

---

## Mi is az a csoportpraxis?

---

Az alapellátás jelenlegi modellje nem tartható fent. Egyrészt ismerjük a házi orvosok korösszetételét, ismerjük a magyar faluk lakosságszám csökkenését, tehát a hagyományos **egy orvos – egy praxis alapú működés** közép és hosszútávon **fenntarthatatlan**. Egy korszerű egészségügyben **a szükséges és korszerű orvosi tudás már nem birtokolható egy személy által, és a szükséges korszerű orvos-technika nem működtethető költség-hatékonyan egy orvos által**. Ráadásul a korszerű alapellátás **megnövekedett, sokrétű feladatait** (közösségi és egyéni egészségfejlesztés, általános és célzott szűrés-gondozás/Chronic Disease Management, gyógyítás, betegút-menedzsment stb.) **egy orvos már nem tudja ellátni**, és ezen feladatok jó része nem is orvosi feladat, hanem erre képzett diplomás nővér dolga. Ma már **team munka** és korszerű ellátásszervezés **nélkül nem teremthető meg az ellátás hatékonysága**, a preventív – gondozási szemléletű munka és a gate keeper funkció tényleges érvényesülése **csak** egyes szakorvosi feladatoknak az alapellátásba integrálásával érhető el.

A jövő alapellátása jó eséllyel sokszínű lesz, azaz különböző szervezési formák együttélése a realitás. Jól működő „hagyományos” praxist nem szabad felszámolni, csoportba kényszeríteni, de ha a jövő egészségügye közösségi célok (hozzáférési esélyegyenlőség és populációs szintű egészségnyereség) szerint szerveződik, akkor a **„célmodell”, a középtávon támogatott modell reálisan a csoportpraxis lesz**.

**Mi is az valójában és hogyan működik?** Erről [sokat](#) és sokszor [írtam már](#), hiszen a mellékelt ábra is [1996-ban \(!\) készült](#) a katalán tanulmányút után. A lényeg:

*A csoportpraxisban egy közösségi egészségházban eltérő szakképesítésű orvosok, nővérek, diplomásnővérek együtt, teamként nyújtanak emelt szintű alapellátást és erre épülő egészségszolgáltatásokat egy 15-20.000 fős közösségnek. A praxistagok között kötelezően van házi orvosi képesítésű, nőgyógyász és gyermekgyógyász, de lehet akár fül-orr-gégész, allergológus, vagy belgyógyász is. A csoport kompetenciája (tudásszintje) így magasabb, mint egy házi orvosé, hiszen különböző szakképesítésű emberek dolgoznak együtt. Közösén használják a műszereket, így a műszerezettség is lehet korszerűbb, mint egy „normál” praxisban, és a drágább műszerek kihasználása, megtérülése is jobb így.*

Az alapellátás előremutató modellkísérlete [Svájci-Magyar alapellátásfejlesztési](#) modellprogram, azaz a praxisközösség. **Az alapvető különbség a csoportpraxis és a praxisközösség között az, hogy a praxisközösségben** azonos tudású, azonos feladatú, kompetenciájú orvosok (házi orvosok) dolgoznak együtt közös szakmai és népegészségügyi háttértámogatással (gyógytornász, dietetikus, egészségfejlesztő stb.). A betegnek itt a saját orvosa a házi orvosa. A **csoportpraxisban** ezzel szemben eltérő szakképesítésű orvosok együtt adnak egy magasabb szintű ellátást, a praxistagok feladata nem azonos. A betegnek a csoport a házi orvosa, bár van személyes kapcsolat-tartója, *egészségmenedzsere*.

## Az alapellátás szükséges változása



A csoportpraxis tehát feladatokat vesz át „felülről”, a szakellátásból, de „alulról”, pontosabban „oldalról” is: a csoportpraxis fontos tagjai a diplomás nővérek, a dietetikusok, gyógytornászok, házi szakápolók, illetve az ellátásszervező és prevenciós nővérek. Itt a „svájci modellkísérlet” pozitív tapasztalatait kell hasznosítani. Mindebből következik,

hogy a csoportpraxis tagjai egy helyen dolgoznak, ennek *ideális helye az egészségház*.

A **mikrotérségi egészségház** ad helyet a praxistag orvosok és szakdolgozók (pl. gyógytornász, dietetikus) rendelőinek, kezelőinek, a *közösen használt* diagnosztikus vagy terápiás eszközök vizsgálójának/kezelőjének, és lehet olyan rendelő, amelyik „utazó” (váltott telephelyeken rendelő) szakorvosok (szemészet, urológia, bőrgyógyászat stb.) befogadó rendelője. A korszerű egészségház befogadhat patikát, optikust, és helyet ad egy olyan „fitness” teremnek, amelyben napközben gyógytornász tud dolgozni, de este közösségi programoknak, akár forprofit edzéseknél is helyet ad. (Ne feledjük: a korszerű rehabilitációs gyógytorna és a fitness szalon eszközigénye zömmel azonos.)

Az egészségház tehát magasabb szintű és komplexebb ellátást nyújt, mint a jelenleg alapellátás vagy a praxisközösség, de **nem „mini-SZTK”**, azaz az ott dolgozó szakorvosok nem használják szakképesítésük teljes spektrumát, *csak a „sima” rutineseteket látják el*. De ez bőven elég, hiszen alapvetően ezek miatt fordulunk orvoshoz, ez adja az esetek legalább 80%-át. Egyszerű példával: a csoportban dolgozó nőgyógyász nem nőgyógyászati szakrendelést végez, hanem „csak” a szűréseket és a terhesgondozást végzi, illetve kezeli az egyszerű, de gyakori betegségeket („felfázás”, egyszerű fertőzés stb.). Ha a betegség súlyosabb, akkor annak kezelését megszervezi a szakrendelőben vagy kórházban, és majd megint ő végzi az utókezelést, ellenőrzést.

A hagyományos alapellátási *orvosi feladatok* így beépülnek a csoportpraxisba, de a *csoportpraxis átveszi a szakrendelések rutineseteinek jelentős részét is*. (A szakgondozás jellemző módon alapellátási szintre kerül.) A *szakrendelők pedig a kórháztól vesznek át feladatokat*: egynapos sebészetben, illetve nappali kórházként látnak el olyan feladatokat, amelyekkel ma még kórházba kell menni. Így értelmesebb, rugalmasabb, fenntarthatóbb lesz az egészségügy szerkezete, és az ellátások összességében közelebb kerülnek a lakosokhoz.

---

Igen, ennek következtében a kis faluban, ahol eddig sem (nagyon) volt orvos, ott megszűnik a helyettesítéssel részidőben végzett háziorvosi rendelés. De nem a csoportpraxis miatt, hanem mert nem fenntartható. **Nem a helyettesítő orvosokat kell a lepukkant rendelők között körbeutaztatni, hanem mikrobusz körjáratokkal kell a betegeket eljuttatni (és vissza) a korszerű egészségházakba.**

Nem ennek a papírnak a témája, de azt is végig kell gondolni, hogy **az új modellben mi a minden (azaz minden) településen biztosítandó alap-szerviz pont/ellátás.** Vélhetően ellátásszervező és prevenciós nővérek (védőnők, „felnőtt” védőnők) fogják ezt ellátni, akiknek a csoportpraxishoz kell tartozniuk.

Mindebből következik, hogy a csoportpraxis modellprogramjait **ott kell elindítani, ahol gyakorlatilag megszűnt a hagyományos alapellátás.** Így az átállás, az új modell nem elvesz valami megszokottat a lakosoktól, hanem ad egy új, korszerűbb ellátási formát.