

Háziorvosi alapellátás, hogyan tovább?

Dr. Dózsa Katalin Mária, Dr. Sinkó Eszter, Dr. Gaál Péter, Semmelweis Egyetem
Egészségügyi Közszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

A magyar alapellátás olyan kihívásokkal néz szembe, amelyek tudatos, következetes és megfelelő szakmai-szállal koordinált kezelése szükséges. A Svájc és Magyarország kormányainak társfinanszírozásában megvalósult Alapellátás-fejlesztési Modellprogram (azonosítószám: SH8/1) hasznos eredménytermékeket és tapasztalatokat hozott, amelyekre hosszú távon is építeni lehet. Bebizonyosodott, hogy tudatos szervezethez és erőforrás allokációval az égető kihívásokra ütőképes válaszokat lehet adni már rövidtávon is. Ennek legfontosabb tanulsága országos szinten az, hogy a nagy rendszer csak akkor lesz képes sikeresen reagálni a népegészségügyi kihívásokra, ha az ehhez szükséges erőforrások és az evidencia alapú szervezethez adott lesz. Elemzésünkben emellett érvelünk, hogy a magyar egészségügyi rendszer teljesítményének javítását célzó jelentős erőfeszítések nem fognak tudni érdemi és hosszabb távon is fenntartható eredményeket elérni az alapellátás szervezeti, finanszírozási és működési kereteinek paradigma-váltó átalakítása nélkül. Mindezt a modellprogram tapasztalatai mentén mutatjuk be.

The Hungarian Primary Health Care System faces challenges, which can only be answered through well-tailored, consistently carried out and professionally managed health policy interventions. The Swiss-Hungarian Co-financed Primary Health Care Development Model Programme (in the framework of Swiss-Hungarian Cooperation Program, SH8/1) produced important outcomes, which provides a basis for such kind of interventions. There is evidence that with additional resources and through rationally organised and coordinated services the difficult challenges can be met even in the short term. The most important lesson and message for the development of primary health care at the national level is that public health challenges can only be met if the necessary resources are provided and a coherent, evidence-based management background is established. In their analysis the authors argue for changing the old paradigms of organising, financing and managing the Hungarian primary health care system, in order to achieve real and sustainable improvement of the performance of the whole Hungarian health system.

BEVEZETŐ

A magyar alapellátásban meghatározó jelentőségű modellkísérlet zárult 2017 májusában. A Svájc és Magyarország

kormányai által társfinanszírozott, emelt kompetenciájú praxisközösségek kialakítására építő modellkísérlet (továbbiakban: modellprogram, ill. program) azon túl, hogy teljesítette a programmal szemben támasztott elvárásokat, képes volt előremutató eredményeket hozni a teljes magyar alapellátás szempontjából [1]. Az ágazatvezetés a praxisközösségek fenntartása mellett döntött, és további praxisközösségek megalakulásának támogatását tervezi 2018-tól [2]. A Széchenyi 2020 keretében megjelent EFOP-1.8.2-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése – alapellátás fejlesztése” pályázati kiírás [3], az Alapellátási Törvény készülő végrehajtási rendeletei [4], mint például a szakmai szervezetekkel konzultációra bocsátott törzskartton megújítási szándék is [5], a modellprogram tapasztalataira alapoznak. Szakmai várakozások szerint mindezeket finanszírozási és szervezetfejlesztési lépések kísérhetik a közeljövőben [6].

Ebben a stratégiai szinten megfogalmazott értékelésben, háziorvosi fókusszal, négy kiemelt egészségpolitikai problémára, illetve kihívásra összpontosítva mutatjuk be a modellprogram válaszait, és az ezekből levezethető alapellátás-fejlesztési stratégiai irányokat és ajánlásokat. A négy kiemelt kihívás a hatásosság, a hatékonyság, a fenntarthatóság és az igazságosság rendszerszintű célkitűzéseit egyaránt érinti, így alapvető befolyást gyakorol az egész magyar egészségügyi rendszer teljesítményére.

- A magyar lakosság egészségi állapota elmarad az ország társadalmi-gazdasági fejlettsége alapján elvárható szintől [7];
- az alapellátás a jelenlegi szervezeti és finanszírozási keretek között nem képes megfelelni a kapuőri szereppel kapcsolatos elvárásoknak, sem az egészségmegőrzés, illetve megelőzés, sem a gondozás, illetve a minél alacsonyabb szinten nyújtott definitív ellátás vonatkozásában, amely a magyar egészségügyi ellátó rendszer hatékonyságvesztéseinek egyik legfontosabb forrása [8];
- a háziorvosi ellátás komoly emberi erőforrás utánpótlási gondokkal küszködik, magas a tartósan betöltetlen praxisok aránya (elsősorban a hátrányos helyzetű területeken), folyamatos a rendszerben lévők előregedése és az utánpótlás sem megoldott (a pálya nem vonzó), amely alapjaiban ássa alá az ellátás fenntarthatóságát [9]; valamint
- területi inhomogenitás jellemzi az alapellátás hozzáférhetőségének esélyegyenlőségét és a teljesítményét mind a nyújtott szolgáltatások mennyisége, mind pedig a minőség tekintetében [10].

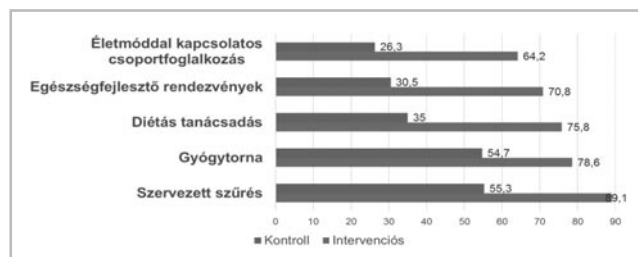
Elemzésünkben amellől érvelünk, hogy a magyar egészségügyi rendszer teljesítményének javítását célzó jelentős erőfeszítések nem fognak tudni érdemi és hosszabb távon is fenntartható eredményeket elérni az alapellátás szervezeti, finanszírozási és működési kereteinek paradigmaváltó átalakítása nélkül. Mindezt a modellprogram tapasztalatai mentén mutatjuk be.

ELSŐ KIHÍVÁS: A MAGYAR LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

A magyar lakosság egészségmutatói nemzetközi összehasonlításban rendkívül kedvezőtlenek az ország gazdasági teljesítőképességéhez képest [7]. Az OECD Health at a Glance 2016. c. tanulmánya kiemeli [11], a munkaképes korúak körében kiemelkedően magas, Bulgária, Lettország és Magyarország esetében az EU átlagot legalább kétszeresen meghaladó, a krónikus nem fertőző betegségeknek tulajdonítható korai halálozási arányt, amely miatt a 25-64 éves korosztályban elvesztett életévek száma közel 130 ezer 100 ezer lakosonként. A lakosság életmóddal összefüggő, rossz egészségi állapota tehát közvetlenül rontja az ország gazdasági versenyképességét a kieső munkaképesség és elvesztett életévek miatt [12]. Magyarországon nem kötelező a háziorvoshoz történő bejelentkezés, amelynek következtében országosan közel 700 ezer ellátandó lakos nincs bejelentkezve az alapellátás háziorvosi praxisaiba (2015. decemberi OEP adatok alapján). A kedvezőtlen statisztikákkal összefüggésben az életmód rizikók (elhízás, mozgásszegény életmód, dohányzás) aránya magas, vagyis a magyar lakosság egészségtudatossága gyenge [13], módszeres fejlesztésre szorul. Az OECD egy 2008-ban megjelent tanulmányában összességében a leggyengébbnek minősítette a magyar lakosság egészségi állapotát [14].

