

## A CSALÁDORVOSKÉPZÉS ÉS -TOVÁBBKÉPZÉS, TUDÁSMEGOSZTÁS ASPEKTUSBÓL

### EXAMINATION OF GENERAL PRACTITIONERS' EDUCATION AND TRAINING FROM KNOWLEDGE SHARING ASPECT

Schmidt Péter<sup>1\*</sup>, Konczosné Szombathelyi Márta<sup>2</sup>, Laczka Éva<sup>3\*</sup>, Tokaji Károlyné<sup>4</sup>, Rurik Imre<sup>5</sup>

<sup>1</sup>CSc, habilitált egyetemi magántanár, az orvostudomány kandidátusa, egyetemi oktató, családorvos  
praxismed@externet.hu

<sup>2</sup>PhD, habilitált egyetemi tanár, Széchenyi István Egyetem

<sup>3</sup>PhD, c. egyetemi tanár, a Magyar Statisztikai Társaság elnöke

<sup>4</sup>szakmai főtanácsadó, vezető-főtanácsos, Központi Statisztikai Hivatal

<sup>5</sup>az MTA doktora, PhD, DSc, Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék

\*MTA IX. Osztály Statisztikai és Jövőkutatói Tudományos Bizottság

#### ÖSSZEFOGLALÁS

Szerzők a hazai egészségügyi alapellátás 1992. július 1-jén bevezetett reformja utáni negyed évszázad eredményeit ismertetik a tudásmegosztás szempontjából. Egyértelműen bizonyítható, hogy a praxisok önállóvá válásával az egészségügyi alapellátás megítélése kedvezővé vált, a családorvosok tekintélye megnőtt. Ennek megerősítésére szolgált a huszonöt évvel ezelőtt megkezdett győri kezdeményezésű Alapellátási Szabadegyetem képzési és továbbképzési forma, mely folyamatosan és rendszeresen tartott, akkreditált szakmai továbbképzései révén a tudásmegosztás országos modelljévé vált. A házi orvosok a továbbképzéseken üléselnökként, előadóként és moderátorként kollegiális kapcsolatot alakítottak ki; szakmai ismereteik bővítésére az elhangzott anyagok részletes dokumentációja a továbbképzéseiket segítette, továbbá helyi, regionális szinten szervezve a költségmegtakarítás is igen jelentős volt. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a szakmában jelenleg is aktívan dolgozó családorvosok életkora nagyon magas, utánpótlásuk biztosítása egyre nagyobb gondot jelent. Így az elkövetkező évek legfontosabb feladata lesz a praxisfinanszírozás jelentős arányú növelése, a fiatal orvosok számára kedvező lehetőségek biztosításával a letelepedéshez. Ugyanakkor az is feladat, hogy a családorvosok nyugdíjba vonulása egy szakmai életút méltó lezárása lehessen.

#### ABSTRACT

This paper discusses the results of the 25 years of the 1992 primary care system reform in Hungary from knowledge sharing approach. It has been proven that as the health practices became independent the primary care system developed better judgement, the prestige of the doctors has grown. Now the 25-year-old Open University of Primary Care – a form of professional studies – has become a model in Hungary because of its systematic, accredited education and

knowledge sharing forms. The general practitioners – as chairmen, presenters and moderators – made collegial contacts with each other; the plenteous documentation of the presentations has helped them after the courses, and additionally, there is a great cost saving factor because of the regional organizing. The authors emphasize that the age of the practitioners is very high, the need for the renewal of the profession is stronger than ever. In the years coming the greatest tasks will be the increase of medical practice financing and guaranteeing possibilities for the young doctors to settle. It is important at the same time for retiring family doctors to be offered dignified ways they deserve ending their professional career.

**Kulcsszavak:** képzés és továbbképzés, családorvos, költség-haszon elemzés, indikátorok, praxisfinanszírozás, tudásmegosztás

**Keywords:** training and further education, general practitioner, cost/benefit analysis, indicators, medical practice financing, knowledge sharing

## BEVEZETÉS

Az 1992-ben Magyarországon bevezetett egészségügyi alapellátási reform része volt a körzeti orvosi rendszer háziorvosi rendszerré való átalakítása, és az ennek keretében működő vállalkozások engedélyezése. Az új rendszer nemcsak szakmai, hanem számos más jellegű (gazdasági, jogi stb.) ismeretet is igényelt. A tanulmányunkban azt mutatjuk be, hogyan segítette a háziorvosok képzését és továbbképzését a huszonöt éve működő Alapellátási Szabadegyetem Győrött (Schmidt, 1996, 2000, 2001a, 2001b, 2004a, 2004b).

## A CSALÁDORVOSRENDSZER KIALAKULÁSA

1990 előtt a kelet-közép-európai országokban az állami egészségügyi ellátás modellje működött. A rendszert a központi irányítás, az állami tulajdonban lévő egészségügyi szolgáltatók, az ingyenes ellátásra szóló általános jogosultság, a beteg választási szabadságának hiánya, a krónikus hiány állapota (forráshiány, a megfelelő műszerek, gyógyszerek hiánya, zsúfoltság, kényszerhelyettesítések), a szolgáltatások alacsony minősége jellemezte (Schmidt–Simon, 1989; Balogh, 2000). A 90-es évek jellemzője volt a korábbi, állampolgári jogon járó központosított egészségügyi modellről a társadalombiztosításon alapuló finanszírozásra való áttérés (Borbás et al., 2005). „A világ minden részén máig vitatéma, hogy az egészségügyi rendszer problémáira a piaci elemek erősítése a megoldás, vagy éppen a nagyobb állami szerepvállalás a társadalmi egyenlőtlenségek enyhítése érdekében” (Garai, 2010; Schmidt, 1995).

Az összes kelet-közép-európai országban lezajlott rendszerváltozást követő reformok során a korábbi körzeti orvosi rendszer helyett háziorvosi rendszer alakult ki, új jogviszonnal és finanszírozással. A háziorvos tulajdoni állapota és jogállása szerint többféle forma jött létre (1. táblázat).

**1. táblázat.** Alapellátás: háziorvosok tulajdoni és jogállása Kelet-Közép-Európában

<b>Csehország</b>	Az alapellátást nyújtó orvosok többsége magánorvosként dolgozik. Csoportpraxisban az orvosok az egészségügyi központokban vagy olyan szakorvosi rendelőkhöz dolgozhatnak, amelyek a szakellátás mellett alapellátást is nyújtanak.
<b>Észtország</b>	Vállalkozó, önállóan vagy csoportpraxisban tevékenykedő és az Egészségbiztosító Pénztárral szerződésben álló speciálisan képzett, ún. családorvosok hálózata.
<b>Lengyelország</b>	Egyéni vagy csoportos praxisban dolgozó háziorvosok, illetve ápolónőkből és szülésznőkből álló praxisok. Állami és privát praxis.
<b>Lettország</b>	Többsége állami, önkormányzati tulajdon, növekvő privát egyéni vagy csoportpraxis. 1992-ben nyert létjogosultságot a háziorvosi ellátás önálló vagy közös praxison alapuló modellje.
<b>Litvánia</b>	Többsége állami, önkormányzati irányítással működik. Alapellátás magánrendelőben magánorvosok által is nyújtható. Ennek formája többségében egyéni vagy kisebb, orvosi tulajdonban lévő csoportpraxis.
<b>Magyarország</b>	Vállalkozó háziorvosok praxisban (a körzeti orvosi rendszert 1992-ben háziorvosi szolgálattá alakították).
<b>Szlovákia</b>	Privát praxis.
<b>Szlovénia</b>	Állami és privát praxis (egyéni és csoport): 1992 óta lehetőség van privát háziorvosi praxis létesítésére is az önkormányzati rendelők bérlete mellett, így a lakosság alapellátását állami szolgáltatók és magánorvosok egyaránt biztosíthatják.

(Borbás et al., 2005 alapján saját szerkesztés)

Az önálló gazdálkodás lehetősége miatt a vállalkozóvá vált háziorvosoknak a finanszírozás gazdaságosabb beosztására lett lehetőségük; a piaci hatások érvényesülhettek gazdálkodásukban is. Az egészségügyi alapellátás reformja 1992. július 1-jével indult el Magyarországon (6/1992. III. 31. NM rendelet a háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatról, URL1). A privatizáció folyamata 1992-ben többek között a háziorvosi vállalkozások engedélyezésével kezdődött. Kezdetben még kevés családorvos választotta a vállalkozási formát. Az országos átlaggal ellentétben, Győr-Moson-Sopron megyében 1993-ban már 60%-uk, 1994. I. negyedében már 90%-uk élt a lehetőséggel.

