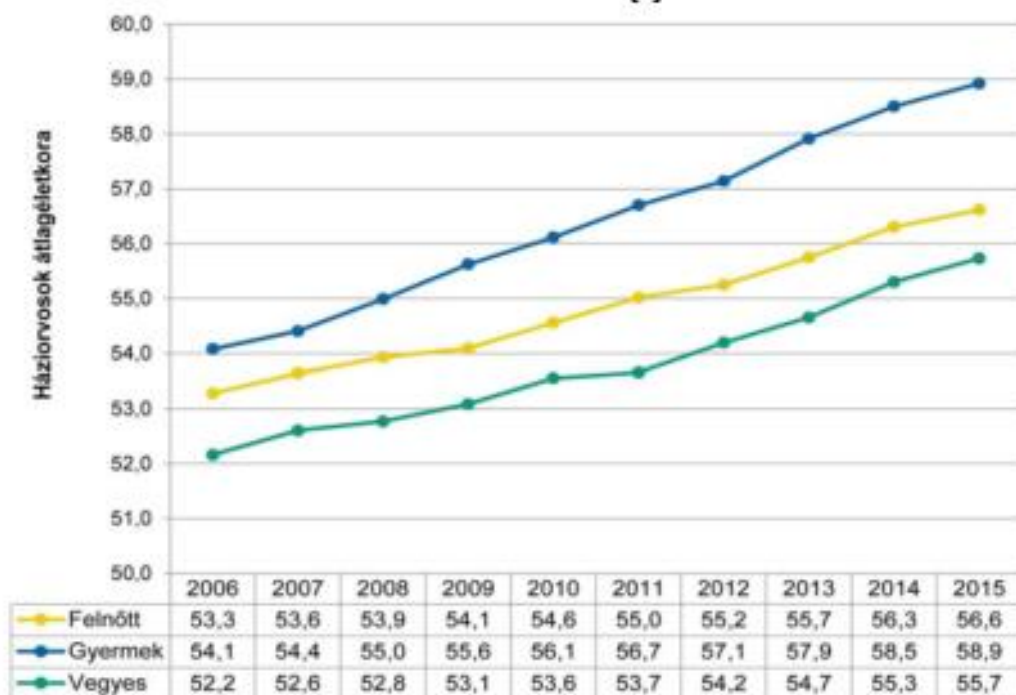


Alapellátás 2.0

Status praesens

A Nemzeti Egészségügyi Alapkezelő Központ adatai szerint 2018 augusztusában a 6525 háziiorvosi praxisból 393 betöltetlen volt. Ebből 102 a betöltetlen felnőtt praxisok száma, és az 1504-ből 85 gyermek-háziiorvosi körzetben nincs orvos. A betöltetlen praxisokból pontosan 100 több, mint öt éve üres. Mindeközben a Kormány **2015 óta hat és félmilliárd Ft-ot költött a tartósan betöltetlen praxisok támogatására**, ennek ellenére az üres praxisok száma nő, és az alapellátásban dolgozó orvosok átlagélettartama már 60 év felett járhat.

A háziiorvosok átlagélettartama



Forrás: MÉRTÉK – a Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése 2013-15

Utolsó hivatalos adataink 2015-ről vannak, de sajnos semmi okunk nincs arra, hogy ne hosszabbítsuk meg lineáris trendvonalként. Mindez annak ellenére, hogy 2018-ban 1.250 milliárd Ft-ot szánt a letelepedés támogatására a Kormány, és a legmagasabb elérhető támogatás már 20 + 4 millió Ft. Egy kérdés még marad: *mit fog ott csinálni a fiatal orvos, hol tudja egy halmozottan hátrányos helyzetű, ezer fős praxisban szakmai képességeit modern műszerekkel kibontakoztatni, hogyan tud családjának, gyerekeinek méltó életfeltételeket biztosítani.* Esélytelen.

A mellény újragombolása – az eredet

Be kell látni, hogy a jelenlegi, 1992-ben bevezetett modell nem fenntartható, és ami a súlyosabb állítás: **nem is célszerű a fenntartásáért küzdeni. Modellváltásra van szükség.** A jelenlegi alapellátási modell elvét egy háromnapos ügyeletben én dolgoztam ki 1991-ben, tehát legtöbb alapom van a bírálataira. (Az [eredeti „Kincses képlet”](#) sokkal szofisztikásabb megoldás lett volna, de – szerencsére – technológiai és kulturális okokból egy egyszerűbb, „lebutított” változat került bevezetésre.)

