

## Questions of research while examining the organizational development of health care

### Kutatási kérdőjelek az egészségügyi szervezetfejlesztésének vizsgálatában

Paulikné Varga Barbara

tanársegéd, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar  
PhD hallgató, Debreceni Egyetem, Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola

---

#### INFO

**Paulikné Varga Barbara**  
paulikne.barbara  
@foh.unideb.hu

---

#### Keywords

health sociology, social insurance, free health care, primary, outpatient, inpatient care system, health care institutions

---

#### Kulcsszavak

egészségszociológia, társadalombiztosítás, ingyenes egészségügyi ellátás, alap- járóbeteg – fekvőbeteg ellátási rendszer, egészségügyi intézményrendszer

---

#### ABSTRACT

**Abstract.** There are serious debates about the health crisis both in the public sector and the literature. Health care was the first service to be exempted from market law after the Second World War. General and free health care brought hope and relative results following the social shock.. Due to equal access the established health networks were successful in improving health indicators, but this stalled by the end of the 1960s as modernization processes were significantly reduced and "the institutional network was confronted with new challenges ahead." (Szalai J. 1989:171) I begin my examination into the health care system by comparing the causes, phenomena, parallels, and disorganizations of past and present dissonances in primary and specialist care. I assume that having known the basic problems, a successful reform of the health care system can be started by modernization and the organizational development of primary and outpatient care.

**Absztrakt.** A közbeszédben és a szakirodalomban is komoly viták folynak az egészségügy válságáról.

A második világháború után az egészségügy volt az a szolgáltatás, amit elsőként kivontak a piaci törvények alól. Az általános és ingyenes egészségügy a háborús társadalmi sokk után reményt és relatív eredményeket is hozott, de ez az 1960-as évek végére megtorpant, miközben a modernizációs folyamatok is jelentősen csökkentek, és „a megoldásra váró új feladatokkal az intézményhálózat tehetetlenül állt szemben.” (Szalai J. 1989:171) A mai egészségügyi rendszer vizsgálatát azzal kezdem, hogy összehasonlítom az alap- és szakellátás területen a múltbeli és a napjainkban keletkezett diszsonancia

---

---

okait, jelenségeit, párhuzamosságait, szervezetlenségeit. Feltételezem, hogy az egészségügyi rendszer eredményes reformját csak az alapproblémák ismeretében, az alap- és a járóbeteg-ellátás korszerűsítésével, szervezeti fejlesztésével lehet elkezdni.

---

## Egészségügyi rendszer problematikájának gyökerei

### **A modernkori állami egészségügyi ellátás a közegészségügyre fókuszált**

Az árutermelés ipari megjelenése, a termelés folyamatos fokozása a társadalom életmódját átalakította, miközben az egészségügyi intézkedések hiánya tömegpusztító járványokhoz vezetett. Az 1830-as európai kolerajárvány rávilágított a lakosság fizikai és biológiai környezetének rendkívüli hiányosságaira, és a járvány előtérbe helyezte a köztisztaság, a táplálkozás, a lakás- és munkaviszonyok javításának kérdését. Ez a változás már előrevetítette az egyén gyógyításán túl, az emberek nagyobb csoportjának, a közösségnek a védelmét, így a közegészségügy szerepét és fejlesztésének fontosságát (Bezerédyné, Hencz, & Zalányi, 1967). Megfogalmazódott a társadalom-egészségügy fejlesztése iránti igény. Megállapították, hogy a lakosság egészségi helyzete és egészségügyi ellátása szorosan összefügg a társadalmi helyzetével, élet- és munkakörülményeivel. Folyamatosan módosították a lakosok szociális és gazdasági helyzetéből adódó, az egészségügyi állapotukban a károsodást megakadályozó, illetve hatásukat megszüntető vagy csökkentő egészségügyi és szociális intézkedéseket.

Fontos változást hozott az 1868-ban megalakult Országos Közegészségügyi Tanács, melynek javaslatára létrehozták a szegény falusi lakosság egészségügyi ellátására a községi orvosi intézményeket, valamint szülésznői állásokat. Ennek elsődleges és leghamarabb észlelt eredménye a beteg személyek helyi ellátása volt, de ennél is jelentősebb célként fogalmazódott meg, hogy a közegészségügy eredményesebb működése érdekében szükség van a társadalom közreműködésére, az egészségügyi feladatok végrehajtása során a lakosság bekapcsolódására. Legfontosabb megoldandó feladatként a kóros tényezők távoltartására, az egyén ellenálló-képességének fokozására és a fertőző betegségek visszaszorítására irányuló kutatásokat határozták meg. 1927. június 1-jén kezdte meg működését az Országos Közegészségügyi Intézet (OKI), egy olyan központi irányítású állami szervezet, amely a helyi intézményeket irányította és működtette. 1927–1945 között az OKI kiépítette a járványügyi szolgálatot, előállította a szükséges oltóanyagokat, megszervezte az ivóvíz-ellenőrzést, fióklaboratóriumokat létesített, megalkotta a gyógyszerek törzskönyvét, felvilágosító tevékenységet végzett, megszervezte az ápoló- és védőnőképzést. (Simonovits, 1975)

1945 után gyakorlatilag több fertőző betegség teljes felszámolása megvalósult, valamint a preventív védőoltások alkalmazásával bekövetkezett a fertőzésveszély jelentős csökkentése, amely nemzetközi téren is figyelemre méltó eredménynek számított. (Például a gyermekbénulási, diftéria, tetanusz járvány gyakorlatilag megszűnt, a diperte oltás alkalmazásával a fertőzések szórványbetegséggé váltak, később a védőoltások hatására a kanyaró is.) A járványokkal szembeni eredmények azonban nem

csökkentették a lakosság egyéb, esetenként krónikus vagy munkahelyi megbetegedéseinek számát.

### **Szakmai és vállalati betegpénztárak kialakulása, fejlődése**

A járványok tapasztalatainak és az orvostudomány eredményeinek hatására a gazdaságilag fejlettebb államok közfeladatnak ismerték el a járványok elleni küzdelmet. Megoldották a higiénés viszonyok javítását, viszont a lakosság gyógyítását már nem vállalta fel egyetlen állam sem. A dolgozók egészségügyi ellátásáról az önszegélyező egyesületek, társulások, munkáspénztárak, biztosító pénztárak gondoskodtak. Szakmai és vállalati szinten már 1840-ben foglalkoztak a betegpénztárak létrehozásával. Az ipari fejlődés lelassulását követően, a 70-es évek derekán az iparban dolgozó munkásokat sújtó válságot csak az Általános Munkás Betegségélyező és Rokkantpénztár és néhány helyi egyesület támogatásával vészelték át. Hatására 1891-re már kötelező, ágazati szervezésű, szolidaritásra épülő betegségbiztosítás működött a gyáripari alkalmazottak részére, amely Bismarcki modell néven vált nemzetközileg is közzismertté és követendővé. (Szikra, 2000)

Hazánkban a Bismarcki modell bevezetése 1891-től indult el, amely kiterjedt az ingyenes orvosi ellátásra, az ingyenes gyógyszer és gyógyászati segédeszköz-ellátásra, valamint a keresőképtelenség harmadik napjától a 13. hét végéig terjedően a táppénz fizetésére. 1927-től a társadalombiztosítás főbb alkotóelemei (betegségi, baleseti, öregségi és rokkantsági biztosítás) mellett a munkanélküliség elleni biztosítás is elérhetővé vált. (Csemniczki, 2000)

A nyugat-európai normákhoz hasonlóan a magánalkalmazottak a táppénztől a családi pótlékon át a nyugdíjig a járandóságok egész sorát igénybe tudták venni. Bár az előnyök kiterjesztésére lett volna igény, viszont a betegbiztosítás hiányosságaira az élet hívta fel a figyelmet. 1938-ban csupán csak a lakosság egyharmada élvezte a társadalombiztosítás valamely formáját, a kívül rekedtek csak minimális elsősegélynyújtásban reménykedhettek. A mezőgazdasági munkások biztosítási hálózata tőkéjében és nyújtott szolgáltatásaiban is igen szegényes volt, de mégis védte őket valami, szemben azokkal a munkás- és parasztrétegekkel, akik öngondoskodásra voltak „kényszerítve”. (Szalai, 1986) A hiányosságok ellenére a Bismarcki modellben a szolidaritási elv erőteljesen érvényesül: a befizetés jövedelemarányos, a természetbeni ellátás a szükséglettel arányos. A német egészségbiztosítás ma is e modell szerint működik. Ezt a modellt vették át a közép-európai országok a XIX. század végétől, és ehhez tértek vissza döntő többségükben a volt szocialista országok 1989 után. (Ágoston, és mtsai., 2012) Hazánkban azonban a II. világháború után bevezetett szovjet mintájú egészségügyi rendszer lényegében nem bomlott fel, hanem felemás módon összefonódott az új igények szerinti egészségügyi rendszerrel.

