

## Mit nyújtanak a praxisközösségek, és kinek? Betekintés az alapellátás jövőjébe a praxisközösségek által nyújtott szolgáltatások forgalmi adatain keresztül

Bóta Ákos<sup>1</sup>, Dr. Dózsa Katalin<sup>1</sup>, Szabóné Gombkötő Éva<sup>2</sup>, Dr. Sinkó Eszter<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ, <sup>2</sup> Országos Közegészségügyi Intézet

A 2017 májusában zárult Svájci Hozzájárulás keretében nyert támogatásból finanszírozott Népegészségügyi fókuszú Alapellátás-fejlesztési Modellprogram a magyar alapellátásnak meghatározó mérföldköve. A közlemény célja, hogy minél szélesebb körben ismertté váljanak a megvalósult szolgáltatások, azok teljesítménymutatói és a praxisközösségi szolgáltatások adatainak további követésére, vizsgálatai lehetőségeire, és azok jelentőségére is rámutassunk.

*The Swiss-Hungarian Primary Health Care Development Model Programme (in the framework of Swiss-Hungarian Cooperation Program, SH8/1) ended in May 2017 and is a milestone of the Hungarian primary health care system. The article's aim is to publish the performed new preventive primary healthcare services, and point at the importance of further monitoring and evaluation of the utilisation and effects of these services.*

### BEVEZETŐ

2017 májusában zárult a Svájci Hozzájárulás keretében nyert támogatásból finanszírozott Népegészségügyi fókuszú Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, amelyhez 4 hátrányos helyzetű kistérség, Berettyóújfalu, Borsodnádásd, Heves és Jászapati és környező településeinek összesen 24 háziorvosi praxisa csatlakozott. E háziorvosok 4 praxisközösséget alkottak 6-6 praxissal [1, 2]. A Modellprogram – Megvalósíthatósági Tanulmányban megfogalmazott – közvetlen célja volt „a megelőzésre és a krónikus betegségben szenvedők gondozására összpontosító, közösségi orientációjú, a helyi közösségeket – különösen a roma lakosságot – bevonó egészségügyi alapellátási modell kidolgozása és tesztelése a helyi és kisebbségi önkormányzatokkal, helyi egészségügyi és szociális szolgálatokkal és az orvosegyetemekkel való szoros együttműködésben, továbbá a tapasztalatok alapján ajánlások kidolgozása az országos egészségpolitika számára.”

A praxisközösségi Modellprogram meghatározó mérföldköve [3] a magyar alapellátásnak, ezért e közleménnyel célunk, hogy minél szélesebb körben ismertté váljanak a megvalósult szolgáltatások és azok eredménymutatói, és a praxisközösségi szolgáltatások adatainak további követésére, vizsgálatai lehetőségeire, és azok jelentőségére is rámutassunk. A szolgáltatások széles ismertség, növekvő for-

galom és magas szintű lakossági elégedettség mellett valósult meg [4]. Az ígéretes eredményekre tekintettel az ágazatvezetés a praxisközösségek fenntartásáról és a modell kiterjesztéséről tett több ízben nyilatkozatot [5]. A program részletes elemzését a Záró Értékelés tartalmazza, amelynek nyilvánossá tétele ez év nyarán várható [6]. Jelen cikkben ismertetjük az érintett településeken élő lakosság számára a Modellprogram keretében nyújtott prevenció célú szolgáltatások fontosabb összesített forgalmi adatait, kitérve az adatelemzések további perspektíváira, amelyek meghatározók lehetnek a magyar alapellátás-fejlesztésben.

### PRAXISKÖZÖSSÉGI SZOLGÁLTATÁSOK FÓKUSZÁBAN A PREVENCIÓ

A Modellprogramban különböző közösségi egészségfejlesztési programokkal sikerült csaknem valamennyi, az intervenció területén életvitel szerűen élő lakost elérni 2013 ősz óta. Az egy bejelentett TAJ-ra eső átlagos elérési szám 3 volt a 2014 októbertől és 2016 márciusa közötti mérési periódusban [3]. A népegészségügyi mozgósítás és a kiegészítő szolgáltatások koordinálása a négy praxisközösség négy népegészségügyi koordinátorának szervezésében valósult meg, a mintegy 43 ezer főt számláló (háziorvosi praxisokhoz) bejelentett lakosság körében. A praxisközösségi szolgáltatásokat a program Működési Kézikönyve [7] és Praxisközösségi Eljárásrendje [8] szerint szervezték meg. A toborzásban és a rendezvények lebonyolításában a praxisközösségek segéd-egészségőrei [9] segítettek a népegészségügyi koordinátorok munkáját. A kiegészítő szolgáltatások nyújtásában minden praxisközösségben egy-egy dietetikus, gyógytornász, egészség-pszichológus, ill. a területi és iskolai védőnők vettek részt. A standard, TAJ- szintű jelentési rendszer megalapozása 2015 szeptemberében zárult le (a Praxisközösségi Eljárásrenddel összhangban), addig aggregált módon jelentettek a közösségek. 2015 októbertől zajlik a társadalombiztosítási jelentést és elszámolást előkészítő standard rendszer használata, amely értelemszerűen csak az egyéni és csoportos szolgáltatások teljesítményjelentésére alkalmas, míg a tömeges, ún. nagyrendezvényekére nem. A nagyrendezvények résztvevői létszámát (50 fő felett) a népegészségügyi koordinátorok a helyszíni lehetőségek szerint számolták, ill. megbecsülték.

