

**A magyar lakosság elégedettsége az egészségügyi
ellátásokkal kapcsolatban az Európai lakossági
egészségfelmérés alapján**

Jelige: BJB129

Lezárás dátuma: 2023.06.02.



PLÁGIUM NYILATKOZAT

Alulírott

[REDACTED], büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom és aláírással igazolom, hogy a „**A magyar lakosság elégedettsége az egészségügyi ellátásokkal kapcsolatban az Európai lakossági egészségfelmérés alapján**” című szakdolgozat saját, önálló munkám, az abban hivatkozott nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogra vonatkozó rendelkezések, továbbá az egyetem etikai kódexében és a Tanulmányi- és Vizsgaszabályzatában foglalt szabályoknak megfelelően történt. Munkám során csak olyan forrásokat használtam fel, amelyekre az Irodalomjegyzékben hivatkoztam, illetve, amelyeket a hivatkozott szöveg, táblázat mellett feltüntettem.

Tudomásul veszem, hogy plágiumnak számít:

- szó szerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem és tudomásul veszem, hogy amennyiben a benyújtott dolgozat sérti a szerzői jogokat, úgy a [REDACTED] Tanulmányi- és Vizsgaszabályzata 27. §. (9) bek. értelmében a dolgozat automatikusan elégtelen minősítést kap, és köteles vagyok a dolgozat újbóli teljesítésére, és ellenem fegyelmi eljárás indítható.

Kijelentem továbbá, hogy a dolgozat készítése során az önálló munka kitétel tekintetében a konzulens, illetve a feladatot kiadó oktatót nem tévesztettem meg, továbbá sem a dolgozatot, sem annak bármely részét más felsőoktatási intézményben nem nyújtottam be szakdolgozatként/diplomamunkaként.

Dátum: 2023.03.23.

[REDACTED]
hallgató aláírása

Tartalomjegyzék

1. Absztrakt.....	4
2. Bevezetés	5
2.1. Egészségügyi ellátórendszer felépülése Magyarországon	5
2.2. Egészségügyi ellátás minősége	7
2.3. Egészségügyi ellátással való elégedettség.....	9
3. Célkitűzés	10
4. Anyagok és módszerek.....	11
4.1. Európai lakossági egészségfelmérés	11
4.2. R-statisztikai program	13
4.3. Microsoft Excel	13
5. Eredmények	14
5.1. Kórházi ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khí-négyzet próbával....	15
5.2. Kórházi ellátással való elégedettség és magyarázó változók összefüggésvizsgálata többszörös logisztikus regresszióval	18
5.3. Háziorvosi ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khí-négyzet próbával20	
5.4. Háziorvosi ellátással való elégedettség és magyarázó változók összefüggésvizsgálata többváltozós logisztikus regresszióval	23
5.5. Sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khí- négyzet próbával	25
5.6. Sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség és magyarázó változók összefüggésvizsgálata többváltozós logisztikus regresszióval	28
6. Diskusszió	30
7. Konklúzió	32
8. Köszönetnyilvánítás	33
9. Irodalomjegyzék.....	34
10. Táblajegyzék.....	38
11. Mellékletek.....	39

1. Absztrakt

Az egészségügyi ellátásokkal való elégedettség összefügg a betegségekből való felgyógyulással, képet ad az orvos-beteg kapcsolatáról, valamint fontos iránymutató a minőségfejlesztési célok meghatározásában, programfejlesztésekben.

Vizsgálatunk során szeretnénk volna megismerni a hazai lakosság egészségügyi ellátásokkal való elégedettségét és annak változását az Európai lakossági egészségfelmérés 2009-es és 2019-es felméréseinek segítségével. A felmérésben a kórházi-, háziorvosi ellátással és a sürgősségi mentőszolgálat munkájával való elégedettséget felmérő kérdéseket vizsgáltuk meg. Az adatok leíró jellegű elemzése khi-négyzet próbák segítségével történt, valamint az összefüggések vizsgálatát többváltozós és többszörös logisztikus regressziós modellek segítségével állapítottuk meg az R statisztikai programban.

A hazai lakosságra reprezentatívnak tekinthető 2009-es adatbázisban az adattisztítást követően 4514 fő, a 2019-es adatbázisban pedig 4830 fő adatai szerepeltek. A két adatbázis adatait összevont formában használtuk fel elemzésünk során. A kórházi ellátással való elégedettség kapcsán szignifikáns ($p < 0,001$) különbség volt megfigyelhető a két év tekintetében (2009: 1956 fő, 49%; 2019: 1587 fő, 40%). A háziorvosi ellátással való elégedettség aránya 2009-ben 83% volt (3669 fő), mely 2019-re szignifikánsan ($p = 0,023$) 81%-ra csökkent (3705 fő). A sürgősségi mentőszolgálat munkájával való elégedettség tekintetében az éveknél az idő előrehaladtával szignifikáns ($p < 0,001$) különbség volt megfigyelhető, mely alapján 2009-ről 2019-re az elégedettségi szint emelkedése volt megfigyelhető (2009: 1485 fő, 63%; 2019: 1072 fő, 75%).

Eredményeink alapján látható, hogy a magyar lakosság a háziorvosi ellátással, valamint a sürgősségi mentőszolgálat munkájával a legelégedettebb, de emellett megfigyelhető az is, hogy a kórházi ellátással való elégedettség viszonylag alacsony volt. A kórházi egészségügyi szolgáltatások a szakellátás fő színtere, ezért kiemelkedő népegészségügyi feladat ezen ellátórendszerrel való elégedetlenség hátterében álló tényezők azonosítása a szolgáltatás minőségének javítása érdekében.

2. Bevezetés

2.1. Egészségügyi ellátórendszer felépülése Magyarországon

A magyar egészségügyi ellátórendszer működési elve az, hogy az ellátások az egészségügyi szolgáltatásokat biztosítják, mindemellett népegészségügyi célokat is megvalósítanak ezen tevékenység mellett. Célja, hogy az egészséget helyreállítsák, segítsék és meggátolják az egészség romlását, mindemellett megkönnyítsék a megváltozott egészségállapotú személyek közösségbe való beilleszkedését és munkába való visszatérését. Az egészségügyi ellátórendszer az alapellátásból, járó- és fekvőbeteg szakellátásból, valamint egyéb egészségügyi ellátásokból épül fel. (1)

Az alapellátás a magyar egészségügyi ellátórendszer első védelmi vonala. Az alapellátásba tartozik a háziorvosi- és házi gyermekorvosi ellátás, a fogorvosi alapellátás, a védőnői- és iskola-egészségügyi ellátás, valamint az alapellátásokhoz kapcsolódó ügyeleti ellátás. Abban az esetben, ha az egészségi állapotot érintő probléma az alapellátás nem tudja megfelelően kezelni, illetve ellátni, akkor szükség esetén a háziorvos beutalóval tovább küldheti a pácienszt szükséges vizsgálatokra és kezelésre a beteget egyéb szakellátó intézményekbe, melyek területileg illetékes ellátóhelyek. Az alapellátás vonatkozásában biztosítani kell a folyamatos egészségügyi ellátást a beteg lakóhelyén, vagy ahhoz közeli településen, mely ellátás hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, valamint diszkrét a beteg sajátos tulajdonságai tekintetében. (2)

A háziorvosok feladatköre igen tág. Beletartozik többek között a primer prevenció tanácsadás, a szűrővizsgálatok elvégzése, a betegségben szenvedő felnőttek vizsgálata és gyógykezelése, valamint egészségi állapotának ellenőrzése (kontroll), rehabilitáció, gondozás, ha szükséges, akkor a beteget beutalóval tovább küldheti szakszerűbb vizsgálatokra, kezelésekre (klinikákra, kórházakba, szakrendelésekre, gondozóintézetekbe), mindemellett ők végzik a betegségben szenvedő, keresőképtelen személyek táppénzéhez szükséges igazolások kiállítását, fertőző betegségek kezelését, védőoltás adását és tájékoztatást, valamint közreműködnek a gyermekvédelmi jelzőrendszerben is stb. (3)

A házi gyermekorvosok a háziorvosok feladatain felüli tevékenységei a csecsemők és gyermekek kezelése és ellátása, gyermekek szüleinek tanácsadás, ha szükséges akkor preventív családlátogatás. (3)

A fogorvosok alapellátáshoz tartozó feladatai a fogászati gondozás, fogbetegségek és szájbetegségek vizsgálata, kezelése és gondozása, amelyek az alapellátás körébe sorolhatók, sürgősségi ellátás (például foghúzás), preventív tanácsadás és egyéb prevenciós munka végzése. (4)

A védőnők feladatai közé tartozik a nő- és családvédelem, a várandós anyák gondozása, családgondozás, gyermekágyi időszakban tanácsadás és segítségnyújtás, gyermekek gondozása már egészen újszülött kortól, óvodában és egyéb oktatási intézményekben, esetleg otthon gondozott tanköteles gyermek gondozása. Valamint a védőnői feladatok közé tartoznak egyes primer-, szekunder- és tercier prevenciós tevékenységek is. (5)

Az iskola-egészségügyi ellátást biztosító iskolaorvosok fő feladatai az óvodai és oktatási intézményi gyermekek egészségnevelése, egészségi állapotuk felmérése és nyomon követése, szakmai alkalmassági vizsgálatok elvégzése, valamint pályaválasztási tanácsadás, mindemellett iskolaegészségügyi- és környezetegészségügyi feladatok elvégzése, szükség esetén különböző járványügyi és közegészségügyi feladatok elvégzése és elsősegélynyújtás adása. (5)

A járóbeteg-szakellátásra a beteg, az őt folyamatosan ellátó, alapellátásban dolgozó orvos beutalása vagy a szakorvos által végzett alkalmoszerű vagy egyszeri egészségügyi ellátás és fekvőbeteg-szakellátást nem igénylő, krónikus betegség esetén biztosítani kell a folyamatos szakorvosi ellátást és gondozást. A szakellátást a beteg egészségi állapotához viszonyítva veszélyeztetése nélkül, akár tömegközlekedési eszköz használata mellett is lakóhelyének közelében kell biztosítani. (6)

A fekvőbeteg-szakellátás alatt a beteg lakóhelyéhez közeli fekvőbeteg-szakellátást biztosító intézeti kereteken belül végzett egészségügyi ellátást értjük. Igénybevétele a beteget ellátó kezelőorvos vagy orvos beutalásán és a beteg jelentkezése alapján történik. A fekvőbeteg-ellátást a fekvőbeteg-gyógyintézetben végzik el, amely magába foglalja a folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú ellátásokat, vagy ilyen célokból különböző napszakokban és időszakokban történő ellátást, valamint az olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozást, amelyet követően meghatározott időre megfigyelés szükséges. A fekvőbeteg-szakellátást a kórházak, klinikák, országos intézmények, szanatóriumok és egyéb intézmények látják el. (7)

