HAOSZ
Háziorvosok Online Szervezete

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS FEJLESZTÉSI KONCEPCIÓJÁRÓL SZÓLÓ VEZETŐI ÖSSZEFOLGALÓ

Minőségi változásra van szüksége az alapellátásnak

2020.05.27.

A vezetői összefoglalót szerkesztette a

Lendület

Minőség

Konstruktivitás

Országos reprezentáció

www.haosz.hu

I. Az egészségügyi alapellátás szerepe, jelentősége az ellátórendszerben

A magyar lakosság egészségi állapota jelenleg elmarad a Magyarország társadalmi-gazdasági fejlettsége alapján elvárható szinttől. A javuláshoz előrelépés szükséges a leggyakoribb krónikus, nem fertőző betegségek megelőzésében és kezelésében, valamint a lakosság egészségmagatartásában egyaránt. Az alapellátás az egészségügyi ellátórendszernek az a szegmense, amely képes kapcsolatot tartani a lakosság egészével, ezáltal alkalmas a lakosság egészségmagatartásának a befolyásolására, valamint a leggyakoribb krónikus megbetegedések gondozására. Az OECD által minden esztendőben elkészített egészségügyi jelentés Magyarország esetében rendszeresen rámutat arra, hogy az ország túlzottan kórházcentrikus ellátórendszerén változtatni szükséges. A kórházi ágyak száma 15-20%-val, az ambuláns ellátásban, vagy alapellátásban is karbantartható állapotok miatt kórházi kezelési arány pedig 60%-kal magasabb az európai uniós átlagnál.[1]

Magyarországon sem képzelhető el fejlett egészségügyi ellátórendszer a lakóhelyközeli egészségszolgáltatások, a népegészségügyi szolgáltatások, az emelt szintű alapellátás és a területi szociális ellátás integrációja, koordinált együttműködése nélkül. Mindennek részét képezi a helyben elérhető definitív ellátások körének szélesítése és a lakosság egészségügyi ellátásának átterelése a **drágább kórházi ellátásoktól az alap- és járóbeteg-szakellátások irányába**. Az egészségügyi alapellátás az egészségügyi ellátórendszer meghatározó része, mivel a lakosság az egészségügyi ellátások közül leggyakrabban az alapelltással érintkezik, az alapellátás kulcsfontosságú szerepet tölt be a teljes közfinanszírozott egészségügyi ellátás lakossági megítélése szempontjából is. Ahhoz, hogy érdemi változást lehessen elérni az alapellátásban, a teljes ellátórendszer struktúráját felül kell vizsgálni, az egyes beavatkozási pontok meghatározásakor figyelembe kell venni az egyes szereplők közötti vertikális és horizontális kapcsolatokat, bármilyen módosító javaslat holisztikus megközelítést igényel. A fentiek értelmében a magyar alapellátást olyan helyzetbe kell hozni, hogy a beutalási rendszeren alapuló kapuőri szerepén túlmenően minél nagyobb szerepet kapjon a definitív ellátás biztosításában, valamint azok a népegészségügyi szempontok, amelyeket a Kormány a nemzeti egészségprogramok elkészítésével a zászlajára tűzött, minél szélesebb körben érvényesüljenek. Az öt **Nemzeti Egészségprogram** sikeres megvalósítása elképzelhetetlen az **alapellátás egyidejű megerősítése** nélkül, hiszen a legnagyobb társadalmi betegségterhet jelentő népbetegségek megelőzése, korai felismerése, korszerű gondozása az alapellátó teamek szoros közreműködésével, koordinációjával valósulhat meg.

[1] Forrás: State of Health in the EU, Magyarország, Egészségügyi országprofil, 2017.)

Az alapellátás megerősítésével kapcsolatban az elmúlt 10 évben fontos kormányzati intézkedések történtek, megszületett 2015-ben az egészségügyi **alapellátásról szóló törvény**, 2018-ban pedig egy kormányhatározat az egészségügyi alapellátás 2019-2022. évekre vonatkozó **szakpolitikai programjának** kidolgozásáról és az ahhoz kapcsolódó intézkedési tervről. Jelentős forrásbevonás is történt az ágazatba, az elmúlt 9 évben 77%-kal nőtt a **háziorvosi praxisok finanszírozása**. A finanszírozás növelése viszont nem járt a finanszírozási rendszer átalakításával, többletteljesítmény biztosításával. Szakmai, praxisközösségi együttműködést elősegítő projektek valósultak meg, a betöltetlen háziorvosi körzetek betöltését, valamint az idősebb kollégák praxis adás-vételét segítő pályázati kiírások jelentek meg. Az egészségügyi alapellátás szakpolitikai programjáról szóló kormányhatározat intézkedési tervében szereplő **országos Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet** felállítását a Kormány jóváhagyta. Az alapellátásról szóló törvény végrehajtási rendeletei közül elsőként született meg a **kollegiális vezetői rendszert** leíró minisztériumi rendelet. A szervezeti struktúrában az önálló Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet alá tartozó hálózat országos és megyei képviselői, kollegiális vezetői már kiválasztásra kerültek. **A területi(járási) szinten kialakuló kollegiális vezetői rendszernek** kiemelt jelentősége lesz az alapellátás helyi szintű koordinációjában, a **veszélyhelyzetekre való reakciókészség** fokozásában. Az adekvát kormányzati intézkedések ellenére is kedvezőtlen a **tartósan betöltetlen praxisok** számának alakulása, melynek oka sokrétű. A betöltetlen praxisok nagy része az alacsony kártyaszám következtében gazdaságilag nem fenntartható, másrészről pedig a magyar háziorvosi, házi gyermekorvosi korfa nemzetközi viszonylatban is kedvezőtlen, a fiatal kollégák számára pedig életpályamodell hiányában nem perspektíva az alapellátói hivatás választása. A praxisok betöltésében az önkormányzatoknak kiemelt szerepe van, ezáltal olyan helyzetek is előfordulnak, amikor nem a praxisra jelentkező háziorvosok hiánya, hanem önkormányzati érdekek, döntések állnak a tartós betöltetlenség hátterében. A házi gyermekorvosi korfa különösen kedvezőtlen, ami a gyermekpraxisok gyorsabb ütemű megüresedéséhez, ennek következményeképp a vegyes praxisok számának növekedéséhez vezet, fokozott terhelést róva a gyermek járó- és fekvőbeteg ellátásra.