### **Ingyenes általános egészségügyi ellátás**

A háború kárvallottjai, emberáldozatai nemcsak a frontokon meghalt, a koncentrációs táborokban és a különféle hadifogolytáborokban és börtönökben elpusztultak voltak, hanem azok a túlélők is, akik évekig várták a saját hazájuktól, hogy betegségük, árvaságuk, elhagyatottságuk terheit, betegségeik gyógyítását, mindennapi életükben az újrakezdés anyagi részét legalább részben átvállalja. Ez nemcsak magyar jelenség volt,

de a Magyarországon ez nagyobb terhet jelentett, mint azokban a fejlettebb államokban, ahol a társadalombiztosításnak nagyobb hagyománya, kiterjedtebb bázisa volt. Ehhez társult, hogy a szovjet hadsereg bevonulása után – még a szocialista rendszerre való áttérés előtt – joggal gondolhatták, hogy a sérült, rokkant, megözvegyült, árva lakosságról való gondoskodás állami feladat.

Hazánkban Lengyelországhoz, Csehszlovákiához és Romániához hasonlóan 1948-ban az egészségügyi rendszer működtetésében bevezették a szovjet Szemaskó modellt. A modell lényege, hogy a lakosoknak állampolgári (nem biztosított) jogon jár az ingyenes orvosi ellátás, így materiális és jogszabályi bázis megteremtése által az egészségügy igénybevételeit állampolgári joggá tették.

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

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

Az erős körzeti orvosi ellátás „kapuőri” feladatokat is kapott, azaz a szakellátást a körzeti orvos beutalása alapján lehetett igénybe venni. Ehhez nagyméretű járó- és fekvőbeteg ellátására alkalmas intézményeket hoztak létre, és a progresszív ellátás érdekében megerősítették az egyetemi centrumokat. Az extenzív fejlesztés eredményeként, igaz, alacsony bérek mellett, de gyorsan nőtt az egészségügyi dolgozók létszáma.

A Szemaskó modell bevezetésének célja a „magas szintű, mindenki által hozzáférhető, térítésmentes egészségügyi ellátás” volt, ami a későbbiekben megvalósíthatatlannak bizonyult. A célok és a lehetőségek ellentmondásainak következményeként ún. „szükséglet-diktatúra” alakult ki az egészségügyi ellátásban, azaz az állampolgárok ahhoz az ellátáshoz jutottak hozzá, amit az állam nyújtani akart és tudott a számukra. A rendszert az állandó átszervezés jellemezte, mivel a területi elv kontra ágazati prioritások a vitát nem tudták megnyugtatóan lezárni. Hiánygazdálkodás alakult ki, ennek összes negatív velejárójával együtt. Az egyenlőtlenség sokáig fennmaradt, mivel a lakosság 20–60 százaléka (elsősorban a mezőgazdasági dolgozók) kezdetben ki voltak zárva a teljesen ingyenes ellátásból. (Simonovits, 1975) Majd a hozzáférhetőség társadalmi korlátait fokozatosan az ingyenesség garantálásával igyekeztek lerombolni. 1950-ben még csak a lakosság 47 százalékának (4,4 millió fő) járt az ingyenes egészségügyi ellátás. A másik 53 százaléknak – a fizetésre kötelezett lakosoknak – fizetnie kellett a kórházi ápolási költséget, amennyiben nem volt jogosult a társadalombiztosítás szolgáltatásaira. Az ápolat fizetése képtelensége esetén a fizetési kötelezettség áterhelődött az ápolat házastársára, gyermekére, szülőjére. (Szalai, 1986)

1958-63 között a tsz-esítés első nagy hullámával a belépő tsz-tagok a „szocialista szektorbeli” munkaviszonnyal együtt társadalombiztosítási tagsággal járó kedvezményeket kaptak. A következő 5 évben a népesség körében további 25 százalékkal nőtt a társadalombiztosítási juttatásokra jogosultak aránya. A tsz szervezés időszakának végére a népesség döntő hányada megszerezte a jogosultságot, ennek következtében 1975-ben az egészségügyi ellátás állampolgári joggá vált.

Az 1950-70 közötti időszakban a körzeti orvosi hálózat bővítése is napirenden volt. Kiürült irodahelyiségből, boltból, raktárból alakították át a rendelőt, várót. Az orvosokat direkt vagy indirekt eszközökkel irányították a körzetekbe. Ezt különösen indokoltá tette, hogy időközben nemcsak az ellátandók száma növekedett, hanem egy országos települési átrendeződés is végbement, ugyanis a belső migráció a városiasodást fokozta. Az új gazdasági mechanizmus bevezetését megelőző néhány év lényeges változásai döntő szerepet játszottak az egészségügyre. A hangsúly a közösségi fogyasztás alapjairól átkerült az egyéni fogyasztás színvonalának emelésére, a lakáshelyzet javítására valamint az iskolázási-szakmaszerzési lehetőségek felszabadítására, amelynek hatásait az egészségügyi rendszerben szintén érezni lehetett.

## Rendszerváltás és az egészségügyi rendszer feloldatlan problémái

### Az ellátási rendszer alapproblémái

Kétségtelen, hogy évekig látványos sikerei voltak az egészségügyi rendszernek, miközben az életszínvonal nem emelkedett, így az egyes egyének betegségének gyógyítása inkább csak propaganda szintjén szerveződött meg. A rendszerváltáskor – a Kádár korszak konszolidációját, egészségügyi rendszerét itt most átlépve, de számba véve – egy rendhagyó problémával szembesült a magyar társadalom és egészségügy.

A szocializmusban az általános foglalkoztatás kötelezettségéből logikailag az is következett, hogy mindenki finanszírozta a saját egészségügyi ellátását, a nyugdíjjárulékát, amelyből az állam megszervezte az ő ellátását. A kor embere azonban ezekkel a fogalmakkal nem találkozott, a gondoskodó államot – látszólagos hasonlóságai miatt – azonosította a jóléti állam felé vezető szakasszal. Ma már tudjuk, hogy a különbség magából a rendszerből következett. 1989 után a politikai rendszerváltást követő gyors privatizáció hatására százezrek váltak munkanélkülivé – egyes statisztikák szerint 1989–1996 között másfél millióan, és a foglalkoztatottság 40%-ra csökkent (Szalai, Nincs két ország..., 2007.) – tartalékaik nem lévén, szintén az államtól vártak segítséget. A segítség elmaradt, de a lakosság ekkor azokhoz a törvényes eszközökhöz nyúlt, amelyeknek nem vagy alig volt fedezete, nevezetesen egyfelől a táppénz, a leszázalékolás, a rokkantnyugdíj igényléséhez, a fiatalabbak pedig a gyermekvállaláshoz, amely után ellátásban részesültek az anyák. Ez az ellátórendszer minden ágát megterhelte, de a politikai kényszer hatására egyelőre nem volt más alternatíva. Időközben azonban a segélyezésre berendezkedő életvitel elfogadottá vált, és az egészségügyi ágazat ma is szembesül ezzel a torzult társadalmi ténnyel. Másrészt a közellátás – legyen az alapellátás és/vagy szakellátás – egy szintjét kénytelen ma is ingyenessé

