

## Tüdőgondozók, szakrendelések, ambulanciák: merre tovább tüdőgyógyászati járóbeteg szakellátás?

Dr. Kovács Gábor, Dr. Strausz János, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet

A tüdőgyógyászat története összefonódik a tbc ellenes küzdelemmel. Az 1960-as évekre alakult ki a tüdőgyógyászati hálózatnak az a szerkezete, ami kisebb változtatásokkal, de ma is működik. 162 tüdőgondozó, emellett 135 stabil és 48 mobil tüdőszűrő egység alkotja ezt a hálózatot. A tuberkulózis visszaszorításával a tüdőrák és a COPD ellátása jelenti a fő feladatot.

A tüdőgyógyászati járóbeteg ellátás alapegységét egy szakorvos és egy asszisztens jelenti, akik 40 000 lakost látnak el. Ez az egység kompetens és egyben köteles elvégezni a járóbeteg ellátás keretei között a tbc, a tüdőrák, az idült obstruktív és az allergiás légúti betegségek diagnosztikus, terápiás, gondozási és rehabilitációs ellátását. A tüdőgyógyászati szakrendelések működéhetnek önálló épületben, vagy többszakmás poliklinikai rendelő részeként. Az országban mintegy 120 egységben 200 szakellátó egységre van szükség.

A szakellátás feladata a szakmai minimum követelményeket kielégítő járóbeteg ellátáson túl a betegségmegelőzés, a hagyományos gondozás és a rehabilitáció. A finanszírozás terén a bázis finanszírozás helyét várhatóan teljesen átveszi a tevékenységek szerinti finanszírozás.

A kötelező tüdőszűrés helyét fokozatosan átveszi a 40 évesnél idősebb korosztály ajánlott, rizikócsoporthoz tartozók mellkas röntgen vizsgálata.

*The History of the Pulmonology has been closely associated with the fight against TB. The present structure of the pulmonary network was developed in the 1960s. This includes 162 pulmonary outpatient clinic (TB dispensaries in the recent years), 135 stable and 48 mobile screening units. With the roll-back of TB, now the diagnosis and treatment of lung cancer are their main roles.*

*The basic unit of a pulmonary outpatient includes one specialist (pulmonologist) and his/her assistant. They attend 40 000 inhabitant. This unit is competent, and it must attend the diagnostic, therapeutic and rehabilitation supply of the lung cancer, the chronic obstructive and the allergic pulmonary diseases with the opportunities of the outpatient clinic. These units may function in an independent building, or as a part of an outpatient clinic. In Hungary approximately 120 outpatient clinics with 200 basic units are needed.*

*The tasks of the pulmonary network are the prevention, the classical care and the rehabilitation. The activity based financing takes over the line-item budget. The risk group chest X-ray screening is recommended for the 40 years old or older.*

### A TÜDŐGYÓGYÁSZATI HÁLÓZAT MÚLTJA

A magyar tüdőgyógyászat története egybefonódik a hazai tbc ellenes küzdelem évszázadával. A XIX. század végén és a XX. század első felében kiváló tüdőgyógyászok és belgyógyászok tettek meg mindent az akkor rettegett „Morbus Hungaricus” megfékezéséért. Más európai országok példáját követően speciális, a kor tudományos felkészültségének minden vonatkozásban megfelelő intézményeket, sanatóriumokat hoztak létre a tbc-s betegek számára. Ilyen volt az 1901-ben megnyílt Erzsébet Királyné Sanatórium Budapesten (ma ennek utódja az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet) és a Gyulán 1906-ban megnyílt József Főherceg Sanatórium. Ezek a fekvőbeteg intézmények azonban már a megszervezésükkor is kevésnek bizonyultak volna a betegség visszaszorítását illetően, támaszkodniuk kellett azokra a tüdőgondozókra, ahol közel a lakossághoz, a betegekhez és családjukhoz a lehetséges ellátást, s ami akkor még fontosabb lehetett a kontrollokat, kontakt vizsgálatokat végezheték. Már az I. Világháború alatt 1500 fekvőbeteg ágy és mintegy 25 tüdőgondozó állt a betegek rendelkezésére. Ezeket a gondozókat tekinthetjük a tüdőgyógyászati járóbeteg ellátás kezdeteinek annak ellenére, hogy az akkor még nagyszámú extrapulmonális tuberkulózisos betegeket is ezekben a gondozókban látták el. A Világháborút követő két évtizedben a jóvátehetetlen trianoni veszteségek ellenére gyorsan gyarapodott az ekkorra már „hálózattá” bővülő gondozók rendszere, s a II. Világháború idejére már 6000 ágy és 134 tüdőgondozó szolgálta a betegeket. Az 1940. évi VI. törvénycikk alapján megkezdődhetett bizonyos kockázati és foglalkozási csoportokban a mellkas röntgen vizsgálattal történő tüdőszűrés bevezetése is, ami a később, a hatvanas években kiteljesedő kötelező tüdőszűrés alapjait jelentette. A II. Világháború pusztításait a tüdőgyógyászati hálózat is megérintette. 1945-re a működőképes ágyak száma ezerre csökkent és a gondozók közül is csupán 34 működhetett. A hálózatot gyorsan reaktíválni kellett, hiszen még 1950-ben is mintegy ötvenezren betegedtek meg és hétezen haltak meg tbc-ben Magyarországon. A hatvanas évekre sikerült kialakítani a kisebb változásokkal a mai napig is működő struktúrát.