II. Az egészségügyi alapellátás jellemzői, az egyéni praxisokban és az egyéni praxisok közötti együttműködési formákban rejlő lehetőségek, erősségek

Az egészségügyi alapellátásban végzett szakmai munka sajátossága, hogy a lakossággal való kapcsolat ezen a színtéren a legközvetlenebb. Mindez orvosszakmai szempontból is kiemelt jelentőségű, hiszen az adott páciens egészségi problémáival kapcsolatban az alapellátásban dolgozó szakemberek rendelkeznek a legátfogóbb képpel, ismerettel. Az orvosszakmai megközelítésen túl az alapellátásban dolgozó szakember a kliens családi, szociális, és kulturális helyzetét is fel tudja használni egészségnevelő, egészségmegőrző és gyógyító tevékenysége

során. Az alapellátásnak, az egészségügyben egyedüli ellátási szintként, lehetősége és felelőssége a pácienst holisztikusan ellátni. Az alapellátásban a betegek *"laikus és egyéni döntések alapján jelennek meg"*[2], míg a szakellátásba - jól működő betegutak esetén - szakember, többnyire a háziorvos beutalásával kerülnek. Ennek következtében az alapellátás differenciálatlan, míg a szakellátás szakterületileg és klinikailag jól lehatárolt panaszokkal találkozik. Az alapellátás tevékenységének fókuszában nem egy-egy szakellátási szakterületnek megfelelő problémakör, hanem az egyén áll, akinek kockázati tényezői, jellemzően egy-egy szervrendszeren keresztül manifesztálódó kórállapotai a szakterületek határain túlmutatóan, egymással összefüggésben állhatnak, illetve egymásból következhetnek.

A holisztikus ellátás nagy **szakmai felkészültség**et, **multidiszciplináris ismeretek**et igényel. Örvendetes tendencia, hogy az alapellátásban dolgozó szakemberek szakmai felkészültsége, képzettsége évről-évre növekszik, egyre többen rendelkeznek olyan **egyéb klinikai szakképesítéssel, illetve licence vizsgával** melyek gyakorlati alkalmazása az alapellátásban egyelőre kiaknázatlan terület. Az önálló háziorvostan szakképzés megjelenése a postgraduális képzésben előremutató folyamat volt, ugyanakkor a családorvoslással kapcsolatos ismeretanyagok arányát a graduális és posztgraduális képzésben egyaránt növelni kell. A családorvosi ismereteknek sokkal hangsúlyosabb szerepet kell kapniuk a graduális kurrikulumban, hiszen az orvostanhallgatók körében végzett felmérések (minimum 20 százalék mutat érdeklődést, de végül 1-2 százalék jelenik meg a rezidensképzésben) rávilágítanak arra, hogy a hallgatók számára – elsősorban információhiányból, és a karrierutak észlelt korlátaiból adódóan – nem perspektíva a családorvosi hivatás választása. Mindez pedig gátja az elöregedő háziorvos társadalom megfelelő utánpótlásának. Az orvostanhallgatók körében népszerűvé, vonzóvá kell tenni a családorvoslást, ennek azonban alapfeltéte, hogy már az egyetemi évek alatt átfogó képpel rendelkezzenek a hallgatók a praxisokban folyó szakmai munkáról.