Egyéb egészségügyi ellátások körébe tartozik az ügyeleti ellátás, a sürgősségi mentés, a betegszállítás, az ápolás, a haldokló beteg gondozása, a rehabilitáció, a gyógyszerellátás, a pszichoterápia és klinikai pszichológiai ellátás. (6–8)

2.2. Egészségügyi ellátás minősége

A minőség, mint fogalom, úgy tűnik, definíciójában és megértésében nehezen értelmezhető tényező. A minőség fogalma a szolgáltatások szakirodalmának egyik legvitatottabb témája. Ennek az az oka, hogy nincs konszenzus a meghatározásával kapcsolatban. Néhány szakember, gondolkodó a következőképpen határozta meg a minőség fogalmát: Feigenbaum szerint a minőséget „bizonyos vásárlói feltételeknek való legjobb megfelelést jelenti. Ezek a feltételek a tényleges használat és a termék eladási ára.” (9); Crosby meghatározása alapján „A minőség a követelményeknek való megfelelés.” (10); Juran meghatározása azonban egyszerre foglalta magába a minőség specifikációit, hiszen minél személyre szabottabb a termék (ebben az esetben a szolgáltatás) annál többbe kerül, és ötvözte mind ezt a vevői elégedettség fontosságával. (11–13) Donabedian úgy vélekedett, hogy „Amennyiben valóban elkötelezettek vagyunk a minőség fejlesztése iránt, szinte minden minőségfejlesztési mechanizmus működni fog. Ha nem, akkor a legelegánsabban felépített módszer is csődöt fog mondani.” (14)

Donabedian elképzelése alapján létrehozta a Donabedian-modellt, amelyben a minőséget három dimenzióban mutatta be saját meglátása alapján. (13) Ezek a dimenziók a struktúra, a folyamat és az eredmények voltak. Meglátása alapján „Jó struktúra valószínűleg növeli a jó folyamat valószínűségét, a jó folyamat emeli a jó eredmény valószínűségét.” (13,15) Viszont érdemes azt is megemlíteni, hogy ezen dimenziók egymásra hatása nem csupán egy irányban értelmezendők, hiszen egy jól működő minőségmenedzsmentben az eredmények is visszahatnak a struktúrára és a folyamatokra is. Ezen dimenziók kölcsönhatásba helyezése dinamikusabb szemléletet ad a kölcsönhatások megértése érdekében, valamint a kölcsönhatások monitorozásával hatékonyabban lehet az egészségügyi ellátások minőségét javítani. (13,15)

Az egészségügyi ellátás minősége azt jelenti, hogy az egyénnek és a lakosságnak nyújtott egészségügyi szolgáltatások milyen mértékben növelik a kívánt egészségügyi eredmények valószínűségét. Bizonyítékokon, szakmai tudáson alapul, és elengedhetetlen az egyetemes egészségügyi lefedettség eléréséhez. Mivel az Egészségügyi Világszervezet (WHO) tagállamai elkötelezték magukat az Egészséget Mindenkinnek elve megvalósítása mellett, elengedhetetlen, hogy alaposan mérlegeljék az ellátás és az egészségügyi szolgáltatások minőségét. (16) A minőségi egészségügyi ellátást sokféleképpen lehet meghatározni, de egyre többen alátámasztották, hogy a minőségi egészségügyi szolgáltatásnak hatékonynak, biztonságosnak és emberközpontúnak kell lennie. Hatékony, vagyis bizonyítékokon alapuló

egészségügyi szolgáltatások nyújtása azoknak, akiknek szükségük van rá. Biztonságos, vagyis az ellátást célzó személyek sérülésének elkerülése legyen a cél. Emberközpontú, ami alatt azt értjük, hogy az egyéni preferenciáknak, szükségleteknek és értékeknek megfelelő ellátást kapjon az egészségügyi ellátásokat igénybe vevő beteg. A megfelelő minőségi egészségügyi ellátás felismeréséhez az egészségügyi szolgáltatásoknak időbeliségét, méltányosságát, integráltságát és hatékonyságát kell megvizsgálni. (16) Időbeliségét, vagyis csökkenti a várakozási időt, méltányosan, vagyis nemtől, etnikai hovatartozástól, földrajzi elhelyezkedéstől és társadalmi-gazdasági helyzettől függően minőségileg nem változó ellátást kell biztosítani, integráltan, vagyis olyan ellátást kell nyújtani, amely az egészségügyi szolgáltatások teljes körét elérhetővé teszi az élet során, valamint hatékony, vagyis a rendelkezésre álló erőforrások előnyeinek maximalizálása és a pazarlás elkerülése a cél. (16,17)

1978-ban Halfdan Mahler az Egészségügyi Világszervezet szakembere nyilatkozott az Egészség Mindenkinél elváról, amely alapján egy adott országban elérhetővé kell tenni a lakosság részére az egészséget, mely nem az egészségügyi szervezetek és intézmények elérhetőségét jelenti, hanem a személyes jóllét állapotát, a jó egészségi állapotot. Magába foglalja azt is, hogy egy országnak gazdasági oldaláról is egyik legfontosabb céljának kell lennie annak, hogy mindenki számára elérhetővé váljon az egészséges életvitel és létezés. Mindemellett az egészségügyi ellátások fejlesztése sem elengedhetetlen feladat. Tehát az Egészséget Mindenkinél elv sok irányból közelíti meg azt, hogy elérhetővé váljon az egészséges életmód mindenkinél, mert mozgósítani kívánja a mezőgazdaságban, az iparban, az oktatásban és számos más területen dolgozókat, hogy támogatni tudják embertársaikat. (18)

2.3. Egészségügyi ellátással való elégedettség

A betegelégedettség azt jelenti, hogy egy szolgáltatás milyen mértékben felel meg a beteg elvárásainak. (19) Ezek az értékelések egyszerre kommunikációs- és az egészségügyi ellátás minőségének javítására szolgáló eszközök. Valódi funkcióját, vagyis az egészségügyi ellátás minőségének javítását, akkor tölti be, ha a kérdések az egészségügyi ellátás minőségét befolyásoló tényezőkre irányulnak, és az összegyűjtött információkat a kitöltött kérdőívek feldolgozása alapján a minőségi kör részeként visszacsatolják. A válaszadásnak őszinte és személyes vélemények alapján kell megtörténnie. Magyarországon a fejlettebb egészségügyi rendszerrel rendelkező országokhoz hasonlóan általános tapasztalat, hogy az ilyen felmérések során kb. 90%-os elégedettségi ráta látszólagos, és csak a válaszolók 10%-a ad negatív visszajelzést – ez utóbbi információ elemzésével az egészségügyi szolgáltató képes lesz a minőség javítására. (20)

Jelenleg kevés megbízható adat áll rendelkezés az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele és elégedettsége kapcsán, mind nemzetközileg, mind hazailag. Ezért kiemelt jelentőségű népegészségügyi feladatként jelenik meg, hogy a szolgáltatások minősége rendszeres monitorozás alá kerüljön, valamint a későbbi hatásosság és hatékonyságfejlesztés ezek alapján induljon.

3. Célkitűzés

Vizsgálatunk célkitűzéseként szerepelt, hogy megismerjük, és feltárjuk azon rizikó- és protektív tényezőket, amelyek befolyással bírnak a magyarországi, társadalombiztosítás alapú egészségügyi ellátásokkal való betegelégedettségre. Legfőbb motivációnk ezen kutatás elvégzésére az volt, hogy eddig Magyarországon nem készült, ehhez hasonló kutatás, mindemellett a már említett okok miatt fontos indikátora a betegelégedettség az egészségügyi ellátásokkal szemben.

4. Anyagok és módszerek

4.1. Európai lakossági egészségfelmérés

Az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) egy teljes lakosságot érintő adatfelvétel, amit minden európai országban a magánháztartásokban élő, 15 éves és annál idősebb korcsoportba tartozó személyek körében végeznek el öt éves gyakorisággal, melyet az Európai Parlament és Tanács 1338/2008/EK számú rendelete ír elő. (21) Magyarországon 2009-ben 2014-ben és 2019-ben készült ilyen felmérés. (22) Többlépcsős rétegzett véletlen mintavétellel választják ki azon személyeket, akiket felkérnek a kérdőív kitöltésére, ezért minden felmérés reprezentatívnak tekinthető a magyar lakosságra nézve. Az Európai lakossági egészségfelmérés célja, hogy nemzetközileg is összehasonlítható módon körvonalazza az adott lakosság egészségi állapotát, az egészséget meghatározó tényezőit és az egészségügyi ellátórendszerrel való elégedettséget. (23) A felméréseket Magyarországon a Központi Statisztikai Hivatal végezte el, mindezt az Európai Unió statisztikai hivatalának előírásai alapján, felügyelete mellett. A kérdések a European Community Health Indicator Monitoring (ECHIM) 88 indikátora alapján készültek el. (24) A felmérés kérdőíve 4 modulból épül fel, amelyek a következő témákat fedik le: demográfiai és társadalmi-gazdasági státuszra vonatkozó háttérváltozók, például nem, életkor, iskolai végzettség stb.; egészségi állapot, mint az önértékelt egészségi állapot, krónikus állapotok, a szokásos tevékenységek korlátozása, betegség-specifikus morbiditás, fizikai és érzékszervi funkcionális korlátok stb.; egészségügyi felhasználás, például kórházi kezelés, konzultáció, kielégítetlen szükségletek, gyógyszerhasználat, megelőző intézkedések stb.; egészséget meghatározó tényezők, mint a magasság és súly, a gyümölcs- és zöldségfogyasztás, a dohányzás, az alkoholfogyasztás. A kérdőív kitöltése megközelítőleg egy órát vesz igénybe és így igen nagy hatékonyságúnak tekinthető. Az adatszolgáltatásban való részvétel teljesen önkéntes és anonim formában történik meg, de minél többen válaszolnak a kérdésekre, annál jobban fogja az adatbázis reprezentálni a belőle származó számítások által a lakosságra ténylegesen vonatkozó állapotokat, helyzeteket. (25,26)