### A JELENLEGI TÜDŐGYÓGYÁSZATI JÁRÓBETEG HÁLÓZAT

Az országban 162 tüdőgondozó működik, s emellett integráltan 135 stabil szűrőállomás és 48 mobil szűrőegység tevékenykedik. A tüdőgondozók telepítése követte annak

idején a járási közigazgatási beosztást, ami egyenletes területi eloszlást, a betegek számára jó elérhetőséget biztosított.

A kilencvenes, majd a kétezres évek változásai annyiban jelentettek elmozdulást a korábbi szerkezetet illetően, hogy a tüdőgondozók egy részét a területi poliklinikákhoz integrálták, beleértve elhelyezésüket is. Néhány esetben pedig a területi kórházak belül alakították ki a gondozót.

A pulmonológiai járóbeteg ellátás jelenleg is a tüdőgondozói hálózaton alapul. Emellett tüdőgyógyászati járóbeteg ellátást végeznek a fekvőbeteg intézmények ambulanciái, szakrendelése is néhány privatizált, főleg vállalkozó orvos által működtetett rendelés. Ezek a rendelések mind OEP szerződéssel rendelkeznek. Itt nem nyerne említést azok a tüdőgyógyászati tevékenykedő vállalkozó orvosok, vállalkozások, amelyeknek nincs OEP szerződésük. Feltételezzük, hogy számuk csekély, inkább egy-két órás szolgáltatásokról lehet szó.

A tuberkulózis örvendés visszazorulásával megte-remtődött az igény arra, hogy a tüdőgondozói hálózat a tüdőgyógyászati szakrendeléseknek olyan rendszerévé alakulhasson át, amely megőrzi egyrészt a tüdőgyógyászat hagyományos preventív szemléletét és szociális érzékenységet, ugyanakkor az újabban nagyobb népegészségügyi feladatokat jelentő tüdőbetegségek ellátási igényeihez jobban illeszkedik. A tbc-t már régen nem nevezhetjük „Morbus Hungaricusnak”, hiszen a 2007 évi epidemiológiai adataink azt bizonyítják, hogy már az alacsonyan átfertőzött régióhoz tartozunk (2007 évi incidencia: 17,4‰<sup>0000</sup>, ami 1752 újonnan bejelentett beteget jelentett abban az évben). Szerepét átvette a tüdőrák a maga évi mintegy tízezer és a COPD a tényleges százezer és a feltételezett négy százezer körüli esetszámmal. Ezeknek a betegségeknek a szakmai ellátási protokolljaihoz, a társadalmi igényeihez kell alkalmazkodniuk a tüdőgyógyászati járóbeteg ellátó egységeinknek is. A klasszikus gondozás szerepét átveszik a tüdőrák esetében a legkorszerűbb orvostechnikai eszközökkel végzett kontrollvizsgálatok, a COPD esetében pedig az ellenőrző vizsgálatok mellett a dohányzás leszokás támogatás és a hosszú távú rehabilitáció igénye. Az infrastruktúrának és a szakemberek felkészültségének is alkalmazkodniuk kell az új kihívásokhoz.