A házi orvos ekkor még nem lett tulajdonosa a rendelőnek, a berendezésnek és egyéb felszerelésnek, de az Egészségbiztosítási Pénztárral kötött szerződés alapján önmaga látta el vállalkozóként a praxishoz kötődő feladatokat. Majd az 1998-ban megalakult kormány alatt vált teljessé a privatizáció. A rendszer gazdaságosabbá tételének másik lépése volt a normatív teljesítményelvű finanszírozás bevezetése. Ezen az elven a házi orvoslás esetében a *per capita* rendszert vezették be, vagyis az orvos a hozzá bejelentkezett betegek száma után kap térítést (Garai, 2010).

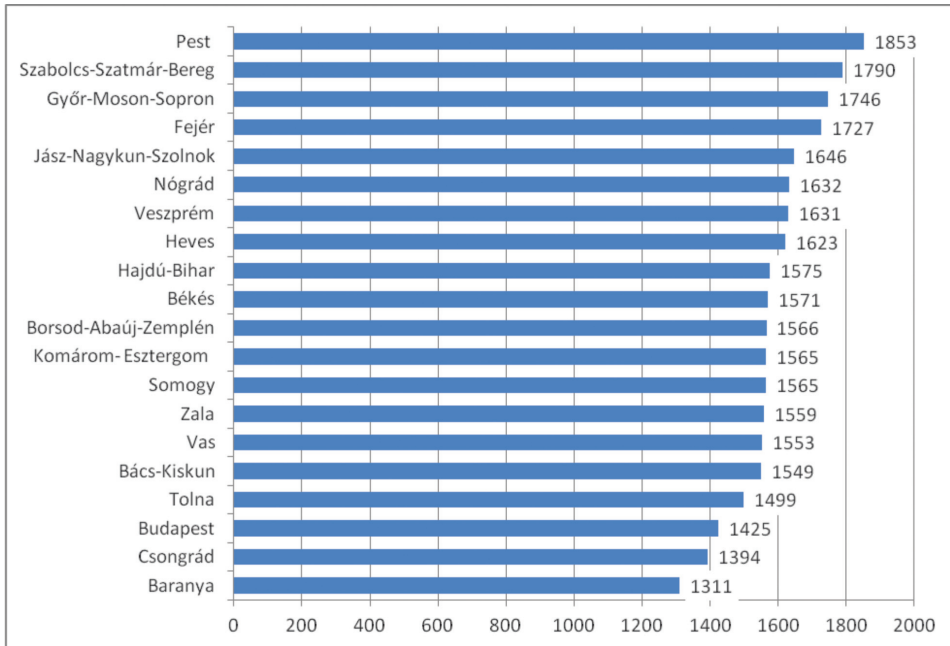
A házi orvosok és a házi gyermekorvosok száma az elmúlt évtizedekben hat-hétezer között alakult, és 1998 óta kismértékben ugyan, de folyamatosan csökken, miközben a leterheltségük – az egy orvosra jutó lakosok száma és a betegforgalom – fokozatosan növekszik (2. táblázat, 1. és 2. ábra)<sup>1</sup>.

**2. táblázat.** A házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátottság, leterheltség, 1990–2016 (fő)

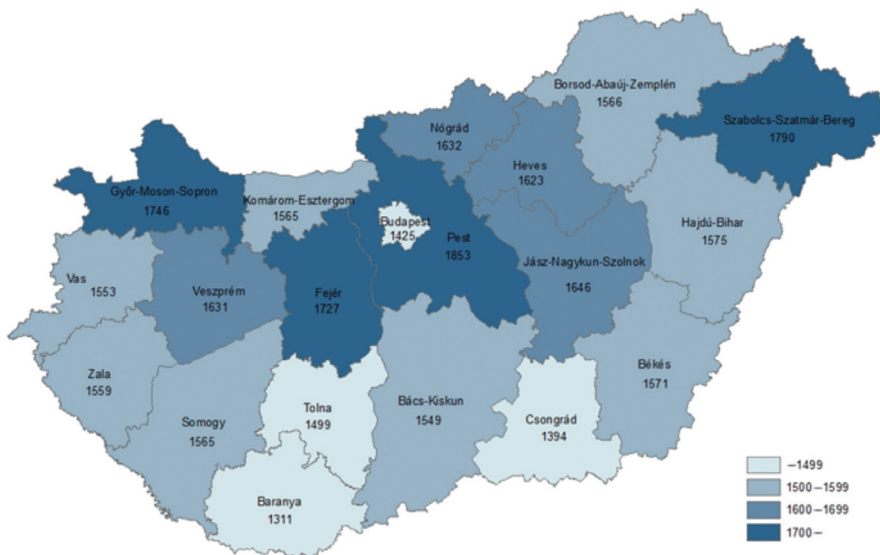
Megnevezés	1990	2000	2005	2010	2016
Házi orvosok száma	4537	5159	5018	4926	4755
Egy házi orvosra jutó bejelentkezett lakosok száma	1975	1647	1717	1745	1832
Egy házi orvosra jutó 60 éves és idősebb lakos	435	384	430	464	538
Egy házi orvosra jutó évi betegforgalom	9599	10 287	11 715	11 580	11 898
Házi gyermekorvosok száma	1420	1570	1571	1525	1444
Egy házi gyermekorvosra jutó bejelentkezett gyermek	995	951	939	945	981
Egy házi gyermekorvosra jutó évi betegforgalom	6184	6703	6780	6969	7232
Házi orvosok, házi gyermekorvosok száma	5957	6729	6589	6451	6199
Egy házi orvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosok száma	1765	1516	1529	1548	1581

KSH: *Egészségügyi statisztikai évkönyv*, 2016 (ksh.hu)

<sup>1</sup> Részletesebb adatokat lásd a *Mellékletben*.



1. ábra. Egy háziorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosok számának megyénkénti sorrendje, 2016 (fő) (KSH: STADAT [URL3] alapján saját szerkesztés)



2. ábra. Egy háziorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakos megyénként, 2016 (fő) (KSH: STADAT [URL3] alapján saját szerkesztés)

A településstruktúra (főváros, nagyváros, kisváros, község) is jelentősen befolyásolja az egy orvosra jutó lakosság számot, főként felnőtt házi orvosok esetében. Fontos indikátor, hogy azokban a megyékben, ahol nagy az orvosel-vándorlás, illetve orvoshiány miatt nincs mindennap házi orvosi, illetve házi gyermekorvosi rendelés, ezeken a településeken élők inkább veszik igénybe a sürgősségi/ügyeleti ellátást, még ha annak elérhetősége több kilométer megtételét is megköveteli.

A családorvosi rendszer kialakításától a hazai alapellátás minőségi megújítását várta mindenki. A praxisok önálló működésével a házi orvoslás rangja, a családorvoslás presztízse pozitív változáson ment át. Az alapellátási reform során kiadott jogszabály kötelezővé tette a rendszerben dolgozók számára 1998. december 31-ig bezárólag a szakorvosi képesítés megszerzését házi orvostanból. Ez alól csak a legalább huszonöt éve praxisban lévők kaphattak felmentést, illetve a minimum tíz éve körzetben dolgozó belgyógyászok. 1992-ben a rendszerben dolgozók negyedének volt csak házi orvosi szakképesítése, másik negyedének egyéb klinikai szakvizsgája, és körülbelül az orvosok felének semmilyen szakvizsgája nem volt. Ez az átképzési igény hatalmas oktatási feladatot jelentett a 90-es évek második felében létrehozott, akkor még öt családorvosi tanszéknek (Rurik et al., 2008; Rurik, 2009). Az átképzés nem érintette a gyermek-házi orvosokat, hiszen itt eleve csak szakorvosok rendelhettek.

