

Milyen lehet a jövő alapellátása?

Alap-állítások - jövőkép

1. **Az alapellátás** úgy a populációs egészségi állapot, mint az egyéni ellátásbiztonság szempontjából **kiemelkedően fontos szegmense az egészségügyi ellátásnak**.
2. Ez a kiemelkedő fontosságú alrendszer **komoly bajban van**. A jelenlegi háziorvosi rendszer a háziorvosi kar elöregedése, a tudományos-technológiai fejlődés és egyes vidéki területek életminőségének romlása miatt ebben a formában már elavult, és **a 6600 orvosi ellátási pontra alapozva nem menthető meg, ezért alapvető reformokra szorul**.
3. **A jelenlegi megoldási javaslatok**, meghirdetett letelepedési/praxisvásárlási pályázatok igen mérsékelt eredményűek, **csak kitolják a problémát, de nem oldják meg**.
4. Magyarország településszerkezeti, gazdasági és kulturális különbségei miatt a jövő alapellátása csak a helyi igényekhez és lehetőségekhez igazodó **modellek párhuzamos együttélése esetén lehet működképes**. Ezért a helyi igényekhez és adottságokhoz alkalmazkodó megoldásokat kell támogatni, és az átalakítás nem irányulhat jólműködő praxisok felszámolására, erőszakos átalakítására. Mindegyik megoldásban közös cél:
 - a. *annak biztosítsa, hogy minden magyar állampolgár lakóhelyén/lakóhelye közelében életkorától függetlenül juthasson hozzá a megelőzés-gondozás központú, azonos szakmai színvonalú, szabványosított és ellenőrzött minőségű alapellátáshoz,*
 - b. *az alapellátó team ne csak a beteg gyógyítója legyen, hanem a diplomás nővérekkel együtt egészségmenedzser, egészség-coach is, és ebben*
 - c. *támogassa, illetve használja ki a betegek és a helyi közösségek egészségtudatosságát, egészség-képességeit, együttműködését.*
5. A korszerű alapellátás **egyszerre legyen kapuőr és révkalauz**, azaz
 - a. *bizonyos egyszerűbb, de gyakori szakorvosi feladatokat vegyen át az alapellátás, azaz a jelenleginél magasabb szakmai kompetenciával működjön, és így minél több beteg befejezett ellátása és folyamatos gondozása az alapellátásban történjen,*
 - b. *az alapellátás szervezze meg a beteg kivizsgálását, illetve a kompetenciáját meghaladó gyógyítását.*
6. Ez a komplex feltételrendszer technológia és tudáskövetően az alapellátás hagyományos modelljében (minden településen legyen egy általános orvos, akinek munkáját egy nővér segíti) nem elégíthető ki.
7. **A jövő alapellátásban az alábbi formák együttélésre kell felkészülni:**
 - a. *A hagyományos (jelenlegi) szülő praxisok, közös mikrotérségi háttérszolgáltatásokkal (A jelenlegi alapellátás, „a svájci modell” egyes elemeit átvevő, általános háttérszolgáltatásokkal támogatva)*
 - b. *Praxisközösségek (A Svájci-Magyar alapellátás-fejlesztési modellprogram rendszerű kiterjesztése. A modell lényege: 4 - 6 önállóan dolgozó háziorvos kap közös szakmai háttérszolgáltatást diplomás nővérektől: dietetikus, gyógytornász, népegészségügyi koordinátorok és a segéd-egészségőr beépítése a csoportba). A modellprogramot hazai, rendszerszerű finanszírozásból kell kiterjesztve folytatni.*