A szolgáltatások kiterjedtek a prevenció mindhárom szintjére. A primer prevenció szintjén a dohányzás és túlzott alkohol- és energiatartalmú fogyasztás elleni programok, legális és ille-

gális szerhasználat elleni drog-prevenációs foglalkozások, méhnyakrák megelőző védőnői egészségnevelés, táplálkozás-egészségügyi és a mindennapos testmozgást népszerűsítő programok, az egészséges életmód kora gyermekkori kialakítását, a fertőző betegségekkel szembeni védeltséget, a biztonságos lakó- és munkahelyi környezet fejlesztését célzó programok valósultak meg a helyi sajátosságok figyelembevételével valamennyi praxisközösségben. A közösségi, oktatási, szociális, munkahelyi és egészségügyi szolgáltatói helyszíneken szervezett rendezvények és rendszeres szolgáltatások ismertsége és forgalma folyamatosan növekedett (ld. az 1. ábrán). Amint a későbbiekben szerepel, az óvodás és iskoláskorú gyermekek, fiatalok részvétele dominált a primer prevenció csoportos foglalkozásain.

**A szekunder prevenció** – a praxisközösségi Működési Kézikönyv [7] útmutatását követve- az életkorhoz kötött hazai jogszabályi [10], WHO [11] és egyéb nemzetközi ajánlások (pl.: Centres for Disease Control and Prevention, National Health Service) alapján szűrővizsgálatokon való megjelenés növelését célozta a lakosság körében, szükség szerint csoportos utaztatást is szervezve a csak járóbeteg szakrendelőkhöz elérhető szűrővizsgálatokra.

**A praxisközösségi tercier** prevenció tevékenység a krónikus gondozásra és a rehabilitációra terjedt ki. A praxisközösségek szakemberei különböző életmód klubokat szerveztek a krónikus betegségben szenvedők számára, köztük is kiemelten fókuszálva kardio-metabolikus és mozgásszervi betegek körére. A többlétszolgáltatást nyújtó szakemberek képesek voltak egyéni szükségletekre is választ adni komplex egyéni tanácsadás keretében (pl.: diabetes, hiperlipidémia, hipertónia együttes diétás tanácsadása), hosszas előjegyzés, szakorvosi konzultáció közbeiktatása és várakozás nélkül.

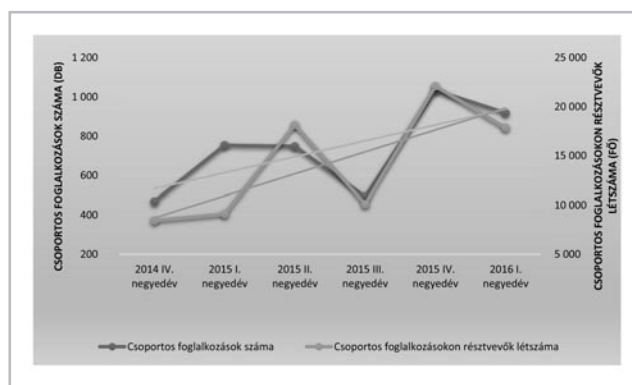
## A PRAXISKÖZÖSSÉGI TÖBBLETSZOLGÁLTATÁSOK TELJESÍTMÉNYADATAI

A projekt végrehajtásának időszaka alatt a közösségi egészségfejlesztési szolgáltatásokkal kapcsolatos jelentési rend a Praxisközösségi Eljárásrend folyamatos fejlesztésével párhuzamosan változott, ezért a teljes vizsgálható adatállomány csak aggregált módon értékelhető egységesen. A közösségi egészségfejlesztési szolgáltatások adatai az alábbiakban a teljes vizsgálható időszakra (2014. szeptember – 2016. március) és annak részleteiben is elemezhető fél éves részidőszakokra (2015. október – 2016. március) külön is bemutatásra kerülnek. A fél éves részidőszak kiegészítő, önálló tárgyalása azért indokolt, mert a praxisközösségi szakemberekkel közösen fejlesztett és 2015. októberétől bevezetett új jelentési rendszer sokkal részletesebb, foglalkozási kategóriák szerinti, egyedi TAJ szintű adatrögzítést tett lehetővé, amelynek segítségével igen értékes következtetéseket lehetett levonni. (A 2016. áprilistól a Modellprogram zárásáig tartó időszak jelentéseinek feldolgozása még zajlik, így annak adatai nem szerepelnek a bemutatott táblázatokban.)

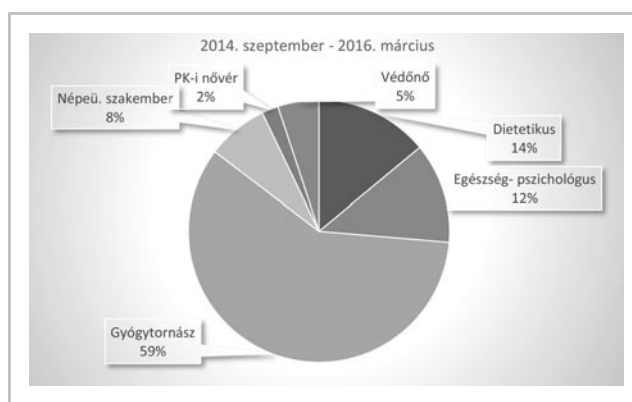
## A 2014. szeptember – 2016. március közötti mérési időszak alatt nyújtott praxisközösségi többlétszolgáltatások összesített forgalmi adatai

A 4 praxisközösségben a 2014. szeptember és 2016. március között eltelt 19 hónap alatt összesen 4 562 csoportos foglalkozás lebonyolítására került sor, ami havonta átlagosan 240 csoportos foglalkozást jelentett. A többlétszolgáltatásokat nyújtó szakemberek – mivel sok foglalkozáson egyszerre több különböző szakterületet képviselő szakember is jelen volt – az előbbinél több, összesen 5.565 csoportos foglalkozáson vettek részt, amelyeken a kliens-elérések száma összesen 114 684 fő volt.