Az akkori modellvita az angolszász normatív teljesítményfinanszírozású GP alapú modell, és az ehhez kapcsolt DRG alapú finanszírozás, és a német a fee for service-en alapuló „letelepedett szakorvos” + ehhez illesztett kórház finanszírozási modell közötti választás volt. A fő különbségek:

Német „letelepedett (szak)orvos” modell	GP, - azaz háziiorvosi modell
Bármilyen szakorvos lehet praxis orvos, és választható.	Csak alapellátási szakvizsgával rendelkező lehet háziorvos
A kapcsolat a beteg <i>aktuális problémájának megfelelő, rövid távú választáson alapul.</i>	A kapcsolat tartós, nem eseti választáson alapul.
A kerítés a járó- és fekvőbeteg-ellátás között van.	A kerítés az alap- és a szakellátás között van.
Kompetencia: a teljes járóbeteg-szakellátás	Kompetencia: csak az alapellátás szintje
Fee for service típusú tevékenység-finanszírozás .	Korrigált fejkvóta alapú normatív teljesítményfinanszírozás

1992-ben – főleg a normatív teljesítményfinanszírozás koherenciája miatt – jó döntés volt a GP modell bevezetése, mert a korszerű alapellátás nem eseti, epizódszerű ellátás-sorozaton, hanem tartós kapcsolaton, a szűrés-gondozás rendszerén alapul.

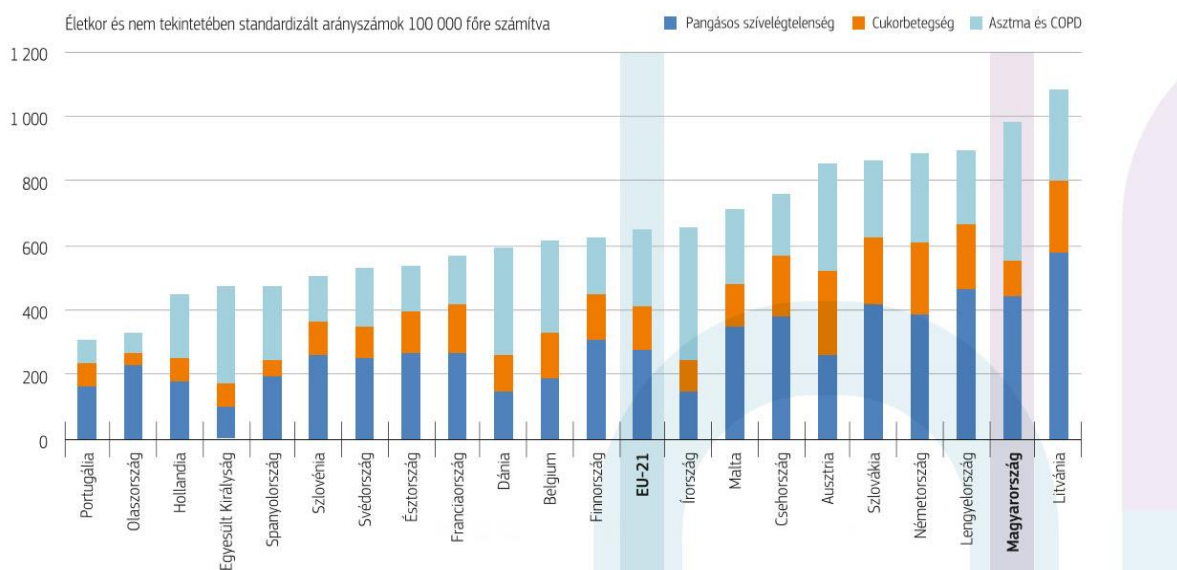
Ugyanakkor az *egészségpolitika számára az alapellátás kudarc-történet.*

- Nem nőtt (az elvárásnak megfelelően) az alapellátás definitív ellátó-képessége.
- Nem alakult át a tevékenység jellege, nem alakult ki a szűrés-gondozás alapú preventív, ütemezett ellátásra alapuló gyakorlata. Az ennek alapját képező törzskarton akkor is, most is kudarcos történet.
- A háziiorvosi ellátás felszereltsége, kompetencia-szintje (főleg finanszírozási és üzemméretj, de életkori és túlterheltségi okok miatt) nem követte a technológiai fejlődést, és – az orvostudomány technológiai fejlődése, az IKT általános penetrációjához képest – relatíve egyre alacsonyabb lett a kompetenciaszint.

