, a szakma pedig korlátozottan képes egységes állásfoglalásra és konstruktív alternatív javaslatok megfogalmazására. Az orvosok szempontjainak negligálása mellett, még kevésbé jelenik meg a páciensek igénye az ellátások tartalmára, módjára, minőségére vonatkozóan. Világos, hogy a finanszírozhatóság és a hatékonyság a szempont, de a kiépített rendszereknek a mindennapokban is a beteg érdekét és az orvos munkavégzését kell szolgálnia.

A magyar egészségügyi szakpolitika egyik nagy kihívása az alapellátás humán erőforrás-válsága. A helyettesített háziorvosi praxisok száma és aránya folyamatosan növekszik, a

házi orvos-társadalom átlagéletkora egyre emelkedik, és előregedőben van a körzetekbe bejelentett lakosság is, növekvő számú és súlyosságú egészségügyi problémákkal, fokozódó ellátási igénnyel.

A praxisok megüresedése nem függetleníthető a házi orvosi alapellátás szerkezeti-szervezeti, finanszírozási, képzési sajátosságaitól, illetve az egyes körzeteket befoglaló települések és térségek eltérő adottságaitól. Jellemzően a korcsoport szerint szerveződő (felnőtt és gyermek) körzetek a nagyobb településeken működnek, míg az aprófalvas településszerkezetű térségekben a vegyes körzetek jellemzőek, amelyek egyszerre több települést is ellátnak, mert csak így működtethető a kellő létszámú és fenntarthatóan finanszírozható körzet. A vegyes körzetek többnyire fajlagosan kisebb betegfogalmat bonyolítanak, ezért teljesítmény-alapú kompenzációjuk is alacsonyabb. A kistelepüléseket ellátó házi orvosi rendelők általában kisebbek, szerényebb felszereltségűek és gyakran rosszabb állapotúak, mint a városi praxisok helyiségei.

A házi orvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok kapacitásában, terhelésében jelentős regionális különbségek mutatkoznak, amely eltérések elsősorban az egyes térségek településszerkezeti sajátosságaival magyarázhatók. A legkisebb településeken a vegyes praxisok dominálnak, alacsony létszámú körzetekkel és alacsony fajlagos betegforgalommal. Sok kicsi, de inkább a nagyobb községek és a legkisebb városok körzetei nagy létszámúak, magas esetszámmal. A legnagyobb községek és a városok többségében optimálisak a körzetméretek, ám magas az egy szolgálatra jutó esetszám a felnőtt és gyermek házi orvosi körzetekben. Egy különálló, száznegyven körüli aprócska községet magában foglaló településcsoportban a korcsoportok mentén szervezett, a házi orvosi ellátásban átlagos, a gyermekorvosi ellátásban magasabb fajlagos esetterhelésű körzetek dominálnak (véltetően a lakóhelyük szerint vegyes körzethez tartozó családok gyermekeinek átjelentése miatt). A kedvezőtlenebb fejlettségi mutatókkal jellemezhető periférikus járásokban – a bennük megtalálható települések méretdimenzióival is összefüggésben – a vegyes körzetek vannak többségben, a betöltetlen státusz kialakulása is gyakoribb, és magasabb a morbiditási ráta (azaz a megbetegedések ezer lakosra vetített száma).

A fentebb vázolt összefüggésekből, illetve a betöltetlen körzetek különálló elemzéséből is kiderült, hogy a legtöbb betöltetlen körzet vegyes típusú, a betöltetlen vegyes praxisok átlagosan alacsonyabb ellátotti létszámmal működnek, mint a felnőtt megüresedett szolgálatok, és a betöltetlen státusz években kifejezett hossza is a vegyes körzetek esetében a legmagasabb. Regionálisan Észak-Magyarországon a legmagasabb a betöltetlen házi orvosi körzetek aránya, és itt vannak a legrégebb óta helyettesítésben ellátott körzetek is. A kicsi, elmaradott, sokszor jelentős hátrányos helyzetű (roma) lakosságú körzetek esetében a legkisebb az esély, hogy megüresedésük után sikerül házi orvost delegálni a praxis továbbvitelére. Az ÁEEK praxisprogramjai mögött az elv kiváló, ám az orvosképzés valószínűleg nem bocsát ki elég rezidentst, hogy elhelyezésükkel mindenhol helyben ellátható legyen a körzet. A betöltetlen körzetek arányának növekedése a letelepedési és praxisjog-vásárlási támogatásoknak köszönhetően csak átmenetileg megtorpant, de nem állt meg. Aggasztó folyamat, hogy a 2018-2019-es években a felnőtt és a gyermek körzetek betöltetlenné válása felgyorsult, a vegyes körzeteket üresedését is meghaladó dinamikával. (A házi gyermekorvosi szakma képviselői szerint a gyermek praxisok megüresedését követően elkerülendő scenárió a vegyes körzetbe olvadás, ugyanis a kis- és serdülőkorú lakosság ellátására bizonyítottan a gyermekorvosi specializációval rendelkező alapellátó orvosok a legalkalmasabbak.)

Az alapellátás megújításának, attraktivitás-növelésének kényszere tehát nem korlátozódik csupán a leghátrányosabb helyzetű térségek kisméretű vegyes körzeteire, hanem országszerte

mindenütt egyre aktuálisabb, a járásközpontokban, a fővárosban és agglomerációjában is megjelenő betöltetlen praxisok miatt.

Mindebből egyértelműen következik, hogy a háziiorvosi hivatás válsága, az ellátáshoz korlátozottan hozzáférő területek problémájának megoldása nem oldható meg csupán többlet-finanszírozással, és a képzés/átképzés alatt lévő orvosok csatasorba állításával. Egyetértek DÓZSA, SINKÓ & GAÁL (2017) azon állításával, hogy az egyéni praxisok kizárólagossága az ellátás hatékonyságát veszélyezteti, és meglepéssel fogadnám KINCSES (2016b) azon víziójának megvalósulását, melyben együttesen, a területileg differenciált igényeknek megfelelően működhetnének a jövőben a hagyományos praxisokon kívül a megemelt kompetenciájú, szakorvosi feladatokat is ellátó csoportpraxisok, a szervezetenként racionalizált praxisközösségek, és lehetőség nyílna fizetős magánellátást nyújtó praxisok működtetésére is. Jelen értekezés keretein jóval túlmutat az egészségügyi ellátórendszer átfogó strukturális átalakításának kérdése, azonban a csoportpraxisok, szakgondozási praxisok kérdésköre nem választható el az alapellátás integrációjának szükségességétől: a kibővített létszámú, tudásszintű és eszközű alapellátás igénye nem csak a hagyományos alapellátási feladatok hatékonyabb elvégzését célozná, hanem a szakellátás tehermentesítését, az elkerülhető kórházba utalások csökkentését, a beteg kényelmét.

Úgy gondolom, a betöltetlen státusz által leginkább sújtott vidéki kistelepülések körzeteiben a legsürgetőbb a csoportpraxisok kialakításának, az ehhez szükséges épület- és eszközberuházásoknak támogatása, az új ellátási modell optimális méretezéséhez a körzethatárok módosítása, és ezáltal az egy körzetben ellátottak létszámának növelése, valamint a települések közötti betegszállítás rendszerének kiépítése. Ehhez azonban, a háziiorvoslásban rejlő megélhetési és orvosszakmai fejlődési perspektíva általános megerősítése, valamint a munkavégzés megfelelő körülményeinek megteremtése mellett ösztönözni kell a helyettesített ellátásra szándékosan berendezkedő önkormányzatokat és helyettesítő háziiorvosokat megszokott gyakorlatuk felülvizsgálatára. A praxisprogramok keretében a csoportpraxisokba is elhelyezhetőek volnának a háziorvos rezidensek és átképzés alatt álló szakorvosok, a letelepedési pályázatok pedig előnyben részesíthetnék a koncentrált letelepedést csoportpraxis létrehozása céljából. Várakozással tölt el a – többek között – SZÓCSKA, MESKÓ, GYÖRFFY és szerzőtársaik által felvázolt jövőkép a digitalizált távorvoslás lehetőségével. A digitalizáció folyamata nem áll meg tehát a betegek adatainak elektronikus tárolásában (EESZT), hanem egyre inkább támaszkodnia kell az okoseszközök használatára, és feltételezi a páciens egyenrangú partnerként való kezelését.

Összefoglalás

Értekezésem választott témája a házi orvosi és házi gyermekorvosi alapellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata.

A dolgozat bevezetőjében ismertettem a téma aktualitását, felvázoltam a kutatás célkitűzéseit és a kutatási kérdéseket.

Az egészség szorosan összefügg az életminőséggel, annak egyik legfontosabb eleme, „szűk keresztmetszet” a jóllét többi tényezőjének előállításában és hasznosításában. Az egészség és a várható élettartam javulásában egyértelmű szerep jut az egészségügyi ellátórendszer fejlődésének, kiterjedt szolgáltatásainak. Az alapellátás a rendszer fundamentuma, az orvos-beteg találkozás első megnyilvánulása. Ahogy az ellátórendszer valamennyi szintjén, úgy az alapellátásban is a hozzáférés egyenlőtlensége figyelhető meg globálisan, és Magyarországon is. A korlátozott hozzáférés összefügg a térbeli társadalmi-gazdasági hátrányokkal, egyben fel is erősíti azokat, az egészségügyi mutatók romlása, a megbetegedések és a halálozások növekedése révén. Hazánkban a területi alapon szerveződő házi orvosi és házi gyermekorvosi alapellátásban folyamatosan nő a betöltetlen körzetek száma, amely a helyettesítés terhét rója praktizáló házi orvosok sokaságára és több mint félmillió bejelentett lakosra.

A Szakirodalmi áttekintés fejezetben tisztáztam az egészség fogalmát, feltártam az egészségre ható társadalmi, gazdasági, környezeti tényezőket, és az egészség-egyenlőtlenségek forrását, kitérve az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeire. Értelmeztem az egészség(ügy)et, mint napjaink egyik megatrendjét, és az ezzel összefüggő világszintű kihívásokat és kockázatokat. Felidéztem az egészséghez kapcsolódó globális fejlődési célkitűzéseket. Ismertettem Magyarország egészségügyi helyzetét európai összehasonlításban, bemutattam az országon belüli területi egyenlőtlenségeket tárgyaló forrásmunkák megállapításait. Áttekintettem az alapellátás globális fejlődéstörténetét, legfőbb funkcióit, követelményeit, átalakulásának hajtóerőit, és helyét az Európai Unió, illetve a WHO európai régiójának célrendszereiben. Felvázoltam a magyar egészségügyi ellátórendszer felépítését, az alapellátás, azon belül is a házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátás szabályozási hátterét, a körzetek kialakításának kritériumait. Szintetizáltam a házi orvosi alapellátás történetiségét, szerkezeti és humánerőforrás jellemzőit, finanszírozását, szakmai követelményeit, aktuális történéseit, szerveződéseit tárgyaló szakirodalmi forrásművek releváns eredményeit. Összegyűjtöttem az alapellátás fejlesztését, megújítását célzó szakpolitikai stratégiák, programdokumentumok célkitűzéseit, valamint részleteztem a konkrét, a körzetek betöltését célzó képzési és támogatási programokat. A már futó kezdeményezések mellett ismertettem még csak elméleti szinten létező, de nagy valószínűséggel a megoldás részét képező lehetőségeket az alapellátás reformjára, hozzáférési problémáinak kezelésére.

Az Anyag és módszer fejezetben ismertettem az önálló kutatásban alkalmazott kvantitatív és kvalitatív adatgyűjtési és adatelemzési metodikát. A házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátás abszolút és fajlagos kapacitásainak és forgalmi terhelésének országos változásait, területi megoszlását leíró statisztikai elemzéssel, települési jellemzőinek összefüggéseit főkomponens- és klaszter-elemzéssel, a fejlettségi viszonyokkal és egészségi állapottal való kapcsolatát járási szintű parciális korreláció-vizsgálattal tártam fel. A betöltetlen körzetek típusa, regionális elhelyezkedése, bázistelepüléseinek nagysága, mint csoportképző ismérvek differenciáló mivoltát nemparaméteres próbákkal, egytényezős variancia-analízissel és post-hoc tesztekkel vizsgáltam. Primer adatgyűjtésem módszertana az interjú volt, amelyet az Állami Egészségügyi Ellátó

Központ Alapellátási Osztályának munkatársaival készítettem, de az eredményeket árnyaltam korábbi empirikus falukutatásaim háziiorvosi interjúinak megállapításaival, valamint egy pályázati projekt keretében létrejött praxisközösség vezető háziorvosával folytatott beszélgetés tanulságaival is.

Az Eredmények fejezetben bemutattam a leíró elemzés eredményeit, melyből kirajzolódott a háziiorvosi és házi gyermekorvosi ellátórendszer csökkenő kapacitása és növekvő terhelése, és a korcsoport szerint szerveződő felnőtt és gyermek, valamint a mindkét korcsoportot ellátó vegyes körzetek eltérő települési dimenziókban domináns jelenléte. A betöltetlen körzetek adatainak leíró elemzése rámutatott a vegyes körzetekkel jellemezhető térségek hátrányos helyzetére. A főkomponens analízis kimutatta, hogy a felnőtt és a gyermek szolgálatok egymással kiegészítő viszonyban állnak. A vegyes körzetek jelenléte alacsonyabb fajlagos háziiorvosi betegforgalommal és fajlagosan kevesebb körzeti szakápolói rendelkezésre állással párosul. A klaszterelemzés rámutatott, hogy – általánosságban – a településméret növekedésével a felnőtt és gyermek korcsoportok külön körzetbe rendeződnek, a körzetméret nő, és fokozódik a betegforgalom. A járási szintű elemzés megerősítette, hogy a népesebb, városiasabb, magasabb fejlettségi szintű térségekben a felnőtt és gyermek ellátás elkülönül, kevésbé jellemzőek a betöltetlen körzetek, és alacsonyabbak a megbetegedési ráták. Arra is rávilágított, hogy a magasabb háziiorvosi rendelői esetszám nem járul hozzá a morbiditás csökkenéséhez, tehát a vizitek nem a megelőzést szolgálják, hanem inkább a már kialakult problémák kezelését. A betöltetlen körzetek elemzéséből kiderült, hogy a 2019 októberében betöltetlen vegyes körzetek szignifikánsan kisebb létszámúak, mint a felnőtt körzetek, és a vegyes körzetek átlagosan a leghosszabb ideje betöltetlenek. A bázistelepülés méretével a körzetméret nő, a betöltetlen státusz ideje pedig csökken, és természetesen regionális különbségek is fennállnak a vegyes körzeteken belül is. Ábrázoltam a letelepedési és praxisjog-vásárlási pályázatok tendenciáit, területi megoszlását, illetve a háziiorvosképzés szakember-kibocsátásának, külföldi és belföldi diploma-elismeréseinek adatait. A diplomás orvosok, praxisprogramokban kiképzett háziiorvosok és letelepedést és praxisjog-vásárlást segítő támogatások megállítani nem, csak lelassítani tudták a betöltetlenné válás folyamatát, és azt is csak átmeneti jelleggel. A szakértői interjúk megvilágították a betöltetlen körzetek egy olyan aspektusát, hogy a helyettesítés sokszor az önkormányzat és a másik körzetet ellátó praxist vezető háziorvos közös érdeke, hiszen előbbinek olcsóbb feladat-ellátást, utóbbinak többletfinanszírozást jelent. Szintén árnyalja a különböző szakpolitikai és pályázati programok valós tartalmát és hatását a praxisközösséget vezető háziorvossal készített interjú.

A Következtetések és javaslatok fejezetben összefoglaltam a szakirodalmi áttekintésből és az elemzésekből levont legfontosabb konklúziókat, amelyeket adott esetben saját véleményemmel egészítettem ki. Javaslatokat tettem a háziiorvosi alapellátáshoz való területi hozzáférést érintő problémák kezelésének prioritásaira. A háziiorvosi és házi gyermekorvosi rendszer megújítását célzó szakpolitikai beavatkozások első számú feladatának tartom a háziiorvoslás anyagi, szakmai megbecsültségének növelését, munkakörülményeinek javítását, a praxisok struktúrájának területileg változó igényekhez igazodó átalakítását, a háziiorvosok horizontális együttműködését, az alapellátás szakellátási kompetenciákkal való felruházását, a háziiorvosi praxisok rendelési időn kívüli fizetős szolgáltatás-nyújtásának engedélyezését, és a családorvoslás digitalizációjának, a távorvoslás lehetőségeinek fejlesztését.

Summary

The chosen topic of my dissertation is the analysis of the regional disparities in access to general practitioner and family paediatrician care. Health is closely linked to quality of life, being one of its most important elements, the ‘bottleneck’ in the production and utilization of other factors of well-being. The development and extensive services of the health care system have a clear role in the improvement of health and life expectancy.

Primary healthcare is the foundation of the system, the first manifestation of a doctor-patient encounter. As at all levels of the care system, inequality of access to primary healthcare can be observed both globally and in Hungary as well. Limited access is linked to, and amplified by, spatial socio-economic disadvantages through worsening health indicators, increasing morbidity and mortality. In Hungary, the number of vacant districts in general and paediatric primary care is constantly increasing, placing the burden of substitution on a large number of practicing physicians, and concerning more than half a million registered patients.

In my dissertation, I review the national and international literature on the outlined topics, detail the methodology of data collection and analysis, and then, after presenting the results, draw conclusions and suggestions for the situation of regional access to general practitioner and family paediatric primary care and possible interventions.

I consider the primary task of policy interventions aimed at renewing the system of general practitioners and family paediatricians to be the modification of the structure of practices to meet changing needs; horizontal cooperation between physicians; empowering primary healthcare with specialist care competencies; authorizing the operation of self-cost private practices; developing the digitalisation of family medicine and telemedicine facilities; increasing the financial and professional reputation of primary care practitioners and improving their working conditions.

1. melléklet: Felhasznált szakirodalmi- és adatforrások

1. 1039/2015.(II.10.) Korm. határozat az „Egészséges Magyarország 2014-2020” egészségügyi ágazati stratégia elfogadásáról
2. 105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről
3. 106/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet a kedvezményezett járások besorolásáról szóló 290/2014. (XI. 26.) Korm. rendelet módosításáról
4. 11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet a házi orvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok értékelésének egyes szabályairól
5. 157/2020. (IV. 29.) Korm. rendelet a veszélyhelyzet során elrendelt egyes egészségügyi intézkedésekről
6. 1669/2018. (XII.10.) Korm. határozat a Magyar Falu Program kihirdetéséről
7. 1711/2014. (XII. 5.) Korm. határozat az egészségügyi alapellátási rendszer felülvizsgálatáról és az azzal összefüggő feladatokról
8. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
9. 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről szóló
10. 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
11. 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól
12. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
13. 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
14. 290/2014. (XI. 26.) Korm. rendelet a kedvezményezett járások besorolásáról
15. 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról
16. 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról
17. 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről
18. 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló
19. 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
20. Magyarország Alaptörvénye (The Fundamental Law of Hungary); 2011.
21. A Nemzeti Együttműködés Programja (2010). URL: <https://www.parlament.hu/irom39/00047/00047.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
22. ENSZ Egyezmény a Gyermekek Jogairól
23. Az Európai Parlament és a Tanács 282/2014/EU rendelete az egészségügyre vonatkozó harmadik uniós cselekvési program (2014–2020) létrehozásáról és az 1350/2007/EK határozat hatályon kívül helyezéséről
24. ÁDÁNY, R. – BUGÁN, A. & BÍRÓ, K, et al., (2009): Az alapellátás tartalmi, strukturális és finanszírozási átalakítása, mint a hazai népegészségügyi helyzet javításának eszköze. *Népegészségügy* 2009; 87(2): 117–122.
25. ÁGOSTON, L. – IMECS, O – KOLLÁNYI, ZS. – LISKA, J. & PULAI, A. (2007): Az életminőség fogalmán túl. *Demos Magyarország Alapítvány, Budapest*, 74 p.

