

Javaslat a járóbeteg-ellátás megújítására

Vezetői összefoglaló

A lakosság egészségi állapotának, munkaképeségének javítása, a felesleges és korai halálozások csökkentése, és egy szemléletében és szerkezetében is korszerű, adaptív egészségügyi rendszer minden ország nemzetstratégiai érdeke.

Jelen dolgozat a járóbeteg-ellátás – a háziorvosi rendszer és a járóbeteg szakellátás –, a foglalkoztatás-egészségügy és a fogorvosi alapellátás átalakításának lehetőségeit vizsgálja.

A járóbeteg-ellátás (a járóbeteg szakellátás és az alapellátás) kérdései nem tárgyalhatók önmagukban, mert a nemzetközi folyamatoknak megfelelően a technológiák fejlődése és a kulturális változások miatt *Magyarországon is folyamatosan változik az ellátórendszer egyes elemeinek feladata, kihasználtsága.* Ezért – a szakmai-technológiai fejlődésnek megfelelően – *folyamatosan hozzá kell igazítani az ellátórendszer szerkezetét a változásokhoz.*

A cél kettős:

- **az egyszerűbb, nagy tömegben nyújtandó ellátásokat közelebb kell vinni a lakossághoz,** ki kell vinni a kórházakból,
- **a magas technológia és erőforrás igényű ellátásokat jól szabályozott betegutak és kiegyensúlyozott fejlesztéspolitika mellett koncentrálni kell.**

Mindez egyszerre igényli

- **a kórházi rendszer átalakítását:** a kórházi ellátásban a globális kapacitások szűkítése – a szociális ágyak és az emelt szintű járóbeteg szakellátási centrumokban végezhető ellátások kapacitásainak kivezetésével – mellett fejleszteni kell a nagy erőforrásigényű, komplex eszközrendszert igénylő ellátásokat (centrumkórházak, megyei szintű társkórházakkal)
- **a járóbeteg-ellátás megerősítését,** beleértve a korszerű járóbeteg-ellátó központokat és a megerősített alapellátást
- **az átlátható szakmai szabályokat, egyértelmű,** mindenki által ismert és **betartott betegutakat**
- **Az ellátási szintek kompetencia átrendezését, és a szakképzésnek az átalakítását.**

A szerkezetátalakítás csak akkor lehet eredményes, ha ezt a szakmai szabályok, a forrásallokáció és az érdekeltségi/ösztönzési rendszer átalakítása is követi. Ehhez **szükség van a magyar egészségügyben a humán erőforrás-krízis kezelésére, amelynek előfeltétele a bérek rendezésére**

A MOK határozott álláspontja, hogy **bármilyen változás csak érdemi, a MOK bértábláján alapuló béremeléshez kötötten, a hálapénz kivezetése esetén lehet eredményes, az ellátások minőségének, eredményességének mérése mellett.**

A háziiorvosi rendszerben az átalakítás megtervezése során az alábbi két alapállítást kell figyelembe venni:

1. A tudományos-technológiai fejlődés és a társadalmi átalakulások , valamint a háziiorvosi kar elöregedése miatt **a hagyományos, egy orvos-egy nővér alapú praxisokra épülő alapellátás nem tartható fenn.**
2. A jelenlegi korstruktúra és kulturális közeg mellett **csak evolutív, önkéntességre alapozott változás képzelhető el**, mert az erőszakos, kikényszerített váltás esetén az idős orvosok tömege hagyná el praxisát.

Ennek megfelelően a közeljövőben új, **a különböző ellátási formák együttélését lehetővé tevő modellt kell kialakítani.** *A működő praxisokat nem szabad erőszakos átalakításra kényszeríteni – ugyanígy a praxisok államosítása sem javasolt –, de ösztönözni kell az új formákra, a praxisközösségre való áttérést.*

A járóbeteg szakellátás

A járóbeteg szakellátás javasolt fejlődési iránya: **a jelenlegi szakrendeléseknek, rendelőintézeteknek át kell venniük a kórházaktól** (egynapos sebészet, nappali kórház, a magasabb progresszivitási szinten kórházakban ellátott betegek rehabilitálása, utógondozása, követése) **és rutin-tevékenységük jelentős részét át kell engedniük az alapellátásnak.**

A szakmai és gazdasági/fenntarthatósági megfontolás a kórházak, a telephelyek számának csökkentését indokolja, de ez szélesebb kontextusban is vizsgálandó kérdés. Egy egészségügyi intézménynek egy település életében fontos szerepe van, munkahelyet teremt számtalan beszállítónak is, hatással van a település lakosságmegtartó képességére is. Másik állítás, hogy a **nem megfelelő átmenettel végrehajtott átalakítás esetén várhatóan az állás nélkül maradt orvosok jelentős része hagyja el a közellátást, rosszabb esetben az országot is.** Ezért meg kell találni az optimális arányt a kórházi kapacitások érdemi szűkítése és a szakellátások – ezzel az orvosok – helyben tartása között.

A járóbeteg szakellátás megerősítésében **alapvető elem a kórházi ellátásokat kiváltó egynapos sebészeti és nappali kórházi ellátások megerősítése, kiterjesztése.** Egyértelműsíteni kell, hogy ezen ellátások kórháztól független fejlesztése a szerkezetváltás egyik alapvető feltétele, de nem kizárólag infrastruktúra-fejlesztési kérdés. A további fejlődéshez **át kell alakítani a szakmai szabályokat és a minimum-feltételeket:** minél több típusú ellátásnál meg kell teremteni annak a lehetőségét, hogy egynapos ellátás-ként is lehessen nyújtani.

Az egynapos sebészet terjedésének gátja a szociális-infrastrukturális körülmények egyenletlensége. Ezen betegek, és a nappali kórházban kezelt távol lakó betegek számára innovatív megoldást jelenthetne a felszabaduló kórházi részek „Medmotel” jellegűvé alakítása.

A fogászati ellátás részben önálló entitásnak minősül önálló problémákkal, és részben önálló megoldási lehetőségekkel. Ezzel, valamint a **foglalkozás-egészségüggyel önálló fejezet foglalkozik.**

Javaslataink megvalósulásának előfeltétele a megfelelő finanszírozás mellett az értékalapú minőségpolitikai és finanszírozási elvek érvényesítése.

Tartalomjegyzék

Általános megállapítások	6
Az ellátórendszer szerkezetének átalakítását a rendszer egészére kell tervezni	6
A szerkezetátalakítás csak komplex változások esetén lehet eredményes	8
A járóbeteg-ellátás átalakítása	10
A járóbeteg-ellátás lehetséges szervezeti modelljei	10
Modell szintű javaslat Magyarország számára	10
A háziorvosi rendszer jövője.....	11
A jelen helyzet - problématerkép	12
A korösszetétel.....	12
Működési zavarok	14
Praxisjog- praxisalap	16
Mit lehet és kell tenni?	17
Közösségi megoldások terjesztése.....	17
A praxisközösség	18
A csoportpraxis	18
Szakellátási feladatok integrálhatósága az alapellátásba.....	20
A licencvizsga rendszer kiterjesztése	21
A „szakgondozási praxisok”	22
A megvalósítás kulcselemei	22
A mikrotérségi elv kialakítása	22
Képzés	23
Finanszírozás	23
A járóbeteg szakellátás	24
A jelen helyzet.....	24
A járóbeteg-szakellátás problémái	25
A finanszírozási problémák	25
A humánerőforrás problémák	26
A járóbeteg-szakellátás fejlesztésének irányai	26
A kórházi kapacitások transzformálása a járóbeteg szakellátás irányába	26
Az egynapos sebészet fejlesztése	28

A nappali kórházi ellátások fejlesztése	31
Az önálló rendelőintézetek fejlesztése	31
A finanszírozás	32
E-Health stratégia	33
Az értékalapú minőségpolitika alapjai	34
A foglalkozás-egészségügy rendszerének átalakítása és bevonása a prevenció és alapellátási feladatokba	37
Javaslat a fogorvosi alapellátás fejlesztésére	39
Áttekintés.....	39
A fogorvosi alapellátás fő problémái	40
Finanszírozási - szolgáltatói oldal:.....	40
Szabályozási szinten:.....	40
Beteg oldal:	41
Célok:.....	41
Megoldási javaslatok:	41
Kiszámítható, garanciákat tartalmazó finanszírozás	41
A fogorvosi ellátási kötelezettség szűrővizsgálat elvégzéséhez kötése	42
Beteg oldalon bónusz rendszer bevezetése megfontolandó	42
A szakvizsgák használatának engedélyezése az alapellátó praxison belül	42
Praxisalap létrehozása, a praxisvásárlási és letelepedési támogatások összevonása és kibővítése, ezzel hatékonyabb támogatási rendszer jön létre	43

Általános megállapítások

Az ellátórendszer szerkezetének átalakítását a rendszer egészére kell tervezni

A járóbeteg-ellátás (a járóbeteg szakellátás és az alapellátás) **kérdései nem tárgyalhatók önmagukban**, mert a nemzetközi folyamatoknak megfelelően a technológiák fejlődése és a kulturális változások miatt *Magyarországon is folyamatosan változik az ellátórendszer egyes elemeinek feladata, kihasználtsága*. Egyes – régen kórházban kezelendő – betegségek (pl. gyomorfekély) ma a beteg által közvetlenül is megvásárolható tablettákkal kezelhetővé váltak, illetve hosszabb kórházi kezelést igénylő „nagyműtéteket” lehet ambuláns kezeléssel (pl. vesekő zúzás) vagy egynapos sebészettel kiváltani. Mindeközben egyre több olyan betegséget ismerünk fel, amelyeknek kezelése igen komoly erőforrás igényű, és nagy gyakorlatot (azaz megfelelő esetszámot) igényel. Mindez ellátásbiztonsági és költséghatékonysági okokból ezeknek az ellátásoknak a koncentrációját igényli. Ezért – a szakmai-technológiai fejlődésnek megfelelően – *folyamatosan hozzá kell igazítani az ellátórendszer szerkezetét a változásokhoz*. Ennek lényege:

Az ellátórendszer egyes elemeinek

- az arányát,
- a funkcióját,
- egymáshoz való viszonyát,
- feladatmegosztását

hozzá kell igazítani

- a megváltozott szakmai - technológiai környezethez,
- a megváltozott szükségletekhez,
- a megváltozott lakossági igényekhez, kulturális környezethez.

A cél kettős:

- **az egyszerűbb, nagy tömegben nyújtandó ellátásokat közelebb kell vinni a lakossághoz**, ki kell vinni a kórházakból,
- **a magas technológia és erőforrás igényű ellátásokat** jól szabályozott betegutak és kiegyensúlyozott fejlesztéspolitika mellett **koncentrálni kell**.

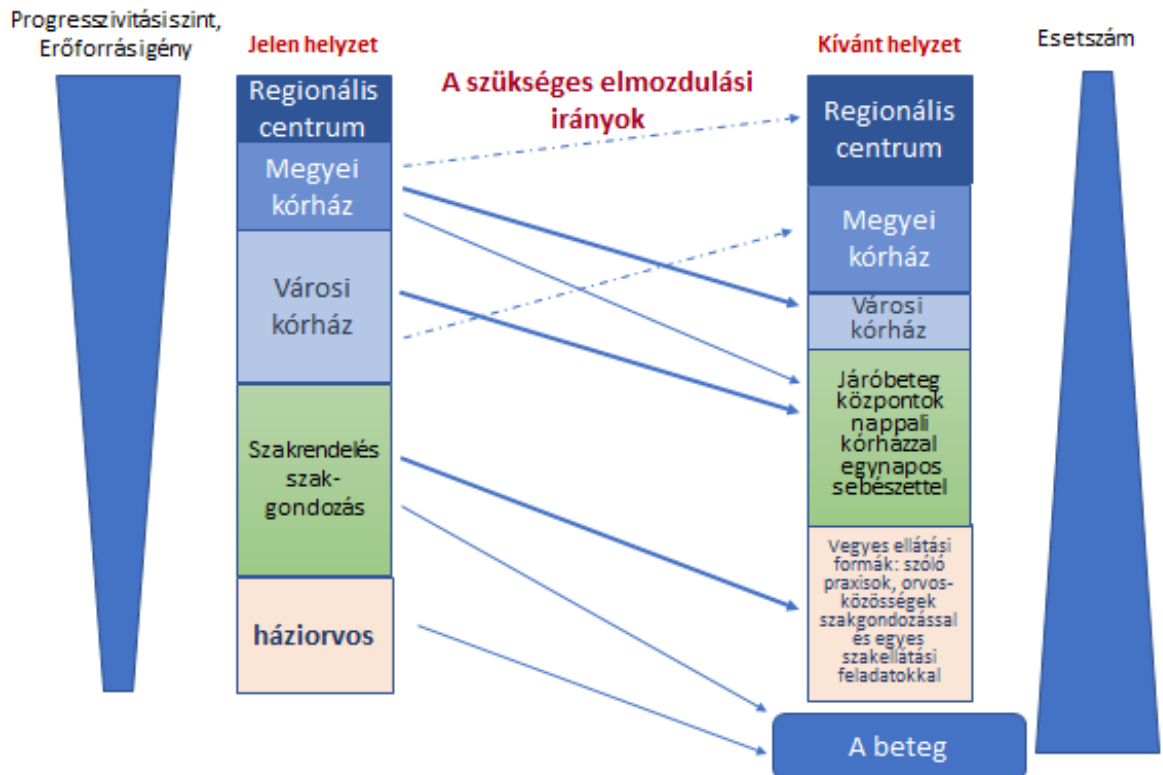
Mindez **egyszerre igényli**

- **a kórházi rendszer átalakítását**: a kórházi ellátásban a globális kapacitások szűkítése – a szociális ágyak és az emelt szintű járóbeteg szakellátási centrumokban végezhető ellátások kapacitásainak kivezetésével – mellett fejleszteni kell a nagy erőforrásigényű, komplex eszközrendszert igénylő ellátásokat (centrumkórházak, megyei szintű társkórházakkal)
- **a járóbeteg-ellátás megerősítését**, beleértve a korszerű járóbeteg-ellátó központokat és a megerősített alapellátást

- az átlátható szakmai szabályokat, egyértelmű, mindenki által ismert és betartatott betegutakat.

Az ellátórendszer szerkezetének és tevékenységtömegének kívánt elmozdulását az 1. ábra jelzi.