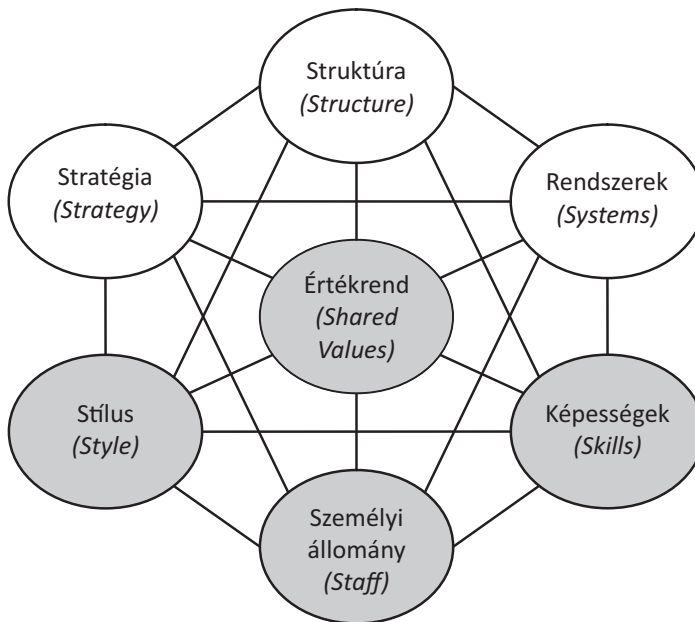
A 90-es évek második felében az akkori egészségügyi „reformok” következtében sok kórházi orvos is az alapellátásban helyezkedett el, ami szintén jó hatással volt a szakmai színvonalra. A korábban „körzeti orvos” elnevezés „családorvos-sá” történt változtatásával nemcsak a név változott meg, hanem a családorvoslás szakmai tekintélye is jelentősen megnőtt, amit az elmúlt negyedszázad eredményei egyértelműen igazolnak (Schmidt–Menyhárt, 2005). A házi orvosok tevékenysége önállóbbá vált, felelősségük megnőtt: kiemelt érdekük a praxisukhoz tartozó betegek gyógyítása, gondozása és rehabilitációja. Hazai és nemzetközi kongresszusi részvételeiket, szakkönyvvásárlásaikat és a számítógépes rendszer beszerzéséhez szükséges kiadásait praxisuk finanszírozásából tudták fedezni (Márton–Illyés, 1999 Márton et al., 2000a, 2000b).

Köztudott, hogy a magyar orvosegyetemi képzés az alapellátás reformja előtt is nagyon elismert volt, nemzetközi szinten (is), de a körzeti orvosok szerepe és munkája számos esetben negatív megítélés alá esett, képzésük, továbbképzésük rendszerszinten nem volt biztosítva. Mivel a családorvosok nagyon leterheltek – napi családorvosi munkájuk mellett ügyeleti, sokszor sürgősségi ellátást is biztosítanak –, a képzéseken és továbbképzéseken való részvétel számukra komoly nehézséget jelentett. Ezért úgy érezték a győri Alapellátási Szabadegyetem alapítói, hogy a képzés-továbbképzés új formáját kell kialakítani, amelynek a segítségével a legújabb szakmai információk is eljutnak a családorvosokhoz.

## TUDÁSMEGOSZTÁS

A gyorsan változó környezethez való alkalmazkodás a versenyképesség legfontosabb feltétele. Alkalmazkodni viszont csak az ember tud, és nem maga a szervezet. A széles körű kutatások és a mindennapi gyakorlat eme tapasztalata eredményezte, hogy ma a munkáját végző emberben látjuk a legfontosabb értéket.

A 7S-modell megalkotása a McKinsey cég munkatársai – Tom Peters és Robert Waterman – nevéhez köthető (3. ábra).



3. ábra. 7S-modell (Peters és Waterman alapján saját szerkesztés)

Azt kutatták, hogy mitől sikeresek ismert és kevésbé ismert amerikai vállalatok. Arra a következtetésre jutottak, hogy minden sikeresnek ítélt vállalat rendelkezik egy csak rá jellemző, nagyon erős kultúrával, mely már nagyon mélyen él az ott dolgozóknak. Szintén a kutatás eredményeként felállítottak egy modellt, mely a szervezeti kultúra szerkezetét és szervezeti kapcsolatrendszerét mutatja be. A McKinsey-féle 7S-modell elnevezése a hét tényező angol elnevezésének kezdőbetűiből adódik. Két csoportra osztják a tényezőket: az ún. kemény tényezők (stratégia, struktúra, rendszerek) mellett fontos szerepük van a sikerben az ún. lágy tényezőknek (stílus, személyi állomány, képességek és értékrend) (Heidrich–Szegedi, 2004; Heidrich, 2011; Heidrich, 2013).

Karl Erik Sveiby 1997-ben publikált, híressé vált műve, a *The New Organizational Wealth: Managing and Measuring Knowledge-Based Assets* a tudásmenedzsment alapkönyve (magyarul *Szervezetek új gazdagsága: a menedzselt tudás* címen jelent meg 2001-ben). A változásokhoz való alkalmazkodás során a másik tudásának megszerzése és a saját tudásunkhoz való hozzáadása szinte mindig gyorsabb és hatékonyabb, mint valamilyen merőben új megoldás kitalálása. A versenyképességnek ezért fontos eleme a tudás szabad áramlása. A gyakorlatban mégsem működik igazán – sem a gazdaság, sem pedig a közoktatás világában (Gönczöl, 2009).

„A legkülönbözőbb fejlesztési programokban a továbbképzés a felkészülés egyik vagy talán legfontosabb eszköze, maga mögé utasítva a tanácsadást, mentorálást stb. Ennek elsősorban az az oka, hogy a továbbképzés fajlagosan olcsóbb, ugyanolyan ráfordítással sokkal több szakembert lehet közvetlenül elérni. A továbbképzések célja, hogy a kurzusokon megszerzett tudás beépüljön a napi gyakorlatba.” (URL2)

A tudás megosztásának számos gátló tényezőjét tárták fel: önzés, bizalmatlanság, korábbi rossz tapasztalatok, időhiány, szervezeti korlátok és hatalomféltés.

A tudásmenedzsmenttel foglalkozó szakemberek ma úgy látják, hogy a szakmai közösségek a tudásmegosztás igazi motorjai, amelyek le tudják küzdeni az említett akadályozó tényezőket. Tomka János szerint a szakmai közösségek építőelemei három területen azonosíthatók: szakterület, közösség és gyakorlat. A szakterületen betöltött közösségépítő hatást abban látja többek között, hogy „közös alapot és közös identitásérzést hoz létre, legitimálja a közösséget, a tagokat részvételre és közreműködésre inspirálja, útmutatást nyújt a tanuláshoz és értelmet ad a tetteknek”. A szakmai közösség egyben „a tanulás közösségi szövetét biztosítja, segíti a kölcsönös tiszteleten és bizalmon alapuló interakciókat és kapcsolatokat, bátorítja az ötletek feltárását, az egyéni hiányok felfedését, a nehéz kérdések megfogalmazását, serkenti a másokra való figyelési képességet, a valahová tartozás tanulást ösztönző érzését adja”. Míg a gyakorlati szerepet úgy azonosítja, hogy a szakmai közösség „a közösség tagjai által megosztott közös keretek, ötletek, eszközök, információk, stílusok és dokumentumok együttese” (Tomka, 2005, 89).

A tanulmányunkban azt vizsgáltuk, hogyan sikerült mindezt megvalósítani a huszonöt éve működő Alapellátási Szabadegyetem családorvosképzés és -továbbképzés keretében Győrött.

#### ALAPELLÁTÁSI SZABADEGYETEM GYŐRÖTT – 25 ÉV

Az egészségügyi alapellátás 1992-ben kezdődő reformját megelőző évben a családorvosok részére – győri kezdeményezésként – folyamatos és rendszeres továbbképzést szervezett az Egészséges Nemzedékért Alapítvány Alapellátási Sza-



badegyetem néven. Ez a felkészülést jelentette a családorvosi vállalkozási formák megismertetésére:

- gazdasági és közgazdasági ismeretek tárgyalása, a szakma legkiválóbb előadóival;
- könyvelési szempontok szakirányú képzéssel;
- és az akkor még gyermekcipőben járó informatikai rendszerek bemutatása, gyakorlati képzéssel.

Az Alapellátási Szabadegyetem iránt az elmúlt évek során folyamatosan mind nagyobb lett az érdeklődés. A huszonöt éve működő program sikere azt igazolja, hogy a szakmai közösségek a tudásmegosztás igazi motorjai (Schmidt, 1996, 2000, 2001a, 2001b, 2004a, 2004b). A rendezvényeken átlagosan 120–150 kolléga vesz részt.

A havonta egy, a hónap 3. szombatján szervezett továbbképzések egyben a továbbképzéshez szükséges kreditpontokat is biztosítják, segítve a családorvosok szakmai elvárásoknak is megfelelő ismeretekkel való ellátását. Ennek a képzési formának a segítségével naprakész információkat kapnak a kollégák, amit a gyorsan elévülő szakkönyvekből – elfoglaltságuk miatt – nem tudnának elsajátítani, egyben továbbképzéseinknek a közösségi és az orvosi kapcsolatok kiépítésében is fontos szerepe van.

A folyamatos és rendszeres képzés keretében általában az Egészséges Nemzedékért Alapítvány által koordinálva szervezték a tudományos szimpóziumsorozatot, melybe bekapcsolódott a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszéke, később a Pécsi Tudományegyetem és a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar Családorvosi Intézete is. Az egyetemi oktató intézmények jelentős segítséget nyújtottak az akkreditációban a kreditpontok biztosításával.

