

Az alapellátás új modellje

1. Előzmények

Az 1980-as évek végén elindult reformfolyamatok lényeges eleme az egészségügyi ellátórendszer átstrukturálása, melynek kulcseleme az alapellátás megerősítése és újradefiniálása.

1. 1. Az alapellátás átalakításának alapelvei:

- preventív szemlélet megerősítése, illetve kialakítása,
- személyes jellegű, tartós kapcsolaton alapuló paciensközpontú ellátás,
- közvetlen igénybevehetőség, szabad orvosválasztás, (csak az alapellátás viszonylatában!)
- definitív ellátás ösztönzése,
- önkormányzati felelősség megerősítése (települési önkormányzat)

1. 2. Az alapellátás javasolt definíciója

Az alapellátás a lakosság által nemre, korra és a betegség természetére tekintet nélkül,

- közvetlenül (saját választása és döntése alapján, térítésmentesen),
- a lakóhely-közelben (lehetőleg lakóhelyén),
- egyenlő eséllyel igénybevehető
 - egészségügyi szakszemélyzet által nyújtott
 - behatárolt szakmai kompetenciájú gyógyító ellátások és egyes prevenciók ellátások összessége.
- Az alapellátás igénybevétele jellemzően a lakos tartós (nem eseti) választása alapján alapul,
- az alapellátás holisztikus szemléletű, a kompetenciájába tartozó gyógyításon kívül a beteg számára szükséges ellátás szervezéséért, a lakos egészségi állapotáért és annak „menedzseléséért” felelős.

1. 3. A kialakított rendszer problémái

Bár a háziiorvosi rendszer kialakításának alapelvei, valamint a fenti definíció ma is felvállalható, valamint a háziiorvosi rendszer kialakítása az elmúlt évek reformtörténéseinek legnagyobb elégedettséget (legkisebb elégedetlenséget) kiváltó lépéseként értékelhető, *a kialakított rendszer nem tudta megfelelő módon biztosítani az alapelvek megvalósulását:*

- nem nőtt megfelelő módon a háziorvosok tényleges kompetenciaszintje,
- nem nőtt a definitív ellátás, azaz nem csökkent a szakellátás terhelése,
- nem sikerült áttörést elérni a preventív szemlélet megvalósulásában.

Mára már be kell látni, hogy a háziiorvosi rendszer változatlanul hagyása a jelenlegi formában konzerválja az eredetileg felváltani kívánt körzeti orvosi rendszert és az alapelvek megvalósításának gátjává válhat.

2. A javasolt modell

Magyarországon ma úgy a településszerkezetben, mint a praxisok adottságaiban és a háziorvosok felkészültségében olyan egyenetlenségek vannak, hogy *nem célszerű teljesen egységes, uniformizált rendszert kialakítani*. Az ellátórendszerben egységes alapelveken állva, a helyi lehetőségeknek és igényeknek megfelelően kell a konkrét megoldásokat kiválasztani, illetve megtalálni. A továbblépést jelentő javasolt rendszer két, illetve a bevezetés módjától függően három szintű, a területi adottságoktól, a szereplők fogadókészségétől függően. Ennek megfelelően *az itt leírt modell nem egy egyik napról a másikra kötelezően bevezetendő rendszer* elveinek rögzítése, hanem egy olyan hosszabb távon is működőképesnek vélt modell felvázolása, amely véleményem szerint *belátható időtávban az ellátás meghatározó formáját adja*.

Az alapmodell szándéka szerint *az ellátás alapját* jellemző módon *nem az önálló háziorvosi praxisok adják, hanem azok a csoportpraxisok*, melyek minimum 10.000-15.000 fő emelt szintű alapellátását *biztosítják*.

2. 1. Az általános modell alapelvei

Az egészségügyi rendszerek visszatérő vitája, hogy az egészségügyi ellátórendszer az alap és szakellátás, vagy a járó és fekvőbeteg-ellátás pólus-párja alapul-e. A strukturális megközelítés különbsége szakmapolitikai szemléleti különbséget is jelent: a fee for service elszámoláson alapuló járóbeteg-ellátási modell elsősorban a *betegségek* jobb ellátására koncentrál, míg a háziorvosi rendszerre alapozott alapellátás-filozófia az *egészségi állapot javítását* tartja elsődleges feladatának.

A háziorvosi praxisra alapozott modell korlátait az orvostudomány, az orvostechnika fejlődése jelenti: *az ezredforduló környékén már nem várható el reálisan, hogy egyetlen személy birtokolja és használja költség-hatékonyan mind azt az eszköztárat, amit az alapellátásban a technika és tudomány fejlődése egyébként lehetővé tesz*.

Ezért az egyetlen háziorvosra alapozott praxisra épülő egyorvosos alapellátási modell tartósan nem tud hatékonyan működni, a jövőben az alapellátás eredeti szándékai, elvei szerint működő *csoportpraxisok tudnak megfelelő minőségű és költséghatékony alapellátást nyújtani a lakosság számára*, ezért olyan szabályozó rendszert kell kiépíteni, amely ösztönzi a csoportpraxis kialakulását.