A szerkezet és a tevékenységtömeg szükséges elmozdulási irányai

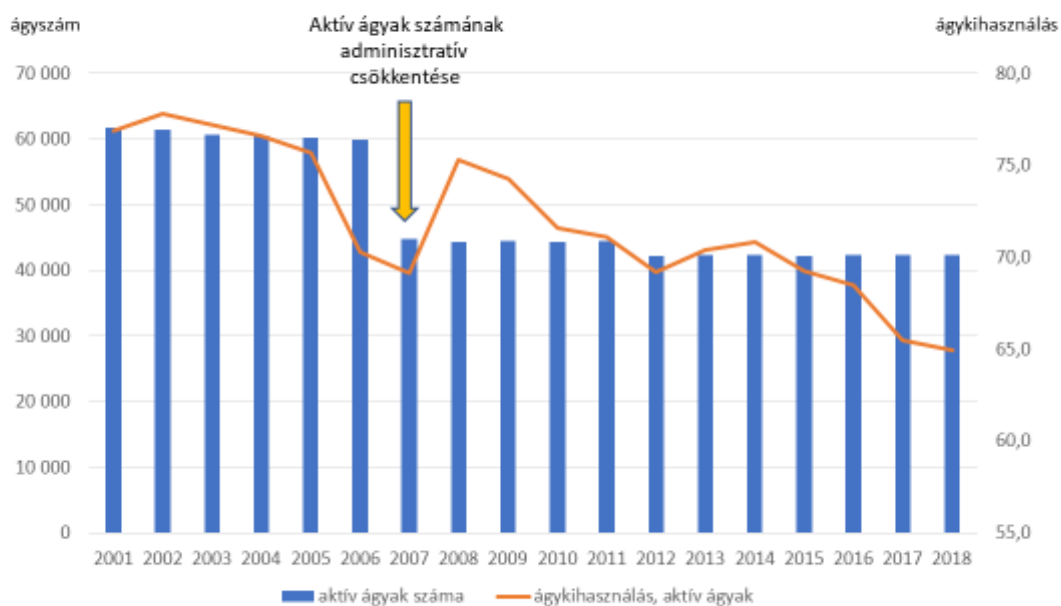


1. ábra

A szerkezetátalakítás csak komplex változások esetén lehet eredményes

A tapasztalatok azt mutatják, hogy az ellátórendszer szerkezetének érdemi átalakítása adminisztratív eszközöket igényel, de mint a 2. ábra mutatja, az egyszeri beavatkozások hamar devalválódnak, illetve visszarendeződés indul el.

Az ágykihasználás alakulása Magyarországon



Forrás: egészségügyi statisztikai évkönyv 2018

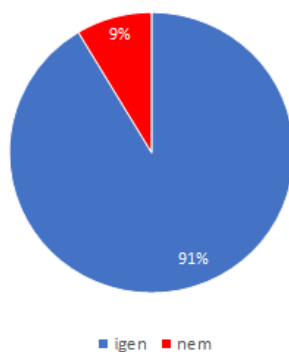
2. ábra

A szerkezetátalakítás csak akkor lehet eredményes, ha ezt a szakmai szabályok, a forrásallokáció és az érdekeltségi/ösztönzési rendszer átalakítása is követi. Ehhez **szükség van a magyar egészségügyben a humánerőforrás-krízis kezelésére, amelynek előfeltétele a bérek rendezésére** (1. számú melléklet).

A MOK határozott álláspontja, hogy **bármilyen változás csak érdemi, a MOK bértábláján alapuló béremeléshez kötötten, a hálapénz kivezetése esetén lehet eredményes, az ellátások minőségének, eredményességének mérése mellett** (2. számú melléklet).

Felmérésünk szerint a 1227 válaszadó 91,4%-a, azaz az orvostársadalom nagy többsége támogatja a hálapénznek az orvosbérek rendezéséhez kötött betiltását, ami előfeltétele minden érdemi változásnak az egészségügyben (3. ábra).

Egyetért-e azzal, hogy a MOK bértáblájának elfogadása után a hálapénz és az 5.000 Ft feletti ajándék elfogadását törvény tiltsa?



1227 válasz alapján

MOK felmérés, 2020. május

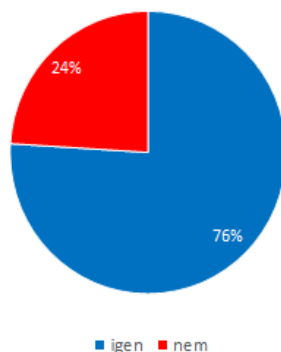
3. ábra

A fentiekből következik, hogy a járóbeteg-ellátás alább leírt átalakítása csak akkor lehet eredményes, ha az ellátórendszer egészére kiterjedő komplex szerkezeti, szabályozási és finanszírozási változások részeként valósul meg.

A fent leírt alapfolyamatok eredményeként egy **kevesebb szolgáltatási ponttal bíró, de lakosságközeli ellátásokat preferáló ellátórendszer alakul ki, amely az igazságos hozzáférést és költséghatékony működést a betegutak egyértelmű és betartatott szabályozása esetén éri el.**

Ezt a változást a felmérésünk szerint az orvosok háromnegyede támogatja (4. ábra).

Egyetért-e azzal, hogy a kórházi aktív ellátóhelyek száma csökkenjen a rehabilitációs és a járóbeteg szakellátás megerősítése mellett?



1227 válasz alapján

MOK felmérés, 2020. május

4. ábra

A járóbeteg-ellátás átalakítása

A járóbeteg-ellátás lehetséges szervezeti modelljei

Európában történetileg alapvetően két típusú ellátásszervezési elv jellemző. **A német modell a járóbeteg-ellátás - fekvőbeteg-ellátás felosztásra épül.** A járóbeteg-ellátásban egyaránt (egyenrangú szereplőként) működnek általános orvosi praxisok és szakorvosi praxisok. Kisebb településen inkább általános orvos van, de nagyobb településeken vannak szakorvosi praxisok, és azok is választhatók „házi orvos” jelleggel is, azaz akinek valamilyen szakorvoshoz köthető betegsége van, az egy szakorvost választ „házi orvosának” és az látja el az általános (házi orvosi) feladatokat is. Ebben a modellben az orvosválasztás nem végleges, hanem egy epizódra, fél évre érvényes. Utána az aktuális állapotának megfelelően más szakmából is választhat új házi orvost.

Az **angolszász modell** az alapellátás a *házi orvosra (GP- general practitioner)* épül, ahol az alapellátás és a szakellátás van élesen elkülönítve. Itt az orvosválasztás tartós, nem epizód alapú. A GP egyrészt kapuőr funkcióval rendelkezik (a szakellátás - akár járó-, akár fekvő- rajta keresztül vehető igénybe) másrészt „révkalauz”, azaz szervezi, menedzseli a beteg további ellátását.

Német „letelepedett (szak)orvos” modell	GP, - azaz házi orvosi modell
Bármilyen szakorvos lehet praxis orvos, és választható.	Csak alapellátási szakvizsgával (házi orvosi) rendelkező lehet házi orvos
A kapcsolat a beteg <i>aktuális problémájának megfelelő, rövid távú választáson alapul.</i>	A kapcsolat tartós, nem eseti választáson alapul.
A kerítés a járó- és fekvőbeteg-ellátás között van.	A kerítés az alap- és a szakellátás között van.
Kompetencia: a teljes járóbeteg-szakellátás	Kompetencia: csak az alapellátás szintje
Fee for service típusú tevékenység-finanszírozás.	Korrigált fejkvóta alapú normatív teljesítményfinanszírozás

Mára a két modell nem különül el ilyen élesen. *Mindkettőben a közösségi, csoportos megoldások, az orvosi együttműködés támogatása és a járóbeteg-ellátás kompetenciájának emelése a jellemző.*

Modell szintű javaslat Magyarországra számára

1992-ben, a jelenlegi alapellátási rendszer kialakításakor a fent leírt két modellt egymást kizáró alternatívaként kezeltük. **Ma már tisztán látszik, hogy ez nem vagy-vagy típusú kérdés, hanem a kettőt egyesítő, szinergista modellre van szükség.** Magyarországon **meg kell tartani a GP modell tartós orvos-beteg kapcsolaton alapuló, egészség- (nem betegség) manager jellegét, de** ebben a szemléletben **be kell engedni szakorvosokat is az alapellátásba.** A német modellből azt kell átvenni, hogy az alapellátásba szakorvosi feladatok is integráltak, a GP modellből pedig a tartós kapcsolat – szűrés - gondozás, betegút manager és egészség-coach funkciót. Ez a megközelítés a támogatott (de nem kizárólagos) célmodellként a csoportpraxis jellegű orvosi együttműködésekkel alapuló megoldásokat preferálja.

A háziorvosi rendszer jövője

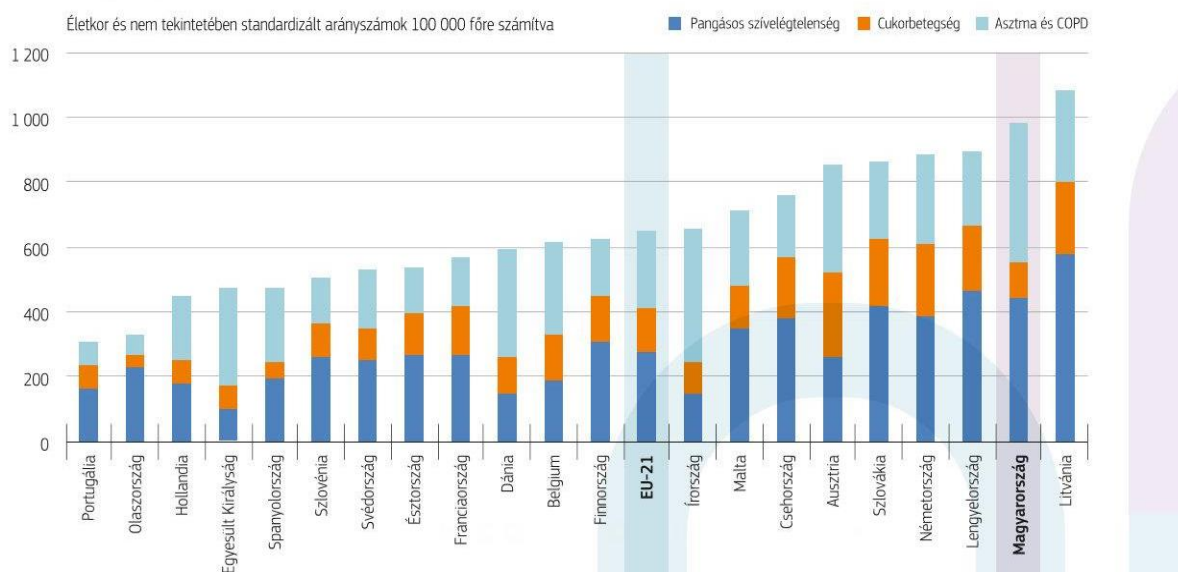
1992-ben elsődlegesen a normatív teljesítményfinanszírozás koherenciája – lásd DRGs jellegű kórházfinanszírozás – miatt jó döntés volt a GP modell bevezetése, mert a korszerű alapellátás nem eseti, epizódyszerű ellátás-sorozaton, hanem tartós kapcsolaton, a szűrés-gondozás rendszerén alapul. Ráadásul a '90-es évek informatikai felkészültsége nem is tette volna reálissá egy számlaszerű elszámoláson alapuló (fee for service) finanszírozás bevezetését.

Mindezen pozitívumok ellenére az *egészségpolitika számára az alapellátás működése mára valójában kudarc-történet:*

- Még mindig az *eseti, probléma miatti orvoshoz fordulás a jellemző*, nem vált általánossá a szűrés-gondozás alapú preventív, ütemezett ellátásra alapuló gyakorlat. Az ennek alapját képező törzskarton (egészségfelmérő adatbázis) kitöltése a rendszer indításakor és most is mérsékelt eredményű.
- *Nem nőtt* az elvárásnak megfelelően az *alapellátás definitív ellátóképessége*.
- A háziorvosi ellátás *felszereltsége, kompetenciaszintje* (főleg finanszírozási és üzemméreti, de életkori és túlterheltségi okok miatt) *nem követte a technológiai fejlődést*, és – az orvostudomány technológiai fejlődése, az IKT általános penetrációjához képest – *relatív*e egyre alacsonyabb lett.
- Az *alapellátás individuális tevékenység maradt*, nem lett általános az orvosi együttműködés, és nem vált szakdolgozókkal támogatott teammunkává.
- A lakosság nem élt a szabad orvosválasztás lehetőségével (orvos váltás), nem alakult ki szolgáltatói verseny, elmaradt az ebből remélt minőségjavulás, betegorientáltság.
- A *háziorvosság nem vált presztízsszakmává* – a területet ma már az elöregedés, a növekvő hiány uralja.

Azt, hogy a definitív ellátás, a gondozás nem megfelelő eredményű, jól mutatja az OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017. jelentéséből származó 5. ábra.

8. ábra Magyarországon az ambuláns ellátásban is karbantartható állapotok miatti kórházi kezelések aránya a második legmagasabb az Unió belül



5. ábra

Be kell látni, hogy mindez szükségszerű folyamat a megmerevedett struktúrában, mert **a korszerű gyógyításhoz szükséges orvosi tudás már nem birtokolható egy személy által, és a szükséges korszerű orvostechnika nem működtethető költséghatékonyan egy orvos által.** Ezért a kiterjesztett kompetenciájú diplomás ápolókat is alkalmazó közösségi megoldásoké (csoportpraxis, praxisközösség) a jövő.

Az alapellátás kompetenciájának növelését a felmérésünk szerint az orvosok 93,4%-a támogatja.

