

A fogorvosi finanszírozási rendszer változásának hatása a fogorvosok közhangulatára

The impact of changes in the dental financing system on the general mood of dentists

Tóth Ildikó^{1,2}, Nagy Ákos³ ✉, Sinkó Eszter^{2,4}

¹Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet

²Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

³Dr. Nagy Ákos Fogászati Bt.

⁴Magyar Egészségügyi Menendzsmnt Társaság

✉ drnagyakos01@gmail.com

A jogalkotó a területi ellátási kötelezettségű fogászati alapellátásban 2021 elejétől praxisközösségi rendszert, valamint a körzet nagyságától függő alapidj helyett 2023 januárjától indikátorrendszer vezetett be, utóbbit pilot program és érdemi tesztelés nélkül. A változtatások szakmai egyeztetés nélkül, a jogszabálytervezet véleményezésének elmaradásával, váratlanul kerültek bevezetésre.

Célunk az átalakító folyamatok (praxisközösségek kialakítása és az indikátorrendszer bevezetése) hatásának vizsgálata a fogorvosi alapellátási praxisokban, a hangulatot tükröző elemek mérésén keresztül (karrierátadási hajlandóság és hangulat) a fogorvosok körében.

Felmérésünket online, anonim kérdőívekkel négy alkalommal – 2022. április, 2023. május, 2024. február és 2024. október – végeztük az 1800 főt számláló „NEAK Fogorvosok” Facebook-csoportban tagként jelenlévő, érintett fogorvosok körében a praxisközösségi rendszerről és indikátorok alapján történő finanszírozásról. A kérdőíveket az aktuális helyzetnek megfelelően folyamatosan bővítettük kérdésekkel.

Eredményeink alapján a praxisközösség bevezetésekor nemzetközi adatokhoz közelítő karrierátadási hajlandóságot (20,3%) azonosítottunk, míg a szakmai egyeztetés nélkül bevezetett indikátorrendszer ezt 2,2%-ra csökkentette. Ezt tükrözi az is, hogy az indikátorrendszer elutasítottsága 90% feletti. Jelentős különbségeket találtunk a praxisközösségekben résztvevő és az önhibán kívül kimaradó praxisok között mind a karrierátadási hajlandóságban, mind az általános hangulatban.

A praxisközösségi rendszernek a finanszírozáson és a kollegiális kapcsolaton keresztül védő hatása lehet, ugyanakkor a kimaradókkal szemben diszkrimináló.

Kulcsszavak: praxisközösség, indikátor, fogorvos, hangulat

The legislator introduced a practice community system in primary dental care with a territorial service obligation from the beginning of 2021. An indicator system replaced the capitation fee depending on the size of the practice's district from January 2023, without a pilot program or substantive testing. The changes were introduced unexpectedly without prior consultation on the legislative draft.

Our aim is to examine the impact of transformational processes (establishing community of practices and introducing an indicator system) in primary care dental practices through the measurement of elements reflecting mood (dentist career transfer willingness and ethical distress) among dentists.

We conducted our survey with online, anonymous questionnaires in four waves (April 2022, May 2023, February 2024, and October 2024) among concerned dentists in the 1,800 members of the “NEAK Dentists” Facebook group. The questionnaires were continuously adapted and expanded with questions in accordance with the current changes in communities of practices and indicator-based financing.

Based on our results, when the community of practices was introduced, we identified a career transfer willingness (20.3%) that was close to international findings, while the indicator system introduced without professional consultation reduced to 2.2%. This is also reflected in the fact that the indicator system was rejected by over 90%. We found significant differences between were also observed in the willingness to transfer careers and general mood between practices participating in the community of practices and those that were excluded through no fault of their own, both in career transfer willingness and in the general mood.

The community of practices system may have a protective effect through financial support and collegial cooperation. However, at the same time, it is discriminatory against those who are left out.

Keywords: community of practices, indicator system, dentist, mood

BEVEZETÉS

A magyar kormány a COVID-járvány idején vágott bele az utóbbi idők legnagyobb egészségügyi átszervezésébe, ami az alapellátó fogorvosi rendszert is több ponton érintette. A felmérésünk egy, a fogorvos kollégák körében 2018 augusztusában, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) fogorvosi Facebook-csoportban feltett egyetlen kérdés: „Szeretné, hogy a gyermeked hozzád hasonlóan

NEAK-szerződött fogorvos legyen?” folytatásának is tekinthető [1]. A Facebookon feltett kérdés egy több időpontra keresztül zajló felméréshez vezetett (6. ábra), amit 2022 áprilisától folyamatosan a rendszerre vonatkozó kérdésekkel egészítettünk ki. Az első kérdésre adott válaszokban 293 kollégából 93% egyértelműen „nem” választ adott, 3% a „nem tudom”-ot, míg 4% az „igen”-t jelölte meg. A válaszok 2021 decemberétől javuló eredményeket mutattak.

A jogalkotó 2021 elején megteremtette az alapellátásban a területi ellátási kötelezettséggel (TEK) rendelkező praxisok számára a praxisközösség rendszerét, amely a kapcsolódó bértámogatási rendszer kialakítása miatt gyakorlatilag szükségsszerűvé teszi a belépést [2]. Ennek részeként a szoros együttműködést vállaló praxisközösségi tagok 100%-os, a kollegiális praxisközösségi tagok 80%-os bértámogatást kaptak az addigi finanszírozási elemeken felül. A praxisközösségből kimaradók a teljes bértámogatási összeg mindössze 30%-ára jogosultak. A fogászati ellátást érintő finanszírozási elemeknek a 2010–2024 közötti változását az első táblázatban mutatjuk be (1. táblázat). A fogorvosi rendszerben a korábbi finanszírozás az alaplíjából (korcsoportos fejkvóta) és a német ponthoz hasonló eseti ellátási díjból tevődött össze, így a praxisközösségi bértámogatás első körben 2021-ben egy emeltebb bért jelentett.

A praxisközösségi átalakítás csak az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvényben meghatározott fogorvosokat, azaz a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező gyermek-felnőtt-vegyes, Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) szerződött vállalkozókat érintette [4]. A jogszabályalkotás előkészítése során a jogalkotók nem voltak tekintettel a fogászati ellátórendszer sajátosságaira, amikor a praxisközösségbe belépés feltételeként a TEK meglétét és a rendelési óraszámot határozták meg. A háziorvosoknál ugyanis körzetnagyságtól függetlenül kötelező rendelési

minimumóraszám volt és van, a fogászati alapellátásban viszont a körzet nagysága határozza meg a rendelési időt, így a fogorvosi körzetek között voltak, akik önhibájukon kívül kimaradtak a szervezésből. 2025 áprilisában kértünk adatokat a 4 kérdésfelvételi időpontra vonatkozólag a NEAK-tól, hogy hány vállalkozó szerződött szolgáltató van, és ebből hányan alkalmasak praxisközösségi tagságra (2. táblázat). Az adatkérésünk szerint a háziorvos vállalkozók 97,4%-a (összes vállalkozó háziorvosi szolgálat: 5709, praxisközösségi tagságra alkalmas: 5561), az alapellátó fogorvosok 83,9%-a (összes vállalkozó fogorvosi szolgálat: 2282, praxisközösségi tagságra alkalmas: 1916) volt a jogszabály szerint alkalmas praxisközösségi tagságra. Az iskolafogászati szolgálatok annak ellenére, hogy az alapellátás részét képezik, intézményi alapon szervezett szolgáltatók, és ezért nem csatlakozhatnak a praxisközösségekhez. Hasonlóan problémás a vállalkozó fogorvos szakellátók, különösen a fogszabályozó szakrendelések helyzete, ahol körülbelül 100 fő szintén nem léphetett be a praxisközösségbe.

Következő lépésként 2023. január 1-jén Magyarországon bevezették a fogorvosi indikátorrendszert és ezzel párhuzamosan eltörölték az alaplíjat, az összeget pedig átirányították az indikátor- és a teljesítménykasszába, 50-50%-os arányban [5,6]. Az indikátorokról szóló jogszabály bevezetésének előkészítetlenségét mi sem mutatja jobban, mint hogy a 16/2023. (VI. 14.) BM-rendelet a fogászati kódtábla módosításáról 2023. június 15-én került a közlőnybe, de a benne foglaltakat már 2023. január 1-től alkalmazza a NEAK [7-9]. A változtatást előíró jogszabálynak a januári alkalmazáshoz már 2022 októberében meg kellett volna jelennie ahhoz, hogy a szolgáltatók alkalmazkodni tudjanak hozzá. Az indikátor olyan paraméter vagy érték, amely információt vagy leírást nyújt valamilyen jelenség állapotáról és segíti az adott jelenség statisztikai leírását, például egy beavatkozás főbb

Finanszírozási elemek a fogászati alapellátásban (év)	2010	2011-16	2017	2018	2019	2020	2021	2023
Alaplíj (korcsoportos fejkvóta)	van	van	van	van	van	van	van	nincs
Teljesítménydíjazás (németpont-rendszer, csúszópont)	van	van	van	van	van	van	van	van
Jogviszony-ellenőrzés díja	nincs	van	van	van	van	van	van	van
Hátrányos helyzetű településen lévő körzet támogatása	nincs	nincs	van	van	van	van	van	van
Rezsitámogatás	nincs	nincs	nincs*	van	van**	van	van	van
Praxisközösségi bértámogatás, orvos és szakdolgozó	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	van	van
Indikátordíjazás	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	van
Praxistámogatás, a szakdolgozó bértámogatás függvénye	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	van

*2017: a fogorvosok tiltakoznak, hogy a háziorvosokhoz hasonlóan ők is kapjanak 390 000 Ft/hó rezsitámogatást

**2019: a fogorvosok tiltakoznak, hogy ugyanannyi legyen a rezsitámogatásuk, mint a háziorvosoké (fogorvos: 130 000 Ft, háziorvos: 540 000 Ft)

1. táblázat

A fogászati finanszírozási elemek változása, az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet változásainak megfelelően [3]. (saját szerkesztés)

jellemzőit [10]. A fogorvosi alapellátásba bevezetett indikátorok a minőséget mérik, céljuk az lenne, hogy a beavatkozások megfigyelésével, analizálásával, optimalizálásával és átalakításával mind a beteg, mind az egészségügyi ellátó elégedettségét növeljék.

