

Megújuló alapellátás: hol tartunk?

Interjú Dr. Beneda Attila helyettes államtitkárral

Az alapellátás megerősítését és a térségi-megyei ellátásszervezést helyezte fókuszba az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az egészségügyi vezetők szaklapja 2016. február 11-én megrendezésre került XI. Regionális Egészségügyi Konferenciája. A tanácskozáson az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkársága (EMMI) ezzel kapcsolatos programjáról Dr. Beneda Attila egészségpolitikáért felelős helyettes államtitkár tájékoztatta az egybegyűlteket. Lapunknak adott interjújában összefoglalta az alapellátás komplex, minőségi megújítását célzó cselekvési terv legfontosabb elemeit.

– Nem egészen egy évvel ezelőtt Ön azt nyilatkozta lapunknak, hogy a kormányzat törekvése az egészségügyi alapellátás új alapokra helyezése, prevenciók tevékenységének erősítése.* Mennyiben harmonizáltak ezzel az elgondolással az elmúlt év során megtett lépések?

Megalkottuk az egészségügyi alapellátásról szóló törvényt, amelynek 2015. augusztus 1-jén történt hatályba lépése megteremti az alapellátás megerősítésének jogszabályi kereteit. Ehhez készült egy koncepció, mely vizionálja, hogy a lakóhely közeli egészségügyi szolgáltatásokat mely szereplők bevonásával, milyen struktúrában képzeljük el. Ez az egyedülálló megközelítés, a lakóhely-közeli szolgáltatások (LESz) rendszere az alapellátás komplexitásán alapszik. Egyes körökben még mindig a házi orvosokkal és a házi gyermekorvosokkal azonosítják az alapellátást, holott pontosan tudjuk, hogy sok más szereplő is ebbe a körbe tartozik, az alapellátást végző fogorvostól a védőnők és iskolaorvosok hálózatán át az üzemorvosokig, az otthoni szakápolást végző szakemberekig. Az alapellátási egységek közötti együttműködés szorosabbá tételén túl azon is dolgozunk, hogy az eddigieknél intenzívebb kommunikáció alakuljon ki a szakellátást végző járóbeteg intézmények és az alapellátás között, és a szakorvosok aktívabban bekapcsolódjanak a praxisközösségek munkájába. Mivel az alapellátást nem pusztán ágazat-specifikus tevékenységnek gondoljuk, fontosnak tartjuk az integrációt a szociális és oktatási szférával, valamint a családüggyel is. Elképzelésünk szerint e társágzatok kölcsönös egymásra hatása ad ki egy olyan ellátó struktúrát, amely mind a betegek, mind az orvosok, mind az ellátórendszer egésze szempontjából a leghatékonyabb és a leginkább költségkímélő.

– Hol tud bekapcsolódni a családügy az alapellátás feladataiba?

A Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárság egy viszonylag új ágazat a minisztériumi struktúrában. Mivel a kor-

mány erősen fókuszál a családok megerősítésére, a családügynek mind az egészségügyi ellátásban, mind a primer prevencióban jelentős szerepe lehet. Hatékonyan támogathatja az egészségfejlesztést, az otthoni szakápolást és a foglalkozás-egészségügyet is.

HELYZETÉRTÉKELÉS

– Ismert, hogy nagyszámú háziiorvosi praxis betöltetlen, sokan már a vészharangot kongatják emiatt. Hol tart most ennek a problémának a kezelése?

A tartósan betöltetlen praxisokra történő pályázatiírás tovább folytatódik, az elmúlt két évben és idén is 750 millió forint áll rendelkezésre erre a célra a költségvetésben. Eddig 75 praxisban dolgozó házi orvos került be a rendszerbe, így jelenleg 180 üres, tartósan betöltetlen praxist tartunk nyilván, ami az összes praxis 3 százalékát teszi ki. Az alapellátási törvényből fakadóan természetesen ezeken a helyeken is megoldott az ellátás, az önkormányzatok gondoskodnak a helyettesítésről. Mivel azonban a háziiorvosi korfában 38 százalékot tesz ki a 60 éves, vagy annál idősebb kollégák aránya, készülnünk kell a háziiorvosi létszám további csökkenésére. Ezért a lakóhely-közeli ellátást úgy kell kialakítani, hogy a házi orvosok több szakdolgozó, illetve az egyéb szakmák bevonásával lényegesen több beteget legyenek képesek ellátni. A háziiorvosi munka 60-70 százaléka nem orvosi tevékenység, ha sikerülne 50 százalékra csökkenteni ezt az arányt, sokkal több definitív ellátást tudnánk elérni – erről szól a svájci modellkísérlet.