A modell közösségi jellege miatt az alapellátás tekintetében nem csökkenthető önkormányzati felelősség. A későbbiekben ezt a kötelességet konkrétabbá kell tenni, ehhez megfelelő módon kell újradefiniálni az önkormányzatok ellátási kötelezettségét.

A változat

A feladat ellátásához szükséges OEP és költségvetési forrásokat -a feladattal együtt- az önkormányzatokhoz kell telepíteni. Az önkormányzat a feladatot elláthatja egyedül vagy szükség szerint önkormányzati társulással, illetve saját intézményével vagy vállalkozás útján. A feladat delegálása esetén a feladat ellátására az önkormányzat köt szerződést az ellátóval, így az ellátást az önkormányzat finanszírozza.

B, változat

Az önkormányzat a feladatát –a jelen rendszernek megfelelően– elláthatja saját intézményével vagy önkormányzati társulással, illetve a feladat ellátását delegálhatja nonprofit szervezet vagy vállalkozás felé. Az egészségbiztosítás a feladat ellátójával köt szerződést az ellátásra, és az ellátót közvetlenül finanszírozza.

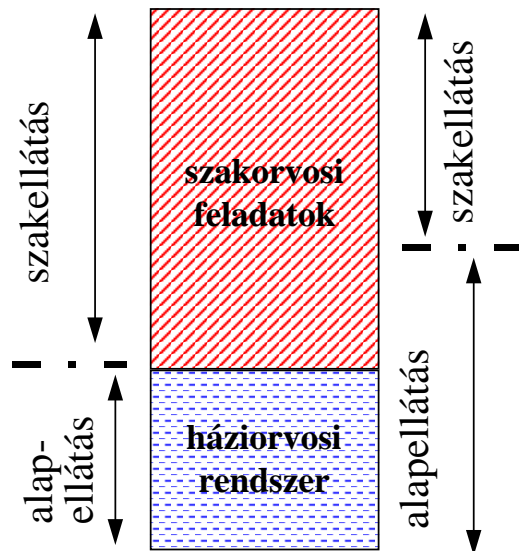
A javasolt modellben a lakosság által általánosan (nagy gyakorisággal) igénybevett egészségügyi ellátások tekintetében a települési önkormányzat –illetve a feladatát

átvállaló ellátóközösség – válik szolgáltatásra kötelezetté, illetve szolgáltatás vásárlóvá. A feladatot elsősorban saját / szerződött alapellátó intézménynek kell ellátni, a szolgáltatás vásárlás nem lehet meghatározó.

A gyakorlatban ez azt eredményezné, hogy az egészségügyi ellátási események (orvos beteg találkozások) mintegy 80 %-át az alapellátáson keresztül finanszírozná az egészségbiztosítás. Az egészségbiztosítási forrásoknak ez csak mintegy 25-35 %-át érinti, hiszen az ellátás költségének nagyobb részét az alapellátási körbe nem utalt, ritkább, de költségesebb ellátások okozzák.

Jelen helyzet

Javasolt helyzet



A modell megértésében fontos az **alapellátás és a házi orvosi ellátás közötti különbségtétel**. Ma az alapellátás alapvetően a házi orvosi ellátással azonos, az alapellátás kompetencia-szintje így a házi orvosi rendszer objektív és szubjektív lehetőségeinek megfelelően lett meghatározva. A javasolt modellben a házi orvosi ellátás meghatározó, de nem kizárólagos része az alapellátásnak, hanem ebbe a körbe kerülnek a leggyakrabban igénybevett, nem túl nagy erőforrás-igényű szakorvosi képesítéshez kötött ellátások is. Az alapellátó praxis az alapellátás teljes keretösszegét kapja meg, a csoportpraxis által nyújtott szakorvosi ellátás nem többletbevételként, hanem a kiadás elmaradásaként jelentkezik a praxisnál.

A javasolt megoldás

- visszaadja, illetve megteremti az alapellátás valós rangját,
- költséghatékony, mert definitív ellátásra ösztönöz,
- a helyi közösségek bevonásával a források jobb felhasználására ösztönöz,
- a rutintevékenységtől megszabadítva megteremti a szakellátásban a magasabb szakmai színvonal lehetőségét,
- illeszkedik az egészségügyi rendszerek nemzetközi tendenciáiba.

A javasolt megoldásnak további előnye, hogy feloldja a családorvos-házi gyermekorvos, felnőtt-házi orvosi széttagoltság konfliktusát.

2. 1. 1. A forráselosztás elvei

Az emeltszintű alapellátási feladatok ellátásához forrásként az alapellátás mai kerete, valamint a járóbeteg szakellátás kasszájának megosztott része (várhatóan 2/3-a) kerülhet számításba.