- A lakosság nem élt a szabad orvosválasztás lehetőségével (orvos-váltás), nem alakult ki szolgáltatói verseny, elmaradt az ebből remélt minőségjavulás, betegorientáltság.
- A házi orvosság nem vált presztízsszakmává – a területet ma már az elöregedés, a növekvő hiány uralja.

Azt, hogy a definitív ellátás, a gondozás nem megfelelő eredményű, jól mutatja az OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017. jelentésből származó ábra.

8. ábra Magyarországon az ambuláns ellátásban is karbantartható állapotok miatti kórházi kezelések aránya a második legmagasabb az Unión belül



Be kell látni, hogy mindez szükségszerű folyamat a megmerevedett struktúrában, mert **a korszerű gyógyításhoz szükséges orvosi tudás már nem birtokolható egy személy által, és a szükséges korszerű orvos-technika nem működtethető költség-hatékonyan egy orvos által.** Ezért a közösségi megoldásoké (csoportpraxis, praxisközösség) a jövő.

Érdeemes külön szólni **a házi gyermekorvosokról, azaz a gyermekgyógyászati alapellátásról.** A modell már induláskor sem biztosította az esélyegyenlőséget, mára azokon a rurális területeken a legalacsonyabb a gyermekgyógyászati ellátás aránya, ahol a legnagyobb szükség lenne rá. A korstruktúra miatt már a közeljövőben **tarthatatlan lesz a jelenlegi forma, új, igazságosabb, egyenletesebb hozzáférést biztosító szervezési elvekre lesz szükség.** Az ideális a csoportpraxis modell, amelyben kötelező elem a gyermekgyógyász, de megoldás lehet a részben ellátó, részben konziliáriusi háttérrel adó gyermekgyógyászati praxisközösség is, amely egy terület emelet szintű gyermekgyógyászati alapellátásra szerveződik.

A megoldás iránya – modell szinten

1992-ben tehát a táblázatban leírt két modellt alternatívaként kezeltük. **Ma már tisztán látszik**, hogy ez nem vagy-vagy, azaz **nem választandó alternatíva**, hanem **a kettőt egyesítő, szinergista modell kellene**. Tehát **meg kell tartani a GP modell tartós kapcsolaton alapuló, egészség- (nem betegség) manager jellegét**, de ebben a szemléletben **be kell engedni szakorvosokat is az alapellátásba**. A német modellből azt kell átvenni, hogy az alapellátásba szakorvosi feladatok is integráltak, az GP modellből pedig a tartós kapcsolat – szűrés - gondozás, beteg-út manager és egészség-coach funkciót.

A szakorvosi feladatok penetrálásának lehetőségei Magyarországon:

- más (nem alapellátási) szakképesítéssel rendelkezők beengedése az alapellátásba
- a licencvizsgák kiterjesztése
- a csoportpraxis
- a „szakgondozási praxisok”
- a más szakképesítéssel rendelkezők beengedése az alapellátásba

Tisztán kell látni, hogy önmagában **a szakorvosok beengedése, vagy a licencvizsgák rendszere nem oldja meg a problémát, mert ha marad az egy orvos-egy nővér rendszer**. *Több teher változatlan praxisméret (praxisszám) mellett nem rakható az alapellátásra a jelen szerkezetben*. A valós kompetenciaemelés csak akkor valósulhat meg, ha az emelt képességű háziorvosok vállalják a rutin, illetve szervezési - adminisztrációs terheket diplomás nővérek veszik le.

És ugyanígy **lehetetlen többletforrás nélkül emelni a kompetenciát**, de az eredményorientált elemeket meg kell jeleníteni.

Az egyes megoldásokról részletesebben az alábbiakban írok.

A más szakképesítéssel rendelkezők beengedése az alapellátásba

Ma is létező, de nem működő megoldás. Bár ez tűnik a leg-kézenfekvőbbnek, de **a jelen helyzetben mégsem célszerű**. Az alapellátás jelenlegi kompetenciaszintje alacsony, így a szakorvosi tudás zömmel kihasználatlan maradna, ugyanakkor rövidtávon növelné a szakellátásban is erősödő munkaerőhiányt, ezzel a várólisták, betegfogadási listák hosszát. Ráadásul egy háziorvosi praxisnyi populációjában nem elég számos a szakellátást igénylők száma, így a korszerű szakorvosi minimumfeltétel eszközei rossz kihasználásúak (megtérülésűek) lennének. Ezért első körben az alább leírt szakgondozási praxisok bevezetése javasolt, és az alapellátás egészének kompetenciaemelése, a kulturális váltás után érdemes erre visszatérni.