A háziorvosi/házi gyermekorvosi praxisok privatizációja óta eltelt több mint két évtized jelentős változásokat hozott az egészségügyi alapellátásba is. A praxisprivatizációs folyamatok szemléletváltással jártak együtt, hiszen az önálló gazdasági társaságként működő, szolgáltatói szemléletet kialakító praxisok érdekeltté váltak a szolgáltatás minőségének fejlesztésében. Számos praxis a minimumfeltételekben előírt eszközökön túl, többek között a korábbi eszközvásárlási támogatásnak köszönhetően is, infrastruktúra fejlesztésbe kezdett, műszerezettségét növelte. Az **infrastruktúra fejlesztés**sel kapcsolatos folyamatok azonban nem tudtak kiteljesedni, hiszen a folyamatos eszköztámogatás kikerült az alapellátás finanszírozásából, másrészről pedig hiányoznak azok a finanszírozási ösztönzők, melyek az eszközök minél szélesebb körben történő használatára buzdítanák a kollégákat. A szolgáltatásfejlesztéssel kapcsolatos egészségpolitikai törekvések a gazdasági szempontból

[2] Fraser, R.C.: Az alapellátás módszertana. A háziorvoslás szempontjából. Melania Kiadó

önállóan működő, de a szervezési feladatok szempontjából funkcionálisan együttműködő, a saját szolgáltatási portfólió növelésében, a minőségi szolgáltatás biztosításában érdekelt praxisok esetében valósíthatóak meg.

A Háziorvosok Online Szervezete, illetve az Innovatív Háziorvos Klub taglétszámának dinamikus növekedése egyértelműen rámutat arra, hogy a háziorvos társadalmon belül van egy széles bázis, aki nyitott az alapellátás szintjén megjelenő **innnovatív megoldások**, az egészségügy digitalizációja által nyújtott lehetőségek háziorvosi praxisokban történő kamatoztatására. Az alapellátás megújítása során építeni kell ezen kollégák szakmai, informatikai és technikai felkészültségére. Jól példázza mindezt egy pilot program keretében lassan záró népegészségügyi célú vastagbélszűrés, illetve a hamarosan induló telemedicina projekt népszerűsége, a projektekhez önkéntesen csatlakozó alapellátó praxisok nagy száma.

A **praxisközösségi** együttműködéseket segítő hazai és uniós pályázatok a népegészségügyi szemlélet erősítésén túl, a korábban egymástól izoláltan működő háziorvosi teamek közti együttműködés javításával egyértelműen az alapellátás szerkezeti átalakulását készítették elő (közel 1000 praxis dolgozik jelenleg praxisközösségi formában projekteken belül). Fontos jellemzője a praxisközösségi működésnek, hogy az alapellátás számos szereplőjének együttműködésén alapulnak. A megvalósult illetve folyamatban lévő projektek népszerűek voltak mind a biztosítottak, mind a kollégák körében, és rámutattak arra, hogy a kollégák részéről fennáll a hajlandóság a szakmai együttműködések kialakítására. Az alapellátási törvény felhatalmazza a minisztert a praxisközösségről szóló jogszabály megalkotására, megfelelő jogszabály és finanszírozási feltételek mellett a praxisközösségi működésmód az ország számos további pontján megjelenne. Szakértői vélemények szerint a praxisközösségek választ adhatnának a humánerő krízis és a területi ellátatlanságbeli problémák jelentős részére is.

Az egészségügyi veszélyhelyzet nagy kihívás elé állította az egészségügyi ellátórendszer minden egyes szereplőjét. A nehézségek ellenére általánosságban megállapítható volt, hogy a háziorvosok a hatályban lévő iránymutatások alapján jól átszervezték az ellátást, és egyéni megoldásokat, illetve az EESZT rendszerszintű használatával együtt többféle telemedicinális technikát alkalmaztak a praxisokban a folyamatos és biztonságos betegellátás biztosításához. A járványügyi védekezéssel kapcsolatos koordináció, az információáramlás, szakmai iránymutatás ugyanakkor sokszor esetleges volt. Egy önálló Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet szervezeti keretei között felálló kollegiális vezetői rendszer nagy mértékben hozzájárulhatna a koordinációt, szakmai támogatást és iránymutatást igénylő feladatok területi közvetítéséhez.

III. Helyzetelemzés az egészségügyi alapellátás problémáiról

Az I. pontban részletezett kormányzati intézkedések ellenére számos probléma sújtja az egészségügyi alapellátást. A betöltetlen háziorvosi körzetek számának kedvezőtlen alakulása, a nemzetközi viszonylatban is kedvezőtlen korfa, a szakmai felügyelet és módszertani támogatás hiánya, a praxisközösségek jövőjével kapcsolatos bizonytalanság olyan problémákra világítanak rá, melyek kezelése nélkül nem biztosítható hosszútávon az alapellátás szintjén az elvárt szakmai színvonalon történő betegellátás. Az alábbi kodifikációs, strukturális, finanszírozási, szakmai problémák igényelnek határozott beavatkozást:

- Az Alapellátási törvény végrehajtási rendeleteinek hiánya
- Központi koordináció, szakmai, módszertani támogatás hiánya
- Kedvezőtlen háziorvosi/házi gyermekorvosi korfa
- Kormányzati intézkedések ellenére a betöltetlen praxisok számának növekedése, mely a hátrányos helyzetű településeket különösen érinti
- Kedvezőtlen, a minőségi munkát nem, vagy kevésbé díjazó finanszírozási struktúra
- Praxisteamen belüli feladatok nem egyértelmű lehatárolása
- Alapellátási ügyeletek nem optimális üzemméret mentén történő szerveződése
- Praxisközösségek működési feltételeit leíró jogszabályi környezet hiánya
- Az alapellátó praxisok egységes informatikai követelményeit biztosító jogszabályi környezet kialakításának hiánya
- Adminisztrációs terhek csökkentését segítő intézkedések elmaradása
- A szakma jövőképének, világos egyértelmű fejlesztési irányok meghatározásának a hiánya

