

Az alapellátás átalakításáról

DR. KINCSES GYULA

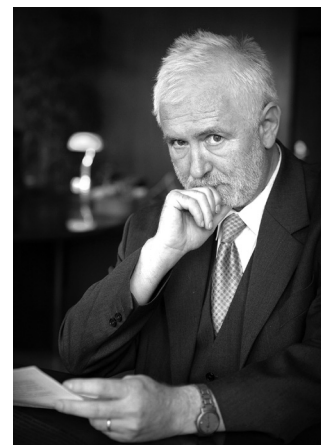
Az alapellátás hagyományos, „egy falu – egy orvos – egy praxis” elvű rendszere nem fenntartható, de ez a modell már nem is korszerű. A változó lehetőségekhez, szakmai környezethez és igényekhez igazított alapellátás jövőképe nem lehet homogén. Középtávon a csoportpraxis lehet a meghatározó működési mód, de lesznek szakgondozási praxisok, és tovább élnek a jól működő szolópraxisok is. Az eredményes átalakítás nem „határnapos”, hanem evolutív folyamat, s nem kényszeríti, hanem ösztönzi a szereplőket. Az alapellátási pontok száma szükségszerűen csökkenni fog, ezért „ki kell találni”, hogy mi lesz az ellátórendszer minden településen biztosítandó „báziszolgáltatása”. Az alapellátás átalakítása nem önálló projekt, egy új egészségügyi rendszerben kell meghatározni az alapellátás kiemelt szerepét.

ELŐZMÉNYEK

E sorok írója különös viszonyban van az alapellátással, hiszen az alapellátás jelenleg is működő modellje 1991-ben egy 3 napos ügyelet terméként született. Ekkor írtam azt a tervezetet, amelyik az akkori hivatalos egészségpolitikai elképzeléssel szemben nem a német jellegű, „fee for service” elszámolású („német pontrendszer”) járóbeteg-ellátási modellt javasolta, hanem a beteg tartós választásán alapuló, korrigált fejkvóta jellegű finanszírozású, GP típusú háziorvosi rendszert. Megjegyzendő, hogy az eredeti javaslat¹ lényegesen szofisztikáltabb volt, de egy lebutított – éppen ezért működőképes – változatát bevezették. Az eredeti javaslat tartalmazta volna a „definitív ellátási mutatót”, ami a továbbküldésekkel, beutalásokkal fordított arányban premizálta volna az orvost, és a beteg súlyszáma nemcsak az életkortól, de a krónikus megbetegedésektől – sőt: az akut ellátási igénytől is – függött (volna). A kor info-kommunikációs – és info-kulturális – lehetőségei ezt akkor még nem

tették lehetővé. A rendszer tehát elindult és működött, sőt: így működik ma is. A sikerhez a modellen és az egyszerűségeen kívül érdemben hozzájárult az, hogy az orvostársadalomban (és általában a társadalomban) akkor még „reforméhség”, „reformbizalom” volt, a háziorvosok tulajdonosok, „önállók” lehettek, és az alapellátási reform – egyedüli kiemelt területként – 50%-os többletpénzzel indult, ami kifejezte az alapellátás megbecsülését. Az általános közjogi berendezkedés, az önkormányzatiság megerősítése aknát is rejtett az egészségügybe, amikor az alapellátás működtetését a települési önkormányzatok felelősségévé tette. Ez később számos konfliktus forrása lett.

A kezdeti politikai sikerek ugyanakkor csak mérsékeltebb szakmai sikereket hoztak. A rendszer jól működött, de érdemben nem fejlődött: az orvosválasztás lehetősége nem indított el piaci versenyt és ezen keresztül minőségjavulást, s nem nőtt érdemben (az alapszándékoknak megfelelően) az alapellátás preventív, gondozási funkciója, kompe-



DR. KINCSES GYULA

Szakmai tanácsadó, nyugalmazott főigazgató, Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet, Budapest

tenciája. Mindez engem is új gondolatokra inspirált,² és egy PHARE tanulmányút tapasztalatait felhasználva új javaslatot készítettem.

A javaslat számos eleme a katalán modellre támaszkodott, ahol már akkor csoportpraxis elven működött az alapellátás, és számos, Magyarországon akkor elképzelhetetlennek tűnő elemet tartalmazott. Újraolvassa ezt az írást, rá kellett döbennem, hogy valójában a mostani javaslat lényegi elemeit már az 1996-ban írt papír is tartalmazta: megoldási irányként már ekkor a csoportpraxis bevezetését javasoltam. Az igazi meglepetés az volt, hogy az az ábrám, amelyet ebben az írásban is használok a csoportpraxis bemutatására, ebből az 1996-os közleményből való. Miután az alapellátás akkor még megfelelően működött és nem volt ellátási hiány – azaz változtatási kényszer –, a szakma ezt a javaslatot elutasította, és a politika sem volt érdekelt a változásban.