26. AKOGLU, H. (2018): User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine* Volume 18, Issue 3, September 2018, 91-93. DOI: 10.1016/j.tjem.2018.08.001
27. ALEXIN, Z. (2016): Az EESZT adatvédelmi problémái a jogszabályok tükrében. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy* 2016; 15(5): 56-60. URL: https://www.imeonline.hu/article.php?article=2016._XV./5/az_eeszt_adatvedelmi_problema_i_a_jogszabalyok_tukreben - Utolsó elérés: 2020.03.30.
28. ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ KÖZPONT (2016): MÉRTÉK teljesítményjelentés 2013-2015. URL: <https://mertek.aEEK.hu/web/mertek-magyar-egeszsegugyi-rendszer-teljesitmenyertekese/jelentes-2013-15> Utolsó elérés: 2020.03.30.
29. ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ KÖZPONT (2019): Beszámoló az egészségügyi ágazati humán erőforrás 2018. évi helyzetéről az egységes egészségügyi ágazati monitoringrendszer alapján. 190 p. URL: https://www.enkk.hu/hmr/documents/beszamolok/HR_beszamolo_2018.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
30. ALLEN, J. – GAY, B. & CREBOLDER, H. et al., (2002): The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br. J. Ge. Pract.*, 2002, 52, 526–527. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314348/pdf/12051237.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
31. BABUSIK, F. (2004): Hozzáférési különbségek az egészségügyi alapellátásban. *Esély*, 4/2004. 71-100. URL: http://www.esely.org/kiadvanyok/2004_4/BABUSIK.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
32. BAJMÓCY, P. (2014): A szuburbanizáció két évtizede Magyarországon In: Kóródi, T.– Sansumné Molnár, J. – Siskáné Szilasi, B. & Dobos, E. (edit.): VII. Magyar Földrajzi Konferencia pp. 25–35., ME Földrajz-Geoinformatika Intézet, Miskolc
33. BÁLINT, C. (2016): Egészségügyi helyzetkép Egercsehiben. In: Molnár, M. & Kassai, Z. (szerk.): *Acta Regionis Rurum. Faluszemináriumi kutatások–Egercsehi*; Szent István Egyetemi Kiadó, 2016. pp. 100–111. DOI: 10.21408/SZIE.ACTAREG.2016
34. BÁLINT, C. (2017): Egészségügyi állapot és ellátás Bag községben. In: Molnár, M. & Kassai, Z. (szerk.): *Acta Regionis Rurum. Faluszemináriumi kutatások–Bag*; Szent István Egyetemi Kiadó, Gödöllő, 2017. pp. 124–137. DOI: 10.21408/SZIE.ACTAREG.2017
35. BÁLINT, C. (2018a): Magyarország állapotjelzői Európai Unió összehasonlításban a krónikus megbetegedések és halálozások tekintetében. In: Földi, P. et al., (szerk.): *Közgazdász Doktoranduszok és Kutatók IV. Téli Konferenciája*, 2018. február 2-3. Gödöllő. *Doktoranduszok Országos Szövetsége*, Budapest, pp. 545-554
36. BÁLINT, C. (2018b): Ökozsákfalu? – Egészségügyi helyzet Komlósán. In: Molnár, M. (szerk.): *Acta Regionis Rurum. Faluszemináriumi kutatások–Komlóska*; Szent István Egyetemi Kiadó, Gödöllő, 2018. pp. 102-115. DOI: 10.21408/SZIE.ACTAREG.2018
37. BÁLINT, C. (2019a): A betöltetlen házi orvosi és házi gyermekorvosi körzetek területi összefüggései. *Studia Mundi - Economica* Vol. 6. No. 2.(2019), 15-36, DOI: 10.18531/Studia.Mundi.2019.06.02.15-36, p. 32
38. BÁLINT, C. (2019b): „Csillag és Fecske” – az egészséggel összefüggő életminőség Bakson, kitekintéssel a roma közösségre és a lakhatási szegénység hatásaira. *Kézirat (megjelenés alatt)*, 2019, 14 p.

39. BÁLINT, C. & BAKOS, I. (2015): Egészséges (?) Hollókő. In: Molnár, M. – Kassai, Z. (szerk.): Acta Regionis Rurum: Faluszemináriumi kutatások–Hollókő. Szent István Egyetemi Kiadó, Gödöllő, 2015; ISSN 1789-5588, pp. 92–103.
40. BÁLINT, C. & TÓTH, T. (2018): Comparison of Hungary and the EU-28 countries in terms of health situation, with special regard to chronic morbidity and mortality. In: Csata, A. – Fejér-Király, G. – Kassay, J. – Nagy, B. – Zsarnóczky, M. & László, P. (2018): Challenges in the Carpathian Basin – Innovation and technology in the knowledge-based economy. 14th Annual International Conference on Economics and Business, 2018. május 10-12. Csíkszereda, p. 33-38.
41. BARÁTH, L. (2014): Egészségügyi gazdasági, finanszírozási és pénzügyi ismeretek, JATEPress, Szeged 2014.
42. BARRO, R. J. (2013): Health and Economic Growth. *Annals of Economics and Finance*. Vol. 14 No. 2. 305–342. p. ISSN 1529-7373.
43. BENEDA, A: et al., (2011): Újraélesztett egészségügy – Gyógyuló Magyarország: Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére (Szakmai koncepció). Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2011. május 11. URL: <https://2010-2014.kormany.hu/download/5/e7/30000/Semmelweis%20Terv%20az%20eg%20C3%20A9szs%20C3%20A9g%20C3%20BCgy%20megment%20C3%20A9s%20C3%20A9re%20-%20Szakmai%20koncepci%20C3%20B3.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
44. BERGER-SMITT, R. & NOLL, H.H. (2000): Conceptual framework and Structure of a European System of Social Indicators. EU Reporting Working Paper No. 9, ZUMA, Mannheim. URL: https://www.researchgate.net/publication/239579151_Conceptual_Framework_and_Structure_of_a_European_System_of_Social_Indicators - Utolsó elérés: 2020.03.30.
45. BERNÁT, A. (2014): Leszakadóban: a romák társadalmi helyzete a mai Magyarországon. In: Kolosi T. & Tóth, I. Gy. (2014): Társadalmi Riport 2014. TÁRKI, Budapest, 246-264. URL: <http://old.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b333.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
46. BÍRÓ, K. – ZSUGA, J. & RURIK I, et al., (2008): Az indikátorhoz kötött tevékenység alapú finanszírozás lehetőségei az alapellátásban, különös tekintettel a prevenció tevékenység erősítésére. *Népegészségügy* 2008; 86(2): 53–59.
47. BLACK, R.E. – TAYLOR, C.E. – AROLE, S. – BANG, A. – BHUTTA, Z.A. – CHOWDHURY, A.M.R. – KIRKWOOD, B.R. – KURESHY, N. – LANATA, CF. & PHILLIPS, J.F. et al., (2017): Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. Summary and recommendations of the Expert Panel. *J. Glob. Health* 2017, 7, 010908. DOI: 10.7189/jogh.07.010908
48. BLAS, E. & KURUP, A. S. (2010): Equity, social determinants and public health programmes. Genf: WHO URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
49. BLOOM, D. E. & CANNING, D. (2007). Commentary: The Preston Curve 30 years on: still sparking fires. *International Journal of Epidemiology*. 36 (3): 498–9, discussion 502–3. doi:10.1093/ije/dym079
50. BOLLA, M. – KRÁMLI, A. & NAGY-GYÖRGY, J. (2013): Többváltozós statisztikai módszerek. Szegedi Tudományegyetem, 154 p. URL: http://eta.bibl.u-szeged.hu/1327/1/tobbvaltozos_statisztikai_modszerek.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.

51. BORBÁS, I. – AJTONYI, ZS. – ASZTALOS, P. – BABARCZY, B. – FARKAS, B. F. – GYENES, P. – KIEFER, P. & MIHALICZA, P. (2016): Egészségügyi helyzetkép. ÁEEK Központi Adattárház és Elemzési Főosztály, 44 p. URL: https://era.aEEK.hu/zip_doc/evkonyv/Helyzetkep_2016_%20januar_v1.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
52. BORBÁS, I. – GÖDÉNY, S. – JUHÁSZ, J. – KINCSES, GY. – MIHALICZA, P. – PÉKLI, M. & VARGA, E. (2008, Ed.). Egészségtudományi fogalomtár. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság. URL: <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Kezd%C5%91lap> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
53. BULLINGER, M. – RAVENS-SIEBERER, U. & SIEGRIST, J. (2000): Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In: Bullinger, M. – Siegrist, J. – Ravens-Sieberer, U., (Hrsg.): Lebensqualitätsforschung aus medizinspsychologischer und -soziologischer Perspektive. Göttingen, Hogrefe, 11–21.
54. BUÑUEL ÁLVAREZ, J. C. et al., (2010): What medical professional is the most adequate to provide health care to children in primary care in developed countries? Systematic review. . *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12: 9-72. URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000200001 – Utolsó elérés: 2020.08.25.
55. BUZÁS, N. – KISS, I. M. & PAPP, M. (2018): A háziorvosi prevenciók tevékenység össztársadalmi költségei. *Közgazdasági Szemle*, LXV. évf., 2018. november, 1172–1186.
56. CABANA, M.D. & JEE, S.H. (2004): Does continuity of care improve patient outcomes? *J. Fam. Pract.* 2004, 53, 974–980. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15581440> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
57. CARRET, M.L.V. – FASSA, A.C.G. & DOMINGUES, M.R. (2009): Inappropriate use of emergency services: A systematic review of prevalence and associated factors. *Cad. Saude Publica*. 2009, 25, 7–28. DOI: 10.1590/s0102-311x2009000100002
58. CASELLI, G. – MESLÉ, F. & VALLIN, J. (2002): Epidemiologic transition theory exceptions. *Genus* 58(1) URL: https://www.demogr.mpg.de/Papers/workshops/020619_paper40.pdf – Utolsó elérés: 2020.08.25.
59. CHAN, M. (2008): Return to Alma-Ata. *Lancet*. 2008;372(9642):865–6. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61372-0.
60. CSDH (2008): 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. Geneva, World Health Organization. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1 – Utolsó elérés: 2020.08.25.
61. CUMMINS, R. A. (1997): The Comprehensive Quality of Life Scale – Adult (ComQol-A5). School of Psychology, Deakin University, Melbourne, 69 p.
62. CSALLNER, A.E. (2015): Bevezetés az SPSS statisztikai programcsomag használatába. Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, 2015, 133 p. URL: <http://eta.bibl.u-szeged.hu/1264/4/csallner-spss-javitott.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
63. CSÉPE, P. (2010): Hátrányos helyzetű csoportok egészségfelmérése és egészségfejlesztése különös tekintettel a roma populációra. Doktori értekezés, SOTE, Budapest, 115 p. URL:

- http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/csepepeter.d.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
64. CSERTI CSAPÓ, T. & ORSÓS, A. (2015): Mélyszegénység – gyermekszegénység - a cigányok/romák helyzete és esélyegyenlősége. *Gypsy Studies* 31. Legyen az Esély egyenlő – esélyteremtés a Sásdi kistérségben. URL: <http://www.kompetenspedagogus.hu/sites/default/files/cserti-csapo-tibor-orsos-anna-melyszegenyseg-gyermekszegenyseg-a-ciganyok-romak-helyzete-es-eselyegyenlosege.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
 65. CSIZMADIA, P. (2016): Az egészségügyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei. *Egészségfejlesztés*, LVIII. évfolyam, 2017. 1. szám, DOI: 10.24365/ef.v58i1.138
 66. DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. (1991): *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies, URL: <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf> Utolsó elérés: 2020.03.30.
 67. DARYANTO, A. (2013): Heteroskedasticity - SPSS syntax. URL: <https://sites.google.com/site/ahmaddaryanto/scripts/Heterogeneity-test> - Utolsó elérés: 2020.08.03.
 68. DÁVID, L. (2004): A Vásárhelyi Terv turisztikai lehetőségei. *Gazdálkodás*, XLVII. évf. 9. sz. külökiadás, 86-144. DOI: 10.22004/ag.econ.208829
 69. DE MAESENER, J. – WILLIEM, S. & VYNCKE, V. et al., (2017): Dealing with social determinants and diversity. In: De Maesener J. (ed.) *Family medicine and primary care*. Lannoo Publisher, Tielt, 2017; pp. 39–54.
 70. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (DHHS) (1980): *Inequalities in health: report of a research working group (The Black Report)* HMSO, London, 216. p.
 71. DERZSÉNYI, A. (2014): Egészségügyi közbeszerzés 2014. Budapest, *Katonai Logisztika* 22:(1) pp. 102-120. (2014) URL: http://epa.oszk.hu/02700/02735/00077/pdf/EPA02735_katonai_logisztika_2014_1_102-120.pdf
 72. DHSC (2014): *Transforming primary care. Safe, proactive, personalised care for those who need it most*. London: Department of Health; 2014 URL: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/304139/Transforming_primary_care.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
 73. DIENER, E. & SUH, E. (1997): Subjective Well-being: An Interage Perspective. In: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. 17, New York: Springer. 1997. 304-324.
 74. DÓZSA, C. & BORBÁS, F. (2015): Az integrált ellátás koncepcionális keretrendszere és az integráció lehetőségei az alapellátásban. *Orv. Hetil.*, 2015, 156(22), 881–887.
 75. DÓZSA, K. – SINKÓ, E. & GAÁL, P. (2017): Háziiorvosi alapellátás, hogyan tovább? *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, XVI. évfolyam 6. szám 2017. június, 7-16.
 76. DUDÁS, K. (2015): Az egészségtudatos vásárlói magatartás jellemzői - szakirodalmi összefoglalás. Pécsi Tudományegyetem, 2015. 35 p.
 77. EGRI, Z. (2011): A közép-kelet-európai egészségparadoxon regionális gazdasági összefüggései. Doktori értekezés, SZIE GSZDI, Gödöllő
 78. EGRI, Z. (2017a): Magyarország városai közötti egészségügyenlőtlenségek. *Területi Statisztika*, 2017, 57(5): 537–575; DOI: 10.15196/TS570504

79. EGRI, Z. (2017b): Települési egészségügyenlőtlenségek a gazdasági fejlettség triadikus felbontása alapján. *Studia Mundi - Economica* Vol. 4. No. 3.(2017) DOI: 10.18531/Studia.Mundi.2017.04.03.32-44
80. EGRI, Z. (2017c): Térségi egészségügyenlőtlenségek az európai makrorégióban (kelet-közép-európai szemszögből). *Területi Statisztika*, 2017, 57(1): 94–124; DOI: 10.15196/TS570105
81. EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTERIUMÁNAK EGÉSZSÉGÜGYÉRT FELELŐS ÁLLAMTITKÁRSÁGA (2014): „Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia. URL: https://www.kormany.hu/download/e/a4/30000/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges_Magyarorsz%C3%A1g_e%C3%BC_strat%C3%A9gia_.pdf
82. EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTERIUMÁNAK EGÉSZSÉGÜGYÉRT FELELŐS ÁLLAMTITKÁRSÁGA (2015): Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója. URL: http://www.szantoestarsa.hu/uj/templates/dokumentumok/023_13-35-13.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
83. ENGSTRÖM, S. – FOLDEVI, M. & BORGQUIST, L. (2001): Is general practice effective? A systematic literature review. *Scand. J. Prim. Health Care*. 2001, 19, 131–144, DOI: 10.1080/028134301750235394.
84. ENSZ TÁJÉKOZTATÁSI FŐOSZTÁLYA (2002): Millenniumi fejlesztési célok. New York (DPI/2262 – 2002. február) URL: <https://www.un.org/millenniumgoals/> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
85. ERDIL, E. & YETKINER, I. H. (2004): A Panel Data Approach for Income-Health Causality. Working Papers FNU-47, Research unit Sustainability and Global Change, Hamburg University, revised Apr 2004. URL: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.462.1318&rep=rep1&type=pdf> – Utolsó elérés: 2020.08.25.
86. EURÓPAI BIZOTTSÁG (2020): Uniós költségvetés – az Európai Helyreállítási Terv motorja. doi:10.2761/94515
87. EURÓPAI UNIÓ ALAPJOGI ÜGYNÖKSÉGE & EURÓPAI TANÁCS (2015): Kézikönyv a gyermekjogokra vonatkozó európai jogról. Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala, 2016. URL: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-ecthr-2015-handbook-european-law-rights-of-the-child_hu.pdf - Utolsó elérés: 2020.08.25.
88. EUROPEAN COMMISSION DG FOR ECONOMIC AND FINANCIAL AFFAIRS (2020a): European Economic Forecast Summer 2020 (Interim). Institutional Paper 132. p. 52. URL: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip132_en.pdf - Utolsó elérés: 2020.08.25.
89. EUROPEAN COMMISSION DG HEALTH AND CONSUMER PROTECTION (2005): The contribution of health to the economy in the European Union. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 140. p. ISBN 92-894-9829-3.
90. EUROPEAN ENVIRONMENT AGENCY (2014): Assessment of global megatrends — an update. EEA, Copenhagen. URL: <https://www.eea.europa.eu/themes/sustainability-transitions/global-megatrends/global-megatrends> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
91. FEKETE, ZS. (2006): Életminőség, koncepciók, definíciók, kutatási irányok. In: Utasi, Á. (szerk.): A szubjektív életminőség forrásai. Biztonság és kapcsolatok. Budapest, MTA Politikai Tudományok Intézete, pp. 277-309.

