

Gyakorló orvosok egészségnyereség társadalmi elosztásával kapcsolatos attitűdje – a Q-vizsgálat*

Gulácsi László

egyetemi tanár, Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, Budapesti Corvinus Egyetem

E-mail: laszlo.gulacsi@uni-corvinus.hu

Péntek Márta

adjunktus, Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, Budapesti Corvinus Egyetem

E-mail: marta.pentek@uni-corvinus.hu

Hajdu Ottó

egyetemi docens,
tanszékvezető, Budapesti Corvinus Egyetem

E-mail: otto.hajdu@uni-corvinus.hu

A tanulmány a kvalitatív kutatás egyik eszközét, a Q-módszert mutatja be, amely lehetőséget teremt adott témával kapcsolatos személyes vélemények megismerésére, a véleménykülönbségek feltárására. Az eljárás során az adatgyűjtés és az adatelemzés kvantitatív módon történik, az elemzés korrelációs számításra, illetve faktoranalízisre támaszkodik, de kis esetszámú minta bevonásával végezhető.

A szerzők a Q-módszer segítségével vizsgálják a magyarországi orvosok véleményét az egészségnyereség társadalmi elosztásával kapcsolatban: mely szempontokat (például a beteg szociodemográfiai jellemzői, hozzájárulása a közkiadásokhoz, az ellátáshoz való hozzáférés és az ellátási szükséglet, várható egészségnyereség, az életmentés és az életminőség fontossága, az orvosi kezelés költsége és költséghatékonyasága) tartanak lényegesnek, illetve kevésbé fontosnak. Az eredmények alapján úgy tűnik, az orvosok hasonlóan vélekednek arról, hogy az egészségügyi ellátások betegek közötti elosztásának legfontosabb három szempontja a következő: az életmentésnek elsőbbséget kellene kapnia más beavatkozásokkal szemben; a betegségek megelőzése fontosabb, mint a gyógyítás; az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést a szükségleteknek kellene vezérelnie.

TÁRGYSZÓ:
Faktoranalízis.
Korrelációs számítás.

* A tanulmány a TÁMOP (4.2.1./B-09/1/KMR-2010-0005 sz.) támogatásával, a „Hatékony állam, szakértő közigazgatás, regionális fejlesztések a versenyképes társadalomért” című kutatási alprojekt keretében készült.

A szerzők köszönetet mondanak az EuroVaQ-project vezetőjének *Prof. Cam Donaldsonnak*, *Job van Exelnek* és *Prof. Werner Brouwernek* az adatok feldolgozásában nyújtott segítségükért, értékes tanácsaikért.

A Q-módszer *William Stephenson* angol pszichológus nevéhez fűződik. Az elnevezés azt fejezi ki, hogy az eljárást meg kell különböztetni a hagyományos korrelációs számításra alapuló statisztikai, az ún. R-módszerektől (R a Pearson-féle korreláció jelölésére utal) (*Baker–Thompson–Mannion* [2006]). A Q-módszer a pszichológián kívül elsősorban a kommunikáció és a politikatudományok területén terjedt el, később az egészségtudomány kapcsán is elkezdtek alkalmazni (*Brown* [1993]). Célja a szubjektivitás vizsgálata és nem az objektív tények megismerése. Több szempontból a kvalitatív kutatási eszközök közé sorolható: egy adott témával kapcsolatos személyes vélemények, hitek, ízlések, értékítéletek, motivációk megismerésére szolgál (*Baker–Thompson–Mannion* [2006]). Ugyanakkor az adatgyűjtés és az adatelemzés technikája kvantitatív módon történik. A Q-módszer alkalmazása esetén kis mintaelemszám is elegendő a vélemények sokszínűségének feltárásához, hiszen az eljárás a véleménykülönbségeket akarja kitapintani, ezt pedig kisebb válaszadói minta is lehetővé teszi (*Donner* [2001]). Bár ez az eljárás is korrelációs számításra, illetve faktoranalízisre támaszkodik, azért különbözteti meg magát a hagyományos R-módszerektől, mert a faktoranalízisnek egyfajta „inverzét” végzi el. Nem a nagyszámú egyénen mért teszteredményeket korreláltja, hanem fordítva: kevés egyéntől vesz fel sok megfigyelést, és az egyéneket korreláltatja egymással. A személyek közötti korrelációk így hasonló nézőpontokat, véleménycsaládokat, -csoportokat jelölnek ki (*van Exel–de Graaf* [2005]). A módszer főbb elemei, lépései: a Q-készlet (állítások halmaza) és a P-készlet (a válaszadói csoport) meghatározása, a Q-rendeztetés (adatfelvétel), valamint az egyéni válaszadók szerint végzett faktoranalízis. Ezeket az elemeket tekintjük át röviden a következőkben.¹

A Q-módszer kiindulási pontja mindazon lehetséges vélemények, hitek, álláspontok összegyűjtése, amelyek a kutatott témával kapcsolatban felmerülhetnek. Ezek forrása – témától függően – lehet a média, a fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések, interjúk, a szakirodalom és a közpolitikai dokumentumok. A cél a lehetséges vélemények minél szélesebb körű lefedése, továbbá, hogy az ezek reprezentatívak legyenek a lehetséges vélemények összességére. Ezek után a különböző véleményeket általában egy-egy állításként fogalmazza meg a kutató, ezeknek az állításoknak az összességét hívják Q-készletnek (Q-set). Az állítások megfogalmazása történhet strukturálatlan módon (például az összes felmerült véleményt megjelenítik a teljesség kedvéért) vagy strukturált formában (a kutató az adott elméleti koncepció egyes pontjaira kíván rákérdezni). Az állítások száma a Q-készletben általában 20 és 100 között van. Az egyes állításokat kártyákon mutatják be a válaszadóknak (*Baker–Thompson–Mannion* [2006]).

¹ <http://www.qmethod.org>

lyezik el a rácshálóban. A válaszadónak végül lehetősége van még egyszer áttekinteni a Q-rendezését, és ha szükséges, módosíthat a kártyák elrendezésén. Az adatfelvétel történhet interjúként vagy egyéni kitöltés útján is (*Baker–Thompson–Mannion* [2006]). A Q-módszer kvantitatív eszköztára a korrelációs számítás és a faktoranalízis. A korrelációs mátrix az egyének Q-rendezései közötti hasonlóságot reprezentálja. A faktoranalízis egyének szerint történik, mivel arra vagyunk kíváncsiak, hogy az egyének Q-rendezései milyen hasonlóságokat és különbözőségeket mutatnak. Ebben az esetben a faktoranalízis egyének, azaz megfigyelések szerint történik, vagyis nem változókból képezzük új, az információ tömörítésére alkalmas faktorokat/komponenseket, hanem a hasonló megfigyelésekből/egyedekből alkotunk csoportokat.

A faktorelemzés eredménye, hogy el lehet különíteni az egyes véleménycsoportokat, illetve elő lehet állítani azt a Q-rendezést, amely az adott véleménycsoportra átlagosan jellemző. Miután minden véleménycsoportra előállt a rá jellemző Q-rendezés, az állítások szintjén elemezni lehet, hogy *a)* melyek azok az állítások, amelyeket minden csoportban megközelítőleg azonosan értékelték: „konszenzusállítások”; *b)* melyek azok az állítások, amelyek határozottan megkülönböztetik az egyes csoportokat: „vítás állítások” (*Donner* [2001]). A Q-módszer erénye a tisztán kvalitatív módszerekhez képest, hogy a klasszifikáció kevésbé a kutató intellektuális tevékenységének eredménye. Bár az állítások megfogalmazása a kutató feladata – tehát nem független annak személyétől –, a klasszifikálást a válaszadók végzik el, és így olyan mintázatok is felbukkanhatnak, amelyre esetleg a kutató intuitíve nem gondolt volna. Ezen felül, ez az eljárás az adatfelvétel és az adatelemzés technikája miatt strukturáltabb formában teszi lehetővé a szubjektív vizsgálatát. A Q-módszer gyengesége a kvantitatív módszerekhez képest: az eredmények nem a sokaságot jellemzik, nem azt írják le, hogy az egyes véleményeket a sokaság mekkora hányada képviseli. Csak azokra a pontokra világít rá, amelyek jelzik, hogy hol vannak véleménykülönbségek. A Q-módszer nem felel meg a függetlenségi kritériumnak abban az értelemben, hogy az egyik állítás elhelyezése a rácshálóban hatással lesz a további állítások pozíciójára. Az azonban, hogy mekkora a jelentősége e feltétel nem teljesülésének, egyelőre vitatott (*Baker–Thompson–Mannion* [2006]).

1. Q-módszer: statisztikai háttér

A módszer kiinduló pontja az 1. ábrán szemléltetett rácsháló, amelyben a válaszadók elhelyezik a sorszámokkal ellátott állításokat aszerint, hogy mennyire értenek velük egyet. A Q-rendezés eredménye, hogy minden válaszadó esetében az egyes állításokhoz tartozni fog egy szám -4 és $+4$ között. Fontos megjegyezni: a rácsháló mérete, elrendezése attól függ, hogy a kutató hány állítást szerepeltet. A mi kutatásunk-

ban összesen 34 állítás szerepelt, így a rácshálóban ennyinek van hely. Kevesebb állítás esetén a két végpont is lehetne más, például -3 és $+3$ stb. Tételezzünk fel két válaszadót (V1 és V2), akik elvégezték a Q-rendezést. A két válaszadóra számszerűsíteni lehet, hogy mennyire tér el a Q-rendezésük.

