

# QUALICOPC – az alapellátás minőségének, költségének és méltányosságának vizsgálata Európa országaiban: magyarországi ág

Rurik Imre dr.<sup>1, 10</sup> ■ Boerma, W. G. Wienke dr.<sup>2</sup>  
Kolozsvári László Róbert dr.<sup>1</sup> ■ Láncki Levente István dr.<sup>3, 8</sup>  
Mester Lajos dr.<sup>4</sup> ■ Móczár Csaba dr.<sup>5</sup>  
Schäfer, L. A. Willemijn<sup>2</sup> ■ Schmidt Péter dr.<sup>6</sup> ■ Torzsa Péter dr.<sup>6</sup>  
Végh Mária dr.<sup>7</sup> ■ Gronewegen, P. Peter dr.<sup>2, 9</sup>

<sup>1</sup>Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

<sup>2</sup>NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research, Utrecht, Hollandia

<sup>3</sup>Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Laboratóriumi és Képző Diagnosztikai Tanszék, Debrecen

<sup>4</sup>Szegedi Egyetem, Szentgyörgyi Albert Klinikai Központ, Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged  
<sup>5</sup>Irinyi Egészségügyi Központ, Kecskemét

<sup>6</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék, Budapest

<sup>7</sup>Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvostani Intézet, Pécs

<sup>8</sup>Debreceni Medikus Non-profit Közhasznú Kft., Debrecen

<sup>9</sup>Department of Sociology and Department of Human Geography, Utrecht University, Utrecht, Hollandia

<sup>10</sup>QUALICOPC vizsgálat magyarországi koordinációs központja, Debrecen

Az alapellátás fontosságát már évtizedekkel ezelőtt felismerték és sok fejlett ország egészségügyében prioritást kapott. Európában igen eltérő keretek és feltételek között működnek az egyes országok alapellátási rendszerei. A QUALICOPC vizsgálat során 31 európai és három tengerentúli országban hasonlítják össze az alapellátás költségét, minőségét és méltányosságát. Hasonlóan a többi részt vevő országhoz, Magyarországon is a reprezentativitásra törekedve, országos koordináció alapján, 222 háziiorvosi körzetben történt kérdőíves felmérés, a praxisokban dolgozó házi orvosok munkakörülményei, működési feltételei, megengedett és gyakorolt kompetenciája, érdekelt-ségi rendszere irányában. Minden körzetben 10 betegnek az ellátással kapcsolatos tapasztalatait, igényét és véleményét is kikérték a független kérdezőbiztos munkatársak. A szerzők a résztvevők és a metodika leírása mellett a vizsgálat kezdeti tapasztalatait mutatják be. A vizsgálat befejezését követően a részt vevő országokban nyert eredmények megismerése segítheti a politikai döntéshozókat és az egészségügy tervezőit.  
Orv. Hetil., 2012, 153, 1396–1400.

**Kulcsszavak:** alapellátás, Európai Unió, házi orvos, költség, méltányosság, minőség, QUALICOPC

## QUALICOPC – Primary care study on quality, costs and equity in European countries: The Hungarian branch

The importance of primary care has already been recognized in the developed countries, where the structure and function of primary care is very heterogeneous. In the QUALICOPC study, the costs, quality and equity of primary care systems will be compared in the 34 participating countries. Representative samples of primary care practices were recruited in Hungary. An evaluation with questionnaire was performed in 222 practices on the work circumstances, conditions, competency and financial initiatives. Ten patients in each practice were also questioned by independent

fieldworkers. In this work, the methodology and Hungarian experience are described. The final results of the international evaluation will be analyzed and published later. It is expected that data obtained from the QUALICOPC study may prove to be useful in health service planning and may be shared with policy makers. *Orv. Hetil.*, 2012, 153, 1396–1400.

**Keywords:** cost, equity, European Union, primary care, quality, QUALICOPC

(Beérkezett: 2012. június 28.; elfogadva: 2012. július 19.)