Az 1. ábrán látható szezonális hatás (III. negyedéves, nyári visszaesés), mellett is jól követhető a többlétszolgáltatások forgalomnövekedésének emelkedő trendje. A szakemberek részvételét a foglalkozásokon a 2. és 3. ábra mutatja.

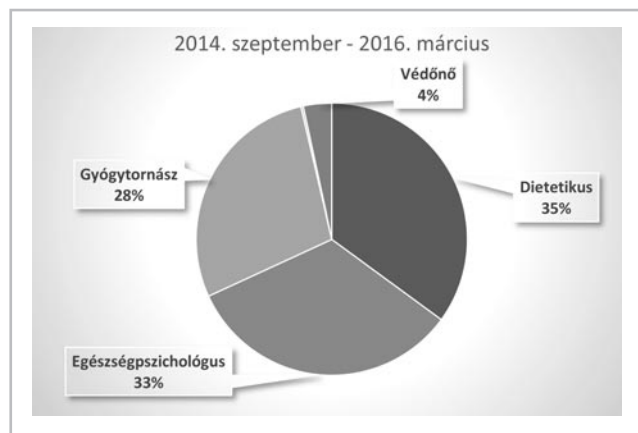


**1. ábra**  
Csoportos praxisközösségi foglalkozások mennyisége és a résztvevői létszám alakulása  
forrás: Semmelweis Egyetem EMK SH8/1 projekt keretében NEFI praxisközösségi jelentési adatok alapján



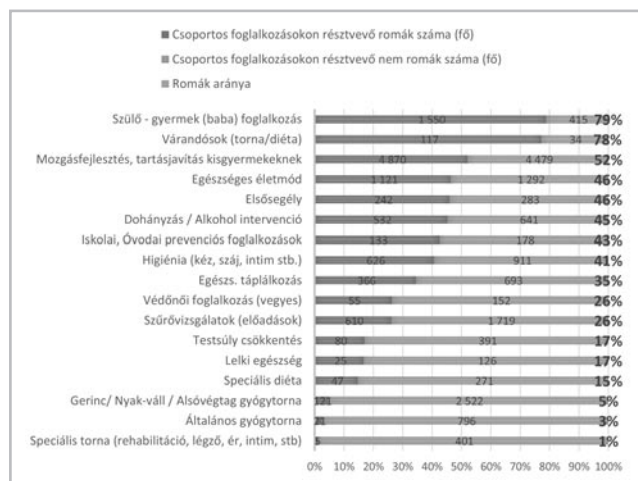
**2. ábra**  
Szakember részvételi aránya a csoportos foglalkozásokon  
forrás: Semmelweis Egyetem EMK SH8/1 projekt keretében NEFI praxisközösségi jelentési adatok alapján (PK-i nővér jel.: praxisközösségi nővér)

Ugyanebben az időszakban az egyéni foglalkozások (tanácsadások) száma a 4 praxisközösségben összesen 5352 volt.



**3. ábra**  
**Szakember részvételi arány az egyéni foglalkozásokon**  
 forrás: Semmelweis Egyetem EMK SH8/1 projekt keretében NEFI praxisközösségi jelentési adatok alapján

A Modellprogram kiemelt célja a területen élő roma lakosság praxisközösségi programokba történő bevonása. A jelentést végző szakemberek a csoportfoglalkozások mindegyikénél megbecsülték a résztvevő romák arányát, így lehetőség volt a romák részvételének foglalkozási tematikai kategóriák szerinti becslésére is. A baba-mama klubok látogatása, dohányzás felmérés és leszokás támogatás kulcsfontosságú a koraszülések megelőzése, az egészséges magzatfejlődés és szoptatás támogatása érdekében [12, 13], ezért fontos eredmény, hogy a roma anyák részvételi aránya ezeken a foglalkozásokon magas volt (4. ábra).



**4. ábra**  
**A roma lakosság részaránya a foglalkozásokon**  
 forrás: Semmelweis Egyetem EMK SH8/1 projekt keretében NEFI praxisközösségi jelentési adatok alapján

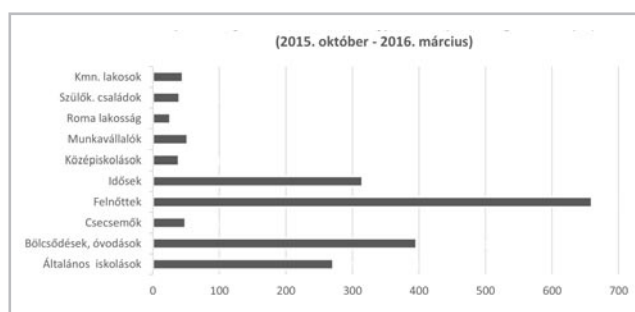
**A 2015. október – 2016. márciusi időszak TAJ szintű adatrögzítéssel jelentett praxisközösségi foglalkozások összesített forgalmi adatainak bemutatása**

A praxisközösségi foglalkozásokról – amint a 2015 októbertől a Praxisközösségi Eljárásrenddel párhuzamosan fejlesztett, részletes (egyedi kliens-szintű) vizsgálatokról is –

standard módon jelentettek adatokat a praxisközösségek. Az alábbiakban a 2015. októbertől 2016. március végéig terjedő féléves időszak tisztított adatállományának vizsgálati eredményei szerepelnek.