Am 1997-ben már volt politikai szándék az alapellátás megújítására. Ekkor dolgoztuk ki a nemrég tragikusan fiatalon elhunyt Palla Sándorral azt a javaslatot, amely nem felforgatni akarta az alapállást, hanem a létező rendszerben igyekezett volna a teljesítményarányosságot és a preventív munkát javítani.³ A javaslat lényege az volt, hogy az orvosválasztás – és az ehhez kapcsolt finanszírozás – csak korlátozott, a beteg súlyszámával fordított arányú ideig legyen érvényes, ezért a betegnek időről időre újra regisztrálnia kellett volna magát a háziiorvosánál. A regisztráció egy általános, az ajánlott szűrőket is tartalmazó alapvizsgálathoz kötődött volna, és a háziiorvos az alapvizsgálat elvégzéséért külön díjban részesült volna (tételes, teljesítményarányos finanszírozás). Ezt a javaslatot a viszonylag széles konszenzus ellenére a kormányváltás elsodorta.

A kormányváltás után az első Fidesz-kormány szintén az alapellátás megerősítésén dolgozott, és ezt a tulajdonosi pozíció erősítésével, a praxisjog bevezetésével akarta elérni. Abban az időben még problémát jelentettek a jogi korlátok, és miután az alapellátás biztosítása önkormányzati felelősség maradt, a praxisjog intézménye felemásra sikeredett. Az alkotmányossági korlátokat felismerve Gógl Árpád akkori miniszteri biztosa, az alkotmányjogász Kilényi Géza nevezte a mű-

ködtetési jogot horgászengedélynek, ami feltétele a horgászásnak, de nem jogosít konkrét stég használatára. Így a működtetési jog az eredeti szándék ellenére nem stabilizálta az alapellátást, hanem rontott a helyzeten: egy utánpótlás-hiányos szakmában meg kellett vásárolni a foglalkozásúzési jogot, ami az önkormányzati vétő lehetősége miatt nem volt garantáltan érvényesíthető. A praxisjog akkor működött volna, ha az alapellátás kiemelt jövedelmet és presztízst biztosít, de ez nem volt így: az 1992-ben adott 50%-os emelés hatása ekkorra már elolvadt.

Mára a helyzet gyökeresen megváltozott.

Már nem a jobbítási ambíció, hanem az itt dübörgő kényszer tesz javaslatot az alapellátás megújítására. Ezt jól érezte a jelenlegi egészségügyi kormányzat is, amikor megalkotta a 2015. évi CXVIII. törvényt az egészségügyi alapellátásról. Véleményem szerint ez a törvény jó irányú változásokat indukálhatna, de megkésett és nem elég merész, így nem lesz képes megoldani az alapellátás fenntarthatósági problémáit. Ezt az aggályt igazolja az is, hogy a törvény az elmúlt fél évben semmilyen változást nem hozott, nem készültek el a részleteket szabályozni ígérő kormány- és miniszteri rendeletek, így nem nem indult meg semmilyen stabilizációs folyamat. Ez az értékelés talán még korai, hiszen a 2016-os költségvetés egyetlen nyertese az alapellátás, de a 10 milliárd Ft-os finanszírozásemelés praxisonként havonta 130 000 Ft-összebevétel-növekedést jelent, ami önmagában nem indít be változásokat. Ha a többletforrások átalakítások is társulnak, akkor a törvény még eredményes is lehet, de ennek feltétele a megújítás, a törvénybe bújtatott átalakulási lehetőségek átalakítási kényszerré formálása, ami nem lesz egyszerű, mert az alapellátásnak a jelenlegi korfa mellett igen rossz a reform-compliance-a.

AZ ÁTALAKÍTÁS KÉNYSZERE

Az alapellátás átalakításának tehát nem „jobbítási” vagy „reformmániás” (ront vagy javít, de nem henyél) okai vannak, hanem min-

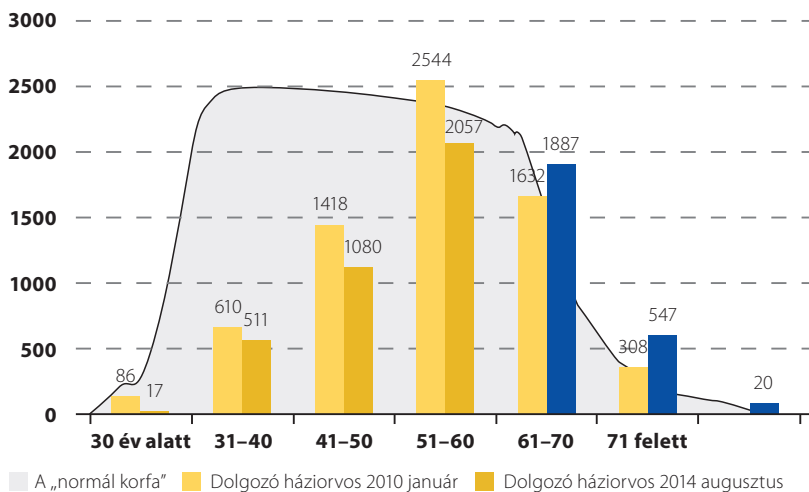
denki által látható kényszer érvényesül, mert a jelenlegi rendszer nem fenntartható. Hogy miért? Ezer oka van, de a második, hogy „már harangozó sincs”. Ma még csak 238 a betöltetlen praxisok száma,⁴ de a szakma elöregedése miatt egy évtizeden belül tömegével ürülnek ki a körzetek (1. ábra), és a szükséges pótlás a jelenlegi általános orvoshiány, elvándorlás és kibocsátási keretszámok ismeretében megoldhatatlan. (Ha okos szabályozással és sok pénzzel mégis sikerülne pótolni a növekvő hiányt, akkor viszont a szakellátás omlana össze.) Az ábrán jól látható, hogy 2000 felett van a nyugdíjas korú háziiorvosok száma, azaz a háziiorvosi kar több mint 40%-a 60 éven feletti, miközben 30–40 évesekből 10%-nyi sincs. Másként számolva: amíg 2014 augusztusában 2454 volt a 61 év felett dolgozó kollégák száma, addig csak alig 1600 volt az 50 éven aluliaké. Az elmúlt egy évben ez az arány bizonyosan nem javult, hiszen az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ (ENKK) közlése szerint az elmúlt években évente 80 körüli háziiorvosi szakorvosjelölt kezdte meg a rezidensi működést, ami kizárja a pótlást.