Napjainkban az alapellátás erősítését nemcsak az orvostudomány művelői tartják egyre fontosabbnak, hanem a jövőbe tekintő és felelősségteljesen gondolkodó politikusok is [1, 2]. Az alapellátástól várható, hogy választ ad a jelenlegi gazdasági krízis egyes problémáira, azoknak az egészségügyre gyakorolt hatására és az ellátási költségek egyre gyorsabb emelkedésére [3].

Az erős alapellátás a nemzet egészségére is előnyös hatással van, fontos szerepet játszik az egészségügyi rendszer teljesítményében, és nagymértékben befolyásolja az itt végzett gyógyító munka kimenetelét is [4].

A tudományosan megalapozott igényeket is kielégíti a jól működő alapellátás, amelynek problémái ugyan országonként eltérőek, de alapvetően az egészségügyi szabályozás, a lakossági motiváció, az illető ország gazdasági helyzete befolyásolja [5, 6]. Mivel ezek nagyon változatosak, a továbblépés előtt szükséges a jelenlegi helyzet feltérképezése, mindazon szervezeti, humán, kulturális és gazdasági szempontok felmérése, amelyek a jelenlegi rendszereket jellemzik és az országok közötti nagy eltéréseket magyarázhatják.

Korábbi vizsgálatok összefüggést mutattak az alapellátás és kimeneti eredményei, a költségek, a minőség és a hozzáférés között [3, 7, 8, 9]. A jelenleg hozzáférhető adatokat kritikusan lehet csak figyelembe venni az európai környezetben való korlátozott általánosíthatóságuk miatt, mivel ezek a bizonyítékok az európai országok egy kisebb részéből származnak csupán, és kevés ismeretünk van arról, hogy milyen az összefüggés az alapellátás szerkezete (például a fizetési, díjazási rendszere) és a valós teljesítménye között. Ez mélyebb betekintést adhatna az egészségügyi dolgozók viselkedése és a betegek elvárásai közötti összefüggés vonatkozásában is.

A QUALICOPC (QUALity and COsts of Primary Care in Europe) vizsgálat azzal a céllal indult, hogy felmérje az európai országokban az alapellátás minőségét, költségét és esélyegyenlőségét [10]. Ebben a vizsgálatban próbálják megválaszolni azokat a kérdéseket, hogy mi az alapellátás valódi előnye és az alapellátás erősségének, színvonalának milyen hatása van a teljes egészségügyi rendszer teljesítményére. A vizsgálatot az Európai Bizottság úgynevezett 7. számú keretprogramja (EU FP7) finanszírozza, és öt ország kutatóintézetének (Belgium, Németország, Olaszország, Hollandia és Szlové-

nia) konzorciuma vezeti, a Holland Egészségügyi Rendszerkutató Intézet (NIVEL) koordinációjával. Minden részt vevő országból nagy alapellátási tapasztalattal rendelkező szakembert kértek fel koordinátornak.

A vizsgálat hat témát kíván felölelni: az ellátás folyamatának minőségét, a betegek tapasztalatait, az alapellátás költségeit, az esélyegyenlőséget, a hospitalizáció elkerülését és a jó praxis mintájának felvázolását.

Az alapellátás szerkezete az egyes országok szintjén összefüggésbe kerül az egyes praxisok szintjének minőségi indikátoraival és a minőségnek a betegek által megtapasztalt szintjével is. A következőkben a vizsgálat hátterét, valamint módszerét írjuk le és mutatjuk be az olvasóknak.

## Résztvevők

A QUALICOPC projekt 2010-ben indult és 2013 májusában zárul le. Az adatokat 31 európai országban gyűjtik össze, ebből 27 tagja az Európai Uniónak, míg Izland, Norvégia, Svájc és Törökország nem társult (még). Ezenkívül más kontinensekről is csatlakoztak a vizsgálathoz; Ausztrália, Izrael és Új-Zéland kutatóintézetek.

Az adatok összegyűjtése három szinten történik: a teljes egészségügyi rendszerben, a háziiorvosi praxisoknál és a betegeknél. A háziiorvosi praxisok és a betegek szintjén az információkat felmérésben gyűjtik össze, a házi orvosok és pácienseik körében. A kérdőívbe a házi orvos szakmai viselkedésére és a betegek elvárásaira vonatkozó kérdések kerültek, továbbá az 1993-as európai vizsgálatból származó adatok, amelyek a házi orvosok feladatát írják le. Az egészségügyi rendszer egészének nemzeti szintjére vonatkozó adatok meglévő adatforrásokból és a PHAMEU (Primary Health Activity Monitor Europe) adatbázisából származtak [11].