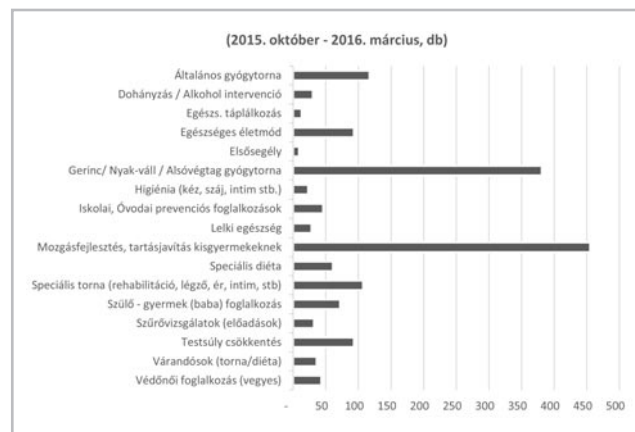
A vizsgált félév alatt összesen 39.937 fő, ebből 26.085 gyermek, vagy fiatalok és 13.852 felnőtt részvételét jelentették a szakemberek az összesen 1.951 foglalkozáson. A kics csoportos (2-15 fős) foglalkozások száma 1237, a nagycsoportosoké (16-50 fős) 618, a nagyrendezvényeké (51+ fős) pedig 96 volt.

A praxisközösségi többlétszolgáltatásokkal megcélzott társadalmi csoportok megjelölése is része a havi jelentésnek, ezáltal felmérhető, hogy mely rétegeket sikerült a szolgáltatásokkal elérni. Az 5. ábrán szereplő célcsoportok értelem szerűen átfedésben vannak, a teljes lakosság kategóriájába beletartozik például az összes többi célcsoport, ahogy a roma lakosság is megjelenik az összes többi kategórián belül.



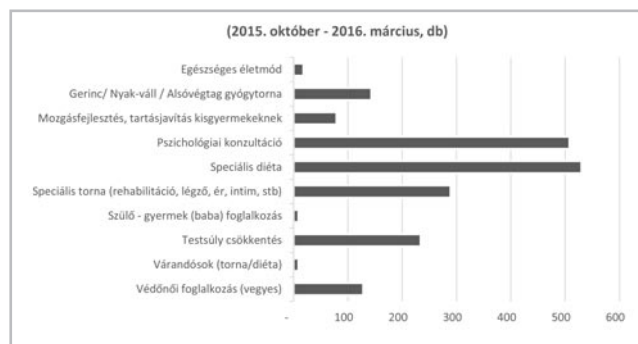
**5. ábra**  
**Fél év alatt lebonyolított csoportos foglalkozások száma célcsoportok szerint**  
 forrás: Semmelweis Egyetem EMK SH8/1 projekt keretében NEFI praxisközösségi jelentési adatok alapján

A standard jelentési rendszer lehetővé tette a szakemberekkel közösen kialakított, részletes foglalkozási kategória szerinti besorolást is. A jelen beszámolóban az összevont kategóriák szerinti kimutatás szerepel a célból, hogy áttekinthető tájékoztatást adjon a szolgáltatások tematikájáról. A csoportos foglalkozások, és egyéni tanácsadások besorolás szerinti



**6. ábra**  
**A fél év alatt lebonyolított csoportos foglalkozások száma kategóriák szerint**  
 forrás: Semmelweis Egyetem EMK SH8/1 projekt keretében NEFI praxisközösségi jelentési adatok alapján

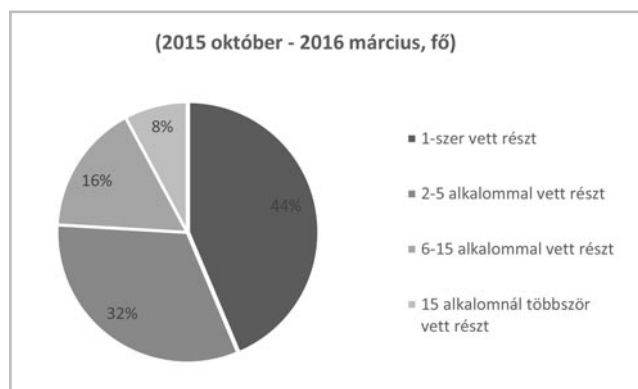
számát, ill. arányát a 6. és 7. ábrák mutatják. (A több foglalkozást tömörítő, ún. komplex csoportos foglalkozások miatt a kategóriánkénti összes foglalkozásszám meghaladja a foglalkozási események összesített számát.)



**7. ábra**  
A fél év alatt lebonyolított egyéni foglalkozások száma kategóriák szerint  
forrás: Semmelweis Egyetem EMK SH8/1 projekt keretében NEFI praxisközösségi jelentési adatok alapján

Az új jelentési rendszerben a TAJ számok rögzítésével vizsgálhatóvá vált a szolgáltatások egyéni igénybevételi gyakorisága és kombinációi is. A TAJ rögzítés előfeltétele az adatkezeléshez való írásbeli hozzájárulás volt.