Ez a képzési-továbbképzési sorozat huszonöt éve folyamatosan működik. A továbbképzések komoly előnye, hogy a résztvevők részvételi díj nélkül látogathatják a rendezvényeket. Kiemelt együttműködő szervezetnek bizonyult Győr városa, Győr-Moson-Sopron megye Önkormányzata, később a Megyei Orvosi Kamara is. A kihelyezett üléseket leszámítva, a Győri Városháza patinás díszterme méltó helyszíneként szolgált.

Az elmúlt huszonöt év során a rendezvényeket szemeszterenként öt, így tanévenként tíz alkalommal szervezték meg. A családorvosokon kívül mind nagyobb számban vesznek részt ezeken kórházi orvosok, ÁNTSZ-es és egészségbiztosítási szakemberek, nemcsak Győr-Moson-Sopron megyéből, hanem a térség öt – Vas, Zala, Veszprém, Komárom-Esztergom és Fejér – megyéjéből is. Jelentős háttérsegítségét nyújtott a továbbképzésekhez, hogy folyamatosan kiadványokat jelentettek meg a továbbképzések anyagaiból, melyek első kötete az Önkormányzati Háziorvosi Útmutató volt (Schmidt, 1992).

A szervezők legfontosabb célja: naprakész információk biztosítása háziorvosok számára, illetve azoknak az ismereteknek az átadása, melyeket egyetemi tanul-

mányaik során nem tanultak vagy nem tanulhattak (Arnold, 2000). Az általános tájékoztatókon túl, a diagnosztika és terápia tárgyköre mellett mind jobban előtérbe kerültek az egészségügy gazdasági, közgazdasági, jogi és etikai kérdései, valamint – kihelyezett képzés során – a társadalombiztosítással foglalkozó továbbképzés-sorozat. Az informatikai ismeretek széles körű elterjedésével nemcsak a kollégák, hanem a praxisban dolgozó munkatársak is aktív szerephez jutottak. Ez is hozzájárulhatott ahhoz a kedvező tendenciához, hogy az OEP<sup>2</sup> által kötelezővé tett elektronikus jelentések, továbbá az adminisztratív tevékenységek jelentős része elektronikusan kerül továbbításra. Ennek terjedelme és részletessége azonban sokkal nagyobb hazánkban, mint más európai országokban (Rurik–Kalabay, 2008, 2009).

1996 és 1998 között a háziorvosok és az egészségügyi szakdolgozók a Széchenyi István Egyetem (jogelődjében) fakultatív informatikai képzésen vettek részt, amikor egységessé vált az informatika kötelező használata a receptek írásánál és a jelentéseknél. Ez az országban egyedülálló, a praxisok részére térítésmentes, az egyetem által felajánlott képzés volt.

#### A TUDÁSMEGOSZTÁS HATÁSÁNAK VIZSGÁLATA

A háziorvosok körében végzett kérdőíves felmérés eredményei alapján elmondható, hogy igénylik ezt a képzési-továbbképzési rendszert. Megtisztelő számukra, hogy az Alapellátási Szabadegyetem keretében üléselnökként, illetve előadóként vehetnek részt, s a rendezvények során elsajátított ismeretek akár többhetes, tankönyvből történő felkészülést helyettesíthetnek (Schmidt, 2000).

#### A résztvevők számának alakulása

Eddig összesen 225 szakmai továbbképzésre került sor Alapellátási Szabadegyetem formájában. Az átlagos látogatottsági számokat alapul véve (120–150 fő/rendezvény, átlagosan 130 fő) a résztvevők száma az elmúlt huszonöt évben **29 250 fő** volt.

#### Költségmentesítés a résztvevők számára

Előzetes *költség-haszon vizsgálatok* során bizonyítást nyert, hogy a Győr-Moson-Sopron megyében kezdeményezett, országos modellként szolgáló „helyben pontszerző” háziorvosi képzés-továbbképzés milyen jelentős idő- és költségmegtakarítással járt a résztvevők számára (Schmidt–Végh, 2003; Hargitai, 1992).

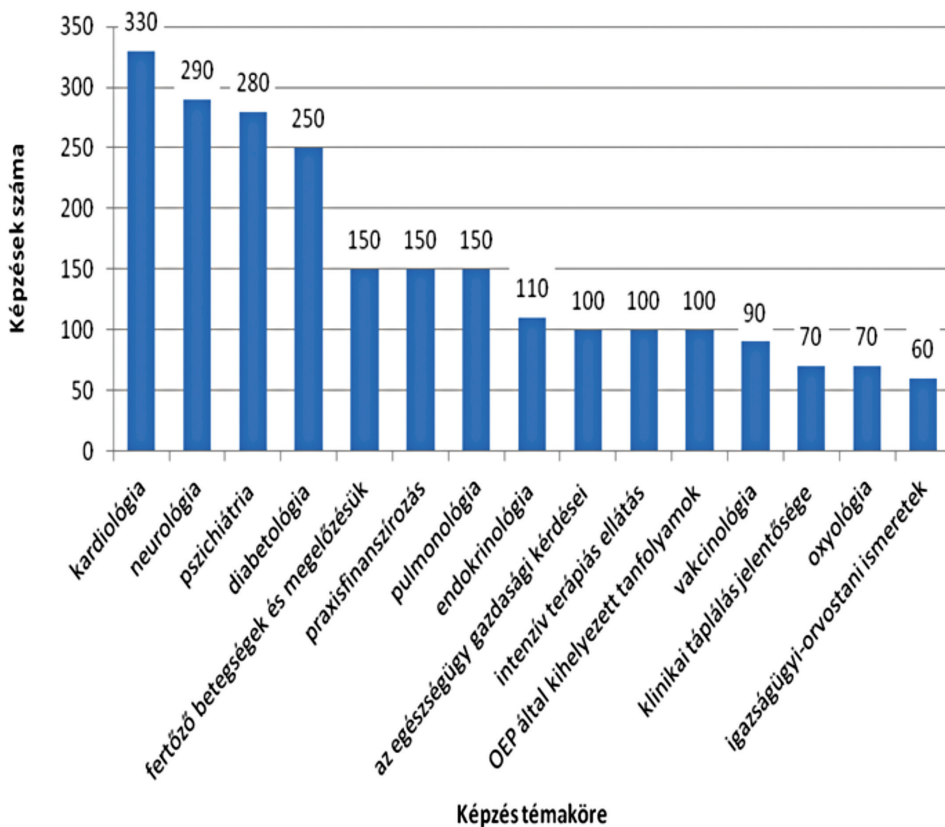
<sup>2</sup> 2017. január 1. óta Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK).

A korábbi évek elemzése azt mutatják, hogy a családorvosok számára az anyagi megtakarítások egyre jobban érzékelhetők napjainkban, hiszen mind a kongresszusok részvételi költségei (regisztrációs díj, szállásköltség, útiköltség, étkezés stb.), mind pedig az üzemanyagköltségek hatványozottan emelkedtek, és ezek a helyben szervezéssel részben megtakaríthatók. Emellett az utazásra fordítandó idő is a töredékére csökken.

Egy főre számítva egy átlagos, fővárosban tartandó továbbképzés költségeit (átlagosan 19 000 Ft/fő) a megtakarítás az elmúlt negyed században ( $29\,250\text{ fő} \times 19\,000\text{ Ft/fő}$ ) **555 750 000 forint**ra becsülhető.

#### Előadók és témakörök

Az eddigi 225 rendezvény során 2300 előadás hangzott el. A 2300 szakmai előadáson a legváltozatosabb témakörök szerepeltek (4. ábra).



4. ábra. A szakmai előadások száma és témaköre a huszonöt év során (saját szerkesztés)

A legtöbb előadás a kardiológia szakterületéről hangzott el. Az e terület iránti érdeklődés azzal magyarázható, hogy az elmúlt évtizedekben folyamatosan észlelhető volt a mortalitással járó kardiológiai megbetegedések és elváltozások magas aránya. A korszerű műszeres beavatkozások, orvostechikai fejlesztések és a csúcstechnológiát jelentő képalkotó diagnosztika látványos pozitív eredményeket hoztak. Az előadások 10-12%-át tette ki a neurológia, ezen belül is a stroke témakör. A pszichiátria, a pulmonológia (a COPD-vel együtt) és a diabetológia területét érintő prezentációk a prevencióra, szűrésre, gondozásra és utógondozásra tértek ki. A szimpóziumok további témái voltak a fertőző betegségek és azok megelőzési lehetőségei, a praxisfinanszírozás, az endokrinológia, az egészségügy gazdasági és közgazdasági kérdései, az intenzív terápiás ellátás, az OEP által kihelyezett tanfolyamok és a vakcinológia. Helyet kapott az előadások között a klinikai táplálás jelentősége, az oxyológia elméleti és gyakorlati alkalmazása a napi háziorvosi gyakorlatban és az igazságügyi-orvostani ismeretek témája is. 2017-ben új tudományterületként jelent meg a humán makroökológia (Simai, 2016).