A jelen helyzet - problématerkép

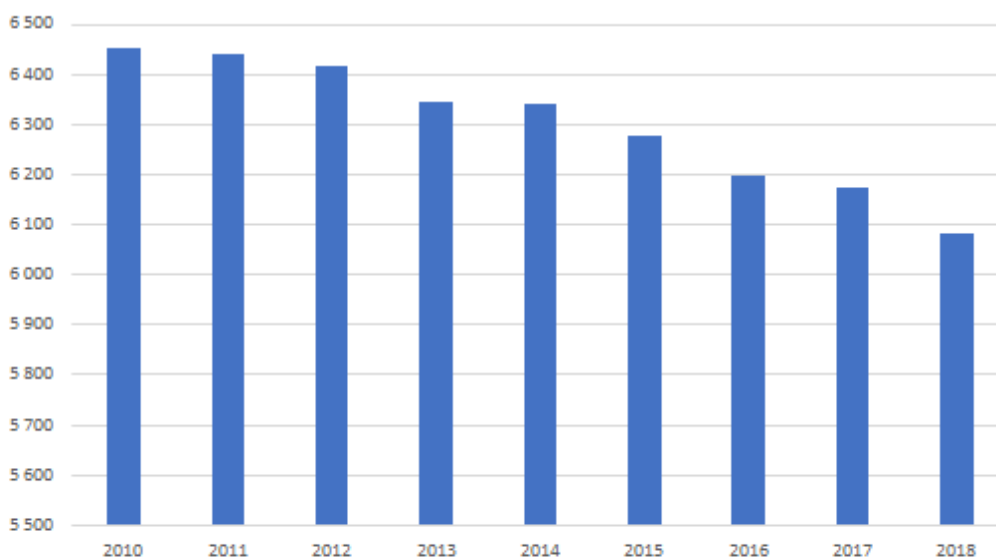
A korösszetétel

Az **házi orvosi** alapellátás meghatározó tendenciája a működő praxisok számának csökkenése, a betöltetlen praxisok számának folyamatos növekedése. Ez utóbbiak növekedését az alábbi táblázat mutatja:

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 június	2020 május
93	107	126	141	170	188	234	252	284	373	433

Ennek megfelelően folyamatosan csökken a működő praxisok száma. (6. ábra)

A házi orvosok és házi gyermekorvosok száma Magyarországon

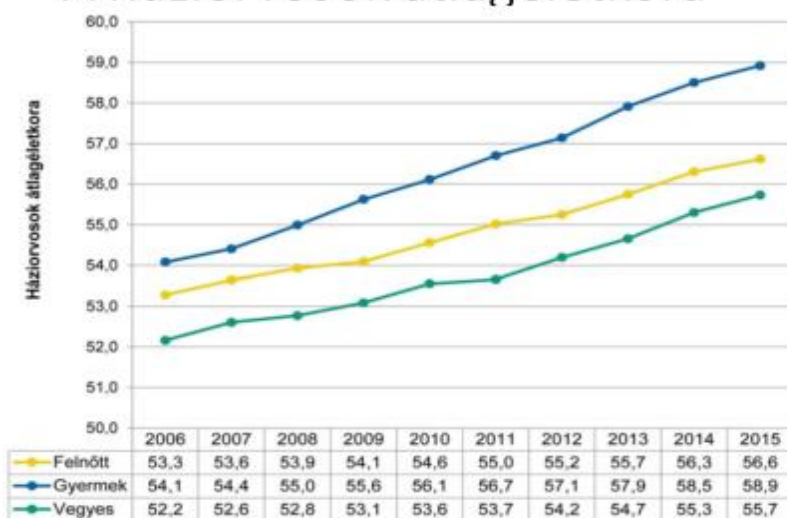


Forrás: KSH Statisztikai Évkönyv 2018. 2.1 tábla

6. ábra

A NEAK oldalán időről időre publikált betöltetlen praxisok száma nem mutatja azt, hogy az utóbbi 2 évben javulás lett volna. A növekvő hiány elsődleges oka a házi orvosi kar elöregedése. Az alapellátás korstruktúrájáról utolsó hivatalos adataink 2015-ről vannak.

A házi orvosok átlagéletkora



Forrás: MÉRTÉK – a Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése 2013-15

7. ábra

A háziiorvosi kar elöregedését jól mutatja a 7. ábra, és a MOK tagnyilvántartása szerint a helyzet tovább romlott. (Az alábbi táblázat a háziiorvosi szakképzettséggel rendelkező MOK tagok 2020-as adatain alapul.)

35 év alatti	35-60 év közötti	60 év feletti
2%	43%	55%

A tartósan betöltetlen praxisok számának növekedésén nem segített, hogy a Kormány 2018-ban 1.250 milliárd Ft-ot szánt a letelepedés támogatására és a legmagasabb elérhető támogatás már 20 + 4 millió Ft. Ezen kezdeti segítség nem válaszolja meg azt a kérdést, hogy *mit fog ott csinálni a fiatal orvos, hogyan tudja egy halmozottan hátrányos helyzetű, ezer fős praxisban szakmai képességeit modern műszerekkel kibontakoztatni, és hogyan tud családjának, gyermekeinek méltó életfeltételeket biztosítani.*

Érdemes külön szólni a **házi gyermekorvosokról, azaz a gyermekgyógyászati alapellátásról.** A modell már induláskor sem biztosította az esélyegyenlőséget, mára pedig azokon a rurális területeken a legalacsonyabb a gyermekgyógyászati ellátás aránya, ahol a legnagyobb szükség lenne rá. A korstruktúra itt még aggasztóbb, (7. ábra) így már a közeljövőben is **tarthatatlan lesz a jelenlegi forma. Új, igazságosabb, egyenletesebb hozzáférést biztosító szervezési elvekre lesz szükség.** Az ideális megoldás a csoportpraxis modell, amelyben kötelező elem a gyermekgyógyász. Megoldás lehet még a részben ellátó, részben konziliáriusi háttérrel adó gyermekgyógyászati praxisközösség is, amely egy terület emelt szintű gyermekgyógyászati alapellátására szerveződik.

Működési zavarok

A megváltozott körülményeknek megfelelően ott is változik az alapellátás funkciója, ahol a praxis működése megoldott. Az alapellátásban dolgozó háziiorvosnak három feladata van:

- Rendelési időben fogadja a betegeit (napi 4 óra rendelési idő)
- Azon betegek felkeresése, lakáson való gyógyítása, akik állapotuk miatt nem tudják a rendelőt felkeresni
- Részvétel az alapellátási ügyeleti rendszerben

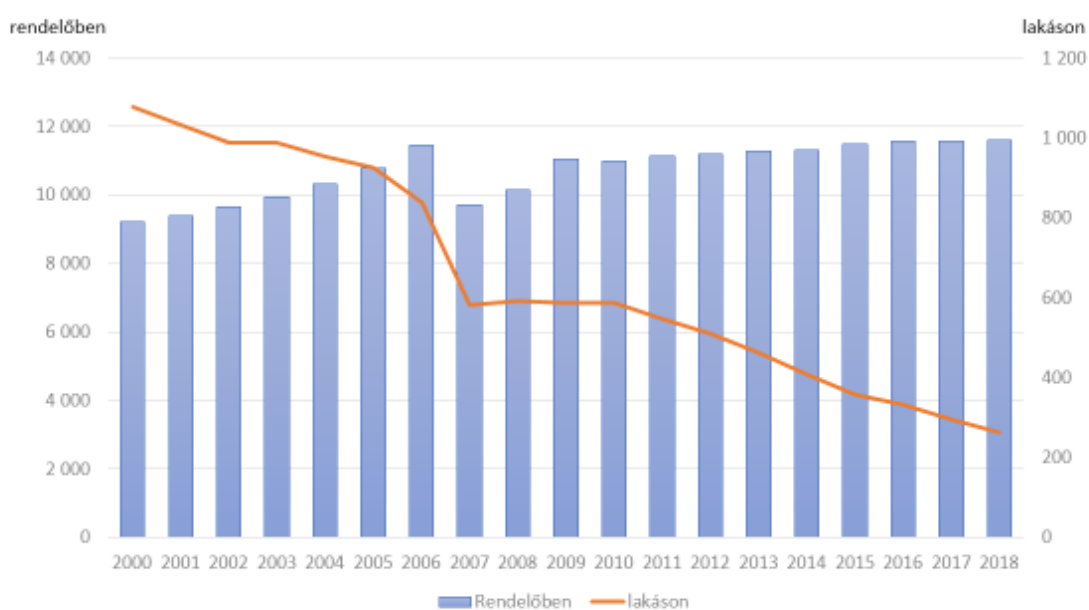
A KSH adatbázisa szerint a rendelők betegforgalma folyamatosan nő, a lakáson történő látogatások száma viszont radikálisan csökken. A statisztikák (jelentések) szerint – 250 munkanappal számolva – egy háziiorvosra egy rendelési napon 46,4 beteg jut (8. ábra). Ez négyórás rendelési idővel számolva óránként 11,6 beteg ellátását jelenti, azaz egy betegre 5,2 perc jut. Ez valószínűleg csak úgy jöhet létre, hogy a statisztikába bekerülnek az orvos által nem látott esetek (pl. receptírás) is. Ugyanakkor a lakáson

történő ellátások száma radikálisan csökkent. Ez érthető is, mert a gyógyítás fejlődését már nem lehet megfelelően követni a beteg lakásán történő ellátásban. A házi betegellátást a járványhelyzetben megerősödött e-medicina eszközeivel lehet kiváltani, a súlyosabb eseteket pedig a sürgősségi rendszeren belül kell kezelni.

Ezért (és a közlekedés és kommunikáció általános fejlődése miatt) **megfontolható a lakáson történő ellátás megszüntetése, és ezzel párhuzamosan a rendelési idő 5, maximum 6 órára emelése.** Ki kell emelni, hogy ez csak akkor lehetséges, **ha a MOK bértáblájának megfelelő jövedelememelés megtörténik a házi orvosok között.**

A házi orvosok betegforgalma

egy házi orvosra jutó évi betegforgalom



Forrás: KSH Statisztikai Évkönyv 2018. 2.2 tábla

8. ábra

Az alapellátás működését -a praxisközösségek örvendetes terjedése ellenére- **az egy orvos-egy nővér alapú szakmai dolgozói struktúra jellemzi.** A NEAK közlése szerint a praxisoknak csak 3,1%-ban dolgozik egynél több orvos, és csak 1,83%-a alkalmaz második szakdolgozót.

Az alapellátási ügyelet rendszere is problémákkal terhelt. A házi orvosok jelentős része (már csak életkori okok miatt is) nem kíván az ügyeleti rendszerben részt venni. A feladatot vállalkozások látják el, sok esetben bizonytalan szakmai háttérrel. Az ügyeleti feladatok:

- adminisztratívák (halál megállapítás, vényírás, kórházi beutalás)
- általános ellátási jellegűek (fájdalomcsillapítás, injekció beadás, katéterezés)
- sürgősségi jellegűek (újraélesztés, akut koronária-szindróma ellátás megkezdése, fulladás, alacsony vércukorszint-ellátás)

Az adminisztratív feladatok nagy része távkonzultációval végezhető, a halál megállapítása ellátási területek kijelölésével, halottszemle-csoport alakításával költséghatékonyabban végezhető.

Az alapellátások által nyújtott általános ügyeleti ellátás szükségtelen munkaterhet jelent, jellemző szervező ereje a beteg kényelme (nem kell rendelőbe menni), sokszor halasztható vagy orvost nem igénylő ellátások (láz, hányás, hasmenés, "lássá orvos", "nem merek így nekimenni az éjszakának") történnek. A valóban indokolt esetek a mentőszolgálat és kiemelt kompetenciájú szakdolgozók által elláthatóak.

A sürgősségi feladatok szinte mind mentőszállítással és kórházi ellátással végződnek, ezek első ügyeleti ellátása sokszor szükségtelen időbeli hátrányt okoz, vagy a késedelmet éppen a mentőszolgálat kapacitáshiánya indokolja. Az általános betegellátási feladatok a szakdolgozói kompetenciaszintek átrendezésével, fejlesztésével oldhatóak meg.

Mindebből következik, hogy **nem javasoljuk a jelenlegi rendszer változatlan formában történő fenntartását**. A javasolt irányok:

1. önálló orvosi ügyelet, orvosi ügyeleti szolgálatok megszüntetése, helyettük szakdolgozói ellátópontok kialakítása (kompetenciák növelésével)
2. területi halottszemle csoportok létrehozása
3. mentőszolgálat fejlesztése, kapacitásbővítés

A megoldást tehát az önálló alapellátási ügyeleti rendszer átalakítása, illetve a feladatnak a sürgősségi rendszerbe integrálása jelenti. Ma ez a két rendszer párhuzamosan működik, rossz határfokkal.

Praxisjog- praxisalap

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény, ami lehetővé tette a praxisok adás-vételét, a háziorvosi rendszer stabilitását, a békés öregkor garantálását kívánta a praxisjog intézménye által megoldani. Alkotmányossági aggályok miatt maga a szabályozás is ellentmondásosra sikeredett, és részben **az önkormányzati beleszólás lehetősége, részben a nem megfelelő jövedelemtermelő-képesség a praxisok egy részét forgalomképtelenné tette**.

A megoldás a Praxis Alap létrehozása lehetne, amely végkielégítés jelleggel fel tudná vásárolni a forgalomképtelen praxisokat, illetve államilag támogatott áron tudná azokat tovább-értékesíteni az orvoshiányos területeken.

Mit lehet és kell tenni?

Az átalakítás, a továbblépés megtervezése során az alábbi két alapállítást kell figyelembe venni:

3. A tudományos-technológiai fejlődés és a társadalmi átalakulások (településszerkezet megváltozása), valamint a háziiorvosi kar előregedése miatt **a hagyományos, egy orvos-egy nővér alapú praxisokra épülő alapellátás nem tartható fenn.** Ezt mutatja a szakma előregedése, a betöltetlen praxisok számának növekedése és az alapellátás leértékelődése is.
4. A jelenlegi korstruktúra és kulturális közeg mellett **csak evolutív, önkéntességre alapozott változás képzelhető el,** mert az erőszakos, kikényszerített váltás esetén az idős orvosok tömege hagyná el praxisát. (Ugyanígy – elsősorban az idős kollegák között – tömeges praxisfeladást okozna a praxisok államosítása is.)

Ennek megfelelően a közeljövőben új, **a különböző ellátási formák együttélését lehetővé tevő modellt kell kialakítani.** *A működő praxisokat nem szabad erőszakos átalakításra kényszeríteni, de ösztönözni kell az új formákra, a praxisközösségre való áttérést, és a tartósan betöltetlen praxisok esetében a letelepedési támogatás helyett a korszerű, mikrotérségi egészségházban működő csoportpraxisok kialakulását kell támogatni.*

Az átalakulás feltételei:

- Közösségi megoldások terjesztése
- A mikrotérségi szemlélet általánossá tétele
- Szakellátási feladatok integrálhatósága az alapellátásba
- Képzés átalakítása
- A finanszírozás átalakítása

Közösségi megoldások terjesztése

Úgy a magyar helyzet, mint a nemzetközi minták alapján ki kell mondani, hogy az alapellátásban a közösségi megoldásoké a jövő, amely egyrészt **orvosok együttműködésén alapul,** másrészt a **munkájukat több, eltérő szakképesítésű diplomás ápoló** (dietetikus, gyógytornász, ellátásszervező, prevenciósnővér) **segíti.**

Ennek jogszabályi lehetősége ma is adott: az alapellátásról szóló törvény nevesíti a csoportpraxisokat és a praxisközösséget.

