

Elindul a Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram

Interjú Dr. Kovács Zoltán államtitkárral (EMMI),
valamint Dr. Balogh Sándor főigazgatóval (Országos Alapellátási Intézet)

A Svájci-Magyar Együttműködési Program keretében mintegy 3,7 milliárd forint összértékű Alapellátás-fejlesztési Modellprogram indul négy hátrányos helyzetű észak- és kelet-magyarországi kistérségben. Berettyóújfalun, Borsodnádásd, Heves és Jászapáti térségében 14 település 24 háziorvosi praxisa állt össze 4 praxisközösséggé. A praxisok kiválasztási szempontjai között a társadalmi-gazdasági és infrastrukturális elmaradottság, valamint a magas munkanélküliség mellett nagy súllyal esett a latba a cigány lakosság magas részaránya is.

A svájci kormány vissza nem térítendő pénzügyi támogatásának célja, hogy csökkenjenek a gazdasági és társadalmi egyenlőtlenségek az Európai Unión belül. Magyarország több mint 130 millió svájci frank (31 milliárd forint) támogatáshoz jut a program keretében. Ezzel mintegy 40 projekt és száznál több kisprojekt valósulhat meg. A megvalósításhoz öt év kötelezettségvállalási és tíz év kifizetési időszak áll rendelkezésre.

Az együttműködés egyik területe az egészségügy, amely a rendelkezésre álló keret 10 százalékát, azaz 13 millió svájci frankot használhat fel.

A népegészségügyi fókuszú alapellátási modellprogram megvalósítására létrejött konzorcium tagja a GYEMSZI, az OEP, az OALI, a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete, a Magyar Védőnők Egyesülete, a kutatásokhoz kapcsolódva pedig a Debreceni Egyetem, a Pécsi Tudományegyetem, a Szegedi Tudományegyetem, valamint a Semmelweis Egyetem.

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram több mint egy éves előkészítést követően, a Semmelweis Tervvel összehangolva indult el. Általános célja, hogy praxisközösségek kialakításával, valamint az alapellátás preventív szolgáltatásainak bővítésével hozzájáruljon a lakosság egészségi állapotának javításához, a hozzáférés egyenlőtlenségeinek felszámolásához, különös tekintettel a hátrányos helyzetű, ezen belül is a roma lakosságra. Egy-egy praxisközösség átlagosan havi 300 ezer forint többletfinanszírozáshoz jut az új szakemberek (gyógytornász, dietetikus, egészségpszichológus és a szervezésben segítő egészségőr) foglalkoztatására, a népegészségügyi többletfeladatok ellátására és a szűrőprogramok megszervezésére, továbbképzésre, eszközbeszerzésre, informatikai fejlesztésre, valamint speciális roma programokra.

Mielőtt a program egészségpolitikai céljairól és megvalósulásának menetéről tájékozódunk volna, **Dr. Kovács Zoltánt**, az EMMI társadalmi felzárkózásért felelős állam-

titkárát kérdeztük, hogy a kormány mekkora és milyen szerepet szán az egészségügynek a felzárkóztatásban, illetve az állampolgárok egyenlő esélyeinek megteremtésében. Majd Dr. Balogh Sándort az Országos Alapellátási Intézet Főigazgatóját kérdeztük az Alapellátási Modellkísérlet lebonyolításával kapcsolatban.



– A politika már régebben felismerte, hogy a lakosság egészségi problémái mélyen összefüggenek a szociális viszonyokkal. Ezért természetes, hogy a svájci-magyar alapellátási modell kidolgozásában a kezdetektől fogva részt veszünk. Ugyanígy igen fontos a részvételünk a program monitorozásában, nyomonkövetésében, majd értékelésében.

A felzárkóztatást stratégiai szempontból négy oldalról közelíthetjük meg: oktatás és kultúra, lakhatási körülmények, egészség, foglalkoztatás. A hátrányos, illetve halmozottan hátrányos helyzetben élő népesség igen jelentős százalékát teszik ki a roma származásúak. Meg kell jegyezni, hogy a statisztikai megközelítések bizonytalanok, hiszen – ombudsmani álláspontnak megfelelően – csak önbevallás alapján tarthatjuk nyilván az állampolgárok etnikai hovatartozását.