## Módszer

### *Háziiorvosi, beteg- és munkatársi kérdőív*

A vizsgálat céljára egy új kérdőívet fejlesztettek ki, az irodalomban fellelhető adatok, korábbi vizsgálati és szakértői vélemények figyelembevételével. A kérdőívek „pilot study”-ja Hollandiában, Belgiumban és Szlové-

niában történt, és az itt szerzett tapasztalatok alapján a végső változatot a NIVEL munkatársai szerkesztették meg, amelyet elküldtek a részt vevő országok nemzeti koordinátorának. A megkapott kérdőívet a koordinátor lefordította a nemzeti nyelvre, és ezenkívül még az országban használt nagyobb létszámú nemzeti kisebbségi nyelv(ek)re is.

A nemzeti nyelv(ek)re fordított változatot professzionális nemzetközi fordítóiroda ellenőrizte és fordította vissza. A fordítás során jelentkező problémákat egyeztetették, és az elkészült végleges változat mindegyik országban formailag egységes lett, lehetővé téve a gépi adatfeldolgozást.

Minden ország részt vevő centrumai számára célként tűzték ki 220 házi orvos bevonását és a *házi orvosi kérdőív* kitöltését, a kisebb lélekszámú országokban – Cipruson, Izlandon, Luxemburgban és Máltán – az elvárt válaszadók száma kevesebb, 75 körüli.

Minden országban reprezentatív megoszlásra törekedtek, egy praxisból csak egy orvost bevonva, elkerülendő, hogy ugyanazon praxisjellemzők többször legyenek felmérve, mondjuk egy praxisközösségben.

A betegek számára is készült kérdőív, a bevont házi orvosok praxisaiból 10 felnőtt (18 évesnél idősebb) beteget kérnek meg a kitöltésére. A betegeket a „*fieldworker*” (terepmunkás, kérdezőbiztos) szólítja meg a váróteremben és felkéri a kérdőív kitöltésére, anonim módon. Kiválasztásánál fontos szempont, hogy ne kötődjön a praxishoz, semleges és érdektelen legyen, a legkevésbé se befolyásolja személye a betegeket a válaszadásban.

A megkérdezettek közül kilenc fő tölti ki a saját tapasztalataira vonatkozó „*patient's experience*” kérdőívet és egy arra válaszol, hogy ő mit tart fontosnak az ellátásban („*patient's value*”). Országonként így 220 házi orvosi és 2200 betegkérdőív kerül majd kitöltésre. A munkatársakra is 220 kérdőív vár.

### A kérdőívek tartalma

A felméréssel lehetőséget adnak arra, hogy az egyes országokban tapasztalható sokféle alapellátást vizsgálják.

A *házi orvosi kérdőív* 60 kérdése között szerepelt a kuratív és preventív feladatok, kompetenciák leírása, a praxis szervezetére vonatkozó kérdések, az egészségügyi szolgáltatások rendszerébe való integráció, a munkaterhelés és az időigény felmérése mellett.

A praxison belüli és praxisok közötti munkamegosztás, az itt elérhető szakemberek és szakdolgozók képzettsége és alkalmazási viszonya, a rendelkezésre álló technikai lehetőségek és azok igénybevételének gyakorisága, a rendelésben rendszeresen végzett, illetve végezhető műszeres vizsgálatok, az ügyeleti, sürgősségi munkában való részvétel is szerepelt a témák között. Volt kérdés az alkalmazott dokumentáció fajtájára és az adminisztráció mennyiségére, továbbá a terápiás útmutatók, „*guideline*”-ok rendelkezésre állására, illetve rutin-szerű használatára vonatkozóan.