Programválasz az első kihívásra

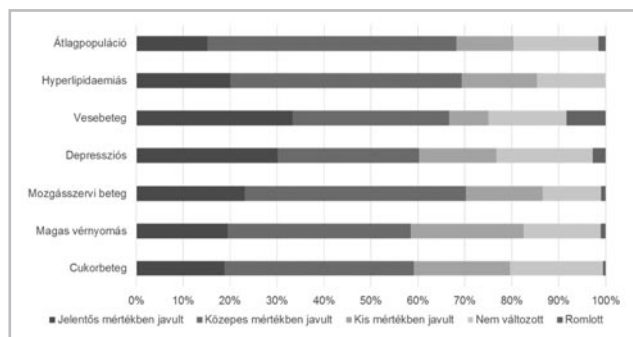
A Modellprogramban beindított többletszolgáltatások a lakosság széles rétegeit érték el a primer prevenciótól a tercier prevencióig terjedően [15]. A jogszabályi szinten élő, de a gyakorlatban következetesen nem megvalósuló egészségügyi állapot felmérés részeként megvalósultak. Ennek feltétele többlet erőforrások bevonása és a protokollszerű



1. ábra
A Modellprogramra jellemző szolgáltatások ismertsége a lakosság körében az intervenció és a kontroll területen
Forrás: Semmelweis Egyetem EMK által az SH/1 Projekt keretében 2026 fő körében végzett kérdőíves lakossági felmérés

működés biztosítása volt. A lakosság 64-89%-a ismerte meg a különféle többlet szolgáltatásokat az egészségi állapot felméréstől a különböző – dietetikai, gyógytorna, lelki segítséget nyújtó egyéni és csoportos – foglalkozásokig (1. ábra).

Azon esetekben, amikor a háziorvos kezdeményezte, a tematikus szolgáltatásokat a krónikus betegek tekintélyes hányada vette igénybe (a cukorbeteg 80,5%-a, mozgásszervi betegek 76,5%-a, hiperlipidémiás betegek 78,9%-a, hipertóniások közel 60 %-a). Az alapellátás megítélése, a megkérdezettek 79%-a szerint egyértelműen pozitív irányban alakult [16] (2. ábra), az egészségügyi szakemberekkel szemben a bizalmi tőke erősödött, a megelőző jellegű intervenciókban való részesedés esélye többszöröse nőtt a kontroll területre képest. Ez háromszoros esélyt jelent a szájüregi rosszindulatú daganatszűrésre, négyszeres esélyt a dohányzási szokások felmérésére és minimál (leszokást segítő) intervencióra, érelmeszesedés vizsgálatra és egyéb szív- és érrendszeri rizikót jelentő állapotok felmérésére, valamint hatszoros esélyt az alkoholfogyasztás felmérésére [17].



2. ábra
Az általános lakosság és a krónikus betegek véleménye a lakóhely egészségügyi ellátásának alakulásáról a vizsgálatot megelőző 3 éves periódusban a Modellprogram területén az intervenciót megelőző időszakhoz képest
Forrás: Semmelweis Egyetem EMK által az SH/1 Projekt keretében 2026 fő körében végzett kérdőíves lakossági felmérés

A felismerés és gondozásba vétel aránya szignifikánsan javult (a kontroll területre képest) kiemelt jelentőségű krónikus betegségek esetén: a 40-54 és az 55-69 év közötti korosztályban a magasvérnyomás betegek körében, és a 40-55 éves cukorbeteg körében. A háziorvosi gondozással kapcsolatban kiemelendő, hogy a javuló gondozásnak köszönhetően több hipertóniás él célérték (140/90 Hgmm-es vérnyomás) alatt, javult a magasvérnyomás betegség helyes gondozásához tartozó, rendszeres vesefunkció vizsgálat és vérsír szint ellenőrzés aránya is. Utóbbi a gondozott cukorbeteg körében is nőtt [18]. A 60 év feletti korosztályban mérhető AMI és stroke relatív kockázatcsökkenéssel összefüggésben 200 megnyert életév volt számítható a program jelen fázisában [19].

Noha a rövid futamidő alatt a teljes populáció szintjén mérhető, számottevő változás még nem történt az életmódban, de a lakosság az elhízást, dohányzást, túlzott alkoholfogyasztást a kontrollhoz képest szignifikánsan nagyobb

problémának tartja, mint a kontroll területen élők [16]. A praxisközösségi gondozást igénybe vevő krónikus betegek körében azonban statisztikailag szignifikáns javulást lehetett mérni több prognosztikus értékű paramétert illetően is. Az elhízottak, cukorbeteg és magasvérnyomás betegek körében haskőrfogat, BMI, vérnyomás és vérzsírszint csökkenése, krónikus mozgásszervi betegek körében mozgásképesség javulás, depressziós betegek körében pszichológiai mutatók szignifikáns javulása volt mérhető [20].

MÁSODIK KIHÍVÁS:

A TÚLHALADOTT FINANSZÍROZÁSI ÉS SZERVEZETI KERETRENDSZER MIATTI HATÉKONYSÁGVESZTESÉG

Az egy orvos- egy nővér által alkotott háziiorvosi alapellátási modell Európa- és világszerte is elavultnak minősített. Az elkülönülten működő praxisok kevesebb interakciót tudnak lebonyolítani más szolgáltatókkal, amely hátrányos a betegút menedzsmentre nézve [21]. Szakirodalmi adatok alapján a csoportos együttműködés javulást eredményez a 2-es típusú cukorbetegség gondozásában, a szűrések és oltások gyakoriságában, valamint a generikumok rendelésében [22], és több tanulmány mutat rá a krónikus betegek gondozásának költség-hatékonyságára is az együttműködő praxisok teljesítményét értékelve [23, 24]. Magyarország 2013-as adatok alapján Európa vezető országai között szerepelt az elkerülhető kórházi felvételek között [7]. Az alapellátással szemben mind hazai, mind európai uniós és szélesebb nemzetközi szinten is megfogalmazott elvárás, hogy nyújtson definitív, minőségi és biztonságos ellátást [25]. A saját lehetőségei szintjén maximálisan lássa el az akut eseteket a szezonális betegségektől a sürgős ellátást igénylő esetekig, előzze meg, ismerje fel korán, tartsa az alapellátás szintjén és szabályosan lássa el a krónikus nem fertőző betegségben szenvedőket, egyre nagyobb hangsúllyal az idős, ill. polimorbid betegellátásra, ezáltal járuljon hozzá a teljes ellátórendszer hatékonyságának növeléséhez. A házi orvosok legyenek érzékenyebbek az egészségügyi kiadások alakulására, akadályozzák meg az indokolatlan kórházi felvételeket, és tudatosan törekedjenek megtakarítások elérésére. Ezen elvárásoknak való megfelelés kulcsa, hogy az alapellátás támogassa az integrált ellátás megvalósulását, és a házi orvosok vállaljanak egyre nagyobb részt a betegút menedzsmentben. A háziiorvosi praxisok ne független praxisként vegyenek részt a rendszerben, hanem működjenek együtt, alkossanak nagyobb csoport praxisokat egymással és egyéb szakemberekkel, jó gazdaként felügyeljék, hogy mi történik betegeikkel, kövessék a jelentési rendszerben rögzült eseményeket.

Programválasz a második kihívásra

A Modellprogramban többlet erőforrások és belső protokollok szerinti szervezethez mellett az alapellátás régi és új szereplői integrált szervezeti megoldásban dolgoztak együtt, amelybe az eddig csak a járóbeteg szakorvosi ellátáson keresztül elérhető szereplők is betagozódtak (pszichológusok, dietetikusok, gyógytornászok) [15].

A Modellprogram praxisaiból a háziiorvosi beutalások aránya számottevően csökkent egyes kiegészítő szolgáltatásokkal összefüggő szakmakódokon (pl. a gyógytornával és pszichológiával kapcsolatba hozható szakmakódokon), emellett a beutalásra vonatkozó háziiorvosi indikátor (a háziiorvosi praxishoz bejelentett TAJ-ok arányában kifejezett járóbeteg szakorvosi ellátási eseményszám) szignifikánsan, 10%-kal javult, vagyis a háziiorvosi praxisokba bejelentett TAJ-ok arányában ennyivel csökkent a szakorvosi konzultációt igénylő, beutaló köteles járóbeteg szakellátási események hányada [1].