A 2015 október – 2016 márciusi időszakban a jelentést végző szakemberek a 4 praxisközösségben a csoportos foglalkozásokon összesen 5768 részvételt regisztráltak TAJ szám rögzítéssel, amely összesen 1134 egyedi klienst jelent. Egy kliens átlagosan ötször vett részt csoportfoglalkozáson a vizsgált félév alatt. A részvétel gyakoriságának alakulását a csoportos foglalkozásokon a 8. ábra mutatja.

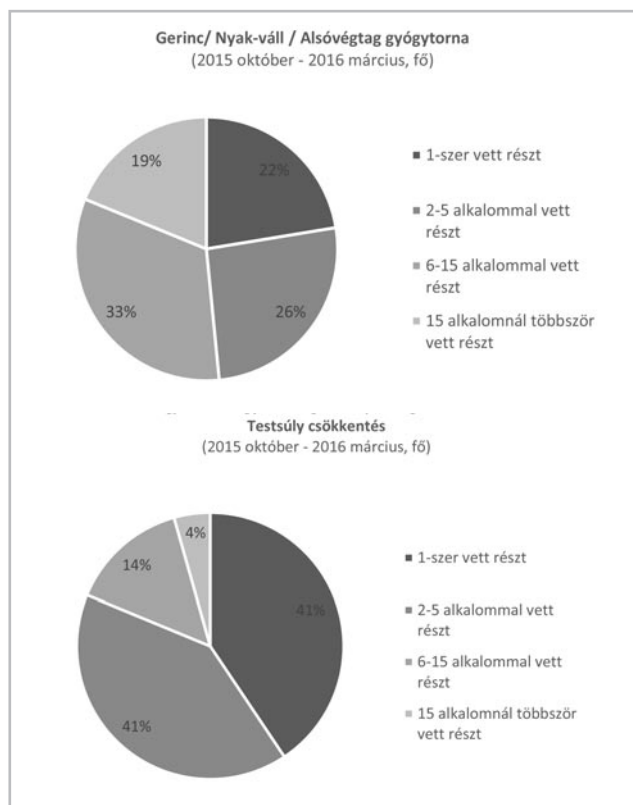


**8. ábra**  
Részvételi gyakoriság azonos TAJ-ra csoportfoglalkozásokon  
forrás: Semmelweis Egyetem EMK SH8/1 projekt keretében NEFI praxisközösségi jelentési adatok alapján

A foglalkozási kategóriákat külön vizsgálva lehetőség nyílik az esetleges lemorzsolódások követésére is. A részvételek száma függ a foglalkozás céljától, témájától, jellegétől, gyakoriságától, a szervezéstől, de attól is, hogy a részvétel mennyire toborzásfüggő, mennyire kívánja meg a rendszeres részvétel a különböző élethelyzetekben élő résztvevők önálló elkötelezettségét, aktivitását, esetleg az érintett szakember egy helyben élő, homogén közösséghez „házhöz” megy-e el

megtartani a foglalkozást (pl. egy idősothonban rendszeresen tart gyógytornát).

A gerinc/nyak-váll/alsóvégtag gyógytorna csoportos foglalkozásokon résztvevők például több mint fele legalább 6 foglalkozáson jelen volt, majdnem negyedük több mint 15 alkalommal vett részt foglalkozásokon. Ezzel szemben a testsúlycsökkentést célzó foglalkozásokon résztvevők kevesebb, mint negyede vett részt legalább hatszor.



**9. ábra**  
A résztvevők megjelenési gyakorisága egyes csoportos foglalkozásokon  
forrás: Semmelweis Egyetem EMK SH8/1 projekt keretében NEFI praxisközösségi jelentési adatok alapján

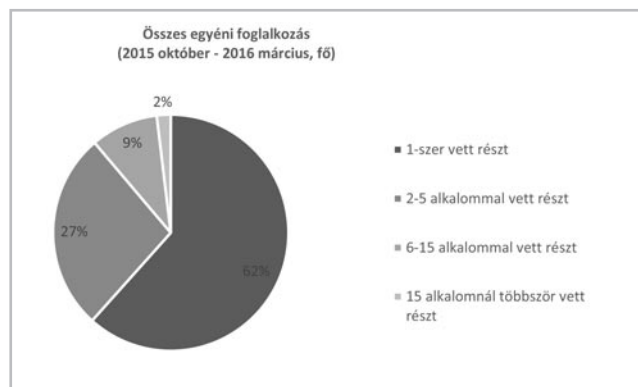
2015. október – 2016. március között 2113 db egyéni foglalkozást/tanácsadást (rekordot) rögzítettek a szakemberek, ebből 1703 egyéni foglalkozás esetén rögzítettek TAJ számot is, amelyből összesen 676 db az egyedi TAJ szám. 410, TAJ nélküli rekord esetében kiskorú vagy praxisközösségi ellátási területen kívüli személy vett részt az egyéni foglalkozáson, akiknek a személyes adatait beleegyező nyilatkozat híján nem lehetett rögzíteni.