Vizsgálatunk során az Európai lakossági egészségfelmérés 2009-2019-es összekapcsolt adatbázisának adatait használtuk fel, melyből a 2009-es felmérésben 383 változó, a 2019-es felmérésben 540 változó található. (27,28) Ezen változókból, illetve kérdésekből a kutatáshoz 19-et használtunk fel, melyekben minden esetben töröltük a nem tud válaszolni (NT) és nem kíván válaszolni (NK) válaszokat. Kimeneti változóinkként szerepelt a kórházi, háziorvosi és sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség, melyben a nagyon

elégedett és elégedett válaszokra elégedetteként, a nem elégedett, de nem is elégedetlen, az elégedetlen és a nagyon elégedetlen válaszokra elégedetlenként tekintettünk, valamint a nincs személyes tapasztalata válaszokat kizártuk az elemzésekből. A magyarázó változók a következőképpen alakultak: A vizsgálati évet a felmérés évével megegyezően adtuk meg. A válaszadó korcsoportját a Központi Statisztikai Hivatal által megadott korcsoportok alapján alkalmaztuk és a 15-17 éveseket kizártuk vizsgálatunkból. A nemek tekintetében férfiakat és nőket vizsgáltunk. A válaszadó iskolai végzettségénél megkülönböztettünk alap-, közép- és felsőfokú iskolai végzettséget. A válaszadó anyagi állapotánál átlagos-jó, valamint rossz anyagi állapotokat különböztettünk meg egymástól. Vizsgálatunkban a válaszadó társas kapcsolatai alatt a házasság vagy élettársi viszony és az egyedülállóság volt megfigyelhető. Testtömegindex tekintetében beszélhetünk normál testtömegindexűekről és túlsúlyos vagy elhízott testtömegindexűekről. Önértékelt egészségi állapot alapján jó és rossz önértékelt egészségi állapotú csoportokba soroltuk a válaszadókat. Megkülönböztettük egymástól azon válaszadókat, akik keveset-, illetve akik sokat tehetnek az egészségükért. A kórházi és a háziorvosi ellátás esetében magyarázóváltozónk volt az is, hogy az adott ellátást igénybe vette (igen) vagy nem vette igénybe (nem) a válaszadó. Dohányzási szokások esetében megkülönböztettünk dohányzókat és nem dohányzókat. A lehetséges társbetegségek közül kiemeltük a légúti-, kardiovaszkuláris- és cukorbetegséget. Légúti betegség esetében beszélhetünk légúti betegségben szenvedőről és nem szenvedőről. Kardiovaszkuláris betegség esetében látható, hogy megkülönböztettünk kardiovaszkuláris betegségben szenvedőt és nem szenvedőt. Cukorbetegség tekintetében szintén megkülönböztettünk cukorbeteg és nem cukorbeteg csoportokat. A magyarországi régióknál megkülönböztettük egymástól Közép-Magyarországot, Dél-Alföldet, Dél-Dunántúlt, Észak-Alföldet, Észak-Magyarországot, Közép-Dunántúlt és Nyugat-Dunántúlt.

4.2. R-statisztikai program

Az R-statisztikai program RCommander „könyvtára” könnyen alkalmazható, de mégis magas jelentős statisztikai eszköztárral rendelkező programja megfelelőnek bizonyult a vizsgálatunkhoz szükséges többváltozós és többszörös logisztikus regressziós modellek lefuttatására. Az adatok bemutatása és leírása egyváltozós deskriptív statisztikával történt meg, khí-négyzet próbák formájában. Az adatok bemutatása nyers esetszámokkal, valamint részarányokkal történt meg. A logisztikus regresszió alkalmazható mind folytonos, mind kategorikus magyarázó változók esetén, de kimeneti változóinak úgynevezett „viszonyítandó-referencia” párokból kell állniuk, ezáltal megtudhatjuk hogy a referencia csoporthoz képest a viszonyított csoportnak több vagy kevesebb esélye van a kimeneti változóként vizsgált eset bekövetkezésére. (29) A zavaró tényezőkre korrigált elemzés során az eredmények esély-hányadosokkal kerültek értékelésre, a hozzájuk tartozó p-értékekkel együtt. Eredményeinket minden statisztikai számítás esetén, akkor tekintettük szignifikánsnak, ha a statisztikai teszt eredményéhez tartozó p-érték kisebb volt, mint 0,05.

4.3. Microsoft Excel

A Microsoft Excel program többek között alkalmas statisztikai számításokhoz és eredményeink egyszerű és átlátható ábrázolásához, akár diagram, akár táblázat formájában. Kutatásunkban felhasználtuk a Microsoft Excel adta lehetőségek közül a kimutatást, amely segítségével létrehoztuk a khí-négyzet próbához szükséges kontingencia táblákat khí négyzet próbát alkalmaztunk, abban az esetben, ha a létrehozott kontingenciatáblában szereplő esetszámok legfeljebb a kontingenciatábla celláinak 20%-ában fordultak elő. Ha 20%-nál több cellában lett volna 5-nél kisebb esetszám, akkor Fisher-egzakt teszttel számoltunk volna. (30) Az alkalmazási feltételek ellenőrzését követően minden esetben khí-négyzet próbákat alkalmaztunk leíró statisztika kapcsán. Mindemellett ezen programot használtuk bemutatni kívánt táblázataink elkészítésére is. (31,32)

5. Eredmények

Az Európai lakossági egészségfelmérés 2009-2019-es összevont adatbázisából származó teljes mintaelemszám 10654 fő volt (2009: 5051 fő; 2019: 5603 fő), amelyből adattisztítást követően a 2009-es felmérésben 4514 fő adata, a 2019-es felmérésben pedig 4830 fő adata alkotta a mi vizsgálati mintánkat, amelyben összesen 9344 fő adatai szerepeltek.

Az összevont adatbázisban a válaszadó korcsoportja alapján három korcsoportot határoztak meg, így a mintánk 23%-a (2122 fő) volt 18-34 éves, 51%-a (4756 fő) 35-64 éves és 26%-a (2466 fő) 65 év feletti. A nemeket vizsgálva 4338 fő (46%) férfi és 5006 fő (54%) nő volt jelen. A vizsgálati mintánk 23%-át (2115 fő) alapképzésű iskolai végzettségűek, 58%-át (5463 fő) középfokú iskolai végzettségűek és 19%-át (1766 fő) felsőfokú iskolai végzettségűek tették ki. Rendelkezésünkre álltak a kórházi és háziorvosi ellátást illetően olyan adatok is, hogy a válaszadó igénybe vette-e a felmérés előtti 12 hónapban az adott ellátást. A kórházi ellátás a válaszadók 20%-a (1837 fő) vette igénybe, és 80%-a (7505 fő) nem vette igénybe. A háziorvosi ellátást a válaszadók 78%-a (7287 fő) vette igénybe és 22%-a (2031 fő) nem vette igénybe. A kórházi ellátással az összevont adatbázisban a válaszadók 45%-a (3543 fő) volt elégedett és 55%-a (4362 fő) elégedetlen. A háziorvosi ellátással szemben a válaszadók 82%-a (7374 fő) tett nyilatkozatot elégedettségéről, amíg csupán 18%-a (1585 fő) volt elégedetlen. A sürgősségi mentőszolgálat munkájával szemben 68% (2557 fő) volt elégedett és 32% (1224 fő) elégedetlen.

5.1. Kórházi ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khí-négyzet próbával

(1. táblázat - A kórházi ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khí-négyzet próbával

A kórházi ellátással való elégedettség vizsgálatánál az évek tekintetében szignifikáns ($p < 0,001$) különbség volt megfigyelhető, ahol 2009-ben a válaszadók 49%-a (1956 fő) volt elégedett, amely arány 2019-ben 40%-ra (1587) csökkent. A válaszadó korcsoportja alapján szignifikáns ($p < 0,001$) különbség volt megfigyelhető a korcsoportok között. A 18-34 évesek 35%-a (606 fő), a 35-64 évesek 41%-a (1643 fő) és a 65 év felettiek 61%-a (1294 fő) volt elégedett szignifikáns különbséget mutatva az adott ellátással. A válaszadó neme és a kórházi ellátással való elégedettség között nem volt szignifikáns ($p = 0,478$) különbség megfigyelhető, ebben az esetben a férfiak 44%-a (1567 fő), míg a nők 45%-a (1976 fő) volt elégedett. A válaszadó iskolai végzettsége tekintetében szignifikáns ($p < 0,001$) különbséget láthattunk, amely alapján az alapkörű iskolai végzettségűek 58%-a (1068 fő), a középkörű iskolai végzettségűek 44%-a (1988 fő) és a felsőfokú iskolai végzettségűek csupán 32%-a (487 fő) volt elégedett a kórházi ellátással. A válaszadó anyagi állapota tekintetében nem volt szignifikáns ($p = 0,377$) különbség, ahol az átlagos/jó anyagi helyzetűek 45%-a (2806 fő), a rossz anyagi helyzetűek 44%-a (737 fő) volt elégedett. Társas kapcsolatok tekintetében szintén nem volt szignifikáns ($p = 0,067$) különbség az egyedülállók (46%; 1989 fő) és a házas/élettársi viszonyban (44%; 1989 fő) élők elégedettsége között. A válaszadó testtömegindex szerinti kategóriája tekintetében szignifikáns ($p < 0,001$) különbség volt megfigyelhető, amely alapján a normál testtömegindexszel rendelkezők 42%-a (1303 fő), míg a túlsúlyos/elhízott testtömegindexszel rendelkezők 46%-a (1554 fő) volt elégedett a kórházi ellátással. Szignifikáns ($p < 0,001$) különbség volt megfigyelhető a jó (43%; 2913 fő) és a rossz (53%; 630 fő) önértékelt egészséget vallók között a kórházi elégedettségük tekintetében. Továbbá szignifikáns ($p < 0,001$) különbség volt megfigyelhető azok között is az elégedettség alapján, akik sokat- (44%; 2662 fő) és akik keveset (49%; 881 fő) tehetnek az egészségükért. Azok között, akik a felmérést megelőző 12 hónapban igénybe vették, és akik nem vették igénybe a kórházi ellátást szignifikáns ($p < 0,001$) különbség volt megfigyelhető. A kórházi ellátást a felmérést megelőző 12 hónapban igénybe vevők közül 42% (2576 fő) volt elégedett, amíg azok, akik nem vették igénybe az ellátást azon személyek 55%-a (967 fő) volt elégedett a kórházi ellátással. A dohányzást vizsgálva statisztikailag bizonyított ($p < 0,001$) különbség volt, ami alapján a dohányzók 40%-a (899 fő) és a nem dohányzók 47%-a (2644 fő) volt elégedett a kórházi ellátással. A krónikus légúti

betegségben szenvedők és nem szenvedők között nem volt szignifikáns ($p=0,737$) különbség, ahol a légúti betegek 44%-a (359 fő) és a légúti betegségben nem szenvedők 45%-a (3184 fő) volt elégedett. Statisztikailag bizonyított ($p<0,001$) különbség volt a kardiovaszkuláris betegségben szenvedők (52%; 1830 fő), és nem szenvedők (39%; 1713 fő) között a kórházi elégedettség tekintetében. A cukorbetegség tekintetében szignifikáns ($p<0,001$) különbség volt megfigyelhető, amely alapján a cukorbeteg 55%-a (444 fő) és a cukorbetegségben nem szenvedők 44%-a (3099 fő) volt elégedett. A magyarországi régiók tekintetében szignifikáns területi heterogenitás volt megfigyelhető a kórházi ellátással való elégedettség tekintetében, amely alapján a legmagasabb elégedettségi arány (52%; 403 fő) Dél-Dunántúl régiójában és a legalacsonyabb (37%; 760 fő) elégedettségi arány Közép-Magyarország régiójában volt megfigyelhető.