A licenc vizsgák kiterjesztése

Az egész dolgozat alapcélja az **alapellátás és a szakellátás közötti kompetenciahatár átrendezése**, annak elérése, hogy az alapellátásba bekerüljenek egyszerűbb, de tömegesen végzett szakellátási feladatok, egyszerűbb kezelések, vizsgálatok, és hogy a definitív ellátás érdekében legyen joga ezek alapján gyógyszer is rendelni. De ahhoz, hogy egyes szakorvosi feladatokat is elvégezhesen, nem kell szakvizsgát tennie, hanem elég az adott vizsgálatra, kezelésre feljogosító képesítést szereznie, amit licencvizsgának hívunk. A licencvizsga intézménye létezik, az [egyetemek ma is végeznek ilyen képzést](#), de ezek jelenleg inkább az egyes szakorvosoknak a specializációját, a határterületi jártasságát segítik, és nem az alapellátás szakmai fejlesztését célozzák. A licenc vizsga korszerűen nem egy OENO kódhoz kötött beavatkozásra képesít, hanem egy probléma diagnosztikájában és kezelésben ad feljogosított jártasságot.

Ahhoz, hogy a licencvizsga az alapellátásban is érdemben elterjedt legyen, az alábbi feladatokat kell elvégezni:

1. Először (újra) meg kell határozni a háziorvosi kompetenciát, azaz azt, hogy *a mai technológiai fejlettség mellett* mit végezhet egy háziorvos külön vizsga nélkül.
2. Ez után az egyes szakmákban meg kell határozni azoknak az eljárásoknak a listáját, amelyek végzésre a háziorvosi szakképesítésre ráépíthetően licencet lehet szerezni. Ezt a listát az egyes szakmák szakembereinek az alapellátás szakembereivel együtt kell (nem sovén és nem monopólium-őrző módon) meghatározni.
3. Ezek után kell az egyes licencvizsgák kurrikulumát és személyi – tárgyi minimumfeltételét meghatározni.
4. Ezek után tudják az egyetemek a konkrét képzéseket indítani.

Végig kell gondolni, hogy hogyan lehet a licencvizsga rendszerét a praxisban dolgozó szakdolgozói körben is kiterjeszteni, azaz bizonyos vizsgálatokat, kezeléseket a praxisokon belül dolgozó szakdolgozói, nondoktori kompetenciába kell engedni.

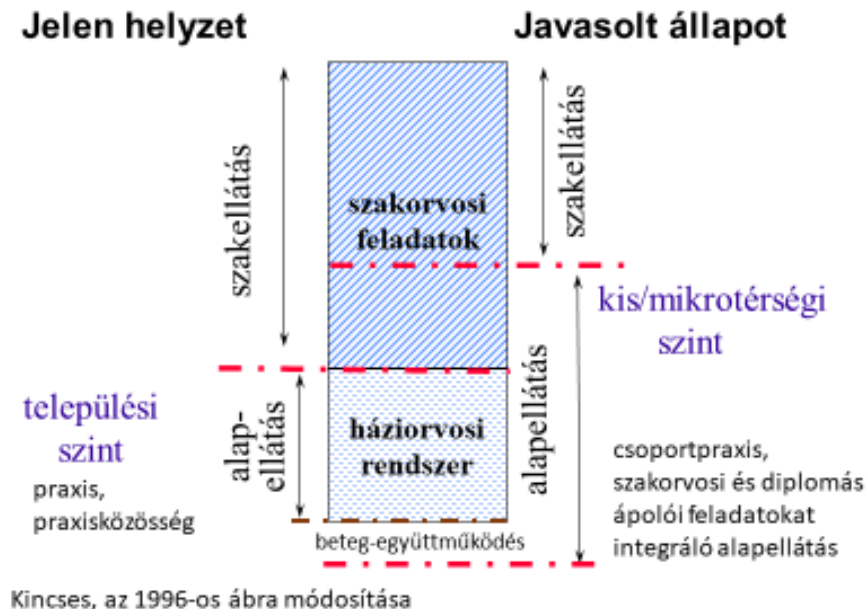
Megoldandó kérdés az alapellátásban végzett szakorvosi feladatok finanszírozása. Itt a csoportpraxisnál leírtak lehetnek orientálók.