Az egyéni foglalkozások közül a legnépszerűbbek a következők voltak:

- a pszichológiai konzultáció,
- a speciális diéta (diabetes, gyomor- bélrendszeri problémák, gyulladáscsökkentő bélbetegségek, kardioprotektív diéta, köszvény, laktózérzékenység, rossz tápláltság, kóros soványság, hiánybetegségek, Syncumar diéta és vese (vesekő) diéta),
- speciális gyógytornák: értorna, érszűkület megelőző torna, gátizom torna, légzőtorna, osteoporosis és reumás

ízületi gyulladás, rehabilitációs gyógytorna, vénás torna, vízitorna.

Amint az ábrák is mutatják, az egyéni foglalkozáson való rendszeres/ismételt részvétel a pszichológiai konzultáció és még inkább a speciális gyógytorna esetén jellemző, míg a speciális diéta tanácsadáson a résztvevők túlnyomó többsége mindössze egyszer vett részt a foglalkozás egyszeri jellegéből adódóan (10. ábra) (11. ábra).



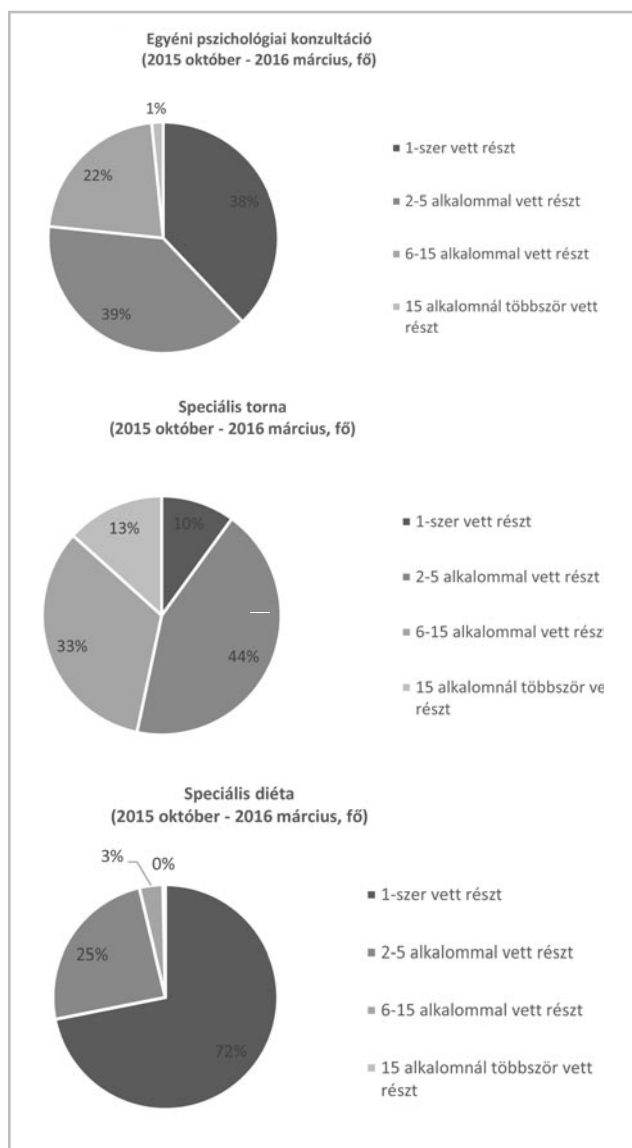
**10. ábra**  
Megjelenések gyakorisága az egyéni foglalkozásokon összességében  
forrás: Semmelweis Egyetem EMK SH8/1 projekt keretében NEFI praxisközösségi jelentési adatok alapján

Életkor szerint vizsgálva a többlétszolgáltatások TAJ szerinti igénybevételét, azt találjuk, hogy az inaktív korúak mellett a fiatalabb korosztályok aránya is tekintélyes, különösen a diétetika esetén (12. ábra).

**A Modellprogramban kinyert adatok elemzésének és felhasználásának további lehetőségei, javaslatok**

A praxisközösségi többlétszolgáltatások egyénre szabott egyéni vagy csoportos foglalkozásokra történő utalásának alapja a Modellprogram keretében lebonyolított egészségi állapot felmérés (EÁF) egyéni eredménye. A Modellprogramban a segéd-egészségőrök bevonásával komoly erőforrások álltak rendelkezésre az EÁF-re történő toborzáshoz, amelynek eredményeképpen a praxisközösségek területén élők átszűrtsége kimagasló, 80%-os lett [3]. Ugyanakkor a javasolt programokban való részvételre ösztönzés kevésbé volt hangsúlyos [4], az érintettek motiválása a következetes EÁF toborzási rendszerhez képest inkább esetlegesnek tekinthető. A további elemzés – többek között az egyedi adatokon alapuló adherencia vizsgálat – eredményeképpen meg tudható, hogy különösebb ösztönző rendszer hiányában a programokon való részvétel mennyire lehet intenzív, a részvételnek melyek a demográfiai, területi és anamnesztikus jellemzői, a non-adherens viselkedésnek melyek a főbb egyéni és strukturális jellemzői, a gátló tényezőknek melyek a főbb okai. Az eredmények ismeretében megítélhető a többlétszolgáltatásokon való részvételre ösztönzés szükségessége, megalapozottabban tervezhető az ösztönzési rendszer, valamint számba vehetők és ellensúlyozhatók a gátló tényezők.