## A PULMONOLÓGIAI JÁRÓBETEG ELLÁTÁS ALAPEGYSÉGE

Egy tüdőgondozón, illetve integrált kórházi szakrendelésen természetesen a szerződött óraszámok függvényében több szakorvos is dolgozhat. Ezt a terület lakosság száma, a szakorvos ellátottság, illetve a fenntartó szándéka határozhatja meg. A tüdőgyógyászati szakmai kollégium több alkalommal is foglalkozott a járóbeteg ellátás kérdéseivel és igyekezett meghatározni a szakmai elveknek leginkább megfelelő struktúrát. Ezért meghatározta a pulmonológiai járóbeteg ellátás alapegységét. Ez azért fontos, mert lehetőséget ad arra, hogy a szakmai minimum követelményeket is ehhez az alapegységhez rendeljük.

A pulmonológiai járóbeteg szakellátás alapegységének jelenleg azt az egységet tekinthetjük, amely egy teljes foglalkoztatású (min heti 30 órás) tüdőgyógyász szakorvosból és egy szakképzett asszisztensből áll. Egy ilyen egység szervezése (és OEP befogadása) 40 000 lakosonként (kb. 20 háziorvos) indokolt.

Ez az egység (szakorvos) kompetens ellátni a tüdőgyógyászat valamennyi, a járóbeteg ellátás terén végezhető tevékenységeit (ideértve a tbc, a tüdőrák, a légúti allergiás, a légúti obstruktív betegségek járóbeteg ellátás keretén belül végezhető diagnosztikai, terápiás rehabilitációs és követési/gondozási/ feladatait). Egyes ritka betegségek (pl. cisztás fibrózis, rendszerbetegségek tüdőgyógyászati manifesztációi) esetében a kollégium meghatározhatja a kompetencia kört.

A tüdőgyógyászati szakellátás alapegységének rendelkeznie kell azokkal a személyi, tárgyi és szakmai minimum követelményekkel, amelyek segítségével a fent megjelölt járóbeteg ellátási feladatokat el is képes végezni (pl. spiográf, illetve röntgen berendezés). Ezeket a minimum feltételeket jelenleg az érvényben lévő 60/2003 EüM. Rendelet rögzíti. Ennek módosítása időszerű, a szakma meg is tette ilyen irányú javaslatát a jogalkotó felé.

A szakellátó egység szakmai fogalom. Megvalósulhat különböző önálló, illetve integrált formákban. Finanszírozási és tulajdonlási formái is különbözőek lehetnek (pl. önálló vállalkozó, önkormányzati, KHT stb.). A kollégium és a szakfelügyelet felelőssége nem az egyes finanszírozási, tulajdonlási és integrált formák, hanem a minimum követelmények meghatározásában és teljesítésében az ellenőrzésében rejlik.

## A JAVASOLT STRUKTÚRA

Magyarországon jelenleg mintegy 200 szakellátó egységre (min. heti 30 órás rendelésre) van szükség, hogy biztosítani lehessen a 40 000 lakos/ szakellátó egység struktúrát. Mivel ezek az egységek a legkülönbözőbb formában jelenhetnek meg, ahogy arról a megelőző szakaszban volt szó ezek a szakrendelések mintegy 120-130 egy vagy több rendeléses poliklinikai/intézményi, vagy egyszemélyes egységben jelennek meg. Ez a szám biztosítja az országos lefedettséget, a lakosság számára a megfelelő hozzáférést a pulmonológiai szakellátáshoz.

Az egészségügyi struktúraváltás keretén belül kistérségi járóbeteg ellátási fejlesztésekre kerülhet sor a közeljövőben. Elsősorban a korábban ellátási fehér foltokat jelentő hátrányos helyzetű régiókban (pl. Szabolcs-Szatmár-Bereg, Somogy megyék területén), kistérségekben kerülhet sor ilyen fejlesztésekre. Ezekbe a többszakmás szakrendelésekbe is be kell illeszteni a tüdőgyógyászati szakellátást. Elsősorban a poliklinikán belül szervezett szakellátás lehet a kistérségi fejlesztés esetén ideális forma.