Az égető munkaerőhiány mellett az átalakításnak szakmai kényszerei is vannak. Tudomásul kell venni, hogy az orvostudomány hihetetlen technológiai fejlődésen ment és megy keresztül, mára már megsokszorozódtak a korszerű alapellátással kapcsolatos elvárások, de a környezet változik (binnen a megbetegedési viszonyok, de a közlekedési – infrastrukturális – kommunikációs viszonyok is). Ezeknek a változásoknak meg kell jelenniük az ellátórendszer szerkezetében, működésében is. A változó környezetben szakmai, ellátásbiztonsági és költséghatékonysági indokok is szólnak az „egy orvos – egy nővér – egy praxis” alapú működés fenntarthatósága ellen: a szükséges és korszerű orvosi tudás ma már nem birtokolható egy személy által, és az ehhez szükséges korszerű orvostech-nika nem működtethető költséghatékonyan egyetlen orvos által. Az izolált praxisokban az ellátásbiztonság garanciális lehetőségei is gyengébbek.

01.
ÁBRA

▶ A házi orvosok kormegoszlása.

Már 2014-ben a dolgozó házi orvosok 40,1%-a 60 éven felüli volt, és 10% sem volt a negyven éven aluliak aránya



Forrás: OALI

AZ ÁTALAKÍTÁS ELVEI

Az alapellátás „megmentése” kérdésében alapvetően azt kell tisztázni: mi a cél? A jelenlegi házi orvosi rendszer megmentése, vagy egy korszerű (és fenntartható) alapellátás kialakítása? Az épeszű válasz csak a második lehet, hiszen a hagyományos szolópraxisos modell egyrészt fenntarthatatlan, másrészt nem is felel meg a korszerű szakmai követelményeknek. Ugyanakkor tudni kell az alábbiakat:

- az átalakítás nem határnapos konkrét eredmény, hanem szabályozott irányú evolutív folyamatként jöhet létre;
- a végleges modell meghatározó működési módja a csoportpraxis lesz, de a jól működő szolópraxisokat nem szabad bántani, erőszakos tévesztés helyett önkéntesség alapján jöjjenek létre csoportpraxisok, elsősorban ott, ahol a hiány miatt már nem fenntartható a hagyományos modell.

Az új formára történő áttérésnek érezhető anyagi előnyökkel kell járnia (degressziómentesség, szakdolgozók bérköltségeinek fedezésére szolgáló 15–25%-os finanszírozásnövekedés).

- Kényszerűen fel kell adni az „egy falu – egy orvos” modellt.
- Nem lehet egységes rendszerben gondolkodni. Más, új típusú alapellátási formákat is támogatni kell.
- Az alapellátást nem lehet önálló entitásként modernizálni: egy megváltozott szerkezetű és működésű, a gyógyítás terét az egyén felé tágitó, más felelősségi és érdekeltségi viszonyokat alkalmazó egészségügyi rendszerben lehet csak az alapellátást értelmesen megújítani.

AZ ÁTALAKÍTÁS IRÁNYAI

Az alapellátás hosszabb távon csak az alapellátás fogalmi, szervezeti ártértelemezésével, teljes megújításával lesz fenntartható. A jövő

a team jellegű munkáé, ahol a mikrotérségi „egészségházakban” emelt kompetenciájú csoportpraxis látja el a betegeket. A csoportpraxis és a praxisközösség közötti alapvető különbség az, hogy a praxisközösség (orvos) tagjainak kompetenciája azonos, így a praxisközösségé sem magasabb, mint egy szolópraxisé. A csoportpraxisban viszont különböző képesítésű és feladatkörű egészségügyi szak személyzet együttesen nyújt emelt szintű, emelt kompetenciájú, folyamatos, tervezett, gondozás központú ellátást. A jövő csoportpraxisa tehát nem az alapellátó orvosok közössége, hanem eltérő képesítésű orvosok együttműködése.