Az alapellátás átalakulásában 1992 óta két érdemi kezdeményezés volt. Az első az irányított betegellátási modellkísérlet a '90-es években, a második a svájci alapellátási modellkísérletből kinövő praxisközösség rendszere. Ez utóbbi pályázati alapon évről évre bővül.

A praxisközösség

Az alapellátás előremutató modellkísérlete a praxisközösségek elindulása. A modellprogram innovációi, erényei:

- A praxisközösség definitív ellátóképességét diplomás ápolók (dietetikus, gyógytornász, egészségpszichológus) segítik
- A prioritásképzéshez, koordinációhoz népegészségügyi szakembert kapnak a praxisközösségek
- Lokálisan integrálja a különböző alrendszerekben dolgozó szakembereket (egészségügy, népegészségügy, oktatásügy, szociálpolitika, civil szervezetek)
- Egységes indikátorkészlet, egységes minőségbiztosítás valósult meg
- Civil szereplők képzése (segéd-egészségőrök) történt a halmozottan hátrányos területeken mediátori - mobilizációs feladatokra

A praxisközösség problémái, korlátai

*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 praxisközösség **orvosi kompetenciája nem magasabb a szülő praxisoknál**, és miután létező (működő) praxisokat integrál, **nehezebben kezeli a betöltetlen praxisok kérdését**. A növekedés jelenlegi korlátja valójában a praxisközösségbe integrálandó diplomás szakápolók (dietetikusok, gyógytornászok) alacsony száma. Ez természetesen a csoportpraxisok esetében is problémás.

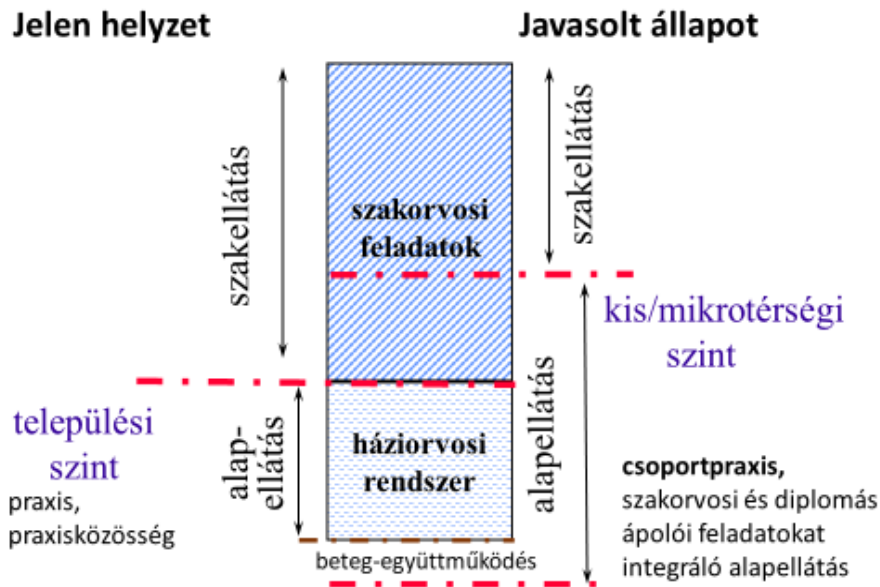
Problémát jelent, hogy a **praxisközösségek még mindig pályázati alapon, és nem a finanszírozási rendszerbe integráltan működnek**, ami egyfajta bizonytalanságot ad a jövőképet illetően.

A csoportpraxis

A szakellátások egyszerű integrálhatóságának, az ellátatlan területek problémájának korszerű megoldása a csoportpraxis.

A csoportpraxisban egy közös rendelőben eltérő szakképesítésű orvosok, ápolók, diplomás szakápolók és egyéb egészségügyi szakemberek **együtt nyújtanak emelt szintű alapellátást** és erre épülő egészségügyi szolgáltatásokat egy 10-20.000 fős közösségnek. A csoport kompetenciája (tudásszintje) így magasabb, mint egy házi orvosé, hiszen különböző szakképesítésű emberek dolgoznak együtt. Közösen használják a műszereket, így a műszerezettség is lehet korszerűbb, és a drágább műszerek kihasználása, megtérülése is jobb. A modell lényegét, a kompetenciaszintek átrendeződését a 9. ábra mutatja.

Az alapellátás szükséges változása



9. ábra

A csoportpraxis tehát egyszerűbb, de nagy számban előforduló feladatokat vesz át „felülről”, a szakellátásból, de tevékenysége – ahogy a praxisközösségé – „oldalirányba” is kiterjed: a csoportpraxis fontos tagjai a diplomás szakápolók, a dietetikusok, gyógytornászok, házi szakápolók, illetve az ellátásszervező és prevenciós nővérek. A csoportpraxisban kiemelt szerepe lenne a „prevenciós nővérnek”, aki a szűrési-gondozási feladatokat menedzselheti. A csoportpraxis 6-8 orvos együttműködésén alapul, akik közt bizonyosan (jogszabályban előírva) kell legyen házi orvos, egy gyermekgyógyász és egy szülész-nőgyógyász szakorvos, de ajánlott foglalkozás-egészségügyi szakember alkalmazása is. A „prevenciós nővér” -mester szakon végzett közösségi szakápoló- segíthet abban, hogy javuljon az alapellátásban a tervezett és az eseti orvos-beteg találkozások aránya, ő szervezi a szűrés-gondozás munkáját. A csoportpraxis tagjai egy helyen dolgoznak, ennek *ideális helye az egészségház*. A csoportpraxis fontos eleme a mikrobusz, amely menetrend szerinti körjáratban hozza-viszi a társult települések lakosait a rendelőbe. (Ne az orvos utazzon az alulfelszerelt rendelők között, hanem a betegeket hozzák körjáratban a mikrobuszok a jól felszerelt egészségházba.)

Az egészségház tehát magasabb szintű és komplexebb ellátást nyújt, mint a jelenlegi alapellátás vagy a praxisközösség, de **nem „mini-SZTK”**, azaz az ott dolgozó szakorvosok nem használják szakképesítésük teljes spektrumát, *csak az egyszerűbb „rutineseteket” látják el*. 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 korszerű egészségház helyet ad a fogászati rendelésnek, befogadhat patikát, optikust, és helyet adhat fitness teremnek, amelyben napközben gyógytornász tud dolgozni, de este közösségi programok, akár forprofit edzések is igénybe vehetők. (A fogászati ellátás megújításának lehetőségeiről külön fejezetben írunk.)

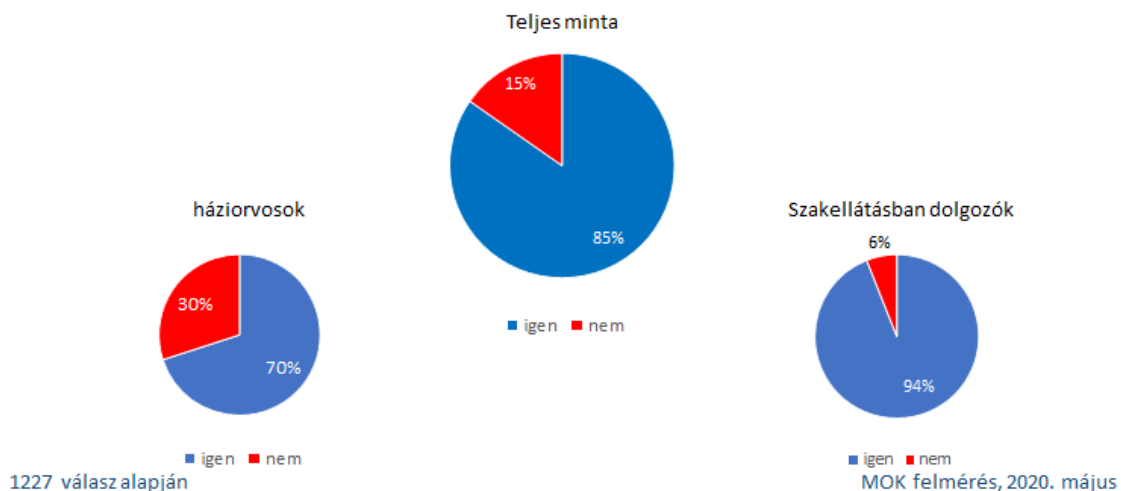
Bár javaslatunk szerint az „ügyelet” (lakossághoz közeli elsővonalas sürgősségi ellátás) nem az alapellátás feladata, de **az egészségház, mint épület befogadhat sürgősségi, ügyeleti pontokat, akár mentőállomást is.**

A praxisközösség és a csoportpraxis közötti különbség elsősorban elméleti, mert az alapellátás általános kompetenciaszintjének emelésével, szakorvosi feladatok belépésével a két modell közötti határ összemosódik.

Az javasolható, hogy a **praxisközösségek terjedésének támogatása elsősorban a létező praxisok integrálásán alapuljon**, ott alapozzon meg minőségi ellátást, míg az alacsony orvosmegtartó képességű területeken levő **betöltetlen praxisok esetében** a letelepedési támogatás helyett a korszerű, **mikrotérségi egészségházban működő csoportpraxisok kialakulását kell támogatni.**

Felmérésünk szerint a válaszadók 84,7%-a támogatja azt, hogy az alapellátás orvosi együttműködésben valósuljon meg. Ugyanakkor azt is rögzíteni kell, hogy az érintetteknek – a háziorvosoknak – csupán 70%-a támogatta az elképzelést, míg a szakellátásban dolgozók között 94%-os volt a támogatók aránya (10. ábra).

Támogatja-e, hogy a csoportpraxisok létrehozását azokon a területeken, ahol az alapellátás biztosítása csak így oldható meg?



10. ábra

Szakellátási feladatok integrálhatósága az alapellátásba

A szakellátási feladatok alapellátásba integrálásának legcélszerűbb módja a csoportpraxisok és a szakgondozási praxisok támogatása.

Ugyanakkor *fontos igény az is, hogy a „normál” praxisok is tudjanak bizonyos szakellátási feladatokat ellátni.* Ennek elvi lehetősége a más szakképesítéssel rendelkezők beengedése az alapellátásba. Ez alapvetően a belgyógyászat esetén javasolt. Más szakmák esetén az alapellátás jelenlegi alacsony kompetenciaszintje miatt a szakorvosi tudás zömmel kihasználatlan maradna, ugyanakkor rövidtávon növelné a szakellátásban is erősödő munkaerőhiányt, ezzel a várólisták, betegfogadási listák hosszát. Ráadásul egy háziiorvosi praxisnyi populációjában nem elég számos a szakellátást igénylők száma, így a korszerű szakorvosi minimumfeltétel eszközei rossz kihasználásuk (megtérülésük) lennének. Tehát az a modell, hogy egy háziorvos egy másik szakvizsgáját teljeskörű jogosítvánnyal használja a praxisban, jelenleg nem realitás. Ugyanakkor a jelenleg is háziorvosként vagy alapellátó gyermekorvosként dolgozó, több szakvizsgával rendelkező orvosok számára ezen szakvizsgákhoz kötődő bizonyos jogosultságok –így receptírás, képalkotó diagnosztikára (CT, MRI) utalás - megadása a betegutak rövidítése érdekében javasolt lehet.

A licencvizsga rendszer kiterjesztése

A javaslat alapcélja az **alapellátás és a szakellátás közötti kompetenciahatár áttrendezése**, annak elérése, hogy az alapellátásba bekerüljenek egyszerűbb, de tömegesen végzett szakellátási feladatok, egyszerűbb kezelések, vizsgálatok, és hogy a definitív ellátás érdekében legyen joga ezek alapján gyógyszert is rendelni a háziorvosnak. De ahhoz, hogy egy háziorvos egyes szakorvosi feladatokat is elvégezhesen, nem feltétlenül kell szakvizsgát tennie, hanem elég az adott vizsgálatra, kezelésre feljogosító képesítést szereznie, licencvizsgát tennie. A licencvizsga intézménye létezik, az egyetemek ma is végeznek ilyen képzést, de ezek jelenleg inkább az egyes szakorvosok specializációját, a határterületi jártasság megszerzését segítik, és nem az alapellátás szakmai fejlesztését célozzák. A licencvizsga korszerűen nem egy OENO kódhoz kötött beavatkozásra képesít, hanem egy probléma diagnosztikájában és kezelésben ad feljogosított jártasságot.

Ahhoz, hogy a licencvizsga az alapellátásban is érdemben elterjedt legyen, az alábbi feladatokat kell elvégezni:

1. Először (újra) **meg kell határozni a háziiorvosi kompetenciát**, azaz azt, hogy *a mai technológiai fejlettség mellett* mit végezhet el egy háziorvos külön vizsga nélkül.
2. Ezután az egyes szakmákban **meg kell határozni azoknak az eljárásoknak a listáját, amelyek végzésére a háziiorvosi szakképesítésre ráépíthetően licencet (jártasságot) lehet szerezni.** Ezt a listát az egyes szakmák szakembereinek az alapellátás szakembereivel együtt kell (nem sovén és nem monopólium-őrző módon) meghatározni.
3. Ezek után kell meghatározni az **egyes licencvizsgák kurrikulumát és személyi – tárgyi minimumfeltételeit.**
4. Ezt követően tudják az egyetemek a konkrét képzéseket indítani.

Végig kell gondolni, hogy hogyan lehet a licencvizsga rendszerét a praxisban dolgozó szakdolgozói körben is kiterjeszteni, azaz bizonyos vizsgálatokat, kezeléseket a praxisokon belül dolgozó szakdolgozói, non-doktori kompetenciába kell engedni.

A „szakgondozási praxisok”.