#### Együttműködő partner intézmények

Az elmúlt negyedszázad 225 rendezvényére visszatekintve elmondható, hogy számos gyümölcsöző együttműködés alakult ki. Ennek bizonyítéka, hogy a Semmelweis Egyetem Családorvostani Tanszéke, illetve a Pécsi és a Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Intézetei által delegált szakmai előadók, továbbá a Győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház több kiváló munkatársa tartott nagy sikerrel előadásokat. A képzésbe bekapcsolódott a Széchenyi István Egyetem is.

2012-ben a foglalkozás-egészségügyi kötelező továbbképző tanfolyamok is beindultak. További cél a Családorvos Kutatók Országos Szervezetével való szoros kapcsolat (Stavdal, 2016; Kolláth et al., 2016; Kalmár–Balogh, 2016; Schmidt–Muzsai, 2010), továbbá kapcsolatfelvétel a Debreceni Tudományegyetem Általános Orvosi Kar Családorvosi Intézettel (Kolozsvári et al., 2014).

Fontos szerep jutott a Győr-Moson-Sopron Megyei Orvosi Kamarának is, ahol a kollégák folyamatosan tájékozódhattak a továbbképzésekről. A visszajelzések, illetve a kamarai nyilvántartás alapján azon családorvosok, akik huszonöt évig folyamatosan körzetben dolgoztak, címzetes főorvosi kinevezést vehettek át a rendezvényeken.

#### MEGBESZÉLÉS – A HÁZIORVOSLÁS JÖVŐKÉPE

Az egészségügyi alapellátás reformja következtében minőségi változás állt be a hazai alapellátásban: körzeti orvosból háziorvos/családorvos lett, a praxisok önálló tevékenységet végeznek, a háziorvosok szakmai tekintélye jelentősen megnőtt,

javult a minőségi munka. Az alapellátás reformját követően a praxisok finanszírozásában az „aranyévek” az 1992–1998 közötti időszak volt, ezt követően, sajnos, a praxisfinanszírozás reálértéke folyamatosan csökkent, nem követve az inflációt (Fejér, 1996; Boros, 2000). Ennek következtében az elkövetkezendő évek egyik kiemelten fontos feladata a praxisfinanszírozás igen jelentős növelése lesz. Az utóbbi években ugyan történtek kormányzati kezdeményezések, a finanszírozás láthatóan emelkedett, azonban még mindig nem éri el azt a szintet, hogy vonzóvá tegye a háziiorvosi pályát.

Nagyarányú az eloregedés (3. táblázat), kevés az utánpótlás, a helyzet a gyermek-háziiorvosi praxisokban még súlyosabb, igen sokan dolgoznak hetven, sőt hetvenöt év felett is teljes munkaidőben, másrészt igen nagy számban távoztak a háziiorvosok külföldre, melynek egyenes következménye lett, hogy 2016-ban közel négyszáz praxis volt betöltetlen.

3. táblázat. A háziiorvosok kormegoszlása, 2015. december 31.

Életkor	60 év alatti	60–64 éves	65–69 éves	70–74 éves	75 év feletti
Arány, %	57,8	19,3	12,9	7,1	2,8

Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ: *Beszámoló az egészségügyi ágazati humánerőforrás 2015. évi helyzetéről az egészségügyi ágazati humánerőforrás-monitoringrendszer alapján*, 2016. 109. oldal (enkk.hu)

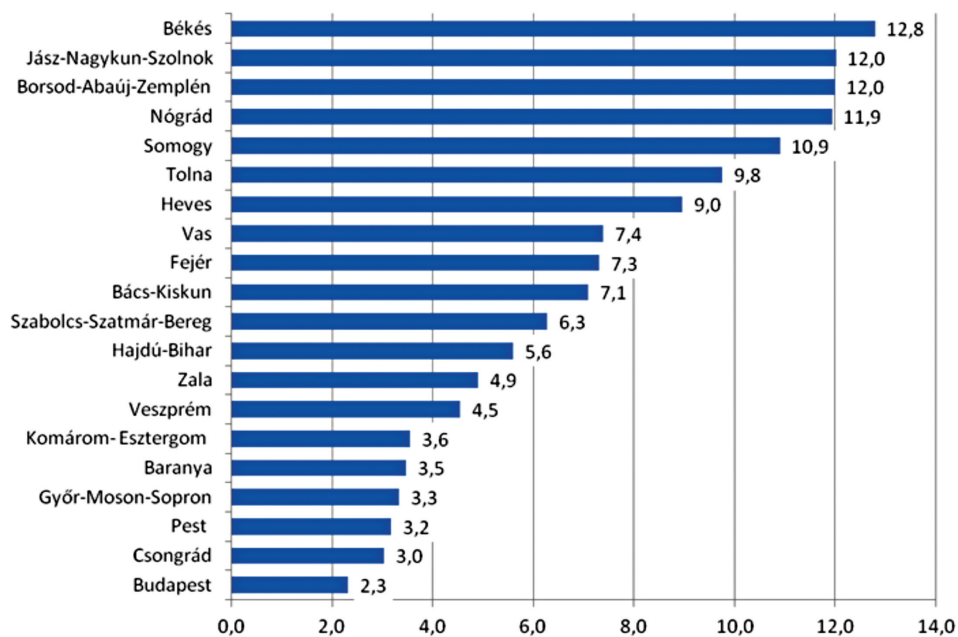
Az orvoshiány következtében a háziiorvosok és a házi gyermekorvosok helyettesítési szolgálatainak száma megnőtt (5. és 6. ábra), tovább növelve leterheltségüket.

Ugyancsak súlyos gondot jelent, hogy mind több, évente 800–1000 magyar orvos kér szakképesítést külföldön történő elismerése céljából hatósági bizonyítványt. 2016-ban a külföldre távozó orvosok 40%-a harmincévesnél fiatalabb, a kétharmaduk negyven év alatti volt, többségük Nyugat-Európában, főként Németországban, az Egyesült Királyságban vagy Svédországban vállal munkát, a legtöbben belgyógyász, illetve háziiorvosi szakképesítés elismertetését kérték<sup>3</sup> (enkk.hu).

A következő évek legfontosabb feladata: az egyes praxisok finanszírozásának jelentős növelése és a háziiorvosi munka vonzerejének növelése. Ez utóbbihoz szükséges, hogy

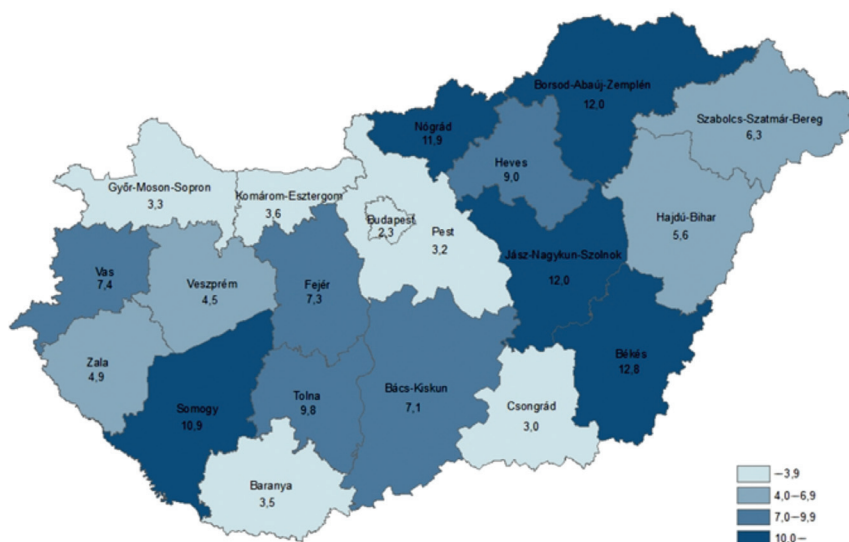
- az egyetemi évek során is mind több orvostanhallgató gyakorlati ismeretei bővüljenek az alapellátás munkájával kapcsolatban;

<sup>3</sup> A hatósági bizonyítványt kérők száma a külföldi munkavállalás mérésére bizonyos korlátokkal alkalmazható (arra vonatkozóan nincs információ, hogy a kérelmezők valóban elhagyják-e az országot).



5. ábra. A háziorvosok és házi gyermekorvosok helyettesítésben ellátott szolgáltatainak aránya, megyénkénti sorrend, 2016 (%)

(KSH: Tájékoztatási adatbázis [statinfo.ksh.hu] alapján saját szerkesztés)



6. ábra. A háziorvosok és házi gyermekorvosok helyettesítésben ellátott szolgáltatainak aránya, megyénként, 2016 (%)

(KSH: Tájékoztatási adatbázis [statinfo.ksh.hu] alapján saját szerkesztés)

- ezen belül a nyári gyakorlatokon is bevonjuk őket a háziiorvosi munkába, és megkedveltessük velük ezt a fontos szakterületet;
- a rezidensképzés során megkedveltessük az alapellátás munkáját a rezidens kollégákkal.