Az indikátorpontok alapján történő finanszírozás a következő módon történik. A fogorvosi praxisok körzettípustól függően jelenleg négy-négy indikátor alapján kapják a finanszírozásukat [11]. A praxisokat első körben csoportokba sorolják be, amelyek vármegyénként és a főváros szintjén, felnőtt és vegyes, gyermek típus szerint kerülnek kialakításra. Az indikátorjegyzékben szereplő indikátorok alapján a praxisok maximálisan 8 pontot érhetnek el. A praxisonként összeadott pontértékek alapján a pontok arányának megfelelően kapnak többletfinanszírozást az adott csoportba tartozó fogorvos szolgáltatók a megadott keretösszeg nagyságáig. A pontérték alapján kapott finanszírozási összeg kezdetben 50 000 Ft volt, ami később 25 000 Ft-ra csökkent, mivel az indikátorpont-szerzés könnyebbé vált, a kassza pedig zárt [12]. A bevezetett indikátorok fele visszamenőlegesen volt érvényes, azaz egy olyan gyakorlatot értékelnek vele, amelyre a szolgáltatók nem készülhettek fel időben. Az indikátorok bevezetésével párhuzamosan megnövekedt az egy beavatkozásra szánt minimumidőt is 10%-kal, azaz egy-egy beteg ellátására több időt kell fordítani, ami azzal jár, hogy ugyanabban az időintervallumban kevesebb beteget lehet ellátni, s ez arányos teljesítménycsökkenést eredményezhet [7].

Habár nem részletesen kutatott, mégis általánosságban elfogadott, hogy az általános hangulattal és mentális jólléttel jól korrelál, hogy a szülő el tudja-e képzelni a gyermekét a saját hivatásában. Bár többnyire fordítottan vizsgálják a kuta-

tások, hogy a gyermek mikor választja a szülője hivatását a jövőbeli karrierjének [13], mégis okkal feltételezhető, hogy az a fogorvos, aki büszke a hivatására, és kiszámítható életpályát lát mögötte, valószínűleg bátorítani fogja a gyermekét a pályára. Ellenben a munka jellegéből adódóan – így a betegek félelmeivel való megküzdés és a hosszú munkaórák miatt – a kiegészítő nagyon magas a fogorvosok körében, ez pedig negatív példaként hathat mind a gyermekekre, mind a karrierátadási hajlandóságra. Úgy gondoljuk, hogy a rendszerbeli változásokat jól tükrözik nemcsak a hangulati értékek, hanem ezzel párhuzamosan az, hogy az orvos- vagy fogorvoskolléga továbbörökítené-e a hivatását gyermekére.

CÉLKITŰZÉS

A közel másfél éves időtartamban összesen négy alkalommal felvett online kérdőíves felmérésünkkel a 2020-as években kezdődött és jelenleg is zajló, a fogorvosi alapellátási egészségügyi rendszert átalakító folyamatoknak (praxis-közösségek kialakítása és az indikátorrendszer bevezetése) a fogorvosok karrierátadási hajlandóságára és általános hangulatára gyakorolt hatását mutatjuk be.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

A vizsgálat négy időpontban (2022. április, 2023. május, 2024. február, 2024. október hónapokban) végzett ismételt keresztmetszeti felmérés adatain alapul. Igazítva az aktuális szakmapolitikai helyzethez, ugyanazt a kérdőívet kiegészítő kérdésekkel aktualizáltuk. A mintavétel a NEAK Fogorvosok 1800 fős Facebook-csoportjában történt, önkéntes, online, a

Fogorvosok										
Év, hónap	Összes vállalkozó fogorvosi szolgáltatók száma	Praxis-közösségi tagságra alkalmas szolgáltatók száma	Nem praxis-közösségi tag (30%-os bértámogatás)	Kollegiális praxis-közösség (80%-os bértámogatás)	Konzorciumi praxis-közösség (100%-os bértámogatás)	Jogszába alapján nem léphet praxisközösségbe (szolgáltatók száma)				
						Iskola-fogászat	Ügyelet	Terület nélküli	20 óra alatt	Betöltetlen
2022. ápr.	2 282	1 916	77	1 092	747	187	13	4	125	37
2023. máj.	2 317	1 952	51	1 051	850	190	12	4	126	33
2024. febr.	2 283	1 916	37	993	886	189	11	3	129	35
2024. okt.	2 277	1 912	23	962	927	188	9	2	132	34

Háziorvosok										
Év, hónap	Összes vállalkozó háziorvosi szolgáltatók száma	Praxis-közösségi tagságra alkalmasak száma	Nem praxis-közösségi tag (30%-os bértámogatás)	Kollegiális praxis-közösség (80%-os bértámogatás)	Konzorciumi praxis-közösség (100%-os bértámogatás)	Jogszába alapján nem léphet praxisközösségbe (szolgáltatók száma)				
						Terület nélküli		Betöltetlen		
2022. ápr.	5 709	5 561	511	2 669	2 381	108		40		
2023. máj.	5 631	5 504	408	2 360	2 736	84		43		
2024. febr.	5 473	5 335	317	2 162	2 856	73		65		
2024. okt.	5 397	5 267	292	2 027	2 948	72		58		

2. táblázat
A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől (NEAK) 2025. április 2-án kért adatok alapján a praxisközösségre jogosult körzetek száma a fogorvosi és háziorvosi alapellátásban (saját szerkesztés)

Google Űrlapok segítségével kitölthető anonim kérdőívek formájában. Viszonyításul a 2025. április 2-án lekért NEAK-adatok alapján a körzetszámokról, a négy kérdésfelvételi időpontban a praxisközösségi tagságra alkalmas szolgálatok száma a következő volt időrendben: 1916, 1952, 1916, 1912 (lásd 2. táblázat). Egy körzetből egy kitöltőtől fogadtunk el adatokat. Tekintettel a rendszerbeli változások vizsgálatára, elsősorban a praxisközösségi reform bevezetésére fókuszálva a körzetek jellemzőit gyűjtöttük, azaz a körzet elhelyezkedésére, méretére és szerveződési szintjére kérdeztünk rá, és nem kérdeztünk rá a kitöltő nemére, életkorára vagy családi állapotára. A szerveződési szinteket a cikkben 100%-os, 80%-os, 30% önként és 30% önhibán kívül elnevezéssel jelöljük. A „30% önként” kategóriába tartozók nem léptek be a praxisközösségbe, annak ellenére, hogy megtehették volna, míg a „30% önhibán kívül” nem is tudott csatlakozni, mivel nem felelt meg a kritériumoknak. A felmérésben szereplő kérdéseket az 1. mellékletben bemutatott kérdőívben közöljük (a cikk online verziójában). Hangulati elemként vizsgáltuk a karrierátadási hajlandóságot a saját gyermeknek (válaszok: 1=igen, 2=nem, 3=talán) mind a négy adatfelvételi időpontban. A 2024-es időpontokban a kérdőívet kiegészítettük egy több felmérésben is megtalálható módszerrel, azaz a kollégák a hangulatukat a „Hogyan érzed magad?” kérdésre egy 1–10-es Likert-skálán (1=abszolút rosszul, 10=teljesen jól) értékelhették, amivel a hangulati állapotot számszerűsíteni is tudtuk [14,15]. A felmérésben kérdéseket tettünk fel az indikátorrendszer megfelelőségével kapcsolatban is, azaz anyagilag hogyan alakult a praxisok bevétele, illetve mennyire tartják jó ötletnek az indikátorrendszer bevezetését. A kérdéseket szintén a cikk online verziójában található mellékletben közöljük. Az adatokat az elemzés előtt tisztítottuk, azaz a nem megengedett praxisjellemző kombinációkat kizártuk, például: egy iskola fogászat nem lehet praxisközösségi tag. A „nem TEK” körzeteket (iskola fogászat és szakellátások) az elemzések során összevontan kezeltük, mivel a jogszabály szerint ezek csak a 30% önhibán kívüli praxisközösségi kategóriában lehetnek. Ugyanakkor TEK-körzetek akkor léphetnek szoros vagy kollegiális praxisközösségbe, ha a körzetméretek szempontjából teljesítik a feltételeket. Indikátora csak TEK-es körzeteknek van, így ezt más körzet-típusnál nem lehet figyelembe venni. Tekintettel arra, hogy az eltérő időpontokban nem mindig ugyanazok a személyek töltötték ki a kérdőívet, minden időpontot külön-külön, önálló keresztmetszeti adatként kezeltük, azaz az egyéni változásokról nem tudunk képet adni, csak csoportszinten követhetőek a változások, például a praxisközösségi szinthez csatlakozás megoszlása vagy az indikátorrendszer elfogadottsága a csoporton belül.