A cigány népesség nagy számban él az ország leghátrányosabb régióiban és éppen ezeknek a régióknak a morbiditási és mortalitási adataiban találjuk a leginkább lesújtó számokat. A közelmúltban láttak napvilágot a Központi Statisztikai Hivatal ugyancsak önbevalláson alapuló kutatásának adatai. Ezek szerint a 19 éves kor feletti roma népesség kétharmada szenved valamilyen betegségben, 16 százaléka legalább két betegségben, egynegyede pedig háromnál több olyan egészségi problémával küzd, amely ténylegesen a munkaképesség hiányával vagy csökkenésével jár. Összességében a roma lakosság 15,4 százaléka megváltozott munkaképességű, vagy rokkantnyugdíjas.

Ez az országos átlag kétszerese. Ugyanez az arány jellemző a koraszülésekre és a rossz egészségi állapotban lévő gyermekekre is.

(A lakóhely településtípusa szerinti adatok azt mutatják, hogy a betegségek előfordulása, illetve annak következtében a megváltozott munkaképesség valószínűsége a községekben magasabb, Budapesten alacsonyabb, a városokban pedig a népességen belüli arányuknak megfelelő. A 15–64 éves népesség 34,8 százaléka él községekben, 17,3 százaléka Budapesten. A megváltozott munkaképességűek körében azonban komoly arányeltolódás figyelhető meg.

Körükben négyszer annyian (mintegy 40 százalék) vannak a községekben élők, mint a budapestiek.)

Köztudott, hogy az orvosi ellátáshoz való hozzáférés – beleértve az alapellátást is – az ezer főnél kevesebb lakosú településeken a legrosszabb. Sok helyen gyerekorvos sincs, a felnőtt háziorvosok látják el ezt a szolgálatot is. Példa rá Berettyóújfalú környéke, ahol a 23 település többségében nincsen helyben orvosi ellátás. A svájci modell-program az alapellátás megerősítésével éppen ezekre a gondokra keresi a megoldást. Pilot programnak tekintjük, amely jól csatlakozik a Biztos Kezdet Gyerekház kezdeményezésünkhöz is.

(2009 óta 43 Biztos Kezdet Gyerekház kezdte meg működését Uniós forrásból. Többségük Kelet- és Dél-Magyarország kistelepülésein működik. Céljuk a hátrányos helyzetű településeken, településrészekben nehéz körülmények között élő családok gyermekei számára olyan szolgáltatások biztosítása, melyek hozzájárulnak későbbi iskolai beilleszkedésükhöz. A Biztos Kezdet Gyerekházak azokat a 0-5 éves gyereket nevelő családokat várják, akik korlátozottan, vagy egyáltalán nem férnek hozzá megfelelő minőségű szolgáltatásokhoz. Bár a Gyerekház elsődleges célja a gyermekek fejlesztése és támogatása, emellett kiemelt feladatuk a családok támogatása, a szegénységből kivezető út hatékony keresésére ösztönzés, egészséges életmódra serkentés, a családok, és a helyi közösségek erősítése, helyi önszerveződési folyamatok ösztönzése.)

Az egészségpolitika határozott célja a prevenció megerősítése. Ezzel harmonizálnak azok a célok, amelyek jegyében igyekszünk már a megszületés előtt, majd a születés után, de még az óvodai és iskolai ellátás előtt biztosítani azokat az ismereteket és lehetőségeket (táplálkozás, tisztálkodás, a betegségek időben való felismerése stb.), amelyek elsajátítására az adott közösség keretei között nincsen, vagy csak kevés az esély. Egyebek mellett ezért is igyekszünk a programokba olyan védőnőket, szociális munkásokat, egészségőröket bevonni, akik az adott közösség tagjai.