IV. Az egészségügyi alapellátás megújítását szolgáló fejlesztési irányok, célkitűzések beavatkozási lehetőségek, megoldási javaslatok

Az alapellátás komplex fejlesztésével kapcsolatban elérni kívánt cél, hogy a népegészségügyi mutatók javulása szempontjából kiemelt jelentőséggel bíró **prevenciós szemlélet**, prevenciós ellátási formák erősödjenek, a közösségi ellátás minden településen biztosított legyen, a krónikus betegek gondozása szakmai alapokon nyugvó ellátási protokollok mentén valósuljon meg. Kiemelt célként fogalmazható meg továbbá, hogy a **költségesebb járó- és fekvőbeteg** ellátási formák kiváltását lehetővé tevő **definitív valamint lakosságközeli ellátási események** aránya növekedjen. A fenti célok elérése érdekében a betegutak racionalizálását szolgáló intézkedéseken túl konkrét megoldási javaslataink az alábbiak.

1. *Az alapellátás integrált irányítását, módszertani és szakmai támogatását biztosító struktúra kialakítása*

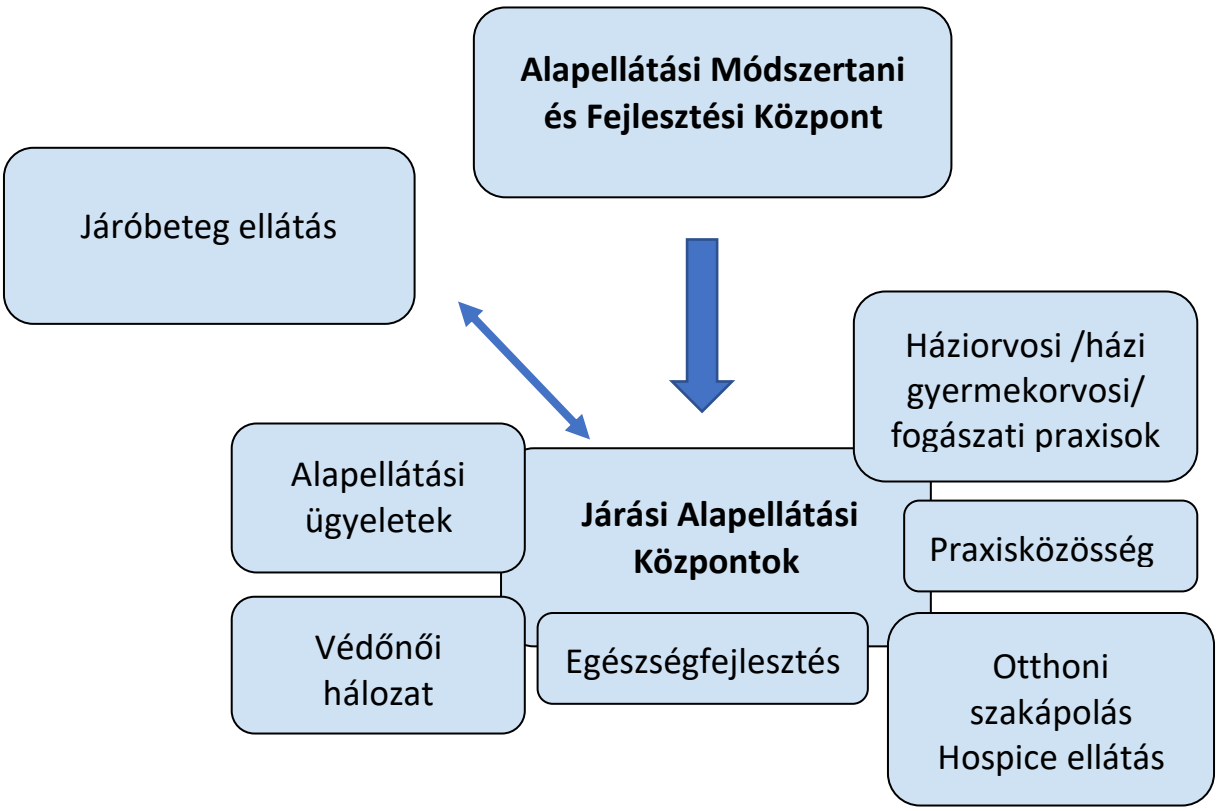
Bármilyen alapellátási fejlesztési koncepció során az alapellátásban szereplő egészségügyi szolgáltatók teljes vertikumát figyelembe kell venni. Jelenleg az egyes szakemberek közötti kapcsolatrendszer, feladatmegosztás inkoherens, az egyes szolgáltatói körök közötti hatáskörök nem egyértelműek. *Az 1773/2018-as Kormányhatározat az egészségügyi alapellátás 2019–2022. évekre vonatkozó szakpolitikai programjának kidolgozásáról és az ahhoz kapcsolódó intézkedési tervről* 1. számú melléklete alapján **önálló Országos Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézetet** kell működtetni. Az alapellátásról szóló törvényben nevesíteni kell az intézményt, a jelenleg fragmentáltan, különböző háttérintézményeknél lévő feladatok pontos körét, a jogszabályi deregulációs és harmonizációs folyamatokat követően jogszabályban kell rögzíteni az intézet feladat és hatáskörét. Az Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet a háziorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátási ügyeleti, fogorvosi, iskolaorvosi, védőnői, otthoni szakápolásban és hospice ellátásban résztvevő, praxisközösségi szereplők integrált irányítási, módszertani, és szakmai támogatói funkcióját képes biztosítani. A gyermek alapellátásban zajló tevékenység két meghatározó tényezője a háziorvosi/házi gyermekorvosi és védőnői szolgálat. Bár a gyermek állapotáért közösen felelnek megosztott felelősséggel, a két szolgálat mára térben és időben szinte teljesen elkülönült egymástól, ami részben a védőnői szolgálatokat működtető települési önkormányzatok védőnői ellátási körzetmódosítási gyakorlatából adódik, nagyobb részben pedig abból, hogy a védőnői szakma országos vezetése az orvostól elkülönülő védőnői munkát preferálja.