- c. [Csoportpraxisok](#) (10-20 ezres közösség emelet szintű, egyes szakellátási feladatokat integráló alapellátására szerveződött ellátó közösség, amelyben a team tagjai között szakorvosok és a praxisközösségekben dolgozó szakdolgozók is megtalálhatók)
 - d. Foglalkozási egészségüggyel integrált munkahelyi alapellátási rendelkezések, amelyek integrálják az egészségügyi alapellátást, a foglalkozás-egészségügyi feladatokat, és a vállalati egészségmegőrző programokat.
 - e. Szakgondozási praxisok (egy konkrét krónikus betegségtípusban szenvedők ellátására, gondozására szerveződött praxis, alapellátási funkciókkal is bővítve).
 - f. Területi ellátási kötelezettség nélküli közfinanszírozású praxisok, amelyek a csökkentett OEP finanszírozás mellé a betegetől legálisan kiegészítő átalánydíjat szednek.
 - g. Tisztán magánfinanszírozású praxisok, amelyek alapellátási feladatokkal és jogosítványokkal is rendelkezzenek (pl.: táppénzre vételi jog), de közfinanszírozásban egyáltalán nem rendelkeznek (Ezek működhetnek akár e-praxis jelleggel is).
8. **Az előregedő korstruktúra és az utánpótlás-hiány egyre nehezebb az önálló házi-gyermekorvosi rendszer fenntartása.** Ezért keresni kell az „equity-conform megoldást”, aminek lehetséges elemei:
- a. a védőnői rendszer megerősítése,
 - b. iskola-egészségügyi rendszer megerősítése,
 - c. a területi gyermek-szakorvosi konziliárius rendszer realitásának megvizsgálása,
 - d. a csoportpraxis rendszer bevezetése, kiterjesztése, aminek kötelező eleme a **csoportpraxisba integrált gyermekgyógyász.**
9. **Középtávon** célmodellként – elsősorban azokon a területeken, ahol a hagyományos alapellátás a betöltetlen praxisok miatt megszűnik –, a *mikrotérségi egészségházban működő, szakorvosi feladatokat is integráló [csoportpraxis](#) támogatása* javasolható.
10. A megerősített alapellátásban **növelni kell a tervezett, programozott orvos-beteg találkozások** (szűrés, időszakos ellenőrzés, gondozás) **arányát** a „kárkezelő”, panasz-alapú találkozásokhoz képest. Ezt *diplomás nővérek (védőnők és „felnőtt védőnők”) bevonásával a csoportpraxisban és a szakgondozási praxisokban lehet a legeredményesebben elérni.*
11. **Az alapellátás szakmai kompetenciájának emelését a szakorvosi feladatok egy részének az alapellátásba integrálásával lehet elérni.** A csoportpraxis és a szakgondozásra épülő praxis támogatása mellett ösztönözni kell azt is, hogy a praxisokban a releváns szakképesítését használhassa a háziorvos.
12. Az **alapellátási ügyeletet** a jövőben a **sürgősségi ellátási rendszer részeként kell újraszervezni.**
13. **Valamennyi modellben szükség van a diplomás nővéreknek** (védőnők, házi szakápolás, dietetikus, gyógytornász, „prevenciós nővér”, ellátásszervezők, népegészségügyi koordinátor) **az alapellátásba integrálására.** A halmozottan hátrányos területeken kiemelt fontosságú a *segéd-egészségőr rendszer* kiterjesztése.
14. Középtávon **át kell gondolni**, hogy azokon a kistelepüléseken, ahol nem lesz háziorvosi rendelés, milyen ellátási formákat, hozzáféréseket kell garantálni, azaz **mi legyen a minden településen elérhető minimális szerviz pont.**

15. A jövő **átalakítja a gyógyszerészek szerepkörét** is. Két, egymást nem feltétlenül kizáró út lehet a jelenlegi funkció mellett. Az egyik lehetőség, hogy a gyógyszerészek, **mint klinikai szakgyógyászok** a csoportpraxis terápiás team-ének lesznek a tagjai, a másik út a **„gyógyászati gondozás”** rendszere, ahol a kistélepüléseken a gyógyszerész ellenőrző-gondozási helyként is funkcionál.
16. A megújított alapellátás **új finanszírozási technikákat** is követel. A normatív teljesítményfinanszírozás elvét eredményorientált érdekeltséggel kell kiegészíteni, illetve **minőségi és teljesítmény cél-indikátorokhoz** kell kötni. (Pl. ismert és helyesen kezelt magas vérnyomásos, cukorbeteg aránya, szűrések, felfedezettek száma, aránya, stb.) Az alapellátás forrásait globálisan bővíteni kell, hogy a megnövekedett feladathoz a megnövelt személyzet (diplomás nővérek) bérét fedezze.
Megfontolható az 1997-es [Kincses - Palla](#) javaslat aktualizálása: az orvosválasztás csak konkrét, a beteg súlyszámával fordított arányban levő ideig érvényes, és az újra-regisztráció egy részletes alapvizsgálathoz kötött, amely külön díjazott.
A **csoportpraxisoknál** szóbajöhet **az IBR tapasztalatok alapján működő költséggazdálkodó csoportok** rendszere.
17. A fentiek csak **megfelelő info-kommunikációs támogatással** valósíthatók meg.
18. **Praxisjog** intézménye **ma sem tölti be az eredeti szándékát**, nem biztosít megfelelő tulajdonosi biztonságot, időskori megélhetést, de **gátja** az alapellátás új szemléletű megújításának. Ezért **kárpótlással egybekötött kivezetése javasolt**.
19. A praxisjog mellett ki kell vitatni az **önkormányzati felelősség kérdését**. Egyrészt az önkormányzatok eszköztelenek ennek a kötelezettségnek a teljesítésében, másrészt **a megújuló alapellátás többlet-feladatai csak település szint feletti szervezettségben értelmezhetők**. Ezért **a fenntartási kötelezettséget vagy társulási kötelezettséghez kell kötni, vagy kistérség szintre kell emelni**.