A csoportpraxis

[1996-ban írtam először](#) arról, hogy a továbblépés korszerű iránya a csoportpraxis. *A csoportpraxisban egy közös rendelőben eltérő szakképesítésű orvosok, nővérek, diplomás nővérek együtt nyújtanak emelt szintű alapellátást és erre épülő egészségügyi szolgáltatásokat egy 10-20.000 fős közösségnek. A csoport kompetenciája (tudásszintje) így magasabb, mint egy háziorvosé, hiszen különböző szakképesítésű emberek dolgoznak együtt.* Közösen használják a műszereket, így a műszerezettség is lehet korszerűbb,

mint egy „normál” praxisban, és a drágább műszerek kihasználása, megtérülése is jobb így.

Az alapellátás szükséges változása



A csoportpraxis fontos eleme a mikrobusz, amely menetrend szerinti körjáratban hozza-viszi a társult települések lakosait a rendelőbe. (Ne az orvos utazzon körjáratban az alul-felszerelt rendelők között, hanem a betegeket hozzák körjáratban a mikrobuszok a jól felszerelt egészségháza.)

A csoportpraxis tehát feladatokat vesz át „felülről”, a szakellátásból, de „alulról”, pontosabban „oldalról” is: a csoportpraxis fontos tagjai a diplomás nővérek, a dietetikusok, gyógytornászok, házi szakápolók, illetve az ellátásszervező és prevenciós nővérek. Itt a „svájci modellkísérlet” pozitív tapasztalatait kell hasznosítani. A csoportpraxisban kiemelt szerepe lenne a „prevenciós nővér(ek)nek”, aki(k) a szűrési - gondozási feladatokat menedzselheti(k). A csoportpraxis 6-8 orvos együttműködésén alapul, amiből bizonyosan (jogszályban előírva) kell 2 háziórvostani, egy gyermekgyógyász és egy szülés szülész-nőgyógyász szakorvos. A prevenciós nővér segíthet abban, hogy javuljon az alapellátásban a tervezett és az eseti orvos-beteg találkozások aránya. A csoportpraxis tagjai egy helyen dolgoznak, ennek *ideális helye az egészségház*.

A mikrotérségi egészségház adhat helyet a praxistag orvosok és szakdolgozók (pl. gyógytornász, dietetikus) rendelőinek, kezelőinek, a *közösen használt* diagnosztikus vagy terápiás eszközök vizsgálójának/kezelőjének, és lehet benne olyan rendelő, amelyik „utazó” (váltott telephelyeken rendelő) szakorvosok (szemészet, urológia, bőrgyógyászat stb.) befogadó rendelője. A korszerű egészségház befogadhat patikát, optikust,

és helyet ad egy olyan „fitnesz” teremnek, amelyben napközben gyógytornász tud dolgozni, de este közösségi programok, akár forprofit edzések is igénybe vehetők. (Ne feledjük: a korszerű rehabilitációs gyógytorna és a fitnesz szalon eszközigénye zömmel átfedő.)

Az egészségház tehát magasabb szintű és komplexebb ellátást nyújt, mint a jelenlegi alapellátás vagy a praxisközösség, de **nem „mini-SZTK”**, azaz az ott dolgozó szakorvosok nem használják szakképesítésük teljes spektrumát, *csak az egyszerűbb „rutineseteket” látják el*. De ez bőven elég, hiszen alapvetően ezek miatt fordulunk orvoshoz, ez adja az esetek legalább 80%-át. Egyszerű példával: a csoportban dolgozó nőgyógyász nem nőgyógyászati szakrendelést végez, hanem „csak” a szűréseket és a terhesgondozást végzi, illetve kezeli az egyszerű, de gyakori betegségeket („felfázás”, egyszerű fertőzés stb.). Ha a betegség súlyosabb, akkor annak kezelését megszervezi a szakrendelőben vagy kórházban, és majd megint ő végzi az utókezelést, ellenőrzést.

A hagyományos alapellátási *orvosi feladatok* így beépülnek a csoportpraxisba, de *a csoportpraxis átveszi a szakrendelések rutineseteinek jelentős részét is*. (A szakgondozás jellemző módon alapellátási szintre kerül.)