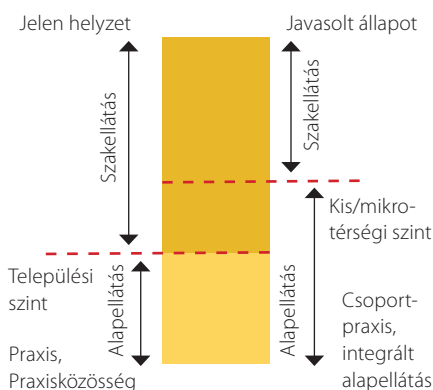
Ennek megfelelően a csoportpraxisban dolgozhatnak népegészségügyi jelentőségű megbetegedések gondozására szakosodott szakorvosok, de a praxistagok nemcsak szakterület, de feladat szerint is specializálódnak: egyes orvosok a tervezett szűrési-gondozási feladatokat végzik, más orvosok az akut panaszok miatt jelentkezőket látják el, és a team (nem feltétlenül orvos) tagja szervezi a beteg további ellátását, az esetmenedzselést. A teamben fontos szerepet töltenek be (főleg a szűrés, gondozás, életmód-tanácsadás és edukáció, esetmenedzselés tekintetében) a nem orvos végzettségű egészségügyi szakemberek. A csoportpraxis lényegi eleme a közös eszközpark: nem az egyes praxisok rendelkeznek eszközökkel, hanem közösen birtokolnak és használnak egy korszerű (külön-külön megfizethetetlen) eszközparkot.

A csoportpraxis ideális esetben (pl. támogatott új beruházás) mikrotérségi egészségházban működik, amelynek része egy befogadó rendelő a mozgó szakorvosoknak a szűrésekhez, és közösségi tér az életmód-programok számára.

Az új szemlélet alapja az, hogy a jelenlegi alapellátás/szakellátás kompetenciasztérválasztás helyett új kompetencia meghatározásra lesz szükség, melyben a ma szakellátásba sorolt ellátások jelentős része az emelt szintű alapellátás kompe-

02.
ÁBRA

▶ Az alapellátás szükséges változása



Forrás: Kincses 1996.

tenciájába kerül (2. ábra – a dátum nem tévedés!).

Tehát egész szakmák (nőgyógyászat, belgyógyászat, allergológia, reumatológia stb.) nem kerülhetnek „le” az alapellátásba, de e szakmák rutin- és szakgondozói tevékenységei bekerülhetnek a csoportpraxis kompetenciájába. A célmodellben (szigorú Chronic Disease Management protokollok alapján) a népbetegségnek számító krónikus megbetegedések gyógyításának (szinte kizárólagos) terepe a kiegészített, emelt kompetenciájú alapellátás. Az ilyen csoportpraxisok általánossá válása esetén az otthoni szakápolói szolgáltatásokat szintén ebbe a rendszerbe kell integrálni. Ilyen, jól működő, „valós”, mozgó szakrendeléseket is befogadó csoportpraxisok esetén érdemes megfontolni az Irányított Betegellátási Rendszer jellegű költséggazdálkodás (legalább részleges) lehetőségét, hiszen az IBR bizonyította, hogy megfelelő érdekeltség mellett nő a ténylegesen definitív ellátás aránya, és ez ad motivációt a helyi minőségi körök működtetéséhez, a protokollfejlesztéshez is.

Az is rögzíteni kell, hogy ennek az átalakításnak komoly gátja a „praxisjog” intézménye,

amely az ilyen megközelítésű alapellátásban végképp értelmezhetetlenné válik, de vagyont értekező jogként a szereplőket ellenérdekelte teszi az átalakulásban. Bár a jelenlegi háziiorvosi rendszerben a kedvező hitelkonstrukció és a „praxisstaféta” bevezetése miatt nem a praxisjog a praxisok betöltésének fő gátja, az új típusú alapellátás tekintetében a praxisjog intézménye nem segíti a megoldást. Ezért vélhetően vissza kell térni a „Praxis-Alap” gondolatához.⁵ A Praxis-Alap a megszűnő (és az átalakuló) praxisok tulajdonosától végkielégítés jelleggel felvásárolja a kiüresedő jogot.

A csoportpraxis modellnek jó kiinduló alapja a Svájci–Magyar Együttműködési Program keretében megvalósuló SH/8/1 Alapellátás-fejlesztési Modellprogram. Ez a modell már komplex gondozási-prevenációs munkára koncentrálna, és számos innovatív, hasznos elemet tartalmaz, de a végleges modellhez szükség lesz a szakdolgozói kiterjesztés – dietetikus, gyógytornász stb. – mellett az orvosi munka kiterjesztésére, azaz egyes szakorvosi kompetenciák bevonására is. A modell így egy az egyben biztosan nem kiterjeszthető, mert egyrészt aránytalanul sok, országos méretben nem biztosítható többletforrásból hoz bizonyos eredményt, másrészt az országos kiterjesztéshez biztosan nincs elég szakember a bevonni kívánt szakmákból (egészségpszichológus, dietetikus, gyógytornász).

Visszatérő kérdés: hogyan lehet megoldani azt, hogy az alapellátásban dolgozók gyakorolhassák más képesítésüket is, vagyis az alapellátáson belül szakellátást (vagy jól definiált rész-szakellátást) is nyújthassanak. Az természetes, hogy a személyi és tárgyi feltételeknek ugyanúgy meg kell felelni, mint ha önálló szakrendelés lenne, de lényegi kérdés az önbeutalás, a valós és a látszólagos teljesítménypörgetés, illetve az ellenőrzés kérdése is, ami megfelelő informatikai háttérrel könnyen megoldható. Évekkel ezelőtt a Háziiorvosi Szakmai Kollégium javasolta bizonyos szakorvosi tevékenységek esetében az ún. licencvizsgák lehetőségét (pl. osteoporózis, diabetológia, szorongás és depresszió enyhe-

középsúlyos esetei, pajzsmirigybetegségek stb.), melyek megszerzése esetén az illető háziiorvos jogosult lenne a szakterületen alkalmazott diagnosztikus és terápiás eljárások végzésére. Lehetséges megoldás az, ha a szakvizsgával rendelkező háziiorvos fejkvóta jelleggel megkapja a szakterület jellemző átlagköltségét a praxisba tartozó betegek után, amiből levonják a más ellátónál igénybe vett ellátások OENO pontértékét.