A rendelkezésre álló források feladatarányos elosztása **korrigált fejkvóta** alapon oldható meg. A korrekcióban várhatóan meghatározó marad a korrigező, de a település-szerkezet mellett a gondozott betegek számát, a morbiditási, mortalitási és a szociális faktorokat is figyelembe kell venni.

2. 1. 2. Az alapellátás javasolt szakmai tartalma

A csoportpraxis feladatai az alábbi szakmai tartalommal definiálhatók:

2. 1. 2. 1. *prevenációs feladatok*

primer prevenció

- immunizáció (teljes kompetenciával)
- egészségnevelés (részleges kompetenciával)

szekunder prevenció

- kompetenciájába tartozó célzott (szűrés céljából létrejött orvos-beteg találkozás) és
- gyógykezeléshez társuló szűrések (kuratív célból létrejött orvos-beteg találkozás kapcsán végzett szűrés)

tercier prevenció

- a kompetenciájába tartozó gyógykezelések során végzett egészségnevelési, egészségfejlesztési feladatok

2. 1. 2. 2. *kurációs feladatok* (diagnosztikus, terápiás, gondozási, rehabilitációs és szakápolási)

- saját hatáskörében, megadott kompetenciaszinten belül, saját diagnosztika alapján végzett terápia, gondozás, rehabilitáció és szakápolás
- konziliárus által meghatározott/javasolt terápia, gondozás, rehabilitáció
- a háziápolás irányítása, szervezése

2. 1. 2. 3. *az egészségi állapot menedzselése*

- beutalás, további kezelések, ellátások, ápolások szervezése, koordinálása
- prevenciós programok szervezése SZŰRÉS
- az öngyógyítási képesség fokozása, kontrollálása

2. 1. 3. *A praxis feladatai*

2. 1. 3. 1. *kor és állapot-specifikus alapellátás (a jelenlegihez képest emelt szakmai tartalommal, kiterjesztett kompetenciaszinttel)*

2. 1. 3. 2. *anya és csecsemővédelem*

- terhes-gondozás
- védőnői feladatok

2. 1. 3. 3. *fogorvosi alapellátás*

2. 1. 3. 4. *szakgondozás*

2. 1. 3. 5. *ügyelet*

2. 1. 3. 6. *házi ápolás*

2. 1. 3. 7. *mentálhigiéné ?*

2. 1. 3. 8. *ifjúság-egészségügy*

2. 1. 3. 9. *foglalkozás-egészségügy ??*

2. 1. 4. *A kompetenciaszint meghatározásának elvei*

Az alapellátás – szakellátás kompetenciahatárának meghatározásánál túl kell lépni a hagyományos „általános orvos – szakorvos” feladatmegosztásnál. Ez a megközelítés részint hibás – hiszen az általános orvos, a házi orvos is szakorvos –, másrészt ez a felosztás konzerválná a jelenlegi egészségügyi struktúrát.

Az alapellátás feladatkörébe tartozó tevékenységek csoportját más elvek mentén kell meghatározni. Az alapellátás feladatkörébe tartoznak azok az ellátások, amelyek:

- nagy frekvenciával igénybe vett
- nem kiemelt szakmai/tárgyi felkészültséget igénylő
- nem kiemelt pénzügyi kockázatú ellátások

Nem az a helyes megközelítés, mely azt vizsgálja, hogy mely szakellátások szakterületei (pl. belgyógyászat, gyermekgyógyászat, stb.) kerülhet az alapellátás kompetenciájába, hanem azt kell megvizsgálni, hogy az egyes szakterületenként mely, –ma a szakellátás kompetenciájába tartozó– ellátások kerüljenek át az alapellátás feladatkörébe.

Lényeges annak tisztázása, hogy **az alapellátás kompetenciaszintjének bővítése nem jelenti a háziiorvosi kompetenciaszint azonos bővítését**, csupán azt, hogy ezeket a tevékenységeket megfelelő releváns szakképesítés mellett az alapellátás szervezeti és finanszírozási keretei között kell nyújtani. *Az egyes praxistagok személyes kompetenciahatárát nem az alapellátás kompetenciaszintje, hanem a praxistagok személyes képzettsége és a rendelő felszereltsége határozza meg.*

Az alapellátás kibővített kompetenciahatárát a mai általános szakrendelések tevékenységi spektruma környékén kell meghúzni, és a rendszerben a szakellátási feladatokat a fekvőbeteg-ellátás és a jelenlegi „speciál szakrendelések”, szakambulanciák jelentik.

2. 1. 5. A csoportpraxis fogalma

A fentiek értelmében a csoportpraxis a megemelt kompetenciaszintű **alapellátás feladatait közösen ellátó szakmai közösség**, melyben eltérő képzettségű szakemberek nyújtanak adekvát, lehetőleg definitív ellátást. A csoportpraxis így nem azonos a közösen üzemeltetett háziiorvosi praxisokkal, és az alapellátás-szakrendelés „mini rendelőintézetekkel” sem, ahol hiányzik a közös feladat és közösségi felelősség, valamint a források is szeparáltak.