Ennek hiányában, sajnos, nem várható, hogy a jelenleg betöltetlen, üres, közel 400<sup>4</sup> praxisba új családorvosok kerülhessenek.

Az Alapellátási Szabadegyetem működésének huszonöt éve során betöltötte és jelenleg is betölti a szakmai közösségek építőelemeinek szerepét (mind a szakterület, mind a közösségépítés, mind a gyakorlat szempontjából). Elmondhatjuk, hogy e képzési és továbbképzési rendezvénysorozat intézményesült (Schmidt–Konczosné, 2017).

Ha a huszonöt éves működést a McKinsey tanácsadó cég 7S-modellje kritériumai alapján értékeljük, elmondhatjuk, hogy

- stratégiáját tekintve küldetését, céljait és tevékenységét megvalósította (jövőbe tekintő, kreatív, rugalmas, aktív, akciókra épülő, változásorientált, tartós sikerre törekvő);
- struktúráját tekintve *team* forma, amelyben az Alapítvány szervezésében történő programokhoz önként csatlakozott szakemberek csoportjairól beszélhetünk (nincsenek alá- és fölérendeltségi viszonyok);
- rendszerét tekintve egymásra épülő, egymást támogató cselekvéssorról beszélhetünk, amelyben az elemek folyamattá épülnek, és a partnerek igényeinek és elvárásainak megfelelnek;
- stílusát tekintve emberikapcsolat-központú: segíti a kölcsönös tiszteleten és bizalmon alapuló kapcsolatokat, fejleszti a másokra való figyelési képességet, a szakmai közösséghez tartozás tanulást ösztönző érzését adja;
- a munkatársak – a képzések és továbbképzések előadói a szakma kiválóságai, szakértői;
- mind a szakmai, mind a speciális képességek (jövőképalkotás, minőségirányítás, a kommunikáció irányítása, értékelés, csoportmunka irányítása, kultúrateremtés, elkötelezettség erősítése) fejlesztésének teret enged;
- a közös munkát meghatározó, közösen vallott értékek: a szakmai tudás folyamatos fejlesztése, a családorvosi feladatok minél magasabb színvonalú ellátása, a szakmai közösség építése (Schmidt, 2017; Schmidt–Konczosné, 2018a, 2018b).

A 7S-modell a jövőkép megfogalmazásához is segítséget kínál, a jelen és a jövő összevetése alapján meghatározza, mely területeken kíván változásokat elérni.

<sup>4</sup> 2016-ban 397 szolgálatot láttak el a háziiorvosok és házi gyermekorvosok helyettesítésben.

Az alapellátás megerősítésében, minőségének egységesítésében alapvető jelentőségük van a regionális továbbképzési rendszereknek. Ezek a képzési centrumok alkalmasak arra, hogy a lokális problémákra reagálhassanak, személyes kapcsolatot tartsanak az ellátókkal, ennek megfelelően alakítva a képzés tematikáját. Mindezek mellett ez költséghatékony is. Ezért ajánljuk, hogy más régiók is – amennyiben még nincs ilyen – alakítsák ki a saját továbbképzési centrumukat.

## IRODALOM

- Arnold Cs. (2000): A családorvosi tanszék szerepe és helye a graduális oktatásban, szakképzésben, továbbképzésben és kutatásban. *Medicus Universalis*, 33, 2–6.
- Balogh S. (2000): Háttér adatok a házi orvosi ellátásról I–II. *Medicus Universalis*, 33, 21–25., 97–102.
- Borbás I. – Szirmai L. – Verdes N. et al. (2005): *Egészségügyi rendszerek Kelet-Európában. (ESKI füzetek 2) Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Egészségügyi Rendszertudományi Iroda*, [http://www.eski.hu/new3/politika/zip\\_doc\\_2005/kelet-europa.pdf](http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2005/kelet-europa.pdf)
- Boros P. (2000): Valóban csőd fenyegeti a társadalombiztosítást? *Praxis*, 9, 9–15.
- Fejér L. (1996): Javaslato k a járóbeteg-szakellátás finanszírozásának változtatására. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 34, 44–45.
- Garai L. (2010): A vállalkozó házi orvosok finanszírozásának alakulása a rendszerváltás óta. *Medicus Universalis*, XLIII.
- Gönczöl E. (2009): *A tudásmegosztás formális és informális közösségei*. <http://www.osztalyfonok.hu/cikk.php?id=677>
- Hargitai S. (1992): Társadalombiztosítás, egészségügy-finanszírozás. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 30, 410–420.
- Heidrich B. (2011): *Alkalmazottak vezetése*. Budapest: Budapesti Gazdasági Főiskola–Digitális Tankönyvtár
- Heidrich B. (2013): *Alkalmazottak vezetése*. Digitális tankönyvtár. [http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/0007\\_e6\\_alkalmazotti\\_vezetes\\_scorm/a\\_mckinsey\\_fele\\_7s\\_model\\_4AAtvCLmKTCwboJZ.html](http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/0007_e6_alkalmazotti_vezetes_scorm/a_mckinsey_fele_7s_model_4AAtvCLmKTCwboJZ.html)
- Heidrich B. – Szegedi K. (2004): *Szervezeti kultúra, üzleti etika*. <http://publikacio.uni-miskolc.hu/data/ME-PUB-5639/Szervezeti%20kult.pdf>
- Kalmár Z. – Balogh S. (2016): *Családorvosok folyamatos szakorvos képzése a Pécsi Tudományegyetemen*. Családorvos Kutatók Országos Szervezete XV. kongresszusa, 2016. február 25–27. Budapest, Hotel Flamenco. Program és Összefoglalók. <https://docplayer.hu/15993831-Csaladorvos-kutatok-orszagosszervezete-xv-kongresszusa.html>
- Kolláth R. – Pipicz M. – Mester L. et al. (2016): *Egészségtudatosság a fitness szakmában, illetve ülő munkahelyen dolgozók körében*. Családorvos Kutatók Országos Szervezete XV. kongresszusa, 2016. február 25–27. Budapest, Hotel Flamenco. Program és Összefoglalók. <https://docplayer.hu/15993831-Csaladorvos-kutatok-orszagosszervezete-xv-kongresszusa.html>
- Kolozsvári L. R. – Orozco-Beltran, D. – Rurik I. (2014): Do Family Physicians Need More Payment for Working Better? Financial Incentives in Primary. *Care Atención Primaria*, 46, 5, 261–264. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.12.014, [https://www.researchgate.net/publication/261602137\\_Do\\_family\\_physicians\\_need\\_more\\_payment\\_for\\_working\\_better\\_Financial\\_incentives\\_in\\_primary\\_care](https://www.researchgate.net/publication/261602137_Do_family_physicians_need_more_payment_for_working_better_Financial_incentives_in_primary_care)