A fentiek szükségszerűen azt jelentik, hogy a későbbiekben kényszerűen csökken az orvosi szolgáltatásra épített szervizpontok száma: 20 év alatt várhatóan megfelelődik, 3500 alattira csökken az orvos(ok) által működtetett alapellátási pontok száma. Ez főleg a kistelepüléseket fogja érinteni, ahol a szakorvosi ellátáshoz történő hozzáférés egyébként is nehezekebb, ezért települési szinten egyéb megoldásokat kell találni.

El kell dönteni, hogy mi legyen a „bázis szervizpont”, azaz mi az az egészségügyi alapszolgáltatás, amit minden településen biztosítani akarunk. (Vigyázat: ez is az alapellátás része!) Az egyik lehetőség az, hogy a védőnői rendszert települési egészségfejlesztővel/egészség szervezővel egészítjük ki. Ezek a diplomás nővérek által működtetett települési egészségpontok szervezik a helyi egészségprogramokat, menedzselik a betegek ellátását, szakintézménybe juttatását, és ezek lehetnek alkalmasak mozgó egészségügyi szolgálatok, szűrő- és szakorvosi kamionok fogadására is. Másrészt (kis) településenként intelligens terminálokat („egészségautomatát”) lehet felállítani, amelyek egyszerre info-pontok, defibrillátorral ellátott elsősegélypontok és gyógyszerkiadó automaták is. A gyógyszerterek egészséggondozó szerepe is megerősítendő – lehet, hogy a jövőben több patika lesz, mint alapellátási egység –, de nem reális cél, hogy minden kistelepülésen gyógyszerterár működjön (bár nem ismerjük a jövő településszerkezetét). A gyakran használt, ismert alkalmazású készítményeket árulhatják az „egészségautomaták”, és az e-recept meg-

valósítása esetén a receptköteles gyógyszerek kiszállítása és/vagy automatákból TAJ kártya ellenében való kiadása is végiggondolandó. A halmozottan hátrányos csoportok számára a közösségi egészségfejlesztőt kell ezekkel a gyógyszerátvételi jogosítványokkal ellátni.

Mindez persze merészebb következtetések levonását is szükségessé teszi. Miután megszűnik az „egy falu – egy orvos – egy praxis” elv, egyre inkább érvényesíthetetlen, így értelmezhetetlen a települési önkormányzatok fenntartási kötelezettsége. Ez eddig is eszközrendszer nélküli kötelezettség volt – az önkormányzat nem tudott pl. kirendelni orvost a feladata ellátására –, de az új modellben legfeljebb önkormányzatok társulásának kötelezettségeként értelmezhető.

Az alapellátás átalakulása természetesen egyéb kényszerek is szül. Le kell mondani az „egység-ge” (szervezetű, működésű) alapellátásról. Az általam fent javasolt modellt – mint „egyenrendszert” – nem lehet és nem is célszerű kötelezően, egységesen bevezetni. Más a perspektíva vidéken, az aprófalvas településeken, és más lehetőségek vannak a városokban. A fent leírt csoportpraxis modell megvalósítása alapvetően a kisebb településeken lehet reális, ahol már eleve nincs (nem lesz) orvos. Tehát nem kényszerintegrációt kell végrehajtani jól működő szülőpraxisok között, hanem kiemelt támogatást nyújtani az új modellre áttérőknek, illetve „progresszív kárkezelést” végezni az ellátatlan területeken. És ahogy ezek a modellszigetek bizonyítanak, úgy válhatnak mintává az önkéntes integrációkhoz.

A városokban egy másik lehetséges fejlődési út a szakorvosokra épített szakgondozási praxis, ahol egy-egy krónikus, folyamatos gondozást igénylő betegség betegkörének emelt szintű alapellátását szakorvos nyújtja, aki a szakgondozási feladatok mellett a hagyományos alapellátási feladatokat is végzi. El kell fogadni azt a tényt, hogy megfelelő „ráképzéssel” egy diabetológus képes ellátni a háziorvosi funkciókat, és a speciális betegpopuláció

számára adekvátabb ellátást is nyújthat, mint egy általános orvos. Ez megfordítva is igaz: egy rátermett háziorvos is szerezhethet diabetológus licenct, és elláthatja a közéletben praktizáló többi háziorvos praxisában ezt a szakfeladatot (konzílium, szupervízió). Ez mind a beteget, mind a rendszert mentesíti a felesleges párhuzamosságok alól.

AMIHEZ AZONNAL HOZZÁ KELL KEZDENI

Ma még nem okoz valós problémát a 300 alatti tartósan betöltetlen praxis – hiszen jobbára kis lélekszámú települések küzdenek ezzel a problémával –, de „a jövő elkezdődött”, azaz a korstruktúrából következően belátható időn belül politikai (és nem csak egészségpolitikai) értelemben is kritikussá nő az ellátatlan területek száma.