Az alapellátás integrált irányítását lehetővé tevő szervezeti struktúra a párhuzamos ellátási formák megszüntetése mellett (pl. házi szakápolás és praxisközösségek szintjén nyújtható többletszolgáltatások) ellátásszervezési szempontból is indokolt. Az önálló Alapellátási Módszertani és Fejlesztési Intézet szervezeti struktúrájában, az országos központ alatt javasolt Járási Alapellátási Központok létrehozása. A Járási Alapellátási Központok kijelölése során egyes földrajzi területek sajátosságainak figyelembe vétele is szükséges. Az optimális területi szerveződés elősegítése céljából egyes földrajzi területeken térinformatikai tervezésre is szükség lehet a Járási Alapellátási Központok kijelölésekor. **A központok felállítása során figyelembe kell venni, hogy a hatósági, illetve a szervezési és módszertani feladatok összevonása egy intézménybe nem javasolt, ennek megfelelően a kormányhivatali struktúrától élesen elválasztandó**. Nem javasolt továbbá a járóbetegellátás integrálása, ugyanakkor a központok alapvető feladatai között kell szerepelni a járó- és fekvőbeteg ellátó intézményekkel kapcsolatos konzultatív feladatkörnek, valamint betegútmenedzsment szempontjából elengedhetetlen feladatok koordinálásának.

A Járási Alapellátási Központok a háziorvosi, házi gyermekorvosi, fogorvosi praxisok, a járásban működő alapellátási ügyelet(ek), védőnői szolgálatok, a területi egészségfejlesztési iroda, a

járásban működő otthonápolási és hospice szolgálatok szakmai munkáját koordinálják, szoros együttműködésben a járási járóbeteg szakellátás intézményeivel és a fekvőbeteg ellátással. A központok feladata az adott járás/terület népegészségügyi mutatóinak és a lakosság egészségi állapotának ismeretében a szükséges szolgáltatások tervezése az alapellátás működésének szervezése, a működéshez szükséges humán erőforrás biztosítása, a szakmai minőségbiztosítás a **járási egészségtervvel** összhangban. A Járási Alapellátási Központok a munkaadói a járás területén működő praxisközösségek praxisközösségi szakembereinek, és a kiterjesztett funkciókkal felruházott alapellátás működéséhez szükséges egyéb szakembereknek. A háziorvosi praxisok, praxisközösségek innen igényelhetik a többletszolgáltatást nyújtó szakemberek szolgáltatásait. A Járási Alapellátási Központok felállítása mellett fontos megőrizni a háziorvosi praxisok gazdasági, szervezeti integritását. A praxisközösségi szerveződés, a Járási Alapellátási Központokkal kapcsolatos együttműködés funkcionális, a többletszolgáltatást nyújtó szakemberek optimális hozzáférhetősége szempontjából meghatározó.

A módszertani központ szervezeti struktúrája jól illeszthető az újonnan felálló **kollegiális vezetői rendszer** egyes szintjeihez. A kollegiális vezetői rendszer az alapellátó szolgáltatók felé képviselné a módszertani irányelveket, szakmai támogatási folyamatokat, egészségügyi **veszélyhelyzet esetén pedig segítené a hatékony koordinációt igénylő ellátásszervezési folyamatokat.**



Az alapellátás módszertani, irányítási modellje

2. *A szervezeti formák megszilárdítása, ami biztosítja a kiszámítható környezetet a háziorvosok és a kiteljesedett alapellátás szereplőinek együttműködéséhez*