1. táblázat

A Q-rendezések differenciája két válaszadó esetén

Állítás sorszáma	V1	V2	$(Diff_{v1-v2})^2$
1.	1	-1	4
2.	0	3	9
3.	2	-2	16
4.	1	-1	4
5.	-2	2	16
...
34.	1	0	1
<i>Összesen</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	$\Sigma Diff^2$

A V1 oszlop az első válaszadó, a V2 oszlop a második válaszadó esetében mutatja, hogy az egyes állításokat hol helyezték el a rácshálóban. Az egyes állítások pontértékeinek négyzetes differenciáit tartalmazza az utolsó oszlop. A V1 és V2 oszlopok összege a rácsháló szimmetrikus szerkezete miatt mindig 0. A differencianégyzetek összegének maximuma a rácsháló méretétől függ. Ebben a hálóban $\max \sum Diff^2 = 4 \cdot 8^2 + 6 \cdot 6^2 + 8 \cdot 4^2 + 10 \cdot 2^2 = 640$. Ha a két válaszadó Q-rendezése teljesen azonos, akkor $\sum Diff^2 = 0$, ha teljesen különböző, akkor a maximális értéket veszi fel. Szintén a rácshálót jellemzi az a szám (F^2), amely természetesen minden válaszadó Q-rendezésnél azonos, és megadja, hogy összesen mennyi a pontértékek négyzetének összege. Ebben a hálóban $F^2 = 4 \cdot 4^2 + 6 \cdot 3^2 + 8 \cdot 2^2 + 10 \cdot 1^2 = 160$, amelynek kétszerese egyenlő lesz $\max \sum Diff^2$ felével (320). Ezek alapján a két válaszadó Q-rendezésére korrelációt (r) lehet számítani, ami azt jellemzi, hogy mennyire hasonló vagy különböző a két Q-rendezés:

$$r = 1 - \left(\frac{\sum Diff^2}{2 \cdot F^2} \right)$$

Ha a két Q-rendezés teljesen azonos, akkor $r = 1$, ha teljesen különböző, akkor $r = -1$ lesz. A Q-módszernél természetesen több mint két válaszadót szoktak megkérdezni. Az előbbieken bemutatottak szerint n válaszadóra fel lehet írni azok $n \times n$ -es korrelációs mátrixát, amely kiindulópontja a következő lépésnek, a faktorelemzésnek.

A Q-módszernél a faktorelemzés eredményeként az egyes válaszadók kerülnek az egyes faktorokra. Az adott faktoron nagy faktorsúllyal szereplő válaszadókról elmondható, hogy Q-rendezésük hasonló volt (illetve Q-rendezésük különbözött a többi faktorhoz tartozó válaszadókétól), azaz nagyjából egy véleményen vannak az adott kérdéssel kapcsolatban, ugyanahhoz a „véleménycsaláddhoz” tartoznak. A különböző faktorokhoz tartozó egyének tehát különböző véleménycsoportokat testesítenek meg.

A faktoranalízisnél azonban nem áll meg a Q-módszer: a cél az, hogy előállítsa azt a Q-rendezést (az állítások elhelyezése a rácshálóban), amely átlagosan jellemzi az adott véleménycsoportot. Például, ha a faktorelemzés eredményeként három véleménycsoportot lehet elkülöníteni, akkor három darab, az egyes csoportokat átlagosan jellemző Q-rendezést kell előállítani. Mindezt oly módon, hogy az egy faktoron „ülő” válaszadók faktorsúlyaiból egy újabb súlyszámot kell képezni (w), amely azt fejezi ki, hogy a véleménycsaládon belül is, mennyire erősen tartozik a véleménycsoporthoz az adott válaszadó. Tételezzük fel, hogy V1 és V2 válaszadó egy faktorra kerültek, 0,82 és 0,72 faktorsúlyokkal. Az ő esetükben mutatja az új súlyszámokat² a 2. táblázat.

2. táblázat

Válaszadók súlyozása – a véleménycsaláddhoz tartozás erőssége

Az 1. faktorhoz tartozó válaszadók	Faktorsúlyok (f)	Súlyszám (w)
V1	0,82	2,50
V2	0,72	1,50

$$w = f / (1 - f^2)$$

A Q-módszer ezeket a súlyszámokat használja arra, hogy előállítsa az adott véleménycsoportra átlagosan jellemző Q-rendezést. Minden állításra ki lehet számítani a véleménycsaláddhoz tartozó válaszadók súlyszámaival súlyozott pontérték összeget. Például az 1. és a 3. állítások esetében, V1 és V2 válaszadók súlyszámaival ezek az összegek (lásd a 2. táblázatot is):

1. állítás: $2,50 \cdot 1 + 1,50 \cdot (-1) = 1$;
3. állítás: $2,50 \cdot 2 + 1,50 \cdot (-2) = 2$.

Ezt követően az állításonként kiszámított súlyozott átlagos pontértékeket normalizáljuk (a Z várható értéke 0, szórása 1,00), így az állítások pontértékei összehasonlíthatóak.

² A súly tartalma lehet a következő: $1/(1 - f^2)$ jelentése: faktorsúlyinflátor faktor. Minél alacsonyabb a reziduális $(1 - f^2)$ hatás, annál inkább felszorozza, tehát tovább hangsúlyozza az f faktorsúlyt, de megőrizve a faktorsúly előjelét.

tóvá válnak a faktorok között. Általában azokat az állításokat tartják jellemzőnek az adott faktorra, amelyek esetén Z abszolút értéke nagyobb 1-nél (*van Exel-de Graaf* [2005]). A Z -értékek segítségével az állítások a következő módon helyezhetők el a rácshálóban: a két legmagasabb értékű állítás kerül a +4-es oszlopban levő két helyre, a következő három legmagasabb értékű állítás a +3-as oszlopban levő három helyre stb. Ezzel az eljárással mindegyik véleménycsaládra elő lehet állítani az átlagosan rá jellemző Q -rendezést, amely azt mutatja meg, hogy az a hipotetikus válaszadó, aki 100 százalékban az adott faktoron „ül”, hogyan rendezné el az állításokat a rácshálóban.

A Q -elemzés segítségével tehát azonosíthatók azok az állítások, amelyekre vonatkozóan az egyes véleménycsoportok attitűdje eltér, ezek az ún. „*megkülönböztető állítások*”. Azokat az állításokat pedig, amelyek egyik faktort sem különböztet meg valamelyik másiktól, „*konszenzusállításoknak*” hívjuk.

2. A hazai Q -kérdőív, a kérdőív interjúalanyai és adatfelvétele³

Az egészségnyereség⁴ társadalmi elosztásával kapcsolatos vélekedéseket a szakirodalomban fellelhető témakörök alapján például az European Value of a Quality

³ Köszönetet mondunk a kutatást segítő Tudományos Bizottság tagjainak: *dr. Boncz Imrénének* (PhD, habil. tanszékvezető egyetemi docens – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészség-gazdaságtani, Egészségpolitikai és Egészségügyi Menedzsment Tanszék, címzetes egyetemi tanár, Budapesti Corvinus Egyetem); *dr. Gál Róbert Ivánnak* (programvezető kutató – TÁRKI); *Prof. dr. Kovács Erzsébetnek* (tanszékvezető egyetemi tanár – Operációkutatás Tanszék Budapesti Corvinus Egyetem); *Prof. dr. Kovács L. Gábornak* (intézet igazgató, egyetemi tanár, az MTA tagja – Pécsi Tudományegyetem, Laboratóriumi Medicina Intézet); *dr. Kóti Tamásnak* (elnök – Technológia Értékelő Bizottság, Országos Egészségbiztosítási Pénztár); *dr. Mészáros Ágnesnek* (PhD, habil. egyetemi adjunktus – Semmelweis Egyetem Gyógyszerésztudományi Kar, Egyetemi Gyógyszertár Gyógyszerészeti Szervezési Intézet); *dr. Molnár Márknak* (főosztályvezető – Gyógyszerügyi Főosztály, Országos Egészségbiztosítási Pénztár); *dr. Nagy Lászlónak* (PhD, igazgatóhelyettes – MSD Magyarország Kft., Egészséggazdaságtani részleg); *dr. Oberfrank Ferencnek* (PhD, habil., ügyvezető igazgató – MTA Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézet); *Szikszainé dr. Bérces Annának* (főosztályvezető – Pénzügyminisztérium) értékes tanácsaikért és segítségükért, valamint az orvoskollégáknak, akik vállalták a kérdőívek kitöltését;

Brandtmüller Ágnesnek (PhD, a kutatás idején PhD-hallgatónak) a felmérésben való közreműködéséért, aki a jelen tanulmányban található adatok és eredmények egy részét „Az egészségnyereség elosztásának társadalmi szempontjai” című PhD-értekezésében közölte (Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola, 2009., téma-vezető: Gulácsi László).

⁴ Egészségnyereség: az egészségügyi eljárások (terápiák, beavatkozások) célja, hogy javuljanak a betegek, illetve állapotuk stabil legyen, vagy amennyire lehet, csak lassan romoljon. Az elért eredményeket nevezzük egészségnyereségnek, amelynek leggyakrabban használt egysége a QALY (quality adjusted life years – az életminőséggel korrigált életevek száma). Az egészség-gazdaságtan célja egyrészt a különböző eljárások egészségnyereségének összehasonlítása; Egyik terápiától jobban javulnak-e a betegek, mint a másiktól, és ha igen, akkor mennyivel jobban? Másrészt a cél a rendelkezésre álló erőforrások hatékony felhasználása, az egy egyéni egészségnyereség költségének számítása; például költséghatékony-e a kezelés, vagy a ráfordításból más eljárással nagyobb egészségnyereséget lehetne elérni? (*Gulácsi-Péntek-Brodzky* [2011], *Gulácsi* [2011])

Adjusted Life Year (EuroVaQ-) projekt⁵ vizsgálta (Dolan–Tsuchiya [2005], Schwappach [2002], Smith–Richardson [2005], Tsuchiya–Dolan [2005]). Ezek a témakörök várhatóan lefedik azokat a szempontokat, amelyek szerepet játszhatnak az egészségnyereség társadalmi elosztásában:

- a beteg jellemzői (például életkor, társadalmi-gazdasági státus, hozzátartozók, munkavállalás);
- a betegség jellemzői (például súlyosság, fájdalom, a betegség kialakulásának oka, a betegség gyakorisága);
- a beteg egészségi állapotára gyakorolt hatás (például az állapotromlás mértéke, túlélés, életminőség, megelőzés);
- a kezelés jellemzői (például eredményesség, költség, költséghatékonyság, várakozási idő);
- a betegség kezelésével kapcsolatos, de nem egészségi hatások (például a beteg családtagjainak közérzete, családtagokra háruló ápolási feladatok).