A lehetséges ellátási formák szerint több modell is elképzelhető. Ezek az ellátási formák érintik természetesen az egész ellátási szerkezetet, s a minimum követelményeket is. Az alábbiakban felsoroljuk, milyen formák képzelhetők el.

- Több tüdőgyógyászati szakellátási egység működik együtt egy épületben önállóan, nem többszakmás poliklinikán belül. Ez lényegében véve a jelenlegi több rendeltetéses tüdőgondozók egyszerű átalakulása révén jöhet létre elsősorban a nagyvárosokban, ahol ennek a feltételei adóttak. Ilyenek lehetnek a jelenlegi megyeközpontokban lévő több rendeléssel működő szakellátó intézmények, illetve Budapesten a nagyobb lakosságszámú kerületekben a megfelelő infrastruktúrával rendelkező, a személyi és tárgyi minimum követelményeknek megfelelő intézmények. Ezek a helyeken általában most is betöltöttek a szakorvosi státusok. A tulajdonosok általában közvetlenül, vagy a területi kórházon keresztül az önkormányzatok.
- Egy tüdőgyógyászati szakellátó egység egy önálló épület egységben (pl. egy korábbi egyszemélyes tüdőgondozó – pl. Szarvas, Kisvárd, Ózd, Pásztó, Szentes stb). A tárgyi, személyi és szakmai minimum követelményeknek itt is meg kell felelni. Ezekben az egységekben biztosítani kell a megfelelő technikai színvonalú röntgen átvilágítási és mellkas rtg felvételezési lehetőséget. Enélkül nem tekinthető az egység pulmonológiai szakellátó egységnek.
- A lakosságszámnak megfelelően egy, vagy több tüdőgyógyászati szakellátó egység egy poliklinikán (többszakmás járóbeteg ellátó szakrendelő), vagy kórházon belül. Ez lehet fővárosi kerületi, vagy vidéki városi poliklinika. A tüdőgyógyászati szakellátó egységek (rendelések) számát a terület lakosságszáma határozhatja meg. A tulajdonlás itt is különböző lehet. A minimum feltételek megvalósítása során egyszerűbb a helyzet, hiszen ha van röntgen elérhetőség a poliklinikán egy épületen belül, akkor nem szükséges a szakrendelésnek azt külön megvalósítania. Itt is a tüdőgyógyász értékeli a diagnosztikus mellkas röntgen felvételeket, illetve világítja át a beteget a szabálykönyvben is rögzített kompetenciának megfelelően.
- A fenti meghatározás alapján nem tekinthető ugyan önálló pulmonológiai szakellátó egységnek, de el kell fogadni a részfoglalkozású pulmonológus szakorvos (vállalkozó, vagy közalkalmazott) ténykedésének a szükségességét. Ilyen orvos pl. az, aki saját munkaidejével gazdálkodva vállalkozóként biztosítja olyan poliklinikán, vagy csoport praxisban a tüdőgyógyászati szakellátást, ahol a térségben ilyen nincs. Nincs minden nap szakrendelés, de egy adott poliklinikán hetente egyszer, vagy többször 4-6 órában szerződik és nyújt szakellátást a tüdőgyógyász szakorvos. Lehet ilyen igény, s fontos az is, hogy közelebb viszi ily módon a szakellátást a lakossághoz.  
Ez a forma ott jelenhet meg, ahol – elsősorban vidéken – szakorvoshiány alakul ki, ugyanakkor a területet el kell látni. Szakmai minimum követelmény, hogy az ilyen típusú rendelés keretei között is ellátják valamennyi pulmonológiai beteget, beleértve a tbc-s betegeket is.

Milyen szempontoknak kell megvalósulniuk a szakellátó egységek létrejöttéhez?

- Megfelelő, a minimum követelményeket megvalósító infrastruktúra (korábbi tüdőgondozó/poliklinika/kórház épülete) megléte.
- Személyi feltételek biztosítása mind az orvos, mind a szakdolgozók részéről.
- Tárgyi minimum követelmények (pl. megfelelő színvonalú röntgen) biztosítása.
- Megfelelő lakosságszám a vonzáskörzetben.
- Jó közlekedési viszonyok.