A *betegkérdőív* 41 kérdést (*patient's experience*) tartalmazott a beteg egészségügyi állapotáról, szociális helyzetéről, orvoshoz fordulási szokásairól, házi orvosa betegfogadási rendjéről és az ő ezzel kapcsolatos megelégedettségéről, környezetéről, a házi- és szakorvosi rendelőtől való távolságáról és azokra való beutalásról, illetve elérhetőségéről. Érdeklődtek azokra a kórképekre és tünetekre vonatkozóan, amelyekkel házi orvost és nem szakorvost keresnek fel, az orvosválasztásról, co-paymentről, a kiegészítő díjazás formáiról, a vizsgálatra fordított időről, az elérhető egészségügyi oktatási lehetőségekről, a praxis vagy az egészségügyi centrum (ez funkciójában és profiljában nem releváns Magyarországon) szolgáltatásairól, a saját orvossal kapcsolatos személyes tapasztalatokról és az ellátás különféle szintjeinek koordinációjáról.

A betegek elvárásainak értékelésére egy másik, 19 kérdést tartalmazó kérdőívet (*patient's value*) állítottak össze a kérdések részleges átfedésével, amely az ellátás folyamatában a beteg által fontosnak tartott szempontokra kérdez rá. A beteg egészségügyi, szociális és gazdasági helyzete, elvárásai az orvos és munkatársai irányában, az adminisztráció, a verbális és metakommunikáció mikéntjére való igény is értékelendő szempont volt.

A felmérésben részt vevő munkatársak számára is készült egy kérdőív (*fieldworker questionnaire*) 12 kérdéssel, amelyben a praxis infrastruktúrájának jellemzőit, elérhetőségét (például a mozgáskorlátozottak számára való megközelíthetőséget, parkolóhelyekkel való ellátottságot) értékelik. Szempont volt az is, hogy zárt ajtó mögött rendelnek-e, kihallatszik-e a beszéd a rendelőből, a betegváró kialakítása, recepciós munkatárs jelenléte és a beteg számára feltüntetett információk relevanciája. Meg kellett adni a kérdőív kitöltésére felkértek és az azt visszautasítók számát, arányát is.

### Elemzés, adatfeldolgozás

A vizsgálat során beszerzett adatokat többszintű statisztikai elemzéssel értékelik majd, feltárva és elemezve a kimeneti változók és az ellátás minőségében való eltéréseket, az egyes praxisok közötti minőségi különbségeket, az országok és az egyes praxisok közötti egyéni eltéréseket. Az általános jellemzőkön és trendeken túl a vizsgálat fontos aspektusa a jó praxisok meghatározása, az egyes orvosok és betegek kérdőíveinek összekapcsolt értékelése.

### A magyarországi ág

A kérdőív magyar nyelvre történő fordítása során a koordinátor által – a hazai viszonyokra való értelmezhetetlenségük miatt – kivenni kért kérdések is benne maradtak a kérdőívben, az egységes gépi feldolgozásra való hivatkozással.

Magyarországon csak magyar nyelvű kérdőívet használtunk. A többszöri (2011. június és október közötti)

1. táblázat | A vizsgálatban részt vevők megoszlása nemük, életkoruk és működési területük alapján

| Település jellege | Résztvevők létszáma | Neme  | Szám | Átlagéletkor (év) |
|-------------------|---------------------|-------|------|-------------------|
| Budapest          | 28                  | Férfi | 100  | 56 (31–74)        |
| Megyeszékhely     | 67                  | Nő    | 122  | 52 (31–74)        |
| Nagyváros         | 37                  |       |      |                   |
| Kisváros, falu    | 90                  |       |      |                   |
| Összesen          | 222                 |       | 222  |                   |

egyeztetések után a Hollandiában kinyomtatott kérdőívcsoportok novemberben érkeztek meg a debreceni centrumba. Már az egyeztetéseknél kialakított végső változatot küldtük el júliusban etikai engedélyezésre az Országos Kutatásetikai Bizottsághoz. A novemberben kiadott engedély után kezdődött a háziiorvosi kérdőívek kitöltése.