Az adatok tisztítása Excel programban történt, míg a statisztikai analízist SPSS (IBM Version 20) programmal végeztük. Tekintettel az erősen eltérő csoportméretekre, a kategorikus változók esetén a kis elemszám miatt a Fisher-féle egzakt tesztet alkalmaztuk. Folytonos változók eloszlását Kolmogorov-Smirnov próbával vizsgáltuk. Mivel minden folyamatos adatunk normál eloszlást mutatott, a statisztikai

különbséget az időpontok között kétmintás t-próbával elemeztük, míg a csoportok értékei között ANOVA módszerrel néztük a különbséget. A hangulati elemek, így a karrierátadási hajlandóság és a „Hogyan érzed magad?” kérdésre adott értékek közötti összefüggést Spearman korrelációs tesztet vizsgáltuk meg. Szignifikanciaszintnek a $p < 0,05$ -öt fogadtuk el.

EREDMÉNYEK

A fogorvosi körzetek jellemzői a területi ellátási kötelezettség, az ellátott betegpopuláció és az elhelyezkedés alapján

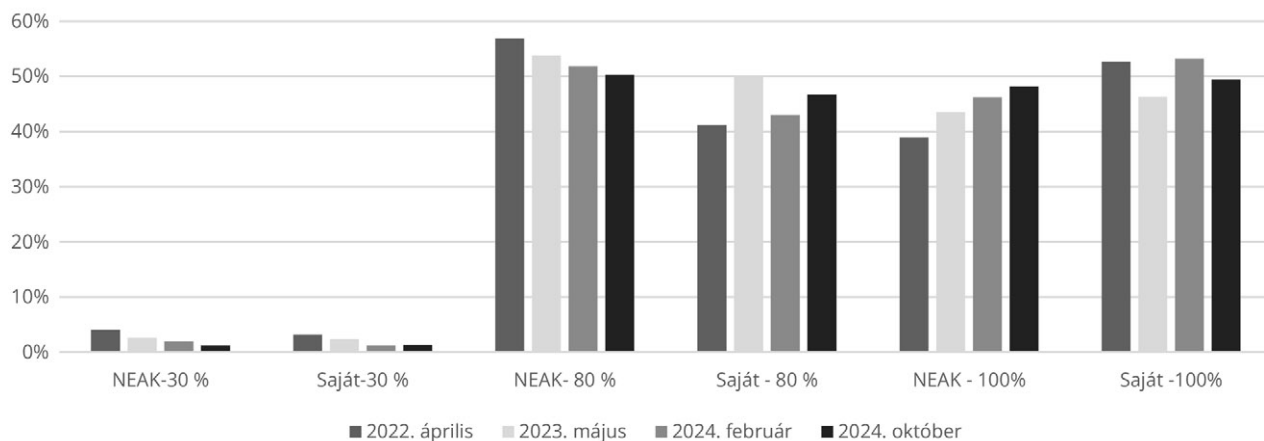
A tisztított adatok alapján a négy időpontban az elemzésbe bevont mintaméretek időrendi sorrendben a következők voltak: $N_1=197$, $N_2=456$, $N_3=266$, $N_4=310$. A területi ellátási kötelezettség mellett a körzetek jellemzőiként az ellátott betegpopulációra (gyermek, felnőtt, vegyes, szakellátó) és annak méretére, a körzet elhelyezkedésére kérdeztünk rá, az eredményeket a cikk online verziójának mellékletében az 1. és 2. táblázatban részletezzük. Szignifikánsan ($p=0,027$) több TEK-es körzettel rendelkező fogorvos töltötte ki a kérdőívet. Ezen belül is jellemzően a TEK vegyes körzetek száma kiemelkedő, különösen vidéki praxisokban. A praxisméretek megoszlása alapján a négy mintavételi időpont adatait összesítve a kérdőívet szignifikánsan magasabb számban a 3001-5000 ellátott főből álló körzetből töltötték ki ($p < 0,001$). A nem TEK-körzetek alatt a kérdőív kérdései alapján összevontan kezeltük a fogszabályozás, szájszűrés, parodontológia és az egyéb szakrendeléseket. Számuk elenyészően kevés a mintában, összesen 45 fő iskola fogászat, 21 fő fogszabályozás, míg az egyéb, nem közfinanszírozott összesen 2 fő, és a négy felvételi időpontban jellemzően körülbelül azonos arányban oszlottak meg.

A praxisközösségi szintek arányának változása a kérdésfelvételi időpontokban és település-típusonként

Összehasonlítottuk a saját mintavételi adatainkat a praxisközösségi szinteket illetően a NEAK-tól lekért adatokkal százalékos megoszlásban és hasonló mintázatot kaptunk (1. ábra). Az egymásnak megfeleltethető praxisközösségek közül a 2022. áprilisi mintavételben találtuk a legnagyobb különbséget a 80%-os praxisközösség százalékos arányában (NEAK – 80%: 56,9% vs. saját – 80%: 41,9%, különbség: 15,7%).

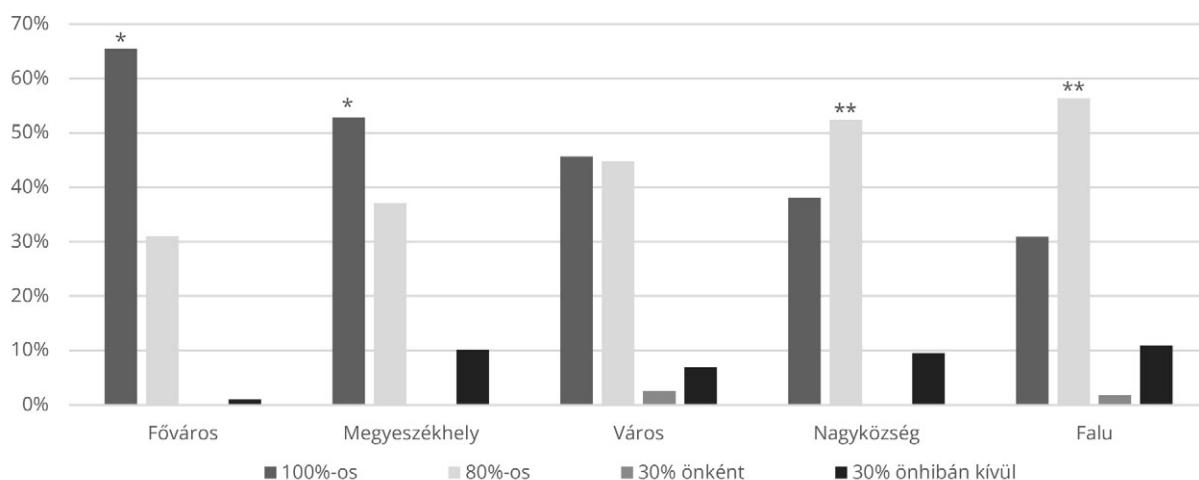
Az 1. ábrán látható, hogy összességében szignifikánsan ($p=0,02$) nagyobb arányban töltötték ki a felmérés résztvevői a 100%-os, 80%-os praxisközösségek közül összehasonlítva a 30%-os szintekkel, ami tükrözi a mintafelvétel időpontjában fennálló NEAK-adatoknak megfelelő praxisközösségi szintek megoszlását. Ugyanakkor a 100%-os és 80%-os szintek százalékos gyakorisága között nem volt statisztikai különbség ($p=0,191$) az egyes mintavételi időpontok között.

A praxisközösségek százalékos arányát településtípusok szerint is elemeztük a legutolsó, 2024. októberi mintavételi időpontban (2. ábra). Míg a fővárosban és a megye-



1. ábra

A praxisközösségi szintek megoszlása a négy mintavételi időpontban a saját és a NEAK adatok megoszlása között ($N_{NEAK}=7696$ és $N_{Saját}=1161$) (saját szerkesztés)



2. ábra

A praxisközösségi szintek megoszlása településtípusok szerint a legutolsó mintavételi időpontban, a 2024. októberi mintában. ($N=310$) * $p<0,01$; ** $p<0,01$ (saját szerkesztés)

székhelyen szignifikánsan magasabb a 100%-os praxisközösségek százalékos aránya, addig a kisebb településeken az arány megváltozik a 80%-os közösségek irányába. A négy időpont mintájának összesített megoszlása hasonló arányt mutat.

Rákérdeztünk arra, hogy mi történjen a praxisközösségbe csatlakozni nem tudó, önhibájukon kívül kimaradt praxisokkal, csatlakozhassanak-e közösségbe (3. táblázat).

Az eredmények alapján látható, hogy mind a TEK-, mind a nem TEK-körzetekből kitöltők szignifikánsan magas ($p<0,01$) arányban javasolják, hogy a kívül maradók is csatlakozhassanak a praxisközösségi rendszerbe.