– Ha sikerülne vonzóvá tenni a háziiorvoslást a fiatal orvosok körében, vélhetően megoldódna az utánpótlás kérdése.

Egyetértek, ilyen tekintetben a jelenlegi képzési rendszer felülvizsgálatra szorul, mert nem jelenik meg benne kellő súllyal a háziiorvoslás, és nem tükrözi a háziiorvosi munka jelentőségét, adott esetben szépségét. Azt látjuk, hogy a gyakornoki idő letöltését követően a kollégák körülbelül kétharmada helyezkedik el háziiorvosként. Nyilvánvaló tehát, hogy a graduális és posztgraduális képzésben komoly beavatkozásra van szükség.

– Milyen intézkedéseket hozott a kormányzat a háziiorvosi ellátórendszer helyzetének javítása érdekében?

Nem szeretném a valóságnál fényesebbnek láttatni a helyzetet, de joggal állíthatom, hogy az alapellátásban meghozott intézkedések hatására több ponton is sikerült előre lépni. Azt szeretnénk elérni, hogy az orvosok és szolgáltatók a praxisfinanszírozás – vagyis a rezsiköltségek fedezése – mellett olyan anyagi juttatást kaphassanak, amelyből tisztességes bért gazdálkodhatnak ki. A háziiorvosi szolgáltatók

teljesítménydíjazásának emelésére négy év alatt háromszor került sor. A háziiorvosi indikátorrendszer díjazását szintén három alkalommal emeltük. Az alapellátási vállalkozások körében megújult és kiszélesedett az eszköztámogatási rendszer, és bevezettük a szakdolgozói kiegészítő díjazást. Bevezettük a háziiorvosi, illetve fogorvosi szolgálatban eltöltött húsz év után adható címzetes főorvosi címet.

– Idekapcsolódó aktuális kérdés: mikor kaphatják meg a háziiorvosok az idei évre ígért 10 milliárdos többletet? Feltételhez fogják-e kötni a folyósítást?

A korábbi évek gyakorlata – amikor a háziiorvosok a rezsiköltségek fedezéséhez kapták a támogatást – elképzeléseink szerint annyiban fog megváltozni, hogy a jövőben bármilyen többlet kerül a rendszerbe, azért valamilyen ellentételezést kell nyújtani. Ezzel kapcsolatban még zajlanak az egyeztetések a szakmai szervezetekkel, amelyek hamarosan lezárulnak. Ezt követően, várhatóan a közeli időszakban az alapellátásban dolgozók meg fogják kapni az ígért összeget. A támogatott körbe nem csak a háziiorvosok, hanem például az alapellátásban dolgozó fogorvosok is beletartoznak, akik számára – munkájuk tetemes anyagköltsége miatt – talán még inkább jelentős lehet a pluszfinanszírozás.

PERSPEKTÍVÁK

– Mely feladatok megoldásán dolgozik jelenleg az egészségpolitika?

Már említettem a háziiorvosi létszámhiány megfelelő kezelését, különös tekintettel a korfára és az üres praxisok betöltésére. Fontos feladatunk a praxisközösségek és csoportpraxisok kialakításával kapcsolatos szempontok meghatározása. Sor kerül a területi ellátási kötelezettség nélküli háziiorvosokra vonatkozó finanszírozási szabályok meghatározására, mivel továbbműködésüket a korábban elmondottak miatt is célszerű elősegíteni. Kiemelten kívánunk foglalkozni a jelenleg demarkáltan működő foglalkozás-egészségügyi alapellátás körében végezhető megelőző ellátások részletes szakmai szabályozásával is. Nem rendelkezünk kellő rálátással a foglalkozás-egészségügyben zajló tevékenységekre, ezért feladatunk ennek feltérképezése. Ez a terület ugyanis fontos népegészségügyi találkozáspontként szolgálhat, ahogy a lakóhelyi patikák is, hiszen a gyógyszerész-gondozás nagyban hozzájárulhat a lakosság egészségfejlesztéséhez. A generikus program során a gyógyszerészek partnereink voltak ebben, ezért minden reményünk megvan arra, hogy ez a fajta együttműködés tovább folytatódjon. Elvégzendő feladatunk továbbá az iskola-egészségügyi ellátásról szóló hatályos miniszteri rendelet alapos felülvizsgálata és az ellátás részletes szakmai szabályozásának meghatározása.