A kiegészítő szolgáltatásokat az idősebb lakosság intenzíven vette igénybe (pl. a degeneratív mozgásszervi betegségek gondozását célzó rendszeres gyógytorna foglalkozásokat), ugyanakkor a Program képes volt minden korosztályt mozgósítani [15, 20].

A bevont erőforrások révén az alapellátás a programban kiegészült a prevenció mindhárom szintjére kiterjedő többletszolgáltatásokkal. A primer prevenció magzati kortól kiegészült új szolgáltatásokkal (tematikus védőnői baba-mama klubokkal), és az oktatási intézményeken keresztül elérte a gyermekeket is. A 18 év felettek esetén megvalósult egészségi állapot felmérést követő rizikóbecslés (pl. magas szívrrendszeri szövődés kockázat) és célzott kliensút révén tervezés (pl. zsírszegény étrend dietetikai tanácsadásra irányítás, dohányzás leszokás támogatás), szükségletalapú ellátásszervezés valósult meg helyileg, amely képes volt az alapellátás szintjén ellátni a diagnosztizált betegeket. A korai fázisban felismert magasvérnyomás és 2-es típusú cukorbetegség háziiorvosi kompetenciával olcsón és sikerrel kezelhetőek megfelelő erőforrások, szervezethez és beteg compliance esetén. Utóbbit nagyban támogatta a többlet szakemberek szervezett jelenléte, gondozói tevékenysége. Felméréseink azonban arra is rávilágítanak, hogy a háziiorvosi rutin a többlet szakemberek szolgáltatásainak igénybevételében még tovább erősítendő: a krónikus betegek ugyan jelentős mértékben, mintegy 80 %-ban, vették igénybe a házi orvosuk által elrendelt praxisközösségi gondozást (ld. diétás tanácsadás, gyógytorna), azonban a házi orvosok még nem rutinszerűen irányították ide betegeiket (3 évre visszatekintve a megkérdezett, gondozott krónikus betegek 11-42%-át). Mindezek ellenére is az intervenció terület ellátása a kontroll területhez képest szignifikánsan jobb volt [16].

HARMADIK KIHÍVÁS:

A HUMÁN ERŐFORRÁS HELYZET ROMLÁSA VESZÉLYEZTETI A FENNTARTHATÓSÁGOT

A háziiorvosi pálya presztízse méltatlanul alacsony annak ellenére, hogy a Kormány 2010 óta jelentős háziiorvosi finanszírozás emelést hajtott végre, és mintegy 1,5 Mrd Ft-ot költött 2012 óta praxisváltás és letelepedés támogatásra.

A háziiorvosi hivatást változatlanul körülengik olyan káros sztereotípiák, mint például, „a házi orvoslás favágás valódi orvosi munka helyett”, „a házi orvos eszköztelen”, „a háziiorvosi tevékenység nem több utalványozásnál”, „aki ezt a hiva-

tást választja, az szakmailag leépül, a szakmai fejlődés, perspektíva hiányával kell számolni”. Mindezek összességében érthetően nem teszik vonzóvá a pályakezdők számára a háziiorvosi hivatás választását. A praktizáló háziiorvosok létszáma a jelenlegi belépési-kilépési trendek folytatódása esetén 10 év múlva 4800 fő körül lesz [26], amely folyamat mindenképp szervezettefejlesztési kihívást indukál már rövidtávon, 1 éven belül.

A fenti, berögzült előítéletek annak ellenére léteznek, hogy mára a háziiorvosi alapellátás több mélyreható változáson ment keresztül. A teljesség igénye nélkül megemlíthető, hogy a jelölteknek létező, szigorú háziiorvosi szakvizsga követelményrendszernek kell megfelelniük, hogy licenc lehetőségük ráépíthető szakvizsgák léteznek (noha ezek megszerzését felelős szervnek tudatosan tervezni, a kormányzatnak támogatnia szükséges), valamint hogy az utóbbi időszakban jelentősen javult a praxisok finanszírozási helyzete amellett, hogy a háziiorvosok a szakellátásban dolgozó orvosokhoz képest nagy önállósággal, kíméletesebb munkaterhelés mellett dolgozhatnak, a „maguk urai” lehetnek. A forrásbevonás következtében 2016-ban az átlagos praxisfinanszírozás havonta 1,35 millió Ft volt a 2010-es 870 ezer Ft-os átlagos havi bevételhez képest, és 12-20 millió Ft juttatásban részesülhetnek a tartósan betöltetlen praxisokat felvállaló háziiorvosok (részletek a NEAK honlapján). Megemlíthető az is, hogy a háziiorvosi réteg összetétele jelentősen átalakult: a háziiorvosi szakvizsgán felül klinikai szakképesítéssel rendelkezők száma 4433 fő volt (beleértve 1528 gyermekgyógyászt, 1551 belgyógyászt és egyéb klinikai szakvizsgákat) 2016-ban [26].

Programválasz a harmadik kihívásra

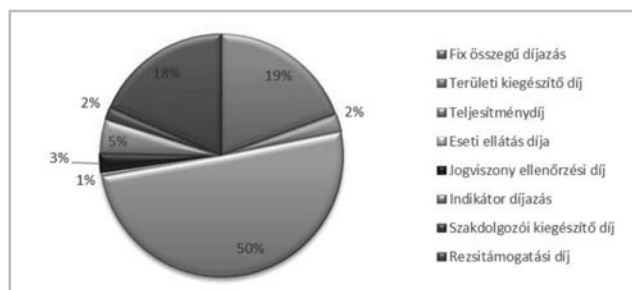
Az eddig csak szakellátáson keresztül elérhető többletszolgáltatások integrációja, az új szereplők megjelenése és a technikai háttér biztosítása hosszabb távon hozzájárul a háziiorvosok napi munkájában a kifejezetten orvosi kompetenciát igénylő tevékenységek arányának növekedéséhez. A krónikus betegek számára helyben rendelkezhetnek elgondozást (diétetikai tanácsadást, gyógytornát és egészség-pszichológiai szolgáltatásokat). A háziiorvos maga gondoskodhat, és közvetlen felügyelheti, hogyan alakul a gondozást igénylő betegek állapota. Végre képes közvetlen ráhatással lenni e folyamatokra egy szakdolgozói csapatot vezetve. Diétás, vagy más életmód jellegű alapoktatások helyett marad ideje a bonyolultabb szakmai kihívást jelentő polimorbid vagy ritkább kórállapotok megfelelő orvosi menedzselésére, miközben ezen feladatok ellátásához is igénybe tudja venni a képzett szakdolgozói gárda segítségét (pl. onkológiai betegek otthoni támogatása, speciális egyéni diéta vagy mozgás terápia kialakítása, pszichológiai támogatás enyhe depresszió esetén). Mindezen lehetőségek megnyílása nem csak a szakmai tekintélyt, de a háziiorvosok közösségi presztízsét is nagyban erősítik. Nem mellékes az sem, hogy a praxisközösségi működés intézményesíti a „peer control”-t: a nehezebb esetek menedzselésében a háziiorvos nem marad egyedül, praxisközösségi kollégáira is támaszkodhat, amely a kórházi „munkaközösség” természetesnek tekintett, bizton-

ságát és kompetenciaérzést növelő mechanizmusait hozza be az alapellátásba. A program keretében végzett felmérés szerint ez a fajta munkaközeg a pályakezdő orvosok számára kifejezetten vonzóvá tenné az alapellátást [27]. A lakosság előregedésével természetesen együttjáró polimorbiditás kihívásaira nem adható sikeres válasz a csapatmunka intézményesítése nélkül.

A Modellprogram keretében megvalósulhatott több rendszerelemzés és felmérés, amelyek elegendő evidenciát szolgáltatnak a háziiorvosi pálya vonzóvá tételéhez és a presztíznövelő intézkedések tudatos alakításához.