A Q-készlet minden egyes állítása e szempontok valamelyikéről megfogalmaz egy állítást. A Q-kérdőív első változata 37, végső változata 34 állítást tartalmazott, amelyeknek a véleményeknek a beépítésével jött létre, és három országban (Egyesült Királyság, Hollandia, Horvátország) tesztelték lakossági mintán.

Ezt követően került sor a tíz ország részvételével orvosok körében folytatott kutatásra, amelynek első lépéseként a kérdőívet le kellett fordítani az adott országban használatos nyelvre. Az idegen nyelven készült kérdőívek esetében nagy gondot kell fordítani azok fordítására. Az EuroVaQ-projektben követelmény volt az ún. oda-vissza fordítás, amely segítségével biztosítani lehet, hogy a különböző nyelvű kérdőívek tartalma, értelme azonos maradjon. Az oda-vissza fordítás menete a következő volt: az eredeti angol állításokat először lefordítottuk magyarra, majd a magyar állításokat fordítóiroda visszafordította angolra. Az eredeti és az új angol állításokat összevetve módosítottuk és véglegesítettük a magyar állításokat.

A vizsgálatot az interneten keresztül végeztük, így rendelkezésre állt a kérdőív online változata, és kézenfekvő volt, hogy az orvosok megkérdezése is online történjen.⁶ Az adatok elkülönítése érdekében az orvos válaszadók számára külön webcímet

⁵ Az EuroVaQ-kutatás az European Commission 6th Framework programjának volt része 2007 és 2010 között, és 10 országra terjedt ki. A projekt vezetője Prof. Cam Donadson (Newcastle University), magyarországi vezetője Prof. dr. Gulácsi László, koordinátora dr. Péntek Márta, kutatási asszisztense Brandtmüller Ágnes volt. A jelen tanulmányban közölt, a gyakorló orvosok körében Q-módszerrel folytatott kutatás módszertanilag kapcsolódott a projecthez, de annak nem volt része. Az EuroVAQ Project átlag populáció esetén használta a Q-módszert amely kutatást mi a gyakorló orvosokkal kapcsolatosan is elvégeztünk. (<http://research.ncl.ac.uk/eurovaq/>)

⁶ Egy személyes interjú során nyilván a többi állításra is rá lehetett volna kérdezni, és így még teljesebb képet lehetett volna kapni a válaszadói attitűdökről.

biztosítottunk. Az online kérdőívet többször is teszteltük; és a magyar nyelvű webfelület javaslataink alapján nyerte el végső formáját.

A válaszadó orvosok (interjúalanyok) egyetlen beválogatási kritériuma az volt, hogy a kérdőívezés idején is aktív, gyakorló orvos legyen a válaszadó. Egyéb megszorítások – például az orvos életkora, lakhelye, szakterülete szerint – nem voltak. Az orvosokat a kérdőív kitöltésére e-mailben kértük fel, amely információkat tartalmazott a kutatásról, és megadta a kérdőív internetes elérhetőségét. Az online kérdőív először a döntési helyzetet ismertette, majd részletes iránymutatással, lépésről lépésre végig vezette a válaszadót a kérdőíven. Annak érdekében, hogy pontosabb képet lehessen alkotni a válaszadók véleményéről, az állítások elrendezése után a válaszadó előtt újra megjelent az a két-két állítás, amivel a leginkább, illetve a legkevésbé értett egyet, és arra kértük, hogy magyarázza el döntésének okát. A válaszadás anonim volt, mindössze a válaszadó neméről, koráról, foglalkozásáról gyűjtöttünk adatot. Az adatfelvétellel 2008. októberben és novemberben került sor.

3. A Q-vizsgálat eredménye

A mintegy 80 kiküldött kérdőívből 33 teljesen kitöltött, feldolgozható formában érkezett vissza, amelyeket 10 férfi és 23 nő töltött ki az ország különböző pontjairól és szakterületéről (házi orvosok, kórházi szakorvosok stb.) A válaszadók életkora 25 és 69 év között volt.

Az adatok elemzésére a PQMethod 2.11 szoftverrel került sor. A szoftver a faktoranalízis statisztikai módszerével dolgozik és a faktorok rotálását varimax eljárással végzi. Az eredményeket megvizsgáltuk kettő, három és négy faktor mellett is, végül a háromfaktoros megoldás mellett döntöttünk, tanulmányunkban ennek az eredményét mutatjuk be.⁷ A 3. táblázat tartalmazza a 33 válaszadó orvos faktorsúlyait a három faktor esetében. Hat válaszadó egyik faktorra sem „ült rá” egyértelműen. (A szoftver a további eredmények kiszámításánál ezeket a válaszadókat már nem vette figyelembe.) A többi esetben vastagított kiemelés jelzi, hogy az adott válaszadó Q-rendezésének faktorsúlya (korreláció) melyik faktor (attitűd, véleménycsoport) esetében volt statisztikailag szignifikáns ($p < 0,01$). Az első faktorra 11, a másodikra 8, a harmadikra pedig szintén 8 válaszadó került. A három faktor együttesen a variancia 50 százalékát magyarázza.

⁷ A kétfaktoros megoldás esetében a két véleménycsoportot – bár jól elkülönültek – elnagyoltunk gondoltuk, ennél több alcsoportot is meg lehetne különböztetni. A négyfaktoros megoldás esetében 11 válaszadó egyik faktorra sem „ült rá”, ezért ezt a megoldást sem tartottuk ideálisnak. (Eredetileg öt faktornak volt 1-nél nagyobb sajátértéke.)

3. táblázat

Faktorsúlyok háromfaktoros megoldás esetén

Válaszadók*	1. faktor	2. faktor	3. faktor
1 hu_md_01	0,4172	-0,4914	0,2913
2 hu_md_02	0,3338	0,0676	0,5914
3 hu_md_03	0,7092	0,3307	0,3213
4 hu_md_04	0,4173	0,1524	0,6654
5 hu_md_05	0,5168	0,5022	0,3014
6 hu_md_06	0,6161	0,1796	0,1945
7 hu_md_07	0,3228	0,3587	0,4760
8 hu_md_08	0,6445	0,1728	0,0570
9 hu_md_09	0,3466	-0,0117	0,3324
10 hu_md_10	0,6073	0,3253	0,5933
11 hu_md_11	0,1632	0,1839	0,6822
12 hu_md_12	0,6881	0,2376	0,2856
13 hu_md_14	0,0634	0,4965	0,2116
14 hu_md_15	0,2146	0,4132	0,2970
15 hu_md_16	0,2242	0,2872	0,6543
16 hu_md_17	0,4053	0,5058	0,1989
17 hu_md_18	0,1949	0,1680	0,5454
18 hu_md_19	0,5525	-0,0014	0,3578
19 hu_md_20	0,5512	0,1920	0,1286
20 hu_md_21	-0,0771	0,3794	0,3138
21 hu_md_22	0,6475	0,2345	0,2475
22 hu_md_23	0,3841	0,5623	0,2311
23 hu_md_24	0,0580	0,2904	0,4923
24 hu_md_25	0,3847	0,5708	-0,0016
25 hu_md_26	0,5730	0,3170	0,4721
26 hu_md_27	0,1903	0,5959	0,0478
27 hu_md_28	0,2363	0,5330	0,4878
28 hu_md_29	0,6059	0,1196	0,5062
29 hu_md_30	0,2398	0,1446	0,7534
30 hu_md_31	0,5696	0,1437	0,5719
31 hu_md_32	0,2268	0,4586	0,2828
32 hu_md_33	0,3746	0,2699	0,7488
33 hu_md_34	0,4543	0,2995	0,2742
Var (százalék)	19	12	19

* A preferenciavizsgálat alanyai (házi orvosok, kórházi szakorvosok).

A Q-elemzés többféle eredménytípussal szolgál.

a) Minden faktor (véleménycsoport) esetében az állításokra ki lehet számítani az ún. normalizált faktorértékeket (*Z*-értéket), amelyek a szórás mérőszáma segítségével azt mutatják meg, hogy az adott állítás értékelése az egyes csoportokban mennyire tér el a főátlagtól. Az adott faktoron a legmagasabb *Z*-értékkel rendelkező állítások azok, amelyekkel a faktorhoz tartozó válaszadók a leginkább egyetértettek. A legkisebb *Z*-értékkel rendelkező állítások pedig azok, amelyekkel a legkevésbé értettek egyet. Az állításoknak a faktoronként felállított sorrendje segít eligazodni, hogy az adott véleménycsoport melyik állításokkal értett leginkább vagy legkevésbé egyet, melyek voltak számára közömbösek. Azokat az állításokat, amelyeknél a *Z* abszolút értékben meghaladja az 1-et, a faktorra *jellemző állításoknak* nevezzük. (A három faktor normalizált faktorértékeit a Függelék F1. táblázata tartalmazza.)

b) A *megkülönböztető állítások* azok, amelyek az adott faktort (véleménycsoportot) az összes többi faktortól megkülönböztetik, vagy azért mert a csoport erőteljesebben egyetért, vagy kevésbé ért egyet valamely állítással, mint a többi csoport, vagy esetleg – ellentétben a többi csoporttal – közömbösnek tartja valamelyik állítást.

c) A *konszenzusállítások* azok, amelyekre vonatkozóan az egyes véleménycsoportok attitűdje hasonló. Azaz a csoportok egyformán egyetértettek, vagy nem értettek egyet az állítással, vagy hasonló módon közömbösek voltak iránta.

d) A *Z*-értékek sorrendjének segítségével mind a három faktorra elő lehet állítani az adott véleménycsoportra jellemző átlagos Q-rendezést: az eredeti rácshálót ki lehet tölteni a faktorra átlagosan jellemző módon. (A két legmagasabb *Z*-értékkel rendelkező állítás a +4 oszlopba, a két legalacsonyabb pedig a –4 oszlopba kerül stb.) A három faktorra jellemző Q-rendezéseket a 4. táblázat szemlélteti.