A csoportpraxisok ma még tisztázatlan pontja a finanszírozás. Az alapellátás jelenlegi finanszírozási rendszeréből egyes elemek (fejkvóta + pótlékok) megtartandók, de a diplomás nővérek bérét vélhetően bázisként és nevesítve kell beépíteni. Az alapellátásban is a value for money elvet kellene követni. Ehhez jó alap a 2014-ben publikált indikátor alapú teljesítményékelési rendszer, de ennek érdemi bevezetése politikai bátorság és a komolyan vehetőséghez szükséges pénz hiánya miatt késik. **Az igazi kérdés a szakellátási feladatok finanszírozása az alapellátásban.** A jelenlegi pontrendszer alapú fee for service jellegű finanszírozás direkt átültetése kockázatos a jelenlegi ellátási és jelentési kultúrában (korlát nélküli önbeutalás, „sámán programok”).

Lehetséges megoldási irányok:

- „szakellátási fejkvóta” (A praxis megkapja az adott szakmában az egy betegre kor-korrigáltan jutó szakellátási költségeket, és vagy ellátja a beteget, vagy kifizeti a más közfinanszírozott szolgáltatónál igénybevett ellátást.)
- Emelt fejkvóta, amit elveszít, ha nem lát el elég szakellátási esetet.
- Emelt fejkvóta + tételes elszámolás + TVK, azaz elszámolási korlát.

Végig-gondolandó, hogy a későbbiekben csoportpraxisok területi közössége kaphat-e global budgetet, azaz adaptálható-e valami az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR)-ből. Nem elég vitatkozni ezen, hanem pilotokat kell indítani, és elemezni a gyakorlatokat.

A csoportpraxisnak évek óta megvan a törvényi háttere, de végrehajtási utasítás, finanszírozási modell hiányában nincs egyetlen működő példa, még kísérleti sem.

A „szakgondozási praxisok”.

A szakorvosi feladatoknak az alapellátásba integrálásának másik lehetséges eszköze a **szakgondozási praxisok** bevezetése. A modell lényege az, hogy egyes krónikus megbetegedésben szenvedő betegek rendszeres gondozás-szerű ellátását a jelenleg szakellátásnak minősülő szakgondozók végzik. A speciális betegség-interakciók stb. miatt sok esetben az egyéb betegségek kezelését is ők határozzák meg, és ezen betegek esetében az alapellátás zömmel csak (felesleges) második körös adminisztrációt végez. Ezért érdemes lenne lehetővé tenni azt, hogy a szakgondozók – egy akkreditált képzés után – teljes kompetenciájú alapellátásként működhessenek emelt fejkvóta mellett. Ez természetesen csak nagyobb településen éri el a szükséges (kb. 5-700 gondozott) praxisméretet, tehát csak a praxisok kis hányadát adnák ezek a praxisok, de ott jó megoldás lenne.

Akár a csoportpraxisok, akár a szakgondozási praxisok esetében **megoldandó probléma a praxisjog kérdése**, mely eredeti szándékával ellentétben nem az alapellátás stabilizálója, hanem fejlődésének gátja.

Használható előzmények

Az egyik elemzendő előzmény az **Irányított Betegellátási Rendszer**. Nem csak, mint finanszírozási modell, hanem mint működési, érdekeltségi minőség-managementi - együttműködési modell is elemzendő. A másik a praxisközösségek rendszere.

A praxisközösség

Az alapellátás másik előremutató modellkísérlete [Svájci-Magyar alapellátás-fejlesztési modellprogram](#), azaz a praxisközösségek elindulása.

A modellprogram innovációi, erényei:

- Lokálisan integrálja a különböző alrendszerekben dolgozó szakembereket (egészségügy, népegészségügy, oktatásügy, szociálpolitika, civil szervezetek)
- A prioritásképzéshez, koordinációhoz népegészségügyi szakembert kapnak a praxisközösségek
- A praxisközösség definitív ellátóképességét diplomás nővérek (dietetikus, gyógytornász, egészségpszichológus) segítik
- Egységes indikátorkészlet, egységes minőségbiztosítás valósult meg
- Különösen a halmozottan hátrányos területek szempontjából kiemelten fontos modell a *segéd-egészségőrök* alkalmazása
- Civil szereplők képzése (segéd-egészségőrök) történt a halmozottan hátrányos területeken mediátori - mobilizációs funkciókra

A praxisközösség problémái, korlátai.