92. FERGUSON, T. & FRYDMAN, G. (2004): The First Generation of E-Patients. *British Medical Journal*, 328, 7449, 1148–1149. DOI: 10.1136/bmj.328.7449.1148
93. FERNANDEZ, A. – MORENO-PERAL, P. – ZABALETA-DEL-OLMO, E. – BELLON, J.A. – ARANDA-REGULES, J.M. – LUCIANO, J.V. – SERRANO-BLANCO, A. & RUBIO-VALERA, M. (2014): Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. *Prev. Med.* 2015, 76, S5–S11, DOI: 10.1016/j.ypmed.2014.11.019
94. FERRER, R.L. (2007): Pursuing equity: Contact with primary care and specialist clinicians by demographics, insurance, and health status. *Ann. Fam. Med.* 2007, 5, 492–502, DOI: 10.1370/afm.746
95. FIELD, A. (2013): *Discovering statistics using ibm spss statistics*. SAGE Publications Ltd, London, 2013. ISBN 978-1-4462-4917-8, 1104 p.
96. FIGUERAS, J. et al., (2008): Health systems, health and wealth - Assessing the case for investing in health systems. WHO, Geneva, 65 p. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/83997/E93699.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
97. FRENK J. – BOBADILLA, J. L. – STERN, C. – FREJKA, T. & LOZANO, R. (1991): Elements for a theory of the health transition, *Health transition review*, vol. 1, n° 1, p. 21-38.
98. FREUD, S. (1930): *Civilization and Its Discontents*. W. W. Norton & Company, 2002. ISBN-13: 978-0393304510, 192 p.
99. FÜREDI, GY. (2017): Gyakran ismételt kérdések (GYIK) leendő és gyakorló házi orvosok részére. URL: http://www.neak.gov.hu/data/cms1003074/GYIK_HSZ_201708.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
100. FÜSTÜS, L. & SZALMA, I. (2009): A sokváltozós adatelemzés módszerei. In: Füstös, L. & Szalma, I. (2009): *Módszertani füzetek 2009/1*. MTA Szociológiai Kutatóintézete Társadalomtudományi Elemzések Akadémiai Műhelye (TEAM)
101. GAÁL, P. (2007): Egészségügyi reform: problémák, okok és megoldási lehetőségek. *Nemzeti Érdek*, 2007. 1(1): p 69-75. URL: <http://www.nemzetierdek.hu/download/1/Gaal.pdf> - Utolsó elérés: 2018.11.30.
102. GARAI, L. (2010): A vállalkozó házi orvosok finanszírozásának alakulása a rendszerváltás óta. *Medicus Universalis*, XLIII./2010, 1-4. URL: <https://docplayer.hu/21557082-A-vallalkozo-haziorvosok-finanszirozasanak-alakulasa-a-rendszervaltas-ota.html> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
103. GÉHER, P. & JÁVOR, A. (2013): *Egészségügyi szervezetelmélet és rendszertudomány (e-Book 2013- Tanulmány a „TÁMOP-4.1.2/A/1-11/1-2011-0015 Egészségügyi Ügyvitelszervező Szakirány: Tartalomfejlesztés és Elektronikus Tananyagfejlesztés a BSc képzés keretében”*
104. GERÉB, L. (2007): Az oktatás, mint beruházás. De kinek? *Közgazdász Fórum*. 10. 21-38.
105. GIDAI, E. (2007): Az egészségi állapot és a jövedelmi viszonyok kölcsönkapcsolata az EU országokban. *Magyar Tudomány* 2007/9. 1145-1148. URL: <http://www.epa.hu/00600/00691/00045/pdf/1145-1148.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
106. GILBERT, J. H. V. – YAN, J. & HOFFMAN, S. J. (2010): *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: WHO, http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/ - Utolsó elérés: 2020.03.30.
107. GIRASEK, E. (2010): F fiatal munkavállalók az egészségügyben, fiatal egészségügyiek a munkaerőpiacon. In: Garai O. – Horváth T. – Kiss L. – Szép L. & Veroszta Zs. (szerk.)

- Diplomás pályakövetés IV.: Frissdiplomások 2010 Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Közhasznú Társaság, 2010. pp. 287-300.
108. GOTTRET, P. & SCHIEBER, G. (2006): Health Financing Revisited. Washington DC: The World Bank. URL: <http://tinyurl.com/ydeb3vnx> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
109. GÖRTLER, J. – SPINNER, T. – STREEB, D. – WEISKOPF, D. & DEUSSEN, O. (2019): Uncertainty-Aware Principal Component Analysis. IEEE Transactions on Visualization and Computer Graphics, Volume: 26, Issue: 1, Jan. 2020. 822-831. DOI: 10.1109/TVCG.2019.2934812
110. GROSSMAN, M. (1972): On the Concept of Health Capital and the Demand for Health The Journal of Political Economy 80 (2): 223–255. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/e656/466bba4f898ad560498998639eb147f62396.pdf> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
111. GUK, K. – HAN, G. – LIM, J. – JEONG, K. – KANG, T. – LIM, E-K. & JUNG, J. (2019): Evolution of Wearable Devices with real-Time Disease Monitoring for Personalized Healthcare, Nanomaterials, 2019; 9(6):813
112. GULLIFORD, M. – FIGUEROA-MUNOZ, J. – MORGAN, M. – HUGHES, D. – GIBSON, B. – BEECH, R. & HUDSON, M. (2002): What does 'access to health care' mean? Journal of Health Services Research and Policy 7 (3): 186–188. DOI: 10.1258/135581902760082517
113. GUTÁSI, É. (2016): Alapellátás új minőségben. Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 2016. 3. szám, 59-61. DOI: 10.24365/ef.v57i3.67 - Utolsó elérés: 2020.03.30.
114. GYÓGYSZERÉSZETI ÉS EGÉSZSÉGÜGYI MINŐSÉG- ÉS SZERVEZETFEJLESZTÉSI INTÉZET (2014): Az alapellátás jellemzői Európában. URL: https://era.aeek.hu/zip_doc/kutatas/2014/alapellatas_EU.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
115. GYÖRFFY, ZS. (2019): E-páciensek és digitális gyógyítók. Magyar Tudomány 180(2019)10, 1471–1485. DOI: 10.1556/2065.180.2019.10.6
116. GYUKITS, GY. (2000): A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere. In: Horváth Á. – Landau, E. & Szalai, J. (szerk.): Cigánynak születni. Új Mandátum, Budapest, pp. 471-489.
117. HAIR, J. F. JR. – ANDERSON, R. E. – TATHAM, R. L. & BLACK, W. C. (1995): Multivariate Data Analysis (3rd ed). New York: Macmillan.
118. HAIR, J.F. JR. – BLACK, W.C. – BABIN, B.J. & ANDERSON, R.E. (2014): Multivariate Data Analysis. Pearson Education Limited, Essex, 2014. ISBN 13: 978-1-292-02190-4, 734 p.
119. HAMILTON, R. (2010): The concept of health beyond normativism and naturalism. Journal of Evaluation in Clinical Practice ISSN 1356-1294, April 2010, pp. 323-329
120. HÁMORI, G. (2016): A magyarázóváltozók kezelésének egyes kérdései regressziós modellezés során. Statisztikai Szemle, 94. évfolyam 1. szám, 5-21. URL: http://real.mtak.hu/42538/1/2016_01_005.pdf - Utolsó elérés: 2020.08.10.
121. HAVAS, G. (2008). Esélyegyenlőség, deszegregáció. In: FAZEKAS, K. – KÖLLŐ, J. – VARGA, J. (szerk.): Zöld könyv a magyar közoktatásért. Miniszterelnöki Hivatal, Budapest, pp. 121-138. URL: <https://mek.oszk.hu/08200/08222/08222.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
122. HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETE (2012): Kihez tartozzanak a 14–18 évesek? Hírvivő, XVII. évf. 2012. március, p. 11. URL: <http://www.hgye.hu/dok/hirvivo/ujsag/00043.pdf> - Utolsó elérés: 2020.08.25.

123. HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETE (2018): Milyen gyermek-alapellátást szeretnénk öt, tíz, húsz év múlva? Vezetőségi megbeszélés, Mártély, 2018. Hírvivő, XXII. évf. 2. szám, 12-13. URL: <http://www.hgye.hu/dok/hirvivo/ujsag/00068.pdf> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
124. HORVÁTH, GY. (2015): Spaces and Places in Central and Eastern Europe. Regions and Cities series, Routledge, London, 250 p. URL: <http://hdl.handle.net/11155/1148> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
125. HORX, M. (2000): Konsument 2010. Zukunftsinstitut, Bonn, pp. 3-10.
126. HUNYADI, L. & VITA, L. (2008): Statisztika I. Adatok, elvek, módszerek. AULA Kiadó, Budapest, 2008, 347 p.
127. HUNYADI, L. & VITA, L. (2008): Statisztika II. Adatok, elvek, módszerek. AULA Kiadó, Budapest, 2008, 300 p.
128. HUSZÁR, A. (2011): A gyermekorvosi alapellátás jelene és jövője. Hírvivő, XVI. évf. 2011. április, pp. 2-3. URL: <http://www.hgye.hu/dok/hirvivo/ujsag/00039.pdf> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
129. HUSZKA, P. & ERCSEY, I. (2014): Fiatalok egészsége az életminőség és a fogyasztói magatartás tükrében, Táplálkozásmarketing 1: (1-2) pp. 87-95.
130. HÜSE, L. & PÉNZES, M. (2015): Egészség, telepi körülmények között – kutatási összefoglaló. Szakkollégiumi Tudástár 2. Evangélikus Roma Szakkollégium, Nyíregyháza, 98 p. URL: <http://mek.oszk.hu/14900/14925/14925.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
131. ILLÉS, I. (2002): Közép- és Délkelet Európa az ezredfordulón, átalakulás, integráció, régiók. Budapest – Pécs: Dialóg Campus Kiadó, 290 p.
132. JACQUEZ, G.M. (2008): Spatial Cluster Analysis. Chapter, In: Fotheringham, S. & Wilson, J. (eds.): The Handbook of Geographic Information Science. Blackwell Publishing, pp. 395-416.
133. JAKOPÁNECZ, E. & TÖRŐCSIK, M. (2015): Az egészség megatrendje – A kardiovaszkuláris betegek mai képe (Trendtanulmány). Pécsi Tudományegyetem ISBN 978-963-642-988-1, 35 p.
134. JOLLIFFE, I.T. & MORGAN, B.J.T. (1992): Principal component analysis and exploratory factor analysis. Stat Methods Med Res 1992 1: 69-95. DOI: 10.1177/096228029200100105
135. JOLLIFFE, I.T. & CADIMA, J. (2016): Principal component analysis: a review and recent developments. Phil. Trans. R. Soc. A 374: 20150202.
<http://dx.doi.org/10.1098/rsta.2015.0202>
136. JÓNA, GY. & JÁVORNÉ, E. R. (2012): A szubjektív egészségi állapot meghatározó tényezői Nyíregyházán. Acta Medicinæ et Sociologica, Vol. 3. No. 3./2012. 99-115.
137. JÓNA, GY. (2014): Bevezetés az egészség szociológiába. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar URL:
https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_szociologia_magyar/1_betegsg_gygyts_trsadalomtrtneti_ttekints.html - Utolsó elérés: 2020.08.25.
138. JONES, K. & MOON, B. (1987): Health Disease and Society, Routledge and Kegan Paul, London
139. JOSEPH, A. E. & PHILLIPS, D. R. (1984): Accessibility and Utilization: Geographical Perspectives on Health Care Delivery. Harper and Row, London, 214 p.
140. JUNG, C. & PADMAN, R. (2014): Virtualized healthcare delivery: understanding users and their usage patterns of online medical consultations, International Journal of Medical Informatics, 2014;83(12):901-914

141. KALABAY, L. (2010): Tudományos munka az alapellátásban. Hazai eredmények és tapasztalatok európai szemmel. *Orvosi Hetilap*, 151(17), 707-713. DOI: 10.1556/OH.2010.28862
142. KÁLMÁN, M. (2008): Kétezres praxisok? *Hírvivő*, XIII. évfolyam 1. szám - 2008. február, pp. 5-7. URL: <http://www.hgye.hu/dok/hirvivo/ujzag/00025.pdf> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
143. KÁLMÁN, M. (2010): Metaanalízis: Jobbak a gyermekorvosok. *Hírvivő*, XV. évf. 3. szám, p. 9. URL: <http://www.hgye.hu/dok/hirvivo/ujzag/00037.pdf> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
144. KÁLMÁN, M. (2011): Gondolatok a házi gyermekorvoslásról. *Hírvivő*, XVI. évf. 2011. július, pp. 2-5. URL: <http://www.hgye.hu/dok/hirvivo/ujzag/00040.pdf> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
145. KAUFMAN, L. & P.J. ROUSSEUW (1990): *Finding Groups in Data*. John Wiley & Sons, New York, 1990, 342 p.
146. KEMÉNY, I. & JANKY, B. (2003): A 2003. évi cigány felmérésről. *Beszélő*, 10: 64-76.
147. KINCSES, GY. (2010): *Egészségpolitikai ábragyűjtemény*. Budapest: Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft. 138 p.
148. KINCSES, GY. (2015): Virtuális praxis e-pácienseknek. Kézirat. URL: http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/Virtualis_epraxis.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
149. KINCSES, GY. (2016a): Az alapellátás átalakításáról. *Orvostovábbképző Szemle*, 23. évf. 1. sz. / 2016, 67-73.
150. KINCSES, GY. (2016b): Egészség – egészségügy: ami volt, van, és lehetne. Előadás diáor. URL: http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/pptk/egeszsegugy_modellszinten.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
151. KINCSES, GY. (2019): A köz- és a magánszféra szerepe az egészségügyben. *Magyar Tudomány* 180(2019)10, 1510–1522. DOI: 10.1556/2065.180.2019.10.11
152. KOLLÁNYI, ZS. (2013): A gazdasági fejlődés és az egészségi állapot elméleti összefüggései. In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1/2013. 37-44. p
153. KOLLÁNYI, ZS. (2016): Az egészségi állapot társadalmi és gazdasági összefüggésrendszere. Doktori disszertáció, ELTE TÁTK Szociológia Doktori Iskola, 356 p.
154. KOLOZSVÁRI, L.R. – OROZCO-BELTRAN, D. & RURIK, I. (2014): Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Aten Primaria* 2014; 46: 261–266. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.12.014
155. KOLOZSVÁRI, L.R. & RURIK, I. (2016): A házi orvosok teljesítményének minőségi értékelése. Mi a probléma a házi orvosi indikátorokkal? *Orvosi Hetilap*, 2016; 157: 328–335.
156. KOPP, M. & RÉTHELYI, J. (2004): Where psychology meets physiology: Chronic stress and premature mortality. The Central-Eastern European health paradox. *Brain Research Bulletin*, 5., 351–367. <http://doi.org/dmgn65>
157. KOPP, M. & SKRABSKI, Á. (2007): A magyar népesség életkilátásai. *Magyar Tudomány*, 9., 1149–1153.
158. KOPP, M. & SKRABSKI, Á. et al., (2006): Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében a Hungarostudy 2002 vizsgálat alapján. In: KOPP, M. (2008, szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 84–105.
159. KOPP, M. – SZÉKELY, A. & SKRABSKI, Á. (2006): Vallásosság és életminőség az átalakuló társadalomban, In: Kopp, M. & Kovács, M. (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*, Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 156-166.

160. KÓSA, K. & KÖMÜVES, S. (2019): Egészségegyenlőtlenségek az egyenlőtlenségek globális kontextusában. *Magyar Tudomány* 180(2019)11, 1612–1625. DOI: 10.1556/2065.180.2019.11.3
161. KOVÁCS, P. (2008): A multikollinearitás vizsgálata lineáris regressziós modellekben. *Statisztikai Szemle*, 86. évfolyam 1. szám, 38-67. URL: http://www.ksh.hu/statszemle_archive/2008/2008_01/2008_01_038.pdf - Utolsó elérés: 2020.08.25.
162. KOVÁCS P. – PETRES T. & TÓTH L. (2004): Adatállományok redundanciájának mérése. *Statisztikai Szemle*. 82. évf. 6–7 sz. 595–604.
163. KÖBLI, A. (2011): Betegberek, előbb halnak és kiszolgáltatottak a romák. URL: http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/betegberek__elobb_halnak_es_kiszolgáltatottak_a_romak - Utolsó elérés: 2020.03.30.
164. KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2019): Csecsemőhalálozás. *Statisztikai Tükör*, 2019. február 22. URL: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/csecsemohalalozas.pdf> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
165. KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2019): Magyarország 2018. URL: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2018.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
166. KREISZNÉ, H.E. – VARGA, P. & VÁRPALOTAI, V. (2015): A demográfiai változások makrogazdasági hatásai Magyarországon európai uniós összehasonlításban. *Hitelintézeti Szemle*. 14, 2, 88–127. URL: <https://hitelintezetiszemle.mnb.hu/letoltes/4-kreiszne-varga-varpalotai.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
167. KRINGOS, D. S. (2013): *The strength of primary care in Europe*. Nivel, Utrecht. 314 p.
168. KRINGOS, D. S. et al., (2015): *Building Primary Care in a Changing Europe: Case Studies*. European Observatory on Health, Systems and Policies, 2015, Study Series, No. 38.
169. KULLMANN, L. & HARANGOZÓ, J. (1999): Az Egészségügyi Világszervezet életminőség-vizsgáló módszerének hazai adaptációja. *Orvosi Hetilap* 1999. 140(35). p. 1947-1952.
170. KUNOS, I. (2007): A pozitív pszichológia és a vezetéslelektan kapcsolata. Kézirat, 7 p. URL: <http://midra.uni-miskolc.hu/document/17097/10057.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
171. KUSLITS, SZ. (2019): Miért rúgnak a haldoklóba? *Hírvivő*, XXIV. évf. 2019/1. szám, pp. 4-5. URL: <http://www.hgye.hu/dok/hirvivo/ujzag/00070.pdf> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
172. L. RÉDEI, M. (2014): A nemzetközi migráció demográfiai és geográfiai aspektusai, In: Szerk.: Tarrósy, I. – Glied, V. & Vörös, Z.: *Migrációs tendenciák napjainkban*. Pécs: Publikon Kiadó, 2014. pp. 29-45. URL: <https://docplayer.hu/138564-A-nemzetkozi-migracio-demografiai-es-geografiai-aspektusai.html> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
173. LALONDE, M. (1974): *A new perspective on the health of Canadians*. Ministry of Supply and Services, Canada. ISBN 0-662-50019-9, 77 p. URL: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
174. LANDAU, S. & EVERITT, B.S. (2004): *A Handbook of Statistical Analyses using SPSS*. Chapman & Hall/CRC Press LLC, 2004. 339 p.
175. LENGYEL, I. (2016): A megyék versenyképességének néhány összefüggése a megújult piramismoddal alapján. In: Lengyel I. – Nagy B. (szerk.) 2016: *Térségek versenyképessége, intelligens szakosodása és újraiparosodása*, JATEPress, Szeged, 143–161.
176. LI, Q. – GUAN, X. – WU, P. – WANG, X. – ZHOU, L. – TONG, Y. – REN, R. – LEUNG, K. S.M. – LAU, E. H.Y. – WONG, J. – XING, X. & XIANG, N. et al., (2020): Early

- Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *N Engl J Med* 2020; 382:1199-1207. DOI: 10.1056/NEJMoa2001316
177. MACINKO, J. – STARFIELD, B. – SHI, L. (2007): Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int. J. Health Serv. Plan. Adm. Eval.* 2007, 37, 111–126. DOI: 10.2190/3431-g6t7-37m8-p224.
178. MACKENBACH, J. P. – KARANIKOLOS, M. & MCKEE, M. (2013): The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. *Lancet* 381: 1125–1134. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62082-0
179. MARMOT, M. (2010): Fair society, healthy lives (The Marmot Review). Strategic review of health inequalities in England post-2010. URL: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
180. MATÓ-JUHÁSZ, A. & SZEGEDI, K. (2016): Az egészségtudatos magatartás és a fenntartható fejlődés elméleti összefüggései. *MultiScience - XXX. microCAD International Multidisciplinary Scientific Conference University of Miskolc, Hungary, 21-22 April 2016*, ISBN 978-963-358-113-1
181. MCDONALD, J.H. (2014): *Handbook of Biological Statistics (3rd ed.)*. Sparky House Publishing, Baltimore, Maryland, 45-52.
182. MCDONALD, K.M. – SUNDARAM, V. – BRAVATA, D.M. – LEWIS, R. – LIN, N. & KRAFT, S.A. et al., (2007): Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Vol. 7: care coordination. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0067985/pdf/PubMedHealth_PMH0067985.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
183. MCGRAIL, M.R. & HUMPHREYS, J.S. (2009): The index of rural access: an innovative integrated approach for measuring primary care access. *BMC Health Services Research* 2009 9:124 DOI: 10.1186/1472-6963-9-124
184. MESKÓ, B. – DROBNI Z. & BÉNYEI É. et al., (2017): Digital Health Is a Cultural Transformation of Traditional Healthcare. *mHealth*, 3, DOI: 10.21037/mhealth.2017.08.07
185. MESKÓ, B. & GYÖRFFY, ZS. (2019): The Rise of the Empowered Physician in the Digital Health Era: Viewpoint. *Journal of the Medical Internet Research*, 21, 3, e12490. DOI: 10.2196/12490
186. MICHAEL, R.S. (2001): *Crosstabulation & Chi Square*. Indiana University, Bloomington. 2001. URL: http://www.indiana.edu/~educy520/sec5982/week_12/chi_sq_summary011020.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
187. MIHÁLYI, P. (2003): Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába. *Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém*, 348 p.
188. MIHÁLYI, P. (2017): Az egészségügy finanszírozási alternatívái (adók, járulékok, háztartási jövedelmek) – nemzetközi és hazai tapasztalatok, *Magyar Tudomány* 178: (7) pp. 781-787. URL: <http://www.matud.iif.hu/2017/07/04.htm> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
189. MOHOS, A. – VARGA A. – MARKÓ-KUCSERA, M. – KALABAY, L. & TORZSA, P. (2019): A családorvoslás mint karrier. *Orvostanhallgatók pályaválasztással kapcsolatos vélekedései és motivációi. LAM (Lege Artis Medicinæ)* 2019;29(12) DOI: 10.33616/lam.29.060

190. MORGON, P. A. (2015): Sustainable Development for the Health-Care Industry: Setting the Stage. In: Morgon, P. A. (2015, ed.): Sustainable Development for the Healthcare Industry – Reprogramming the Healthcare Value Chain, Springer International Publishing Switzerland 2015. pp. 1-38. DOI: 10.1007/978-3-319-12526-8
191. MÜHLHAUSEN, C. (2001): Future health. Zukunftsinstitut, Bonn, 5–27.
192. MÜLLER, A. – BÍRÓ, M. – BODOLAI, M. – HIDVÉGI, P. – VÁCZI, P. – DÁVID, L. D. & SZÁNTÓ, Á. (2017): A 2016-os fitnesztrendek helye és szerepe a rekreációban. Acta Academiae Agriensis, Sectio Sport, 2017. Nova series tom. XLIV. 91-102. URL: http://publikacio.uni-eszterhazy.hu/771/1/91-102_Muller.pdf - Utolsó elérés: 2020.08.25.
193. NAGYNÉ MOLNÁR, M. (2017): A SZIE Faluszeminárium mint speciális vidék-kutató műhely. Pro Scientia Ruralis, 2017. 2. évfolyam 1. szám, 92-101. URL: <http://psr.pahru.ro/images/psr/2017I/PRS-17-1-92-101.pdf>
194. NAGYVÁRADI, K. (2016): Jólét–jóllét mutatók segítő szakmában dolgozók körében. Neveléstudomány. 2016. 62-72. DOI: 10.21549/NTNY.15.2016.3.5
195. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Four commonly used methods to increase physical activity. NICE; last updated March 2015 URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/PH2> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
196. NÉMEDINÉ KOLLÁR K. & KÁPOSZTA J. (2014): Területi hátrányok az Ózdi kistérségben. In: Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek, XI. pp. 63-70. URL: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FIEd-UPXUQJ:www.strategiaifuzetek.hu/files/82/stratfuz_2014_1.pdf+&cd=10&hl=hu&ct=clnk&gl=hu - Utolsó elérés: 2020.03.30.
197. NEMES-NAGY, J. & NÉMETH, N. (2005): Az átmeneti és az új térszerkezet tagoló tényezői In: Faluvégi, A. – Fazekas, K. & Nemes-Nagy, J. (szerk.): A hely és a fej. Munkapiac és regionalitás Magyarországon pp. 75–137., MTA KTI., Budapest
198. NEMZETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT (2020): A COVID-19 fertőzés legfontosabb jellemzői. 1. sz. mellékelt – COVID-19 eljárásrend 2020. június 11. URL: https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/567/1_sz_mell%C3%A9klet_ismertet%C5%91_2020.06.11.pdf – Utolsó elérés: 2020.08.25.
199. NOLTE, E. & MCKEE, M. (2008): Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
200. NOLTE, E. & PITCHFORTH, E. (2014): What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Policy summary 11. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2014. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
201. O’MALLEY, A.S. (2004): Current evidence on the impact of continuity of care. Curr. Opin. Pediatr. 2004, 16, 693–699, DOI: 10.1097/01.mop.0000142488.67171.02
202. OECD & EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. DOI: 10.1787/health_glance_eur-2018-en
203. OECD & WHO (2003): DAC Guidelines and References Series: Poverty and Health. OECD Publishing, Paris. URL:

- http://www.who.int/tobacco/research/economics/publications/oecd_dac_pov_health.pdf - Utolsó elérés: 2020.08.25.
204. OECD & WHO European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Magyarország: Egészségügyi országprofil 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/WHO European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_hu_hungary.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
205. OLSHANSKY, J. & AULT, B. (1986): The fourth stage of epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Quarterly*, vol. 64(3). pp. 355-391. URL: https://pdfs.semanticscholar.org/4d3f/5c8eed15961c78fe6e9a1b3d34804e64d41.pdf?_ga=2.24063994.1120402533.1598187821-1479893010.1596320477 – Utolsó elérés: 2020.08.25.
206. OMRAN, A. R. (1971): The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49(4). 509-538. URL: <https://scielosp.org/pdf/bwho/v79n2/v79n2a11.pdf> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
207. OROSZ, É. (1989): Az egészségügy területi egyenlőtlenségei – az újraértelmezés szükségességéről. *Tér és Társadalom* 3. évf. 1989/2. 3-19. p.
208. OROSZ, É. (2001): Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. *Egészséges Magyarországért Egyesület*, Budapest, 327 p.
209. OROSZ, É. & KOLLÁNYI, ZS. (2016): Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. *Társadalmi Riport. Tárki Zrt.* pp. 334-357. URL: <http://old.tarki.hu/hu/publications/SR/2016/16orosz.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
210. OVRETVEIT, J. (2011): Does clinical coordination improve quality and save money? London: The Health Foundation; 2011. URL: https://www.health.org.uk/sites/health/files/DoesClinicalCoordinationImproveQualityAndSaveMoneyVol2_fullversion.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
211. PÁL, V. (2017): Egészségünk földrajza – területi különbségek a hazai egészségi állapotban. *Magyar Tudomány* 2017/3, 311-321.
212. PAPP, K. & UJVÁRINÉ S. A. (2014): Az egészségügy és az ápolás általános alapelvei. *Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar.* URL: https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_apolas_magyar/1_az_pols_fogalmi_rendszere.html - Utolsó elérés: 2020.03.30.
213. PEETSO, T. (2014): Telemedicine: the time to hesitate is over! *Eurohealth incorporating Euro Observer* Vol.20 No.3. 2014. 15-17. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/257743/EuroHealth_v20n3.pdf?ua=1 – Utolsó elérés: 2020.08.25.
214. PÉNZES, J. – TÁTRAI, P. & PÁSZTOR, I. Z. (2018): Changes in the Spatial Distribution of the Roma Population in Hungary During the Last Decades. *Területi Statisztika*, 2018, 58(1): 3–26. DOI: 10.15196/TS580101
215. PÉNZÜGYMINISZTERIUM (2019): Program a Versenyképesebb Magyarországért. URL: <https://www.kormany.hu/download/7/91/91000/Program%20a%20Versenyk%C3%A9pesebb%20Magyarorsz%C3%A1g%C3%A9rt.pdf#!DocumentBrowse> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
216. PERRY, H.B. – RASSEKH, B.M. – GUPTA, S. & FREEMAN, P.A. (2017): Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 7. shared

- characteristics of projects with evidence of long-term mortality impact. *J. Glob. Health* 2017, 7, 010907, DOI: 10.7189/jogh.07.010907
217. PIKÓ, B. (2011): Életminőség és egészségvédelem a modern társadalomban. *Korunk* 22. évf. 4. sz. (2011. április), 3-9. URL: https://epa.oszk.hu/00400/00458/00567/pdf/EPA00458_korunk_2011-04_003-009.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
218. POÓR, GY. (2020): Védőoltások és az új koronavírus-járvány. Magyar Tudományos Akadémia, URL: https://mta.hu/tudomany_hirei/vedooltasok-es-az-uj-koronavirus-jarvany-110787 - Utolsó elérés: 2020.08.25.
219. PÓTA, GY. (2019): Egyedül nem megy. *Hírvivő*, XXIV. évf. 2019/3. szám, 5-6. URL: <http://www.hgye.hu/dok/hirvivo/ujsag/00072.pdf> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
220. PRESTON, S. H (1975): The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development". *Population Studies*. 29 (2): 231–248. doi:10.2307/2173509
221. PRICE, I. (2000): *Research Methods and Statistics*. University of New England, Armidale. URL: https://webstat.une.edu.au/unit_materials/c4_descriptive_statistics/determine_skew_kurt.html - Utolsó elérés: 2020.08.25.
222. PRÓNAI, CS. (2000): A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében. *Kisebbségkutatás*, 9: 631-637. URL: <https://epa.oszk.hu/00400/00462/00008/9.htm> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
223. PUPORKA, L. & ZÁDORI ZS. (1999): A magyarországi romák egészségi állapota. The World Bank, Magyarországi Regionális Iroda, NGO tanulmányok (2). URL: http://siteresources.worldbank.org/EXTROMA/Resources/health_status_hun.htm - Utolsó elérés: 2020.03.30.
224. RÁCZNÉ L. ZS. (2004): Az ellátási kötelezettségről. URL: szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=1810 - Utolsó elérés: 2017.08.25.
225. RÁTZ, T. & MICHALKÓ, G. (2011): Destineering és IVF kezelés: trendek a globális egészségturizmusban. In: Michalkó, G. & Rátz, T. (szerk.): *Egészségturizmus és életminőség Magyarországon: Fejezetek az egészség, az utazás és jól(1)ét magyarországi összefüggéseiről*. MTA Földrajztudományi Kutatóintézet, 2011. pp. 13-26. URL: http://www.mtafki.hu/konyvtar/kiadv/Egeszsegturizmus_kotet.pdf - Utolsó elérés: 2020.08.25.
226. RAWAF, S. (2004): *Health in Wandsworth. The independent annual report of the director of public health*. WPCT, London, 2004.
227. RAWAF, S. (2012): *Medico de familia na saude publica (Family physicians and public health)*. In: GUSSO G, LOPES JMC, editors. *Tratado de medicina de familia e comunidade: principios, formaco et practica (Treatise on family and community medicine: principles, training and practice)*. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda; 2012. Volume 1:19–27.
228. RICHARD, L. – FURLER, J. – DENSLEY, K. – HAGGERTY, J. – RUSSELL, G. – LEVESQUE, J.F. & GUNN, J. (2016): Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: The IMPACT international online survey of innovations. *Int. J. Equity Health* 2016, 15, 64, doi:10.1186/s12939-016-0351-7
229. RIOU, J. & ALTHAUS, C. L. (2020): Pattern of early human-to-human transmission of Wuhan 2019 novel coronavirus (2019-nCoV), December 2019 to January 2020. *Euro*

- Surveill. 2020;25(4):pii=2000058. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.4.2000058>
- 230.RITTER, K. (2018): Special features and problems of rural society in Hungary. *Studia Mundi - Economica* Vol. 5. No. 1.(2018) 98-112. DOI: 10.18531/Studia.Mundi.2018.05.01.98-112
- 231.ROGERSON, P. A. (2001): *Statistical methods for geography*. London: Sage
- 232.RÓSA, Á. (2019): Praxisközösség, csoportpraxis vagy valami más. *Hírvivő*, XXIV. évf. 2019/2. pp. 34-36. URL: <http://www.hgye.hu/dok/hirvivo/ujzag/00071.pdf> Utolsó elérés: 2020.08.25.
- 233.ROSANO, A. – LOHA, C.A. – FALVO, R. – VAN DER ZEE, J. – RICCIARDI, W. – GUASTICCHI, G. & DE BELVIS, A.G. (2013): The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: A systematic review. *Eur. J. Public Health*. 2013, 23, 356–360. DOI: 10.1093/eurpub/cks053.
- 234.ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTICE. Discover general practice. December 2017. URL: <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/discover-general-practice.aspx>
- 235.RURIK, I. – IYÉS, I. & RINFEL, J. et al., (2008): Past and Present Challenges in Education and Certification of Family Physicians in Hungary. In: ORTIZ, M. – RUBIO, C. (eds.): *Educational Evaluation: 21st Century Issues and Challenges*. New York: Nova Science publisher, 407–416.
- 236.RURIK, I. (2009): Gondok és útkeresés a háziorvoslásban. *Orvosi Hetilap*, 2009; 150: 1615–1622.
- 237.RURIK, I. (2019): Alapellátás, alapellátók Magyarországon, 2018. *Orvosi Hetilap*, 2019. 160. évfolyam, 24. szám, 926–935. DOI: 10.1556/650.2019.31423
- 238.SAJTOS L. & MITEV A. (2007): *SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv*. Alinea Kiadó, Budapest, 404 p.
- 239.SAMUELS, G. (2005): Availability, Accessibility and Affordability. The Challenge of Diseases of Poverty. URL: <http://www.who.int/intellectualproperty/events/OpenForumGillSamuels.pdf?ua=1> - Utolsó elérés: 2020.02.01.
- 240.SÁNDOR, J. – NAGY, A. & JENEI, T. et al., (2018): Influence of patient characteristics on preventive service delivery and general practitioners' preventive performance indicators: a study in patients with hypertension or diabetes mellitus from Hungary. *Eur J Gen Pract*. 2018; 24: 183–191. DOI: 10.1080/13814788.2018.1491545
- 241.SANS-CORRALES, M. – PUJOL-RIBERA, E. – GENÉ-BADIA, J. – PASARÍN-RUA, M.I. – IGLESIAS-PÉREZ, B. & CASAJUANA-BRUNET, J. (2006): Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam. Pract*. 2006, 23, 308–316, DOI: 10.1093/fampra/cmi112
- 242.SCHMIDT, P. – KONCZOSNÉ SZ. M. – LACZKA, É. – TOKAJI, K. & RURIK, I. (2019): A családorvosképzés és -továbbképzés, tudásmegosztás aspektusból. *Magyar Tudomány* 180(2019)3, 423–442. DOI: 10.1556/2065.180.2019.3.13
- 243.SCHMIDT, P. (1995): Zur Reforms des Ungarischen Gesundheitssystems und ihren Auswirkungen. In H-U-Deppe: *Zur Aktuellen Entwicklung der Gesundheitspolitik in Ungarn*. Arbeitspapier Nr. 15/1995. Frankfurt am Main, pp. 92-104.
- 244.SCHULTZ, T.P. & STRAUSS, J. (2008): *Handbook of development economics*. 4. Elsevier. p. 3406.
- 245.SEEDHOUSE, D. (2001): *Health: The Foundations for Achievement*. 2nd edition. Chichester, Wiley. 2001, 164 p.

- 246.SEN, A. (1993): Capability and well-being. In: Nussbaum, M. & Sen, A. (eds.): The Quality of Life. Clarendon Press. Oxford. pp. 30–53.
<http://dx.doi.org/10.1093/0198287976.003.0003>
- 247.SEN, A. (1999): Health in development. Keynote address. Fifty-second World Health Assembly WHO, Genf. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ewd9.pdf - Utolsó elérés: 2020.08.25.)
- 248.SHI, L. (2012): The impact of primary care: a focused review. Scientifica (Cairo) 2012:43289. URL: DOI: 10.6064/2012/432892
- 249.SIMEK, Á. (2009): A faluégészségügy helyzete és lehetőségei Magyarországon. Doktori értekezés, Semmelweis Orvostudományi Egyetem Patológiai Tudományok (Multidiszciplináris Tudományok) Doktori Iskola, URL: http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/simekagnes.d.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
- 250.SIMEK, Á. (2010): A túlélés alapja a városi lét? - A falusi betegek hátrányai az egészségügyi ellátás területén. Családorvosi Fórum, 10. évf. 10. sz. / 2010. 36-38. URL: https://www.antsz.hu/data/cms40586/A_falusi_betegek_hatranyai___CSOF_cikk_rov.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
- 251.SKEVINGTON, S. M. – LOTFY, M. & O' CONNELL, K. A. (2004): The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial - A Report from the WHOQOL Group. Quality of Life Research, 13, pp. 299-310.
- 252.SMITH, D. M. (1982): Geographical Perspectives on Health and Health Care, pp. 1-11. Occasional Paper. Queen Mary College, University of London
- 253.SMITH, S.M. – WALLACE, E. – O'DOWD, T. & FORTIN, M. (2016): Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. Cochrane Database Syst. Rev. 2016, 3, CD006560, DOI: 10.1002/14651858.cd006560.pub3 - Utolsó elérés: 2020.03.30.
- 254.SPENCE, M. & MAUREEN, L. (2010): Health and growth. Commission on growth and development Washington, D.C. : World Bank Group. URL: <http://documents.worldbank.org/curated/en/575121468326969619/Health-and-growth> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- 255.STARFIELD, B. – SHI, L. & MACINKO, J. (2005): Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Quarterly, 2005;83:457–502. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x - Utolsó elérés: 2020.03.30.
- 256.STARFIELD, B. (1992): Primary care: concept, evaluation, and policy. London: Oxford University Press; 1992, 280 p.
- 257.STIGLITZ, J. E. – SEN, A. & FITOUSSI, J-P. (2009): Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, Paris
- 258.SZÉKELYI, M. & BARNA, I. (2002): Túlélőkészlet az SPSS-hez – Többváltozós elemzési technikákról társadalomkutatók számára. Typotex Kiadó, Budapest, 2002, 453 p.
- 259.SZILÁGYI, D. & UZZOLI, A. (2013): Az egészségügyenlőtlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon. Területi Statisztika 16(53): (2) pp. 130-147. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/50569151.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
- 260.SZILÁGYI, F. & PÉNZES, J. (2016): Roma népesség Magyarország északkeleti határtérségében. Partium Kiadó, Nagyvárad, 258 p.