Bár a csoportpraxis, mint egység együttesen vállalkozik egy populáció magas szintű alapellátására, ez **nem jelenti azt, hogy a beteget anonim módon a közösség kezeli. A háziiorvosi kompetenciahatárig (nem azonos az alapellátás kompetenciahatárával !!!) a páciens a csoportpraxison belül a választott háziiorvosa kezeli.**

A csoportpraxisok egységes forrásból, közös gazdálkodással látják el feladatukat. A fejkvótákat a praxis kapja, a háziiorvos-választás csak a belső elosztást befolyásolja.

2. 1. 6. A csoportpraxis összetétele

A praxis nagyságát a közösen, a csoportpraxis által ellátott lakosságszám határozza meg. A praxis nagyságát az is befolyásolja, hogy a praxis a feladatát elsődlegesen praxistagok által nyújtott ellátások útján kívánja ellátni, vagy egyes szakellátásokat konzíliárus szakorvosoktól vásárol. Az alapellátás definíciójából fakadóan az alapellátás tartós orvos-beteg kapcsolaton alapuló személyes ellátást nyújt, így az egyes életszakaszoknak megfelelő, a páciens ellátásáért tartósan felelős orvos (gyermekgyógyász, háziiorvos szakorvos, szülész-nőgyógyász) csak a praxis tagja lehet, a jelenlegi háziiorvosi ellátáshoz hasonló alapfeladatokat nem lehet outsourcing-ban megoldani.

A praxis **minimális** összetétele a célmodellben:

- háziiorvos szakorvos / belgyógyász..... 3 fő
(ebből legalább 1 fő belgyógyász)
- gyermekgyógyász 1 fő
- szülész –nőgyógyász..... 1 fő
- fogorvos 1 fő
- védőnő..... 1 fő
- asszisztens..... orvosonként 1 fő
- adminisztrátororvosi munkahelyenként 1 fő

A praxis minimális összetételét később ki kell egészíteni:

- szociális nővér
(kapcsolatot tart a szoc. ellátórendszerrel és átmeneti szoc. funkciókat lát el)
- prevenciós nővér
(önálló prevenciós feladatokat lát el a praxis orvosainak irányítása mellett „felnőtt védőnő”)
- mentálhigiénés szakember
(egyetemi vagy főiskolai végzettséggel)
- dental nurse

Ezen felül a praxis tagja lehet bármilyen szakorvos, ha alapellátási posztgraduális képzésben (nem szakvizsga, hanem licens jellegű) részt vett. Ez esetben a szakorvos speciális beteganyag (egy, szakmájába tartozó krónikus megbetegedések, pl.: diabetes, allergia, astma, stb.) számára általános alapellátási feladatokat is elláthat.

A praxis funkcionális egységet alkot, tehát az azonos telephely nem kritérium.

2. 1. 7. A modell működése

A javasolt rendszerben a kiterjesztett feladatú alapellátáshoz erős gate keeper funkció társul. Az alapellátás kompetenciájába tartozó szolgáltatások nyújtásáról a csoportpraxis köteles gondoskodni. Az ellátást elsődlegesen a választott kezelőorvos, illetve ennek javaslatára a csoport megfelelő képzettségű tagja nyújtja. Amennyiben nincs a praxisban megfelelő képzettségű szakember, úgy a praxis a saját költségére konzíliumot kér. Ez teheti más praxis szakorvosától, vagy független konzíliárus szakorvostól. A kezelőorvos kezdeményezésére igénybevett ellátás a beteg számára térítésmentes. Amennyiben a beteg az alapellátás megkerülésével, saját kérésére veszi igénybe a szakellátás, vagy más csoportpraxis tagjának szolgáltatását, úgy ezt –sürgősségi ellátás kivételével– saját költségére teheti meg.

2. 1. 7. 1. szervezeti forma

A feladat ellátásáért –így a praxis működtetéséért– az önkormányzat a felelős. Ennek megfelelően **a praxis működhet:**

- önkormányzati tulajdonként
 - önkormányzati működtetésben
 - vállalkozói
 - KHT (nonprofit) működtetésben
- KHT tulajdonban nonprofit működésben
- magántulajdonban, vállalkozói működésben

A fenti variációk közül a KHT tűnik a legcélszerűbbnek, mert közfeladat átvállalásáról van szó, és ebben az esetben várhatóan könnyebb szabályozni a pénzfelhasználás módját.

Amennyiben egy településen a lakosságszám lehetővé teszi, úgy egy településen több praxis is kialakítható. A praxisok pontosan körülhatárolt területi ellátási kötelezettséggel rendelkeznek.

Ki kell dolgozni a

- kényszertársulás kérdéseit
- a praxisalapítás lehetőségeit

Eldöntendő, hogy a 2.1.5.3.1 pont értelmében a csoportpraxisok alapítását alapvetően az önkormányzatok (a lakosság, illetve képviselőik), vagy az ellátók kezdeményezik.