A jelenlegi megyei központokban, illetve a fővárosban kell kialakítani a több szakorvost foglalkoztató szakellátó intézményeinket. A megyék többi egysége működhet egy szakorvost foglalkoztató egységként önállóan, illetve poliklinikához integráltan. Természetesen a nagy városokban is működhet a több szakellátó egységet tartalmazó szakrendelés többszakmás poliklinikán belül kölcsönös konziliáriusi lehetőségeket biztosítva. Ezek működhetnek a jelenlegi épületeikben, betelepíthetők a területi kórház, vagy poliklinika területére, illetve ha a területen kistérségi járóbeteg szakellátó egység kialakítására kerül sor, akkor eleve tervezhető a pulmonológiai szakrendelésnek az új épületbe helyezése. A végső megoldás alapvetően a tulajdonosi, fenntartói döntés függvénye. A rendelések száma a lakosságszámtól (földrajzi elérhetőségtől, szakorvosi létszámtól) függ, a területi MEP ennek függvényében szerződhet a szolgáltatókkal. Az egyes szakrendelések között lehetnek a személyi feltételeknek megfelelően részfoglalkozású egységek is.

## A TÜDŐGYÓGYÁSZATI SZAKELLÁTÁS FELADATAI

A tüdőgyógyászati járóbeteg ellátás, a szakrendelések feladatai jól meghatározhatóak. Ezek:

### Betegségmegelőzés

- primer prevenció, vagyis egyes egészség károsító tényezők kiiktatása az emberek életviteléből. Ilyen a dohányzás leszokás támogató programok szervezése és akkreditált végzése, a táplálkozás és mozgás kultúra alakítása összefogva a terület ilyen képzettségű szakembereivel és általában véve az egészséges életmódra nevelés.
- szekunder prevenció, vagyis a kötelező, illetve ajánlott célcsoportos szűrővizsgálatok végzése. A tbc miatt szervezett, mellkas röntgen vizsgálattal végzett tüdőszűrés a 18/1998 Tv értelmében azokon a területeken és kisebb közösségekben indokolt, ahol az ÁNTSZ azt elrendeli a megelőző év megbetegedési adatai alapján (25‰ feletti incidencia). Más területeken az 51/1997. évi EüM rendelet 2008 évi módosítása alapján a 40 év feletti lakosság évenkénti mellkas röntgen vizsgálata javasolt, különös tekintettel a rendszeres dohányosokra. Indokolt lehet a rizikócsoport COPD irányú szűrése is spirometriás vizsgálattal.

- tercier prevenció, vagyis a már ismert betegségek progressiójának lassítása, kiújulásának megelőzése gondozás és rehabilitáció révén. A tüdőgyógyászati szakrendeléseken különösen a COPD-s betegek rehabilitációja oldható meg a járóbeteg ellátás keretei között.

### Járóbeteg szakellátás

A klasszikus értelemben vett tüdőgyógyászati diagnosztikus és terápiás tevékenységek, amelyeket a szakellátás keretében végezhet el az orvos. Ide tartoznak többek között a tüdőszűrések alkalmával kiemelt betegek első képalkotó és bakteriológiai vizsgálatai, illetve azok megszervezése, a krónikus obstruktív, illetve allergiás légúti betegségek (pl. asztma, rhinitisz) diagnosztikája, illetve a betegeknek szükség szerint centrumokba irányítása. Fontos részét képezik a tevékenységnek a háziorvos, vagy más szakorvosok kérésére elvégzett vizsgálatok, konzíliáriusi tevékenységek. Olyan területen, ahol a szakrendelés többszakmás kórház területén belül van, vagy a területi kórházban nincs tüdőosztály a szakrendelés feladata a fekvőbetegek részére nyújtott szakkonzílium is.

### Gondozás

A tüdőgondozás helyét átveszi a krónikus betegségek protokoll szerinti követése, ellátása. Ugyanakkor megmaradnak a tbc-vel kapcsolatos klasszikus gondozási feladatok is ott, ahol ilyen beteget kell ellátni (kontakt felkutatás, környezet tanulmány készítése, DOTS terápia megszervezése stb.).

### Rehabilitáció

Egyes krónikus betegségek, kiváltképpen a COPD járóbeteg ellátás keretei között nyújtandó rehabilitációja, mint a tercier prevenció eszköze lehet az elkövetkező évtized egyik legfontosabb szervezési feladata a tüdőgyógyászati járóbeteg ellátás keretén belül.