Mindez fontos és jó, de tudni kell, hogy az *alapvető különbség a csoportpraxis és a praxisközösség között* az, hogy a **praxisközösségben** azonos tudású, azonos feladatú, kompetenciájú orvosok (házi orvosok) dolgoznak együtt közös szakmai és népegészségügyi háttértámogatással (gyógytornász, dietetikus, egészségfejlesztő stb.).

A praxisközösség előremutató, de orvosi kompetenciája nem magasabb a szóló praxisoknál, és miután létező (működő) praxisokat integrál, nehezebben kezeli a betöltetlen praxisok kérdését.

A praxisközösség és a csoportpraxis különbsége

Praxisközösség	Csoportpraxis
<ul style="list-style-type: none">• Önálló praxisok sok-telephelyes együttműködése közös háttér-szolgáltatásokkal.• A praxisközösség (orvos) tagjainak kompetenciája azonos,• ezért a praxisközösség kompetenciája sem magasabb, mint az egy házi orvosé.• A betegek valamelyik csoport-tag orvos a házi orvos.• Előnyök:<ul style="list-style-type: none">• közös gazdálkodás, üzemeltetés,• közös műszerek,• közös szakdolgozói gárda miatt jobb ellátás (lásd svájci modell).	<ul style="list-style-type: none">• Közös épületben, együttműködve egy praxisként működik.• A csoportpraxisban különböző szakképesítésű egészségügyi szakszemélyzet együttesen nyújt egy emelt kompetenciájú alapellátást,• ezért a praxisközösség kompetenciája magasabb, mint az egy házi orvosé.• A betegek a csoport a házi orvos, de van személyes kapcsolat-tartója.• Többlet előny:<ul style="list-style-type: none">• helyben nyújtott definitív ellátás,• nagyobb ellátás-biztonság.

A növekedés jelenlegi korlátja valójában a praxisközösségbe integrálandó diplomás nővérek (dietetikusok, gyógytornászok) alacsony száma.

A jövő

A jövő várhatóan nem határnapos reform, hanem evolutív folyamat. Azt tisztán kell látni, hogy a korstruktúra miatt nem lehet nekirontani a rendszernek, **nem lehet és nem szabad a létező praxisokat egységesen és kötelezően átalakítani**, mert radikális változások esetén a házi orvos kollegák tömegesen mennének el nyugdíjba. Tehát: *ami még működik, azt hagyni, őrizni kell*, de támogatni, ösztönözni kell az átalakulást, és a **pótlást nem 10 milliós letelepedési segéllyel, a jelen problémák konzerválásával kell megoldani, hanem az új, hosszabb távon életképes formák beléptetésével.**

A reális jövőben középtávon **nem lesz egyetlen (kizárólagos) modell, hanem a jövő alapellátásban az alábbi formák együttélésre kell felkészülni:**

1. **A hagyományos (jelenlegi) szülő praxisok, közös mikrotérségi háttérszolgáltatókkal** (A jelenlegi alapellátás, „a svájci modell” egyes elemeit átvevő, általános háttérszolgáltatásokkal támogatva)
2. **Praxisközösségek** (A Svájci-Magyar alapellátás-fejlesztési modellprogram rendszerszerű kiterjesztése. A modell lényege: 4 - 6 önállóan dolgozó háziorvos kap közös szakmai háttérszolgáltatást diplomás nővérektől: dietetikus, gyógytornász, népegészségügyi koordinátorok és a segéd-egészségőr beépítése a csoportba). A modellprogramot hazai, rendszerszerű finanszírozásból kell kiterjesztve folytatni.
3. **Csoportpraxisok** (10-20 ezres közösség emelt szintű, egyes szakellátási feladatokat integráló alapellátására szerveződött ellátóközösség, amelyben a team tagjai között szakorvosok és a praxisközösségben dolgozó szakdolgozók is megtalálhatók)
4. **Gyermekellátási központok** ellátási és konziliárus tevékenységgel
5. **Vállalati egészség-pont: Foglalkozási egészségüggyel integrált munkahelyi alapellátási rendelkezések**, amelyek különböző forrásokból integrálják az egészségügyi alapellátást, a foglalkozás-egészségügyi feladatokat, és a vállalati egészségmegőrző programokat és a dolgozók egészség-célú megtakarításait.
6. **Szaggondozási praxisok** (egy konkrét krónikus betegségtípusban szenvedők ellátására, gondozására szerveződött praxis, alapellátási funkciókkal is bővítve).
7. **Területi ellátási kötelezettség nélküli közfinanszírozású praxisok**, amelyek a *csökkentett OEP finanszírozás mellé a betegektől legálisan kiegészítő átalánydíjat szednek.*
8. **Tisztán magánfinanszírozású praxisok**, amelyek alapellátási feladatokkal és jogosítványokkal is rendelkezzenek (pl.: beutalás, védőoltás, táppénzre vételi jog), de közfinanszírozásban egyáltalán nem részesülnek (Ezek működhethetnek akár e-praxis jelleggel is).
9. Emellett **meg kell vizsgálni azokat az eszközöket, amelyek** akár végleges, akár átmeneti modellben **pótolhatják a kistelepüléseken kieső ellátást.** (Mobil rendelés – mobil busz-rendelő – körjáratban, prevenció – védőnői pont, gyógyszerpont stb.)