Az ajánlott modell ugyan az orvosok közösségén alapuló modellekre (csoportpraxis, praxisközösség) épül, de nagyobb városokban megfontolható a **szakgondozási praxisok** engedélyezése is. Ezek a praxisok egyes krónikus megbetegedésben (diabetes, asztma, hematológiai megbetegedések stb.) szenvedő betegek rendszeres gondozásszerű ellátását végeznék, a betegekkel kapcsolatos általános alapellátási feladatok mellett. Ez természetesen csak nagyobb településen éri el a szükséges (kb. 5-700 gondozott) méretet, tehát csak a praxisok kis hányadát adnák ezek a rendelések, de ott jó megoldás lenne.

A megvalósítás kulcselemei

A mikrotérségi elv kialakítása

Nem a MOK feladata államszervezési elvek és ajánlások készítése, de az szakmai kérdésnek tekinthető, hogy a települési önkormányzatok alapellátással kapcsolatos fenntartási kötelezettsége eszközrendszer nélküli felelősség és az élet bizonyította, hogy ez a település szintű szervezés nem is perspektivikus. A mikrotérségi elv több módon is kialakítható (önkormányzatok kényszertársulása, járási hivatalokhoz rendelése stb.), ennek eldöntése nem MOK kompetencia.

Azt viszont szakmai alapon kijelentjük, hogy **a jövő a mikrotérségi alapú orvoscsoport által nyújtott alapellátás**. Ehhez –előbb elvi szinten – ki kell jelölni a későbbi praxisközösségek/csoportpraxisok javasolt területeit. A mikrotérségekhez – a praxisközösségek mintájára – közös háttér-szolgáltatásokat (gyógytornász, dietetikus, egészségsszervező) kell biztosítani. Ezeket a szolgáltatásokat a csoportpraxis és a praxisközösség esetében a csoportokba kell integrálni, a szóló praxisok esetében igényelhető háttérszolgáltatásként kell biztosítani. A praxisok működését támogató háttérszolgáltatásokat a mikrotérségek fenntartóinak kell biztosítaniuk.

Ezzel a megoldással a hagyományos praxisok megőrzik működési módjukat, de a hozzájuk tartozó lakosok is részesülnek azokból a lokális háttérszolgáltatásokból, amiket a praxisközösségek, csoportpraxisok nyújtanak.

A jövőképhez az egészségügyi kormányzatnak tisztáznia kell a viszonyát az Egészségfejlesztési Irodákhoz. Amennyiben az EU-s források után is működnek országos hálózatként, akkor bizonyosan össze kell hangolni tevékenységüket a mikrotérségi területekkel. (Akár úgy is, mint a háttérszolgáltatást végző diplomás szakápolók munkáltatói.)

Képzés

A modellváltáshoz új típusú, illetve egyes szakterületeken nagyobb számú szakemberre van szükség, mert **jelenleg nem áll rendelkezésre megfelelő szintű-számú- és képzettségű szakember**. A célmodell elfogadása után be kell indítani az ehhez szükséges képzéseket, illetve ennek megfelelően növelni kell a keretszámokat.

A következő képzési feladatokra van szükség:

- Az háziorvosi alapellátásban használható licencvizsgák és ezek kurrikulumának meghatározása
- A mesterképzésben résztvevő diplomás ápolók (*advanced practice nurse (APN)*) képzésének kiterjesztése
- Az háziorvosi alapellátási háttérszolgáltatást végző szakdolgozók (dietetikus, gyógytornász, házi szakápoló stb.) képzési volumenének emelése

Finanszírozás

Alapállításunk, hogy **a forráshiányt nem lehet az elosztási technikákkal elfedni**, korrigálni, azaz **bármely finanszírozási rendszer csak abban az esetben lehet eredményes, ha úgy a működés, mint a MOK bértáblájának megfelelő jövedelem költségét fedezi**. Az alapellátásban dolgozók zöme vállalkozói formában dolgozik. Ezért a praxisok finanszírozását úgy kell meghatározni, hogy az tartalmazza a MOK bértáblájának megfelelő fizetések fedezetét. Vonzóvá kell tenni az alapellátási munkát, amit a szakmai önmegvalósításon kívül a megfelelő jövedelem tud elérni.

Az 1992-ben bevezetett, korrigált fejkvóta alapú finanszírozás vezérelvként megtartható, de

- a szűrés-gondozás területén ki kell egészíteni teljesítményarányos elemekkel,
- a ma is létező indikátor alapú teljesítményértékelési rendszer jó irány, de ennek a finanszírozásban (érdekeltségben) nagyobb arányban kell megjelennie.

A degresszió egyre tömegesebb sérelme az alapellátó kollégáknak, de a korszerű struktúra kialakítása érdekében nem az egy orvos - egy nővér felállású praxisok degressziós határát kell elsősorban növelni, hanem még kifejezettebbé kell tenni azt, hogy második orvos, diplomás szakápoló (APN) vagy ápoló, adminisztrátor többlet-alkalmazása nemcsak mentesít a degresszió alól, de *többletfinanszírozást is indokol*.

A járóbeteg szakellátás

Az eddigiek kijelölik a járóbeteg szakellátás javasolt fejlődési irányát is. A bevezetőben leírt módon **a jelenlegi szakrendeléseknek, rendelőintézeteknek a kórházaktól kell átvennie feladatokat** (egynapos sebészet, nappali kórház, a magasabb progresszivitási szinten kórházakban ellátott betegek rehabilitálása, utógondozása, követése) **és rutin-tevékenységének jelentős részét az alapellátásnak kell átengednie.**

A járóbeteg szakellátás fejlesztésének két csomópontja lehet:

- az átalakuló kórházrendszerben a járóbeteg szakellátás fejlesztése
- önálló kistérségi járóbeteg szakellátási központok létrehozása

A jelen helyzet

A járóbeteg szakellátásban a világban az alábbi szervezeti formák ismertek:

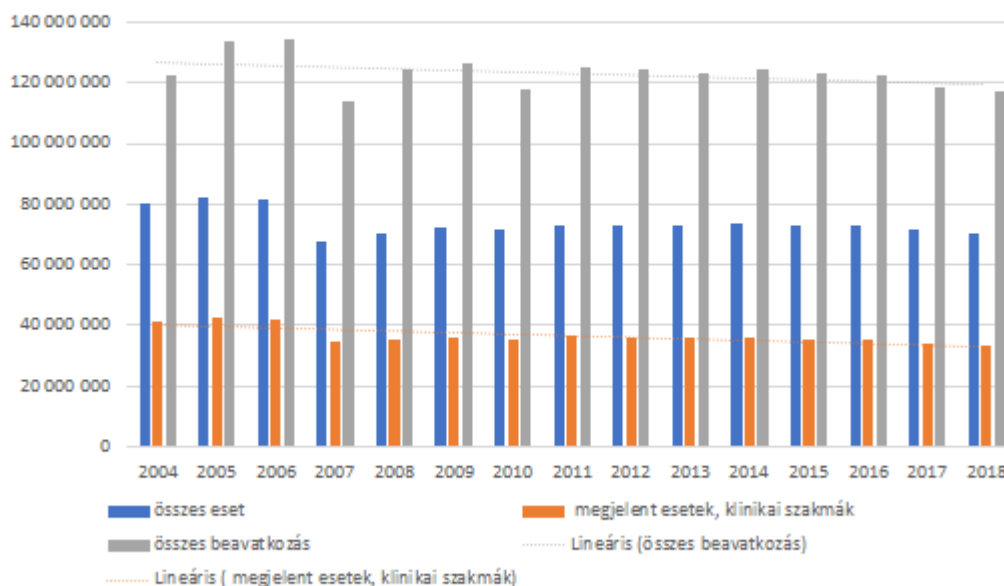
- kórház-rendelőintézeti egység
- önálló szakrendelő intézet
- önálló járóbeteg szakellátási praxis

Magyarországon a közfinanszírozásban csak az első kettő létezik, önálló, praxis jellegű járóbeteg szakellátás csak a magánellátásban van.

Mindkét formának vannak előnyei és hátrányai. A kórház-rendelőintézet integráció egyrészt szabadabb munkaerő gazdálkodást tesz lehetővé, másrészt a kórházi osztállyal való rotáció könnyebbé teszi a szakmai fejlődést, a tendenciák követését, szélesebb szakmai kitekintést biztosít. Ugyanakkor, miután az integrált intézmény szellemiségében és gazdálkodásában a kórházi elem a meghatározó, az integrált szakrendelők egyik feladata az ágyak töltése, azaz a globális intézményi érdek az, hogy a beteg kórházban gyógyuljon. Ez sok esetben találkozik a kezelő, és majd operáló orvos érdekeivel is, hiszen a kettő sokszor ugyanaz a személy. Az önálló rendelőintézetek esetében a kórházi ellátás felé toló érdekeltség nincs meg.

A járóbeteg szakellátásban a szakorvosi munkaórák száma és a betegforgalom nem változott érdemben az utóbbi 15 évben. A betegforgalom a vizitdíj ideje alatt 17%-al csökkent, majd visszakorrigált, az utóbbi éveket kismértékű csökkenése mellett. (11. ábra.)

A járóbeteg-szakellátás forgalmának változása



Forrás: KSH Statisztikai Évkönyv 2018. 4.1 tábla

11. ábra

A járóbeteg-szakellátás problémái

A járóbeteg-szakellátás alapproblémái nem specifikusak: az alacsony finanszírozás és a humánerőforrás hiány jelenti itt is a legnagyobb problémát.

A finanszírozási problémák

A járóbeteg-szakellátás hagyományosan alulfinanszírozott területe az egészségügyi ellátórendszernek, de a finanszírozásban nemcsak mennyiségi problémák vannak, hanem maga a finanszírozási rendszer is elavult, alapvető problémákkal terhelt.

A járóbeteg-szakellátás finanszírozási rendszere 1993-ban "jobb híján", ideiglenesnek szánt megoldásként került bevezetésre az alábbi problémákkal:

- a pontrendszer alapú "fee for service" típusú finanszírozás nem illeszkedett az alapellátás és az aktív fekvőbeteg-ellátás normatív teljesítmény-finanszírozási rendszeréhez
- a beavatkozások pontértékének meghatározását nem alapozta meg megfelelő ráfordításvizelés, és azóta is késik az alapos karbantartás
- a jelen rendszer ellenőrizetlen teljesítménypörgetésre ösztönöz

- aránytalanságokat okoz az egyes szakmák között (vannak "rentábilis" és ráfizetéses szakmák)
- a finanszírozási pontértékek jobban elismerik a technológia alapú ellátásokat, mint az orvosi - szakdolgozó munkára alapozottakat. Ez leértékeli a tudást, és nem teszi kitermelhetővé a minőségi szakemberek bérezését.

A fenti problémákon egyrészt az elszámolási szabályok megalkotásával ("Szabálykönyv"), és a teljesítményvolumen korláttal védekeztek az aktuális kormányzatok. A szabálykönyv előrelépés, de megfelelő ellenőrzés nélkül formalizálódott: a számítógépes jelentő programok "optimalizálják" az elszámolást. Ezzel nemcsak a pénzügyi jelentéseket manipulálják, de a szakpolitika sem kap valós képet az egyes szakterületek tevékenységéről.

A humánerőforrás problémák

A járóbeteg-szakellátás korfájáról nincsenek adataink, de tapasztalat, hogy a kórházi szakorvosok idősebb (zömmel nyugdíjas) korukban életpályájuk lezárásaként választják a kevésbé megterhelő, ügyelet nélküli szakrendelői munkát. Ezért önmagában is probléma az elöregedés a területen, és most, a járvány alatt a 65 év feletti kollégák egy részét elküldték, mert nem dolgozhattak a közvetlen betegellátásban. Kérdéses, hogy közülük hányan veszik fel újra a munkát. Ez várhatóan tovább élezi a munkaerőhiányt.

Az úgynevezett kórház-rendelőintézeti egységekben a szakrendelések szervezeten, forgó rendszerben az osztályokról a rendelőbe irányított orvosokkal működtek, de a növekvő HR hiány ezt szétzilálta. Ma már jellemzően az osztályos munka mellett, "két beteg között" odaszaladó orvos látja el a betegeket. Sok esetben már nem is a rendelőben zajlik az ellátás, hanem - dokumentáció nélkül - az osztályon. Néhány kivételes helyen tudják csak feltölteni teljes állású orvossal a helyeket, ők jellemzően idős kollégák. A járvány alatti bezárás után sokan közülük már nem fognak visszatérni.

A diagnosztika is - a legtöbb esetben - szakmailag indokolatlanul a fekvő-osztályokon zajlik. A mozgatórugó itt is a hálapénz, a betegeknek általában választott orvosuk van.

A járóbeteg-szakellátás fejlesztésének irányai

Ebben a fejezetben három irányt érintünk:

- a kórházi kapacitások transzformálása a járóbeteg szakellátás irányába
- az egynapos sebészetet és a nappali kórházak fejlesztése.
- az önálló rendelőintézetek fejlesztése

A kórházi kapacitások transzformálása a járóbeteg szakellátás irányába

Tanulmányunk csak általánosságban érinti a kórházrendszer átalakulását, de a határvonalak és arányok kijelölése mindkét szférát érinti.

Minden racionális szakmai és gazdasági/fenntarthatósági megfontolás a kórházak számának, főleg a telephelyek számának csökkentését indokolja. Ugyanakkor a MOK is látja, hogy ez ennél összetettebb, szélesebb kontextusban is vizsgálendő kérdés. Egyrészt egy egészségügyi intézménynek egy település életében fontos szerepe van, és nemcsak rangot ad, de munkahelyet teremt számtalan beszállítónak is, emellett hatással van a település lakosságmegtartó képességére is. Másik állítás, hogy a nem megfelelő átmenettel végrehajtott átalakítás esetén várhatóan az állás nélkül maradt orvosok jelentős része hagyja el a közellátást, rosszabb esetben az országot is.

Ezért meg kell találni az optimális arányt a kórházi kapacitások érdemi szűkítése és a szakellátások – ezzel az orvosok – helyben tartása között.

A városi „kiskórházak” teljes felszámolása, bezárása ennek megfelelően csak kevés esetben indokolt. Az átalakításnak az alábbi reális irányai vannak:

1. A kórházi kapacitások, kompetenciák érdemi szűkítése mellett a járóbeteg szakellátás fejlesztése
2. A fekvőbeteg-ellátásnak (mint szakfeladatnak) a megszüntetése, kiváltása a magasabb szintű járóbeteg szakellátással (incl. egynapos sebészet, nappali kórház)
3. Az intézmények szociális intézményekké alakítása az önálló, szervezetenként leválasztott járóbeteg szakellátás mellett.