Ezért haladéktalanul meg kell kezdeni a felkészülést az új modellre való áttéréshez. Bár szomorú tapasztalataim vannak a konszenzusos egészségpolitika gyakorlati megvalósíthatóságával kapcsolatban – ez sok esetben a kulturált nemcselekvés, felelősségáthárítás szinonimája –, de valóban szükség lenne a modellel kapcsolatban szakmai és politikai konszenzus kialakítására, mert az új modellre való áttérés alapja a csoportpraxisokban szükséges szakemberek (a dietetikustól, gyógytornásztól a közösségi prevenció nővéren át az esetmenedzser ellátásszervezőig) képzése, akár a svájci modell, akár a jelen javaslat a kiindulási pont. Ez pedig időigényes folyamat, amit mihamarabb el kell kezdeni, de nem találomra, hanem a jövő alapellátásának megfelelően.

EGYÉB FELTÉTELEK AZ ÁTALAKÍTÁSHOZ

Az alapellátás átalakítása önálló entitásként nem lehet sikeres, hiszen csak egy teljes egészében átalakított egészségügyön belül lehet igazán hatékony ez a modell. Ezért a dolgozat záró részében röviden áttekintem,

milyen alapfolyamatok szükségesek ahhoz, hogy tényleg általános megújulás következzen be, ami a fenntarthatóság alapfeltétele.

SZERKEZETVÁLTÁS

Az ellátórendszer fenntarthatósága, finanszírozhatósága szempontjából kiemelten fontos a „szerkezetváltás”, aminek a lényege, hogy az ellátórendszer szerkezetét (az egyes kapacitások eloszlását, nagyságát, szervezeti formáját, hozzáférési szabályait) az orvostudomány, a technológia fejlődéséhez, a megbetegedési viszonyokhoz és a demográfiai struktúra változásához kell igazítani. Fontos tudni, hogy a szerkezetváltásnak nincs múltideje, csak folyamatos jelenideje van, azaz nem lehet egyszeri projektnek tekinteni: a lényeg a folyamatos adaptivitás, változás. A fő irányt a 3. ábra mutatja. A szerkezet átalakításának 25 éve hangoztatott célja, hogy az ellátások zöme a lakosságközelben, széles hozzáférésű, alacsonyabb költségű ellátások felé toldódjon el. (Az alapellátás, háziápolás, gondozás vigye el az események zömét, illetve a kórházi rutintevékenységeket vegye át az egynapos sebészet és a nappali kórház.) A nagy költségigényű, szakmailag igényesebb ellátásokat pedig koncentrálni



kell, szabályozott, transzparens szakmai elvek és szigorú betegutak mentén biztosítva az igazságos hozzáférést. Mindez a hagyományos, „klasszikus” kórházi szerep elvékonyodását hozza. A technológia fejlődése ma már lehetővé teszi, hogy a hagyományos kórház központú ellátás más, korszerűbb, a beteg számára kevesebb megterhelést jelentő ellátások felé mozduljon el. Ez egyrészt kórházi körülmények helyett ambulánsan is végezhető beavatkozásokat jelent, illetve sok esetben az intézményi kezelést, műtétet otthon is végezhető gyógyszeres kezelés váltja ki.

Ugyanakkor magának a kórházrendszernek is át kell alakulnia. Ki kell jelölni a jövő „báziskórházait” (egykori nevük: súlyponti kórházak), amelyek évi 365x24 órában felvételes, teljes alapspektrumú báziskórházak, saját diagnosztikai háttérrel ellátottakkal. Ezekre épülnek a regionális centrumok a speciális profillokkal, és az orvosegyetemi centrumokat is ebbe a rendszerbe kell integrálni. Ebben a szektorban is folytatni kell a megkezdett átalakítást: tömbösítés, korszerűsítés, telephely-felszámolás. E mellett lesznek (maradnak) területi általános kórházak a rutinfeladatot jelentő esetek ütemezett ellátására, ahol sürgősségi ellátás inkább csak ambuláns módon/megfigyelésként lehetséges. Az átalakítás ezt a szférát érinti a legjobban: az általános kórházak fogják elszűnni a legnagyobb átszervezést – ágyszám-/telephely- és funkciócsökkentést –, s itt is az egynapos sebészet és a nappali kórház felé tolódik el az aktivitás. Fontos feladatuk marad a szakkórházaknak, amelyek szakmai profilja, progresszivitási szintje széles lehet: az Országos Onkológiai Intézettől az izületsebészeti centrumon át az ápolási szakkórházig terjedhet a spektrum. Ezek a kórházak alapvetően programozott (nem sürgősségi) ellátást végeznek.

Nem elég a kórházak egymás közötti viszonyát átalakítani, a belső viszonyok is változtatni kell. A jövő kórházainak alapstruktúrája a mátrix kórház: a kórház szervezeti egységei nem szakmák szerint (belgyógyászat, sebészet, urológia, szemészet stb.), ha-

nem funkciók szerint (műtő, intenzív osztály, posztoperatív őrző, szakápolási osztály, hotel rész) szerveződnek. De új megoldásokban is gondolkodni kell: a kórházakban létre kell hozni „sima” hotel részt is, ahol azok a betegek tölthetik az éjszakát állandó szak személyzeti felügyelet nélkül, akiket lakóhelyük távol-sága, megközelíthetősége miatt a kivizsgálási sorozat, kúraszerű kezelés alatt nem célszerű naponta utaztatni vagy szállítani.