A klasszikus háziorvosi modell egy orvosra és a praxisához tartozó szakdolgozóból áll. Ennek a modellnek számos korlátja van, melyre szolgáltatásfejlesztés nem építhető. A többletszolgáltatások megjelenésének gazdasági, financiális és időbeli korlátai vannak. A klasszikus modell mentén dolgozó praxisok szakmai és szervezeti szempontból egyaránt izoláltan működnek. Az Alapellátási törvény meghatározza ugyan a praxisközösségek fogalmát, ugyanakkor a praxisközösségek, csoportpraxisok, egyéni praxisok szervezeti működését szabályozó végrehajtási rendelet 2015 óta nem került leírásra. Az elmúlt években a praxisközösségi együttműködés, a preventív szemlélet és a lakóhelyközeli ellátások számának növelése érdekében több európai uniós és hazai forrásból megvalósuló modellprogram zajlott Magyarországon. A modellprogramok azonban eddig nem biztosították a formálódó praxisközösségek munkájának folyamatosságát, a projekt befejezését követően további finanszírozás hiányában nem tudták folytatni tevékenységüket a kialakuló közösségek, holott a szakmai és társadalmi igény egyaránt megfogalmazódott a folytatásra. A Nemzeti Egészségprogramok központi gondolata is a prevenció. A **Nemzeti Egészségprogramok alapellátási vonatkozásai csak a praxisközösségi színtéren valósíthatóak meg**, hiszen a praxisközösségek szervezeti keretei között áll rendelkezésre a prevenciós többletszolgáltatás nyújtásához szükséges elkülönített rendelési idő, infrastrukturális környezet, és a megelőző tevékenységet segítő népegészségügyi szakemberek. A praxisközösségi együttműködés minél szélesebb körben történő biztosításához szükséges a praxisközösségi működést leíró jogszabályi környezet, hogy a projekt működését minél hamarabb rendszerszintű működés válthassa fel. A fenti célok elérése érdekében az önálló praxisokat is ösztönözni kell az együttműködésben történő részvételre.

3. *Tartósan betöltetlen praxisok helyzetének kezelése*

A betöltetlen praxisok ellátási területén élő lakosság alapellátásának biztosítása az eddigi, elsősorban a praxisok időleges financiális ösztönzőkkel való betölésére irányuló kezdeményezéseken túllépve paradigmaváltást igényel. Felül kell vizsgálni a tartósan betöltetlen praxisok helyzetét, gazdátlanságának okait. Egyes területeken a degresszió megszüntetésével elő kell segíteni a helyettesítő háziorvos praxisához történő integrációt. Ebben az esetben további szakdolgozók alkalmazásával a megnövekedett betegszám ellenére is biztosítható a megfelelő szakmai színvonalú és folyamatos ellátás. A jellemzően aprófalvas, hátrányos helyzetű településeken (ahol a betöltetlen praxisok nagy hányada található) lévő betöltetlen praxisok az alacsony lélekszám miatt gazdaságilag fenntarthatatlanok. Javasolt ezeken a területeken megfelelő infrastrukturális feltételekkel rendelkező központi rendelők kijelölése. Az összevont praxisok központi rendelőibe történő utazás ingyenes feltételeit a

települési önkormányzatoknak javasolt biztosítani. Meg kell határozni, hogy a **praxisközösségek milyen szerepet kell vállalni a tartósan betöltetlen körzetek** ellátási területén élő lakosság kezelésében. A fenti intézkedések bevezetésével a tartósan betöltetlen körzetek területén élő lakosság folyamatos, megfelelő infrastrukturális környezetben történő ellátása, valamint – akár a jelenlegi körzethatárok átalakulásával – a tartósan betöltetlen körzetek számának jelentős mértékű csökkenése valósulhatna meg.

4. A hatáskörök bővítése, kompetenciák megerősítése

Az alapellátás megújult szolgáltatási körét, korszerű hatásköri listáit leíró végrehajtási rendelet szükséges megjeleníteni. Az alapellátó praxisok, praxisközösségek definitív ellátóképességének növelését a finanszírozási ösztönzők bevezetésén túl az alapellátásban dolgozó szakemberek hatáskörének pontos meghatározásával, bővítésével kell javítani. A szakemberek kompetencia fejlesztésével, az egyéb klinika szakképesítések háziorvosi ellátásban történő hasznosításával, alapellátási licencek kidolgozásával egyes járóbeteg ellátásban finanszírozott feladatok megjelenhetnek az alapellátásban. A kiterjesztett hatáskörrel és megerősített kompetenciával rendelkező alapellátás hozzájárulhat a kormányzati szándékkal is egyező lakóhelyközeli ellátások arányának növekedéséhez. A hatáskörtervezésnek és kompetenciafejlesztésnek egyaránt vonatkoznia kell az orvosokra, a nem orvos végzettségű szakdolgozókra és az alapellátásban dolgozó diplomás egészségügyi szakemberekre. Középtávon építeni lehet azokra a kiterjesztett hatáskörű ápolókra is, akiknek első évfolyamai az elmúlt években végeztek, és a kompetenciák megfelelő rendezésével alkalmasak lehetnek egyes, jelenleg orvosi hatáskörbe tartozó feladatok átvételére is.