4. táblázat

Állítások és a faktorokra átlagosan jellemző rangszámaik (Q-rendezések)

Sorszám	Állítás	1. faktor	2. faktor	3. faktor
1.	Ha két betegcsoport („A” és „B”) egyformán javulhat egy gyógykezeléstől, és az „A” csoport betegek viszonylag jó egészségi állapotban vannak, míg a „B” csoportban levő betegek egészségi állapota rossz, a „B” csoport kezelését kellene előnyben részesíteni.	1	0	–2*
2.	Ha egy terápia biztosan meghosszabbítja 1 évvel az életet, egy másik pedig 50 százalékos eséllyel 2 évvel hosszabbítja meg az életet, akkor az előbbit kell előnyben részesíteni.	0	–1	–1

(A táblázat folytatása a következő oldalon.)

(Folytatás.)

Sorszám	Állítás	1. faktor	2. faktor	3. faktor
3.	Azoknak az embereknek, akik többel járultak hozzá az egészségügyi ellátórendszerhez (például több adót vagy társadalombiztosítási járulékot fizettek), az egészségügyi ellátás során előnyt kellene élvezniük azokhoz képest, akik kevesebbel járultak hozzá.	-4*	0	1
4.	A beteg személyes jellemzőinek – mint például életkora, neme, jövedelme – nem szabadna szerepet játszaniuk abban, hogy ki kap elsőbbséget az egészségügyi ellátás során.	2*	2*	2*
5.	Azoknak, akik fizetett állásban vannak, és ezáltal anyagilag hozzájárulnak a társadalmi kiadásokhoz, előnyt kellene élvezniük az egészségügyi ellátásban azokkal szemben, akik nem dolgoznak.	-4*	-2*	0*
6.	Ha egy gyógykezelés 1 hónappal hosszabbítja meg egy beteg életét és ez 18 millió forintba kerül, akkor meg kéne fontolni, hogy ez az összeg nem költhető-e el jobban más egészségügyi ellátásokra.	1*	-1*	2*
7.	Ha két beteg vár szervátültetésre, és az egyik párkapcsolatban él, a másik egyedülálló (de minden más tekintetben egyformák), akkor az első beültethető szervet a párkapcsolatban élő betegnek kellene adni.	-1	-2	-3
8.	Az életmentő beavatkozásoknak elsőbbséget kellene kapniuk minden más egészségügyi ellátással szemben.	4	3	3
9.	Elsőbbséget kellene adni azon betegségek kezelésének, amelyek a legnagyobb terhet róják a beteg családtagjaira.	-1*	2	0
10.	Két, hasonlóan eredményes gyógykezelés közül annak kellene elsőbbséget kapnia, amelyik rövid távon segít a betegekkel azzal szemben, amelyeknek az eredménye a jövőben várható.	0	-1	0
11.	A rossz életminőségben élő embereknek előnyt kellene kapniuk a közepes életminőségben élőkkel szemben még akkor is, ha a gyógykezelés csak kis mértékben képes javítani az életminőségüket.	-3*	-4*	-2*
12.	Az orvosoknak kellene megítélniük az orvosi tapasztalataik alapján, hogy melyik beteg kezelése kapjon elsőbbséget.	2	4*	1
13.	Azoknak az embereknek a kezelését kéne előnyben részesíteni, akik erőteljesen rászorulnak családtagjaik vagy a szomszédjaik gondoskodására.	-1	0	-1
14.	Fontosabb annak az embernek meghosszabbítani az életét 1 évvel, aki egyébként 30 évesen meghalna, mint annak meghosszabbítani 1 évvel az életét, aki egyébként 80 évesen halna meg.	1	1	0
15.	Ha két gyógykezelés ugyanannyiba kerül, akkor azt a kezelést kellene finanszírozni, amelyik több egészségnyereséget okoz.	3	1*	4

(A táblázat folytatása a következő oldalon.)

(Folytatás.)

Sorszám	Állítás	1. faktor	2. faktor	3. faktor
16.	Általánosságban, ha különböző jövedelmi helyzetű emberek szenvednek ugyanabban a betegségben, akkor az alacsony jövedelemmel rendelkezőket kéne előnyben részesíteni.	-3	-2	-4
17.	Nincs értelme valakinek megmenteni az életét, ha az életminősége a továbbiakban nagyon rossz lesz.	-2	0	1*
18.	Ha két embernek a jelenlegi egészségi állapota azonos, de az egyik állapota romlik, míg a másiké stabil, akkor az előbbi ember kezelését kell előnyben részesíteni.	0*	3*	1*
19.	Azokat az egészségügyi ellátásokat kellene előnyben részesíteni, amelyek a legtöbb egészségnyereséget eredményezik.	3	1*	3
20.	Fontosabb egy ember életét 1 évvel meghosszabbítani, mint 12 ember életét 1-1 hónappal meghosszabbítani.	0	-2	-1
21.	Az, hogy valaki az egészségtelen életmódja miatt betegedett meg, nem kellene, hogy számítson. Mindenkinek egyformán jár a gyógykezelés.	-3*	0*	-4*
22.	Előnyben kellene részesíteni azokat a gyógykezeléseket, amelyek az egészségi állapotot elfogadható szintre javítják fel. Nincs értelme azoknak a kezeléseknak, amelyek eredményeként az egészségi állapot továbbra is nagyon rossz marad.	2*	2*	2*
23.	A fiatalabbak kezelését előnyben kellene részesíteni az idősebbekkel szemben, mivel ők még kevesebbet élhettek egészségben.	0	-3	-1
24.	Még akkor sem lenne szabad megengedni, hogy az emberek elsőbbségi ellátást vásárolhassanak maguknak, ha az másokat nem érint hátrányosan.	0	1	-3*
25.	Azoknak, akik valamilyen módon felelősek a betegségükért, kevésbé kellene elsőbbséget kapniuk azokhoz képest, akik véletlenül betegedtek meg.	1	0	2
26.	A fiatalabbak kezelését előnyben kellene részesíteni, mert ők hosszabb ideig élvezhetik a kezelés hasznát.	-1	-3*	0
27.	Fontosabb a betegségek megelőzése, mint a már bekövetkezett betegségek gyógyítása.	4	4	3
28.	Nemsürgősségi ellátások esetében, ahol várólista van, a kezelésre szoruló betegeket érkezési sorrendben kellene ellátni, és egyéb szempontoknak (például a betegség súlyossága) nem kéne befolyásolniuk a sorrendet.	-2	2*	-2
29.	Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést a szükségleteknek kellene meghatározniuk, és nem a földrajzi, társadalmi vagy gazdasági körülményeknek.	3	3	4

(A táblázat folytatása a következő oldalon.)

(Folytatás.)

Sorszám	Állítás	1. faktor	2. faktor	3. faktor
30.	A ritka betegségben szenvedő emberek kezelését előnyben kellene részesíteni, még akkor is, ha ezek a betegségek nem feltétlenül okoznak nagyobb egészségkárosodást, mint a gyakori betegségek.	-2	-3	-3
31.	A gyermekeket nevelő szülők ellátását előnyben kellene részesíteni a hasonló, de gyermeket nem nevelő emberek ellátásával szemben.	-1	-4*	-1
32.	Azokat az embereket, akiken egy kezelés jobban segít, mert náluk hatásosabb, előnyben kellene részesíteni azokkal szemben, akiknek kevesebb haszna van a kezelésből.	2	-1*	0
33.	Fontosabb gondoskodni azokról az ellátásokról, amelyek az életet hosszabbítják meg, mint azokról, amelyek az életminőséget javítják.	-2	-1	-2
34.	A beteg által a múltban már igénybevett egészségügyi ellátások mértéke nem kéne, hogy befolyásolja, hogy mennyi ellátáshoz férhet hozzá a jövőben.	1*	1*	1*

Megjegyzés. Az oszlopokban világosszürke háttérrel kaptak azoknak az állításoknak a rangszámait, amelyek az adott faktor megkülönböztető állításai ($p < 0,05$), * jelöli azokat a faktorra jellemző megkülönböztető állításokat, ahol a szignifikanciaszint $p < 0,01$.

A mindhárom faktor esetében sötétszürke színnel megjelölt rangszámok konszenzusállításokhoz tartoznak, azaz olyan állításokhoz, amelyek semelyik két faktort nem különböztetik meg, nemszignifikánsak $p < 0,01$ szinten. A *-gal jelölt konszenzusállítások $p < 0,05$ szignifikanciaszinten sem különböztetik meg a faktorokat.

A továbbiakban a bemutatott állítástípusok segítségével írjuk le az egyes faktorokat, amelyeket a válaszadók által adott magyarázatokkal is kiegészítettünk. Az orvosoktól származó idézetek dőltbetűs kiemeléssel szerepelnek. Zárójelben az állítás sorszámát és rangszámát adjuk meg. (Lásd a 4. táblázatot.)

1. Véleménycsoport – 1. faktor

– Az 1. faktorhoz tartozó orvosok véleménye szerint az életmentésnek elsőbbsége van más beavatkozásokhoz képest (8. +4; 17. -2): „Az életmentés a legfontosabb”; „Az orvosi ellátás legfontosabb feladata az életveszélyes állapot elhárítása”. Emellett nagyon fontosnak tartják a betegségek megelőzését (27. +4): „Ez a medicina elvi alapja”; „Kevesebbe kerül, és jobb életminőséget biztosít”.

– Ellenzik azt a megállapítást, amely szerint a beteg egészségi állapotán kívül más körülményeknek is szerepet kellene játszania az egészségügyi erőforrások elosztásában. Egyáltalán nem értenek egyet azzal, hogy elsőbbséget kellene élveznie azoknak a betegeknek, akik többel járultak hozzá az egészségügyi rendszer kiadásaihoz (3. -4), vagy diszkriminálni kellene azokat az embereket, akik nem dolgoznak

(5. –4): „Abszolút társadalmi egyenlőtlenség alakulna ki”; „Erről szól a közteherviselés. Ha az állítás igaz lenne, akkor már nem társadalombiztosításról beszélénk”; „Nem lehet ismét (középkor, kezdeti újkor) fizetési képesség alapján hozzáférhetővé tenni az egészségügyi ellátást”.

– Hasonlóképpen, azon a véleményen vannak, hogy a jövedelmi különbségeknek nem kellene befolyásolniuk a betegek ellátását (16. –3): „Semmi köze a két dolognak egymáshoz, teljesen értelmetlen feltételezés”; „A Magyar Alkotmány szerint minden embernek joga van a legmagasabb minőségű orvosi ellátáshoz”.