tenni az állam, mert az állampolgárok ellátása az emberi jogokhoz igazodó WHO szerint is megilleti a lakosságot, ugyanakkor az aktív keresők befizetésének alacsony volta miatt a korszerűsítéshez szükséges feltételekre nem maradt megfelelő fedezet. Ebben a csapdahelyzetben részben a magánosítás ad egy kiutat az azt megfizetni tudóknak, de ez nem rendszer szerint, jogilag meghatározott keretek között felépített ág az egészségügyben. Másfelől kénytelen az állam új megoldásokat keresni, új fejlesztési stratégiát kidolgozni az egészségügyi ágazat egészére és az egyes elemeire is. Erre spontán kezdeményezés alapján, de már jogilag is keresztülvihető módon történtek kezdeményezések, közülük az egyik legbiztosabb a magán és a közellátás eredményeit ötvözni képes, új alternatívát kínáló csoportpraxis eddigi tapasztalata.

### **Az egészségügyi ágazat strukturális átalakulásának elvi és gyakorlati aspektusai**

A 21. században az egészségügyi rendszer értelmezése kiszélesedett. Az elmúlt évszázadban az ellátási rendszerek struktúrája és a finanszírozás kérdése jelentette a központi rendezési és értékelési szempontot, az ezekre kidolgozott válaszok meghatározták az egyes országokra jellemző betegellátást, a prevenció színvonalát, a gondoskodás eredményességét. Ehhez társult a képzési szintek, formák kialakítása, az oktatás és a kutatás nemzetközi színvonalához való igazodása. Mindezek folyamatos korszerűsítése is nagy feladat, azonban mára az egészségügy rendszere jelentős átalakuláson ment át, hiszen az internet globalizáló hatásának, a digitális adatbázisok gyakorlati jelentőségének, a gyógyszeripar óriási fejlődésének, a képalkotó diagnosztikai módszerek elterjedésének köszönhetően ma már egészségügyi iparról is beszélhetünk. Nefiodow, Leo írásaiban, a gazdaságban elfogadottá vált hosszú ciklusok, hullámok korábbi megfogalmazójának, Kondratieffnek a munkásságát folytatva, azt fogalmazta meg, hogy a 21. században a hatodik ciklus indult el. Az új fél évszázad korszakát meghatározó innovációnak az összetevőit a technológiai, a gazdasági, a társadalmi és az adott idő elemzésével kezdte, de sikerét nem a technológiától, az innovációtól tette függővé, hanem az emberek lelki és testi egészségétől. Mondandójának a jelentőségét több szempontból vizsgálhatjuk, hiszen az információrobbanás következményeivel és az életkor meghosszabbodásával már a mai kor embere komoly megfelelési kényszerbe került, és az aktivitását is kénytelen tovább megőrizni. (Nefiodow, 2014)

A WHO 2005. évi Bangkoki Charta néven ismertté vált dokumentuma szerint „Az egészség minden ember egyik alapvető joga, és magában foglalja a mentális és szellemi jólétet”. Nefiodow is ebből indult ki, szerinte az egészség nem csupán a betegség vagy a fogyatékosság hiánya, hanem a teljes fizikai, mentális, társadalmi és szellemi jólét állapota. Ennek megteremtéséhez és megőrzéséhez a hagyományos egészségügyi rendszer mellett egy második egészségügyi ellátási ágazat alakul ki rövid időn belül, és ebben a biotechnológiai értékláncban a for- és a nonprofit szolgáltatások, amelyek elsősorban az emberre koncentrálnak.

A magyar egészségügyi rendszerre is hatnak a fentebb felsorolt változások, azonban olyan problémák sorozatával is meg kell küzdenie, amelyek a jelenben tapasztalható strukturális, tartalmi, financiaális, menedzsment és szakember ellátási reformokat kívánnak.

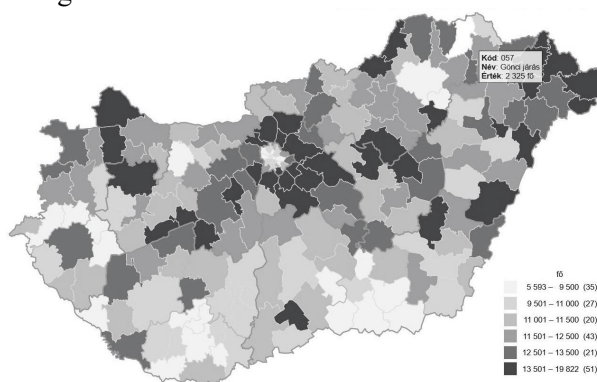
## Változtatási lehetőségek vizsgálata

Talán a legszembetűnőbb problémát, az ellátási rendszer fejlesztését jelenleg elsősorban gazdasági kérdésként kezeli a politika. A társadalmi esélyegyenlőség, az ellátáshoz való hozzáférés területi eltérései miatt egyre fokozottabban jelennek meg más rendezendő kérdések is, így a finanszírozás átalakításának az igénye, a közfinanszírozás-magánfinanszírozás problematikája, a szakember ellátottság, a strukturális változások szükségessége, stb.

### Az egészségügyi ellátás első szintje a körzeti-, a háziorvosi rendszer

Az 1876. évi XIV. törvénycikk – a közegészségügy rendezéséről a községek lakosságának rendszeres orvosi szolgálattal való ellátását állapította meg, ezt nevezték el körorvosi intézménynek. A körök szervezésével és betöltésével kapcsolatos intézkedés jogát a községekre és a törvényhatóságra ruházta. A községek nehézkesen tudták kiegyenlíteni az orvostartás költségeit. Ennek következtében a körorvosi állásokra csekély illetményt állapítottak meg. 1885-ben megvizsgálták, hogy milyen eredményeket sikerült elérni 1876 és 1885 között. A törvény előírta, hogy 10000 lakosra egy körorvost kellett juttatni, de sok helyen a földrajzi elhelyezkedés, a települési és népesedési viszonyok következtében nem tudták ezt megoldani. A kormányzati szervek a helyzet megoldására engedélyezték a nagyobb lélekszámú körzeteket, valamint azt is, hogy több kört is ellásson egy körorvos. A fejletlen kulturális és mostoha anyagi viszonyok miatt a községek lakói az egészen ingyenes orvosi szolgálatot sem vehettek igénybe. (Simonovits, 1975)

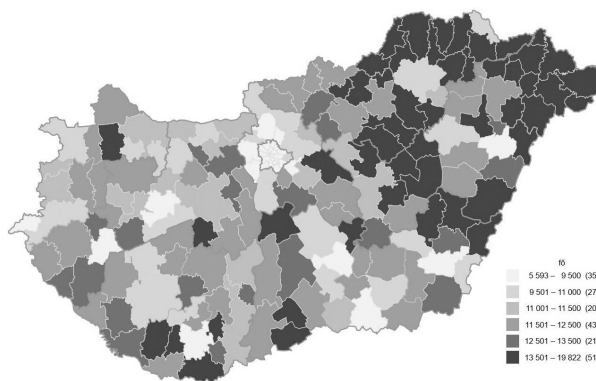
Hazánkban jelenleg a felnőtt háziorvosi körzetekben 1200–1500 fő, gyermekkörzet esetében 600–800 fő az ideális bejelentkezett pácienslétszám, akikkel a megelőzés, gyógyítás érdekében a háziorvosnak foglalkoznia kell. Az 1. ábra a körzet típusától függetlenül az egy háziorvosra jutó lakosok számát szemlélteti a KSH honlapján megtalálható 2016-os adatok alapján. A sötétebb árnyalatú színek azon járásokat mutatja, ahol számarányaiban rendkívül magas ez az érték, és ez az eltérés a háziorvosok túlterheléséhez és kiégéséhez vezethet.