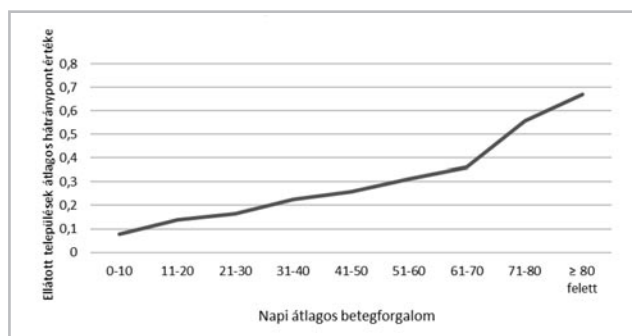
NEGYEDIK KIHÍVÁS: INHOMOGENITÁS A TERÜLETI HOZZÁFÉRÉS ESÉLYEGYENLŐSÉGÉBEN, A NYÚJTOTT TELJESÍTMÉNYBEN ÉS A MINŐSÉGBEN

Az alapellátás eddigi havi finanszírozása a területi egyenlőtlenségeket nem tudta kellő mértékben kompenzálni, ennek rendszere fejlesztendő. A NEAK 2016-os adatai szerint a területi kiegészítő díj a háziiorvosi finanszírozás 2%-át tette ki összességében (3. ábra).



3. ábra
A háziiorvosi finanszírozás jogcímei szerinti megoszlása 2016-ban
Forrás: Semmelweis Egyetem EMK az SH/1 Projekt keretében NEAK háziiorvosi finanszírozási adatok alapján

Jellegzetes, hogy a magyar átlag feletti betegforgalmat bonyolító körzetek inkább a hátrányos helyzetű, fejlesztendő települések praxisai. A 4. ábra mutatja a napi átlagos betegforgalom és az ellátott település hátrányos helyzetének összefüggését.



4. ábra
A napi átlagos betegforgalom és az ellátott települések hátrányos helyzetének összefüggése
Forrás: SE EMK az SH/1 Projekt keretében NEAK háziiorvosi betegforgalmi és 105/2015 Kr alapján

A 4. ábra alapján látható, hogy a hátrányos helyzetű területek alacsonyabb iskolázottsággal bíró, szociálisan sérülékeny lakossága nagyobb napi terhelést jelent a háziorvosi praxisok számára, mint a nem hátrányos helyzetű területek általában magasabban iskolázott, kedvezőbb szociális helyzetű lakossága. A többletterhelést fokozhatja a járóbeteg szakrendelők rosszabb megközelíthetősége, vagy hosszabb várakozási idő a szakorvosi konzultációra, illetve ellátásra, amely miatt a háziorvosokhoz forduló aránya logikusan nagyobb, mint a fejlesztésre nem szoruló településeken. Országosan mintegy 460 vegyes és felnőtt háziorvosi praxis dolgozik magasabb betegforgalommal hátrányos helyzetű településeken, átlagosan napi 65 fős betegforgalommal, összességében napi 50-130 fő közötti forgalommal. A hátrányos helyzetű települések másik jellegzetes kihívása lehet ennek ellenkezője: az alacsony bejelentett lélekszám és ezzel összefüggésben a praxis fenntarthatóságát veszélyeztető alacsony bevétel. Ez utóbbi kihívás országosan mintegy 400 vegyes és felnőtt praxist, és 60 gyermekorvosi praxist érint. Megjegyzendő, hogy az alacsony bejelentett lélekszám ellenére a napi betegforgalom nem mondható alacsonynak az érintett településeken a fent ismertetett okok miatt.

Az egyenlőtlenségekhez hozzájárul a szakemberek egyéni motivációs, fizikális állapotból adódó és kompetencia különbségeinek változatossága, a háziorvos-szakdolgozó munkakapcsolat minősége, és a háziorvosi rendelői infrastruktúrából adódó lehetőségek különbözősége. Utóbbi szoros összefügg a rendelő tulajdonosi hátterével. Több praxis által használt közös önkormányzati rendelő tipikus hátrányaként jelentkezhet például, ha a rendszeresen használatos műszereket, berendezéseket az izolált, a betegekért esetleg konkuráló praxisok elzárva tartják, és ebből adódóan nem tudják folyamatosan, rutinszerűen használni. Így maradhat el akár szűréshez, gondozáshoz tartozó EKG készítése is.

Hasonló hátrányt jelenthet az önkormányzati tulajdonú, közös rendelőkben az elavult infrastruktúra és informatikai rendszer jelenléte, amely az ellátás gördülékenységét, hatékony szervezését gátolhatja (pl. elavult számítógép). Az önkormányzat és a háziorvosok egymásra várnak, és mindenki a másiktól várja, különféle indokok alapján, hogy felújításba, beszerzésbe investáljon. Magántulajdonú háziorvosi rendelőben, illetve olyan településeken, ahol a háziorvosra nagyobb teher hárul a szakrendelő távolsága miatt, az EKG készüléket, vagy egyéb eszközöket sem kell elzárni, mindezek használata az ellátás természetes része. Amennyiben a közös rendelőket használó praxisok háziorvosai nem hajlandók, vagy nem képesek együttműködni és nem kezdeményeznek tudatosan az ellátás javítása érdekében, akkor ez hátrányt jelenthet a napi ellátás lehetőségeire és minőségére nézve is. Ugyanennek az ellenkezője is igaz, a maga pozitív következményeivel. A helyi lehetőségek és adottságok változatossága a teljesítményt és a minőséget értelemszerűen befolyásolja.

Programválasz a negyedik kihívásra

A praxisközösségi részvétel célzott ösztönző mellett valósult meg, az önkéntes alapon csatlakozó praxisok többletbe-

vételhez jutottak. A praxisközösségi szervezeti modell felszámolja a szolgálatok izolációját, igaz, egyelőre elsősorban a praxisközösségi tevékenységek terén. A háziorvosi tevékenységek elszigeteltségét csökkentették a közös eszmegbeszélések, a háziorvosi indikátorok praxisközösségi szintű monitoring-ja és tudatos követése, javítása a praxisközösségi koordinátorok (vezető háziorvosok) irányítása alatt. A háziorvosok ezáltal egyértelműen szakmai közösséget kezdtek formálni, ami megmutatkozott szakmai lobbij erejük növekedésében is a program végéhez közeledve.

Az ellátás minőségét és garanciáit a jogszabályi előírásokhoz és szakmai ajánlásokhoz igazodó Praxisközösségi Eljárásrend protokolljai támogatták [28], amelyek betartását a praxisközösségek vezető háziorvosai és népegészségügyi koordinátorai felügyelték. A szereplők teljesítményét emellett folyamatos monitoring kísérte figyelemmel.

EGÉSZSÉGPOLITIKAI ÉRTÉKELÉS ÉS AJÁNLÁSOK AZ ALAPELLÁTÁS KIHÍVÁSAINAK KEZELÉSÉVEL ÉS A MODELLPROGRAM TAPASZTALATAIVAL KAPCSOLATBAN

A modellprogram mind a Semmelweis Terv [29], mind az Egészséges Magyarország 2014-2020 Egészségügyi Ágazati Stratégiával [25], mind a WHO [30] ajánlásaival tartalmi összhangban valósult meg, ezért tapasztalatait az alapellátás-fejlesztésben hasznosítani javasolt.