Az indikátorrendszer bevezetésének támogatottsága

A 2023. májusi felméréstől kezdve rákérdeztünk az indikátorrendszerrel kapcsolatos véleményekre is. Az alaplíjat felváltotta az indikátorpontok alapján történő finanszírozás. Tekintettel arra, hogy az indikátorpontok alapján fizetett

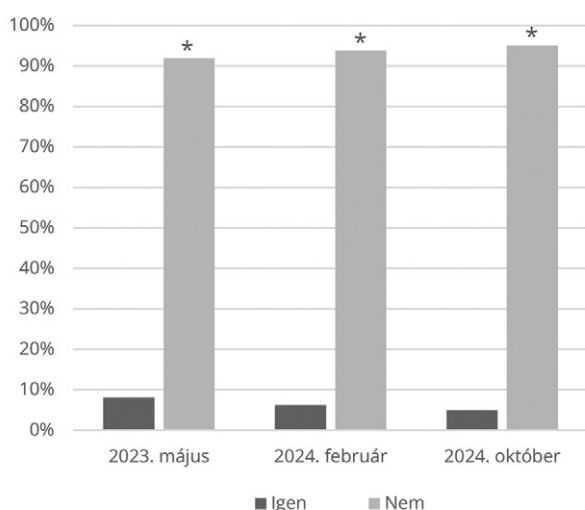
összeg hónapról hónapra változhat egy körzetben, egyértelmű összegre rákérdezni nem tudtunk a bevétel megváltozását illetően. A kérdőív egy igen/nem választ váró kérdéssel mérte fel, hogyan változott a fogorvosok bevétele, azaz az indikátorpontok az elvett alaplíjnál több bevételt jelentenek-e (3. ábra). A válaszok százalékos megoszlása alapján látható, hogy a kollégák egyértelműen és szignifikánsan többen, 90% feletti arányban azt jelzik: az új indikátoralapú rendszer nem jelent több bevételt, mint az alaplíj, és ez egy enyhe, 2% körüli növekvő tendenciát jelent a mintavételi időpontok között, ami nem szignifikáns ($p=0,232$).

Annak a megítélésére, hogy a fogorvosi rendszer egyes szereplői különbözőképpen kapják a finanszírozásukat (TEK-körzetek: praxisközösségi bértámogatás + indikátorfinanszírozás összevetve a nem TEK-körzetek: alaplíj + 30%-os bértámogatás), rákérdeztünk arra, ezt jó vagy rossz ötletnek tartják-e a kollégák. A 4. ábrán külön mutatjuk be a TEK- és nem TEK-körzetek véleményét az egyes időpontokban a különböző finanszírozásról. Míg kis arányban, de a TEK-körzetek

		2023 május	2024 február	2024 október	Teljes
TEK	Együttműködőként csatlakozhassanak	422 (95,5%)	240 (97,6%)	280 (96,2%)	942 (96,2%)
	Maradjanak 30%-os bértámogatáson	20 (4,5%)	6 (2,4%)	11 (3,8%)	37 (3,8%)
Nem-TEK	Együttműködőként csatlakozhassanak	14 (100%)	20 (100%)	19 (100%)	53 (100%)
	Maradjanak 30%-os bértámogatáson	0	0	0	0

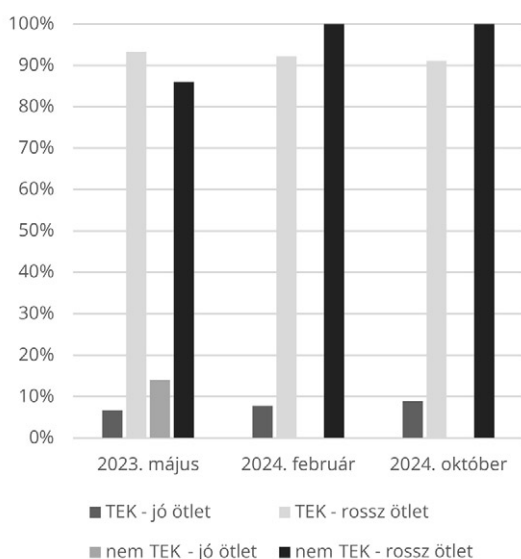
3. táblázat

Csatlakozhassanak-e az önhibájukon kívül maradók a praxisközösségi rendszerhez? Kérdésre adott válaszok: TEK- és nem TEK-körzetek és mintavételi időpontok szerint (N=1229) (saját szerkesztés)



3. ábra

Többet ad vissza az indikátorrendszer, mint az alapdíj? Az igen és nem válaszok aránya a 3 mintavételi időpontban (N= 971), *p <0,001



4. ábra

Az indikátorrendszer megítélése a TEK- és nem TEK-körzetek körében: jó ötlet/rossz ötlet válaszokként (N=1032) (saját szerkesztés)

körében minden időpontban megjelenik a jó ötlet válasz, addig a nem TEK-körzetek körében ez a 2024-es időpontokra teljesen eltűnik.

Azt a kérdést, hogy legyen-e, és a rendszer melyik szereplőjének legyen indikátoralapú elszámolása, szintén a TEK- és nem TEK-körzetekre osztottan vizsgáltuk (4. táblázat).

Az adatokból látható, hogy mind a TEK-, mind a nem TEK-körzeteknél nagyon magas az indikátorrendszer elutasíthatósága mind a három időpontban.

A karrierátadási hajlandóság és a hangulati állapot változása az egyes mintavételi időpontokban

A karrierátadási hajlandóságot mind a négy kérdésfelvetési időpontban vizsgáltuk, míg a „Hogyan érzed magad a jelenlegi rendszerben?” kérdéssel a kérdőívünket két időpontban, 2024. februárban és 2024. októberben egészítettük ki. Ezzel értéket szerettünk volna adni a hangulatnak, meghatározva annak a minőségét is. Ehhez egy 1–10-es skálán, a „rosszul érzem magam” és a „jó érzem magam” skálán határozták meg a kollégák, hova helyezik magukat.

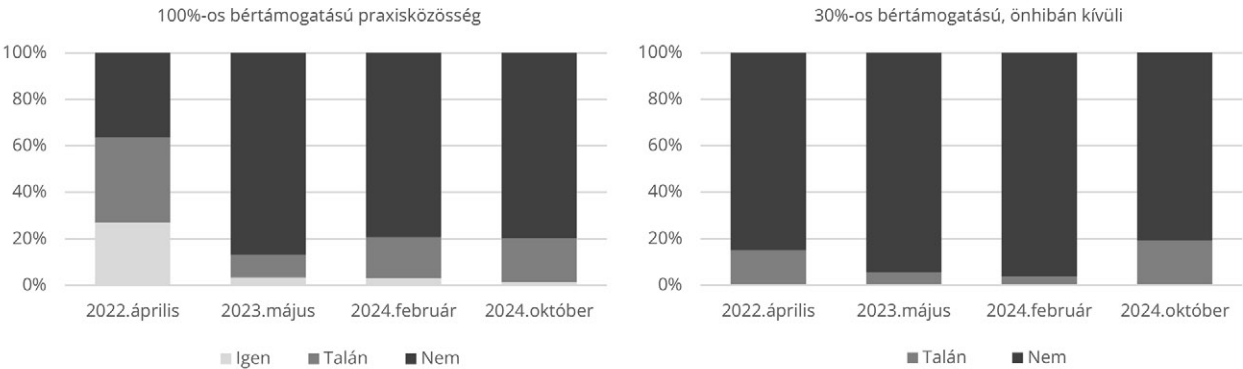
A karrierátadási hajlandóság vonatkozásában arra a kérdésre, hogy „Szeretnéd, ha gyermeked olyan helyzetben lévő egészségügyi dolgozó lenne, mint most Te?” a kollégák igen, nem és talán válaszokat adhattak. A 2022-es évben a karrierátadási hajlandóság (igen: 20,3%, talán: 31%) még szignifikánsan magas az elkövetkező 2023-as és 2024-es évhez képest (igen: 2,2–2,6 %, talán: 8,6–16,3 %) (p<0,001, df=6, Khi-négyzet: 175). A „nem” válaszok aránya 2023-tól magasabban 80% feletti maradt, a „talán” válaszok aránya pedig egy enyhe növekvő tendenciát mutat, míg 2024 októberre az együttes aránya az igenekkel eléri a 18,9%-ot.

Összehasonlítottuk a két legeltérőbb praxisközösségi szintet, a 100%-os és a 30% önhibán kívüli szintet a karrierátadási hajlandóság alapján (5. ábra). Míg a 100%-os praxisokban az összképhez hasonló, de kicsit optimistább képet látunk, addig a 30% önhibán kívüli praxisokban az igen válasz meg sem jelenik.