1. táblázat - A kórházi ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khi-négyzet próbával

Khi-négyzet próba		Kórházi ellátás N: 7905				p-érték
Csoportosítás		Elégedett N	Elégedetlen N	Elégedett %	Elégedetlen %	
Év	2009	1956	2001	49%	51%	<0,001
	2019	1587	2361	40%	60%	
Korcsoport	18-34 éves	606	1145	35%	65%	<0,001
	35-64 éves	1643	2374	41%	59%	
	65-X éves	1294	843	61%	39%	
Neme	Férfi	1567	1964	44%	56%	0,478
	Nő	1976	2398	45%	55%	
Iskolai végzettség	Alapfokú	1068	767	58%	42%	<0,001
	Középfokú	1988	2570	44%	56%	
	Felsőfokú	487	1025	32%	68%	
Anyagi állapot	Átlagos-jó	2806	3419	45%	55%	0,377
	Rossz	737	943	44%	56%	
Társas kapcsolatok	Házass-élettárs	1989	2538	44%	56%	0,067
	Egyedülálló	1554	1824	46%	54%	
Testtömegindex	Normál	1303	1763	42%	58%	<0,001
	Túlsúlyos-elhízott	2240	2599	46%	54%	
Önértékelt egészségi állapot	Jó	2913	3814	43%	57%	<0,001
	Rossz	630	548	53%	47%	
Mennyit tehet az egészségéért?	Sokat	2662	3447	44%	56%	<0,001
	Keveset	881	915	49%	51%	
Kórházi ellátást igénybe vette?	Igen	2576	3553	42%	58%	<0,001
	Nem	967	807	55%	45%	
Dohányzás	Igen	899	1340	40%	60%	<0,001
	Nem	2644	3022	47%	53%	
Légúti beteg	Igen	359	452	44%	56%	0,737
	Nem	3184	3910	45%	55%	
Kardiovaszkuláris beteg	Igen	1830	1714	52%	48%	<0,001
	Nem	1713	2648	39%	61%	
Cukorbeteg	Igen	444	368	55%	45%	<0,001
	Nem	3099	3994	44%	56%	
Régió	Közép-Magyarország	760	1273	37%	63%	<0,001
	Dél-Alföld	529	542	49%	51%	
	Dél-Dunántúl	403	372	52%	48%	
	Észak-Alföld	598	694	46%	54%	
	Észak-Magyarország	464	589	44%	56%	
	Közép-Dunántúl	391	437	47%	53%	
	Nyugat-Dunántúl	398	455	47%	53%	

5.2. Kórházi ellátással való elégedettség és magyarázó változók összefüggésvizsgálata többszörös logisztikus regresszióval

(2. táblázat - A kórházi ellátással való elégedettség összefüggésvizsgálata többszörös logisztikus regresszióval)

A vizsgálat éve tekintetében megfigyelhető az, hogy 2019-ben szignifikánsan ($p < 0,001$) 15%-kal ($EH=0,95$) kevesebben voltak elégedettek a kórházi ellátással, mint a 2009-es felmérés alkalmával. A válaszadó korcsoportja alapján a 35-64 évesek 40%-kal ($EH=1,40$), míg a 65 év felettiek 176%-kal ($EH=2,76$) nagyobb valószínűséggel voltak szignifikánsan ($p < 0,001$) elégedettebbek, mint a 18-34 éves korosztályba tartozók. A válaszadó neme tekintetében nem volt szignifikáns ($p=0,086$) különbség megfigyelhető a két nem elégedettségi valószínűségét illetően (nő/férfi $EH=0,91$). A válaszadó iskolai végzettsége tekintetében statisztikailag bizonyított ($p < 0,001$) összefüggés volt megfigyelhető a kórházi elégedettséggel, amely alapján a középfokú iskolai végzettségűek 34%-kal ($EH=0,66$), míg a felsőfokú iskolai végzettségűek 59%-kal ($EH=0,41$) kisebb eséllyel voltak elégedettek, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűek. Szignifikáns ($p < 0,001$) összefüggést bizonyítottunk az anyagi állapot és az elégedettség között, amely alapján 27%-kal kisebb ($EH=0,73$) eséllyel lesznek elégedettek a rossz anyagi helyzetűek, mint a jó anyagi helyzetűek. A társas kapcsolatok tekintetében nem találtunk szignifikáns ($p=0,381$) összefüggést, habár ebben az esetben a házas vagy élettársi viszonyban élőknek 5%-kal ($EH=0,95$) kisebb esélyük volt, hogy elégedettek legyenek, mint az egyedülállóknak. A túlsúlyos vagy elhízott testtömegindexű személyek statisztikailag nem bizonyítottan ($p=0,151$) 8%-kal kisebb eséllyel lesznek elégedettek a kórházi ellátással, mint a normál testtömegindexűek. Az önértékelt egészségi állapot nem mutatott szignifikáns ($p=0,467$) összefüggést az elégedettséggel (rossz önértékelt egészségi állapot/jó önértékelt egészségi állapot $EH=0,94$). Az, hogy mennyit tehet a válaszadó az egészségéért statisztikailag bizonyított ($p=0,012$) összefüggést mutat az elégedettséggel a kórházi ellátás esetében, amely alapján 15%-kal ($EH=0,85$) kisebb az esély arra, hogy aki keveset tud tenni az egészségéért elégedett legyen, mint az, aki sokat tehet. A kórházi ellátás 12 hónapon belüli igénybevétele és az ellátással való elégedettség között szignifikáns ($p < 0,001$) összefüggés figyelhető meg, amely alapján, aki igénybe vette a szolgáltatást 47%-kal ($EH=1,47$) nagyobb eséllyel lesz elégedett, mint az, aki nem. A dohányzási szokások és az elégedettség szignifikáns ($p=0,013$) összefüggést mutat, tehát a dohányzó személyeknek 13%-kal ($EH=0,87$) kisebb esélyük van, hogy elégedettek legyenek, mint a nem dohányzóknak. A légúti betegség statisztikailag

bizonyított összefüggést mutat az ellátás elégedettségével, amely tekintetében a légúti betegségben szenvedők 21%-kal (EH=0,79) kisebb valószínűséggel lesznek elégedettek, mint a nem beteg személyek. A kardiovaszkuláris betegségekkel szemben nem találtunk szignifikáns ($p=0,257$) összefüggést (kardiovaszkuláris beteg/nem beteg EH=1,06). A cukorbetegséggel kapcsolatban nem volt megfigyelhető statisztikailag bizonyított ($p=0,099$) összefüggés (cukorbeteg/nem beteg EH=1,14). A magyarországi régiók tekintetében elmondható, hogy Közép-Magyarország régiójához viszonyítva minden más régió nagyobb eséllyel lehet elégedett a kórházi ellátással. A legnagyobb eséllyel (EH=1,67) a Dél-Dunántúl régió lakói és a legkisebb eséllyel (EH=1,23) az Észak-Magyarországi régió lakói voltak elégedettek az ellátással.

2. táblázat - A kórházi ellátással való elégedettség összefüggésvizsgálata többszörös logisztikus regresszióval

Többváltozós logisztikus regresszió		Kórházi ellátás N: 7905	
		EH	p-érték
Vizsgálati év	2019/2009	0,95	<0,001
Korcsoport	35-64 éves/18-34 éves	1,40	<0,001
	65-X éves/18-34 éves	2,76	<0,001
Neme	Nő/Férfi	0,91	0,086
Iskolai végzettség	Középfokú/Alapfokú	0,66	<0,001
	Felsőfokú/Alapfokú	0,41	<0,001
Anyagi állapot	Rossz/Átlagos-jó	0,73	<0,001
Társas kapcsolatok	Házassélettárs/Egyedülálló	0,95	0,381
Testtömegindex	Túlsúlyos-elhízott/Normál	0,92	0,151
Önértékelt egészségi állapot	Rossz/Jó	0,94	0,467
Mennyit tehet az egészségéért?	Keveset/Sokat	0,85	0,012
Kórházi ellátást igénybe vette?	Igen/Nem	1,47	<0,001
Dohányzás	Igen/Nem	0,87	0,013
Légúti beteg	Igen/Nem	0,79	0,003
Kardiovaszkuláris beteg	Igen/Nem	1,06	0,257
Cukorbeteg	Igen/Nem	1,14	0,099
Régió	Dél-Alföld/Közép-Magyarország	1,49	<0,001
	Dél-Dunántúl/Közép-Magyarország	1,67	<0,001
	Észak-Alföld/Közép-Magyarország	1,36	<0,001
	Észak-Magyarország/Közép-Magyarország	1,23	0,009
	Közép-Dunántúl/Közép-Magyarország	1,41	<0,001
	Nyugat-Dunántúl/Közép-Magyarország	1,35	<0,001

5.3. Háziiorvosi ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khí-négyzet próbával

(3. táblázat - A háziiorvosi ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khí-négyzet próbával)