– A csoport szerint a szükségleteknek kell meghatározniuk az ellátáshoz való hozzáférést és nem a földrajzi körülményeknek vagy a beteg társadalmi-gazdasági státusának (29. +3; 4. +2): erre az „Egyenlőség és igazságosság érvényre jutása” miatt van szükség.

– A csoport kis mértékben, de elutasítja, hogy a beteg családtagjainál jelentkező terhet figyelembe kellene venni (9. –1; 13. –1).

Habár az 1. faktor válaszadói nem hajlandók a beteg anyagi helyzete alapján különbséget tenni, az elfogadható számukra, hogy figyelembe vegyék az orvosi beavatkozások hasznát és költségét.

– Egyetértenek azzal, hogy a több egészségnyereséget eredményező kezelésnek kell elsőbbséget kapnia (15. +3; 19. +3; 32. +2): „Ezt nem kellene magyarázni, mert egyértelmű közgazdasági kategória”; „Betegnek, ellátónak és finanszírozónak is a legelőnyösebb”.

– Hajlandók mérlegelni azokban a helyzetekben, amikor nagyon magas költségek mellett az egészséghaszon nagyon csekély (6. +1): „18 millió Ft túl sok, hogy egy beteg 1 hónapig éljen”.

– Ezzel egybecseng az a véleményük, hogy talán nem kellene mindenáron kezelni azokat a betegeket, akik nagyon rossz állapotban vannak, de szinte semmi hasznuk nem származhat a kezeléssel (11. –3; 22. +2; 33. –2).

– A beteg egészségtelen életmódja és felelőssége a saját betegsége kialakulásában olyan tényezők, amelyek számítanak ebben a csoportban (21. –3; 25. +1). „Az egészségi állapotért igenis felel a beteg”; „Igenis, többet kellene törődnie mindenkinek, hogy egészségesen éljen”; „Jelenleg a megelőzés, gyógyítás sikerességéért csak az ellátórendszer felel, abban a betegre semmilyen felelősség nem hárul, ez így szélmalomharc”.

2. Véleménycsoport – 2. faktor

– E válaszadói csoport szerint kiemelkedően fontos a betegségek megelőzése (27. +4): „Ez az alapja mindennek”; „A betegségek megelőzése mindennél fontosabb”;

„Prevenció fontossága! Kevesebb beteg ember lenne!” Az életmentés szintén prioritás (8. +3): „Az élet a legfontosabb”.

– A csoport egyik megkülönböztető jegye, hogy ők értenek a leginkább egyet azzal, hogy a betegeket orvos szakmai alapon kellene rangsorolni (12. +4): „Ezért tanulunk, hogy ezt el tudjuk dönteni”; „Szakmai alapon kell megítélni az orvosi ellátást”. Nem adnának elsőbbséget a gyermeket nevelő betegeknek (31. –4): „A beteg betegsége számítson, ne a családi körülményei”. Nem a rosszabb állapotban lévő beteget választanák, ha a kezelés csak alig segítene rajta (11. –4): „Nem az életminőség, hanem a betegség a döntő”; „Nem azért, mert mindenki egyforma, de nem szabad különbséget tenni”, viszont azt a beteget, akinek rosszabbodik az állapota, előnyben részesítenék a stabil állapotúhoz képest (18. +3).

– E faktor válaszadói, a többi faktorhoz képest, kevésbé hajlandók figyelembe venni a kezelés egészséghasznát (19. +1; 32. –1): „Előre nem lehet tudni, ki hogy reagál a kezelésre”, és úgy tűnik, a kezelési költségeket is kevésbé hajlandók mérlegelni a betegsúlyú döntéshozatalban (6. –1; 15. +1): „Nem mérlegeljük [ezt]”.

– Ez a véleménycsoport úgy vélekedik, hogy a fiatalabb betegeknek nem kellene előnyt élvezniük az idősebbekhez képest (23. –3; 26. –3): „Egyenlő elbírálás [miatt]”.

– Ez az egyedüli csoport, amelyik egyetért azzal az állítással, hogy tervezett beavatkozások esetén az érkező sorrendnek kellene számítania (28. +2): „Nem sürgősségi ellátások tekintetében senkit semmilyen okból nem tartom indokoltnak soron kívül ellátni”.

– Úgy tűnik, számukra közömbös, hogy a beteg magatartása vagy életstílusa szerepet játszott-e a betegség kialakulásában (21. 0; 25. 0). Hasonlóan a többi faktorhoz, úgy vélekednek, hogy a szükségleteknek kell meghatározniuk az ellátáshoz való hozzáférést (29. +3; 4. +2).

– A fizetett munkával, mint rangsorolási kritériummal kapcsolatosan véleményük a másik két faktor között helyezkedik el (5. –2).

3. Véleménycsoport – 3. faktor

Hasonlóan a többi faktorokhoz, ennek a csoportnak is az a véleménye, hogy a betegségmegelőzés fontos (27. +3): „A betegségek megelőzése (kidolgozott protokollok alapján) hatékonyabb módja a gyógyításnak, mint a már manifesztálódott betegségek kezelése. Ez természetesen nem igaz minden megbetegedésre, ezért van szükség megfelelő szabályozásra...”; „Hosszabb távon sokkal olcsóbb megelőzni egy súlyos betegséget, mint azt kezelni, gondozni”. A betegek megmentése a haláltól szintén fontos (8. +3): „Az életmentés esetén nem lehet tudni általában az elérhető életminőséget, ezért először az életmentést kell elvégezni”; [fontos] „Mert életet ment. Nem értem, mit kell ezen magyarázni”.

– Azonban úgy tűnik, hogy az „életmentés szabályát” nem követik mindenáron (17. +1): „*Felesleges a szenvedés meghosszabbítása*”.

– Szintén egyetértenek azzal, hogy az ellátásokhoz való hozzáférést a szükségleteknek kell meghatározniuk (29. +4), a beteg életkorának vagy nemének nem kellene szerepet játszania a rangsorolási döntésekben (4. +2): „*Minden embernek hozzá kell férnie az egészségügyi ellátások legfontosabb részéhez, ha nem is mindenhez. Ennek függetlennek kell lennie az illető lakhelyétől, kereseti viszonyától, mert csak így biztosítható számukra a munkához való jog is*”; „*Így igazságos*”; „*Így kellene lennie egy ideális társadalomban, mert minden ember egyforma...*”.

– A csoport úgy vélekedik, hogy a jövedelmi különbség nem lehet indok a pozitív vagy negatív megkülönböztetésre (16. –4): „*Miért kéne? Mert a másik esetleg meg tudná magának vásárolni a külön kezelést? Esetleg a jobb anyagi helyzetben élő egész életében fizette a társadalombiztosítást és a másik nem?*”.

– A 3. faktorhoz tartozó válaszadók úgy gondolják, hogy az emberek felelősek saját egészségükért és viselniük kellene a következményeket (21. –4; 25. +2): „*Az emberek felelősek az egészségükért. Ugyanolyan érték, mint minden más. Ha valaki nem vigyáz rá, pedig tehetné, az felelőtlen magatartás. A probléma megelőzhető lett volna. Még egy ideális és teljes körű szolidaritáson alapuló biztosítási rendszerben sem elfogadható az állítás, hiszen a többi befizető, aki időt, energiát, pénzt, önműködő fordított egészsége megőrzésére, hátrányt szenved, ha az, aki ezt nem tette, ugyanolyan ellátást kap. Ugyanezért, általánosan felelőtlen magatartási formákat eredményezhet, csökkenti az emberek egészségtudatos magatartását*”; „*Aki magának árt, azt miért a társadalom hozza ki a bajból? Nem igazságos!*”.

– A csoport tagjai fontosnak érzik, hogy a több egészségnyereséget eredményező ellátásokat részesítsék előnyben (15. +4; 19. +3): „*A nagyobb egészségnyereség ugyanannyiért hasznos mind a társadalomnak, mind az egyénnek*”; „*Az egészségügy működtetése igen drága. Sok esetben igen pazarló. A kiadások féken tartása érdekében meg kellene határozni az egyes ellátások egészségnyereségét, és e szerint rangsorolni a támogatandó ellátásokat*”.

– A csoport tagjai hajlandók mérlegelni a kezelés költségeit, amikor az elérhető egészségnyereség nagyon alacsony (6. +2).

– Ők értenek egyet a legkevésbé azzal, hogy figyelembe kellene venni, a betegnek van-e partnere vagy nincs (7. –3): „*Miért kéne a párkapcsolatban élő személynek adni [az átültetésre váró szervet]? Különben is, mit értünk párkapcsolaton?*”.

– Eltérően a többi faktortól úgy vélekednek, a betegeknek meg lehetne engedni, hogy elsőbbségi ellátást vásároljanak, ha az nem érinti hátrányosan a többi beteget (24. –3).

– Úgy tűnik, ezt a csoportot érdekli a legkevésbé, hogy a beteg mennyivel járult hozzá az egészségügyi ellátórendszerhez, vagy van-e fizetett munkája (5. 0; 3. +1);

másképpen fogalmazva, ezekkel az állításokkal szemben nincsenek olyan erős ellenérzéseik, mint például az 1. faktornak.

– Ez a csoport nem adna prioritást a legrosszabb állapotban levő betegnek (1. –2; 11. –2).

4. A Q-vizsgálat eredményeinek értékelése

Az orvosok körében végzett Q-elemzés arra kereste a választ, hogy az egészségügyi szolgáltatások betegek közötti elosztásáról miképpen vélekednek a válaszadók: mely szempontokat tartják fontosnak vagy kevésbé fontosnak. Ezek a szempontok olyan témákat érintettek, mint a beteg életkora, társadalmi-gazdasági helyzete, életstílusa, a betegség miatt a családtagokra nehezedő teher, a beteg hozzájárulása a közkiadásokhoz, az ellátáshoz való hozzáférés és az ellátási szükséglet, a beteg állapotán mennyire lehet javítani, az életmentés és az életminőség fontossága, az orvosi kezelés költsége és költséghatékonysága.

A statisztikai elemzés eredményeként három véleménycsoportot különböztettünk meg. A statisztikai eredményeken túlmenően a válaszadóktól gyűjtött személyes véleményeket is felhasználtuk az egyes véleménycsoportok közötti különbségek és hasonlóságok mélyebb megismerésére.