Forrás: KSH, saját szerkesztés

1. ábra Egy háziorvosra jutó lakosok száma 2016

A rendszerváltás óta eltelt időben, bár még elmarad az uniós átlagtól, de növekedett a Magyarországon élők születéskor várható átlagos élettartama. Az OECD 2019. novemberében közzétett egészségügyi jelentése alapján egy átlagos magyar előreláthatólag 75,9 évet fog élni. A jelentés alapján ennél kisebb érték csak Mexikó, Lettország és Litvánia esetében látható.<sup>1</sup> Az adatokat elemezve azonban jelentős különbségek figyelhetők meg a különböző társadalmi-gazdasági csoportok között. A diplomás magyar férfiak 12,6 évvel, a nők 6,4 évvel élnek tovább az alacsony képzettségűekhez viszonyítva, ami természetesen nem a képzettségből következik, hanem a valószínűsíthetően egészségesebb életvitelükből. A különbségek lehetséges magyarázatát két megközelítésből szemléltetem. Egyrészt az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlőtlen hozzáféréssel: a magyarok 6%-a nem fér hozzá az alapszintű orvosi ellátáshoz. Ha a lakosságszámhoz viszonyítjuk, akkor 1000 lakosra átlagosan 3,3 orvos és 6,5 nővér jut. Ez kicsivel alacsonyabb az OECD átlagnál. (OECD, 2019) A KSH adataira hivatkozva a városokban majdnem 2,5-szer több az ezer főre jutó orvos, mint a falvakban. Az egy háziorvosra jutó betegforgalmat szemlélteti a 2. ábra, amelyről megállapítható, hogy az ország más területeihez viszonyítva az észak-magyarországi és észak-alföldi régióban lényegesen magasabb a háziorvosi szolgálatok igénybevétele.



*Forrás: www.ksh.hu, saját szerkesztés*

## 2. ábra Egy háziorvos és egy gyerekorvosra jutó betegforgalom 2016,

A számadatok mellett az egészségszociológiai vizsgálatok is azt mutatják, hogy a társadalmi-gazdasági helyzet és a munkával való elégedettség jelentősen befolyásolja az egészségi állapotot. (R. Fedor, 2018; 2019.)

A másik megközelítés a lakosok rizikótényezőknek való nagyobb kitettsége. Az egészségi állapotra ható legkockázatosabb tényezőket figyelembe véve következő megállapításokat fogalmazták meg: a 15 évesnél idősebb magyarok 25,8%-a minimum napi szinten dohányzik, illetve 62,3%-a túlsúlyos vagy elhízott. A jelentés alapján az 5–9 éves gyerekek 31,4%-a túlsúlyos. A krónikus betegségek aránya a halálokok között 7,6%-os nálunk. (OECD, 2019)

<sup>1</sup> Az OECD jelentésébe az EU tagállamai, Svájc, Norvégia, Izland, Kanada, az Egyesült Államok, Mexikó, Chile, Ausztrália, Új-Zéland, Törökország és Izrael került be.



Az OECD rendszeres jelentéseihez rendkívül fontos, hogy megfelelő információkat kapjanak. „Ezek közül is megemlítendő a megfelelő adatok rendelkezésre állása és transzferálhatósága, hiszen a tudományos alapokon álló egészségpolitika nemzetközi együttműködésben valósul meg. (Gulácsi, 2019)

Egy közösség, egy ország lakosságának egészségi állapotát, egészségügyi rendszerét a társadalmi-gazdasági, életmódbeli, környezeti állapota határozza meg, amely örzi a lakosság múltbeli életmódját, kormányzásának az eredményességét, a kulturális gyökereket, amelyek egy bonyolult, komplex rendszert alkotnak. Erre alapozhat a jelen szakpolitikája.

Ennek legfontosabb eszköze az interszektorális együttműködés, amely kiterjed:

- a népegészségügyi tevékenység minden elemére,
- az egyes feladatokhoz igazodó, fenntartható szervezeti keretekre,
- az egészségbarát kormányzásra (közpolitika hatással van a lakosság egészségére, ezért szükséges annak tudományos igényű vizsgálatára, kompromisszumokra, harmonizálásra – a finanszírozásban is).

„A kormányzás maga a lakosság egészségének az egyik legfontosabb meghatározója (Commission on Social Determinants of Health, 2008).”

„Az egészségbarát kormányzás olyan kormányzási mód, amely valamennyi szektorra és az egész társadalomra kiterjed a lakosság egészségének fejlesztése érdekében.” (Vokó, 2019)

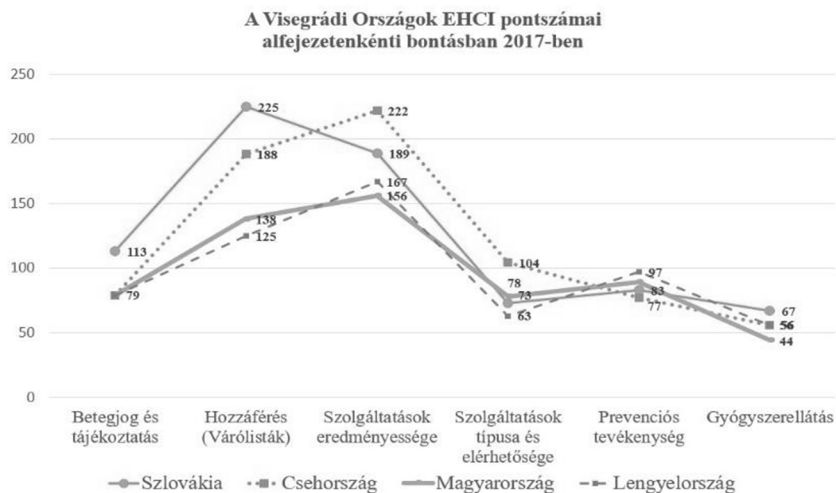
### **Alternatívák a magyar egészségügy fejlesztésében**

A köz- és magánfinanszírozású rendszerekben nem csupán a szolgáltatásbővülés, hanem egyfajta modernizációs törekvés is differenciálódik. Egyelőre nehéz a hatékonyságról beszélni, mert komoly összefonódások is jellemzőek. Nincs ugyanis két rendszerre elégséges orvosi szakszolgáltatásra alkalmas humánlétszám. Ráadásul a magán-szféra csak a fizetőképes rétegeknek alternatíva, amely hazánkban hosszú távú fejlesztésre nem elég nagy létszámú, ami az egészségügy kettészakadását eredményezheti. Így egyre jellemzőbb az állami és magánfinanszírozás összefonódása, az úgynevezett szürke vagy szürkezőnás összekapcsolódás. A két szféra szétválasztása viszont csak a rendszer duplikációját jelentené, és hosszabb távon mindkettő működési zavarokkal küzdene, mert nincs a rendszert ellátni tudó szakember állomány. Vannak kutatások, amelyek szerint „transzparens, szinergista együttélést kell létrehozni, ahol a magánforrások a közszféra működését is támogathatják. Alapvető állítás, hogy a két szféra társadalmi igazságosságot nem sértő, a populációs egészségi állapotot nem veszélyeztető együttműködésének feltétele a megfelelő minőségű és hozzáférésű közszolgáltatások léte. (Kincses, 2019)

Amennyiben a magyar egészségügyért felelős kormányzati és szakmai vezetők meg akarják tartani a modern társadalmak emberjogi alapelveit, akkor a társadalmi igazságosság és a szociális biztonság megteremtése érdekében a két rendszer együttélését úgy kell kialakítani, hogy a társadalom minden tagja részesülhessen a népegészségügyi állapotot javító ellátásban.