2. 1. 7. 2. az orvosválasztás kérdése

2. 1. 7. 2. 1. a praxisválasztás kérdése

A modellben a részletes kimunkálás előtt eldöntendő, hogy az új modellben az önkormányzati elv, vagy a szabad orvosválasztás elvének érvényesülése a fontosabb. Az önkormányzati elv prioritását az indokolja, hogy a szociális és egészségügyi alapellátás egységes, hatékony ellátása

csak szigorú területi elv mellett lehetséges. Ebben az esetben lényegesen csökken a lakosok orvos-választási lehetősége, mely a praxison belüli választásra korlátozódik. A másik változatban nem kötődik össze a szociális és egészségügyi alapellátás, és amennyiben a településszerkezet és a beteg lakóhelye lehetővé teszi, úgy a beteg szabadon választja meg a praxist is.

2. 1. 7. 2. 2. praxison belüli orvoshoz fordulás

A csoportpraxisban a beteget nem általában a praxis látja el, hanem a paciens életkorának, állapotának megfelelően egy-egy hosszabb periódusra választ orvost, így gyermekek esetén a gyermekgyógyász, terhesek esetén szülész, krónikus betegség esetén a praxisban releváns szakvizsgájával rendelkező *praxistag* szakorvos lesz a betegért általánosan felelős kezelőorvos. A beteg főszabályként a választott orvosát keresi fel, de közvetlenül, külön díj fizetése nélkül fordulhat a praxis többi tagjához is, akik értesítés kötelezettséggel rendelkeznek a kezelőorvos felé.

2. 1. 7. 2. 3. praxison kívüli orvoshoz fordulás

A praxison kívüli orvoshoz fordulásnak két alapesete van: az alapellátás feladatkörébe tartozó ellátások, és a szakellátás igénybevétele.

Térítésmentesen mindkettő csak az alapellátás beutalójával vehető igénybe.

A beutalás szakmai indokoltságáért a beutaló orvos a felelős, de azonos szakmai megfelelőség esetén a beutaló orvos a beteg igényeit is figyelembe veszi. (A beteg kéréséből fakadó biztosítói többletköltségek a beteget terhelik.)

2. 1. 7. 2. 4. az elszámolás technikai problémái

Miután a csoportpraxisok szolgáltatást vásárlóvá válnak, ez új elszámolási módok kidolgozását teszi szükségessé. A rendszer kritikus pontja az adminisztratív terhek és költségek növekedésének elhárítása. Az elszámolás a beutalási rend megszilárdításával tehető egyszerűvé. A recepthez hasonlóan (vagy azzal azonos nyomtatványként) személyre szóló, vonalkódos beutalókat kell készíteni, és mint pénzügyi bizonylatok, ezek a beutalók képezik az elszámolás alapját. A szolgáltatást nyújtók egyetlen központi helyre továbbítják a beutalókat, melyek a vonalkódok alapján könnyen feldolgozhatók.

2. 1. 7. 2. 5. a beutaló problémái

A modell elvi alapja erős gate keeper funkciót tételez fel. Ennek általános érvényesítése nem jelent elvi problémát, de amennyiben a beutaló az elszámolás általános eszköze is, abban az esetben az alábbi technikai problémákat kell megoldani:

- a beutaló kérdése összefüggő kezelés-sorozat esetén (szakrendelés által visszarendelt beteg)
- szakrendelő által továbbküldött beteg (utalványozhat-e az alapellátás terhére további vizsgálatot a konziliárus?)
- beutaló a sürgősségi ellátás esetén

2. 1. 7. 3. a pénzfelhasználás alapelvei

A megnövelt forrás és feladat, valamint a fejkvóta alapú finanszírozás arra ösztönözheti az ellátókat, hogy a nyereség fokozása érdekében minimalizálják tevékenységüket. A csoportpraxisnak, mint egészségpolitikai megoldásnak nem az az igazi célja, hogy minél olcsóbbá tegye az ellátást, hanem az, hogy a rendelkezésre álló forrásokat a leghatékonyabban állítsa a lakosság egészségi állapotának szolgálatába.

Ezért rendszer működéséhez feltétlenül tisztázni kell az esetleges nyereség, megtakarítás felhasználásának lehetőségeit. A megtakarítások felhasználásának algoritmusát jogszabályban kell rögzíteni.

A nyereség felhasználási prioritása:

- közösségi prevenció, egészségfejlesztő programok
- a közösségi ellátás intézményrendszerének fejlesztése
- csoportpraxisban beruházás
- személyi juttatás, jutalom

A pénzfelhasználás szabályozásban a személyi jellegű kifizetések mértékét limitálni kell, de a személyes érdekeltség a rendszerből természetesen nem zárható ki.