A járóbeteg-szakellátás területén előre-mutató (lehetett volna) a kistérségi egészségházak építése, de történetük jól mutatja azt, hogy az ellátórendszer egyes elemeit nem lehet izoláltan fejleszteni. A tényleges működőképességhez át kellett volna alakítani a szakmai szabályokat (egynapos sebészet kompetenciája) és le kellett volna építeni a kiváltott kórházi kapacitásokat, illetve a fent leírtak szellemében integrálni kellett volna az alapellátást.

Az átalakulás nem áll meg az ellátórendszeren belül: erősödő tendencia lesz, hogy az ellátás színtere kitágul: „lefele” a laikus önszolgálat, öngondoskodás, személyes egészségmenedzsment irányába, illetve „oldalra”, a nem orvosi egészségügyi szolgáltatások irányába – ideértve a komplementer medicinát is – mozdul el. Ezek kontrollálása, koordinálása szintén az egészségügy feladata.

A MŰKÖDÉS ÁTALAKÍTÁSA, SZEMLELÉTVÁLTÁS

A működés átalakulásának egyik fontos tengelye az ellátók szabályozott, protokollszerű működése. Ennek alapja az evidenciákon alapuló medicina (evidence based medicine, EBM) általánossá válása, de a szabályozott protokollszerű működésbe beletartozik a betegutak és a kompetenciahatárok szigorú betartása is. Tehát nemcsak az a fontos, hogy az adott ellátóponton a konkrét tevékenységét protokollszerűen végezze az orvos, hanem az egész rendszernek protokollszerűen kell működnie, beleértve az igénybevételt, a be- és továbbutalási rend kialakítását és betartását.

A 21. században a hatékonyság elvű korszak új szakasza sejlik fel. Az egészségügy hatékonyságnövelésében az infokommunikációs technológiák (IKT) hozhatnak újabb áttörést, de ez az ellátók és a beteg együttműködését követeli. Ha az előző (még nem lezárt) korszak kulcsszava az EBM, akkor a most körvonalazódó szakaszt a CBM (cooperation based medicine) kifejezés jellemezheti.

Az együttműködési kényszer két szinten értelmezhető: együttműködés az ellátórendszeren belül, illetve a beteg együttműködése az egészsége javításában (életmód és terápiakövetés).

Az ellátórendszer jobb és szorosabb együttműködése elkerülhetetlen, ráadásul a beteg is egyre nagyobb gyógyítási teret jár be, tehát egyre inkább szükséges az, hogy adatai összeszervezhetőek legyenek és a kezelőorvos valós időben hozzáférjen más ellátóhelyek információihoz. Csak ez zárhatja ki a redundanciát, a felesleges tevékenységeket, párhuzamosságokat és idővesztéseket. Ugyanígy az IKT fejlődése a kulcsa a telemedicinának, ami a team munkát nem köti térhez, illetve eltörli az erőforrások szétosztásának területi korlátait. Itt is le kell írni: a szakmai szabályok, az evidenciák általános érvényűek, nem csak az OEP finanszírozású intézményekre vonatkoznak, és az együttműködési, információmegosztási kötelezettség ugyanígy a köz- és a magánszférára egyaránt érvényes kell hogy legyen. A most induló IKT fejlesztések mindehhez jó alapot nyújtanak, de ismételten alá kell húzni: az IKT fejlesztés előfeltétele a működés megváltozásának, de önmagában nem jelent változást. Ehhez a szabályozásnak, az ösztönzésnek és az ellenőrzésnek is változnia kell.

A beteg-együttműködés területén vélhetően előbb-utóbb új szakasz köszönt be. Erős, de nem alaptalan az az állítás, hogy a hatékonyságjavulásban manapság a leggyengébb láncszem maga a beteg. (A protokollszerű kivizsgálás után a protokoll szerint felírt gyógyszert szedi összevissza, nem tartja be az orvos terápiás célú életmódváltó

Az utolsó hivatkozáshoz kérnénk szépen pontosabb forrásmegjelölést. Köszönettel: a szerk.

utasításait, elmulasztja az időszakos ellenőrzéseket stb.) Ez már változóban van, és felértékelődik az egyén felelőssége. A beteg együttműködése a terápiában elsősorban az ő érdeke (a gyógyulás az ő életminőségét és az ő jövedelemszerző képességét javítja), de a mind kifejezettebb forrásszűke miatt a közfinanszírozású szolgáltatásoknál előbb-utóbb kötelességként is fel fog merülni a terápiában való együttműködés. A társadalombiztosítási ellátás közpénzből történik, és a közpénzzel való felelős bánás nemcsak az egészségügy, az ellátók kötelessége, hanem a betegé is. Ezért várhatóan terjedni fognak azok a megoldások, amelyek (pl. a támogatási kulcs meghatározásával) terápiakövetésre, irányított és kontrollált életmódváltásra ösztönzik a betegeket. A gyakorlatban ez a bonus-malus rendszerek terjedését vetíti előre. A terápiakövetés, a betegek együttműködése természetesen nem kizárólag szándék, hanem képesség kérdése is, ezért fel fognak értékelődni az együttműködést segítő „compliance programok”. A compliance szolgáltatások egy része beépülhet a közszolgáltatások rendszerébe, de jelentős részük tartósan is (gyártói és alkalmazói, illetve vegyes finanszírozásban) piaci szolgáltatásként fog tovább élni. A beteg terápiás együttműködése számos, igen eltérő eszközzel javítható.