A hangulati állapot időbeli alakulását két felmérési időpontban (2024. február és 2024. október) vizsgáltuk. 2024-től a hangulati értéket is mértük, azaz számszerűsítettük a

	TEK			Nem TEK		
	2023. május	2024. február	2024. október	2023. május	2024. február	2024. október
Minden szereplőnek	9,5%	13,0%	11,0%	7,1%	5,0%	5,3%
Egyik szereplőnek se legyen	90,2%	85,0%	86,9%	71,4%	90,0%	89,5%
Csak a TEK-körzetnek	0,2 %	2,0%	2,1%	21,4%	5,0%	5,3%
Összes válaszadó (N)	441	246	291	14	20	19

4. táblázat
Válaszok a „Melyik szereplőnek legyen indikátorrendszere” kérdésre a TEK- és nem TEK-körzetek és mintavételi időpontok szerint (N= 1030) (saját szerkesztés)



5. ábra
Szeretné, ha gyermeked olyan helyzetben lévő egészségügyi dolgozó lenne, mint most Te? Eredmények a 100%-os praxisközösségi csoportban (N=574) és a 30% önhibán kívüli (N=90) csoportban a négy mintavételi időpontban (saját szerkesztés)

hangulatot és az 1–10-es Likert skálán a hangulati átlagokat, amelyek februárban összesítetten: $4,2 \pm 2,3$ és októberben: $4,5 \pm 2,2$ értéket mutattak. Habár a két időpont között javuló tendenciát látunk, azonban ez nem szignifikáns ($p=0,142$). Lakóhely szerint sem találtunk különbséget a fogorvosok hangulati állapota között (összesítetten: főváros: $4,4 \pm 2,3$, megyeszékhely: $4,2 \pm 2,2$, vidék $4,4 \pm 2,3$; $p=0,786$), és az érték itt sem emelkedik 5 fölé. Ellenben sokkal élesebb különbséget találtunk, amikor a praxisközösségi szinteket vizsgáltuk, és itt is jelentkezett a szignifikáns különbség a 100%-os, 80%-os és a 30%-os önként és önhibán kívül praxisok között, hasonlóan a karrierátadási hajlandósághoz, továbbá ez is romló, de nem szignifikáns tendenciát mutat a két időpont között. Hasonlóan szignifikáns különbség mutatható ki a TEK-es és nem TEK-es körzetek között (TEK: $4,4 \pm 2,2$, nem TEK: $3,1 \pm 2,3$; $p<0,001$), mint a karrierátadási hajlandóságban (5. táblázat).

Összefüggés a karrierátadási hajlandóság és a hangulati értékek között

Spearman-féle korrelációs vizsgálattal megnéztük az összefüggést a karrierátadási hajlandóság és a hangulati érték között. A két változó között szignifikáns, pozitív kapcsolat mutatható ki ($0,256$, $p<0,001$), azaz a karrierátadási hajlandóság megfelelően tükrözi az általános hangulati állapo-

tot: minél rosszabb a hangulat, annál kevésbé szeretnék a saját hivatásukban látni a kollégák a gyermeküket.

MEGBESZÉLÉS

Az „egy háziorvos és egy nővér” felállású alapellátási rendszer egyre inkább elavultnak minősül, ezért törekednek a modernizálására, melynek egyik irányvonala a praxisok közösségbe tömörítése. Ez mind a betegútmenedzsmentben, mind a betegek kezelésében és gondozásában sokkal hatékonyabb lehet az erőforrások megfelelő allokációja miatt, de legfőképpen azért, mert növeli az orvosok közötti interakciók lehetőségét, valamint a velük együtt dolgozó szakdolgozók számát. Magyarországon a Svájci Hozzájárulás keretében nyert támogatásból 2013–2017 között egy népegészségügyi fókuszú Alapellátás-fejlesztési Modellprogramot (azonosító szám: SH8/1) hoztak létre hátrányos helyzetű kistérségekben. A programon belül 24 háziorvos alkotott 4 praxisközösséget, melyek kiegészítő, a prevenció minden szintjére kiterjedő szolgáltatásokat is nyújtottak az alapellátás mellett [16]. A modell hatékonynak bizonyult és sikeresen reagált a népegészségügyi kihívásokra a tudatos szervezés hatására, ezért az ágazatvezetés a praxisközösségek fenntartása mellett döntött, és 2018-tól további praxisközösségek megalakítását tervezte. Annak ellenére, hogy a fogorvosok az eredeti

	100%-os bértámogatás N=275	80%-os bértámogatás N=242	30%-os bértámogatás önként N=7	30%-os bértámogatás önhibán kívül N=52	p-érték
2024. február	4,5 ± 2,2	4,1 ± 2,3	4,0 ± 2,1	3,3 ± 2,5	0,124
2024. október	4,9 ± 2,1	4,4 ± 2,3	2,75 ± 2,2	2,9 ± 2,0	<0,001
Átlag	4,7 ± 2,1	4,2 ± 2,3	3,2 ± 3,4	3,1 ± 2,3	<0,001
p-érték	0,102	0,3	0,678	0,55	

5. táblázat

A fogorvosok hangulata 1–10-es skálán a különböző praxisközösségi szinteken, az adatokat mint átlag ± standard deviáció ábrázoltuk (N = 576) (saját szerkesztés)

pilot programban nem szerepeltek, a 2021-es praxisközösségekről szóló kormányrendelet tartalmazza a fogorvosok praxisközösségi részvételi lehetőségeit [2]. Egy 2021-ben végzett és nem publikált kérdőíves felmérésünk (n=339 fő) szerint a fogorvosok 85%-a nem is volt tisztában azzal, hogy mit jelent a praxisközösségi rendszer a bevezetésekor.

2022-ben a fenti Alapellátási Modellprogram sikerére alapozva elkezdődött az alapellátás szerkezeti átalakítása, azonban a tartalom, a prevenció fókusz szinte teljesen más értelmet kapott. A modellprogramban a hangsúly a lakosság tömeges szűrésén volt, ami szakdolgozói többszolgáltatásként valósult volna meg, azonban jelenleg csak a szoros praxisközösségek feladata a népegészségügyi adatgyűjtés, plusz szakdolgozói erőforrás nélkül [17,18]. Első lépésként a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi körzeteket kezdték a praxisközösségekbe tömöríteni, azonban a belépési szinteket – azaz 100% (szoros), 80% (kollegiális) és 30% (kimaradó) – a kollégák maguk választhatták meg. Később a szervezési átalakítást a fogorvosi alapellátásban is bevezették, ugyanakkor az átalakítás nem vette figyelembe a fogorvosi rendszer heterogenitását. Ennek következtében diszkriminatív módon bizonyos résztvevők, így a szakrendelések, a fogszabályozás és az iskolafogorvosi körzetek jogilag nem tudtak belépni a rendszerbe. A kérdőíveinket mind a 4 időpontban nagyon magas, 90% feletti arányban a TEK-es körzetből töltötték ki a válaszadók, akiket valójában érintett a praxisközösségi rendszer kialakítása. A TEK-körzeteknél annak ellenére, hogy a kitöltőknél nagy arányban a praxis nagysága megfelelt a 100%-os körzetbe belépésnek, a körzetek közel felében nem választották vagy választhatták a szoros közösséget, ám kérdőívünk ennek a konkrét okára nem kérdeztünk rá. Az 1. ábrán látható, hogy a 2022-es belépési állapothoz hasonló arány maradt a 3 éves időtartamban mindvégig a jellemző a 100%-os és 80%-os szinteknél, azaz folyamatosan 40–45% között mozgott mind a két forma, annak ellenére, hogy a finanszírozási kormányrendelet szerint a két szint közötti bértámogatási különbség életkortól függően 59 800–451 800 Ft-ot jelent [20]. Nem vizsgáltuk tovább azt sem, hogy a kollegiális szintet választók mennyire önkéntesen léptek be a kevesebb bértámogatást nyújtó, 80%-os kollegiális szintre, de a fogorvosok közösségi fórumain sokan sérelmezték, hogy gyakorlatilag nem tudnak belépni a szoros közösségbe, azaz önhibájukon kívül, kényszerből választot-

ták a kollegiális típust. Településtípus szerint vizsgálva a fővárosban sokkal többen léptek be a 100%-os praxisközösségbe, mint vidéken. Ennek az okát nem vizsgáltuk tovább részletes kérdésekkel, azonban feltételezzük, hogy egyszerűen a földrajzi távolság játszhat szerepet ebben. A városokban közel, egymás mellett helyezkednek el az orvosi rendelőik, itt lehetőség van a valódi napi szintű kapcsolatra. Vidéken, ahol a körzetek 10–20 kilométerre helyezkednek el egymástól, erre nincs lehetőség, és ezért nem tudnak szoros közösségbe lépni. Különbség észlelhető a szoros praxisközösségek és a kimaradók általános hangulata között, aminek egy lehetséges oka lehet a magukra maradó körzetek elszigeteltsége is. Maragha T és mtsai a fogorvosok mentális egészségével foglalkozó cikkükben megemlítik, hogy a vidéki kis praxisokban dolgozók sokszor magukra hagyottnak érzik magukat [22]. Bár a saját adatainkból nem olvasható ki, azonban a NEAK-tól lekért, kérdésfelvételi időpontjainkban szereplő adatok alapján a praxisközösségi szintek megoszlását illetően kiolvasható egy ellentétes irányú arányváltozás a 80%-os és a 100%-os praxisközösségek között, azaz a 80%-os praxisközösségek száma az általunk felvett négy időpont között lassan, majdnem 6%-ot csökkent, míg a 100%-os praxiskörzetek száma 9%-kal emelkedett, ami korrelál a 100%-os körzetekben adott optimistább karrierátadási hajlandóság válaszokkal. Arra a kérdésre, hogy támogatnák-e a kollégák a kimaradók praxisközösségi csatlakozását, nagyon jelentős, 95% feletti támogatottságot mértünk mind a TEK-, mind a nem TEK-es körzetekből kitöltők részéről. Ez az eredmény azt sugallja, hogy a válaszadók – függetlenül a körülményeiktől – széles körben támogatják a rendszer igazságosabbá tételét, a jelenleg kimaradók bevonását.