Az eredmények alapján úgy tűnik, az orvosok hasonlóan vélekednek arról, hogy az egészségügyi ellátások betegek közötti elosztásának melyek a legfontosabb szempontjai. Három olyan állítás volt, amelynek fontosságát mind a három csoport azonosan magasra értékelte (+4 vagy +3): az életmentésnek elsőbbséget kellene kapnia más beavatkozásokkal szemben (8. állítás); a betegségek megelőzése fontosabb lenne, mint a gyógyítás (27. állítás); az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést a szükségleteknek kellene vezérelnie (29. állítás).

Az életmentést általában az orvos legfontosabb és elsődleges feladatának tekintették a válaszadók. A betegség megelőzéséről az volt az általános vélemény, hogy ez lenne az optimális megoldás mind az egyén, mind a társadalom számára, mivel valószínűleg magasabb életminőséget és kevesebb egészségügyi kiadást eredményezne. A szükséglet elvet a válaszadók körében leginkább az az érvelés támasztja alá, hogy az emberek alapvetően egyenlők. Ezzel az eredménnyel egybecseng az a konszenzusállítás is (4. +2), amely szerint mindegyik véleménycsoport azon az állásponton volt, hogy a beteg életkora, neme és jövedelmi helyzete nem játszhat szerepet abban, hogy melyik beteg kapjon ellátást.

A Q-elemzés további három konszenzusállítást azonosított. Egyik válaszadói csoport sem adott volna elsőbbséget az alacsony életminőségű betegnek a közepes

életminőségű beteggel szemben, ha az előző beteg esetében csak jelentéktelen egészségjavulás érhető el (11. állítás). Az életminőség fontosságát támasztja alá a 22-es állítás is: mindhárom csoport azon a véleményen volt, hogy inkább azokat a kezeléseket kellene előnyben részesíteni, amelyek segítségével a beteg egészségi állapota újra elfogadható szintű lesz. Végül, mindhárom faktor közömbösnek mutatkozott a tekintetben, hogy a beteg a múltban mennyi egészségügyi ellátást vett igénybe (34. állítás).

Nem meglepő módon, azok a hasonlóságok, amelyeket a csoportok között találunk, a gyógyítás alapelveit tükrözik. Ezek az elvek közös alapot jelentenek az orvosok számára, és a csoportok közötti különbségek a betegek közötti választás más lehetséges szempontjai alapján merültek fel. Az 5. táblázat röviden áttekinti az egyes véleménycsoportok főbb, sajátos jellemzőit. A táblázat már nem tartalmazza azokat az állításokat, amelyekről mind a három faktor azonosan vélekedett.

5. táblázat

A véleménycsoportok összehasonlítása

Faktor	Faktorjellemzők
F1	<ul style="list-style-type: none"> – Több egészségnyereséget okozó ellátások előnyben részesítése (15.; 19.) – Közömbös, hogy kicsi egészségnyereség nagyon sokba kerül (6.) – Elutasítja a családra háruló teher figyelembevételét (9.) – Egyéni felelősség fontos (21.) – Fízett állás és az ellátórendszerhez való hozzájárulás figyelembevételét teljesen elutasítja (3.; 5.)
F2	<ul style="list-style-type: none"> – Orvosi döntés a mérvadó (12.) – Állapotromlást kell kezelni a stabil állapottal szemben (18.) – Elutasítja a mérlegelést, ha kicsi egészségnyereség nagyon sokba kerül (6.) – Várólista érkezési sorrend szerint (28.) – Több egészségnyereséget okozó ellátások iránt közömbös (15.; 19.; 32.) – Fízett állás és az ellátórendszerhez való hozzájárulás figyelembevételénél közömbös/közepesen elutasító (3.; 5.) – Egyéni felelősség iránt közömbös (21.) – Elutasítja a fiatalabbak és a gyermeket nevelő szülők előnyben részesítését (26.; 31.)
F3	<ul style="list-style-type: none"> – Több egészségnyereséget okozó ellátások előnyben részesítése (15.; 19.) – Hajlandó mérlegelni, ha kicsi egészségnyereség nagyon sokba kerül (6.) – Mindenáron nem kell megmenteni az életet (17.) – Fízett állás figyelembe vétele iránt közömbös (5.) – Az egyéni felelősség fontosabb, mint a másik két csoportban (21.; 25.) – Elutasítja a legrosszabb állapotú beteg kezelését (1.) – Nem ért egyet az elsőbbségi ellátás vásárlásának tiltásával (24.)

Az elvégzett Q-vizsgálatnak természetes módon voltak korlátai is. Az e-mailben kiküldött 80 felkérésre 33 értékelhető kérdőív érkezett vissza (41 százalékos kitöltési arány). Ezzel kapcsolatban még egyszer hangsúlyozni szeretnénk, hogy a Q-módszer esetében ez a mintanagyság megfelelő, és az eljárás nem vár el reprezentativitást a válaszadók körében. Fontos hangsúlyozni, hogy az eredmények csak abban a körben állják meg a helyüket, amelyben a vizsgálatra sor került. Tehát ezek az eredmények nem általánosíthatók például az általános lakosságra, más szakmákban dolgozókra stb. Arra szintén fel kell hívni a figyelmet, hogy a Q-módszer csak véleménycsoportok azonosítására szolgál, amelyeknek megoszlásáról, súlyáról nem ad információt. Az online válaszadásnak általában az lehet az egyik hátránya, hogy az internetet nem vagy csak ritkán használó emberek számára nehézséget okozhat a kérdőív kitöltése. Úgy véljük, hogy ebben a válaszadói csoportban ez kevésbé okozhatott problémát: orvosokról lévén szó feltételezhetjük, hogy az internethasználat elterjedtebb, mint az általános lakosság körében. Ugyanakkor a kérdőív felépítése, a webfelület kiképzése minden lehetőséget megpróbált kihasználni, hogy felhasználóbarát legyen, és segítséget nyújtson a válaszadónak. Végezetül limitációnak lehet tekinteni, hogy a válaszadók csak a +4 és a -4 rangszámú helyre sorolt állításokról mondhattak véleményt (miért értenek vagy nem értenek ezekkel az állításokkal egyet).

Függelék

Q-módszer: Normalizált faktorértékek faktoronként

F1. táblázat

1. faktor Z-értékei

Sorszám.	Állítás	Z-érték
8.	Az életmentő beavatkozásoknak elsőbbséget kellene kapniuk minden más egészségügyi ellátással szemben.	2,162
27.	Fontosabb a betegségek megelőzése, mint a már bekövetkezett betegségek gyógyítása.	1,805
15.	Ha két gyógykezelés ugyanannyiba kerül, akkor azt a kezelést kellene finanszírozni, amelyik több egészségnyereséget okoz.	1,549
29.	Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést a szükségleteknek kellene meghatározniuk, és nem a földrajzi, társadalmi vagy gazdasági körülményeknek.	1,344
19.	Azokat az egészségügyi ellátásokat kellene előnyben részesíteni, amelyek a legtöbb egészségnyereséget eredményezik.	1,265
4.	A beteg személyes jellemzőinek – mint például életkora, neme, jövedelme – nem szabadna szerepet játszaniuk abban, hogy ki kap elsőbbséget az egészségügyi ellátás során.	1,019

(A táblázat folytatása a következő oldalon.)

(Folytatás.)

Sorszám.	Állítás	Z-érték
22.	Előnyben kellene részesíteni azokat a gyógykezeléseket, amelyek az egészségi állapot elfogadható szintre javítják fel. Nincs értelme azoknak a kezeléseknak, amelyek eredményeként az egészségi állapot továbbra is nagyon rossz marad.	0,889
32.	Azokat az embereket, akiknél egy kezelés jobban segít, mert náluk hatásosabb, előnyben kellene részesíteni azokkal szemben, akiknek kevesebb haszna van a kezelésből.	0,848
12.	Az orvosoknak kellene megítélniük az orvosi tapasztalataik alapján, hogy melyik beteg kezelése kapjon elsőbbséget.	0,745
14.	Fontosabb annak az embernek meghosszabbítani az életét 1 évvel, aki egyébként 30 évesen meghalna, mint annak meghosszabbítani 1 évvel az életét, aki egyébként 80 évesen halna meg.	0,568
25.	Azoknak, akik valamilyen módon felelősek a betegségükért, kevésbé kellene elsőbbséget kapniuk azokhoz képest, akik véletlenül betegedtek meg.	0,393
34.	A beteg által a múltban már igénybevett egészségügyi ellátások mértéke nem kellene, hogy befolyásolja, hogy mennyi ellátáshoz férhet hozzá a jövőben.	0,370
6.	Ha egy gyógykezelés 1 hónappal hosszabbítja meg egy beteg életét és ez 18 millió forintba kerül, akkor meg kellene fontolni, hogy ez az összeg nem költhető-e el jobban más egészségügyi ellátásokra.	0,231
1.	Ha két betegcsoport („A” és „B”) egyformán javulhat egy gyógykezeléstől, és az „A” csoport betegei viszonylag jó egészségi állapotban vannak, míg a „B” csoportban levő betegek egészségi állapota rossz, a „B” csoport kezelését kellene előnyben részesíteni.	0,189
2	Ha egy terápia biztosan meghosszabbítja 1 évvel az életet, egy másik pedig 50 százalékos eséllyel 2 évvel hosszabbítja meg az életet, akkor az előbbit kell előnyben részesíteni.	0,043
10.	Két, hasonlóan eredményes gyógykezelés közül annak kellene elsőbbséget kapnia, amelyik rövidtávon segít a betegeknek azzal szemben, amelyiknek az eredménye a jövőben várható.	0,037
24.	Még akkor sem lenne szabad megengedni, hogy az emberek elsőbbségi ellátást vásárolhassanak maguknak, ha az másokat nem érint hátrányosan.	-0,040
20.	Fontosabb egy ember életét 1 évvel meghosszabbítani, mint 12 ember életét 1-1 hónappal meghosszabbítani.	-0,059
18.	Ha két embernek a jelenlegi egészségi állapota azonos, de az egyik állapota romlik, míg a másiké stabil, akkor az előbbi ember kezelését kell előnyben részesíteni.	-0,079
23.	A fiatalabbak kezelését előnyben kellene részesíteni az idősebbekkel szemben, mivel ők még kevesebbet élhetnek egészségben.	-0,315
7.	Ha két beteg vár szervátültetésre, és az egyik párkapcsolatban él, a másik egyedülálló (de minden más tekintetben egyformák), akkor az első beültethető szervet a párkapcsolatban élő betegnek kellene adni.	-0,393
13.	Azoknak az embereknek a kezelését kellene előnyben részesíteni, akik erőteljesen rászorulnak családtagjaik vagy a szomszédjaik gondoskodására.	-0,467

(A táblázat folytatása a következő oldalon.)