A háziiorvosi ellátással való elégedettség tekintetében a vizsgálati évek között szignifikáns ($p=0,023$) különbség volt megfigyelhető, amely alapján 2009-ben a válaszadók 83%-a (3669 fő), míg 2019-ben 81%-a (3705 fő) volt elégedett az ellátással. A korcsoportok között statisztikailag bizonyított ($p<0,001$) különbség volt megfigyelhető. A 18-34 évesek 78%-a (1587 fő), a 35-64 évesek 81%-a (3705 fő) és a 65 év felettiak 88%-a (2082 fő) volt elégedett az ellátással. A nemeket vizsgálva nem találtunk szignifikáns különbséget ($p=0,554$). Férfiak elégedettsége 82%-os (3378 fő), míg a nőké 83%-os (3996 fő) volt. Az iskolai végzettségek között szignifikáns ($p<0,001$) különbség volt, amely alapján az alapfokú iskolai végzettséggel rendelkezők 85%-a (1736 fő), a középfokúak 82%-a (4307 fő) és a felsőfokúak 79%-a (1331 fő) volt elégedett a háziiorvosi ellátással. A válaszadó anyagi állapota alapján szignifikáns ($p=0,001$) különbséget találtunk az átlagos/jó (83%; 5896 fő) és a rossz (80%; 1478 fő) anyagi állapotok között az elégedettség tekintetében. A társas támogatások között nem volt megfigyelhető szignifikáns ($p=0,417$) különbség a házas/élettársi viszonyban élők (82%; 4161 fő) és az egyedülállók (83%; 3213 fő) elégedettsége között. A válaszadók testtömegindex kategóriái között szignifikáns ($p<0,001$) különbséget figyeltünk meg, amely alapján a normál testtömegindexűek 81%-a (2833 fő), míg a túlsúlyos/elhízott személyek 83%-a (4541 fő) volt elégedett az ellátással. A jó- (83%; 6380 fő) és a rossz (81%; 994 fő) önértékelt egészségük között nem volt szignifikáns ($p=0,199$) különbség megfigyelhető a elégedettségük tekintetében. Az, hogy a válaszadó sokat- (82%; 5767 fő) vagy keveset (82%; 1607 fő) tud tenni az egészségéért nem volt statisztikailag bizonyított ($p=0,559$) különbség megfigyelhető az elégedettség alapján. A felmérést megelőző 12 hónapban a háziiorvosi ellátást igénybe vettek közül 84% (5967 fő), amíg a nem igénybe vevők 76%-a (1393 fő) volt elégedett a háziiorvosi ellátással, amely különbség szignifikánsnak ($p<0,001$) bizonyult számításaink alapján. A dohányzási szokások között statisztikailag bizonyított ($p<0,001$) különbség volt megfigyelhető, ahol a dohányzók 80%-a (2068 fő), a nem dohányzók esetében pedig a 83%-uk (5306 fő) volt elégedett. Nem volt szignifikáns ($p=0,949$) különbség látható a légúti betegségben szenvedők (82%; 708 fő) és a betegségben nem szenvedők (82%; 6666 fő) elégedettségét vizsgálva. A kardiovaszkuláris betegségben szenvedők és nem szenvedők között szignifikáns ($p<0,001$) különbség volt megfigyelhető, ahol a kardiovaszkuláris betegek

85%-a (3302 fő) és a betegségben nem szenvedők 80%-a (4072 fő) volt elégedett a háziorvosi ellátással. A cukorbetegség elégedettsége (85%; 3302 fő) és a nem betegek elégedettsége (82%; 6636 fő) között nem volt szignifikáns ($p=0,058$) különbség megfigyelhető. A magyarországi régiók között statisztikailag bizonyított heterogenitás látható a háziorvosi elégedettség tekintetében, ahol a legmagasabb arányú elégedettség (85%; 1033 fő) a Dél-Alföld régió lakóinál, míg a legkisebb arányút (78%; 1807 fő) a Közép-Magyarország régió lakóinál lehetett megfigyelni.

3. táblázat - A háziiorvosi ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khi-négyzet próbával

Khi-négyzet próba		Háziiorvosi ellátás N: 8959				p-érték
Csoportosítás		Elégedett N	Elégedetlen N	Elégedett %	Elégedetlen %	
Év	2009	3669	739	83%	17%	0,023
	2019	3705	846	81%	19%	
Korcsoport	18-34 éves	1587	437	78%	22%	<0,001
	35-64 éves	3705	861	81%	19%	
	65-X éves	2082	287	88%	12%	
Neme	Férfi	3378	739	82%	18%	0,554
	Nő	3996	846	83%	17%	
Iskolai végzettség	Alapfokú	1736	295	85%	15%	<0,001
	Középfokú	4307	945	82%	18%	
	Felsőfokú	1331	345	79%	21%	
Anyagi állapot	Átlagos-jó	5896	1211	83%	17%	0,001
	Rossz	1478	374	80%	20%	
Társas kapcsolatok	Házass-élettárs	4161	912	82%	18%	0,417
	Egyedülálló	3213	673	83%	17%	
Testtömegindex	Normál	2833	680	81%	19%	<0,001
	Túlsúlyos-elhízott	4541	905	83%	17%	
Önértékelt egészségi állapot	Jó	6380	1352	83%	17%	0,199
	Rossz	994	233	81%	19%	
Mennyit tehet az egészségéért?	Sokat	5767	1229	82%	18%	0,559
	Keveset	1607	356	82%	18%	
Háziiorvosi ellátást igénybe vette?	Igen	5967	1144	84%	16%	<0,001
	Nem	1393	434	76%	24%	
Dohányzás	Igen	2068	510	80%	20%	<0,001
	Nem	5306	1075	83%	17%	
Légúti beteg	Igen	708	153	82%	18%	0,949
	Nem	6666	1432	82%	18%	
Kardiovaszkuláris beteg	Igen	3302	582	85%	15%	<0,001
	Nem	4072	1003	80%	20%	
Cukorbeteg	Igen	738	134	85%	15%	0,058
	Nem	6636	1451	82%	18%	
Régió	Közép-Magyarország	1807	495	78%	22%	<0,001
	Dél-Alföld	1033	177	85%	15%	
	Dél-Dunántúl	736	144	84%	16%	
	Észak-Alföld	1213	234	84%	16%	
	Észak-Magyarország	944	210	82%	18%	
	Közép-Dunántúl	849	164	84%	16%	
	Nyugat-Dunántúl	792	161	83%	17%	

5.4. Háziiorvosi ellátással való elégedettség és magyarázó változók összefüggésvizsgálata többváltozós logisztikus regresszióval

(4. táblázat - A háziiorvosi ellátással való elégedettség összefüggésvizsgálata többszörös logisztikus regresszióval)

A vizsgálat éve és a háziiorvosi elégedettség között szignifikáns ($p < 0,001$) összefüggés volt megfigyelhető, mely alapján 2019-ben 3%-kal ($EH=0,97$) kisebb esély volt arra, hogy egy válaszadó elégedett legyen a háziiorvosi ellátással, mint 2009-ben. A válaszadó korcsoportját vizsgálva szignifikáns (35-64 évesek: $p=0,002$; 65 év felettiek: $p < 0,001$) összefüggés volt, amely alapján a 35-64 éveseknek 25%-kal ($EH=1,25$), a 65 év felettieknek pedig 96%-kal ($EH=1,96$) nagyobb esélyük volt, hogy elégedettek legyenek, mint a 18-34 évesek. A válaszadó neme és az ellátás elégedettsége között nem találtunk szignifikáns ($p=0,312$) összefüggés (nő/férfi $EH=0,94$). A válaszadó iskolai végzettsége statisztikailag bizonyított (középfokú: $p=0,004$; felsőfokú: $p < 0,001$) összefüggést mutat, ahol a középfokú iskolai végzettségűeknek 21%-kal ($EH=0,79$), míg a felsőfokúaknak 33%-kal ($EH=0,67$) volt kisebb esélyük, hogy elégedettek legyenek, mint az alacsonyabb végzettségűek. A válaszadó anyagi állapota szignifikáns ($p < 0,001$) összefüggést mutatott, amely alapján a rossz anyagi helyzetűek 23%-kal ($EH=0,77$) kisebb valószínűséggel voltak elégedettek, mint a jó anyagi állapotú válaszadók. A házas vagy élettársi kapcsolatban élők nem szignifikánsan ($p=0,101$) 10%-kal ($EH=0,90$) kisebb eséllyel voltak elégedettek, mint az egyedülállók. A testtömegindex és az elégedettség között nincs szignifikáns ($p=0,569$) összefüggés (túlsúlyos-elhízott/normál $EH=1,03$). Az önértékelt egészségi állapot szignifikáns ($p < 0,001$) összefüggést mutat, ahol a rossz önértékelt egészségűeknek 32%-kal ($EH=0,68$) kisebb esélyük van arra, hogy elégedettek legyenek, mint a jó önértékelt egészségű válaszadóknak. Az, hogy a válaszadó mennyit tehet az egészségéért statisztikailag bizonyított ($p=0,041$) összefüggést mutat, amelynél, aki keveset tehet az egészségéért 15%-kal ($EH=0,85$) kisebb valószínűséggel lesz elégedett a háziiorvosi ellátással, mint aki sokat tehet az egészségéért. Akik felmérés előtti 12 hónapba igénybe vették a háziiorvosi szolgáltatást azoknak szignifikánsan ($p < 0,001$) 51%-kal ($EH=1,51$) nagyobb esélyük van, hogy elégedettek legyenek, mint azoknak, akik nem vették igénybe az ellátást. A dohányzási szokások és az ellátás elégedettsége között nincs szignifikáns ($p=0,207$) összefüggés (dohányzó/nem dohányzó $EH=0,92$). A légúti betegség nem mutat statisztikailag bizonyított ($p=0,494$) összefüggést az elégedettséggel (légúti betegségben szenvedő/nem beteg $EH=0,93$). A kardiovaszkuláris betegség és az elégedettség között nincs statisztikailag bizonyított ($p=0,223$) összefüggés (kardiovaszkuláris beteg/nem beteg $EH=1,09$). Nincs szignifikáns

($p=0,940$) összefüggés a cukorbetegség és a háziiorvosi elégedettség között (cukorbeteg/nem beteg $EH=0,99$). A magyarországi régiók és a háziiorvosi elégedettség között minden esetben szignifikáns, pozitív összefüggés volt megfigyelhető a Közép-Magyarország régióhoz viszonyítva. A legnagyobb esély ($EH=1,55$) a Dél-Alföld régió lakóinál, míg a legkisebb esély ($EH=1,25$) a Nyugat-Dunántúl és Észak-Magyarország régiók lakóinál volt megfigyelhető.