Az egészségügyi ellátórendszerhez való lakossági hozzáférési egyenlőtlenséget támasztja alá a Health Consumer Powerhouse Ltd által mért Európai Egészségügyi Fogyasztói Index (EHCI), amely 35 európai ország egészségügyi rendszerét értékeli,

amelyhez a betegjogokat, a szolgáltatásokhoz való hozzáférést, a szolgáltatások eredményességét és elérhetőségét, valamint a prevenciók tevékenységét és a gyógyszerellátást vizsgálja.



Forrás: (Paulikné Varga, 2018)

### 3. ábra A Visegrádi Országok Európai Egészségügyi Fogyasztói Indexe 2017-ben

A Visegrádi Országok teljesítményét elemezve Csehország 2005 óta stabilan őrzi pozícióját az országok rangsorában. Szlovákia a szolgáltatásokhoz való hozzáférés alfejezet indikátorainak javításával (a szakorvosok közvetlen elérése, a 7 napon belüli CT vizsgálat, a 21 napnál rövidebb idő alatt elérhető rákterápia vagy a 90 napnál rövidebb választott időpontban elvégzett műtét) ért el hatalmas előrelépést az elmúlt időszakban. A 48 indikátort figyelembe vevő értékelési rendszer alapján Magyarország és Lengyelország 2017-ben a 29. helyen végzett. A hazai prevenciók tevékenységét vizsgálva vannak pozitív mutatóink a védőoltások, a HPV védőoltás átoltottság, a fizikai aktivizálás, valamint az antibiotikum felírás gyakorlatának területén, de az indikátorok többségében jelentős változtatásra van igény. (Paulikné Varga, 2018)

Kijelenthetjük a fentiek alapján, hogy az egészségbiztosítási rendszer, a gazdasági adottságok és a költségvetési keretek országonkénti eltérései jelentősen befolyásolják az egészségügyi ellátás színvonalát. Ugyanakkor ennek a négy országnak a jelenlegi egészségügyi szisztémájában több az azonos vagy rokon jegy, hisz mind a négy országban ismét a szolidaritás elvű Bismarcki egészségbiztosítási modell került bevezetésre. Jellemzői: nem az egész lakosság biztosított, jövedelemarányos járulékbefizetés van érvényben, a magánbiztosítás kiegészíti az erős tb-alapú rendszert. Magyarországon és Lengyelországban az egészségügyi szolgáltatók köztulajdonban vannak, amely szervezetek inkább együttműködnek, mint versenyeznének. Ezzel szemben Szlovákiában és Csehországban lehetőség van a szabad választásra, akár az egészségbiztosítók, akár a szolgáltatók esetében.

A felsoroltak valamennyi eleme nélkülözhetetlen, mégis elsőként az egészségügyi reformok finanszírozásának problematikáját szokás említeni, miközben a fő cél az egészségügy teljesítményének a növelése, és ilyen megközelítésben a két tényező szorosan összefügg egymással. A megoldást az egészségügyi reformok sikerességétől várja mindenki. A várt sikeresség feltétele viszont a hatékonyság, ami azt jelenti az egészségügyben is, hogy a befektetett pénz egyre többet ér, azaz a befektetés általános termelékenysége növekszik. Az egészségügyi közgazdaságtan célja a szűkösön rendelkezésre álló források oly módon történő elköltése, hogy az a lehető legtöbb értéket és jólétet eredményezze. Például annak vizsgálata, hogy egy változás (például új terápia) esetén a társadalmi/jóléti nyereség magasabb-e, mint a társadalmi/jóléti költség. (Gulácsi, 2019)

A magyar lakosság egészségi állapotának a megítélésénél egyik fontos kritérium, hogy milyen az ellátáshoz való a hozzáférés, milyen a gyorsasága, azaz mennyi idő alatt ér el a megfelelő kezeléshez, hiszen a hozzáférési különbségek az életkilátás és az életminőség esélyeit is jelentik.

A jelenlegi háziorvosi ellátás rendszere ugyan folyamatosan változik, de máig a rendszerváltás óta kiadott rendeletek határozzák meg<sup>2</sup>, amelyek közül kiemelhető a 2015. évi törvény, amely az alapellátás korábbi szabályozottságát beépítve már tartalmazza a nemzetközi irányzatokhoz való kapcsolódási alternatívákat, és lehetőséget ad a praxisközösségek és a csoportpraxisok létrehozására is. A háziorvosi munka igen széleskörű, elsődleges feladata természetesen a gyógyító munka, de ezen kívül kapcsolatot tart a szakrendelőkkel, adatszolgálati kötelezettsége van a népegészségügyi szolgálat, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő felé. A fenti feladatokon túl a vállalkozó háziorvos a saját szakszemélyzetének a kiválasztását, munkájának irányítását, fizetését is köteles biztosítani. A fentiek mellett azonban olyan rendszerszerű problémákkal is találkozhatnak, amelyek legtöbbször külső okokra vezethetők vissza. Ilyenek a területi ellátás egyenlőtlenségéből fakadóan a körzetek kialakításának a problémái, a területi ellátási kötelezettség, az ügyeleti rendszer anomáliái, de a legszembetűnőbb a technikai eszközök különbözősége, amely vagy a rendelő működtetőjének vagy a vállalkozó orvos alacsony anyagi lehetőségéből adódik. A háziorvosok – más egészségügyi szakmák képviselőivel együtt – rendszeresen jelzik, hogy a költségeik meghaladják a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől kapott bevételeiket. Korábban az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) tapasztalatai szolgáltattak alapot, amelynél a háziorvosi szolgálatok voltak az ellátási események fő szervezői, mivel a beteg egészségi állapotának felmérését követően ők tervezték meg az igénybe venni kívánt ellátási események szükségességét. (Sinkó, 2005) Jelenleg az indokolt vizsgálatok érdekében szigorították a háziorvosok beutalási jogosultságát, bevezették a központi várólistát, valamint az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Teret. Mára

---

<sup>2</sup> 1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról

11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről

és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól

2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről

2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

annyi tapasztalat gyűlt össze, hogy kijelenthető, korrekcióra lenne szükség, külön betegút kialakítása vált indokolttá a krónikus betegek kiszűrésére, kezelésére, és a szakorvosi ellátás tehermentesítésére.

Ezek a tények indokolták tesznek egy olyan fejlesztést, új programot, amelynek fő célja, „hogy javuljon a lakosság egészségi állapota, növekedjen a születéskor várható élettartam és az egészségben eltöltött életevek száma, a fejlesztés járuljon hozzá az alapellátás prevenciós fókuszú áthangolásához, és ezáltal a lakosság egészségtudatosságának növeléséhez, valamint a megelőzéssel kapcsolatos területi egyenlőtlenségek csökkentéséhez.”(EFOP-1.8.2-17)

### **A népegészségügyi modellprogram**

A 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről (Öotv.) teremtette meg a praxisjog intézményét Magyarországon, majd a 2015. évi CXXIII. törvény 2. §-a definiálta a praxisközösség és a csoportpraxis fogalmát, feltételezzük, hogy praxisközösség olyan új szervezeti és működési forma lehet, amely a lakossági szűrések és az állapotfelméréseken túl az egészségügyi ellátás reformjához hozzá járulhat. A formális definíció alapján az ismérvei a következők:

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

A praxis az egészségügyi szolgáltató azon szervezeti formája, ahol az ellátó és a szolgáltató azonos, a praxis működtetője/tulajdonosa személyes közreműködőként részt vesz az ellátás nyújtásában, a praxis esetében – ellentétben más szervezeti formával (pl. intézmény) – szervezetében és személyi körében nem különül el a működtető, a management és az ellátói kör.