- Márton H. – Illyés I. (1999): Elvárások a családorvosi munkával szemben I. Az orvosok szemszögéből. *Medicus Universalis*, 32, 63–67.
- Márton H. – Illyés I. – Varga J. (2000a): Elvárások a családorvosi munkával szemben: II. A betegek szemszögéből. *Medicus Universalis*, 32, 3, 123–126.
- Márton H. – Illyés I. – Varga J. (2000b): Elvárások a családorvosi munkával szemben III. Az orvosok és a betegek véleményének összehasonlítása. *Medicus Universalis*, 33, 103–108.
- Rurik I. (2009): General Practice in Europe, Hungary-2009. *The European Journal of General Practice*, 15, 2–3.
- Rurik I. – Illyés 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.
- Rurik I. – Kalabay L. (2008): A háziorvosok adminisztratív és adatszolgáltatási kötelezettségei Európában. Összehasonlító elemzés a magyarországi kötelezettségekkel. *Orvosi Hetilap*, 149, 867–872. <https://bit.ly/2FoMMtH>
- Rurik I. – Kalabay L. (2009): Primary Health Care in the Developing Part of Europe. *Medical Science Monitor*, 15, 7, 78–84. <https://www.medscimonit.com/download/index/idArt/869692>
- Schmidt P. (szerk.) (1992): *Önkormányzati Háziorvosi Útmutató*. Győr: Hazánk Könyvkiadó Kft.
- 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
- Schmidt P. (1996): Alapellátási Szabadegyetem Győr-Moson-Sopron megyében – egy országos modell a háziorvosok képzésében és továbbképzésében. *Orvosi Hetilap*, 137, 27–30, 1503–1504.
- Schmidt P. (2000): A képzés továbbképzés fontosságának szerepe a háziorvosi gyakorlatban. *Egészségnevelés*, 41, 5–6, 201.
- Schmidt P. (2001a): A családorvosok képzésének országos modellje Győr-Moson-Sopron megyében. *Orvosi Hetilap*, 142, 1–4, 484.
- Schmidt P. (2001b): Az egészségmegőrzés, egészségnevelés szerepe a háziorvosok és egészségügyi dolgozók képzésében, továbbképzésében. *Egészségnevelés*, 42, 4, 159–161.
- Schmidt P. (2004a): *A posztgraduális képzés egy modellje Alapellátási Szabadegyetem Győr-Moson-Sopron megyében*. CSAKOSZ (Családorvosi Kutatók Országos Szövetsége) III. Nemzetközi Kongresszusa, Budapest, Előadás összefoglaló, 21–22.
- Schmidt P. (2004b): Gazdaságossági kérdések szerepe az egészségügyi alapellátás reformjához kapcsolódóan: Gondolatok az Alapellátási Szabadegyetem 100. rendezvényén. *Orvosi Hetilap*, 145, 18–22, 355–357.
- Schmidt P. (2017): Az orvosképzés és -továbbképzés mint minőségi tudásmegosztás vizsgálata. *Orvostovábbképző Szemle* (online), 2017. május 05. 18:00, [http://otszonline.hu/egeszsegugyeink/cikk/az\\_orvoskepzes\\_es\\_tovabbkepzes\\_mint\\_minosegi\\_tudasmegosztas\\_vizsgalata](http://otszonline.hu/egeszsegugyeink/cikk/az_orvoskepzes_es_tovabbkepzes_mint_minosegi_tudasmegosztas_vizsgalata)
- Schmidt P. – Konczosné Szombathelyi M. (2017): Negyed évszázad a családorvosok képzésében és továbbképzésében: Alapellátási Szabadegyetem Győrött (1992–2017). *Orvosi Hetilap*, 158, 27, 1077–1079.
- Schmidt P. – Konczosné Szombathelyi M. (2018a): A családorvoslás gyakorlati és speciális kérdései. A képzés, továbbképzés és tudásmegosztás szerepe az egészségügyi ellátásban: Alapellátási Szabadegyetem. Győr, 2017. szeptember 23. *Orvosi Hetilap*, 159, 8, 330–332.
- Schmidt P. – Konczosné Szombathelyi M. (2018b): A tudásmegosztás szerepe az egészségügyi alapellátásban, különös tekintettel a családorvosok képzésére és továbbképzésére. *Medicus Universalis*, 51, 1, 42.
- Schmidt P. – Menyhárt M. (2005): *Körzeti orvosból háziorvos – a családok orvosának habitusváltozása az elmúlt 25 évben és a jövő kihívásai*. VI: Sümegi Orvosi Napok, Előadás-összefoglaló, 15–18.

- Schmidt P. – Muzsasz G. (2010): A gyermekorvosi ügyeleti ellátási rendszer korszerűsítése Győr városában; egy országos modell a prevenció és szociálpédiátriai munkában. In: CSAKOSZ IX. Kongresszusa: *Program és összefoglalók*. Pécs: 40–41.
- Schmidt P. – Simon T. (1989): *A körzeti orvoshoz fordulás motivációi – a betegek kérdőíves felmérése*. VEAB pályamunka, Várpalota–Győr
- Schmidt P. – Végh K. (2003): *Költség/haszon-elemzés és gazdasági kérdések szerepe az egészségügyi alapellátásban*. Győr-Moson-Sopron Megyei Önkormányzat Kiadványa. Győr: Hazánk Kiadó Kft., 35–39.
- Simai M. (2016): *A harmadik évezred nyitánya*. Budapest: Corvina Kiadó
- Stavdal, A. (2016): *Risk Embedded in Risk Intervention. The History of Prevention in Nordic Medicine*. Családorvos Kutatók Országos Szervezete XV. kongresszusa, 2016. február 25–27. Budapest, Hotel Flamenco. Program és Összefoglalók. <https://docplayer.hu/15993831-Csaladorvos-kutatok-orszagos-szervezete-xv-kongresszusa.html>
- Sveiby, K. E. (1997): *The New Organizational Wealth: Managing and Measuring Knowledge-Based Assets*. San Fransisco: Berrett–Koehler Publ., Inc.
- Sveiby, K. E. (2001): *Szervezetek új gazdagsága: a menedzselt tudás*. Budapest: KJK–Kerszöv
- Tomka J. (2005): *A szakmai közösségek (Communities of Practice) hozzájárulása a szervezeti együttműködés fejlesztéséhez*. PhD-értekezés. Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, <https://repozitorium.omikk.bme.hu/bitstream/handle/10890/425/ertekezes.pdf?sequence=1>

#### Online források

- KSH: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2016, [http://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p\\_kiadvany\\_id=992947&p\\_temakor\\_kod=KSH&p\\_lang=HU](http://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_kiadvany_id=992947&p_temakor_kod=KSH&p_lang=HU)
- KSH: Tájékoztató adatbázis, <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/themeSelector.jsp?page=2&szst=FEA>
- Állami Egészségügyi Ellátó Központ: Migrációs statisztikák, <https://www.enkk.hu/hmr/index.php/migracios-statisztikak/eves-statisztikak>
- Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ: Beszámoló az egészségügyi ágazati humán erőforrás 2015. évi helyzetéről az egészségügyi ágazati humán erőforrás-monitoringrendszer alapján, 2016. [https://www.enkk.hu/hmr/documents/beszamolok/HR\\_beszamolo\\_2015.pdf](https://www.enkk.hu/hmr/documents/beszamolok/HR_beszamolo_2015.pdf)
- URL1: <http://www.jogportal.hu/index.php?id=w3f4piojk8zv7sym&state=20000122&menu=view>
- URL2: <http://ofi.hu/erdekek-ertekek-tudasmegosztas>
- URL3: KSH: STADAT, [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fea002b.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fea002b.html)

MELLÉKLET

I. tábla. Háztörvosok és házi gyermekorvosok száma, 2000–2016

Terrületi egység	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Budapest	1341	1330	1327	1321	1309	1321	1312	1287	1298	1294	1296	1291	1278	1267	1255	1245	1230
Pest	650	654	647	647	646	648	659	660	660	663	665	667	668	666	677	679	673
<b>Közép-Magyarország</b>	<b>1991</b>	<b>1984</b>	<b>1974</b>	<b>1968</b>	<b>1955</b>	<b>1969</b>	<b>1971</b>	<b>1947</b>	<b>1958</b>	<b>1957</b>	<b>1961</b>	<b>1958</b>	<b>1946</b>	<b>1933</b>	<b>1932</b>	<b>1924</b>	<b>1903</b>
Fejér	261	263	266	265	261	264	264	265	264	258	257	255	254	247	246	250	241
Komárom-Esztergom	206	206	209	204	201	202	199	199	201	198	190	196	197	197	195	189	190
Veszprém	253	247	249	244	240	239	234	234	230	228	222	224	219	215	215	212	210
<b>Közép-Dunántúl</b>	<b>720</b>	<b>716</b>	<b>724</b>	<b>713</b>	<b>702</b>	<b>705</b>	<b>697</b>	<b>698</b>	<b>695</b>	<b>684</b>	<b>669</b>	<b>675</b>	<b>670</b>	<b>659</b>	<b>656</b>	<b>651</b>	<b>641</b>
Győr-Ménfőcsanak-Sopron	273	271	271	277	272	272	274	274	271	268	271	266	267	259	264	263	262
Vas	183	188	189	186	189	186	182	185	182	179	179	171	172	172	171	169	163
Zala	196	193	191	189	187	189	185	185	184	181	182	181	180	180	179	172	175
<b>Nyugat-Dunántúl</b>	<b>652</b>	<b>652</b>	<b>651</b>	<b>652</b>	<b>648</b>	<b>647</b>	<b>641</b>	<b>644</b>	<b>637</b>	<b>628</b>	<b>632</b>	<b>618</b>	<b>619</b>	<b>611</b>	<b>614</b>	<b>604</b>	<b>600</b>
Baranya	298	299	300	301	296	287	288	289	289	287	284	284	279	278	280	277	279
Somogy	225	222	223	224	221	216	217	215	216	216	211	214	214	215	216	206	196
Tolna	171	170	168	168	164	155	153	158	163	155	153	156	148	148	148	147	148
<b>Dél-Dunántúl</b>	<b>694</b>	<b>691</b>	<b>691</b>	<b>693</b>	<b>681</b>	<b>658</b>	<b>658</b>	<b>662</b>	<b>668</b>	<b>658</b>	<b>648</b>	<b>654</b>	<b>641</b>	<b>641</b>	<b>644</b>	<b>630</b>	<b>623</b>
Borsod-Abaúj-Zemplén	470	471	471	469	465	466	451	458	462	453	443	441	438	435	423	423	418
Heves	198	193	193	195	193	194	185	190	197	192	192	190	191	182	187	188	183
Nógrád	139	138	137	136	133	133	129	125	122	125	123	128	126	125	126	121	118
<b>Észak-Magyarország</b>	<b>807</b>	<b>802</b>	<b>801</b>	<b>800</b>	<b>791</b>	<b>793</b>	<b>765</b>	<b>773</b>	<b>781</b>	<b>770</b>	<b>758</b>	<b>759</b>	<b>755</b>	<b>742</b>	<b>736</b>	<b>732</b>	<b>719</b>
Hajdú-Bihar	368	369	363	365	356	348	351	346	352	353	352	349	352	341	343	339	338
Jász-Nagykun-Szolnok	260	260	259	260	253	250	254	246	254	250	236	240	243	240	244	235	227
Szabolcs-Szatmár-Bereg	344	338	335	332	333	331	331	330	327	335	332	331	334	324	322	318	314
<b>Észak-Alföld</b>	<b>972</b>	<b>967</b>	<b>957</b>	<b>957</b>	<b>942</b>	<b>929</b>	<b>936</b>	<b>922</b>	<b>933</b>	<b>938</b>	<b>920</b>	<b>920</b>	<b>929</b>	<b>905</b>	<b>909</b>	<b>892</b>	<b>879</b>
Bács-Kiskun	351	348	351	349	349	346	347	342	348	345	333	327	325	331	330	330	328
Békés	250	255	253	256	255	245	248	244	246	249	240	237	236	229	230	225	218
Csongrád	292	298	302	300	300	297	296	291	294	290	290	294	294	294	292	289	288
<b>Dél-Alföld</b>	<b>893</b>	<b>901</b>	<b>906</b>	<b>905</b>	<b>904</b>	<b>888</b>	<b>891</b>	<b>877</b>	<b>888</b>	<b>884</b>	<b>863</b>	<b>858</b>	<b>855</b>	<b>854</b>	<b>852</b>	<b>844</b>	<b>834</b>
<b>Ország összesen</b>	<b>6729</b>	<b>6713</b>	<b>6704</b>	<b>6688</b>	<b>6623</b>	<b>6589</b>	<b>6559</b>	<b>6523</b>	<b>6560</b>	<b>6519</b>	<b>6451</b>	<b>6442</b>	<b>6415</b>	<b>6345</b>	<b>6343</b>	<b>6277</b>	<b>6199</b>