5. A finanszírozás megújítása a minőség és teljesítmény alapú elemek hangsúlyának növelésével

Az egészségügyi alapellátás finanszírozása fejlesztést igényel a prevenciós szemlélet érvényesülése, valamint a definitív ellátások arányának növekedése érdekében. Mindehhez olyan finanszírozási struktúrára van szükség, ahol a bázis alapú finanszírozási elemek arányához képest a teljesítmény alapú finanszírozási elemek aránya nő. A jelenlegi indikátor rendszer nem szolgálja a betegbiztonságot, az eredményes gyógyítást és nem tükrözi az alapellátás szakembereinek valós teljesítményét sem. Nem ösztönzi a kollégákat a minőségibb munkavégzésre, hatékonyabb megelőzésre, korszerűbb beteggondozásra. A finanszírozás fejlesztésénél a területi kompenzáció, komplex finanszírozási ösztönzők bevezetése javasolt a nagyobb terhet viselő és a hátrányos helyzetű településeken. Hosszútávon a degresszió eltörlése, addig pedig a degresszióban lévő praxisok esetében a minimumfeltételeken túl foglalkoztatott további szakemberek foglalkoztatásának hangsúlyosabb elismerése javasolt a degressziós ponthatár érték megemelésével. A folyamatos eszköztámogatás visszavezetésével az alap eszközszükségleten túl a minőségi és definitív ellátást garantáló eszközpark kialakítására is lehetőség nyílhat. Az eszköztámogatásnak az eszközök beszerzésén

túl ki kell terjednie azok amortizációjának fedezésére is. Hosszú távon ki kell alakítani a minőségi ellátást biztosító eszközök beszerzésén túl azok rendszerszintű használatának finanszírozási feltételeit is. Mindezekkel szoros kötelékben az eredmény alapú gyógyítás érvényre juttatása igényli új finanszírozási ösztönzők megjelenését. A bundled payment (kötegelt finanszírozás) logikáját elősegítő ösztönzési formák bevezetése a többi ellátási szinten is kívánatos - ahogy erről a tavalyi Nemzeti Bank Versenyképesség javításáról szóló tanulmánya is megemlékezik, összhangban a Pénzügyminisztérium azonos tematikájú anyagával.

6. Új standardok szerint módosított minimumrendelet megalkotása, alap eszközszükséglet és a minőségi ellátást biztosító eszközpark (POCT, telemedeciniális eszközök, távkonzultáció)

A 60/2003-as ESzCsM rendelet előírja a háziorvosi praxisok számára azokat az úgynevezett minimumfeltételeket, mellyel minden működési engedéllyel rendelkező alapellátó szolgáltatónak rendelkeznie kell. Az egészségügyi veszélyhelyzet is felszínre hozta, hogy a minimumfeltételek listája felülvizsgálandó, hiszen a **járványügyi védekezéshez szükséges védőeszközök** egyes elemeit például nem tartalmazza. A kormányzati szándékkal egyező, lakóhelyközeli ellátások arányának növekedését elősegítő koncepció elképzelhetetlen az alapellátás eszközparkjának a felülvizsgálata nélkül. A finanszírozási struktúra megváltoztatásával, finanszírozási technikák bevezetésével érdekeltté kell tenni az alapellátásban működő szolgáltatókat eszközparkjuk fejlesztésében. Jól meghatározható azon eszközök köre, melyek alapellátásban történő használatával a járó- és fekvőbetegellátó intézmények tehermentesíthetőek, a minőségi alapellátói munka feltételei garantálhatóak. Az egészségügyi veszélyhelyzet idején a távkonzultáción, telemedicinális eszközök használatán alapuló ellátási formák aránya jelentősen megnövekedett a háziorvosi/házigyermekorvosi praxisokban. Az úgynevezett telemedicina rendelet ezen ellátási formák jogi alapjait is megteremtette, a páciensek és az egészségügyi szolgáltatók részéről pedig egyaránt elfogadott, tervezett rend szerinti folyamatos betegellátás feltételeit teremtette meg. Javasoljuk a telemedicina jogszabály hatályának kiterjesztését a távkonzultációval, telemedicinális eszközök használatával is biztosítható ellátások definiálását az alapellátásban a veszélyhelyzetet követő időszakra is. Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér adta lehetőségek nagymértékben hozzájárultak a személyes orvos-beteg találkozók hiányában is a megfelelő információ és adatáramláshoz, mely jelentősen növeli a betegbiztonságot. Az elektronikus receptek kiváltásának megkönnyítése pedig a biztonságos gyógyszerkiváltás feltételeit teremtette meg. Javasolt az EESZT további fejlesztése, az **elektronikus beutalók bevezetése, a strutkturált adatkezelés informatikai feltételeinek megteremtése**. Az orvosi és védőnői ellátási folyamat dokumentációja és az információáramlás közös platformon kell történjen a gyermekhez/várandóshoz tartozó dokumentációban és nem egyik,vagy másik szolgáltató kizárólagos belső dokumentációjában. Az információátadást haladéktalanul

biztostani kell a jelenleg hiányzó **egységes védőnői informatika és az EESZT-hez történő csatlakozás** megteremtésével.

Az alapellátásban dolgozó szakemberek informatikai felkészültsége a távkonzultáción alapuló ellátási formák tekintetében igen heterogén, így egy esetleges következő veszélyhelyzetre való hatékony felkészülés érdekében a szakemberek felkészítése, képzése elengedhetetlen. A minőségi ellátást biztosító eszközpark feltételeinek megteremtése során is figyelembe kell venni, hogy azok használatának a gátja a finanszírozási környezet hiányán túl sokszor a szakemberek technikai felkészületlenségéből adódik. Az eszközök körének egzakt meghatározása során meg kell teremteni az eszközök használatát elsajátító képzési formákat is, melyek közül az e-learning felület preferálandó.