261. SZIRMAI, V. (2015): Társadalmi jól-lét problémák Európában: egy versenyképesebb Európa lehetősége. In: Szirmai, V. (szerk.): A területi egyenlőtlenségektől a társadalmi jól-lét felé. Kodolányi János Főiskola, 2015. pp. 23-39.
262. SZÓCSKA, G. – KOZLOVSZKY, M. – ÜRMÖSY, Á. – GILLY, G. – KARÓCZKAI, K. – BUBORI, Z. & JOÓ, T. (2020): A virtuális orvosi rendelő és a távvizit – mint az orvosi távellátások kezdeti finanszírozhatóságának eszköze és alapegysége. IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy XIX. évfolyam 1. szám 2020. február, 23-29.
263. TABACHNICK, B.G. & FIDELL, L.S. (2013): Using Multivariate Statistics – 6th edition. Pearson Education, Inc., New Jersey, 2013, 983 p. ISBN-13: 978-0-205-89081-1
264. TANGYE, C.E. (1920): The Dawson report. Public Health. 1920; 34:42–4.
265. TAO, W. – AGERHOLM, J. & BURSTRÖM, B. (2016): The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review. BMC Health Serv. Res. 2016, 16, 542, DOI: 10.1186/s12913-016-1805-8.
266. THOMSON, S. – FOUBISTER, T. & MOSSIALOS, E. (2009): Financing Health Care in the European Union. WHO European Observatory on Health Systems and Policies Series, 224 p. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
267. TIRINGER, I. (2012): Az akut kardiológiai eseményen átesett betegek hosszú távú életminőségét befolyásoló pszichoszociális tényezők vizsgálata. Doktori (Ph.D.) értekezés. Pszichológia Doktori Iskola, PTE BTK Pszichológiai Intézet URL: <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15277/tiringer-istvan-phd-2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
268. TÓTH, G. – BÁN, A. – VITRAI, J. & UZZOLI, A. (2018): Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepe az egészségügyben – A szívizominfarktus-megbetegedések és -halálozások területi különbségei. Területi Statisztika, 2018, 58(4): 346–379. DOI: 10.15196/TS580402, URL: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/terstat/2018/04/ts580402.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
269. TÓTH, T. (2018): Közösségépítés települési dimenziói. Studia Mundi – Economica, Vol. 5. No. 2. (2018) p. 71 DOI: 10.18531/Studia.Mundi.2018.05.02.58-73
270. UNITED NATIONS (2015): Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1 URL: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E - Utolsó elérés: 2020.03.30.
271. UZZOLI, A. & SZILÁGYI, D. (2009): Javuló életkilátások és növekvő területi különbségek Magyarországon. Magyar Epidemiológia, 6, 3, 181-196.
272. UZZOLI, A. & SZILÁGYI, D. (2015): A hazai egészség-egyenlőtlenségek alakulása válság idején. In: Hervainé, Sz. Gy., Baráth, G. (szerk.): Inkluzív társadalom – Jól-lét – Társadalmi részvétel. Kodolányi János Főiskola, Székesfehérvár, 2015. pp. 78-84.
273. UZZOLI, A. – VITRAI, J. – BAKACS, M. – GÉMES, K. – KISS, N. & KÖVI, R. (2011): A lakóhelytől függ az esély a jobb minőségű ellátásra – Az ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei Magyarországon, a szürkehályogműtétek példáján. Tér és Társadalom / Space and Society 25. évf., 2. szám, 2011, 88-105. DOI: 10.17649/TET.25.2.1815
274. UZZOLI, A. (2012): A hazai egészségi állapot alakulása és területi különbségei a válság éveiben. In: Nyári, D. (szerk.): Kockázat - Konfliktus – Kihívás. Szeged: SZTE TTK Természeti Földrajzi és Geoinformatikai Tanszék, pp. 931-940.

275. VALLIN, J. & MESLÉ, F. (2004): Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition. Max-Planck-Gesellschaft. DOI: 10.4054/DemRes.2004.S2.2
276. VAN LOENEN, T. – VAN DEN BERG, M.J. – WESTERT, G.P. & FABER, M.J. (2014): Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: A systematic review. *Fam. Pract.* 2014, 31, 502–516. doi:10.1093/fampra/cmu053
277. VARGA, A. – HAJNAL, F. – NAGYVÁRI, P. & ÁGOSTON, G. (2017): Törzskarton ismertetése, jelentősége. URL: <http://www.klinikaikozpont.u-szeged.hu/csaladorv/oktatas/alapellatas-szervezesi-modellprogram.html?download=388:toerzskarton-ismertetese-jelentosege> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
278. VARGHA, A. (2011): A parciális korrelációs együttható értelmezési problémái a többdimenziós normalitás feltételének sérülése esetén. *Statisztikai Szemle*, 89. évfolyam 3. szám, 275-293. URL: http://www.ksh.hu/statszemle_archive/2011/2011_03/2011_03_275.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
279. VEENHOVEN, R. (2008): Sociological theories of subjective well-being. In: EID, M.– LARSEN, R. (eds.) *The Science of Subjective Well-being: A tribute to Ed Diener*. Guilford Publications, New York. pp. 44-61. URL: <https://personal.eur.nl/veenhoven/Pub2000s/2008c-full.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
280. VITRAI, J. – HERMANN, D. – KABOS, S. – KAPOSVÁRI, CS. – LŐW, A. – PÁTHY, Á. & VÁRHALMI, Z. (2008): Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez. *EgészségMonitor*, Budapest. URL: http://www.sze.hu/~pathya/2009_tavasz/szakdolgozat/Egeszseg-egyenlotlensegek%20Magyarorszag.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
281. VITRAI, J. (2011): Az egészség és az egészség-egyenlőtlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői. Doktori értekezés, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar URL: http://doktoriiskola.etk.pte.hu/public/upload/files/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/Ertekezes_VitraiJozsef.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
282. VOKÓ, Z. (2018): Az egészségi állapot változása a vélt egészség és a funkcionalitás alapján 2009 és 2014 között Magyarországon. In: TOKAJI, K. (szerk.): *Európai lakossági egészségfelmérés, 2014 – Műhelytanulmányok 2*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest pp. 45-61. URL: http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef_2014_muhelytan.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
283. WHITEHEAD, M. & DAHLGREN, G. (2006): *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up. Part 1*. WHO European Office for Investment for Health and Development, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107790>
284. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R8. *Strengthening European health systems as a continuation of the WHO Regional Office for Europe’s country strategy “Matching services to new needs”*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/88093/RC55_eres08.pdf?ua=1 - Utolsó elérés: 2020.03.30.
285. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC57/R1. *Health workforce policies in the European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/74556/RC57_eres01.pdf?ua=1 - Utolsó elérés: 2020.03.30.

286. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC59/R3. Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/68945/RC59_eres03.pdf?ua=1 - Utolsó elérés: 2020.03.30.
287. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC59/R4. Health workforce policies in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/68950/RC59_eres04.pdf?ua=1 - Utolsó elérés: 2020.03.30.
288. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC60/R5. Addressing key public health and health policy challenges in Europe: moving forwards in the quest for better health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/122229/RC60_eRes5.pdf?ua=1 - Utolsó elérés: 2020.03.30.
289. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC61/R1. The new European policy for health – Health 2020: vision, values, main directions and approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/150619/RC61_Res_01.pdf?ua= - Utolsó elérés: 2020.03.30.
290. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC61/R2. Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/150623/RC61_Res_02.pdf?ua= - Utolsó elérés: 2020.03.30.
291. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC61/R3. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012–2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/150614/RC61_Res_03.pdf?ua= - Utolsó elérés: 2020.03.30.
292. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC62/R5. European action plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/173616/RC62rs05-EAP-ENG.pdf?ua=1 - Utolsó elérés: 2020.03.30.
293. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC63/R5. Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/217733/63rs05e_HealthSystems.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
294. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC65/13. Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people centredness. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/288376/65rs05e_HSS_150750.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.

295. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC66/15. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1 - Utolsó elérés: 2020.03.30.
296. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC66/R4. Towards a roadmap to implement the 2030 Agenda for Sustainable Development in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/319096/66rs04e_SDGs_160763.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
297. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC67/9. Roadmap to implement the 2030 Agenda for Sustainable Development, building on Health 2020, the European policy for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/345599/67wd09e_SDGRoadmap_170638.pdf?ua=1 - Utolsó elérés: 2020.03.30.
298. WILKINSON, R. & MARMOT, M. (2003): Social determinants of health: the solid facts. WHO Press, Copenhagen. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf?ua=1 – Utolsó elérés: 2020.08.25.
299. WORLD ECONOMIC FORUM. Sustainable health systems: visions, strategies, critical uncertainties and scenarios. January 2013. URL: http://www3.weforum.org/docs/WEF_SustainableHealthSystems_Report_2013.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
300. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1946): WHO definition of Health, Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York
301. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva: World Health Organization; 1978 URL: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
302. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978): Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978/jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva: World Health Organization; 1978. URL: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
303. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1981): Global strategy for health for all by the year 2000. WHO, Geneva, ISSN 0254-9263 URL: https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStrategy_1981_en.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
304. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986): Ottawa Charter for health promotion. WHO, Geneva. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
305. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1993): WHOQOL study protocol. World Health Organization, Geneva, 1993. (MNH/PSF/93.9).

306. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1994): Report of the WHO Working Group on Quality Assurance. WHO, Geneva, 18-20 May 1994. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58701> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
307. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996): The Ljubljana charter on reforming health care in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1996 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf?ua=1 - Utolsó elérés: 2020.03.30.
308. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001): Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic development Report of Commission on Macroeconomics and Health. WHO, Geneva. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42435/924154550X.pdf?sequence=1&isAllowed=y> – Utolsó elérés: 2020.08.25.
309. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002): Health, Economic Growth, and Poverty Reduction The Report of Working Group 1 of the Commission on Macroeconomics and Health WHO, Geneva. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42492/9241590092.pdf?sequence=1&isAllowed=y> – Utolsó elérés: 2020.08.25.
310. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006): World Health Report 2006: Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
311. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008): The Tallinn charter: health systems for health and wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
312. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013a): Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
313. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013b): Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
314. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2016): Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1 - Utolsó elérés: 2020.03.30.
315. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2016): Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery: Working document: Regional Committee for Europe 66th session. Copenhagen, Denmark, 12–15 September 2016. World Health Organization Regional Office for Europe; URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1 - Utolsó elérés: 2020.03.30.
316. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2017): National Health Workforce Accounts: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2017. URL: http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwa_handbook/en/ - Utolsó elérés: 2020.03.30.

317. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018a): Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Technical Series on Primary Health Care. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326458/WHO-HIS-SDS-2018.49-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Utolsó elérés: 2020.03.30.
318. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018b): Improving the quality of paediatric care: an operational guide for facility-based audit and review of paediatric mortality. ISBN 978-92-4-151518-4 URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279755/9789241515184-eng.pdf?ua=1> Utolsó elérés: 2020.08.25.
319. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018c): Health Systems for Prosperity and Solidarity: Leaving No One Behind. Outcome Statement, Tallinn, Estonia, 13–14 June 2018. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/373688/tallinn-outcome-statement-eng.pdf?ua=1 Utolsó elérés: 2020.03.30.
320. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2020a): Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update Data as received by WHO from national authorities, as of 10 am CEST 30 August 2020. URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200831-weekly-epi-update-3.pdf?sfvrsn=d7032a2a_4 – Utolsó elérés: 2020.08.25.
321. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2020b): Role of primary care in the COVID-19 response – Interim guidance 26 March 2020. WHO Western Pacific Region. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> – Utolsó elérés: 2020.08.25.
322. WORLD HEALTH ORGANIZATION: The determinants of health. WHO Health Impact Assessment. URL: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
323. WORLD HEALTH ORGANIZATION & UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (2018): A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065> - Utolsó elérés: 2020.03.30.

2. melléklet: Felhasznált online források

http 1. BODNÁR, G. (é.n.): Egészség, betegség, egészségügyi ellátás. URL: <https://slideplayer.hu/slide/2129930/> - Utolsó elérés: 2020.03.30.

http 2. IHÁSZ, F. (é.n.): Definíciók. URL: <https://slideplayer.hu/slide/2124511/> - Utolsó elérés: 2020.03.30.

http 3. Az egészség determinánsai. URL: [http://www.pro-qaly.hu/files/userfiles/TRSADA~1\(1\).jpg](http://www.pro-qaly.hu/files/userfiles/TRSADA~1(1).jpg) – Utolsó elérés: 2020.03.30.

http 4. WHO: Q&A on coronaviruses (COVID-19). URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses> - Utolsó elérés: 2020.08.25.

http 5. A Fenntartható Fejlődési Keretrendszer 2030 – Agenda 2030. URL: [https://enz.kormany.hu/download/9/83/b1000/SDGs_HU_final_UNIS%20\(2\).jpg](https://enz.kormany.hu/download/9/83/b1000/SDGs_HU_final_UNIS%20(2).jpg) – Utolsó elérés: 2020.03.30.

- http 6. WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS: Wonca in Brief. URL: <https://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
- http 7. EUROPEAN CONFEDERATION OF PRIMARY CARE PAEDIATRICIANS: Primary Care Paediatrics. URL: <https://www.ecpcp.eu/index.php?id=14> – Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 8. HÁZI GYERMEKORVOSOK ORSZÁGOS EGYESÜLETE: Az Alapellátó Gyermekorvosok Európai Egyesületeinek Szövetsége (European Confederation of Primary Care Paediatricians) ECPCP céljai. URL: <http://www.hgye.hu/old/iranyelvek/az-alapellato-gyermekorvosok-europai-egyesuleteinek-szovetsege-european-confederation-of-primary-care-paediatricians-ecpcp-celjai/> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 9. MOHOS, A. & TORZSA, P. (2020): Milyen tényezők befolyásolják az orvostanhallgatók pályaválasztását? A családorvosi hivatás jövőképe. URL: http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/a_csaladorvosi_hivatas_jovokepe - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 10. Súlyos látlelet a magyar háziorvosi praxisokról: ez még később komolyan visszaüthet. URL: <https://www.penzcentrum.hu/biztositas/sulyos-latlelet-a-magyar-haziorvosi-praxisokrol-ez-meg-kesobb-komolyan-visszauthet.1100736.html> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 11. CSALÁDORVOS KUTATÓK ORSZÁGOS SZERVEZETE: Céljaink. URL: https://www.doki.net/tarsasag/csakosz/info.aspx?sp=2&web_id= - Utolsó elérés: 2020.03.30.
- http 12. HÁZIORVOSOK ONLINE SZERVEZETE (2017): A háziorvosi rendszer megújítása 2017-2021. URL: <https://www.haosz.hu/problemak/2017-03-20/haziorvosi-rendszer-megujitasa-2017-2021> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
- http 13. A magyar háziorvosok deklarációja az alapellátás jövőjéért 2019. novemberében. URL: https://haosz.hu/sites/default/files/a_magyar_haziorvosok_deklaracioja_az_alapellatas_jovojeert_2019._novembereben.pdf - Utolsó elérés: 2020.03.30.
- http 14. A Házi Gyermekorvosok Egyesületének felhívása. URL: <http://www.hgye.hu/index.php?id=2&hirvivocikk=200&hirvivoid=62> – Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 15. HÁZIORVOSOK ONLINE SZERVEZETE: Minőségi indikátorok – Probléma. URL: <https://www.haosz.hu/problemak/2017-01-21/minosegi-indikatorok-problema> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
- http 16. HÁZIORVOSOK ONLINE SZERVEZETE (2016): Új típusú törzskarton adattartalma a XXI. században, a 18 éven felüli korosztályra vonatkozóan. URL: <https://www.haosz.hu/sites/default/files/Uj-tipusu-torzskarton-adattartalma-haosz.pdf> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
- http 17. SÁNDOR, J. (2018): Változást akarnak a háziorvosok, de hiányzik az egység. URL: <https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/valtozast-akarnak-a-haziorvosok-de-hianyzik-az-egyseg-248377> – Utolsó elérés: 2020.03.30.
- http 18. ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ KÖZPONT: Kollegiális szakmai vezetői pályázat. URL: <https://www.aEEK.hu/-/kollegialis-szakmai-vezetoi-palyaz-1> - Utolsó elérés: 2020.03.30.
- http 19. TARCZA, O. (2020): Ennyien pályáztak kollegiális vezetőnek. URL: http://medicalonline.hu/cikk/ennyien_palyaztak_kollegialis_vezetonek - Utolsó elérés: 2020.08.25.

- http 20. Megtartották első értekezletüket a kollegiális vezetők. URL: <https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/megtartottak-első-ertekezletuket-a-kollegialis-vezetok-260721> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 21. TARCZA, O. (2020): Alapellátás: Pintér Sándor államosításban gondolkodik. URL: http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/alapellatas__pinter_sandor_allamositasban_gondolkodik - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 22. Ki a legjobb gazdája a háziiorvosi praxisoknak? Háziiorvosok Online Szervezete. URL: <https://haosz.hu/hirek/2020-07-21/ki-legjobb-gazdaja-haziiorvosi-praxisoknak> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 23. EFOP-1.8.0-VEKOP-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” URL: <https://www.palyazat.gov.hu/efop-180-vekop-17-egszsggyi-ellrendszer-szakmai-mdszertani-fejlesztse> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 24. EFOP-1.8.2-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése - alapellátás fejlesztése” URL: <https://www.palyazat.gov.hu/efop-182-17-az-alapellats-s-npegszsggy-rendszernek-tfog-fejlesztse-alapellats-fejlesztse#> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 25. VEKOP-7.2.3-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése – alapellátás fejlesztése” URL: <https://www.palyazat.gov.hu/vekop-723-17-az-alapellats-s-npegszsggy-rendszernek-tfog-fejlesztse-alapellats-fejlesztse#> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 26. DÓZSA, K.M. et al., (2020): Az Alapellátás Módszertani Fejlesztési Projektjének tevékenysége, céljai 2020-ban – „Lakóhelyközeli Egészségügyi Ellátás Fejlesztése” Alprojekt beszámoló háziiorvos szemmel. CSAKOSZ XIX. Kongresszus, Győr, 2020.02.27. URL: https://www.doki.net/tarsasag/csakosz/upload/csakosz/document/dk_rovid_csakosz_efop1.8.0.b_bemutatasa.pdf?web_id= - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 27. Három generációval az egészségért program. URL: <https://www.aEEK.hu/-/harm-generacioval-az-egeszsegert-program> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 28. Mintegy nyolcvan praxisközösség nyert a Három generációval az egészségért pályázaton. MTI, 2019.04.05. URL: <https://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/hirek/mintegy-nyolcvan-praxiskozosseg-nyert-a-harm-generacioval-az-egeszsegert-palyazaton> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 29. Eredményt hirdettek a Három generációval az egészségért pályázat második fordulójában. MTI, 2019.12.02. URL: <https://www.aEEK.hu/-/eredmenyt-hirdettek-a-harm-generacioval-az-egeszsegert-palyazat-masodik-fordulojaban> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 30. A Bizottság Közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai gazdasági és Szociális bizottságnak és a Régiók Bizottságának a távorvoslásról a betegek, az egészségügyi ellátórendszerek és a társadalom javára /COM/2008/0689/ URL: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0689:FIN:HU:HTML> - Utolsó elérés: 2020.08.25.
- http 31. KABOS, S.: A többtényezős lineáris regresszió beléptetési algoritmusai. Módszertani esettanulmány, Adatelemzés 1. URL: http://kabos.web.elte.hu/adatelem/minta_adatelem_esettanu.pdf - Utolsó elérés: 2020.08.25.