4. táblázat - A háziiorvosi ellátással való elégedettség összefüggésvizsgálata többszörös logisztikus regresszióval

Többváltozós logisztikus regresszió		Háziiorvosi ellátás N: 8959	
Csoportosítás		EH	p-érték
Vizsgálati év	2019/2009	0,97	<0,001
Korcsoport	35-64 éves/18-34 éves	1,25	0,002
	65-X éves/18-34 éves	1,96	<0,001
Neme	Nő/Férfi	0,94	0,312
Iskolai végzettség	Középfokú/Alapfokú	0,79	0,004
	Felsőfokú/Alapfokú	0,67	<0,001
Anyagi állapot	Rossz/Átlagos-jó	0,77	<0,001
Társas kapcsolatok	Házass-élettárs/Egyedülálló	0,90	0,101
Testtömegindex	Túlsúlyos-elhízott/Normál	1,03	0,569
Önértékelt egészségi állapot	Rossz/Jó	0,68	<0,001
Mennyit tehet az egészségéért?	Keveset/Sokat	0,85	0,041
Háziiorvosi ellátást igénybe vette?	Igen/Nem	1,51	<0,001
Dohányzás	Igen/Nem	0,92	0,207
Légúti beteg	Igen/Nem	0,93	0,494
Kardiovaszkuláris beteg	Igen/Nem	1,09	0,223
Cukorbeteg	Igen/Nem	0,99	0,940
Régió	Dél-Alföld/Közép-Magyarország	1,55	<0,001
	Dél-Dunántúl/Közép-Magyarország	1,34	0,004
	Észak-Alföld/Közép-Magyarország	1,41	<0,001
	Észak-Magyarország/Közép-Magyarország	1,25	0,015
	Közép-Dunántúl/Közép-Magyarország	1,38	0,001
	Nyugat-Dunántúl/Közép-Magyarország	1,25	0,026

5.5. Sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khí-négyzet próbával

(5. táblázat - A sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khí-négyzet próbával)

A sürgősségi mentőszolgálat munkájával való elégedettség tekintetében a vizsgálat éve között szignifikáns ($p < 0,001$) különbség figyelhető meg, amelye alapján 2009-ben a válaszadók 63%-a (1485 fő) volt elégedett, ez az arány 2019-re 75%-ra (1072 fő) emelkedett. A korcsoportok között szignifikáns ($< 0,001$) különbség volt megfigyelhető, ahol a 18-34 évesek 61%-a (501 fő), a 35-64 évesek 66%-a (1265 fő) és a 65 év felettiek 77%-a (791 fő) volt elégedett a sürgősségi mentőszolgálati ellátással. A férfiak (67%; 1131 fő) és a nők (68%; 1426 fő) között nem volt megfigyelhető szignifikáns ($p = 0,790$) különbség az elégedettség tekintetében. A válaszadók iskolai végzettségei között statisztikailag bizonyított különbség volt látható, amely alapján az alapfokú iskolai végzettségűek 74%-a (759 fő), a középfokúak 66%-a (1413 fő) és a felsőfokú végzettségűek 64%-a (385 fő) volt elégedett az ellátással. Az átlagos/jó- (69%; 1948 fő) és a rossz (64%; 609 fő) anyagi helyzetűek között szignifikáns ($p = 0,006$) különbség volt. A házas vagy élettársi viszonyban élők 69%-a (1449 fő), míg az egyedülállók 66%-a (1108 fő) volt elégedett, mely csoportok között szignifikáns ($p = 0,034$) különbség volt megfigyelhető. A testtömegindex kategóriák között szignifikáns ($p = 0,047$) különbség látható, ahol a normált testtömegindexű személyek 66%-a (973 fő) és a túlsúlyos vagy elhízott testtömegindexű személyek 69%-a (1584 fő) volt elégedett a sürgősségi mentőszolgálati ellátással. Az önértékelt egészségi állapotok között statisztikailag bizonyított ($p = 0,025$) különbség volt, amely alapján a jó önértékelt egészséget vallók 67%-a (2060), míg a rossz önértékelt egészséget vallók 71%-a (497 fő) volt elégedett az ellátással. Azok közül, akik sokat tehetnek az egészségükért 68%-uk (1905 fő), amíg azok közül, akik keveset tehetnek az egészségükért 67%-uk (652 fő) volt elégedett, amely csoportok között nincs szignifikáns ($p = 0,522$) különbség az ellátással való elégedettség tekintetében. A sürgősségi mentőszolgálat esetében nem volt lehetőségünk megvizsgálni a felmérés előtti 12 hónapban a sürgősségi mentőszolgálati ellátást igénybe vevők és nem igénybe vevők közötti különbséget adathiány miatt. A dohányzási szokások között szignifikáns ($p = 0,028$) különbség volt megfigyelhető az elégedettség tekintetében, amely alapján a dohányzók 65%-a (710 fő), míg a nem dohányzók 69%-a (1847 fő) elégedett volt a sürgősségi mentőszolgálat munkájával. A légúti betegségben szenvedők (69%; 297 fő) és nem szenvedők (67%; 2260 fő) elégedettsége tekintetében nem volt statisztikailag bizonyított ($p = 0,407$) különbség. A kardiovaszkuláris betegségben szenvedők 73%-a (1316

fő), míg a betegségben nem szenvedők 63%-a (1241 fő) volt elégedett szignifikáns ($p<0,001$) különbség megfigyelése mellett. A cukorbetegségben szenvedők és nem szenvedők között statisztikailag bizonyított ($p<0,001$) különbség látható, amely alapján a cukorbeteg 75%-a (292 fő) és a cukorbetegségben nem szenvedők 67%-a (2265 fő) volt elégedett az ellátással. A magyarországi régiók között szignifikáns ($p<0,001$) különbség volt megfigyelhető a sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség tekintetében, amely esetben a legnagyobb arányban Dél-Dunántúl (77%; 278 fő) és Nyugat-Dunántúl (77%; 306 fő) régió lakói voltak elégedettek és legkisebb arányban Közép-Magyarország (61%; 505 fő) és Észak-Magyarország (61%; 339 fő) régió lakói voltak elégedettek a sürgősségi mentőszolgálat munkájával.

5. táblázat - A sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khi-négyzet próbával

Khi-négyzet próba		Sürgősségi mentőszolgálat N: 3781				
Csoportosítás		Elégedett N	Elégedetlen N	Elégedett %	Elégedetlen %	p-érték
Év	2009	1485	866	63%	37%	<0,001
	2019	1072	358	75%	25%	
Korcsoport	18-34 éves	501	325	61%	39%	<0,001
	35-64 éves	1265	661	66%	34%	
	65-X éves	791	238	77%	23%	
Neme	Férfi	1131	547	67%	33%	0,790
	Nő	1426	677	68%	32%	
Iskolai végzettség	Alapfokú	759	269	74%	26%	<0,001
	Középfokú	1413	737	66%	34%	
	Felsőfokú	385	218	64%	36%	
Anyagi állapot	Átlagos-jó	1948	882	69%	31%	0,006
	Rossz	609	342	64%	36%	
Társas kapcsolatok	Házass-élettárs	1449	649	69%	31%	0,034
	Egyedülálló	1108	575	66%	34%	
Testtömegindex	Normál	973	507	66%	34%	0,047
	Túlsúlyos-elhízott	1584	717	69%	31%	
Önértékelt egészségi állapot	Jó	2060	1023	67%	33%	0,025
	Rossz	497	201	71%	29%	
Mennyit tehet az egészségéért?	Sokat	1905	900	68%	32%	0,522
	Keveset	652	324	67%	33%	
Dohányzás	Igen	710	382	65%	35%	0,028
	Nem	1847	842	69%	31%	
Légúti beteg	Igen	297	131	69%	31%	0,407
	Nem	2260	1093	67%	33%	
Kardiovaszkuláris beteg	Igen	1316	490	73%	27%	<0,001
	Nem	1241	734	63%	37%	
Cukorbeteg	Igen	292	97	75%	25%	<0,001
	Nem	2265	1127	67%	33%	
Régió	Közép-Magyarország	505	325	61%	39%	<0,001
	Dél-Alföld	385	174	69%	31%	
	Dél-Dunántúl	278	85	77%	23%	
	Észak-Alföld	485	204	70%	30%	
	Észak-Magyarország	339	220	61%	39%	
	Közép-Dunántúl	259	126	67%	33%	
	Nyugat-Dunántúl	306	90	77%	23%	

5.6. Sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség és magyarázó változók összefüggésvizsgálata többváltozós logisztikus regresszióval

(6. táblázat - A sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség összefüggésvizsgálata többszörös logisztikus regresszióval)

A sürgősségi mentőszolgálat munkájával való elégedettség és a vizsgálat éve között statisztikailag bizonyított ($p < 0,001$) összefüggés látható, amely alapján 2009-hez képest 2019-ben 5%-kal ($EH=1,05$) nagyobb esély volt arra, hogy egy válaszadó elégedett legyen az ellátással. A 35-64 éves korcsoportnál a 18-34 évesekhez viszonyítva nem kaptunk szignifikáns ($p=0,424$) összefüggést az elégedettséggel ($EH=1,08$), ezzel ellentétben a 65 év felettieknek szignifikánsan ($p < 0,001$) 56%-kal ($EH=1,56$) nagyobb esélyük volt, hogy elégedettek legyenek, mint a 18-34 éveseknek. A válaszadó neme és az elégedettség között nem volt megfigyelhető szignifikáns ($p=0,263$) összefüggés (nő/férfi $EH=0,92$). Az iskolai végzettség és az elégedettség között statisztikailag bizonyított ($p < 0,001$) összefüggés volt, amely alapján a középfokú iskolai végzettségűeknek 29%-kal ($EH=0,71$), míg a felsőfokú iskolai végzettségűeknek 39%-kal ($EH=0,61$) volt kisebb esélyük, hogy elégedettek legyenek az ellátással, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűeknek. Az anyagi állapotok tekintetében nem találtunk szignifikáns ($p=0,190$) összefüggést az elégedettséggel (rossz/átlagos-jó $EH=0,89$). A társas kapcsolatok és az ellátási elégedettség között nem volt szignifikáns ($p=0,083$) összefüggés (házas-élettársi viszony/egyedülálló $EH=1,14$). A túlsúlyos vagy elhízott személyeknek 5%-kal ($EH=0,95$) nem szignifikánsan ($p=0,526$) kisebb esélyük volt, hogy elégedettek legyenek, mint a normál testtömegindexű személyeknek. Az önértékelt egészségi állapotok és az ellátás elégedettsége között nem volt statisztikailag bizonyított ($p=0,784$) összefüggés megfigyelhető (rossz önértékelt egészség/jó önértékelt egészségi állapot $EH=1,03$). A sürgősségi mentőszolgálat esetében nem volt lehetőségünk megvizsgálni a felmérés előtti 12 hónapban a sürgősségi mentőszolgálati ellátást igénybe vétele és a sürgősségi mentőszolgálat munkájával való elégedettség közötti összefüggést adatahiány miatt. A dohányzási szokások és az ellátás elégedettsége között nem volt megfigyelhető szignifikáns ($p=0,926$) összefüggés (dohányzó/nem dohányzó $EH=1,00$). A légúti betegség nem mutatott statisztikailag bizonyított ($p=0,932$) összefüggést az elégedettséggel számításaink alapján (légúti beteg/nem beteg $EH=1,00$). A kardiovaszkuláris betegségek statisztikailag bizonyított ($p=0,001$) összefüggést mutatnak a sürgősségi mentőszolgálat munkájával való elégedettséggel, mely esetben a

kardiovaszkuláris betegeknek 32%-kal (EH=1,32) nagyobb esélyük van arra, hogy elégedettek legyenek az ellátással, mint a nem betegeknek. A cukorbetegség, valamint az elégedettség között nem volt szignifikáns ($p=0,230$) összefüggés látható számításaink alapján (cukorbeteg/nem beteg EH=1,17). A magyarországi régiók és a sürgősségi mentőszolgálattal való elégedettség között a Közép-Magyarország régióhoz viszonyítva (az Észak-Magyarország régió lakóit leszámítva) valamennyi esetben szignifikáns, protektív összefüggést kaptunk. Ezen esetekben legnagyobb valószínűséggel (EH=2,19) Nyugat-Dunántúl régió lakói-, valamint Közép-Dunántúl régió lakói a legkisebb valószínűséggel (EH=1,38) voltak elégedettek a sürgősségi mentőszolgálat munkájával.