Feladatunk, hogy a programot eljuttassuk a zárt, szegregált körülmények között élő közösségekbe is. A kormány az Országos Roma Önkormányzattal kötött keretmegállapodás keretében 150 ezer roma lakos szűrvizsgálatát vállalta. Nehezíti a feladatot, hogy ezeknek a közösségeknek az egészségfelfogása nagyban eltér a többségi társadalom felfogásától. Ezért a most létrejött praxis-közösségekben új szereplőként megjelenik a roma egészségőr és roma egészségfelelős státusz is: a települési és nemzetiségi önkormányzatokkal együttműködve olyan önkénteseket képeznek ki, akiket a cigány közösségekben ismernek és elfogadnak, így általuk nagyobb esély nyílna arra, hogy személyes kapcsolatok révén családra és egyénre szabottan adhassanak tanácsot, mutathassanak példát, és közvetítők legyenek az orvos és a páciensek között.

*



Dr. Balogh Sándor, a Svájci-Magyar Alapellátási Modellkísérlet lebonyolításával megbízott Országos Alapellátási Intézet főigazgatója elmondta, hogy a svájci kormány képviselői már a segély-program bejelentésének első pillanatától kezdve világossá tették, elvárják, hogy Magyarország a leszakadt, többszörösen hátrányos helyzetű térségek

felzárkóztatására, és különösen a cigányság megsegítésére fordítsa a rendelkezésére bocsátott forrásokat. Ebben egytizednyi forrást szántak az egészségügynek, pontosabban az egészségügyi alapellátásnak.

– Csupán egytizednyi feladata lenne az egészségügynek a leszakadt térségek és lakosság-csoportok, közte a cigányság felzárkóztatásában?

– A felzárkóztatás olyan társadalmi, szociális és gazdasági problémahalmazt vet fel, amely messze túlnyúlik úgy az egészségügy, mint az érintett népcsoport – jelen esetben a cigányság – keretein. Korántsem „cigány-problémáról” van szó. Bizonyított tény, hogy minél kisebb egy település, annál rosszabbak az egészségügyi mutatói. Az ezer fő alatti települések lakóinak a legrosszabbak az életkilátásai, és ahogy haladunk fölfelé, egyre javulnak a mutatók. Egymillió lakos fölött megint romlást tapasztalunk. Magyarországon több mint kétezer ezer főnél kisebb lélekszámú település van. Országosan a praxisok 17 százaléka lát el egynél több körzetet (úgynevezett csatolt községek), 20 százaléka pedig egy települést. Ezek a számok inkább adottságokat, mint létszámot jeleznek.

– Ha jól értem, azt állítja, hogy a cigányság problémáit az egészségügyön belül szükségtelen külön kezelni....

– Nem egészen. Európa-szerte gondot okoz a cigány népesség felzárkóztatása és asszimilálása. Egészségi problémáik megoldása hatalmas munkaerő utánpótlást biztosítana, és államháztartási szinten is óriási megtakarítást eredményezne.

Vitathatatlan az is, hogy a cigányságnak vannak olyan genetikai jellegzetességei, amelyekre szükséges tekintettel lenni. Ennek feltérképezése még gyerekcipőben jár, de ismerjük jól azokat az amerikai kutatási adatokat, amelyek jelentős eltéréseket mutatnak ki az afro-amerikai, a spanyolajkú és a bennszülött rasszok megbetegedési mutatói, valamint az egyes beavatkozásokra adott reakciói között. Kimutatták például, hogy a bennszülött indiánok szervezete egészen másként reagál a vízhajtókra, mint a fekete bőrű vagy a fehér bőrű lakosságé. Magyarországon Ádány Róza professzor-asszony folytat kutatásokat ebben a témában. A cukorbetegség és a dohányzási szokások közötti összefüggéseket vizsgálva kimutattott olyan jellegzetességeket, amelyek csak a cigányságra jellemzőek és genetikai hátterük is lehet.

Az alapellátási modell megfogalmazásakor azonban nem szükséges a cigányságra, mint önálló „probléma-halmazra” tekinteni. A mi feladatunk, hogy a hátrányos helyzetű vidéki települések, a kisvárosok és a nagyvárosok háziior-

vosi ellátásának különbözőségeit feltérképezzük, okait feltárjuk és javítsunk rajta, majd a tapasztalatokat összegyűjtjük, feldolgozzuk és ajánlásokat tegyünk az egészségpolitika számára.