3. melléklet: Ábrák jegyzéke

1. ábra: Az egészség társadalmi hatótényezői	11
2. ábra: Az egészség és a gazdaság egymásra hatásának modellje.....	13
3. ábra: A Covid-19 heti megbetegedési és halálozási esetszámai 2020. augusztus közepéig, WHO régióként.....	18
4. ábra: Az ENSZ 2030-as fenntartható fejlődés célrendszere (SDG-k)	19
5. ábra: Magyarország korfája, 2020. január 1.	21
6. ábra: Várható egészséges életévek nemek szerint az Európai Unió tagállamaiban, 2015.....	22
7. ábra: Az egészségügyi kiadások európai összehasonlításban, 2017.....	25
8. ábra: Születéskor várható élettartam értéke a 2019-es évben, illetve változása a 2001-2019 időszakban, megyei bontásban (év).....	26
9. ábra: Magyarország járásai az összes betegcsoportra vonatkozó morbiditási ráta decilisei alapján, 2014-2018 évek átlaga (eset/1000 fő)	28
10. ábra: A roma népesség létszáma megyénként, eltérő adatforrások alapján.....	29
11. ábra: A házi orvosok készségeit, kompetenciáit ábrázoló WONCA-fa.....	34
12. ábra: Az egészségügyi rendszer elemei, középpontban az egészségügyi ellátórendszer progresszivitás szerinti szintjeivel.....	42
13. ábra: Az EFOP-1.8.2-17 és VEKOP-7.2.3-17 pályázatokon nyertes praxisközösségek elhelyezkedése	62
14. ábra: A távorvoslás („virtuális rendelő”) egyszerűsített folyamata	65
15. ábra: A saját és helyettesített házi orvosi és házi gyermekorvosi praxisok száma, 2008-2018 (db)	79
16. ábra: A betöltetlen házi orvosi praxisok körzettípusonként, a körzet központját adó településeken (2019. október, Budapest kerületeinek adatai nélkül)	83
17. ábra: A betöltetlen vegyes házi orvosi praxisok a körzet központját adó településeken, a betöltetlen státusz hossza szerint (2019. október, Budapest kerületeinek adatai nélkül)	84
18. ábra: A települések főkomponensek alapján kialakított klasztereinek (1-4.) jellemzői a főkomponensek és az alapváltozók értékeinek csoportonkénti átlagai alapján	86
19. ábra: A települések klaszterbesorolása	87
20. ábra: A klaszterek településeinek megoszlása lakónépesség-nagyságkategória szerint.....	89
21. ábra: A függő változó aktuális és modell által becsült értékeinek illeszkedése	92
22. ábra: A betöltetlen vegyes házi orvosi körzetek ellátandó lakosság számának régiókénti átlagai	93
23. ábra: A betöltetlen házi orvosi és házi gyermekorvosi praxisok betöltetlen státuszának átlagos hossza a körzet típusa szerint.....	94
24. ábra: A letelepedési és praxisjog-vásárlási támogatások számának alakulása a betöltetlen házi orvosi körzetek arányához viszonyítva, 2015-2019	95
25. ábra: A házi orvostani szakképesítést megszerzők és elismertetők száma, 2011-2018 (fő).....	97

4. melléklet: Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: Az alapellátás dimenziói	32
2. táblázat: Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) európai igazgatósága ülésein született állásfoglalások alapellátásra vonatkozó főbb iránymutatásai a tagállamokra vonatkozóan.....	37
3. táblázat: A Magyar Falu Program alapellátást érintő kiírásainak fontosabb adatai.....	58
4. táblázat: A települési alapellátási kapacitások vizsgálatára felhasznált származtatott mutatók	68
5. táblázat: A járási szintű vizsgálatba bevont mutatók.....	73
6. táblázat: A Varimax rotációval kialakított főkomponens-struktúra a súlyokkal	85
7. táblázat: A járási szintű többváltozós lineáris regressziós modell összefoglaló táblázata.....	91
8. táblázat: A házi orvostan szakképzésbe belépők száma és aránya az összes szakterületen belül, 2010-2018	97

5. melléklet: A főkomponens-elemzés korrelációs mátrixa

Correlation Matrix

	A településen ellátást végző FELNÖTT HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK ezeröttszáz 14 éves vagy idősebb lakosra jutó száma	A településen ellátást végző GYERMEK HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK nyolcszáz 14 év alatti lakosra jutó száma	A településen ellátást végző VEGYES HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK 1500 lakosra jutó száma	A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a lakáson ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a lakáson ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	KÖRZETI SZAKÁPOLÓK egy háziorvosi szolgálatra jutó száma
Correlation	A településen ellátást végző FELNÖTT HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK ezeröttszáz 14 éves vagy idősebb lakosra jutó száma	A településen ellátást végző GYERMEK HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK nyolcszáz 14 év alatti lakosra jutó száma	A településen ellátást végző VEGYES HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK 1500 lakosra jutó száma	A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a lakáson ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a lakáson ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	KÖRZETI SZAKÁPOLÓK egy háziorvosi szolgálatra jutó száma
	1,000	,776	-,134	,332	,178	,030	-,019	-,147
	,776	1,000	-,110	,316	,198	-,086	-,054	-,172
	-,134	-,110	1,000	-,241	-,146	-,104	-,054	-,322
	,332	,316	-,241	1,000	,592	,036	,028	,166
	,178	,198	-,146	,592	1,000	-,016	,024	,108
	,030	-,086	-,104	,036	-,016	1,000	,226	,267
	-,019	-,054	-,054	,028	,024	,226	1,000	,135
	-,147	-,172	-,322	,166	,108	,267	,135	1,000
Sig. (1-tailed)	A településen ellátást végző FELNÖTT HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK ezeröttszáz 14 éves vagy idősebb lakosra jutó száma	A településen ellátást végző GYERMEK HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK nyolcszáz 14 év alatti lakosra jutó száma	A településen ellátást végző VEGYES HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK 1500 lakosra jutó száma	A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a lakáson ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a lakáson ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	KÖRZETI SZAKÁPOLÓK egy háziorvosi szolgálatra jutó száma
	,000	,000	,000	,000	,000	,056	,156	,000
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,000
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,000
	,000	,000	,000	,000	,000	,029	,073	,000
	,000	,000	,000	,000	,000	,197	,103	,000
	,056	,000	,000	,029	,197	,000	,000	,000
	,156	,002	,002	,073	,103	,000	,000	,000
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

6. melléklet: A főkomponens-analízis KMO mutatója és Bartlett-próbája

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,593
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	5249,444
	df	28
	Sig.	,000

7. melléklet: A főkomponens-analízis kommunalitásai

Communalities

	Initial	Extraction
A településen ellátást végző FELNŐTT HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK ezeröttszáz 14 éves vagy idősebb lakosra jutó száma	1,000	,868
A településen ellátást végző GYERMEK HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK nyolcszáz 14 év alatti lakosra jutó száma	1,000	,850
A településen ellátást végző VEGYES HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK 1500 lakosra jutó száma	1,000	,369
A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	1,000	,733
A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a lakáson ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	1,000	,677
A települést ellátó házi orvosi körzet központjában a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	1,000	,595
A települést ellátó házi orvosi körzet központjában a lakáson ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	1,000	,424
KÖRZETI SZAKÁPOLÓK egy házi orvosi szolgálatra jutó száma	1,000	,609

Extraction Method: Principal Component Analysis.

8. melléklet: Az elforgatott főkomponens mátrix

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
A településen ellátást végző FELNŐTT HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK ezeröttszáz 14 éves vagy idősebb lakosra jutó száma	,917	,152	
A településen ellátást végző GYERMEK HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK nyolcszáz 14 év alatti lakosra jutó száma	,906	,159	
A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	,275	,810	
A települést ellátó házi gyermekorvosi körzet központjában a lakáson ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	,108	,800	-,163
A településen ellátást végző VEGYES HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK 1500 lakosra jutó száma		-,502	-,341
A települést ellátó háziorvosi körzet központjában a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma			,771
A települést ellátó háziorvosi körzet központjában a lakáson ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma			,649
KÖRZETI SZAKÁPOLÓK egy háziorvosi szolgálatra jutó száma	-,374	,463	,504

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. ^a

a. Rotation converged in 5 iterations.

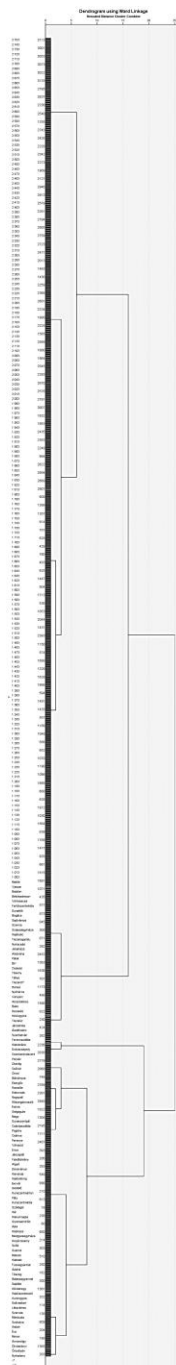
9. melléklet: A főkomponensek által magyarázott varianciarányad

Total Variance Explained

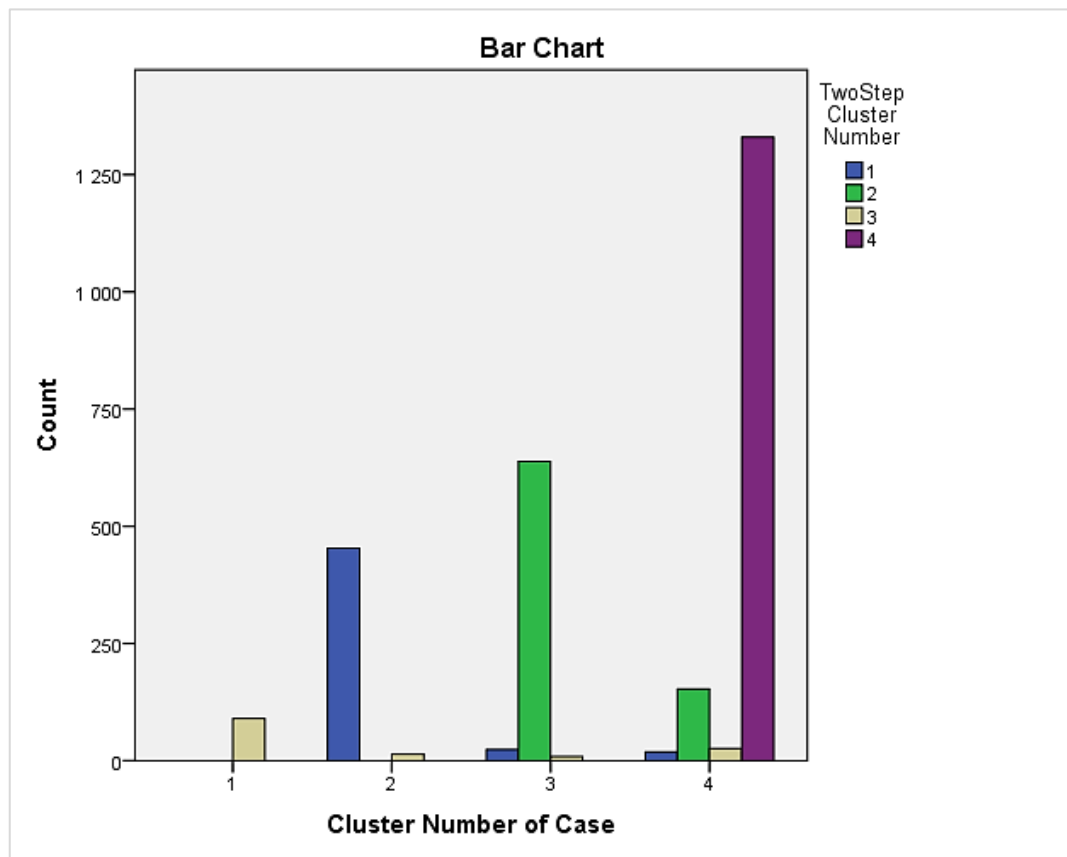
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,288	28,596	28,596	2,288	28,596	28,596	1,891	23,641	23,641
2	1,699	21,235	49,830	1,699	21,235	49,830	1,813	22,657	46,298
3	1,139	14,232	64,062	1,139	14,232	64,062	1,421	17,764	64,062
4	,948	11,849	75,911						
5	,765	9,563	85,475						
6	,567	7,084	92,558						
7	,381	4,766	97,325						
8	,214	2,675	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

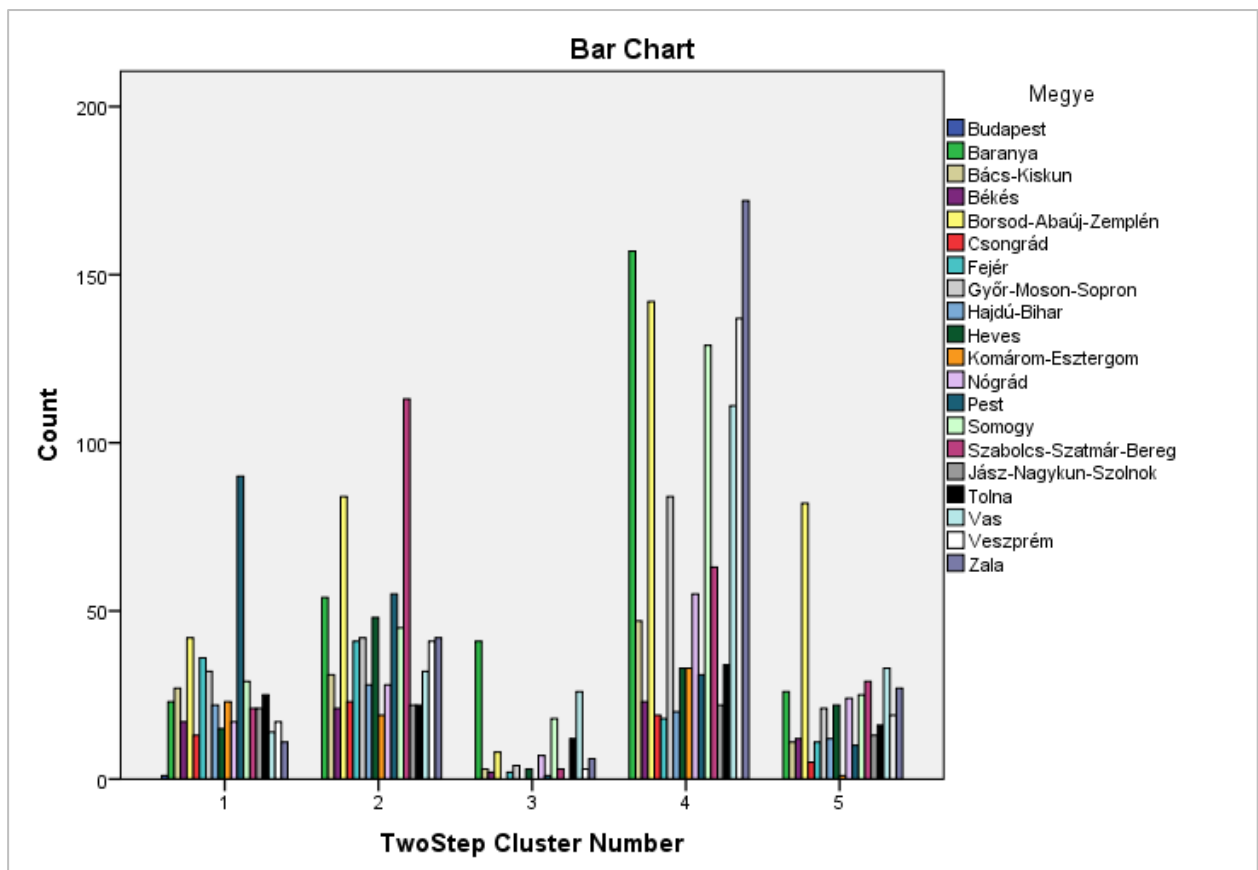
10. melléklet: A hierarchikus klaszterelemzés dendrogramja



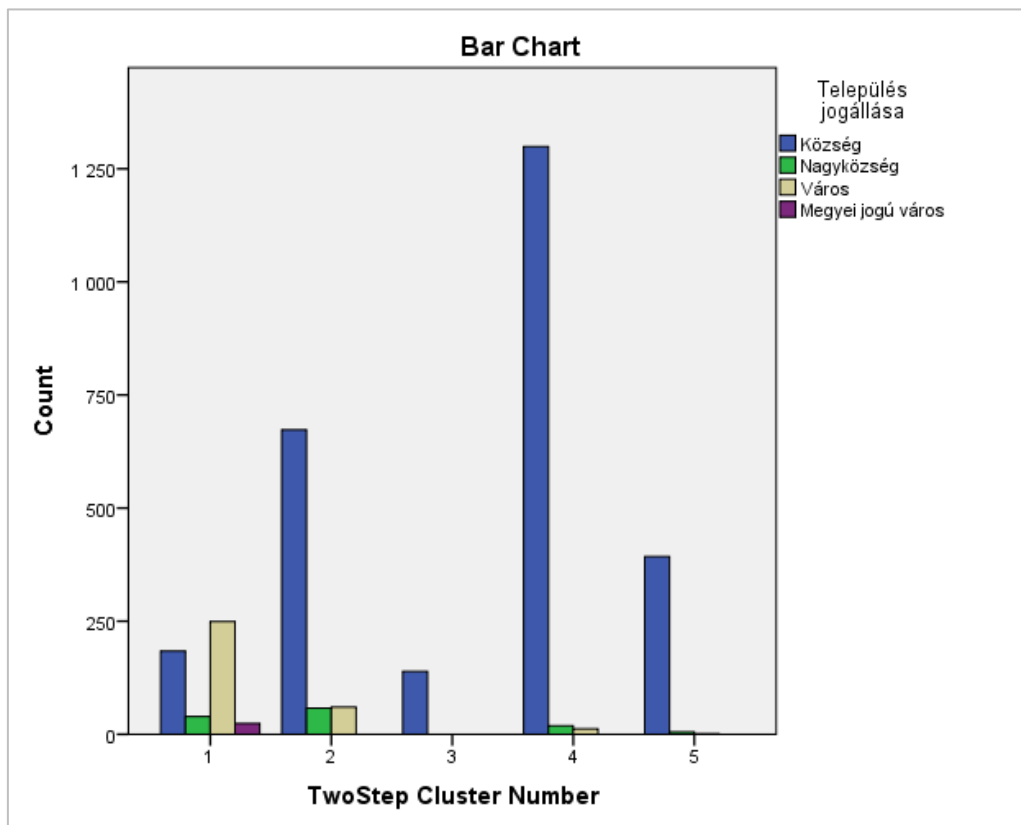
11. melléklet: A Two-step és a K-közép klaszteraljárások eredményének összhangja