A praxisközösségi rendszer első körben egy új bértámogatási modellt jelent, korábban bemutattuk a bevételkülönbséget, ami adataink alapján a magasabb bértámogatású szinteknél együtt jár egy magas karrierátadási hajlandósággal. A fogorvosi alapellátási rendszerben a következő változtatás az alapidíj elvétele és az indikátorrendszer bevezetése volt a TEK-es körzeteknél. Az indikátorok bevezetése előzetes véleményezés nélkül történt, és éppen ezért alakulhatott ki egy méltánytalan helyzet. Egyrészt az indikátorrendszer csak a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező praxisok alapidíját váltotta fel, másrészt az elvett alapidíjak nem csak az indikátorrendszerbe kerültek visszaosztásra. Az elvett

alapdíj összege az összes szolgáltató között került visszaosztásra. A 3. ábrán látható, hogy az alapdíj hiánya és az indikátorrendszer bevezetése nem jelent bevételnövekedést a körzeteknek. Az előbbieket egy 30 órás minimumbetegszámmal rendelkező körzet példáján mutatjuk be. A számoláshoz a KSH korfa adatait és a 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet utolsó hatályos alapdíját használtuk [22,23]. A 30 órához szükséges minimumlétszámok: gyermek körzet esetén 1500 fő, vegyes körzet esetén 3600 fő, felnőtt körzet esetén 4000 fő. A KSH adatai alapján a népesség 18,5%-a 18 év alatti, 24,1%-a 62 éves vagy afeletti. A körzet létszámát korcsoportokra kell bontani, amelyeket a korcsoportos szorzónak megfelelően fel kell szorozni, majd az így kapott pontokat összeadni. A korcsoportonkénti szorzó gyermek körzetnél 4,6. Vegyes körzetnél 0–18 éves korig 3,0, 19–62 éves korig 1,0, 62 éves kor felett 2,4. Felnőtt körzetnél 19–62 éves korig 1,0, 62 éves kor felett 2,4. 6000 pont felett a kapott korcsoportos pontszám értéket a degressziós táblázatnak megfelelően csökkenteni kell. A korcsoportos pontszám értéke 53,2 Ft/hó. Ez alapján:

- Az 1500 fős gyermek körzet alapdíja: $(1500 \cdot 4,6 = 6900 \text{ pont, degresszálva } 6434 \text{ pont. (Jogalkotói figyelmetlenség feltételezhető amögött, hogy a minimumlétszámú körzet már degresszió alá esik.) Azaz } 6434 \cdot 53,2 \text{ forinttal} = 342\,289 \text{ Ft.}$
- A 3600 fős vegyes körzet alapdíja: $(0\text{–}18 \text{ éves } 3600 \cdot 0,185 = 666 \cdot 3 = 1998 \text{ pont} + 19\text{–}62 \text{ éves } 3600 \cdot (1 - 0,185 - 0,241) \cdot 1 = 1534 \text{ pont} + 62\text{- éves } 3600 \cdot 0,241 \cdot 2,4 = 2082 \text{ pont összesen: } 5614 \text{ pont, nincs degresszió}), \text{ azaz } 5614 \cdot 53,2 \text{ forinttal} = 298\,664 \text{ Ft.}$
- A 4000 fős felnőtt körzet alapdíja: $(19\text{–}62 \text{ éves } 4000 \cdot (1 - 0,241) \cdot 1,22 \cdot 1 = 3073 \text{ pont} + 62 \text{ év feletti } 4000 \cdot 0,241 \cdot 1,22 \cdot 2,4 = 2823 \text{ pont, összesen: } 5896 \text{ pont, nincs degresszió}), \text{ azaz } 5896 \cdot 53,2 \text{ forinttal} = 313\,667 \text{ Ft}$

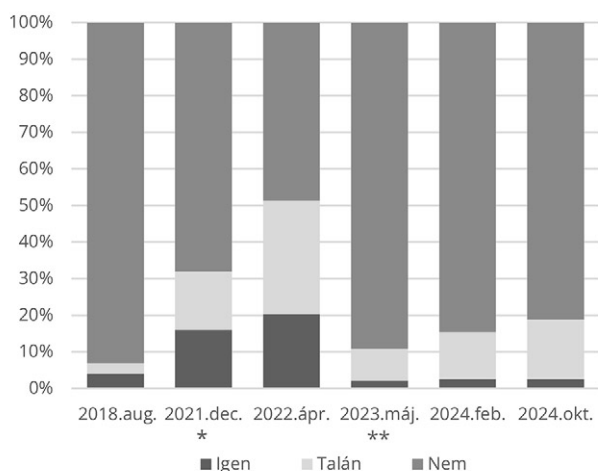
50 000 Ft értékű indikátorpont esetén a 8 pontos maximum elérésével 400 000 Ft, egy pont elvesztése mellett 350 000 Ft, két pont elvesztése mellett 300 000 Ft szerezhető vissza. Látható, hogy a rendszer indulásakor a minimumlétszámmal rendelkező gyermekkörzet maximum 1, a vegyes vagy felnőtt körzet maximum 2 indikátorpontot veszíthetett ahhoz, hogy ne veszítsen az elvett alapdíjához képest. 25 000 Ft értékű indikátorpont esetén a 8 pontos maximum elérésével 200 000 Ft szerezhető vissza, azaz a normál méretű körzetnek matematikai esélye sincs indikátorpontokon keresztül visszaszerezni az elvett alapdíját. A 200 000 forintos alapdíjak a 20 óra körüli vagy alatti körzetekre voltak jellemzőek. Az egyértelmű indikátorrendszer-elutasítás mellett a TEK-es körzeteknél egy enyhe fokú elfogadó magatartás is megjelenik, azaz kezdik jó ötletnek is tartani, azonban ez a furcsa paradoxon, valószínűleg az indikátorpontoszerzés megkönnyítése miatt alakult ki, ami a rendszert igazságosabbá tette, ugyanakkor megjelentek olyan szoftverek is, amelyek segítik a pontok gyűjtését (például Flexident, Gekkosoft).

A fent részletezett szerkezeti átalakítások hatását két hangulati tényezőn, egy közvetett, „karrierátadási hajlandó-

ság a saját gyermeknek” arányon mértük le, valamint egy közvetlen 10-es alapú Likert-skálán megadható hangulati értékkel monitoroztuk. A karrierátadási hajlandóságot – azaz szeretné-e az egészségügyben dolgozó szülő, hogy gyermeke a nyomdokaiba lépjen – mint hangulati tényezőt a nemzetközi irodalomban ritkán vizsgálták, leginkább informális cikkekben jelennek meg erről adatok. Egy 2023-as Medscape vizsgálat alapján, amiben 1600 orvost kérdeztek meg, hogy támogatná-e, ha gyermeke az orvosi pályát választaná, 49% nyilatkozott úgy, hogy támogatná, míg 19% ellenezné, és 32% sem nem támogatná, sem nem ellenezné [24]. Egy másik 2024-es vizsgálat alapján a válaszadóknak már 63%-a nem szeretné, ha gyermeke orvos lenne, ugyanakkor az idősebb kollégákra jellemző a pozitív hozzáállás, azokra, akik még jobb tapasztalattal rendelkeznek az egészségügyről [25]. Fordítottan – azaz a gyermek milyen feltételek teljesülése mellett választja a szülő hivatását, azaz a szülői karrier jövedelmét mellett választja a leendő hivatást – már több adat áll a rendelkezésünkre. A mi karrierátadási hajlandóságot mérő kérdésünket alátámasztja azonban egy, az izraeli egyetemisták között végzett tanulmány, ami rámutat arra, hogy ha a gyerekek – későbbi hallgatók – úgy látják, hogy szüleik rossz döntést hoztak a pályaválasztáskor, és nehézségekről számolnak be, akkor nem azt a pályát választják [26]. Sajnos a fogorvosi hivatásról és az itt jellemző karrierátadási hajlandóságról nagyon kevés irodalom áll rendelkezésünkre, így 2024-ből egy interjút tartalmazó cikket találtunk, ugyanakkor a kérdés informális fórumokon gyakran vetődik fel (Facebook, Instagram, Reddit).

A reform egyes lépéseinek bevezetését a karrierátadási hajlandóság százalékos arányainak változásai követik, amelyek az egészségpolitikai helyzetet figyelembe véve mással nem magyarázhatóak. A karrierátadási hajlandóság nagyon pozitív megítélése (igen és talán válaszok összesen: 51%) hasonlítható a 2023-as Medscape vizsgálat eredményéhez, és ez egybeesik a praxisközösségi rendszer bevezetésével, ami egy egyértelműen emeltebb bért jelentett a finanszírozási rendelet 37-es melléklete alapján [24,3]. Az indikátorrendszer 2023-as bevezetése után drasztikus, körülbelül 80%-os csökkenés következett be az átadási hajlandóságban. Ez a változás minden körzettípusban megfigyelhető és a praxisközösségi szinttől függetlenül jelentkezik. A 2024-es időpontokra egy enyhe javulás figyelhető meg, azonban ennek ellenére is markáns maradt a negatív hozzáállás. A hangulati értéket összesen két időpontban mértük, azonban egyik alkalommal sem emelkedett 5 fölé az átlag, ami a 10-es skálát tekintve véve egy rossz hangulatot jelent, ami a különböző praxisközösségi szinteknél párhuzamosan változott a karrierátadási hajlandósággal. A karrierátadási hajlandóság és a hangulati érték között szoros korrelációs kapcsolatot találtunk, ami alátámasztja, hogy mind a két kérdés alkalmas a rendszerbeli változtatások hatásának nyomon követésére. A karrierátadási hajlandóságot összefoglalóan, a kezdeti informális kérdésünktől kiindulóan mutatja be a 6. ábra.