– Miért éppen ezt a négy térséget választották a modell-kísérlet terepének?

– Az országban 6858 alapellátó praxis működik. Hatalmas eltéréseket tapasztalunk praxis és praxis között úgy az elérhetőségben, mint az ellátandó lakosság egészségi állapotában, az ellátás feltételeiben, eszközrendszerében. A kistérségeknek több mint egyharmada nevezhető – különféle szempontok szerint – halmozottan hátrányos helyzetűnek, teljesen függetlenül attól, hogy lakik-e ott és milyen arányban cigány lakosság. Az alapellátás főszabálya szerint egy hátrányos helyzetű település háziiorvosi ellátása nem különbözhet egy fővárosi körzetétől. A valóságban ez nem így van. A legkedvezőtlenebb a helyzet Szolnok, Heves, Borsod és Szabolcs-Szatmár megyékben, vagyis a leginkább hátrányos helyzetű térségekben. Tehát egyértelmű volt, hogy a forrásokat itt hasznosítsuk, e térségek lakóinak egészségi állapotán próbáljunk javítani, és az itt szerzett tapasztalatokból vonjunk le következtetéseket az alapellátás egészére vonatkozóan.

– Kérem, beszéljen a program kialakításának menetéről!

– Eldöntöttük, hogy praxisközösségeket, más szóval praxistársulásokat, közös ellátási területeket hozunk létre, amelyekkel a létező hiányok felszámolhatók, és az igények kielégíthetők. Vizsgáltuk, milyen eszközökkel lehet azokat a máshol már bevált, kiforrott szakmai eredményeket Magyarországon meghonosítani, amelyekre eddig nem volt anyagi fedezet. Ha jól tesszük a dolgunkat, 3-4 év múlva az egészségpolitika elé olyan modellt tárunk, amelyet kipróbáltunk, s tudjuk, hogy mik az anyagi, tárgyi és személyi igényei, a megvalósításához milyen jogszabályok és finanszírozási eszközök szükségesek.

A konzorciumi partnerekkel közösen kialakított program gyakorlati megvalósítója az OALI, szakmai vezetője Pap Magor. Az előkészítés mintegy másfél esztendő telt igénybe. Nem volt egyszerű feladat egy ilyen sokszereplős, sok szempontra tekintettel lévő, az eltérő helyi adottságokat figyelembe vevő, mégis egységes projekt megalkotása. A döntést a svájciak hozták meg, mi csak javaslatot tettünk a modellre és a modellt megvalósító földrajzi régiókra.

Az erről szóló döntés megszületése után első lépésben kiválasztottunk ezekről a területekről 80 praxist. Könnyítette a munkát, hogy az érintett térségek és az ott dolgozó kollégák többsége nem ismeretlenek előttünk. A több mint ezer praxisból kiválasztott háziiorvosi körzetekre közbeszerzéses eljárásban került sor, majd így a 24 körzetre leszűkült nyertesekből alakítottuk ki a négy darab, hat praxisból álló praxisközösséget. Az eljárás során az egyik feltétel volt, hogy a 6-6 praxis tartozzon egy földrajzi egységhez, ha lehet, legyen az együttműködésnek valamilyen hagyománya, például az, hogy egy ügyeleti körzetbe tartoznak. Ez a modell Hevesben, Borsodban és Jászapáti térségében megvaló-

sult, Berettyóújfalui környékén hézagossá. A program megvalósítására rendelkezésre álló négy évet innen, vagyis 2012 júniusától számítjuk.

Egy év után jutottunk el odáig, hogy a program valamennyi közreműködőjét megtaláltuk, a rendelkezésre álló státuszokat betöltöttük, a szerződéseket megkötöttük, képzésük, illetve a szükséges információk átadása hónapok óta zajlik. A felkészítésben jelentős szerepet vállal a SE Mednedszervező Intézetén kívül a debreceni és a többi egyetem háziiorvosi tanszéke is. Ezen túl a program több eleme már beindult, intenzív adatgyűjtés folyik, majd szeptembertől teljes készületségben és élesben működik mind a 4 praxisközösség. Pontosabban: teljes terjedelmében feltehetően soha nem működik majd a rendszer, hiszen folyamatosan alakítunk majd rajta, bizonyára lesznek elemek, amelyeket elhagyunk, s lesznek olyanok is, amelyeket utólag illesztünk a programba.