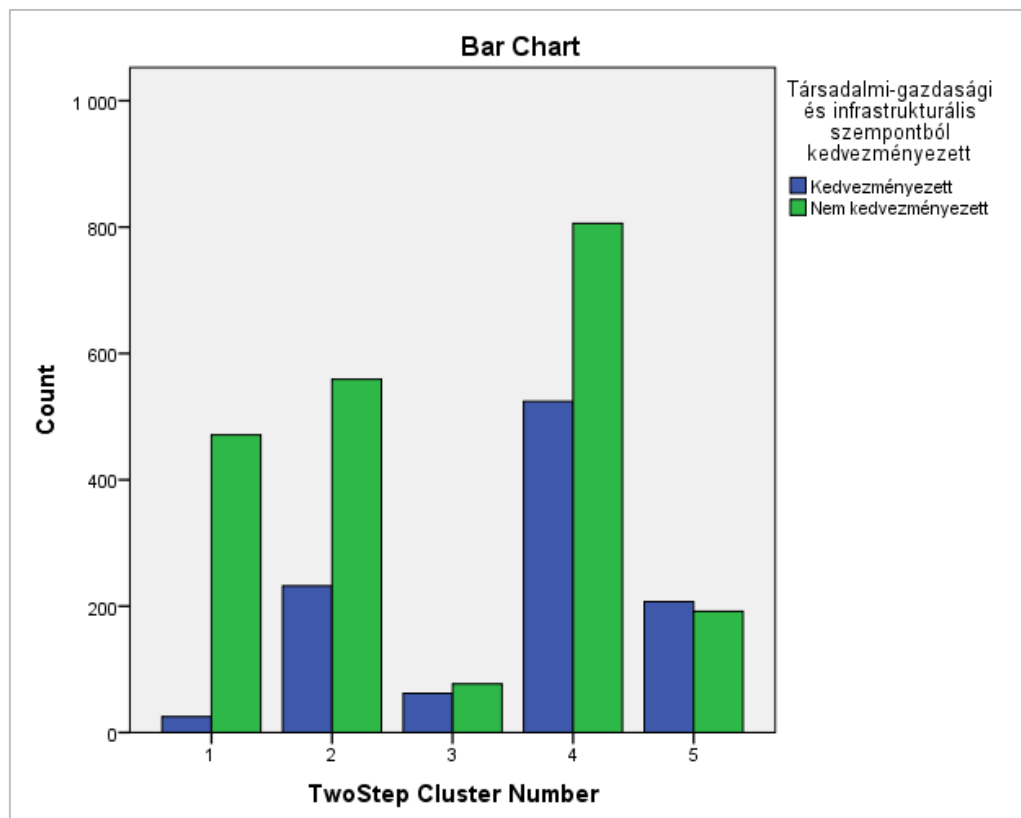
12. melléklet: A klaszterek településeinek területi megoszlása



13. melléklet: A klaszterek településeinek jogállás szerinti megoszlása



14. melléklet: A klaszterek településeinek megoszlása kedvezményezett státuszuk szerint



15. melléklet: A járási szintű vizsgálatba bevont változók Pearson-korrelációs mátrixa

Correlations

		Állandó népesség_Lg	Állandó népességből a 14 év alattiak aránya_Lg	Állandó népességből a 60 éves vagy idősebbek aránya	Népsűrűség_Rec	Községek aránya a településhálózatban_Arsin	Felnőtt háziiorvosi körzetek tízezer 14 éves vagy idősebb lakosra jutó száma	Gyermek háziiorvosi körzetek tízezer 14 év alatti lakosra jutó száma	Vegyes háziiorvosi körzetek 100 000 lakosra jutó száma	Betöltetlen felnőtt háziiorvosi körzetek aránya_Lg	Betöltetlen gyermek háziiorvosi körzetek aránya_Lg	Betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek aránya_Sort	A házi gyermekorvos ellátásban a rendelőn kívül ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma_Lg	A házi gyermekorvos ellátásban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	A háziiorvosi ellátásban a rendelőn kívül ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma_Lg	A háziiorvosi ellátásban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma_Rec	Háziiorvosi tartozó szakpolgárok a polgok egy szolgálatra jutó száma	Komplex mutató értéke	Szelektív morbiditási ráta
Állandó népesség_Lg	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	,080 ,293	-,050 ,514	,704 ,000	-,246 ,001	,366 ,000	,317 ,000	-,592 ,000	,071 ,351	,026 ,736	-,245 ,001	,258 ,001	,180 ,018	,200 ,008	,010 ,894	,164 ,030	,627 ,000	-,306 ,000
Állandó népességből a 14 év alattiak aránya_Lg	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,080 ,293	1	-,896 ,000	,230 ,002	-,247 ,001	-,214 ,005	-,539 ,000	-,029 ,700	-,022 ,771	-,093 ,220	-,025 ,740	-,094 ,218	-,178 ,019	,093 ,221	,294 ,000	,036 ,639	-,154 ,042	-,198 ,009
Állandó népességből a 60 éves vagy idősebbek aránya	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,050 ,514	-,896 ,000	1	-,215 ,004	,233 ,002	,282 ,000	,523 ,000	-,068 ,372	,094 ,218	,122 ,110	,079 ,302	,105 ,169	-,167 ,027	-,123 ,106	-,345 ,000	,018 ,815	,184 ,015	,198 ,009
Népsűrűség_Rec	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,704 ,000	,230 ,002	-,215 ,004	1	-,323 ,000	,318 ,000	,231 ,002	-,661 ,000	-,126 ,099	-,082 ,282	-,355 ,000	,225 ,003	,242 ,001	,289 ,000	,164 ,030	,176 ,020	,703 ,000	-,335 ,000
Községek aránya a településhálózatban_Arsin	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,246 ,001	-,247 ,001	,233 ,002	-,323 ,000	1	-,503 ,000	-,253 ,001	,583 ,000	,054 ,481	-,092 ,225	,243 ,001	-,100 ,190	-,268 ,000	-,213 ,005	,004 ,962	-,030 ,694	-,218 ,004	,165 ,029
Felnőtt háziiorvosi körzetek tízezer 14 éves vagy idősebb lakosra jutó száma	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,366 ,000	-,214 ,005	,282 ,000	,318 ,000	-,503 ,000	1	,805 ,000	-,838 ,000	,153 ,044	,170 ,025	-,260 ,001	,385 ,000	,308 ,000	,035 ,647	-,211 ,005	,439 ,745	,439 ,000	-,106 ,165
Gyermek háziiorvosi körzetek tízezer 14 év alatti lakosra jutó száma	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,317 ,000	-,539 ,000	,523 ,000	,231 ,002	-,253 ,001	,805 ,000	1	-,684 ,000	,166 ,028	,155 ,041	-,163 ,502	,355 ,000	,066 ,870	,023 ,414	-,191 ,732	,069 ,723	,452 ,081	-,080 ,317
Vegyes háziiorvosi körzetek 100 000 lakosra jutó száma	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,592 ,000	,029 ,700	-,068 ,372	-,661 ,000	,583 ,000	-,838 ,000	-,684 ,000	1	-,051 ,502	-,110 ,148	,407 ,000	-,392 ,000	-,375 ,000	-,231 ,002	-,022 ,769	-,134 ,077	-,669 ,000	,324 ,000
Betöltetlen felnőtt háziiorvosi körzetek aránya_Lg	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,071 ,351	-,022 ,771	,094 ,218	-,126 ,099	,054 ,481	,153 ,044	,166 ,028	-,051 ,502	1	,272 ,000	,258 ,001	-,012 ,870	,107 ,159	,062 ,414	-,026 ,732	,027 ,723	-,080 ,091	,076 ,317
Betöltetlen gyermek háziiorvosi körzetek aránya_Lg	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,026 ,736	-,093 ,220	,122 ,110	-,082 ,225	-,092 ,225	,170 ,025	,155 ,041	-,110 ,148	,272 ,000	1	-,047 ,535	-,058 ,449	-,085 ,263	-,008 ,919	,104 ,170	,007 ,922	-,139 ,068	,140 ,066
Betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek aránya_Sort	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,245 ,001	-,025 ,740	,079 ,302	-,355 ,000	,243 ,001	-,260 ,001	-,163 ,032	,407 ,000	,258 ,001	-,047 ,535	1	-,112 ,143	-,067 ,381	-,127 ,096	-,027 ,728	-,082 ,282	-,392 ,000	,288 ,000
A házi gyermekorvos ellátásban a rendelőn kívül ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma_Lg	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,258 ,001	-,094 ,218	,105 ,169	,225 ,003	-,100 ,190	,385 ,000	,355 ,000	-,392 ,000	-,012 ,870	-,058 ,449	-,112 ,143	1	,275 ,000	,151 ,047	-,131 ,085	-,065 ,394	,353 ,000	-,213 ,005
A házi gyermekorvos ellátásban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,180 ,018	,178 ,019	-,167 ,027	,242 ,001	-,268 ,000	,308 ,000	,066 ,385	-,375 ,000	,107 ,159	-,085 ,263	-,067 ,381	,275 ,000	1	,130 ,087	,191 ,012	,040 ,604	,093 ,221	-,021 ,784
A háziiorvosi ellátásban a rendelőn kívül ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma_Lg	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,200 ,008	,093 ,221	-,123 ,106	,289 ,000	-,213 ,005	,035 ,647	,023 ,762	-,231 ,002	,062 ,414	-,008 ,919	-,127 ,096	,151 ,047	,130 ,087	1	,164 ,030	,172 ,023	,211 ,005	-,168 ,027
A háziiorvosi ellátásban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma_Rec	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,010 ,894	,294 ,000	-,345 ,000	,164 ,030	,004 ,962	-,211 ,005	-,191 ,012	-,022 ,769	-,026 ,732	,104 ,170	-,027 ,728	-,131 ,085	,191 ,012	,164 ,030	1	,357 ,000	-,249 ,001	,304 ,000
Háziiorvosi szolgálatokhoz tartozó szakpolgárok egy szolgálatra jutó száma	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,164 ,030	,036 ,639	,018 ,815	,176 ,020	-,030 ,694	,025 ,745	,069 ,366	-,134 ,077	,027 ,723	-,082 ,922	-,065 ,394	-,040 ,604	,172 ,023	,357 ,000	1	,094 ,217	,062 ,418	,062 ,418
Komplex mutató értéke	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,627 ,000	-,154 ,042	,184 ,015	,703 ,000	-,218 ,004	,439 ,000	,452 ,000	-,669 ,000	-,080 ,291	-,139 ,068	-,392 ,000	,353 ,000	,093 ,221	,211 ,005	-,249 ,001	,094 ,217	1	-,502 ,000
Szelektív morbiditási ráta	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,306 ,000	-,198 ,009	,198 ,009	-,335 ,000	,165 ,029	-,106 ,165	-,080 ,292	,324 ,000	,076 ,317	,140 ,066	,288 ,000	-,213 ,005	-,021 ,784	-,168 ,027	,304 ,000	,062 ,418	-,502 ,000	1

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

16. melléklet: A járási vizsgálatban a népsűrűség és a vegyes körzetek ellátott korcsoportra vetített számának parciális korrelációja a komplex mutató hatásának kiszűrésével

Correlations

Control Variables			Népsűrűség_Rec	Vegyes háziiorvosi körzetek 100 000 lakosra jutó száma	Komplex mutató értéke
-none ^a	Népsűrűség_Rec	Correlation	1,000	-,661	,703
		Significance (2-tailed)	.	,000	,000
		df	0	172	172
	Vegyes háziiorvosi körzetek 100 000 lakosra jutó száma	Correlation	-,661	1,000	-,669
		Significance (2-tailed)	,000	.	,000
		df	172	0	172
	Komplex mutató értéke	Correlation	,703	-,669	1,000
		Significance (2-tailed)	,000	,000	.
		df	172	172	0
Komplex mutató értéke	Népsűrűség_Rec	Correlation	1,000	-,361	
		Significance (2-tailed)	.	,000	
		df	0	171	
	Vegyes háziiorvosi körzetek 100 000 lakosra jutó száma	Correlation	-,361	1,000	
		Significance (2-tailed)	,000	.	
		df	171	0	

a. Cells contain zero-order (Pearson) correlations.

17. melléklet: A járási vizsgálatban a népsűrűség és a betöltetlen vegyes körzetek arányának parciális korrelációja a vegyes körzetek fajlagos száma hatásának kiszűrésével

Correlations

Control Variables			Népsűrűség_Rec	Betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek aránya_Sqrt	Vegyes háziiorvosi körzetek 100 000 lakosra jutó száma
-none ^a	Népsűrűség_Rec	Correlation	1,000	-,355	-,661
		Significance (2-tailed)	.	,000	,000
		df	0	172	172
	Betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek aránya_Sqrt	Correlation	-,355	1,000	,407
		Significance (2-tailed)	,000	.	,000
		df	172	0	172
	Vegyes háziiorvosi körzetek 100 000 lakosra jutó száma	Correlation	-,661	,407	1,000
		Significance (2-tailed)	,000	,000	.
		df	172	172	0
Vegyes háziiorvosi körzetek 100 000 lakosra jutó száma	Népsűrűség_Rec	Correlation	1,000	-,126	
		Significance (2-tailed)	.	,099	
		df	0	171	
	Betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek aránya_Sqrt	Correlation	-,126	1,000	
		Significance (2-tailed)	,099	.	
		df	171	0	

a. Cells contain zero-order (Pearson) correlations.

18. melléklet: A járási regressziós modell F-próba statisztikája

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	773580,143	1	773580,143	58,005	,000 ^b
	Residual	2293878,895	172	13336,505		
	Total	3067459,038	173			
2	Regression	1303454,926	3	434484,975	41,872	,000 ^c
	Residual	1764004,112	170	10376,495		
	Total	3067459,038	173			

a. Dependent Variable: Szelektív morbiditási ráta

b. Predictors: (Constant), Komplex mutató értéke

c. Predictors: (Constant), Komplex mutató értéke, Állandó népességből a 60 éves vagy idősebbek aránya, A háziorvosi ellátásban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma_Rec

19. melléklet: A járási regressziós modell együtthatóinak és a multikollinearitást jellemző mutatóinak táblázata

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	2196,165	31,230		70,322	,000	2134,521	2257,809						
	Komplex mutató értéke	-5,314	,698	-,502	-7,616	,000	-6,692	-3,937	-,502	-,502	-,502	1,000	1,000	
2	(Constant)	2051,922	80,389		25,525	,000	1893,232	2210,611						
	Komplex mutató értéke	-5,251	,639	-,496	-8,215	,000	-6,513	-3,989	-,502	-,533	-,478	,927	1,079	
	Állandó népességből a 60 éves vagy idősebbek aránya	18,508	2,893	,399	6,396	,000	12,796	24,219	,198	,440	,372	,871	1,148	
	A háziorvosi ellátásban a rendelőben ellátott esetek egy szolgálatra jutó száma_Rec	3965225,800	787898,113	,318	5,033	,000	2409901,760	5520549,839	,304	,360	,293	,846	1,183	

a. Dependent Variable: Szelektív morbiditási ráta

20. melléklet: A járási regressziós modell Breusch-Pagan és Koenker-tesztjeinek eredményei

```

----- Breusch-Pagan and Koenker test statistics and sig-values -----
              LM              Sig
BP              7,743          ,052
Koenker         5,528          ,137

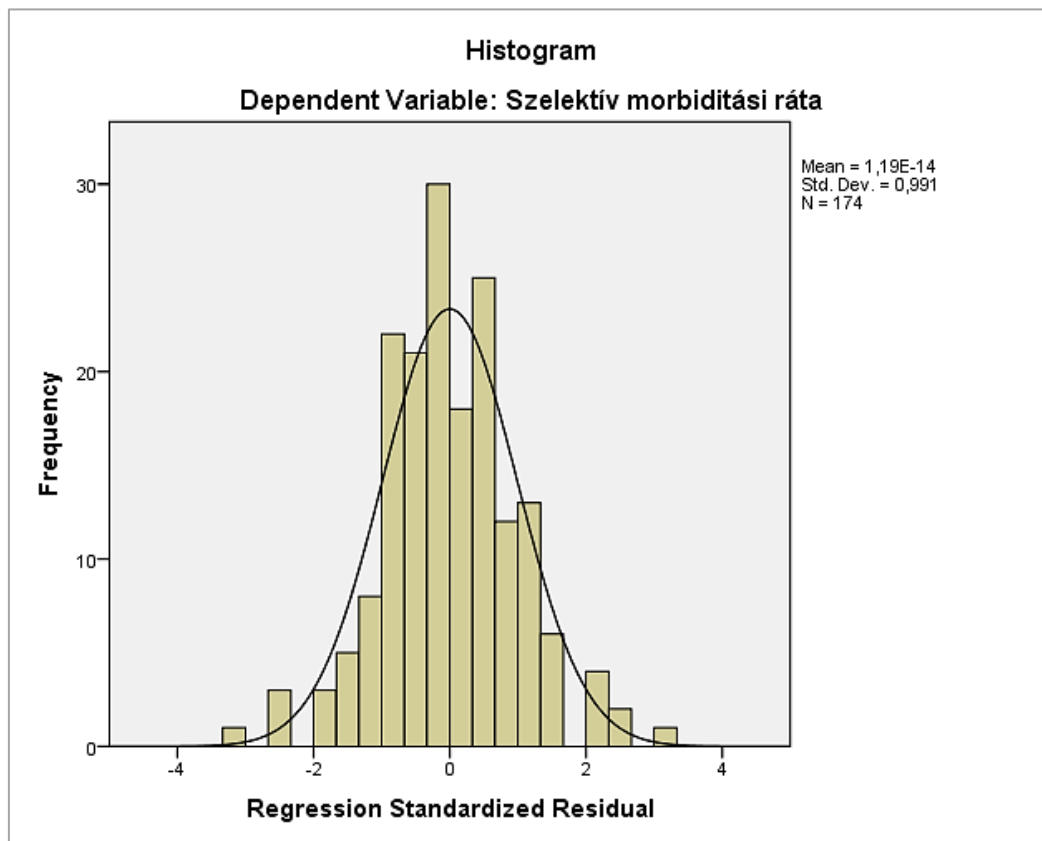
Null hypothesis: heteroskedasticity not present (homoskedasticity).

If sig-value less than 0.05, reject the null hypothesis.

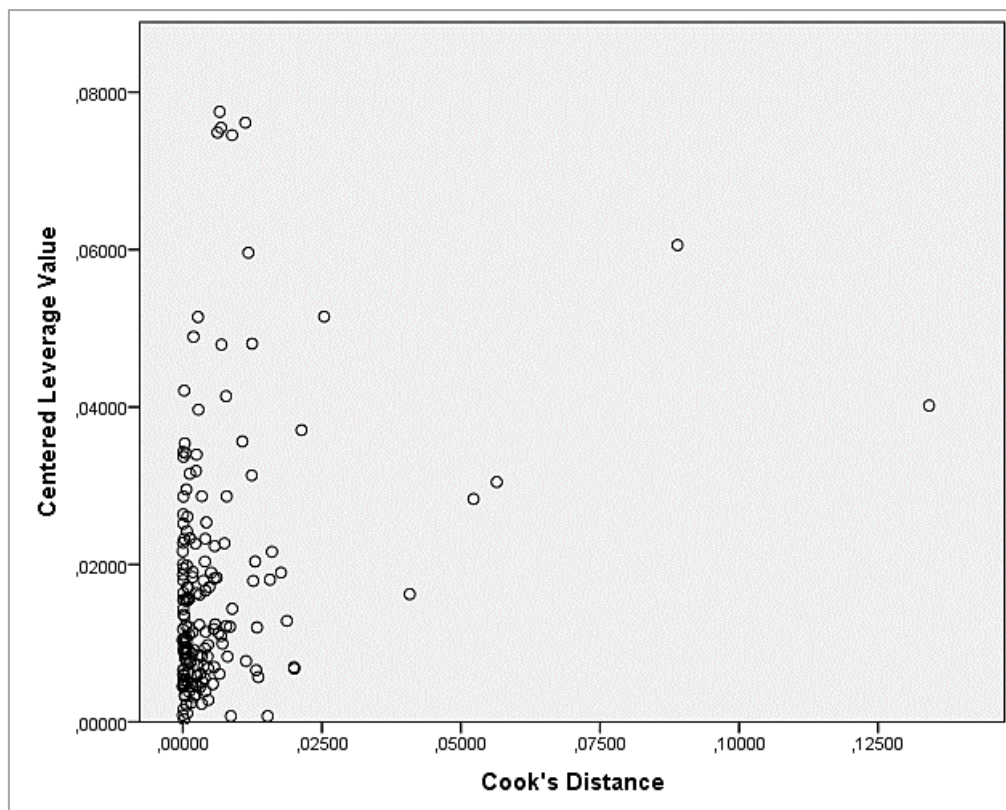
Note: Breusch-Pagan test is a large sample test and assumes the residuals to be normally distributed.