2. 2. Az alapellátás kapcsolata az egészségügyi ellátórendszer egyéb részeivel

2. 2. 1. Járóbeteg szakellátás

A járóbeteg szakellátás az ajánlott rendszerben két részre bomlik:

2. 2. 1. 1. konziliárus szakorvosok

A konziliárus szakorvosok a praxisok által el nem látott, az **alapellátás kompetenciájába tartozó eseteket látják el**. Tevékenységükért a konzíliumot kérő praxis fizet. Miután mind az alapellátás, mind a szakellátás az egységes egészségügyi ellátórendszer része, így az alapellátás számára nyújtott szolgáltatások díját szabályozni kell.

Az alapellátás részére konzíliumot nyújthat:

- más csoportpraxis releváns szakvizsgával rendelkező tagja, ha a csoport e konziliárus tevékenységét meghirdette
- konziliárus tevékenységet folytató szakorvos, szakorvos csoport, szakrendelő,
- speciál szakrendelés szakorvosa

Az utóbbi megfontolandó, mert a rutin szakrendelési feladatok beengedése a szakellátásba rontja az emelt szint eszközhatékonyságát.

2. 2. 1. 2. szakambulanciák (speciál szakrendelések)

A speciál szakrendelések jelentik a szakellátásnak a járóbeteg szakellátás szintjét. Feladatkörükbe azok a kiemelt erőforrás-igényű, speciális szaktudást igénylő ellátások tartoznak, amelyek ma zömmel a szakambulanciákon, speciál szakrendeléseken kerülnek ellátásra.

A szakambulanciák az alapellátás beutalójával vehetők térítésmentesen igénybe, finanszírozásuk az általános modellben elkülönített kasszából történik, melyet érdekeltségi szinten alapértelmezésként a fekvőbeteg-ellátással kell összekötni.

2. 2. 2. Fekvőbeteg-ellátás

A fekvőbeteg-ellátás definíciója, feladatának meghatározása nem e dolgozat feladata.

A fekvőbeteg-ellátás az alapellátás beutalójával vehető igénybe és ennek finanszírozása az általános modellben elkülönített kasszából, HBCs elven történik.

2. 3. A ráépített modell

A fenti rendszer ideális esetben országosan egységes alaprendszerré fejleszhető tovább, melyre a helyi igényeknek megfelelően nagyobb feladatokat is elvállaló közösségek épülnek. A javasolt fakultatív kiegészítő rendszer a fundholding elvhez hasonlít.

Lényege: az ellátó közösség saját döntése alapján, de megadott szabályok szerint további, nem alapellátási feladatokat is vállalhat magára, és így még szélesebb körben válik ellátóvá, illetve szolgáltatást vásárlóvá.

A „bevállalható” feladatokat természetesen limitálni kell, illetve a lehetséges átvállalható ellátásokat csomagokká kell szervezni. Az átvállalható feladatok mennyiségét az ellátott lakosság szám minimális méreteihez kell kötni az eltérő kockázatok kiegyenlíthetősége miatt.

Az egyes szakterületekből nem azonos mértékben vállalhatók át feladatok. Az átvállalható feladatokat az alábbi elvek szerint kell meghatározni.

Az alábbiakban az egyes területek elképzelhető költségmegosztását vázolom.

2. 3. 1. Járóbeteg szakellátás

Amennyiben jól kerül meghatározásra az alapellátás – szakellátás kompetenciahatára, úgy a járóbeteg szakellátás területéről nem sok tevékenység kerülhet az átvállalható körbe. Egyrészt a szakambulanciák feladati nagy erőforrás-igényűek és speciális szakértelmet igényelnek, így kisebb közösségekben sem gazdaságilag, sem szakmailag nem működtethetők hatékonyan, másrészt ezeknek a költséges eljárásoknak az indikációját nem szabad az indikáló anyagi érdekeltiségétől függővé tenni.

2. 3. 2. Fekvőbeteg-ellátás

2. 3. 2. 1. aktív

Az aktív fekvőbeteg-ellátás tevékenységei is csak kis részben vihetők az ellátó-közösség feladatkörébe. Nem megengedhető, hogy egyes nagy költségigényű ellátások azért maradjanak el, mert az ellátó közösség anyagilag ellenérdekelt, vagy mert kerete tervezési hiba, vagy előre nem tervezhető esemény miatt már elfogyott.

Figyelembe kell venni azt is, hogy minél drágább ellátások forrását telepítjük az alapellátáshoz, annál nagyobb közösségek képesek csak a kockázatok kiátlagolására.

Elképzelhető, hogy megfelelő megoldás az, ha az egyes betegcsoportok esetében pár százalékos (5-10%) költségmegosztást alkalmazunk. Ez a mérték már motiválhatja az alapellátást a prevencióban, a komplikációk és a nem megfelelően indokolt felvételek elkerülésében, de a költségek még nem olyan mérvűek, ami az alapközösségek finanszírozási pozícióját megrengetné, illetve az adekvát ellátás megtagadásában tenné érdekeltté a finanszírozó közösséget.