### FINANSZÍROZÁS

A vázolt járóbeteg ellátási struktúra csak akkor működőképes, ha megfelelő és garantált finanszírozás áll az ellátás rendelkezésére.

Prognosztizálhatóan megszűnik a bázis finanszírozás. Ez a változás időszerű, hiszen az 1992-es önkényesen megállapított bázis összegek részben túlhaladtak, részben akkor sem voltak reálisak. Olyan gondozók is kapnak folyamatosan ilyen összegeket, akik már nem is végeznek tüdőgyógyászati járóbeteg ellátó tevékenységet. Az ellátó egységek csak akkor lesznek képesek ellátni a betegeket, ha a szakellátási tevékenységeket megfelelő német pontok szerint finanszírozza a biztosító. Ebben az irányban már törtétek is lépések 2007-ben, amikor elvonták már a bázis

egyik részét (szűrések, Mantoux, illetve a tbc bakteriológia egyes tevékenységei). A továbbiakban meg kell erősíteni valamennyi olyan tevékenység német pontjait, amelyeket eddig a bázisból végeztünk (kontakt felkutatás, vizsgálat, gondozott beteggel kapcsolatos egyéb teendők). Emellett kiemelten kell kezelni azokat a légzésfunkciós vizsgálatokat, amelyeket a tüdőgyógyászati szakellátás végezhet (a légzésfunkciós vizsgálatok a COPD mellett ma már egyes kardiovaszkuláris betegségek, tüdődaganatok ellátásának fontos markerei és prognosztikai elemei).

A jelenleg szintén a bázisból finanszírozott tbc ellenes gyógyszerek finanszírozását is rendezni szükséges. Javasoljuk, hogy kerüljenek eü100-as receptre felírható és 100%-os támogatással hozzáférhetővé a kizárólagos antituberkulotikus szerek (INH, RAMP, SM, PZA, ETB, PAS, CYCLO, RIGE). Ezek összköltsége, a jelenlegi betegszám ismeretében nem haladja meg az 60-70 millió forintot. További hasonló összeget jelentenek azok az egyébként más indikációval is alkalmazott antibiotikumok (pl. kinolonok), amelyek a rezisztens, különösen a multidrog rezisztens esetekben kerülnek alkalmazásra. Ezek legyenek központi keretből hozzáférhetőek a tbc-s betegek számára.

Szintén a megszűnő bázisfinanszírozás terhére lehetne megemlíteni a primer prevenciót jelentő dohányzás leszokás támogatási tevékenység finanszírozását, illetve ezzel párhuzamosan felszabadítani a ma már meghaladott finanszírozási tiltásokat.

### TÜDŐSZŪRÉS

A tüdőszűrések a szekunder prevenció eszközeként a tüdőgyógyászati szakellátáshoz szervesen kapcsolódnak. A tüdőszűrést el kell végezni ott, ahol ezt az ÁNTSZ a jogszabályoknak megfelelően elrendeli. Ezekre a területeken (2008-ban: Budapest, Szabolcs, Szolnok, illetve Hajdú és Borsod egyes kistérségi területei) legalább 60%-os átszűrési arányt kellene elérni az érintett lakosság körében. Ahol a tbc nem indokolja a lakosság szűrését, ott a 40 év feletti korcsoportban, különös tekintettel a dohányosok körében ajánlott szűrésként lehet végezni, tervezett behívásos rend alapján a vizsgálatot. Ez lehetőséget jelent ennek a célpopulációnak a kérdőíves, spirográfias COPD szűrésére is.

A tüdőszűrés technikai feltételeit illetően el kell érni azt, hogy digitális berendezések álljanak rendelkezésre azokon a megyeszékhelyeken lévő szakellátó egységekben, ahol jelenleg ilyen nincs. Működnek már ilyen berendezések több helyen (Debrecen, Szolnok, Pécs, Székesfehérvár, Miskolc, Győr, Zalaegerszeg, Budapest II, XX-XXIII, Dabas, Cegléd stb.).

A szűrés finanszírozása jelenleg a német pontok alapján megoldott. A kettős leolvasást a szakellátás tüdőgyógyász szakorvosai végezhetik.