– Milyen fázisban van a háziiorvosi kompetenciák kiértékelése?

Némi késsedelemmel ugyan, de februárban újjáalakult a Szakmai Kollégium, ennek a testületnek a munkája szükséges ahhoz, hogy megtörténjenek a kompetencia vizsgálá-

tok. Hamarosan a háziiorvosi tagozat és a társtagozatok egyeztetni fognak arról, hogy milyen tevékenységeket lehet még az egyébként is széles háziiorvosi kompetenciakörbe beleilleszteni. Ilyen lehet például a krónikus betegek gondozásában a receptfelírás, hogy adott esetben egy ismerten, hosszú időn keresztül szedett gyógyszer felírásáért ne kelljen a betegnek minden évben elmennie a szakrendelőbe. A fő cél, hogy a lehető legtöbb beteg jusson definitív ellátáshoz az alapellátásban.

– Hol tart a háziiorvosok egyéb szakvizsgálatainak elismerése?

A minap megalakult Szakmai Kollégium feladata lesz, hogy kijelölje, mely szakvizsgákat gyakorolva fogadhatnak betegek a háziiorvosok az alapellátásban. A szakmai szempontok meghatározása mellett ennek finanszírozási hátterét is ki kell dolgozni, amit az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral együttműködve fogunk megtenni.

– Milyen további lehetőségeket lát az alapellátás megújítására?

Az alapellátás infrastrukturális fejlesztéséhez kapcsolódóan decemberben két pályázat is megjelent összesen több mint 22 milliárd forint értékben. A támogatási kérelem benyújtására február elejétől van lehetősége az önkormányzatoknak. Jelenleg egy tízmilliárd forintos uniós forrás lehetősége áll előttünk az alapellátás komplex minőségi megújítására. A pályázati kiírást megelőzően szeretnénk komplex módon áttekinteni a felhasználás potenciális területeit, mert a forrásnak olyan módon kell bekerülnie a rendszerbe, hogy a továbbműködésre is lehetőséget adjon. Tehát ne csak egy átmeneti finanszírozási bővülés történjen, hanem a forrásbevonással olyan működési anomáliákat sikerüljön megoldani, ami a fenntartható működést is biztosítja. Kiindulási alapnak a praxisközösség működését modellező TÁMOP 6.2.5/B programot tekintjük. Emellett körülbelül egy évig zajlik még a svájci modellkísérlet is, amely reményeink szerint szintén további kiaknázható lehetőségeket hoz felszínre. Nem kellően kidolgozott, és úgy gondolom, hogy az alapellátással kapcsolatos, fontos kérdés a roma egészségügy. Azokban a hátrányos helyzetű térségekben, ahol a magyar átlagnál rosszabbak a mortalitási és morbiditási adatok, sikeres lehet a roma segéd egészségőrök képzése és aktivitása. Arra számítunk, hogy érintettség és helyismeret okán hatékonyabban képesek közvetíteni a közösség tagjai felé a megelőzés és a szűréseken való részvétel jelentőségét.

– Tavaly decemberben elindult egy nagyszabású felmérés a háziiorvosok körében. Milyen releváns információt várnak ettől?

A svájci modellkísérlet keretében 2015 decembere és 2016 áprilisa között az összes háziiorvosi praxist felkeresük, hogy feltérképezzük a humán erőforrás viszonyokat, valamint a rendelkezésre álló eszközrendszert és infrastruktúrát. Ennek köszönhetően egy eddig nem látott térkép fog kirajzolódni arról, hogy háziiorvosaink milyen egyéb szakvizsgákkal rendelkeznek, hány asszisztenssel, milyen eszközparkkal és milyen infrastrukturális körülmények között

dolgoznak. Az információk alapján választ kaphatunk arra is, hogy mely praxisokban áll rendelkezésre a rendelő mellett egy olyan helyiség, ahol a praxisközösség más munkatársa dolgozhat.