KSH: STADAT (URL3)

**II. tábla.** Egy háziiorvost és házi gyermekorvosra jutó lakos, 2000–2016

Területi egység	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Budapest	1340	1308	1296	1291	1297	1285	1293	1323	1319	1330	1338	1348	1358	1377	1400	1413	1425
Pest	1601	1666	1709	1738	1770	1786	1785	1811	1838	1855	1861	1867	1824	1833	1811	1818	1853
<b>Közép-Magyarország</b>	<b>1425</b>	<b>1426</b>	<b>1431</b>	<b>1438</b>	<b>1453</b>	<b>1450</b>	<b>1457</b>	<b>1488</b>	<b>1494</b>	<b>1508</b>	<b>1515</b>	<b>1525</b>	<b>1518</b>	<b>1534</b>	<b>1544</b>	<b>1556</b>	<b>1576</b>
Fejér	1626	1631	1611	1617	1643	1622	1624	1617	1622	1657	1658	1669	1658	1698	1698	1674	1727
Komárom-Esztergom	1513	1539	1510	1548	1570	1558	1583	1581	1564	1578	1639	1583	1535	1526	1534	1576	1565
Veszprém	1467	1517	1485	1510	1527	1527	1554	1545	1567	1574	1606	1583	1609	1623	1612	1624	1631
<b>Közép-Dunántúl</b>	<b>1538</b>	<b>1565</b>	<b>1538</b>	<b>1561</b>	<b>1582</b>	<b>1572</b>	<b>1589</b>	<b>1583</b>	<b>1587</b>	<b>1606</b>	<b>1635</b>	<b>1615</b>	<b>1606</b>	<b>1622</b>	<b>1621</b>	<b>1629</b>	<b>1648</b>
Győr-Ménfőcsanak-Sopron	1554	1606	1620	1589	1617	1624	1616	1622	1650	1673	1660	1699	1679	1739	1715	1731	1746
Vás	1453	1429	1415	1432	1403	1421	1446	1416	1434	1449	1440	1500	1484	1480	1485	1501	1553
Zala	1492	1550	1559	1570	1579	1556	1586	1577	1577	1594	1577	1575	1565	1553	1549	1599	1559
<b>Nyugat-Dunántúl</b>	<b>1507</b>	<b>1538</b>	<b>1543</b>	<b>1539</b>	<b>1544</b>	<b>1546</b>	<b>1559</b>	<b>1550</b>	<b>1567</b>	<b>1587</b>	<b>1574</b>	<b>1608</b>	<b>1592</b>	<b>1611</b>	<b>1602</b>	<b>1629</b>	<b>1639</b>
Baranya	1341	1359	1349	1336	1352	1388	1383	1372	1366	1372	1378	1369	1352	1345	1325	1329	1311
Somogy	1465	1517	1505	1491	1501	1525	1514	1512	1492	1484	1507	1476	1481	1467	1445	1501	1565
Tolna	1422	1473	1482	1472	1496	1567	1575	1509	1447	1507	1511	1469	1554	1541	1527	1521	1499
<b>Dél-Dunántúl</b>	<b>1401</b>	<b>1438</b>	<b>1432</b>	<b>1419</b>	<b>1435</b>	<b>1475</b>	<b>1471</b>	<b>1450</b>	<b>1427</b>	<b>1441</b>	<b>1452</b>	<b>1428</b>	<b>1441</b>	<b>1431</b>	<b>1412</b>	<b>1430</b>	<b>1435</b>
Borsod-Abaúj-Zemplén	1549	1590	1581	1574	1574	1557	1594	1549	1518	1529	1546	1538	1558	1552	1578	1562	1566
Heves	1627	1693	1684	1660	1672	1654	1727	1668	1596	1622	1604	1607	1604	1668	1611	1592	1623
Nógrád	1555	1599	1602	1604	1628	1615	1651	1681	1702	1639	1642	1554	1593	1587	1555	1603	1632
Észak-Magyarország	1569	1617	1609	1600	1607	1591	1636	1600	1566	1570	1576	1558	1575	1586	1583	1576	1591
Hajdú-Bihar	1470	1497	1520	1508	1543	1573	1555	1572	1540	1533	1533	1542	1538	1582	1566	1578	1575
Jász-Nagykun-Szolnok	1576	1610	1607	1589	1624	1629	1589	1210	1555	1563	1639	1596	1591	1598	1557	1601	1646
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1654	1740	1750	1758	1747	1748	1740	2321	1729	1673	1673	1667	1688	1733	1746	1771	1790
<b>Észak-Alföld</b>	<b>1563</b>	<b>1612</b>	<b>1624</b>	<b>1617</b>	<b>1637</b>	<b>1650</b>	<b>1630</b>	<b>1642</b>	<b>1610</b>	<b>1591</b>	<b>1611</b>	<b>1601</b>	<b>1606</b>	<b>1640</b>	<b>1628</b>	<b>1653</b>	<b>1670</b>
Bács-Kiskun	1515	1569	1550	1552	1549	1555	1546	1561	1524	1532	1576	1597	1600	1562	1557	1550	1549
Békés	1561	1565	1566	1535	1528	1575	1541	1544	1509	1472	1508	1509	1522	1551	1527	1540	1571
Csongrád	1425	1437	1413	1419	1416	1426	1432	1458	1442	1459	1455	1426	1393	1386	1391	1400	1394
<b>Dél-Alföld</b>	<b>1498</b>	<b>1524</b>	<b>1509</b>	<b>1503</b>	<b>1499</b>	<b>1517</b>	<b>1506</b>	<b>1522</b>	<b>1493</b>	<b>1491</b>	<b>1516</b>	<b>1514</b>	<b>1507</b>	<b>1498</b>	<b>1492</b>	<b>1496</b>	<b>1501</b>
<b>Ország összesen</b>	<b>1516</b>	<b>1516</b>	<b>1513</b>	<b>1513</b>	<b>1525</b>	<b>1529</b>	<b>1535</b>	<b>1540</b>	<b>1529</b>	<b>1536</b>	<b>1548</b>	<b>1546</b>	<b>1545</b>	<b>1557</b>	<b>1554</b>	<b>1566</b>	<b>1581</b>

KSH: STADAT (URL3)