A vizsgálatban részt vevő háziiorvosok a négy hazai családorvosi tanszék felhívására jelentkeztek (jellemzően ezek vonzáskörzetében dolgoztak). Ezenkívül Győr, illetve Kecskemét térségéből is vettek részt a felmérésben. A „toborzás” a nagyobb létszámmal zajló háziiorvosi továbbképző tanfolyamokon történt. Míg Budapesten, Pécsen, Szegeden, Győrben és Kecskemét térségében inkább az ott kialakult kisebb szakmai hálózatokból jelentkeztek, addig a Kelet- és Észak-Magyarországon praktizálók közül a debreceni központból e-mailen kiküldött felhívásra is sokan jelezték részvételüket. A részt vevő orvosok munkájukért kompenzációban részesültek (tanfolyami részvételi lehetőség, díj-fizetés számla alapján vagy választott könyvajándék), ami összességében ugyan nem nagy, de a kérdőív kitöltésére fordított idővel arányos volt.

A résztvevők földrajzi és életkori megoszlását az 1. táblázat mutatja be. Az életkor férfiaknál megegyezett, a nőknél kissé alacsonyabb volt, mint a hazai háziiorvosok átlagéletkora. Bár törekedtünk az országos arányok közelítéséhez, Budapest kissé alul-, a vidék túlréprezentált volt a vizsgálatba bevont háziiorvosi praxisok számát illetően.

A kiosztott vagy postán kiküldött *háziiorvosi kérdőíveket* a résztvevők többnyire visszaküldték a vizsgálati centrumba. Néha segítettek ebben a területi kérdezőbiztos feladatot ellátó orvostanhallgatók is, akik diák-munka keretében, a résztvevők rendelőjében megjelenve töltették ki a *betegkérdőíveket*.

A kérdezőbiztosok felkészítése központilag történt Debrecenben, és megbízólevelet kaptak a koordináló tanszéktől. Személyes tapasztalataik érdekesek voltak. Elmondásuk szerint vidéken az emberek segítőkészebbek, míg a városokban gyanakvóbbak voltak. Ha a városban valaki nem vállalta a kitöltést, a többi jelenlévő is gyakrabban utasította vissza. A velük hasonló korú fiatalok voltak irányukban a leginkább segítőkészek, de az idősek is szívesen töltötték ki a kérdőívet, leggyakrabban a középkorú férfiak utasították vissza. A praxis dol-

gozóitól való függetlenség ellenére az orvostanhallgatók munkáját nagyban segítette az, ha fehér köpenyt vettek fel és bemutatták őket a várakozó betegeknek. A kérdőívek kitöltésében nehézséget tapasztaltak az etnikai eredetre vonatkozó kérdéseknél, és néhány, hazai viszonylatban nehezen értelmezhető kérdésnél nem mindig tudtak segíteni a válaszadónak.

A háziiorvosi kérdőívek nagy része már 2012 márciusában visszaérkezett a központba, és május végére a területi munka is befejeződött. A kitöltött és elküldött 222 háziiorvosi, 2200 beteg- és 220 munkatársi kérdőív június elején érkezett meg a hollandiai Utrechtbe, a NIVEL Intézetbe, ahol a kérdőívek feldolgozása és értékelése történik. A közel 80 000 kérdőív feldolgozása hosszadalmas feladatnak ígérkezik, de még tovább fog tartani a statisztikai, illetve a szakmai értékelésük.

Különösen érdekes lehet a feldolgozás a Magyarországon nem releváns kérdésekre adott válaszoknál, de nagyon fontos az országokat és az egészségügyi rendszereket, az orvosi viselkedési attitűdöket és a betegvárásokat összehasonlító elemzések eredménye.

A vizsgálat – eredeti célja szerint – jelentős mértékben hozzájárulhat ahhoz, hogy (mind a 34 ország tapasztalatai és feltárt problémái alapján) az erős alapellátás előnyét bizonyítsa Európa és néhány azon kívüli ország döntéshozó politikusai, az Európai Bizottság és a WHO számára.

## Köszönetnyilvánítás

Megköszönjük a vizsgálati centrum munkatársának, *Lázár Katalinnak* a segítségét és nagyfokú türelmét a háziiorvosokkal való kommunikációban.