A magyar lakosság egészségi állapotának javítása a Modellprogram tapasztalatainak felhasználásával

A modellprogramban bebizonyosodott, hogy önkéntes alapon csatlakozó praxisok részvételével, többletfinanszírozás segítségével, belső szakmai kontrollal, protokollszerű működés mellett kiemelkedő teljesítmény nyújtható az alapellátásban. Az egészségi állapot felmérés 80% felett valósult meg, a program intervenció területén 1022 fő körében végzett felmérés szerint a megkérdezett cukorbeteg 14%-a, a magas vérnyomás betegek 14%-a, a krónikus veseelégtelen betegek 11%-a jelezte, hogy betegségére a szervezett egészségvizsgálat derített fényt [16]. Az alapellátás szolgálatainak révén tudtak eleget tenni jogszabályban előírt kötelezettségeiknek is [31]. Egészségpolitikai szempontból a Modellprogram kiterjesztése tehát nemcsak indokolt, de az ország társadalmi gazdasági helyzetét figyelembe véve meg is valósítható. Az egészségi állapot felmérés és a kapcsolódó preventív többletszolgáltatások kiterjesztése a teljes alapellátás jelenlegi finanszírozásához képest alacsony (évente kb. 40 Mrd Ft) költségvetési igénnyel országosan is bevezethető [1]. A kiadás a jelenlegi teljes alapellátás éves költségvetésének (175,6 Mrd Ft) negyedét sem éri el (ld. a hatályos 43/1999. Kormányrendeletben szereplő költségvetést). Ez a forrásigény akkor érvényes, ha a kiterjesztés nem a Modellprogramban adott feltételek mechanikus „másolásával” történik, hanem hatékonyabb erőforrás felhasználással és a területi jellemzőknek megfelelő, funkcionális hangsúlyú szervezettefejlesztéssel. Például a segéd-egészségőrök a prog-

ramban nélkülözhetetlen szerepet játszottak a helyi roma lakosság népegészségügyi mozgósításában, az egészségügyi szolgáltatások fontosságának megismertetésében és az alapvető egészségnevelésben, de segéd-egészségőri munkakört igénylő egészségügyi mediációt csak az arra szoruló lakosságnak szükséges nyújtani. Az egészségszűrést, amelyet a modellprogramban erre a célra foglalkoztatott dolgozók végeztek, a praxisok ápoló szakdolgozói is el tudnák végezni kiegészítő fizetésért. A praxisközösségi modellkísérletben a jelentős adminisztratív terhelés, a folyamatos – eleinte papír alapú – monitoring kiszolgálása és az infrastruktúra kezdeti hiányai miatt csak a munkaidő 24-47%-a telhetett (az egészség-pszichológusok, dietetikusok és gyógytornászok esetén) tényleges szolgáltatásnyújtással, ezért itt is jelentős hatékonysági tartalék van. Az európai gyakorlatnak megfelelő 75%-os munkaidő kihasználtsággal számolva a forrásigény jelentősen, az évi 40 Mrd Ft-os szint közelébe csökkenthető. Az is lényeges szempont, hogy az országos kiterjesztés – töretlen politikai támogatás esetén – nem egyszerre, hanem lépésenként kivitelezhető. Az alapellátás humán erőforrás krízis közeli helyzetére tekintettel a megvalósítás javasolt időtávja 5 év (egyéb intézkedésekkel együtt).

Az alapellátást tudatosan szükséges irányítani és szervezni, hogy képes legyen rendszer szinten teljesíteni az elvárt feladatait, és szerepét betölteni

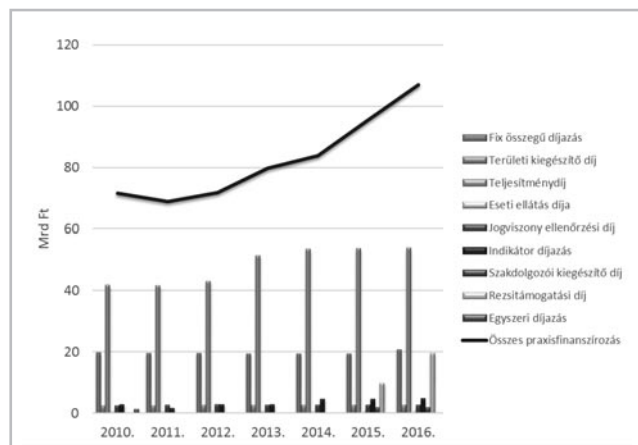
Az alapellátás alacsony teljesítményének legkomolyabb oka, hogy az ahhoz szükséges, harmonikus peremfeltételek (a képzési, szabályozási és a finanszírozási háttér) nem teljes körűen adóttak. Ezek azok a rendszerjellemzők, amelyeken keresztül a gazdag hazai és nemzetközi ajánlások napi gyakorlattá alakíthatók. Ahhoz, hogy a rendszer teljesítményét meghatározó peremfeltételek világosak és folyamatosan fejlesztettek legyenek, kompetens, megfelelő kormányzati felhatalmazással és támogatással bíró országos módszertani, irányítási és koordinációs háttér megteremtésére van szükség, amely közigazgatási szervezetfejlesztéssel megteremthető. Az alapellátási törvény végrehajtási rendeletei közül eddig a praxisközösségeket, törzskarton megújítást és a kollegiális vezetői rendszert érintő szabályozások megjelenése várható. Mindez csak egy országos szakmai módszertani központ irányítása alatt hozhatja a várt eredményeket. A modellprogram egyik legfontosabb tanulsága, hogy a szakmai irányelveknek következetes szervezéssel és felépített szervezeti működéssel lehet érvényt szerezni megfelelő monitoring biztosítása mellett. Erre országosan is szükség van ahhoz, hogy a praxisközösségek és kollegiális vezetők megjelenése minőségi, tartalmi változásokat hozzon és ne csak névleges lépések történjenek a várt hatások nélkül. Az elmúlt évek megmutatták, hogy az alapellátásra a Kormány hajlandó áldozni. E hajlandóság mellé felelős ágazati irányító egységet és szervezetséget szükséges illeszteni.

Egy országosan felelős alapellátás-fejlesztés módszertani és monitoring központ vezetése alatt megvalósulhat a háziorvosok által hiányolt, területi alapú országos szakmai hálózat kiépítése, és az intézményi együttműködések kiala-

kítása egyetemekkel, országos intézetekkel, szakellátókkal, önkormányzatokkal, civil szervezetekkel. A koordinálandó tevékenységek közé tartozik a protokollfejlesztés, amely a praxisközösségek tevékenységére is vonatkozik, az evidencia alapú ellátásfejlesztés és egészségsszervezés a szereplők aktív részvételével (a háziorvosi szakma szerves együttműködésének támogatása a szakellátó kollégákkal), az ellátási szükségleteknek megfelelően csoport praxisok és praxisközösségek létrehozása, szakmai támogatása [1, 7, 8], a szereplők felkészítése, a képzési háttér fejlesztése összhangban a szakmai elvárásokkal és az ágazatvezetői kommunikációval is. A képzésfejlesztés mellett fontos a motiváció és érdeklődés felkeltése és folyamatos támogatása, például államilag támogatott képzéssel, pontszerzési lehetőséggel, praxisközösségi csapatomunkára felkészítő interaktív tréningekkel, innovatív technikai lehetőségek integrálásával) és graduális és posztgraduális szinten is szükséges mozgósítani, felkészíteni és alkalmassá tenni a rendszerszereplőket az új alapellátásban való érdemi munkára. További feladatkor az infrastruktúra felmérése és következetes, célzott fejlesztése az önkormányzatokkal és az ágazatvezetéssel együttműködve, a célzott szabályozás- és finanszírozásfejlesztés, valamint az ellátás minőségének fejlesztése, szakmai felügyelete.

A szakmai-módszertani irányítás szintjén egyelőre az látszik, hogy az alapellátás szervezésével kapcsolatba hozható (egykori OALI majd OTH és NEFI) szervezeti egységek három helyre (a szakállamtitkárságra, az OKI-ba és az ÁEEK-be) kerültek. Ez a szervezeti átrendezés biztosan nem kedvez egy kompetens és megfelelő hatáskörrel rendelkező módszertani központ felállításának. Szervezetfejlesztési oldalon tehát a kihívás változatlan. Előbbi miatt a peremfeltételek (képzés, szabályozás, finanszírozás) következetes és harmonikus alakítása is nehezen kivitelezhető. A megjelent EFOP 1.8.2.-17 kiírás feltételezné, hogy legyen kész képzési modul, amellyel a pályázó önkormányzatok képviselői, a háziorvosi praxisok és munkatársaik felkészíthetők [3]. A kollegiális vezetőkről szóló végrehajtási rendelet megjelenése várható, de önmagában a vezető (rendszer szintű szakmai-módszertani vezetés és monitoring nélkül) nem lesz képes eredményesen betölteni a tőle elvárt szerepeket. A praxisközösségi végrehajtási rendeletre vonatkozóan hasonló megállapítást tehetünk. A monitoring-ot feltételező központi módszertani tevékenységekkel kapcsolatban mind a Modellprogramban, mind attól függetlenül voltak és vannak jelentős szakmai kezdeményezések, de ezek egységes kézbeartása és összehangolása szükséges lenne ahhoz, hogy a kívánatos következmények ne maradjanak el (ne az írászatalnak készüljenek a koncepciók).