A kórházi kapacitások, kompetenciák érdemi szűkítése mellett a járóbeteg szakellátás fejlesztésére az előző időszakból van példa, ez már több kiskórház átalakításakor működött: a kórházi kapacitásból kikerül az aktív ellátás, rehabilitációs, vagy ápolási feladatokkal marad „ágy” a kórházi részen. A járóbeteg szakellátás megerősítendő, és az aktív ágyak kapacitásain végzett tevékenység minél nagyobb hányadát kell egynapos sebészetben és nappali kórházi ellátásként helyben nyújtani.

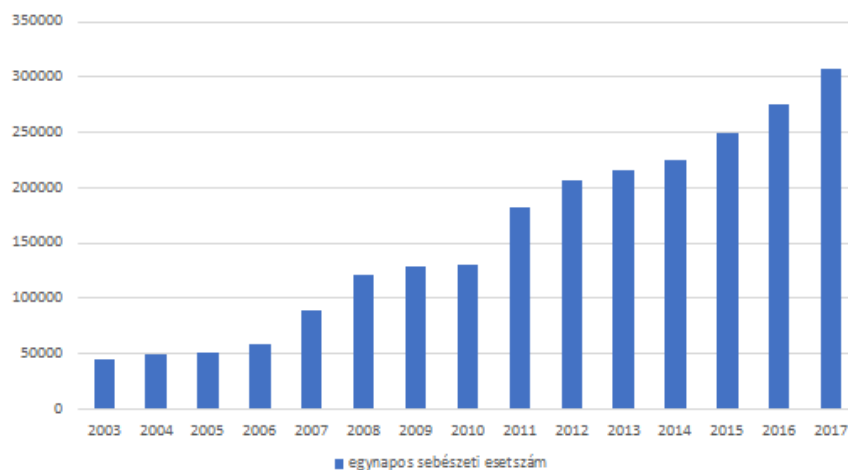
Amennyiben a kórházi kapacitások részleges vagy teljes megtartása mellett kell az egynapos sebészeti és nappali kórházi ellátásokat fejleszteni, akkor a finanszírozási rendszert, szakmai szabályokat és az erre épülő ellenőrzést kell úgy alakítani, hogy ez ne eredményezze a kórházi kapacitások felesleges töltését. Erre az irányított betegellátásból ismert költséggazdálkodási csoportok lehetnek alkalmasak, illetve keresni kell az érték alapú, eredményorientált finanszírozás lehetőségeit. A finanszírozási ösztönzők mellett szükség van egyértelmű szabályokra és rendszeres ellenőrzésre, amik kizárják azt, hogy egészségügyi kapacitásokon szociális ápolás történjen.

Az egynapos sebészet fejlesztése

A járóbeteg szakellátás megerősítésében, a kórházi kapacitások kiválthatóságában **alapvető elem a kórházi ellátásokat kiváltó egynapos sebészeti és nappali kórházi ellátások megerősítése, kiterjesztése.**

Az egynapos sebészet Magyarországon későn indult fejlődésnek, de az utóbbi években már megindult a felzárkózás. A statisztikákból 2017-ig található adat, valószínű azóta is növekedett az ilyen ellátások száma (12. ábra).

Egynapos sebészeti esetszámok Magyarországon

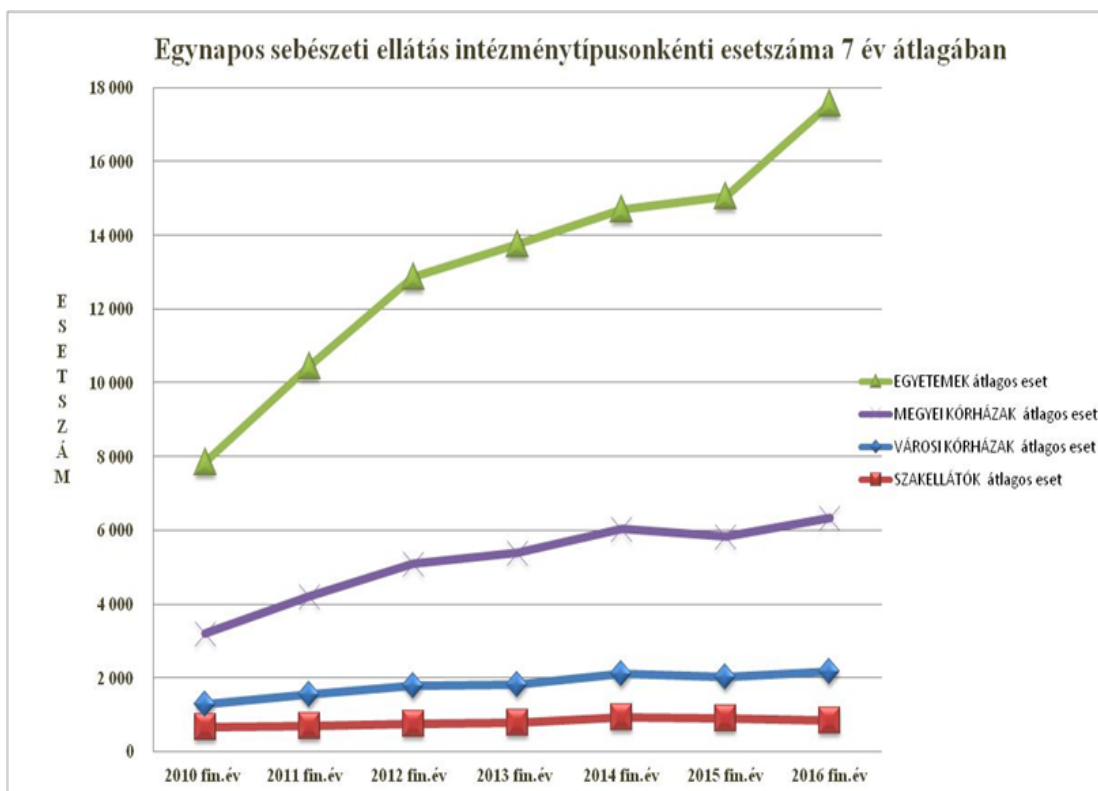


Forrás: NEAK

12. ábra

Az egynapos sebészeti ellátás számának a növekedése öröndetes, de ehhez két kiegészítést kell tenni. Az egyik, hogy 2015-ben az egynapos ellátások 43%-át (75.306 eset) a természetek végezték, és a második leggyakoribb egynapos ellátásnak elszámolt beavatkozás (58.389 eset) a művi terhességmegszakítás volt, ami az esetek 33%-át adta. A harmadik leggyakoribb beavatkozás az ESWL (ultrahangos) vesekőzúzás volt (12.292 eset) ami az összes ellátás 7%-a. Az összes többi szakma csak az ellátások 22%-át adta.

A másik figyelembe veendő adat az, hogy az egynapos sebészeti esetek zömét az egyetemi klinikák végezték, és igen alacsony az önálló rendelőintézetek által végzett ellátás. (13. ábra)

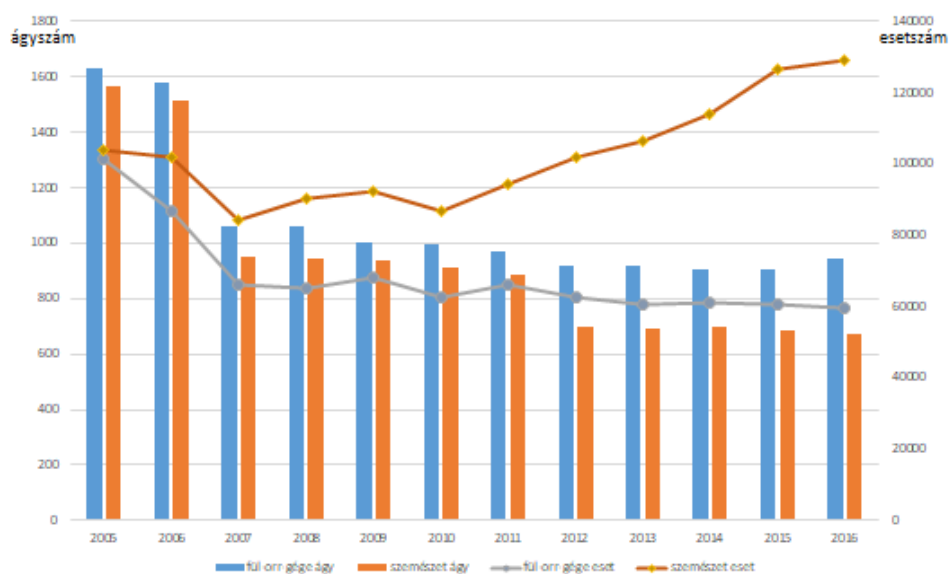


13. ábra

Egyértelműsíteni kell, hogy ezen ellátások kórháztól független fejlesztése a szerkezetváltás egyik alapvető feltétele, de nem kizárólag infrastruktúra-fejlesztési kérdés.

Az egynapos sebészet hatását a szerkezetátalakításra jól példázza a 14. ábra, amely a szemészeti és a fül-orr-gégészeti ágyak számának alakulását, és az egynapos sebészet terjedését ábrázolja. A szemészet volt az a szakma, amelyik legnagyobb arányban terelte át a műtétes beavatkozásokat az egynapos sebészetbe, és a fül-orr-gégészet az egyik olyan szakterület, amelyik 2015 előtt a rutinellátások szűkebb csoportjánál tette lehetővé az egynapos sebészeti alkalmazást. Jól látszik, hogy a 2007-es kapacitásszabályozás mindkét területtől érdemi kapacitásokat vett el, de míg ez a szemészet esetében az egynapos sebészet felfutása után külön adminisztratív kapacitás-szabályozás nélkül is érdemi ágyszámcsökkenést eredményezett, addig a fül-orr-gégészet esetén, ahol az egynapos sebészet terjedése mérsékelt volt, nem következett be érdemi ágyszámcsökkenés. Tehát a szakmai szabályokat úgy kell alakítani, hogy növekedhessenek az esetszámok.

A fül-orr-gégészeti és a szemészeti ágyszámok és esetszámok 2005 és 2015 között



Forrás: KSH Statisztikai Évkönyv 2015 és OEP.

14. ábra

Az egynapos sebészet terjedésének másik gátja a szociális-infrastrukturális körülmények egyenetlensége. Azaz a betegek egy részét azért kell kórházi körülmények között kezelni, mert lakóhelyének távolsága, személyes szociális körülményei és a tömegközlekedés rossz elérhetősége miatt nem lehet egynapos sebészet keretében ellátni. Ezen betegek, és a nappali kórházban kezelt távol lakó betegek számára innovatív megoldást jelenthetne a felszabaduló kórházi részek „**Medmotel**” jellegűvé alakítása.

A „Medmotel” e javaslat szerint egy olyan, a betegek éjszakai elhelyezésére alkalmas részleg, amely nem egészségügyi intézmény, hanem szálláshely jellegű. Ott nincsenek egészségügyi dolgozók, hanem motel jelleggel alkalmas arra, hogy a másnap operálandó beteg ne utazzon órákat hajnalban, hanem ott szálljon meg, vagy kúraszerű ellátása esetében ne kelljen minden nap a szállítását megoldani. A Medmotel működésként fekvőbetegellátó intézmény részeként is, egyrészt itt is ellátva a fenti feladatokat az egynapos sebészetben és a nappali kórházban kezelt távol lakó betegek esetében, de térítés ellenében akár a betegek családtagjai is igénybe vehetik.

Az önálló járóbeteg szakellátási központok fejlesztésénél ugyanezeknek az elveknek kell érvényesülnie, de a területi hozzáférési egyenlőtlenségek kiegyenlítését kell elsődleges szempontnak tekinteni.

Az alapellátás megerősítésének, a betegek helyben, illetve kórházon kívül tartásának feltétele az, hogy kistérségi/járási szinten biztosított legyen a megfelelő diagnosztikai, illetve szakorvosi konzultációs háttér. A diagnosztika területén a képalkotó eljárásoknak van kiemelt szerepe, hiszen ezek (pl. CT, MR) alapellátási szintre vitele nem realitás.

A regionális centrumokban, megyei kórházakban gyógyított betegek utógondozása hagyományosan sok erőforrást kötött le ezekben az intézményekben. Ezen betegek utógondozásának, követésének feladatától mentesíteni kell a magasabb progresszivitású színű intézményeket, és az ellátásukat a rendelőintézetek szakgondozóinak kell biztosítaniuk.

A nappali kórházi ellátások fejlesztése

A járóbeteg szakellátás megerősítésének másik eszköze a nappali kórházi funkciók erősítése. Ez egyrészt növeli a rendelőintézetek szakmai kompetenciáját, rangját, másrészt segít helyben tartani a beteget, csökkenti a kórházi tovább küldést.

A nappali kórházak fő funkciói:

- Kúraszerű ellátások akár saját javaslatra, de centrumok, speciális szakrendelések utasítása alapján is
- Rehabilitációs kúraszerű ellátások nyújtása
- Kórházi kivizsgálást kiváltó vizsgálsorozatok.

A nappali kórházi ellátások szélesebb körben való alkalmazását szintén elősegítheti a Medmotel léte.

Az önálló rendelőintézetek fejlesztése

A jól strukturált ellátórendszer térségi hierarchiára épül. Az önálló járóbeteg-szakellátás szerepei:

- Diagnosztikai központ és konzultációs háttér egy adott térség számára
- Gondozóhálózat egyes speciális betegségcsoport számára
- Egyéb lakossági egészség szolgáltatások

Bizonyos diagnosztikai szolgáltatások költséghatékonysági és ellátásszervezési okokból nem vihetők le az alapellátásba, ezért egyenletes hozzáférést biztosító háttérszolgáltatásokat (elsősorban képalkotó eljárások) a térségi szinten biztosítani.

Ugyanígy bizonyos tudás- és technológia-intenzív szakgondozások sem kerülhetnek le az alapellátásba.

A Térségi Egészségügyi központba nemcsak szakorvosi ellátásokat kell telepíteni, hanem a rehabilitációhoz, dietetikai tanácsadáshoz elengedhetetlenül szükséges infrastruktúrákat közösségi terekként (edző terem, tankonyha stb.) is kell használni.

A finanszírozás

A problématerképénél írtuk, hogy a finanszírozás önmagában elégtelen, de korszerűtlen is. A megfelelő bérek gazdálkodását lehetővé tevő finanszírozás előfeltétel, de keresni kell azokat a megoldásokat, amelyek nem tevékenység, hanem eredmény-alapúak, és az ellátási lánc egészének eredményességét premizálja.