– Ki és hogyan döntött a praxisközösségek szakmai összetételéről?

– A praxisközösségek szakmai összetételébe a svájciak nem szótak bele. A mi szándékunk volt, hogy legyen a kiválasztottak között tisztán felnőtt-, továbbá gyerek- és vegyes praxis is. Arra is törekedtünk, hogy legyen a csoportban tartósan betöltetlen praxis, mert tapasztalatokhoz szeretnénk jutni arról, hogy egy praxisközösség hogyan kezeli ezt a helyzetet, hogyan szervezi meg a helyettesítést. Ugyanakkor az is szándékunk, hogy államilag finanszírozott központi gyakornokokat, háziiorvosi rezidenseket irányítsunk ide. Az ő feladatuk – a tudás megszerzésén és a szakvizsga sikeres teljesítésén túl – az adott terület problémáinak megismerése. Mindent megteszünk majd azért, hogy a szakvizsga után helyben maradjanak.

– Mi a következő lépés?

– A későbbiekben szeretnénk bevonni a praxisközösségek munkájába a területen működő fogorvosokat, védőnőket és gyógyszerészeket is. Ennek pénzügyi háttere és a formája még nem alakult ki. Mindezen túl legfontosabb feladatunk megvalósítani a primary healthcare szemléletét, és minél több társadalmi szereplőt és civil bevonni az egészségmegőrzési és -gondozási, elsősorban idősgondozási programokba, valamint az elsődleges prevencióba.

– Milyen konkrét tennivalókról döntöttek már?

– Azonnal hozzákezdünk a lakosság szűréséhez, kezdve a vastagbél-szűrésekkel, emlőszűrésekkel és folytatva a szív- és érrendszeri, valamint a krónikus légúti betegségeket feltáró szűrésekkel. Eközben törekszünk a telemedicinális eszközök maximális igénybevételére, példa erre a telemetrikus EKG leletek, valamint a szemfenékről készített felvételek szakorvosi értékelésre való oda- és visszaküldése.

A praxisközösségekben alkalmazottak körének bővítésével új módszereket is kipróbálunk. Elsőként a korai betegség-felismerés humán erőforrás és strukturális feltételeit biztosítjuk. Új szereplő lesz a népegészségügyi szakember, akinek feladata részben a betegutak szervezése és a még egészséges emberek egészségi állapotának feltérképezése

és a szűrési programokban való részvételük segítése. Fontos, hogy ezek a betegség megelőzést szolgáló programok ne a betegellátás keretei között folynak.

– **Az eddig elmondottakból látszik, hogy bőven van helye a 3,7 milliárd forintnyi támogatásnak...**

– Ez egy jól finanszírozott program. Fizetni tudjuk belőle a nem szorosan az egyes praxisokhoz kötődő szakemberek bérét, a praxisokban dolgozók pluszmunkáját, a többlet vizsgálatok költségeit.

– **A praxisok felszereltségén is javítanak?**

– Új berendezések beszerzésével még várunk. Fel kell mérjük a praxisok jelenlegi felszereltségét, és azt, hogy valóban értelmesen és hatékonyan használják-e a rendelkezésre álló eszközöket, az elvégzett vizsgálatok milyen mértékben segítik a definitív ellátást. Például: a tapasztaltak alapján szeretnénk eldönteni, hogy praxisonként legyen-e egy-egy kislabor, vagy elég, ha kettő vagy talán három használ egyet. Csak ezek után érdemes gondolnunk további eszközfejlesztésekről. A beteg jelenlétében elvégezhető diagnosztikai vizsgálatokra törekszünk, mert már vannak tapasztalataink arról, hogy sokkal együttműködőbben fogadják a betegek a – pl. vércukorszint-mérő – vérvizsgálatok esetében a helyben és azonnal megszülető eredményeket és az azokat követő orvosi utasításokat, illetve ajánlásokat, mint azokat, amelyeket több napos várakozás után közlünk velük.