Kiemelt peremfeltétel a finanszírozás. Az 5. ábra azt mutatja, hogy a Kormány jelentős forrásbevonást hajtott végre a háziorvosi alapellátásba 2010. óta, vagyis a kormányzati támogatási szándék jelei e téren egyértelműek. Emellett 2014. és 2016. között mintegy 1,5 milliárd forintot költött a Kormány letelepedés és praxisvásárlás támogatásra (1. táblázat).



5. ábra
A háziiorvosi praxisok finanszírozásának alakulása 2010-2016. között
Forrás: SE EMK az SH8/1 Projekt keretében NEAK adatok alapján

Időszak	Letelepedési pályázaton nyertes és támogatási szerződést kötő pályázók száma	Letelepedési pályázat nyertesek részére kifizetett összeg (millió Ft)	Praxisjog vásárlási pályázaton nyertes és támogatási szerződést kötő pályázók száma	Praxisjog vásárlási pályázaton nyertesek részére kifizetett összeg (millió Ft)
2014	38	412,8	-	-
2015	25	290,3	39	181,3
2016	27	282,4	69	359,9
Összesen	90	985,5	108	541,2

1. táblázat
Letelepedés és praxisváltás támogatás 2014-2016. között

A háziiorvosi hivatás tudatos, komplex építkezéssel tehető vonzóvá

A kormányzati kommunikáció nem kezeli kiemelt stratégiai területként az alapellátással kapcsolatos kommunikációt: annak ellenére, hogy a Kormány évről évre jelentős forrásbevonást hajt végre, nem tudatosítja ezt az orvosi utánpótlás körében.

Emellett a háziiorvosi alapellátásnak – amint fent szerepel – jelenleg nincs egyértelmű szakmai, módszertani gazdája, amely tudatosan fel tudná építeni a szakma presztízsét. Utóbbihoz több irányból (képzés, finanszírozásfejlesztés, jogszabályi környezet alakítása, monitoring és visszacsatolás) módszeres építkezéssel kellene nekikezdeni ágazatvezetői irányítás alatt. A módszertani központ szakmai koordinációja alatt megvalósítható, a szakma presztízsét nagyban erősítő és az előző pontban részletezett lépések mellett szóba jön még a képzett szakdolgozók (pl. krónikus beteggondozásra diplomás ápolók) bevonása országos szinten, a háziiorvosok tehermentesítése technológiai fejlesztéssel (pl. több helyiség, állandóan elérhető eszközpark, mobil applikáció alapú krónikus beteg gondozási eszközök, telemedicina eszközök), valamint a kompetencia bővítése a jelenleg a szakellátás körébe tartozó tevékenységekkel a licenc rendszer fejleszté-

sével, ill. a meglévő szakvizsgák használatának lehetőségével (krónikus beteggondozásban, diagnosztikában, egyszerűbb intervenciókban, pl. a szakmailag indokolt infúziós kezelések legalizálása és elismerése, UH- és telediagnosztikai eszközök alkalmazása, az ellátás minőségét javító labor diagnosztika, varratszedés, sebellátás).

Amennyiben mindez megvalósul, a szakma presztízse nagyban megerősíthető és ösztönözhető mind a képzésben lévők, mind a pályaelhagyó, ill. csak helyettesítést vállaló háziiorvosok bevonása az alapellátó praxisokba.

A területi adottságokból és eltérő kompetenciákból adódó ellátási egyenlőtlenségek tudatos kezelése

Az alapellátásban a háziiorvosi praxisok finanszírozásának előíránzata 2016 végére a 2010-es szinthez képest 54,7 %-kal emelkedett. A megkezdett, kulcsfontosságú forrásbevonás folytatására szükség van annak érdekében, hogy a gyakorló háziiorvosok számára az ösztönző rendszer megtartó ereje tovább növekedjen, és a nagyobb terhelést jobban elismerje, jutalmazza a minőségi ellátást és általában a jobb teljesítményt, illetve hogy a háziiorvosi utánpótlás számára vonzó perspektívát jelentsen.

Ennek alapján 4 fő célterületet azonosítottunk a praxisfinanszírozás fejlesztésben. Először is a területi adottságokból adódó hátrány, ill. terhelés fokozott elismerése a jelenlegi 2%-hoz képest akár a területi kiegészítő díj, akár a fejkvóta területi alapú korrekcióján keresztül (vagy kombináltan), amelyhez támpontot a települések és járáások fejlesztési igény szempontú besorolása szolgáltathat a 105/2015. Kormányrendelet szerint. A kormányrendelet értelmében érintett 1442 praxis havi területi kiegészítő díjának drasztikus, átlagosan 350 000 Ft-os emelése, évente 6,1 Mrd Ft többletfinanszírozást igényelne. A kompenzációnak logikusan kezelnie kell mind az extrém többletterhelésből, mind a szórt településekre jellemző, alacsony bejelentett TAJ-számból adódó hátrányt. Másodsor a minőség és általában a jobb teljesítmény elismerésének erősítése a minőségi indikátorok fejlesztésén keresztül (a háziiorvos által valóban befolyásolható változók és a speciális területi kihívások figyelembe vételével), valamint többlet preventív és gondozási tevékenységek jutalmazásával (pl.: praxisban nyújtott parenteralis kezelések, sebkezelések, krónikus betegek gondozása extra rendelési időben, vagy külön helyiségben, külön eszközökkel). Harmadszor a praxisfinanszírozásban hasonló kártyaszám és betegforgalom mellett, a demográfiai eltérések miatt jelentkező szórások kezelése. Negyedszer pedig a rendszer szintű humán erőforrás allokáció (praxis / bejelentett TAJ) hatékonyságának javítása, amely hozzájárul a háziiorvosi praxisok fenntarthatóságához, ezáltal vonzóvá tételéhez. A korábban említett forrásbevonás ellenére elmondható ugyanis, hogy a praxisok jelentős száma működik a fenntarthatóságot biztosító bejelentett TAJ szám alatt (felnőtt és vegyes praxisok esetén ez kb. 1300 fő, gyermek praxisok esetén kb. 600-700 fő), amely a háziiorvosi praxis bevételeinek legerősebb meghatározója. Vizsgálataink [26] azt mutatták 9 év (2007. január -2015. december) adatainak elemzése alapján, hogy az átlá-