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 a területileg egymás mellett levő háziorvosi szolgálatokat működtethetnek. A csoportos praxis 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 feladatszerzési, gazdálkodási előnyökkel jár, de ezen keresztül javítja az ellátás hozzáféréseinek, rendelkezésre állásának minőségét. A praxis, mint önálló szervezeti forma az alapellátásban jellemző, de a járóbeteg-szakellátás területén is értelmezhető működési mód.

### *A praxisközösségek eredményességének vizsgálata*

Az egyenlőtlenségek csökkentésére az 1240/2011. (VII. 15.) Korm. rendelet alapján került meghirdetésre a Svájci- Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, amely a praxisközösségi formára épült. Az EFOP 1.8.0 VEKOP 17 pályázat keretei között 4 praxisközösség alakult meg 16 településen, összesen 24 praxis közreműködésével. A modellprogram teljes ideje alatt (2013. júliusa és 2016. márciusa között) 162 munkavállaló dolgozott a projektben (Sinkó, és mtsai., 2017). A projekt összes, elszámolható költségének 85%-át a Svájci Hozzájárulási Alap fedezte, emellett a fennmaradó 15% saját erőt a Magyar Költségvetés biztosította. A program célja a megelőzésre és a krónikus betegségben szenvedők gondozására összpontosító, közösségi orientációjú, a

helyi közösségeket – különösen a roma lakosságot – bevonó egészségügyi alapellátási modell kidolgozása és tesztelése volt, a helyi kisebbségi önkormányzatokkal, helyi egészségügyi és szociális szolgálatokkal és orvosi karokkal együttműködésben, továbbá a tapasztalatok alapján ajánlások kidolgozása az országos egészségpolitika számára. (Ádány, 2017)

A modell tesztelésére Észak-magyarországi és Észak-alföldi régió társadalmilag és gazdaságilag hátrányos helyzetű településein került sor, ahol a magas betegforgalom mellett kiemelkedő a roma lakosság aránya és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés is elmarad az országos átlagtól. Buzás és szerzőtársai cikkében számadatokkal bizonyították a praxisközösség behívási gyakorlatának és egészség-felmérési tevékenységének eredményességét. Egy másik fontos megállapítás: a háziorvos-beteg találkozást követő egészségi állapot felmérésre küldés sikerességét jelentős mértékben befolyásolja a háziorvosi rendelő és a szűréshez használt ingatlan távolsága. Berettyóújfaluban a kialakított kis távolság következményeként a „hagyományos” toborzáshoz viszonyítva kétszer annyi ember jutott el a felmérésekre, vagyis rendkívül hatékonyan végezték, ezáltal az állapotfelmérésre eljuttatás fajlagos költségét jelentős mértékben csökkentették.

A kísérleti program 2016-ig volt tervezve, azóta azonban újabb pályázati lehetőséget írtak ki, ami azt jelenti, hogy a program folytatódik. Az első pályázati lehetőség folytatásaként kiírt Három generációval az egészségért I. pályázat keretében 2018. nyarán 81 praxisközösség ért el sikeres pályázatot, és 2019-ben megjelent a Három generációval az egészségért II. pályázat kiírása is.

Az eddigi eredményeket értékelve a következőket rögzíthetjük. Az első modellprogram végrehajtására az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) partnerségi megállapodással konzorciumot hozott létre. A jelentkező praxisközösségek részletes tájékoztatást kaptak a modellprogramról, valamint a jelentkezési feltételekről és az ellátandó feladatokról. A részvételi felhívásra történő jelentkezés a disszeminációban való részvételi szándék kifejezésére irányult, melyet pozitív elbírálás után munkaviszony létesítése követett.

A konzorcium, illetve a pályázati kiírás kilenc különböző profilú munkacsomagot állított össze, amelyet a konzorciumi partnerek között osztott meg, és munkában részt vett a Debreceni Egyetem teamje is. A felmérések eredményeiről, egyes programjainak összegzéséről Prof. Ádány Róza és munkatársai több publikációja számol be.

A munkacsoport által vállalt feladatok nem szervezeti, sokkal inkább a népegészségügyi felmérések, életmódivizsgálatokhoz kapcsolódó tanulmányokat vállalták. Az 5. számú munkacsoport, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) a praxisközösségek tevékenységéről és azok koordinálásának szakmai előkészítését kapta, de ez valójában nem szervezeti, csupán az adott program szervezésére vonatkozott, vagyis nem határozta meg ennek a szervezetnek a lényegét.

A kísérleti modell kiállta a próbát, sok embert megvizsgáltak, felvilágosítottak, új szemléletet terjesztettek, ami a megelőzésben sokat segíthet, de a fenntarthatóságot nem garantálta.

<b>Munkacsoport száma</b>	<b>Munka és feladatköre</b>	<b>Kijelölt konzorciumi partnerek</b>
1	Programmenedzsmnt	Állami Egészségügyi Központ- Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet- MAPI Magyar Fejlesztési Iroda Zrt. (ÁEK-NEFI MAPI)
2	Szakmai előkészítés, módszertani fejlesztés és monitorizás	Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI)
3	Informatikai fejlesztés	Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK)
4	Képzések	Debreceni Egyetem (DE)
5	Praxisközösségek tevékenysége és annak koordinálása	Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI)
6	Roma közösségek speciális programjai	Debreceni Egyetem (DE)
7	Kutatási programok	Debreceni Egyetem (DE)
8.	Egészségpolitikai elemzések és ajánlások	Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ (SE-EMK)
9	Külső kommunikáció	

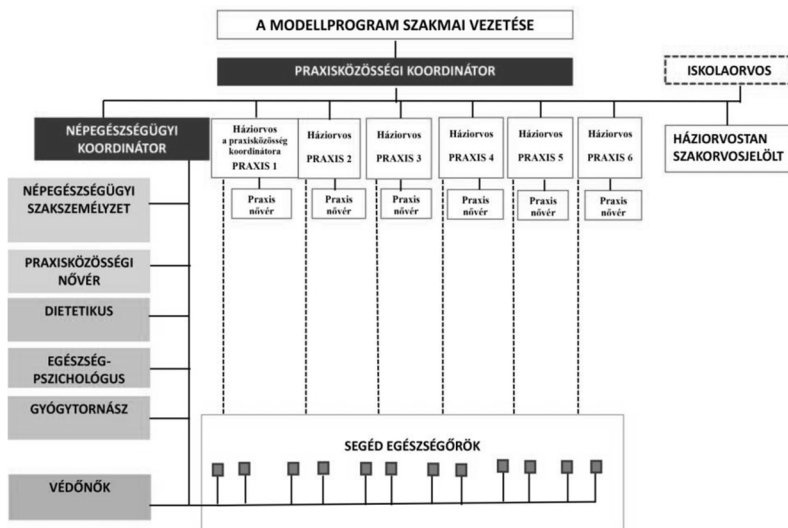
*Forrás: (Margitai, 2016)*

#### 1. táblázat A konzorciumi partnerek feladatmegosztása

A program során a praxisközösség ebben a formában tematikailag nem elégséges az egészségügyi rendszer reformjához, mert a pályázat célja nem az alapellátás, hanem a prevenció segítése volt. Pontosabban a népegészségügy fejlesztése a felvilágosítás, a prevenció eszközeivel, egy adott pályázat segítségével. Ezen kívül több tényező tisztázatlan:

- nem tiszta, hanem vegyes profilú volt a praxisközösség, volt benne gyermekorvos is.
- volt olyan praxisközösség, ahol a projekt vezetője nem egészségügyi dolgozó volt, hanem szociológus
- a praxisközösség számára nyert pénzt egy város önkormányzata kapta, tehát a vagyonszerzés nem probléma.

A modell szervezési és szervezeti eredményeiről a modellprogram projektmenedzsmnt szervezet vezetője, Margitai Barnabás tett közé releváns információkat. (Margitai, 2016)



Forrás: (Margitai, 2016)

4. ábra A modellprogram szakmai vezetése

Ez a kettős vezetésű szervezet nem mutatja meg, hogy a kijelölt munkaprogramokat a praxisközösségi és a népegészségügyi koordinátor hogyan hangolta össze.