## Irodalom

- [1] WHO: The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever. World Health Organisation, Geneva, 2008.
- [2] WHO: The Financial Crisis and Global Health: Report of a High-Level Consultation, 19 January 2009. World Health Organization, Geneva, 2009.
- [3] *Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., et al.*: The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv. Res., 2010, 10, 65.
- [4] *Starfield, B., Shi, L., Macinko, J.*: Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q., 2005, 83, 457–502.
- [5] *Kalabay, L.*: Primary care research in Hungary. Results and experiences in comparison with Europe. [Tudományos munka az



- alapellátásban. Hazai eredmények és tapasztalatok európai szemmel.] *Orv. Hetil.*, 2010, 151, 707–713. [Hungarian]
- [6] *Rurik, I.*: Problems and seeking for solutions in family medicine. [Gondok és útkeresés a háziorvoslásban.] *Orv. Hetil.*, 2009, 150, 1615–1622. [Hungarian]
- [7] *Kerssens, J. J., Groenewegen, P. P., Sixma, H. J., et al.*: Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bull. World Health Organ.*, 2004, 82, 106–114.
- [8] *De Maeseneer, J. M., De Prins, L., Gosset, C., et al.*: Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann. Fam. Med.*, 2003, 1, 144–148.
- [9] *Delnoij, D., Van Merode, G., Paulus, A., et al.*: Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *J. Health Serv. Res. Policy*, 2000, 5, 22–26.
- [10] *Schäffer, W. L. A., Boerma, W. G. W., Kringos, D. S., et al.*: QUALICOPC, a multi country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam. Pract.*, 2011, 12, 115.
- [11] *Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Bourgueil, Y., et al.*: The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam. Pract.*, 2010, 11, 81.

(Rurik Imre dr.,  
 Debrecen, Móricz Zsigmond körút 22., 4032  
 e-mail: Rurik.Imre@sph.unideb.hu)

## PÁLYÁZAT

A Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi és Gyógyszerész-tudományi Karai Öregdiák Szövetsége pályázatot hirdet az érintett karokon egyetemi diplomát szerzett kollégák és egyetemi hallgatók számára.

### A pályázat témakörei:

Az orvosi hivatás a XXI. században, megváltoztatható-e a hivatástudat?

A gyógyszerészeti hivatás és a gyógyszerészeti gyakorlat aktuális kérdései a XXI. században.

### Formai követelmények:

A pályázatokat 2 példányban kell beküldeni és mellékelni kell CD lemezen vagy más adathordozón az elektronikus formátumot is. Terjedelme maximum 60 oldal (ábrákkal, táblázatokkal, képekkel, irodalmi hivatkozásokkal együtt). További formai követelmények: A/4-es lap, egyik vagy mindkét oldalán maximum 50 sor, és legalább 2 cm margó a jobb és bal széleknél.

### A pályázatok benyújtási címe:

Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi és Gyógyszerésztudományi Karai Öregdiák Szövetsége (Szemészeti Klinika címén), 6720 Szeged, Korányi fasor 10–11.

A pályázatokhoz mellékelni kell egy saját névre megcímezett válaszborítékot, és ezen kívül a pályázó könnyebb elérhetőségének megadását is kérjük (telefonszám, e-mail cím).

**A benyújtás határideje:** 2012. november 1.

Pályázati díjak (a Makói Sanitas Bt. támogatásával):

|           |            |
|-----------|------------|
| I. díj:   | 100 000 Ft |
| II. díj:  | 50 000 Ft  |
| III. díj: | 20 000 Ft  |

A pályázatok elbírálásáról és eredményéről a pályázók 2012. november elején értesítést kapnak. A díjak átadására előreláthatólag 2012. novemberében kerül sor, amelynek pontos időpontjáról az érintetteket külön értesíteni fogjuk.

További információk az Öregdiák Szövetség postai címén, a (06-20) 954-8199 telefonszámon, vagy a következő e-mail címen érhetők el: [vegh.mihaly@med.u-szeged.hu](mailto:vegh.mihaly@med.u-szeged.hu)

*Dr. Vég Mihály*  
 elnök

*Dr. Sahin-Tóth István*  
 alelnök

*Dr. Ember József*  
 alelnök