```

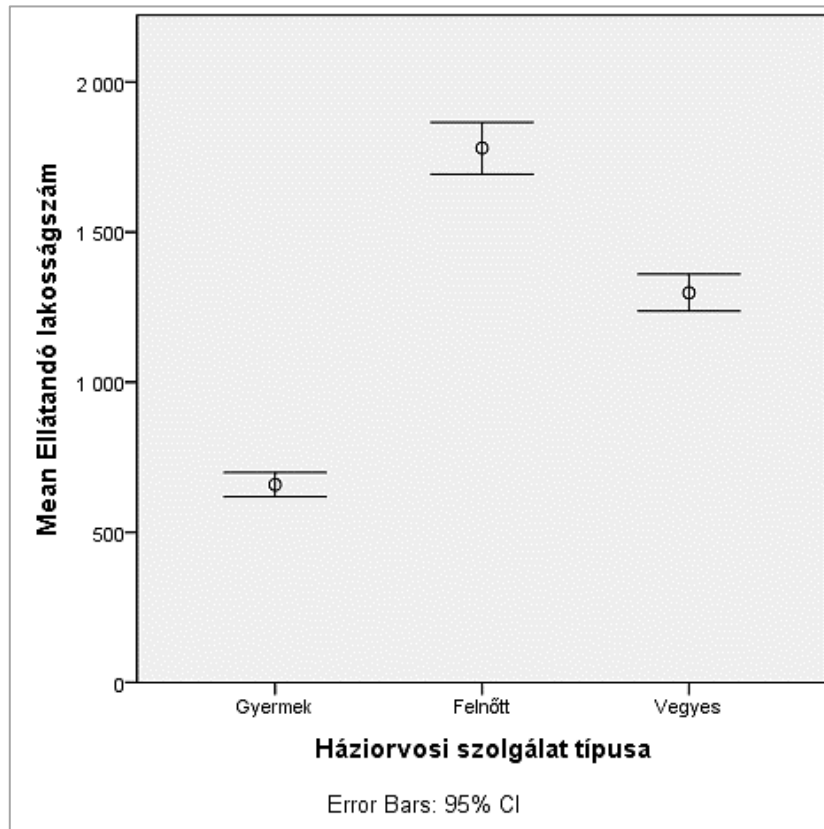
21. melléklet: A járási regressziós modellben a reziduálisok eloszlásának hisztogramja



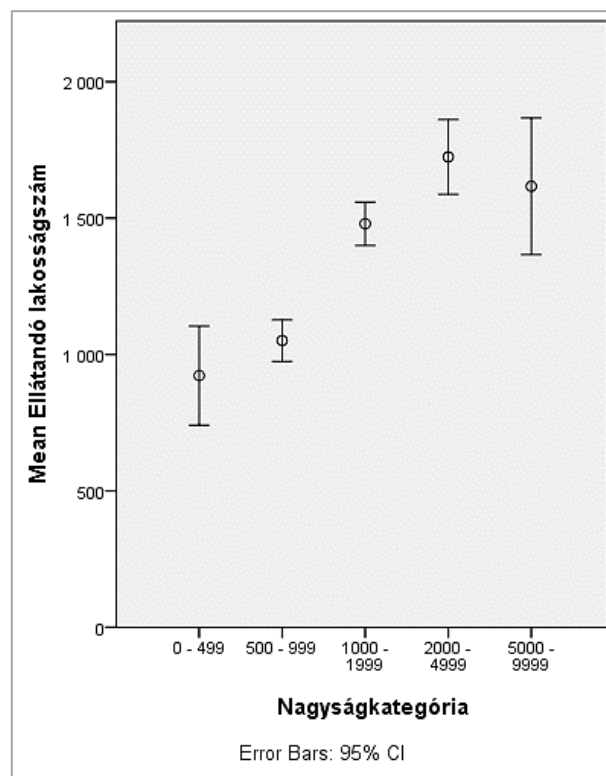
22. melléklet: A járási regressziós modell hibatagjainak Cook-távolsága és Leverage-mutatója



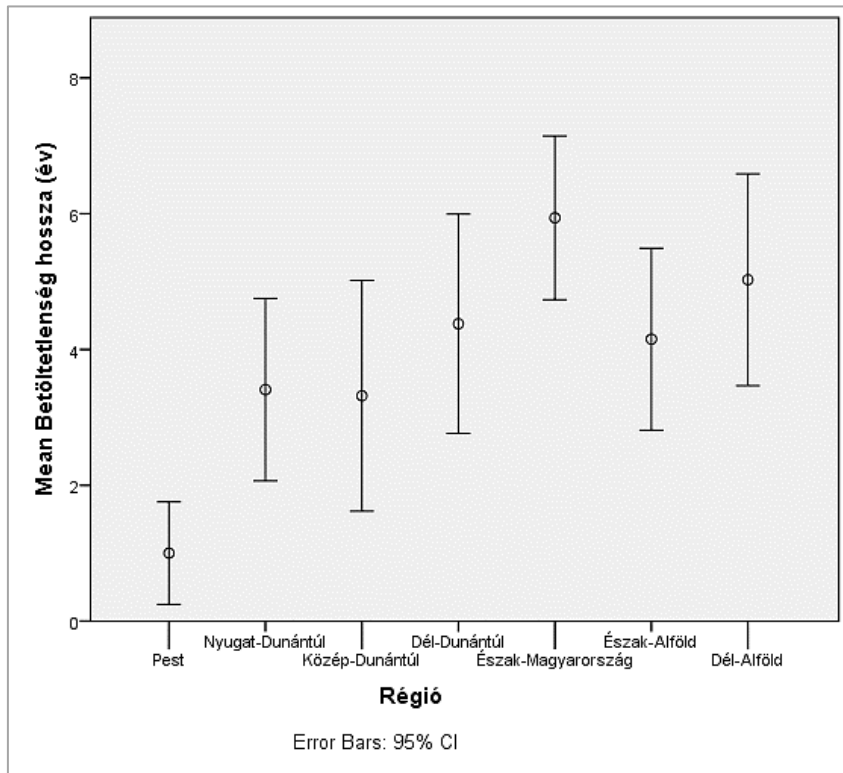
23. melléklet: A betöltetlen háziiorvosi körzetek átlagos ellátandó lakosság száma a körzettípus szerinti csoportokban



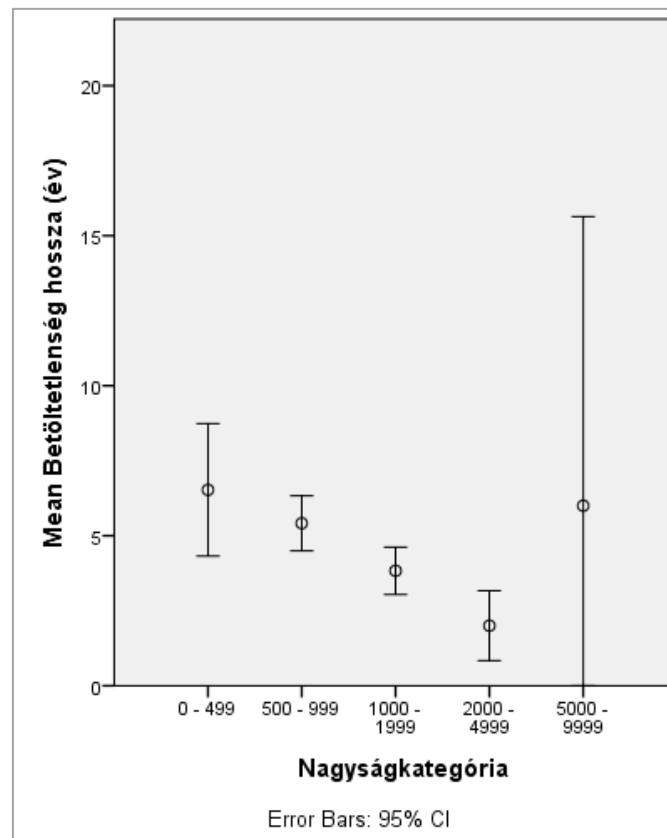
24. melléklet: A betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek átlagos ellátandó lakosság száma a bázis település nagyságkategóriája szerinti csoportokban



25. melléklet: A betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek betöltetlen státuszának átlagos hossza az egyes régiókban



26. melléklet: A betöltetlen vegyes háziiorvosi körzetek betöltetlen státuszának átlagos hossza a bázistelepülés nagyságkategóriája szerinti csoportokban



27. melléklet: Az ÁEEK Alapellátási Osztályának szakértőivel készített interjú kérdéssora (2018. december)

A törvényben meghatározott feladatokon kívül miben látják a háziiorvosi alapellátás legfontosabb funkcióit?

A tapasztalatok szerint mennyire alkalmas a valós igények kielégítésére és a gazdaságos működésre az új háziiorvosi és házi gyermekorvosi körzetek kialakításához rendeletben meghatározott lépték, figyelembe véve a településhálózat területi sajátosságait (pl. a kistelepülések nagyságát és egymástól vett távolságát az egyes térségekben)?

Általában mi tehet ma vonzóvá egy háziiorvosi pályát, azon belül is egy területi ellátási kötelezettséget nyújtó szolgálatot?

A háziiorvosok szempontjából melyek a legfőbb kiváltó okai a körzetek betöltetlenségének? (Tehát annak, hogy a nyugdíjba vonult, vagy az életkorukból adódóan a praktizálást beszüntető, illetve valamilyen egyéb okból elköltöző, praxist otthagyo háziiorvosok távozása után nem érkezik új orvos?)

- A körzetek túl kicsi (nem rentábilis) vagy túl nagy lakosság száma?
- A túl sok helyettesítési feladat?
- A körzethez tartozó települések egymástól vett túl nagy távolsága?
- A körzethez tartozó települések távolsága a városi centrumoktól?
- A körzethez tartozó települések rossz közúti megközelíthetősége?
- A körzethez tartozó települések társadalmi-gazdasági leszakadása?
- A körzethez tartozó települések roma lakosságának magas aránya?
- A rendelés nem megfelelő infrastrukturális feltételei?
- Az ellátás nem megfelelő finanszírozási feltételei?
- Kedvezőtlen személyi feltételek (pl. orvosírnok, személyi asszisztens hiánya)?

Milyen részvételi számokkal jellemezhetőek az eddigi praxisprogramok és letelepedési pályázatok és milyen területi megoszlásban?

Hány háziiorvosi és gyermekorvosi körzetet sikerült betölteni a programok elindulása óta?

Képes lehet-e ellensúlyozni a betöltetlenné váló körzetek gyarapodását a praxisprogram?

Milyen módon lenne ösztönözhető a tartósan betöltetlen körzetek betöltése?

- Magasabb normatív finanszírozás biztosításával?
- Az alapellátási infrastruktúra átfogó fejlesztési programjával?
- A praxisprogramok kibővítésével, magasabb támogatásával?
- Jobb szolgálati feltételek (pl. lakás, autó, telefon, számítógép stb.) biztosításával?
- Az ellátatlan, leszakadó területek átfogó társadalmi-gazdasági, infrastrukturális fejlesztésével?
- Egyéb módon?

A körzetek betöltésében, az orvosoknak vonzó alternatívák kialakításában milyen szerep jut(hat) az önkormányzatoknak?

Mennyire jellemző a határon túli magyar orvosok letelepedése, praxisindítása, pályázati részvétele?

Miben és miért különbözhet a háziiorvosok jogszabályban, szakmai standard-ekben foglalt, és a páciensek által észlelt/elvart szerepe? A tapasztalatok szerint mindez mennyire okoz nehézségeket, konfliktushelyzeteket az ellátásban?

28. melléklet: A praxisközösséget vezető háziorvossal készített interjú kérdéssora (2020. május)

Amennyiben korábban máshol is praktizált, első háziorvosi körzetében melyik évben kezdett el háziorvosként praktizálni?

Eddigi pályafutása alatt hány háziorvosi körzetben praktizált összesen? Mielőtt jelenlegi körzetébe került, mely megyé(k)ben, milyen jogállású bázistelepülésen volt a rendelője? Végzett-e helyettesítést?

Jelenlegi háziorvosi körzetében melyik évben kezdett el háziorvosként praktizálni?

Amennyiben praktizált korábban más körzetben, milyen indok(ok)kal váltott jelenlegi körzetére?

Milyen típusú és mekkora az a körzet, amelyben jelenleg rendelője van?

Jelenleg ellát-e helyettesítést más körzetekben? Amennyiben igen, hány és milyen típusú körzetben teszi ezt?

Mióta működtetik a praxisközösséget? Hány háziorvos vesz részt benne? Milyen szervezeti formában működik?

Hány körzetet lát el a praxisközösség, hány településen, és mekkora népességet az egyes korcsoportokban?

Milyen kiadásokat finanszírozott a 3G pályázat, milyen arányban és mértékben?

Milyen munkamegosztás/beosztás jellemzi a praxisközösséget? Rendelkeznek-e a tagok egyéb képesítéssel a háziorvosi szakvizsga mellett?

Hány körzeti ápolóval dolgoznak? Hogyan működnek együtt az alapellátás többi szereplőjével?

Bevon-e a praxis szakellátási feladatokat végző szakembereket? Mely szakterületeken, milyen feltételekkel?

Hogyan változott az ellátott esetszám a praxisközösség indulása óta? Milyen eredményekről lehet beszámolni a megelőzésben, a szűrésben az egyes korcsoportokat tekintve? Mennyire sikerült csökkenteni a szakellátásba utalásokat, növelni a krónikus betegek szükséges gyógyszerkiváltásait? Mennyire eredményes az egészségnevelés, szemléletformálás?

Mi az általános tapasztalat a praxisközösség működtetésével kapcsolatban? Milyen szinten valósul meg az együttműködés a projektben résztvevő szakemberek között? Mennyire kezelhető a projekttel járó extra adminisztráció?

Kérem, jelölje meg azokat az eszközöket, amelyek az Ön praxisa működésének helyet adó rendelőben megtalálhatóak! Melyiket volt lehetőség a támogatásból beszerezni?

- EKG
- Defibrillátor
- Oszcillométer vagy Doppler-ultrahang
- Elemes otoscop
- Desmareskanál
- Színlátást vizsgáló könyv, Kettesy- vagy Csapody-féle látásélesség vizsgáló tábla
- Babyhaler
- Vérnyomásmérő
- Egyszerhasználatos katéterek különböző méretekben
- Szemöblögető pohár
- Orvosi táska
- Sürgősségi táska

- Ápolói táska
- Asztali számítógép
- Hordozható számítógép
- Nyomtató
- Tűzoltókészülék
- Egyéb (kérem sorolja fel): _____

Hogyan értékeli a Svájci-Magyar Modellprogramot a praxisközösségek létrehozása és működtetése kapcsán?

Ön szerint általánosságban melyek a legfőbb okai az egyes magyarországi régiókban a betöltetlen háziiorvosi körzetek magas, és egyre növekvő számának?

Hogyan értékeli az alábbi, az üres körzetek helyettesítését vagy végleges betöltését szolgáló programokat?

- ÁEEK Praxis-1 és Praxis-2 program
- NEAK Praxisjog-vásárlási támogatás
- NEAK Letelepelési támogatás
- Magyar Falu Program „Háziiorvosi rendelő”

Véleménye szerint milyen módon ösztönözhetné a magyar állam a körzetek betöltését?

Hogyan vélekedik az alábbi, háziiorvoslást érintő aktuális és napirenden lévő kérdésekről?

- háziiorvosi indikátorrendszer
- EESZT
- törzskarton
- kollegiális vezetői rendszer
- praxisok államosítása

Köszönetnyilvánítás

Szeretném köszönetemet kifejezni témavezetőmnek, Dr. Tóth Tamásnak szakmai, kollegiális iránymutatásáért és mentorálásáért.

Köszönöm a támogató háttérrel családomnak, a biztatást és építő kritikákat barátaimnak, és kollégáimnak, hogy pályám kezdeteit kíméletesebbé tették és gondolkodásmódomat bővítették.

Köszönettel tartozom interjúalanyaimnak, köztük az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Alapellátási Osztálya munkatársainak.

Köszönet illeti opponenseimet, a dolgozat értékelésében és javításában közreműködő kollégákat, és mindenkit, aki tanulmányaimat emberileg, szakmailag és adminisztratív vonatkozásaiban is bármilyen módon segítette.