gos bejelentett TAJ szám és bevétel alatti körzetek hajlamosak betöltetlenül maradni. Az időszakban 1686 pecsétszám lépett ki a rendszérből, 1204 új pecsétszám jelent meg, 711 praxis maradt legalább egyszer legalább 6 hónapig betöltetlenül, míg 429 praxis legalább egyszer legalább 12 hónapig üzemelt praxisjoggal bíró házi orvos nélkül. 2015 decemberi NEAK adatok alapján Budapesten a közel 940 felnőtt házi orvosi praxisból mintegy 180 praxis (közel 20%) működött hasonló adottságú felnőtt praxissal azonos telephelyen a praxis fenntarthatóságához szükségeshez képest alacsony átlagos bejelentett kártyaszámmal (1300 fő alatt). Országosan ugyanez mintegy 360 praxist érintett a felnőtt és vegyes körzetekre vonatkozóan (ez az összes felnőtt és vegyes praxis 7%-át jelenti). Ennyi tehát hozzávetőleg országosan azon felnőtt és vegyes házi orvosi praxisok száma, ahol azonos telephelyen, alacsony bejelentett TAJ-szám mellett a praxisok működtetése – a NEAK kifizetési adatok alapján – nagy valószínűséggel nehézségekbe ütközik és ezért nem nevezhető hatékonynak, ezáltal hosszabb távon fenntarthatónak. Amennyiben a közös telephelyen való előfordulást figyelmen kívül hagyjuk, akkor azt látjuk, hogy a fenntarthatósághoz szükségeshez képest alacsony bejelentett kártyaszámmal rendelkező felnőtt és vegyes praxisok száma országosan, összesen 1364 (26,9 %), Budapesten 263 volt (28 %) 2015 decemberében. Az átlagos napi betegforgalom az ilyen budapesti körzeteknél 18,5 fő volt, országosan ugyanez 29 fő, az átlagos bejelentett TAJ mintegy 990, illetve 975 fő, amely alacsonynak mondható. A házi gyermekorvosi praxisok esetén 600 bejelentett TAJ alatt, alacsony napi betegforgalommal közel 250 (16%) praxis működött, ebből 36 Budapesten. Mindez országosan veti fel a hatékonyság és fenntarthatóság kérdését, és részben indokolja a házi orvosi humán erőforrás utánpótlási nehézségeket. Az alacsonyabb bejelentett TAJ-számmal és bevétellel, ezért nem hatékonyan működő körzetek között megkülönböztetendők – az első javaslati pontban, illetve a negyedik kihívás tárgyalásában – említett, hátrányos helyzetű települések, alacsony bejelentett TAJ-számú praxisai, ahol nem a házi orvosi körzetek számának túllerése okozza a fenntarthatósági problémát.

Az 5. ábrán látható, hogy a jelentős forrásbevonás mellett az ún. teljesítménydíj jogcímen (fejkvóta alapján) kifizetett teljesítménydíj összege dominál, majd követi a praxisok fix finanszírozási díja, melyet tekintélyes rezsitámogatás egészített ki 2015-ben és 2016-ban. Ezen tételek mellett a többi jogcímen kifizetett összegek arányukban elmaradnak az előbbiekhöz képest. A kifizetési jogcímek közül a praxisok teljesítményével az együttesen 55%-os hányadot képviselő (fejkvóta alapú) díj és az indikátordíj hozható kisebb-nagyobb összefüggésbe, míg a többi jogcím szerinti kifizetés egyáltalán nem.

A fejkvóta – noha egyértelműen erősen összefügg a praxisforgalommal, és a magyar rendszer súlyozva kezeli az életkori sajátosságokat -, értelemszerűen mégsem feleltethető meg a praxisok terhelésének, hiszen azt jelentősen befolyásolja még többek között az ellátott település jogállása (főváros, megyeszékhely, megyei jogú város, város, nagyközség,

község, stb.), a település fejlettsége és a lakosság szocio-ökonomiai helyzete, iskolázottsága, az elérhető járóbeteg és fekvőbeteg szakellátási kapacitások és az úthálózat.

Mivel a fenti tényezők mind a praxisok betöltetlenségével, mind a praxisforgalommal, vagyis a napi terheléssel (ld. 4. ábrán), szoros összefüggést mutatnak, ezért az ösztönző-rendszer ez irányú fejlesztése javasolt az érintett településekre célzott fejlesztéspolitikai támogatása és az önkormányzatokkal való együttműködési rendszer megerősítése mellett.

A 3. ábrán látható a praxisfinanszírozás kifizetési jogcímek megoszlási aránya 2016-ban, amely alapján javasolt az ellátás minőségével összefüggő indikátorok további fejlesztése, és arányuk növelése a további forrásbevonások során. Javasolt továbbá a prevenciós, akut és gondozási tevékenységek célzott ösztönzőrendszerének kialakítása és beillesztése a praxisfinanszírozási rendszerbe.

Az eltérő kompetenciák kezelése a képzési rendszer és a korábbiakban javasolt módszertani – irányítási rendszer fejlesztésén keresztül lehetséges. A Modellprogramban bizonyosodott, hogy a praxisközösségi koordinátorok vezetése alatt elérhető egyes házi orvosi indikátorok (gondozásba vett hipertóniások és cukorbeteg aránya, ill. gondozási paraméterek) javulása [17]. Ez alapján előrevetíthető, hogy a szakmai hálózat erősítésével (praxisközösségi és kollegiális vezetők közreműködésével) országosan is lehet jobb eredményeket elérni. Emellett nem szabad elfelejteni azt sem, hogy tovább kell ösztönözni, támogatni az idősek tisztességes nyugdíjba vonulását és a fiatalok belépését az alapellátásba.

ÖSSZEGRÉS

A magyar alapellátás olyan kihívásokkal néz szembe, amelyek tudatos, következetes és megfelelő szakmaisággal koordinált kezelése szükséges. A Svájc és Magyarország kormányainak társfinanszírozásában megvalósult Alapellátás-fejlesztési Modellprogram (SH8/1) hasznos eredménytermékeket és tapasztalatokat hozott, amelyekre hosszú távon is építeni lehet. Bizonyosodott, hogy tudatos szervezethez és erőforrásallokációval az égető kihívásokra ütőképes válaszokat lehet adni már rövidtávon is. Ennek legfontosabb tanulsága országos szinten az, hogy a nagy rendszer csak akkor lesz képes sikeresen reagálni a népegészségügyi kihívásokra, ha az ehhez szükséges erőforrások és az evidencia alapú szervezethez adott lesz. Mindez feltételezi a Modellprogram keretein túlmutató rendszerfejlesztés végrehajtását, amelynek kezdő feltétele egy országos szakmai-módszertani központ létrehozása és felhatalmazása (jogszabályi szinten is). Kompetens szakmai gazda beléptetésével összefogottá válik az alapellátás-fejlesztés stratégiai kerete, a peremfeltételek (képzés, szabályozás, finanszírozás) felmérése, módszeres fejlesztése, harmonizációja, és sok értékes szakmai javaslat kerülhet a megvalósulás medrébe az asztaliók helyett. A szakmai szervezettség, egységesen megbízható minőség és átláthatóság alapjainak lefektetése, és az alapellátás-fejlesztés stratégiai keretének megszilárdítása mellett az ágazatvezetésnek kie-

melt figyelmet érdemes fordítania a kommunikációra, amely kiaknázatlan lehetőségeket rejt a 2010. óta végrehajtott forrásbevonások és fejlesztési projektek alapján. Ha megvalósul az eredmények és stratégiai irányok egyértelmű kommunikációja, az a rendszerszereplőket a változások résztvevőjévé teszi, felkészíti őket arra, hogy mire lehet számítani rövid- és hosszútávon, és csökkenti az ellenállást is. A kommunikációval összefüggő, kiemelt stratégiai feladat a rendszerszereplők célzott és támogatott képzése, körültekintő felkészítése a változásokra. Utóbbi a képzési rendszer fejlesztését, a motiváció felébresztését és fenntartását is szükségessé teszi.

Az újraértelmezett feladatokkal és szerepkörökkel összefüggésben elmaradhatatlan igényként jelentkezik az alapellátás szabályozásának és finanszírozásának fejlesztése is. A szabályozásnak követnie és támogatnia szükséges a szakmai és egészségpolitikai elvárásoknak megfelelően megújított rendszerműködést (ld. definitív ellátás megvalósulását nagyobb háziorsvosi szerepkörrel, pl. a cukorbetegség gondozásában). A finanszírozás javításában jelentős forrásbevo-