– A felsorolt elképzelések megvalósulása milyen jövőképet vetít elénk?

Erős, egészségfejlesztésre, megelőzésre és gondozásra egyaránt koncentráló, megújuló alapellátási modellt képe-

lünk el. A tervbe vett, összehangolt interszektoriális beavatkozások az ellátó szintek horizontális, és a praxisközösségek vertikális összekapcsolódását eredményezik. Mindez összességében az alapellátás komplex megújulását, azaz a betegek és a társadalom érdekeit szolgálja, hiszen „minél erősebb, illetve minél nagyobb figyelmet kap egy adott országban az egészségügyi alapellátás, annál alacsonyabb a halálozás, ezen belül pedig a korai halálozás is” (Starfield 2006).

Boromisza Piroska

* Dr. Beneda Attila egészségpolitikáért felelős helyettes államtitkárral készült korábbi interjúnk az IME XIV /5. 2015. júniusi lapszámában olvasható.

NÉVJEGY



Dr. Beneda Attila egészségpolitikáért felelős helyettes államtitkár

1994-ben végzett a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 1998-ban egészségügyi szakmenedzser képesítést szerzett a budapesti Egészségügyi Menedzserképző

Központban. 2013-ban közigazgatási szakvizsgát tett a Magyar Közigazgatási Intézetben.

1997-től 2010-ig háziorkosként dolgozott a főváros XII. kerületében. 2010. május 10-től 2013. december 31-ig kabinetfőnök volt az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárságán. 2014. január 1-jétől egészségpolitikáért felelős helyettes államtitkár.

Magyar találmány debütált sikerrel a Mobile World Congress rendezvényen

A hazai fejlesztésű orvostechnikai eszköz, a WIWE az MWC-n mutatkozott be

A hirtelen szívmegállás és a stroke kockázatát előrejelző magyar fejlesztésű orvostechnikai eszköz, a WIWE először a MWC-n mutatkozott be a nemzetközi szakmai közönségnek.

A világ legjelentősebb, mobil technológiára fókuszáló kiállításának, a Mobile World Congress-nek idén ismét Barcelona adott otthont. A négynapos rendezvényre mintegy 200 országból 2000 kiállítót és csaknem 100 000 látogatót vártak. A magyar fejlesztésű diagnosztikai eszköz, a WIWE, amely a világon egyedülálló intelligens algoritmus segítségével mutatja meg a hirtelen szívmegállás és a pitvari fibrilláció következtében kialakuló stroke kockázatát, ezen a kiállításon lépett először a nemzetközi porondra.

„A kiállítás tapasztalatai azt mutatják, a látogatókat érdekelte a WIWE, sorok álltak, hogy kipróbálják az eszközt és képet kapjanak szívük és érrendszerük állapotáról.” – mondta el Farkas Péter, a WIWE-ot forgalmazó Sanatmetal kereskedelmi igazgatója a helyszínen – „Más standokról is átlátogattak hozzánk kiállítók, úgy látjuk, hogy az egészségmegőrzés kitüntetett helyen szerepelt ezen a mobiltechnológiai rendezvényen is.”

A stroke a második leggyakoribb halál oka a világon, évente több mint 5 millió ember halálát okozza. A hirtelen szívmegállás világszinten évente 8,5 millió emberéletet követel. A WIWE az EKG görbe tulajdonságait kiértékelő algoritmus segítségével mutatja meg a hirtelen szívmegállás, és a stroke kockázatát. Ezen kívül képes mérni a vér oxigénszintjét, számolja a pulzust, illetve rendelkezik olyan egyéb funkciókkal is, mint a lépés- és kalóriaszámláló.

A WIWE mögött több éves kutatómunka áll, amelyet Dr. Kozmann György (DSc) egyetemi tanár, a Pannon Egyetem Egészségügyi Informatikai K+F Központ elnöke, az MTA doktora és munkatársai végeztek, a műszer fejlesztése és tesztelése 2014 októbere óta folyik.

A készülék a tervek szerint 2016 áprilisától rendelhető, szeptembertől lesz elérhető a tengerentúlon is.

További információ: <http://mywiwe.com/hu/>