Egyes, *prevencióval, vagy definitív ellátással nem befolyásolható* kórházi ellátások (pl.: traumatológia) esetében **nem alkalmazható** költségmegosztás.

2. 3. 2. 2. krónikus (ápolás)

A krónikus fekvőbeteg-ellátás feladatai teljes egészében átadhatók az alapellátásnak.

2. 3. 3. Mentésügy

A sürgősségi ellátás, a mentés állami feladat, mely nem vihető át az alapellátás feladatkörébe. A szállítás viszont leosztható, vagy eleve az alapsomagba teendő feladat.

2. 3. 4. gyógyszer

A gyógyszerek esetében bizonyos betegcsoportok kezelése és bizonyos hatóanyagok kivételével célszerű a gyógyszerkeretet az alapellátáshoz telepíteni, de ennek szakmai és ellenőrzési feltétel-rendszere részletesen kidolgozandó.

3. A bevezetés problémái

A bevezetés módja függ a választott modelltől. Amennyiben a csoportpraxis alapvetően az önkormányzati modellhez kötődik és nincs szabad praxisválasztás, abban az esetben a **rendszer csak az egészségügyi ellátórendszer teljes és gyökeres átalakítása (nemzeti egészségügyi szolgálat kialakítása) kapcsán lehet egységesen, teljeskörűen bevezetni.**

A járhatóbb út a régi és új alapellátási modell olyan párhuzamos együttélése, amelyben a szabályozók támogatják az új modell kialakítását.

Ennek megfelelően az első időben nem lehet kimondani, hogy az alapellátás általános kompetencia-szintje megemelkedett, hanem a jogi szabályozásnak a csoportpraxis esetében eltérő, emelt kompetenciaszintet kell meghatároznia.

Ebben az átmeneti időben kétféle kompetenciával –szólópraxis és csoportpraxis– működik az alapellátás, kétféle kártyapénz mellett.

A bevezetés megléphetőségének a feltétele a beutalási rend megszigorítása és a járóbeteg szakellátás elszámolás-technikájának korszerűsítése. Amennyiben megvalósításra kerül az az ebben az írásban is kifejtett javaslat, mely szerint a járóbeteg szakellátás teljesítmény-elszámolásának alapja a beutaló munkahelyet is azonosító vonalkódos beutaló, abban az esetben a fenti vegyes rendszer bevezetése nem jelent érdemi elszámolási problémát, mert a finanszírozó a csoportpraxisok számára a kért konzíliumok költségével csökkentett fejkvóta alapú díjat utalja, a járóbeteg szakellátás ellátó-helyei pedig e szerint az elszámolás szerint egyben a finanszírozótól kapnak meg az általuk az alapellátás számára nyújtott szolgáltatást. A javasolt technikai megoldásnak nagy előnye, hogy kiszűri a direkt és közvetlen pénzmozgást az ellátórendszer szintjei között.

A kétszintű rendszer kialakulása után lehet a háromszintű rendszerre, a fundholding jellegű megoldások bevezetésére is átérni. A háromszintű rendszer együttes bevezetése a szakmai szabályozási és elszámolási problémák miatt nem javasolt.

4. Hátrányok, konfliktusok

4. 1. Az orvosi szabadság csökkentése, „kolhozosítás”

Miután –a háziorvosok véleménye szerint– az egészségügyi reform legelfogadottabb lépése a háziorvosi rendszer kialakítása –ezen belül is a vállalkozói működési mód feltételeinek megteremtése–, a háziorvosok között várhatóan komoly gyanakvást fog kiváltani a közösségi megoldások preferálása.

A vállalkozó orvos ma mind gazdaságilag, mind szakmailag nagyfokban (ellenőrizetlenül) önálló, így ez a réteg vélhetően ragaszkodni kíván megszerzett jogaihoz.

4. 2. A betegek választási szabadságának csökkenése

A javasolt rendszerben a hagyományosan szakellátási körbe tartozó ellátásokat az alapellátás terhére veheti igénybe a beteg, így érthető módon komoly szigorítást kell bevezetni a beutalási rendben, illetve a beutalástól eltérő igénybevételek költsége ebben a rendszerben értelemszerűen a beteget terheli. Ez lényegesen csökkenti a beteg spontán mozgásának lehetőségét, és szűkíti a választás lehetőségét is, hiszen a csoportpraxis elsősorban a vele kapcsolatban álló konzíliárusokhoz irányítja a beteget. A választás szabadságának csökkenése függ az elszámolás technikájától is. A csoportpraxis és a konzíliárus közötti közvetlen elszámolás jelentősen, a javasolt központi elszámolás kevésbé csökkenti a beteg választási szabadságát.

4. 3. Az adminisztratív terhek növekedése

Bár a javasolt megoldás (a beutaló és a recept, mint általános utalvány egységesítése) viszonylag egyszerűvé teszi az adminisztrációt, vitathatatlan, hogy mind az ellátók, mind a finanszírozó szempontjából a rendszer tehernövekedést okoz, de ennek költségvonzata messze alatta van a várható megtakarításoknak.