A Modellprogram záró fázisában megvalósult a teljesítményjelentések összevetése a NEAK Szabálykönyv beavat-

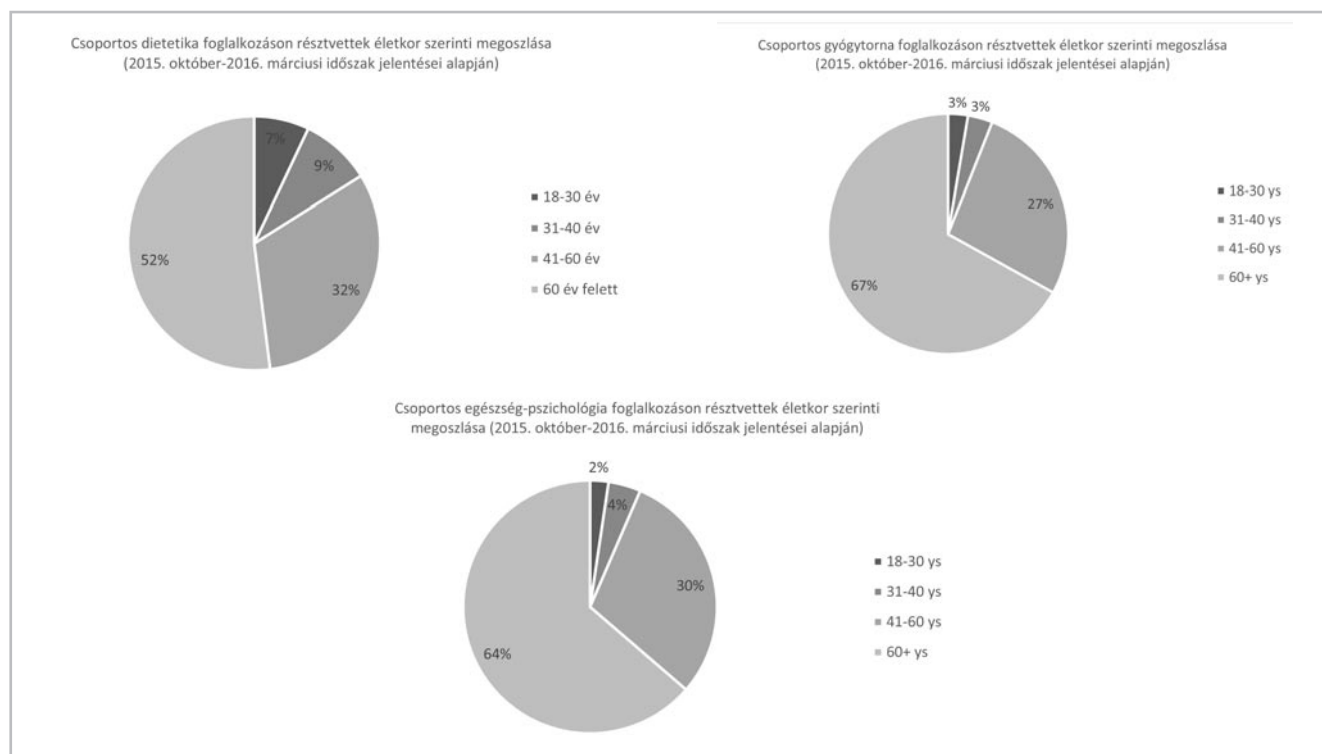


**11. ábra**  
Megjelenések gyakorisága az egyéni foglalkozásokon szakmák szerint  
forrás: Semmelweis Egyetem EMK SH8/1 projekt keretében NEFI praxisközösségi jelentési adatok alapján

kozási kódjaival a diétetika és a gyógytorna szolgáltatások esetén. Előbbi szakma OENO kódjainak kibővítésére vonatkozó javaslat is készül. Mindezekre építve egy esetleges fee-for-service jellegű finanszírozási technika tesztelése is megvalósítható a közeljövőben.

További, a közeljövőben vizsgálandó lényeges területek a többlétszolgáltatások igénybevételének hatásai a prognosztikus egészségmutatók alakulására (pl. vérnyomás, haskőfogat stb.), az életmód rizikókon alapuló betegségek kialakulására, az egészségnyereségre, a szakellátás igénybevételére és a modell költség-hatékonyságára vonatkozóan.

Fentiek feltétele, hogy a Modellprogram eredményeit az egészségpolitika következetesen felhasználja, az informatikai fejlesztés és monitoring folytatódjon felelős szakmai koordináció mellett.

**12. ábra**

TAJ rögzítéssel szolgáltatásokat igénybe vevők korcsoport szerinti megoszlása a csoportos dietetikai, gyógytorna és egészség-pszichológiai foglalkozások esetén

forrás: Semmelweis Egyetem EMK SH8/1 projekt keretében NEFI praxisközösségi jelentési adatok alapján

**KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS**

A cikk szerzői köszönetet mondanak a Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram Projektiroda vezetőjének, Gutási Évának és a praxisközösségek népegészségügyi koordinátorainak (Szabóné Gombkötő Éva, Elek Ágnes, Szabó Edit, Tóth Adrienn Csilla) a programban nyújtott szakmai együttműködésért.