A konkrét feladatok

A fentiek megvalósítása (minimálisan és vázlatosan) az alábbiakat igényli.

Azonnal

1. **Egyesével** át kell tekinteni a tartósan betöltetlen praxisokat és azok ellátási területeit, illetve jelenlegi ellátásuk módját. Ezek alapján **át kell alakítani a körzethatárokat, meg kell szüntetni a fenntarthatatlan kis praxisokat**. Alapelv, hogy a körzethatárok módosításával a jelenlegi ellátók nem járhatnak rosszabbul. (A helyettesítési pénzek pótlása.)
Letelepedési pályázatot csak a praxisrevízió után, az életképes méretű, ellátható területű, **működőképes praxisokra szabad kiírni**. A többi településen az **önkormányzati társulást**, illetve a csoportpraxis és praxisközösség jellegű megoldást kell támogatni
2. A letelepedési támogatás mellé ki kell dolgozni az **emelt szintű területi pótlék pályázható támogatási rendszerét**. Megfontolandó egy olyan rendszer, ahol az érintett önkormányzatoknak önrészvállalási kötelezettsége van.
3. **Emelni kell a rezidens képzési keretszámot**

4. Szakmai és politikai konszenzussal **el kell dönten**i a **jövő alapellátásának modelljét**, és ennek kell **alárendelni**:
 - a. a **fejlesztés/beruházás-politikát** (mikrotérségi egészségház),
 - b. a **képzés, szakképzés átalakítását**. (Az alapellátási szakvizsga megújított kurrikuluma, kiegészítő képzés az átlépéshez, az alapellátásban egyrészt a létező képzéseknél a diplomás nővérek keretszámának növelése – pl. gyógytornász, dietetikus –, másrészt új képzések pl. egészségsszervező, ellátásszervező stb. indítása.)
5. **A praxis-finanszírozás általános emelése**, zömmel preventív funkciók teljesüléséhez és eredményességi mutatókhoz kötöten. (A többletfinanszírozás alapja: a szűrés-gondozás és a tervezett praxis-beteg találkozások arányának növelése, célindikátorok teljesülése.)
6. **A TEK nélküli praxisok helyzetének rendezése** (a legális co-payment engedélyezése, amit fizethet a beteg, vagy a munkahely, vagy egészségpénztár)

Rövidtávon:

1. A Svájci-Magyar alapellátás-fejlesztési modellprogramban kifejlesztett **praxisközösség modellt rendszerszerűen**, hazai forrásból kell folytatni, illetve pályázati alapon az **összes** alkalmas jelentkezőre **ki kell terjeszteni**.
2. A jövő alapellátása érdekében (lehetőleg a járási struktúrához alkalmazkodva) **ki kell jelölni azokat a mikrotérségeket, amelyek jövő alapellátásának funkcionális egységei**.
3. **Ki kell dolgozni** az alapellátási formák **végleges modelljeit és részletes szabályrendszerét** (incl. csoportpraxis és szakgondozási praxis), és ezzel kapcsolatban modellkísérleteket kell folytatni.
4. Ki kell dolgozni a mikrotérségek, **az alapellátás funkcionális egységeinek szakmai háttértámogatási rendszerét**, pl.: ellátás-szervezési támogatás, közös szakdolgozói- diplomás nővéri támogatás: védőnők, népegészségügyi egészségfejlesztő, dietetikus, gyógytornász, házi szakápolási team stb.)
5. El kell indítani a **mikrotérségi egészségházak programját**.
6. Szakmai és társadalmi vita után **dönteni kell a praxisjog sorsáról**.

Középtávon

1. **Rendszerszerűen be kell vezetni csoportpraxis intézményét** és az egyéb alapellátási formákat, illetve az ezek hatékony működését elősegítő új finanszírozási módokat.
2. **Ki kell alakítani a mikrotérségek háttérszolgáltatásait**, amelyhez minden praxisnak működési formától függetlenül hozzá kell férnie. (A csoportpraxisok esetében a háttérszolgáltatásokat nyújtó szakdolgozók egyértelműen a csoportpraxis részét képezik, a praxisközösség esetén ez attól függ, hogy a jövőben a finanszírozási egység a praxisközösség lesz, vagy a praxisok.)
3. **Az ellátási kötelezettséget önkormányzati szintről magasabb szintre** (kötelező társulás? Járás?) **kell emelni**.
4. Megfelelő kártérítés/kompenzáció mellett **ki kell vezetni**, vagy általánosabbá kell tenni (járóbeteg-szakellátás) **a praxisjog intézményét**.
5. A folyamatos elemzés, monitorozás alapján **elő kell készíteni azokat a változásokat, amelyek ma még nem jósolhatók**. (A rendszer fontos tulajdonsága az adaptivitás...)

Dr Kincses Gyula