A pályázatot nyert praxisközösségek tagjai nem váltak önálló jogi személylé, hanem egyetemleges felelősség mellett külön-külön szerződő félként vettek részt a teljesítésben. A szerződést is így írták alá. A Kbt. 25. §-a szerint a polgári jogi társasághoz hasonló jogi keretek között rendez néhány minimumszabályt a konzorciumi tagok egymás közötti és külső jogviszonyára tekintettel.

A praxisközösségek a pályázat idejére létrehozott projektszervezetként, konzorciumként működnek, tagjai felosztják egymás között a projektmutatók (indikátorok és műszaki szakmai tartalmak) teljesítését.<sup>3</sup> A tagok felelősséggel tartoznak a saját vállalásaik határidőre történő teljesítéséért. A konzorciumi együttműködési megállapodás része a tagok által elszámolható költség és az arra jutó támogatási összeg felosztása. A konzorciumvezető szakmai és pénzügyi beszámoló elkészítésére és benyújtására kötelezett a projekt előrehaladásáról és eredményeiről. A projekt megvalósítása során a támogatás felhasználásával beszerzett eszközök és egyéb vagyoni jogok a beszerző, illetve létrehozó konzorciumi tagot illeti meg. A beszerzett eszközök és létrehozott immateriális javak felett tulajdonjogot, szerzői jogot a vállalt feladatok mértékéig szerezhetnek.

A praxisközösségek a projekt időszakára, ad hoc szervezetet hoznak létre. A háziorvosok kiválasztanak egy konzorciumvezetőt maguk közül, aki a pályázat ideje alatt

<sup>3</sup> A konzorcium: több kedvezményezett támogatásával megvalósuló projektek esetében a részes felek (tagok) polgári jogi szerződésben szabályozott munkamegosztásán alapuló együttműködése, a projekt közös megvalósítása, valamint ennek érdekében közös gazdasági érdekeik előmozdítása és erre irányuló tevékenységük összehangolása céljából, de nem jogi személy.

összefogja és irányítja a praxisközösség munkáját. Mindhárom pályázat esetén konzorciumi formába terelik a háziiorvosi szolgáltatásokat, amelyben a pályázati struktúra igyekszik megoldani a gazdálkodási kérdéseket. Az Alapellátás-fejlesztési Modell-programhoz hasonlóan a Három generációval az egészségért program I. és II. pályázatok problémája is azonos, hiszen konkrét, rövid időszakra hirdették meg a konzorcium működését.

A gazdálkodási kérdések nyitottak maradnak. A praxisközösségek fenntarthatósága nincs szabályozva. Nem rendelkezik a felvett munkaerő sem jogi, sem foglalkoztatási kérdéseivel. A továbbműködtetés és a fenntarthatóság nem garantált. Az ad hoc szervezet megszűnése után az alkalmazottak jogviszonya és az ellátott tevékenységük megszűnik. Jó kísérleti modellként tekinthető, de a vidéki területeken a profilitás nem életszerű. Működőképessége a pályázatok rendszeres kiírásától függ.

### **A praxisközösség és a csoportpraxis közötti különbség értelmezése**

A praxisközösség a jelenlegi formában nem tekinthető hosszútávon működőképesnek, de kiválóan alkalmas egy új munkakultúra megteremtésére, amelyet a gyakorlatban megfogalmazódó igények módosíthatnak, és ez egy alulról induló új működési koordinációt eredményezhet. Ennek a finanszírozás korlátai mellett más okai is vannak. Kincses Gyula szerint a házi orvosok korösszetétele, a vidéki, elsősorban a kistelepülések ellátása komoly működési anomáliákat mutat. A szükséges korszerű orvostechnika nem működtethető költséghatékonyan egy orvos által. A megnövekedett feladatokat csak csapatok tudják ellátni, különben nem teremthető meg az ellátás hatékonysága. Ráadásul az alapellátási és a szakellátási munka integrálására lenne szükség, amely mind a szakmai tudást, mind a megfelelő eszközök beszerzését hatékonyabbá, az ellátás színvonalát pedig magasabbá tehetné.

Az elsődleges továbblépési lehetőség az egészségházak kialakítása és működtetése lenne, ahol az alapellátás tevékenységén túl egyes szakorvosi ellátások is elérhetővé válnának, ezáltal hatékonyabban működhetne a betegmenedzselés. Javulna a háziiorvosi teljesítményértékelés. A krónikus betegségek gondozása a beteg megítélése alapján is mérhetően jobb irányba mozdulna el. Az időtényezőn kívül az egészségbiztosítási hasznáról sem szabad elfelejtkezni, csökken a betegszállításra fordított idő és költség.

Az ilyen csoportpraxisok állami támogatással nagyban javítanák a magyar egészségügyi ellátást, különösen azok számára, akik a magánfinanszírozású ellátást nem tudják igénybe venni. A csoportpraxis kialakításával hosszabb távon egy olyan szervezeti struktúra alakulhatna ki, amelyre egy komplex egészségügyi reform épülhet.

„A csoportpraxisban egy közösségi egészségházban eltérő szakképesítésű orvosok, nővérek, diplomásnővérek együtt, teamként nyújtanak emelt szintű alapellátást és erre épülő egészségügyi szolgáltatásokat egy 15–20.000 fős közösségnek. A praxistagok között kötelezően van háziiorvosi képesítésű, nőgyógyász és gyermekgyógyász, de lehet akár fül-orr-gégész, allergológus, vagy belgyógyász is. A csoport kompetenciája (tudásszintje) így magasabb, mint egy házi orvosé, hiszen különböző szakképesítésű emberek dolgoznak együtt. Közösén használják a műszereket, így a műszerezettség is lehet korszerűbb, mint egy „normál” praxisban, és a drágább műszerek kihasználása, megtérülése is jobb így.” (Kincses, 2019)



A két szervezeti forma között jelentős különbség van.

A praxisközösségek homogén praxisok közössége, ahol az orvosoknak kötelező ugyan továbbképzéseken részt venni, de nincs további szakosodási elvárás. A csoportpraxis esetében egy helyen többféle szakellátás valósítható meg. Megfelelő szervezéssel a rendelési idők összehangolása lehetővé tenné, hogy akár a háziorvosok újabb szakorvosi képesítés szerzésével, megfelelő technológiai felszereltség esetén a két ellátási szint kiegészíthetné egymást.

Az 5. ábra útmutatása szerint a hagyományos alapellátási orvosi feladatok így beépülnek a csoportpraxisba, de a csoportpraxis átveszi a szakrendelések rutineseteinek jelentős részét is. Így értelmesebb, rugalmasabb, fenntarthatóbb lesz az egészségügyi szerkezete, és az ellátások összességében közelebb kerülnek a lakosokhoz. (Kincses, 2019) Egy ilyen komplex megoldással költséghatékonyabbá válhatna a közfinanszírozású szakorvosi ellátás, csökkenne a kórházak terhelése, és hosszabb távon kialakulhat egy olyan szervezeti kultúra, amelyre egy komplex egészségügyi reform épülhet. Ráadásul az egészségügy morális felelősségét, a szolidaritást is javítaná.



Forrás: (Kincses, 2019)

5. ábra Az alapellátás szükséges változása

A kormányzat az elmúlt évben új stratégiai fejlesztésre tett ígéretet, mivel bebizonyosodott, hogy az ellátórendszer nem tartható fenn a jelenlegi indikátorok és paraméterek alapján.

2019. december 25-én megjelent a Magyar Közlönyben a 358/2019. (XII.23.) kormányrendelet az egészségügy átalakításának nyolc legfontosabbnak ítélt pontjáról. Sajnálatos módon az átalakítás programja csak a jelenlegi helyzetet javítaná, de továbbra sem tekinthetjük ezt átgondolt stratégiai folyamat dokumentumának, amely a már jól látható rendszerszintű hiányosságokat feltárná és az egészségügy átalakításával orvosolná.