(Folytatás.)

Sorszám.	Állítás	Z-érték
26.	A fiatalabbak kezelését előnyben kellene részesíteni, mert ők hosszabb ideig élvezhetik a kezelés hasznát.	-0,495
31.	A gyermekeket nevelő szülők ellátását előnyben kellene részesíteni a hasonló, de gyermeket nem nevelő emberek ellátásával szemben.	-0,569
9.	Elsőbbséget kellene adni azon betegségek kezelésének, amelyek a legnagyobb terhet róják a beteg családtagjaira.	-0,622
17.	Nincs értelme valakinek megmenteni az életét, ha az életminősége a továbbiakban nagyon rossz lesz.	-0,658
28.	Nem-sürgősségi ellátások esetében, ahol várólista van, a kezelésre szoruló betegeket érkezési sorrendben kellene ellátni, és egyéb szempontoknak (például a betegség súlyossága) nem kellene befolyásolniuk a sorrendet.	-0,664
33.	Fontosabb gondoskodni azokról az ellátásokról, amelyek az életet hosszabbítják meg, mint azokról, amelyek az életminőséget javítják.	-0,792
30.	A ritka betegségben szenvedő emberek kezelését előnyben kellene részesíteni, még akkor is, ha ezek a betegségek nem feltétlenül okoznak nagyobb egészségkárosodást, mint a gyakori betegségek.	-0,880
21.	Az, hogy valaki az egészségtelen életmódja miatt betegedett meg, nem kellene, hogy számítson. Mindenkinek egyformán jár a gyógykezelés.	-0,898
11.	A rossz életminőségben élő embereknek előnyt kellene kapniuk a közepes életminőségben élőkkel szemben még akkor is, ha a gyógykezelés csak kis mértékben képes javítani az életminőségüket.	-1,311
16.	Általánosságban, ha különböző jövedelmi helyzetű emberek szenvednek ugyanabban a betegségben, akkor az alacsony jövedelemmel rendelkezőket kellene előnyben részesíteni.	-1,572
5.	Azoknak, akik fizetett állásban vannak, és ezáltal anyagilag hozzájárulnak a társadalmi kiadásokhoz, előnyt kellene élvezniük az egészségügyi ellátásban azokkal szemben, akik nem dolgoznak.	-1,601
3.	Azoknak az embereknek, akik többel járultak hozzá az egészségügyi ellátórendszerhez (például több adót vagy társadalombiztosítási járulékot fizettek), az egészségügyi ellátás során előnyt kellene élvezniük azokhoz képest, akik kevesebbel járultak hozzá.	-2,044

F2. táblázat

2. faktor Z-értékei

Sorszám	Állítás	Z-érték
27.	Fontosabb a betegségek megelőzése, mint a már bekövetkezett betegségek gyógyítása.	2,187
12.	Az orvosoknak kellene megítélniük az orvosi tapasztalataik alapján, hogy melyik beteg kezelése kapjon elsőbbséget.	1,916

(A táblázat folytatása a következő oldalon.)

(Folytatás.)

Sorszám	Állítás	Z-érték
29.	Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést a szükségleteknek kellene meghatározniuk, és nem a földrajzi, társadalmi vagy gazdasági körülményeknek.	1,854
8.	Az életmentő beavatkozásoknak elsőbbséget kellene kapniuk minden más egészségügyi ellátással szemben.	1,581
18.	Ha két embernek a jelenlegi egészségi állapota azonos, de az egyik állapota romlik, míg a másiké stabil, akkor az előbbi ember kezelését kell előnyben részesíteni.	1,458
4.	A beteg személyes jellemzőinek – mint például életkora, neme, jövedelme – nem szabadna szerepet játszaniuk abban, hogy ki kap elsőbbséget az egészségügyi ellátás során.	0,824
28.	Nem-sürgősségi ellátások esetében, ahol várólista van, a kezelésre szoruló betegeket érkezési sorrendben kellene ellátni, és egyéb szempontoknak (például a betegség súlyossága) nem kellene befolyásolniuk a sorrendet.	0,775
22.	Előnyben kellene részesíteni azokat a gyógykezeléseket, amelyek az egészségi állapotot elfogadható szintre javítják fel. Nincs értelme azoknak a kezeléseknak, amelyek eredményeként az egészségi állapot továbbra is nagyon rossz marad.	0,731
9.	Elsőbbséget kellene adni azon betegségek kezelésének, amelyek a legnagyobb terhet róják a beteg családtagjaira.	0,598
19.	Azokat az egészségügyi ellátásokat kellene előnyben részesíteni, amelyek a legtöbb egészségnyereséget eredményezik.	0,589
34.	A beteg által a múltban már igénybevett egészségügyi ellátások mértéke nem kellene, hogy befolyásolja, hogy mennyi ellátáshoz férhet hozzá a jövőben.	0,456
24.	Még akkor sem lenne szabad megengedni, hogy az emberek elsőbbségi ellátást vásárolhassanak maguknak, ha az másokat nem érint hátrányosan.	0,213
15.	Ha két gyógykezelés ugyanannyiba kerül, akkor azt a kezelést kellene finanszírozni, amelyik több egészségnyereséget okoz.	0,139
14.	Fontosabb annak az embernek meghosszabbítani az életét 1 évvel, aki egyébként 30 évesen meghalna, mint annak meghosszabbítani 1 évvel az életét, aki egyébként 80 évesen halna meg.	0,118
13.	Azoknak az embereknek a kezelését kellene előnyben részesíteni, akik erőteljesen rászorulnak családtagjaik vagy a szomszédjaik gondoskodására.	0,036
25.	Azoknak, akik valamilyen módon felelősek a betegségükért, kevésbé kellene elsőbbséget kapniuk azokhoz képest, akik véletlenül betegedtek meg.	-0,146
3.	Azoknak az embereknek, akik többel járultak hozzá az egészségügyi ellátórendszerhez (például több adót vagy társadalombiztosítási járulékot fizettek), az egészségügyi ellátás során előnyt kellene élvezniük azokhoz képest, akik kevesebbel járultak hozzá.	-0,153
1.	Ha két betegcsoport („A” és „B”) egyformán javulhat egy gyógykezeléstől, és az „A” csoport betegei viszonylag jó egészségi állapotban vannak, míg a „B” csoportban levő betegek egészségi állapota rossz, a „B” csoport kezelését kellene előnyben részesíteni.	-0,162
21.	Az, hogy valaki az egészségtelen életmódja miatt betegedett meg, nem kellene, hogy számítson. Mindenkinek egyformán jár a gyógykezelés.	-0,163

(A táblázat folytatása a következő oldalon.)

(Folytatás.)

Sorszám	Állítás	Z-érték
17.	Nincs értelme valakinek megmenteni az életét, ha az életminősége a továbbiakban nagyon rossz lesz.	-0,232
33.	Fontosabb gondoskodni azokról az ellátásokról, amelyek az életet hosszabbítják meg, mint azokról, amelyek az életminőséget javítják.	-0,250
32.	Azokat az embereket, akiken egy kezelés jobban segít, mert náluk hatásosabb, előnyben kellene részesíteni azokkal szemben, akiknek kevesebb haszna van a kezelésből.	-0,456
10.	Két, hasonlóan eredményes gyógykezelés közül annak kellene elsőbbséget kapnia, amelyik rövidtávon segít a betegekkel azzal szemben, amelyiknek az eredménye a jövőben várható.	-0,528
6.	Ha egy gyógykezelés 1 hónappal hosszabbítja meg egy beteg életét és ez 18 millió Forintba kerül, akkor meg kellene fontolni, hogy ez az összeg nem költhető-e el jobban más egészségügyi ellátásokra.	-0,545
2.	Ha egy terápia biztosan meghosszabbítja 1 évvel az életet, egy másik pedig 50 százalékos eséllyel 2 évvel hosszabbítja meg az életet, akkor az előbbit kell előnyben részesíteni.	-0,600
5.	Azoknak, akik fizetett állásban vannak, és ezáltal anyagilag hozzájárulnak a társadalmi kiadásokhoz, előnyt kellene élvezniük az egészségügyi ellátásban azokkal szemben, akik nem dolgoznak.	-0,741
7.	Ha két beteg vár szervátültetésre, és az egyik párokapsolatban él, a másik egyedülálló (de minden más tekintetben egyformák), akkor az első beültethető szervet a párokapsolatban élő betegnek kellene adni.	-0,852
20.	Fontosabb egy ember életét 1 évvel meghosszabbítani, mint 12 ember életét 1-1 hónappal meghosszabbítani.	-0,918
16.	Általánosságban, ha különböző jövedelmi helyzetű emberek szenvednek ugyanabban a betegségben, akkor az alacsony jövedelemmel rendelkezőket kellene előnyben részesíteni.	-0,999
23.	A fiatalabbak kezelését előnyben kellene részesíteni az idősebbekkel szemben, mivel ők még kevesebbet élhettek egészségben.	-1,179
30.	A ritka betegségben szenvedő emberek kezelését előnyben kellene részesíteni, még akkor is, ha ezek a betegségek nem feltétlenül okoznak nagyobb egészségkárosodást, mint a gyakori betegségek.	-1,197
26.	A fiatalabbak kezelését előnyben kellene részesíteni, mert ők hosszabb ideig élvezhetik a kezelés hasznát.	-1,287
11.	A rossz életminőségben élő embereknek előnyt kellene kapniuk a közepes életminőségben élőkkel szemben még akkor is, ha a gyógykezelés csak kis mértékben képes javítani az életminőségüket.	-1,416
31.	A gyermekeket nevelő szülők ellátását előnyben kellene részesíteni a hasonló, de gyermeket nem nevelő emberek ellátásával szemben.	-1,649