HR feltételek

A jelenlegi rendszerben- az alapellátásnál jelzett problémákhoz hasonlóan - a járóbeteg szakellátás presztízse jelentősen csökkent. Ezen okból az itt dolgozó orvosok korfája az alapellátókéhoz hasonlóan alakult számos szakmában, sokszor a járóbeteg szakellátás egy kórházi karrier végén, a teljes nyugállományba vonulás előtti utolsó aktív életszakaszt jelentette. Így – részben a fenti, részben finanszírozáshoz kötött okokból – a szakellátás kevésbé volt nyitott az innovációkra, új módszerek és technikai vívmányok bevezetésére a hatékonyabb, korszerűbb betegellátás érdekében.

Mivel pedig mind az orvosi, mind a szakdolgozói utánpótlás eddig is akadozott, a 65 év feletti dolgozók kivonása, esetenként elbocsájtása, nyugdíjba küldése a COVID19 járvány kapcsán ez egészségügy újraindításakor különösen nehéz helyzetbe hozza a járóbeteg szakellátást.

Megoldást mind rövidebb, mind hosszabb távon - ismét az alapellátáshoz hasonlóan - csak az átszervezést kísérő jelentős presztíznövelés, ezen karrier és életpálya akár fiatal orvosok számára is vonzóvá tétele lehet. Ennek részét képezi alapfeltételként a megfelelő bérezés - a MOK bértáblájának elfogadása és mielőbbi bevezetése -, valamint a megfelelő eszközökkel és műszerekkel, magas színvonalon végzett, értékalapú gyógyítás lehetőségeinek, feltételeinek kialakítása.

A megoldás részét kell képezze itt is az orvosok és utánpótlásuk biztosítása mellett a megfelelő szakdolgozói réteg és adminisztratív segítség rövid és hosszú távú biztosítása is a finansziális feltételek és képzési rendszerek biztosításával.

E-Health stratégia

Az E-Health a megelőzés, a diagnosztika, a kezelés, a nyomon követés és az irányítás javítását segítő információs és kommunikációs technológiákat hasznosító eszközök és szolgáltatások összessége, ami fokozza az egészségügyi ágazat hatékonyságát, megkönnyíti az ellátás igénybevételét és javítja annak minőségét.

Az ÁEEK által elkészített E-Health stratégia kormányzati programmá emelése, folyamatos fejlesztése és megvalósítása elengedhetetlen a jövő egészségügyének hatékony menedzseléséhez.

Az E-Health legfontosabb erőssége a páciensközpontú szolgáltatás, a gyors és korszerű kommunikációs csatorna biztosítása a szereplők között, valamint az adatvezérelt döntéshozatal elősegítése. A keletkező big data elemzése egyrészt segíti a protokoll-alapú döntéshozatalt és betegirányítást (ezáltal finanszírozási oldalon optimalizál), másrészt a mesterséges intelligenciarendszerek implementálásával már korai szakaszban detektálhatóvá tehet bizonyos betegségeket. A korai diagnosztika és terápia előnye, hogy hatékonyabb, több betegségmentes évet eredményez, olcsóbb és kevesebb erőforrást használ.

A koronavírus-járvány során megmutatkozó akadozó és hiányos folyamatok egy jól működő EESZT segítségével hatékonyabban menedzselhetők:

- ellátási kapacitásinformációk
- védőeszköz-ellátottság helyzete (hol van, hány db, utánpótlás szervezése, átvételi lehetőség)
- ellátók közvetlen elérése (e-mail/app/stb.)
- központi protokollok, tájékoztatók, utasítások, állásfoglalások eljuttatása a célpontokhoz
- gyógyszerellátottság, gyógyszerfelírásra vonatkozó korlátozások eljuttatása az orvosokhoz
- gyanús esetek számának meghatározása.

Legfontosabb területek, amelyekre az alkalmazott E-Health stratégia választ adhat mind a mindennapokban, mind járványügyi veszélyhelyzetben:

1. kommunikáció (központi, egységes, kétirányú, hiteles, általános/célzott, azonnali)
2. adatvezérelt döntéshozatal (ellátási kapacitás átszervezése, utánpótlások szervezése, személyi átcsoportosítások)
3. információgyűjtés (bármiről azonnal)
4. orvos-beteg találkozások kiküszöbölése, telemedicina kiemelt támogatása (pl. appon keresztül finanszírozott orvos-beteg találkozás)

Az értékalapú minőségpolitika alapjai

Az egészségügy értékét a jobb egészségügyi eredmények elérése hozza létre ugyanolyan vagy alacsonyabb költségek mellett. Ennek ellenére jelenleg az egészségügyi szolgáltatókat általában kifizetik az elvégzett tevékenységekért - függetlenül attól, hogy ezek a tevékenységek értéket képviselnek-e a *betegek* számára. Ennek megváltoztatására szerkezetátalakítás szükséges.

A mennyiség alapú (volume-based) helyett az értékalapú (value-based) egészségügy felé kell elmozdulnunk.

A standardizált eredmények mérése lehetővé teszi számunkra, hogy azonosítsuk, melyik klinikai csapat vagy egészségügyi rendszer a legalkalmasabb, és tanuljunk tőlük. A betegek gyógyulása szempontjából fontos eredményekkel kapcsolatos adatok mérésével és átláthatóvá tételével megállapíthatjuk a kritikus fontosságú kiválasztási elvet annak érdekében, hogy biztosítsuk a fenntartható egészségügyi ellátórendszerek kialakulását, amelyek népességünk javát szolgálják.

A világ egészségügyi rendszerei átalakulóban vannak.

Csak egy példát mutatva, az Egyesült Államok egészségügyi vezetői és klinikai vezetői körében nemrég végzett felmérés során a válaszadók arról számoltak be, hogy az értékalapú kifizetések átlagosan a szervezet bevételeinek körülbelül egynegyedét teszik ki, és 42%-uk szerint az értékalapú kifizetések végül az Egyesült Államok egészségügyi ellátásának elsődleges bevételi modelljévé válnak.

(https://www.optum.com/content/dam/optum3/optum/en/resources/publications/NEJM_Optum_Transitioning_Payment_Models_2018.pdf)

Az értékalapú egészségügy kapcsán manapság talán a legnagyobb kihívás az, hogy hogyan valósítsuk meg értékalapú fizetési modellek bevezetését az egész egészségügyi rendszer szintjén.

Ehhez alapjában öt fontos elemre van szükségünk:

1. Az ellátás egész ciklusára vonatkoztatott szolgáltatás teljes költségének mérése

A nemzetközileg fellelhető sikeres kezdeményezések az értékalapú kifizetések körét kiterjesztették a teljes ellátási ciklusra (például a diagnosztikára, a műtetre és a fizioterápiára), hogy a szolgáltatókat így ösztönözzék az információk megosztására, az egymással való együttműködésre. Ezáltal átalakultak a betegutak és a legmagasabb színvonalú ápolást biztosították a legköltséghatékonyabb módon.

Valójában a legsikeresebb kezdeményezések közé tartozik a szolgáltatók pénzügyi ösztönzése az eredmények jelentésére – lásd az Egyesült Királyságban a Best Practice Tariff pozitív ösztönzőinek alkalmazását; mások a nemzeti egészségügyi politika részeként teszik kötelezővé az eredmények jelentéstételét.

2. Az egészségügyi állapotra vonatkozó fontos eredmények mérése

A betegek szempontjából fontos egészségügyi eredmények mérése és jelentése a fenntartható, értékalapú fizetési reform előfeltételei. A legsikeresebb kezdeményezések kiegészítik az úgynevezett általános vagy hagyományos egészségügyi mutatókat olyan metrikákkal, amelyek tükrözik az egészségnyereséget, a betegek egészségügyi eredményeit, bevonva, megkérdezve a betegeket is.

Az egészségügyi eredmények követésekor fontos a megfelelő egyensúly megteremtése a túl sok és a túl kevés mutató között. Amennyiben túl sok mutatóra fókuszálunk, akkor a mutatók esetleg nem lesznek validak és minimális hatással lesznek a szolgáltatók viselkedésére; amennyiben túlságosan kevés mutatót mérünk, akkor fennáll annak a kockázata, hogy hiányozni fognak a releváns eredmények.

Az olyan szervezetek, mint az Egészségügyi Eredmények Mérésének Nemzetközi Konzorciuma (ICHOM –www.ichom.org) jelentős előrehaladást értek el az adott betegségek és állapotok szempontjából releváns egészségügyi eredmények minimálisan elegendő indikátorainak meghatározásában. Ezek magyarországi használatát, implementációját javasoljuk.

3. Heterogén betegpopuláció rizikófaktorainak figyelembevétele

Az értékalapú fizetési modellek kellő gondosság hiányában olyan ösztönzőket hozhatnak létre, amelyek arra ösztönzik a szolgáltatókat, hogy csak a legegészségesebb betegeket válasszák, kezeljék. A hatékony értékalapú fizetési rendszerek magukban foglalják a robusztus kockázat-kiigazítást, hogy kiküszöböljék a tisztességtelen betegkiválasztást. Ez segíti az összes szolgáltatóval kapcsolatos tisztességes árak meghatározását, ideértve azokat is, akik kezelik a legbonyolultabb és a legköltségesebben kezelhető eseteket is. Noha a kockázat-kiigazítás számítása korábban meglehetősen bonyolult volt, most pontosabban és könnyebben végrehajthatók a növekvő nagy adathalmazok birtokában, a prediktív elemzések fejlődésével és a nemzetközi, publikus jógyakorlatok integrálásával.

A költségek és az egészségügyi állapotra fontos eredmények mérésére vonatkozólag, valamint a kockázat kezelése szempontjából is evolúciós megközelítést javaslunk. Az egészségügyi rendszereknek nem kell várniuk, amíg fejlett mérési és kockázat-beállító rendszereik lesznek az induláshoz. Már most megkezdhetik a rendelkezésükre álló metrikák és módszertanok használatát, beruházhatnak és tanulhatnak a kezdeti eredményekből, kisebb betegség-csoportoknál vagy bizonyos ellátásoknál megkezdhetik a bevezetést, majd finomíthatják jelenlegi rendszereiket, mielőtt az értékalapú fizetési modelleket rendszerszinten bevezetnék.

4. Adatállományba és azok fejlett elemzésébe való befektetés

Az információ hatalom. Az eddigi sikeres kezdeményezések fejlett elemző platformokat fejlesztettek ki annak érdekében, hogy kielégítsék az eredmények és költségek átfogóbb követésének növekvő igényét, hogy az értékalapú kifizetések lefedjék a teljes ellátási ciklust, és többféle típusú kifizetést hajtsanak végre arányosan. Ezek a platformok több forrásból származó adatokat integrálnak, beleértve a szakmai regisztereket is, és folyamatosan információt szolgáltatnak minden érdekelt fél számára arról, hogy milyen értékeket teljesítenek. Az egyes szolgáltatók általában nem rendelkeznek sem anyagi forrással, sem a teljes adathalmazzal, sem az elemzési lehetőségekkel az ilyen rendszerek kifejlesztésére. Ezzel szemben a kifizető állami szervek – nálunk a NEAK, főleg az EESZT bevezetésével és fejlesztésével – a teljes rendszeren jobban átláthatnak és így általában jobb helyzetben vannak, hogy kidolgozzák az adat- és elemzési platformot, majd azt megosztott szolgáltatásként nyújtják az egészségügyi szolgáltatóknak. A svédországi SVEUS program, amely átfogó és szinte valós idejű adatokat nyújt kifinomult kockázatkezeléssel, egy jó példa ezekre az elemző platformokra. A szakmai regiszterek tekintetében az angol National Joint Registry (<http://www.njrcentre.org.uk>) lehet a legjobb minta és annak jó gyakorlatait a magyar Nemzeti Protézis Regiszter átalakítására kellene felhasználni.

5. A folyamatosan javuló és a hibákból tanuló kultúra megteremtése

A sikeres egészségügyi rendszerek felismerik, hogy az értékalapú kifizetések bevezetése nemcsak egy egyszeri esemény. Inkább a klinikai gyakorlatok folyamatos átalakulásának egy nagyon fontos motivátora. Az értékalapú kifizetések sikeres végrehajtásának legnagyobb előnye egy tanulási, gondolkodási mód kialakulása, amelyben a szervezetek elkötelezik magukat a kísérletezés, az innováció és a folyamatos fejlesztés mellett. Elkötelezik magukat a hiteles transzparencia, a betegek megfelelő tájékoztatása, a hibák feltérképezése és az azokból való tanulás mellett. Valójában bizonyos helyzetekben ez magában foglalhatja még az értékalapú kifizetések elhagyását is, amikor a valóban értékalapú szervezeti kultúra normái és tevékenységei szorosan beépülnek majd a mindennapi gyakorlatba.

A foglalkozás-egészségügy rendszerének átalakítása és bevonása a prevenció és alapellátási feladatokba

Az első diagnózist mindig a laikus beteg állítja fel, hiszen csak akkor folyamodik ellátásért, ha valami egészségügyi problémája van. Ez alól képez kivételt a foglalkozás-egészségügy rendszere, amelyben egyedülálló lehetőségként az orvos állapítja meg az első diagnózist, és korán, még a nyilvánvaló tünetek megjelenése előtt képes feltárni a fenyegető betegséget.

Az egészségügyi alapellátásról és foglalkozás-egészségügyi ellátásról szóló jogszabályok pontosan meghatározzák a foglalkozás-egészségügy feladatait: **a foglalkozás-orvostan a preventív medicina egyik legfontosabb ága**, feladata **multidiszciplináris** és szorosan a munka világához kötődik. Tevékenységének középpontjában a **munkahelyen végzett orvosi ellátás**, továbbá az egészséget nem veszélyeztető és **biztonságos munkakörülmények kialakításában való közreműködés** áll. Ennek során a fő cél a **keresőképes ember** (munkavállaló) **egészségének megőrzése, fejlesztése**, a foglalkozási és foglalkozással összefüggő **megbetegedések megelőzése**, valamint a **népbetegségek korai jól gyógyítható formában történő feltárása** (népegészségügyi célú szűrővizsgálatok). Feladata ily módon nem csak egészségügyi, hanem kiemelten nemzetgazdasági jelentőségű.