**IRODALOMJEGYZÉK**

- [1] <http://alapellatasimodell.hu/index.php/hu/a-modellprogram-bemutatas>
- [2] Szabóné Gombkötő Éva: A praxisközösségi működés tapasztalatai a népegészségügyi koordinátor szemszögéből, Népegészségügy, 2017, 95.évf.1.szám
- [3] Sinkó E., Dózsa K., Elek P, Kiss N. (eds) „Az egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatással” című modellprogram egészségpolitikai értékelése, Népegészségügy, 2017, 95. évf. 1.szám
- [4] Dózsa K., Bályi Cs., Kőrösi L. (eds): Praxisközösségi szolgáltatások igénybevétele, lakossági attitűdváltás, Népegészségügy, 2017, 95.évf. 1. szám
- [5] <http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/egeszsegugyert-felelos-allamtitkarsag/hirek/ki-kell-terjeszteni-az-alapellatas-svajci-modellprogramjat>
- [6] <http://alapellatasimodell.hu/index.php/hu/letolthetodokumentumok>
- [7] [http://alapellatasimodell.hu/images/mukodesi\\_kezikonyv/SH.8.1\\_mukodesi\\_kezikonyv\\_5.0\\_teljes\\_hu.pdf](http://alapellatasimodell.hu/images/mukodesi_kezikonyv/SH.8.1_mukodesi_kezikonyv_5.0_teljes_hu.pdf)
- [8] [http://alapellatasimodell.hu/images/dokumentumok\\_szakmai/eljarasrend/PK\\_ELJ%C3%81R%C3%81SREND\\_5\\_2.pdf](http://alapellatasimodell.hu/images/dokumentumok_szakmai/eljarasrend/PK_ELJ%C3%81R%C3%81SREND_5_2.pdf)
- [9] Kósa K: A hátrányos helyzetű lakosság elérése Mediátorok helye az alapellátásban c. előadás, Szakmapolitikai Fórum, 2017, február, [http://alapellatasimodell.hu/images/dokumentumok\\_szakmai/20170222-szakmapolitikai-forum/A\\_h%C3%A1tr%C3%A1nyos\\_helyzet%C5%B1\\_lakoss%C3%A1g\\_el%C3%A9r%C3%A9se\\_medi%C3%A1torok\\_helye\\_azalapell%C3%A1t%C3%A1sban.pdf](http://alapellatasimodell.hu/images/dokumentumok_szakmai/20170222-szakmapolitikai-forum/A_h%C3%A1tr%C3%A1nyos_helyzet%C5%B1_lakoss%C3%A1g_el%C3%A9r%C3%A9se_medi%C3%A1torok_helye_azalapell%C3%A1t%C3%A1sban.pdf) (hozzáférés: 2017. június 15.)
- [10] 51/1997. NM rendelet

- [11] The World Health Report 2008 – primary Health Care (Now More Than Ever), <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- [12] Fogarasi-Grenczer A, Balázs P: A dohányzás és környezeti füsttartalom kapcsolata a koraszülésekkel, Orvosi Hetilap, 2012, 153, 690-694.

- <http://lib.semmelweis.hu/sepub/pdf/2012/a22547463>
- [13] Balázs P. et al.: Koraszülő roma és nem roma nők összehasonlítása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei adatok alapján. Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle, 2010, 12. évf. 4. szám

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Bóta Ákos** közgazdász, ügyvivő szakértő, Semmelweis Egyetem EMK. 2015 – Semmelweis Egyetem EMK, Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban működő praxisközösségekben többszolgáltatást nyújtó szakemberek jelentési rendszerének kidolgozása, működtetése és a kinyert adatok elemzése ügyvivő szakértője.

2015 – ÁEEK, közösségi egészségtervező



**Dr. 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 hullámakor az akkori Szociális és Egészségügyi Minisztérium Reformtírkárságának 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 képviseletén vezetőként dolgozott, az egészségügy és nyugdíj területén kormányzati tanácsadással foglalkozott (1993-1995). Jelenleg a Semmelweis Orvostudományi 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 SE EMK igazgatóhelyettese. A lap 2001-es alapításától az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az egészségügyi vezetők szaklapja Szerkesztőbizottságának tagja.

2013-2015 Salvus Proficio Kft., minőségbiztosítási és pénzügyi szakértő

2008-2013 Tátra System Bt., uniós pályázati tanácsadó

2007 Egészségbiztosítási Felügyelet, szakmai tanácsadó  
2000-2007 Misszió Egészségügyi Központ, Irányított Betegellátási Rendszer, elemző

1994-1999 Bristol-Myers Squibb Company, pénzügyi kontroller

1993 – okleveles közgazda

**Dr. Dózsa Katalin** bemutatása lapunk 16. oldalán olvasható.

## Gyógyszerfejlesztési szakirányú továbbképzés

A tanfolyam célja olyan szakemberek képzése, akik képesek áttekinteni a gyógyszerfejlesztés komplex folyamatát a molekulától a gyógyszerpiacig és az egészségügyi felhasználásig. A tanfolyam hallgatói a megszerzett tudást eredményesen tudják alkalmazni ipari gyógyszerfejlesztésben, továbbá gyógyszer-szabályozási és támogatási területen, illetve klinikai gyógyszervizsgáló központokban. A képzés fejleszti a szakmai rugalmasságot, amely egyaránt szükséges a munkaadó és a hallgató számára a gyorsan változó gyógyszeripari és üzleti verseny környezethez történő alkalmazkodásban. A Semmelweis Egyetem által kiadott diploma szélesíti a végzett hallgatók szakmai előmeneteli lehetőségeit.

**További információk:** <http://semmelweis.hu/cemdc/about-courses/>  
<https://www.facebook.com/CooperativeEuropeanMedicinesDevelopmentCourse>