F3. táblázat

3. faktor Z-értékei

Sorszám	Állítás	Z-érték
15.	Ha két gyógykezelés ugyanannyiba kerül, akkor azt a kezelést kellene finanszírozni, amelyik több egészségnyereséget okoz.	1,597
29.	Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést a szükségleteknek kellene meghatározniuk, és nem a földrajzi, társadalmi vagy gazdasági körülményeknek.	1,496
19.	Azokat az egészségügyi ellátásokat kellene előnyben részesíteni, amelyek a legtöbb egészségnyereséget eredményezik.	1,293
27.	Fontosabb a betegségek megelőzése, mint a már bekövetkezett betegségek gyógyítása.	1,265
8.	Az életmentő beavatkozásoknak elsőbbséget kellene kapniuk minden más egészségügyi ellátással szemben.	1,223
4.	A beteg személyes jellemzőinek – mint például életkora, neme, jövedelme – nem szabadna szerepet játszaniuk abban, hogy ki kap elsőbbséget az egészségügyi ellátás során.	1,097
6.	Ha egy gyógykezelés 1 hónappal hosszabbítja meg egy beteg életét és ez 18 millió forintba kerül, akkor meg kellene fontolni, hogy ez az összeg nem költhető-e el jobban más egészségügyi ellátásokra.	1,049
22.	Előnyben kellene részesíteni azokat a gyógykezeléseket, amelyek az egészségi állapotot elfogadható szintre javítják fel. Nincs értelme azoknak a kezeléseknak, amelyek eredményeként az egészségi állapot továbbra is nagyon rossz marad.	1,013
25.	Azoknak, akik valamilyen módon felelősek a betegségükért, kevésbé kellene elsőbbséget kapniuk azokhoz képest, akik véletlenül betegedtek meg.	0,896
17.	Nincs értelme valakinek megmenteni az életét, ha az életminősége a továbbiakban nagyon rossz lesz.	0,797
18.	Ha két embernek a jelenlegi egészségi állapota azonos, de az egyik állapota romlik, míg a másiké stabil, akkor az előbbi ember kezelését kell előnyben részesíteni.	0,570
34.	A beteg által a múltban már igénybevett egészségügyi ellátások mértéke nem kellene, hogy befolyásolja, hogy mennyi ellátáshoz férhet hozzá a jövőben.	0,535
3.	Azoknak az embereknek, akik többel járultak hozzá az egészségügyi ellátórendszerhez (például több adót vagy társadalombiztosítási járulékot fizettek), az egészségügyi ellátás során előnyt kellene élvezniük azokhoz képest, akik kevesebbel járultak hozzá.	0,446
12.	Az orvosoknak kellene megítélniük az orvosi tapasztalataik alapján, hogy melyik beteg kezelése kapjon elsőbbséget.	0,363
32.	Azokat az embereket, akiken egy kezelés jobban segít, mert náluk hatásosabb, előnyben kellene részesíteni azokkal szemben, akiknek kevesebb haszna van a kezelésből.	0,357
9.	Elsőbbséget kellene adni azon betegségek kezelésének, amelyek a legnagyobb terhet róják a beteg családtagjaira.	0,328
10.	Két, hasonlóan eredményes gyógykezelés közül annak kellene elsőbbséget kapnia, amelyik rövidebb távon segít a betegeken azzal szemben, amelyiknek az eredménye a jövőben várható.	0,233

(A táblázat folytatása a következő oldalon.)

(Folytatás.)

Sorszám	Állítás	Z-érték
5.	Azoknak, akik fizetett állásban vannak, és ezáltal anyagilag hozzájárulnak a társadalmi kiadásokhoz, előnyt kellene élvezniük az egészségügyi ellátásban azokkal szemben, akik nem dolgoznak.	-0,006
26.	A fiatalabbak kezelését előnyben kellene részesíteni, mert ők hosszabb ideig élvezhetik a kezelés hasznát.	-0,061
14.	Fontosabb annak az embernek meghosszabbítani az életét 1 évvel, aki egyébként 30 évesen meghalna, mint annak meghosszabbítani 1 évvel az életét, aki egyébként 80 évesen halna meg.	-0,235
2.	Ha egy terápia biztosan meghosszabbítja 1 évvel az életet, egy másik pedig 50 százalékos eséllyel 2 évvel hosszabbítja meg az életet, akkor az előbbit kell előnyben részesíteni.	-0,269
31.	A gyermekeket nevelő szülők ellátását előnyben kellene részesíteni a hasonló, de gyermeket nem nevelő emberek ellátásával szemben.	-0,315
13.	Azoknak az embereknek a kezelését kellene előnyben részesíteni, akik erőteljesen rászorulnak családtagjaik vagy a szomszédjaik gondoskodására.	-0,615
20.	Fontosabb egy ember életét 1 évvel meghosszabbítani, mint 12 ember életét 1-1 hónappal meghosszabbítani.	-0,632
23.	A fiatalabbak kezelését előnyben kellene részesíteni az idősebbekkel szemben, mivel ők még kevesebbet élhettek egészségben.	-0,772
33.	Fontosabb gondoskodni azokról az ellátásokról, amelyek az életet hosszabbítják meg, mint azokról, amelyek az életminőséget javítják.	-0,915
1.	Ha két betegcsoport („A” és „B”) egyformán javulhat egy gyógykezeléstől, és az „A” csoport betegei viszonylag jó egészségi állapotban vannak, míg a „B” csoportban levő betegek egészségi állapota rossz, a „B” csoport kezelését kellene előnyben részesíteni.	-0,953
28.	Nem-sürgősségi ellátások esetében, ahol várólista van, a kezelésre szoruló betegeket érkezési sorrendben kellene ellátni, és egyéb szempontoknak (például a betegség súlyossága) nem kellene befolyásolniuk a sorrendet.	-1,057
11.	A rossz életminőségben élő embereknek előnyt kellene kapniuk a közepes életminőségben élőkkel szemben még akkor is, ha a gyógykezelés csak kis mértékben képes javítani az életminőségüket.	-1,233
7.	Ha két beteg vár szervátültetésre, és az egyik párkapcsolatban él, a másik egyedülálló (de minden más tekintetben egyformák), akkor az első beültethető szervet a párkapcsolatban élő betegnek kellene adni.	-1,233
24.	Még akkor sem lenne szabad megengedni, hogy az emberek elsőbbségi ellátást vásárolhassanak maguknak, ha az másokat nem érint hátrányosan.	-1,264
30.	A ritka betegségben szenvedő emberek kezelését előnyben kellene részesíteni, még akkor is, ha ezek a betegségek nem feltétlenül okoznak nagyobb egészségkárosodást, mint a gyakori betegségek.	-1,621
21.	Az, hogy valaki az egészségtelen életmódja miatt betegedett meg, nem kellene, hogy számítson. Mindenkinek egyformán jár a gyógykezelés.	-1,677
16.	Általánosságban, ha különböző jövedelmi helyzetű emberek szenvednek ugyanabban a betegségben, akkor az alacsony jövedelemmel rendelkezőket kellene előnyben részesíteni.	-1,703

Irodalom

- BAKER, R. – THOMPSON, C. – MANNION, R. [2006]: Q Methodology in Health Economics. *Journal of Health Services Research and Policy*. Vol. 11. No. 1. pp. 38–45.
- BROWN S. R. [1986]: Q Technic and Method: Principles and Procedures. In: *Berry, W. D. – Lewis-Beck, M. S. (eds): New Tools for Social Scientists: Advances and Applications in Research Methods*. SAGE Publications Inc. Beverly Hills. pp. 57–76.
- BROWN, S. R. [1993]: A Primer on Q Methodology. *Operant Subjectivity*. Vol. 16. No. 3–4. pp. 91–138.
- DOLAN, P. – TSUCHIYA, A. [2005]: Health Priorities and Public Preferences: The Relative Importance of Past Health Experience and Future Health Prospects. *Journal of Health Economics*. Vol. 24. No. 4. pp. 703–714.
- DONNER, J. [2001]: Using Q-Sorts in Participatory Processes: An Introduction to the Methodology. In: *Social Analysis: Selected Tools and Techniques*. Social Development Papers. No 36. pp. 24–49.) The World Bank. Washington, D.C.
- GULÁCSI L. – PÉNTÉK M. – BRODSZKY V. [2011]: Az egészségügyi technológiák finanszírozása; tudjuk-e mit veszünk a milliárdokért? *Esély*. 2. sz. 3–27. old.
- GULÁCSI L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés*. MEDICINA Könyvkiadó Nyrt. Budapest.
- VAN EXEL, N. J. A. – DE GRAAF, G. [2005]: *Q Methodology: A Sneak Preview*. <http://www.qmethodology.net/index.php?page=1&year=2005>
- SCHWAPPACH, D. L. B. [2002]: Resource Allocation, Social Values and the QALY: A Review of the Debate and Empirical Evidences. *Health Expectations*. Vol. 5. No. 3. pp. 210–222.
- SMITH, R. D. – RICHARDSON, J. [2005]: Can We Estimate the ‘Social’ Value of a QALY? Four core issues to resolve. *Health Policy*. Vol. 74. No. 1. pp. 77–84.
- TSUCHIYA, A. – DOLAN, P. [2005]: The QALY Model and Individual Preferences for Health States and Health Profiles Over Time: A Systematic Review of the Literature. *Medical Decision Making*. Vol. 25. No. 4. pp. 460–467.

Summary

In this study a qualitative research method, the Q-methodology is presented to examine people’s personal opinion regarding a certain topic. It applies quantitative data collection and analysis. The Q-methodology is based on correlation and factor analysis but can be performed involving small samples.

Hungarian physicians’ opinion was surveyed by the Q-methodology regarding societal distribution of health gains, that is, which factors they consider to be important or irrelevant (for example socio-demographic status of the patients, contribution and access to healthcare, available health gain, importance of saving lives versus improving quality of life, costs and cost-effectiveness). According to the results, physicians agree in three main points: life saving interventions should get priority; prevention is more important than curative cares; access to health care should be driven by the patients’ needs.