nások történtek, amelyek egyértelműen mutatják a pozitív kormányzati szándékot. Összességében a bázis jellegű elemek további emelése – így a rezi támogatás – helyett a területi terhelésbeli különbségek elismerése, a hátrányok kompenzációja, az extra teljesítmények elismerése, a minőség növekvő (háziorsvosi tevékenységre szentitvebb) elismerése, a praxisközösségi együttműködés ösztönzése és a generációváltás (nyugdíjba vonulást is beleértve) további támogatása jön szóba. Ez utóbbi is alátámasztja jelen értékelés legfontosabb üzenetét: a pozitív kormányzati szándék és forrásbevonás mellé a szervezeti és következetes rendszerfejlesztés feltételeit is biztosítani szükséges. Az alapellátás rendszerfejlesztése nem támaszkodhat ideiglenes projekt finanszírozási forrásokra, hanem meg kell találni a létező országos szervezeti alapokon, szervezetfejlesztéssel, szükség szerint hatékony erőforrás bevonással a stabil szervezeti alapját. A további forrásbevonásoknak a kihívások kezelésére alkalmas, célzott rendszerválaszokat kell támogatniuk következetes alapellátás-fejlesztési stratégiai menetrendet követve.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Sinkó E., Dózsa K., Elek P, Kiss N. (eds): „Az egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatással” című modellprogram egészségpolitikai értékelése, Népegészségügy, 2017, 95. évf. 1. szám
- [2] <http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/egeszsegugyert-felelos-allamtitkarsag/hirek/tobbmint-13-milliard-forint-jut-nepegeszsegugyre-es-alapellatas-fejlesztésre>
- [3] <https://www.palyazat.gov.hu/efop-182-17-az-alapellats-s-npegszsggy-rendszernek-tfog-fejlesztse-alapellats-fejlesztse>
- [4] http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=176686.296135
- [5] <http://www.kormany.hu/hu/kereses#category=all&search=t%C3%B6rzs-karton>
- [6] Egészséges Magyarország 2014-2020 Egészségügyi Ágazati Stratégia, http://www.kormany.hu/download/e/a4/30000/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges_Magyarorsz%C3%A1g_e%C3%BC_strat%C3%A9gia_.pdf
- [7] MÉRTÉK teljesítményjelentés 2013-2015. <https://mertek.aEEK.hu/web/mertek-magyar-egeszsegugyi-rendszer-teljesitmenyertekesele/jelentes-2013-15>
- [8] Szigeti Sz, Evetovits T, Gaál P, Pusztai Zs (eds): Strengthening Health System Performance Assessment in Hungary: Analysis and Recommendations. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2014
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/294882/Strengthening-HSPA-Hungary-Analysis-Recommendations.pdf (hozzáférés 2017. június 12)
- [9] <http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2015/path-towards-SDGs/en/>
- [10] http://alapellatasimodell.hu/documents/zarokonferencia/A_Modellprogram_bemutat%C3%A1sa_az_alapell%C3%A1t%C3%A1s-fejleszt%C3%A9s_tapasztalatai_%C3%A9s_j%C3%B6v%C5%91je.pdf
- [11] <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>
- [12] <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2016-CHARTSET.pdf> (hozzáférés 2017. június 12.)
- [13] http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en
- [14] <https://www.oecd.org/hungary/40415872.pdf>
- [15] Szabóné Gombkötő Éva: A praxisközösségi működés tapasztalatai a népegészségügyi koordinátor szemszögéből, Népegészségügy, 2017, 95.évf. 1. szám
- [16] Dózsa K., Bály Cs., Kőrösi L. (eds) Praxisközösségi szolgáltatások igénybevétele, lakossági attitűdváltás, Népegészségügy, 2017, 95.évf.1.szám
- [17] http://alapellatasimodell.hu/images/dokumentumok_szakmai/20170222-szakmapolitikai-forum/A_modellprogram_prevenci%C3%B3s_szolg%C3%A1ltat%C3%A1sainak_%C3%A9rt%C3%A9kel%C3%A9se.pdf
- [18] http://alapellatasimodell.hu/images/dokumentumok_szakmai/20170222-szakmapolitikai-forum/A_modellprogram_prevenci%C3%B3s_szolg%C3%A1ltat%C3%A1sainak_%C3%A9rt%C3%A9kel%C3%A9se.pdf
- [19] http://alapellatasimodell.hu/documents/zarokonferencia/Short-term_cost-effectiveness_outcomes_of_the_intervention_area_regarding_myocardial_infarction_and_stroke.pdf

- [20] SH8/1 regisztrációs számú Svájci Hozzájárulás Kere-tében Támogatott „Az egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szerve-zési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatá-sával” Záró Értékelés. Megjelenése 2017. júliusban vár-ható itt: <http://alapellatasimodell.hu/index.php/hu/letolt-heto-dokumentumok>
- [21] Kringos, D. et al.: “Building Primary Care in a Changing Europe: Case Studies”, European Observatory on Health, Systems and Policies, 2015, Study Series, No. 38.
- [22] Mousques, J. and F. Daniel (2015), “The Impact of Multiprofessional Group Practices on the Quality of General Practice. Results of the Evaluation of Multi-disciplinary Group Practices (MGP), Health Care Networks (HCN) and Health Care Centers (HCC) Participating in Experiments with New Modes of Remu-neration (ENMR)”, Question d’économie de la santé, No. 211, IRDES.
- [23] Russo J et al.: Cost-effectiveness of a multicondition col-laborative care intervention: a randomized controlled trial, Archives of General Psychiatry, 2012, May; 69(5): 506-14.
- [24] Johnson J.A. et al: Collaborative care versus screening and follow-up for patients with diabetes and depressive symptoms: results of a primary care-based comparative effectiveness trial, Diabetes Care, 2014, Dec; 37(12) 3220-6.
- [25] Egészséges Magyarország 2014-2020 Egészségügyi Ágazati Stratégia, http://www.kormany.hu/download/e/a4/30000/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges_Magyarorsz%C3%A1g_e%C3%BC_strat%C3%A9gia_.pdf
- [26] NEAK adatok alapján végzett EMK elemzés 2007. január és 2015. december közötti háziiorvosi HR moz-gás alapján
- [27] http://alapellatasimodell.hu/images/dokumentumok_szakmai/20170222-szakmapolitikai-forum/A_h%C3%A1ziiorvosi_p%C3%A1lya_preszt%C3%ADzse_ut%C3%A1np%C3%B3t%C3%A1s_kil%C3%A1t%C3%A1sok_kit%C3%B6r%C3%A9si_pontok.pdf
- [28] <http://alapellatasimodell.hu/index.php/hu/letoltheto-doku-mentumok>
- [29] <http://2010-2014.kormany.hu/download/5/e7/30000/Semmelweis%20Terv%20az%20eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgy%20megment%C3%A9s%C3%A9re%20-%20Szakmai%20koncept%C3%B3.pdf>
- [30] The World Health Report 2008 – primary Health Care (Now More Than Ever), <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- [31] 51./1997. NM rendelet
- [32] Kolozsvári L, Rurik I: A háziorvosok teljesítményének minőségi értékelése. Mi a probléma a háziiorvosi indiká-torokkal? Orvosi Hetilap 2016, 157(9):328-335

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Dózsa Katalin Mária a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ, rendszerelemző, kutató munkatársa. 1999-től általános orvos. 2002-től egészségügyi szakmenedzser. 2015-2017 között a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar EMK, SH8/1 WP8 koordinatív szakmai szakértője.

2015-től helyettesítő háziorvos Budapesten. 2011-2014 között az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárság titkárságvezetője, egészségpolitikai tanácsadója.



Dr. Gaál Péter 1993-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán, 1995-ben szerzett Master of Science fokozatot egészségügyi menedzsmentből a Londoni Egyetemen, 2004-ben pedig ugyanott sikerrel védte meg PhD-értékelését a magyarországi hálapénz jelenségének témakörében. A PhD-dolgozat anyagából készített egyik angol nyelvű cikkével 2005-ben elnyerte az Európai Egészségügyi Menedzsment Tár-

saság (EHMA) és a Karolinska Egyetem (Karolinska Medical Management Centre) közös kutatási díját, amelyet PhD doktori értékelésből készített legjobb publikációért ítélnek oda. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának vezetője, oktatója és kutatója, egyetemi docens. 2010-2014 között az EMK megbízott igazgatója, 2010-től az Egészségügyi Közszolgálati Kar dékánja. Részt vesz különböző hazai és nemzetközi szakértői munkákban is. Szakterülete az egészségpolitika. 2011-től az IME Szerkesztőbizottságának tagja.

Dr. Sinkó Eszter bemutatása lapunk 23. oldalán olvasható.