5. A jelenlegi rendszer egyéb problémáinak megoldódása a javasolt rendszerben

Az alábbi kiegészítő fejezetben azt vizsgálom, hogy az alapellátás jelenlegi rendszerében jelentkező valós vagy vélt problémákat hogyan kezeli az új rendszer.

5. 1. Ösztönzés definitív ellátásra

A kialakított rendszer mind pénzügyi mind szakmai ösztönzői révén várhatóan jelentősen fokozza az alapellátásban a definitív ellátás arányát.

5. 2. Ösztönzés több tevékenységre, nagyobb szakmai aktivitásra

Az alapellátással kapcsolatos kritikák szerint a jelenlegi rendszer nem ösztönzi az alapellátásban az orvost az aktivitás fokozására. Ezen a javasolt modell sem változtat, mert Magyarországon az amúgy is magas orvos-beteg találkozások számát a jövőben sem célszerű adminisztratív vagy finanszírozási eszközökkel fokozni, helyette a definitív ellátást kell ösztönözni.

5. 3. Degresszió

A degresszió a javasolt modellben az emelt kompetenciájú csoportpraxisoknál értelmezhetetlen, azaz nincs rá szükség.

Ugyanakkor a vegyes rendszerben a szóló és a csoportos praxisok számára a degresszió fenntartása javasolt, az alábbi változtatással.

*A degresszió a jelenlegi formájában nem team szemléletű, gátja a praxis fejlődésének. A jelenlegi rendszerről a praxis egészére, a **team-re számított degresszió rendszerére kell áttérni.** Ennek megfelelően a degressziós töréspont a későbbiekben nem egységesen, fixen rögzített kártyapontnál jelentkezne, hanem praxisonként, az ellátó-személyzet összetételének megfelelően változna. A javasolt rendszerben a degressziós pont az alábbi módon lenne kiszámítható: (a kategóriák és a pontértékek csupán tájékoztató jellegűek):*

mentor - tutor.....	1800 kártyapont
szakorvos.....	1500 kártyapont
rezidens, szakorvos jelölt	1000 kártyapont
főiskolát végzett nővér	900 kártyapont
szakképzett nővér	700 kártyapont
egyéb szakszemélyzet.....	500 kártyapont

A számításnál részmunkaidők is figyelembe vehetők.

A degresszióknak ebben az igazságosabb formájában a degressziós fokot célszerű növelni, mert ez alapozza meg a team-fejlesztés lehetőségét. A fenti mód egyrészt segít a csoportpraxis kialakulásában, másrészt érdekeltté teszi az orvosokat a szakszemélyzet foglalkoztatásban. Ennek a módszernek az alkalmazása esetén nincs szükség az „ellátási kényszer” esetén a degresszió alól felmentést adni, mert nagy-létszámú praxis megnyugtatóan csak nagyobb team-el látható el.

A javasolt megoldás további előnye, hogy ez a megközelítés hangsúlyozza az alapellátás team munka jellegét, növeli a szak- és segédszemélyzet értékét, megbecsülését.

5. 4. Prevenció

A javasolt rendszer két módon is segíti a prevenció megerősödését: egyrészt a kevesebb vásárolt konzílium esélye miatt anyagilag is érdekeltté teszi a praxist a prevencióban, másrészt a pénzfelhasználás szabályozásával a megtakarítás felhasználási prioritásában előre helyezi a prevenció programok finanszírozását.

5. 5. A szakorvosi képesítést igénylő teljesítés elismerése

A javasolt rendszerben az alapellátásban dolgozó orvos végezhet szakképesítésének megfelelő szakmai tevékenységet, de ez nem többletbevételként, hanem a kiadások csökkenéseként jelentkezik, tehát a szakmai kompetencia kiterjesztése mellett a javasolt modell kizárja az önbeutalásos teljesítménygerjesztést.

5. 6. Felnőtt körzet, gyermek körzet

A probléma az emelt kompetenciájú csoportpraxisban megszűnik: a csoportpraxis egy lakosságcsoportnak team-ként nyújt kor és nem-specifikus alapellátást, ahol a háziorvos és a gyermekgyógyász egyaránt kötelező tagja a team-nek.

5. 7. Teljesítmény-arányosság

Részint a definitív ellátás, másrészt a prevenció, a gondozás segítése érdekében a fejkvóta pontértékeinek korrekciójára szükség van, mind a csoportpraxisok, mind a szülő praxisok esetében. A korrekcióban az ellenőrizhetően, dokumentáltan protokoll-szerint gondozott krónikus betegek után lehet megemelt fejkvótát adni. Ennek megfelelően a rendszerben a korkorrekció mellett megjelenik az állapot-korrekció, ami fokozza a rendszer teljesítményarányosságát.

1996 szeptember

Kincses Gyula

igazgatóhelyettes
GYÓGYINFOK
Egészségpolitikai Titkárság