A Kormány célja, hogy a lakosság egészségi állapota folyamatosan javuljon, az egészségben megélt évek száma növekedjen, a megelőzhető, korai halálozások száma pedig csökkenjen. A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok alapellátásban betöltött szerepe sajátos, népegészségügyi jelentőségű, hiszen döntően az előzetes és időszakos orvosi vizsgálatok keretében **évente mintegy 2-2,2 millió egészséges munkavállaló ellátását** (orvos-„beteg” találkozás) **végzik**. Ez jelentősen elmarad hazánkban a munkát végző személyek létszámától, ennek jellemzően két oka van: egyrészt kizárólag a munkaviszonyban foglalkoztatottakra terjed ki az ellátási kötelezettség, másrészt jellemzően számos mikrovállalkozás és kisvállalkozás nem rendelkezik foglalkozás-egészségügyi szolgáltatással.

A **megfelelő munkahelyi feltételek** és a munkakörülmények megléte jelentős mértékben lenne képes a **foglalkozási és foglalkozással összefüggő megbetegedések megelőzésével** hozzájárulni a betegségteher csökkentéséhez. (A nem megfelelő munkakörülmények miatt kialakult foglalkozási megbetegedések okozta „költség” évente eléri a 145 milliárd €-t az EU-ban). Kiemelt cél **valamennyi munkát végző ember egészségének és biztonságának hatékony védelme**, a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok **prevencióközpontú fejlesztése**, hatékony **irányítási rendszerének megteremtése**, képessé tétele a **munkavállalók egészségének nyomon követésére** és az egészséget nem veszélyeztető munkahely megteremtésében való közreműködésre, a **munkavállalók egészségének és munkavégző képességének megőrzésére**.

Előbbi indokok, illetve a meghatározott szakmapolitikai célok elérése érdekében a felgyülemlett tapasztalatok alapján szükséges a foglalkozás-egészségügyi ellátás szakmai és működési feltételeinek áttekintése.

A célok teljesüléséhez az alábbi feladatok későbbi kibontása szükséges:

1. a **vonatkozó** (20-30 éves) **jogszabályok megújítása** a korszerű tudományos ismeretek felhasználásával (pl. képernyős munkavégzés feltételei, mesterséges ABCD foglalkozási osztályok eltörlése, ellátási kapacitások újraszabása)
2. jogszabályban meghatározott **egységes térítési díj**, amely a piaci árverseny helyett valódi minőségi orvosi szolgáltatás irányába történő elmozdulást okoz
3. a foglalkozás-egészségügyi ellátást végző **orvosok járóbeteg-szakellátásba, E. Alap terhére történő beutalási jogosultságának visszaállítása** (az EESZT csatlakozás révén ez hatékonyan segítheti a háziorvosok munkáját, nem jár munkából kieséssel, hiszen munkahelyen végezhető (gazdasági haszon))
4. a foglalkozás-egészségügyi **szolgáltatás kiterjesztése a mikrovállalkozásokra, hatékonyabb ellenőrzés feltételeinek megteremtése** (EESZT, munkaegészségügyi szakmai felügyelet, minőségi mutatók)
5. **országos szűrővizsgálatokba történő bevonás**, amelynek eredménye az EESZT *adatfeltöltés révén központilag monitorozható és felhasználható*

Ezen javaslat szakmai tartalma és kívánt eredménye illeszkedik a Kormány által jóváhagyott „Egészséges Magyarország 2014–2020” Egészségügyi Ágazati Stratégiához, a Nemzeti Egészségügyi Programokhoz és az Alapellátási Programhoz.

Javaslat a fogorvosi alapellátás fejlesztésére

Áttekintés

A fogorvosi alapellátás az alapellátás része, tehát minden lakos számára biztosítani kell az egyenlő esélyű hozzáférést. Az alapellátás feladatai közül a sürgősségi ellátás, a fogászati szűrővizsgálatok végzése, a góckutatás, terhesek fogászati gondozása, a fogtömés, fogkőeltávolítás, gyökérkezelés és gyökértömés 100%-ban NEAK finanszírozott. A 62 év felettek fogpótlása és a fogazati eltérés szabályozása esetén a fogorvosi munkadíj szintén 100% NEAK finanszírozott. A 18-62 év közöttiek fogpótlása 100% térítés köteles. A szolgáltatást a NEAK adatai szerint évente 5,2-5,6 millió ember veszi igénybe.

Az országban idén májusban összesen 3377 fogászati ellátás működött, ebből 2812 alapellátási szinten. A körzetek kb. 10%-a betöltetlen.

A fogorvosi praxisok fenntartása önkormányzati feladat, amelyet feladatátadási szerződés keretében átadhat vállalkozó fogorvosnak. Az 1996-ban kezdődött privatizációnak köszönhetően a praxisok 85%-a privatizált.

A tulajdonviszonyok ma: a NEAK szerződött fogorvosok kb. 33%-a saját ingatlanban van, kb. 80% saját eszközparkkal dolgozik, amiért bérleti díjat kellene fizetniük az önkormányzatoknak, de sok helyen - erőfölénnyel visszaélve - nem teszik (dr. Nagy Ákos nem reprezentatív felmérése alapján).

2017-ben és 2019-ben a szerződött fogorvosok a finanszírozás hiányosságai miatt országos tiltakozó akciókat tartottak.

A lakosság ma térítésmentesen juthat hozzá a legtöbb fogorvosi ellátáshoz, a magyar fogorvosi csomag a nemzetközi összehasonlításban bőkezűnek mondható, ezért Magyarország az EHCI jelentésben zöld pontot kapott, de a jogosultságot biztosító szabályok nem ösztönözik a fog- és szájbetegségek kellő időben történő ellátásának igénybevételére, mindezidáig nem alakították ki a fogazat ápolásában, megőrzésében való érdekeltséget. Három emberből kettő csak panasz esetén keresi fel orvosát, amikor viszont sokszor már késő.

Jelen dokumentumban a fogorvosi alapellátás javítására teszünk javaslatot.

A fogorvosi alapellátás fő problémái

Finanszírozási - szolgáltatói oldal:

- alulfinanszírozottság - a működés vegyes finanszírozásra épül, azaz a NEAK és a piaci bevétel együtt biztosítja a praxis működőképességét. Ez pont azokon a helyeken teszi működésképtelenné, ráfizetésessé a fogorvosi alapellátást, ahol az elszegényedő lakosság miatt a legnagyobb szükség lenne a közellátás stabil működésére
- alulfinanszírozottság – a körzetek több mint 10%-a betöltetlen, amelynek köszönhetően több mint 800 ezer ember rendszeres fogorvosi ellátása nem biztosított. E mellett a fogorvosok kb. 40%-a nem szerződött a NEAK-kal, anyagilag nem vonzó a körzeti ellátás. Ez az erős piaci alternatíva (nincs magán-háziorvosi ellátás, de van magán fogorvosi hálózat) komoly elszívó hatású.
- alulfinanszírozottság - az egyik legmagasabb eszközigenyű és anyagigényes szakterület. A szakterület kiemelt eszközigenye kielezi az amortizációs költségek rendszerszintű kezeletlenségét, és az alapanyag-árak emelkedése, a forint gyengülése tovább gyengíti a praxisok pénzügyi pozícióját
- a magasabb és növekvő forrásigény ellenére a finanszírozási rendszer karbantartásából a fogászat kimaradt, vagy nem megfelelő mértékben részesült.
- alulfinanszírozottság - ellenőrizetlenség – kódpörgetés, invalid jelentések (hasonló a szakellátás „sámánolásához”)
- alulfinanszírozottság – ellenőrizetlenség – a beteg fizet olyan szolgáltatásokért amit a csomag térítésmentesként tartalmaz - ez tekinthető hálapénznek
- a duális finanszírozáson belül az önkormányzati infrastruktúra biztosítási kötelezettség – egy joghézag miatt – a 229/2001. (XII. 5.) Korm. rendelet a háziorvosok, házi gyermekorvosok és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról visszavonása - nem teljesül, nem egységes, nem felel meg a tulajdonviszonyoknak
- kettős finanszírozás – kettős ellátási kötelezettség az iskolaellátásban – sokszor más az iskola fogorvosa, mint a körzeti fogorvos, ami a definitív ellátások alulfinanszírozottsága miatt azok elmaradásához vezethet

Szabályozási szinten:

- a fogorvosi ügyeletet eltérő módon szabályozza a 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről illetve a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.
- a praxisjog koncessziós jog. A praxispiacba beavatkozó támogatások közül a praxisvásárlási támogatás piacélénkítő (ezt mindezidáig a fogorvosok nem kapják, a MOK módosító kérelmet adott be), a letelepedési támogatás piac fagyasztó hatású.

- annak ellenére, hogy a 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről pontosan definiálja a fenntartó kötelezettségeit, az önkormányzatok sok helyen ezt nem tartják magukra nézve kötelezőnek
- a szakellátók nem használhatják szakvizsgájukat a körzeten belül
- a szakellátások finanszírozása az alapellátásba integrált

Beteg oldal:

- a felnőtt lakosság jellemzően panasz esetén fordul fogorvoshoz
- a fogorvos nem választható a háziorvoshoz hasonlóan
- a késői orvoshoz fordulás mellett a betegek gyakran olyan kezeléseket erőltetnek, amelyek már nem hatékonyak, de térítésmentesek – pl. erősen destruált fogak sokadik tömése a korona helyett
- a lakosság jóval nagyobb, de öngondoskodásra viszont kevésbé képes része a szerződött fogorvosok szolgáltatásaikat veszi igénybe, ezáltal társadalmi felelősségük is nagyobb. A ritkább megjelenés két következménnyel jár: egyrészt a körzeti fogorvoshoz csapódnak be az elhanyagolt, nehezebb esetek, ahol a fogak menthetetlenek a kezelés kellemetlenebb lehet, másrészt ez táptalajt ad annak a sztereotípiának, hogy a „körzeti fogorvosok csak húzni tudnak, stb.”

Célok:

- a gyermek ellátásban a kettős ellátási kötelezettség megszüntetése
- a preventív szemlélet erősítése a felnőtt ellátásban
- a fogmegtartó kezelések időbeliségének javítása (a beteg forduljon időben fogorvoshoz)
- a kódporgetés, a fiktív jelentések visszaszorítása
- praxisalap létrehozása, a betöltetlen praxisok számának csökkentése
- a szakvizsgák használatának engedélyezése az alapellátó praxison belül

Megoldási javaslatok:

Kiszámítható, garanciákat tartalmazó finanszírozás

- a finanszírozásnak tartalmaznia kell kigazdálkodhatóan az orvos és a szakdolgozó(k) eü. bértábla szerinti bérét
- a tulajdonszerkezetnek megfelelő amortizáció finanszírozást
- a fejlesztéseket motiváló eszközöket ld. kedvezményes hitelek
- a csomagnak megfelelő egyéb közvetett és közvetlen költségeket
- a fogászati kódlista, illetőleg az ágazati szabálykönyv alapos felülvizsgálata, mind a minimumidőket, mind a pontértékeket tekintve.
- a szakellátás és az alapellátás finanszírozását külön kasszából kell megoldani

A fogorvosi ellátási kötelezettség szűrővizsgálat elvégzéséhez kötése

- 18 év alatt, illetve középiskola befejezéséig az intézmény kijelölt fogorvosa végzi el a szűrővizsgálatot
 - a NEAK nyilvántartást vezet arról, hogy adott oktatási intézmény melyik fogorvosi szolgáltatóhoz tartozik
 - megszűnik a gyermekkori kettős ellátási kötelezettség
 - a definitív ellátások időbelisége valószínűleg javul, a fogak korábban kerülnek ellátásra
- 18 év felett a páciens a háziorvosi rendszerhez hasonlóan választhat egy területi ellátási kötelezettséggel rendelkező szolgáltatót
 - a NEAK nyilvántartást vezet arról, hogy a páciens melyik fogorvoshoz tartozik
 - a nagyobb településeken – megfelelő finanszírozás mellett – kialakul a szolgáltatók közötti egészséges verseny
 - a bejelentkezés elfogadásakor a páciens szűrővizsgálata is megtörténik
- a páciens választása személyesebbé teszi az orvos beteg kapcsolatot a páciens annál a fogorvosnál veheti igénybe a kedvezményes szolgáltatást, akinél a leszúrta, más szolgáltatónál csak sürgősségi ellátás vehető igénybe térítésmentesen.

A nem saját orvosnál igénybevett sürgősségi ellátásokért az ellátó fogorvos eseti ellátási díjat kap a NEAK-tól

Beteg oldalon bónusz rendszer bevezetése megfontolandó

- a páciens anyagi érdekeltségének megteremtése a szűrővizsgálatok rendszeres elvégzésében
- a kezelés annak teljesen térítésmentes (jelenlegi rendszer) aki a megelőző 1+1 évben járt szűrővizsgálaton, különben részben vagy egészben térítéskötelelessé válik. A beteg a szolgáltatónál fizet.
- a kezelések időbelisége javul, az időben elvégzett kezelések egészségnyereséget jelentenek

A szakvizsgák használatának engedélyezése az alapellátó praxison belül

- az alapellátó fogorvosok számára engedélyezni kell, hogy saját körzetük betegei felé elszámolhassák a szakvizsgájuknak megfelelő szakellátó kódokat. Az orvos a minimumidők miatt nem tudja túllépni a lakosságszámarányos időkeretet, a szakvizsga anyagi elismerése az elemi tevékenységek elszámolhatósága mellett az alapidő vagy a fejkvóta finanszírozás szakmai szorzóval történő növelésével érhető el. Hasonlóan, mint ahogy most az alapellátásban az intraorális röntgen használatára a NEAK kiegészítő szerződést köt a szolgáltatóval.

Praxisalap létrehozása, a praxisvásárlási és letelepedési támogatások összevonása és kibővítése, ezzel hatékonyabb támogatási rendszer jön létre

- megszűnik jelenlegi méltatlan helyzet – a praxisát piacon eladni nem tudó orvos vagy elvesztése
- a nyugdíjba vonulni szándékozó orvosok ki tudnak lépni a rendszerből
- a praxiskezelő vételárként a praxis birtoklásának idejével és a praxis nagyságával arányos, de maximált vételárat kínál fel
- a vásárló felé a praxiskezelő licitet ír ki, amely lehet negatív is a jelenlegi letelepedési támogatás összege és időbelisége is rugalmasabbá tehető