6. táblázat - A sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség összefüggésvizsgálata többszörös logisztikus regresszióval

Többváltozós logisztikus regresszió		Sürgősségi mentőszolgálat N: 3781	
Csoportosítás		EH	p-érték
Vizsgálati év	2019/2009	1,05	<0,001
Korcsoport	35-64 éves/18-34 éves	1,08	0,424
	65-X éves/18-34 éves	1,56	<0,001
Neme	Nő/Férfi	0,92	0,263
Iskolai végzettség	Középfokú/Alapfokú	0,71	<0,001
	Felsőfokú/Alapfokú	0,61	<0,001
Anyagi állapot	Rossz/Átlagos-jó	0,89	0,190
Társas kapcsolatok	Házassélettárs/Egyedülálló	1,14	0,083
Testtömegindex	Túlsúlyos-elhízott/Normál	0,95	0,526
Önértékelt egészségi állapot	Rossz/Jó	1,03	0,784
Mennyit tehet az egészségéért?	Keveset/Sokat	0,76	0,004
Dohányzás	Igen/Nem	1,00	0,926
Légúti beteg	Igen/Nem	1,00	0,932
Kardiovaszkuláris beteg	Igen/Nem	1,32	0,001
Cukorbeteg	Igen/Nem	1,17	0,230
Régió	Igen/Nem	1,41	0,003
	Dél-Alföld/Közép-Magyarország	2,03	<0,001
	Dél-Dunántúl/Közép-Magyarország	1,52	<0,001
	Észak-Alföld/Közép-Magyarország	1,00	0,999
	Észak-Magyarország/Közép-Magyarország	1,38	0,013
	Közép-Dunántúl/Közép-Magyarország	2,19	<0,001

6. Diszkusszió

Jelen kutatás erőssége, hogy a betegek elégedettségét vizsgálja a magyar egészségügyi ellátásokkal kapcsolatban és körvonalazza az elégedettséggel összefüggésben álló tényezőket, a lakosság önbevalláson alapuló Európai lakossági egészségfelmérése alapján. Eredményeink függvényében az elégedettség mérését vizsgálva látható, hogy kutatásunk magyarázó változóinak egy része megegyezik azon információkkal melyeket a betegek interjúztatása során felmérnek a minőség mérése érdekében. Ilyen többek között a betegek anyagi háttere, önértékelt egészségi állapota, társadalmi hovatartozása, mely alatt értjük iskolai végzettségét, nemét és egyéb változókat. (33) Mindemellett ezen információk visszacsatolásával részét képezik a minőség-körnek ezáltal eredményeink segítségével is segíteni tudnánk a hazai alapellátás és szakellátás minőségfejlesztését Magyarországon. (34) Ezen ismeretek tudatában mégis népegészségügyi jelentőségű, hogy Magyarországon mégis rendkívül alacsony az elégedettség a kórházi ellátásokkal kapcsolatban eredményeink alapján. A bemutatott három ellátást illetően több átfedés is megfigyelhető, amely alapján a magasabb életkor az alacsonyabb iskolai végzettség, a válaszadó jobb anyagi állapota, valamint az, ha a válaszadó sokat tud tenni az egészségéért; és ha igénybe vette a felmérést megelőző 1 évben az adott szolgáltatást protektív tényezőként jelentek meg. Ezen eredmények egy része egyéb Európai ország betegelégedettség vizsgálatát illetően hasonló eredményeket produkált, valamint ehhez hasonló hazai kutatások is, mint például a „Patient experiences with outpatient care in Hungary: results of an online population survey” című közlemény, amelyben a szerzők szintén azt találták, hogy a fiatalabb életkor csökkenti a járóbeteg-szakellátással szembeni elégedettség kialakulásának esélyét (vagyis a kórházi ellátással szembeni betegelégedettséget). Ebből adódóan az idősebb korosztály tagjai elégedettebbek az ellátással és gondozásukkal. (35) Ezen korcsoportok közötti elégedettségkülönbségről más szakirodalom is beszámolt. (33,36–38)

Területi heterogenitás is megfigyelhető volt, amely alapján valamennyi esetben Közép-Magyarországi régióhoz képest a perifériás régió lakói elégedettebbek voltak a vizsgált ellátásokkal, amelyhez hasonló heterogenitás a szlovák fekvőbetegek egészségügyi ellátással való elégedettségét illetően is megfigyelhető. (39) Felmerülhet azonban a kérdés, hogy hogyan lehetséges, az hogy Magyarországon heterogén a betegek elégedettsége a régiókat vizsgálva. Elvégre a 2015. évi CXXIII. törvény és a 1997. évi CLIV. törvény előírja, hogyan is kell felépülnie az ellátásoknak, valamint hogyan kell kivitelezni ezen ellátásokat,

tehát az alapellátás és a szakellátás kapcsán a vizsgálatok kivitelezése az esetek túlnyomó többségében szakmai irányelvekkel és protokollok függvényében történik.(1,6)

A kórházi ellátással való elégedettség esetében körvonalazódni látszódnó rizikócsoportha tartoznak a fiatal életkorú, magasabb iskolai végzettséggel rendelkező, rossz anyagi állapotú, dohányzó és légúti betegségben szenvedő válaszadó, aki keveset tehet az egészségéért, és a felmérést megelőző 12 hónapban nem vette igénybe a kórházi szolgáltatást. A háziorvosi ellátással való elégedettség esetén körvonalazódni látszódnó rizikócsoportha tartoznak a fiatal életkorú, magasabb iskolai végzettséggel rendelkező, rossz anyagi állapotú, rossz önértékelt egészségi állapotú válaszadó, aki keveset tehet az egészségéért, és a felmérést megelőző 12 hónapban nem vette igénybe a kórházi szolgáltatást. A sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség esetén körvonalazódni látszódnó rizikócsoportha tartoznak a fiatal életkorú, magasabb iskolai végzettséggel rendelkező válaszadó, aki keveset tehet az egészségéért.

Összességében elmondható, hogy eredményeink közül a legfontosabb az volt, hogy a sürgősségi mentőszolgálat munkájával az idő előrehaladtával egyre elégedettebbek voltak a válaszadók. (6. táblázat)

Ezek alapján elmondható, hogy a különböző ellátások között is egy heterogenitás figyelhető meg, hiszen a kórházi ellátással szemben nagy ütemekben romló elégedettséget figyelhettünk meg, míg a háziorvosi ellátásnál egy magas, de stagnáló elégedettség volt megfigyelhető, a sürgősségi mentőszolgálat munkájával való elégedettség esetén, pedig egy javuló, magas elégedettség volt látható. Ezen heterogenitás lehetőséget ad arra, hogy későbbi vizsgálatok által megismerhessük azon tényezőket, melyek pozitív befolyással bírnak a sürgősségi mentőszolgálat elégedettség javulásában. Későbbiekben ezeket a vizsgálati eredményeket visszacsatolva fejleszthetővé válna valamennyi egészségügyi ellátás elégedettsége ezáltal minősége. (34) A sürgősségi mentőszolgálatnál az évek alatt nagy beruházások történtek meg, amely által fejlesztés volt megfigyelhető a géppark és mentőállomások felszerelésein is. Ezen fejlesztéseket 2013-ban indították el, mely alapján 178 új mentőautót kapott az Országos Mentőszolgálat és 20 új mentőállomást építettek fel, valamint 60 meglévő mentőállomást újítottak fel. Ennek köszönhetően Magyarország 90%-os lefedettségében a mentősök 15 percen belül megérkezhetnek a sürgős esetekhez, és megkezdhetik a betegek ellátását. (40) Ezek a fejlesztések 2014-ben végbementek, de további fejlesztéseket és felújításokat végeztek (41,42), melyek feltehetően hozzájárultak a hatékonyabb mentéshez országszerte.

7. Konklúzió

A kórházi elégedettség folyamatosan, nagy léptékben romló tendenciát mutat, míg a háziorvosi elégedettség szignifikáns csökkenést mutat az elégedettség tekintetében, mégis elmondható, hogy magas elégedettségi aránya stagnálásnak tekinthető az idő előrehaladását tekintve. Mindemellett a sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség az elmúlt időben szignifikáns nagy mértékű javulást mutatott, amely akár a megoldást is jelentheti más ellátások elégedettségének javítása céljából.

Fontos népegészségügyi jelentőségű kérdés, hogy mi okozhatja a magyar lakosság kórházi ellátással szembeni egyre elmélyülőbb elégedetlenségét. Ezen elégedetlenségre adhat okot a nem megfelelő intézeti környezet és közeg, a hosszú várólista, mely hosszabb várakozási időt jelent a betegek számára egy-egy beavatkozás esetén, (43,44) a kevesebb orvos-beteg kapcsolat és idő, (45) amelyek oka az egyre magasabb arányú krónikus és akut betegségtől szenvedő beteg ember.

A mentőszolgálat példája alapján a beruházások, és a mentősök folyamatos fejlődése, fejlesztése feltehetően nagyban hozzájárultak a sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség növekedéséhez, de mindemellett fontos kiemelni, hogy a primer prevenciók tevékenységekkel tovább csökkenthető lenne a betegek száma, akik megjelennek az alapellátásban és szakellátásban. A betegek számának csökkentésével együtt járna az, hogy a szak- és alapellátás kevésbé lenne leterhelt, így megnőhetne az orvos-beteg kapcsolat és idő, valamint csökkenhetne a beavatkozásokra várók sora és ezáltal a várakozási idő is javulhatna.