– **Biztosított az alapellátási modell-kísérlet szakellátási háttere? Elsősorban arra gondolok, hogy az intenzív szűrőprogramok következtében várhatóan megszorodnak majd a szakorvosi ellátást igénylő esetek. Lesz elegendő kapacitás ezek ellátására? Például lesz elegendő urológus az újonnan felfedezett prosztataproblémák megoldására?**

– Nem tudok erre egyértelmű választ adni. A modellkísérlet konzorciumi partnere az OEP és a GYEMSZI, a szükséges számításokat ők kell elvégezzék, ha problémák keletkeznek – pl. nincsen a területen elegendő számú szakorvos vagy kevés az engedélyezett óraszám – nekik kell megoldaniuk. A programban van anyagi fedezet az ilyen jellegű problémák megoldására. Mindenesetre mi – mármint az OALI – megint nekirugaszkodunk az évtizedek óta megoldatlan problémának: az alapellátás és a szakellátás szerves összekapcsolásának. Valahogy azt kellene elérni, hogy közös döntés alapján, szakmailag korrekt módon, se nem túl korán, se nem túl későn kerüljön sor a beteg szakellátásba való átvételére.

– **Hasznosítják a házi orvosok meglévő egyéb szakképesítéseit?**

– Ez a program ezt nem célozza meg. Részben, mert esetleges, részben mert – a közhiedelemmel ellentétben – a házi orvosok második, harmadik szakképzése többnyire nem valamely klinikai szakma, hanem foglalkozás-egészségügy, gyermekorvoslás vagy belgyógyászat.

– **Összességében mit kíván ez a program elérni?**

– Elsősorban természetesen az adott térségek lakói egészségi állapotának érzékelhető javítását. Eközben modellezzük, hogy a hátrányos helyzetű településeken miként és milyen szereplőkkel lehet biztonságos alapellátást nyújtani. Ugyanakkor pontosan felmérjük, hogy az alkalmazott módszerekkel, a praxisközösségekben kialakított gyakorlatl mennyi pénzből, miként és milyen mérhető egészségnyereséget tudunk elérni. Végezetül: a modell-kísérlet alapján ajánlást tudunk majd tenni az alapellátás megújítására.

NAL

Közös Képzési Program kidolgozása és megvalósítása az idegtudományok területén

Az Európai Unió támogatásával a Debreceni és Nagyvárad Egyetemek szakemberei olyan határon átnyúló képzési rendszert fejlesztettek ki az idegtudományok területén, amely közös idegtudományi MSc képzési program lehetőségét teremti meg. Az 1 éves futamidejű program megvalósítása 2013. június 30-án fejeződik be.

A projektet megvalósító szakértőcsoport tagjai jelentős nemzetközi tapasztalatokkal rendelkeznek mind az egyetemi oktatás, mind a tudományos kutatás területén. A szakértőcsoport a projekt megvalósítása során olyan – előadásokon és gyakorlati munkán alapuló – modern képzési rendszert dolgozott ki, amelynek segítségével a hallgatóknak hatékony módon lehet tanítani az idegtudományok elméleti kérdéseit és vizsgáló módszereit.

A képzésbe 20 olyan hallgatót vontak be – a határ mindkét oldaláról 10-et –, akik már egyetemi diplomát szereztek a biológia, fizika, kémia, matematika, vagy az orvos- és egészségtudományok területén.

Az elméleti képzés mellett olyan laboratóriumi környezetet hoztak létre, amiben a hallgatók megtanulhatják az idegtudományi kutatásokban használt legmodernebb vizsgáló módszereket is.

A 198.000 euróval támogatott projekt a Magyarország-Románia Határon Átnyúló Együttműködési Program 2007-2013 keretében valósult meg (www.huro-cbc.eu), az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap, valamint Magyarország és Románia társfinanszírozásával. A program célja közelebb hozni egymáshoz a határmenti térségben élő embereket, közösségeket és gazdasági szereplőket az együttműködésbe bevont térség közös fejlesztésének elősegítése érdekében, a határmenti térség alapvető erősségeire építve.

Forrás: DE OEC Külső Kapcsolatok Központ