Vizsgálatunkban az egyes kérdésfelvételi időpontokban nem ugyanazok a személyek töltötték ki a kérdőívünket, így



6. ábra

A karrierátadási hajlandóság összesítetten, a legelső informális kérdés-felvétel eredményeivel. (N=1687) * a praxisközösség bevezetése ** az indikátorrendszer bevezetése (saját szerkesztés)

az az egyénre szabott változások monitorozására nem alkalmas. Összesen 1800 főt értünk el a Facebook-csoporton belül, ami a fogorvosi vállalkozó körzetek 78%-a. Felmérésünkkel az egyéni változások nem monitorozhatók.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] NEAK (OEP) Fogorvosok privát Facebook-csoport: <https://www.facebook.com/share/p/19GvLYNt17/> (Letöltés: 2025.08.25.)
- [2] 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet a praxisközösségekről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2100053.kor> (Letöltés: 2025.07.17.)
- [3] 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól – Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900043.kor> (Letöltés: 2025.08.25.)
- [4] 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000002.tv> (Letöltés: 2025. 08. 25.)
- [5] Kőrösi L. Fogászati finanszírozási rendszer átalakítása Fogászati Indikátorrendszer bevezetése, előadás, 2023. <https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/elodasok-alapellatasi-munkacsoport/Fogorvosi-indikatorrendszer-bevezetese&inline=true> (Letöltés: 2025.07.17.)
- [6] NEAK, A fogorvosi szolgálatok indikátor alapú teljesítményértékelése, 2023. https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/altfin_virt_dok2/Alapellatas/hsz_indikator/Fogaszati_indikator_utmutato_202301_2&inline=true (Letöltés: 2025.07.17.)
- [7] 16/2023. (VI. 14.) BM rendelet egyes egészségügyi és

KÖVETKEZTETÉSEK

Az eredményekből látható, hogy a praxisközösségi rendszer diszkriminál, ez érezhető a kimaradók rosszabb hangulatán. További vizsgálatok lennének szükségesek arra, hogy hol jelentkeznek diszkrimináló különbségek a rendszerben, például földrajzi megoszlás alapján, hiszen a kollégák egyöntetűen egy igazságos, egységes rendszert szeretnének. Az indikátorrendszer elutasítottsága nagyon magas, az indikátorpontok alapján történő finanszírozás nem jelent többletbevételt, ezért fontos lenne annak a vizsgálata, hogy mekkora a motiváló ereje, vagy esetlegesen felesleges adminisztrációs terhet jelent-e. A karrierátadási hajlandóság alacsony „igen” szintje egyértelműen jelzi, hogy a válaszadók túlnyomó többsége nem ajánlaná saját pályáját a gyermekének. Az előbbi, valamint az 5 pont alatti hangulati érték komoly elégedetlenségre és a szakma jövőjével kapcsolatos aggodalmakra utal.

Anyagi támogatás: nem történt

Érdekeltségek: nincsenek

- egészségbiztosítási tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról. <https://www.kamara.fogorvos.hu/?module=news&action=getfile&fid=275067> (Letöltés: 2025.07.17.)
- [8] NEAK Publikus fogalmi adatok, elemzések – Gyógyító-megelőző ellátások, alaplíjak és teljesítményadatok havi bontásban. https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/aladiljak_telj_adatok (Letöltés: 2025.08.25.)
 - [9] Alaplíjak és teljesítményadatok. https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/aladiljak_telj_adatok, (Letöltés: 2025.10.23.) (Letöltés: 2025. 08. 25.)
 - [10] Belicza É, Lám J. Egészségügyi minőségbiztosítás E-book. [info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/08/egeszseggyi-minsegbiztositas-e-book.pdf](https://www.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/08/egeszseggyi-minsegbiztositas-e-book.pdf) (Letöltés: 2025.07.17.)
 - [11] 83/2022. (XII. 30.) BM rendelet a háziorvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2200083.bm> (Letöltés: 2025.07.17.)
 - [12] 26/2023. (VII. 6.) BM rendelet a háziorvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről szóló 83/2022. (XII. 30.) BM rendelet módosításáról, 2023. 07. 08. <https://njt.hu/jogszabaly/2023-26-20-0A.0#CI> (köznyilvánlatot) (Letöltés: 2025.07.17.)

- [13] Cheng FC, Wang LH, Wang YC, Chiang CP: The influence of dentist parents on their children's career decision-making for dentistry or medicine. *J Dent Sci.* 2024; 19(1):678-681. doi:10.1016/j.jds.2023.10.003
- [14] Chen KC, Hsieh WH, Hu SC, Lai PF. A survey of the perception of well-being among emergency physicians in Taiwan. *Tzu Chi Med J.* 2017;29(1):30-36. doi:10.4103/tcmj.tcmj_12_17
- [15] Az Alkalmazotti Jogviszonyú Orvosok Európai Szövetsége (Fédération Européenne des Médecins Salariés, FEMS) kutatói kérdőíve az alkalmazásban álló orvosok egészségére és munkaszervezésére vonatkozóan. https://surveyfems.econ.univpm.it/?fbclid=IwY2xjawMZQf5leHRuA2FibQlXMAbicmlkETBzeFIIVk9Rd3ZleUilyXFOAR4LyVezPJA1j3sUGwV97ziXDMvdJ6_Pqe3P9e7czuiW8MBQsZqfY1rn_EvvwA_aem_mmPAA91a8rNutcu_ZpBonQ (Letöltés: 2025.08.25.)
- [16] Dózsa K, Sinkó E, Merész G, Velkey Z. Alapellátási modellprogram záró értékelése, 2017. https://semmelweis.hu/emk/files/2020/02/Z%C3%A1r%C3%B3_%C3%89r%C3%A9s%C3%A9s_SH_8_1_WP8_SE_EMK_2017.pdf (Letöltés: 2025.07.17.)
- [17] Dózsa K, Mezei F, Kalmár I, és mtsai Egészségügyi struktúraváltást támogató, bizonyíték alapú szolgáltatásfejlesztések bemutatása a praxisközösségi modellprogramok (2013-2020) működésének tapasztalatai alapján. *IME*, 2022,; 21(3): 3–15. doi.org/10.53020/IME-2022-301
- [18] OKFŐ, Praxisközösségek működését segítő szakmai anyagok. <https://alapellatas.okfo.gov.hu/praxiskozossegek-mukodeset-segito-szakmai-anyagok/> (Letöltés: 2025.08.25.)
- [19] 37. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez, 2025. áprilisban hatályos állapot. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900043.kor> (Letöltés: 2025.07.17.)
- [20] Maragha T, Atanackovic J, Adams T et al. Dentists' Mental Health: Challenges, Supports, and Promising Practices. *JDR Clin Trans Res.* 2025;10(2):100–111. doi:10.1177/23800844241271664
- [21] KSH, Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint, 2025. január 1. <https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html> (Letöltés: 2025.08.10.)
- [22] Nemzeti Jogszabálytár, 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól. <https://njt.hu/jogszabaly/1999-43-20-22.187#SZ2@POC@APCB> (Letöltés: 2025.08.10.)
- [23] Cheng FC, Wang LH, Wang YC, Chiang CP. The influence of dentist parents on their children's career decision-making for dentistry or medicine. *J Dent Sci.* 2024; 19(1):678–681. doi:10.1016/j.jds.2023.10.003
- [24] A fogorvosokat támogató Dentalnachos közösség Instagram-oldala. <https://www.instagram.com/dentalnachos/p/DM37TjNpD0i/would-you-encourage-your-child-to-be-a-dentisthas-the-change-in-the-business-of/> (Letöltés: 2025.08.28.)

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Tóth Ildikó a Pécsi Tudományegyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézetében egyetemi adjunktus. PhD-t 2014-ben szerzett. Az egyetemen a klinikai munka mellett az oktatásban is részt vesz. 2023-ban elvégezte az

Egészségügyi Menedzserképző Központ Egészségügyi Menedzser posztgraduális mesterképzését. Jelenleg az Egészségügyi-Minőségügyi és Betegbiztonsági Menedzsment mesterképzés hallgatója. 2019–2023-ban a MOK országos elnökségében titkári pozíciót töltött be.



Nagy Ákos fogszakorvos. Diplomáját 1993-ban szerezte a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karán. 1997-től dolgozik Keszthelyen, alapel-

látó fogorvosként. 2019-től 2023-ig a MOK fogorvos alelnöke. 2023-ban végzett a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző szakán. Jelenleg a keszthelyi járási fogorvos praxisközösség konzorcium vezetője.



Sinkó Eszter közgazdász, egészségpolitikai szakértő. 1979-ben végezte el a Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetemet elméleti gazdaságpolitika szakon. Az Orvostovábbképző Intézetben kutatóként dolgozott (1980-1983), majd a Szociális Intézetek Központjában a statisztikai osztályt vezette. Később az egészségügy központi irányításában makrogazdasági tervezéssel foglalkozott, az egészségügyi reform első hulláma során az akkori Szociális és Egészségügyi Minisztérium Reformtitkárságának munkatársaként az egészségügyi intézményrendszer irányításának, finanszírozásának átalakítása volt a szakterülete (1988-

1992). Az Egészségbiztosítási Önkormányzat választott tagja volt az önkormányzat működésének teljes időtartama alatt (1993-1998). A Sedgwick Noble Lowndes nemzetközi tanácsadó cég magyarországi képviselőjén vezetőként dolgozott, az egészségügy és nyugdíj területén kormányzati tanácsadással foglalkozott (1993-1995). Jelenleg a Ssemelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának egyik igazgatóhelyettese. 2000-ben a London School of Economics and Science egyetemen PhD-kutatásokat végzett. Fő érdeklődési területe az egészségügy működésének egészségpolitikai értékelése. Az IME – Egészségügyi vezetők szaklapja, tudományos folyóirat 2001-es alapításától a Szerkesztőbizottság tagja, a lapot 2021 óta kiadó Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság elnökhelyettese.