## Összefoglalás

A lakosság egészségi állapota, az egészségbiztosítás jelenlegi helyzete indokoltá teszi a hazai egészségügyi rendszer fejlesztését, modernizálását. Ezen belül a legtöbb beteg az ellátórendszer korszerűsítése érinti, így ennek a szervezetfejlesztése kiemelten fontos. A legnagyobb probléma, hogy jelenleg a szervezetfejlesztés koncepciója morfosztatikus megvalósítású, azaz csak egyes szervezeti részeket érint, miközben az ágazatnak morfogenetikus változásra lenne szüksége. A társadalmi nyomás is az egészségügyi ágazat átgondolt, alapjaiban történő átstrukturálását óhajtja. A praxisközösségek pályázati lehetőségeivel, valamint a Magyar Közlönyben decemberben meghirdetett 8 ponttal elindult a folyamat, de csak a helyzetelemzésig jutott. Reménykedünk, hogy a közeljövőben már lesz az egészségügynek új szervezetfejlesztési stratégiája is. Ehhez kívánok a szakemberállomány szakképzettségének, nyitottságának, együttműködési feltételeinek felmérésével, elemzésével hozzájárulni. Ahhoz szeretnék hozzájárulni, hogy javíthassuk a társadalom azon rétegeinek is az alap- és szakellátását, akik hátrányos területen élnek, és a magánszféra szolgáltatásait nem tudják megfizetni. Számos tisztázatlan kérdés van még, így: Az esélyegyenlőséget a csoportos praxisközösségek megteremthetnék, de kérdés, hogy a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó ellátások finanszírozása és működési költségei hogyan lennének elszámolhatóak? A fejlesztéshez kell az önkormányzat vagy más egészségügyi szakfelügyelet hozzájárulása, vagy a szükséges feltételek megteremtésére a vállalkozó orvosok szabad kezet kapnak?

Az új rendszer alapjainak a megvalósítása viszont megnövelné az egészségügyi alapellátásban dolgozók presztízsét és jövedelmét, valamint hozzájárulhatna ahhoz, hogy az alaptól induló egészségügyi reform stratégiája megvalósuljon.

## Felhasznált irodalom

1. Ádány, R. (2017). Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram koncepcionális megalapozása, illesztése a Svájci-Magyar Keretmegállapodási Egyezmény prioritásaihoz. *Népegészségügy*, 14–22.
2. Ágoston, I., Boncz, I., Gábor, K., Illei, G., Kriszbacher, I., Sándorné, I. S., & Sebestén, A. (2012). *Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
3. Ágoston, I., Vas, G., Imhof, G., Endrei, D., Betlehem, J., & Boncz, I. (2009). A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásainak változásai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3–7.
4. Bezerédy, M. H., Hencz, A., & Zalányi, S. (1967). *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért*. Budapest: Közgazdaság és Jogi Könyvkiadó.
5. Bóta, A., Dóza, K., Szabóné, É. G., & Sinkó, E. (2017). Mit nyújtanak a praxisközösségek, és kinek? Betekintés az alapellátás jövőjébe a praxisközösségek által nyújtott szolgáltatások forgalmi adatain keresztül. *Népegészségügy*, 17–23.
6. Buzás, N., Kiss, I., & Papp, M. (2018). A háziiorvosi prevenciók tevékenység össztársadalmi költségei. *Közgazdasági Szemle*, 1172–1186.

- DOI: <https://doi.org/10.18414/ksz.2018.11.1172>
7. Csemniczki, K, Szabóné, (2000) Nyugdíjrendszerünk 1929-től 1997-ig, In: Körkép reform után, Tanulmányok a nyugdíjrendszerről, (szerk.): Augusztinovic Mária, Közgazdasági Szemle Alapítvány, Budapest,
  8. Dózsa, K., Bálint, C., Kőrösi, L., Falusi, Z., Pál, L., Merész, G., & Sinkó, E. (2017). Praxisközösségi szolgáltatások igénybevétele, lakossági attitűdváltás. *Népegészségügy*, 78–85.
  9. Dózsa, K., Sinkó, E., & Gaál, P. (2017). Háziiorvosi alapellátás, hogyan tovább? *IME*, 7–16.
  10. Gulácsi, L. (2019). Az egészségügy finanszírozhatóságának fenntartása. *Magyar Tudomány*, 1500-1509.  
DOI: <https://doi.org/10.1556/2065.180.2019.10.10>
  11. Kincses, G. (2019). A köz- és a magánszféra szerepe az egészségügyben. *Magyar Tudomány*, 1510-1522.  
DOI: <https://doi.org/10.1556/2065.180.2019.10.11>
  12. Margitai, B. (2016. 05 27). *Debreceni Egyetem Minőségügyi Napok*. Letöltés dátuma: 2019. 11 05, forrás: [http://demin.hu/files/userfiles/DEMIN\\_XVI/DEMIN\\_XVI-E/DEMIN\\_XVI-E-Margitai.pdf](http://demin.hu/files/userfiles/DEMIN_XVI/DEMIN_XVI-E/DEMIN_XVI-E-Margitai.pdf)
  13. Nefiodow, L. A. (2014). Health: The Economic Growth Engine of the 21st Century. *HealthManagement*.
  14. OECD, j. (2019). Letöltés dátuma: 2019. 11 12, forrás: [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/magyarország-egeszsegugyi-oroszagprofil-2017\\_9789264285231-hu#page3](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/magyarország-egeszsegugyi-oroszagprofil-2017_9789264285231-hu#page3)
  15. Paulikné Varga, B. (2018). Egy európai módszer a tagországok egészségügyi rendszerének minősítésére: az Európai Egészségügyi Fogyasztói Index változása a Visegrádi négyek országaiban. *Köztes Európa, Társadalomtudományi folyóirat: A VIKEK közleményei*, 109–119.
  16. R. Fedor A. (2018): Foglalkoztatási helyzetkép és a munkával való elégedettség jellemzői, *Acta Medicinae et Sociologica* 9: 27. 33–57. o.  
DOI: <https://doi.org/10.19055/ams.2018.9/27/4>
  17. R. Fedor Anita (2019): A szubjektív egészségi állapot egészségpszichológiai aspektusa, *Egészségfejlesztés*, LX. évfolyam, Jubileumi lapszám 100, 99–110.  
DOI: <https://doi.org/10.19055/ams.2012.3/3/7>
  18. Simonovits, I. (1975). *Társadalomegészségügy és egészségügyi szervezéstudomány*. Budapest: Medicina könyvkiadó.
  19. Sinkó, E (2005). Az irányított betegellátás hazai tapasztalatai. *Esély*, 52–72
  20. Sinkó, E., Dózsa, K., Elek, P., Kiss, N., Merész, G., & Gaál, P. (2017). "Az egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával" című program egészségpolitikai értékelése. *Népegészségügy*, 86–94.
  21. Szabóné, É. G. (2017). A praxisközösségi működés tapasztalatai a népegészségügyi koordinátor szemszögéből. *Népegészségügy*.
  22. Szalai, J. (1986). *Az egészségügy betegségei*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Kiadó.
  23. Szalai, J. (2007.). *Nincs két ország...* Osiris Kiadó.

24. Szikra, D. (2000) Modernizáció és társadalombiztosítás, In: Körkép reform után, Tanulmányok a nyugdíjrendszerről, (szerk.): Augusztinovics Mária, Közgazdasági Szemle Alapítvány, Budapest
25. Vokó, Z. (2019). Egészségbarát kormányzás. *Magyar Tudomány*, 1496–1499. DOI: <https://doi.org/10.1556/2065.180.2019.10.9>