7. Ellátásszervezési, betegút menedzsmenttel kapcsolatos feladatok a praxisokban

A járvány alatt kialakult gyakorlatok közül megtartani javasolt: előjegyzés alapján történő ellátás, és az előre rögzített időben történő elektronikus kapcsolattartás, tanácsadás. Ez utóbbi tevékenység jogszabályi rögzítése szükséges, elszámolhatóságát a finanszírozó felé jogszabállyal garantálni kell. A veszélyhelyzetet megelőzően a háziorvosi/házi gyermekorvosi praxisok nagy része annak a jogszabályi előírásnak próbált megfelelni, hogy a rendelési idő alatt érkező összes pácienst köteles a praxis ellátni. Ez túlzsúfolt rendeléseket, hosszú várakozási időket, minimálisra szűkült ellátási időket eredményezett. A veszélyhelyzet megtanította a rendszer szereplőit priorizálni, távkonzultálni, tervezett ellátást, dedikált ellátási időt biztosítani. Mindez az egészségügyi szolgáltatókon túl a kliensek részéről is egy támogatható ellátási rendet jelentett. A **tervezhető ellátásrend, a kontrollált betegforgalom** előfeltétele hosszú távon a **minőségi munkavégzésnek**, minőségi háziorvosi ellátásnak, gondozásnak, másrészről pedig a kliensek számára is kényelmesebb hozzáférést biztosít az egészségügyi alapellátáshoz. Fontosnak tartjuk az **elektronikus, online bejelentkező rendszerek** használatát, az infokommunikációs csatornák használatát, az elektronikus várótermi betegirányítást. Ezek használatával jelentősen csökkenhet a szakdolgozók leterheltsége, és fókuszba kerülhet a szakmai munka, melyre meghatározott időtartam áll rendelkezésre.

8. Adminisztrációs terhek csökkentése

A háziorvos által használandó, sokszor kézírást igénylő nyomtatványok száma meghaladja az ötvenet. A nyomtatványok kitöltésének egy része szakmai, valamint az ellátásszervezés szempontjából is felesleges, más része pedig a fejlett informatikai és infokommunikációs eszközök birtokában elektronikus úton is kezelhető lenne. Javasolt, hogy valamennyi nyomtatvány legyen rögzíthető, szükség esetén nyomtatható a háziorvosi szoftverekből. A medikai szoftverfejlesztések kerüljenek szabályozás alá, valósuljon meg azok egységes

akkreditációja. Alapvető cél, hogy az ellátási adatok mielőbb egységes archetípus mentén kerüljenek rögzítésre.

9. Alapellátási ügyeleti rendszer felülvizsgálata

Az Alapellátási törvény értelmében a háziorvosi feladatok rendelési időn kívüli ellátására ügyeleti szolgálatot kell biztosítani. Az Önkormányzati törvény a háziorvosi alapellátáshoz hasonló módon az önkormányzatok kötelező alapfeladataként jelöli meg az ügyeleti szolgáltatás biztosítását. Az alapellátási ügyeletek NEAK finanszírozása évek óta változatlan, így az önkormányzatok jelentős forráskiegészítés árán tudják csak biztosítani a települések ügyeleti szolgáltatását. Az alapellátási ügyeletek területi szerveződése, és időbeli hozzáférhetősége az adott önkormányzatok gazdasági erejétől függ, nem pedig a tényleges szükségletekhez igazodik. Javasolt egy új alapellátási ügyeleti struktúra felállítása, a sürgősségi betegellátó osztályokkal, valamint az Országos Mentőszolgálattal való viszonyrendszer tisztázása. Az új ügyeleti struktúra felállítása során az ügyeletek optimális üzemméretének meghatározása céljából térinformatikai tervezésre van szükség.

V. Komplex javaslatcsomag a háziorvosi/házi gyermekorvosi rendszer átfogó megújításához

A Háziorvosok Online Szervezete mára több mint 1500, innovatív gondolkodású, az alapellátás minőségi átalakítását szorgalmazó háziorvost/házi gyermekorvost tömörítő szervezet. Elkötelezett támogatói vagyunk az alapellátás megerősödésének feltételeit megteremtő reformtörekvéseknek. A HAOSz tagsága olyan széles bázist képvisel a magyarországi háziorvostársadalmon belül, amire méltán lehet építeni a jövő alapellátását. Mindennapi működésünk lényege, hogy a területről érkező gyakorló háziorvosok/házi gyermekorvosok részéről érkező információk, szakmai javaslatok feldolgozását követően széles szakmai konszenzuson nyugvó megoldási javaslatokat fogalmazunk meg az alapellátás jövőjével kapcsolatban. Vezetőségünk rendszeresen részt vesz az ágazat irányítással kapcsolatos szakmai egyeztetéseken, illetve ágazatunkat érintő fajsúlyos szakmai anyagok véleményezésében. Fenti törekvéseink, szakmai elképzeléseink vezéreltek minket egy az egészségügyi alapellátás átfogó megújításáról szóló javaslatcsomag elkészítésében is, melyet jó szívvel ajánlunk áttekintésre a jövő egészségügyi ellátórendszerét formáló döntéshozóknak.