1992). Az Egészségbiztosítási Önkormányzat választott tagja volt az önkormányzat működésének teljes időtartama alatt (1993-1998). A Sedgwick Noble Lowndes nemzetközi tanácsadó cég magyarországi képviselőjén vezetőként dolgozott, az egészségügy és nyugdíj területén kormányzati tanácsadással foglalkozott (1993-1995). Jelenleg a Ssemelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának egyik igazgatóhelyettese. 2000-ben a London School of Economics and Science egyetemen PhD-kutatásokat végzett. Fő érdeklődési területe az egészségügy működésének egészségpolitikai értékelése. Az IME – Egészségügyi vezetők szaklapja, tudományos folyóirat 2001-es alapításától a Szerkesztőbizottság tagja, a lapot 2021 óta kiadó Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság elnökhelyettese.

1. számú melléklet

KÉRDŐÍV**A körzet jellemzői**

- 1) A körzet típusa? (2022. áprilistól)
 1. TEK felnőtt körzet
 2. TEK vegyes körzet
 3. TEK gyermek körzet
 4. Iskolafogászat
 5. Fogszabályozás
 6. Szájsebészet
 7. Parodontológia
 8. Egyéb, illetve nem közfinanszírozott körzet
- 2) Hol található a körzet? (2022. áprilistól)
 1. Főváros
 2. Megyeszékhely
 3. Város
 4. Nagyközség
 5. Község/falu
- 3) Mekkora a körzet nagysága? (2022. áprilistól)
 1. 750 fő alatt
 2. 751 – 1500 fő
 3. 1501 – 2400 fő
 4. 2401 – 3600 fő
 5. 3601 – 5000 fő
 6. 5001 – 7000 fő
 7. 7000 fő felett
- 4) A körzet praxisközösségi szintje? (2022. áprilistól)
 1. 100%-os
 2. 80%-os kollegiális
 3. 30% önként
 4. 30% önhibán kívül
- 5) Nem mindenki tud csatlakozni a praxisközösségekhez, vannak önhibájukon kívül kimaradtak. Hogyan változtatnál ezen? (2023. májustól)
 1. Együttműködőként csatlakozhassanak az önhibájukon kívül kimaradtak és kapjanak bértámogatást.
 2. Az önhibájukon kívül kimaradtak maradjanak a 30%-os bértámogatáson.

Az indikátorrendszer

- 6) Az elvett alapdíjad összegénél az indikátorok többet adnak vissza? (2023. májustól)
 1. Igen
 2. Nem
- 7) Véleményem szerint az, hogy az egyes szereplők nem azonos alapelv szerint kapják a finanszírozásukat, úgy mint: (2023. májustól)
 - TEK körzetben van indikátor és praxisközösség
 - az iskolafogászaton nincs indikátor, megmaradt az alapdíj, de nem lehetnek együttműködők sem a praxisközösségben, így 30%-os bértámogatást kapnak
 - a szakellátók minimális alapdíjat kapnak, ha vállalkozók, és szintén nincs indikátoruk, és ők is 30%-os bértámogatáson vannak
 1. Jó ötlet
 2. Inkább jó ötlet
 3. Inkább rossz ötlet
 4. Rossz ötlet
- 8) Nincs mindenkinek indikátora. Hogyan változtatnál ezen? (2023. májustól)
 1. Legyen minden szereplőnek indikátorrendszere
 2. Egyik szereplőnek se legyen indikátorrendszere
 3. Helyes, hogy csak a TEK alapellátásnak van indikátorrendszere

Hangulatra vonatkozó kérdések

- 9) Szeretnéd, ha gyermeked olyan helyzetben lévő egészségügyi dolgozó lenne, mint most Te? (2022. áprilistól)
 1. Igen
 2. Nem
 3. Talán
- 10) Hogyan érzed magad a jelenlegi rendszerben egy tízes skálán? Az 1: abszolút rosszul, a 10: teljesen jól. (2024. februártól)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. számú melléklet

1. táblázat

A területi ellátási kötelezettséggel (TEK) rendelkező körzetek jellemzői az egyes mintavételi időpontokban (A1-A4-ig): méret, betegpopuláció, praxis-közösségi szint és elhelyezkedés (F=főváros, M= megyeszékhely, V= vidék) alapján (N=1161). Az adatok mint esetszám szerepelnek. (saját szerkesztés)

A1 = 2022. április													
N=		100%			80%			30% önként			30% önhibán kívül		
Település		F	M	V	F	M	V	F	M	V	F	M	V
Méret	750 alatt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(ellátott fő száma)	751 – 1500	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	1501 – 2400	3	0	3	0	0	2	0	0	0	1	0	1
	2401 – 3000	2	10	12	0	1	17	0	0	1	0	0	0
	3001 – 5000	6	11	26	2	12	24	0	0	2	0	0	2
	5001 – 7000	1	6	11	1	2	6	0	2	0	0	0	2
	7000 felett	0	0	2	0	0	5	0	0	1	0	1	0
Beteg-populáció	Gyerek	3	0	2	0	1	1	0	0	0	1	0	0
	Felnőtt	10	2	4	3	2	3	0	1	0	0	0	0
	Vegyes	0	25	48	0	13	51	0	1	4	0	1	5
A2 = 2023. május													
N=		100%			80%			30% önként			30% önhibán kívül		
Település		F	M	V	F	M	V	F	M	V	F	M	V
Méret	750 alatt	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
(ellátott fő száma)	751 – 1500	0	0	1	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	1501 – 2400	4	3	7	2	3	11	0	0	2	0	0	3
	2401 – 3000	5	4	26	3	4	41	0	0	2	0	0	0
	3001 – 5000	18	35	44	10	26	61	0	2	0	0	0	1
	5001 – 7000	5	21	21	4	9	31	0	1	0	0	0	0
	7000 felett	1	1	8	3	3	7	0	0	2	0	1	0
Beteg-populáció	Gyerek	5	1	1	3	5	0	0	0	0	0	0	0
	Felnőtt	28	9	4	18	7	7	0	1	1	0	0	0
	Vegyes	0	55	102	1	34	146	0	2	7	0	1	4
A3 = 2024. február													
N=		100%			80%			30% önként			30% önhibán kívül		
Település		F	M	V	F	M	V	F	M	V	F	M	V
Méret	750 alatt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(ellátott fő száma)	751 – 1500	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
	1501 – 2400	1	3	8	0	2	4	0	0	0	0	0	4
	2401 – 3000	2	3	15	3	1	18	0	0	2	0	0	2
	3001 – 5000	9	20	29	3	20	28	0	0	0	0	0	0
	5001 – 7000	2	12	21	1	3	10	0	0	0	0	0	0
	7000 felett	0	1	4	2	1	7	0	0	1	0	0	0
Beteg-populáció	Gyerek	1	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0
	Felnőtt	14	7	4	8	2	1	0	0	0	0	0	0
	Vegyes	0	32	72	0	24	67	0	0	3	0	0	0
A4 = 2024. október													
N=		100%			80%			30% önként			30% önhibán kívül		
Település		F	M	V	F	M	V	F	M	V	F	M	V
Méret	750 alatt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(ellátott fő száma)	751 – 1500	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	2
	1501 – 2400	1	1	2	0	3	5	0	0	2	0	0	3
	2401 – 3000	4	5	14	3	6	27	0	0	2	0	0	1
	3001 – 5000	9	24	33	3	17	31	0	0	1	1	0	0
	5001 – 7000	3	13	18	2	6	20	0	0	0	0	0	2
	7000 felett	1	2	8	1	1	10	0	0	0	0	0	1
Beteg-populáció	Gyerek	2	1	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0
	Felnőtt	16	6	5	7	4	1	0	0	1	1	0	0
	Vegyes	0	39	71	0	27	92	0	0	3	0	0	9

3. számú melléklet

2. táblázat
A területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező (nem TEK) körzetek jellemzői az egyes mintavételi időpontokban: méret és elhelyezkedés (F=főváros, M= megyeszékhely, V= vidék) alapján (N=68). A szakrendelések típusát a szövegben részletezzük. Az adatok mint esetszám szerepelnek. (saját szerkesztés)

Nem TEK		2022. április			2023. május			2024. április			2024. október		
		F	M	V	F	M	V	F	M	V	F	M	V
Méret	750 alatt	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	751 – 1500	0	2	0	0	1	0	0	2	1	1	4	1
	1501 – 2400	0	5	1	0	8	0	0	5	1	0	4	2
	2401 – 3000	0	1	1	0	0	1	0	0	2	0	0	1
	3001 – 5000	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
	5001 – 7000	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0
	7000 felett	1	1	1	0	3	0	1	2	1	0	0	4
	Szakrendelés	1	10	4	0	13	1	2	10	8	1	10	8