8. Köszönetnyilvánítás

Ezúttal szeretnék köszönetet nyilvánítani [REDACTED] témavezetőmnek, hogy segítségével és támogatásával végig kísért ezen a rögzös, de tanulmányokban bővelkedő úton, amelyet bejártunk, hogy megteremthessünk vizsgálatunkat. Köszönöm, hogy felkarolt és egyengette karrieremet.

Mindemellett szeretnék köszönetet nyilvánítani a [REDACTED]
[REDACTED], hogy lehetővé tették kutatásom megvalósítását az Európai lakossági egészségfelmérés által.

9. Irodalomjegyzék

1. Kft WKH. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról - Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye [Internet]. [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1500123.tv>
2. Alapellátás - Fogalomtár [Internet]. [idézi 2023. január 30.]. Elérhető: <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Alapell%C3%A1t%C3%A1s>
3. Háziorvosi ellátás [Internet]. 2016 [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/haziorvosi_ellatas/haziorvosi_ellatas.html
4. Fogorvosi ellátás [Internet]. 2016 [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/fogorvosi_ellatas/fogorvosi_ellatas.html
5. Egyéb alapellátási feladatok (védőnői- és iskolaorvosi ellátás, mozgó szakorvosi szolgálatok) [Internet]. 2016 [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/egyeb_alapellatasi_feladatok/egyeb_alapellatasi_feladatok.html
6. Kft WKH. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről - Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye [Internet]. [idézi 2023. január 27.]. Elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>
7. Az ellátórendszer felépítése [Internet]. [idézi 2023. január 19.]. Elérhető: <https://www.eubetegjog.hu/az-ellatorendszer-felepitesi.html>
8. Betegszállítás, mentés [Internet]. 2016 [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/betegszallitas_mentes/betegszallitas_mentes.html
9. Total Quality Control - Armand V. Feigenbaum. 1983 PDF | PDF | Reliability Engineering | Quality (Business) [Internet]. Scribd. [idézi 2023. január 27.]. Elérhető: <https://www.scribd.com/document/361525737/Total-Quality-Control-Armand-V-Feigenbaum-1983-pdf>
10. Philip Crosby: zero defects thinker [Internet]. The British Library. The British Library; [idézi 2023. január 28.]. Elérhető: <https://www.bl.uk/people/philip-crosby>
11. Juran JM, Godfrey AB, szerkesztő. Juran's quality handbook. 5th ed. New York: McGraw Hill; 1999. 1 o.

12. Endeshaw B. Healthcare service quality-measurement models: a review. J Health Res. 2020. január 1.;35(2):106–17.
13. Pro-Qaly - Minőség az egészségügyben | Minőség definíciói [Internet]. [idézi 2023. január 30.]. Elérhető: <http://www.pro-qaly.hu/minoseg-definicioi-117.html>
14. A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben Szerkesztette: Gődény Sándor - PDF Free Download [Internet]. [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: <https://docplayer.hu/4456226-A-klinikai-hatekonysag-fejlesztese-az-egeszsegugyben-szerkesztette-godeny-sandor.html>
15. A-Model-for-Measuring-Quality-Care-NHS-Improvement-brief.pdf [Internet]. [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: <https://www.med.unc.edu/ihqi/wp-content/uploads/sites/463/2021/01/A-Model-for-Measuring-Quality-Care-NHS-Improvement-brief.pdf>
16. Quality of care [Internet]. [idézi 2023. január 19.]. Elérhető: <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care>
17. Katalin DR. A fekvőbeteg ellátás minőségirányítása, indikátorai.
18. The Meaning of “Health for All by the Year 2000”. Am J Public Health. 2016. január;106(1):36–8.
19. Betegelégedettség - Fogalomtár [Internet]. [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: <https://fogalomtar.aek.hu/index.php/Betegel%C3%A9gedetts%C3%A9g>
20. Assessment of Patient Satisfaction [Internet]. [idézi 2023. január 19.]. Elérhető: <https://www.patientsrights.hu/assessment-of-patient-satisfaction.html>
21. EUR-Lex - 32008R1338 - HU - EUR-Lex [Internet]. [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2008/1338/oj>
22. Európai lakossági egészségfelmérés, 2019 [Internet]. [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: <https://www.ksh.hu/elef/vegrehajtás.html>
23. Európai lakossági egészségfelmérés, 2019 [Internet]. [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: <https://www.ksh.hu/elef/adatgyujtescelja.html>
24. Alapvető európai egészségügyi mutatók (ECHI) [Internet]. [idézi 2023. január 20.]. Elérhető: https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_hu
25. Európai lakossági egészségfelmérés, 2019 [Internet]. [idézi 2023. január 27.]. Elérhető: <https://www.ksh.hu/elef/index.html>

26. European Health Interview Survey - Microdata - Eurostat [Internet]. [idézi 2023. január 27.]. Elérhető: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>
27. elef_kerdoiv_alap.pdf [Internet]. [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: https://www.ksh.gov.hu/elef/archiv/2009/pdf/elef_kerdoiv_alap.pdf
28. Európai lakossági egészségfelmérés, 2019 – Kérdőív.
29. Tothmeresz_Bevezetes-az-R-hasznalataba.pdf [Internet]. [idézi 2023. január 27.]. Elérhető: https://biodiversity.unideb.hu/files/oktatas/Tothmeresz_Bevezetes-az-R-hasznalataba.pdf
30. Nowacki A. Chi-square and Fisher's exact tests. Cleve Clin J Med. 2017. szeptember 1.;84(9 suppl 2):e20–5.
31. Alapműveletek az Excelben - A Microsoft ügyfélszolgálat [Internet]. [idézi 2023. január 27.]. Elérhető: <https://support.microsoft.com/hu-hu/office/alapm%C5%B1veletek-az-excelben-dc775dd1-fa52-430f-9c3c-d998d1735fca>
32. Microsoft Excel táblázatkezelő szoftver | Microsoft 365 [Internet]. [idézi 2023. január 27.]. Elérhető: <https://www.microsoft.com/hu-hu/microsoft-365/excel>
33. nchez-Piedra CAS, Rez SGP, Santamera AS. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. Qual Prim Care. 22(3):0–0.
34. Pro-Qaly - Minőség az egészségügyben | Minőség mérése [Internet]. [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: http://www.pro-qaly.hu/minoseg-merese-95.html#El_gedetts_g_m_r_se
35. Brito Fernandes Ó, Baji P, Kringos D, Klazinga N, Gulácsi L, Lucevic A, és mtsai. Patient experiences with outpatient care in Hungary: results of an online population survey. Eur J Health Econ. 2019. június 1.;20(1):79–90.
36. Hargreaves DS, Greaves F, Levay C, Mitchell I, Koch U, Esch T, és mtsai. Comparison of Health Care Experience and Access Between Young and Older Adults in 11 High-Income Countries. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. 2015. október;57(4):413–20.
37. Ogaji DS, Giles S, Daker-White G, Bower P. Findings and Predictors of Patient-Reported Experience of Primary Health Care in Nigeria. J Patient Exp. 2016. szeptember;3(3):69–80.

38. Oleszczyk M, Krztoń-Królewiecka A, Schäfer WLA, Boerma WGW, Windak A. Experiences of adult patients using primary care services in Poland – a cross-sectional study in QUALICOPC study framework. BMC Fam Pract. 2017. november 22.;18(1):93.
39. Gavurova B, Kubak M. Satisfaction of inpatients with health care facilities and medical services in Slovak Republic. Econ Res-Ekon Istraživanja. 2022. december 31.;35(1):7109–27.
40. Jelentős fejlesztések az OMSZ-nél | MÖSZ [Internet]. [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: <https://mosz.hu/hirek/jelent%C5%91s-fejleszt%C3%A9sek-az-omsz-n%C3%A9l>
41. 2095_2017_XII_28_Korm_hatarozat.pdf [Internet]. [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2647/fajlok/2095_2017_XII_28_Korm_hatarozat.pdf
42. Kft WKH. 2095/2017. (XII. 28.) Korm. határozat az Országos Mentőszolgálat által használt egyes mentőállomások felújítása, újjáépítése beruházás előkészítésének a Beruházás Előkészítési Alapból történő támogatásáról - Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye [Internet]. [idézi 2023. január 31.]. Elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A17H2095.KOR&txtreferer=00000001.txt>
43. Varga G, Mikala G, Andrikovics H, Masszi T. How long does a myeloma patient currently wait for the diagnosis in Hungary? Orv Hetil. 2014. szeptember 20.;155(39):1538–43.
44. Pozsgai E, Busa C, Fodor D, Bellyei S, Csikos A. Wait times to diagnosis and treatment in patients with colorectal cancer in Hungary. Cancer Epidemiol. 2019. április 1.;59:244–8.
45. Brito Fernandes Ó, Baji P, Kringos D, Klazinga N, Gulácsi L, Lucevic A, és mtsai. Patient experiences with outpatient care in Hungary: results of an online population survey. Eur J Health Econ. 2019;20(Suppl 1):79–90.

10. Táblajegyzék

1. táblázat - A kórházi ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khi-négyzet próbával	17
2. táblázat - A kórházi ellátással való elégedettség összefüggésvizsgálata többszörös logisztikus regresszióval	19
3. táblázat - A háziorvosi ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khi-négyzet próbával	22
4. táblázat - A háziorvosi ellátással való elégedettség összefüggésvizsgálata többszörös logisztikus regresszióval	24
5. táblázat - A sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség leíró statisztikai elemzése khi-négyzet próbával	27
6. táblázat - A sürgősségi mentőszolgálati ellátással való elégedettség összefüggésvizsgálata többszörös logisztikus regresszióval.....	29

11. Mellékletek

NYILATKOZAT EGYEZŐSÉGRŐL

Alulírott [REDACTED] a [REDACTED]
[REDACTED], büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom és
aláírással igazolom, hogy diplomamunkám papír és elektronikus alapú, valamint a
Turnitin plágiumszűrő szolgáltatáson átfuttatott formája mindenben megegyezik.

Dátum: 2023.03.23.

[REDACTED]
hallgató aláírása

A magyar lakosság elégedettsége az egészségügyi ellátásokkal kapcsolatban az Európai lakossági egészségfelmérés alapján

ORIGINALITY REPORT

15%

SIMILARITY INDEX

14%

INTERNET SOURCES

5%

PUBLICATIONS

7%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

4%



Exclude quotes Off

Exclude bibliography Off

Exclude matches Off