A fent leírt modelleket meg kell vizsgálni, működésüket, finanszírozási módjukat ki kell vitatni. Ebben kiemelt szerepe lehet a progresszív gondolkodású házi orvosokat tömörítő [Házi orvosok Online Szervezetének](#) (HAOSZ), de a vidéken dolgozó idősebb házi orvosi kör érdekét képviselendő FAKOSZ is bevonandó.

Értelmes vita után egy olyan evolutív (átmenettel változó) jövőképet, modellt célszerű elfogadni, amely **mikrotérség központú, és orvosi együttműködést (praxisközösség és csoportpraxis) preferáló**. Ehhez rövidtávon a praxisközösségek támogatása szükséges, de középtávon már a mikrotérségi egészségházban működő csoportpraxisok jelentik a jobb, korszerűbb megoldást.

A megvalósítás kulcselemei

1. A mikrotérségi elv kialakítása

Ha a jövő a mikro-térség alapú alapellátás, akkor – elvi szinten – ki kell jelölni a későbbi csoportpraxisok javasolt területeit. (Azért elvi határok, mert a tényleges határok meghúzásánál a praxisok alulról szerveződő együttműködését engedni kell.) A mikrotérségekhez – a praxisközösségek mintájára – közös háttér-szolgáltatásokat (gyógytornász, dietetikus, egészségsszervező) kell biztosítani. Ezeket a szolgáltatásokat a csoportpraxis és a praxisközösség esetében a csoportokba kell integrálni, a szóló praxisok estében igényelhető háttérszolgáltatásként kell biztosítani a praxisoknak.

A jövőképhez az egészségügyi kormányzatnak tisztázni kell a viszonyát az Egészségfejlesztési Irodákhoz. Amennyiben az EU-s források után is működnek országos hálózatként, akkor bizonyosan össze kell hangolni tevékenységüket a mikrotérségi területekkel. (Akár úgy is, mint a háttérszolgáltatást végző diplomás nővérek munkáltatói.)

2. Képzés

Mindez modell szinten szép, de nem áll rendelkezésre megfelelő szintű és képzettségű szakdolgozó. A modell elfogadása után be kell indítani az ehhez szükséges képzéseket, illetve ennek megfelelően növelni kell a keretszámokat.

Összegzés

A tudományos – technológiai fejlődés és társadalmi átalakulások (településszerkezet megváltozása) valamint a házi orvosi kar elöregedése miatt **a hagyományos egy orvos-egy nővér alapú praxisokra épülő alapellátás nem tartható fent**. Ezt mutatja a szakma elöregedése, illetve a betöltetlen praxisok számának növekedése és az alapellátás leértékelődése is.

A probléma kezelésének jelenlegi módja, a letelepedési támogatások összegének emelése eredménytelen, és középtávon káros, mert ez csak ideig – óráig, ráadásul nem jó irányba kezeli a problémát.

A megoldás iránya egy olyan vegyes és folyamatosan fejlődő rendszer, melyben többféle ellátási forma tartósan él együtt, de a jellemző megoldás a mikrotérség szintű integráció és **a preferált modell az orvosi együttműködés**, a praxisközösség, majd növekvő súllyal a csoportpraxis.

Az átalakítás **célja az egyenletes hozzáférés biztosítása egy olyan alapellátáshoz, amely alapvetően a tervezett ellátásokra (szűrés - gondozás) épül, és miután integrálja a ma szakellátásba tartozó rutinellátások zömét, helyben nyújt magasabb szintű definitív ellátást.**

Budapest, 1018 szeptember – október

Dr. Kincses Gyula