A compliance-t javító, az adherenciát fokozó eszközök és szolgáltatások várhatóan az alábbi főbb csoportokkal írhatók le:

- A beteg edukációja (tájékoztatás betegsége természetéről, az alkalmazott terápiák lényegéről, hatásairól és mellékhatásairól, az ezzel kapcsolatos együttműködési lehetőségekről; információszolgáltatás az egészségi állapothoz igazított javasolt életmódról: táplálkozás, mozgás stb.)

- A beteg motiválása (bonus-malus rendszerek – finanszírozói, biztosítói feladat az együttműködés honorálása/kikényszerítése érdekében)

- Technikai segítség nyújtása a beteg együttműködésben (gyógyszer-/eszközellátás, kiszállítás, alkalmazási segédlet a beteg

otthonában: a gyógyszerfogyás figyelése, gondoskodás a pótlásról, kiszállítás a folyamatos gyógyszerellátottság érdekében, a gyógyszer beadása, a bevétel ellenőrzése, emlékeztetők küldése stb.; visszacsatolt telemetriás és távfelügyeleti rendszerek működtetése: telemetriás eszközök alkalmazása, a mérések alapján a terápiás dózis vagy a hatóanyag változtatása stb.; személyes tréner/ellenőr biztosítása pl. rehabilitációs gyakorlatok otthoni végzéséhez, ma már webes szolgáltatásként).

Az egyéni felelősségnek és egyáltalán az egyén szerepének ilyen jellegű felvetése ma még talán illuzórikusnak tűnik, de az alapellátás átalakítása kapcsán a nem is nagyon távoli jövőben el kell gondolkodni az e-praxisok kialakításán, ahol a beteg döntése alapján – az elektronikus felületeken adott válaszaira és a hozzá kihelyezett szenzorokra alapozva – az egészség- és betegségmentesítést egy virtuális team végzi, természetesen „valós” ellátókkal szerződve a le szervezett vizsgálatokhoz és ellátásokhoz. Ez középtávon is csak a lakosság 5–15%-a számára realitás, de ez a jövő, és nem a jó öreg, kedves doktor bácsi, aki felírja a szokásos recepteket.

ÖSSZEGÉS

Az alapellátás az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi szempontból legfontosabb eleme, hiszen ez a szektor biztosítja leginkább az egészségügyi ellátásban a hozzáférési esélyegyenlőséget, és valójában – perspektívájában mindenképpen – az ellátórendszernek ez a legnagyobb költség-hatékonyságú szegmense. Az alapellátás fontosságának kiemelése nem felmentést ad az átalakítás alól, hanem megerősíti annak kényszerét: az alapellátás középtávon a jelenlegi struktúrában és szemléletben az emberi erőforrás oldaláról sem fenntartható.

Az átalakított alapellátás jövőképe nem lehet egy homogén ellátási mód: középtávon várhatóan a fent leírt csoportpraxis lesz

a meghatározó működési mód, de emellett lesznek praxisközösségek, szakgondozási (szóló-) praxisok, és tovább élnek a jól működő (jelenlegi) szólópraxisok is. Az alapellátási pontok száma szükségszerűen csökken, ezért „ki kell találni”, hogy a jövő egészségügyében mi lesz az egészségügyi ellátórendszer „báziszolgáltatása”, amit minden településen biztosítani kell.

Ez utóbbi állítás azt is igazolja, hogy nem lehet az alapellátás átalakításáról önálló projektként beszélni, az egész egészségügyi rendszer szerkezetét és működését át kell alakítani, és ebben az új rendszerben kell az alapellátás kiemelt szerepét meghatározni. Az új szerkezet és működés konszenzusos meghatározása azért is fontos, mert az új működésre való áttérés előfeltétele az új típusú szakemberek képzése, ehhez pedig definiálni kell az új modellt, amihez képezni akarunk.

Úgy tűnik, az átalakítás kényszerét a kormány is érzi, és a 2015 nyarán elfogadott törvény számos pozitív változáshoz is alapot teremt. Ugyanakkor a törvényben rögzítetknél komolyabb átalakulásra van szükség, és az alapellátás jövőképét jó lenne széles társadalmi vitában véglegesíteni. Ehhez kíván hozzájárulni ez az írás is.

Budapest, 2015. október–december



Levelezési cím:

kincses.gyula@t-email.hu



Irodalom:

1. Kincses Gy. A magyar egészségügy finanszírozási és strukturális rendszere. LAM 1991. augusztus, melléklet
2. Kincses Gy. „Az alapellátás új modellje. Háziórv Szle 1996 http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/Alapellatasi_ref_elso_csoportpraxis_1996.pdf
3. http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/AEREF_1997_Kincses_Palla.pdf
4. Letöltés az OALI honlapjáról, 2015. november 30
5. MOK-Komáromi Zoltán (2003.)